

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 Administracya „Medycyny”. — W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 38.

Adres Wydawcy: Nowo-Zielna Nr. 47.

Adres Redaktora: Oboźna Nr. 5.

TREŚĆ. Prace oryginalne. Całkowite wrodzone wypadnięcie macicy u noworodka. Tarń dwudzielna. (Prolapsus uteri completus congenitus. Spina bifida). Podał d-r med. Ludwik Krause. (Dok.). — Przyczynek do kazuistyki zropiałych torbieli wężadła szerokiego (przyjałnika). Wylecie torbieli. Wyzdrowienie. Podał D-r A. Winawer. (Dok.). — **Streszczenia i wyciągi.** 12. O przekłuciu bocznych komór mózgu. 13. W sprawie stosowania tyreoidyny w praktyce dziecelej. — Z III dermatologiczno - syfilidologicznego międzynarodowego zjazdu w Londynie (4—8. VIII. 1896). Z obcych sprawozdań zestawil Adolf Kozerski. (Dok.). — Notatki bibliograficzne. — O ruchu chorych w szpitalu Zapasowym za m. grudzień r. z. — **Drobniejsze wiadomości różnej treści.** — **Wiadomości bieżące.** — **Ogłoszenia.**

„Medycyna“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE

destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) **D-r L. Krause** — Un cas de chute de l'utérus congénitale complète chez un nouveau-né, porteur en même temps d'hydrorachis. 2) **D-r A. Winawer**. — Contribution a l'étude des suppurations dans les kystes du ligament large. Exstirpation de la kyste. Guérison.

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

„Medycyna“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) **D-r L. Krause** — Ein Fall von vollständigem angeborenem Gebärmuttervorfall bei einem Neugeborenen mit Rückenmarkswasserbruch. 2) **D-r A. Winawer** — Ein Beitrag zur Casuistik von Eiterungen in den Cysten des Ligamentum latum. Exstirpation der Cyste. Heilung.

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

Całkowite wrodzone wypadnięcie macicy u noworodka.

TARŃ DWUDZIELNA.

(*Prolapsus uteri completus congenitus. Spina bifida*).

Podał d-r med. **Ludwik Krause.**

(Dokończenie. — Zob. N. 3).

Ze wszystkich przypadków wyżej przytoczonych, najbardziej podobnym do przypadku przezemnie spostrzeganego jest przypadek HEIL'a, z tą tylko różnicą, że w moim przypadku miało miejsce całkowite wypadnięcie macicy, w przypadku zaś HEIL'a tylko częściowe.

I w jednym i w drugim przypadku wypadnięcie macicy spostrzeżono natychmiast po urodzeniu dziecka i nastąpiło ono bez żadnych widocznych przyczyn. W przypadku zaś QVISLING'a ta zachodzi różnica, że wypadnięcie macicy nastąpiło dopiero 8-go dnia po urodzeniu dziecka i spowodowane zostało, zdaniem autora, długotrwałą biegunką z silnem wydymaniem resp.

nadmiernem ciśnieniem wewnątrzbrzusznem. Jest to jednak tylko powód, wywołujący wypadnięcie macicy; przyczyny zaś są głębsze i leżą przeważnie w zmianach anatomo-patologicznych narządów miednicy, utrzymujących macicę w położeniu prawidłowem.

Kobiety rodzące podlegają tak różnorodnym wpływom podczas ciąży i podczas porodu, że u nich przyczyny wypadnięcia macicy łatwo sobie wytłumaczyć. Zdaniem FRITSCH'a, już podczas ciąży ma miejsce zanik tłuszczu wogóle, a także w narządach miednicy, i, co za tem idzie, zwiotczenie więzadeł, pochwy i wogóle całego aparatu utrzymującego macicę w położeniu prawidłowem. Jeżeli do tego dodamy niedostateczną inwolucję macicy po porodzie, powiększoną wagę i wielkość macicy, rozluźnienie pochwy, rozdarcie krocza, co w takich razach zdarzyć się może, będziemy mieli dostateczną liczbę momentów, uspasabiających do wypadnięcia macicy.

Inaczej rzecz się ma ze sprawą wypadnięcia macicy u kobiet, które nie rodziły. Tu różne bywają poglądy autorów na sprawę w mowie będącą i różne przytaczano przyczyny, wywołujące wypadnięcie. Ze wszystkich jednak przyczyn najważniejsze są te, które prowadzą do zmian w narządach oraz więzadłach miednicy, od których prawidłowe położenie macicy zależy.

Tak, SCHUH w roku 1860 spostrzegł całkowite wypadnięcie macicy u 22-letniej dziewczicy, zmarłej na zapalenie otrzewny. Wypadnięcie przypisuje on obszernej miednicy, przerostowi macicy i nadzwyczajnej głębokości jamy DOUGLAS'a, co przy sekcji stwierdzone zostało. W przypadku LIEBMANN'a wypadnięcie macicy i pochwy miało miejsce u 17-letniej dziewczyny, która nigdy nie rodziła, wątłej bardzo budowy ciała, chorującej od dzieciństwa, obciążonej dziedzicznie suchotami. W 11-ym roku życia była już zmuszoną ciężko na chleb pracować. 2 lata temu zauważyła, że podczas silnego kaszlu i podczas wypróżnienia pokazuje się guz w szparze sromnej; guz ten powiększał się. Od 2 lat bardzo podupadła na siłach, silnie kaszle, w nocy się poci. Przechodziła ciężką postać zapalenia płuc i opłucnej. Chora wogóle bardzo wyniszczona i źle odżywiona, wyglądu charłaczego, błony śluzowe blade, mięśnie bardzo wątłe. Jako moment etyologiczny w tym przypadku LIEBMANN przyjmuje silne działanie tłoczni brzusznej, spowodowane silnym, długoletnim kaszlem, przy ogólnem osłabieniu ustroju i istniejącem już osłabieniu i rozluźnieniu więzadeł, mięśni dna macicy i ścian pochwy. Podobny przypadek opisał także STĘPKOWSKI w roku 1895.

KLINGE w rozprawie swojej, napisanej w 1787 r., wspomina, że zakonnice często podlegają wypadnięciu macicy, wskutek długiego stania i śpiewu; BERGEL zaś utrzymuje, że więcej się do tego przyczynia uprawiany w klasztorach samogwałt, gdyż nadużycia płciowe, powodujące osłabienie mięśni dna miednicy i ścian pochwy, są najważniejszym momentem, sprowadzającym wypadnięcie macicy u młodych dziewcząt.

Widzimy więc, że przy wypadnięciu macicy najważniejszą rolę odgrywają narządy miednicy *resp.* cały aparat utrzymujący macicę w swem położeniu (otrzewna, więzadła, pochwa), a wszelkie cierpienia ustroju, bądź ogólne, bądź miejscowe, mogące wywołać jakiegokolwiek zmiany chorobowe w tym aparacie, przy sprzyjających okolicznościach przyczynić się mogą do wypadnięcia macicy. Wiemy, że po ciężkich, długotrwałych i wyniszczających ustrój chorobach następuje wessanie tłuszczu i obniżenie narządów jamy brzusznej: kiszek i nerek. Jeżeli zanik tłuszczu ma miejsce w narządach mie-

dnicy i powstaje w ten sposób zwiotczenie więzadeł, to wystarcza jakikolwiek bodziec zzewnątrz, jakoto: powiększenie ciśnienia wewnątrzbrzusznego, spądnięcie z pewnej wysokości lub noszenie ciężkich przedmiotów (WINCKEL), dęcia przy dysenteryi (EMMET), aby macica wypadła. WINCKEL spostrzegał lata całe przypadki, w których był zupełny brak krocza, i macica nie wypadła; dowodziło to, że macica, pozbawiona nawet podpory, nie wypada przy dostatecznej sile więzadeł i prawidłowem położeniu.

PROCHOWNICK opisuje wypadek wypadnięcia macicy podwójnej u 20-letniej dziewczyny, u której był wrodzony brak krocza. Pomimo takich dwóch sprzyjających momentów, dziewczyna przez 5 lat miesiączkowała prawidłowo i wypadnięcia macicy nie zauważono. Zaczęło się ono wytwarzać dopiero wówczas, gdy dziewczyna zmuszoną była ciężko pracować i niezmiernie źle się odżywała. Po kilkumiesięcznem takim życiu dziewczyna bardzo wychudła; prawdopodobnie więzadła i pochwą zwiotczały i nastąpiło zupełne wypadnięcie.

Zastanawiając się nad przypadkiem przez nas spostrzeganym, musimy sobie zadać pytanie, jaka była przyczyna całkowitego wypadnięcia macicy? Jak widać z opisu powyższego, żadnego braku ze strony miednicy, ani też ze strony części miękkich nie było; nie było braku spojenia łonowego, ani krocza, czem możnaby było wytłomaczyć sobie wypadnięcie. Część pochwowa była wprawdzie powiększona, lecz był to tylko obrzęk, powstały wskutek wypadnięcia, jak to zwykle w takich razach spostrzegać się daje. Obrzęk taki powstaje z powodu zastoju w krwiobiegu, spowodowanego uciskiem. Badanie drobnowidzowe, dokonane przez KÜSTNER'a, w zupełności to potwierdza. Zwracam jednak uwagę, że tak w naszym przypadku, jakoteż we wszystkich przypadkach wypadnięcia macicy u noworodków wyżej podanych, istniała *spina bifida*, i we wszystkich przypadkach, w których sekcji dokonać było można, wykazała ta ostatnia nader słaby rozwój tkanki łącznej i tłuszczowej w narządach miednicy oraz zwiotczenie i nadmierną rozciągliwość więzadeł. Aczkolwiek w przypadku naszym sekcji nie dokonano, przypuszczam jednak, że zmiany te i tu wykryłyby się dały.

Istnieje więc, zdaniem mojem, wbrew twierdzeniu QVISLING'a, niejaki związek między tanią dwudzielną i zmianami anatomo-patologicznymi w narządach miednicy, mianowicie: wskutek tani dwudzielnej i nieprawidłowego rozwoju dolnego odcinka rdzenia, ma miejsce nieprawidłowy rozwój i niedostateczne odżywianie narządów miednicy, słabo rozwinięta tkanka łączna, brak tkanki tłuszczowej, wiotkość więzadeł i mięśni dna miednicy.

Zgodnie więc, z HEIL'em możemy tani dwudzielną przyjąć jako przyczynę pośrednią, z powodu zaś obecności jej niedorozwój niektórych narządów miednicy jako bezpośrednią przyczynę wypadnięcia macicy.

Na możliwość wypadnięcia macicy z przyczyn, zależnych od ośrodkowego układu nerwowego, zwrócił także uwagę WINCKEL przy demonstracyi przypadku SCHÆFFER'a w towarzystwie morfologicznem. Do przypadków wypadnięcia macicy pochodzenia ośrodkowego możnaby także zaliczyć wypadek VEIT'a. Dotyczył on 14½-letniej dziewczyny jeszcze nie miesiączkującej, u której stwierdzono całkowite wypadnięcie macicy tyłozgiętej i prawie całkowite wycisowanie pochwy. Dziewczyna urodziła się z garbem, który się powiększał i znajdował w okolicy dolnych kręgów piersiowych. Między dolnymi kręgami lędźwiowymi i kością krzyżową znajduje się głębokie wkle-

śnięcie, na dnie którego widać gęsty zwój blond włosów dość długich. Kończyny górne i dolne nieco skrzywione, o nasadach zgrubiałych, stawy wszystkie cokolwiek zluźnione. Ciało macicy leży nazewnątrz sromu, część pochwowa nie powiększona. Jako przyczynę wypadnięcia VEIT podaje powiększenie macicy, jakie tu miało miejsce na krótko przed dojrzałością płciową przy pierwotnem, już istniejącem rozluźnieniu więzadeł. Jest rzeczą bardzo prawdopodobną, że niedostateczne odżywianie narządów miednicy *resp.* więzadeł macicy zależało, prócz zniekształcenia całego kręgosłupa i mlecza, jeszcze od niedostatecznego rozwoju dolnego odcinka mlecza pacierzowego wskutek istnienia skrytej tarni dwudzielnej (*spina bifida occulta*), naturalnie w tak małym stopniu, że do poważniejszych zmian w ustroju nie doszło. Według bowiem VIRCHOW'a, niezwykle owłosienie we wgłębieniu, znajdującem się w okolicy krzyżowo-lędźwiowej (*hypertrichosis lumbalis*), co w powyższym przypadku miało miejsce, jest objawem patognomicznym dla *spina bifida occulta*.

Wracając do naszego przypadku, musimy przyjąć, że wskutek tarni dwudzielnej, a więc niedostatecznego rozwoju dolnego odcinka mlecza pacierzowego, odżywianie narządów miednicy było upośledzone, stąd zanik tkanki tłuszczowej, rozluźnienie całego aparatu utrzymującego macicę, która w takich warunkach bardzo łatwo uleść mogła wypadnięciu. Jaki zaś był moment wywołujący to wypadnięcie, trudno orzec. W przypadku QVISLING'a takim momentem były silne wydymania, towarzyszące długotrwałej bieguncce, nadmierne ciśnienie wewnątrzbrzuszne.

