

MEDYCYNĄ.

CZASOPISMO 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 Virene 38.

Adres Wydawcy: Nowo-Zielna Nr. 47.

Adres Redaktora: Oboźna Nr. 5.

TREŚĆ. Prace oryginalne. 12 (serya 1) przypadków otwarcia jamy otrzewny przez cięcie brzuszne z powodu przewlekłych chorób przydatków macicy. Podał d-r Fr. Stępkowski. — Z kazuistyki powikłań śmiertelnych spraw ropnych w narządzie słuchowym i z chirurgii tychże powikłań. Napisał d-r Teodor Heiman. (Ciąg dalszy). — **Streszczenia i wyciągi.** 118. O leczeniu operacyjnem przewlekłego wrzodu żołądka. — **Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.** Posiedzenie z dnia 1 i 15 czerwca r. b — **Odcinek.** Libawa jako kurort morski. Podał E. Biernacki. — **Drobniejsze wiadomości różnej treści.** — **Wiadomości bieżące.** — **Ogłoszenia.**

„Medycyna“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE

destinée aux médecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r Fr. Stępkowski — 12 cas (1-er série) de laparotomie dans les maladies chroniques des annexes de la matrice. 2) D-r T. Heiman — Sur la casuistique et le traitement chirurgical des complications lethales d'otites suppuratives.

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

„Medycyna“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r Fr. Stępkowski — Zwölf Fälle (1-te Serie) von Eröffnung der Peritonealhöhle mittelst Laparotomie bei chronischen Erkrankungen der Gebärmutteradnexe. 2) D-r T. Heiman — Zur Casuistik und Chirurgie der Behandlung lethaler Complicationen der eitrigen Erkrankungen des Ohrs.

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

Z ODDZIAŁU GINEKOLOGICZNEGO D-RA FR. NEUGEBAUERA W SZPITALU
EWANGIELICKIM W WARSZAWIE.

12 (serya 1) przypadków otwarcia jamy otrzewny przez cięcie brzuszne
z powodu przewlekłych chorób przydatków macicy

Podał d-r Fr. STĘPKOWSKI.

Daleki jestem od zamiaru podawania opisu wszystkich przypadków przewlekłych cierpień przydatków macicy, spostrzeganych w oddziale i sposobu ich operowania. Opiszę poniżej tylko te przypadki, które albo przedstawiały pewne trudności rozpoznawcze, lub też z innych powodów zasługiwały na uwzględnienie. Zapewne nie mała z nich liczba dla wielu czytelników nie przedstawi nic zajmującego, może za to inne, w których właśnie rozpoznanie było kłopotliwe, będą o tyle interesujące, że okupią choć w części moją pracę w obliczu czytelników.

Spostrzeżenie I. *Cystomata ovariorum; peritonitis tuberculosa.*

T. Tam., lat 22; przybyła do szpitala 7. V. 1895. Zameężna od 1½ roku, miesiączkuje od 5 lat 2—3 dni co 4 tygodnie, bez bólów. Przed rokiem

urodziła zdrowego, czesnego chłopaka. Od trzech miesięcy zauważyła szybkie powiększanie się brzucha. Po porodzie nie chorowała, żadnych bólów nie miewała. Miesiączka do obecnej chwili w porządku. Rodzice żyją i są zupełnie zdrowi; trzech jej braci i jedna siostra są również zdrowi. W dzieciennych latach umarło troje rodzeństwa, z których najstarsze, o ile pamięta, umarło na wole i bicie serca (*morbus Basedowii?*).

Jama brzuszna widocznie wypełniona płynną zawartością: chelbotanie wyraźne; w położeniu na boku tępość powiększa się; płyn wolny; brzuch ma wygląd płaski, jest miękki; ściany brzuszne nie są napięte, objętość na wysokości pępka 90 cm. Przez prawe sklepienie boczne wyczuwa się guz wielkości cytryny, o nierównej powierzchni, nieruchomy, z lewej zaś strony takiż guz co do swych własności, lecz dużo większy; w jamie DOUGLAS'a można wyczuć jakieś podłużne nierówności, jakby nacieczenia. Macica w przodogięciu, nie powiększona.

Ponieważ ze strony płuc, serca i nerek nie można było wykryć nic nieprawidłowego, zatem łatwo było wyłączyć i wszystkie cierpienia zależne od chorób tych narządów. Do rozpoznania zatem pozostały tylko: pęknięta torbiel, złośliwy jakiś nowotwór w przydatkach macicy i nakoniec gruzlica otrzewny, trąbek i jajników. Mając na względzie, że w wywiadach nie było ani przebytego urazu, ani też chora nie zauważyła gwałtownego powiększenia brzucha, nie było objawów zapalenia otrzewny, można więc było wyłączyć pękniętą torbiel. Złośliwy nowotwór zdradzałby się bólami, wychudnięciem, czegośmy nie zauważyli: wygląd chorej był dobry. Najwięcej zatem danych przemawiało za gruzlicą otrzewny.

10. V. *Koeliotomia abdominalis*. Z jamy brzusznej wypuszczono przeszło siedem litrów płynu zielonkawego, przezroczystego; razem z płynem wychodziły nazewnątrz jakby małe torbiele na podobieństwo rybich pęcherzy, wielkości brzoskwini i większe, wypełnione płynem galaretowatym; siedziały one na otrzewnej kiszce i same się oddzielały. Otrzewna ścienna bardzo zgrubiała, powierzchnia jej nierówna, pokryta na całej powierzchni gruzelkami, jak również i otrzewna kiszki. Otrzewna narządów ródnych pokryta również gruzelkami. Torbiel lewego jajnika wielkości pomarańczy z zawartością surowiczą, jednokomorowa; torbieli jajnika prawego wyłuszczyć nie można z powodu nadzwyczaj mocnych i licznych zrostów. Jajowody zgrubiałe, twarde, kruche wycięto; na błonie śluzowej wyciętych jajowodów, owrzodzenia pokryte masą serowato-mazistą.

Przebieg pooperacyjny był spokojny; czwartego dnia tylko ciepłota podskoczyła do 39° C., po trzech dniach spadła do normy i chora wypisała się zdrową 26. V. 1895 r.

S p o s t r z e ż e n i e II. *Peritonitis tuberculosa*.

A. K., lat 16, przybyła do szpitala 2. X. 1895 r. Dotychczas jeszcze nie miesiączkowała. Zawsze przedtem była podobno zdrową. Od miesiąca zauważyła szybkie powiększanie się brzucha. Wszystkie narządy wewnętrzne w porządku; na szyi widoczne pakiety gruczołów chłonnych. Brzuch dość znacznie powiększony; wyraźne chelbotanie. Objętość na wysokości pępka 73 cm. Przy wypukiwaniu odgłos słabo bębenkowy; płyn w jamie brzusznej wolny. Żadnych guzów w jamie otrzewnej nie wyczuwa się; badanie przez kyszkę prostą również do żadnych wyników nie doprowadza.

5. X. *Koeliotomia abdominalis*. Z jamy brzusznej wypuszczono około 5 litrów płynu surowiczego, przezroczystego i po przemyciu fizyologicznym

roztworem soli kuchennej zaszyto ją. Otrzewna kiszek i ścienna usiana drobnymi ziarnkami, wielkości prosa; na trąbkach, jajnikach i macicy ziarenek tych niema. Szwy zdjęto 9-go dnia—*prima reunio*. Wypisała się ze szpitala jako uzdrowiona 20. X. 1895 r.

W rok później mieliśmy możliwość widzenia chorej. Otóż poprawiła się ona znacznie: odżywianie bardzo dobre; w jamie brzusznej ani śladów płynu wykazać nie można. Dotąd jeszcze nie miesiączkowała.

S p o s t r z e ż e n i e III. *Peritonitis tuberculosa*.

Kos. Anna, lat 26, przybyła d. 30. III. 1897 roku. Rodzeństwa było 9-ro, z tej liczby zmarło w dzieciństwie 5-ro, pozostały tylko dwie siostry i brat. Siostry są niezamężne, zupełnie zdrowe; brat również zdrowy. Rodzice żyją i cieszą się dobrym zdrowiem. W dzieciństwie chora miewała wrzody na ciele i przechodziła odrę, zresztą była zawsze zdrowa. Zamężna od 5 lat. Pierwsza miesiączka w 17 roku 6 — 7 dni co 4 — 6 tygodni, krwi zawsze odchodziło dużo i z boleściami, ostatnia miesiączka w początku marca. Przed 4-ma laty poród czesny, prawidłowy.

Od połowy lutego r. b. chora zauważyła powiększanie się brzucha. Osobnik średniego wzrostu, wątły, wynędzniały, podściółki tłuszczowej bardzo mało; kościec prawidłowy. Płuca i serce w porządku. Brzuch znacznie powiększony, kształtu kulistego, wszędzie jest przy dotykaniu miękkiej; żadnych guzów, stwardnień nie wyczuwa się; skóra na brzuchu przesuwająca się swobodnie. Przy opukiwaniu znajdujemy przestrzeń z odgłosem bębenkowym, która pozostaje i przy ułożeniu chorej na boki: jest to okolica biodrowa prawa i okężnicy poprzecznej; w okolicy biodrowej lewej otrzymujemy stale odgłos tępy w położeniach na obu bokach i na krzyżu. Chęłbotanie bardzo wyraźne. Wymiary brzucha na wysokości pępka 80 po nad pęcherzem 77, poniżej 82 cm. Od *scrob. cordis* do *symp. pub.* 35, od *scrob.* do pępka 16,0, a od pępka do *symp. pub.* 19 cm. Macica w tyłopochyleniu, niepowiększona, ruchoma, sklepienie wolne.

2. IV. 97. *Koeliotomia superior* przy pomocy kolegów: JANCZEWSKIEGO, KRAKOWA i MARCZEWSKIEGO. W jamie otrzewnej okazał się płyn przeważnie otorbiony z lewej strony, barwy zielonkawej, w ilości 8 litrów. Po wyznaczaniu serwetami resztek płynu okazało się, że kiszki pozlepiane z sobą były odsunięte na prawo i ku górze. Cała otrzewna ścienna, pokrywająca kiszki, usiana gruzelkami wielkości ziarnka prosa i nieco większymi; macica, trąbki i jajniki nie były pokryte gruzelkami. Na ranę brzuszną nałożono 3 piętra szwów.

2. IV. Zdjęto szwy: rana zagoiła się *per primam*.

Zasługuje na uwagę w tym przypadku przebieg ciepłoty. Przed operacją była ona rano 38,0—38,3°, a wieczorem 38,2—38,8°. Po operacji zaś raz tylko ósmego dnia podniosła się do 38,2° wieczorem.

26. IV. 97. Chora wypisana została z widoczną poprawą bez gorączki. Dalsze jej losy do obecnej chwili nie są mi wiadome.

Jest rzeczą dobrze znaną, że w gruźliczym zapaleniu otrzewny otwarcie jamy brzusznej z wypuszczeniem płynu działa nadzwyczaj korzystnie na przebieg tego cierpienia, samo zaś przekłócie trójgrańcem i wypuszczenie płynu pozostaje bez żadnego wpływu. Zdanie to potwierdzają wyszłe niedawno prace doświadczalne WASILEWSKIEGO, KOŁBASENKI i innych. WASILEWSKIJ ¹⁾

¹⁾ JAROSZEWSKIJ W. S. K leczeniu chroniczskawo tuberkuloznawo peritonita, Trudy obszczestwa kijewskich wraczej, T. II, Z. 2. 1896 r.

po dokonaniu szeregu doświadczeń na królikach doszedł do następujących wniosków: 1) jeśli przystąpimy do koeliotomii wtedy, gdy sprawa tworzenia się gruzelka nie była jeszcze ukończona, to operacja nie jest w stanie powstrzymać rozwoju nowych gruzelków, lecz budowa anatomo - patologiczna ich staje się wtedy inną, przez co przemiana wsteczna w gruzelkach przeciąga się, lub też zupełnie nie następuje; 2) jeśli rozwój gruzelka już jest skończony, to po operacji świeże gruzelki mogą się nie wytwarzać, a okres ich zwyrodnienia daleko odsunąć, ponieważ zmienia się wtedy i budowa ich histologiczna; 3) jeśli operacja nastąpiła po zwyrodnieniu gruzelków, to sprawa chorobowa może ucichnąć i następuje, zdaje się, nawet wessanie ognisk ropadowych. Przez cięcie ścian brzusznych i wypuszczenie płynu stwarzamy przyjaźniejsze warunki dla wysysania: laseczники i limfocyty zostają porwane i uniesione z potokiem limfy z wytworów grzliczych otrzewny. Ostatecznie otrzymujemy przemianę leucocytów w gruzelkach na składniki trwalsze — komórki przyblonkowe, a ilość laseczników KOCH'a w ziarninie grzliczej zmniejsza się.

