

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 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. Przypadek ciąży zewnątrzmacicznej, wydobyte przez cięcie brzuszne żywego zdolnego do życia płodu. Wyzdrowienie. Podał S. Janczewski. — Guz w mózgu w okolicy bruzdy Roland'a lewej. Padaczka Jacksonowska. Prawostronny bezwład twarzy, ręki i nogi. Trepanacja i wycięcie guza. Wyzdrowienie, przez prof. J. Kosińskiego. (Ciąg dalszy.) — **Streszczenia i wyciągi** 2. W sprawie wyjaśnienia siły antytoksykcyjnej i bakteryobójczej surowicy przeciwbłoniczej. 3. Wskazania ogólne i szczegółowe stosowania środków sercowych. 4. Doświadczenia kliniczne nad przekłóciem łądźwiowym. 5. Prosty sposób otrzymywania moczu u kobiet z każdej nerki oddzielnie. 6. O wartości i technice skrobienia rozpoznawczego macicy. 7. O wydzielaniu drobnoustrojów przez czynny gruczoł mleczny. 8. Leczenie bezsenności u dzieci. — Sprawozdanie roczne z działalności Towarzystwa Lekarskiego gub. Lubelskiej przez ciąg od 1 lipca 1896 r. do do 1 lipca 1897 r. Podał S. Radomyski. — **Drobniejsze wiadomości różnej treści.** — **Wiadomości bieżące.** — **Zmarli.** — **Ogłoszenia.**

„Medycyna“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux médecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) **D-r S. Janczewski**—Un cas de gravidité extrautérine. Extraction par laparotomie d'un fœtus vivant et viable. Sanation. 2) **Prof. J. Kosiński** — Tumeur de l'encéphale dans les environs de la fissure de Rolando gauche. Epilepsie Jacksonienne, paralysie de la face et des extrémités du côté droit. Trépanation et extirpation de la tumeur. Sanation.

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

„Medycyna“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) **D-r S. Janczewski**—Ein Fall von extrauteriner Schwangerschaft. Bauchschnitt: Extraction eines lebenden und lebensfähigen Fœtus. Heilung. 2) **Prof. J. Kosiński** — Eine Gehirngeschwulst in der Gegend der linken Rolando'schen Furche. Jackson'sche Epilepsie; rechtsseitige Lähmung des Gesichts und der Extremitäten. Trepanation. Extirpation der Geschwulst. Heilung.

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

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

Przypadek ciąży zewnątrzmacicznej.

Wydobyte przez cięcie brzuszne żywego, zdolnego do życia płodu.
Wyzdrowienie.

Podał **STEFAN JANCZEWSKI**, asystent oddziału.

Cięcie brzuszne — koeliotomia — stosowane przy ciąży zewnątrzmacicznej w celu wydobywania zdolnego do życia płodu nie należy do zbyt dawnych zabiegów operacyjnych. O ile operacja ta przy płodzie obumarłym, zmacerowanym zyskała sobie prawo obywatelstwa już od roku 1540, o tyle w wyżej wymienionym celu po raz pierwszy została wykonana dopiero w roku 1809. Robert HARRIS z Filadelfii zestawiał z piśmiennictwa całego świata 75 przypadków cięcia brzusznego przy ciąży zewnątrzmacicznej dla wydobywania

plodu zdolnego do życia¹⁾. Z nader ciekawego tego zestawienia przekonywamy się, że pierwsze wyniki rzeczonyj operacyi były bardzo niepomysłne dla operowanych; w większości przypadków, bo w 90% następowała śmierć wskutek krwotoku podczas operacyi, lub posocznicy następczej. Nic dziwnego, że takie wyniki zniechęcały operatorów, ilość więc operowanych przypadków była bardzo nieznaczna i do roku 1887, a więc w ciągu 78 lat, wyniosła tylko 30 z 3-ma zaledwie wyzdrowieniami. Pierwszy wynik pomyślny otrzymał A. MARTIN z Berlina w roku 1881. Z rozwojem anty- i aseptyki, z wprowadzeniem ulepszonych metod postępowania z łożyskiem podczas operacyi takie wyniki zaczęto otrzymywać częściej, a jednocześnie i ilość operacyi tego rodzaju znakomicie wzrosła. Od 1887 do 1897 r. wykonano 45 razy cięcie brzuszne z wydobyciem zewnątrzmacicznego, zdolnego do życia płodu i 32 razy otrzymano wynik dodatni, co stanowi 29% śmiertelności. Podzieliwszy ilość opisanych przypadków chronologicznie na trzy części z odpowiednią każdej części ilością uzdrowień, jeszcze bardziej uwydatnimy postęp pod tym względem: z 25 operowanych pierwszej seryi wyzdrowiały 3 matki, z 25 drugiej 16, z 25 trzeciej 17.

Względnie niewielka dotąd liczba operowanych przypadków ciąży zewnątrzmacicznej z płodem do życia zdolnym upoważnia nas do podania poniższego spostrzeżenia z oddziału szpitalnego d-ra Fr. NEUGEBAUERA, któremu za pozwolenie korzystania z materiału szpitalnego i za wskazówki przy pisaniu niniejszej pracy niech mi wolno będzie wyrazić na tem miejscu serdeczną wdzięczność.

Przypadek ten, o ile nam wiadomo, jest pierwszy w naszym piśmiennictwie.

E. M. przybyła do szpitala 12 września 1897 roku. W dzieciństwie żadnych chorób nie przechodziła. Pierwsza miesiączka zjawiała się w 14-tym roku życia, niebolesna i trwała 7—8 dni. Następne zjawiały się w odstępach 3-tygodniowych i trwały po 6—7 dni. Wogóle miesiączka była zawsze prawidłowa. Chora, od 5 lat zamężna, odbyła dwa porody na czasie, poroniła raz jeden między pierwszym a drugim porodem w trzecim miesiącu ciąży. Ostatni poród chora odbyła przez półtrzecia rokiem. Ciąża, poród i połóg przebiegały zawsze prawidłowo. W dniu 4-ym lutego 1897 roku zjawiała się ostatnia miesiączka, która trwała tylko 3 dni. Dnia 10 lutego zjawilo się silne krwawienie z macicy, trwające z małemi przerwami 6 tygodni. Cały ten czas chora przeleżała w łóżku z powodu nadzwyczaj silnych bólów w dole brzucha i w krzyżu. Przyszedłszy do względnego zdrowia, chora zauważyła stałe powiększanie się objętości brzucha, a w połowie czerwca pierwszy raz poczuła ruchy płodu i od tego czasu uważała się za ciężarną; ruchy te sprawiały jej niewymowne bóle, czyniące ją niezdolną do żadnej pracy. Zasięgała porady u wielu kolegów, zamieszkających w Warszawie, którzy rozpoznawszy trafnie ciążę zewnątrzmaciczną, nie mogąc jednak na razie namówić chorej do poddania się operacyi, stosowali w dużych dawkach ($\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ gm.) morfinę, dopóki nareszcie chora nie zdecydowała się na wstąpienie do naszego oddziału w początkach września 1897 r.

¹⁾ Amer. Journ. of. Obst. etc. 1887 Nov. S. 114. Monatschrift für Geburst. und Gyn. 1897. Z. 2 S. 1. Tłom. z ang. EIERMANN'a.

Przy badaniu znaleziono, co następuje. Chora wzrostu średniego, miernej budowy ciała, blada, w znacznym stopniu wychudzona. Stan bezgorączkowy, ciepłota rano 37,0°, wieczorem 37,2°. Płuca i serce w porządku. Tętno miękkie, średniej pełności, cokolwiek przyspieszone (80—100 uderzeń na minutę). Mocz przezroczysty, bez białka i cukru. Brzuch wzdęty, lecz nierównomiernie, z lewej strony więcej, aniżeli z prawej, odpowiada mniej więcej 8 miesięcowi ciąży. W położeniu stojącym chorej brzuch silnie obwisa (*venter propendens*); nadto spostrzega się rozejście się mięśni prostych brzucha. Wymiary brzucha wynoszą od wyrostka mieczykowatego do pępka 25 cm., od pępka do spojenia łonowego 28 cm., obwód na wysokości pępka 99 cm. Przez bardzo miękkie ściany wyczuwa się dokładnie płód, ukośnie ułożony, zwrócony pośladkami ku lewej jamie biodrowej, grzbietem ku przodowi i ku stronie lewej: po prawej stronie wyczuwa się dobrze części płodu, główka zaś dostępna dla badania nie jest. Uderzające było, że wyczuwalimy płód jakby pod samymi powłokami brzuszными leżący tak wyraźnie, jak to ma miejsce po pęknięciu macicy. Na wysokości pępka słychać wyraźnie tony serca płodu. Badanie wywołuje żywe ruchy płodu i jest bardzo bolesne dla chorej. Wymiary miednicy nie przedstawiają żadnych zboczeń i dla tego pomijamy je, jako nieważne. Pochwa szeroka, o znamiennej dla ciąży sinicy jej ścian; część pochwowa macicy rozpulchniona; macica przy badaniu dwuręcznem trudno wyczuwalna, zdaje się, jest cokolwiek powiększona i zwrócona ku tyłowi i ku prawej stronie; zgłębnik maciczny można wprowadzić w tym kierunku na 11 cm., co potwierdza rozpoznanie położenia macicy. Sutki nabrzmiałe, nadto naokoło brodawek spostrzega się silne zabarwienie, a w obu gruczołach stwierdzić można obecność siary. Radyograficzne i radyoskopowe badanie promieniami ROENTGEN'a, którego łaskawie dokonał d-r M. BRUNER, pozostało bez wyniku pod względem stwierdzenia obecności płodu. Pozostawiając wytłomaczenie tego faktu kompetentniejszemu w tej sprawie pióru, wspomnimy tylko, że na kongresie w Moskwie PINARD i VARNIER w odczycie swoim o badaniu miednic kobiecych przy pomocy promieni X, przyznają, że nigdy nie udało im się otrzymać wyników dodatnich u kobiet w drugiej połowie ciąży.

Na zasadzie wyżej przytoczonych wywiadów i wyników badania chorej nie ulegało żadnej wątpliwości, że mamy do czynienia w danym przypadku z ciążą zewnątrzmaciczną z żywym 8-miesięcznym płodem. Pomimo chęci odłożenia operacji w celu zwiększenia widoków utrzymania dziecka przy życiu, należało do niej przystąpić wobec stanu matki, która wskutek ustawicznych bólów błagała o zwolnienie jej od tych cierpień. Morfina nawet w dużych dawkach nie przynosiła ulgi; widocznie chora, używając jej od trzech miesięcy, stała się mniej wrażliwą na jej działanie.