W naszym przypadku nic podobnego miejsca nie miało, dziecko od pierwszej chwili miało wypróżnienia prawidłowe i łatwe, może zbyt łatwe z powodu rozluźnionego otworu stolcowego; napadów silnego krzyku nie było. Bardzo więc być może, że już lekki ucisk na brzuch, jakiemu dziecko uległo podczas samego aktu porodu, był dostateczny, aby powstało wypadnięcie macicy.

Tarni dwudzielna (*spina bifida*) nie należy do zjawisk tak rzadko się zdarzających. Wszystkie postacie tego niedorozwoju kręgosłupa i mlecza pacierzowego, pomimo różnego wyglądu zewnętrznego i różnego wpływu, jaki wywierają na dalszy rozwój ustroju dziecięcego, przedstawiają, jak badania lat ostatnich pokazały, tylko różne stopnie jednej i tej samej przeszkody w rozwoju. Ze wszystkich postaci, z tego powodu powstających, najważniejszy interes dla chirurga przedstawia *spina bifida cystica*. Jest to guz, który z powodu nagromadzenia się płynu w przestrzeni podoponowej wypukla się przez otwór kręgosłupa w postaci worka napełnionego płynem mózgorzeniowym. Guzy takie najbardziej nadają się do leczenia chirurgicznego, do którego w ostatnich czasach zaufanie chirurgów coraz więcej wzrasta. Samo przez się rozumie się, że noworodki bardzo słabo rozwinięte i dzieci z bezwładem pęcherza i zwieracza kisзки odchodowej lepiej zostawić bez operacji, gdyż stan dziecka przez to się nie poprawi.

Leczenie *spinae bifidae* zasadza się na wypuszczeniu płynu zapomocą przekłucia bez lub z wstrzyknięciem jakiegoś płynu drażniącego (*solutio Lugoli*, rozczyn taniny, alkohol, kwas karbolowy i t. d.) do worka. Sposoby te nie prowadzą do celu, a wstrzyknięcie płynu, z powodu przedostania się jego do kanału kręgosłupa, może być wprost niebezpieczne. W ostatnich czasach,

najchętniej przystępują do otwarcia guza zapomocą cięcia, należy tylko płynnie odrazu, lecz stopniowo wypuszczać. Szypułkę podwiązujemy zapomocą podwiązki lub też brzegi pozostałego worka spajamy zapomocą szwów. W ten sposób postępować można nie tylko w przypadkach czystych *meningocele*, lecz także w przypadkach *myelocele* i *myelomeningocele*, gdyż cieniutkie włókna nerwowe, jakie w sobie te ostatnie zawierają, żadnego dla czynności ustroju nie mają znaczenia; w razie, gdyby w worku okazał się mlecz pączkowy, można tenże od worka oddzielić i reponować lub odciąć, gdyż, jak badania RECKLINGHAUSEN'a dowiodły, nie zawiera on już prawidłowej istoty rdzeniowej, zranienie więc jego nie ma żadnych poważnych następstw dla ustroju. Niektórzy przystępują do osteoplastycznej operacji w celu zakrycia otworu, posilkując się łukami kręgów (DOLLINGER, SENENKO). Jeżeli otwór jest utworzony przez rozszczepienie jednego tylko łuku kręgowego, to należy nadpiłować obie połowy łuku w bliskości kręgosłupa, następnie nadłamać i, przybliżywszy je do siebie, złączyć zapomocą szwów. W przypadkach, w których otwór utworzony został z powodu rozszczepienia kilku łuków kręgowych, posilkowano się płatami z części miękkich i kości, wziętymi od miejsc sąsiadujących z torbielami (żebro, miednica, łopatka).

BOBROFF utworzył sobie w jednym przypadku płatkostny z grzebienia kości biodrowej i wgoił go w brak kręgosłupa przy *spina bifida sacralis*. W przypadku *spinae bifidae sacralis*, spostrzeganym przez LEŚNIEWSKIEGO, osteoplastyczną operację wykonano w ten sposób, że łuki krzyżowe zapomocą uciskania w kierunku ku dołowi złamano i odchyłono ku szczelinie tak, iż cała ona zakryć się dała. Mniej zachodu wymaga zamknięcie otworu przez proste obszycie nad nim mięśni, co BAYER i HILDEBRAND uważają za zabieg zupełnie dostateczny. W ten sposób operowałem w moim przypadku i udało mi się w zupełności otwór przykryć.

KAREWSKI oddziela worek od skóry, skręca go i przymocowuje do otworu, następnie nakłada szew na skórę. Osteoplastykę zaś można zastosować chyba tylko u starszych dzieci; u noworodków zabieg taki wydaje mi się zbyt ryzykownym.

LITERATURA.

- N. QVISLING. Prolapsus uteri completus bei einem neugeborenen Kinde. Arch. f. Kinderheilk. 1891. T. 12. D-r Oskar SCHAEFFER. Bildungsanomalien weiblicher Geschlechtsorgane aus dem fötalen Lebensalter etc. Arch. f. Gynaekol. T. 37. zesz. 2. D-r Oskar SCHAEFFER. Zur Pathologie des Foetus; v. Winckel's Berichte u. Studien. 1892. str. 537. D-r Karl HEIL. Ein Fall von angeborenem Prolapsus uteri et vaginae incompletus. Arch. f. Gynäkol. 1895. T. 48. FRITSCH. Die Lageveränderungen der Gebärmutter. 1881. LIEBMANN. Fall von Prolapsus uteri et vaginae bei einer 17-jährigen virginalen Nullipara. Centr. f. Gynaekol. 1894. Nr. 41. STĘPKOWSKI. Całkowite wypadnięcie macicy i pochwy u młodej dziewczicy. Gaz. Lek. 1895, Nr. 23. SCHRAMM. Ueber den totalen Uterusprolaps bei Nulliparen. Centr. f. Gynaek. 1894. Nr. 15. WINCKEL. Lehrbuch der Frauenkrankheiten. 1886. PROCHOWNICK. Virginaler Totalprolapsus entstanden durch Zusammentreffen von angeborenem Fehlen des Dammes und Doppelbildung der Genitalien. Arch. f. Gynaek. 1881. T. 17. FRITSCH. Die Krankheiten der Frauen. 1894. Otto KUESTNER. Veit's

Handbuch der Gynaekologie. 1897. J. VEIT. Casuistische Mittheilungen aus der gynaekologischen Universitäts-Klinik zu Berlin. Zeitschr. f. Geburts. u. Gynaek. 1878. T. II. KAREWSKI. Die chirurgischen Krankheiten des Kindesalters. Stuttgart. 1894. LEŚNIEWSKI. Przyczynek do operacyjnego leczenia spinae bifidae cysticae. Kron. Lek. 1896. Nr. 7 i 8.

Z WARSZAWSKIEGO ZAKŁADU GINEKOLOGICZNEGO.

Przyczynek do kazuistyki zropiałych torbieli więzadła szerokiego (przyjajnika)

Wycięcie torbieli. Wyzdrowienie.

Podał D-r. A. WINAWER.

(Dok.—Zob. N. 3).

Zastanawiając się nad przyczyną ropienia w operowanym przezemnie przypadku, nie mogę w tej sprawie dać stanowczej odpowiedzi. Badanie zawartości torbieli nie wykryło obecności drobnoustrojów. Wytłomaczyć to jest łatwo tem, iż mieliśmy do czynienia ze starą ropą, bakterye zaś wskutek długiego przebywania w jednym miejscu tracą swe zdolności życiowe i rozrodcze, tak, iż szczepienie ich na odżywkach pozostaje jałowem. Ta okoliczność, iż, po pierwsze, mąż chorej dotknięty był najprawdopodobniej rzeżączką cewki moczowej; po drugie, że chora przebyła prawdopodobnie rzeżączkowe zapalenie błony śluzowej macicy, i, po trzecie, że chora przebyła zapalenie jajowodu lewego, także najprawdopodobniej tego samego pochodzenia,—przemawiać może zatem, iż torbiel uległa zropieniu w następstwie rzeżączkowego zapalenia błony śluzowej macicy i jajowodu. Ta okoliczność, iż nie znaleźliśmy gonokoków ani w wydzielinie szyi macicznej, ani w zawartości jajowodu, nie wyłącza bynajmniej tego przypuszczenia. Czy jednak zapalenie rzeżączkowe tych narządów przyczyniło się bezpośrednio do zropienia torbieli w ten sposób, iż gonokoki za pośrednictwem jajowodu lub też tkanki łącznej miedniczej (WERTHEIM) przenikły do jamy torbieli i, znalazłszy w jej zawartości dobrą odżywkę *in vivo* spowodowały ropienie; czy też zakażenie rzeżączkowe przyczyniło się tylko do wywołania zapalenia przewlekłego jajowodu i otrzewny miedniczej (*perisalpingoophoritis*, *perimetritis lateralis chron. sin.*), wskutek czego wytworzyły się zrosty tylnego listka więzadła szerokiego lewego z otrzewną jamy DOUGLAS'a i zagięcia esowatego, które przyczyniły się do wywołania zakażenia wtórnego z jelita i zropienia zawartości torbieli; na pytania te rudno jest dać stanowczą odpowiedź.

W ogólności udział gonokoków w sprawie ropienia w torbielach, aczkolwiek nie jest stanowczo dowiedziony, zaprzeczyć się nie da i, być może, częściej ma miejsce, niż to się przyjmuje. Wprawdzie dotychczas nie dowiedziono tego przez badanie bakteriologiczne, co poniekąd i tej okoliczności przypisać należy, iż badanie zawartości zropiałych torbieli niezbyt często było robione. Przypuszczenie moje opieram, po pierwsze, na własnościach biologicznych gonokoków, po drugie, na własnościach zawartości tor-

bieli, która stanowi dobrą odżywkę do hodowania tych kokków, i, po trzecie, na możliwości przenikania tych bakterii za pośrednictwem jajowodów lub miąższu macicy i tkanki łącznej miedniczej, które ma miejsce przy sprawach zapalnych w narządach miednicy. W ogólności zdaje mi się, iż zbyt małą uwagę zwracali dotąd autorzy na macicę, jako na ważne ognisko zakażenia ropnego torbieli. Jeżeli bowiem zakażenie z macicy stanowi najczęstsze źródło spraw zapalnych ropnych, jakie się spostrzega w narządach i tkankach miedniczych, to w etyologii zapalenia ropnego torbieli bakterie ropotwórcze, jakie się spotyka w pochwie i szyi, względnie w jamie macicznej, mogą stanowić także przyczynę tego powikłania torbieli. Opierając się na faktach ściśle dowiedzionych, najmniej możemy to twierdzić odnośnie do gonokokków. Podług MANGOLD'a, w piśmiennictwie znany jest tylko jeden przypadek SCHRAM-NEELSEN'a (44), w którym spostrzegano zropienie torbieli jajowodo-jajnikowej w następstwie zakażenia rzeżączkowego. Sądzę jednak, iż nawet w tym przypadku można mieć poważne wątpliwości co do przyczyny powikłania, albowiem chora przebyła na krótko przedtem influencę, nadto w spostrzeżeniu tem brak dowodu najbardziej przekonującego, gdyż ani w zawartości torbieli, ani w jej ścianie gonokokków nie wykazano.

Powiemy jeszcze słów kilka o objawach, przebiegu i leczeniu torbieli zropiałych.

Przy sprawie ropnej w torbieli występują objawy zapalenia otrzewny, aczkolwiek mniej wyraźne, ciepłota ciała podnosi się ($39-40^{\circ}$), tętno przyspiesza. Przebieg tego powikłania jest mniej burzliwy, niż zakażenia septycznego połogowego, a zgon następuje przy objawach bądź zakażenia krwi, bądź też wyniszczenia ogólnego.

Zdarza się także, że objawy miejscowe nie zawsze występują wyraźnie, a OLSHAUSEN zaznacza nawet, iż bólów się nie spostrzega, jeżeli niema miejsca zapalenie ostre otrzewny.

Spostrzegano także przypadki, w których objawy były bardzo nieznaczne, a ciepłota ciała, podniesiona w początkowym okresie cierpienia, następnie się obniżyła, gdy przy dłuższem istnieniu ogniska ropnego ściany guza uległy zgrubieniu, a wysysanie zawartości prawie zupełnie ustało. Przebieg jednak bez podniesienia się ciepłoty stanowi rzadki wyjątek, a OLSHAUSEN, przytaczając odnośny przypadek CHADWICK'a, prawie wiary nie daje, by przebieg taki mógł mieć miejsce.

