

MEDYCYNĄ.

CIASOPISMO 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 piśmem lub za jego miejsce kop. 10. Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracja „Medycyny”. — W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 38.

Adres Wydawcy: Nowo-Zielna Nr. 47.

Adres Redaktora: Oboźna Nr. 5.

TREŚĆ. Prace oryginalne. Z kazuistyki powikłań śmiertelnych spraw ropnych w narządzie słuchowym i z chirurgii tychże powikłań. Napisał d-r Teodor Heiman. (Ciąg dalszy). — 12 (serya 1) przypadków otwarcia jamy otrzewnej przez cięcie brzuszne z powodu przewlekłych chorób przydatków macicy. Podał d-r Fr. Stępkowski. (Ciąg dalszy). — **Streszczenia i wyciągi.** 119. O raku odbytnicy. 120. Dyfteroid płonicy i jego leczenie. 121. Z jakich części składowych mleka powstają kwasy, które powodują zwłęższone wydzielanie amoniaku ussawców dotkniętych cierpieniami przewodu pokarmowego. — **Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.** Posiedzenie z dnia 22 czerwca r. b. — **Odcinek.** Zdrowotna gimnastyka szwedzka. Podał d-r Roman Skowroński. (Ciąg dalszy). — **Drobniejsze wiadomości różnej treści.** — **Wiadomości bieżące.** — **Ogłoszenia.**

„Medycyna“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE

destinée aux médecins-praticiens.

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

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

„Medycyna“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

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

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

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

Napisał **D-r Teodor Heiman.**

(Ciąg dalszy. — Zob. Nr. 36).

Przypadek VI. Zapalenie ropne przewlekłe ucha środkowego lewego. Ropnico-posocznica. Wyzdrowienie.

Podoficer, T. E., lat 24 mający, przybył do oddziału usznego 24. III. 96 z przyczyny wycieku ropnego z ucha lewego, datującego od dzieciństwa. Chory gorączkował, ciepłota 39,6°, tętno 86; skarżył się na tępy ból głowy; cała głowa przy obmacywaniu i lekkim opukiwaniu była wrażliwa, okolica lewego wyrostka sutkowego i żyły szyjowej bolesna i cokolwiek obrzmiała; gruczoły podżuchwowe z lewej strony powiększone, ruchy głowy w stronę lewą upośledzone; źrenice rozszerzone oddziaływały na światło. Przytomność umysłu była zachowana. Z ucha lewego obfita wydzielina ropna; błona bębenkowa tego ucha była zgrubiała, biała i przedziurawiona; kosteczek słuchowych *resp.* młoteczka nie było widać. Brak łaknienia, zaparcie stolca. Wieczorem ciepłota 40,2°. Ponieważ taki stan trwał i dni następnych, a nadto przyłączył się zawrót głowy przy zmianie położenia i ogólne znaczne osłabienie, przeto 27. III. przystąpiłem do operacji doszczętnej na

wyrostku sutkowym i w jamie bębnekowej, a także do otworzenia jamy czaszkowej i zatoki poprzecznej. Po ogoleniu włosów z głowy i należytem obmyciu jej poprowadziłem cięcie skórne od wierzchołka wyrostka sutkowego ku górze wzdłuż linii przymocowania muszli usznej aż do jej kąta; przewód słuchowy zewnętrzny w części chrzęstnej i kostnej zapomocą skrobaczki oddzieliłem od części otaczających i tuż przy błonie bębnekowej przeciąłem poprzecznie z wyjątkiem ściany przedniej przewodu, którą pozostawiłem nienaruszoną. Ucho odciągnąłem ku przodowi i skrobaczką oddzieliłem okostną na wyrostku sutkowym i sąsiedniej kości. Tylne i boczne ściany wyrostka sutkowego zostały zapomocą dłuta, młotka i kleszczy kostnych całkiem usunięte, następnie przeniknąłem do *antrum mastoideum*, odbiłem górną, tylną kostną ścianę przewodu słuchowego zewnętrznego, usunąłem występ kostny między sklepieniem jamy bębnekowej i górną ścianą przewodu słuchowego wewnętrznego, wyciąłem błonę bębenkową i usunąłem spróchniały młotek. Następnie otwór w wyrostku sutkowym rozszerzyłem ku tyłowi na okolicę zatoki poprzecznej i oponę twardą na przestrzeni 3 cm. średnicy obnażyłem. Opona twarda miała wygląd zdrowy, nie tętniała; zatoka poprzeczna przy dotknięciu palcem była mało elastyczna. Po nakłóciu jej i aspiracyi strzykawką PRAWAZ'a otrzymano tylko płynną krew. Ranę czaszkową lekko pokryłem gazą jodoformową, ucho i przewód słuchowy zewnętrzny odprowadziłem na dawne miejsce i do kanału tego ostatniego wprowadziłem sążek gumowy. Ranę, gdzie się dało, zaszyłem i nałożyłem opatrunek. Operacja trwała $1\frac{1}{2}$ godziny. Gorączka typu ropniczego (ciepłota 40° — 39° wieczorem, $37,1^{\circ}$ — $37,6^{\circ}$ rano i tętno 60—84) utrzymywała się do 1. IV. Chory przez cały ten czas po nocach, a niekiedy i dniem bredził; ogólne osłabienie znacznie się wzmogło; pojawiła się żółto-ziemista barwa twarzy; kaszel bez zmian przedmiotowych w płucach, żarłoczność, jednorazowe kilkogodzinne poty i krwawienie z nosa. Rana była sucha, biała, brzegi jej zwiotczały. Od 1-go do 15-go IV. ciepłota ciała kilkakrotnie podniosła się do $38,2^{\circ}$ wieczorem, zresztą cały ten okres przeszedł bez gorączki. 3-go i 7-go silny dreszcz wstrząsający przy nieznacznem podwyższeniu ciepłoty ciała, poczem pokazała się obfita wydzielina z rany. Od 8. IV. ogólny stan chorego zaczął się pozornie poprawiać, osłabienie ogólne, choć mniejsze niż przedtem, wciąż trwało. 16. IV. Trzeci dreszcz wstrząsający, poczem ciepłota $39,8^{\circ}$, tętno 90, obrzmienie lewej okolicy licowej i lewostronny ból głowy. Niemiarowość tętna. Gorączka była znowu ciągłą z małemi rannemi zwolnieniami (ciepłota $39,8^{\circ}$ — $38,2^{\circ}$, tętno 72—90) aż do 23. IV.; ból głowy i obrzmienie na twarzy w tym czasie zginęło. Osłabienie ogólne znowu znacznie się wzmogło, majaczenie także powróciło, żółtaczką stała się wyraźniejsza, chory silnie wychudł, przyłączyło się rozwolnienie, silny ból w prawym stawie krzyżobiodrowym, poty co drugi dzień. Rana była żółto-brudna i wydzieiała mało ropy. Do 26. IV. Stan był bezgorączkowy. Do opisanych objawów przyłączyła się plwocina krwawa. 27. IV. Gorączka znowu powróciła i miała typ zupełnie nieprawidłowy, wahała się między $37,6^{\circ}$ — 38° — $38,5^{\circ}$ i $39,3^{\circ}$, przy tętnie 66—90, i trwała do 10. V. W przeciągu tego czasu ból stawowy stopniowo się zmniejszał aż do zupełnego zniknięcia, zamiast rozwolnienia powstało zaparcie stolca. 5. V. wystąpił silny ból kłójący w lewym boku przy znacznym kaszlu i plwocinie krwawej, lecz przy braku zmian przedmiotowych w płucach; chory przez trzy dni nie mógł zupełnie na tym boku leżeć. 10. V. nastąpiło majaczenie i chory, podobny raczej do szkieletu, zaczął się powoli poprawiać. Od tej chwili wszystkie objawy chorobowe zginęły, rana zaczęła szybko wypełniać się ziarniną i pokrywać na powierzchni naskórkiem. 21. V. Chory był w stanie przechadzać się o własnej sile i czuł się zupełnie dobrze. Przewód słuchowy zewnętrzny przyrósł prawidłowo; z rany za uchem pozostał stały otwór,

który wysłany był naskórkciem; otwór ten prowadził do zupełnie suchej jamy bębnekowej. Jak w powyższych przypadkach, tak i w tym chory dostawał wielkie ilości wina, chininy, napoju kwaskowatego i dyetę lekką lecz pożywną.

Epicrisis. W przypadku danym chory przybył już do szpitala z zakażeniem ogólnem *resp.* z ropnico-posocznicą. Podczas całego przebiegu choroby trwającej przeszło 1 1/2, miesiąca występowały na pierwszy plan już to objawy ropnicy, już to posocznicy. Kilkakrotne wstrząsające dreszcze, typ gorączki i charakter jej przepuszczający, żółtaczka, krwioplucie, bóle w stawie krzyżo-biodrowym i w płucu lewym, bóle głowy, majaczenie, znaczne ogólne osłabienie, wychudnienie, rozwolnienie i zaparcie stolca, nareszcie wygląd rany są to dość wybitne objawy dla tego rodzaju zakażenia mieszanego. Operacja w tym przypadku na przebieg choroby żadnego wpływu nie wywołała prawdopodobnie dlatego, że istniało jakieś ognisko zakażające w jednej z głębszych zatok czaszkowych, bądź w samej jamie czaszkowej, któregośmy podczas operacji nie dosięgli i dzięki tylko wytrzymałości i odporności ustroju ostatni przemógł zakażenie. Bardzo też być może, że w przypadku danym nastąpiłoby wyzdrowienie bez rękoczynów operacyjnych, jak się to niekiedy przy tego rodzaju zakażeniach zdarza. Pomimo to sądzę, że operacja otworzenia jamy czaszkowej nie była bez pożytku dla chorego, gdyż zmniejszone ciśnienie w okolicy zatoki poprzecznej i samo otworzenie drogi dla usunięcia pierwiastków zakażających wpływało na zmniejszenie jadowitości sprawy chorobowej. Gdyby chory nie przybył do szpitala już z ogólnem zakażeniem, możnaby przypuścić, że się ono rozwinęło skutkiem zakażenia wywołanego przez nakłócie zatoki poprzecznej; zakażenie tą drogą stanowczo wyłączyć należy.

Przypadek ten dobrze ilustruje niepewność rozpoznawania zakrzepów zatoki poprzecznej. Zdawałoby się, że mając ból i obrzmienie okolicy żyły szyjowej wewnętrznej, utrudnienie ruchów przy tak wybitnych objawach ogólnych, powinniśmy byli znaleźć napewno zakrzep w zatoce poprzecznej, a jednak nic podobnego nie było. Mamy przeto nowy dowód, jak ważne jest nakłócie i aspiracja zatoki poprzecznej dla pewniejszego, ale także nie całkiem stanowczego, rozpoznania i stosowania podług tego środków leczniczych. Pokrycie rany naskórkciem i utworzenie otworu stałego udało się bez nakrycia jej płatami z części sąsiednich. Nie chcę przez to powiedzieć, aby rozmaite w tym celu stosowane metody były zbyteczne; chcę tylko zwrócić uwagę, że niekiedy udaje się, i to w czasie dość szybkim, otrzymać pomyślny wynik i na innej drodze.

Przypadek VII. Zapalenie ostre ropne ucha zewnętrznego i środkowego lewego. Wydlutowanie wyrostka sutkowego. Ropnico - posocznica. Zranienie zatoki poprzecznej. Wyzdrowienie.

