

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 33.

Adres Wydawcy: Nowo-Zielna Nr. 47.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ. Prace oryginalne. Przypadek zniekształcenia włosów bakteryjnego pochodzenia. *Nodositas pilorum microphytica. Trichomycosis palmellina Pick.* Podał E. Sonnenberg (Łódź). — **Kazuistyka.** *Venus cruenta, Interdum mutilans, Interdum occidens.* Przyczynek do nauki o urazach narządów moczopłciowych kobiecych sub coitu. (143 spostrzeżenia). Podał Fr. Neugebauer. (Ciąg dalszy). — **Streszczenia i wyciągi.** 99. O powłknięciach wewnątrzczaszkowych, wywołanych zapaleniem zatoki czołowej. 100. O etiologii gośca. 101. Leczenie znacznych zwężeń błonowych zapomocą t. zw. „bezustannego rozszerzania” (*Sondrungen ohne Ende*). 102. Cięcie pochwowe w celu usuwania włókniaków macicy. — Z XXVII zjazdu chirurgów niemieckich w Berlinie 13—16 kwietnia r. b. (Dokończenie). — **Odcinek.** Kilka słów w sprawie zorganizowania pomocy ocznej na prowincyi. — List otwarty do redakcyi „Medycyny”. — **Drobniejsze wiadomości różnej treści.** — **Wiadomości bieżące.** — **Zmarli** — **Ogłoszenia.**

„Medycyna”
GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux médecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r E. Sonnenberg — Un cas de déformation des cheveux d'origine parasitaire. *Nodositas pilorum microphytica. Trichomycosis palmellina Pick.* 2) D-r Fr. Neugebauer — Contribution à l'étude des lésions traumatiques des organes génitourinaires chez la femme pendant la copulation.

Redaction: Dr. M. Sadowski. Varsovie — Rue Krak.-Przedm. 7.

„Medycyna”
MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r E. Sonnenberg — Ein Fall von Verunstaltung der Haare bakteriellen Ursprungs. *Nodositas pilorum microphytica. Trichomycosis palmellina Pick.* 2) D-r Fr. Neugebauer — Beitrag zur Lehre ueber Verletzungen der weiblichen Urogenitalia sub coitu.

Redaction: Dr. M. Sadowski. Warschau — str. Krak.-Przedm. 7.

PRZYPADEK zniekształcenia włosów bakteryjnego pochodzenia.

Nodositas pilorum microphytica. Trichomycosis palmellina Pick.

Podał E. SONNENBERG (Łódź).

Rzecz, czytana w Towarz. lekarskiem łódzkim w dniu 20 Kwietnia r. b.,
(z przedstawieniem hodowli i okazów drobnowidzowych).

Zniekształcenie włosów, jakie pragnę w krótkości tu omówić, miałem sposobność już nieraz spostrzegać. Obecny przypadek spostrzegałem przed dwoma miesiącami. Dotyczy on owłosienia jam pachowych i zwrócił moją uwagę przypadkowo, podstawowem bowiem cierpieniem mego chorego była inna sprawa (*lues*). Bliższe szczegóły wzmiankowanych zboczeń podaję niżej. W tem miejscu zauważę, że włosy, o których mowa, są rzadkie, cienkie i barwy rudawej. Powłoka skórna jam pachowych, jak również sąsiedztwa tychże, jest najzupełniej prawidłowa. W owłosieniu innych części ciała żadnych zboczeń nie dostrzegłem.

Chory jest szczupły, blondyn, z mało rozwiniętym układem mięśniowym i tkanką tłuszczową; ma lat 45.

Wygląd makroskopowy.

W celu bliższego rozpatrzenia wymienionych zboczeń w owłosieniu jam pachowych wyrwałem kilkadziesiąt zmienionych włosów wraz z korzeniami. Oto co znalazłem.

W odległości 1—3 ctm. od skóry wzdłuż łodygi włosa ciągną się masy suche, jednolite i bezkształtne. Opasują one włos dokoła i tworzą na nim zgrubienie. Zgrubienia powiększają objętość zajmowanego odcinka włosa wdwójnasób lub wtrójnasób. Na kilku włosach są one jeszcze większe. Kolor omawianych tworów jest oliwkowo-żółty aż do brunatno-żółtego, zależnie od uwarstwienia tworów: im grubsze warstwy pokrywają one odcinek włosa, tem ciemniejsze jest ich zabarwienie. Twory, o których mowa, stanowią masy zbite, podłużne; ich rozciągłość jest rozmaita; na większości zdjętych włosów mają one $\frac{1}{2}$ do 3 ctm; na dwóch włosach długość pokładów dosięga 4 ctm., po za tę miarę nie wybiegają. Powyższe masy obejmują skrawek włosa w kształcie walca o jednakowej grubości i wyraźnie odcinają się od włosa. W danym przypadku jest to widoczne na kilku tylko włosach. Na kilkunastu włosach osłaniają one łodygę w ten sposób, iż w środkowej części są najgrubsze, a w miarę oddalania się od środka stwardniałej okrywy zwężają się, co nadaje dotkniętej części włosa postać wrzecionowatą.

Powierzchnia opisanych dwóch gatunków tworów jest nierówna; jest ona pokryta jakby drobną ziarniną, a przez to chropowata i szorstka.

Na innych znów włosach — a tych jest znaczna ilość — interesujące nas zboczenia wydają się w kształcie małych, krótkich, bez połysku bryłek, również, jak i dwie powyższe formy barwy oliwkowo-żółtawej, lub białawo-żółtawej. Kuliste te wyniosłości, w liczbie kilku lub kilkunastu, usadowione są blisko obok siebie; siedzą one na włosie nieruchomo i obejmują go dokoła pierścieniem w ten sposób, że włos jest w samym środku bryłki położony, a dotknięty odcinek włosa przypomina tu sznurek nawleczonych paciorków. Na niektórych znów włosach brak jest w ułożeniu bryłek osiowej symetrii: bryłki są osadzone na włosie mimośrodowo (ekscentrycznie); ich masa przy rozpatrywaniu włosa na płaszczyźnie jest nierówno podzielona po obu stronach odcinka: na jednym boku jest nieco spłaszczona, nabrzmienie jest większe, aniżeli po stronie włosa przeciwniejszej. Liczba siedzących na włosie pierścieni jest rozmaita; największa liczba mas kulistych, jaką naliczyłem na jednym z włosów, wynosi 18.

Wyniosłości węzłowate pod względem rozmiarów nie są jednakowe; najczęściej rozwinięte mają średnicę 3 razy większą od średnicy włosa, na którym siedzą; są znów pierścienie tak małe; że dla nieuzbrojonego w lupę oka są ledwo widzialne; pod lupą robią wrażenie przylgniętego do włosa pyłu. Jednak palec, przesuwany po włosie, zawsze wyczuwa w podejrzanym miejscu pewną szorstkość.

Różnica w wielkości oddzielnych pierścieni występuje nietylko przy zestawianiu rozmaitych włosów, zajętych powyższem cierpieniem, lecz widoczna jest na jednym i tym samym włosie: za jednym lub kilkoma grubszymi pierścieniami, następuje pierścień mniejszy i t. p.

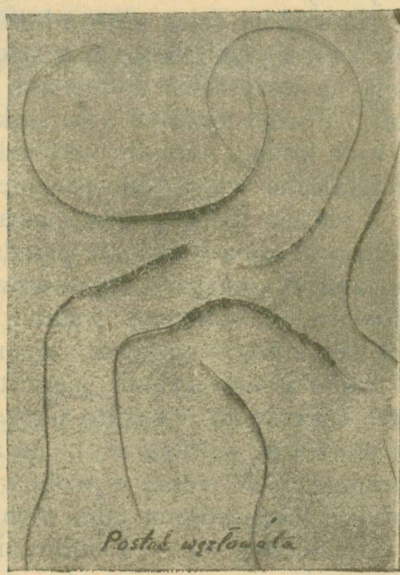
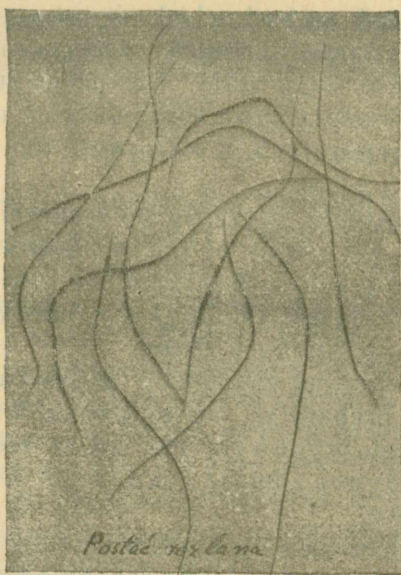
Zgrubienia pierścieniowe są na włosie ułożone przeważnie w odstępach krótkich i w pewnym porządku miarowym; czasem znów są wzdłuż łodygi rozrzucone bezładnie.

Na kilku włosach układ tworów, o których mowa, jest odmienny: bryłki są skupione po 3, 4 i 5, tworząc grupy. Grupy znów poprzedzielane są od siebie krótkimi, $\frac{1}{2}$ —1 centymetrowymi przerwami.

Między wyrwanymi włosami jest wreszcie kilka egzemplarzy, gdzie ugrupowanie opisywanych tworów przedstawia się pod postacią kombinacji następujących po sobie walcowatych otoczek naprzemian z pierścieniami. Na dwóch znów włosach pierścienie znajdują się w takim zacieśnieniu, iż pojedyncze bryłki przylegają do siebie w zupełności, zlewając się w jedną, z lekkiem wcięciem na powierzchni, masę. Są to jakby postacie przejściowe od węzłowej do rozlanej.

Wszystkie twory, opasujące włos, zarówno rozlane, jak i te, co są w kształcie bryłek, przedstawiają — jak to już wspomniałem — masy zbite i trwałe¹⁾. Są one do włosa, który pod nimi leży, dosyć silnie przytwierdzone, nie dają się bowiem wzdłuż włosa przesunąć; uciśnięte między palcami nie kruszą się, a paznokciem z trudnością można je zeskrobać. Twory powyższe są nawpół przezroczyste: ich przejrzystość najwidoczniej występuje, gdy rozpatruje się egzemplarze nie bardzo grube i przy dobrym oświetleniu.

Jak to już wyżej wspomniałem, zboczenia powyższe umiejscowione są w opisywanym przypadku tylko w bliskości korzenia włosa; na innych punktach łodygi t. j. w środkowej i obwodowej częściach włosa zboczeń, o których mowa, nie spostrzegałem. Również niezmienionym na oko wydaje się włos w odstępach między-pierścieniowych i w przerwach między-otoczkowych²⁾.



Wygląd drobnowidzowy.

Omawiane zgrubienia włosów występują pod drobnowidzem rozmaicie, zależnie od tego, czy rozpatruje się skrawki włosa z uwarstwieniem rozlanym, lub też miejsca węzłowe. W pierwszym przypadku widzimy otoczkę,

¹⁾ Na włosach „in situ“ (t. j. rosnących) omawiane uwarstwienia są spójności mniejszej, po wyrwaniu jednak włosów ulegają zgęszczeniu.

²⁾ Na dołączonych tu reprodukcjach fotograficznych włosy oraz zgrubienia są kilkanaście razy powiększone.

w kształcie żółtawych pasów, ciągnących się po obu stronach włosa; jej szerokość oraz przejrzystość jest niejednakowa. Dobrze przeświecają jedynie nie bardzo grube uwarstwienia. Otoczka ma nierówne brzegi i jest zaopatrzona w mniej lub więcej głębokie brózdy, które idą w kierunku pionowym ku osi włosa.

Izolowane i nie bardzo grube brylki przedstawiają się w postaci nieforemnych płatków. Te ostatnie poprzedzielane są od siebie przerwami rozmaitej długości; w rzeczonych przerwach włos pozostaje niezmienny, co na mikroskopowo odpowiada odstępom międzywęzłowym na włosie.

Obok wielu z wymienionych płatków można dostrzedz krótkie, haczykowate występy; zarysowują się one na tle bocznych uwarstwień włosa nieco ciemniej i odchodzą od łodygi nazewnątrz, zaginając się nieco w stronę korzenia włosa. Są to odstające cząsteczki naskórka (*cuticula*). Ich ustosunkowanie do uwarstwień bocznych jest tego rodzaju, że te ostatnie sadowią się w przestworach między łodygą a nastroszonym naskórkiem, wypełniają je, przyczem przekraczają granice tychże daleko na zewnątrz.

H o d o w l e.