Ściany torbieli zachowują się odpornie wobec sprawy ropnej i dlatego w przypadkach świeżego zapalenia zastać można torbiel jeszcze wolną od zrostów. W dalszym przebiegu tego powikłania ropa toruje sobie drogę bądź do jamy otrzewny, bądź do odbytnicy, pęcherza moczowego lub pochwy, bądź wreszcie do jelita lub ściany brzusznej.

W przypadku naszym z wywiadów dowiedzieliśmy się, iż chora miała bóle w dolnej części brzucha, przeważnie z lewej strony, objawów zaś właściwych zapaleniu otrzewny chora przez cały czas cierpienia nie miała; a co najbardziej zasługuje na uwagę, iż nie zauważyła podniesienia się ciepłoty ciała. Nie dowodzi to bynajmniej, by chora nie miała ciepłoty podniesionej, szczególnie w początkowym okresie tego powikłania, lecz mogła niewielkiego podniesienia nie zauważyć. To jednak zaznaczyć należy, że podczas pobytu chorej w Zakładzie przed wykonaniem operacji nie zanotowano ani razu podwyższonej ciepłoty ciała.

Taki przebieg tego powikłania dowodzi, że sprawa ropienia odbywała się w sposób ostrawy lub przewlekły i że objawy, nieznaczące i niewyraźne w początku, w okresie późniejszym, wskutek zupełnego otorbenia ropnego ogniska, nie wykazały ani zakażenia, ani zatrucia ustroju.

Rokowanie w przypadkach torbieli zropiałych nieoperowanych jest w ogóle niepomysłne, a przy leczeniu operacyjnym zależne jest od różnych okoliczności, a więc od stopnia wyniszczenia chorej wskutek gorączki i zatrucia ustroju, od trudności technicznych przy wycinaniu guza, od zakaźności ropy i niebezpieczeństwa zakażenia otrzewny. Rokowanie przy torbielach zropiałych śródwężowych, jak to wynika z zestawienia zebranych przezemnie przypadków, jest mniej pomysłne, niż przy torbielach śródotrzewnowych.

W leczeniu chirurgicznym torbieli zropiałych posilkowano się różnymi sposobami operowania. Z tych całkowite wycięcie guza stanowi sposób leczenia doszczętnego i z wyboru jest wykonywane, inne zaś sposoby dają wyniki mniej pewne i stosowane są z konieczności. Do tych należą: *a*) nakłucie guza, oraz nakłucie guza z zastrzykiwaniem następczem nalewki jodowej lub innych leków, z sączkowaniem lub bez tegoż; *b*) nacięcie torbieli od ściany brzucha lub od pochwy z przyszcieniem worka do ścian tych narządów lub bez przyszcienia, z sączkowaniem lub bez tegoż, i *c*) częściowe wycięcie worka bądź z przyszcieniem pozostałej części do rany brzusznej, z sączkowaniem od ściany brzucha lub pochwy, bądź z zaszcieniem worka od jamy brzusznej i sączkowaniem do pochwy.

Nakłucie torbieli i wypuszczenie jej zawartości uważać należy za sposób paliatywny, aczkolwiek opisane są przypadki wyleczenia. Sposób ten połączony jest z niebezpieczeństwem zakażenia otrzewny i dlatego winien być zarzucony.

Nacięcie guza od ściany brzucha lub pochwy z przyszcieniem worka do ściany brzucha, z sączkowaniem i przemywaniem następczem płynami przeciwnoślnymi, zapewnia lepsze wyniki, aczkolwiek okres zdrowienia trwa nieraz bardzo długo i nie zawsze zapewnia uleczenie doszczętne: pozostają bowiem przetoki, które, pomimo wielokrotnego rozszerzania i starannego leczenia, wyleczyć się nie dają (THORN). Przypadki KEITH'a (45), OMORI i IKEDA'y (46), SCHAUTA'y i innych dowodzą atoli, iż nie tylko poprawa, lecz także wyleczenie zupełne jest po tym zabiegu możliwe, szczególnie w przypadkach guzów jednokomorowych [RHEINSTAEDTER (47)]. WETTERGREN (48) podaje przypadek, w którym nawet torbiel skórzasta jajnika w ten sposób była wyleczona, a JOHANNOVSKY (49) opisał także przypadek torbieli skórzastej, w którym po nacięciu torbieli od pochwy, otrzymano przez sączkowanie i przemywanie worka roztworem kwasu karbolowego tak znakomitą poprawę, iż ropa pokazywała się zaledwie w minimalnej ilości. Rezekcja częściowa ściany torbieli z przyszcieniem pozostałej części do rany brzusznej i sączkowaniem daje, tak, jak nacięcie, także wyniki niepewne, aczkolwiek wyleczenie doszczętne jest możliwe [FEHLING, SCHRAMM (50)].

Wycięcie całkowite zropiałej torbieli stanowi zabieg pewny, lecz nieraz bardzo trudny i wymagający wielkiej wprawy technicznej i doświadczenia. Śmiertelność po tym zabiegu jest obecnie o wiele mniejsza, niż dawniej.

Z zestawionych przezemnie 52 przypadków, z 20 zgonami, zropiałych torbieli, operowanych do roku 1885, wyniosła śmiertelność 38,6%; zaś z zesta-

wionych 88, także doszczętnie operowanych przypadków, z 17 zgonami, z ostatnich lat dziesięciu, otrzymałem 19% śmiertelności; więc w ciągu tego okresu śmiertelność zmniejszyła się o połowę. Śmiertelność po wycięciu torbieli zropiałych jajnika śródwieżowych oraz torbieli więzadła szerokiego wynosi, z zestawienia 22 przypadków z 9 zgonami, 40,9%. Na pytanie, czy śmiertelność z postępowaniem techniki operacyjnej w dalszym ciągu zmniejszać się będzie, trudno jest odpowiedzieć. Z doświadczenia, jakie przez operowanie torbieli zropiałych zdobyto, wiemy, iż w tych przypadkach, w których ropienie powstało wskutek zakażenia septycznego w połogu, po wykonaniu operacji doszczętniej rozwija się nieraz zapalenie septyczne otrzewny. Spostrzegano to groźne powikłanie po operacji nawet w tych przypadkach, w których sprawa ropna, jak to sądzić można było z objawów, miała charakter łagodny, co zachęcało do wykonania operacji. W niektórych przypadkach nawet, pomimo, iż torbiel usunięto w całości, bez naderwania kruchych jej ścian i wylania się zawartości do jamy brzusznej, nie udało się uniknąć tego groźnego powikłania. Przyczyną tego były septyczne ogniska ropne, usadowione wśród zrostów torbieli, które tem łatwiej wywołać mogą zakażenie otrzewny, iż ani odkażenie ich, ani usunięcie doszczętne nie jest możliwe. Naturalnie, iż z teoretycznego punktu widzenia należałoby w przypadkach takich czekać z operacją, dopóki nie wygaśnie zupełnie sprawa septyczna, dopóki nie wyginą bakterie w zawartości torbieli, co możnaby było stwierdzić przez badanie bakteryologiczne ropy po nakłuciu guza igłą PRAVAZ'a.

Badanie to atoli, aczkolwiek może nam dać wskazówki pod względem rokowania, nie rozstrzyga bynajmniej sprawy wskazania do operacji i nie powstrzyma nas od jej wykonania, nawet pomimo obecności złośliwych paciorkowców, jeżeli wobec ciężkiego stanu chorej chcemy jej życie ratować. W przypadkach takich należy tak operować, by torbiel usunąć bez naruszenia jej ścian (duże cięcie ściany brzusznej), by narzędzia, które były w zetknięciu z guzem i jego zawartością, nie były używane do zaszywania rany brzusznej; następnie, by operator odkażał często w ciągu operacji ręce ropą zanieczyszczoną, a nawet, jak tego żąda MANGOLD, by pomocnik, który nie miał udziału w operacji, doprowadził ją do końca (toaleta jamy brzusznej, zaszywanie rany w ścianie brzucha), i wreszcie, by sączkować w niektórych przypadkach zapomocą worka MIKULICZA.

Sączkowanie wskazane jest w tych przypadkach, w których ropa zawiera kokki ropne. Obecność tych bakterii można stwierdzić przez badanie drobnowidzowe ropy, którą SCHAUTA i WERTHEIM (51) radzą badać podczas operacji po nakłuciu bezpośredniem guza igłą PRAVAZ'a. Rada ta wydaje się słuszną także dlatego, iż nakłucie guza przez ścianę brzuszną może być powodem zapalenia otrzewny. Gdy ropa jest jałową, wówczas można operować bezpiecznie, bez obawy zakażenia otrzewny, gdy zaś zawiera kokki septyczne, radzi SCHAUTA operować w dwa tempa, a więc nie otwierając worka, radzi przyszyć jego ścianę do rany brzusznej i dopiero później, po zrośnięciu się guza z otrzewną ścienną, nacięcie wykonać. Postępowanie to, stosowane dotąd przez SCHAUTA'ę przeważnie w ropniach jajowodowych, zaleca WERTHEIM także w zropiałych torbielach jajnika.

Czy śmiertelność po operacji zmniejszy się przez to — przyszłość okaże; być jednak może, iż, postępując podług tych zasad, otrzymamy nawet w ciężkich przypadkach wyniki pomyślniejsze.

LITERATURA.

- 1) OLSHAUSEN R. Handb. der Frauenkrankh. v. BILLROTH u. LUECKE. Zweite Aufl. Stuttgart. 1886. Bd. II. p. 406.
- 2) J. F. LAYER. Vierzehn Fälle v. Cysten d. Ligam. latum. Diss. Tübingen. 1893.
- 3) O. TERILLON. Salpingites et Ovarites. Paris. 1891. p. 84.
- 4) P. DELBET. Des suppurations pelviennes chez la femme. Paris. 1891, p. 301.
- 5) LAWSON TAIT. Traité des maladies des femmes. Traduit par A. Bétrix. Paris. 1891. p. 338 i Edinb. med. Journ. 1889. July, August.
- 6) STARK S. Cincinatti Lancet Clinic. 1890, str. 707—709, ref. Jahresber. Frommel. Jahrg. VI. Wiesbaden. 1893, str. 741.
- 7) MOSELEY W. E. Obstetric Gazette. Vol. 12, str. 120, ref. Jahresb. Frommel, Jahrg. III. Wiesbaden. 1890, str. 501.
- 8) LUDLAM. Clinique, Chicago. Bd. XIV str. 481—483, ref. Jahresb. Frommel. Jahrg. VII. Wiesbaden. 1894, str. 145.
- 9) VILLENEUVE. Ann. de l'école de méd. et de pharm. de Marseille. Paris. 1892, str. 274, ref. Jahresb. Frommel. Jahrg. VII. Wiesbaden. 1894, str. 147.
- 10) BRAUN v. FERNWALD. Aertzlicher Bericht. 1888. Wien. 1889, str. 117, ref. Jahresb. Frommel. Jahrg. III. Wiesbaden. 1890, str. 582.
- 11) MOURRET. Revue clinique d'androl. et de gyn. Paris. p. 41, ref. Jahresb. Frommel. Jahrg. IX. Wiesbaden. 1896, str. 418.
- 12) MANGOLD G. A. Ueber die Infection d. Ovarialkystome. Inaug.-Diss. Basel. 1895, str. 8.
- 13) HERZFELD K. A. Klin. Bericht üb. tausend Bauchhöhlenoperationen. Leipzig und Wien. 1895, str. 145 i 146.
- 14) Napier LEITH. Brit. Gyn. Journ. 1895, August.
- 15) CRIPPS H. Medical Record. 1894. Nr. 10.
- 16) MANGIAGALLI L. Berlin. klin. Woch. 1894. Nr. 21.
- 17) FREUND H. W. Samml. klin. Vortr Nr. 360, 361.
- 18) WERTH R. Deutsche med. Woch. 1893. Nr. 21.
- 19) PAGE. British med. Journ. 1885 str. 600.
- 20) WYKOWSKA-DUNIN. Arch. f. Gyn. B. 34. H. 3. p. 465.
- 21) PÉAN. Leçons de clinique chirurgicale. Paris. 1890—1892, ref. u MANGOLD'a, str. 41 i 69.
- 22) EDEBOHLS G. M. Amer. jour. of Obst. etc. 1892. June.
- 22) L. KRYŃSKI. O przyczynach ostrych zapaleń ropnych. Kronika lekarska. 1889. Nr. 9. 10. 11.
- 23) M. ARONSON. Zur Ruptur, Vereiterung u. Axendrehung v. Ovarialcysten. Diss. Zuerich. 1883.
- 24) Z. DMOCHOWSKI i W. JANOWSKI. O działaniu ropotwórczem oleju krotonowego. Pam. Tow. lek. Tom 90. Z. II. p. 275.
- 25) THORN W. Ueber die Axendrehung d. Ovarientumoren. Diss. Halle a/S. 1888.
- 26) J. PRICE. Amer. Journ. of Obst. 1887, p. 535.
- 27) M. W. GOODELL. Amer. journ. of Obst. 1884, p. 858.
- 28) W. THORN. Einiges ueb. Axendrehung d. Ovarientumoren. Festschrift z. Feier d. fünfzigjähr. Jubiläums d. Ges. f. Geb. u. Gyn. in Berlin. Wien. 1894, p. 200.
- 29) H. W. FREUND, cyt. u THORN'a l. c. p. 201.
- 30) SCHIPEROWITZ. Prakt. med. 1894. Tom I, p. 309, ref. Frommel's Jahresb. VIII. Jahrgang. 1895, p. 471.
- 31) JANOWSKI i DMOCHOWSKI. O działaniu ropotwórczem lasecznika tyfusowego. Pam. Tow. Lek. Tom 90, Z. 1. 3, 4 i Tom. 89, z. 4. p. 940.
- 32) MADLENER. Cent. f. Gyn. 1894, Nr. 22.
- 33) WOLFF. Arch. f. Gyn. Bd. 52. H. 2, str. 263.
- 34) H. LOEHLEIN. Zeitsch. f. prakt. Aerzte. 1896. Nr. 7.
- 35) C. A. HERZFELD. l. c. str. 148.
- 36) F. SCHAUTA. Lehrb. d. gesammten Gynaekologie. Leipzig und Wien. 1895, p. 385.
- 37) LAWSON TAIT. Brit. med. Journ. 1891. Mars 7.
- 38) MONTAZ. Dauphiné med. 1892, ref. Nouv. Arch. d'Obst. et de Gyn. 1893. Nr. 2.
- 39) J. WYKOWSKA-DUNIN. l. c. p. 472.
- 40) WYKOWSKA-DUNIN. l. c. p. 476.
- 41) H. FEHLING. Handb. d. Frauenkr. Stuttgart. 1893. p. 444.
- 42) GREIG SMITH. Chirurgie abdominale. Traduit par P. Vallin. Paris. 1894, p. 172.
- 43) BLAND SUTTON. J. Surgical diseases of the ovaries and fallop. tubes. London, Paris and Melbourne. 1896. p. 100.
- 44) SCHRAMM-NEELSEN. Archiv f. Gyn. XXXIX, 1, p. 16.
- 45) Thomas