Artylerysta, D. P., lat 22 mający, przybył do oddziału usznego 2. IX. 96. z przyczyny ropienia z ucha lewego, trwającego od dwóch tygodni bez wiadomej przyczyny. Ropienie z tego ucha było umiarkowane; na ścianie przedniej przewodu słuchowego zewnętrznego widać niewielką ilość ziarniny, jaką spostrzega się często w okresie gojenia się czyraków. Ucho prawe było zdrowe. Stan ogólny zadawalający. 5. IX. Zaczął się chory skarżyć na ból w uchu lewym; ropienie się wzmogło i okolica lewego wyrostka sutkowego nieco obrzmiała. Tegoż dnia wieczorem cie płota 38,9^o, tętno 90. Na drugi dzień ciepłota 37,6^o, tętno 80, pojawił się ból głowy lewostronny i znaczne obrzmienie ściany przewodu słuchowego ze-

wnętrznego. Ponieważ stan gorączkowy stopniowo się wzmacniał (ciepłota 37,2°—37,8° rano i 38,2°—39° wieczorem, tętno 80—100), wydzielina z ucha stawała się coraz obfitsza, bolesność i obrzmienie wyrostka sutkowego nie ustępowały, przeto 11. IX. wykonałem po poprzednim uśpieniu chorego klasyczne wydłutowanie wyrostka sutkowego; komórki wyrostka zawierały ropę i ziarninę. Części chore wyskrobałem doszczętnie i nałożyłem zwykły opatrunek. Tegoż dnia wieczorem ciepłota 38,5°. 12. IX. ciepłota 37,8°, tętno 90, wydzielina z ucha była obfita, bolesność głowy i wyrostka sutkowego ustąpiła. Wieczorem ciepłota 40,4° tętno 100. Przy zmianie opatrunku był on prawie całkiem nasiąknięty gęstą ropą. 13. IX. Ciepłota 37,8°, tętno 80. Ból wierzchołka wyrostka sutkowego i sąsiedniej okolicy szyi. Wieczorem ciepłota 37,9°, tętno 84. Odtąd gorączka spała, stan ogólny był zadawalający. Ropienie z ucha ustało, błona bębenkowa zarosła i słuch wrócił prawie do stanu prawidłowego. Rana na wyrostku sutkowym wypełniła się w znacznej części ziarniną; pozostała wąska przetoka sięgająca do okostny. 25. X. Ciepłota 38,2°, tętno 90. Ból głowy, zawroty i nudności. Wieczorem ciepłota 39°. Następnego dnia kilkakrotne wymioty mas żółciowych i ogólne znaczne osłabienie. Wieczorem ciepłota 39,2°, tętno 90. 28. X. Ciepłota 39,6°, tętno 100, silny ból głowy, przeważnie w okolicy potylicowej; ucisk tej okolicy jest bardzo bolesny; z rany zaczęła się wydzielać obfita ilość ropy. Wieczorem ciepłota 40°, tętno 100. 29. X. Ciepłota 38°, tętno 80; prócz objawów z dnia poprzedniego wystąpiła bolesność i obrzmienie prawego stawu napiętkowo-promieniowego, lewego stawu łokciowego i prawego stawu kolanowego i golenio-stopowego. Wobec takiego stanu przystąpiłem do otworzenia jamy czaszkowej i zatoki poprzecznej. Przeciąłem skórę na wyrostku sutkowym aż do kości; cięcie przechodziło przez otwór przetoki; od tego ostatniego poprowadziłem cięcie prostopadłe do pierwszego ku tyłowi; części miękkie od okostny oddzieliłem, ziarninę z wyrostka sutkowego wyskrobałem; ropy w wyrostku nie było. Po otworzeniu jamy czaszkowej w kierunku zatoki poprzecznej, w chwili odszczepiania kleszczami kostnymi kawałka kości wystąpił gwałtowny krwotok. Krew była ciemnej barwy i wyciekała strumieniem grubości małego palca. Miejsce to zatamponowałem gazą jodoformową i zacząłem w dalszym ciągu kość dłutować, gdy znowu wystąpił krwotok również silny. Zaprzystałem przeto dalszej operacji; ranę zatamponowałem gazą jodoformową i nałożyłem zwykły opatrunek. Po operacji ciepłota 37,1°, tętno 60. Wieczorem ciepłota 39,1°, tętno 100. Stan gorączkowy utrzymywał się jeszcze przez kilka dni; o typie gorączki ciągłej z nieznacznymi zwolnieniami rannymi (na 0,5°); raz jeden wystąpił silny dreszcz wstrząsający; rozwinęło się ogólne nadzwyczaj silne osłabienie; zajęte stawy były bardzo bolesne, a w prawym stawie kolanowym wyzuwałem słabe, lecz wyraźne chęłbotanie. 1. XI. Ciepłota 37,4°, tętno 78. Bolesność stawów i obrzmienie ich znacznie mniejsze; chęłbotanie w stawie kolanowym znikło. Wieczorem ciepłota 39,1°. 2. XI. Silny dreszcz wstrząsający, ciepłota 40,5°, tętno 120 małe; rana sucha. Zmieniłem górne warstwy opatrunku. 3. XI. Ciepłota 38,5°, tętno 100, lekka senność, podmiotowo chory czuł się mocniejszym. Od tej daty ustąpiła gorączka, obrzmienie i bolesność stawów znikło; stan ogólny poprawiał się z dnia na dzień. Rana wydzielała z początku znaczne ilości ropy, szybko jednak wypełniła się ziarniną i zagoiła zupełnie przed 1. I. 1897 r.

Epicrisis. Przypadek ten opisałem głównie dlatego, ażeby jeszcze raz wykazać, że otworzenie zatoki poprzecznej nawet w tak niepożądanych warunkach jak przypadkowe zranienie jej, przy zachowaniu ścisłej aseptyki nie stanowi rękoczynu niebezpiecznego, jak niektórzy jeszcze dotąd sądzą. Niepo-

dobna zaprzeczyć, że wywołuje ono pewne objawy ogólne, jak dreszcz, czasowe wzmoczenie się gorączki, może powiększyć istniejące osłabienie, objawy te wszelako szczęśliwie mijają i, jak już wyżej wspomniałem, nie wpływa to na ostateczny wynik dla chorego. Za zupełnie obojętny rękoczyn, jak twierdzi LEUTERT, otworzenia zatoki poprzecznej uważać nie można. Zranienia zatoki poprzecznej prawie zawsze uniknąć można; zdarza się ono wszelako niekiedy pomimo zachowania wszelkich środków ostrożności, jak to miało miejsce i w danym przypadku. Sądzę, że zakażenie ogólne spowodowało pewne zmiany chorobowe w oponie twardej w okolicy zatoki poprzecznej, lub też opona twarda była w tem miejscu przyrośnięta do kości w następstwie wydłużenia jej dawniejszego i te okoliczności przyczyniły się niejako do tego, że trudno było uniknąć zranienia zatoki.

W trzecim z opisywanych przeze mnie przypadków starałem się dowieść, że nakłócie zatoki poprzecznej, a nawet nacięcie jej nie budzi obawy wywołania zakażenia. Tu wspomnę jeszcze o drugim momencie, który przez wielu uważany jest za przeciwwskazanie dla tego rodzaju rękoczynu, jako bardzo niebezpieczny dla chorego, a mianowicie: że przez takie postępowanie wywołujemy zakrzep następczy, w danych warunkach zawsze zakażający. Sprawę powstawania sztucznych zakrzepów omawia LEUTERT w pracy swej ogłoszonej w Arch. für Ohrenh. „Ueber die otitische Pyämie“ (T. 41. str. 216 i następne) w następujący sposób.

„Podług VIRCHOW'a zakrzep powstaje głównie na drodze mechanicznej, wywołuje go zwolnienie krążenia. BRÜCKE kładzie główną wagę na zmiany w ścianach naczyńiowych. BAUMGARTEN przewiązywał naczynie w dwóch miejscach i wykazał, że krew zawarta między przewiązkami nie krzepła, o ile zachowane były ostrożności aseptyczne. Fakt ten zachwiał pojęcie VIRCHOW'a. ZAHN przekonał się, że po rozdarciu warstwy wewnętrznej (*intimae*) i znacznej części warstwy środkowej (*mediae*) naczynia na brzegach ranki osadza się nieznaczna ilość niezmiennych białych i czerwonych ciałek krwi, masa drobnoziarnista, płytki krwi, nigdy jednak nie rozwija się prawdziwy zakrzep. Badania EBERTH'a i SCHIMMELBUSCH'a wykazały, że wywołać zakrzep sztucznie jest bardzo trudno. Gdy się czasem udało na tej drodze otrzymać zakrzepy, były one bardzo małe, składały się z blaszek krwi, ograniczały się do miejsca uszkodzonego i prędko znikaly. Dochodzą oni do wniosku, że dla rozwoju zakrzepu potrzebne są, prócz uszkodzenia naczynia, zaburzenia w krążeniu krwi. KÖNIG przekonał się, że przy wielkich ranach i rozdarciach naczyń, gdy śmierć następuje natychmiastowo, ośrodkowy koniec żyły ulega zalepieniu i zarośnięciu; rzadziej tworzy się zakrzep, a tworzy się on w części obwodowej żyły. LEUTERT, przewiązując tętnice nerkowe i trzymając przewiązkę przez 5½ godzin, nawet po 5 dniach nie znalazł śladu zakrzepu w miejscu przewiązania tętnicy. Niejednemu operatorowi zdarza się przypadkowo lub naumyślnie podczas operacji otworzyć zatokę nie zawierającą zakrzepu i przy badaniu pośmiertnem także go się nie znajduje. Do powstania zakrzepu jednym z głównych warunków jest przedewszystkiem zapalenie całej grubości ściany zatoki, przy którym pasorzyty działałyby przez czas dłuższy i krew na tyle byłaby nasycona toksynami i jej własności niszczenia bakterii byłyby na tyle zmienione, że drobnoustroje mogłyby się w niej rozwijać. Zakrzep powstać może wtórnie po zmianach toksycznych krwi skutkiem przepuszczalności pewnej części ściany zatoki, która ze względów mechanicznych uspasabia do wytwarzania zakrzepów. Już ZAUFAL kładzie nacisk na

tę okoliczność, że jednorazowe zakażenie krwi jest dla ustroju bez znaczenia, na co jednak bez zastrzeżeń zgodzić się nie można. Z. twierdzi nadto, że nawet, gdy narzędzie nie jest aseptyczne, ustrój zachowa się bez odczynu, lub też odczyn ten będzie bardzo nieznaczny, albowiem drobnoustroje, które tą drogą dostały się do krwi, szybko w niej giną. Jeżeli natomiast ściana naczyńia otoczona jest tkanką zakażoną i zapalnie zmienioną, a zostanie wciągnięta w tę sprawę, wtedy warunki układają się niepomysłnie; w obnażonej ścianie zatoki coś podobnego miejsca nie ma. Ponieważ zapaleniu *resp.* zakażeniu ściany zatoki przypisujemy najważniejszą rolę przy powstawaniu zakrzepów, wszystkie więc tego rodzaju zakrzepy muszą być zakażone w rozmaitym stopniu, czyli że nie są one nigdy łagodne“. Wynika z tego, że sztucznie nie wywołamy zakrzepu, a jeśliby coś podobnego zaszło, zakrzep nie będzie miał żadnych albo nieznaczne własności zakażające, że przez nakłócie lub nacięcie zatoki nie wywołamy zakażenia już istniejącego zakrzepu, *resp.* nowego zakażenia. Opisane są wprawdzie dwa przypadki dość ciemne, jeden LANGENBUCH'a, drugi STEINBRÜGGE'go (cyt. przez LEUTERT'a, str. 245 l. c.), gdzie istnieje przypuszczenie, że otworzenie zatok wywołało śmiertelne zakrzepy zakażne. Powiem wszelako, że w przypadku LANGENBUCH'a już przed operacją istniała gorączka z charakterem posocznicowym, być przeto może, że chory byłby zginął i bez operacji, operacja bowiem nie zawsze i nie wszędzie stanowi niezawodny środek zbawczy. W przypadku STEINBRÜGGE'go zatoka rozdarła się przy ostrożnem badaniu zgłębnikiem, a zatem była już chorobowo zmieniona i przedstawiała wszelkie warunki do wywołania zakażenia ogólnego, którego na karb zranienia kłaść nie można.

Ponieważ sprawa dotąd nie jest wyczerpana, należy przeto być ostrożnym przy otwieraniu zatok i nie czynić tego bez należytego wskazania i bez zachowania największych ostrożności aseptycznych, a tem bardziej wystrzegać się należy przypadkowych zranień; o ile bowiem dla nakłócia lub nacięcia zatoki przygotowujemy sobie odpowiednio pole operacyjne i dlatego otrzymujemy odczyn umiarkowany, o tyle przypadkowe zranienie daje łatwą możność wniknięcia do krwi znacznej ilości drobnoustrojów i ich toksyn, których przy ogólnym stanie chorego, ustrój nie zawsze będzie w stanie przezwyciężyć. Trzeba też pamiętać, że stopień zakażenia zależy nietylko od ilości wessanego materiału zakażającego, lecz i od własności *resp.* jadowitości jego i od odporności ustroju, co z góry określić się nie daje.

(C. d. n.).

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

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

Podał d-r Fr. STĘPKOWSKI

(Ciąg dalszy.—Zob. N. 36).

Sp o s t r z e ż e n i e IV. *Degeneratio tubo - ovarialis sinistra.*

M. Mar., lat 26, przybyła do oddziału 29. V. 96. r. Zameżna od dwóch lat. W 14 roku pierwsza miesiączka bez bólei; od 5 do 6 dni, co 3 1/2 tygo-

dni; odbyła dwa porody kleszczowe; dzieci żyją; ostatni poród przed dwoma laty. W kwietniu r. b. uskarżać się zaczęła na bóle w brzuchu; od tego czasu uważa się za chorą, miesiączki miewa bardzo obfite, od 8 do 10 dni, co 3 tygodnie.

Osoba wzrostu średniego, miernej budowy i odżywiania; ze strony płuc, serca i nerek nic osobliwego nie znaleziono. Przez ściany brzuszne nic się nie wyczuwa. Badając przez pochwę z lewej strony macicy wyczuwa się twardy guz, wielkości pomarańczy; jest on w ścisłym związku z dużą, twardą macicą i przykrywa jej górny bok lewy; guz jest ruchomy ku górze i na dół, lecz porusza się wraz z macicą.