Do operacji przystąpiono dnia 16 września 1897 r.; operował d-r Fr. NEUGEBAUER. Przed operacją zastrzyknięto chorej pod skórę 2 strzykawki roztworu ergotyny. W uśpieniu chloroformowem, w położeniu TRENDELENBURG'a przeprowadzono cięcie w smudze białej, poczynając od miejsca na 2 cm. powyżej pępka i niedochodząc na 3 cm. do spojenia łonowego. Po przecięciu otrzewny w ranie ukazały się pośladki płodu; płód natychmiast wydobyto i pępowinę przecięto po uprzedniem nałożeniu dwóch kleszczyków PEAN'a. Wnet po przecięciu pępowiny ukazała się w ranie brzusznej środkowa część łożyska wskutek wytworzenia się skrzepu pozałożyskowego. Pierwotkowo miano zamiar w obawie krwotoku pozostawić łożysko w jamie

brzuszej dla samowolnego wydzielenia się; ponieważ jednak zaczęło się ono odklejać podczas operacji, wyjęto je więc w całości przy znacznym krwotoku, który nie bez trudności udało się zatamować w części uciskiem wyjałowionemi w płynie TAVEL'a serwetami, w części zaś obklóciem i podwiązaniem miejsc krwawiących. Miejsce przyczepu łożyska stanowiła tylna powierzchnia pęcherza moczowego i przednia powierzchnia macicy, która była pochylona ku tyłowi i ku stronie prawej. Worka płodowego były zaledwie gdzieś ślady, mianowicie w okolicy łożyska i na przedniej ścianie brzucha, gdzie zlewały się one ze ściennym listkiem otrzewny. Prawe przydatki macicy były bez zmiany; lewych nie można było zbadać dokładnie, pokryte one były bowiem wytworami zapalnymi, sięgającymi aż do zagięcia esowatego. Konieczność prędkiego ukończenia operacji wobec groźnego stanu chorej nie pozwalała na więcej szczegółowe rozpatrzenie się w stosunkach anatomicznych. W celu uniknięcia następczego krwotoku z miejsca przyczepu łożyska założono do jamy worek MIKULICZA, a do worka wprowadzono trzy długie paski gazy wyjałowionej, których końce wyprowadzono przez dolną część rany. Na pozostałą część rany dla skrócenia operacji nałożono wyjątkowo jednopiętrowy szew węzełkowy. Operacja trwała 30 minut. Wydobyty płód płci żeńskiej był żywy, 8-miesięczny. Waga płodu wynosiła 2950 gm., długość 47 cm. Główka płodu prawą swoją połowę przylegała do kręgosłupa matki, czego ślady pozostały w zniekształceniu prawej kości skroniowej, w skrzywieniu nosa na lewo i wydłużeniu główki w wymiarze ukośnym dużym. Wymiary główki wynosiły: obwód ukośny 37 cm, obwód poziomy 31 cm., wymiar międzyskroniowy 7 cm., wymiar międzyciemieniowy 8 cm., wymiar potylicobródkowy 14 cm, wymiar potylicoczółowy 9 1/2 cm. *Pes dexter varus, pes sinister valgus* (zniekształcenie wskutek sposobu ułożenia dolnych kończyn) Ponieważ pomimo poszukiwań przed operacją nie znaleziono w Warszawie wylegacza (*couveuse*), dziecko po uprzednim wykąpaniu obłożono watą, butelkami z gorącą wodą i ułożono w poduszce. Dziecko po 9-iu godzinach zmarło, a oględziny pośmiertne zwłok wykazały niedodmę (*atelectasis*) płuc, poza tem nic nieprawidłowego. Pępowina długości 32 cm., a więc krótka, w przebiegu swoim tworzyła dwa zgrubienia, węzły fałszywe; przyczep pępowiny miał miejsce w części do brzegu łożyska, w części do resztek błon płodowych. Łożysko wagi 475 gm. składało się z trzech złączonych ze sobą zrazów, z których tylko środkowy był przyklejony, dolna zaś powierzchnia bocznych była wolna i dotknięta stłuszczeniem. Wymiary łożyska: długość 22 cm., szerokość zrazów 10 cm., 12 cm. i 7 cm., grubość 3 cm., obwód 56 cm.

Przebieg pooperacyjny był względnie bardzo pomyślny. W dniu operacji wieczorem ciepłota 36,7°, tętno 90. 17. IX. wyjęto jeden pasek gazy z worka; ciepłota rano 36,8°, wieczorem 37,4°. 19. IX. po kalomelu i oleju rącznikowym nastąpiły obfite wypróżnienia; ciepłota rano 38°, wieczorem 38,4°. 20. IX. wyjęto cały worek; ciepłota rano 38,2°, wieczorem 38,8°. Od 20. IX. do 24. IX. ciepłota rano 38,2°, wieczorem 38,6°; wydzielina rany nadzwyczaj cuchnąca. 24. IX. zdjęto szwy z rany brzusznej; rychłozrost na całej przestrzeni; wprowadzono do zatoki ropiejącej sącdek gumowy i zaczęto robić przepłókiwania naprzemian roztworem *kalii hypermanganici*, *aluminii acetici*, później sublimatem.

Poczawszy od tego dnia następuje spadek ciepłoty do stanu prawidłowego, wydzielina rany przyjmuje mniej przykry zapach, rana zaczyna pokrywać się ziarniną. 1. X. pierwsza kąpiel; chora wstaje z łóżka. 17. X. dreszcz, podwyższenie ciepłoty do $39,5^{\circ}$ wieczorem; toż samo 18. X. i 19. X. 20. X. rozszerzono niewielką pozostałą już przetokę w dolnym końcu blizny, przyczem wypłynęło dwie łyżki ropy cuchnącej. Następných dni ciepłota sięgała wieczorem do $38,5^{\circ}$, nakoniec 26. X. spadła do stanu prawidłowego i do końca pobytu chorej w szpitalu nie podnosiła się więcej. 10. XI. chora została wypisana z małą niezagojoną jeszcze przetoką.

Na zasadzie powyżej przytoczonej historyi choroby przychodzimy do wniosku, że mieliśmy do czynienia z ciążą zewnątrzmaciczną brzuszną. Zachodzi obecnie pytanie, była li to ciąża brzuszna pierwotna, czy wtórna. By na pytanie to odpowiedzieć, należy rozstrzygnąć sprawę, czy możliwa jest wogóle ciąża brzuszna pierwotna. Nie wdając się w tę nader zawiłą i dotychczas jeszcze stanowczo nie rozstrzygniętą sprawę, przytoczymy tutaj tylko ostatnie na nią poglądy. WEBSTER²⁾ nie uznaje pierwotnej ciąży brzusznej. Punktem wyjścia w tej sprawie służy mu jego pogląd na powstawanie ciąży zewnątrzmacicznej wogóle. Odrzuca on, do niedawna powszechnie przyjmowane jako takie, przyczyny ciąży zewnątrzmacicznej: 1) mechaniczne przeszkody podczas posuwania się jaja ku macicy; 2) osłabione ruchy robaczkowe jajowodu i 3) osłabienie lub zniesienie czynności nabłonka migawkowego błony śluzowej jajowodu, a przypisuje im tylko podrzędne działanie. Ciąża zewnątrzmaciczna według WEBSTER'a jestto zjawisko atawistyczne. Jajo może rozwijać się tylko w tkance, która zdolna jest do odczynu genetycznego, do tworzenia doczesny. W warunkach prawidłowych tkanką taką jest błona śluzowa macicy; niekiedy jednakże, jak to zwykle dzieje się u niższych zwierząt, w jajowodzie również rozwija się doczesna i w ten sposób tworzy się warunek konieczny dla rozwoju zapłodnionego jaja. Poglądy te na powstawanie ciąży jajowodowej w ostatnich czasach zresztą spotykają gorących przeciwników, jak DÜHRSEN³⁾ i STRASSMANN⁴⁾). Wychodząc z tego punktu widzenia, WEBSTER twierdzi, że, ponieważ, o ile wiadomo, tkanka otrzewny nie jest zdolna do tworzenia doczesny, przynajmniej dotychczas nikt tego nie spostrzegł, zatem pierwotna ciąża brzuszna jest niemożliwa. BLAND SUTTON, LAWSON TAIT, BERRY HART w ostatnich swoich pracach równie nie uznają pierwotnej ciąży brzusznej, jednakże zarzutu dostatecznie uzasadnionego przeciw temu nie dostarczają. Dla powstania ciąży zewnątrzmacicznej konieczny według nich jest zapalny stan błony śluzowej jajowodu i złuszczenie nabłonka, a więc stosownie do tego poglądu niejasne jest, dlaczego zapłodnione jajo nie może usadzić i rozwijać się na błonie otrzewny, obnażonej wskutek sprawy chorobowej z warstwy komórek śródbłonka?

Wracając do naszego przypadku, sprawę, czy mieliśmy do czynienia z ciążą brzuszną pierwotną, czy wtórą, musimy zostawić nierozstrzygniętą. Prędzej skłonni jesteśmy postawić to ostatnie przypuszczenie, a to na zasadzie: 1) że większość autorów sceptycznie zapatruje się na możliwość istnienia pierwotnej ciąży brzusznej, 2) że w historyi choroby naszej chorej mamy pewne

2) „Die ektopische Schwangerschaft“ tłom. z ang. A. EIERMANN'a. Berlin, 1896 r.

3) Archiv für Gynaekologie, T. LIV. 1897, str. 272.

4) Berl. klin. Woch. 1897 Nr. 36; ref. w Medycynie 1897. Nr. 43.

dane (jako to silne krwawienie z macicy i ciężki stan chorej w pierwszym miesiącu ciąży, obecność zmian zapalnych około lewych przydatków macicy), które prędszej przemawiałyby za ciążą brzuszną wtórną. Za miejsce pochodzenia ciąży przyjmujemy lewą trąbkę. Czy jednak nastąpiło wczesne jej pęknięcie, czy też jajo zapłodnione osunęło się z ujścia trąbki do jamy brzusznej, sądować się ostatecznie na tylnej ścianie pęcherza, tego rozstrzygnąć nie można. Na zarzuty, że sprawę pochodzenia ciąży w naszym przypadku stawiamy tak niejasno, odpowiemy, że główną przyczyną tego była niemożność dokładnego zbadania narządów płciowych chorej, wobec, jak wyżej wspomniano, wskazania do jaknajprędszego ukończenia operacji. Nieobecność worka płodowego w naszym przypadku objaśniamy wczesnem jego pęknięciem i następczym zanikiem. Zjawisko to nie należy do zbyt częstych; podobny przypadek, lecz przy płodzie zmacerowanym, 10-miesięcznym, opisał HOUSEL⁵⁾ (Boulogne). Jeżeli rozpoznaliśmy ciążę zewnątrzmaciczną z żywym dzieckiem, która dosięgła już 30—32 tygodnia rozwoju, to traci w tym przypadku swoje znaczenie znane orzeczenie WERTH'a, że ciążę zewnątrzmaciczną należy uważać za guz złośliwy i natychmiast operować. Jeżeli niema naturalnie przeciwwskazania ze strony matki, powinniśmy z operacją w takim przypadku czekać do końca ciąży w celu zwiększenia widoków życia dziecka. Niestusne jest mniemanie, jakoby dzieci, które w ten sposób przysły na świat, zawsze w parę godzin lub najwyżej parę dni umierały. Prawda, w większości przypadków dzieci odznaczają się budową wątłą, niedorozwojem pewnych narządów, niemiarowością czaszki, twarzy, zniekształceniem stóp, jak to było i w naszym przypadku, a to wskutek ucisku czaszki przez kręgosłup i kości miednicy z powodu małej obfitości lub zupełnego braku wód płodowych, niedostatecznego rozwoju łożyska i t. d., jednakże pomimo to niektóre z nich przy odpowiedniej pieczy mogą dosięgnąć późniejszego wieku. Tak w przypadku TRAUB'a⁶⁾ (z Lejdy) chłopiec wydobyty przy pomocy cięcia brzuszego w 1887 r. żyje obecnie, chodzi do szkół i cieszy się wybornem zdrowiem; podobnież w przypadku REIN'a⁷⁾ (z Kijowa), operowanym w roku 1890. Śmierć dziecka w naszym przypadku należy przypisać nie tylko znalezieniu w czasie badania pośmiertnego niedodmy płuc, lecz także stosowaniu u matki *larga manu* morfiny w ostatnich miesiącach choroby, co napewno nie było bez wpływu na dziecko. Podobny powód śmierci dziecka przytacza AYERS⁸⁾ (New York) w swoim przypadku (matka morfinistka).

Zwykle obecność płodu zewnątrzmacicznego ujemnie wpływa na stan zdrowia matki, niekiedy jednakże płód rozwija się do końca 9-go miesiąca, nie wywołując najmniejszych zaburzeń; następują fałszywe bóle porodowe, płód obumiera i dopiero długo przeciągające się zatrzymanie płodu w ustroju matki naprowadza nas na myśl, że znajduje się on zewnątrz macicy. W niektórych przypadkach płód zewnątrzmaciczny żyje i rozwija się dłużej niż 9 miesięcy, co objaśniają tem, że nie jest on narażony na skurcze macicy. Miejsce przyczepu łożyska u naszej chorej znajdowało się w zagłębieniu pęcherzowo-macicznem; z innych najczęściej zdarzających się miejsc przyczepu

⁵⁾ Repertoire universel d'obstétrique et de gynécologie 1884 str. 116.

⁶⁾ Zeitschrift f. Gebh. und Gyn. T. XV. 1888 s. 384.

⁷⁾ Centbl. f. Gyn. 1892 XVI s. 964.