BUMM objaśnia sprawę w ten sposób, że komórki okrągłe przenikają do gruzelków i powodują łączno-tkankową ich przemianę. Nie twierdzi on stanowczo, czy tu odgrywa rolę podrażnienie otrzewny, czy też powrót przyjaźnych warunków prawidłowego krwiobiegu. W każdym razie swoiste składowe części gruzelka zanikają, a równocześnie rozwija się tkanka łączna. Do takich samych wyników doszli również NANNOTI i BACIOCCHI robiąc doświadczenia na psach i królikach.

WARNEK objaśnia wyleczenie po *koeliotomii* w ten sposób, że otrzewna będąc podczas operacji podrażnioną, reaguje tworzeniem wysięku plastycznego i zrostami. Dowodów jednakże nie przytacza.

Ogólna liczba przypadków grzlicy otrzewny operowanych i opisanych do obecnej chwili zapewne przewyższa 400. W liczbie tej znacznie więcej jest kobiet niż mężczyzn. KÖNIG objaśnia zjawisko to w taki sposób, że ginekologowie przystępują bardzo często do otwarcia jamy brzusznej w mniemaniu, że spotykają guzy narządów rodnych.

Odsetka śmiertelności z operacji jest bardzo mała: u LINDNER'a 7,8, u MAURANGE'a 7,05, u KÖNIG'a 3. Wyleczenie pewne i trwałe bywa w 34%. Opisane są przypadki, gdzie chore były zupełnie zdrowe po 6, 7, 9, 13, 15 latach operacji; w przypadku SPENCER-WELLS'a chora cieszyła się zdrowiem przez 22 lata. Ani postać gruzelków, ani charakter płynu, surowicy, ropny, rozlany lub otorbiony, ani stopień zajęcia otrzewny, nie mają wpływu na wyleczenie.

Godnym jest uwagi fakt, że często nawet w przypadkach typowych grzlicy otrzewny, kiszek i błony surowiczej narządów płciowych ze znacznym wysiękiem albo zupełnie nie znajdujemy laseczników KOCH'a w jamie brzusznej, lub też tylko w bardzo nieznacznej ilości. POTAIN, badając pod drobnowidzem kawałek otrzewny, tylko w bardzo małej ilości znacznej liczby skrawków znajdował 1—2 laseczники grzlicze i to wyłącznie w komórkach olbrzymich. KOETSCHAN przy niewątpliwej grzlicy pierwotnej trąbek nie znalazł laseczników wcale. Tak samo DERVILLE zwraca uwagę na brak lub bardzo małą ilość laseczników w grzlicy narządów płciowych wewnętrznych. Wynika stąd oczywiście ważny wniosek, że brak laseczników KOCH'a pod drobnowidzem w płynie zawartym w jamie otrzewny nie jest jeszcze dowodem, że wysięk nie jest pochodzenia grzliczego. Prawie w 90% przy badaniu po-

śmiertnem znaleziono cierpienie płuc; kiszki były zajęte przez gruźlicę w 74%, rzadziej gruczoly krezkowe, jako następstwo cierpienia kiszek. Najprawdopodobniej zatem gruźlica kiszek bywa przyczyną gruźlicy otrzewny.

Niekiedy rozpoznanie gruźlicy otrzewny jest rzeczą bardzo trudną. W większości przypadków przystąpiono do operacji z innym rozpoznaniem. Z zebranych przez MAURANGE'a ²⁾ danych okazuje się, że *peritonitis tuberculosa* była rozpoznana zaledwie w 19,71% przypadków. Pochodzi to stąd, że dla gruźlicy otrzewny nie mamy żadnych wytycznych danych, któremi moglibyśmy się kierować przy rozpoznaniu. Często bywa płyn otorbiony, jak w trzecim naszym spostrzeżeniu, i z tego powodu rozpoznajemy mylnie torbiel jajnika, a niekiedy znów jakiś nowotwór złośliwy. HEGAR powiada, że najważniejsze znaczenie dla rozpoznania mają wywiady, dziedziczność i stan innych narządów.

Co się tyczy wskazań, to operować powinniśmy nie tylko w gruźliczem zajęciu otrzewny z wysiękiem, lecz i bez niego. Chyba najwięksi zwolennicy nieoperacyjnego leczenia zgodzą się, że gorączka nie powinna być przeciwskazaniem, ponieważ wykazuje ona oczywiście pogorszenie się sprawy, a tymczasem szybka pomoc chirurgiczna może jeszcze rozwój choroby powstrzymać. Również przy istniejących zmianach w płucach w niezbyt znacznym stopniu nie wahałbym się operować w nadziei, że przez to chory będzie postawiony w lepsze warunki dla walki z wrogiem.

Oprócz otwarcia jamy otrzewny przez cięcie ścian brzusznych próbowano leczyć gruźlicę i w inny sposób. HELMRICH stosował tuberkulinę, lecz bez skutku. PINARD w przypadkach, w których *coelotomia abdominalis* pozostała bez skutku, zastrzykiwał wielokrotnie surowicę psią pod skórę i był z tych zastrzykiwań zadowolony. NOLEN w 3-ch przypadkach wypuścił płyn z jamy brzusznej trójgrańcem i zapomocą przyrządu własnej budowy wpuścił ogrzane, ciepłe i wyjałowione powietrze do jamy otrzewny. Dwa razy otrzymał dobry wynik, w trzecim przypadku chora zmarła na gruźlicę kiszek. GABBI po wypuszczeniu płynu przemył jamę brzuszną przy pomocy przyrządu prof. RIVA'y 10 litrami wody wyjałowionej z zupełnie pomyślnym skutkiem (*lavatura apneumatica*).

(C. d. n.).

Z kazuistyki powikłań śmiertelnych spraw ropnych w narządzie słuchowym i z chirurgii tychże powikłań.

Napisał D-r Teodor Heiman.

(Ciąg dalszy.—Zob. Nr. 35).

Przypadek III. Zapalenie przewlekłe ropne lewego ucha środkowego. Ropień przedoponowy. Ropnico-posocznica. Wyzdrowienie.

Żołnierz J. N., lat 23. Przybył do oddziału usznego 30. XII. 1895 r. z powodu ropienia z ucha lewego już od wielu lat trwającego. Znalazłem obfity wypływ ro-

²⁾ MAURANGE. De l'intervention chirurgicale dans la péricrionite tuberculeuse. Thèse pour le doctorat en médecine, Paris.

pny z ucha lewego, błona bębenkowa miała wielki stary otwór; błona śluzowa jamy bębenkowej była blado-czerwona i obromiała, wyrostek sutkowy przy obmacywaniu bolesny. Znaczne upośledzenie słuchu po stronie lewej: zeg=cont, kam=0, mowa=50 c. W + R₁ —. Ucho prawe było zdrowe. Stan ogólny bezgorączkowy. 4. I. 1896. Pojawiła się gorączka, ciepłota 38,1^o, tętno 84, lewostronny ból głowy, ból w wyrostku sutkowym i bardzo obfite ropienie z ucha. Gorączka trwała aż do 26. I. Wahała się między 38,6^o—40,2^o wieczorem, a 36,5^o—37,5^o rano. Tętno 72—120. Częstość tętna przez cały czas odpowiadała ciepłocie. 11. I. Wystąpił silny dreszcz wstrząsający, poczem ból głowy i wyrostka sutkowego ustąpił. Stan ogólny był względnie dobry; prócz gorączki i umiarkowanego wycieku z ucha innych zbroczeń chorobowych nie spostrzegano. 22. I. Pojawił się silny ból w lewym stawie napięstkowo-promieniowym i w okolicy potylicowej lewej i ogólne znaczne osłabienie. Wobec tego 23. I. przystąpiłem do wydłutowania wyrostka sutkowego i otworzenia jamy czaszkowej. Po należytem odkażeniu skóry głowy poprowadziłem cięcie skórne w kształcie litery T, jedno idące od dolnego końca wyrostka sutkowego długości 6 cm., w kierunku, jaki zwykle w takich razach obieramy dla otworzenia wyrostka sutkowego, drugie, prostopadłe do niego na wysokości zatoki poprzecznej; płaty skórne oddzieliłem od kości; ku przodowi wydłutowałem wyrostek aż do *antrum mastoideum* i otwór w kości rozszerzyłem ku tyłowi w celu obnażenia zatoki poprzecznej. Komórki wyrostka sutkowego i łuski były wypełnione ropą. Po otworzeniu jamy czaszkowej, wylało się z niej przeszło 20,0 ropy gęstej, żółto-zielonej, bezwonnej. Ropa w części pokrywała oponę twardą; ostatnia była zdrowa i tylko w jednym miejscu tętniała. Opona twarda nad zatoką poprzeczną była biaława. Zatokę poprzeczną nakłółem igłą strzykawki PRAVAZ'a i przez aspirację wyciągnąłem z zatoki czystą krew. Znaczna część rany została zaszyta, reszta wypełniona gazą jodoformową i opatrzona. Po operacji ból głowy ustąpił zupełnie. Na drugi dzień pojawił się silny dreszcz wstrząsający, rana okazała się biała, brzegi jej zwiotczały; ogólne znaczne osłabienie, kilkogodzinny kłójący ból w sercu. 26. I. Lekkie ziębienie, stan ogólny cokolwiek lepszy. 29. I. Bardzo obfite ropienie z rany, utrudnienie ruchów głowy. 2. II. Trzeci dreszcz wstrząsający; rana była zupełnie sucha; wystąpiły bóle w łydkach. 4. III. Bóle w stawach biodrowych i kolanowych; kaszel, zgęszczenie prawego wierzchołka płuc; wychudzenie ogólne w wysokim stopniu. 6. II. Lekki dreszcz i ból w prawym stawie barkowym. 10. II. Rana zaczyna być mniej sucha i mniej biała. 15. II. Bolesność stawów zmniejsza się; przez trzy dni chory nie gorączkował i czuł się cokolwiek lepiej. 20. II. Znaczne obrzmienie i nieznosny ból w lewym stawie napięstkowo-przedramiennym. 23. II. Lekkie chełbotanie w tym stawie. Od 27. II. stan bezgorączkowy, ogólna stopniowa i szybka poprawa; rana wypełniać się zaczęła obfitą różową ziarniną; zagoiła się w zupełności do 29. III. Obrzmienie i bolesność stawu napięstkowego ustąpiła po dwóch tygodniach. Przez cały czas, gdy chory gorączkował i gdy istniał wysoki upadek sił, otrzymywał prócz diety pożywnej, (przeważnie mleko) znaczne ilości wina (codziennie butelkę), chininę, a za napój znaczne ilości płynu kwaskowatego. Stawy bolesno smarowano energicznie dwa razy dziennie nalewką jodową. U chorego tego po wyzdrowieniu pozostał mały brak w błonie bębenkowej.

Epicrisis. Istnienie ropnico-posocznicy w danym przypadku nie ulega najmniejszej wątpliwości; była ona następstwem sprawy ropnej w uchu *resp.* ropnia przedoponowego. Ostatni nie był rozpoznany, lecz przypadkowo znaleziony podczas operacji, której głównym celem było obnażenie zatoki po-