Do operacji przystąpiono 30. V; cięcie ścian brzusznych. Okazało się, że guzem tym była torbiel jajnika lewego i przerosły zgrubiały jajowód lewy, którego wylot brzuszny był zupełnie zrośnięty z torbielą. Lewy jajowód grubości wskaziciela ma ściany twarde, kruche i bardzo grube; zgrubienie zależy od rozrostu tkanki łącznej. Po przecięciu widzimy w świetle jajowodu owrzodzenia w obfitej ilości z podminowanymi brzegami, pokryte wydzieliną śluzo-ropną. Torbiel zrośniętą z jajowodem pokrywają błony rzekome 5 mm. grube. Wewnątrz torbieli płyn kleisto-ropny. Na otrzewnej pokrywającej jajowód, na kawałkach wyciętej sieci widoczne są gruzelki prosówkowe. Jajowód prawy również zgrubiały wskutek takiegoż przerostu tkanki łącznej, tylko w słabszym stopniu; gruzelki nie są widoczne. Po podwiązaniu macicznego końca jajowodu i *lig. infundibulo-pelvicum*, po oddzieleniu błon rzekomych guz wyluszczone i jamę stąd powstałą zaszyto, a do pochwy przeprowadzono pasek gazy wyjałowionej. Prawy jajnik mało wprawdzie zmieniony i prawy jajowód pozostawiono.

Przebieg pooperacyjny bardzo był pomyślny. Chora została wypisana jako uzdrowiona 18. VI. 96 r.

Sp o s t r z e ż e n i e V. *Degeneratio tubo-ovarialis sinistra.*

Ag. Ph., lat 23, przybyła do szpitala 27. V. 96. r. Pierwsza miesiączka w 16 roku, od 4 do 5 dni, co 4 tygodnie. Przed 4 laty poród na czasie, prawidłowy. Następnie chora 3 razy poroniła. Ostatnia miesiączka w styczniu r. b. Od tego czasu miesiączki niema, tylko w marcu pokazało się nieco krwi.

Osobnik wzrostu średniego; odżywianie i budowa dobre. Badanie narządów wewnętrznych nie wykrywa w nich nic nieprawidłowego. Macica powiększona, jak w 6-tym tygodniu ciąży, w tyłopochyleniu, mało ruchoma, dość twarda. Przez lewe sklepienie boczne wyczuwa się guz wielkości główki noworodka, chęłbocący, bardzo mało ruchomy.

29. V. Przystąpiono do wycięcia guza *per koeliotomiam abdominalem*. Guz był pokryty błonami rzekomymi i dopiero po ich oddzieleniu można było wydobyć go wraz z lewym jajowodem zgrubiałym i zrośniętym z torbielą jajnika; liczne błony rzekome sprawiały wrażenie, jakby guz rozwijał się międzywładowo. Następnie cały worek, który powstał po wyluszczeniu guza, po przeprowadzeniu paska gazy wyjałowionej do pochwy zaszyto. Tyl-na ściana macicy była zrośnięta z kiszka prostą i z pętłami kiszek cienkich. Wycięty guz okazał się zgrubiałym lewym jajowodem i torbielą jajnika lewego wielkości pomarańczy. Ściany torbieli były mocno zgrubiałe, zawierały obfitą ilość drobnych torbieli z zawartością surowiczą. Wewnątrz torbieli był płyn białawy, dość gęsty, który, niestety, nie był dokładniej zbadany. Prawy jajnik, jako mało zmieniony, pozostawiono. Ściany lewego jajowodu

bardzo grube, 5—6 mm., kruche; błona śluzowa obrzmiała, owrzodzeń na niej niema.

Następnego dnia po operacyi ciepłota prawidłowa. 2. VI wyjęto gazę. 6. VI. ropienie w niektórych otworkach po wyjętych szwach. 15. VI. chora została wypisana jako zdrowa.

Oba te przypadki są bardzo do siebie zbliżone; w obu mieliśmy do czynienia z torbielami złożonemi, biorącemi początek z jajników. Za tem przemawiała przedewszystkiem ich zawartość; w pierwszym przypadku płyn białawy, w drugim kleisto-ropny, w obu razach wyraźnie ciągnący się. Dołki i zagłębienia na wewnętrznej powierzchni tych torbieli wskazywały dawniejszy przedział na komory. Wreszcie znaczne zaburzenia w miesiączkowaniu i objawy ogólne jeszcze więcej potwierdzały przypuszczenie, że nie były to torbiele przyjajnikowe.

Pomimo braku gruzełków, owrzodzeń na błonie śluzowej lewego jajowodu w spostrzeżeniu piątem byłbym jednak skłonny twierdzić, że to cierpienie jest bardzo prawdopodobnie także pochodzenia gruzliczego. Ile razy spotykamy jajowody mocno zgrubiałe, kruche, pokryte błonami rzekomemi lub bez nich, z wydzieliną ropną, albo śluzo ropną, zawsze upoważnieni jesteśmy do przypuszczenia, że sprawa chorobowa w nich może być pochodzenia gruzliczego. Tego rodzaju cierpienia przydatków macicy nie są tak rzadkie, jakby się zdawało. WILLIAMS²⁾ ze 169 koeliotomii górnych, które wykonał z różnych powodów, włączając tu *pyosalpinx*, *salpingoophoritis*, *myomata*, i t. d. znalazł prawie w 5% cierpienie gruzlicze, w 6 przypadkach zaś, gdzie makroskopowo najmniejszych śladów i podejrzeń nie było, pod drobnowidzem jednak wykryto niewątpliwą gruzlicę. Tego rodzaju przypadki nazywa on *insuspected tuberculosis*. Z 96 przypadków wycięcia przydatków macicy z powodu przewlekłych ich cierpień 8,2% były stanowczo pochodzenia gruzliczego. Zatem każdy dwunasty przypadek miał tło gruzlicze.

W końcu nadmienić winienem, że wycięcie przydatków macicy gruzlicą dotkniętych bardzo korzystnie oddziaływa na ogólny stan zdrowia. Opisane są przypadki, w których chore w kilka lat po dokonanej operacyi pozostawały przy zdrowiu.

Spostrzeżenie VI *Pyosalpinx duplex*. *Degeneratio ovariorum microcystica*.

W. P., służąca, przybyła do oddziału 6 VII. 1896 r. Niezamężna. Pierwsza miesiączka w 14 roku, od 6 do 7 dni, co 4 tygodnie z silnemi boleściami; do ostatnich czasów miesiączki były bolesne i obfite. Rodziła dwa razy; ostatni poród przed dwoma miesiącami. Od tego czasu miesiączki jeszcze nie było. Uskarża się na bóle w dole brzucha i ogólne osłabienie. Jest to osoba lat 32, wzrostu średniego, blondynka, słabej budowy i słabego odżywiania. Ze strony narządów wewnętrznych nic osobliwego.

Przy badaniu dwuręcznem palec od strony pochwy wyczuwa z obu stron macicy guzy bardzo mało ruchome, dość twarde, pozostające w łączności z macicą; chelbotania ani przez ścianę brzuszną, ani od strony pochwy wyczuć nie można; macica w przodozgięciu. Guzy sięgają powyżej dna macicy i dają się wyczuć w odpowiednich dołach biodrowych.

7. VII. 96. *Koeliotomia abdominalis*. Obydwa jajowody znacznie rozszerzone, zrosnięte w wielu miejscach z kiszka i siecią; w dwóch miejscach

²⁾ Geburtshilfe u. Gynäkologie. Redigirt v. D-r J. WEISS. str. 818.

zrosty z kiszka mi cienkimi tak mocne, że operujący zmuszony był pozostawić kawałeczki trąbki przy kiszce; resztę udało się wydobyć. Oba powiększone jajniki drobno-torbielowato zwyrodniałe również usunięto. Założono worek MIKULICZA. Ściany jajowodów wyciętych bardzo grube, otrzewna na nich zgrubiała, światło jajowodów wypełnia gęsta ropa; błona śluzowa znacznie zgrubiała, silnie pofałdowana, owrzodzeń jednak nigdzie niema. Ani na otrzewnej pokrywającej guzy, ani w sieci i otrzewnej ściennej nie można było dostrzedz gruzełków. Badanie drobnowidzowe nie wykryło w ropie ani laseczników gruczliczych, ani gonokoków.

Przebieg pooperacyjny bardzo pomyślny. 9. VII. wyjęto gazę; 14. VII. zdjęto szwy, *prima reunio*, 26. VII. wypisana jako zdrowa.

Godnym zastanowienia objawem w tym przypadku jest to, że pomimo tak znacznych zmian w obu jajowodach miesiączki jednakże trwały nadal.

Sprawdza się zatem znany fakt, że macica ma się tak do jajników, jak przewód gruczołu do tego ostatniego. Podczas miesiączki przypływ krwi następuje do wszystkich narządów miedniczych, błona zaś przedmiesiączkowa nie zamienia się na doczesną, a przepada, powodując krwawienie.

S p o s t r z e ż e n i e VII. *Hydrosalpinx bilateralis. Degeneratio ovariorum microcystica.*

Sz. M., lat 38, przybyła do szpitala 31. VIII. 96 r. Zamężna od lat czterech. W 20 roku pierwsza miesiączka, od 6 do 7 dni, co 4 tygodnie. Do 22 roku życia miesiączka pokazała się tylko trzy razy, lecz trwała przez czas dłuższy, a mianowicie po 10 — 12 dni, ilość jednakże krwi była nieznaczna. Przed dwoma laty, jakoby z zaziębienia, miała się miesiączka przerwać i od tego czasu M. uważa się za chorą: miewa dokuczliwe bóle w dole brzucha, obfite i bolesne miesiączki. Ojciec chorej umarł na zapalenie płuc w 45 r. życia, matka z krwawej biegunki w 55 roku. Dwie siostry chorej mają dzieci; sama chora nie rodziła i nigdy w ciąży nie była.

Badanie przez ściany brzuszne wykazuje w prawym dole biodrowym guz nieco ruchomy, wielkości dwóch pięści dorosłego człowieka, chęlbocący. Przy badaniu dwuręcznem wyczuwa się na prawo od macicy guz maczugowatej postaci, chęlbocący, pozostający w łączności z macicą, ruchomy z góry ku dołowi; z lewego boku macicy również wyczuwamy guz takichże własności, tylko o wiele mniejszych rozmiarów. Macica *dextrolateroversa*, nie powiększona; zgłębnik maciczny przenika na 6½ cm., część pochwo wa długa na 1¾ cm., stożkowata.

9. IX. *Koeliotomia abdominalis* w położeniu TRENDLENBURG'a. Oka zało się, że guzy wyczuwane są to jajowody rozdęte płynem, bardzo znacznych rozmiarów; *hydatides Morgagni* przemienione w dwie torbiele; z lewej strony *hydrosalpinx* wielkości pomarańczy, z prawej — dwa razy większy. Błona śluzowa jajowodów zgrubiała, fałdy na niej mocno przerosłe, ściany zgrubiałe. Guzy były po zrastane z kiszka grubą, kiszka mi cienkimi i wyrostkiem robaczkowym. Oba jajniki powiększone, z drobno-torbielowatym zwyrodnieniem.

Przebieg pooperacyjny bardzo dobry. Chora wypisała się ze szpitala jako zdrowa 27. IX. 96 r.

W tym przypadku rzuca się w oczy późne zjawienie się miesiączki; przez pierwsze dwa lata prawie jej nie było, później były one obfite i bolesne. Macica z widocznymi cechami niedorozwoju: szyja zbyt długa w stosunku do trzonu. Jajniki przedstawiają objawy zwyrodnienia drobno-torbielowatego. Można by

przypuścić, że i jajowody w tym przypadku były zatrzymane w swym rozwoju i zachowały poniekąd wężykowato-spiralny przebieg. Wiemy, że fałisty przebieg podłużnej osi jajowodu bywa zawsze podczas wewnątrzmacicznego rozwoju płodu, w siódmym zaś miesiącu życia płodowego jajowody ulegają wyrównaniu i takie wyrównanie trwa aż do okresu dojrzewania płciowego. Otóż jeśli się zatrzymała w rozwoju macica, zdarzyć się mogło to samo z jajowodami. W takich jajowodach wskutek zwężeń wrodzonych daleko prędzej w razie zapalenia nagromadza się wydzielina i powoduje puchlinę trąbkową, cierpienia zaś trąbek tak często idą w parze ze zmianami w jajnikach, że nawet niektórzy autorowie, jak LAWSON TAIT, POZZI i inni podciągają tę postać cierpienia pod nazwę *salpingo - oophoritis*. Otóż zmiany w jajnikach mogą być albo pochodzenia zapalnego, lub przedstawiać się jako zwyrodnienie drobno-torbielowate.

Co do ostatniego, zdania są różne: jedni uważają ten stan jajników za prawidłowy, inni zaś za chorobowy. Według NAGEL'a wielkość pęcherzyków GRAAF'a jest rzeczą osobniczą, o stanie pęcherzyków rozstrzyga nie wielkość, lecz niezmiennione i zawarte w nich jajeczko, a także krążek zarodkowy (*discus oophorus*) i wysięlający nabłonek. Drudzy zaś, jak BULIUS i inni, utrzymują, że zawartość pęcherzyków przy zwyrodnieniu drobno-torbielowatym jest zmieniona, a jajniki tego rodzaju uważają za zwyrodniałe.

