

GAZETA LEKARSKA.

Z PRACOWNI PATOLOGII OGÓLNEJ PRZY UNIwersYTECIE WARSZAWSKIM.

I. O ZMIANACH POBUDLIWOŚCI KORY MÓZGOWEJ PRZY PODWIĄZANIU MOCZOWODÓW.

Podał

Adolf Szpanbok.

Czy zachodzą zmiany w pobudliwości kory mózgowej po podwiązaniu moczowodów, *resp.* przy sztucznie wywołanej mocznicy — z góry przewidzieć trudno. Dane dotychczasowe dla rozwiązania tej kwestyi są niedostateczne ¹⁾. Z tego powodu pozwałam sobie podzielić się z czytelnikami badaniami, które z porady prof. S. M. ŁUKJANOWA przedsięwziąłem w celu wyjaśnienia tej kwestyi.

Doświadczenia moje były robione na psach. Otworzywszy podług ogólnych prawideł czaszkę, oznaczałem pobudliwość kory mózgowej w okolicach brzozy krzyżowej. Później otwór trepanacyjny pokrywałem szkiełkiem i zaszywałem ranę. Zmieniwszy pozycję zwierzęcia z brzusznej na grzbietową i zachloroformowaawszy je, podwijałem moczowody w bliskości pęcherza moczowego, rozumie się, zachowując wszelkie ostrożności antyseptyczne. Dla dalszej obserwacji pies zostawał w pracowni. Śmierć następowała zwykle w przeciągu trzeciej doby, niekiedy zwierzę i dłużej pozostawało przy życiu. Pobudliwość kory mózgowej bywała oznaczana u obserwowanego zwierzęcia codziennie. Do udanych doświadczeń zaliczyliśmy tylko te przypadki, w których powierzchnia mózgu pod szkiełkiem była zupełnie czysta, bez wyraźnych makroskopowych zmian anatomicznych.

Drażnienia ośrodków ruchowych dokonywałem za pomocą igielkowych platynowych elektrodów, połączonych z aparatem indukcyjnym Du Bois-Raymond'a, zasilanym stosem Grenet'a. Stopień pobudliwości kory mózgowej oceniałem podług najmniejszego odczynu ruchowego. Przytem dokładaliśmy wszelkich starań ku temu, ażeby w porównywanych próbach wszystkie zewnętrzne warunki doświadczenia były jednakowe ²⁾.

¹⁾ Por.: A. SZPANBOK. O przejawach ruchowych, otrzymanych przez podrażnienie kory mózgowej, przy podniesionem i obniżonem ciśnieniu krwi w tętnicach. Gaz. Lek. 1889. N-ra 9, 10 i 11.

²⁾ L. LANDOIS. Die Uraemie. Wien u. Leipzig. 1890.

G. GALLEZANI u. F. LUSSANA; Arch. per le scienze med. 1890. vol. XIV, fasc. III i IV. pag. 211.

Oto są krótkie protokoły ośmiu doświadczeń, zestawione w postaci następującej tablicy:

Nr. doświadczenia.	Dzień obserwacji.	Waga ciała w gramach.	Ciepłota <i>in recto</i> .	Odległość cewek potrzebna do wywołania najmniejszego odczynu ruchowego w centymetrach.	Badany ośrodek ruchowy.	U W A G I.
I	1	11790	39,0°	13	Zamknięcie powiek z prawej strony.	Opona mózgowa twarda zachowana. Podwiązujemy moczowody. 8 godzin po operacji wymioty. Śmierć w 11 godzin po ostatniej próbie. Strata na wadze — 270 grm., <i>resp.</i> 2,3%.
	2	11520	37,4°	11,6	—	
II	1	8650	39,0°	16	Doprowadzenie przedniej kończyny prawej.	Opona twarda mózgowa usunięta. Podwiązując moczowody.
	2	8200	37,7°	13,5	—	Śmierć w 10 godzin po próbie. Kilka godzin przed śmiercią drgawki. Obnażona część mózgu przekrwiona. Strata na wadze — 450 grm., <i>resp.</i> 5,2%.
III	1	8570	38,8°	14	Wyprostowanie przedniej kończyny prawej.	Opona mózgowa twarda zachowana. Podwiązujemy moczowody.
	2	8250	38,4°	13	—	
	3	8100	37,9°	13	—	Śmierć po upływie 9 godzin po ostatniej próbie. Strata na wadze — 470 grm., <i>resp.</i> 5,5%.
IV	1	6800	39,1°	13,5	Wyprostowanie przedniej kończyny prawej.	Opona twarda zachowana. Najmniejszy odczyn ruchowy bardzo łatwo przechodzi w ogólne drgawki. Podwiązujemy moczowody.
	2	6400	38,8°	13,5	—	Najmniejszy odczyn ruchowy nie pociąga za sobą ogólnych drgawek, jak pierwszej. Strata na wadze — 400 grm., <i>resp.</i> 5,9%. Śmierć w 6 godzin po ostatniej próbie.
V	1	13400	38,7°	17,7	Wyprostowanie przedniej kończyny prawej.	Opona twarda usunięta. Przekrwienie obnażonej części mózgu. Podwiązujemy moczowody.
	2	12900	36,0°	16	—	Śmierć w 12 godzin po niniejszej próbie. Strata na wadze 500 grm., <i>resp.</i> 3,7%.
VI	1	12300	39,8°	16,5	Zamknięcie powiek z prawej strony.	Opona twarda usunięta. Moczowody zostają podwiązane.
	2	11800	37,7°	14	—	W godzinę po tej próbie rozpoczęły się drgawki.
	3	11650	Niżej 34°	11,5	—	Ciągłe drgawki trwają. Śmierć po upływie 6 godzin od ostatniej próby. Przekrwienie obnażonej części mózgu. Strata na wadze 650 grm., <i>resp.</i> 5,3%.

Nr. doświadczenia.	Dzień obserwacji.	Waga ciała w gramach.	Ciepłota <i>in recto</i> .	Odległość cewek potrzebna do wywołania najmniejszego odczynu ruchowego w centymetrach.	Badany ośrodek ruchowy.	U W A G I.
VII	1	6800	39,1°	14,5	Doprowadzenie przedniej kończyny prawej.	Opona twarda usunięta. Moczowody podwiązujemy.
	2	6400	38,8°	13,5	—	Śmierć po upływie 10 godzin od tej próby. Strata na wadze 400 grm., <i>resp.</i> 5,9%.
VIII	1	5550	39,1°	15,5	Wyprostowanie przedniej kończyny prawej.	Opona twarda usunięta. Podwiązujemy moczowody.
	2	5480	38,6°	17	—	Ogólny stan bez zmian.
	3	5450	37,8°	14,5	—	Zwierzę apatyczne. Za przyjęciem pokarmu następują wymioty.
	4	5330	36,5°	13,5	—	Zwierzę apatyczne. Za przyjęciem pokarmu następują wymioty.
	5	4800	36,3°	10,5	—	Ostatnią próbę zrobiono na prawej półkuli mózgowej przez nowy otwór trepanacyjny. Strata na wadze 750 grm., <i>resp.</i> 13,5%. Śmierć po upływie 30 godzin od ostatniej próby. Moczowody przy sekcji okazały się rozciągniętymi. Pęcherz zmarszczony.

Z danych zestawionych w tej tablicy wynika niewątpliwie, że w warunkach naszych doświadczeń natężenie odczynów ruchowych, otrzymanych przez podrażnienie kory mózgowej, bardzo wyraźnie się zmienia. Im dalej posuwa się sprawa mocznic, tem silniejszy prąd elektryczny musi być zastosowany dla wywołania jednakowego najmniejszego odczynu ruchowego przy podrażnieniu ośrodków kory mózgowej. Ztąd wnioskujemy, że pobudliwość aparatów ruchowych przy mocznicach zmniejsza się. Zachodzi więc kwestya: w jakim stopniu rozpatrywane zjawiska mogą zależeć od zmian pobudliwości w samych ośrodkach korowych?

Odpowiedź na to pytanie dają następujące doświadczenia.

Doświadczenie IX. Waga psa 6950 grm: Ciepłota w kiszce stolcowej = 38,8° C.. Najmniejszy odczyn ruchowy — doprowadzenie przedniej kończyny prawej, przy odległości cewek = 14,5 ctm.. Opona mózgowa twarda nie tknięta. Po usunięciu opony twardej taki sam odczyn otrzymuje się przy odległości cewek = 17,8 ctm.. Odpowiednia część kory mózgowej zostaje usunięta, poczem próba wykazuje, za podrażnieniem prądem elektrycznym obnażonej substancji podkorowej, najmniejszy odczyn przy odległości cewek = 16 ctm.. Po tej próbie oba moczowody zostają podwiązane i zwierzę zostaje zachowane przy życiu dla dalszej obserwacji. Po dwóch dniach waga ciała = 6640 grm.. Ciepłota = 37,1° C.. Próba nad lewą półkulą: najmniejszy odczyn ruchowy występuje przy odległości cewek = 14 ctm.

Robimy nowy otwór trepanacyjny nad prawą półkulą i otrzymujemy najmniejszy odczyn ruchowy z tej strony [doprowadzenie lewej przedniej kończyny] przy odległości cewek = 13,5 ctm.. Usuwamy oponę mózgową twardą. Taki

sam odczyn ruchowy otrzymujemy przy odległości cewek = 16,8 ctm.. Po wycięciu odpowiedniej części kory mózgowej—przy odległości cewek = 16,5 ctm.. Co się tyczy ogólnego stanu zwierzęcia, to wieczorem tegoż dnia po podwiązaniu moczowodów nastąpiły wymioty. W ciągu następnego dnia po przyjęciu pokarmu płynnego znów powtarzały się wymioty. Później zwierzę zupełnie nie przyjmowało pokarmu. Stan ogólny przygnębiony. Na trzeci dzień rozpoczęły się nieustające drgawki. Po zabiciu psa sekcja wykazuje, że w ranie brzusznej nie ma ropienia. Miedniczki i moczowody rozciągnięte.