przecnej i usunięcie z niej domniemanego zakrzepu. Ponieważ ból głowy okolicy potylicowej istniał dość długo i już wtedy, gdy nie było jeszcze żadnych oznak zakażenia ogólnego, przeto ropnia przedoponowego nie mogę przyjąć za następstwo ropnicy, lecz w znacznej części za przyczynę jej. Operacja wpływu bezpośredniego na rozwój i dalszy przebieg zakażenia ogólnego nie wywarła; korzyść jej pomimo to była niezaprzeczona; z jednej strony bowiem przyczyniła się do usunięcia zbiornika z jamy czaszkowej, a pozostawienie go spowodowałoby niechybną śmierć z powodu rozszerzenia się sprawy chorobowej na opony mózgowe, z drugiej zaś strony, usunięcie ogniska ropnego przy sprawie ropniczej zapobiegło wpływowi ropy na zatokę poprzeczną, powstaniu w niej zakrzepu i uczyniło przebieg całej choroby mniej złośliwym. Niepewność w rozpoznawaniu ropni przedoponowych i ta okoliczność, że znajdujemy je często tam, gdzieśmy ich zupełnie nie podejrzewaliśmy, od paru lat skłoniły mnie do tego, że w każdym przypadku ropienia z ucha środkowego przebiegającego z gorączką, bólami umiejscowionymi przeważnie w okolicy potylicowej, gdy zwykłe środki (lód, ewentualne ciepło, pijawki, środki czyszczące, chinina, salol) nie sprowadzają poprawy, gdy wskazane jest wydłutowanie wyrostka sutkowego i gdy objawy te nie są następstwem zatrzymania się ropy w jamie bębenkowej, nie ograniczam się tą ostatnią operacją, lecz otwór w wyrostku rozszerzam ku tyłowi i otwieram jamę czaszkową na większej lub też mniejszej przestrzeni, już to nad, już to w okolicy zatoki poprzecznej stosownie do wskazań danego przypadku. Gdy prócz objawów powyżej wzmiankowanych, lub też gdy przy istnieniu samej tylko gorączki, występują objawy ogólnego zakażenia jak np: dreszcze, ogólne osłabienie, bóle w stawach i t. p., wtedy do powyższych rękoczynów przyłączam nakłócie zatoki poprzecznej i aspiruję jej zawartość w celu przekonania się, czy zawiera zakrzep lub też krew płynną; w pierwszym razie zatokę rozcinam szeroko i usuwam z niej części chorobowe. Nakłócie zatoki poprzecznej stosuję wyłącznie jako środek rozpoznawczy, liczne bowiem własne spostrzeżenia i opisy innych lekarzy dostatecznie przekonują, że rozpoznanie zakrzepu zatoki poprzecznej w początkowych, a nawet nieco późniejszych okresach choroby jest prawie zawsze niepewne, a nawet gdy zatoka została obnażona, bywa niekiedy także zwodnicze, w tych zaś okresach choroby, gdzie rozpoznanie staje się prawie niewątpliwem, szanse wyzdrowienia na drodze operacyjnej są często już prawie żadne. Tymczasem przez wczesne nakłócie zatoki, gdy otrzymujemy wynik dodatni t. j. brak krwi, możemy być pewni obecności zakrzepu i wcześniej go usunąć. Wprawdzie nakłóć wając zatokę poprzeczną, gdy otrzymujemy przy aspiracji krew płynną, nie zawsze możemy zakrzep wyłączyć, może on bowiem być tylko ściennym, lub mieścić się w innych częściach zatoki lub w *bulbus v. jugularis*, albo wreszcie w innych zatokach, ale samo przekłócie próbne nie traci swojej ważności jako wskazówka dla dalszego postępowania; otrzymując bowiem przy aspiracji krew płynną, nie mamy bezpośrednich wskazań do dalszej operacji na samej zatoce. Wynik przekłócia próbnego ma też, według mnie, pewne znaczenie prognostyczne, najczęściej bowiem przypadki chorobowe, gdzie wynik nakłócia jest ujemny, kończą się pomyślnie i stanowią one, że tak się wyrażę, ropnice łagodne. Jakkolwiek otwieranie jamy czaszkowej i nakłócie zatoki poprzecznej stosuję już od paru lat, wstrzymywałem się wszelako z ogłoszeniem moich wyników aż do zgromadzenia pewnej ilości faktów usprawiedliwiających takie postępowanie. Już LANE a potem KÖRNER, w ostatnich zaś czasach A. BROCA i MANBRAC, zastosowali otwieranie

jamy czaszkowej w podobnych przypadkach; pierwszy z nich przyjął nawet za zasadę w każdym przypadku wydłutowania wyrostka sutkowego otwierać jednocześnie jamę czaszkową; nakłówanie zatoki poprzecznej wprowadził BRIEGER.

Przekonawszy się w latach dawniejszych, jak wielu chorych traciłem, u których przy tego rodzaju sprawach ograniczyłem się do wydłutowania wyrostka sutkowego, nie mogłem takim postępowaniem i szablonową medykacją wewnętrzną ograniczyć się i drogą rozumowania doszedłem do przekonania, że chcąc tego rodzaju chorych uratować, należy dotrzeć do przyczyny *resp.* do ogniska chorobowego, jakie się wytworzyło w jamie czaszkowej i stamtąd je usunąć. Od czasu, gdy zacząłem chorych w taki sposób leczyć, a jest to już przeszło 2 lata, nie spostrzegłem ani jednego przypadku rozlanego zapalenia opon mózgowych; śmiertelność też, która dawniej w oddziale moim wynosiła przeciętnie za lat 8 1,38%, w roku 1896 spadła do 0,28% i ograniczyła się do jednego przypadku, który powyżej opisany został (przyp. I). Jestem zdania, że przytaczane zaburzenia ze strony jamy czaszkowej, wywołane jakoby przez ostre zapalenie ucha środkowego lub wyrostka sutkowego a zwłaszcza ostatniego, które po otworzeniu wyrostka sutkowego a nawet i bez tej operacji zupełnie ustąpiły, nie są zwłaszcza u dorosłych zjawiskami odruchowymi lecz prawdziwymi powikłaniami ze strony jamy czaszkowej, mającymi podstawę anatomiczną. Dobry wynik w podobnych przypadkach objaśniam sobie tem, że wytworzone zostają, lub też samodzielnie powstają warunki pomyślne dla operacji lub usunięcia ropy czy innych wytworów chorobowych z jamy czaszkowej.

Postępowanie moje wyróżnia się wszelako od stosowanych dotąd przez większość lekarzy tem, że operacji nie rozkładałem na kilka posiedzeń, lecz wykonywałem ją odrazu. Zwykle bowiem otwierają najprzód wyrostek sutkowy; gdy poprawa nie następuje, to po paru dniach obnażają zatokę poprzeczną; a gdy i to nie pomaga, otwierają tę ostatnią. Pomijając tę okoliczność, że samo kilkakrotne wykonywanie rękoczynów, bądź co bądź energicznych, na kościach czaszki nie może być zupełnie obojętne dla jej zawartości, takie wyczekiwanie bardzo często wystarcza do zakażenia ustroju w tym stopniu, iż szanse pomocy naszej bardzo przez to zmniejszone zostają. Fakt, że niekiedy samo wydłutowanie wyrostka sutkowego wystarcza do usunięcia groźnych objawów, nie może stanowić prawidła, a ponieważ otworzenie jamy czaszkowej a nawet zatoki poprzecznej należy do zabiegów poważnych, lecz nie bardzo ryzykownych i rękoczyny wcześniej wykonane prawie zawsze ocalają chorego od niechybnej śmierci, przeto uważam za właściwsze zalecane przezemnie postępowanie. Obawa wywołania zakażenia przez nakłócie lub nawet nacięcie zatoki poprzecznej nie jest uzasadniona, albowiem: 1) rękoczyn ten wykonywa się przy zachowaniu odpowiednich środków ostrożności wymaganych przez aseptykę i w tym celu prócz zwykłych manipulacji z miejsca mającego być na kłótem ścierają się gazą jodoformową wszelkie ślady ropy, jeśli ona istnieje; 2) nakłóamy zatokę w ustroju już zakażonym, więc rękoczyn ten zakażenia nie wywołą; 3) we wszystkich przypadkach, w których dotąd zastosowałem nakłócie zatoki poprzecznej oraz tam, gdzie zatoka podczas operacji przypadkowo zraniona została (3 razy), ostateczne zejście było zawsze pomyślne; raz tylko po zranieniu przypadkiem zatoki poprzecznej u osobnika starszego, cierpiącego na *nephritis chronica*, czwartego tygodnia po operacji rozwinęła się śmiertelna ropnica.

Od dłuższego też czasu po tych operacjach, jako też po samem tylko wydłutowaniu wyrostka sutkowego ran nie przemywam. Przekonałem się, że przez to skraca się okres gojenia. Nawet gdy ropienie jest obfite, ograniczam się do wysuszania rany gazą wyjałowioną. Nie mniej korzystnie wpływa na okres gojenia częściowe zaszywanie rany po operacji. Nie potrzebuje chyba dodawać, że przez zeszywanie nie powinny się wytworzyć warunki tamujące swobodny odpływ z rany.

Przypadek IV. Zapalenie ropne ostre ucha środkowego prawego. Ropień okolicy skroniowej. Ropień przedoponowy. Wyzdrowienie.

Artylerzysta, T. N., lat 23, zachorował na wyciek ropny z ucha prawego 1. V. 1896 r. do oddziału zaś mojego przybył 6. V. Ropienie z ucha prawego było bardzo obfite, błona bębenkowa była czerwona, obrzmiała i w górnej połowie przedziurawiona. Słuch z prawej strony był upośledzony. Ucho lewe było zdrowe. Zastosowałem zwykle w tych razach leczenie. Do dnia 19. V. przebieg choroby nie przedstawiał nic osobliwego. 20. V. Ciepłota $38,2^{\circ}$, tętno 90, prawostronny ból głowy, obrzęk okolicy skroniowej prawej i znaczne wzmożenie się wydzieliny z ucha. 21. V. Ciepłota $38,5^{\circ}$, opadnięcie górnej ściany przewodu słuchowego zewnętrznego; po rozcięciu tego miejsca wypłynęła czysta krew. Następnym dni gorączki nie było. 25. V. ukazało się chelbotanie nad uchem prawem. W miejscu tem zrobiłem szerokie cięcie i wypuściłem do 25.0 cm. ropy; kość skroniowa była na znacznej przestrzeni obnażona. Jama ropnia sięgała aż do górnej ściany przewodu słuchowego zewnętrznego. Przebieg pooperacyjny rany jako też i stan ogólny był zadawalający. 14. VI. Ciepłota $38,8^{\circ}$, tętno 80, w nocy silny ból głowy, zawroty i wymioty, rozszerzenie prawej źrenicy; obie źrenice oddziałują na światło. Następnego dnia wszystkie te objawy znikły, lecz znowu 18. VI. z większem jeszcze napięciem powróciły. Badanie obnażonej kości skroniowej wykazało na wysokości centymetra nad uchem ograniczone rozmięczenie. Miejsce to wyskrobałem i zapomocą dłuta i młotka zrobiłem otwór wielkości kopiejki sięgający do jamy czaszkowej. Zaledwie przeniknął do jamy czaszkowej, gdy się z niej wylało do dwóch łyżek gęstej ropy. Opona twarda była zdrowa i tętniała wyraźnie. Rana została lekko wypełniona gazą jodoformową i po części zaszyta. 19. VI. Ciepłota $39,6^{\circ}$, tętno 96. Objawy mózgowie znikły, chory czuł się dobrze, opatrunek z powodu przemoczenia ropą został zmieniony i to się codziennie powtarzało przez pierwsze 10 dni. We dwa dni po operacji stan gorączkowy ustąpił. Gojenie się rany szło prawidłowo i trwało 83 dni. Ropienie z ucha ustało już w 8 dni po ostatniej operacji. Błona bębenkowa zarosła i słuch wrócił do stanu prawidłowego.

Epicrisis. W opisanym przypadku mieliśmy do czynienia z ostrym ropniem przedoponowym w średniej jamie czaszkowej, który powstał bez poprzedniego cierpienia wyrostka sutkowego. Był on następstwem zapalenia ropnego okostny, które wywołało ograniczone zapalenie i próchnienie kości skroniowej. Jakkolwiek bezpośrednie badanie zapomocą zgłębnika nie wykazało, ażeby kość zajęta była sprawą chorobową w całej grubości swojej, lub też żeby istniała wąska przetoka prowadząca do jamy czaszkowej, niepodobna jednak było wyłączyć ostatniej i należało przyjąć, że na tej drodze ropa *resp.* paciorkowce przedostały się do jamy czaszkowej. Rozszerzenie się sprawy chorobowej drogą drobnych żył kostnych jest w tym razie mniej prawdopodobne. Przypadek ten stanowi typowy ropień przedoponowy, którego rozpoznanie przy obecności pewnych objawów mózgowych i ogniska rozmiękłego w kości nie było trudne i nie mogło wzbudzać żadnych

wątpliwości, jakkolwiek pojawienie się objawów mózgowych mogło tak samo być początkiem rozlanego zapalenia opon mózgowych. Nie wątpię, że sprawa przyjęłaby taki obrót, gdyby nie usunięto w czasie właściwym ogniska ropnego. Jest więcej niż prawdopodobne, że większość lub nawet wszystkie przypadki rozlanego zapalenia opon mózgowych pochodzenia usznego nie powstają odrazu, lecz jest dalszem następstwem ograniczonych zapaleń opony twardej *resp.* ropni przedoponowych.

Przypadek V. Zapalenie ropne ostrawe ucha środkowego lewego. Ropień przedoponowy. Wyzdrowienie.