Odcinki włosa, dotknięte zmianami, o których mowa, zostały w dniu 10 marca r. b., po uprzednim splukaniu ich wodą przekroploną, zaszczerpione w probówkach na agarze cukrowym, słodowym i glicerynowym. Czynnością tą zajął się łaskawie kol. SILBERSTROM. Hodowle trzymane były w ciepłocie pokojowej.

Na siódmy dzień można było zauważyć na hodowlach nieznaczną wybujałość zmienionych skrawków włosa w kształcie obrzmień. Obrzmienia wystąpiły na wszystkich hodowlach i z biegiem czasu stale, lecz wolno się zwiększały. Forma hodowli z początku odpowiadała najzupełniej tworom na włosie: była kulista naokoło wyniosłości węzłowych, a walcowata tam, gdzie zniekształcenie włosa było rozlane.

Z czasem jednak, wraz z narastaniem kolonii, zacierały się wymienione różnice: po 20 dniach kolonie przedstawiają już kształt podłużny z nieznacznymi wcięciami. Największy stosunkowo rozwój kolonii dostrzega się na agarze słodowym, na którym powstał wytwór podłużny, członkowaty, barwy białawo-żółtej, który wyglądem swym bardzo przypomina liszkę.

Zabarwienie kolonii nie jest jednakowe na wszystkich pożywkach: na agarze cukrowym jest żółto-siarkowe (3 preparaty), na agarze słodowym — białawo-żółte (3 preparaty), na agarze glicerynowym ma kolor czerwony (1 preparat). W jednej z probówek o pożywce z agaru cukrowego widać na obwodzie żółtej kolonii zabarwienie białawe.

Cząsteczkę, wziętą z hodowli, roztarłem na szkle przedmiotowym, preparat osuszyłem i następnie zabarwiłem roztworem wodnisto-alkoholowym błękitu metyłowego. Oto co znalazłem pod drobnowidzem:

Na blade-błękitnem tle pola drobnowidzowego występują silnie na niebiesko zabarwione drobnoustroje w kształcie dwuziarniaków. Zaścielają one gęsto pole i występują przeważnie pojedynczo lub są zebrane w grupy, po dwie pary w każdej. Dwuziarniak jest otoczony powłoką; naokoło grupy również można gdzieś zauważyć wspólną otoczkę. Czasem wymienione dwuziarniaki tworzą krótki łańcuch z 3 lub 4 par. Można czasem zauważyć między nimi kilka egzemplarzy mniejszych.

Kilka preparatów zabarwiłem nasyconym roztworem wyskokowym fuksyny, przyczem na lekko zaróżowionem polu drobnowidzowym wystąpiło

mocne zabarwienie czerwone dwuziarniaków. Zresztą obraz taki sam, jak i przy zastosowaniu sinka metylowego.

Rozpoznanie natury cierpienia.

Wobec więc powyższych danych klinicznych, drobnowidzowych i bakteriologicznych przychodzę do przekonania, że w danym przypadku mam do czynienia ze zboczeniem włosów, znanem pod nazwą „*Nodositas pilorum microphytica*“, a które PICK opisał pod mianem „*Trichomycosis palmellina*“.

(D. n.).

KAZUISTYKA.

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

VENUS CRUENTA, INTERDUM MUTILANS, INTERDUM OCCIDENS.

Przyczynek do nauki
o urazach narządów moczopłciowych kobiecych *sub coitu*.
(143 spostrzeżenia).

Podał **Franciszek Neugebauer**

Ordynator oddziału ginekologicznego Warszawskiego szpitala Ewangelickiego.

(Ciąg dalszy.—Zob. N. 23)

23) CARLYON: „Haemorrhage from ruptured hymen“ (Brit. Med. Journal. 9. 1891. pg. 737). Groźny krwotok z rozdartego hymenu.

24) CAVAILLON: „Viol d'une petite fille de 8 ans; perforation du cul de sac rectovaginal, dé chirure du perinée, mort par suffocation. (Cour d'assises de Vaucluse. Annales d'Hygiene publique. 1888. 3. s. t. XIX. pg. 250). Śmierć nastąpiła wskutek uduszenia podczas gwałcenia. Krocze zupełnie przerwane, błona śluzowa *vestibuli* oraz pochwy krwią podlane, oderwanie *hymenis*, przebicie tylnego sklepienia pochwy z otwarciem jamy brzusznej *in cavo Douglasii*. Oskarżonego skazano na śmierć. (Wątpliwe jest, czy rozdarcie pochwy pochodziło od działania prącia).

25) CERCHA: „Przypadek gwałtownego krwotoku z pochwy, wywołanego przedarciem przegrody pochwowej podczas spółkowania“. (Przegląd lekarski. 1889 XXVIII. pg. 181).

Nieprzytomną, z ostrą anemią 23-letnią pannę przywieziono do kliniki. Gdy oprzytomniała, opowiedziała, że w nocy po trzecim stosunku uczuła ból silny i zauważyła krwotok, przy pierwszych dwóch stosunkach podobnych objawów nie było. Przy badaniu pokazało się, że istnieje *vagina duplex*: światło lewej pochwy było szersze niż prawej. Otóż *septum vaginae* w całej dolnej swej części okazało się przerwanem, czyli oderwanem od tylnej ściany pochwy. Krew szła z rany tylnej ściany pochwy. CERCHA cytuje zupełnie analogiczne spostrzeżenie KOHN'a.

26) KOHN (?).

27) CHADWICK: (Boston med. and surgical Journal. 1885. April 30. pg. 413). 48-letnia kobieta w 10 lat po utracie miesiączki odbyła stosunek z mężem majtkiem, który po 4-miesięcznej nieobecności do domu powrócił. Stosunek, krwotok. Znalaziono ranę podłużną jednego cala długości na prawej stronie w górnej części pochwy. Rana draży na pół cala głębokości do tkanek sąsiednich. Pochwa wązka atroficzna, krótka i ciasna.

28—30) CHALLEIX: „Trois cas d'hémorrhagie grave par défloration“. (Journ. dn Méd. de Bordeaux. 1896. Tome XXVI. pg. 95).

W jednym przypadku tuż poza osadą *hymenis* powstała erozya obszerna po pierwszym stosunku, która stała się źródłem bardzo znacznego krwawienia. Pacjentka była dotknięta hemofilią.

W drugim przypadku chodziło o przerwanie błony śluzowej pochwy w tylnym sklepieniu.

W trzecim przypadku chodziło o oderwanie osady *hymenis* na dolnym obwodzie: krwotok znaczny, krwawienie tętnicze.

31—33) HOLIDAY CROOM (L'Union médicale. 1886. Mai.). Do CROOM'a zgłosiła się w dwa dni po ślubie młoda mężatka, narzekając na zbyt częstą potrzebę oddawania moczu. CROOM z pęcherza cewnikiem opróżnił więcej niż dwa litry moczu. C. znalazł podłużne pionowe rozerwanie dolnej połowy *hymenis*, które sięgało aż na wysokość dwóch centymetrów na ścianie tylnej pochwy. Ruptura *hymeno-vaginalis*. Zatrzymanie moczu było objawem refleksyjnym. Przy pierwszym stosunku silny ból, krwotok oraz omdlenie.

CROOM obserwował jeszcze dwa podobne spostrzeżenia rozerwania pochwy *sub coitu*.

34) DAGENAIS: „Alarming haemorrhage from rupture of the hymen during first coitus“. (Buffalo med. and surg. Journal. 1888—1889. XXVIII. pg. 250).

35—36) DIEMERBROECK: Anatomia corporis humani. Patrz MEISSNER: Die Frauenzimerkrankheiten. I, Bd. Leipzig. 1842. pg. 461) cytuje dwa przypadki śmierci wskutek urazów pochwy *sub cohabitatione* w poślubnej nocy, dotyczące dwóch pań holenderskich

37—38) Podobne spostrzeżenie opisuje i COLOMBAT. MEISSNER sam zna jeszcze czwarte analogiczne spostrzeżenie, gdzie również po kilku dniach nastąpiła śmierć wskutek przerwania pochwy *sub coitu*.

39) DOLAN: „Mord einer kindlichen Frau“. (Podług: Provinc. Journal 1890. Vol. X. pg. 616, patrz referat: Centralblatt fuer Gynaekologie. 1891. Vol. XV. Pg. 510). Podłużne rozdarcie pochwy ze śmiertelnym zejściem u indyjskiej dziewczynki jedenaście lat i sześć miesięcy mającej, którą pomimo niedostatecznego jeszcze rozwoju fizycznego wydano za mąż za dorosłego mężczyznę.

40) DORFFMEISTER: „Prolapsus mucosae urethrae. Ein Beitrag zur Kasuistik der durch Nothzucht verursachten Verletzungen“. (Friedreich's Blätter fuer ger. Medicin und Sanitaetspolizei. 1887. XXXVIII. pg. 3). Chłopiec 14 i pół lat zgwałcił dziewczynkę 8 lat i 9 miesięcy. Znalezione wynicowanie dolnego odcinka cewki moczowej na zewnątrz oraz rozdarcie *hymenis*.

41) DWORAK (Vierteljahrschrift fuer gerichtliche Medicin N. F. Bd. 43). Rozdarcie *hymenis*, sięgające aż na przednią ścianę pochwy oraz krwotok znaczny.

42) EISENHARD (Sitzungsberichte der Gesellschaft fuer Gynaekologie in München. 1887—1888, pg. 55). Przerwanie krocza i *sphincteris ani* oraz *incontinentia alvi* wskutek zgwałcenia 25-letniej panny.

43—47) EKLUND: „Cas curieux de rupture du vagin pendant le coit“. (Lyon. 1891. Vol. LXIV. pg. 61).

EKLUND opisał rozdarcie poprzeczne pochwy w tylnym sklepieniu, silnie krwawiące, o trzech centymetrach długości, i cytuje podobne spostrzeżenie PHILIPPAUX'a, dotyczące młodej mężatki oraz drugie spostrzeżenie, dotyczące fryzjera z przedmieścia St. Martin, który trzem kobietom przebił sklepienie pochwy i w taki sposób trzykrotnie został wdowcem.

48) FRANK: „Geschlechtsverbrechen und Toedtung“ (Vierteljahrschrift fuer ger. Med. N. F. 1887. XLVII. pg. 200). Przerwanie tylnej ściany pochwy i krocza, drążące aż do światła odbytnicy u zgwałconej dziewczynki 15-letniej; z rany wypadły pętla cienkich kiszek. Napastnik po zgwałceniu dziewczynki zamordował ją i w sprawie sądowej stwierdził, że ranę zadał jej nie prąciem, a nożem, ponieważ otwór pochwy był za ciasny dla wprowadzenia prącia.

49) FRANK: „Demonstration einer durch Coitus entstandenen Verletzung der Scheide“ (Wiener medic. Presse. 1888, pg. 954). Przerwanie tylnego sklepienia pochwy z obnażeniem otrzewny i znacznym krwotokiem.

50—51) E. FRANCK: „Beitraege zur Lehre von den Coitusverletzungen“ (Prager Med. Woch. 1890. pg. 59). W pierwszym przypadku chodziło o rozdarcie tylnego sklepienia pochwy czterech centymetrów szerokości (bez przedarcia jednak otrzewny), pomimo że kobieta ta poprzednio już raz jeden rodziła. W drugim przypadku chodziło o *hymen bifenestratus* i *vagina duplex*; prącie utorowało sobie drogę z jednej pochwy do drugiej, przebijając przegrodę pomiędzy nimi od strony prawej pochwy, więcej ku tyłowi położonej, ku pochwie lewej.

52) GEISTHOEVEL opisuje ponowne powstanie przetoki moczowej pęcherzowo-pochwowej, dawniej skutecznie zaszytej, wskutek spółkowania. (Wiener med. Blätter. 1893. Vol. XVI. pg. 743).

53) GOLDBERGER u młodej mężatki znalazł poprzeczne rozdarcie tylnego sklepienia pochwy (Centralbl. fuer Gynaekologie. 1881 1896. pg. 310).

54) GREEN (Brit. med. Journal. 6. III. 1889). Podłużne rozdarcie tylnej ściany pochwy 2 cale długości po stronie lewej.

55—57) GREEN: „Lacerations of the vagina by coitus“ (Boston med. and surg. Journal. 1893. Vol. CXXIII. pg. 364). Trzy przypadki: w jednym *hymen* na całym prawie obwodzie swoim był oderwany od osady z wyjątkiem jednego miejsca po prawej stronie. W drugim przypadku przednie sklepienie pochwy okazało się przedarte na szerokości $\frac{3}{4}$ cala, w trzecim przypadku znaleziono podłużne rozdarcie tylnej ściany pochwy dwóch cali długości.