Doświadczenie X. Waga psa 5820 grm. Ciepłota w kiszce stolcowej = 38,8° C.. Najmniejszy odczyn ruchowy [doprowadzenie przedniej kończyny prawej]—przy odległości cewek = 14,8 ctm.. Przy danej próbie opona mózgowa twarda była zachowana. Po usunięciu zaś opony mózgowej, taki sam odczyn przy odległości cewek = 17,8 ctm.. Następnie odpowiednia część szarej substancji kory mózgowej zostaje wycięta i nowa próba pobudliwości substancji podkorowej białej wykazuje, że najmniejszy odczyn otrzymujemy teraz przy odległości cewek = 16 ctm. Podwiązujemy oba moczowody. Po dwóch dobach waga zwierzęcia 5590 grm., ciepłota 37° C.. Robimy nowy otwór trepanacyjny na odpowiedniej części czaszki z prawej strony i przed usunięciem twardej opony mózgowej otrzymujemy najmniejszy odczyn [doprowadzenie lewej przedniej kończyny] przy odległości cewek = 14 ctm., po usunięciu zaś opony — przy 16,5 ctm.. Następnie wycinamy odpowiednią część szarej substancji korowej. Najmniejszy odczyn następuje przy odległości cewek = 16,5 ctm.. Na lewej stronie próby nie robimy, bo znajdujemy bardzo wyraźne zmiany miejscowe. Po zabiciu zwierzęcia, sekcja wykazuje, że miedniczki i moczowody są bardzo rozciągnięte, pęcherz moczowy zmarszczony i próżny, w jamie brzusznej znaczna ilość żółtawego płynu. Powierzchnowe warstwy mózgu obrzękłe, ropienia w ranie nie widać. Co się tyczy zjawisk chorobowych przy życiu zwierzęcia, to trzeba zauważyć, że zwierzę cały czas znajdowało się w stanie przygnębienia; na drugi dzień wymioty występowały po wypiciu wody; pokarmów stałych zwierzę wcale nie przyjmowało.

Z protokółów powyższych dwóch doświadczeń widać odrazu, że istotnie zmiany pobudliwości są związane z korą mózgową: przed usunięciem szarej substancji najmniejszy odczyn ruchowy występuje u zwierzęcia, znajdującego się w stanie uremicznym, przy większej sile prądu elektrycznego, niżeli w prawidłowych warunkach, podczas kiedy pobudliwość substancji białej podkorowej nie podlega przy mocznicy żadnej zmianie.

Możemy więc stanowczo twierdzić, że pobudliwość ośrodków ruchowych kory mózgowej przy mocnicy słabnie.

Zachodzi pytanie, od jakich właściwie przyczyn te zmiany zależeć mogą?

Przedewszystkiem można było by pomyśleć, że chloroformowanie, stosowane przy operacji, wywołuje te zmiany pobudliwości kory mózgowej. Trzeba jednak zwrócić uwagę na to, że próby nad pobudliwością poczęści były robione przed narkozą, poczęści całą dobę lub więcej po przerwaniu narkozy. Już *a priori* nieprawdopodobnem się wydaje, żeby wpływ narkozy [przytem krótkotrwałej] mógł tak długi czas się utrzymywać. Rzeczywiście, specjalnie w tym celu przed-

sięwzięte doświadczenia kontrolujące wykazały, że w niniejszym przypadku narcoza chloroformowa nie ma żadnego wpływu na pobudliwość kory mózgowej.

Powtórę, trzeba zwrócić uwagę na to, że zwierzęta były głodzone ³⁾. Jak widać z protokółów doświadczeń, wszystkie nasze zwierzęta mniej lub więcej traciły na wadze, poczęści z powodu zaburzeń przewodu pokarmowego, poczęści z powodu, iż nie przyjmowały wcale pokarmów. Ale i znaczenia tego czynnika w żaden sposób nie trzeba przeceniać. Doświadczenia przekonały nas, że w początkowych okresach głodzenia [nawet zupełnego] pobudliwość kory mózgowej raczej jest zwiększona, niżeli zmniejszona, co zapewne znajduje się w związku z traumą. Oto protokoły odnośnych doświadczeń.

Doświadczenie XI. Waga psa 9100 grm.. Ciepłota w kiszce stolcowej 39,1° C.. Najmniejszy odczyn ruchowy [doprowadzenie prawej przedniej kończyny] przy odległości cewek = 15 ctm.. Opona mózgowa twarda zachowana. Rozpoczyna się zupełne głodzenie. Po 24-ch godzinach waga ciała 8770 grm., ciepłota 38,9° C.. Strata na wadze 330 grm. *resp.* 3,6%. Taki sam odczyn ruchowy przy odległości cewek = 16 ctm..

Doświadczenie XII. Waga 12870 grm.. Ciepłota w kiszce stolcowej 39,0° C.. Najmniejszy odczyn ruchowy [zamknięcie powiek z prawej strony] przy odległości cewek = 14 ctm.. Opona mózgowa twarda zachowana. Rozpoczyna się głodzenie. Po 24-ch godzinach waga ciała 12600 grm., ciepłota 39,3° C.. Strata na wadze 270 grm. *resp.* 2,1%. Najmniejszy odczyn ruchowy przy odległości cewek = 14,5 ctm.. Usuamy oponę twardą. Przy nowej próbie pobudliwości, najmniejszy odczyn następuje przy odległości cewek = 16 ctm. Po następnych 24-ch godzinach głodzenia, waga ciała 12300 grm., ciepłota 39,8° C.. Ogólna utrata wagi 570 grm. *resp.* 4,4%. Najmniejszy odczyn ruchowy otrzymujemy przy odległości cewek = 16,5 ctm..

Widzimy więc, że głodzenie nie ma żadnego wpływu na stan pobudliwości kory mózgowej. Jeżeli w późniejszych okresach długotrwałego głodzenia pobudliwość słabnie, to ztąd jeszcze nie wynika, żeby u naszych zwierząt, które tylko rzadko dłużej żyły nad trzy doby, głodzenie mogło mieć jakikolwiek poważny wpływ.

Potrzenie, moglibyśmy przypuścić, że miejscowe zmiany, zależące nie tyle od mocznicy, ile od samej operacji nad czaszką, wywołują zmiany pobudliwości substancji szarej kory mózgowej. Z jednej strony temu przypuszczeniu przeczą doświadczenia IX i X, a z drugiej strony doświadczenia XI i XII. W pierwszych dwóch doświadczeniach pobudliwość okazała się zmniejszoną na świeżo obnażonej części powierzchni kory mózgowej, a ostatnie doświadczenia wykazują, że miejscowe zmiany, jako mające charakter zapalny, raczej mogą spowodować zwiększenie pobudliwości, niżeli zmniejszenie.

Pozostaje, poczwarte, rozpatrzenie wpływu ochłodzenia zwierzęcia. Rzeczywiście, ciepłota ciała przy mocznicy opada. Wiadomo także, że przy bezpośrednim ochłodzeniu kory mózgowej pobudliwość jej słabnie ⁴⁾. Nie należy

³⁾ P. ROZENBACH. O wlijanii gołodania na nerwnyje centry. Diss. St. Petersburg. 1883.

⁴⁾ GERBER. Beiträge zur Lehre von der Elect. Reizung des Grosshirns. In. Diss. Königsberg. 1888.

jednak zapominać, że w pierwszych ośmiu doświadczeniach ciepłota w ciągu pierwszej doby trwania mocznicy okazała się przeciętnie obniżoną zaledwie o $1,2^{\circ}$ C., pobudliwość zaś kory mózgowej była znacznie obniżona [cewki zbliżone były blisko na 1,5 ctm.].

Czy ochłodzenie ciała ma wpływ na pobudliwość kory mózgowej, możemy wnioskować z następujących doświadczeń.

Doświadczenie XIII. Pies średniej wielkości. Ciepłota w kiszce stolcowej $39,0^{\circ}$ C.. Najmniejszy odczyn ruchowy [wyciągnięcie prawej przedniej kończyny] przy odległości cewek = 14,5 ctm.. Owijam zwierzę [szczególnie ze strony brzusznej] workami z lodem. Po 3-ch godzinach ciepłota w kiszce stolcowej $35,6^{\circ}$ C. i wtedy najmniejszy odczyn występuje przy odległości cewek = 14,2 ctm.. Po 5-ciu godzinach, ciepłota w kiszce stolcowej $35,2^{\circ}$ C.. Najmniejszy odczyn — przy odległości cewek = 14,2 ctm.. Worki z lodem zostają usunięte i zwierzę [po zaszyciu rany czaszkowej] zostaje odwiązane. Po jednej dobie ciepłota, $36,9^{\circ}$ C.. Pierwotny odczyn ruchowy otrzymujemy obecnie przy odległości cewek = 12,5 ctm. .

Doświadczenie XIV. Waga psa 9470 grm.. Ciepłota w kiszce stolcowej, $38,4^{\circ}$ C.. Twarda opona mózgowa usunięta. Najmniejszy odczyn ruchowy [wyciągnięcie przedniej kończyny prawej] przy odległości cewek = 15,5 ctm.. Zwierzę poddajemy zupełnemu głodzeniu. Po dwóch dobach waga ciała 8870 grm. Ciepłota $38,8^{\circ}$ C.. Strata na wadze 600 grm. *resp.* 6,3%. Najmniejszy odczyn ruchowy otrzymujemy obecnie przy odległości cewek = 16,5 ctm.. Następnie robimy doświadczenie, bezpośrednio ochładzając korę mózgową za pomocą przykładania do powierzchni mózgu probówek, napełnionych lodem. Pobudliwość kory mózgowej mierzy się co 5 minut. Otrzymaliśmy następujący szereg liczb: po pierwszych 5-ciu minutach odległość cewek = 16 ctm., po następnych = 14,5 ctm., po trzech pięciu minutach odległości cewek = 14 ctm.. Probówka zostaje usunięta i po 5-ciu minutach odczyn występuje przy odległości cewek = 16 ctm., po 10-ciu minutach tak samo.