Żołnierz, A. P., lat 23 mający, przybył do oddziału usznego 6. V. 1896 r. z przyczyny wycieku ropnego z ucha lewego, trwającego trzy miesiące. Ropienie było umiarkowane, błona bębenkowa przedziurawiona, słuch ucha lewego upośledzony. Ucho prawe było zdrowe. Ogólne odżywianie nędzne. Do 19. V. nie zaszło w przebiegu choroby nic godnego uwagi. 20. V. Ciepłota $39,4^{\circ}$, tętno 96. Wydzielina z ucha stała się obfitą, chory skarżył się na ból głowy rozlany. Stan taki trwał przez dni następne. 25. V. Ból głowy lewostronny, przemijająca bolesność wyrostka sutkowego przy opukiwaniu; stan bezgorączkowy; ostatni pozostał do końca choroby. I. VI. Lewostronny ból głowy wzmógł się znakomicie, przyłączył się lekki zawrót i mocne napełnienie lewostronnych żył skroniowych. 2. VI. W nocy trzykrotne wymioty. Lewostronne bóle głowy były nadzwyczaj silne, wzmagały się głównie w nocy i trwały wciąż przez dni następne. Żrenice były zwężone. 6. VI. Wykonałem wydłutowanie wyrostka sutkowego, jakoteż otworzyłem jamę czaszkową ponad zatoką poprzeczną. Komórki wyrostka sutkowego były wypełnione ziarniną; ropy nie znaleziono w nich. Obnażona opona twarda miała wygląd zdrowy, nie tętniała, i była bardzo napięta. Nakłółem ją w miejscu najbardziej napiętem i wyciągnąłem pełną strzykawkę płynu mętnawego zawierającego pojedyncze ciała ropne. Nałożony został opatrunek z gazy jodoformowej i waty wyjałowionej. Na drugi dzień bólu nie było, lecz wrócił już 8. VI, a 10. VI. powtórzyły się wymioty. Przy zmianie opatrunku tegoż dnia, gdy z jamy czaszkowej usunąłem gazę, wylało się odrazu z głębi do dwóch łyżek gęstej ropy, poczem opona twarda zaczęła odrazu tętnieć i bóle głowy lewostronne prawie odrazu ustąpiły. Od tej chwili i stan ogólny zaczął się poprawiać. Przy zmianie każdorazowej opatrunku (3—4 dni) z głębi czaszki wypływały jeszcze pewne ilości ropy. Po sześciu tygodniach nastąpiło zupełne zagojenie rany czaszkowej i prawie zupełne na wyrostku sutkowym; na ostatnim pozostała mała przetoka będąca w związku z jamą bębenkową; tą drogą jeszcze przez kilka tygodni wydzieliał się płyn śluzo-ropny. Z czasem zagoiła się przetoka, ropienie z ucha ustało; w błonie bębenkowej pozostał wszelako mały otvorek.

Epicrisis. Nie ustępujące i znaczne lewostronne bóle głowy, ograniczone przeważnie do okolicy skroniowej, jednodniowa bolesność wyrostka sutkowego, wzmoczenie się wydzieliny z ucha jednocześnie z powiększeniem się bólów głowy, zawroty, wymioty i brak objawów zatrzymania ropy, skłoniły mnie w tym przypadku pomimo krótkotrwałej tylko gorączki do rozpoznania ropnia zewnątrzoponowego. Otworzenie jamy czaszkowej nie wykazało go na razie; niewątpliwie jednak istniał on, lecz opróżnił się dopiero po kilku dniach; źródło ropy, jako też i ilość jej, jaka się wydobyła przy zmianie opatrunku wykazuje, że nie mogła ona pochodzić skądinąd jak z jamy czaszkowej. Późne opróżnienie się ropnia zależało najprawdopodobniej od tego, że leżał on więcej ku tyłowi od zrobionego w czaszce otworu; skutkiem napięcia opony twar-

dej *resp.* powiększonego ciśnienia wewnątrzczaszkowego, wywołanego przez przekrwienie mózgu i powiększenie ilości płynu podpajęczego, ropa czasowo nie mogła wydostać się nazewnątrz. Pojawienie się tętnienia opony twardej natychmiast po wylaniu się ropy nie wyłącza też możliwości, że w danym przypadku istniał ograniczony ropień wewnątrzoponowy t. j. między oponą twardą i pajęczą i że tenże opróżnił się po uprzednim przebicju opony twardej. Przypadki takie są rzadkie, zdarzało mi się dotąd spostrzegać je wszystkiego dwa razy. Może też i takiemu umiejscowieniu się ropy przypisać należy obecność ciałek ropnych w płynie podpajęczym. Czy to był ropień zewnątrz, czy też wewnątrzoponowy, operacja w każdym razie wpłynęła pomyślnie na ostateczny wynik choroby. Nie ulega najmniejszej wątpliwości, że pozostawienie ogniska ropnego w jamie czaszkowej bardzo szybko sprowadziłoby śmierć chorego przez rozlane zapalenie opon mózgowych. Operacja została wykonana nad zatoką poprzeczną, gdyż tak objawy miejscowe, jako też i ogólne wyłączały podejrzenie zakrzepu w zatoce poprzecznej.

(C. d. n.).

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

118. MIKULICZ. O leczeniu operacyjnem przewlekłego wrzodu żołądka. Aby się przekonać o racjonalności zabiegu chirurgicznego przy wrzodzie żołądka, musimy przedewszystkiem odpowiedzieć na następujące pytania:

- 1) Jakie niebezpieczeństwo dla życia chorego przedstawia wrzód żołądka?
- 2) Na jakie niebezpieczeństwo naraża chorego operacja z powodu wrzodu dokonana?

Przy badaniach pośmiertnych blizny po wrzodach żołądka powstałe napotykamy 2—3 razy częściej niż wrzody świeże, niezabliźnione, a wobec tego, z tej ostatniej kategorii jeszcze pewna część zostałaby z pewnością wyleczona, można przyjąć, że w $\frac{3}{4}$ wszystkich przypadków wrzodu żołądka następuje wyleczenie. Tak jednak bynajmniej nie jest. Dane w czasie badań pośmiertnych zdobyte nie są miarodajne, gdyż mówią tylko o wyleczeniu w anatomicznem tego wyrazu znaczeniu, natomiast nie wykazują, jak często blizny po wrzodach powstałe powodowały śmierć z powodu wycięczenia, również nie objaśniają, ilu z badanych poumierało na gruźlicę (na przebieg gruźlicy wrzód żołądka, jak wiadomo, nader ujemny wpływ wywiera) wreszcie nie uwzględniają częstości powstawania raka z blizn po wrzodzie przewlekłym żołądka.

Dane statystyczne różnych autorów różnią się bardzo między sobą, tak że śmiertelność waha się pomiędzy 50% a 15%. Jeżeli przyjmiemy przeciętną liczbę 25—30%, to odsetka śmiertelności okazuje się jeszcze tak wysoką, że w zupełności usprawiedliwia usiłowania chirurgów zapobiedz na drodze operacyjnej fatalnym powikłaniom wrzodu żołądka.

Dotychczas liczba operacji wykonanych wskutek niepowikłanego wrzodu żołądka jest bardzo nieznaczna. Z tego też powodu dla oceny stopnia niebezpieczeństwa, wynikającego z zabiegu operacyjnego, należy zestawiać wszystkie operacje dokonane przy wrzodzie przewlekłym i jego komplikacjach niezłośliwych. Wyniki przy wrzodzie niepowikłanym, rozumie się, nie mogą być gorsze, lecz przeciwnie, o wiele lepsze, niż w dotychczasowych ciężkich przypadkach.

Autor zestawia przypadki z klinik BILROTH'a, CZERNY'ego i własnej przed i po roku 1891-ym.

Ogólna statystyka od roku 1891.

Rezekcja	27,8% śmiertelności.
Gastroenterostomia	16,2% „
Pyloroplastyka	13,2% „
Razem	16,1% „

Ze statystyki każdej oddzielnej kliniki przekonywamy się, że dzięki nabytemu doświadczeniu i ulepszonej technice operacyjnej wyniki z każdym rokiem są pomyślniejsze, tak że śmiertelność w ostatnich czasach dochodzi tylko do 10%, zaś z ostatnich 18 chorych, operowanych przez MIKULICZA z powodu wrzodu przewlekłego żołądka i jego powikłań, nie zginął ani jeden.

Ciekawa jest częstość oddzielnych operacji przy wrzodzie.

Do roku 1891.	Po roku 1891.
Rezekcji	28
Gastroenterostomii	23
Pyloroplastyk	21
	18.
	68.
	76.

Z powyższej tablicy widzimy, że dawniej rezekcja zajmowała pierwsze, zaś pyloroplastyka ostatnie miejsce, natomiast w ostatnich latach stosunek się zmienił: rezekcję, jako operację trudniejszą i z większym niebezpieczeństwem połączoną, coraz częściej zastępujemy przez gastroenterostomię i pyloroplastykę. Każda z tych 3 operacji ma swoje ściśle wskazania i przeciwwskazania, doświadczenie zaś nauczyło nas w każdym oddzielnym przypadku wybierać najodpowiedniejszą i najmniej niebezpieczną. Niemalą przytem rolę odgrywa ulepszona technika wogóle, a wprawa każdego operatora w szczególności. Coraz rzadsze są przypadki, w których niepomyślny wynik zależy od błędów technicznych, natomiast na pierwszy plan w przypadkach nieszczęśliwie przebiegających występują przyczyny ogólne i ciężkie powikłania. Z pośród 7 przypadków zakończonych śmiercią od roku 1891 ze statystyki BILLROTH'a, CZERNY'ego i MIKULICZA, w 4 przyczyną wyniku niepomyślnego była powyższa okoliczność (2 razy charłactwo, raz zapalenie płuc i osłabienie serca, raz krwotok z drugiego wrzodu obok zwężonego odźwiernika).

Powyżej przytoczone dane upoważniają nas do następującego wniosku:

Niebezpieczeństwo, w jakim znajduje się chory z niezabliźnionym wrzodem żołądka nie jest bynajmniej mniejsze, a z wielkiem prawdopodobieństwem nawet większe, niż niebezpieczeństwo, na jakie go wystawia zabieg chirurgiczny. Operacja bądź co bądź wskazana jest w tych przypadkach, w których leczenie wewnętrzne okazuje się bezskutecznem, z tem jednak, rozumie się, zastrzeżeniem, że operacja uwolni chorego od jego dolegliwości.

Nasze dotychczasowe doświadczenia dotyczą prawie wyłącznie przypadków zwężenia odźwiernika wskutek starej blizny, czy też niezabliźnionego jeszcze wrzodu. Badania JAWORSKIEGO, KAENSCHÉ'go, ROSENHEIM'a, MINTZA i innych dowiodły, że nie tylko sprawność mechaniczna żołądka, lecz również jego chemizm wraca po operacji do stanu prawidłowego. Jeżeli jednocześnie ze zwężeniem odźwiernika istnieje niezabliźniony jeszcze wrzód, te bóle przez ostatni spowodowane, jak również objawy niestrawności po operacji znikają, chory zaczyna znosić wszystkie pokarmy i bardzo prędko przybiera na wadze. Jak się jednak zachowują po operacji przypadki niezabliźnionego wrzodu bez jednoczesnego zwężenia odźwiernika? Nieliczne spostrzeżenia dają nam jak najlepsze nadzieje na przyszłość. Odnosi się tu przypadek COHN'a (autor ten, nawiasem mówiąc, pierwszy z terapeutów zakwalifikował do operacji przypadek niepowikłanego wrzodu żołądka), w którym

LUECKE z powodu silnych bólów napadowych i objawów niestrawności wykonał gastroenterostomię z bardzo pomyślnym skutkiem; tu również należą 2 przypadki, w których KUESTER operował wskutek częstych powrotów krwotoku żołądkowego. Takie same wyniki otrzymano również po wycięciu części ściany żołądkowej zajętej przez wrzód. Dwie chore operowane w ten sposób przez MIKULICZA przed kilku laty mają się bardzo dobrze. Podobne przypadki z wynikiem pomyślnym przytaczają także HOFMEISTER, KLAUSNER i inni.

DOYEN w całym szeregu przypadków niezabliźnionego wrzodu żołądka otrzymał wyborne wyniki zapomocą gastroenterostomii. MIKULICZ w 4 przypadkach otrzymał zupełne wyleczenie przez pyloroplastykę. W tych przypadkach 2 razy wrzód znajdował się w odźwierniku, dwa razy — na małej krzywiźnie w odległości 5—10 cm. od odźwiernika. W pierwszych dwóch po wycięciu wrzodu zrobiono pyloroplastykę, w ostatnich 2 wrzód został nietknięty, a wykonano jedynie pyloroplastykę. W tych ostatnich przypadkach bóle znikły natychmiast po operacji, natomiast w 2 pierwszych, w których wrzód został wycięty, silne bóle trwały 8 dni po operacji (autor tłumaczy to naprężeniem brzegów rany przez szwy). W jednym przypadku upośledzona w wysokim stopniu sprawność mechaniczna po operacji wróciła do normy, kwaśność zaś, która przed operacją była dwa razy większa niż normalnie, stopniowo się po operacji zmniejszała.