58—61) GUSSMANN: „Zwei Fälle von selten beobachteter Art der Zerreißung des Hymen“. (Archiv fuer Gynaekologie. 1878. Bd. 13. pg. 440). U 19-letniej panny *sub defloratione foramen hymenaeum* pozostało nienaruszone, ponieważ leżało ekscentrycznie u samej góry, natomiast prącie przebiło sam miąższ dolnego odcinka *hymenis* tuż powyżej *fossae navicularis*. Nastąpiło rozerwanie w czterech kierunkach; obecnie dokoła otworu, prowadzącego do pochwy, wiszą swobodnie cztery strzępy tkanki dawnego *hymenis*, w jednym z nich, górnym, znajduje się *foramen hymenaeum*. Tak twierdzi GUSSMANN — osobiście przypuszczam jeszcze możliwość innego objaśnienia, więcej prawdopodobnego, mianowicie, że istniał *hymen biforis*, i że przy stosunku rozdarty został jeden otwór *hymenis*, a drugi pozostał nienaruszony.

W drugim przypadku *foramen hymenaeum* znalazło się w tylnym odcinku rozerwanego w samym miąższu swoim *hymenis* u prostytutki 23-letniej. D-r LANDENBERGER zakomunikował GUSSMANN'owi dwa podobne spostrzeżenia własne, gdzie pomimo rozerwania *hymenis* w samym miąższu obwód *foraminis hymenaei* pozostał nienaruszony.

Jako smutne *curiosum*, *stricto* mówiąc, nie należące do kwestyi, dziś nas zajmującej, przytaczam spostrzeżenie HARRIS'a „A case of rupture of the vagina with fatal haemorrhage and peritonitis“ (Brit. Med. Journal. 1891. I. pg. 1017).

HARRIS: (The British Medical Journal. 9 Mai. 1891) opisuje sekcję sądową 12-letniej dziewczyny, wydanej niedawno za mąż za mężczyznę 16—18-letniego. Dziewczynka pochodzenia indyjskiego. Własna matka dla przygotowania córki do spółkowania, podług obyczaju, udostępniła pochwę jej dla stosunku, lecz zrobiła to tak, że córka wskutek urazów przez tę przygotowawczą manipulację zmarła. Znalezione świeże urazy wielkich i małych warg sromnych, łechtaczki, *vestibuli vaginae*, brzegów otworu cewki i otworu pochwy, prawie zupełne zniszczenie wszelkich śladów błony dziewiczej, zgorzel tylnej ściany pochwy i wejścia, krzywo przebiegające rozzerwanie lewej ściany pochwy w bliskości połączenia jej ze szyją maciczną; rozdarcie w tem miejscu draży do jamy brzusznej; *peritonitis* i ostra anemia od ubytku krwi. Podług HARRIS'a CLEVERS (Medical Jurisprudence in India) przytacza cały szereg śmiertelnych spostrzeżeń takiego rodzaju.

62—63) HAYNES: „Vaginal haemorrhage from a first coition, septicaemia, death“. (Amer. Journal of Obstetrics. 1891. Vol. XXIV. pg. 680). W innym przypadku HAYNES'a jakiś lekarz zatamponował pochwę po rozdarciu jej, lecz zapomniał następnie usunąć tampon, który, pozostając, w miejscu wywołał septycemię i śmierć.

64—65) HIMMELFARB: „Zur Kasuistik der Scheidenverletzungen durch den Coitus“ (Centr. f. Gyn. 1890. pg. 395). HIMMELFARB opisuje spostrzeżenie rozdarcia całej niemal tylnej ściany pochwy aż do samego sklepienia u starej kobiety, zgwałconej aż przez trzech mężczyzn z rzędu. Drugi przypadek zakończył się śmiercią w 6 tygodni po nocy poślubnej u 24-letniej żony żołnierza. Przy sekcji skonstatowano rozdarcie pochwy, *para-* i *perimetritis* oraz septykopiemię następczą. Lewe *parametrium* otwarte. Posokowaty rozkład tkanek w ranie i szyi macicznej.

66) BARTON HIRST: „*Fistula vulvo-rectalis* wskutek urazu *sub primo coitu*“ (Journal of the American med. Association. 1886. pg. 638). Rozdarcie poprzeczne szerokie poniżej osady *hymenis*, rana draży aż do światła odbytnicy. *Hymen* zaś cały i pochwa nietknięta. Ranę zaszyto.

67) HOFMOKL: „Rissquetschwunde am Scheideneingange, bewirkt durch einen versuchten forcierten Coitus bei einer 18-jährigen Jungfrau, die eine mangelhaft enwickelte Scheide und einen Mangel des Uterus und beider Ovarien hatte“. Bericht der k. k. Krankenanstalt Rudolphs-Stiftung. 1890. Wien. 1891. pg. 334.

HOFMOKL opisuje rany, powstałe przy zgwałceniu panny o braku macicy i jajników i szcztatkowo ukształtowanej pochwie. *Immissio penis* nie udała się. Lewe *labium majus* było krwią podbiegłe i oderwane od pochwy oraz cewki moczowej. Rana trzech i pół centymetra długości i 5 centymetrów głębokości. Ku górze rana sięgała aż do *mons Veneris*, ku dołowi aż do okolicy otworu odbytnicy, krwawienie silne. W głębi rany można było wymacać obnażoną kość *rami ossis pubis*. *Hymen* naderwany i krwawiący. Pochwa kończyła się ślepo na wysokości trzech i pół centymetra.

68) HOFMOKL: „Ueber Zwei Faelle von Verletzung weiblicher Genitalien mit starker consecutiver Blutung durch einen sturmischen Coitus verursacht“. (Internationale klinische Rundschau. 1890. IV. pg. 1601.

69) JENNIGS: „Case of sexual intercourse with a girl between 11. and 12 years of age, who had no arrived at the age of puberty; rupture of vagina and death. Med. Reporter. Calcutta 1894. Vol. IV. pg. 103.

70) JESSIPOW: (Medicinskoje obozrenje. 1886. Nr. 1) opisuje przypadek rozdarcia cewki moczowej *sub coitu*. Młoda mężatka o *atresia hymenalis innata* oraz *haematocolpometra* w poślubnej nocy uległa takiemu pokaleczeniu, że mąż rozdarł praciem otwór cewki moczowej, mianowicie rozdarcie sięgało na dwa centymetry wysoko i skierowane było ku górze! Poniżej otworu rozerwanej cewki wytłaczała się nienaruszona atretyczna błona dziewicza. Rozdarcie cewki zaszyto, a po zagojeniu się rany trójgrańcem przebito atrezyę hymenalną i opróżniono zatrzymaną w pochwie i macicy krew. Przy stosunku mąż i żona byli pijani.

71) H. L. E. JOHNSON: „Hymen torn from its perineal border“ (Amer. Journ. of Obstetrics. 1896. Vol. XXXIII. pg. 575). W przypadku tym chodziło o oderwanie osad błony dziewiczej *sub coitu*.

72) KEHRER: „Harngenitalfisteln“ (Beitraege zur klinischen und experimentellen Geburtskunde und Gynaekologie. II. Bd. Heft IV. Giessen. 1890. pg. 550) opisał rozdarcie cewki moczowej wskutek *coitus* od ujścia zewnętrznego do szyi pęcherza moczowego.

KLAPROTH: „Ueber profuse Blutungen der Vaginalschleimhaut in dem kleinen Raume zwischen der Clitoris und der Harnroehrenmuendung“ (Monatsschrift fuer Geburtskunde und Frauenkrankheiten. Bd. 13. 1859. pg. 1) opisuje cztery przypadki znacznego krwawienia z rozdarcia błony śluzowej *vulvae* pomiędzy lechtaczką a cewką, lecz dotyczą one uszkodzeń *sub partu* w trzech przypadkach, urazu przypadkowego w czwartym przypadku, a więc uszkodzenia nie powstały *sub coitu*.

73) KOŚMIŃSKI (Przegląd lekarski. 1895. Nr. 35 i 36). Spustoszenia mnogie pochwy, krocza i sromu wskutek defloracyi dziewicy przez pijanego mężczyznę: przerwanie *sphincteris ani*, rana na wewnętrznej powierzchni lewej małej wargi sromnej.

(C. d. n.).

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

99. RAFIN. O powikłaniach wewnątrzczaszkowych, wywołanych zapaleniem zatoki czołowej. Biorąc za punkt wyjścia przypadek zapalenia ropnego zatoki czołowej, powikłany ropniem mózgu i operowany z pomyślnym wynikiem, autor opisuje na zasadzie danych, zaczerpniętych z piśmiennictwa, obraz powikłań wewnątrzczaszkowych, napotykaných w zapaleniu ropnem zatoki czołowej.

Przypadków ropnia mózgu powyższego pochodzenia zebrał autor 10. Wszystkie dotyczyły osobników dojrzałych: 4 kobiet i 6 mężczyzn. Z pomiędzy 7 przypadków, w których jest mowa o stanie zewnętrznych ścian zatoki, w czterech były one nieuszkodzone, w trzech —przedziurawione; na 8 zaś przypadków, w których wspomniano o stanie ściany czaszkowej zatoki, 6 razy była ona uszkodzona, a zatem ropień mózgu może powstać i bez przedziurawienia tej ściany.

Siedliskiem ropnia był zawsze mózg, nigdy mózdzek; cierpienie dotyczyło zazwyczaj przedniej części zrazu czołowego.

Objawy wczesne były różnorodne: osłabienie inteligencji, ból głowy, połączony z wymiotami, dreszcze, drgawki. W przypadku autora żadnego z tych objawów nie było, stwierdzono jedynie zapalenie nerwu ocznego. Gorączka zdarzała się rzadko, w jednym tylko przypadku dosięgła 40°, w drugim wahała się pomiędzy 38° a 39°.

Operowanych przypadków było 5, z pomiędzy nich wyzdrowiały 2. Nieoperowane wszystkie, naturalnie, zakończyły się śmiercią.

Powikłanie zapaleniem opon mózgowych spostrzegano 4 razy. I tutaj cierpienie dotyczyło bez wyjątku ludzi dorosłych. W trzech przypadkach znaleziono przedziurawienie ściany czaszkowej zatoki. Dwa spostrzeżenia dotyczą sprawy zakrzepowej zatok mózgowych. W jednym dotknięte były cierpieniem obie zatoki jamiste, w drugim prócz tego zatoka podłużna.

W 4 przypadkach wreszcie powikłania były skombinowane, mianowicie: w dwóch—zakrzep zatoki podłużnej i zapalenie opon mózgowych; w jednym—zapalenie opon i ropień zewnątrzoponowy; w jednym — zapalenie opon, ropień wewnątrzoponowy i ropień mózgu.

Naturalnie, że wszystkie powikłania zapaleniem opon mózgowych i zakrzepem zatok zakończyły się śmiercią.

(Arch. gén. de med. 1897. Nr. 10 i 12).

Srebrny.