Z pierwszej połowy XIII doświadczenia widać, że przy spadku ciepłoty w kiszce stolcowej o $3,8^{\circ}$ C., zmniejszenie pobudliwości kory mózgowej jest bardzo nieznaczne. Rozumie się, można by było zarzucić nam, że ochładzanie ciała było w danym przypadku niedostateczne, niezupełne i niewszzechstronne. Ale przecież ochładzanie trwało całe pięć godzin. Że ten czynnik nie był mało znaczącym dla zwierzęcia, możemy wnioskować z tego, że po dobie ciepłota w kiszce stolcowej była niższą od prawidłowej. Wprawdzie pobudliwość kory mózgowej przytem okazała się obniżoną [odległość cewek zmniejszona o 2 ctm.] przy różnicy ciepłoty o $2,1^{\circ}$ C.. Wątpię jednak, czy zmniejszenie pobudliwości w tym przypadku zależało jedynie od obniżenia ciepłoty ciała. Co się tyczy XIV doświadczenia, to pierwsza część służyć może za nowy dowód dodatniego wpływu początkowych okresów głodzenia na pobudliwość kory mózgowej. Z drugiej części tego samego doświadczenia widzimy, że nawet u głodzonego zwierzęcia silne bezpośrednie ochładzanie kory mózgowej w przeciągu 15-tu minut zmniejsza pobudliwość tylko na czas ochładzania, nie pozostawiając trwałych zmian po sobie.

Na podstawie powyższych doświadczeń możemy twierdzić, że niewielkie obniżenie ciepłoty ciała w początkowych okresach mocznicy stosunkowo tylko nieznacznie wpływa na stan pobudliwości ośrodków korowych. Rzecz inna w okresach późniejszych, kiedy ciepłota ciała znacznie się obniża, wtedy niewątpliwie, wskutek ochłodzenia całego ciała wszystkie aparaty, a więc i ośrodki nerwowe słabiej działać będą, pobudliwość kory mózgowej osłabnie.

W warunkach naszych doświadczeń, t. j. przy sztucznie wywołanej mocznicy, osłabienie pobudliwości kory mózgowej jest przedewszystkiem skutkiem zaburzeń przemiany materii, tak charakterystycznej dla mocznicy. Być może, że, prócz trujących wpływów różnych subsancyj chemicznych, nie wydalanых z ustroju, nie pozostają bez działania na aparaty nerwowe przyłączające się później zmiany cyrkulacyjne.

Na zakończenie słów kilka o drgawkach, występujących przy doświadczeniach z mocznicą. O ile zdołaliśmy zauważyć, drgawki występują tylko w tych razach, kiedy zmniejszenie pobudliwości kory mózgowej jest bardzo wyraźne. Samo przez się nasuwa się przypuszczenie, że źródłem drgawek przy mocznicy są ośrodki podkorowe, wyswobodzone z pod wpływów regulacyjnych ośrodków korowych⁵⁾.

Z ODDZIAŁU CHOROÓB NERWOWYCH W SZPITALU STAROZAKONNYCH W WARSZAWIE.

II. PRZYPADEK

WYLEWU KRWI W RDZENIU PRZEDŁUŻONYM

(*haemorrhagia bulbi s. medulae oblongatae*).

Podał

W. Gajkiewicz.

ordynator tegoż oddziału.

Nachman Hersz Gut..., 25 lat liczący, podmajstrzy stolarski, w dniu 15-go Lipca 1890 r., podczas roboty, poczuł raptem silny ból w głowie i twarzy po stronie prawej, tak, iż musiał natychmiast przestać pracować. Przytomności nie utracił. Wkrótce potem rodzina chorego zauważyła, iż przy picu mocno się krztusił i z trudnością łykał, a gdy objawy te przez noc nie tylko że nie ustąpiły, lecz przeciwnie powiększyły się, odwieziono go do szpitala starozakonnych [16-go Lipca] i umieszczono w moim oddziale. Badając go podczas rannej wizyty, przekonałem się, iż chory jest zupełnie przytomny: władze jego umysłowe funkcjonują dobrze, pamięć ma dobrą, sam opowiada szczegóły życia i choroby. Dowiedziałem się od niego, iż w dzieciństwie mocno był skrofuliczny, zresztą zawsze był zdrowy; ożenił się przed dwoma laty, ma dziecko zdrowe, żona nie ronila nigdy. Chory uskarża się na silny ból głowy i twarzy po stronie prawej. Wzrostu jest dobrego, chudy. Na skórze badanie nie wykryło nic, prócz grupy

⁵⁾ MEYNERT. Psychiatrie. Bd. 1.
GAZ. LEK. NR. 48.

blizn po stronie prawej szyi, blizn — wedle opowiadania chorego — pozostałych po „wrzodach skrofalicznych“, jakie miał w dzieciństwie. W narządach wewnętrznych, specjalnie w sercu i naczyniach krwionośnych, nie znaleziono nic nieprawidłowego. Chory mówi dobrze, mowa jednak ma silny dźwięk nosowy.

Badanie poszczególne nerwów mózgowych wykazało: powonienie i wzrok niezmienione; ruchy gałek ocznych zachowane, tylko przy silnem skierowaniu ich do kąta zewnętrznego, czy to na prawo, czy na lewo, występuje lekkie drżenie (*nystagmus*), którego nie ma w położeniu prawidłowym gałek ocznych, nadto ze strony narządów wzroku zanotowano lekkie podwójne widzenie przy patrzeniu w górę i na lewo, rozszerzenie lewej źrenicy i słabszą reakcję jej na światło i akkomodację. Czucie na skórze twarzy, błonie śluzowej jamy ust, nosa, łącznicy i ruchy żuchwą prawidłowe. Osłabienie mięśni twarzowych prawych, głównie dolnych, mniej górnych. Chory powiada, iż od czasu zachorowania doznaje szumu w uszach; słyszy dobrze. Podniebienie miękkie po stronie prawej opuszczone przy fonacji i odruchowo kureczy się ono tam mniej i zostaje wtedy przeciągnięte na lewo i w górę. Przy każdej próbie polykania ogromne krztuszenie się i niemożność polykania, tak, iż od początku choroby chory nic nie jadł i nie pił; ciągle pluje. Badanie laryngoskopem [D-r FREIDENSON] wykryło porażenie struny głosowej prawej, znieczulenie błony śluzowej krtani i gardzieli po tejże stronie. Chory podczas laryngoskopowania nie krztusi się. Struna głosowa fałszywa prawa mocno obrzmiała i zaczerwieniona. Chory może wysunąć na zewnątrz język, który zbacza jednak na prawo. Tętno 120, drobne, rytmiczne; oddechów 24 na minutę. Co do kończyn, to badanie wykryło osłabienie lewej kończyny górnej i dolnej w nieznacznym jednak stopniu, tak, iż chory mógł sam przejść do sąsiedniego pokoju do badania laryngoskopem i oftalmoskopem; chodząc, czasami tylko pochyla się na lewo, tak, iż chętnie podpiera się laską lub na posługaczku. Czucie na kończynach nie zmienione. Ciężkość ciała w dzień przyjęcia: rano 37,7°, wieczorem 38° C..

Dni następnych objawy przytoczone o tyle się zmieniły, iż były wyraźniejsze, mowa jeszcze bardziej nosową, polykanie niemożliwe, tak, iż potrzeba było chorego sztucznie karmić przy pomocy sondy polykowej; tętno wahało się między 120 a 130, liczba oddechów dochodziła 30 — 40 na minutę, silne osłabienie ogólne, obfite poty, ciepłota ciała wzrosła do 39°, przytomność umysłu najzupełniejsza. W moczu, co do ilości i jakości składników, żadnych zmian. Chory umarł nagle w końcu 4-ej doby choroby.

Rozpoznanie miejsca choroby w opisanym przypadku nie było trudne. Brak zaburzeń w inteligencji, zupełna przytomność umysłu, a z drugiej strony obecność i dominowanie w obrazie choroby zboczeń w sferze nerwów opuszkowych, zdradzających się zaburzeniami w oddechaniu, w czynności serca, w artykulacji głosu, w polykaniu i t. p., kazały przypuścić, iż ognisko cierpienia ułożone jest w rdzeniu przedłużonym, a mianowicie w tem jego miejscu, gdzie leżą jądra (*nuclei*) lub wychodzące z nich korzenie nerwów opuszkowych najczęściej dotkniętych (a mianowicie: *facialis*, *glossopharyngeus*, *vagus*, *accessorius Willisii*, *hypoglossus*), a więc na dnie 4 komórki mózgowej. Rozpoznanie to ułatwiało jeszcze istnienie *paralysis alternans*, a mianowicie, iż nerwy opuszkowe

były porażone po stronie prawej, a kończyny po lewej. Względnie małe zajęcie kończyn pozwalało wnioskować, iż ognisko jest niewielkie i leży bliżej powierzchni wentralnej rdzenia przedłużonego [to jest bliżej dna komórki 4], a więc tam, gdzie nie ma pęczka piramidального, który—w danym przypadku — tylko pośrednio został dotkniętym, uciśniętym. Jednostronne zajęcie nerwów opuszkowych mówiło za umiejscowieniem ogniska chorobowego we wnętrzu, a nie na obwodzie mlecza przedłużonego. Co do natury cierpienia, to nagły początek u osobnika przedtem zupełnie zdrowego przemawiał za wylaniem krwi. Młody wiek chorego, podejrzenie skrofuley w młodości, blizny charakterystyczne na skórze szyi, a nadto brak cierpienia serca i innej przyczyny, wzbudziły podejrzenie, czy nie mamy do czynienia z *arteriitis syphilitica bulbi*, która przy wysiłku cielesnym [heblowanie] doprowadziła do wylewu krwi. Brak drgawek, wymiotów i t. p., pozwalały przyjąć, iż krew nie dostała się do wnętrza komórki czwartej. W myśl rozpoznania, prócz okładów lodowych na tylną okolice głowy, zalecieliśmy choremu draczmę jodku potasu codziennie w ławatywie.