⁸⁾ Medical News. 1897. s. 492.

łożyska przy ciąży brzusznej możemy wymienić: wewnętrzną powierzchnię ściany brzusznej, jamę DOUGLAS'a, jamę biodrową, przednią powierzchnię kręgow łędźwiowych, przednią powierzchnię nerki, sieci, kreskę, kiskę grubą, kiskki cienkie, żołądek, macicę. Kształt, wielkość, charakter łożyska zależne są od jego umiejscowienia i zmieniają się w szerokich ramach. Możliwa nawet jest zupełna nicobecność łożyska, przyczem naczynia sznurka pępkowego bezpośrednio łączy się z naczyniami matki; podobny przypadek spostrzegaliśmy przy badaniu pośmiertnem WILLIAM TRUMBULLD⁹⁾. Rozumie się samo przez się, że takie ukształtowanie warunków jest bardzo pomyślne i dla chorej i dla operatora.

Bardzo ważna sprawa postępowania co do łożyska przy ciąży brzusznej bywa rozstrzygana w sposób trojaki: albo wyjmujemy łożysko, jak przy porodzie prawidłowym, narażając się na silny krwotok z możliwą śmiercią *sub operatione*, albo możemy zostawić łożysko w zaszytej jamie brzusznej (wtórne krwotoki! ORILLARD, Thèse de Paris 1894), albo nakoniec zostawiamy łożysko, tamponujemy jamę brzuszną i stosujemy przepłókiwania przeciwnilne i opatrunki. Zresztą zawsze trzeba się stosować do indywidualnych właściwości danego przypadku; np. niekiedy wobec silnego krwotoku z miejsca przycepienia na powierzchni macicy trzeba dokonać wycięcia macicy.

Na zakończenie dodaję, że na 26 przypadków ciąży zewnątrzmacicznej, operowanych w naszym oddziale w przeciągu 4 lat (14 razy koeliotomia brzuszna, 12 razy koeliotomia pochwowa) z jedną śmiercią, pod koniec roku 1897 w przeciągu niespełna 3-ch miesięcy mieliśmy do czynienia aż 3 razy z ciążą zewnątrzmaciczną z płodem zupełnie lub prawie zupełnie donoszonym.

Guz mózgu w okolicy bruzdy Roland'a lewej.

Padaczka Jacksonowska. Prawostronny bezwład twarzy, ręki i nogi.

Trepanacja i wycięcie guza. Wyzdrowienie.

przez prof. J. KOSIŃSKIEGO.

(Ciąg dalszy.—Zob. Nr. 1).

Ustaliwszy zatem nasze prawdopodobne rozpoznanie co do nowotworu mózgowia, jak również umiejscowiwszy go w części dolnej lewego zwoju ośrodkowego przedniego, wypadło nam zastanowić się nad tem, z jakim nowotworem mamy do czynienia. Natura nowotworu, rozumie się, mogła być orzeczona tylko z wielką wątpliwością. Jednakże rozpoznanie, objawy i przebieg choroby K., kliniczne spostrzeżenia, a szczególnie kazuistyka przypadków guzów mózgowia dawały nam znaczne oparcie dla różniczkowego rozpoznania charakteru nowotworu.

⁹⁾ Memoirs of the Medical Society of London. Voi. III. Artikel XIII. p. 175.

Przedewszystkiem zdawało mi się zupełnie uzasadnione wyłączyć z pomiędzy przypuszczalnych guzów ropień otorbiony a to ze względów następujących: 1) długotrwałości (18 miesięcy) sprawy chorobowej, 2) braku najzupełniejszego wahań gorączkowych w ciągu całego przebiegu choroby, 3) braku jakiegokolwiek bądź pierwotnego źródła ropienia, które mogłoby objaśnić powstanie ropnia w środkowym polu mózgu, jak również braku danych wywiadowczych usprawiedliwiających przypuszczenie ropnia. Wprawdzie w opisie historyi chorego znajdujemy wypadki zaszele w dziecinnych latach mogące nasunąć przypuszczenie, że przyczynę ropienia do owej epoki odnieść można, K. bowiem, jak w historyi jego zaznaczono, dwa razy uległ obrażeniu głowy, raz mając 8 lat wieku, drugi raz 13 cie. Lecz oba te obrażenia ani na razie, ani w ciągu kilkunastu lat upłynionych pomiędzy owymi obrażeniami a początkiem choroby nigdy żadnych cierpień ani objawów chorobowych niepowodowały. Sam chory zupełnie o nich zapomniał, a dopiero naszym badaniem i szczegółowemi rozpytywaniami odświeżyliśmy w jego pamięci owe lekkie, powierzchowne i, jak się zdaje, nic nieznaczące urazy.

Wobec więc przeważających danych ujemnych nad dodatnimi przemawiającemi za możliwością ropnia wyłączenie jego zdawało się nam zupełnie usprawiedliwione.

Z wielkiem także prawdopodobieństwem można było wyłączyć przymiot i gruźlicę. Pominąwszy twierdzenie chorego w sposób najbardziej stanowczy, że nigdy nie był zarażony przymiotem, najściślej w tym kierunku badanie nie doprowadziło nas do najmniejszego podejrzenia o istnieniem kiedykolwiek bądź w ustroju K. przymiocie. Ani na skórze, ani na błonach śluzowych, ani w układzie naczyń chłonnych, kostnym i t. p., nigdzie śladów przebytego przymiotu nie było. Ożenił się, mając lat 24; żona zdrowa, dziecko czerstwe i zdrowe. Na zasadzie tych danych nie można było podejrzewać, aby guz w mózgu był pochodzenia przymiotowego. Wreszcie w ciągu długiej choroby swojej chory był poddawany długotrwałemu leczeniu jodkiem potasu. Leczenie trwało parę miesięcy, lecz żadnego nie wywarło skutku, owszem choroba postępowała i wyrażała się coraz większem natężeniem. Gdyby guz był miękkakiem przymiotowym, mielibyśmy prawdopodobnie choć częściową poprawę i złagodzenie objawów.

Co do gruźlicy, to wypada to samo powiedzieć; dziedziczności żadnej nie dało się w wywiadach wykryć, również żadnych śladów gruźlicy w narządach i ustroju chorego, śladów bądź przebytej choroby, bądź obecnej nie mogliśmy znaleźć. Wreszcie rozpatrując się w literaturze odnośnej, przekonujemy się, że jakkolwiek guzy natury gruźliczej należą stanowczo do najczęstszych guzów mózgu i w każdym przypadku, gdzie guz mózgu rozpoznajemy, wypada uwzględnić możliwość natury gruźliczej onego, wszelako wiadome jest, że twory gruźlicze w mózgu rzadko bywają pojedyncze, a stąd i objawy przy guzach gruźliczych nie są tak proste, czyste i stałe, pozwalające umiejscawiać zmiany chorobowe w jednym ograniczonym miejscu, lecz bardziej powikłane, z czego łatwiej wyprowadzić wniosek o zmianach powstałych w paru lub kilku rozmaitych częściach mózgu, nie zaś w jednej ograniczonej okolicy jego. Trudność więc ściśłego umiejscowienia guza będzie cechą właściwszą dla guzów gruźliczych, niż dla guzów innej natury, a dla chirurga stanowi to zarazem wskazówkę wielkiego znaczenia, gdyż orzeczenie nieo-

żliwości leczenia operacyjnego tylko przy pojedynczych guzach jest właściwe i racjonalne.

Podług ALLEN STARR'a objawy właściwe guzom gruzliczym mózgu t. j. owe złożone objawy, nie pozwalające na umiejscowienie guza w pewnej ograniczonej okolicy mózgu, są także w pewnej mierze właściwe i dla pasorzytniczych torbieli mózgu: *cysticercus* i *echinococcus*. Torbiele te niezaprzeczenie mogą być pojedyncze i wtenczas objawy nie będą się niczem różniły od objawów właściwych innym guzom pojedynczym. W naszym więc przypadku nie mogliśmy u K. wyłączyć możliwości torbieli pasorzytniczej. Natomiast stanowczo orzec mogliśmy w rozpoznawaniu natury guza to, że nie mamy do czynienia z torbielą powstałą wskutek rozmiękczenia i wylewu ograniczonego krwi, gdyż torbiel tego rodzaju byłaby poprzedzona przez wyraźne objawy, o których w rozpoznaniu i historii choroby K. wzmianki nie znajdujemy.

Co do natury rakowatej guza, to wiadomo że rak w mózgu pierwotny jest rzadkością wielką; częściej spotykano raki wtórne przy istniejącym w ustroju raku w innej okolicy lub innych narządach. U K nic podobnego nie było; ani on sam podejrzenia raka nie budził, ani z wywiadów żadnego podejrzenia dziedziczności nabyć nie mogliśmy. Bardzo więc słabe tylko mogliśmy mieć podejrzenie, by guz u naszego chorego mógł być natury rakowatej. Więcej uzasadnione było raczej przypuszczenie, że nowotwór nie jest rakiem.

A zatem wyłączwszy z większem lub mniejszem prawdopodobieństwem ropień, przymiot, gruzlicę, torbiel i rak, pozostało nam odnieść nowotwór w mózgu K. do kategorii glejaka lub mięsaka, jako jedynych prawie pozostałych gatunków nowotworów spostrzeganych w mózgu. Nie idzie za tem, abyśmy mieli prawo nasze rozpoznanie w sposób stanowczy za pewne uważać. Rozpoznawanie guzów mózgu zawsze będzie tylko prawdopodobne, a zatem nie bylibyśmy żdziwieni, gdyby zamiast mniemanego glejaka lub mięsaka przyszło nam podczas operacji spotkać się z rakiem lub torbielą albo nawet gruzlicą.

Wskutek powyższych rozważań zatrzymaliśmy się przy rozpoznaniu u naszego chorego na glejaku lub mięsaku, lub wreszcie na glejomięsaku. Czy mogliśmy iść dalej i starać się z różniczkować rozpoznanie nasze jeszcze pomiędzy glejakiem i mięsakiem, aby wykazać, której z tych dwóch kategorii oddać choćby prawdopodobne pierwszeństwo? D-r ALLEN STARR daje nam ku temu wskazówki i przyznać trzeba, że wskazówki te, chociaż nie oparte na spostrzeżeniach klinicznych, są wyrozumowane nader racjonalnie. Przytoczę słowa autora:

„Rozwój glejaka i mięsaka może być jednakowo powolny. Oba guzy mogą dawać bardzo wybitne objawy, albo nie dawać żadnych. Niczem także nie różnią się one co do wyboru miejsca swojego rozwoju. BRAMWELL jest zdania że glejaki, wychodzą z istoty białej i następnie przenikają do istoty szarej. ZIEGLER utrzymuje odwrotnie, a przypadki przytoczone (przez STARR'a) przemawiają na korzyść zdania patologa niemieckiego. Ze spornej patologicznej sprawy nie daje się jednak żadnych następstw wyprowadzić dla rozpoznania. Początkowe miejsce rozwoju guza nic zgoła nie wyjaśnia, czy mamy do czynienia z mięsakiem, czy z glejakiem. Oba powstają jednakowo często wskutek obrażenia głowy przez uderzenie lub spadnięcie z wysokości.

Jedyny fakt czyni możliwem ułatwienie rozpoznania różniczkowego, a faktem tym jest to, że glejak zwykle jest bogaty w naczynia krwionośne, daleko bogatszy, niż wszelkie inne nowotwory mózgu. Guz bardzo unaczyniony jest zarazem zmienny w swojej wielkości, jest poniekąd erektylny. Zmiana wielkości guza umieszczonego w mózgu sama przez się nie mogłaby mieć miejsca, chwila więc, w której erekcja takiego guza powstaje, będzie chwilą i zwiększonego ciśnienia wewnątrzczaszkowego. Wahania w ciśnieniu wyrażają się podmiotowo w zmiennem napięciu objawów, które można zmodyfikować środkami działającymi na ciśnienie krwi, a przedmiotowo przez stopień przekrwienia żylnego w siatkówce.