KEITH. Edinb. med. Journ. 1875, str. 674. 46) H. OMORI und J. IKEDA. Berl. klin. Woch. 1890, str. 149. 47) A. RHEINSTAEDTER. Prakt. Grundzuege d. Gynaekologie, Berlin, 1886, p. 300. 48) WETTERGREN. Eira. 1888. Nr. 2—5, ref. Centr. f. Gyn. 1888. Nr. 29. 49) JOHANNOVSKY. Prager med. Woch. 1883. Nr. 1—3. 50) SCHRAMM. Centr. f. Gyn. 1892. Nr. 31. 51) E. WERTHEIM. Samml. klin. Vortr. v. Volkmann. N. F. Nr. 100.

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

12. Bernhard von BECK. **O przekłuciu bocznych komór mózgu.** W większości przypadków chorób wewnątrzczaszkowych, w których możemy okazywać pomoc chirurgiczną, wskazaniem do operacyi są objawy ucisku mózgu, i często wzmożony ucisk, zagrażając życiu, wymagać może szybkiej pomocy operacyjnej. Najskuteczniejszą pomoc ta będzie w tych przypadkach, w których będziemy w stanie doszczętnie usunąć przyczynę wzmożonego ucisku mózgu, a więc przy częściowych umiejscowionych ogniskach chorobowych. Dobre wyniki spostrzegamy przy opróżnieniu guzów krwawych opony twardej, powstałych wskutek krwotoków z tętnicy oponowej średniej, przy przecinaniu ropni mózgowych i przy wyluszczeniu guzów mózgowych. Niestety jednak, rzadko możliwą jest operacja doszczętna, zwłaszcza przy nowotworach mózgu, w większości bowiem przypadków nie jesteśmy w stanie umiejscowić sprawy chorobowej w mózgu, a to z powodu braku objawów ogniskowych lub też z powodu niedostępnego dla operacyi umiejscowienia. Takie ogniska chorobowe, przez stałe rozrastanie się wytwarzają ciągle zwiększające się zacieśnienie przestrzeni wewnątrzczaszkowej, znaczne zmiany krążenia z chorobowo zwiększonym nagromadzeniem cieczy mózgo-rdzeniowej, i powodują z początku podrażnienie, następnie porażenie najważniejszych ośrodków życiowych mózgu i rdzenia przedłużonego, a w końcu śmierć chorego. Tak samo zagrażają życiu sprawy chorobowe mózgu, odbywające się na dużej przestrzeni, przebiegające z szybkim i znacznym wysiękiem do komór bocznych i do przestrzeni podpajęczniczych, a mianowicie zapalenia opon mózgowych, szczególnie zaś zapalenie opon surowicze i gruźlicze.

Jeżeli chcemy pomódz choremu w przypadkach, w których nie możemy usunąć przyczyny miejscowej, wtedy należy przynajmniej usunąć wytwór patologiczny, wywołujący ciężkie objawy, a więc nadmiar płynu mózgo-rdzeniowego i tym sposobem zmniejszyć zwiększone ciśnienie wewnątrzczaszkowe.

Takie zmniejszenie ucisku najlepiej udaje się osiągnąć przez wypuszczenie płynu mózgo-rdzeniowego, zapomocą przekłucia bocznych komór mózgu. Przekłucie takie, zalecane przez WERNICKE'go w r. 1881, wykonał pierwszy raz dopiero w r. 1888 BERGMANN w przypadku gruźlicy opon mózgowych. Od owego czasu przekłucie komór bocznych mózgu dokonywane było przez różnych chirurgów przy zapaleniu opon, przy nowotworach mózgu i przy padaczce urazowej.

Autor opisuje trzy przypadki, w których dokonał przekłucia bocznych komór mózgu. W pierwszym przypadku, dotyczącym 14-letniego chłopca, cierpiącego na ostre wodogłowie wewnętrzne po przewlekłym zapaleniu ucha, wykonał autor trzykrotnie przekłucie bocznych komór mózgu, poczem nastąpiło zupełne wyzdrowienie. Autor sądzi, iż w przypadku tym miał do czynienia z surowiczym zapaleniem opon (QUINCKE). Zapalenie to, opisane przez QUINCKE'go, występuje najczę-

ściej u osobników młodych, jako zapalenie surowicze przeważnie komór bocznych mózgu, prowadzące do wodogłowia wewnętrznego w następstwie urazów głowy, długotrwałych wysiłków umysłowych, ostrego lub przewlekłego alkoholizmu, chorób gorączkowych (zapalenie płuc, tyfus).

LEWY spostrzegał zapalenie surowicze opon mózgowych jako następstwo przewlekłych zapaleń ucha. Zapalenie surowicze opon powstaje zwykle ostro, bez gorączki, przy objawach wzmożonego ciśnienia wewnątrzczaszkowego: silne bóle głowy i karku, wymioty, zaćmiona przytomność, zwolnienie tętna, nadczułość, tu i owdzie niedowłady, rzadziej kurcze, a przede wszystkim brodawki zastoinowe. Przebieg zwykle długotrwały, zmienny co do natężenia objawów, bardzo bywa zbliżony do przebiegu gruźliczego zapalenia opon lub nowotworu mózgu. Dowodem, iż w przypadku autora nie istniały powyższe sprawy chorobowe, jest znakovity wynik przekłucia bocznych komór i kwitnący wygląd chorego. Wystąpienie surowiczego wysięku w bocznych komorach mózgu przy obostrzeniu przewlekłego zapalenia ucha, można porównać z wysiękiem surowiczym stawów przy ostrem zapaleniu szpiku kości tułowia (także w przebiegu obostrzeń sprawy przewlekłej) lub z *hydrocele* jądra przy gruźlicy przyjądrza. W drugim przypadku, w którym autor dokonał przekłucia komór bocznych mózgu, miał do czynienia z ropniem urazowym zrazu czołowego, powstałym po złamaniu kości czołowej. Po przecięciu ropnia wystąpiło rozlane zapalenie ropne opon mózgowych i ostre wodogłowie wewnętrzne. Po przekłuciu komór bocznych mózgu nastąpiło wyzdrowienie.

W obu tych przypadkach przekłucie komór bocznych mózgu wykazuje skuteczność tego zabiegu przy ostrem wodogłowie wewnętrznym. Trzeci przypadek autora dowodzi, że i w przypadkach przewlekłego wodogłowia przez przekłucie komór bocznych mózgu można osiągnąć pewną poprawę.

Przypadek ten dotyczył 13-letniej dziewczynki, u której rozpoznano nowotwór mózdzku i wodogłowie wewnętrzne. U chorej tej autor dokonał trzykrotnie przekłucia komory mózgu bocznej lewej. Przy trepanacji nie znaleziono nowotworu mózdzku, pomimo, iż za istnieniem jego przemawiały bóle głowy, trwające 2½ roku i ciągle się wzmagające zawroty głowy, wymioty, powoli występujące brodawki zastoinowe, które doprowadziły do zaniku nerwów wzrokowych, i chwiejny chód. Wobec tego autor przypuszcza, iż nowotwór mógł być umiejscowiony w robaku mózdzku lub w okolicy wzgórków czworaczych.

Niezapreczenie istniało wodogłowie wewnętrzne przewlekłe, które można sobie wytłomaczyć albo jako następstwo zastoju żylnego, wywołanego przez nowotwór tylnej jamy czaszkowej i ucisk na żyłę GALEN'a, lub też jako przewlekły wysięk zapalny przy powolnym przebiegu surowiczego zapalenia opon mózgowych. Dwukrotnie wskutek nieznacznych zmian w krążeniu wystąpiły objawy wzmożonego ciśnienia wewnątrzczaszkowego i dwukrotnie przekłucie komór bocznych objawy te usunęło. W przypadku tym, w którym istniał prawdopodobnie nowotwór mózgu, przekłucie nie usuwało pierwotnego cierpienia, lecz sprowadzało czasową poprawę. Przy wodogłowie zapalnym przekłucie może pośrednio, przez wyrównanie zaburzeń w krążeniu, wpływać na wyleczenie. QUINCKE w r. 1891 dla tych samych spraw chorobowych (zapalenie surowicze opon, zapalenie gruźlicze i nowotwór mózgu), prowadzących do następczego zwiększenia płynu w komorach bocznych, proponował jako zabieg leczniczy przekłucie opony twardej rdzenia, a mianowicie w odcinku lędźwiowym kręgosłupa. Leczenie to z początku zyskało licznych zwolenników, w ostatnich jednak latach wyniki, metodą tą otrzymywane, zostały przez FUEBRINGER'a, LICHTHEIM'a i STADELMANN'a zakwestyonowane i od-

radzają oni jej stosowanie, szczególnie przy nowotworach mózgu. FUEBRINGER na 5 przypadków nowotworów mózgu, w których wykonał przekłucie rdzeniowe, stracił 3 przypadki wskutek ciężkich objawów mózgowych, które wystąpiły bezpośrednio po przekłuciu; toż samo miało miejsce w przypadku nowotworu mózdzku, opieranym przez LICHTHEIM'a. Badania pośmiertne wykazały w tych czterech przypadkach trzy razy nowotwory mózdzku, przytem worek opony twardej rdzenia był prawie pozbawiony płynu mózgodzeniowego, gdy przeciwnie komory boczne mózgu były mocno rozszerzone i wypełnione znaczną ilością płynu mózgodzeniowego. Przypadki te dowodzą, że przekłucie rdzenia nie zawsze jest w stanie zmniejszyć ucisk na mózg, a nawet wywierać może wpływ szkodliwy. W razie bowiem, gdy nowotwór tylnej jamy mózgowej zamyka przez ucisk wodociąg SYLWIUSZ'a lub otwór MAGENDI'ego i boczne otwory komory czwartej, lub też gdy otwory te zanikają wskutek zapalenia, wtedy ustaje lub też zmniejsza się znacznie odpływ płynu mózgodzeniowego przy wzmożonem nagromadzeniu płynu w komorach bocznych, a wykonane w tych warunkach przekłucie rdzenia opróżni worek oponowy tylko z jednej strony i przyczyni się przez to do wywołania przyływu krwi tętniczej, który rozszerzy się również na mózg i wywoła tamże wzmożony wysięk przy już istniejącym zwiększonym zastoju żylnym, przez co wodogłowie jeszcze stanie się większem. Autor uważa przekłucie komór bocznych za daleko radykalniejszy i skuteczniejszy zabieg leczniczy, aniżeli przekłucie rdzeniowe, i sądzi, że to ostatnie uważać można tylko za środek pomocniczy.