Pozzi ⁴⁾ w ostatnich czasach w niektórych przewlekłych cierpieniach jajników zachęca do leczenia zachowawczego zapomocą rezekcyi i żegadła. Nadają się do tego rodzaju leczenia: łagodne, nieznacznych rozmiarów torbiele jajników, *ovarite scléro-kystique*, torbiele pęcherzykowe i ciała żółtego. Samo przekłócie małych torbieli końcem noża jeszcze nie spowodzi wyleczenia, ponieważ główną rolę odgrywają tu same ściany torbieli, a nie ich zawartość. Pozzi radzi albo wyciąć część jajnika zajętego przez torbiele i brzegi rany zszyć, lub też, wypuściwszy płyn końcem żegadła, tymże przyrządem zniszczyć ściany torbieli. Gdyby wskutek wycięcia klina z jajnika koniec brzuszny jajowodu postradał łączność z jajnikiem, należy wtedy przyszyć go do tego ostatniego w ten sposób, że rozkładamy pawilon jajowodu na jajniku i przyszywamy go katgutem. Pozzi nazywa operacyę tego rodzaju *salpingorrhaphia*.

Z 62 chorych operowanych w ten sposób bliższe wiadomości miał tylko o 48. Z tej liczby 33 było zupełnie wyleczonych lub doznało znacznej ulgi, u 7 nie było żadnej poprawy, u 8 zaś chorych był zmuszony przystąpić do operacyi doszczętnej. Z liczby 48 zaszło w ciążę 12.

(D. n.).

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

119. QUENU. **O raku odbytnicy.** Na zasadzie licznych własnych spostrzeżeń podaje QUENU dokładny opis objawów towarzyszących powstaniu i rozwojowi raka odbytnicy. W okresie początkowym cierpienia występują krwotoki, bóle, zaburzenia czynnościowe kiszek, zmiany w ogólnym stanie. U wielu chorych krwotok z odbytnicy jest jednym z pierwszych objawów tworzenia się raka; u trzech chorych spostrzegał Q. nagły, bez bólów powstały, obfity wypływ krwi z odbytnicy;

⁴⁾ De la résection et de l'ignipuncture de l'ovaire. Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale. Nr. 1. 1897 r.

u innych chorych mniej znaczne upływy krwi przy oddawaniu stolca stale występowały z przerwami, bardziej lub mniej odległymi, zmniejszając się czasami do nader nieznacznych broczeń krwawych lub słabego zabarwienia kału i śluzu domieszką krwi w postaci jednolitego zabarwienia lub smug krwawych. Dolegliwości bólowe występują w różnych miejscach z różną siłą. Czasem zjawiają się nieokreślone bóle w brzuchu, towarzyszące zwykłemu zazwyczaj zaparciu stolca, w innych przypadkach bóle umiejscowione są w okolicy siedliska nowotworu; bóle zjawiają się zazwyczaj podczas oddawania stolca lub niezwłocznie po nim, częstokroć jednak bóle są bardzo nieznaczne lub niema ich zupełnie.

W większości przypadków chorzy odczuwają pewne dolegliwości w okolicy kości krzyżowej i ogonowej, częste parcie na stolec mało lub dosyć bolesne, z oddaniem następnie tylko nieznacznej ilości śluzu i wypuszczeniem gazów. Jeżeli istnieją jednocześnie z nowotworem guzy żylakowe, to częstokroć przy ciągłych parciach na stolec powstaje ich zapalenie.

Zaburzenia czynnościowe kiszek są nieraz znaczne w początku rozwoju raka odbytnicy. Zazwyczaj istnieje zaparcie stolca, wyjątkowo wydarza się początkowo rozwolnienie; najczęściej istnieje od 3 do 7 dni trwające zaparcie stolca, po czem występuje rozwolnienie, następnie znów zaparcie, nieraz długotrwałe, szczególnie wtedy, gdy nowotwór jest wysoko umiejscowiony, głównie zaś przy rakach w miejscu przejścia *S-romanum* do odbytnicy. Niejednokrotnie przy istniejącem zaparciu stolca znajdujemy zmiany w kształcie wydalanych mas kałowych.

Zmiany w ogólnym stanie są zazwyczaj w początkowym okresie cierpienia tak małe, że chory nie zwraca na nie uwagi, niejednokrotnie nawet chorzy przedstawiać wtedy mogą zupełny obraz zdrowia; czasem tylko krwawienia i zaparcie poprzedzane są niedomaganiem, osłabieniem fizycznym, zmniejszeniem energii moralnej; wydarzać się również mogą zaburzenia właściwe trudnemu trawieniu. Każdy z objawów powyższych w początkowym okresie raka odbytnicy może wystąpić oddzielnie, wtedy jednak chory a nawet i lekarz mało na objaw taki zwraca uwagi; najczęściej dopiero wtedy, gdy objawy powyższe występują łącznie, rozpoznanie cierpienia staje się możliwe, lecz niestety czas pomiędzy skrytem powstaniem cierpienia a ujawnieniem jego wystarczył, aby rak znacznie już nieraz w odbytnicy się rozszerzył, lub nawet przeszedł poza ściany кишки, na sąsiednie narządy i gruczoły chłonne. Umiejscowienie raka wpływa na zjawienie się objawów odrębnych; nowotwory rakowate wysoko w kiszce umiejscowione przybierają zazwyczaj prędko postać obrączkową i wywołują znaczne zwężenie кишки. Nowotwory blisko odbytu rozwijające się są szczególnie bolesne.

Po pewnym, krótszym lub dłuższym czasie, w przeciągu kilku miesięcy i dłużej nawet, powyżej wspomniane objawy, właściwe początkom rozwoju raka, występują coraz wybitniej, wreszcie przyłączają się do nich nowe, groźne powikłania, przyspieszające zejście śmiertelne.

Wpływy z odbytnicy stają się krwawymi, śluzowymi lub ropnymi, zjawiają się nie tylko podczas oddawania stolca, lecz nawet stale, szczególnie u chorych z rozluźnieniem zwieracza odbytu lub z przeistoczeniem nowotworowem zwieraczy; bielizna chorego jest stale zanieczyszczona posokowatą, ropną wydzieliną, wypływającą z odbytu; przy rozległym rozszerzeniu się nowotworu cuchnącego wydzieliny nader obfite zmuszają do ciągłych opatrunków. Bóle stają się coraz silniejsze, zależą od zaburzeń czynnościowych, od ciągłego parcia na stolec i bezskutecznych wysiłków oddania stolca; chorzy doznają uczucia takiego, jak gdyby jakieś twarde obce ciało stale znajdowało się w odbytnicy, bóle wzmagają się jeszcze bardziej przy rozszerzeniu się nowotworu na spodnie tkanki i narzą-

dy. Bóle są stałe lub z przerwami, wzmagają się szczególnie przy oddawaniu stolca, rozszerzają się na całą okolicę odbytu, krocza, kości krzyżowej lub ogonowej; uczucie pełności w odbytnicy zmusza chorych do ciągłych wysiłków oddawania kału, śluzu, ropy.

Wyjątkowo tylko przy bardzo rozległych nowotworach rakowatych bólów nie ma. Przy chodzeniu, szczególnie zaś przy leżeniu bóle zwiększają się. Z czasem odczuwa chory bóle w pachwinie i w całej dolnej kończynie; jest to oznaką zmian w splocie krzyżowym. Z pomiędzy zaburzeń czynnościowych występuje zaparcie stolca; przy silnych i częstych wysiłkach chorzy zaledwie są w stanie oddać niewielką ilość twardych mas kałowych w postaci taśmowatej lub drobnokulistej, często jednak pomimo znacznych wysiłków kał nie odchodzi, wypływa jedynie śluz i ropa. W kieszce grubej nagromadzają się obficie masy kałowe; po kilkunastu nieraz dniach zaparcia następuje rozwolnienie, z krwawem zabarwieniem płynnego kału. Przy ciągłych wysiłkach oddania stolca, następuje częstokroć wypadnięcie odbytnicy. Dwukrotnie spostrzegaliśmy QUENU zupełną niedrożność кишки przy raku odbytnicy; całkowita niedrożność jest wogóle objawem bardzo rzadkim; wśród rozległego nawet nowotworu istnieją zazwyczaj kręte nieraz drogi, któremi gazy i wydzieliny nazewnątrż się przedostają. Wydarzyć się może i ciągłe rozwolnienie nie dające się zatrzymać środkami leczniczymi wewnętrznymi. W jednym z takich przypadków QUENU wykonał sztuczny odbyt (*colostomia*); czwartego dnia po operacji zjawily się prawidłowe, gęste masy kałowe; rozwolnienie można zatem objaśnić w ten sposób, że ciągłe drażnienie кишки przy ustawicznych parciach na stolec pobudza gruczoły błony śluzowej кишки do zwiększenia wydzieliny. Zmiany w ogólnym stanie zależą od nasilenia objawów chorobowych. Bóle działają wyczerpująco na układ nerwowy, zaparcie stolca staje się powodem ciągłego utrudniania trawienia, wchłanianie wytworów raka staje się powodem braku łaknienia, wychudnienia, upadku sił, chęta; występuje wtedy zazwyczaj typowe szare zabarwienie skóry, lub jej bledosc, zwiększająca się przy krwotokach.

W okresie końcowym przebiegu cierpienia występują liczne powikłania, zależne od miejscowego rozszerzenia się raka, przerzutów, zakażenia ogólnego; w niektórych przypadkach powstają ropnie odbytniczo-krokowe lub pośladkowe, ropnie w jamie kulszowo-odbytniczej, przetoki, podminowania błony śluzowej i skóry w okolicy odbytu. Jednocześnie niemal podobne sprawy gnilne i nowotworowe wytwarzają się w gruczołach chłonnych, rzadziej ulegają przeistoczeniu naczyń żylnych. QUENU spostrzegaliśmy zakrzepy gnilne w żyłach udowych. Rozszerzenie nowotworu na sąsiednie z odbytnicą narządy wspólnie z owrzodzeniem gnilnem powodować może przedziurawienie pochwy, pęcherza moczowego, moczowodu, znaczne, nawet śmiertelne krwotoki pochwowe i maciczne. Zmiany w drogach moczowych nie należą do rzadkości, zależą bądź od nowotworowego przeistoczenia cewki, pęcherza, moczowodu, bądź od niezwykłych połączeń tych dróg z odbytnicą, bądź też wreszcie od przyłączenia się zwykłych objawów zapalenia.

W niektórych przypadkach zaburzenia w drogach moczowych są nieznaczne, chory odczuwa jedynie od czasu do czasu pewną trudność oddania moczu, w innych przypadkach oddawanie moczu jest bardzo trudne i bolesne; czasem dochodzi nawet sprawa do zupełnego zatrzymania moczu. Ciągłe parcia na mocz z oddaniem kilku zaledwie kropel moczu zależą bądź od podrażnienia odruchowego, bądź też od przejścia nowotworu na gruczoł krokowy. W jednym przypadku widział QUENU zupełną niemożność zatrzymania moczu. Wydarzyć się może przedziurawienie moczowodu; zamknięcie światła moczowodu doprowadzić może do wystąpienia zupełnego bezmocz (TUFFIER).

Przebieg i czas trwania raka odbytnicy jest zmienny, zależy od zmian w przewodzie pokarmowym, powikłań, zabiegów chirurgicznych lub wogóle leczniczych, od uogólnienia się sprawy nowotworowej, przerzutów na wątrobę i t. d.; wogóle czas trwania objawów chorobowych wynosi od 10-iu miesięcy do czterech lat; zazwyczaj jednak od chwili ujawnienia pierwszych objawów do śmierci upływa około półtora roku. Śmierć zależy najczęściej od charłactwa postępującego, chory stopniowo dochodzi do ostatecznych granic osłabienia, przestaje przyjmować pokarmy, wpada nieraz w rodzaj zapaści trwającej 10 do 20 dni, do kresu życia. Do powikłań przyspieszających zejście śmiertelne należą: przedziurawienie otrzewny, zakażenie gnilne bez podniesienia ciepłoty, krwotoki, niedrożność jelit, moczołka, białkomocz.

(*Revue de Chirurgie* 1897. Nr. 1).

T. Solman

120. HIRSCHFELD. **Dyfteroid płonicy i jego leczenie.** Autor stara się podciągnąć spostrzegane przez siebie w klinice HEUBNER'a 211 przypadków płonicy pod pewne kategorie, opierając się na stopniu, w jakim zajęte są gardziel i migdały. Zarazek płonicy dostaje się do ustroju zwykle przez migdały, gdzie też i objawy chorobowe jasno występują.

Dzieli on wszystkie przypadki na dwie grupy: pierwsza ogranicza się na lekkim zajęciu gardła z zaczerwienieniem, obrzmieniem migdałów i nieznacznymi białymi, częstokroć zlewającymi się nalotami; w drugiej 4—6 dnia choroby nalot powiększa się, rozszerza, gruczoły obrzmiewają, pojawia się wyciek z nosa, a całe niebezpieczeństwo choroby zależy od zajęcia gardła przy względnej poprawie stanu ogólnego; jestto dyfteroid płonicy. W zmartwiałej tkance szybko rozwijają się paciorkowce, skąd wędrują dalej przez drogi chłonne, doprowadzając do śmiertelnego zakażenia ustroju.