100. E. BLOCH. O etiologii goścca. Wiadomości nasze o istocie goścca są do dziś jeszcze bardzo niedokładne, a poszukiwania bakteryologiczne nie doprowadziły do żadnych wyników pewnych. Badania te są zapewne ujemne tylko do pewnego stopnia. Wykazały one raczej, że gościec pod względem etiologicznym zbliża się do nieżyty gardzieli, który zależy nie od jednego rodzaju drobnoustrojów, stanowi raczej zakażenie mieszane. Spostrzeżenia kliniczne już od czasów bardzo dawnych wspominają o t. zw. *angina rheumatica*; może więc te spostrzeżenia rzucać nieco więcej światła na sprawę pochodzenia goścca. W rzeczy samej cały szereg prac klinicznych stwierdza istnienie związku etiologicznego między nieżytem gardzieli i goścцем stawowym ostrym. Wprawdzie żadna „*angina rheumatica*“, jako oddzielna jednostka chorobowa nie istnieje, natomiast nie podlega wątpliwości, że gościec stawowy ostry może powstawać po każdym nieżycie migdałków (*angina tonsillaris*), aczkolwiek natężenie obudwu spraw patologicznych nie idzie równolegle, a przeciąg czasu między jednym i drugim cierpieniem, innemi słowy, okres wylegania w goścću może być rozmaity. W każdym bądź razie wiadomo, że odsetka przypadków goścca, któremu początek dała *angina*, waha się między 20—80%. Związek ten teoretycznie objaśniają dwojako: jedni są zdania, że rola *anginy* w etiologii goścca równa się obrażeniu skóry w powstawaniu tężca, według zaś twierdzenia innych zapalenie stawów i towarzyszące im objawy ogólne pochodzenia goścćowego stanowią skutek przerzutów tych samych drobnoustrojów, które wywołały *anginę*. Według tego więc poglądu gościec uważać należy za pewien rodzaj posocznicy znacznie osłabionej. GERHARDT wygłosił niedawno jeszcze inną hipotezę: sądzi on, że nie same drobnoustroje lecz produkty ich życia poczytywać należy za czynnik etiologiczny goścca. Najwięcej jednak prawdopodobieństwa posiada przypuszczenie, że gościec należy do zakażeń mieszanych. Potwierdzają to nie tylko wyniki badań bakteryologicznych, lecz i cały obraz kliniczny cierpienia wraz z rozmaitemi powikłaniami ze strony błon surowiczych, skóry, opon mózgowych i t. d., a także występowanie goścca stawowego po takich cierpieniach, jak: płonica, błonica, dur, biegunka krwawa, gorączka pługowa, a nawet zastrzał (*panaritium*) i *fistula ani*. Po za tem autor spostrzegał jeden przypadek goścca, który nastąpił wskutek zakażenia rany po zaszczepieniu ospy ochronnej i kilka przypadków, w których źródłem zakażenia dla cierpienia stawów goścćowego były sprawy ropne w uchu. Nie zawsze jednak udaje się znaleźć pierwotne ognisko, które dało początek goścćowi. Autor sądzi, że do tego właśnie szeregu cierpień należą stany chorobowe, nazwane przez GERHARDT'a „*rheumatoide*“. Ponieważ jednak przebieg cierpienia w tych razach nie różni się zgola od typowego goścca, autor uważa za

zbyteczne wprowadzanie tej nowej nazwy. Wobec tak postawionej sprawy etiologii gościa zachodzi pytanie, czy nasze metody lecznicze nie powinny ulegć zmianie? W obecnej porze, kiedy nie posiadamy jeszcze swoistych surowic antytoksycznych, dotychczasowe leczenie przetworami salicyłowymi nie ulegnie zmianie, chociażby dlatego, że dotąd było ono przeważnie skuteczne. Lecz czy w przyszłości nie będziemy uciekali się do surowicy, przesądzać niepodobna. Jedno tylko pozostaje nam czynić, mianowicie, możliwie dokładnie badać chorych i troskliwie wyszukiwać źródło zakażenia. Ta drobiazgowość badania posiada wielkie znaczenie i ze względu na możliwe nawroty cierpienia, a tem samem i na zapobieganie chorobie: niszcząc dokładnie pierwotne ognisko zakażenia, będziemy w stanie uwolnić chorego od nawrotu gościa. Nasze zaś postępowanie lecznicze tylko wtedy przestanie być objawowe i empiryczne, kiedy w każdym przypadku gościa wykryjemy źródło zamożtrucia ustroju.

(*München. med. Wochschr.* Nr. 15 i 16. 1898).

K. Zaleski.

101. EISELSBERG. **Leczenie znacznych zwężeń bliznowych za pomocą t. zw. „bezustannego rozszerzania“** (*Sondirung ohne Ende*). Zwężenia w niektórych narządach, np. trawienia (przełyku, odźwierniku, jelitach i odbytnicy), oddechania (*thawicy post luem, diphtheriam*), zarówno jak w cewce moczowej należą do cierpień ciężkich, zagrażających życiu. Pomimo dość licznych i różnorodnych zabiegów, jakie ostatnio stosują chirurhowie w celu leczenia zwężeń wogóle (długo trwające leczenie zgłębnikami, złożone rękoczyny krwawe), mamy często do czynienia z ciężkimi zwężeniami, w których zwykłe leczenie pozostaje bezskuteczne. W takich przypadkach należy próbować rękoczynu, nie mającego jeszcze szerszego zastosowania, a wprowadzonego do arsenału metod leczniczych przez HACKER'a.

Rękoczyn ten, t. zw. „bezustanne rozszerzanie“ polega na tem, że gumowy sącdek, wprowadzony do zwężonego miejsca, rozszerza je wskutek elastycznej dążności do powiększania swego światła. Sącdek gumowy przekładać tu należy nad wszystkie inne zgłębniki rozszerzające (angielskie cewniki, rozszerzacze z kości słoniowej i t. d.).

W zwężeniach przełyku wykonywamy gastrostomię, jeżeli okoliczności pozwalają, dwurazową i dajemy choremu do połknięcia śróć, do którego przymocowana została uprzednio jedwabna nitka; śróć toruje sobie drogę do żołądka nawet w bardzo silnych zwężeniach przełyku. Za pomocą tępego haczyka wyciągamy śróć przez przetokę żołądkową i otrzymujemy w ten sposób rodzaj *itinerarium*; do jedwabnej nitki przymocowujemy rurkę gumową bardzo cienką, przeciągamy przez zwężone miejsce przełyku i po 10 minutach ściągamy rurkę na dół. Teraz wewnątrz owej najcieńszej rurki wsadzamy szerszą (nie naodwrot), unikając w ten sposób znacznych różnic przy rozciąganiu zwężonego miejsca. Codziennie w przeciągu $\frac{1}{2}$ —1 godziny wprowadzamy coraz grubszy sącdek. Jeżeli zwężone miejsce zostało już nieco rozszerzone, możemy nie zostawiać do następnego razu jedwabnej nitki, jako *itinerarium*, lecz polecić choremu przed następnym rozszerzaniem połknąć nitkę jedwabną lub sącdek gumowy (po 2—4 miesiącach) z umieszczonym u dolnego końca ziarnkiem śrotu. Postępujemy w ten sposób aż do czasu, kiedy najgrubszy zgłębnik żołądkowy przechodzi z łatwością przez zwężone miejsce. Jeżeli chory przywykł już do omawianego rękoczynu rozszerzania, natenczas zamykamy przetokę żołądkową; chory jednak musi przez długi czas codziennie wprowadzać sobie miękki gruby zgłębnik, aby w ten sposób zapobiedz nawrotowi cierpienia.

W tych przypadkach, w których wskutek blizny w zupełności jest zamknięte światło przełyku, musimy par force przejść przez zwężone miejsce, co daje się

uskutecznić za pomocą oesophagotomii (BILLROTH, BERGMANN). Przez ranę w przełyku przeprowadzamy zgłębnik żołądkowy, przepychamy nim ostrożnie zwężone miejsce i po przywiązaniu doń nitki jedwabnej, postępujemy jak wyżej.

W klinice BILLROTH'a z trzech przypadków zwężenia przełyku, leczonych w omawiany sposób, w dwóch śmierć nastąpiła wskutek *bronchitis putrida* (v. HACKER) i *perioesophagitis*. W 3-im przypadku, gdzie oprócz gastrostomii wykonano oesophagotomię, wynik był dobry. v. HACKER ogłosił dwa przypadki leczenia zwężeń przełyku za pomocą „bezustannego rozszerzania“ również z dobrym wynikiem.

Autor miał 4 przypadki znacznego zwężenia przełyku, z których w dwóch uciekł się do „bezustannego rozszerzania“, w dwóch zaś innych leczył innemi metodami. W ostatnich przypadkach chorzy zmarli, z pierwszych zaś w jednym chory wyzdrowiał, w drugim leczenie jeszcze nie jest ukończone. W przypadku ostatnim użył autor stożkowatego sączka, działaniu którego przypisuje szybką poprawę w stanie chorego.

Zgodnie z MAYDL'em, v. HACKER'em, MEYER'em i innymi autor mniema, że w świeżych przypadkach oparzeń przełyku nie należy używać zgłębników, lecz wykonać gastrostomię, co nie przedstawia wcale niebezpieczeństwa dla chorego.

Również, nadaje się „bezustanne rozszerzanie“ w leczeniu zwężeń krtani, jak tego dowodzi przytoczony przez autora przypadek z kliniki BILLROTH'a, gdzie dwukrotnie w jednym przypadku użyto omawianego rękoczynu z dobrym wynikiem. Co się tyczy znacznych zwężeń cewki moczowej, to i tutaj mamy w „bezustannem rozszerzaniu“ niezły środek leczniczy. Autor przytacza w tym względzie dwa przypadki z kliniki w Utrechcie.

Przez analogię stosowano „bezustanne rozszerzanie“ z dobrym wynikiem, w znacznych zwężeniach odbytnicy, na tle przymiotu; tutaj również należy uprzednio wykonać *colostomiam*.

Nakoniec v. HACKER stosował omawiany rękoczyn w jednym przypadku przymiotowego zwężenia jamy nosowej (rolę przetoki odgrywała w tym przypadku jama ustna).

Na zasadzie wszystkich tych spostrzeżeń, przychodzi autor do wniosku, że „bezustanne rozszerzanie“ z uprzednią gastrostomią, kolostomią i t. d., zwłaszcza przy użyciu stożkowatego sączka, należy uważać za rękoczyn skuteczny w leczeniu ciężkich przypadków bliznowego zwężenia.

Ant. J. Goldman.

102. A. V. WENDEL i W. O. BAILEY. **Cięcie pochwowe w celu usuwania włókniaków macicy.** Autorowie dzielą włókniaki macicy na jednoogniskowe, pojedyncze, rosnące bardzo powoli i prawie niezłośliwe, i na liczne, o początku mniej lub więcej raptownym, rozwoju szybkim, sprowadzające znaczne bóle w miarę zbliżania się ku jamie macicy, tudzież liczne objawy wtórne, jako to: nader obfite i bolesne miesiączkowanie, upławy, upośledzenie ogólnego odżywiania, niepłodność, a w razie zajścia w ciążę, jako правило—poronienie.

Liczne włókniaki macicy należy usuwać zawsze. Do ostatnich czasów cel powyższy osiągnano przeważnie na drodze całkowitego usuwania zajętej nowotworami macicy. Autorowie, przeciwnie, stosują zabieg ten tylko wówczas, gdy tkanka macicy już całkiem uległa zwyrodnieniu, w przeważnej zaś liczbie przypadków macicę zachowują, wyłuszczając tylko kolejno wszystkie nowotwory, a to drogą cięcia pochwowego. Operacja odbywa się w sposób następujący: położenie jak do cięcia pęcherza u mężczyzn. By uchronić ranę od zakażenia przez wydzielinę kiszki stolcowej, kładzie się na pośladki ceratę z otworem, odpowiadającym sromowi, przy-

wiażując ją do uda oraz trzymadeł nóg. Zależnie od umiejscowienia nowotworów robi się cięcie już to w przednim, już to w tylnym sklepieniu, już to wreszcie w obu, przecina się otrzewną, ścianę macicy, torebkę włókniaka i wyluszcza się tenże bądź cały, bądź kawałkami. Po wypuszczeniu zaszywa się łożysko włókniaka kilkupiętrowym głębokim szwem katgutowym. Jeżeli jama macicy została otwarta podczas operacji należy starannie zaszyć otwór, by zapobiedz zakażeniu rany. Autorowie przytaczają 14 własnych przypadków licznych włókniaków macicy, przez się operowanych w sposób powyższy z wynikiem pomyślnym. W jednym tylko przypadku, we dwa lata po operacji, znaleziono w macicy podczas badania włókniak wielkości orzecha laskowego. Zajście w ciążę po operacji autorowie spostrzegali dwukrotnie, w jednym przypadku operowana urodziła we właściwym czasie w półtora roku po operacji, w drugim miało miejsce poronienie sztuczne.

Autorowie przenoszą cięcie pochwowe nad cięcie brzuszne do usuwania licznych włókniaków macicy zarówno ze względu na mniejsze niebezpieczeństwo zakażenia otrzewny, jako też i ze względu na łatwość podwiązania większych tętnic. Na korzyść pierwszej operacji przemawia również i to, że kobiety chętniej poddają się operacji, mając pewność że nie będą oszpecone blizną na brzuchu.
(*Medical Record*. Nr. 2. 1898). *Leonard Lorentowicz*.

Z XXVII zjazdu chirurgów niemieckich w Berlinie

13—16 kwietnia r. b.

JORDAN (Heidelberg). **Doświadczenia nad plastyką klatki piersiowej (*thoracoplastica*) Schede'go.** Z 20-tu chorych, operowanych tą metodą w klinice CZERNY'ego, zmarł jeden wskutek zapaści, czterech z powodów niezależnych od operacji, 9-iu wyzdrowiało, u 6-iu nastąpiło polepszenie. Zabieg jest szczególnie niebezpieczny u dotkniętych gruźlicą, może bowiem spowodować gruźlicę prosówkową, i z tego powodu nie powinien być stosowany w gruźlicy. Obawa następczego skrzywienia kręgosłupa jest płonna, po operacji znikają bowiem istniejące skrzywienia.