Z powyższego wynika, że można wyleczyć wrzód przewlekły żołądka, nie dotykając się samego wrzodu, przez usuwanie przeszkody do wydalenia zawartości żołądka do dwunastnicy, bez względu na to, czy przeszkoda ta będzie organiczna (jeszcze zwężenie bliznowe odźwiernika) czy też czynnościowa.

Co się tyczy wyboru operacji, to przy wrzodzie żołądka rezekcja żołądka coraz rzadziej się wykonywa. Rezekcja cyrkularna została zupełnie zarzucona z wyjątkiem tych rzadkich przypadków, w których rozpoznanie waha się między wrzodem a rakiem. Rezekcji cyrkularnej należy przeciwstawić wycinanie małych kawałków ze ściany żołądka zajętej przez wrzód. Przez tę operację, przez wielu nieprawidłowo zwaną rezekcją częściową, wycinamy istniejący wrzód, nie usuwamy jednak przeszkody dla przechodzenia zawartości pokarmowej z żołądka do dwunastnicy. W większości przypadków, zwłaszcza w razie umiejscowienia się wrzodu na małej krzywiźnie w bliskości wpustu lub na tylnej ścianie żołądka, operacja ta przedstawia wielkie trudności techniczne, natomiast na przedniej ścianie wrzód łatwo daje się wyciąć, a wycinanie w tym razie tem bardziej jest wskazane, że wrzody na przedniej ścianie mają skłonność do przedziurawienia. Wycięcie wrzodu jest również wskazane przy zrostach jego z przednią ścianą brzucha lub narządami sąsiednimi. Dalej już od stanu odźwiernika zależeć będzie, czy wycięcie wrzodu uzupełnimy gastroenterostomią, czy pyloroplastyką. W razie znacznego zwężenia odźwiernika kombinacja wycięcia wrzodu z jedną z powyższych operacji jest konieczna, przytem najczęściej przy niezabliźnionych wrzodach w okolicy odźwiernika ma miejsce kombinacja wycięcia z pyloroplastyką.

Która z tych dwóch operacji ma wyższość? Zarówno gastroenterostomia jak pyloroplastyka odpowiadają w zupełności celowi, jaki przez operację chcemy osiągnąć, t. j. umożliwiają prawidłowe wydalenie zawartości żołądka do kiszek. Wobec tego pyloroplastyka zasługuje na wyróżnienie jako operacja przedstawiająca mniejsze trudności techniczne i mniejsze niebezpieczeństwo dla chorego. Nie zawsze jednak jest ona wykonalna. Przedewszystkiem nie można wykonać pyloroplastyki przy istnieniu licznych zrostów z przednią ścianą brzu-

szą, z wątrobą, lub z trzustką, powtórnie nie należy jej stosować tam, gdzie ściany odźwiernika są twarde i niepodatne. Co się tyczy techniki operacyjnej, to MIKULICZ wytwarza dość obszerną komunikację między żołądkiem a dwunastnicą, robiąc cięcie na 5—6 cm. długie. W ten sposób powstaje prawdziwa gastroduodenostomia.

Gastroenterostomia również znajduje zastosowanie przy wrzodzie przewlekłym żołądka, zwłaszcza tam, gdzie pyloroplastyka jest niewykonalna. Ujemną stronę gastroenterostomii stanowią zaburzenia w czynności ruchowej żołądka i kiszek, które nieraz po operacji występują; mianowicie powstaje *circulus vitiosus* między żołądkiem a doprowadzającą pętlą *jejuni*. Z jednej strony zawartość żołądka przechodzi nie do odprowadzającej pętlicy, jak by to było do życzenia, lecz do doprowadzającej, względnie do dwunastnicy, z drugiej zaś strony doprowadzająca część *jejuni* wydalasła zawartość do żołądka, wskutek czego powstają uporczywe wymioty, sprowadzające śmierć w ciągu kilku lub kilkunastu dni wskutek wycieńczenia. W takich przypadkach przy badaniu pośmiertnem żołądek i doprowadzająca pętlica *jejuni* okazują się kolosalnie rozszerzone, natomiast odprowadzającą pętlę znajdujemy pustą, opadniętą. Pomiedzy pętlą odprowadzającą i doprowadzającą tworzy się rodzaj ostrogi.

A by zapobiedz powyższej ewentualności, LAUENSTEIN pierwszy zalecił uzupełnić gastroenterostomię enteroanastomozą, t. j. po utworzeniu przetoki żołądkowo-kiszkowej połączyć środkową część pętlicy *jejuni* z odprowadzającą częścią, zaś BRAUN i JABOULAY pierwsi zastosowali tę modyfikację w praktyce.

Zdaniem MIKULICZA, należy wykonać enteroanastomozę w każdym przypadku gastroenterostomii, w którym sprawność mechaniczna żołądka jest w wysokim stopniu upośledzona, gdyż tworzenie się ostrogi, jego zdaniem, zależy tylko od osłabienia siły ruchowej żołądka względnie kiszek.

Z powyższego wynika, że przy wrzodzie przewlekłym żołądka, w razie wolnego wyboru (przy braku zrostów i t. d.) należy wykonać pyloroplastykę, tam zaś, gdzie ostatnia nie jest wykonalna, zastępujemy ją przez gastroenterostomię, przyczem przy niedowładzie żołądka (atonii) uzupełniamy gastroenterostomię przez enteroanastomozę podług BRAUN'a - JABOULAY'a.

Dotychczas była mowa o leczeniu chirurgicznem niepowikłanego wrzodu żołądka. Teraz przejdziemy do leczenia różnych powikłań.

Śród powikłań pierwsze miejsce niezaprzeczenie zajmuje zwężenie bliźnowe odźwiernika. Jest to dział dotychczas najlepiej opracowany, tak że powikłanie to możemy tu pominąć milczeniem. Wypada tylko zaznaczyć, iż zwężenie bliźnowe samego żołądka (Sanduhrmagen) leczy się tak samo, jak zwężenie odźwiernika, t. j. przez gastroplastykę lub gastroanastomozę (połączenie obu części żołądka i utworzenie między nimi obszernej komunikacji).

Drugie powikłanie stanowią zrosty wrzodu ze ścianą brzuszną lub sąsiednimi narządami. Odróżniamy dwa rodzaje zrostów. Zrosty mogą być luźne, wywołujące dolegliwości o tyle tylko, o ile unieruchamiają pewną część żołądka, szczególnie przy pełnym żołądku. Tego rodzaju zrosty są po większej części następstwem przewlekłej, niezłośliwej *perigastritis*. Nie ulega wątpliwości, że owe luźne zrosty, podobne jak *hernia epigastrica*, mogą być źródłem silnych objawów gastralgicznych. Podobne przypadki bardzo trudno odróżnić od zwykłych samoistnych bólów napadowych żołądka. MIKULICZ niedawno operował młodego człowieka, u którego odźwiernik przez zrosty odchylony był na 90°. Chory od kilku lat cierpiał na gwałtowne bóle napadowe żołądka. Przecięcie zrostów uwolniło chorego od dolegliwości.

Mniejsze trudności rozpoznawcze przedstawia drugi rodzaj zrostów. Mowa tu o przypadkach zrośnięcia wrzodu z przednią ścianą brzuszną, w których wrzód, że tak powiemy, wrasta w ścianę brzuszną, a wskutek nacieczenia zapalnego powięzi i mięśni tworzą się nieruchome guzy, które łatwo można przyjąć za nowotwory. W większości przypadków obok objawów charakterystycznych dla wrzodu żołądka istnieją nadzwyczaj silne bóle, które potęgują się przy dotykaniu guzów; również wszelkie ruchy powłok brzusznych powiększają bóle.

Operacja, nieraz trudna, polega na rezekcyi wrzodu wraz z nacieczoną częścią ścian brzusznych. Dotychczas operowano 8 takich przypadków i wszystkie z wynikiem pomyślnym.

Za najfatalniejsze powikłanie wrzodu żołądka uważać należy przedziurawienie. Szanse samoistnego wyleczenia są tak małe, że już z tego powodu internista powinien wzywać chirurga do pomocy, jak tylko wystąpią objawy zapalenia otrzewny wskutek przedziurawienia. W roku 1880 MIKULICZ usiłował w przypadku przedziurawienia wrzodu żołądka ocalić chorego na drodze operacyjnej. Chory zmarł we 3 godziny po operacji wskutek upadku sił. Również niepomyślnie kończyły się późniejsze próby innych chirurgów w podobnych przypadkach. Dopiero HEUSNER'owi udało się po raz pierwszy ocalić chorego po przedziurawieniu wrzodu żołądka zapomocą operacji, po nim zaś coraz częściej już notowano dodatnie wyniki zabiegu chirurgicznego przy przedziurawieniu, jak to widać z następującej tablicy.

Rok	Liczba przyp.	Wyzdr.	Śmierć	Śmiertelność
1885—1893	35	1	34	97,15%
1894—1896	68	32	36	52,94%

Rokowanie w przypadkach przedziurawienia wrzodu żołądka zależy, jak to wykazały doświadczenia dotychczasowe, od 2 okoliczności: 1) od braku lub obecności zawartości w żołądku podczas przedziurawienia i 2) od pośpiechu w wykonaniu operacji. Wiadomo, że w warunkach wyjątkowych, jeśli żołądek w chwili wystąpienia przedziurawienia był pusty, może nastąpić zablźnienie i wyleczenie. Tem lepsze, rozumie się, będą szanse, skoro w tych warunkach przystąpimy do operacji. Ważne również znaczenie ma czas przystąpienia do operacji: szanse są 4 razy większe, jeżeli się operację wykonywa w ciągu pierwszych 24 godzin.

Co się tyczy techniki operacyjnej, to wycięcie wrzodu, jak uczy doświadczenie, jest zbyt ciężkie, gdyż wystarcza zeszyć brzegów rany. Jeśli wrzód w nieprzystępnym znajduje się miejscu, albo też brzegi rany są mocno nacieczone, to można spróbować obszyć brak częścią sieci lub wypełnić otwór wystającym na zewnątrz woreczkiem z gazy jodoformowej. Czwarte a zarazem może najczęstsze powikłanie wrzodu stanowią krwotoki żołądkowe, od których umiera 5% wszystkich chorych, dotkniętych przewlekłym wrzodem żołądka. W przypadkach krwotoków zagrażających życiu chorego, jeżeli racjonalne leczenie wewnętrzne okazuje się bezskutecznym, to jedynym możliwym sposobem ocalenia chorego jest pomoc chirurgiczna. Dotychczas jednak tylko w dwóch przypadkach pomoc chirurgiczna uwieńczona została skutkiem pomyślnym. Z tych jeden należy do ROUX'a drugi do MIKULICZA. Oprócz tego MIKULICZ operował jeszcze w trzech przypadkach, w których wrzód był umiejscowiony na tylnej ścianie w okolicy odźwiernika, a w dwóch przechodził na tkankę trzustki. Dno wrzodu zostało przypalone za pomocą żegadła termokauteru. Operowani poumierali w ciągu 24—28 godzin po operacji wskutek upadku sił. W podobnych przypadkach krwotoki pochodzą po większej części z większych tętnic, znajdujących się w tkance trzustki. Wycięcie

wrzodu w takich razach jest niewykonalne, podwiązywanie zaś albo obszywanie tętnicy bardzo trudne. Druga trudność przy groźnych krwotokach polega na tem, że nieraz nie udaje się odnaleźć krwawiącej tętnicy, co przeważnie ma miejsce przy małych wrzodach siedzących na małej krzywiznie w bliskości wpustu.

Oprócz jednorazowych obfitych krwotoków zabieg chirurgiczny wskazany jest również przy często powtarzających się małych krwotokach, które zwolna podkopują zdrowie chorego, powodując przewlekłą, nie dającą się wyleczyć niedokrewność. W podobnych przypadkach nie należy wycinać wrzodu, lecz ograniczyć się na zrobieniu gastroenterostomii lub pyloroplastyki. Dwa przypadki tego rodzaju były operowane z powyślnym wynikiem przez KÜESTER'a.

RÉSUMÉ. Leczenie operacyjne przewlekłego wrzodu żołądka jest wskazane: 1) jeśli występują objawy pośrednio lub bezpośrednio zagrażające życiu chorego (częstsze krwotoki, charłactwo postępujące, ropna *perigastritis*, wreszcie podejrzenie raka); 2) jeśli konsekwentne, często powtarzane leczenie wewnętrzne nie doprowadza do celu.

S. Mintz.

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z dnia 1 czerwca r. b.