Rozpoznanie nabierze jeszcze większego prawdopodobieństwa, jeżeli w ciągu choroby wydarzyły się wylewy krwi udarowe, powodujące nagle pogorszenie objawów, bezwłady i t. p. Z tem wszystkiem zdarzają się przypadki, że glejak bywa zupełnie twardy i otorbiony, a powyższe objawy wcale nie będą miały racji bytu“.

Wskazówki powyższe mogące ułatwić rozpoznanie mięsaka od glejaka mają niezaprzeczenie podstawę racjonalną. Że jednak glejaki, jak sam autor przyznaje, często są twarde, a prócz tego często się spotykają nowotwory mieszane w mózgu—*gliosarcoma*, w których już żadnym sposobem nie da się rozpoznać stopnia unaczynienia i erektylności guza w tej mierze, ażeby można było uczynić rozpoznanie chociażby z najobszerniejszem zastrzeżeniem, stąd przyjąć wypada, że teoria powyższa małe tylko zastosowanie w praktyce znaleźć może. Stosując ją jednak do naszego przypadku, wypadało uważać guz K. za guz natury mięsakowatej, jak też w istocie, zaraz zobaczymy, było.

Przypuszczalne rozpoznanie choroby.

Zestawiając powyżej podany opis naszego badania, spostrzeżeń i rozumowania, zdanie, jakie wyrobiliśmy sobie o chorobie K., było następujące. Guz w lewej półkuli mózgowia w okolicy centralnej, w bliskości bruzdy ROLAND'a, w dolnej a może i średniej części tej okolicy, umiejscowiony w istocie korowej, guz prawdopodobnie pojedynczy, budowy dość twardej (mięsak, glejak a może i torbiel), rozmiarów dość znacznych.

Rozpoznanie choroby K. czyniło ułatwionem rozstrzygnięcie zadania leczniczego. Mowa tylko być mogła o leczeniu chirurgicznym, o możliwości lub niemożliwości zabiegu operacyjnego. O żadnem innem leczeniu (nie chirurgicznym), rozumie się samo przez się, nie można było w tym przypadku myśleć poważnie; nawet do chwilowej ulgi i przedłużenia życia choćby na czas krótki nie mogliśmy się przyczynić środkami lekarskimi.

Wypada tu jednak zauważyć, że, mówiąc wogóle, wobec prawdopodobnego rozpoznania guza w mózgu najważniejszym zadaniem do rozstrzygnięcia dla chirurga jest: czy można dany guz operować, czy nie? Nie wszystkie guzy w mózgu są dostępne dla ręki chirurga. Guzy leżące na podstawie mózgowia, jakiegokolwiek będą natury, nie mogą być operowane z powodu braku dostępu do nich. Guzy znajdujące się w tak zwanej osi mózgu leżą głęboko i chyba tylko w bardzo wyjątkowych razach mogłyby być operowane. Operowane natomiast być mogą z pomyślnem zejściem guzy wyrastające w istocie szarej, korowej, rozpostartej na wypukłych powierzchniach mózgu i mózdzku. A zatem widoczne jest, że najważniejszym zadaniem chirurga jest rozpoznanie miejsca, w którym się

guz znajduje. Natura guza, budowa jego, charakter złośliwy lub niezłośliwy mniej ważny stanowią szkopał. Ze strony klinicznej rozważając, są dla mózgu złośliwe wszystkie guzy, tak samo jak i ciała obce. We wskazaniu lub przeciwwskazaniu do operacji nie powinna, zdaniem mojem, odgrywać ważnej roli sprawa czy guz jest miękki czy twardy, czy otorbiony, lub czy leży w istocie mózgowia nie oddzielony od niej żadną błoną, żadną ścianą, czy wreszcie należy do kategorii tak zwanych guzów złośliwych lub niezłośliwych. Jeżeli tylko ściśle i dłuższe spostrzeganie kliniczne, przebieg i porządek objawów chorobowych pozwala wywnioskować z pewnością, że mamy do czynienia z nowotworem lub inną jaką umiejscowioną sprawą chorobową, jak na przykład wytworem zapalenia miejscowego lub wylewu krwi i że na drodze terapeutycznej sprawa nie da się usunąć, a miejsce dotknięte w mózgu jest dla operacji dostępne, natenczas operacja powinna być przedsięwzięta. Równie jest ważne wczesne i pewne rozpoznanie, czy guz jest pojedynczy, gdyż istnienie kilku oddzielnych guzów w rozmaitych miejscach mózgu będących już przeciwwskazanie do operacji stanowi.

Co się operacji tyczy, to zdawało nam się, iż wskazanie do rękoczynu chirurgicznego jest uzasadnione a warunki dla wykonania operacji sprzyjające. Guz znajdował się w miejscu dla ręki chirurga dostępnem i o wyjęciu jego z pomyślnymi widokami dla chorego można było myśleć zupełnie poważnie. Chirurgia mózgowa odnosząca się do wycięcia guzów, tak dziś jeszcze młoda, bo dziesiątek zaledwie lat liczy, najdumniejsza jest właśnie z przypadków podobnych do naszego, gdyż najlepsze wyniki, jakie dotąd przez operacye osiągnięte zostały, były te, gdzie guz był umiejscowiony w miejscu do-
mniemanem u K.

Chory tak dobrze znał stan swój, że jedyną tylko nadzieję pokładał w operacji i prosił o nią, tak jak żona jego, jakkolwiek dostatecznie była ona powiadomiona, jak poważna jest operacja i jak wątpliwe może być jej zejście. D-r AW TOKRATOW, leczący dłuższy czas chorego jak i konsultujący w tym przypadku prof. SZCZERBAK stanowczo przyszli byli do przekonania, że oprócz operacji w leczeniu K. nic już więcej nie da się zrobić. Co do mnie, to zaraz po pierwszym widzeniu chorego w jego mieszkaniu i po poznaniu bliższem wywiadów i przebiegu choroby byłem zdania, że operacja jest nieunikniona i od operacji można jedynie oczekiwać pomyślnego wyniku. Zaraz też radziłem, aby zaproponować choremu przeniesienie do kliniki, gdzie wykonanie operacji będzie ułatwione, a leczenie pooperacyjne odpowiednie mieć będzie warunki. Kilkodniowy pobyt K. w klinice stanowczo w tem przekonaniu mnie utwierdził.

(C. d. n.).

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

2. H. von de VELDE. **W sprawie wyjaśnienia siły antytoksycznej i bakteriobójczej surowicy przeciwbłoniczej.** Badania ostatnich lat dowiodły, że w surowicach leczniczych należy rozróżniać dwie zupełnie rozmaite własności: 1) antytoksyczną, zapomocą której surowice zobojetniają sam jad bakterji (toksyny) i 2) bakteri-

bójczą, wskutek której niszczą drobnoustroje. Stosownie do sposobu przygotowania można otrzymać surowicę zawierającą jedną tylko z tych własności lub jednocześnie obie.

Przy dawkowaniu surowicy przeciwbłoniczej zwracamy za mało uwagi na własności bakteryobójcze, stosując się jedynie do jej siły antytoksycznej. Choć siła ta gra pewną rolę w leczeniu błonicy, główne jednak działanie surowicy zależy od siły bakteryobójczej.

Takie zapatrywanie skłoniło autora do przedsięwzięcia całego szeregu badań, które podzielił na 3 części.

W pierwszej części dla rozwiązania pytania, czy można otrzymać surowicę przeciwbłoniczą, któraby zawierała obie te własności, lub jedną tylko z nich, autor w następujący sposób uodparniał 5 kóz.

Koza Nr. 1 dostawała silne toksyny błonice, otrzymywane przez filtrowanie 8-dniowych hodowli bakterii błonicy; jako środek odkażający do toksyn i wogóle do innych płynów używany był tymol.

Koza Nr. 2 otrzymywała bakterie błonicy, które wytwarzały toksyny dla kozy Nr. 1; mianowicie bakterie przemywane były na filtrze fizyologicznym roztworem soli kuchennej, przenoszone do takiej ilości tegoż roztworu, by odpowiadała ona ilości bulionu, z którego otrzymane były bakterie, wreszcie zabite tymolem.

Koza Nr. 3 otrzymywała całkowite hodowle t. j. toksyny i bakterie błonicy zabite tymolem.

Koza Nr. 4 dostawała słabe toksyny otrzymywane przez filtrowanie hodowli bakterii błonicy w bulionie z cielęciny, a nie z mięsa woła wego; cielęcina zawiera glikogen i pod wpływem rozwoju bakterii błonicznych odczyn bulionu staje się kwaśnym, co przeszkadza wytwarzaniu się silnych toksyn.

Koza Nr. 5 otrzymywała mocne toksyny, osłabione przez ogrzewanie 100°C w ciągu jednej godziny.

Uodparnianie kóz trwało 190 dni; z początku robiono zastrzykiwania bardzo małych ilości wyżej opisanych płynów, stopniowo je powiększano i wreszcie pod koniec uodparniania doszły one do 160 cm. na jedną dawkę. Pierwsze 4 kozy otrzymały jednakową ilość odpowiednich płynów, tylko piąta koza, która na takie dawki nie reagowała, otrzymała w ostatnim tygodniu 5 razy większe dawki, niż inne kozy. Po 190 dniach zrobiono kozom upust krwi i określono siłę surowicy.

Dla określenia siły przeciwtoksycznej stosowana była metoda Roux'a z tą tylko różnicą, że autor brał nie jednokrotną śmiertelną dawkę toksyn, lecz trzykrotną.

Dla określenia bakteryobójczej siły surowicy używał autor żywych hodowli bakterii błonicy na agarze z cukrem.

Jednodniowa hodowla skłócana była z 10 cm. sz. fizyologicznego roztworu soli kuchennej; 0,5 cm. sz. takiej mleczańki przyjęto po wielokrotnych badaniach jako dawkę śmiertelną na kilo wagi zwierzęcia. Dla łatwiejszego porównania przeciwtoksycznego i bakteryobójczego działania surowicy używano trzykrotnej śmiertelnej dawki takiej mleczańki. Morskim świnkom najprzód zastrzykiwano pod skórę surowicę na jednym boku a po 12 godz.nach na drugim boku toksyny lub bakterie. Wyniki, jakie otrzymał autor, są następujące:

Koza Nr. 1, która otrzymywała mocne toksyny bez bakterii, dała surowicę o znacznej sile antytoksycznej i bakteryobójczej.

Koza Nr. 2, która otrzymywała same bakterie błonicy, dała surowicę o znacznej sile bakteryobójczej, lecz bez własności antytoksycznej, przynajmniej w tych dawkach, jakie używał autor.

Koza Nr. 3, uodparniana całkowitemi hodowlami bakterii błonicy dała, jak i koza Nr. 1, surowicę o znacznej sile antytoksycznej i bakterjobójczej.

Surowica kozy Nr. 4, uodparnianej słabemi toksynami, odznaczała się wybitną siłą bakterjobójczą, lecz znacznie słabszą siłą antytoksyczną.

Wreszcie surowica kozy Nr. 5, która otrzymywała toksyny ogrzewane, nie miała ani bakterjobójczej, ani antytoksycznej własności.

Doświadczenia autora wykazują, na co już zwracali uwagę inni badacze, że w surowicy przeciwbłoniczej należy rozróżniać dwie siły: bakterjobójczą i antytoksyczną; że jeżeli chcemy otrzymać surowicę z obydwoma własnościami w wysokim stopniu, należy używać do uodparniania całkowitych hodowli lub przynajmniej mocnych toksyn. Słabe toksyny albo same bakterie wytwarzają w surowicy tylko własność bakterjobójczą. Autor przypuszcza, że substancje wytwarzające własności bakterjobójcze, muszą znajdować się w ciałach bakterii, a także w roztworze w bulionie, a wytwarzające własność antytoksyczną mogą znajdować się tylko w bulionie *resp.* toksynach.

W drugiej części swojej pracy autor zbadał pod obu względami surowicę z instytutu PASTEUR'a w Paryżu, z Höchst, z Wiednia i Louvain i przekonał się, że surowice te oprócz siły antytoksycznej mają także własność bakterjobójczą.