PERTHES stosował w 12-tu przypadkach ropnia opłucny (*empyema*) wycięcie żeber z następczem sączkowaniem w sposób następujący: ranę pokrywa się plasterm kauczukowym i przezeń przeprowadza się zgłębnik giętki przelykowy połączony z aspirującym syfonem. Wyniki leczenia są zachęcające.

KAREWSKI podaje kilka kazuistycznie ciekawych przypadków wycięcia żeber i przedstawia trzech chorych ongi na *empyema*, z których jeden nie podlegał operacji, drugiemu K. wyciął jedno żebro, trzeciemu zrobił obszerną plastykę klatki piersiowej; największe zniekształcenie występuje u pierwszego, najmniejsze u trzeciego.

LAUENSTEIN i FRIEDRICH przemawiają przeciw metodzie SCHEDE'go, SCHEDE wyraża uznanie dla metody PERTHES'a, o ile się ona nadaje do operowania rozległych ropni.

ZOEGE v. MANTEUFFEL. **Skręcenie jelita ślepego.** Niezbędnym warunkiem do skręcenia jelita ślepego jest istnienie *mesenterium commune ileocoecale*, dzięki któremu kiszka ślepa jest nienormalnie ruchoma; skręcenie następuje około osi jelita lub krezki, w ostatnim razie łatwo następuje zgorzel jelita. Z zebranych przez autora 24 przypadków (4 własne) wyprowadzić można uwagi następujące. Objawy

kliniczne są niestale; w większości przypadków można zauważyć istnienie guza, który naprowadzić może na myśl o skręceniu *S.iliacum*; lecz w ostatnim przypadku wysokie ławatywy nie pozostają w jelitach, i ruch robaczkowy w guzie ma kierunek od prawej strony ku lewej, w przypadku zaś skręcenia кишки ślepej bywa przeciwnie. Leczenie powinno być operacyjne, wszystkie przypadki nieoperowane kończą się śmiercią. Operując, należy przedewszystkiem odkręcić pętlę, a wyciąć kışkę tylko wówczas, gdy istnieje już zgorzel lub też bliznowate zżęzenie jelita.

BRAMANN (Halla). **Rokowanie przy wycięciu jelit, dotkniętych rakiem.** Autor operował 14 przypadków raka kışzek grubych; szesciu operowanych zmarło bezpośrednio po operacji, ośmiu wyzdrowiało; wśród ostatnich jeden był operowany przed trzema laty, dwóch przed dwoma, reszta przed rokiem. Wszyscy czują się zupełnie dobrze.

GUSSENBAUER spostrzegał chorą, operowaną przezeń przed 19-tu laty z powodu raka kışki zagiętej (*S.romanum*); chora zmarła w roku przeszłym na udar mōzgowy, nawrotu do chwili śmierci nie było. Z 15-tu chorych na raka kışek, których G. operował, zmarło pięciu bezpośrednio po operacji.

KROENLEIN (Zurych). **Wyniki leczenia błonicy surowicą swoistą.** Od roku 1894 R. stosuje surowicę we wszystkich bez wyjątku przypadkach błonicy, stwierdzonej za pomocą badania bakteriologicznego. Do roku 1889 przyjmowanie chorych błoniczych na oddział autora było ograniczone, od r. 1889 przyjmowani są wszyscy chorzy na błonicę. Wyniki leczenia przedstawia poniższa tablica.

	Lata 1881—89	1889—1894	Ogółem	1894—1897
Ogółna liczba leczonych	485	851	1336	437
Zmarło	230	304	534	35
% śmiertelności	47,42%	35,72%	39,97%	12,58%
1) Operowanych	354	308	662	101
Zmarło	211	227	438	36
% śmiertelności	59,6%	73,7%	66,1%	35,64%
2) Nie operowani	131	543	674	336
Zmarło	19	77	96	19
% śmiertelności	14,5%	14,18%	14,24%	5,65%

Polepszenie wyników leczenia przypisuje K. wyłącznie surowicy.

Chirurgia wątroby i dróg żółciowych.

PETERSEN (Heidelberg). Ważnym rozpoznawczym objawem kamicy żółciowej jest obecność w moczu bliżej jeszcze nie zbadanej odtleniającej substancji, która znika w moczu w 3—4 tygodnie po usunięciu kamieni żółciowych. Znalazł ją P. u 28-iu z 29-iu chorych na kamice żółciową. Statystyka operowanych jest następująca: 65 cholecystotomii (2 przypadki śmierci), 6 cholecystendyz, 3 cholecystopeksye, 10 cholecystektomii (2 przypad. śmierci), 20 choledochotomii (3 przypad. śmierci), 11 połączeń dwunastnicy z przewodem żółciowym dokışzkowym (5 razy z powodu raka). Bakteriologiczne badanie żółci w 50-iu przypadkach wykazało w 46-iu obecność bakterii (36 wyłącznie *bacillus coli*, 6 *bac. coli* i gronkowiec, 4 *bac. coli* i paciorkowiec); po operacji ilość bakterii stopniowo zmniejszała się, a po 8—20 dniach żółć, otrzymywana ze sztucznej przetoki żółciowej, była zazwyczaj jałowa. Ogólne mniemanie, jakoby odpływ żółci do jamy brzusznej przedstawiał bardzo niebezpieczne powikłanie, jest przesadzone. P. operował z dobrym wynikiem chorego, u którego żółć przedostawała się do jamy brzusznej w przeciągu 5-u tygodni. W operacjach na wątrobie stosował autor w celu zatamowania krwotoku oprócz zwykłych środków również parę i gorące powietrze; para nie jest skute-

czna, gorące powietrze zaś, stosowane za pomocą przyrządu HOLLAEENDER'a działa dobrze.

POPPERT (Giessen) stosował z powodzeniem w 57 przypadkach cięcia pęcherzyka żółciowego następującą metodę: po wyjęciu kamienia wprowadza i przyszywa do jednego brzegu pęcherzyka kauczukowy sącdek, zeszywa pęcherzyk, a drugi koniec sączka otoczony tamponem, wyprowadza nazewnątrz ściany brzusznej; tampon wyjmie po 15-tu dniach, sącdek po 3—4 tygodniach. Dzięki tej metodzie uniknąć można zrostów pomiędzy pęcherzykiem żółciowym i ścianą brzuszną.

HOLLAEENDER (Berlin) stosował w jednym przypadku raka pęcherzyka żółciowego powietrze, ogrzane do 300--400° C. w celu zatamowania krwotoku z wątroby i skutek otrzymał natychmiastowy.

RIEDEL (Jena) zwraca uwagę na bakteryologiczny stan żółci; gdy jest ona jałowa, odpływ jej do jamy brzusznej nie ma złego wpływu, gdy żółć zaś jest zakażona już przed operacją, i chory umiera w kilka dni po operacji. nie jest to winą niedostatecznie bezgnilnego postępowania, gdyż chorzy tacy nie mogą być uratowani za pomocą zabiegu operacyjnego. Jedynym objawem, wskazującym możliwość zakażenia żółci, jest wyraźne osłabienie chorego w czasie wolnym od napadów choroby.

KRAUSE w trzech przypadkach klinowatego wycięcia części wątroby zadowolnił się w celu powstrzymania krwotoku nałożeniem przewiązek na tętnice i zeszcieniem tkanki wątrobowej, uciskanej ręką pomagającego przy operacji; krwotok był nieznaczny; następczego krwawienia nie było.

KUEMMEL. **Leczenie wilka promieniami Röntgen'a i światłem zgęszczonem.** Porównawcze leczenie obydwoma sposobami wykazuje jednakowe wyniki, wobec czego nie należy przypisywać ich specjalnym własnościom promieni X. Działanie zgęszczonego światła bywa niekiedy nader szybkie: małe guziczki wilka znikają po jednym posiedzeniu, nie pozostawiając prawie żadnych blizn po sobie.

BARTH (Gdańsk). **Operacja ropnego zapalenia zatok czołowych.** Choć osteoplastyczna operacja, wykonana metodą KUESTER'a i CZERNY'ego, przewyższa wszelkie inne, ma ona tę ujemną stronę, że często potem gojenie się jest nader przewlekłe wskutek niedostatecznego sączkowania. W celu utworzenia obszernej komunikacji pomiędzy jamą nosową i zatokami czołowymi, przecina B. kość nosową i część nosową kości czołowej i usuwa komórki sitowe; po usunięciu błony śluzowej zatok czołowych ranę zaszywa. Sposób autora daje dobre wyniki kosmetyczne i chroni przed nawrotem. Wyleczenie po operacji następuje w dwa tygodnie.

GARRÉ (Rostok). **Wycięcie i plastyka przełyku.** Z opisanych dotychczas dzieśięciu przypadków wycięcia przełyku autor wykonał trzy, w jednym zaś użył zdrowej błony śluzowej krtani do plastyki przełyku. Przypadek ten przedstawiał się w sposób następujący: nowotwór rakowaty zajmował tylną część płytki tarczowej i powodował zwężenie przełyku; G. wyciął cztery pierścienie chrzęstne tchawicy, przełyk na przestrzeni 6,5 ctm., gruczoł tarczowy, obnażył chrząstki krtani z błony śluzowej, błonę śluzową wszczepił w utworzony brak przełyku i zeszył tylną ścianę przełyku. Nastąpiło wyzdrowienie, nawrotu nie było.

VULPIUS (Heidelberg). **Leczenie porażen za pomocą przeszczepiania ścięgien.** W przypadkach, gdy oprócz porażenia istnieją zrosty, należy najpierw wykonać wyprostowanie, następnie zaś przeszczepić odnośne ścięgna, nałożyć opatrunek gipsowy, później zaś stosować odpowiednie ćwiczenia gimnastyczne. Najbardziej rozpowszechnione jest użycie mięśnia łydkowego do wywrotu (*supinatio*) przy *pes planus*; wzamian czworogłowego mięśnia wyprostnego goleni, używał V. z powodzeniem ścięgna mięśnia krawieckiego; w jednym przypadku porażenia zginaczy

palców dłoni przyszył V. zginacz napięstka promieniowy do zginacza palców wspólnego wierzchniego i wynik otrzymał pomyslny. Technika operacyjna jest niezbyt trudna.

WILMS (Lipsk). **Leczenie rzeżączkowego zapalenia stawów ciepłem.** Autor otrzymał świetne wyniki, stosując ciepło w zapaleniu stawów przewlekłym i rzeżączkowym; bardzo dobrym okazał się w tym celu opisywany przez autora specjalny przyrząd, utrzymujący stałe ciepło na wysokości 50° C. KRAUSE (Altona) stosuje z również pomyslnym skutkiem powietrze ogrzane do 120° C. w przeciągu 1—2 godzin dziennie.

DUEHRSEN. **Leczenie krwotoków macicznych parą.** Autor stosuje leczenie takie w krwotokach zależnych od mięśniaków macicy, świeżej rzeżączce a nawet w popołogowym niezycie błony śluzowej macicy; działanie pary, otrzymywanej za pomocą specjalnego przyrządu i wprowadzanej do macicy za pomocą zgłębnika, trwa 1/4—2 minut i powoduje zupełną zgorzel błony śluzowej macicznej, która zostaje wydalona w przeciągu dni siedmiu.

LEVY-DORN przedstawia przyrządy, zabezpieczające badacza od działania promieni ROENTGEN'a.

KRYGIER, HOFFA, ROSENBERGER, MUELLER i SCHUETZ opisują ciekawe kazuistyczne przypadki z chirurgii kostnej i przedstawiają odpowiednie preparaty.

PARISCH (Wrocław). **Czasowe wycięcie podniebienia.** W jednym przypadku dużego nowotworu, wychodzącego z podstawy czaszki, P. w celu łatwiejszego operowania przepiłował po uprzednim oddzieleniu błony śluzowej wyrostki zębodołowe kości szczękowej górnej i odciągnął płat kostny ku dołowi, poczem guz został z łatwością wyluszczone. Wyleczenie.

HACKER radzi częściej uciekać się do oesophagoskopii, dzięki jej bowiem często można uniknąć oesophagotomii. H. od roku 1887 nie wykonał żadnej oesophagotomii, wydobyl zaś 25 przedmiotów z przełyku.

SPRENGEL (Brunświk). **Urazowe oddzielenie nasady główki kości udowej i stosunek jego do *coxa vara*.** W dwóch przypadkach urazowego oddzielenia nasady główki kości udowej, przebieg i objawy upoważniły autora do rozpoznania *coxa vara* i operowania. Omyłka w rozpoznaniu została wyjaśniona dopiero po przepiłowaniu preparatu. Omyłek tego rodzaju uniknąć nie można nawet przy posiłkowaniu się röntgenografią.