Z 211 rozpatrywanych przypadków autor do pierwszej kategorii zalicza 47, z których 32 były lekkie, bez ważnych zmian w migdałach i w gardzieli, 15 zaś było śmiertelnych, ale powodem śmierci był widocznie sam zarazek płonicy, która tu przybrała postać złośliwą, szybko zabijającą. W tych przypadkach leczenie mogło oczywiście ograniczyć się tylko do stosowania środków pobudzających.

W drugiej grupie, obejmującej 164 przypadki, główną rolę odgrywają objawy zajęcia gardła. W pewnej liczbie przypadków spostrzegamy tu lekkie obrzmienie oraz zaczerwienienie migdałów, pokrytych cienkim, szarawym nalotem, który czasami przechodzi na gardziel i dość łatwo się oddziela. Prócz tego występuje tu ból gardła i obrzmienie gruczołów podszczękowych. Po kilku dniach naloty giną, pozostawiając płaskie owrzodzenia. Rokowanie w tych przypadkach jest pomyślne, leczenie polega na użyciu środków pobudzających, kąpielach i mleku.

O ile przypadki tej grupy zwykle kończą się wyzdrowieniem, o tyle smutne bywa rokowanie przy drugiej, grupie t. z. „dżumowej“ postaci błonicy szkarlatynowej. Zapadają na nią zwykle dzieci do lat 3, osłabione już poprzednio przebytem cierpieniem. Już pierwsze objawy zapowiadają ciężki przebieg. Migdały i gardziel pokryte są grubymi, szarymi nalotami, z ust i nosa wydziela się cuchnąca posoka, migdały, gardziel, dno jamy ustnej, gruczoły szyi — wszystko to w krótkim czasie tak silnie obrzmiewa, że mamy przed sobą obraz podobny do *angina Ludovici*. Naciecień to jest twarde, nie ropieje. Wśród objawów zakażenia ogólnego w krótkim czasie następuje śmierć. Leczenie nie ma widoków powodzenia i polega na podawaniu środków pobudzających i kąpielach obok żywienia mlekiem.

O wiele pomyślniej przedstawia się rokowanie w trzeciej seryi, t. z. „skrytej postaci“. Rozpoczyna się ona zazwyczaj od zaczerwienienia gardła, przyczem gorączka trzyma się uporczywie, a w końcu pierwszego tygodnia powiększa się. Je-

dnocześnie pokazują się w gardle naloty, ogólny stan się pogarsza. Gruczoły pod szczękowe i szyjowe obrzmiewają silnie, tworząc zbitą masę, która jednak ulega ropieniu, czem się przypadki tej seryi różnią od postaci „dżumowej“.

Bakteryologiczne wyjaśnienie odmian powyższych daje nam HEUBNER. Różnica pomiędzy postacią lekką i skrytą polega na tem, że tam tylko wierzchnie warstwy ulegają zgorzeli, tu zaś głębokie. Przeszkodę dla wędrówki paciorkowców stanowi błona śluzowa gardła, gruczoły chłonne, wreszcie, jeżeli i te nie zdołają powstrzymać ich wtargnięcia, krew. Przy postaci skrytej cała błona śluzowa ulega zniszczeniu, paciorkowce dostają się do gruczołów, które występują do walki, obrzmiewając, a czasem i ropiejąc. Jeżeli zaś, gruczoły ulegają zgorzeli, natenczas zakażeniu ustroju nic na przeszkodzie nie stoi i wtedy mamy przed sobą postać dżumową choroby, kończącą się ropnicą i śmiercią.

Przechodząc do leczenia, autor przadewszystkiem zaznacza wielką ilość istniejących dotychczas środków oraz niewielką ich wartość.

Podług niego najlepszą bronią przeciw skrytej postaci są polecone przez HEUBNER'a zastrzykiwania kwasu karbolowego do migdałów. HEUBNER zastrzykuje za pomocą strzykawki opatrzonej igłą długości $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ cm. dwa razy dziennie po pół strzykawki 3 — 5% roztworu, tak że na dawkę wypada 0,03 — 0,05, na dzień 0,06 — 0,1. Dla dzieci zastrzykiwania nie są przykrzejsze od pędzlowań i płókań; objawów otrucia karbolem nie zauważono. Zastrzykiwań należy jednak zaniechać z chwilą, gdy oliwkowa barwa moczu wykazuje zawartość w nim karbolu.

Autor dochodzi do wniosku, że przy skrytej postaci błonicy szkarlatynowej karbol stanowi jedynie skuteczny środek przeciwko zakażeniu paciorkowcami.

(*Jahrb. f. Kinder.* 44 Z. 3—4)

Aleksander Wertheim.

121. Prof. Ad. CZERNY i D-r A. KELLER. **Z jakich części składowych mleka powstają kwasy, które powodują zwiększone wydzielanie amoniaku u ssawców dotkniętych cierpieniami przewodu pokarmowego?** U ssawców z cierpieniami przewodu pokarmowego gromadzą się tamże wielkie ilości amoniaku. Zjawisko to zajeży od obecności w ustroju nadmiaru kwasów. Ostatnie powstają wskutek rozkładu treści jelitowej i zmian w przemianie materii. Przy żywieniu dziecka mlekiem kwasy mogą powstawać z tłuszczu, cukru mlecznego i białka. Autorzy, używając mleka z rozmaitą zawartością powyższych składników, doszli do wniosku, że jedynie tłuszcze dają początek powstawaniu kwasów; mianowicie, odszczepiają się one dzięki zmniejszonej zdolności utleniania w ustroju.

Jako zadanie stawiają sobie autorzy znalezienie dla ssawców z cierpieniami żołądka i kiszek takiego środka odżywczego, który ulegał by zupełnemu spalaniu.

Wyczerpująca praca ukaże się w *Jahrb. f. Kinderheilk.*

(*Centralbl. f. innere. Med.* Nr. 31. 1897).

K. Zaleski.

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z dnia 22 czerwca r. b.

TREŚĆ. 1) BĄCZKIEWICZ — Przedstawienie niezwykle otyłego dziecka. 2) STANKIEWICZ — Przedstawienie preparatu gruczołaka sutki. 3) BORYSSOWICZ — Plastyka zwężonego kanału szyi i ujścia zewnętrznego macicy. 4) BIERNACKI — Sedymentacja krwi jako kliniczna i biologiczna metoda badania.

1) Kol. BĄCZKIEWICZ przedstawił dziecko ośmiomiesięczne, ważące 11 kilo. Jest ono drugim z rzędu dzieckiem zdrowej zupełnie matki. Badanie pokarmu wykazuje w nim niezwykłą, bo wynoszącą 8,112% zawartość tłuszczu, wówczas gdy zazwyczaj waha się ona w granicach 3—4%; PFEIFFER na sto rozbiórów mleka ko-

biecego w 14 zaledwie przypadkach znalazł 5—6% tłuszczu. Okazuje się przeto, że wysoka waga dziecka zależna tu jest poprostu od jego utuczenia i że wogóle tłuszcze niezmiernie łatwo ulegają wchłanianiu w ustroju ssawców.

2) Kol. STANKIEWICZ okazał preparat gruczolaka sutki wielkości głowy dziecka, pochodzący z kobiety przeszło pięćdziesięcioletniej. Mówca wspomina, że zdarzało mu się już operować podobnej wielkości gruczolaki u dziewcząt 16—17-letnich, a także u kobiet między 20-ym i 40-ym rokiem życia, przyczem nigdy nie spostrzegał powiększenia gruczołów chłonnych, nigdy także nie bywało nawrotów choroby. Kol. STANKIEWICZ podkreśla nadto jeden z przypadków, o którym badanie drobnowidzowe orzekło *adeno-sarcoma*, gdzie jednakże po upływie kilku lat nawrotu choroby nie było.

3) Kol. BORYSSOWICZ wygłosił odczyt p. t. „Plastyka zwężonego kanału szyi i ujścia wewnętrznego macicy“. Zwężenia kanału szyi a bardziej jeszcze ujścia wewnętrznego zdarzają się wogóle niezmiernie rzadko. Prelegent dzieli zwężenia ujścia na wrzekome, zależne od zgięcia macicy w okolicy ujścia wewnętrznego i bezwzględne, te zaś ostatnie mogą być wrodzone lub nabyte skutkiem urazów, spraw zapalnych i t. p. Wskazania do rozszerzenia kanału lub ujścia wewnętrznego macicy są wogóle te same, co i przy zwężeniach jej ujścia zewnętrznego. Dotychczasowymi sposobami rozszerzania, zasadzającymi się albo na stosowaniu rozszerzaczy walcowatych, blaszeńca, muślinu jodoformowego, alboważ na użyciu noża — histerotomu, osiągnano zazwyczaj tylko wynik przemijający. VULLIET zaproponował przeto w r. 1894 operację plastyczną, polegającą na wszyciu w powstałą po przecięciu całej przedniej ściany kanału szyi ranę klinu, wyciętego z połowy wargi przedniej; sposób jego nie znalazł jednak — zdaje się — naśladowców i, zdaniem prelegenta, nie ma przed sobą przyszłości. Następnie ROSNER w roku bieżącym podał swój sposób, zmieniony później przez MARSA; sposób ten kol. BORYSSOWICZ uważa za najracjonalniejszy i najlepiej odpowiadający swemu celowi. Operacji dokonywa się w ten sposób, że po przepołowieniu części pochwowej aż do jej podstawy i przecięciu w części nadpochwowej kanału szyi z obu stron błony jej śluzowej z częścią miększu wprowadza się płaty, wycięte uprzednio z boków części pochwowej od jej szczytu aż do sklepień. Następnie, w celu wciągnięcia płatów do wewnątrz oraz w celu utrzymania ich powierzchni w zetknięciu z powierzchnią cięcia w kanale szyi, kol. BORYSSOWICZ używa szwu własnego pomysłu, t. zw. szwu międzywęzełkowego. Mianowicie nawleka na dużą igłę HAGEDORN'a nitkę katgutową i oba jej końce wiąże w supeł; przekłówa igłą wierzchołek płata od strony jego błony śluzowej, wkłówa ją w przecięcie kanału szyi i wyprowadza w odpowiednim sklepieniu bocznem; pociągając nitkę, pociągają tem samem zapomocą supełka i wierzchołek płata, aż na miejsce przeznaczenia, następnie zaś nitkę przecina i powstałe tym sposobem dwa końce wiąże w supeł albo wprost na części pochwowej, albo na podłożonym pod nią pasku muślinu jodoformowego. Dwa te więc supeły, wewnętrzny i zewnętrzny, służą do utrzymania płata w należytem położeniu. Zrobiwszy to samo po stronie przeciwnej, wprowadza do wnętrza kanału odpowiednio gruby pasek muślinu jodoformowego, który, rozciągając ściany kanału, utrzymuje jednocześnie w zetknięciu powierzchnie płatów z powierzchniami cięć podłużnych. W razie, gdy igłą nie można dosięgnąć ujścia wewnętrznego macicy, kol. BORYSSOWICZ radzi sobie w ten sposób, że przeprowadza nitkę katgutową przez wierzchołki obu płatów, wiąże na niej dwa supełki w odległości 4—5 cm. jeden od drugiego, umieszcza nitkę na wierzchołku dosyć grubo w muślin jodoformowy owiniętego zgłębnika i wprowadza go do wnętrza macicy, przez co płaty dostają się na miejsce przeznaczenia, muślin zaś utrzymuje

je w należytem położeniu. Na kąty ran u nasady płatów kol. B. nakłada z każdej strony po dwa szwy, wreszcie po zupełnem zabliznieniu się bocznych cięć przepołowionej części pochwowej dokonywa operacji plastycznej EMMET'a. W ten sposób cały zabieg składa się z dwóch aktów: 1) rozszerzenie części nadpochwowej kanału szyi macicznej; 2) odbudowanie części pochwowej kanału.

W dyskusyi kol. KRAKÓW zapytuje, jak długo muślin pozostawić należy w kanale szyi, żeby być pewnym wgojenia się płatów, i zwraca uwagę, że przeciąganie nitki przez końce płatów jest niepotrzebne, gdyż już przez samo wprowadzanie zgłębnika z paskiem muślinu wypycha się je do wnętrza.

Prelegent odpowiada, że pasek muślinu dosyć jest pozostawić przez trzy dni i że płaty po ich wycięciu kurczą się tak, że samym zgłębnikiem nie można wprowadzić ich na miejsce przeznaczenia.

Kol. ZWEIFBAUM wyraża przekonanie, że jego zdaniem zwężenie ujścia wewnętrznego w ścisłem znaczeniu nie miewa wcale miejsca, a zależy zazwyczaj od długotrwałego przodozgięcia, tak samo, jak równie niezmiernie rzadko zdarza się rzeczywiste zwężenie ujścia zewnętrznego. Co zaś do operacji ROSNER-MARSA, to kto wie, czy odpowiada ona swemu celowi, czy raczej nie prowadzi ona do jeszcze większego zwężenia kanału.

Kol. BORYSSOWICZ odpowiada, że wszczepienie płatów wewnątrz kanału żadną miarą zwęzić go nie może, istnienie zaś zwężenia ujścia wewnętrznego macicy jest faktem przez naukę ustalonym.