W trzeciej części swojej pracy w celu przekonania się, czy z surowicy, zawierającej obie własności, nie można otrzymać takiej, któraby miała jedną tylko własność, autor poddawał działaniu ciepłoty 60°C, 65°C i 70°C surowicę wyrabianą w Höchst i w Louvain. Doświadczenia na świnkach przekonały go, że tym sposobem zniszczyć antytoksycznej albo bakterjobójczej siły surowicy nie można, że ogrzewanie do 65 i 70°C osłabia obie te siły jednocześnie prawie w jednostajnym stopniu.

Wnioski: 1) Różne próby znajdujące się w handlu surowicy odznaczające się wysoką siłą antytoksyczną wykazują jednocześnie znaczną siłę bakterjobójczą. 2) W surowicy takiej nie mógł autor oddzielić siły antytoksycznej od bakterjobójczej; ogrzewanie przy ciepłocie od 60 do 70°C zmniejszało znacznie obie te siły w jednym i tym samym stopniu. 3) Z doświadczeń autora wynika, że pochodzenie tych sił jest rozmaite; stosownie do sposobu uodparniania autor otrzymywał surowicę przeciwbłoniczą, która zawierała obie te siły, lub jedną tylko bakterjobójczą.

(*Centrbl. f. Bact. Nr. 18. i 19. 1897.*)

J. Weber.

3. J. SAWIŃSKI. **Wskazania ogólne i szczegółowe stosowania środków sercowych.** Zdawałoby się, że stosowanie środków sercowych powinno być łatwe, ponieważ fizjologia krwioobiegu jest doskonale opracowana, a sposób działania środków lekarskich na narządy krążenia krwi został niejednokrotnie stwierdzony na zwierzętach. Jednakże na całość danego obrazu chorobowego składa się bardzo wiele czynników rozmaitej natury, należy więc uwzględniać nie tylko cierpienie serca, lecz i stan ogólny chorego. Ważną przeszkodę stanowi również niedokładność naszych sposobów badania i środków ku temu służących. Autor zaleca dokładne badanie tętna, którego zachowanie się może dostarczyć nam cennych wskazówek co do rozpoznania i rokowania, a przed zastosowaniem leku zastanowienie się nad pytaniem, w jakim okresie choroby znajduje się chory. Jako przykład rozpatruje niedomykalność zastawek, powstałą na tle gościca. Cały przebieg tego cierpienia dzieli za HUCHARD'em na 4 okresy.

Okres I, względnego zdrowia — *eusystolia*. Chory nie wie o swem cierpieniu pomimo szmerów w sercu, którego działanie jest prawidłowe, a duszności niema. Wiedzy stosowanie środków sercowych jest zbyteczne.

Okres II, wzmożonej działalności serca — *hypersystolia*, w którym następuje przerost części serca, leżących powyżej przeszkody. Spotykamy wtedy zawroty głowy, krwotoki z nosa i t. d. W tym okresie wszelkie środki sercowe są przeciwwskazane, a leczenie powinno ograniczyć się na przestrzeganiu przepisów dyetycznych i stosowaniu leków uspakajających (preparaty bromu, zimne okłady, środki czyszczące).

Okres III, niedostatecznej działalności serca — *hyposystolia*. Przedmiotowo znajdujemy w tym okresie duszność, zwłaszcza przy chodzeniu, obrzęki kończyn dolnych, przekrwienie płuc i wątroby, powiększenie wymiarów serca i niemiaryowość tętna, zmniejszenie ilości moczu, który zawiera białko i wałeczki szkliste. Wszystkie objawy powyższe usuwa naparstnica i stosunkowo dosyć szybko. Stan chorego ulega poprawie, a polepszenie trwać może nawet czas dłuższy, aż wreszcie następuje

Okres IV, wyczerpania dyskompensacji — *asystolia*. W tym okresie znajdujemy w sercu i innych narządach (wątroba, nerki) zmiany stałe mięszone, ogólny zaś stan chorego wskazuje zatrucie ustroju wytworami przemiany materii. W tym okresie uciekamy się do środków czyszczących, nakłóc skóry i t. d. w celu uwolnienia ustroju od obrzęków. Środki sercowe często tu zawodzą, chociaż bywa i tak, że podawane w ciągu kilku dni działają w końcu bardzo dobrze.

Dla ułatwienia sobie wskazań podzielimy środki sercowe na dwie grupy: do pierwszej wejdą środki działające na mięsień sercowy i na nerw błędny, a do drugiej środki pobudzające działanie układu nerwowego mózgo-rdzeniowego, a tem samem i serca.

Z pośród leków pierwszej grupy uwzględnić należy przede wszystkim naparstnicę. Należy ją stosować w tych przypadkach, w których istnieje niewystarczająca i niemiarowa działalność serca, obniżenie ciśnienia krwi w tętnicach, a powiększenie tegoż w żyłach. Czasami działanie moczopędne naparstnicy występuje dopiero po kilku lub kilkunastu dniach, a czasami naparstnica nie wywiera żadnego działania moczopędnego. Ma to miejsce wtedy, kiedy działalność filtracyjna nerek jest zmniejszona do *minimum*. Dobry stan narządów trawienia należy mieć zawsze na uwadze, jeśli chcemy otrzymać wyniki pomyślne ze stosowania naparstnicy.

Przeciwwskazane będzie podawanie naparstnicy w przypadkach następujących.

1) Jeżeli istnieje wyraźne zwolnienie tętna, *bradycardia*. Naturalnie trzeba liczyć się z tą możliwością, że zwolnienie tętna może być pozorne wskutek tego jedynie, że nie wszystkie fale krwi dosięgają naczyń obwodowych. W takim razie podawanie naparstnicy będzie zalecane.

2) U osób starych z wybitnem tętnem twardem i przy zwyrodnieniu względnie stwardnieniu naczyń krwionośnych. To samo odnosi się i do tętniaków. Tętno twarde, spotykane u osób w wieku podeszłym i zależne od zaburzeń w przemianie materii względnie w odżywianiu nie stanowi przeciwwskazania do podawania naparstnicy. Należy jednak zaczynać od dawek małych, a przede wszystkim zastosować środki czyszczące, mianowicie sole obojętne.

3) Przy zwyrodnieniu tłuszczowem mięśnia sercowego. Ponieważ jednak trudno orzec, jak daleko zaszła sprawa zwyrodnienia, można w takich przypadkach uciec się do naparstnicy, lecz, mając na względzie jej działanie zbiorowe, należy zaprzestać podawania leku, jak tylko zjawia się objawy zwolnienia, przyspieszenia lub niemiaryowości tętna. Najlepiej zaczynać od naparu w stosunku 0,5—1,25 na 180,0 wody.

Jeżeli chodzi o wywołanie zwolnienia tętna lub uregulowanie działalności serca, to najdzielniejszym lekiem będzie *strophantus*. Wpływ tego środka na mięsień sercowy przewyższa naparstnicę i wszelkie inne leki. Będzie on wskazany: 1) przy wadach zastawek w okresach początkowych dyskompensacji zarówno u osobników młodych, jak i starych; 2) w przypadkach chorób mięśnia sercowego (*myocarditis fibrosa*) we wszystkich okresach cierpienia; 3) przy otłuszczeniu i zwyrodnieniu tłuszczowem serca (*adipositas et degeneratio adiposa cordis*); 4) jeżeli nieprawidłowa działalność serca zależy od stwardnienia naczyń; 5) w cierpieniach nerek, jeżeli istnieje osłabienie czynności serca; 6) w przebiegu chorób gorączkowych (dur, zapalenie płuc).

Natomiast *strophantus* źle bywa znoszony przy zaburzeniach czynności serca na tle neurastenii i histeryi, a także w początkowym okresie choroby BASEDOW'a.

Pozostałe środki: *adonis vernalis*, *convallaria majal.* i *scilla maritima* działają podobnie, jak naparstnica, choć nieco słabiej. Ponieważ jednak nie posiadają działania zbiorowego, znajdują więc zastosowanie tam, gdzie naparstnica zawodzi, lub gdzie chory nie znajduje się stale pod kontrolą lekarską.

Sparteina nie wpływa na powiększenie energii serca i ciśnienia krwi, za to działa bardzo korzystnie na układ nerwowy serca u neurasteników, histeryków, u osobników niedokrewnych i t. d. Dawka 0,015 do 0,045 *pro dosi* może być podawana przez czas dłuższy z 1—2-dniowymi przerwami.

II grupa. Kofeina prócz korzystnego wpływu na pobudzenie czynności układu nerwowego posiada i działanie moczopędne. Użycie jej będzie wskazane: 1) przy wadach zastawkowych w okresach późniejszych, kiedy inne środki sercowe nie wywierają pożądanego działania na mięsień sercowy; 2) w chorobach nerek, jeżeli serce zaczyna się wyczerpywać, ilość moczu zmniejsza się, a obrzęki nie znikają; 3) w chorobach mięśnia sercowego (*myocarditis chronica, degeneratio adiposa cordis*) w okresie niedomogi serca; 4) w przypadkach zwapnienia naczyń wieńcowych, kiedy występują napady duszności częstokroć o typie CHEYNE-STOKES'a; 5) w tych przypadkach niedomogi serca (*insufficiencia cordis*), które zależą od wzruszeń psychicznych, lub występują w przebiegu chorób gorączkowych (zapalenie płuc, tyfus, płonica, błonica), albo po usunięciu płynu z opłucny.

Diuretyna (*theobrominum natrio-salicylic.*) na rytm serca działa podobnie jak kofeina i wywołuje wzmożenie ciśnienia krwi. Znajduje ona zastosowanie przy wadach zastawek w tym okresie, kiedy inne środki nie wywierają pożądanego wpływu. Pierwszeństwo przed kofeiną może mieć tylko wobec łatwej pobudliwości narządu nerwowego. Natomiast przy chorobach mięśnia sercowego może być stosowana w połączeniu z naparstnicą. Co się tyczy chorób nerek, to diuretyna wtedy tylko daje dobre wyniki, kiedy naparstnica zawodzi, a zwłaszcza przy sprawach śródmiąższowych, jeżeli ciśnienie krwi jest wysokie. Wogóle diuretyna tak pod względem fizyologicznym jak i chemicznym stoi najbliższej kofeiny.

Separabdrck. Die Heilkunde.

K. Zaleski.

4. E. STADELMANN. Doświadczenia kliniczne nad przekłóciem lędzwiowem. Autor wykonał przekłócie według metody QUINCKE'go. Do igły był przystosowany odpowiedni manometr w celu oznaczenia ciśnienia, pod którym płyn mózgodzeniowy pozostaje. Płyn otrzymany badano pod względem chemicznym i bakteriologicznym. Wyniki doświadczeń oparte na na przeszło 90 przypadkach oceniano co do ich wartości rozpoznawczej i klinicznej.

Meningitis tuberculosa—około 16-tu przypadków. Nie należy przypuszczać, że we wszystkich przypadkach wspomnianego cierpienia ciśnienie w przewodzie krę-

gowym będzie wzmożone. Zdarzają się przypadki, w których ciśnienie jest bardzo małe, czasami zaś przy przekłóciu nie otrzymywano ani kropli płynu, chociaż cały obraz kliniczny cierpienia przemawiał za uczynionem rozpoznaniem. Przyczynę ostatniego zjawiska upatruje autor w budowie anatomicznej mózgowia i objaśnienia w sposób niżej przytoczony.

1) Na całej przestrzeni podpajęcznej rdzenia tworzą się zrosty galaretowate pomiędzy *pia* i *arachnoidea*, wskutek czego zamyka się cała przestrzeń podpajęczna.

2) To samo mieć będzie miejsce, jeżeli igła przeniknie do przestrzeni podpajęcznej, gdzie ilość płynu może być bardzo mała, gdy przestrzeń pod oponą twardą może być niezmiernie wypełniona.

3) Jeżeli otwór MAGENDI'ego ulegnie zatkaniu w jakikolwiekby sposób, to płyn nie przedostanie się od mózgu do rdzenia.