M. B.

ODCINEK.

Kilka słów w sprawie zorganizowania pomocy ocznej na prowincyi.

(z powodu projektu kuratora Instytutu Oftalmicznego).

Wobec podniesionego przez kuratora Instytutu Oftalmicznego projektu: dostarczenia pomocy ludności Królestwa, cierpiącej na oczy, w postaci t. zw. „ruchomych oddziałów okulistycznych”—jako mający w tej sprawie nieco doświadczenia osobistego, chciałbym niektóre następujące się z powodu powyższego projektu uwagi poddać dyskusji i wyjaśnieniu.

Jak wiadomo, w ciągu kilku ubiegłych lat wysyłano corocznie do różnych zakątków Cesarstwa lekarzy - okulistów wraz z personelem pomocniczym, lekami

i środkami opatrunkowymi dla udzielania pomocy tam, gdzie mieszkańcy, z powodu oddalenia od większych centrów, najbardziej byli jej pozbawieni. Przekonano się, że prowincja, skoro tylko odsuniemy się od większych miast, pod względem pomocy okulistycznej bardzo dużo pozostawia do życzenia, że pomoc ta w wielu okolicach jest bardzo nagłąca, niektóre więc ziemstwa, przekonane dowodnie, zaczęły się krzątać, aby pomoc dorywczą zamieniać stopniowo na stałą; w tym celu delegują corocznie na swój koszt spory zastęp lekarzy do Petersburga dla odbycia dodatkowych studyów i tworzą posady ziemskich gubernialnych okulistów. Zebrane z lat kilku i zsumowane wyniki działalności „ruchomych oddziałów” dowiodły, że posiadają one dwie główne dodatnie strony: 1) olbrzymią ilość dokonanych operacji¹⁾ i 2) dużą pedagogiczną doniosłość: znaczny udział i zainteresowanie miejscowych lekarzy w pracach oddziału. Około 60-iu lekarzy miejscowych miało możność przyrzeć się zbliska temu, co znało dotychczas z podręczników, oraz przerobić mnóstwo operacji pod kierunkiem doświadczonych kolegów. Słabą stroną ruchomych oddziałów, uznaną przez wszystkich, jest ich dorywczość, niemożliwość przeprowadzenia leczenia w przypadkach przewlekłych; nieunikniona, przy takim nawale pracy, szablonowość oraz znaczna ich kosztowność (jeden oddział wynosi około 500 rs.); dalej odrywają one ludność w czasie roboczym od pilnych zajęć gospodarskich, a co najważniejsza, są tylko półśrodkiem, chwilowo, co prawda, najlepszym, ale uznanym za taki nawet przez jego twórców. Rzecz naturalna więc, iż zaczęto równocześnie robić usiłowania, aby, jak nadmienilem, pomoc okulistyczną ustalić, i uczyniono w tym kierunku już bardzo dużo, gdyż setki lekarzy uzbrojono należycie do walki z chorobami ocznemi. Głównie pomocnymi w tej sprawie były istniejące w Petersburgu kursy dla lekarzy, niemają również tu zasługę przypisać należy i ziemstwom, iż umiały dobrą inicjatywę przyjąć do serca. Ziemstwa uznały za konieczne, jako jednej z niezbędnych kwalifikacji od lekarza praktyka prowincjonalnego, żądać znajomości leczenia chorób ocznych, dlatego wśród kursów lekarskich (istniejących przy Petersburskim Instytucie klinicznym) okulistyka zajmuje najważniejsze miejsce, i dzięki wybornemu postawieniu kursu — zyskuje jednogłośnie uznanie i coraz liczniejszą frekwencję. Zawdzięczając temu, liczba lekarzy w Cesarstwie, umiających radzić sobie z chorobami ocznemi, wzrasta corocznie o 150—160, i większość z nich, po sumiennem wysłuchaniu kursu, zaczyna samodzielnie pracować, nie odmawiając pomocy operacyjnej i nie oglądając się na zjawienie się „manny niebieskiej” (jak się wyraża jeden z lekarzy w „Więstniku Oftamologi”) w postaci okulisty z oddziałem ruchomym. Z biegiem czasu, gdy niemal w każdym powiecie będą lekarze dostatecznie przygotowani — ruchome oddziały przejdą w stan spoczynku, lub tylko na oddalonych kresach będą miały rację bytu. Zresztą tego rodzaju pomoc dorywcza racjonalniejsza jest jeszcze dla Cesarstwa, gdzie olbrzymie obszary zmuszają chorych o setki wiorst szukać pomocy, w naszych zaś warunkach geograficznych daleko lepszym wydaje mi się ten drugi sposób: podniesienia poziomu praktycznych wiadomości z okulistyki wśród lekarzy prowincjonalnych. W każdym niemal większym mieście Królestwa są już dziś lekarze dostatecznie oзнакоми z okulistiką, którzy, operując samodzielnie — nie dostarczają zbytniego balastu Instytutowi Oftalmicznemu; idzie mi o tych kolegów, co, mieszkając w mniejszych centrach i miasteczkach, mają w swem zawiadywaniu szpitalik, nie mogą jednak

¹⁾ W 1895 roku 24 oddziały udzieliły pomocy operacyjnej w 12334 przypadkach, w 1896 roku 21 oddział, udzieliły pomocy operacyjnej w 9193 przypadkach.

nawet w razach koniecznych, udzielać pomocy operacyjnej wprost dla braku przygotowania w tym kierunku i zaufania we własne siły! Po ukończeniu studiów uniwersyteckich nie jesteśmy w możności poświęcać dużo jeszcze czasu na dopełnienie praktycznych wiadomości z dziedziny koniecznych dla nas gałęzi medycyny, gdyż prawie każdy musi co najrychlej myśleć o kawałku chleba! Na pojechanie do Wiednia lub Petersburga — nie stać nas; utworzenie zaś kursu praktycznego z okulistyki w Warszawie ułatwiłoby kolegom prowincjonalnym skompletowanie potrzebnych wiadomości praktycznych i zastąpiłoby urządzanie ruchomych oddziałów okulistycznych na koszt ofiarności publicznej, jak to radził „Warszawski Dniownik“. Jeśli jesteśmy za biedni, aby posiadać taki Instytut kliniczny, — to na kursy lekarskie jednej okulistyki (jako w danej chwili najpotrzebniejszej) środkiby się z pewnością znalazły, szanowny zaś kurator Instytutu oftalmicznego, przyjmując na siebie trud zorganizowania podobnego rodzaju „zajęć praktycznych dla lekarzy, chcących bliżej zapoznać się z okulistiką“, spełniłby czyn doniosłej wagi dla cierpiącej ludzkości! Spotka mnie zarzut, iż ludzę się, wyobrażając sobie, aby w parę miesięcy lekarze mogli zdobyć to, co koledzy w dużych miastach zdobywali dziesiątkami lat; odpowiem, że skoro okazało się to praktycznem dla ogółu ziemskich lekarzy, dlaczego u nas miało dać inne wyniki. Jeśli kurs taki będzie postawiony na racjonalno-praktycznym gruncie, jeśli mu odejmiemy wszelką niepotrzebną oficjalną stronę, jeśli będzie nosił charakter „zajęć praktycznych“ dla lekarzy prowincjonalnych (taką właśnie dobrą stronę posiadają kursy Petersburskie), to pewien jestem, że przy tak uzdolnionych okulistach, jakimi szczyli się Warszawa — strona pedagogiczna dałaby się urządzić z łatwością i wydałaby wyniki najpomyślniejsze. Nie będą to, rzecz naturalna, specjaliści, lecz tacy lekarze, jakich najbardziej potrzebuje prowincya: należycie obeznani z leczeniem chorób ocznych. Wszak kończymy studia, a praktyczny nasz zasób wiedzy dużo pozostawia do życzenia: nie potrafimy usunąć nawet powierzchownie utkwionego w rogówce ciała obcego, dlatego tylko żeśmy tego nie robili na kursach; w bardzo wielu przypadkach lekarz odmawia swej interwencji, pomimo ginącego wzroku, dlatego, że na kursach niepodobna mu było wprawić się w niezbędne rękożyny codziennej, nieuniknionej potrzeby, jak np. operacje na powiekach, (dla przeciwdziałania niszczącym skutkom jaglicy), tymczasem, po sumiennie przesłuchanym kursie, lekarze ziemscy wracają na swe posterunki i pracują z zupełnem powodzeniem, dzięki nowemu zasobowi nabytych wiadomości. Widziałem starszych wiekiem kolegów, jak się mozolili, trzymając po raz pierwszy w życiu wziernik oczny (na wyraźne żądanie ziemstw uczęszczali na okulistikę), a po skończonym dwumiesięcznym kursie rozpoznawali zmiany patologiczne na dnie oka! Prawda, że dzięki umiejętnemu systemowi zaczynali kurs oftalmoskopii od wprawiania się na sztucznem oku, dalej na zdrowych oczach wychowawców ochronek, kończąc na zwolowywanych „*ad hoc*“ przypadkach patologicznych. Zastanówmy się nieco nad stroną praktyczną urzeczywistnienia tego projektu: skoro na semestr w petersburskim instytucie zbiera się np. 80 lekarzy, u nas zjeżdżałoby się 10—15, gdy tam opłacają wpisowe za kurs 15 rs. — każdy z kolegów u nas zapłaci 20—25 rs., aby mu dano możność korzystania na miejscu, w pobliżu miejsca zamieszkania, nie narażając na duże koszty dalekich wycieczek, a pozwolono korzystać z kursu utworzonego np. przy instytucie oftalmicznym; wielu z lekarzy chętnie poniesie małą stratę finansową, wiedząc, że ten dwumiesięczny urlop opłaci się dużym zyskiem praktycznych i potrzebnych wielce wiadomości. Część operacyjna nie przedstawi trudności, jeśli prowadzący kurs — ordynator, wspólnie z asystentami, wskaże

i przerobi z każdym ze słuchaczów wszystkie operacje na masce (na martwych oczach), a zakończy paru operacjami na chorych. Bogaty materiał ambulatoryjny instytutu oftalmicznego, segregowany uprzednio przez ordynujących, da możliwość dobieraniem charakterystyczniejszych przypadków zainteresowania słuchaczów, udoskonalenia technicznej wprawy kolegów w dokonywaniu niezbędnych rękoczynów, jak sondowanie, tuszowanie i t. d. Nie wielkie wydatki na narzędzia, wzierniki, lampy, martwe oczy stanowią bagatelę, o której niema co wspominać. Jeden lub dwa do roku paromiesięczne kursy, za które wpisowe wyniosłoby koło 300 rs. (każdy), zbyt dużo czasu nie pochłonęłyby ordynatorowi, a kilkunastu słuchaczów, asystujących przy operacjach i przyjmujących czynny udział w ambulan-sach, wielkich zmian w ustroju instytutu nie spowodują. Jeśli kierujący zajęciami ordynator zechce poświęcić swój czas i trud, kładąc w tę pracę obok uzdolnienia dużo dobrych i szczerych chęci—to jestem przekonany, że tych corocznie kilkunastu kolegów, gdy wrócą do swych zakątków, wielu cierpiących biedaków uratować będą mogli i dużo zbytniego balastu instytutowi oftalmicznemu odejmą.

Będzie to taniej i racjonalniej niż organizować „ruchome oddziały“, na które nie mamy dotychczas pieniędzy, ani dostatecznej ilości gotowych lekarzy, ani prowincjonalnych (darmowych) szpitali. Chciałbym w tej sprawie usłyszeć zdanie kolegów, aby projekt ten był zważony w swych „pro“ i „contra“, upraszam więc Szanowną Redakcję o łaskawe umieszczenie tych kilku uwag: Utworzenie oddziałów ocznych stałych przy szpitalach miast gubernialnych (zaproponowane przez d-ra TALKE) wraz z projektem powyższym szybko popchnęłoby pomoc okulistyczną na właściwe tory²⁾.

Lekarz.

LIST OTWARTY DO REDAKCYI „MEDYCINY“.

W jednym z tygodników warszawskich powtórzona została za pismem petersburskiem „Hamalic“ wiadomość, uwłaczająca dobrej sławie paru Kolegów i krzywdząca stan lekarski. Wymienione też zostało nazwisko kol. REJCHMANA w sposób, mogący budzić mniemanie, że opinię korespondenta „Hamelica“ kol. REJCHMAN podziela.