Sekcja, dokonana przez kol. ELSENBERGA, potwierdziła rozpoznanie, wykazując, iż półkule mózgowe były zdrowe, a w rdzeniu przedłużonym na samej jego granicy z mostem WAROLA, sięgając nieco do jego wnętrza, a więc ściśle w połowie *sinus rhomboidalis*, znajdowało się ognisko krwotoczne wielkości fasoli, wypełnione świeżym skrzepem krwi, umiejscowione w prawej dolnej połowie dna 4 komórki i nie przechodzące po za linię środkową (*raphe*). Ognisko to od jamy 4 komórki oddzielone było zdrową ependymą, a nad niem przebiegały nienaruszone *striae acusticae*. Znajdowało się ono więc blisko powierzchni rdzenia przedłużonego, tam, gdzie leżą jądra nerwów czaszkowych opuszkowych [VI, VII, VIII, IX, X, XI i XII pary], nie naruszywszy części rdzenia, w której leży pęczek piramidalny. Innych narządów nie można było zbadać; rodzina bowiem chorego, po wielu staraniach, zaledwie na otwarcie czaszki dozwoliła.

Badanie drobnowidzowe, dokonane przez asystenta oddziału, kol. WIZLA, w pracowni szpitalnej, pod kierunkiem kol. ELSENBERGA zostającej, wykazała w ognisku chorobowym typowe cierpienie tętnic, jakie jest charakterystyczne dla syfilisu. Wylew krwi, który zniszczył odpowiednie jądra nerwów opuszkowych, gdy inne części rdzenia przedłużonego tylko uciskał, tłómaczy wszystkie objawy za życia istniejące, a mianowicie: wystąpienie na pierwszy plan zaburzeń w sferze nerwów opuszkowych, niewielkie zajęcie kończyn. Ból głowy i twarzy, który tak choremu dokuczał, wytłómaczyć się daje uciskiem na *radix ascendens n. trigemini*, który, jak wiadomo, zawiera włókna czuciowe i biegnie od części szyjowej rdzenia pancerzowego przez rdzeń przedłużony do mostu WAROLA, gdzie połączywszy się z *radix descendens* [ruchowym], idącym z góry od wzgórków czworaczych, opuszcza mózgowie na wysokości mostu WAROLA. Podniesienie ciepłoty, spostrzegane w podobnych przypadkach, a które istniało i w opisanem przez nas, tłómaczą zmianami w nerwach naczynio-ruchowych, których jeden z głównych ośrodków znajduje się w *bulbus*.

Wylewy krwi w rdzeniu przedłużonym należą do rzadkości; zajmują one co do częstości pośrednie miejsce między krwotokami w półkulach, a wylewami

krwi w rdzeniu kręgowym. Najczęściej — jeśli są obfitsze — kończą się bardzo prędko śmiercią (*apoplexie foudroyante*); w naszym przypadku chory przeżył cztery doby.

III. PRZYCZYNEK DO LEPSZEGO POZNANIA T. Z. TORBIELO- MIĘŚNIAKÓW MACICY.

Podali

Wł. Matlakowski i Ed. Przewoski.

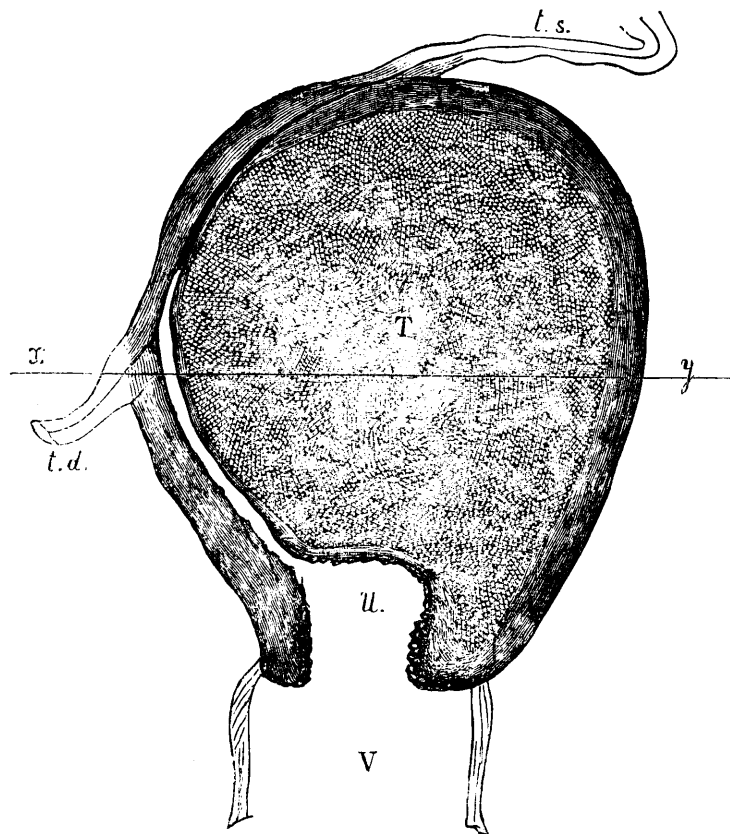
[Dokończenie. — Patrz Nr. 47].

D. 17. XII. 1888 przystąpiłem po zachloroformowaniu chorej do operacji. Po otwarciu jamy otrzewnej cięciem w smudze, znalazłem guz gładki od góry i z lewej strony, z przodu i z tyłu nieprzyrosły, z wyjątkiem nieznacznego zrostu z prawej strony. Lewy jajnik i jajowód znajdują się wysoko na guzie, prawy nisko [wyczuwany jako twardy guzik nad więzem *POUPART'a*]; do prawego więzu szerokiego przyrost sieci. Od tyłu ręka wchodzi między *promontorium* i guz i niżej do dołu *DOUGLAS'a*, nie napotykać nigdzie zrostu. Pęcherza od przodu wcale nie widać przed guzem; leży on całkowicie za prawą kością łonową. Gdy przez nakłucie chęłbocącego guza nie udało się go zmniejszyć, cięciem w płaszczyźnie sagitalnej na przedniej powierzchni guza, otworzyłem go, poczem zaczął obficie wydobywać się płyn krwisto-surowiczy, krzepnący w skrzep. Wprowadziwszy zrazu palec, a następnie całą rękę do jamy, natrafiłem w niej na nieprzeliczone beleczkowate przegrody, mostki i nitki, które obrywając wydobywałem na zewnątrz; a z otwartych jam wypuszczałem coraz to nową ilość płynu. Dla lepszego zoryjentowania się, wprowadziłem rękę do jamy w guzie powstałej po wyrwaniu masy delikatnej, siateczkowatej jakby pajęczej tkanki, a pomocnik wprowadził palec do jamy macicy, przyczem jego palec czułem od przodu od moich rozgrodzony cienką błoną; byłem zatem w tylnej ścianie macicy aż w pobliżu wargi tylnej. Zniszczywszy w ten sposób tkankę wypełniającą wnętrze guza trójkątnym zaprowadzonym do jamy macicy, zrobiłem szeroki otwór w tylnej jej ścianie, tak, żeby otworzyć szerokie połączenie jamy powstałej wewnątrz guza z jamą macicy i zapewnić swobodny odpływ do pochwy, wtedy narzuciłem podwiązkę elastyczną na guz, obejmując poniżej lewego, a ponad prawym jajnikiem; umieściłem objętą część w dolnej części rany, obszyłem część guza pod ligaturą otrzewną ścienną, zaszyłem pozostałą część rany brzusznej, obciąłem większą część guza, a brzegi pozostałej części zeszyłem, aby zamknąć jamę guza. Pochwę oraz jamę macicy wytamponowałem gazą jodoformową. Operacja trwała 1½ godziny.

Chora zniosła ją wybornie, nie miała ani wymiotów, ani czkawki; w cztery dni po operacji ciepłota podniosła się do 40° C. jeden raz, poczem z nieprawidłowemi wahaniami spadała do normy w końcu drugiego tygodnia; brzuch przez cały czas pozostał miękki, mały, niebolesny; szypuła wyschła tak, że przy uderzaniu wydawała odgłos. Po zdjęciu szwów siódmego dnia znalazłem *primam intentionem* na całej przestrzeni zeszytej rany. W środku trzeciego tygodnia odciąłem szypułę z ligaturą elastyczną; od tej pory chora szybko zmierzała ku wyzdrowieniu. Co się tyczy stosunków wyczuwanych przez pochwę, to przez kilka pierwszych dni było obfite przesiąkanie krwawego płynu; po wyjęciu tamponów przestrzykiwano kilkakroć roztworem sublimatu, gdy atoli pojawiła się wyż wspomniana gorączka w połączeniu z bólem wzdłuż *S romanum* i kilku bolesnemi

wypróżnieniami zaniechałem przestrzykiwań z obawy zatrucia sublimatem. Od dawanie moczu było zawsze prawidłowe.

Wycięty preparat, obejmujący $\frac{2}{3}$ górne guza składa się: 1) z nowotworu, 2) z części trzonu i z dna macicy, 3) z lewego jajowodu i jajnika, oraz z części



jajowodu prawego. Preparat przedstawia się jako ogromnie powiększona macica, w której ścianie tylnej, w lewej, oraz w dnie mieści się nowotwór. Po rozkrojeniu okazuje się guz, który pokryty jest otrzewną oraz warstwą prawidłowej tkanki macicznej; granica nowotworu jest dość ostra od strony tkanki macicznej, której warstwa grubości na 0,5 — 1,5 centymetra pokrywa go od zewnątrz. Jama macicy kolosalnie powiększona skutkiem tego, że guz nakształt mięśniaków podśluzowych, poczynających się szypułować, wypukła się do jamy macicy. Przestrzeń między odejściem obu jajowodów wynosi kilkanaście centymetrów. Nowotwór znajduje się pod samą błoną śluzową macicy, która dla gołego oka wydaje się przekrwioną, i usianą wynaczynieniami świeżemi, powstałemi podczas operacyi; miejscami od błony śluzowej oddziela nowotwór warstwa tkanki mięsnej macicy, grubości $\frac{1}{2}$ — 4 mm.. Guz jest z zewnątrz gładki, a na przekroju przedstawia się jako jednolity, niezłożony ze zwiteków (*Knollen*). W obwodowych warstwach składa się z tkanki porowatej, gąbczastej, jak ciała jamiste prącia. Im dalej ku środkowi guza, tem oczka są większe, w kształcie szczelin, wypeł-

nionych przezroczystym płynem. Środek guza jest w części zniszczony podczas operacji, jego bardzo gębczasta tkanka wydarta, i tylko po ścianach wiszą jej strzępy, przypominające *piam matrem*; tkanka nowotworu jest tak gębczasta, że po wydarciu sporego jej kawałka i wyciśnięciu płynu pozostaje z niego małe pasmo.