Płyn przy zapaleniu opon gruczliczym bywa najczęściej jasny, zawiera białko, słowem posiada cechy płynu pochodzenia zapalnego. Co się tyczy laseczników gruczliczych, to autor znajdował je zaledwie w 22% przypadków pomimo bardzo starannych poszukiwań. To też z wielkiem niedowierzaniem przyjmuje doniesienia tych autorów, którzy znajdowali je bardzo często. Nieobecność laseczników gruczliczych zależy według S. od tego, że: 1) gruźelki nie uległy rozpadowi, 2) laseczki mogą rozwijać się tylko w oponach mózgu, a jeżeli komunikacja między przestrzeniami mózgu i rdzenia będzie przerwana natenczas możemy napróżno szukać laseczników w skąpej ilości płynu, otrzymanego przy przekłóciu.

3) Jeżeli igła znajdować się będzie nie pod oponą pajęczną lecz pod twardą, nie otrzymamy ani płynu, ani laseczników.

4) W przypadkach, zwanych przez SCHUTKE'go „*meningitis sine meningitide*“, których przebieg klinicznie niczem się nie różni od typowych postaci zapalenia opon gruczliczego; w takich przypadkach nie znajdujemy wcale w mózgu gruźelków, lecz tylko pewne zmiany gruczlicze w ścianach naczyń.

5) Często przy badaniu zwłok nie znajdujemy płynu, lecz na powierzchni mózgu spostrzegamy jakby złogi ropiaste, leżące na błonie pajęcznej, w rzeczywistości jednak leżą one znacznie głębiej, t. j. albo wśród błony pajęcznej, albo też należą do *pia mater*. Byłoby ważne bliższe zbadanie całej sprawy, czy chodzi tu o cierpienie jednej, czy drugiej opony,

6) W przypadkach zapalenia opon surowiczego (QUINCKE); cierpienie to bardzo trudno odróżnić od sprawy gruczliczej; co prawda, przebieg jej bywa inny, niż zapalenia opon gruczliczego, a tem samem i płyn nie zawiera laseczników.

Meningitidis purulentae spostrzegano 7 przypadków. Pod względem rozpoznawczym dane otrzymane przy przekłóciu nie mają wybitnego znaczenia. Prawda, że ciśnienie bywa powiększone, płyn bywa zwykle mętny i zawiera dużo białka, lecz na tej podstawie trudno oprzeć ostateczne wnioski. Co do drobnoustrojów, to wyhodowano z płynu *meningococcus intracellularis*, pneumokoki, liczne paciorkowce i gronkowce. Należy badać płyn w wiszącej kropli, gdyż zdarzają się przypadki, w których drobnoustroje już obumarły i hodowli otrzymać nie można, jednakże i w takich razach nie wolno nazywać płynu jałowym.

Ropień mózgu. Przy tem cierpieniu należałoby oczekiwać płynu o niewielkiej zawartości białka, mniej lub więcej jasnego i wolnego od drobnoustrojów. W rzeczywistości jednak otrzymujemy wyniki bardzo zmienne. LEUKERT twierdzi, że jeżeli przy przekłóciu znajdziemy ciśnienie wzmożone i dużą ilość płynu, to można stąd wnosić, że ropień mózgu przebiega bez powikłania zapaleniem opon.

Ma to jednak znaczenie względne. Może zasługiwałoby bardziej na uwagę zapalenie opon, towarzyszące pewnym chorobom zakaźnym (zapalenie płuc, *septicaemia c yptogenetica*). Jeżeli w tych przypadkach w płynie mózgodzeniowym znajdziemy orpę lub drobnoustroje, to rozpoznanie nasze znalazłoby potwierdzenie.

Przy nowotworach mózgu wpływ przekłócia na sprawę chorobową bywa wprost niekorzystny. Pominąwszy opisane w literaturze przypadki nagłej śmierci bezpośrednio po przekłóciu, widzimy często wymioty, bóle głowy i t. d. Ponieważ i pod względem rozpoznawczym przekłócie nie dostarcza nam żadnych wskazówek, przeto autor radzi zupełnie zaniechać tego rękoczynu w przypadkach guzów w mózgu.

Dla rozpoznania wylewów krwawych w mózgu chyba nie warto uciekać się do przekłócia lędźwiowego, zapomocą którego otrzymamy płyn krwawy tylko wtedy, jeżeli krew wylała się na powierzchnię mózgu lub do jednej z komór. Nie nadaje się również ta metoda, jako ułatwiająca rozpoznanie przy *pachymeningitis haemorrhagica*, a także i przy rozpoznaniu różniczkowym między zatorem i rozmiękčeniem. Przekłócie lędźwiowe stosowane przy wylewie krwawym w mózgu może nawet narazić chorego na powtórne wynaczynienie, przynajmniej S. przytacza dwa takie przypadki, jeden własny a drugi KROENIG'a.

Autor jest zdania, że przekłócie lędźwiowe nie posiada żadnej wartości pod względem leczniczym. Co się tyczy wartości rozpoznawczej, to radzi liczyć się z wynikami przekłócia tylko wtedy, jeżeli one będą dodatnie, bo wyniki ujemne nie upoważniają nas zupełnie do wyrokowania o istocie cierpienia.

(*Deutsch. med. Wochenschrift. Nr. 47. 1897*).

K. Zaleski.

5. NEUMANN. **Prosty sposób otrzymywania u kobiet moczu z każdej nerki oddzielnie.** Ponieważ wprowadzanie cewników do moczowodów częstokroć bywa źle znoszone przez chorych, przeto autor sporządził odpowiedni przyrząd, zapomocą którego u kobiet można otrzymać mocz z każdej nerki oddzielnie. Przyrząd składa się z rurki metalowej 4 cm. długiej i 1 cm. grubej, zgiętej na wzór Hegarowskiego rozszerzacza szyi macicznej i rozdzielonej wdluż przegrodą, która wychodzi na 4 cm. poza pęcherzowy koniec przyrządu. Zewnętrzny koniec jest opatrzony dwiema rurkami do zbierania moczu. Po wprowadzeniu przyrządu do pęcherza (chora siedzi na brzegu stołu ze spuszczonei nogami), NEUMANN ustala go na linii środkowej ciała, a palcem włożonym do pochwy uciska pęcherz od dołu, trzymając się ściśle kierunku przyrządu. W ten sposób dzieli jamę pęcherzową na dwie komory. W każdą z nich spływa mocz tylko z odpowiedniego moczowodu, a następnie wydala się nazewnątrz, gdzie można go zebrać oddzielnie do dwóch probówek. Autor stosował swój przyrząd w jednym przypadku guza nerki lewej przed i po operacyi i jest zupełnie zadowolony ze swego pomysłu.

(*Dtsch. med. Wochschft. Nr. 43. 1897*).

K. Z.

6. Adolf GESSNER. **O wartości i technice skrobania rozpoznawczego macicy.** Autor na podstawie bogatego materiału kliniki berlińskiej prof. OLSHAUSEN'a wykazuje w pracy swej korzyści skrobania rozpoznawczego macicy przy nowotworach złośliwych tego narządu i rozstrzyga stanowczo sprawę na korzyść tej metody badania.

Niektórzy ginekolodzy, mówi G., powątpiewają jeszcze obecnie, by przy nowotworach złośliwych macicy badanie drobnowidzowe wyskrobin mogło mieć ważne znaczenie rozpoznawcze, a wszyscy prawie zgadzają się na to, iż badanie kliniczne przez omacywanie palcem jamy macicy ma przy rozpoznaniu cierpienia znaczenie ważniejsze. G. zastanawia się przedewszystkiem nad tem, czy w istocie

omacywanie jamy macicy palcem ma wyższość pod względem pewności rozpoznania i przychodzi do wniosku, iż przez omacywanie można z pewnością stwierdzić obecność nowotworu, lecz przyrodę jego rozstrzygnąć można tylko przy pomocy drobnowidza.

Zastanawiając się w dalszym ciągu nad tą sprawą, G. sądzi, iż ta metoda badania, która ma stanowczo stwierdzić przyrodę cierpienia macicy, winna czynić zadość trzem żądaniam: winna być bezpieczna, łatwo wykonalna, a przede wszystkim winna dawać pewne wyniki. W odpowiedzi na to G. wypowiada stanowczo wniosek, iż skrobanie jest połączone przede wszystkim z mniejszem niebezpieczeństwem dla chorej, niż omacywanie jamy macicy palcem, ten ostatni bowiem zabieg wymaga koniecznie rozszerzenia szyi macicznej czy to przez przecięcie, czy też przez jej rozszerzenie, a wszystkie te sposoby połączone są z niebezpieczeństwem bądź wskutek poważnych obrażeń macicy, bądź wskutek możliwości jej zakażenia. Aczkolwiek G. zgadza się, iż przez skrobanie macicy można także zakażenie wywołać lub ścianę macicy przedziurawić, lecz uznaje, iż zdarzyć się to może wyjątkowo i dla tego niebezpieczeństwo przy tym zabiegu jest stanowczo mniejsze. Nadto skrobanie błony śluzowej macicy jest także łatwiejsze do wykonania, niż omacywanie jamy macicy. To ostatnie wymaga przynajmniej dwóch posiedzeń i uśpienia chloroformowego chorej, skrobanie zaś wykonać można na jednym posiedzeniu i przeważnie bez uśpienia chloroformowego. Następnie, rozstrzygając sprawę, czy w istocie omacywanie jamy macicy zapewnia we wszystkich przypadkach wynik bezwzględnie pewny, G. przychodzi do wniosku, iż tak nie jest. Dowodzą tego przypadki z kliniki prof. OLSHAUSEN'a, iż przyjęto za nowotwór złośliwy w jednym przypadku włókniak podśluzowy o nierównej powierzchni, a w drugim uklej podśluzowy. G. zwraca nadto uwagę, iż przy omacywaniu jamy macicy rozpoznanie nowotworu złośliwego trzonu macicy w jego początkowym okresie, lub też rozpoznanie nowotworu przy jego umiejscowieniu w okolicy wylotu jajowodu, lub też wreszcie odróżnienie rozlanego mięsaka błony śluzowej macicy od łagodnego rozrostu grzybkowatego tejże błony przy jej przewlekłym zapaleniu jest bądź bardzo trudne, bądź też wprost niemożliwe. G. zwraca uwagę na tę okoliczność, iż, jeżeli przy wydobywaniu resztek jaja płodowego podczas poronienia nieraz trudno jest rozróżnić skrzepy krwi od resztek jaja, pomimo iż warunki omacywania jamy macicy są w tych przypadkach najbardziej sprzyjające, to nie należy za dziwne uważać, iż podobne błędy trafić się mogą przy omacywaniu jamy macicy w okolicznościach o wiele dla badania trudniejszych.

W dalszym ciągu swej pracy G. podaje kazuistykę 58 przypadków operowanych w klinice berlińskiej, na zasadzie której przychodzi do wniosku, iż skrobanie rozpoznawcze błony śluzowej jamy macicy jest wolne od niebezpieczeństwa, łatwe pod względem techniki i najpewniejsze pod względem wyników. Nadto ten sposób badania nie tylko daje wyniki równe tym, jakie się przez omacywanie jamy macicy zdobywa, lecz lepsze o tyle, że udaje się nieraz rozpoznać nowotwór złośliwy, którego rozpoznanie przez omacywanie jamy było stanowczo niemożliwe.

W końcu swej pracy G. omawia sposób przygotowania preparatów drobnowidzowych z wyskrobin. Otóż wyskrobane cząstki błony śluzowej G. stwardnia wyłącznie w alkoholu bezwodnym, który 2—3 - krotnie zmienia w ciągu doby. Stwardniony w ten sposób kawałek kraje brzytwą i twierdzi, iż ten stary, najprostszy ze wszystkich sposobów wystarcza dla celów rozpoznawczych w zupełności. Sposób ten ma tę wyższość nad zatapianiem preparatów w parafinie, iż jest przede wszystkim łatwy, daje się szybko wykonać i wystarcza w zupełności, albowiem

cięcia seryjne są dla celów rozpoznawczych rzadko potrzebne. Do barwienia preparatów używa G. wyłącznie ałunu karminowego. Sposób ten badania preparatów drobnowidzowych, jako najprostszy, najpewniejszy i wolny od wszelkich zarzutów, G. gorąco zaleca.

(*Zeitschrift für Geb. u. Gyn. T. XXXIV. Z. 3 str. 387*).