Dotknięci, acz nie wymienieni z nazwiska koledzy, otrzymawszy od kol. REJCHMANA listowne oświadczenie, wyjaśniające jego w tej sprawie udział i zaprzeczające twierdzeniu korespondenta, zwrócili się do nas, niżej podpisanych, z żądaniem abyśmy sprawę rozpatrzyli i wyrazili opinię, czy istotnie postąpienie ich było słuszne, jak to twierdzi kol. REJCHMAN w swoim liście.

Z opisu przebiegu choroby, otrzymanego od lekarza Domu Zdrowia, w którym chory 3 dni przebył, z orzeczenia kol. REJCHMANA w jego liście i z relacji lekarzy, którzy chorego leczyli, wynika:

1) że chory dotknięty był lewostronną przepukliną udową, zawierającą przyrośniętą do worka sieć;

2) że przyjazd do Warszawy z Klecka (miasteczka w gub. Mińskiej, oddalonego o dwa dni drogi od Warszawy) okazał się koniecznym z powodu wybuchu objawów niedrożności kiszek, co przy dalszem trwaniu zmusiłoby do chirurgicznego rękooczynu, o jakim w miejscu zamieszkania chorego nie mogło być mowy;

²⁾ Najzupełniej zgadzamy się z uwagami „Lekarza“, że wykłady praktyczne dla lekarzy z różnych specjalnych gałęzi medycyny byłyby pożądane, jednakże projekt ten uważamy za niewykonalny, ponieważ działalność pedagogiczna w szpitalach miejskich warszawskich nie jest dozwolona. (Redakcja).

3) że nakoniec, podług zdania lekarzy, którzy chorego badali, po ustąpieniu objawów niedrożności pozostało przyrośnięcie sieci do worka przepuklinowego.

Wobec takiego stanu rzeczy podpisani wyrażają przekonanie, że było obowiązkiem lekarza zalecać choremu poddanie się radykalnej operacji, a to z uwagi na powyżej zaznaczone przyrośnięcie sieci do worka, które czyni niemożliwym użycie paska i tem samem zmusza do przewidywania, że niedrożność przy łada okazji ponowić się może, co, mianowicie wobec braku szybkiej pomocy chirurgicznej w miejscu zamieszkania chorego, staćby się mogło bezpośrednią przyczyną śmierci.

Warszawa, d. 23 maja 1898 r.

Dr. Baranowski, S. Goldflam, W. Krajewski.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= W trzech przypadkach spostrzegał LA TORRE u dziewcz, dotkniętych blednicą, bolesny obrzęk kończyny dolnej, który występował po nieznacznym krwotoku macicznym w kilka dni po skończeniu miesiączki. W dwóch przypadkach krwotok był spowodowany silnem wzruszeniem, w trzecim przyczyna krwotoku nie została wyjaśniona. Ogólny stan chorych był świetny. Autor nazywa chorobę *pseudo-phlegmasia alba dolens* i przypisuje ją przekrwieniu macicy. Obrzęk znikał w kilka dni przy zastosowaniu spoczynku. (Sem. méd. Nr. 12. 98).

= Trudnego do zmycia zabarwienia palców roztworem kwasu pikrynowego można uniknąć, rozpuściwszy poprzednio kwas pikrynowy w alkoholu, a następnie dopiero rozprowadzając go wodą. Jeżeli ilość potrzebnego roztworu jest duża, można pozostawić kwas pikrynowy w ilości alkoholu mniejszej, niż potrzebna do rozpuszczenia go, a później rozpuścić w wodzie. (Gaz. des hôpit. Nr. 26. 98).

= ROAS spostrzegął przypadek otrucia nitrobenzolem z zejściem śmiertelnem na 5 dzień choroby, zasługujący na uwagę z tego względu, że krew, badana za pomocą drobnowidza i spektroskopu okazała się zupełnie prawidłową. Zazwyczaj znajdowano w tych przypadkach zniekształcenia czerwonych ciałek krwi oraz hematynę i methemoglobinę. (Dtsch. med. Woch. Nr. 51. 97).

= LEWIN przekonał się na szeregu doświadczeń, że płyn z pęcherza moczowego może przechodzić przez moczowody do miedniczek nerkowych, przewodów moczowych i naczyń krwionośnych nerki. Wstrzykując do pęcherza rozpuszczoną

w wodzie i gumie arabskiej ultramarynę, autor znajdował barwnik w powyżej nazwanych narządach, w niektórych zaś przypadkach nawet w sercu, naczyniach płucnych i wątrobie. Przyczynę tego zjawiska upatruje L. w ciśnieniu śródpecherzowem. Doświadczenia te, wykazując naturalne połączenie między pęcherzem moczowym i sercem, dają możliwość wytlómaczenia nagłej śmierci po wprowadzeniu powietrza do pęcherza. (Dtsch. med. Woch. Nr. 52. 97).

= CHŁAPOWSKI sądzi, że rozpoznawanie raka trzustki nie należy do zadań zbyt trudnych. Oprócz znanych objawów choroby (chudnięcie, brak łaknienia, zaburzenia w trawieniu, chyluria, lipuria, glykosuria, tłuszcz w kale i. t. d) zwraca Ch. uwagę na następujące: 1) utrudnione polykanie zależne od ucisku guza na dolny odcinek przełyku, czego przy badaniu zgłębnikiem wykazać nie można 2) powiększenie śledziony 3) brak w moczu indykanu pomimo fermentacji w żołądku i jelitach. (Nowiny lek. Nr. 3. 98).

= MENCIARE zaleca następujący sposób wyjaławiania katgut: dokładnie odwodniony i odtluszczony przez moczenie w wyskoku i eterze suszy się w przeciągu godziny w termostacie przy 100°, kładzie namotane kłębki do szklanych probówek długości 20 ctm. i grubości ścian 1 mm., nalewa do probówki taką ilość bezwodnego alkoholu, by kłębek był w nim zupełnie zanurzony, wreszcie zalutowuje się próbówki nad płomieniem palnika BUNZEN'a. Zalutowane rurki umieszcza się na 45 minut w autoklawie przy 120°, poczem przechowuje aż do użycia. W taki sposób przygoto-

wany katgut jest zupełnie jałowy i nie traci żadnej ze swoich własności. (Bulet. méd. 20. II. 98).

= MAGER spostrzegł w klinice SCHROETTER'a przypadek kamicy oskrzelowej u 28-letniej kobiety. Chora zaczęła kaszlać przed pół rokiem, przed czterema miesiącami dostała silnego napadu kaszlu i wraz z płwociną wydalila kamień; kamieni takich wykrztusiła następnie, również podczas napadów kaszlu, trzydzieści; średnica ich wynosi od 0,5—1 ctm., w skład ich wchodzi przeważnie fosforan wapnia i fosforan magnezyi oraz nieznaczna ilość substancji organicznych. Badanie fizyczne płuc i röntgenografia ich wykazały brak zmian chorobowych, wobec czego kamice w danym przypadku należy uważać za pierwotną. Podług HOFFMANN'a kamienie oskrzelowe tworzą się wskutek zastoju płwociny i odkładania się w niej soli wapiennych, przyczyna zaś tego wiadoma nie jest. (Wien. klin. Woch. Nr. 11. 98).

= HANKIN badał zachowanie się lasecznika dżumy względem różnych środków i środków przeciwniejących i doszedł do wniosków następujących: lasecznik żyje w wyjałowionym kwaśnym moczu zaledwie jedną dobę, w kwaśnym kale jeszcze krócej, w zasadowym kale krów cztery dni; w 5 minut zabijają lasecznika roztwory nadmanganianu potasu (1 : 10000), kwasu siarczanego (1 : 1420), solnego (1 : 500), mlecznego i saletrzanego (1 : 333), octowego (1 : 142), mrówczanego (1 : 100). Najsilniej działa kwas karbolowy, naftalina nie działa zaś zupełnie. (Brit. med. Journ. 12. II. 98).

= MONARI na podstawie doświadczeń na psach przypuszcza, że można wyciąć człowiekowi połowę cienkich jelit bez obawy, aby nastąpiło wyniszczenie ustroju z powodu głodu. (Beitr. z klin. Chir. Bd. 16).

= ATKINSON spostrzegł dwa przypadki złamania żebra podczas silnego

kaszlu; jeden przypadek dotyczy 58-letniej kobiety, która kilka tygodni przedtem przechodziła grypę, drugi zaś—mężczyzny, u którego po grypie powstał silny nieżyt oskrzeli. (Brit. med. Journ. 19. II. 98).

= W celu dokładnego odkażenia pola operacyjnego, pokrywa LANDERER na 24—36 godzin przed operacją daną część ciała okładem, zmoczonym w 1% roztworze formolu; okład zmienia się kilkakrotnie. Po takim zabiegu skóra okazywała się w większości przypadków zupełnie jałową. (Sem. méd. 9. III. 98).

= Zalecone przez FRITSCH'a cięcie dna macicy przy cięciu cesarskiem stosuje od lat sześciu MUELLER, lecz zamiast cięcia poprzecznego stosuje podłużne. Główną zaletę cięcia dna macicy upatruje M. w tem, że nałożony tutaj szew jest o wiele pewniejszy, niż szew w dolnym cienkim odcinku macicy. M. nakłada szew ciągly, trzypiętrowy, chwytający i wewnętrzną błonę macicy. Wyniki otrzymane są dobre. (Cntrbi. f. Gynaek. Nr. 9. 98).

= W Tow. Lek. Wied. przedstawił ULLMANN chorego, któremu wyluszczył kość gnykową z powodu martwicy jej. Obawy U., aby wskutek przecięcia wszystkich mięśni, przyczepionych do tej kości, język nie zapadł się wtył, okazały się płonnemi. Chory ma się zupełnie dobrze. Operacja stanowi *unicum* w literaturze. (Münch. med. Woch. 15. III. 98).

= BRIEGEL podaje wyniki, otrzymane w klinice BRUNS'a w leczeniu gruźlicy stawu napięstkowego wstrzykiwaniami jodoformu. Z 39-iu przypadków w 14-tu otrzymano zupełne wyleczenie w przeciągu czasu od 1—15 miesięcy. Ruchy były zupełnie przywrócone i niebolesne, ręka chora nie różniła się od zdrowej. Wstrzykiwania wykonywano co 4—8 dni w ilości 2—8 ctm. sz. 10—20% oliwy jodoformowej. (Beitr. z klin. Chir. Bd. 20. H. 1).

M. B.

Wiadomości bieżące.

— VIII zjazd lekarzy i przyrodników polskich w Poznaniu. W dalszym ciągu zgłosili się dotychczas następujący prelegenci z odczytami: 102) Dr. LESZCZYŃSKI: „O zatruciu środkami znieczulającymi“. 103) Dr. DZIERŻAWSKI: „O znie-

zębów“. 104) Dr. ODERFELD z Warszawy: „O chirurgicznem leczeniu wypadnięcia prostnicy“. 105) „O przepuklinach zgorzelinowych“. 106) Dr. KOCIATKIEWICZ z Warszawy: „W sprawie leczenia zranień śledziony“. 107) „W kwestyi leczenia zwiężeń bliznowych przełyku. 108)