Po opróżnieniu od płynu powierzchnia rozkroju nowotworu jest niezmiernie gębczasta i przypomina rozkrój łożyska. Pod wodą na tej powierzchni widać mnóstwo szczelin i oddzielających je beleczek. Cienki skrawek nowotworu wygląda jak siatka. Cały nowotwór daje się bardzo łatwo rozskubywać na miękkie, cienkie, okrągławe, rozmaicie długie, pojedyncze lub rozgałęziające się nitki. W takich nitkach, jeżeli są trochę grubsze, już gołym okiem widać środkową, czerwoną oś, która pod lupą okazuje się naczyniem krwionośnym. Te to nitkowate twory, rozgałęziające się i łącząc ze sobą w najrozmaitszych kierunkach, tworzą rodzaj sieci, stanowiącej całą masę nowotworu. Oczka tej sieci są rozmaitej wielkości, od drobnowidzowej do takiej jak przecięcie nasienia konopnego i większej.

Badanie drobnowidzowe stwierdza przede wszystkim, że budowa nowotworu wszędzie jest jednakowa. Nitki składające nowotwór wszędzie są okrągłymi pęczkami włóknistej tkanki łącznej, zawierającymi zawsze w swej osi jedno naczynie krwionośne. To naczynie krwionośne bywa tylko albo małą tętniczką, albo małą żyłą, albo też szerokim naczyniem włosowatym; stosownie do wielkości naczynia i pęczki łączno-tkankowe są rozmaicie grube. Wszystkie wymienione naczynia krwionośne wysłane są od wewnątrz wyraźnym śródbłonkiem. Małe tętniczki mają jedną, dwie, trzy lub rzadko więcej warstw okłonnych, gładkich włókien mięsnych. Prawie wszystkie te naczynia zawierają większą, lub mniejszą ilość krwi. Tkanka łączna naokoło naczyń krwionośnych jest zwykłą włóknistą tkanką łączną i tworzy tylko jakby rodzaj zewnętrznej błony naczyniowej (*adventitia*), w której włókienka klejodajne mają kierunek równoległy do osi naczynia, a włókien sprężystych brak zupełny. Pomiędzy temi włóknienkami widać trochę stałych, wrzecionowatych lub blaszkowatych komórek tkanki łącznej i trochę komórek wędrujących. Od zewnątrz tkanka łączna, okalając naczynia, a więc całe nitki składające nowotwór, a najzwyczaję pokryte są przez jednowarstwowy płaski śródbłonek (*endothelium*). Miejscami tylko tego śródbłoneka nie widać. Odłączone i odosobnione komórki tego śródbłoneka przypominają zupełnie śródbłonek błon surowiczych. Są one zupełnie płaskie, blaszkowate i zawierają jedno owalne jądro, otoczone bardzo nieznaczną ilością delikatnie ziarnistej protoplazmy. Jeżeli na powierzchni nitek nowotworowych nie ma jednociągłej warstwy śródbłoneka, to jednak w mniejszych, lub większych odstępach widać na nich oddzielne blaszkowate komórki. W ostatnim razie także miejscami od jednej do drugiej nitki nowotworowej przechodzą pojedynczo lub w postaci cienkich pęczków łączno-tkankowe włókienka.

Na rozskubanych częściach nowotworu bardzo łatwo przekonać się, przy użyciu małych powiększeń drobnowidza, że opisane dopiero co nitki nowotworu rozgałęziają się i znowu zlewają ze sobą odpowiednio do takiegoż zachowania się zawartych w nich naczyń krwionośnych. W całym nowotworze nitki jego nie zawierają żadnych innych włókien mięsnych oprócz tych, które wchodzi do budowy małych tętniczek i małych żył. Niezależne od ścian naczyniowych włókna mięsne w nitkach nowotworu spotykają się tylko na jego obwodzie, a mianowicie tam, gdzie te nitki przechodzą w otaczającą tkankę mięsną, czyli tam, gdzie w nitkach pozostaje reszta gruntu, na którym rozwinął się nowotwór.

Przestrzenie, znajdujące się pomiędzy nitkami nowotworu przedstawiają się w postaci stosunkowo obszernych szczelin, szpar najczęściej wysłanych przez śródbłonek, pokrywający te nitki. Prócz pokrytej tym śródbłonkiem zewnętrznej powierzchni nitek nowotworowych innych własnych ścian ograniczających te

szparowate przestrzenie nigdzie nie posiadają. Okalając pojedyncze nitki nowotworowe wzmiankowane szpary łączą się w jeden obszerny system szczelin, przenikający cały nowotwór. Z powodu mnóstwa tych szczelin cienki skrawek drobnowidzowy można otrzymać tylko z kawałków nowotworu przepojonych celoidyną, fotoksyliną lub parafiną. Bez tych, utrzymujących w całości środków, skrawki prawie zawsze rozsypują się w drobne kawałeczki. Na skrawkach zrobionych z opróżnionego nowotworu, w wielu miejscach ściany tych szczelin tak mocno przylegają do siebie, że o ich obecności wnosić można tylko z układu i kierunku jąder śródbłonka. Gdzie szczeliny nie zostały opróżnione zupełnie, ściany ich stoją więcej lub mniej odległe od siebie i w świetle ich widać drobnoziarnisto ścięte ciała białkowe z nielicznymi leukocytami, albo też gęstą siatkę fibrynu z większą ilością takichże leukocytów.

Na obwodzie nowotworu jego nitki łączą się stopniowo z błoną mięsną macicy; naczynia krwionośne nitek przechodzą w otaczające naczynia fizjologiczne, a szczelinowate przestrzenie nowotworu szybko się zwążają i giną w otaczającej błonie mięsnej, lub też miejscami można je widzieć jeszcze na pewnej przestrzeni, obok naczyń krwionośnych, jako szpary bez własnych ścian, wysłane śródbłonkiem.

Po za widoczną granicą nowotworu warstwa miękka macicy przybiera stopniowo swój prawidłowy wygląd. Błona śluzowa ciała i szyi macicy w okolicy nowotworu wydaje się miejscami więcej zbita, włóknista, mniej obfita w komórki. Wszędzie pokrywa błonę śluzową i wyściela gruczoły zwykły nabłonek cylindryczny.

Gdy nowotwór był napełniony płynem, wygląd jego dla gołego oka był inny, niż nowotworu opróżnionego. Z powodu przepełnienia szczelin płynem cały nowotwór wyglądał jak masa płynu, przenikniętego we wszystkich kierunkach delikatną nitkową siateczką. Opróżnienie z płynu takiego napełnionego nowotworu odbywało się szybko, jak tego dowodzą obfite odpływy płynu z pochwy u badanej kobiety. Mechanizm takiego odpływu prawdopodobnie był taki: nad mocno powiększonym nowotworem pękła w jednym miejscu silnie rozciągnięta błona śluzowa i płyn dostawał się do jamy macicy. Po opróżnieniu nowotworu zbliżone brzegi pękniętej błony śluzowej zrastały się i znowu zaczynało się napełnianie nowotworu płynem.

Wobec tego, co powiedziano wyżej, jaka jest natura nowotworu? Budowa jego jest niezawodnie wielce niezwykła. Analogicznie zbudowane bywają w innych częściach ustroju *lymphangiomata cavernosa*. I ten nowotwór w macicy niezawodnie za taki poczytać należy. Szerokich bowiem, szczelinowatych przestrzeni napełnionych przezroczystym krzepliwym płynem nie można przyjąć za co innego, jak za zmienione naczynia limfatyczne, a te szczelinowate przestrzenie z powodu swej ogromnej obfitości stanowią główne charakterystyczne znamię nowotworu. Wobec tych szczelinowatych przestrzeni inne składowe części nowotworu pod względem swego znaczenia patologicznego zchodzą na plan drugorzędny. Naczyń krwionośnych w nowotworze jest niezawodnie dość wiele, ale o ile się zdaje, nie więcej, niż tego potrzeba do odżywiania własnych ścian i okalającej je tkanki łącznej. Co się zaś tyczy tej ostatniej, to ona poczęści stanowi rodzaj rusztowania podtrzymującego naczynia, poczęści zaś ściany samych przestrzeni limfatycznych. Jest to rozrosła tkanka łączna tego gruntu, na którym rozwinął się nowotwór.

Przedstawiony nowotwór znacznie różni się od nowotworów, opisanych przez LEOPOLD'a (*Arch. f. G. Bd. V, pag. 403*), FEHLING'a i LEOPOLD'a (*Arch. f. G. Bd. VII, pag. 531*), OTTONA SPIEGELBERG'a (*Arch. f. G. Bd. VI, pag. 341*), REIN'a (*Arch. f. G. Bd. IX pag. 414*), GRAMMATIKATI (*Arch. f. G. Bd. 17, pag. 139*), SCHAUTA, i innych. We wszystkich nowotworach, opisanych przez wyliczonych

autorów, rozszerzenie naczyń limfatycznych w postaci mniejszych, lub większych jam zachodziło zawsze w mięśniakach (*myomata uteri*) i włókniako-mięśniakach macicy (*fibro-myomata*). To rozszerzenie naczyń limfatycznych stanowiło zatem tylko pewien charakterystyczny rys dla innych nowotworów, skutkiem czego te inne nowotwory trzeba było określać przymiotnikiem *lymphectodes*. W obecnym przypadku rozszerzenie naczyń limfatycznych [może połączone z ich nowotworzeniem] stanowi główną istotę nowotworu, przyczem tkanka łączna, w nowotworze jest tylko rusztowaniem, a naczynia krwionośne tem, czem naczynia krwionośne dla każdego innego nowotworu. Zupełna jednostajność budowy całego opisywanego obecnie nowotworu pokazuje, że rozszerzenie się starych, a może i nowych naczyń limfatycznych odbywało się w niezmienionych poprzednio ściankach macicy.