A. W.

7. BARCH i WELEMSKY. O wydzielaniu drobnoustrojów przez czynny gruczoł mleczny. BASENAU na podstawie swoich doświadczeń orzekł, że drobnoustroje (*b. morbiificans bovis*) przechodzą z zakażonego ustroju do mleka tylko wtedy, jeżeli choroba trwa długo i natężenie jej jest znaczne. To przechodzenie drobnoustrojów następuje przypuszczalnie wskutek zwyrodnienia ścian naczyń krwionośnych.

Dla przekonania się o słuszności wywodów BASENAU'a wyżej wymienieni autorowie przeprowadzili szereg doświadczeń na świnkach morskich, uwzględniając drobnoustroje niechorobotwórcze, a następnie chorobotwórcze. Z początku użyto jednodniowych hodowli *b. cyanogenes lactis* i *b. prodigiosus*. Wstrzyknięte podskórnie lub do otrzewny drobnoustroje te nie przechodziły do krwi. Dlatego też później wstrzykiwano je wprost do żyły jarzmowej. Ponieważ jednak drobnoustroje nadzwyczaj szybko ginęły we krwi, przeto mleko pozostało jałowe.

Z drobnoustrojów chorobotwórczych używano hodowli lasecznika węglkowego, którego można było znaleźć w wielkiej ilości we krwi już po 24 godzinach po zastrzyknięciu pod skórę. Zwierzęta ginęły w ciągu 22—24 godzin, lecz w mleku wziętem nawet przed samą śmiercią, lub wkrótce po śmierci zwierzęcia, nie można było wykazać obecności węglika, a małe, które ssaly zakażoną matkę pozostały zupełnie zdrowe.

Inaczej rzecz się miała z lasecznikiem ropy błękitnej (*bac. pyocyaneus*). Zastrzyknięty do żyły, powoduje on wynaczynienia liczne, szczególnie w nadnerczu. chociaż można go znaleźć łatwo i w gruczole mlecznym. To też we wszystkich doświadczeniach można go było znaleźć w mleku już po upływie 10--48 godzin po zastrzyknięciu. B. i W sądzą, że lasecznik ten stanowił tylko domieszkę mechaniczną w mleku, do którego dostał się dzięki powstawaniu wynaczynień. To też twierdzą, że tylko te drobnoustroje nie przedostają się do mleka, które nie powodują wynaczynień, a zwłaszcza spraw ropnych i zgorzelinowych w gruczole mlecznym. Przynajmniej nie znajdowano nigdy w mleku laseczników węglika, tyfusu, cholery i błonicy, aczkolwiek znajdowały się one we krwi aż do samej śmierci zwierzęcia. Dalej nie można było wyhodować żadnych drobnoustrojów z mleka dwóch położeń, dotkniętych gorączką połogową, z których krwi wyhodowano paciorkowce. Co się zaś tyczy doświadczeń BASENAU'a, to nie należy przyznawać im znaczenia, ponieważ *bac. morbiificans bovis* wywołuje również wynaczynienia. Że i laseczniki gruźlicze, znajdujące w mleku dostają się tam jedynie z wymion, zdaje się, nie ulega wątpliwości, gdyż ze względu na znaczne wymiary tego narządu łatwo jest przeoczyć jakieś małe ognisko gruźlicze.

Autorowie w sposób następujący streszczają wyniki swych poszukiwań. 1) Zarazki chorobotwórcze, wydzielane z mlekiem stanowią tylko domieszkę, która następuje wskutek wynaczynień lub chorób, umiejscowionych w gruczole mlecznym. 2) Przy bardzo wielu chorobach, nie wyłączając i spraw ropniczych, mleko pozostaje wolne od drobnoustrojów, aczkolwiek we krwi znajdują się one w olbrzymiej ilości. 3) Czy mleko zwierzęcia chorego może być przenośnikiem danego cierpienia, pytanie to powinno być rozstrzygane osobno co do każdej choroby zakaźnej i co do zwierzęcia.

(*Berlin. Klin. Wochenschr. Nr. 45, 1897*).

K. Zaleski.

8. **COMBY. Leczenie bezsenności u dzieci.** Jeżeli ssawiec nie śpi z powodu nieodpowiedniego pożywienia lub zaburzeń w trawieniu — usunąć przyczynę. Po odstawieniu dzieci od piersi często przyczyną bywa właśnie nieodpowiednie pożywienie. Jeśli dziecko dostaje wyskok, kawę, herbatę — usunąć je. Czasem zbyt pokarmu azotowego sprawia bezsenność. Jeśli w odżywianiu niema braków, natenczas bezsenność jest często natury nerwowej. Na niektóre dzieci wpływają dodatnio kąpiele ciepłe przez 15—20 minut przed pójściem na spoczynek; na inne lepiej działają kąpiele letnie, nawet natrysk. Przy wyraźnem podrażnieniu mózgowem — owijanie w mokre prześcieradła 2 do 3 razy dziennie. Ze środków farmaceutycznych najłagodniejszy jest *aq. flor. aurant.* 20 do 60 gm. przed spaniem; opium jedynie przy bezsenności z powodu kaszlu lub bólu, brom wszędzie, gdzie są nerwice z podrażnieniem mózgu (0,1 dziennie na każdy rok życia). Tym samym wskazaniem odpowiada antypiryna. Chloral (0,05 na 1 rok życia) nie jest niebezpieczny. Chloraloza jest niebezpieczna, mniej chloralamid. C. poleca: *Rp. kal. brom., chloralhydr. aa 2,0, extr. hyoscyami., ex. bellad., ex. cann. ind. aa 0,02, syr. flor. aur. 30,0 aq. d. 40. s.* Co godzinę łyżeczkę. Sulfonal 0,1—0,15—0,25 na dawkę, jeśli po 1—2 godzinach nie działa, powtórzyć. Trional w dawkach 0,25—0,75 działa znakomicie. (*Méd. mod. 32. Ref. Ctb. f. Kind. 9.*) S. Sg.

Sprawozdanie roczne

z działalności Towarzystwa Lekarskiego gub. Lubelskiej

przez ciąg od 1 Lipca 1896 r. do 1 Lipca 1897 r.

podał **STEFAN RADOMYSKI**, sekretarz tegoż Towarzystwa.

W sprawozdawczym 23-im roku istnienia Towarzystwa odbyło się 12 posiedzeń, z których jedno doroczne poświęcono załatwieniu spraw administracyjnych i wyborom zarządu Towarzystwa i 9 zwykłych posiedzeń miesięcznych. Oprócz tego odbyły się dwa posiedzenia nadzwyczajne. Na posiedzeniach przedstawiano chorych szpitalnych lub też z prywatnej praktyki, wygłaszano odczyty, lub ustnie komunikowano ciekawsze i więcej zajmujące spostrzeżenia, wreszcie zajmowano się sprawami, tyczącemi się higieny publicznej.

Chorych przedstawiali następujący koledzy:

Kol. DOBRUCKI przedstawił: 1) operowanego przez siebie w szpitalu żydowskim chorego z gruźlicą 3, 4 i 5 kości stopowych i kości sześciennej. Chory ten po usunięciu całkowitem 3, 4, 5 palców wraz z kośćmi stopowymi i po wyłyżeczkowaniu gąbczastej części kości sześciennej bez uszkodzenia *articulationis medio-tarsalis*, mając zachowany tylny i przedniowewnętrzny punkt oparcia sklepienia stopowego, włada kończyną zupełnie swobodnie, nie utraciwszy pierwotnej sprężystości dzięki zachowaniu stawu śródstopowego.

2) Chorą z otworem w kości czaszki tuż za wyrostkiem sutkowym ucha, znajdującym się w komunikacji z uchem zewnętrznem. Otwór przedstawia zupełnie zagojoną ranę kostną z nieznaczną ziarniną na dnie jej. Przypadek ten dowodzi możliwości samoistnego wyleczenia sprawy ropnej w uchu średnim i należy do rzadko notowanych w literaturze.

Kol. JACZEWSKI przedstawił chorych, spostrzeganych przez siebie w tutejszym szpitalu ś-go Józefa oraz w praktyce prywatnej, a mianowicie:

Trzech chorych ze zmianami w zabarwieniu skóry, spowodowanymi przez przymiot nabyty, t. zw. *leucoderma syphiliticum*, z tych jednego współcześnie z miękczakiem podniebienia.

2) Dwóch chorych z rozległą nabytą bezbarwnością skóry (*vitiligo*).

3) Chorą z objawami *syphilis cutanea papulosa miliaris*.

4) Chorego, który uległ zarażeniu przymiotem zewnątrzplciowemu przez prawy migdałek.

- 5) Chorego z *oedema scleroticum praeputii* i z rozległymi łepieżami płaskimi w lewej pachwinie. Niezwykle powstanie łepieży płaskich w tem miejscu wytłomaczył kol. J. w sposób następujący: choremu polecono nosić członek podwiązany, a w miejscu zetknięcia ze skórą surowiczo - ropnego płynu, sączącego się z worka napletka, z biegiem czasu przy niedbałym opatrywaniu nastąpiło wyżej wspomniane cierpienie.

6) Chorego z obrzmieniem przymiotowem gruczołu chłonnego piersiowego po prawej stronie ciała (*lymphadenitis syphilitica pectoralis dextra*). Prelegent zwrócił uwagę na rzadkość tego objawu, który może być uważany za patognomoniczny dla przymiotu (LESSER).

Kol. ZAGÓRSKI przedstawił: 1) Preparat tłuszczaka, wyjętego przy zastosowaniu metody SCHLEICH'a. Tłuszczak był wielkości dużej sutki, na szerokiej podstawie, wierzch uległy zgorzeli.

2) Chorego operowanego wskutek przepukliny 3 dni uwięźniętej przy zastosowaniu metody SCHLEICH'a z bardzo pomyślnym wynikiem.

3) Chorego, któremu z powodu pęknięcia rzepki dokonał operacji z pomyślnym wynikiem.

Odczyty na posiedzeniach Towarzystwa wygłosili następujący członkowie:

1) Kol. KLARNER Jan z powodu panującej od września 1896 r. epidemii w Bombaju odczytał rzecz o dżumie. Jest to obszernie streszczenie, ułożone na zasadzie pracy prof. GRIESINGER'a, a także zbiorowych artykułów o dżumie napisanych przez profesorów Uniwersytetu Kazańskiego w 1879 roku.

2) Kol. MODRZEWSKI opisał przypadek zgorzeli kończyny lewej dolnej, spostrzegany w szpitalu żydowskim, opracowany treściwie, jasno i ściśle naukowo podał przy tem klasyfikację zgorzeli pod względem etyologicznym oraz krytycznie rozebrał wszelkie wskazania lecznicze, przyjęte przez chirurgów doby obecnej. Odczyt ten posłużył Towarzystwu za podstawę do głosowania i przyjęcia kol. MODRZEWSKIEGO do grona członków Towarzystwa.

3) Kol. ZAGÓRSKI wygłosił obszerny odczyt o znieczuleniu ogólnem i miejscowem, przytem szczegółowo rozebrał metodę SCHLEICH'a.

Na posiedzeniach Towarzystwa prócz przedstawiania chorych i odczytów wielu Kolegów ustnie komunikowało spostrzeżenia swoje z zakresu praktyki lekarskiej.

1) Kol. CYNBERG o przypadku śmierci skutkiem narkozy chloroformowej w szpitalu żydowskim lubelskim.

2) Kol. CZERWIŃSKI: 1) o przypadku z prywatnej praktyki, w którym rozpoznał „Drüsenfieber“, powikłaną ostrem zapaleniem nerek, 2) o przypadku uwięźnięcia ciężarnej macicy w 7-ym miesiącu, które trwało już z górą 2 miesiące; macicę udało się reponować, a przez to usunąć ciężkie objawy ze strony pęcherza.

3) o wykonanej przez siebie w szpitalu ś-go Wincentego *extirpatio uteri vaginalis* z pomyślnym wynikiem.

3) Kol. MAJEWSKI o jednostronnym nacieku języka, jako powikłaniu w przebiegu grypy, spostrzeganym w 3 przypadkach. W jednym z nich wytworzył się ropień języka.

4) Kol. JANISZEWSKI opowiedział o dwóch przypadkach ostrego zapalenia nerek po grypie z nader ciężkim przebiegiem.