TREŚĆ. 1) KRAKÓW—Przedstawienie przypadku zupełnego wycięcia macicy. 2) KRAJEWSKI — Przedstawienie chorego po usunięciu guza rakowatego na szyi. 3) Br. SAWICKI—*a*) Przedstawienie chorej ze znacznem zniekształceniem prawego ramienia. *b*) Przedstawienie dziecka z naczyniakiem twarzy, leczonym za pomocą zastrzyków wysoku. 4) STANKIEWICZ — Przedstawienie chorego z *hydrops antri Highmori*. 5) GRUNDZACH — Przedstawienie chorej ze zwężeniem bliznowatym odźwiernika i rozstrzeniłą następczą żołądka. 6) Prof. BRODOWSKI — *a*) Przedstawienie preparatu ciałej jajowodowej. *b*) Przypadek *pericarditis seroso-fibrinosae* z następczą *periaortitis purulenta perforativa*. *c*) W sprawie spostrzeganego przez BORYSSOWICZA przypadku jajnika torbieli.

1) U chorej kol. KRAKOWA, 25-letniej kobiety, przed 16-tu miesiącami podczas porodu, skutkiem silnego pociągania przez akuszerkę za pępowinę z jednoczesnem ugniataciem dna macicy od góry w celu ułatwienia odejścia łożyska, w jednej chwili nastąpiło zupełne wycięcie macicy. Pomimo bardzo silnego na razie krwotoku chora po dwóch tygodniach wzmogła się na siłach o tyle, że potrosze zaczęła podnosić się z łóżka; wszelako od tego czasu często powtarzały się krwotoki, które doprowadziły chorą do znacznego wycieńczenia. Przy badaniu znaleziono w pochwie wyciętą macicę w postaci guza ciemno-czerwonego, krwawiącego, którego obwód wynosił 10,8 cm. długość przedniej powierzchni 6 cm. tylnej 4,5 cm. Kol. KRAKÓW zastosował metodę FRIES-BOCKENDAHL'a, zasadzającą się na wprowadzaniu do odkazonej pochwy pęcherza gumowego, napełnionego wodą, której ilość stopniowo należy powiększać.

2) Chory 33-letni, przedstawiony przez kol. KRAJEWSKIEGO, zauważył przed 6-iu miesiącami na szyi w okolicy prawego kąta żuchwy mały guzik, który, zwiększając się szybko i stając się coraz to mniej ruchomym, doszedł do wielkości dużej pięści i zajął na bocznej powierzchni szyi pod mięśniem mostko-sutko-obojczykowym przestrzeń sięgającą u góry na 1 cm. powyżej kąta żuchwy, u dołu zaś na 8 cm. ponad obojczykiem. Guz ten mało był ruchomy, mocno złączony z pochwą naczyń głównych i nie powodował żadnych objawów ucisku ani nerwu błędnego, ani też tętnicy szyjowej. Kol. KRAJEWSKI, przystąpiwszy przed sześciu dniami do operacji usunięcia guza, rozpoczął ją cięciem wzdłuż przedniego brzegu mięśnia mostko-sutko-obojczykowego i drugim, przeprowadzonym prostopadłe do tamtego, ku tyłowi. Z powodu ścisłego połączenia guza z pochwą naczynio-

wą kol. KRAJEWSKI u dolnego jego bieguna podwiązał tętnicę szyjową wspólną i żyłę szyjową wewnętrzną oraz przeciął nerw błędny, następnie oddzielił guz od otaczających części zdrowych, przyczem wypadło przeciąć żyłę i tętnicę szyjową wewnętrzną oraz gałęzie tętnicy szyjowej zewnętrznej, nadto po raz drugi nerw błędny. Przebieg pooperacyjny idealny. Jako bezpośrednie następstwo rękoczynu zjawilo się znaczne przyspieszenie tętna, porażenie struny głosowej prawej, nieznaczne opadnięcie powieki prawej oraz zwężenie prawej źrenicy. Badanie drobnowidzowe guza wykazało, iż jest to rak skrzelowy VOLKMANN'a.

3) Kol. Br. SAWICKI przedstawił najprzód: a) chorą 54-letnią, która opowiada, że jak tylko pamięcią sięgnąć może, ruchy w stawie barkowym prawym miała upośledzone. Badanie wykazało: długość prawego ramienia wynosi 24,5 cm. (lewego 33 cm.), mięsień naramienny zupełnie zanikły; między $\frac{3}{4}$ górnemi a $\frac{1}{4}$ dolną kość ramieniowa jest kątowato wygięta ku przodowi i kuwewnątrz; ruchy czynne i bierne upośledzone; ostatnim towarzyszy trzeszczenie w stawie barkowym; reszta kończyny zmian nie przedstawia. Kol. S. objaśnia powstanie powyższego zniekształcenia złamaniem ramienia w czasie porodu lub wkrótce po nim w miejscu chrząstki przyrostowej górnej i wadliwym zestawieniem odłamków.

Następnie b) kol. SAWICKI przedstawił dziecko dwuletnie z naczyniakiem na prawym policzku, prawej połowie górnej wargi i prawem skrzydle nosa; dla wywołania zakrzepów kol. S. przedsięwziął wstrzykiwania wysoko. Wstrzykiwania mocnego wysoko wywoływały zgorzel, przeto mówca zaczął stosować roztwór 60%, w ilości dwóch strzykawek PRAYAZ'a naraz co kilka dni a potem co kilka tygodni. Nowotwór przestał się powiększać i w tej chwili, po upływie roku od rozpoczęcia leczenia, przedstawia się on w postaci białej, nieco wciągniętej blizny z rozsianymi tu i owdzie niewielkimi sinawemi wysepkami — szczątkami nowotworu, które przy dalszem leczeniu powinny zniknąć. Kol. SAWICKI proponuje wstrzykiwania wysoko przy miejscowej gruźlicy zamiast bolesnych wstrzykiwań chlorków cynku.

4) Chory, przedstawiony przez kol. STANKIEWICZA, zaczął szukać porady lekarskiej z powodu zwiększającego się obrzmienia szczęki górnej; żadnych objawów ze strony jamy nosowej nigdy nie było. Badanie wykazało istnienie ograniczonego obrzmienia na szczęcie górnej, na brzegu zębodołowym, z niezwykle zciężeniem ścian kostnych. Kol. STANKIEWICZ objaśnia powstanie tej torbieli kostnej wrodzonym zamknięciem otworu, łączącego zatokę szczękową z jamą nosową, tak samo jak powstają pęcherze kostne na muszlach lub na przegrodzie nosowej skutkiem zamknięcia otworków w jamach powietrznych i przewlekłego zapalenia gruczołów śluzowych.

5) Dwudziestoparoletnia chora kol. GRUNDZACHA zgłosiła się do niego z powodu trwających od dwóch lat zaburzeń żołądkowych: uczucia pełności i ciężaru w żołądku, odbijań cuchnących zgniłemi jajami, suchości w ustach, pragnienia oraz nudności połączonych ze ślinotokiem i kończących się częstemi niezmiernie obfitemi wymiotami, nadto papkowatego stolca. Przy badaniu znaleziono: znaczne wyniszczenie, brzuch wypukły i najwięcej wypełniony w dolnych częściach w położeniu zarówno stojącem jak i leżącym; przy wstrząsaniu ścian brzucha słychać szmer pluskania, rozchodzący się aż do spojenia łonowego, przyczem powstają widoczne ruchy robaczkowe żołądka; w płucach objawy nieżyty wierzchołków. Badanie zawartości czczego żołądka wykrywało zawsze obecność kilku litrów szarawego płynu, zawierającego około 1‰ kwasu solnego, z zapachem wysokowym, ze znaczną ilością szczątków pokarmowych (przeważnie mącznych), czworniaków i drożdży oraz obfitującego w rozpuszczony krochmal i erytrodekstrynę. Po wypłókaniu żołądka można było stwierdzić istnienie niewielkiego twardego wałka mię-

dzy pępkiem i łukiem żebrowym prawym. Na zasadzie powyższych danych kol. GRUNDZACH rozpoznał zwężenie bliznowate odźwiernika z olbrzymią, bo sięgającą aż do spojenia łonowego, następczą rozstrzenią żołądka. Co się tyczy leczenia, to mówca za najbardziej wskazany uważa zabieg chirurgiczny.

6) Prof. BRODOWSKI przedstawił: a) Preparat ciąży jajowodowej, pochodzący z 33-letniej chorej kol. KRAJEWSKIEGO. Historia tego przypadku jest następująca: chora od kilku tygodni doznawała bólów w dole brzucha z prawej strony; miesiączki nie było od dwóch miesięcy; przy badaniu kol. KRAJEWSKI znalazł znaczne obrzmienie oraz chęłbotanie w miejscu bolesnem; odnośne sklepienie pochwy było wypukłone ku dołowi; przekłócie próbne wykazało krew zmieszaną z ropą; w kilka dni potem chora zmarła przy objawach zapalenia otrzewny. Przy badaniu zwłok znaleziono: macica pochylona ku przodowi i na lewo, jama DOUGLAS'a wypełniona ropą zmieszaną z krwią; na miejscu więzadła szerokiego — ropień, łączący się z jamą DOUGLAS'a; nad nim — znaczne zgrubienie jajowodu w odległości paru centymetrów od macicy; zgrubienie to na przekroju przedstawiało się w postaci guzika wielkości orzecha tureckiego, z małą i zawierającą swobodnie leżące ciało jamą; pod drobnowidzem można było zauważyć obecność w guziku strzępów kosmówkowych. Była to przeto ciąża jajowodowa, która spowodowała krwotok przez zewnętrzny otwór jajowodu i dała początek krwistekowi zamacicznemu, do którego otworzył się następnie ropień więzadła szerokiego. Przy bliższem zbadaniu okazało się nadto, że po stronie chorej był wrodzony brak jajnika, czyli że jajko pochodziło z jajnika lewego, w którym też znaleziono ciało żółte. Takie wędrówki jajek z jajnika do drugostronnego jajowodu notowane były w nauce; mogą one odbywać się nie tylko przez jamę brzuszną, ale nawet przez jamę macicy. Co się zaś tyczy powstania ropnia więzadła szerokiego, to prof. BRODOWSKI przypuszcza, że był on pochodzenia połogowego.

W uzupełnieniu danych klinicznych kol. KRAJEWSKI dodaje, że wyczuwszy guz chęłbocący, otworzył go przez pochwę, gdyż chora znajdowała się w stanie septycznym i z gorączką 40°. Ropień więzadła szerokiego był ostateczną przyczyną zapalenia otrzewny.

Kol. KRYSIŃSKI, podając w wątpliwość przypadki przewędrawywania jajka, zapytuje, czy w danym razie nie było wylotu dodatkowego, na co prof. BRODOWSKI odpowiada przecząco.

Prof. KOŚCIŃSKI, przytaczając opis spostrzeganego przez siebie nader rzadkiego przypadku ropnego zapalenia jajnika, zapytuje prelegenta, czy i tu także to samo nie miało miejsca. Prof. BRODOWSKI w odpowiedzi zaznacza, że w miejscu ropnia jajnika nie znalazł, że przeto przypuszczenie to jest — zdaniem jego — niemożliwe.

Kol. CIĄGLIŃSKI, przytaczając spostrzeżenia, czynione nad zwierzętami z macicą dwurożną, potwierdza możliwość przewędrawywania jajek. Zdanie to popiera kol. BORYSSOWICZ, przypominając przedstawiony przez siebie w Towarzystwie przed trzema laty przypadek, w którym przy ciąży jajowodowej lewostronnej lewy jajnik znajdował się w stanie zaniku i nie zawierał ciała żółtego.

b) Następnie prof. BRODOWSKI przytoczył opis niezmiernie rzadkiego przypadku, mianowicie *pericarditis seroso-fibrinosa* z następną *periaortitis purulenta perforativa*. Trzydziestoletnia kobieta wstąpiła do szpitala Wolskiego z obrzękami, gorączką, bólami w piersiach, kaszlem, wymiotami, osłabieniem ogólnem, napadami omdlenia i białkomoczem; rozpoznano przewlekłe zapalenie nerek; w jednym z takich omdleń chora zmarła. Przy badaniu zwłok znaleziono: *nephritis chronica*, *carcinoma ventriculi*, na osierdziu duży pokład wysięku włóknikowego, w jamie

osierdzia znaczną ilość krwi; pomiędzy aortą i poczęści tętnicą płucną znajduje się jama objętości kilkudziesięciu cm. sz., wypełniona także krwią; jedną z poszarpanych ścian tej jamy stanowi nadżarta aorta, na dnie zaś tego nadżarcia znajdują się trzy otworki, prowadzące do światła aorty; jama ta nadto łączy się zapomocą bardzo małego otworka z osierdziem. Rodzące się na razie przypuszczenie, iż ma się do czynienia z przerzutem raka żołądkowego, upadło wobec wyników badania drobnowidzowego, które wykazało w skrawkach z nadżartej ściany tętnicy głównej nacieczenie drobnokomórkowe, złożone przeważnie z okrągłych, pomarszczonych, ziarnistych i rozpadających się komórek; poszukiwania bakteriologiczne wykryły zarówno w aorcie jak i w osierdziu dwuziarniaki lancetowate FRAENKEL-WEICHSELBAUM'a. Miało tu przeto miejsce zapalenie osierdzia, wywołane najprawdopodobniej przez te dwuziarniaki, następnie rozszerzyło się ono na tkankę łączną naokoło aorty w postaci zapalenia ropnego, a potem na błonę wewnętrzną i średnią i spowodowało przedziurawienie. Zapalenia ropne aorty należą wogóle do unikatów, spostrzeżenia podobne jednak istnieją, między innymi bardzo zbliżony przypadek opisał SPENGLER w t. IV. „Archiwu“ VIRCHOW'a oraz FOA w „Giornale della Academia Reale di Medicina di Torino“.