Od umiejscowienia pierwotnej przyczyny wodogłowia zależy wybór miejsca, w którym wykonać należy przekłucie i naturalnie poprzedzającą je trepanację. A więc przy zapaleniu opon po ropnem zapaleniu ucha średniego, wydłutować należy wyrostek sutkowy, obnażyć zatokę poprzeczną, zbadać ewentualne powikłania ze strony sąsiednich okolic mózgu i wykonać przekłucie komory bocznej przez zraz skroniowy mózgu. Jeżeli wodogłowie powstało po urazie głowy, wtedy trepanujemy w miejscu obrażenia, przy nowotworach mózgu zaś wnikamy w miejscu odpowiadającym przypuszczalnemu siedlisku guza; tym sposobem umożliwiamy sobie rozpatrzenie guza i rozstrzygnąć możemy, czy możliwą jest operacja doszczętna, czy też wykonać należy przekłucie komór bocznych.

Przy zapaleniach opon mózgowych, w których niema powyższych danych wytycznych, możemy wnikać od strony okolicy czołowej lub okolicy potyliczej lub wreszcie przez miejsce wskazane przez KOCHER'a dla trepanacji w celu drenowania komór bocznych, t. j. 3 ctm. przed bruzdą precentralną i 2,5 ctm. nazewnątrż od linii środkowej. Trepanację wykonać należy o ile możliwości osteoplastycznie, z pozostawieniem otworku brzeżnego w płacie kostnym w pobliżu miejsca, w którym przekłucie komory dokonane zostało, a to dlatego, aby w razie wystąpienia ponownych objawów ucisku, można było przez nieuszkodzoną skórę, przy małym braku w czaszce, dokonać powtórnego przekłucia komór bocznych.

Autor w doświadczeniach, robionych na trupach, odnalazł następujące miejsca najodpowiedniejsze do wykonania przekłucia komór bocznych zapomocą igły: 1) po trepanacji kości czołowej, ukłucie pomiędzy średnim i dolnym zwojem mózgowym, poprowadzone wprost ku tyłowi, otwiera na 2,5—3 ctm. głębokości przedni róg komory bocznej, miejsce punkcji mózgu znajduje się 2 ctm. nazewnątrż od linii środkowej i 3 ctm. powyżej brzegu nadoczodołowego.

Przy przekłuciu w okolicy potylicy 4 ctm. powyżej wyniosłości potyliczej zewnętrznej i 3 ctm. nazewnątrż od linii środkowej, igła natrafia w kierunku ku przodowi i cokolwiek ku górze na głębokości 3 ctm. na wierzchołek rogu tylnego.

W okolicy skroniowej dosięgnąć można tynej trzeciej części komory bocznej, wprowadzając igłę pomiędzy 1 i 2 brózdę skroniową skośnie ku wewnątrz i cokolwiek ku górze, na głębokość 3—4 ctm. Miejsce, w którym wykonać należy przekłucie, znajduje się 3 ctm. powyżej podstawy wyrostka sutkowego.

Trepanacya KOCHER'a odsłania mózg 3 ctm. przed brózdą centralną i 2,5 ctm. nazewnątrż od linii środkowej; igłę przy przekłuciu wprowadzić należy poza najbardziej ku górze położonym zwojem mózgowym, a na głębokości 4—5 ctm. w kierunku ku dołowi i ku tyłowi przez istotę mózgową wnika się do komory bocznej.

Zwykle przekłucie ma tę wyższość nad drenowaniem komór bocznych, że może być przy powstawaniu objawów ucisku kilkakrotnie stosowane i nie przedstawia niebezpieczeństw zakażenia wskutek przesiąkania opatrunków płynem mózgodzeniowym oraz nie wymaga częstej zmiany opatrunków.

Przy pozostawieniu otworu w płacie osteoplastycznym, przekłucia powtarne, wykonane narzędziem aseptycznym, nie przedstawiają żadnego niebezpieczeństwa. Największym zabiegiem w podobnych przypadkach będzie trepanacya, poprzedzająca czynność pierwszą.

(*Mittheilungen aus dem Grenzgebiete der Med. und Chirurgie. Erster Band. 2 Heft, 1896 r.*)
D-r G.

13. DOBROWSKI. W sprawie stosowania tyreoidyny w praktyce dziecięcej, Tyreoidynę stosują w rozmaitych postaciach wola (*struma parenchymatosa, cystica, gelatinosa, vasculosa, fibrosa* i t. d.), w charakterwie po wyluszczeniu gruczołu tarczowego lub wola (*cachexia thyreo-et strumipriva*), w chorobie BASEDOW'a, tężycze, obrzęku śluzowym, krzywicy, *psoriasis vulgaris, lichen, eczema chronicum, lupus vulgaris, alopecia, ichtyosis, akromegalia*, otyłości, *prurigo* i t. p. Powoduje ona chudnienie, wzmożone wydzielanie azotu, dyurezę, zmniejszenie lub znikanie wola, upośledzenie tętna, przyspieszenie oddechu i t. p. W następstwie otrucia tyreoidyną zjawia się bicie serca, dreszcz, podniecenie lub zapaść, znużenie, osłabienie, zawrót głowy, ból głowy, utrata łaknienia, nudności, wymioty, przerywany sen, cukromocz, białkomocz i t. p. (LANZ, BUSCHAN i BECKER). LANZ odróżnia zatrucie ustroju wytworami rozpadu gruczołu tarczowego od właściwej hipertyreozы, od swoistego działania samego gruczołu, której nie udało mu się ani razu zauważyć pomimo kilkakrotnego karmienia 300 grm. gruczołu. ANGERER i STABEL również mniemają, iż tylko gnijąca tyreoidyna może wywołać zatrucie, dlatego też ostrzegają przed niepewnej świeżości tabliczkami. Przeczy temu spostrzeżenie BECKER'a, dotyczące 2¼ rocznego dziecka, które bez najmniejszej dla siebie szkody zażyło 90 tabliczek po 0,30. Zdaniem jego, pod wpływem oddziaływania tyreoidyny na ogólną przemianę materyi, tworzą się jakieś leukomajny, trujące serce i system nerwowy, przeważna zaś część przypadków zatrucia tyreoidyną jest pochodzenia czysto nerwowego, zależnie od sugestyi, urojenia lub trwogi przed osobliwego pochodzenia i działania dziwnego środkiem leczniczym.

Wiadomości nasze o fizyologii gruczołu tarczowego bujają w sferze przypuszczeń.

Na gruzach teoryi mechanicznej WALDEYER'a, podług której gruczoł ten miał być regulatorem układu nerwowego, powstała teorya chemiczna, przypisująca mu czynność regulowania ogólnego odżywiania ustroju. Podług NOTKIN'a wytwarza on jakąś wydzielinę, która zobojętnia, obezwładnia, przekształca, unicestwia we krwi pierwiastki trujące, będące koniecznem następstwem ogólnej przemiany materyi. Pierwiastki te, podług RIVILLIOD'a, zbierają się w gruczole tarczowym, dzięki wewnętrznej wydzielinie (*secretion recrementielle*) którego ulegają zobojęt-

nieniu. Dlatego też zdarza się spostrzegać wole bez żadnych objawów ogólnych, albowiem tyreoidyna i tyreoproteidy, tworząc się w nadmiarze, lecz w jednakowej ilości, znoszą wzajemnie swe działanie; nadmiar zaś pierwszej (*hyperplasia glandulae thyroideae*) wywołuje chorobę BASEDOW'a czyli przewlekłą hipertyreozę, nadmiar drugich—obrzęk śluzowy (*myxoedema*). Zachodzi tu prawdopodobnie taki sam stosunek, jak pomiędzy akromegalią a *hypophysis cerebri*, osteomalacją a jajnikami, chorobą ADISON'a a nadnerczami, lub cukromoczem a trzustką.

Czynnym pierwiastkiem gruczołu tarczowego podług FRAENKEL'a jest tyreoantytoksyna, a podług BAUMANN'a tyrojodyna—biały proszek o smaku cukru mlecznego—której wpływ na ogólną przemianę materii badali TREUPEL i GRAWITZ. Powoduje ona, podobnie jak tyreoidyna, wzmożone wydzielanie azotu, zwiększoną dyurezę, chudnienie i t. p. TÖPFER, ROOS i TREUPEL również w tyrojodynie widzą czynny pierwiastek gruczołu tarczowego. BAUMANN znalazł jod w *hypophysis cerebri* i w grasicy; oto powód skutecznego leczenia wola przez MIKULICZA i in. wyciągiem grasicy. W normalnym gruczole tarczowym jodu jest więcej, niż w wolu. Ilość ta zwiększa się od stosowania tyrojodyny, jodku potasu i jodku sodu. Tyrojodynę znajdowano w przerzucie rakowym w klatce piersiowej, w pierwotnym raku gruczołu tarczowego (EWALD) i w *hypophysis cerebri* (EWALD i SCHNITZLER).

Objawy, towarzyszące leczeniu tyreoidyną, opisywali DENNIG, SCHOLTZ, FORMANEK, HASKOVEC i LEICHTENSTERN. Ostatni mniema, że objawy zatrucia mylnie przypisuje się działaniu tyreoidyny, zależą one bowiem od zbytńskiego odwadniania i odtłuszczania ustroju. Dla tych też własności przekłada on leczenie otyłości tyreoidyną nad dietę HARVEY—BANTING'a, VOGL'a, EBSTEIN'a i OERTEL'a. EWALD zarzuca mu zbytne przywiązywanie wagi do jednego objawu, który przy obrzęku śluzowym nie jest bynajmniej zasadniczym. MIKULICZ i BRUNS twierdzą, że działanie tyreoidyny zasadza się na wyłączeniu z czynności wola i następczym jego zaniku wskutek beczynności (*Inactivitätsatrophie*).

Wyniki leczenia dzieci tyreoidyną są, ze względu na nieznaczną ilość spostrzeżeń odnośnych, chwiejne. KNÖPFELMACHER stosował ją w 6 przypadkach krzywicy z tężyczką, bez skutku; w 11 przypadkach wola spostrzegał zmniejszenie egoż znaczne, ale ani razu nie znikło ono zupełnie; nawrotów jakoby nie było; tężyczka nie poddaje się leczeniu. BRAMWELL uleczył 8-letnie dziecko z tężyczką; HOCK wyleczył dwoje dzieci, dotkniętych obrzękiem śluzowym, jednego idyotę i jednego kretyna, u innego zaś idyoty widział poprawę. POUCEZ wyleczył 14-letnią dziewczynkę, dotkniętą obrzękiem śluzowym. ANTON znalazł poprawę u kretyna i wyzdrowienie u dziecka z obrzękiem śluzowym, BOURNEVILLE—poprawę znaczną u trojga dzieci z obrzękiem śluzowym, THOMPSON u dwojga, RÉGIS u jednego. AFFLECK, WEST, WALLIS, PATERSON i HELLIER, SMITH i RAILTON, FIRBAS widzieli znakomite polepszenie u kretynów, u dzieci zaś z obrzękiem śluzowym THOMPSON, RÉGIS, NORTHRUP i in. Niepomysłne zejście w następstwie karmienia gruczołem tarczowym zwierząt spostrzegali FOULIS, MARFAN oraz GUINON i THOMPSON.

Autor stosował tyreoidynę w następującej postaci: Rp. *Thyreoidini siccati in pulvere, Natri bicarbonici aa 0,35, Compressione fiat tabula. Dentur tal. aequal. tabul.* Nr. 20. DS. W pierwszym tygodniu $\frac{1}{2}$ —2 dziennie, następnie 2 — 4 w rosole, mleku, kawie lub wodzie.

Spostrzeżeń było 30: 9 wola, 8 *prurigo*, 1 otyłości i 12 przypadków niedorozwoju psychicznego. Wyniki były następujące: 1) wszystkie dzieci traciły na wadze, przeciętnie 0,5—3,5 kg., ale tylko do pewnej stałej granicy, przypadającej

na czwarty tydzień leczenia; 2) już po dwu-trzech dniach można zauważyć zmniejszenie się wola. *Maximum* zmniejszenia przypada na trzeci tydzień, poczem wole pozostaje *in statu*, dłuższe przeto karmienie dzieci tyreoidyną zapobiega chyba rychłemu nawrotowi; 3) przez cały czas trwania leczenia spostrzega się *tachycardiam*, która zresztą nie wywiera ujemnego wpływu na zdrowostan dziecka; 4) na *prurigo* wpływa tyreoidyna znakomicie: już po kilku dniach znikają stare węzółki, nowe się nie tworzyły, swędzenie z drapaniem i następnie *eczema* ginęło, wyczerpujące bezsenne noce znikają. Przy nawrotach, które nie ominęły żadnego przypadku, polepszenie następowało prędzej; 5) skuteczność leczenia tyreoidyną idyotyzmu i kretynizmu jest problematyczną; ledwie w dwu przypadkach na 12 dało się zauważyć pewne polepszenie; 6) na skład krwi, zdaje się, tyreoidyna wcale nie wpływa; 7) pod wpływem stosowania tyreoidyny daje się zawsze zauważyć wzmożenie dyurezy i pragnienie, powiększenie ilości kwasu fosforowego, w moczu można stale wykazać obecność indykanu, nieraz w znacznej ilości. Cukromocz lub białkomocz nie było ani razu; 8) ostrożne dawkowanie i stopniowe przechodzenie od 1 do 4 tabliczek tyreoidyny dziennie; zapobiega szkodliwemu działaniu tego środka, który w większości przypadków nie powoduje żadnych objawów ubocznych. Przeciwwskazaniem dla niego jest niedokładna czynność serca; 9) przy idiosynkrazji do jodu może tyreoidyna zastąpić leczenie jodem; 10) po usunięciu tyreoidyny następują w mniej więcej krótkim przeciągu czasu nawroty cierpienia.