Kol. ZWEIFBAUM w powtórnym przemówieniu zaznacza, że w jego przekonaniu wprowadzenie w liniijną ranę płatków błony śluzowej, które z powodu ciasnoty miejsca muszą być skręcone, może powodować tylko zwężenie ujścia wewnętrznego, nie zaś jego rozszerzenie.

Kol. STANKIEWICZ robi uwagę, że należy zawsze bardzo liczyć się ze stopniem i naturą zwężenia. Jeśli mianowicie jest ono następstwem sprawy powier zchownej, tyczącej się tylko błony śluzowej, w takim razie już samo metodyczne rozszerzanie doprowadzić może do pożądanego wyniku. Jeżeli zaś przeciwnie powstało ono skutkiem spraw głębiej sięgających i rozwoju tkanki bliznowatej, wtedy nie pomoże ani rozszerzenie, ani żadna operacja plastyczna. Rzecz analogiczna ma miejsce i przy zwężeniach bliznowatych cewki moczowej, przy których po uretrotomii wewnętrznej prędzej czy później następuje nawrót choroby i dlatego nawet w ostatnich czasach zaczęto wycinać całą bliznowato zmienioną część cewki.

Kol. BORYSSOWICZ zgadza się na to, że przy zaniku miąższu macicy i wytworzeniu na jego miejscu zbitej tkanki łącznej rozszerzanie nie prowadzi do celu; jeśli jednak zwężenie zależy tylko od zmian błony śluzowej, w takim razie wszczepienie zdrowej błony śluzowej może wywołać usunięcie zwężenia i zależnych od niego objawów.

4) Kol. BIERNACKI zapoznał słuchaczy z wynikami swych prac, których przedmiotem była sedymentacja krwi jako kliniczna i biologiczna metoda badania. Istota tej metody polega na spostrzeganiu szybkości, z jaką krew nieodwłókniona i krew odwłókniona dzieli się przy staniu na warstwę osocza i warstwę ciałek czerwonych. Kilka centymetrów sześciennych krwi, otrzymanej przez ukłócie żyły, wlewamy do cylindra szklanego objętości 1 cm. sz. przy wysokości słupa krwi 2 cm. i dodajemy szczawianu sodu; wówczas na podziałkach cylindra odczytujemy ilość wydzielonego osocza po upływie $\frac{1}{2}$, 1 i 24 godzin, oznaczamy szybkość sedymentacji w ciągu pierwszej i drugiej półgodziny, wreszcie stosujemy stosunek objętości osadu stałego do ilości ciałek czerwonych. O ile we krwi prawidłowej trzy te wielkości zachowują się zawsze mniej więcej jednakowo,

o tyle w stanach chorobowych mogą zachodzić następujące zmiany: 1) znaczne zwolnienie sedymentacji, 2) znaczne jej przyspieszenie i 3) zwolnienie w ciągu pierwszej półgodziny i przyspieszenie w ciągu następnej. Zmiany te dają się spostrzegać wtedy nawet, kiedy dotychczasowe metody badania żadnej nieprawidłowości we krwi nie wykrywają. Że zaś szybkość sedymentacji niewątpliwie stoi w związku z zawartością we krwi fibrynogenów, przeto może ona wskazywać pośrednio przebieg spraw utleniania w ustroju. Szybka sedymentacja ma miejsce przede wszystkim przy chorobach zakaźnych, głównie zaś przy goście stawowym tak dalece, że jeśli mimo ustąpienia gorączki i obrzmienia stawów sedymentacja zdradza stale przyspieszenie, to jest to nieomylną wskazówką, że należy oczekiwać nawrotu choroby. Przeciwnie przy objawach neurastenicznych sedymentacja jest zwolniona, przy histerycznych—zazwyczaj przyspieszona, w każdym razie przy nerwicach czynnościowych zaburzenia sedymentacji są objawem stałym, co może być cennym bardzo środkiem rozpoznawczym w tych razach, gdy chodzi o wykrycie udawania.

ODCINEK.

ZDROWOTNA GIMNASTYKA SZWEDZKA.

Podał **D-r ROMAN SKOWROŃSKI.**

(Ciąg dalszy—Zob. N 35).

Daleko więcej zasług na polu gimnastyki szkolnej położył Adolf SZPIS, którego nazywają twórcą niemieckiej gimnastyki szkolnej. SZPIS urodził się w roku 1810 w Lauterbachu w Fogelbergu. Początkowe nauki pobierał w zakładzie ojca swego, pastora w Offenbachu; następnie zapisał się na uniwersytet w Giessen, gdzie słuchał teologii, a jednocześnie oddawał się z zapałem gimnastyce i fechtunkowi. Zwiedził zakład gimnastyczny w Schnepfentahl, a później był nauczycielem gimnastyki w zakładzie EISELEN'a, następcy JAHN'a w Berlinie. W 1833 r. gmina miasta Burgdorfu wezwała go na nauczyciela gimnastyki, aby chylące się do upadku ćwiczenia ciesne podźwignął. Tutaj SZPIS wypracował swój system gimnastyczny, daleko prostszy od systemu JAHN'a i więcej odpowiadający wymaganiom szkoły. Głównem jego zadaniem było ściśle połączenie gimnastyki ze szkołą i uprzystępnienie jej dla każdego wieku i każdej siły. Stawowe ruchy PESTALOZZI'ego dołączył do swojego systemu jako ruchy wolne (Freiübungen). Ograniczył i usystematyzował ćwiczenia na przyrządach, zaczynając je od najprostrzych, wreszcie wprowadził do ćwiczeń chodzenie na szczudłach i haute. W r. 1848 był mianowany dyrektorem szkoły w Darmstacie, gdzie zmarł w 1858 r.

Największą jednak sławą i uznaniem nawet pomiędzy zwolennikami JAHN'a, których dotąd jest jeszcze znaczna liczba, cieszy się system znany ogólnie pod nazwą gimnastyki szwedzkiej. Twórcą jej jest Henryk Piotr LINZ urodzony w prowincji Smalandyi, w Szwecyi. Nauki pobierał w gimnazjum w Wexio, po ukończeniu którego podróżował nieustannie. Widzimy go w Upsali, Stockholmie, Kopenhadze, Berlinie i innych miastach Europy. W 1797 r. przyjął miejsce nauczyciela prywatnego w Stockholmie. Wkrótce jednak udał się do Niemiec, aż potem do Francji, Anglii i Danii, gdzie do roku 1800 pracował w dalszym kierunku nad włą

snem wykształceniem. Będąc zmuszony pracować na własne utrzymanie, przyjął miejsce nauczyciela w szkole fechtunku, założonej w Kopenhadze przez dwóch emigrantów francuskich. Tutaj poznał się osobiście z NACHTEGALL'em uczniem GUTSMUTS'a i jego metodą, lecz ta ostatnia nie olśniła go bynajmniej, spostrzegł w niej bowiem wiele braków i niedokładności. Dlatego też zaczął sam myśleć nad ułożeniem własnego systemu racjonalnego, aby przez to wpłynąć zbawiennie na wychowanie całego swojego narodu i harmonijny rozwój młodzieży. Ażeby myśl swoją urzeczywistnić, przeniósł się znowu do Szwecyi, gdzie w r. 1805 objął katedrę języków starożytnych na uniwersytecie w Lundzie. Wkrótce zawakowała posada nauczyciela fechtunku przy tymże uniwersytecie; zaproponowano ją LING'owi na co się tenże z wielką ochotą zgodził. Do lekcyi fechtunku z własnej pobudki dołączył i lekcyę gimnastyki, któremi tak się wślawił, że poczęto go formalnie rozrywać podczas feryi jako nauczyciela gimnastyki. Wyjeżdżał więc w tym celu do Malmö, Christianstadtu, Gutenborga i innych miejscowości. Wiadomości jednak z dziedziny gimnastyki, z którą się zapoznał w czasie swojego pobytu w Berlinie, a szczególnie w Kopenhadze nie zadawały go w zupełności. Zrozumiał on dokładnie, że do pewnej doskonałości w danym przedmiocie można tylko dojść na podstawie znajomości natury ludzkiej, ku czemu niezbędna jest znajomość ciałaśkładu i czynności ustroju ludzkiego, t. j. anatomii i fizjologii. Dla tego też w 1806 r. jał pilnie studyować te przedmioty oraz inne nauki przyrodnicze, a na podstawie zdobytych w tym kierunku wiadomości stworzył swój własny system gimnastyczny, zwany powszechnie racjonalnym, albo systemem gimnastyki szwedzkiej. W 1813 r. przeniósł się LING bliżej stolicy, mianowicie do Karlsbergu, gdzie wykładał naukę fechtunku w tamecznej akademii wojennej. W tym samym roku podał prośbę do ministeryum oświaty o pozwolenie utworzenia instytutu gimnastycznego; prośbę tę odrzucono. Dopiero w rok później, mianowicie 14 Marca 1814 r., wskutek rozporządzenia królewskiego otwarty został instytut gimnastyczny w Stockholmie, na czele którego stanął LING z pensją 200 „rygsthalerów“ rocznie i 400 zapomogi na urządzenie. Stanąwszy u szczytu swoich marzeń, wziął się LING do usilnej pracy i rzeczywiście nie zawiódł położonego w nim zaufania. Wprowadził on gimnastykę na nowe tory i dał jej naukową podstawę. Odtąd gimnastyka przechodzi w ręce lekarzy i ludzi naukowo obeznanych z tym przedmiotem i przestaje być sztuką i akrobatyzmem.

Wreszcie LING uczynił gimnastykę dostępną dla każdego wieku i płci, przez co rozwinął w narodzie swoim taką chęć i zamiłowanie do gimnastyki, że gimnastykują się tam obecnie wszyscy, i starcy i kobiety i dzieci, czemu przypisać należy, że wytworzył się tam osobny typ i charakter ludzi. Spotkać starca na ulicy z ruchami młodzieńca, trzymającego się prosto, jakby mu wcale wiek jego nie ciążył na barkach, nie zalicza się wcale do osobliwości. Stowarzyszenia gimnastyczne i inne mające styczność z ćwiczeniami cielesnymi są tam bardzo rozpowszechnione; należą do nich ludzie wszelkich stanów. Każdy urzędnik, każda pracownica igły śpieszy wieczorem do sali gimnastycznej, aby po całodziennej pracy wyprostować zesztywniałe od siedzenia członki. Jak już wyżej zaznaczyłem, za podstawę swojego systemu wziął LING anatomię i fizjologię człowieka, a przy stosowaniu ćwiczeń rządzi się zasadami higieny. Rozpatruje on poszczególnie budowę każdego członka i skutki fizjologiczne każdego w nim ruchu, zastanawia się nad tem, jaki wpływ wywiera na ustrój każde ćwiczenie dłużej, lub krócej stosowane, jak wreszcie działa na narządy oddechania, krążenia, wydzielania, trawienia, mózg, rdzeń pacierzowy i nerwy. Według orzeczenia samego LING'a gimnastyka zdrowotna uczy władania ustrojem według własnej woli. Główne podstawy swojej

metody zamknął LING w następujących twierdzeniach: *a)* Zadaniem gimnastyki jest rozwój prawidłowy ustroju ludzkiego zapomocą ruchów dokładnie określonych. *b)* Dokładnie określonymi ruchami nazywają się takie, które są oparte na gruntownej znajomości tego ustroju, który zamierzamy rozwijać zapomocą rzeczonych ruchów. *c)* Prawidłowo rozwiniętym ustrojem jest ten, którego wszystkie części zachowują względem siebie pewną proporcję i stosunek. *d)* Ustrój ludzki nie może się rozwijać więcej (do nieskończoności) ponad istniejące w nim ku temu usposobienie czyli skłonność wrodzoną. *e)* Przy braku odpowiednich ćwiczeń usposobienie to może się tylko osłabić, lecz nie zniknąć nazawsze. *f)* Przez nieodpowiednie ćwiczenia gimnastyczne wrodzoną tę skłonność do prawidłowego rozwoju ustroju można jeszcze więcej osłabić, dla tego też przez niewłaściwe ruchy przynosi się więcej szkody niż korzyści. *g)* Rozwój ustroju jednostronny, prowadzony tylko w pewnym kierunku utrudnia naukę i zapamiętywanie pewnych ćwiczeń, wielostronny zaś ułatwia ich wykonanie. *h)* Pewien niedowład, niezgrabność i ociężałość w ruchach danej części ciała u niektórych osobników zależy często od wzmożonej działalności w innych częściach. *i)* Przez równomierne rozłożenie tej działalności nieprawidłowo wzmożona siła pewnej części ciała może się zmniejszyć na korzyść innej części ciała zaniedbanej w rozwoju. *k)* O sile lub bezsilności danego osobnika nie można sądzić z większego lub mniejszego rozmiaru pojedynczych części jego ciała, lecz ze stosunku tych części do całego ustroju. *l)* Zdrowie i siła w pełnym swoim rozkwicie są jednoznaczne, obie bowiem zależą od harmonijnej działalności wszystkich części ciała. *m)* Jeżeli zacząć gimnastykę od ruchów najprostszych, to można dojść tym sposobem bez najmniejszej obawy do najtrudniejszych i najczęściej złożonych ćwiczeń, gdyż gimnastykujący się zna swoją siłę, rozumie co robi i co jest w stanie zrobić.