Pewne podobieństwo w budowie z opisanym powyżej jamistym limfangiomasem macicy mógłby okazywać stan patologiczny znany pod nazwą *mola hydatidosa destruens*, jaką opisali: R. VOLKMANN (*Virchow's Archiv. Bd. XLI, pag. 528, 1867 r.*), V. JAROTZKY i WALDEYER (*Virchow's Arch. Bd. XLIV, pag. 88. 1868*), KRIEGER (*Berl. Beitr. z. Geb. u. Gyn. I, pag. 10*), WILTON (*Lancet. 1840, Februar*), KLEBS (*Allgemeine Pathologie, II Theil. 1889, pag. 610*) i inni. Podobieństwo polega na tem, że nitki nowotworowe, oddzielające pojedyncze szczeliny limfatyczne, są okrągławe i ztąd przypominają do pewnego stopnia kosmki łożyska. Sama jednak więcej lub mniej cylindryczna postać nitek nowotworowych nie może być brana za dowód identyczności ich z kosmkami łożyska. Krokiewki np. w *angioma cavernosum hepatis*, oddzielające pojedyncze jamy naczyniowe, niejednokrotnie bywają cylindryczne, pokryte nazewnątrz przez *endothelium* i wewnątrz nawet zawierają naczynia. Zresztą, podług opisu KLEBS'a, przy *mola hydatidosa destruens* wrastające do światła naczyń krwionośnych i limfatycznych macicy łożyskowe kosmki nie mają własnych, funkcyjjonujących naczyń krwionośnych. Dalej nitki nowotworowe w obecnym przypadku pokrywają delikatne, jednowarstwowe *endothelium*, a nie masy rozrastającego się nabłonka. Na obwodzie nowotworu można się wszędzie przekonać, że nitki nowotworowe zlewają się zupełnie z otaczającym mięśniem macicy, a nie stanowią dla nich coś obcego, wrastającego z zewnątrz. Błona śluzowa jamy macicy w okolicy nowotworu okazuje zmiany bardzo małe. Nakoniec u chorej nigdy nie konstatowano przedtem zażniadu.

Że szczelinowate, jamiste przestrzenie pomiędzy nitkami nowotworowymi są zmienionymi naczyniami limfatycznymi dowodzi sama ich przezroczysta, krzepliwa zawartość i brak wszelkich innych przestrzeni, gdzieby ta zawartość pomieścić się mogła.

Sposób rozwoju tego nowotworu polegał prawdopodobnie głównie na rozszerzaniu się naczyń limfatycznych, znajdujących się bardzo obficie w prawidłowych ścianach macicy [MIERZEJEWSKI, FRIDOLIN, LEOPOLD]. W miarę powiększającego się rozszerzania naczyń limfatycznych gruntowe włókna mięsne uległy zanikowi, a pęczki tkanki łącznej wraz z zawartemi w nich naczyniami krwionośnymi rozsunięciu. O ile przy wytworzeniu się szczelin limfatycznych brało udział nowotworzenie naczyń chłonnych w danym przypadku, rozstrzygnąć się nie udało. Także z badania samego nowotworu i okalających ścian macicy nie udało się odgadnąć przyczyny rozwoju nowotworu. Zachodzi tu wszakże to samo, co np. przy poszukiwaniu przyczyny rozwoju *haemangiomatis cavernosi* w tkance wątroby.

Chora opuściła szpital zdrowa d. 25. I. 1889. Przy badaniu przez pochwe znajduje się resztę macicy dość już ruchomą, część pochwowa prawie normalnej wielkości, tylna warga jeszcze nieco grubsza. Stan ogólny wyborny.

Co się tyczy tego ostatniego przypadku, chcę zwrócić jedynie uwagę na bardzo wybitne peryjodyczne powiększanie się guza po każdej miesiączce, stwierdzone przez naoczną własną obserwację i pomiary. Zjawisko to niejednokrotnie było dostrzegane. KIWISCH opowiada, że widział powiększanie się macicy podczas miesiączki w ciągu kilku godzin o połowę objętości, i równie szybkie zmniejszanie się. VIRCHOW obserwował klinicznie i anatomicznie bliżej zbadał jeden podobny przypadek. Wątpi on o trafności tłómaczenia podanego przez KIWISCH'a, który przypuszczał, że wahania w wielkości guza zależą od napełniania się i opróżniania płynem wysiękowym (*exsudirender Flüssigkeit*) przestrzeni śródtkankowych („*zellige Zwischenräume*“). Zdaniem VIRCHOW'a, szczeliny (*Spalten*) w guzie mogą napełnić się cieczą, lecz jeśli to nastąpi, to ostatnia musi pozostać w nich stosunkowo dłużej. Według VIRCHOW'a, ostre powiększanie się i zmniejszanie mięśniaków z jamami śródtkankowymi (*interstitielle Höhle*) nie ma nic wspólnego, a tłómaczy się z jednej strony z m i e n n e m n a p e ł n i e n i e m naczyń, podobnie jak *corpora cavernosa penis*, z drugiej skurczem samej m i ę s n e j tkanki nowotworu. Tłómaczenie to, najzupełniej trafiające do przekonania dla *myoma cavernosum*, daje się zastosować i do naszego przypadku, z tym wszelako dodatkiem, że tu niewątpliwie pod wpływem miesiączki, po napełnieniu siatki naczyń krwionośnych, następowało nadzwyczajne przepełnienie naczyń limfatycznych, tworzących labirynt nieprzeliczonych szczelinek, z których po pewnym czasie zaczęła przesączać się ciecz do jamy macicy i na zewnątrz, z jednoczesnym widocznym zmniejszaniem się guza. Drugi przykład podobnego peryjodycznego wylewania się płynu z guza macicznego, nie jest mi znany w dostępnej literaturze [nie mówi się tu oczywiście o *hydrops tubae profluens*].

W obu naszych przypadkach płyn po przebicju guza trójgranicem wypływał zwolna i natychmiast krzepł w piękny bursztynowo-czerwonawy skrzep. Ciekawem by było, o ile objaw ten związany jest z pewną budową nowotworu, mianowicie z rozszerzeniem, lub rozwojem naczyń limfatycznych. Pomijając spostrzeżenia KOEBERLÉ'go, ATLEE, FRANKENHAUSER'a i innych, które podaje O. HEER, a w których brak jest badania histologicznego znajdujemy następujące przypadki ze szczegółowym badaniem, w których było zauważone owo ciekawe zjawisko:

SPIEGELBERG: *Myoma lacunare* z tkanką gąbczastą, podobną do *omentum majus*: gąbczaste ogniska składały się z błon (*häutige Platten*) przezroczystych rozmaitej grubości, przetkanych licznymi naczyniami, różnego kalibru dostrzegalnemi gołym okiem i pasemkami tkanki łącznej; błony te ograniczają jamy wielkości łebka od szpilki i większe, oraz szczeliny i luki zmiennego kształtu; jamy te na ścianach swych posiadają przybłonka.

FEHLING i LEOPOLD: *Myosarcoma lymphangiectodes*; luki między pęczkami tkanki łącznej wysłane są przybłonkiem, a same przestrzenie przypominają najzupełniej prawidłowe naczynia chłonne macicy.

GUSSEROW ¹⁾. Między pasemkami włókienek nie ma większych jam, tylko

¹⁾ L. c. str. 119.

szczeliny i luki, ściany których utworzone są przez samą tkankę, nieposiadającą osobnego wysłania.

MUELLER: Guz śródścienny składał się ze zleпка liczyh cienko i gładkościennych pęcherzy, z których większe nie posiadają przybłonka, podczas gdy mniejsze oraz nieprzeliczone drobnowidzowe szparki w przegrodach pęcherzy oraz w obwodowych częściach guza wysłane są nieprzerwaną warstwą przybłonka. Nowotwór bardzo obfituje w komórki okrągłe, ubogi jest we włókna mięsne gładkie; płyn podobny do limfy w części krzepł.

Z drugiej strony, w przypadkach REIN'a i SCHAUT'a, którzy również znaleźli rozszerzenie naczyń limfatycznych, płyn nie uległ skrzepnięciu. Jest to tem dziwniejsze dla nowotworu opisanego przez SCHAUT'ę, który określa go jako nowotwór utworzony z gładkich włókien mięsnych, między którymi istnieje rozszerzenie naczyń limfatycznych i wytworzenie z nich tkanki jamistej. Przypadek REIN'a znacznie różni się od tylko co wspomnianych: w worku guza istniała ogromna jama wielkości głowy, zawartość wcale nie była podobną do limfy, i chociaż, jak przypuszcza autor, pierwotnie jamy w tkance mięśniaka powstały przez rozszerzenie naczyń limfatycznych, to jednak dalsze powiększanie się i zlewanie ich ze sobą odbywało się na drodze stłuszczenia przegródek i beleczek tkanki mięsnej.

Być może, iż w obu naszych przypadkach trafiliśmy na wczesny okres rozwoju danyh nowotworów, które w dalszym przebiegu skutkiem rozmiękczenia beleczek i przegródek oddzielających szczelinki byłyby posiadały po jednej wielkiej jamie, zawierającej już płyn niekrzepnący. Jestto przypuszczenie, które dalsze obserwacje wyjaśnić mogą. Drugi nasz przypadek jest o tyle ciekawym iż nowotwór, o ile się zdaje, nie powstał z mięśniaka, jak to dzieje się z większością guzów macicy, o których mowa.

ODCINEK.

Z A P O B I E G A N I E

(*Prophylaxis*)

SZERZENIU SIĘ SYFILISU.

Napisał

D-r Med. Antoni Elsenberg,

ordynator oddziału dla choryh wenerycznych i skórnym w szpitalu starozakonnym w Warszawie.

[Dokończenie. — Patrz Nr. 47].

VI.

Ułatwienie leczenia się chorym jest także środkiem ograniczającym szerzenie się syfilisu. — Potrzeba utworzenia nowych oddziałów i ambulatoryów bezpłatnych dla choryh wenerycznych. — Leczenie prostytutek — konieczność izolowania ich po wyjściu ze szpitala.