(*Archiv für Kinderheilkunde* 1896 r. Tom XXI. Zeszyt I—III).

Maksymilian Kraushar.

Z III dermatologiczno-syfilidologicznego międzynarodowego zjazdu w Londynie (4—8. VIII. 1896).

Z obcych sprawozdań zestawił Adolf Kozerski.

(Dok.—Zob. N. 3).

Najwięcej wyczerpująco zebrał dotychczasowe wiadomości HALLOPEAU. Jego zdaniem, dla rozstrzygnięcia, czy dany obraz chorobowy jest natury gruźliczej, służy nam:

a) stwierdzenie laseczników KOCH'a, przyczem należy mieć na uwadze, że pasorzyt gruźlicy występować może nie tylko w postaci pałeczek. Są opisane przypadki, w których występował w postaci zooglei. Inne jego odmiany, dotychczas nieopisane, wywołują prawdopodobnie tego rodzaju wykwity, w których, pomimo ich związku z gruźlicą, laseczników nie znaleziono. Tu mówca zalicza np. *lupus erythematosus* (nie mający nic wspólnego ze zwykłym wilkiem), tak często oddziałujący na tuberkulinę, „wywołujący“ cierpienie gruźlicze gruczołów chłonnych i wikłający się często innemi cierpieniami natury gruźliczej;

b) możliwość wielokrotnego zaszczepienia gruźlicy przez przenoszenie wytworów chorobowych danego wykwitu;

c) powstawanie danego obrazu chorobowego przez samozaszczepienie obok znanego już niewątpliwie gruźliczego tworu chorobowego (np. jeżeli wykwit wilkowy zjawia się w bezpośrednim otoczeniu przetoki gruźliczej);

d) powstawanie pewnych wykwitów po zastrzyknięciach tuberkuliny (jak np. *lichen scrophulosorum*).

Lasecznik gruźlicy posiada w poszczególnych przypadkach rozmałą żywotność. Tak np. bardzo jest zjadliwy w drobnych owrzodzeniach, które się zwykły tworzyć naokoło otworów normalnych u suchotników. Wogóle owrzodzenia gruźlicze skóry odznaczają się różną zjadliwością. Natomiast żywotność ich jest małą w przypadkach wilka. Przypisywano skórze pewną oporność względem lasecznika gruźlicy i tem sobie powolne rozszerzanie się wilka tłumaczono. Tak jednak nie jest, albowiem wilk, przechodząc w tejsze postaci na błony śluzowe, zachowuje tę samą powolność w rozwoju, jak w skórze.

Wpływ lasecznika na tkanki może być albo bezpośredni t. j. przez jego zektnięcie z tkanką, lub też pośredni t. j. przez działanie przeniesionych z odległych miejsc toksyn na tkanki.

Pasorzyt gruźlicy obrać sobie może siedlisko w rozlicznych tkankach skóry, w miarę czego występuje pod odmiennemi postaciami klinicznemi. Jeżeli się usadowi w warstwie brodawkowej, powstaje wtedy postać brodawkowa (*verrucosa*); jeżeli się rozwija w naczyniach chłonnych, tworzy się t. zw. *gumma scrophulosum* czyli inaczej *scrophuloderma*. Umiejscowione w gruczołach skórnych, laseczniki wywołują *lichen scrophulosorum*. Jeżeli zaś tylko toksyny działają na daną tkankę, bez udziału laseczników, występuje wtedy *lupus erythematosus*, *erythema*, *lichen scrophulosorum*, *folliculitis*, niektóre rodzaje *acne cachecticorum*. Wreszcie zdarzają się jeszcze inne wykwity, które z gruźlicą to tylko mają wspólnego, że się szczególnie łatwo rozwijają u suchotników, jak np. *pityriasis versicolor*.

Na mocy tych wywodów HALLOPEAU klasyfikuje twory gruźlicze skóry (wyłączając *lupus*) na:

A. Wywołane bezpośrednio przez laseczniki; tu należą: 1) *Tuberculosis sclerosata et verrucosa*, umiejscowione w *corpus papillare* i pokrewne z *tuberculum anatomicum*. 2) *Tuberculosis gummosa*—z umiejscowieniem w naczyniach chłonnych. 3) *Tumores tuberculosi*, mające pozór mięsaków lub nowotworów mikotycznych. 4) *Tuberculosis ulcerosa*. 5) *Tuberculosis pustulo-ulcerosa* = *impetigo rodens* (GAUCHER). 6) *Lupus erythematosus* (z odmianami: *vegetans*, *acneiformis destructivus*, inne podobne do *erythema papulo-tuberculosis*, do *psoriasis*, do *lichen planus*, wreszcie postać z *telangiectases*).

B. Wywołane przez toksyny: 1) *Lichen scrophulosorum*. 2) Niektóre przypadki *folliculitis suppurativa* (często naokoło ognisk wilka). 3) Niektóre przypadki *acne cachecticorum*. 4) *Erythema „tuberculeux“* (*nodosum?*).

W dyskusyi JACQUET protestuje przeciwko zaliczaniu do chorób skórnych gruźliczych tych wykwitów, które zawdzięczają swe powstanie tylko działaniu toksyn, bez współudziału laseczników. Wprowadzając bowiem tę zasadę do nomenklatury ogólnomedycznej, musielibyśmy uznać za rodzaj błonicy skóry np. *erythema*, wywołane przez surowicę przeciwbłonicy.

KAPOSI uważa *acne cachecticorum*, jak również *lichen scrophulosorum* za objawy, towarzyszące charłactwu, nie zaś w związku tylko z gruźlicą będące.

JACOBI twierdzi, że udało mu się znaleźć laseczniki KOCH'a w *lichen scrophulosorum*.

PELLIZARI przypuszcza, że toksyny są przyczyną, wywołującą *lichen scrophulosorum*, laseczniki zaś mogą się następnie osiedlić w wykwitach.

WICKHAM opowiada o przypadku, w którym w miesiąc po ukazaniu się *lupus erythematosus* na szyi, piersiach, grzbietach rąk i palców—wystąpiła ogólna gruźlica ostra.

JACQUET zaznacza, że KAPOSI uznał nareszcie gruźliczą naturę wilka.

8. Co do zaraźliwości trądu (*lepra*), wszyscy mówcy uznali ją za oczywistą, z wyjątkiem ZAMBACO—paszy z Konstantynopola, który, mając do czynienia z bardzo wielu trędowatymi, nigdy stwierdzić nie zdołał, ażeby np. mąż zaraził żonę. Natomiast PETERSEN podaje do wiadomości, że w 18-tu znanych mu przypadkach stwierdzono zarażenie jednego z małżonków przez drugiego. Przyczem podnosi ważność przepisu meldowania władzom lekarsko-policyjnym o każdym przypadku trądu. Zaraz w pierwszym roku (1896) po ogłoszeniu podobnego przepisu zameldowano w Rosyi 894 przypadki.

BLASCHKO stwierdza, że wskutek ciągłych stosunków z prowincjami nadbaltyckimi Rosyi, okolice Memla coraz częściej wykazują przypadki trądu.

9. SABOURAUD w kwestyi liszaju strzygącego (*herp. tonsur.*) zadał sobie dwa pytania: a) czy istnieje wyprysk postrzygający, wywołwany nie przez *trichophyton tonsurans*? i b) czy znamy jeden tylko gatunek *trichophyton*, czy też jest ich więcej?

Co do a) S. odpowiada twierdząco. Wyprysk taki istnieje, przyczyną jego nie jest *trichophyton tonsurans*, zdarza się tylko u dzieci i jest zdolny do samoistnego wyleczenia.

Włos dziecka, dotkniętego wspomnianym wypryskiem, badany w ługu potasowym, daje obraz następujący: koło centralnego kanału włosa, dość równolegle, biegną najstarsze, najgrubsze, długie grzybnie (*mycelia*). Nazewnątrządszczepiają się od nich młodsze, cieńsze, także wzdłuż włosa biegnące aż pod *cuticula*, którą najcieńsze z nich przebijają, wychylając na powierzchnię włosa bardzo drobne zarodniki (spory) na bardzo cienkiej szypułce. Dlatego to powierzchnia takiego włosa pod drobnowidzem wygląda jak posiana drobnymi kuleczkami.

Zasiany na sztuczną pożywkę, daje najprzód grzybnię rożnięcowatą (*mycelium*) o maczugowato napęczniałych komórkach. W dojrzałej hodowli od głównej grzybni odchylają się nitki w postaci pastorałów, na wypukłej stronie których widać drobne ząbki, a na każdym z nich znajduje się jeden, bardzo drobny zarodnik.

Na zasadzie powyższych szczegółów dostatecznie da się odróżniać pasorzyt ten (GRUBY-SABOURAUD) od *trichophyton tonsurans*. Ten ostatni w sztucznej hodowli daje zawsze prostolinijne, regularne grzybnie, zarodnie w postaci grona i duże zarodniki (nb. te ostatnie tylko w sztucznej hodowli, nigdy zaś podczas pasorzytniczego przebywania we włosie). Z tych powodów pierwszy pasorzyt postawić należy obok *martensella*, gdy ostatniemu należy się miejsce obok *botritis* lub *sporotrichum*.

Dotychczas spostrzegano powyższą odmianę wyprysku postrzygającego tylko w zachodniej Europie.

Co do b) S. mówi, co następuje: *Trichophyton* rośnie na zgniłym drzewie, na ziemi inspektowej, na których daje nawet spory, których nigdy jako pasorzyt włosów nie daje. Nie ulega więc wątpliwości, że, jak każda inna roślina, występuje pod różnemi postaciami zależnie od szerokości i długości geograficznej.

Ażeby zilustrować tę różnorodność, mówca zaszczerpił hodowle z 54-ch chorych. Otrzymał stąd 16 rodzajów, ogółem w 300 egzemplarzach. Każdy rodzaj zasiał po 5 razy na dwóch odmiennych odżywkach: a) na żelatynie z mannitem i b) na żelatynie z piwną brzeczką. Choć odżywka wpływa cokolwiek na wygląd pasorzyta, można jednak z łatwością odnaleźć wśród tego zbioru każdy z wspomnianych 16 gatunków. Z pośród tych zwraca na siebie uwagę gatunek różowy, spotykany u kur, inny znów, zdarzający się u kotów. Rzadka odmiana fioletowo-czarnego koloru—niewiadomo skąd pochodzi; S. znalazł ją w Paryżu tylko w 5-iu przypadkach, we Włoszech jest ona bardzo częsta.

DUBREUILH i FRÈCHE spostrzegali, że w przeciągu kilku dni grzyb bardzo podobny do *microsporon Audouini*, nie powodując najłżejszych nawet objawów zapalnych, wystrzygł tonsury na głowach dwojga dzieci i znikł następnie bez śladu, tak, że następnie pozbawione włosów miejsca niczem nie różniły się od łysin przy *alopecia areata*. W jednym przypadku zarażenie miało miejsce od kota.

10. O przyczynie *alopecia areata* mówił także SABOURAUD. Za przyczynę tej choroby poczytuje on bardzo drobnego lasecznika, którego jednak można odnaleźć tylko w samym początku choroby, poczem znika bez śladu. Mówca doszedł do powyższych wniosków na zasadzie badań 30 chorych.

11. Wreszcie wypada zaznaczyć, że SCHIFF podał nowy środek — filmogen mający zastąpić kolodium i traumatyczne, a nawet przewyższać je elastycznością, rozciągliwością i mocą.

Wszyscy sprawozdawcy jednogłośnie podnoszą gościnność i wzorowy porządek, jakie panowały na zjeździe. Najwięcej wszakże przyniósł uczestnikom korzyści obfity, doborowy, oddawna *ad hoc* systematycznie gromadzony materiał kliniczny, jakim żaden z dotychczasowych zjazdów podobno nie rozporządzał.

Warto też zaznaczyć wymówki, czynione przez niemieckich sprawozdawców swym ziomkom, że nie przemawiali na zjeździe w swym rodowym języku.

Notatki bibliograficzne.