Z powyższych punktów tego założenia widzimy, iż na czele swego „credo” stawia LING prawidłowy rozwój ustroju zapomocą ściśle określonych ruchów. Chodzi nam tu przede wszystkim o prawidłowość budowy ustroju i zachowanie harmonii i stosunku pomiędzy udzielnymi częściami ciała. Dlatego też cała dążność i usiłowanie w gimnastyce szwedzkiej skierowane są ku temu, aby wszystkie członki, grupy mięśni i stawy rozwijać równomiernie i jednakowo, a ćwiczenia prowadzone tylko w pewnym kierunku, nie mające na celu rozwoju całego ustroju, jak np. w atletyce, gdzie chodzi o wyrobienie siły tylko w pewnych grupach mięśni z zaniedbaniem i szkodą dla innych, są stanowczo wyłączone.

Wszystkie ruchy i ćwiczenia są oparte na postawach anatomii, fizjologii i higieny; żadnego ćwiczenia nie stosuje się tutaj na ślepo i bez celu. Gimnastyka szwedzka jest nawskroś gimnastyką zdrowotną, że tak powiem zapobiegawczą: chodzi tutaj o pełnię czynności całego ustroju, czyli inaczej o jego zdrowie. Gimnastyka szwedzka nie ma na celu szczególnego rozwoju siły fizycznej, gdyż ta przychodzi sama przez się ze zdrowiem. Jednem słowem, gimnastyka szwedzka nie ma na celu kształcenia atletów, linoskoków, sztukmistrzów i akrobatów, tylko ludzi zdrowych i harmonijnie rozwiniętych, a ćwiczenia jej obliczone są przede wszystkim dla wątłych i słabych. Aby tem skuteczniej oddziaływać na każdy ustrój zapomocą rzeczonych ćwiczeń, starają się go tam zbadać i poznać dokładnie. Dlatego też przez rozpoczęciem kursu gimnastyki każdy osobnik winien się poddać oględzinom lekarza, który stosownie do swoich badań wyłącza niektóre ćwiczenia, mogące szkodzić danemu osobnikowi, lub pozostawia cały plan ćwiczeń codziennych objętych programem.

Bardzo wiele osób mniema, że gimnastyka szwedzka tem się różni od innych, iż nie posiada wcale przyrządów, a wszystkie ćwiczenia rządowe, lub wolnych ru-

chów, nie mające częstokroć żadnej styczności z gimnastyką szwedzką, jak to niżej zobaczymy, podciąga pod jej miano. Na posługiwanie się przyrządami w gimnastyce szwedzkiej złożyło się wiele powodów już to ogólnej, już to miejscowej natury. Gimnastyka pozbawiona zupełnie przyrządów byłaby nieco monotonna, a wskutek tego i ćwiczenia mogłyby być wykonywane niechętnie i ociążale bez wielkiego zainteresowania się ze strony osobnika ćwiczonego, co wpłynęłoby ujemnie na wartość i wynik samych ćwiczeń. Do przyczyn używania przyrządów czysto-miejscowej natury zaliczyć wypada i tę, że służba wojskowa w Szwecyi odbywa się bardzo krótko, mianowicie 60 dni i dopiero w roku 92 przedłużono ją do dni 90 z rozłożeniem na lat dwa. Na ćwiczenie się więc w gimnastyce wojskowej, jak widzimy, nie ma tak wiele czasu. Każdy przeto nowozacieczny musi je umieć, zanim wstąpi do wojska. Uczniowie średnich zakładów naukowych po ukończeniu szkoły są tak przygotowani do ćwiczeń wojskowych, że nie wiele im już pozostaje do nauki. Oprócz gimnastyki umieją się ślizgać na nartach—skidor (czytaj szidur), jeździć na rowerze, na łyżwach, władać bronią białą, strzelać do celu, jednym słowem umieją wszystko, co wymagane jest od szwedzkiego żołnierza. Oprócz tego dwa razy do roku, na początku lata i jesienia, odbywają uczniowie manewry wojskowe, wychodzą z tornistrami w całym rynsztunku poza miasto, zazwyczaj do lasu, w górę i tam odbywają różne ćwiczenia wojskowe, przyczem dla odznaczających się czy to wytrwałością, czy trafnem strzelaniem do celu są wyznaczone nagrody, scyzoryki, zegarki, lub inne przedmioty służące do codziennego użytku.

Gimnastyka szwedzka posługuje się przy ćwiczeniach przyrządami ale tylko takimi, które odpowiadają warunkom higieny, lub służą do ćwiczeń dających się objaśnić fizyologicznie; niema więc ani poręczy równoległych, ani recku, ani też ćwiczeń takich, jak koziołki, saltomortale, młynki i inne sztuki karkołomne. Jedyne ustępstwo zrobiono na korzyść wołyżowania przydatnego dla przyszłego kawalerzysty i na korzyść łażenia po linach oraz wdrapywania się na drąg z myślą o przyszłych marynarzach. Ćwiczenia te jednak, szczególnie wołyżowanie, winny być usunięte z gimnastyki szkolnej, gdyż ta ostatnia powinna mieć na względzie tylko rozwój ustroju i jego zdrowie, a nie cele utylitarne i jednostronne.

Wszystkie ćwiczenia stosowne w gimnastyce szwedzkiej można podzielić na 3 wielkie grupy: a) ćwiczenia ruchów wolnych—fristaende; b) ćwiczenia z oporem—med motstöd; c) ćwiczenia na przyrządach—pa redskap.

Pierwsze składają się z ruchów głowy, tułowia, kończyn, marszu, biegu oraz różnych składników skoku i pływania. Następne mają na celu wykonanie ruchów z większą pewnością i siłą jako też przyzwyczajanie gimnastykujących się do podawania sobie wzajemnej pomocy. W ostatniej grupie uczą się oni skakać przez linę, konia, „bom”—drąg poziomy (po szwedzku zastawa—drąg do zastawiania przejazdu na kolejach) ustawiony pomiędzy dwoma słupami w ten sposób, że można go dowolnie opuścić lub podnieść do żądanej wysokości, „sodelbam“ (drewniane siodło z wystającymi deseczkami po bokach dla chwytania się rękami), umocowane na „bomie“, włożyć i spuszczać się po pionowo i ukośnie zawieszanej linie, wchodzić po sznurowej drabinie, podciągać się na rękach do stałego punktu oparcia, utrzymywać równowagę na małej podstawie i t. p.

Grupy te dzielą się znowu na 9 kategorii, stanowiących plan zajęć codziennych (dagöfningar) i obejmujących razem ćwiczenie całego ustroju. Gimnastykujący się obowiązany jest przerobić po kilka ćwiczeń z każdej kategorii. Kategorie te są ułożone w ten sposób, że klasyfikacja gimnastyki na szkolną (pedagogiczną), ogólną zdrowotną dla starszych i wojskową jest zbyt uczciwa. Nauczyciel, nie-

naruszając ogólnego planu, może z łatwością wybrać i zastosować takie ćwiczenie z każdej kategorii, jakie w danym razie uważa za potrzebne i pożyteczne, stosować do tego, czy ma do gimnastyki osoby dorosłe, czy też dzieci w wieku szkolnym lub uczniów szkoły marynarskiej.

Kategorie te są następujące.

1) Ben rörelse—ćwiczenia kończyn — mają na celu odciąganie krwi od głowy, co bardzo dodatnio wpływa na uczniów i tych, którzy przez większą część dnia zmuszeni są pracować umysłowo. Ćwiczenia te są bardzo łatwe i proste, nie wymagają ze strony gimnastykującego się wielkiej uwagi, ani zręczności.

2) Spänbøjande rörelse—gimnastykujący się staje prosto z wyciągniętymi do góry rękami i przechyla się wtył, nie zginając się jednak czyli, że się tak wyrażę, nie przełamując w lędźwiach—ciało ma stanowić łuk wygięty ku przodowi—poczem pada rękami na podporę, postawioną z tyłu drabinę, lub wyciągnięte ręce towarzysza i w tej pozycji wykonywa odpowiednie ruchy. Ćwiczenia te należą do tak zwanych korekcyjnych i mają na celu prostowanie kręgosłupa *resp.* górnej części kręgów piersiowych przez skurcz odpowiednich mięśni. Rozszerzają one klatkę piersiową, szczególnie u jej podstawy. W wieku szkolnym (w gimnastyce szkolnej pedagogicznej) należy je stosować umiejętnie i oględnie, aby nie wyrobić lordozy lędźwiowej.

3) Häf rörelse—ćwiczenia z zawieszaniem się na rękach i jednoczesnem podciąganiem całego ciała dla rozszerzenia piersi i wyrobienia siły w odpowiednich mięśniach. Gimnastykujący się powinien chwycić rękami za punkt oporu — drążek dosyć szeroko, aby nie ugniatać piersi ramionami i nie tamować tym sposobem oddechu, przyczem głowę o ile możności odchylić wtył, piersi podać naprzód i podciągnąć się do tego stopnia (jeżeli mu siły na to pozwolą), aby górnym odcinkiem piersi dotknąć oporu. Ciało przyjmuje wtedy opisaną pozycję pod Nr. 2. Kategorie tę możnaby usunąć z gimnastyki szkolnej bez żadnego uszczerbku dla tej ostatniej, gdyż ćwiczenia tu należące są bardzo trudne do wykonania prawidłowo, a jako takie chybiają celu. Gimnastykujący się, nie mając odpowiedniej siły, nie podniesie się tak, jak tego wymagają przepisy, mianowicie chcąc silniej działać mięśniami, przyciągającymi jego ciało do punktu oparcia, będzie się starał ująć rękami tak, aby one stanowiły linie równoległe do siebie; im szerszą przestrzeń obejmie, czyli im dalej odsunie jedną dłoń od drugiej, tem trudniej będzie mu sprostać zadaniu; następnie dla większego jeszcze spotęgowania siły mimowolnie zatrzyma oddech. Wytrawni praktycy błęd ten w gimnastyce szkolnej starają się naprawić w ten sposób, że punkt oporu, zastawę (bom), zawieszają tak nisko, aby gimnastykujący się podczas ćwiczeń mógł sobie dopomagać nogami.

4) Balanc rörelse, czyli ćwiczenia ekwilibrystyczne, albo równoważne, mają na celu wyrobienie umiejętności władania tułowiem na ograniczonej przestrzeni. Gimnastykujący się np. wskazuje na drążek, starając się utrzymać na nim przez pewien czas, przy czem, chcąc utrzymać równowagę, pomaga sobie już to ruchami rąk, już to zginaniem tułowia. wprowadzając w ruch jednocześnie prawie wszystkie mięśnie całego ciała, oraz doznając przy tem pewnego pobudzenia i ekscytacji.

5) Skulderblats rörelse—ćwiczenia wyprostnych mięśni grzbietu okolicy łopatek; należą one również do ćwiczeń korekcyjnych i tem się tylko różnią od Nr. 2. Spänbøjande, że gimnastykujący się niekoniecznie musi wyciągnąć ręce do góry, ale je może np. oprzeć na biodrach, a ciało nadać opisaną pod Nr. 2 pozycję przechyliwszy się jednocześnie, dajmy na to, naprzód; np. gimnastykujący się robi wy-

pad z prawej lub lewej nogi, t. j. wystawia ją naprzód, zginając w kolanie pod kątem prostym, przez co drugą nogę musi odpowiednio wyciągnąć wtył, a całe ciało pochyla naprzód w ten sposób, aby z tylną nogą tworzyło linię pochylą, jednocześnie wyciąga ręce do góry, lub rzuca je na strony, starając się przy tem wygiąć się wtył w górnej części kręgosłupa, przez co piersi znacznie się rozszerzają u wierzchołka i dopiero w tem położeniu robi odpowiednie ruchy. To samo ćwiczenie można robić w położeniu leżącym na brzuchu, opierając się piętami o jakiś przedmiot stały.

6) Buk rörelse—ćwiczenia mięśni brzucha—mają na celu wzmożenie odpowiednich mięśni tłoczni brzusznej, powodują głębszy wdech i wzmacniają robaczkowanie kiszek.

7) Vexelsidigebäl rörelse — ćwiczenia mięśni całego tułowia, zginanie na prawo i nalewo, skręcanie tułowia w najrozmaitszych położeniach, ćwiczy odpowiednie mięśnie i stawy.

8) Spränng—skoki zwyczajne przez linę, lub po oparciu się rękami przez konia, skok wdał, skok na wysokość i t. p., uczą szybkości w wykonywanych ruchach, szybkiego oryentowania się oraz dokładnego określenia ich rozmiarów.

9) Wreszcie Afslutnings rörelse—ćwiczenia końcowe, czyli tak zwane łagodzące — zwykle bardzo łatwe ruchy, najczęściej kończyn górnych, rozszerzające piersi, zmuszające do silnego i głębokiego oddechania, rozprowadzające krew po całym ciele i regulujące krwiobieg.

Program ten zazwyczaj bywa rozszerzany przez dodanie np. marszu, biegu lub dublowanie niektórych kategorii. Lekcja gimnastyki dla uczniów do lat 14 trwa około 40 minut, dla dorosłych do 50.