5) Kol. RADOMYSKI opisał przypadek *resectionis vasis deferentis* przy *hypertrophia prostatae*, którą dokonał w szpitalu Jana Bożego wskutek zupełnego zatrzymania moczu. Wynik pomyślny, zachęcający.

6) Kol. ZAGÓRSKI: 1) opowiedział o laparotomii, którą wykonał w szpitalu ś-go Wincentego wskutek guza jajnika powikłanego ciążą; 2) przedstawił nowy preparat SCHERING'a, żelatynę formalinową, czyli glutol, służący do opatrywania ran. Leczenie glutolem jest zbliżone do leczenia ran pod wilgotnym strupem krwi. Kol. ZAGÓRSKI zachęca do wypróbowania tego środka.

Oprócz powyższych prac Towarzystwo zajmowało się sprawami, mającymi na celu zdrowie ogółu. Rozprawy o chorobach zakaźnych w Lublinie i w okolicy, szczególnie zaś panująca podczas zimy epidemia grypy zaprzętała uwagę tegoż. Kol. CYNBERG przedstawiał co miesiąc sprawozdania ze szpitala żydowskiego o ilości chorych wogóle i rodzaju chorych zakaźnych w szczególności.

Dwa posiedzenia nadzwyczajne miały cechę ściśle higieniczną, zajęły się bowiem na prośbę Lubelskiego Towarzystwa Dobroczynności zbadaniem pod względem higienicznym placu, ofiarowanego temuż Towarzystwu na budowę sali sierot. Towarzystwo wybrało z pomiędzy siebie komisję, której sprawozdanie zatwierdziło i omawiany teren za odpowiedni do budowy sali sierot uznało. Następnie roztrząsano wiele innych spraw higienicznych, bliżej obchodzących miasto i postanowiono po dokładnem opracowaniu dezyderatów wystąpić do władzy o ich wykonanie.

Na posiedzenia Towarzystwa uczęszczano dość licznie. Przeciętna ilość członków, jaka bywała na posiedzeniach wynosi 14, najmniejsza 10, największa 19.

W roku sprawozdawczym ubył nam jeden członek czynny, ś. p. Lucjan MIGURSKI, który zmarł w Lublinie i członek korespondent, ś. p. Kajetan KRASZEWSKI, zmarły w Starym Kuplinie gub. Grodzieńskiej.

Członkowie czynni (w porządku co do czasu, w jakim wstępowali do Towarzystwa.

1) Aleksander Janiszewski, 2) Juljusz Kwaśniewski, 3) Edmund Sachs, 4) Ludwik Schmidt, 5) August Szniersztajn, 6) Bronisław Szulc, 7) Gustaw Dołiński, 8) Rudolf Serafiński, 9) Ignacy Koziejowski, 10) Aleksander Jaworowski, 11) Karol Zagórski, 12) Jan Karo, 13) Władysław Tołwiński, 14) Marek Arnstein, 15) Józef Villaume, 16) Aleksander Staniszewski, 17) Władysław Olechnowicz, 18) Kazimierz Jaczewski, 19) Stanisław Dobrucki, 20) Witold Jarnuszkiewicz, 21) August Sochacki, 22) Szymon Klarner, 23) Józef Karpiński, 24) Mieczysław Biernacki, 25) Eligjusz Kuszelewski, 26) Jakób Cynberg, 27) Jan Klarner, 28) Tadeusz Strużyński. 29) Kazimierz Chełchowski, 30) Bazyli Skabiczewski, 31) Stefan Radomyski. 32) Czesław Czerwiński, 33) Adam Majewski, 34) Jan Modrzewski.

Wszystkich członków czynnych 34. Z liczby tych ostatnich Zarząd Towarzystwa w roku 1896—7 stanowili: Prezes Aleksander Janiszewski, Vice-prezes Władysław Olechnowicz, sekretarz Stefan Radomyski, bibliotekarz Jakób Cynberg, skarbnik Bronisław Szulc.

Członkowie honorowi: 1) Józef Majer, 2) Włodzimierz Brodowski, 3) Ksawery Gałęzowski, 4) Ignacy Baranowski, 5) Marcelli Nencki, 6) Ludwik Rydygier, 7) Bolesław Wicherkiewicz, 8) Feliks Głogowski.

Członkowie—korespondenci: 1) Julian Ochorowicz, 2) Leon Nowakowski, 3) Jakób Wasserzug, 4) Zygmunt Dobieszewski, 5) Alfred Sokolowski, 6) Antoni Łaniewski, 7) Jakób Kolendowski, 8) Konstanty Stecki, 9) Franciszek Neugebauer.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= A. Pozzi spostrzegał w klinice akuszerskiej w Turynie pięć przypadków wymiotów, które nie dały się pokonać ani morfiną podskórną użytą, ani kokainą wewnątrznie podawaną. Wtedy prof. TIBONE użył roztworu kokainy w ilości 0,01 cm, który raz, albo dwa razy dziennie na parę minut przed przyjęciem pokarmu, zastrzykiwano w okolicę *epigastrii*; skutek był znakomity, objawów ubocznych żadnych. Pozzi przypuszcza, że omawiany sposób leczenia możnaby stosować i przy wymiotach, zależnych nie tylko od ciąży, lecz i od innych chorób. (La Semaine méd. Nr. 45. 97).

= GISLER stosował w zapaleniu gruczołowym gruczołów i kości wcierania szarego mydła, zalecane dwadzieścia lat temu przez KAPESSE'a. Codziennie w przeciągu kilku miesięcy wciera się w różne miejsca kawałek mydła wielkości żołędzi, a po pół godzinie zmywa się je zwykłą wodą. Pod wpływem tego leczenia zwiększa się przedewszystkiem łaknienie i polepsza stan ogólny, obrzęk gruczołów i stawów zmniejsza się stopniowo, przetoki się zablizniają, wysięki w opłucnej i otrzewnej znikają. Objawia to G. działaniem mięsienia i drażnienia skóry oraz zwiększaniem zasadowości krwi. Ze 115 leczonych tą metodą wyzdrowiało 29%, polepszenie wystąpiło w 39%. (Semaine méd. 27. X. 1897).

= STEAVENSON zastosował w ciężkim przypadku otrucia kwasem karbolowym obok podskórnego zastrzyknięcia strychniny przemywanie żołądka octem i ciepłą wodą w równych częściach; chora wyzdrowiała. Ponieważ ocet zawsze prawie można dostać, S. radzi stosować go przy niesieniu pierwszej pomocy. (Brit. med. Journ. 4. IX. 97).

= MALVOR twierdzi, że przy zmieszaniu kropli hodowli lasecznika duru brz-

szego z kroplą 10/100 roztworu wezuwiny lub safraniny otrzymuje się także same sklejanie laseczników jak i w odczynie WIDAL'a. Sklejanie wibryonów cholery wywołuje chryzoidyna (Repert. de Pharm. 10. IX. 97).

= MAYGRIER, podając przypadek eklampsji *post partum* z zejściem śmiertelnym w 6 godzin po pierwszym napadzie, rozbiera wartość leczniczą w eklampsji sztucznych porodów i dochodzi do wniosków następujących: 1) eklampsja często sama przez się wywołuje bóle porodowe; 2) długie drażnienie szyi macicznej źle wpływa na eklampsyę, zatem nie należy ani wywoływać sztucznego porodu, ani sztucznie kończyć rozpoczętego; 3) w większości przypadków napady ponawiają się w okresie połogowym; 4) przypadki eklampsji *post partum* wykazują bezskuteczność opróżnienia jamy macicznej. (Revue d'obst. et de gynec. X. 97).

= ZARKIEWICZ spostrzegał przypadek silnego krwotoku po przecięciu wędzidełka języka u noworodka. Dziecko pomimo przewiązania w całości krwawiącego miejsca zmarło wskutek utraty krwi. (Wracz. Nr. 39, 97).

= WOLFF radzi przechowywać miękkie zgłębniki w 3% roztworze formaliny w glicerynie; przed użyciem należy je przemyć w roztworze kwasu bornego, lub czystej glicerynie, aby uwolnić je od formaldehydu, który może drażnić cewkę moczową. (Semaine méd. 15. IX. 1897).

= JACQUEAU zastosował w jednym przypadku migreny ocznej, gdy wszelkie środki zawodziły, akonitynę w dawce $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ mgr. Napady znacznie się skróciły i ból zmniejszał o tyle, że chory (lekarz) mógł podczas napadu zajmować się praktyką. (Semaine méd. 27. X. 97).

= MIRANDA podczas epidemii krztuśca zastosował z powodzeniem ucisk nerwu błędnego i krtaniowego górnego na szyi przeciw wymiotom i napadom kaszlu. Ucisk powinien być wywierany jedynie w tym okresie choroby, gdy kaszel w stosunku do wydzielanej płwociny jest zbyt wielki, a wymioty źle wpływają na odżywianie chorego. (Semaine méd. 20. X. 1897).

= ANGYAN stosował w 27-iu przypadkach zapalenia nagminnego opon mózgowych zastrzykiwania podskórne sublimatu i pęcherz z lodem na głowę i w 19 otrzymał wyleczenie. Zastrzykiwania codzienne w okolicy kręgosłupa wynosiły 0,01 sublimatu dla dorosłych i 0,0005 — 0,005 dla dzieci; już po drugim lub trzecim zastrzyknięciu stan pobudzenia zniknął, ból głowy się zmniejszał; po 8-em lub 9-em zastrzyknięciu wracała przytomność, gorączka się zmniejszała. Leczenie trwało, dopóki nie znikły zupełnie objawy choroby; żadnych pobocznych przykrych objawów A. przy tem lecze-

niu nie spostrzegał. (Semaine méd. 20. X. 97).

= W kilku przypadkach wymiotów podczas ciąży, gdy wszelkie środki zawodziły, stosował LUTAUD somatozę początkowo jako wyłączny pokarm, następnie zaś z dodatkiem mleka, kakao, zup. Chore zyskiwały na wadze i wymioty podczas ciąży już nie powracały. (Wien. klin. Rund. N. 31. 97).

= ROSENBERG stosował w 30 przypadkach wola śródmiażdżowe zastrzykiwania jodoformu (*jodoform*. 1,0, *aether*, *ol. olivar. aa.* 7,0) w dawce początkowo 0,5, następnie zwiększanej. Zastrzykiwania nie powodują przykrych pobocznych objawów, oprócz lekkiego bólu w miejscu ukłucia i kilkuminutowego niesmaku w ustach. Otrzymane wyniki były wogóle zadawalające; w 43% wyleczenie było zupełne i długotrwałe. Autor zaleca stosowanie jodoformu w tych przypadkach, gdzie leczenie tereoidyną dla jakichkolwiek powodów nie może być stosowane. (Berl. klin. Woch. N. 37. 1897).

M. B.

Wiadomości bieżące.

— Na posiedzeniu Warsz. Tow. Lek. w dniu 4 b. m. wybrani zostali na rok 1898: na prezesa d-r B. GEPNER; na wiceprezesa d-r Wł. GAJKIEWICZ, oraz na sekretarza dorocznego d-r J. WINIARSKI.

— Rząd saski ma zamiar powiększyć płacę lekarzy okręgowych, odpowiadających naszym lekarzom powiatowym z 2100—3900 mk., do 3000—5400, ażeby mogli oni poświęcić się wyłącznie wypełnianiu swoich obowiązków, wynikają-

cych z zajmowanej posady, nie zajmując się zupełnie praktyką prywatną.

— Zmarli. W dniu 20 grudnia r. z. zmarł w Ciechocinku d-r Alfons PAJEWSKI.

W dniu 4 stycznia r. b. zmarł w Meranie czasowo bawiący dla kuracji d-r Michał ROZENZWEIG w 69 roku życia.

Od Administracyi.

Uprasza się Sz. abonentów o wczesne nadsyłanie prenumeraty na rok 1898 i o wniesienie zaległej.

WYDAWCA Dr. L. Guranowski.

REDAKTOR odpowiedzialny Dr. H. Dobrzycki.

Доволено Цензурою. Варшава, 26 Декабря 1897 г. Друк К. Ковалевського, Warszawa, Mazowiecka 3.