Prof. D-ra Napoleona Cybulskiego „FIZYOLOGIA CZŁOWIEKA“. Wydana staraniem Stanisława Markiewicza. Z zapomogi Kasy pomocy dla osób pracujących na polu naukowym imienia d-ra Józefa Mianowskiego. Warszawa. 1891—1896.

Niema chyba lekarza, któryby, zajmując się praktyką, nie był zmuszony od czasu do czasu przypominać sobie niektórych danych z dziedziny fizjologii; pewne bowiem, na pierwszy rzut oka, niekiedy bardzo zawile objawy chorób stają się nader jasnymi i zrozumiałymi, jeżeli zestawimy zmiany w czynnościach chorego narządu z czynnościami, jakie narząd ów wykonywać powinien, gdy znajduje się w stanie zupełnego zdrowia. Dla lekarzy, zamieszkałych w miastach uniwersyteckich, wśród wielkich ognisk naukowych, przy nieco dobrych chęciach, uprzytamianie sobie w pamięci owych danych nie nastrecza wielkich trudności; mają oni pod ręką pracownię i kliniki, ocierają się o powagi naukowe, przyjmują udział w posiedzeniach towarzystw lekarskich, mogą więc zawsze nie tylko dopełniać tych wiadomości, jakie zaczerpnęli podczas studyów uniwersyteckich, ale i śledzić postęp wszech nauk lekarskich. Co innego z lekarzami na prowincyi: te wszystkie wyżej wymienione źródła wiedzy zastąpić musi jedynie gazeta i książka. Ale kiedy w dziedzinach innych nauk, jakoto: dyagnostyki, patologii, farmakologii i higieny, mamy pod ręką albo oryginalne dzieła polskie, stojące na wysokości zadania, albo też wspaniałe przekłady uznanych dzieł obcych, to dziedzina fizjologii najbardziej pod tym względem była upośledzona. Brak podręcznika, któryby obejmował całą naukę o życiu ludzkim i przedstawiał czynności każdego poszczególnego narządu tak, jak je sobie najnowsze badania tłumaczą, na każdym kroku odczuwać się dawał. To też d-r Napoleon CYBULSKI, prof. Uniw. Jagiellońskiego, niewąt-

pliwie wielką uczynił przysługę, nie tylko ojczystej literaturze lekarskiej, ale i ogółowi lekarzy, wydając swoją „Fizyologię człowieka“.

Dzieło prof. CYBULSKIEGO, wydane staraniem Stanisława MARKIEWICZA, z pomocy Kasy pomocy dla osób pracujących na polu naukowem imienia d-ra Józefa MIANOWSKIEGO, wychodziło w Warszawie częściami.

Część 1-sza, wydana w r. 1891, obejmuje: krew, limfę i ogólną fizyologię mięśni i nerwów. Część 2-ga wyszła w r. 1892 i zawiera fizyologię krążenia krwi, oddychania i trawienia. Część 3-a z roku 1894 mieści w sobie fizyologię wydalin, statykę i dynamikę ustroju i fizyologię oka. Część 4-a i ostatnia ukazała się pod koniec roku zeszłego i opisuje fizyologię pozostałych zmysłów, dalej szczegółową fizyologię rozmnażania się i rozwoju, czyli embryologię.

Nie mogę tu wchodzić w szczegółowy rozbiór i ocenę pojedynczych części dzieła z punktu widzenia naukowego; wymagałaby ona bowiem z jednej strony gruntownej znajomości przedmiotu, a z drugiej sumiennego i poważnego opracowania. Chcę tylko w krótkich słowach zwrócić uwagę, jakie wrażenie sprawia książka na czytelniku przeciętnym. Otóż części te, które najwięcej obchodzić powinny lekarza-praktyka, jakoto: krążenie krwi, oddychanie, trawienie, statyka i dynamika ustroju i fizyologia wydalin, są wyłożone tak jasno i przystępnie, że czyta się je z prawdziwym zadowoleniem i łatwością wielką, nieomal jak powieść. Wyjątek w tych działach stanowią tylko uwagi ogólne o fizycznych prawach ruchu cieczy w rurach niepodatnych i sprężystych. Daleko większego skupienia uwagi, natężenia myśli i odpowiedniego przygotowania wymaga czytanie fizyologii zmysłów, osobliwie oka i ucha. Sam przedmiot jednak, ze względu na interesującą treść, dostatecznie wynagradza czytelnika za poświęcenie mu trochę więcej czasu. W fizyologii szczegółowej układu nerwowego ośrodkowego znajdujemy wiele nowych faktów, odkrytych przez badaczy w ciągu ostatnich lat kilku dziesiątków, a krytycznie opracowanych przez autora. W końcu prawdziwą niespodziankę sprawił autor, dodając do dzieła swego fizyologię rozmnażania się i rozwoju, czyli embryologię. Niewielu pewno znajdzie się lekarzy, którychby po ukończeniu studiów uniwersyteckich przedmiot ów mógł więcej interesować. Tymczasem znajomość jego nawet ze względów praktyki dość często może być użyteczna, mi anowicie w celu wytłomaczenia sobie niektórych zboczeń, powstałych wskutek wad w rozwoju zarodka. Nie przeczę, że sam przedmiot jest trudny i odczytanie go takie, by najważniejsze fakty na zawsze utkwily w pamięci, pochłonie sporo trudu i czasu. Ale za to nie będzie zmuszony rumienić się lekarz, gdy, jak to się czasami zdarza, w potocznej dyspucie mimowoli wypadnie mu o ów przedmiot zawadzić.

Lekarz, chcący poświęcić się studjom fizyologicznym w pracowni, znajdzie w dziele prof. CYBULSKIEGO, w każdym poszczególnym dziale, wykład wszelkich metod badania fizyologicznego, poczynając od najdawniejszych aż do najnowszych, najwięcej udoskonalonych. Pomiął autor tylko metody fizyologicznego badania krtani t. j. fizyologię głosu i mowy, a także fizyologię ruchów kośćca, do których należą: siedzenie, stanie, chód, bieganie i pływanie.

Dzieło całe odznacza się stylem jasnym, zwięzłym i łatwym, terminy naukowe utarte i ogólnie przyjęte, nie widać chęci tworzenia nowych. Zewnętrzna strona książki przedstawia się bardzo dobrze—papier w lepszym gatunku, druk czytelny. Cena nader przystępna (dzieło nabywać można częściami po 75 kop. za każdą oddzielną część).

Wobec tego dzieło prof. CYBULSKIEGO może i powinno znaleźć się w bibliotece każdego lekarza, gdyż, pomijając już to, o czem na samym początku wspomniałem, iż fizyologia człowieka jest jednym z podstawowych przedmiotów medycyny,

i że lekarz, posiadający doskonałą jej znajomość, zawsze łatwiej oryentować się będzie wśród szeregu objawów chorobowych,—jest ona jeszcze jedną z najpiękniejszych i najciekawszych nauk ogólnoludzkich, gdyż nic na świecie nie może człowieka interesować więcej nad różnorodność przejawów energii i siły życiowej, jakie w nim samym powstają.

Stan. Łagowski.

O ruchu chorych w szpitalu Zapasowym za m. grudzień r. z.

Pozostało z zeszłego miesiąca chorych 65 (m. 29, k. 36); przybyło w grudniu 90 (m. 40, k. 50); wypisało się 79 (m. 34, k. 45); zmarło 13 (m. 7, k. 6); pozostało na miesiąc następny chorych 63 (m. 28, k. 35).

Ogólna liczba chorych była nieco mniejsza, niż w miesiącu ubiegłym, głównie dzięki znacznemu zmniejszeniu się płonicy, a po części i róży. Daleko częściej natomiast spotykamy ospę, z przeważającą znacznie liczbą chorych kobiet.

Stanowiła też ona najliczniejszą rubrykę chorych w miesiącu grudniu, a mianowicie 23 (m. 5, k. 18) z przebiegiem dosyć ciężkim. Przypadków śmierci wyłącznie u chorych nieszczepionych było 4 (m. 2, k. 2). Chorzy pochodzili z następujących ulic i domów: Stare Miasto 31, Twarda 10, Chłodna 48, Wolska 35, Mazowiecka 13, Dzielna 17 i 26, Krochmalna 14, Kamienna 5, Długa 11, Elektoralna 7, Żurawia 28, Solec 93, Grzybowska 61 i 17, Chmielna 85, Wspólna 35, Złota 30, Śliska 13, Marszałkowska 118, Sienna 89 (2 przypadki).

Dwa razy przeszło mniej, niż w miesiącu ubiegłym, mieliśmy płonicy, przypadków 11 (m. 6, k. 5) przeważnie u dorosłych, z przebiegiem powikłanym i dosyć ciężkim. Śmiercią zakończyły się 3 przypadki (m. 2, k. 1) z powodu powikłań, i to głównie u dorosłych. Chorzy pochodzili z następujących ulic i domów: Rybaki 26, Krucza 21 (3 przypadki), Zakroczymska 1, Krakowskie Przedmieście 52, Św. Krzyska 7, Nowy Świat 52, oraz wieś Koło i Czyste.

Znacznie mniej również, niż w ubiegłym miesiącu, mieliśmy róży, przypadków 13 (m. 6, k. 7), z których dwa zakończyły się niepomyślnie z powodu powikłań ropnych. Chorzy pochodzili z następujących ulic: Elektoralna 35, Oboźna 2, Grójecka 16, Plac Św. Aleksandra 3, Furmańska 7, Nowogrodzka 10, Łucka 8, Piękna 24, Maryensztat 21, Wolska 39, Krakowskie Przedmieście 103, Nowolipki 59, Twarda 23.

W jednej mierze trzymała się odra, której było przypadków 7 (m. 2, k. 5), przeważnie u dorosłych, z zejściem pomyślnem. Chorzy przybyli z ulic: Nowy Świat 44, Wilcza 64, Stare Miasto 24, Piekarska 16, Ludna 16, Aleksandrya 17 i Miodowa 5.

Tyfusu brzusznego zanotowano tylko 4 przypadki, ale z przebiegiem niezmiernie ciężkim i powikłanym zgorzelą niektórych części ciała. Jeden tylko z tych przypadków pochodzi ze środka miasta: Nalewki 20, dwa z Pragi: Wołowa 33 i Brzeska 17, czwarty — chora przybyła z Grodziska.

Z innych chorób zakaźnych mieliśmy: 9 przypadków zapalenia gardła, 2 zapalenia płuc krupowego i biegunki krwawej, oraz po jednym: tyfusu wysypkowego (Sienna 78) i gruźlicy płuc.

Z niewłaściwie do nas skierowanych chorych mieliśmy po 3 przypadki: niezytu płuc i kiszek, oraz po jednym: zapalenia nerek, opon mózgowych, gruczołów pachowych, wpochwienia kiszek i uwiadu starczego.

Biletów odmownych chorym, nie kwalifikującym się do szpitala Zapasowego, wydano 16 (m. 7, k. 9).

Rewakcynacyi w miesiącu ubiegłym dokonano 55 (m. 27, k. 28).

J. Sz waj cer.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= ZAESLEIN zebrał wyniki stosowania surowicy MARAGLIANO'a u 450 przeszło suchotników; przypadki były podane zarówno przez MARAGLIANO'a, jak i innych lekarzy. Wynik ostateczny jest następujący. Gorączka znikła u chorych z jamami w 32% przypadków, u chorych z zapaleniem gruźliczem rozlanem w 48%, z ograniczonym w 86%. Objawy miejscowe znikły zupełnie u 27% chorych, zmniejszyły się u 41%, pozostały w stanie pierwotnym u 30%, a wzmożyły się u 6%. U 57% chorych waga ciała powiększyła się w różnym stopniu, przybór wagi wynosił od 2 — 15 kilo. Laseczniki gruźlicy znikły w 43,2%, mianowicie u 54% chorych gorączkujących i u 88% nie gorączkujących. (Dtsch. Med. Ztg. Nr. 60. 1896).

= COHNSTEIN stosował eurytrol (wyciąg śledziony) w 22 przypadkach niedokrwistości i blednicy i otrzymał w 60% wynik dobry: podmiotowe objawy, jak osłabienie, bóle głowy, brak łaknienia, zaparcie stolca i nieprawidłowości miesiączkowania — znikły; przedmiotowo wygląd chorych był lepszy, waga ciała zwiększała się, zwiększała się również ilość czerwonych ciałek krwi i hemoglobiny. Żadnych nieprzyjemnych objawów ubocznych autor nie zauważył. Dawka dzienna wynosi jedną lub dwie łyżeczki od kawy, a podaje się w rosole lub bulionie. (Allgm. med. Cntr. Ztg. Nr. 43. 1896).