(C. d. n.).

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= CROFFI zastosował w jednym przypadku zapalenia macicy i pochwy surowicę przeciwbłoniczą i otrzymał zupełne wyleczenie. Po pierwszym zastrzyknięciu 10 cm. sz. surowicy ciepłota wynosząca przez dni dziesięć 40° — $41,3^{\circ}$ obniżyła się do $37,5^{\circ}$, lecz po kilku godzinach podniosła się do $39,0^{\circ}$; następne zastrzykiwania drugiego dnia 30 cm. sz., trzeciego 20 cm., a czwartego 10 cm. spowodowały szybkie zniknięcie nalotu z pochwy i szyi macicznej, spadek ciepłoty, wreszcie zupełne wyzdrowienie. (Semaine méd. Nr. 28. 97).

= FOURNIER stosował eurofen przy różnorodnych chorobach skóry, owrzodzeniach narządów płciowych, oparzeniach i zawsze otrzymywał wynik dobry. (Journ. des mal. cut. et syphil. IV. 97).

= DZIERZGOWSKI zaprzecza stanowczo twierdzeniu MARTIN'ego, jakoby filtrowanie surowicy przeciwbłoniczej (a także toksyn, soku żóładkowego, trzustkowego i wogóle płynów zawierających

ciała białkowe) wpływało ujemnie na jej wartość leczniczą. Błąd w doświadczeniu MARTIN'ego polega prawdopodobnie na użyciu złych świeczek CHAMBERLAND'a, D. bowiem przekonał się, że świeczki różnego pochodzenia są bardzo różnej wartości: świeczki niektórych firm nie przepuszczają nawet wody destylowanej, gdy inne przepuszczają nawet bakterye doskonale. Najlepsze są świeczki wprost z Paryża (marka F) a i one powinny być przed użyciem wypróbowane, gdyż i pomiędzy nimi 25% nie odpowiada wymaganiom. (Centr. f. Bakt. XXI. Nr. 8—9).

= PAPPERT przekonał się, że ropa przy ropieniu t. zw. katgutem bywa często jałowa; ropienie, choć niepożądane, nigdy groźne nie jest. Ponieważ niektóre próbki katgutów pomimo długotrwałego wyjaławiania przy 130° powodowały ropienie po wprowadzeniu pod skórę u zwierząt, sądzi P., że katgut zawiera jakieś związki chemiczne, działające

chemotaktycznie, radzi więc każdą próbę katgutę poddać przed użyciem próbie na zwierzętach. (Deut. med. Woch. 1896. Nr. 18).

= W Anglii wzrasta śmiertelność wskutek raka; gdy w r. 1840 zmarło na raka 2786 ludzi (1:8646 ogólnej liczby ludności i 1:129 przypadków śmierci), to w r. 1894 zapisano 21422 przypadki (1:1403 ogólnej liczby ludności i 1:23 przypadków śmierci). W tymże czasie śmiertelność z gruźlicy stale się obniżała. (Centr. f. Bakt. XXI. Nr. 13—14).

= BOAS spostrzegał 62 przypadki raka narządów trawienia i zwraca uwagę na etylogię ich; w 3 przypadkach chory byli obciążeni dziedzicznie ze strony matki, w 7-iu istniała skłonność rodzinna, w 9-iu należy przypuszczać pochodzenie urazowe raka; okres czasu pomiędzy urazem, a wystąpieniem raka wynosił dwa miesiące w jednym przypadku, dwa i pół w czterech, rok w jednym i cztery lata w trzech przypadkach. Ponieważ, jak wiadomo, rak narządów trawienia, a szczególnie żołądka pozostaje przez czas pewien (rok do kilku lat) w okresie utajonym, B. sądzi, że uraz działa tu pobudzająco na rozmnażanie się komórek nowotworowych, wprowadzając je w stan nader czynny. Rozumie się, że uraz kończyn nie może działać w tak wybitny sposób, jak uraz tułowia; im chory jest młodszy, tem prawdopodobniejsze jest urazowe pochodzenie raka. (Tow. lek. berl. Posiedz. 21. VI. 97).

= DRESSLER spostrzegał ostrą ogólną pryszczycę u osoby obecnej przy opatrywaniu chorego jodoformem. Wysypka znikła zaledwie po czterech tygodniach. (Therap. Mon. V. 97).

= Związek pomiędzy cukrzycą i chorobą BASEDOW'a upatrują w tem, że obie choroby występują jednocześnie lub też u członków jednej rodziny. SCHMEY spostrzegał obecnie podobny przypadek: ojciec i córka chorej na cukrzycę, siostra zaś ojca ma chorobę BASEDOW'a. (Ztschr. f. prakt. Aerzte N. 8. 97).

= Ponieważ trudno jest dostatecznie wyjałowić ręce, a pochwia i sklepienia zawierają niekiedy szkodliwe bakterie, radzi HAHN po zabiegach operacyjnych przy porodzie, szczególnie zaś po ręcznem odklejanu łożyska przemyć macicę roztworem lizolu, następnie zaś wytamponować jałową gazą zmoczoną w 1% roztworze lizolu. Przy takim postępowaniu autor nigdy nie spostrzegał gorączki w okresie połogowym, o ile nie

wystąpiła ona przed porodem. (Dtsch. med. Woch. N. 22. 97).

= Przeciwno *acne* zalecają HEBRA i ULLMANN następującą maść: *bismuthi subnitri.*, *hydrarg. praec. albi*, *ichtyoli aa 2,0 vaselin i 20,0 MDS. ung.* (Ctrbl. f. ges. Ther. V. 97).

= JACOBÆUS spostrzegał w pięciu przypadkach silną żółtaczkę po zastosowaniu laktofeniny w niewielkich dawkach; po usunięciu laktofeniny żółtaczka zniknęła. Uboczne działanie tego środka zauważyli również JAKSCH — silne poty, ROTH — sinicę, KÖBL i RIEDL — żółtaczkę oraz upadek sił. (Therap. Woch. 13. VI. 1897).

= LANCERAUX i PAULESCO przedstawili w Akademii lek. par. chorego z tętniakiem aorty, leczonego podskórnymi zastrzykowaniami żelatyny. Tętniak był początkowo wielkości główki dziecka (wymiar podłużny 12 cm. poprzeczny 12½ cm.), zniszczył chrząstki 2-go, 3-go i 4-go żebra oraz część mostka; skóra nad nim była bardzo cienka, tętnienie nader wyraźne. Autorzy zastrzykiwali dwa dni z rzędu po 50 cm. sz. 1% roztworu wyjałowionej żelatyny w 1% NaCl w okolicy pośladkowej, poczem tętnienie się zmniejszyło i guz stwardniał. Ponieważ guz powrócił wkrótce do pierwotnego stanu, L. zastrzyknął w przeciągu trzech miesięcy 12 dawek żelatyny po 150 cm. sz. Obecnie wielkość tętniaka wynosi 2 cm. w podłużnym i 1 cm. w poprzecznym wymiarze, jest on twardy i nie tętni; chory, który doznawał poprzednio silnych bólów neuralgicznych, czuje się zupełnie dobrze. (Posiedz. 22. VI. 97).

= Na ostatnim kongresie balneologów w Berlinie omawiał KELLER sprawę stosowania zabiegów wodoleczniczych podczas miesiączki. Autor radzi przerywać kąpiele słone na 3—5 dni podczas prawidłowej miesiączki, również kąpiele zimne i mięsienie, natomiast można nie zaniechać przed skończeniem miesiączki okładów ogzewających na brzuch, wstrzykiwań pochwowych i kąpeli nasiadowych. Przy braku miesiączki, późnem występowaniu nieznacznych krwawień, zbyt krótkiem miesiączkowaniu wszelkie zabiegi wodolecznicze są nie tylko dozwolone, lecz nawet wskazane. Przy krwotokach miesiączkowych, spowodowanych przez niedostateczne uwstecznienie macicy po porodzie lub poronieniu są wskazane gorące kąpiele słone, gdy zaś je powoduje błednica — zimne. Przy bólach podczas miesiączki, niezale-

żnych od zmian chorobowych przydatków macicy kąpiele mogą być nieprzerwane, w przeciwnym razie należy ich zaprzestać na cały czas trwania miesiączki. (18 Kongr. balneolog.).

= **BABES** i **NANN** opisują przypadek mięsno-mięsaka jelit cienkich, wyciętego u 30-letniego mężczyzny, chorego od sześciu tygodni na zaparcie, następnie biegunkę i silne bóle w brzuchu. Jestto pierwszy opisany tego rodzaju nowotwór, wyrosły na błonie mięsnowej kiszki. (Berl. klin. Woch. N. 7. 97).

= **PRIDMORE** spostrzegł wPOCHWIEŃCIE jelita ślepego w okolicę wstępującą, które wystąpiło w przebiegu ostrej czerwoni. Chory zmarł po tygodniu przy objawach ropnego zapalenia otrzewny. (Brit. med. Journ. 17. IV. 97).

= **HERGOTT** stosuje kamforę przeciw nadmiernej laktacji. Po użyciu dawki 0,2 trzy razy dziennie skutek wybitny występuje już po trzech dniach. (Gaz. hebdom. N. 18. 97).

= **CARUSO** określił w 1000 przypadkach miejsce przyczepu łożyska i doszedł do wniosku, że najczęściej mieści się ono na przedniej ścianie macicy, rzadziej na tylnej; następnie idą stosownie do częstości przyczepu dno macicy, prawy i lewy bok. Wobec tego radzi autor: 1) niezbyt energicznie i długo wykonywać obrót zewnętrzny, 2) wprowadzać zgłębnik w celu wywoływania

przedwczesnego porodu wzdłuż lewej ściany macicy, 3) przy cięciu cesarskiem cięcie prowadzić wpoprzek dna macicy. (Soc. ital. d. ost. egin. T. III 97).

= **PERLMUTTER** stosował dermatol w w ostrych i przewlekłych nieżytach jelit z bardzo dobrym wynikiem. Działa on szybko, jest zupełnie nieszkodliwy i bywa chętnie spożywany w roztworze wodnym. Dawka wynosi 1—6 gr. *pro die.* Przy dłuższem stosowaniu kał zabarwia się na kolor brunatno-czarny. (Münch. med. Woch. N. 19. 97).

= **DEICHLER** wychodząc z zasady, że włosy zawierają tkanki obfitujące w ciała klejowe, radzi przy złem odżywianiu włosów podawać chorym pokarmy klejowate obok zwykłego dobrego pożywienia. Autor, stosując takie leczenie zauważył, że włosy rosły szybciej, stawały się twardsze i przestały wypadać. Obok tego radzi D. myć często głowę mydłem. (Dtsch. medic. Ztg. 26. VII. 97).

= **CHANTEMESSE**, zastrzykując w 20 przypadkach surowicę leczniczą do odbytnicy, przekonał się, że zostaje ona również dobrze wchłaniana, jak i przy zastrzykiwaniach podskórnych, nie powoduje zaś żadnych przykrych objawów pobocznych. Wstrzyknięcie zwykłą strzykawką następuje po opróżnieniu odbytnicy zapomocą zwykłej ławatywy. (Gaz. des hopit. 24. VI. 97).

Wiomości bieżące.

— Wskutek umieszczonej w Nr. 22 i 23 z r. b. „Gazety Lekarskiej” surowej, jakkolwiek zupełnie sprawiedliwej krytyki pracy d-ra **MISIEWICZA** p. t. „Antrologia” przez kol. **GROSGLIKA**, d-r **MISIEWICZ** pozostał w wielkiej liczbie egzemplarzy swoją „Odpowiedź”. Koledzy **CIECHOMSKI**, **DUNIN**, **KARCZEWSKI**, **KRAJEWSKI**, **SAWICKI** oraz **SKŁODOWSKI** po rozpatrzeniu całego materiału dowodowego pomieścili w Nr. 34 „Gazety Lekarskiej” list otwarty do Redakcyi tejże gazety, w którym znajdujemy następujące ostateczne wnioski: 1) Wszystkie zarzuty, które kol. **GROSGLIK** uczynił „Andrologii” są zupełnie słuszne. 2) Ani jednego z tych

zarzutów d-r **MISIEWICZ** w swej „Odpowiedzi” nie odparł. 3) Zarówno jak w obronie własnej, tak też w krytykowaniu prac kol. **GROSGLIKA** uciekł się d-r **MISIEWICZ** do niedozwolonej metody, polegającej na przeistaczaniu cytat oraz zestawianiu ich w sposób zmieniający zasadniczą myśl autora.

— Zarząd kąpielowy znanych wód siarczanych **Trenczyn - Teplitz** zawiadamia, iż we wrześniu przyjmuje jak corocznie kuracuszów w pensjonacie za trzy guldeny dziennie. Chorzy za powyższą opłatę otrzymują porządną pokój, całkowite utrzymanie i potrzebną ilość kąpiei.

WYDAWCA Dr. L. Guranowski.

REDAKTOR odpowiedzialny Dr. H. Dobrzycki.

Доволено Цензурою. Варшава, 28 Августа 1897 г. Druk K. Kowalewskiego, Warszawa, Mazowiecka 8.