Również ważnem jak środki administracyjne przeciw szerzeniu się syfilisu jest leczenie już nim dotkniętych; ma ono na celu ograniczenie zarażania się

tą chorobą i wygubienie ognisk jej zarazy. Aby dopiąć tego celu, należy ułatwić, uprzystępnąć leczenie się chorym i uczynić je bardziej dyskretnem. Dlatego też projekt taki [OWRE'a], jak zawiadamianie policyi o syfilitykach nieleczących się, szerzących zarazę, jest wprost przeciwnym powyższemu założeniu i mógłby tylko ujemnie wpłynąć, gdyż odstręczyłby chorych od leczenia się u lekarzy; a nadto projekt ten jest i wprost przeciwnym obowiązkom lekarza, który tajemnicy swego chorego musi dochować i nawet gdy idzie o tak ważną sprawę, jak o małżeństwo, powinien odmówić wszelkich informacji o zdrowiu swego pacjenta.

Pierwszą drogą ułatwienia leczenia się byłoby, jak u nas, utworzenie specjalnych oddziałów, zwłaszcza dla zaraźliwych form syfilisu, przy szpitalach ogólnych. Dotychczas istnieje u nas szpital Ś-go Łazarza dla chorych wenerycznych [w części dla nieuleczalnych rakowatych i dla chorych z wysypkami skórnymi], do którego obowiązkowo wszystkie prostytutki są na kurację odsyłane, i oddział mój dla chorych wenerycznych i skórnych w szpitalu starozakonnych. Nie można powiedzieć, by te 2 szpitale były niewystarczającymi, ale inne względy wpływają na to, że nie każdy chory pragnie w nich się znajdować; przy otworzeniu zaś choćby dwu oddziałów dla chorych wenerycznych, np. przy szpitalu Dzieciątka Jezus i Ś-go Ducha, przekonalibyśmy się, że pomimo, iż ilość chorych u Ś-go Łazarza i w moim oddziale by się nie zmniejszyła, nowe oddziały byłyby przepełnione chorymi. Wielu bowiem chorych nie chce się udawać do szp. Ś-go Łazarza, gdyż zanotowane by to było w księgach meldunkowych domu; z drugiej znów strony obawa, „żeby zwierzchnicy źle się na to nie patrzeli“¹⁾, powstrzymuje innych od leczenia się w szpitalu Ś-go Łazarza. Zawsze jeszcze źle u nas patrzą na człowieka, który miał nieszczęście zarażenia się syfilisem, co niesłusznie identyfikują z pobytem w tym szpitalu.

Zdaniem więc mojem, utworzenie takich oddziałów przy szpitalach ogólnych jest niezbędnem i bardzo wiele wpłynie na ułatwienie leczenia się chorych. Tylko zauważyłbym, że nie należałoby tych oddziałów uposledzać, tak jak to bywa we wszystkich szpitalach przy których oddziały takie istnieją: zwykle oddają na taki oddział najgorszą część gmachu szpitalnego, niezdatnego wcale na pomieszczenie dla chorych, zużyte na innych oddziałach i nie kwalifikujące się do dalszego użytku łóżka i t. p. sprzęty, starą najgorszą pościel i bieliznę, która się rwie i sypie prawie przeznaczącą dla tego w y k ł ę t e g o oddziału; chorzy dają szlafroki różniące się kolorem od szlafroków dla innych oddziałów przeznaczonych, zamiast na jednakowych tylko N-r sali odbić. Tak samo jak z urządzeniem i odzieżą, rzecz się ma i z jedzeniem: jedzenie wydają zwykle do takich oddziałów na ostatku, po obdzieleniu już chorych ze wszystkich innych oddziałów, ilość dodatków do porcyj ograniczona do niemożliwie małych rozmiarów i t. p.. Słowem zawsze oddziały te po macoszemu traktowane bywają.

Co do przyjmowania chorych wenerycznych do szpitali, należałoby przyjąć za zasadę, aby chorych tak z miasta jak i zamiejskich i z prowincyi przyjmować bez opłaty z góry za miesiąc, a po wypisaniu się chorego, opłatę za pobyt w szpitalu pobierać od tych, którzy zapłacić chcą lub mogą; nieraz na moję propozycję chorym zamiejskim zapisania się do oddziału otrzymuję odpowiedź: ja nie jestem bogaty, nie mam czem zapłacić!

Drugą reformą, jakąby koniecznie wprowadzić trzeba, jest urządzenie przy wszystkich szpitalach ogólnych odpowiedniego ambulatoryjum bezpłatnego dla chorych wenerycznych z wydawaniem również bezpłatnie lekarstw tym, którzy sobie życzyć tego będą.

¹⁾ W wielu bowiem instytucjach prywatnych zwierzchnicy źle się patrzą na tych pracowników, którzy przebywali jakkolwiek chorobę weneryczną lub w szpitalu Ś-go Łazarza się leczyli; szkodzi im to do awansu, a nawet zagraża nieraz utratą posady!

Dotychczas takie ambulatoryja istnieją przy szpitalu Ś-go Łazarza i w szpitalu starozakonnych, przy moim oddziale. To ostatnie, do niedawna, nie odpowiadało nawet najskromniejszym wymaganiom, teraz dopiero, kosztem niewielkiego funduszu, do jakiego takiego stanu doprowadzonym zostało. Ale zato od dawien dawna, szpital z apteki swojej bezpłatnie wydawał i wydaje lekarstwa dla chorych przychodzących; w szpitalu Ś-go Łazarza zaś już w bieżącym roku rozpoczęto wydawanie bezpłatnych lekarstw. Naturalnie odbywa się to na małą skalę, jest jeszcze niedostatecznem, z powodu szczupłych na ten cel poświęconych funduszy, ale miejmy nadzieję, że jest to tylko początkowa faza tego rodzaju ambulatoryjum, i że z czasem te braki usunięte będą.

Dodać tu jeszcze wypada, że tak ordynatorzy oddziałów, jak i lekarze ambulatoryjów, lekarze komitetu i ich asystenci z konkursu posady swe otrzymywać by powinni.

Nie można powiedzieć, by wprowadzenie tych innowacyj nie wymagało pewnego nakładu pieniężnego, ale są to summy, które z czasem się wrócą, nie mówiąc już o innych korzyściach, jakie społeczeństwo przez nie osiągnąć może. Wskutek ułatwienia leczenia, że powtórzę raz jeszcze, szerzenia między chorymi danych o zaraźliwości i następstwach syfilisu, o konieczności metodycznego leczenia się, ilość zarażeń i ilość chorych [przy udoskonaleniu jeszcze kontroli prostytutek] coraz bardziej zmniejszać się będzie, a ztąd i koszta utrzymania chorych w szpitalach coraz będą mniejsze.

O samem leczeniu prostytutek i poczytywaniu ich za zdrowe, słów kilka jeszcze powiem. Zwykle w szpitalach prostytutki z objawami syfilisu [głównie okres wtórny, kłykcinowy, mamy tu na myśli] leczą tak długo, póki objawy nie znikną. Następnie wypisują je, by po jakichś kilku tygodniach lub kilku miesiącach znów je z objawami podobnemi do szpitala przyjąć i t. d., czasem trzy, cztery, a nawet i więcej razy przebywają w szpitalu w przeciągu pierwszych 2 — 3-ch lat po zarażeniu się syfilisem. Jednak niezawsze tak bywa; nieraz bowiem po przebyciu pierwszej kuracji w szpitalu leczą się w domu, i gdy przyjdą do komitetu do oględzin, lekarz nie znajduje żadnych objawów, któreby mogły go skłonić do odesłania prostytutki do szpitala; w ten sposób zdarzyć się może, że prostytutka tylko raz jeden w okresie zaraźliwych wykwitów w szpitalu przebywała.

Ale weźmy np. te, które kilka razy w szpitalu na kuracji się znajdowały. Cóż z tego? W kilkomiesięcznym nieraz odstępie czasu między jednym a drugim pobylem swym w szpitalu, przemysłem swym prostytutka zajmuje się bez przeszkody, zarażając wiele osób, a gdyby nawet tak nie było [co jest niemożliwem], to przyjąć musimy, że nim badanie w urzędzie wykryje u niej np. lepiejże płaskie, to te przynajmniej już kilka dni [3 — 4] przedtem istnieć musiały, a tego czasu, tych dni kilku wystarczy, aby kobieta publiczna wielu mężczyzn zaraziła. Sama tedy nasuwa się myśl: jaką ma wartość ta gwarancyja badania, w którą wielu tak ślepo wierzy? Rozumie się, że niewielką, czego вина atoli nie ciąży na urzędzie, ani na jego lekarzach, ale na niezupełnem jeszcze wytknięciu tych środków, jakich użyłoby należało, by temu zapobiedz.

Jedyną na to radą, jak dziś, jest izolowanie syfilitycznych prostytutek, po wyjściu ich ze szpitala, przynajmniej przez dwa lata, t. j. do czasu, pókąd zaraźliwość ich choroby, przy odpowiedniem leczeniu nie wygaśnie. Do takiego wniosku przyszli dziś niemal wszyscy, mający bliższe z daną kwestyją zetknięcie, a na kongresie paryżkim [1889 r.] oświadczyli się za nim DRYSDALE, BARTHÉLEMY i inni. Gdy jednak zatrzymywanie prostytutek w szpitalach przez czas tak długi jest niemożliwem, najodpowiedniejszym byłoby urządzenie przytułków za miastem, gdzieby prostytutki w zamkniętym zakładzie oddawały się przez czas ten pracy, do jakiej są zdolne, i gdzieby znajdowały się pod okiem lekarzy, którzy w ra-

zie niemożności leczenia w zakładzie, odsyłałoby chore prostytutki do specjalnego szpitala. Po wygaśnięciu zaraźliwości syfilisu, prostytutki znów by mogły oddawać się rozpucie, nie będąc już, ze względu na syfilis, groźnemi dla odwiedzających je mężczyzn. Rozumie się, że koszt budowy i utrzymania takiego przytułku byłby dosyć znaczny, bo zakład przynajmniej na 600 prostytutek musiałby być urządzonym ¹⁾.

Wiadomości terapeutyczne.