= GUENSBURG zaleca ichtyol jako środek oczyszczający. Autor stosował go w 50 przypadkach zaparcia, zależnego od stanu zapalnego narządów płciowych kobiecych, i osiągnął dobre wyniki, jednocześnie i poprawę łaknienia, a czasem i głównej choroby. Dawka 0,3—0,6 *pro die* w pigułkach po 0,1. Żadnych ubocznych objawów G. przy leczeniu nie spostrzegał. (Therap. Woch. Nr. 27. 96).

= VUCETIC podaje przypadek otrucia makowcem dwuletniego dziecka, które uratował, stosując nadmanganian potasu. W pół godziny po zażyciu 50-ciu kropel *tinct. theb.* autor wstrzyknął podskórnie szprycęk PRAVAZ'a 1% roztworu *kal. hypermang.* i podawał później co godzinę łyżeczkę takie-

goż roztworu wewnątrznie. Następnego dnia dziecko było zupełnie zdrowe.

(Wien. klin. Woch. Nr. 32. 96).

= WERLER radzi zastąpić przy leczeniu rzeżączki saletrzan srebra cytrynianem srebra, który zabija gonokoki o wiele pewniej, niż saletrzan, a o wiele mniej drażni. Autor stosuje wstrzykiwania do cewki roztworu 1:4000, zwiększając stopniowo do 1:2000, cztery razy dziennie po zwykłej strzykawce. Wynik dotychczasowych prób autora jest nader zachęcający. (Sem. méd. 47. 1896).

= COMBEMALE zaleca *sulfonal* w dawce od 1,0 — 2,0 przeciw potomnocnym u suchotników, u których nie ma jeszcze zbyt wielkiego zniszczenia płuc. Należy zażywać środek ten bezpośrednio przed pójściem spać, gdyż inaczej traci on swoje działanie przeciwpotne. Należy zwracać uwagę na to, że ustrój bardzo łatwo przywyka do *sulfonalu*, wobec czego po 12—15 dniach należy czynić przerwę w leczeniu. (Sem. méd. Nr. 54. 1896).

= JACCOUD przestrzega przed stosowaniem salicylanu sodu przy zakażeniu gościcowem, jeżeli obok zajęcia stawów występują powikłania ze strony narządów wewnętrznych, mianowicie wsierdzia, osierdzia lub opłucnej; w tym razie środek ten działa skutecznie wyłącznie na zapalenie stawów, na narządy zaś wewnętrzne ujemnie. Należy tutaj stosować duże dawki emetyku (dawka zwykła 0,4) *per se*, dzięki któremu J. rzadko spostrzega pojawienie się wysięków. Rozpowszechnione zdanie, jakoby salicylan sodu zapobiegał pojawieniu się powikłań ze strony narządów wewnętrznych, jest stanowczo błędne, na poparcie czego autor powołuje się na statystyczne dane COUPLAND'a, SMITH'a i BADT'a. (Sem. méd. Nr. 54. 96).

= COGGI zaleca ostrożność przy stosowaniu mocznika ze względu na następujące spostrzeżenie własne w klinice prof. MURRI'ego. Chory na marskość wątroby po zażyciu 15,0 mocznika (10,0 *pro die*) dostał silnych wymiotów i uskarżał się na przykre sny. Badanie moczu wykazało, że nie wszystka ilość spożytego mocznika została wydaloną

z ustroju. Po kilkodniowej przerwie chory zaczął zażywać po 5,0—8,0 *pro die*, lecz już szóstego dnia dostał wymiotów, w nocy stracił przytomność, bredził i z krzykiem biegał po pokoju. Uczucie bólu i strachu trwało noc całą, a nad ranem przytomność wróciła. Badanie moczu dało także wynik, jak i poprzednio. Autor mniema, że było to bredzenie pochodzenia mocznicowego wskutek zatrucia ustroju niewydalonym przezeń mocznikiem. (Gaz. degl. Osp. Nr. 71. 96).

= RENZI i REALE w r. 1893 zalecili lewulozę przy cukrzycy, twierdząc, że nie powoduje ona pojawienia się cukru w moczu u dyabetyków. W r. 1894 HAYCROFT, BOHLAND i inni zaprzeczyli temu na podstawie danych, otrzymanych u chorych na cukrzycę, którzy spożywali prócz lewulozy oznaczoną ilość węglowodanów. RENZI krytykuje ostro te doświadczenia, żądając, by chorzy tacy nie otrzymywali jednocześnie węglowodanów. Autor daje swoim chorym do 100,0 lewulozy i nigdy śladu cukru w ich moczu nie znajduje. Wybitną własnością lewulozy jest i to, że zupełnie tak samo, jak dekstroza, oszczędza białko ustroju. (VII. Kongr. intern. włóskich 20. X. 96).

= ROSENFELD zaleca saletrzan srebra przy *bronchitis putrida*. Codzienne wstrzykiwania do krtani 1—2 ctm. sz. 4% roztworu tego środka, stosowane w przeciągu kilku tygodni, zmniejsza ilość dzienną plwociny, przytem znika cuchnący zapach i objawy oskrzelowe. Wstrzykiwania chory znośzą dobrze. (Sem. méd. Nr. 57. 96).

= HEUBNER, przypuszczając, że brak zwapnienia kości w krzywicy zależy od długotrwałego przeładowania krwi kwasem węglanym, wskutek czego sole wapienne się nie wydzielają, spróbował czynić krew chorych bardziej zasadową. Podawana w tym celu tyreoidyna działała bardzo dobrze na ogólne odżywianie, lecz choroba samej kości nie zniknęła. Powyższe niezwykle działanie tyreoidyny autor przypisuje zwiększeniu przez nią odporności ustroju. (Berl. kl. Woch. Nr. 31. 96).

= HERZ przedstawił w Tow. lekar. wiedeń. chorą, u której dwa lata temu wystąpiły wszystkie objawy rozmiękania kości. Chora zażywała fosfor w dawce 0,001 *pro die* z dobrym wynikiem; niema zatem potrzeby używać dawek

większych, jakie dotychczas, były zalecane. (Posiedz. 11. XI. 95). M. B.

= Robiąc doświadczenia na świnkach morskich, królikach i kurach, SCAGLIOSI przekonał się, że laseczники węglik, *micr. prodigiosi* i inne drobnoustroje są w stanie wywołać zmiany chorobowe w wątrobie; sprawa jednakże nie rozwija się dalej, jeżeli bodźce same lub ich toksyny zostaną z ustroju wydalone. Jeżeli jednak na zmiany chorobowe, wywołane przez drobnoustroje, podziała jakiś czynnik przewlekły drażniący, np. wyskok, który w warunkach prawidłowych jest zupełnie nieszkodliwy, wówczas powstają zmiany chorobowe, właściwe marskości przerostowej wątroby (*cirrrosis h. hypertrophica*). Ważną jest rzeczą, że autor na zwierzętach dowiódł zupełnej nieszkodliwości wyskoku dla wątroby zwierząt zdrowych. (Virch. Archiv. 1896. B. 5. H. 3). J. G.

= HEIM zwraca uwagę, że chlorek morfiny mógłby być odtrutką przy otruciu cyankiem potasu. Autor przypadkowo zauważył, że zastrzyknięcie cyanku potasu psu, zatrutemu morfiną, złagodziło objawy zatrucia. Podjęte doświadczenia nad otrutami cyankiem potasu myszami, dowiodły, że zastrzyknięcie w kilka minut po otruciu morfiny w dawce nie śmiertelnej działa zbawiennie, myszy bowiem powracają do zdrowia. Wytlomaczenie antagonizmu fizyologicznego w danym wypadku jest niemożliwe, chemicznie bowiem przy zmieszaniu tych dwóch środków otrzymujemy mieszaninę czystej morfiny i kwasu pruskiego; należy zatem sądzić, że reakcja jest inną wobec tkanek ustroju. (Sem. méd. Nr. 48. 96).

= MEINIS stosuje przy oparzeniach wszelkiego stopnia okłady z terpentyny; na ranę nakłada się watę nasyoną olejkiem terpentynowym i pokrywa się płótnem nieprzemakalnym, aby zapobiedz ulatnianiu się leku. Ból znika natychmiast, a zagojenie następuje szybciej, niż przy stosowaniu innych środków. (Sem. méd. Nr. 49. 96).

= LERMOYER twierdzi, że większość przypadków krwawienia z nosa (*epistaxis*) zależy od nieznacznego nadżarcia gałżki tętnicy klinowo-podniebiennej (*a. sphenopalatina*), przebiegającej w dolnym odcinku przegrody nosowej. Nadżarcie to zawsze łatwo jest wynaleźć i przypalić saletrzanem srebra, co raz na zawsze krwawie-

nie usuwa. Wszelkie leki podawane wewnątrz są według L. zupełnie bezskuteczne. (Lancette franç. Nr. 126. 96).

= LINET stosował zalecony przez GURNARD'a (Medyc. Nr. 25. 96) węgiel wapnia przy nienadających się do operacji nowotworach macicy oraz sutki, i otrzymał bardzo zadawalające wyniki. Nb. środek ten jest tylko paliatywnym. (Presse méd. Nr. 70. 96).

= MUELLER zaleca jod przeciw tetanicznym skurczom macicy podczas porodu. Rp. *Trae jodi* 1,0, *alcohol* 2,0. DS. pięć kropel w wodzie co pół godziny; dawkę można powtarzać kilkakrotnie. Działanie jodu jest znacznie szybsze i pewniejsze, niż działanie narkotyków. (Therap. Woch. Nr. 41. 96).

M. B.

= W roku zesłym GOŁUBOW zauważył endemiczne występowanie zapalenia wyrostka robaczkowego; toż samo potwierdzili koledzy G. W pewnej szkole zachorowało jedno po drugim wiele dzieci, siedzących na jednej ławie. Już SAHLI porównywał zapalenie to z *angina*,

a G. znajduje analogię w ich rozpowszechnianiu się. Podług LAVERAN'a biegu naka krwawa powstaje wskutek tego, że drobnoustroje kiszek stają się nagle jadowitymi; coś podobnego zachodziłoby i tutaj: zapalenie wyrostka na leżałoby więc uważać za dysenterję wyrostka robaczkowego. Lekkie postaci mogą uść uwadze spostrzegacza, jako niestrawność przejściowa, ale dokładne badanie potwierdza i w tych przypadkach słuszność rozpoznania. (Wien. med. Woch. Nr. 42. 1896).

J. Gr.

= SNOW twierdzi, że podawanie jednocześnie dużych dawek morfiny i kokainy wstrzymuje rozrost nowotworów rakowatych oraz opóźnia ich nawroty. Autor stosował w bardzo wielu przypadkach morfinę w dawce 0,06 i kokainę 0,015 trzy razy dziennie, i zawsze niemal po dłuższym leczeniu otrzymywał wyniki zadawalające: guzy się zmniejszały, łaknienie się wzmagало i nawroty zazwyczaj występowały późno. (Sem. méd. Nr. 48. 96.).

M. B.

Wiadomości bieżące.

— W tych dniach wyszły z druku „Prace i spostrzeżenia, dokonane w oddziale terapeutycznym d-ra med. Teodora DUNINA w szpitalu Dz. Jezus w Warszawie od r. 1886 do 1896, Warszawa, 1896, str. 463”. Są to zebrane razem prace i spostrzeżenia, które już w odpowiednim czasie drukowane były przeważnie w „Gazecie Lekarskiej”. Powtórne wydanie prac tych poprzedza przedmowa kol. DUNINA, w której wspomina o wielu przeszkodach, z jakimi ordynatorzy szpitalni walczyć muszą wobec braku pracowników i odpowiednich przyrządów w szpitalach, co wszystko razem utrudnia dokładne badanie chorych i ściśle spostrzeganie dosyć skromnego materiału klinicznego. Pomimo tych przeszkód jednak, usilna praca i zachęta do niej może być uwieńczona pomyślnym wynikiem, czego dowodem pokażna ilość, na oddziale kol. DUNINA w ciągu lat 10-iu dokonanych.

— Towarzystwo lekarskie w Łodzi obchodziło 10-tą rocznicę swego założenia. Obchód ten połączono z jubileuszem 25-letniej działalności lekarskiej d-ra JONSCHERA, wice - prezesa tego Towarzystwa.

— Na prezesa Towarzystwa lekarskiego wileńskiego wybrany został d-r Hipolit JUNDZIEL.

— Czasopisma codzienne podają wiadomość, jakoby dotychczasowy Inspektor szpitali warszawskich prof. CZAUSOW miał ustąpić z zajmowanego przez się stanowiska.

— Wdowa po znanym milionerze HIRSCH'u ofiarowała Instytutowi PASTEUR'a 2,000,000 franków.

— W Radzie municypalnej miasta Paryża rozpatrywany będzie projekt utworzenia nowego szpitala dla starców na 2000 łóżek.

WYDAWCA Dr. L. Guranowski.

REDAKTOR odpowiedzialny Dr. H. Dobrzycki.

Дозволено Цензурою. Варшава, 9 Января 1897 г.

Друк К. Ковалевського, Warszawa, Mazowiecka 8.