W dyskusji nad tym przedmiotem kol. MIKLASZEWSKI przytacza opis spostrzeżanego przez siebie przypadku, w którym przy oględzinach pośmiertnych czterdziestoletniej kobiety, zmarłej z rozpoznaniem zapalenia włóknikowego prawego płuca, ostrego zapalenia wsierdzia i opon mózgowych, znaleziono oprócz wymienionych zmian jeszcze nadto zapalenie tryprowe jajowodów z nagromadzeniem się z nich znacznej ilości ropy oraz przedziurawienie ściany tętnicy głównej na wysokości zastawek półksiężycowych, dochodzące do błony zewnętrznej. Z ropy opon i wsierdzia udało się wyhodować dwuziarniaki FRAENKEL'a, wówczas gdy podłoża z ropą z jajowodów pozostały jałowe. Na tej zasadzie kol. M. uważa przedziurawienie aorty za powikłanie pochodzenia pneumokokowego.

Prof. BRODOWSKI wyraża wątpliwość, czy w tym przypadku przedziurawienie doszło aż do błony zewnętrznej; musiałby w takim razie powstać tętniak wrzekomy (*aneurysma spurium*).

Kol. MIKLASZEWSKI wyraża przekonanie, że tętniak wrzekomy nie wytworzył się dlatego tylko, iż przedziurawienie nastąpiło niewątpliwie dopiero na parę dni przed śmiercią, gdy działalność serca bardzo była słaba.

Prof. PRZEWOSKI, który przypadek opisany pamięta dokładnie, dodaje, że przedziurawienie zaczynało się u podstawy zastawki półksiężycowej i prowadziło do prawego przedsionka, oraz że ropa z jajowodów istotnie była jałowa, nie mogła przeto powodować powikłań ze strony wsierdzia i opon.

e) Wreszcie prof. BRODOWSKI raz jeszcze zabiera głos w sprawie spostrzeżanego przez kol. BORYSSOWICZA przypadku jajnikaw torbieli. Wobec wyników badań drobnowidzowych, które wykazały, że jajnik ten wykonywał swą czynność fizyologiczną, nie można przypuścić wrodzonego zboczenia w jego umiejscowieniu; zboczenie, zdaniem mówcy, zasadzało się na tem, że t. zw. nabłonek zarodkowy, dający początek pęcherzykom GRAAF'a, wrastał głębiej niż zazwyczaj w tkankę ciała WOLFF'a, powodując zanik pewnej jego części *resp.* przyjajnika; wskutek tego jajnik znalazł się w znacznej swej części wśród więzadła szerokiego, tworząca się zaś z resztek przyjajnika torbiel zepchnęła go stopniowo w to miejsce, w którym go znaleziono.

Posiedzenie z dnia 15 czerwca 1897 r.

TREŚĆ. 1) GEPNER (syn)—Przedstawienie chorego z gruźlicą łącznicy. 2) BIRO — Przedstawienie chorego na rwę kulszową ze skrzywieniem zmiennym kręgosłupa. 3) SREBRNY—Przedstawienie chorego z guzem w jamie nosowej. 4) OŁTUSZEWSKI— Znaczenie ośrodków skojarzeniowych FLECHSIG'a dla badań nad rozwojem inteligencji, psychologią mowy i niemotą.

1) U trzyletniego dziecka, którego matka umarła przed kilku dniami z gruźlicy płuc, przed trzema miesiącami zaczęło się łzawienie z oka i tworzenie się „krost“ na brzegu powiekowym. Przy badaniu kol. GEPNER po odwróceniu opuszczonej i załzawionej powieki znalazł owrzodzenie w okolicy fałdy przechodniej, o poszarpanych brzegach, szaro-żółtem dnie, pokrytem brudnym nalotem, po starciu którego widać ziarninę; łącznica naokoło zaczerwieniona, z guziczkami o szaro-żółtej zawartości; podrażnienie oka niewielkie; gruczoły przyuszne i podżuchwowe powiększone. Mówca uważa przypadek niniejszy za gruźlicę łącznicy, cierpienie u nas stosunkowo rzadkie, spotykane podług kol. GEPNERA raz na 8—9 tysięcy chorych. Co się tyczy leczenia, to wskazane jest usunięcie części uległych cierpieniu; czasami sprawa przechodzi sama przez się.

2) Kol. BIRO przedstawił chorego na rwę kulszową ze skrzywieniem kręgosłupa zmiennym (*scoliosis ischiatica alternans*). Skrzywienia kręgosłupa przy rwie kulszowej wogóle spotykają się rzadko (9% BIRO). Teorie powstawania tego objawu są różne, zależnie od tego, czy spostrzegano skrzywienie jednoimienne (w stronę kończyny chorej), czy też skrzyżowane. W pierwszym przypadku objaśniano (BABIŃSKI) skrzywienie usiłowaniami chorego zmniejszenia obciążenia cierpiącej kończyny ze strony tułowia. BRISSAUD sądzi, że skrzywienie skrzyżowane mieści miejsce przy wyłącznem zajęciu nerwu kulszowego, jednoimienne zaś — przy cierpieniu całego splotu lędźwiowo - krzyżowego. Teorie te jednak upadają wobec przypadków analogicznych z niniejszym, gdzie kierunek skrzywienia kręgosłupa chory zmienia zupełnie d o w o l n i e.

3) Przedstawiony przez kol. SREBRNEGO chory skarży się na trwające od szesnastu lat zatkanie nosa; przed rokiem usuwano mu, jak mówi, jakieś guzy z nosa; w ostatnim roku zdarzały się nieznaczne krwawienia. Badanie wykazało co następuje: grzbiet nosa rozszerzony; w prawej jamie nosowej znajduje się guz, przylegający do przegrody, miękki, ruchomy, niezmiernie łatwo krwawiący, sięgający z przodu do przegrody chrzęstnej i dna nosa; przegroda kostna wygięta jest tak silnie na lewo, że dotyka średniej i dolnej muszli, powodując zatkanie nosa, na które chory głównie się skarży. Przy badaniu przegrody kostnej zgłębnikiem nie czuje się oporu kości, przy silniejszym zaś ucisku zgłębnik łatwo przebija błonę śluzową i przechodzi na drugą stronę. Zanik ten kości kol. SREBRNY objaśnia uciskiem guza na przegrodę. Dokładniejsze zbadanie stosunków guza bardzo jest utrudnione z powodu krwawienia przy najlżejszem dotknięciu. Dane kliniczne oraz powiększenie gruczołów wzdłuż przedniego brzegu mięśnia mostko-sutko-obojczykowego przemawiają za złośliwą naturą nowotworu.

4) Kol. OŁTUSZEWSKI wygłosił odczyt p. t. „O znaczeniu ośrodków skojarzeniowych FLECHSIG'a dla badań nad rozwojem inteligencji, psychologią mowy i niemotą“. Praca ta umieszczona była w naszym piśmie w NN. 24, 25 i 26 r. b.

Z powodu pominiętego odczytu kol. ROTHE zrobił uwagę, że jakkolwiek prace FLECHSIG'a wywołały wielkie wrażenie w świecie naukowym, to jednakże wyników ich za pewnik jeszcze przyjmować nie można i należałoby uważać je, co najwyżej za bardzo prawdopodobną hipotezę. Prelegent w odpowiedzi swej zgadza się ze zdaniem kol. ROTHEGO dodając, że dopiero dalsze badania sprawę tę w zupełności wyświełtlić są w stanie.

ODCINEK.

Libawa, jako kurort morski.

Podał E. BIERNACKI.

Miejscowości kąpielowe morskie w guberniach nadbałtyckich znane są u nas daleko mniej niż kurorty odpowiednie w Europie zachodniej. Pragnąc osobiście poznać je i jednocześnie uzupełnić wskazówki, jakie w roku zeszłym na tem miejscu podawałem co do wyboru kąpeli morskich w Niemczech, miałem zamiar w tegorocznym sezonie objechać „Seebady“ w prowincjach nadbałtyckich. Zamiar ten w części doszedł do skutku, bo poznałem bliżej tylko jedną Libawę. Nie przeszkadzało mi to jednak nabrać ogólnego pojęcia o rosyjskim odcinku wybrzeża bałtyckiego. Libawa, jako stacya morska, przedewszystkiem co do warunków naturalnych uważana jest za najlepszą. Rzeczywiście, we względnie ostatnim, miejscowości położone jedna za drugą tuż przy Rydze, czyli tak zwany „Strand ryski“ (Karlsbad, Edynburg, Dubbeln, Majorenhof i t. d.) — choć szczególnie Majorenhof i Dubbeln cieszą się znacznie większą liczbą gości, niż Libawa — nie mogą być nazywane w ścisłym znaczeniu tego słowa kurortamiorskimi. Leżą one przy brzegu okrągłej zatoki Ryskiej, zasłoniętej w dodatku od północy większymi wyspami Oesel i Dago: leżą więc raczej przy lekko słonem jeziorze (z powodu ujścia dużej rzeki, Dźwiny Zachodniej), niż nad morzem. Na przyjemny pobyt letni ryski strand nadaje się bardziej, niż Libawa, bo posiada duże i piękne lasy*). Tam jednak, gdzie chodzi bardziej o cele morsko-lecznicze, Libawa, jako położona na otwartem morzu, stanowi pierwszeństwo przed kurortamiorskimi, a dalej w porównaniu z bardziej na północ położonymi i mało dla nas znaczenia mającymi Hapsalem, Rewelem i t. d., rościć może.

Podobne warunki naturalne jak Libawa posiada i Połaga, o której szczegółowe wiadomości podaje kolega ABRAMOWICZ w paru ostatnich numerach „Zdrowia“. Połaga przedstawia nawet tę przewagę nad Libawą, iż woda morska jest czystsza, a sama miejscowość leży na brzegu pięknych lasów. Ale, jak czytam i jeszcze więcej słyszę, urządzenia są tu nader pierwotne, ceny nie najniższe, i w dodatku nudy niemałe. Najważniejszą okolicznością, dzięki której Libawa konkuruje z powodzeniem z Połagą, jest brak dogodnej komunikacji. Od Libawy do Połagi trzeba jechać z górą 10 mil końmi, wprawdzie szosą i okolicą bardzo malowniczą nad brzegiem morza. Nie zmniejsza to niewygody, szczególnie dla rodzin; kosztuje, nareszcie, ten przejazd końmi niemało. Właściwie do Połagi od nas z Warszawy najwygodniej jest jechać drogami zagranicznymi do Królewca, a stamtąd przez Memel do stacji granicznej niemieckiej Bajohren, od której Połaga oddalona jest tylko o kilka wiorst. Po urządzeniu szybkiej, taniej i dogodnej komunikacji Połaga najprawdopodobniej ścigać będzie dużo gości.

Tymczasem — przedewszystkiem dla kąpeli w morzu — pozostaje jedna Libawa. Poczynając od końca lipca przez cały sierpień ruch wody i bicie fal jest tu niemal tak silne, jak na wyspach morza Niemieckiego. Nie przypuszczałem, by na Bałtyku można było doświadczać tak silnych uderzeń fali morskiej. Przynajmniej na Rugii, w Kołobrzegu nic podobnego nie spotykałem; w Libawie zaś kąpiel

*) Szczególnie chwałą Edynburg.

dzięki ruchowi wody, jest równie przyjemna, jak na Sylcie. Przy bardzo silnej fali woda zawiera nieco roślin morskich, w każdym razie, nie tak dużo, jak widziałem w Sobotach. Poza tem dno jest doskonałe, twarde, piaszczyste, nie zawiera zupełnie ostrego żwiru. Zaznaczyć nareszcie wypada, że w Libawie ciepłota wody morskiej jest wyższa, niż w wielu innych miejscowościach na Bałtyku, a szczególnie na Rugii. Na Rugii (w Sassnitz, Binz) ciepłota wynosi ledwie 13—14°, co dla osób wrażliwszych jest za mało, tu zaś przez cały czas mego pobytu (koniec lipca, połowa sierpnia) wahała się pomiędzy 15—17° R.