- Dr. STEYNER z Warszawy: „Przyczynę do laparotomii przy niedrożności jelit“. 109) „O urazowym zwięzieniu cewki“. 110) „O appendicitis“. 111) Dr. SOLMAN z Warszawy: „W sprawie leczenia niedrożności jelit“. 112) „W sprawie chirurgicznego leczenia zapalenia wyrostka robaczkowego“. 113) Dr. GARBOWSKI z Warszawy: „Masaż przy leczeniu zapalenia wyrostka robaczkowego“. 114) Dr. SŁAWIŃSKI z Warszawy: „O żylakach w ogóle“. 115) Dr. SAWICKI Bron. z Warszawy: „O ropniach podprzeponowych“. 116) „Z kazuistyki guzów szyi“. 117) Dr. GROSGLIK z Warszawy: „O leczeniu zwięzień urazowych cewki“. 118) „W sprawie leczenia po kruszeniu kamienia“. 119) Dr. ŻURAKOWSKI Witold z Warszawy: „Z kazuistyki samoistnych zgorzeli skóry“. 120) Dr. PRZYBOROWSKI Adam z Warszawy: „Zranienia przewodu pierśsiowego“. 121) Dr. KRAJEWSKI z Warszawy: „O zapaleniu wyrostka robaczkowego“. 122) Dr. PESZKE z Warszawy: „Dwa najdawniejsze cięcia cesarskie, robione w Polsce“. 123) Dr. BĄCZKIEWICZ Jan z Warszawy: „Zębowanie, jego rola w patologii wieku dziecięcego“. 124) Dr. KOSMOWSKI z Warszawy: „Rezultaty badań rozwoju fizycznego dzieci warszawskich“. 125) „O przekłuciu lędźwiowem“. 126) Dr. KRAMSZTYK Julian z Warszawy: „Erythema scarlatiniforme recidivans“. 127) Dr. KRAUSHAR Maksymilian z Warszawy: „Kilka słów o krzywicy w Warszawie“. 128) „Epidemia tężyczki samoistnej w Warszawie“. 129) Dr. SZCZAWIŃSKA z Paryża: „W kwestyi budowy komórek nerwowych“. 130) Prof. KOSTANECKI z Krakowa: „O procesie dojrzewania i zapłodnienia jajka u *Cionia intestinalis* i *Thysanozoon Brocchi* (wedle badań p. S. Gólskiego i F. Toczyskiego). 131) „O zasadniczej jednolitości procesu zapłodnienia u zwierząt bezkręgowych i kręgowych“. 132) „O mechanizmie podziału ciała komórkowego i t. n. ciałkach międzykomórkowych“. 133) „Morfologia centrosomów“. 134) „Morfologia plemnika“ (wedle badań p. E. Godlewskiego jun.) 135) Dr. FLAUM M. z Warszawy: „Samozakażenia pochodzenia kiszkiowego w etiologii zapalenia nerek. 136) Dr. DYDYŃSKI z Warszawy: „O zatruciach pokarmami mięsnymi. *Botulismus*. *Ictyolismus* et *Mytilismus*“. 137) Dr. LUXENBURG z Warszawy: „Morfologia i fizjologia komórki nerwowej“ (praca doświadczalna). 138) „Leukocytoza w nerwicach czynnościowych“. 139) Dr. BRUNER MIKOŁAJ z Warszawy: „O zastosowaniu promieni Roentgena do dyagnostyki. 140) Dr. NENCKI LEON z Warszawy: „O potrzebie ustanowienia norm przy badaniu materiałów spożywczych“. 141) Dr. PALMIRSKI z Warszawy: „Z dziedziny seroterapii“. 142) Dr. BRIGMANN: „W kwestyi rozsianego zapalenia nerwów. 143) D. A. BOCHENEK z Krakowa: „Budowa przedmózdzia salamandry płamistej“. 144) „Przyczynę do budowy przysadki mózgowej (*hypophysis cerebri*)“. 145) „Jednostronny zupełny brak ucha zewnętrznego“. 146) Dr. JERZYKOWSKI z Poznania: „O ropnem zapaleniu opon mózgowych u ssawców“. 147) „Kazuistyczny przyczynek do etiologii okrągłych wrzodów żołądkowych“. 148) Dr. H. Świącicki: „O torbielach moczownika“. 149) „Prawo peryodyczności w życiu kobiety 150) Dr. B. KAPUSCINSKI z Poznania: „Pneumoterapia podług Steinhofa“. 151) „Albuminuria cyclica“. 152) Radca Dr. ZIELEWICZ z Poznania. „Guzik (button) Murphy'ego jako surrogat szwu jelitowego“. 153) „Jakie konsekwencje praktyczne wolno wynioskować z dotychczasowej statystyki niemieckiej w kwestyi narkozy“. 154) „Zalety metody Kocherowskiej (*Verlagerungsmethode*) przy doszczętnem usuwaniu przepuklin“. 155) Dr. RUTKOWSKI z Krakowa: „O plastyce pęcherza moczowego“. 156) Dr. GRODZKI z Poznania: „O nowszych sposobach leczenia krzywicy“. 157) Dr. A. TOMASZEWICZ DOBRSKA z Warszawy: „Postępy w rozwoju fizycznym dzieci przez czas ich pobytu na koloniach letnich“. 158) Dr. J. SĘDZIAK z Warszawy: „O stosunku laryngorynologii oraz otiatrii do ogólnej medycyny, oraz o stosunku chorób nosa resp. nosogardzieli do usznych i ocznych zaburzeń“. 159) „O gośćcowych (reumatycznych) cierpieniach nosa, gardła i krtani“. 160) INGARDEN z Krakowa: „O nowej kanalizacji Krakowa“. 161) Prof. Dr. Bol. WICHEKIEWICZ z Krakowa: „O nowym sposobie operowania odwinięcia powieki mięsąkowego *Ectrop. sarcomatosum*“. 162) „O niezwyklej postaci zapalenia rogówkowego“. 163) Dr. St. BADZYŃSKI z Krakowa: „O zachowaniu się w organizmie zwierzęcym szeregu eterów złożonych kwasu salicylowego“ (ciąg dalszy badań ogłoszonych). 164) Dr. W. HUMNICKI z Krakowa: „O hippokoprosterynie“. 165) Radca

Dr. Fr. CHŁAPOWSKI z Poznania: „O niektórych skamielinach osobliwszych, zachodzących w pośród diluvium poznańskiego“ 167) „Leczenie stenokardii kąpielowe — na mocy szeregu obserwacji w Kissingen“ 168) „O częstości przemijającego rozszerzenia żrenicy wskutek zaburzeń kanału pokarmowego“ 169) O niewspomnianym dotąd uszkodzeniu zachodzącem często u kobiet, ćwiczących się w jeździe na dwókoło.

— Ukonstytuowanie się i otwarcie pojedynczych sekcji podczas Zjazdu w Poznaniu odbędzie się w Poniedziałek d. 1 Sierpnia o godz. 3-ciej po południu.

Dalsze zgłoszenia z odczytami przyjmuje komitet najpóźniej do 1-go lipca, aby następnie tematy na pojedyncze podzielić sekce. Zbliżone treścią odczyty pójdą bezpośrednio jedne po drugich. Panowie prelegenci raczą łaskawie już przed wygłoszeniem odczytu wręczyć sekretarzowi odnośnej sekcji krótkie streszczenie wykładu i to pisane na jednej tylko stronie papieru. Odczyty, interesujące szersze grono lekarzy, będą na wspólnych posiedzeniach wygłaszane. W sekcji okulistycznej poświęci się jedno posiedzenie pałacej u nas sprawie jaglicy. Ze względu, że już teraz zgłosiło się wielu uczestników z odczytami treści doświadczalnej, wyznaczone będzie jedno posiedzenie wyłącznie dla odczytów połączonych z doświadczeniami. W sekcji chirurgicznej i dla medycyny wewnętrznej postawione będą oprócz różnych wykładów i demonstracji, dwie kwestye na porządku dziennym, a mianowicie: „Appendicitis“ i „Niedrożność jelit“. W sekcji medycyny wewnętrznej podany będzie do specjalnej dyskusyi temat: „Istota nerwic czynnościowych“.

— Z okazji Zjazdu wykonaną będzie fotograficzna grupa zbiorowa wszystkich uczestników. Oryginał tej grupy zostanie ofiarowany na pamiątkę Tow. Przyj. Nauk w Poznaniu. Pracy tej podjął się w porozumieniu z komitetem Zjazdu Zakład pod firmą: Atelier Rembrandt, ulica Bis-

marka No. 8 (Eldorado). Szanowni uczestnicy zechcą się w czasie Zjazdu udać do powyżej wymienionego Zakładu w godzinach od 8 rano do 7 wieczorem. Rychle zgłaszanie się do zakładu jest pożądane, aby uniknąć zwłoki w wykonaniu fotografii. Uczestników fotografuje Zakład do wspólnej grupy bezpłatnie. Dla uczestników, chcących nabyć fotogram ten, wykonany w mniejszych rozmiarach, wyznaczono cenę 10 marek.

— Uczestnicy, którzyby chcieli zwiedzić w czasie lub po Zjeździe przytulisko, dom lecznicy dla obłąkanych w Dziekanie pod Gnieznem, w Owinskach lub Kowanówku, raczą się wcześniej z życzeniem swem zgłosić do komitetu gospodarczego. Ci z uczestników, którzy się interesują kwestyami geologicznymi, a mianowicie kopalniami wapna, mają sposobność, będąc w Poznaniu, zwiedzić kopalnię krotoszyńskie pod Barcinem. Komitet gospodarczy porozumiałby się w takim razie z p. Brzeskim, właścicielem Krotoszyna i ułatwiłby uczestnikom wycieczkę. Również ułatwi Komitet gospodarczy Uczestnikom zwiedzenie pięknych pokładów gliny glindowskiej w Żabikowie pod Poznaniem.

Muzeum przyrodnicze Tow. Przyjaciół Nauk urządzone i uporządkowane przez radcę d-ra Franciszka CHŁAPOWSKIEGO będzie w czasie Zjazdu codziennie od godziny 9 z rana do 6 wieczorem otwarte. W zastępstwie p. radcy d-ra CHŁAPOWSKIEGO oprowadzi zwiedzających Muzeum w bliżej jeszcze oznaczonych godzinach p. Józef CHŁAPOWSKI z Rzęcina.

— Zmarli. W Warszawie w dniu 5 b. m. d-r Mateusz ROTWAND, b. lekarz główny szpitala św. Mikołaja w Łęczycy, b. ordynator szpitala Starozakonnych w Warszawie, najstarszy ze współczesnych lekarzy w 89 roku życia.

Do dzisiejszego numeru dołącza się dla wszystkich prenumeratorów broszurka „Zakład zdrojowo-kąpielowy Ra bka“.

Warszawski Zakład Ginekologiczny

Marszałkowska 45.

D-rów Boryssowicza, Brühla, Gromadzkiego, Jaskłowskiego, Kuniewicza, Natanson, Thiemego, Tyrchowskiego i Winawera. Przyjmuje osoby dotknięte chorobami kobiecymi, jako też spodziewające się słabości za opłatą 1 do 5 rs. dziennie: za całkowite utrzym, leczenie, lekarstwa i t. d.

Zakład Lecznicy dla chorych na uszy

D-rów K. Benni i L. Guranowskiego
Bracka 20

przyjmuje chorych na stałe pomieszczenie za opłatą od Rs. 3—5. Ambulatoryum codziennie od 9—10 i od 11—12.
Cena biletu kop. 50.

Dom Zdrowia

D-ra Fr. Stepkowskiego

Długa Nr. 8 w Warszawie

przyjmuje na stały pobyt ze wszystkimi chorobami (oprócz umysłowych). Cena w oddzielnym pokoju z całkowitem utrzymaniem wraz z leczeniem na dobę od 1 rs. 50 kop. do 3 rs. dziennie. Bliższa wiadomość w kancelaryi Zakładu.

D-r Rudolf Hammerschlag

ordynuje jak w latach poprzednich
w Szczawnicy.

I y Elew asyst. Kliniki lekarskiej Uniw. Jagiel.

D-r ZYGMUNT WĄSOWICZ

ordynuje od 1-go Czerwca w Krynicy
(DOM POD ORŁEM)

D-r Michał Sliwiński

ordynować będzie w lecie roku bieżącego
w **Rymanowie** (dom Zontaka)

D-r J. MAJKOWSKI

starszy lekarz Szpitala Ś-go Mikołaja
praktykuje od 20 Maja do 20 Września
w Busku w willi własnej.

Zakład leczniczy dla chorych na oczy D-ra M. Kępińskiego

w Warszawie

przy ul. Senatorskiej Nr. 28.

przyjmuje chorych na stałe pomieszczenie za opłatą od 1 rs. 50 do 4 rs. dziennie.

Przychodzącym chorym udziela się porady codziennie od 11—2 za opłatą 50 kop.

ZAKŁAD CHIRURGICZNY

D-ra Adama Przyborowskiego

w Warszawie

Sewerynow 5, róg Obożnej.

przyjmuje chorych na stałe pomieszczenie. Ambulatoryum codziennie od 11—12 (niezamożni bezpłatnie) i od 5—6.

Wiadomość o warunkach pobytu codzien. od 12—1

ZAKŁAD LECZNICZY D-ra SOLMANA

(Chirurgia, choroby kobiet).

Warszawa Aleja Szucha Nr. 9.

Pobyt z leczeniem od rs. 1.50 do rs. 5 dziennie

Ambulatoryum od godz. 12 do 1-ej p.p.

D-r LUDWIK GÓRSKI

ordynuje jak w latach poprzednich
w Ciechocinku

D-r Weissenberg

(Nervi)

(władający językiem polskim)

ordynuje jak corocznie w Kołobrzegu.

D-r W. BUJAKOWSKI

stałe ordynuje

w **Druskiénikach.**

Docent medycyny wewn. w Uniw. Jag.

D-r Ludomił Korczyński

ordynuje jak lat poprzednich od 1 czerwca
w Szczawnicy.