24. Thilaninum. Tilanina, środek nowo wprowadzony do terapii chorób skórnych przez D-ra SAALFELD'a (*Therap. Monatsh.* 1891. *Heft XI*), z Berlina, jest poprostu siarkowaną lanoliną. Nazywa *Thilaninum* jest chyba skróceniem nazwy: *thio-lanolinum*, siarko-lanolina.

Cenne własności siarki przy leczeniu chorób skórnych znane są oddawna; ztąd też pochodzi owo mnóstwo przetworów siarkowych. Między innemi, dość obszerne zastosowanie znajdował dawniej t. zw. balsam siarczany (*Balsamum sulfuris*, s. ol. *lini sulfuratum*), który otrzymywano przez gotowanie 6 części oleju lnianego z 1 częścią kwiatu siarkowego (*flores sulfuris*). W ten sposób otrzymywana masa ciemno-czerwono-brunatna przedstawiała, przy stosowaniu jej, pewne strony ujemne, dlatego przetwór ten wyszedł prawie z użycia.

Obecnie, zamiast oleju lnianego, łączą siarkę z lanoliną, a zatem z tłuszczem niedrażniającym. Przetwór nowy, tilaniną zwany, zawiera 3% siarki i przedstawia się w postaci maści tej samej konsystencji, co lanolina, ma barwę żółto-brunatną, a zapach siarki.

D-r SAALFELD stosował tilaninę w rozmaitych chorobach skórnych (*eczema*, *herpes zoster*, *sy-cosis vulgaris* etc.) i otrzymywał podobno dość pomyślne wyniki. W każdym razie maść wzmiarkowana nie wywołuje podrażnienia, a usuwa swędzenie, jakie bywa przy wielu cierpieniach skóry. Przeciwwskazaniem jest stosowanie tego przetworu na okolicy głowy pokrytej włosom.

25. Nadmanganian potasu, jako odtrutka przy otruciu fosforem. Na jednym z ostatnich posiedzeń Towarzystwa Lekarskiego Peszteńskiego prof. ARPAD BÓKAI przedstawił wyniki, jakie otrzymał na zwierzętach przy stosowaniu $\frac{1}{5}\%$ — $\frac{1}{3}\%$ roztworu nadmanganianu potasu (*kalium hypermanganicum*) przy umyślnem otruciu fosforem.

Fosfor, wprowadzony do roztworu nadmanganianu potasu, utlenia się i przechodzi w kwas ortofosforowy. Kwas ten jest nieszkodliwy dla ustroju ludzkiego i zwierzęcego. Ta sama sprawa chemiczna zachodzi i w żołądku.

Przy tych doświadczeniach na zwierzętach, trutych fosforem, przekonano się, że roztwór nadmanganianu potasu [$\frac{1}{5}\%$ — $\frac{1}{3}\%$ — $\frac{1}{2}\%$ — 10%] nie wpływa szkodliwie na ściany żołądka. Wszystkie zwierzęta, umyślnie otruwane dużą ilością fosforu, którym podawano roztwór *kalii hypermanganici*, wyzdrowiały; pozostałe zaś zwierzęta, którym dla kontroli nie podano wzmiarkowanego antidotum, zdechły.

Na człowieku dotąd działania owego antidotu nie sprawdzono. Nie ulega wszakże wątpliwości, że w przypadkach otrucia fosforem [zapałki] pierwszym i najważniejszym wskazaniem zawsze pozostanie szybkie mechaniczne usunięcie trucizny za pomocą zgłębnika żołądkowego, lub za pomocą środka wymiotnego (*solut. cupri sulphurici* 3j na 3jβ). Dopiero następnie możnaby dla wszelkiej pewności podawać środek zalecony przez BÓKAI. Wprawdzie nie znajdujemy wzmianki o dawce, wymaganej w takich razach, ale sądząc z dawek nadmanganianu potasu, zalecanych do użytku wewnętrznego przez niektórych lekarzy przy innych cierpieniach (*diabetes*, *amenorrhoea*), a które wynoszą 0,05 — 0,2 [gr. j — gr. jii] *pro dosi* 3 — 4 razy dziennie, 0,6 [gr. x] *pro die*, wnosić należy, że w przypadku otrucia fosforem możnaby stosować śmiało 0,5 na 100 wody z początku co pół godziny lub co godzina łyżkę, następnie rzadziej.

¹⁾ W braku środków materyjalnych na wybudowanie i utrzymanie takiego przytułku, miasto mogłoby nałożyć umiarkowany podatek, stosowny do klasy ludności do jakiej opodatkowany należy, na wszystkich pełnoletnich nieżonatych. Przyjezdni i cudzoziemcy, pozostający w Warszawie 48 godzin, winni by również podatek ten opłacać.

Nie od rzeczy może będzie, gdy tu przypomnę, że od lat dwudziestu *terpentyna*, *stara nie oczyszczona*, a więc dużo ozonu zawierająca, cieszy się uznaniem jako antidot przy otruciu fosforem. Terpentyna z fosforem wchodzi w związki, które dla organizmu są nieszkodliwe i które następnie głównie przez nerki zostają wydalane.

W razach otrucia fosforem podajemy *ol. terebinthinae vetustum* co $\frac{1}{2}$ godziny 1,0 przez 3—4 godzin a następnie w większych przestankach stosownie do ogólnego stanu pacjenta. Można również przepisywać w następnej postaci: Rp. *Ol. terebinth. vetusti* 30,0. *subage cum vitel. ovor.* Nr. 2, *Aqu. menthae pip.* 250,0, *Syr. simp.* 50. S. Mocno skłócić — co $\frac{1}{2}$ godziny łyżkę stołową do wyżycia $\frac{1}{4}$ części lekarstwa, następnie co godzina łyżkę.

Wiktor Grostern.

Wiadomości bieżące.

— Wyszedł z druku zeszyt 5 wydawanych pod redakcją prof. KOBECZYŃSKIEGO, w Krakowie „Rozpraw z zakresu medycyny praktycznej“. Zeszyt ten zawiera pracę WIDMANA: „O zapaleniu płuc ze stanowiska klinicznego“. Dotąd wyszły następujące rozprawy: LACHOWICZ: „O wynikach leczenia operacyjnego gruźlicy stawów“. ŻUŁAWSKI: „O urojeniach“. SZYMKIEWICZ: „O wyjmowaniu zębów“. BIEGAŃSKI: „O stwardnieniu tętnic“. Cena pojedynczych zeszytów 2J—50 centów. Prenumerata całej seryi — 3 reńskie.

— W N-rze 46 *Deutsch. med. Woch.* SCHNEIDEMÜHL, prywatdocent weterynaryi w Kiel, stwierdzając znaczenie dyjagnostyczne tuberkuliny w rozpoznawaniu gruźlicy u zwierząt [ważne zwłaszcza w krowiarniach, zakładach mlecznych], donosi zarazem o licznych już poszukiwaniach nad malleiną. Malleinę otrzymano z hodowli nosaciznowych w sposób podobny temu, jakim KOCH przygotowywał swą tuberkulinę. Badania KALNING'a, HALLMANN'a, PREUSSE'go, SCHILLING'a, PETERS'a i FELISCH'a jednoznacznie wykazują, że wstrzyknięcie 1 ctm. sześć. malleiny koniom chorym na nosaciznę wywołuje u nich gorączkę ze znacznym podniesieniem ciepłoty [do 40°]. Natomiast konie zdrowe lub dotknięte innemi chorobami nie oddziaływały na malleinę.

— W N-rze 47 *Deutsch. med. Woch.* prof. DÖNITZ, na mocy licznych doświadczeń nad królikami donosi, że tuberkulina jest pewnym środkiem leczniczym na gruźlicę oka, wywołaną u tych zwierząt sztucznem szczepieniem.

— W Kijowie zmarł IGNACY FONBERG, były profesor uniwersytetu wileńskiego, akademii medyko-chirurgicznej wileńskiej, wreszcie uniwersytetu kijowskiego.

— Odczwa „Nowin Lekarskich“ [streszczona w ostatnim numerze *Gaz. Lek.*] obudziła żywe zajęcie w Towarzystwie Lekarskim Krakowskiem.

— Uroczyste otwarcie szpitala w Tworkach ostatecznie naznaczono na Piątek d. 27 b. m.

Nadesłano do Redakcyi.

D-r ELSENBERG. Syfilis w stosunku do małżeństwa. Warszawa. 1892.

PRAWDZIC. Uprawa kartofli czyli ziemniaków oraz wybór ich do sadzenia. Warszawa. 1891.

Wydawnictwo księgarni krajowej Konrada Prnszyńskiego.

ZAWADZKI. O wpływie mięsienia na szybkość wchłaniania. [Odbitka z *Kroniki Lekarskiej*].

D-r WŁADYSŁAW BIEGAŃSKI. O stwardnieniu tętna (*arteriosclerosis*). Zeszyt IV rozpraw z zakresu medycyny praktycznej. Wydawnictwo dzieł lekarskich polskich w Krakowie.

D-r OSKAR WIDMAN. O zapaleniu płuc włóknikowem. Zeszyt V-ty rozpraw z zakresu medycyny praktycznej i t. d.

Odpowiedź Redakcyi.

D-r R. J. w Warszawie. Szczegóły metody operacyjnej, o której Sz. Kolega w liście swym wzmiankuje, są obszernie wynieszczone w oryginalnej pracy, która mieści się w świeżo wyszłym zeszycie [11] „*Kroniki Lekarskiej*“.

Sprostowanie. W N-rze 46 *Gaz. Lek.* na str. 923 w wierszu 7 od góry zamiast: „przemawiają“ winno być: „przemawiali“, w wierszu 29 od góry zamiast: „następnego“ winno być: „następczego“, w w. 30 od góry zamiast: „CERECIA“ winno być: „CZERCHA“; na str. 924 w w. 16 od góry zamiast: „ściśnienia“ winno być: „ścięczenia“, w w. 19 od góry zamiast: „na zewnątrz“, winno być: „ku gorze“.

Wydawca, D-r St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny, D-r Wł. Gajkiewicz.

Доводено Цензурою, Варшава, 14 Ноября 1891 г.

Друк К. Ковалевського, Крѣлевська 29.