Strand w Libawie uposażony jest od przyrody bardzo pięknie, ale za to przez ludzi prawie wcale. Tu występują właśnie braki Libawy, jako morskiej „kąpeli powietrznej“ (Seeluftbad). Życia strandowego, jakie widzimy wszędzie w miejscowościach niemieckich, tego obozowiska starszych i młodszych, koszów i namiotów, „Steg'u“ w Libawie nie znajdzie. Przez cały dzień zobaczy się na nim ledwie kilka czy kilkanaście osób; dopiero wieczorem ożywienie nieco wzrasta. Ale dziwić się temu nie można, bo ze strony zarządu kąpielowego nic albo bardzo niewiele się robi, by leczących się ściągać na brzeg morski. Tymczasem kto przyjedzie do morza w celach leczniczych, powinien niemal mieszkać na strandzie i podlegać działaniu powietrza morskiego, a obowiązkiem zarządów kąpielowych zawsze jest przyciągnięcie publiczności kąpielowej na sam brzeg morza. W Libawie zaś mało komu zechce się brnąć po kostki w piasku nadbrzeżnym lub siedzieć na jednej z nielicznych ławeczek ustawionych nad morzem bez żadnej ochrony od słońca. Niema tu ani specjalnej promenady, jak w Kołobrzegu, ani choćby najprostszych chodników z desek, jak np. na Helgolandzie. Oprócz tego często nie bardzo miły jest zapach roślin morskich wyrzucanych na brzeg. Te możnaby także bardzo łatwo usuwać, stale i systematycznie, z niewielkim kosztem, bo ich jest niewiele, a strand zyskałby ogromnie na atrakcyi i ściągałby gości.

Tymczasem publiczność przyjezdna gromadzi się przeważnie w ogródku kurhauzowym, do którego po schodach przechodzi się ze strandu. Ogródek ten w żadnym razie zastąpić strandu nie może, choć leży tuż przy nim. Jest on tak szczelnie zasłonięty parkanami i drzewami, że nawet podczas najsilniejszych wiatrów morskich jest w nim spokojnie. To też daleko łatwiej oddechać tu można kurzem, niż powietrzem morskiem. Równie spokojnie jest i w parku, przylegającym obok i oddzielonym od morza tylko niewysokimi i wązkimi diunami. Park ten, czysty i ładny, daleko więcej nadaje się do pobytu niż strand.

Życie kąpielowe w Libawie jest bardzo ożywione. Muzyki, koncertów, przedstawień, balów nie brak tutaj. Wszystkiego tego, jak na miejsce kąpielowe, dokąd przyjeżdżać powinni ludzie dla spokoju i nabrania sił, jest może nawet za dużo, tembardziej, że codzienne koncerty wieczorne i przedstawienia kończą się zwykle późno (o dwunastej w nocy). Do samego miasta, czystego i porządnie zabudowanego, a którego środek oddalony jest o kwadrans drogi od brzegu morskiego i kurhauzu, także robi się często wycieczki: przyciągają tu, położony za portem, wspaniały park Pavillon, wysepka z restauracją Cetinje na jeziorze Libawskim i t. p. Na jeziorze tem, kilkanaście wiorst długiem a parę szerokiem, używa się pływania łódkami żaglowymi i zwyczajnymi. Na samem morzu sportu używać trudno, trzeba bowiem do wypłynięcia otrzymać oddzielne pozwolenie. Jest to ograniczenie, bądź co bądź, nieprzyjemne a przyczyny jego są niezrozumiałe.

Obecność miasta nie powiedziałbym, by stanowiła ujemną stronę Libawy, jako kurortu morskiego. Ostenda, Scheveningen i inne miejscowości także położone są przy miastach, albo w miastach i nikt im tego za złe nie bierze. Nawet bliskość większego miasta, jak sama Libawa, jest dogodna w wielu względach. Zresztą

w samej Libawie mało kto z przyjezdnych mieszka. Kolonia kąpielowa zajmuje szereg bardzo ładnych willi przy brzegu parku, albo w samym parku, a więc tuż przy morzu, zdaleka od gwaru i pyłu miejskiego. Zresztą w samym mieście, na ulicach i alejach na brzegu parku pyłu bardzo mało, bez porównania mniej niż w Warszawie. Grunt morski, mało skłonny do wytwarzania kurzu, sprowadza tę przyjemną zaletę miast nadmorskich.

Na ogół więc Libawa przedstawia dużo stron dodatnich. Ściągałaby ona znacznie więcej publiczności niż obecnie, gdyby tu było trochę taniej. Mieszkania i środki do życia nie są tu wcale niedrogie. Nie tanie są i kąpiele morskie, a nawet zupełnie drogie kąpiele ciepłe morskie w „Nicolaibad“ w parku wobec braku wszelkich wygód, niekiedy wprost braku czystości i porządku w numerach. W bardzo wielu miejscowościach niemieckich wszystko to jest tańsze, a przynajmniej za te pieniądze, jakie wydaje się w Libawie, ma się bez porównania większy komfort, wygodę i czystość.

To też dopóki rzeczy tak stać będą, jak obecnie, Libawa, a z nią, jak wiem ze słyszenia, i inne miejscowości nadbałtyckie, dla mieszkańców Królestwa Polskiego, a przedewszystkiem Warszawy*), nie mogą stać się tak lubianymi i uczęszczanymi, jak Soboty, Kołobrzeg, Rugia i t. d. Do ostatnich zawsze od nas bliżej, niż do Libawy (do tej 21 godzin drogi koleją); co się wobec taryfy strefowej w Cesarstwie Rosyjskiem zyskuje na przejeździe, traci się na mieszkaniu, niewygodach i t. d. Chyba tam, gdzie chodzi przedewszystkiem o lecznicze własności kąpieli morskiej, a więc u impotentów, w wielu przypadkach histeryi i neurastenii i gdzie wskazane są przedewszystkiem wyspy morza Północnego (Sylt, Norderney), można dla osób nielubiących zagranicę wybierać na sierpień Libawę, ewentualnie Połagę.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= **KOROLEW** zaleca stosowanie podskórnych zastrzykiwań 5% roztworu salicylanu rtęci u ssawców, dotkniętych przymiotem dziedzicznym, działają one bowiem szybko, nie osłabiają chorych, nawroty zaś choroby są rzadsze niż przy stosowaniu innych metod leczniczych. Dawka wynosi 1—4 podziałek strzykawki PRAVAZ'a, co odpowiada 0,005—0,02 soli; stosowana bywa raz tygodniowo; nakłócie winno być głębokie w mięśnie pośladkowe. (Semaine méd. Nr. 27. 97).

= Prof. **REMY** sądzi, że kobiety karmiące mogą zażywać wewnątrz preparaty salicylowe, nie wywierają one bowiem szkodliwego wpływu na ssawca. Autor przytacza przypadek, gdzie podawał położnicy po 2,0 salicylanu sodu dziennie, dziecko zaś było zdrowe i przybierało na wadze. (Semaine méd. Nr. 27. 1897).

= U chorych z chorobą **BASEDOWA** można znaleźć zazwyczaj grasicę (*gl. thymus*), co trzeba objaśniać albo tem, że choroba ta opóźnia zwykły zanik

gruczołu, lub też wywołuje przerost pozostałych po nim resztek. Zrozumiałą jest wobec tego bezsilność organoterapii w tej chorobie: **MACKENZIE** w 20-tu przypadkach leczonych podawaniem grasicy ani razu nie spostrzegał poprawy. (Deut. med. Ztg. 24. V. 97).

= **Kreozolid**, nowy magnezowy związek kreozotu, przedstawia biały proszek o słabym smaku i zapachu, rozpada się w kwaśnej zawartości żołądka na swoje składniki, nie posiada własności drażniących i jest dobrze znoszony. Dawka wynosi 0,5 cztery razy dziennie. (Therap. Monatsh. H. 5. 97).

= **COLLIGNON** twierdzi, że przemycanie żołądka przy raku jest zabiegiem szkodliwym, zmywając bowiem śluz ze ścian żołądka zwiększamy jego zdolności chłonnicze, wskutek czego dostają się do różnych narządów wytwory nowotworowe i występuje samozatrucie ustroju. (La clinique. 15. IV. 97).

= Ze względu na wybitne podrażnienie pęcherza moczowego przy niezycie

*) Dotychczas do Libawy głównie jeżdżą polacy z Litwy i Białorusi.

radzi GUYON zaniechać częstego badania narzędziami, miejscowe zaś leczenie ograniczyć na wpuszczeniu do pęcherza bardzo słabych rozczyńców gwajakolu lub sublimatu (1 : 5000 — 1 : 3000 (l) w ilości 30—40 kropli jednorazowo. Leczenie winno być długotrwałe, jeżeli chcemy osiągnąć zupełne wyleczenie lub znaczną poprawę. (Bull. méd. Nr. 4. 97).

— RETHI spostrzegał po długotrwałem zażywaniu arszeniku nieżyt krtani oraz oskrzeli, nie ustępujący pod wpływem żadnych zwykłych metod leczniczych; po wyłączeniu arszeniku (w jednym przypadku chora zażywała *sol. Fowleri* przez półtora roku z małemi przerwami) objawy te znikły bezpowrotnie. (Wien. med. Presse Nr. 11. 97).

— BEHRING przygotował suchy preparat antytoksyny błoniczej z surowicy. W 1 gr. zawiera się 5000 jednostek. Według B. preparat ten nadaje się szczególnie do masowego zabezpieczania ludzi narażonych na zakażenie. Dla zastrzyknięcia w tym celu 250 jednostek potrzeba 0,05 gr.; ilość ta rozpuszczona w kilku cm. sz. wody niewątpliwie nie powoduje przykrych powikłań. (Fortschr. d. Med. 1897. Nr. 1).

— MARX zaleca usilnie stosowanie aktołu w przypadkach chirurgicznych. Choć nie stanowi on środka zdolnego odkazić cały ustrój, jak to twierdzi CREDE, jednak dzięki wysokiej sile baktecyobójczej i swej nieszkodliwości nadaje się do użycia szczególnie w takich przypadkach, gdzie dzięki zastrzykiwaniom podskórnym można mieć nadzieję

zwalczenia zakaźnej sprawy miejscowej. Należy w każdym razie mieć na uwadze okoliczność, że dawki podskórne od 0,02 i powyżej wywołują wahania gorączkowe u dorosłych; u dzieci wywołują to nawet dawki niższe. Przy dawkach wysokich występuje bolesność i nawet zgorzel miejscowa.

— W celu odróżnienia laseczników gruźliczych od t. zw. laseczników *smegmae*, co zawsze należy mieć na widoku przy badaniu gruźlicy skóry, ucha i narządów moczopłciowych, radzą BUNGE i TRANSENROTH postępować w sposób następujący: preparat kładzie się do alkoholu bezwodnego na trzy godziny, do 50% kwasu chromnego na kwadrans, poczem barwi się fuksyną karbolową, odbarwa 2—3 minut w rozcieńczonym kwasie siarczanym i zabarwia stężonym roztworem alkoholowym błękitu metylenowego przez pięć minut. Przy badaniu moczu należałoby zawsze wydobywać tenże cewnikiem po starannem oczyszczeniu *orificii externi*. (Fort. d. Med. 1896. Nr. 23 i 24).

— PFLUEGER zgadza się z HIPPEL'em, że *keratitis parenchymatosa* bywa wynikiem nie tylko przymiotu, lecz gościca i zimnicy; co więcej, skłania się on do przypuszczenia, że cierpienie to oczu może powstać pod wpływem bardzo wielu chorób zakaźnych, tych przynajmniej, które wywołują *uveitis*; należy do nich grypa, po której w Bernie powikłanie ze strony rogówki nie jest rzadkością. (Centr. f. Bakt. XXI. Nr. 8—9).

Wiadomości bieżące.

— XII zjazd międzynarodowy lekarski ukończył swoje posiedzenia w d. 26 z. m.; liczba uczestników zjazdu wyniosła 7,300 osób. Połowę tej liczby stanowili cudzoziemcy. Przyszły zjazd ma się odbyć w Paryżu w roku 1900.

— 69 zjazd lekarzy i przyrodników niemieckich odbędzie się od 20 do 25 września r. b. w Brunświku.

— W Hamburgu zacznie wychodzić pismo poświęcone wyłącznie postępom Röntgenografii na polu nauk lekarskich.

— W Anglii, zamiast pomnika dla JENNER'a, ma powstać Towarzystwo jego nazwiska, któreby starało się o rozpowszechnienie szczepienia krowianką w rodzinnym jego kraju, zwalczając zwłaszcza szkodliwą działalność „National Antivaccination League”.

— IX międzynarodowy zjazd higieniczny odbędzie się w kwietniu r. 1898 w Madrycie. Pierwotny termin zjazdu był w październiku r. b.