

GAZETA LEKARSKA.

Ś. P.

STANISŁAW KONDRATOWICZ,

D-r Medycyny,

Podskarbi Towarz. Lekar. Warszaw.,

Wydawca Gazety Lek. i Odczytów Klinicznych,

Ordynator Przytulku Położniczego,

zmarł

po krótkiej chorobie dnia 25 października r. b. w Monachium w powrocie do Warszawy.

Dla społeczeństwa naszego jest to strata dotkliwa; odczuwa ją najwięcej i najboleśniej grono naszej Gazety. Życiorys i rozbiór zasług naukowych i społecznych zmarłego podamy w jednym z najbliższych numerów.

I. ZAPALENIE GRUCZOŁU TARCZOWEGO

(*strumitis dissecans*).

[Rzecz, odczytana na posiedzeniu Lubelskiego Towarzystwa Lekarskiego].

Podał

D-r Adam Majewski.

E. K., żona stróża z Lublina, lat 61. Od lat wielu miała wole, wielkości małego jabłka, nie bolesne i nie powiększające się. Przed laty siedmiu chorowała na żółtaczkę. Przed dwoma laty robiłem jej herniotomię, zakończoną wyzdrowieniem przez rychłozrost. Przed obecnem zapisaniem się do szpitala przechodziła ciężką, gorączkową chorobę z silną żółtaczką, kaszlem i krwiopluciem.

Dnia 3 stycznia 1898 roku przybyła do szpitala z guzem, powstałym przed tygodniem, zajmującym środek i lewą stronę przedniej powierzchni szyi. Guz ten na zewnątrz zachodził poza brzeg zewnętrzny silnie napiętego mięśnia sutkostkowego, ku dołowi ginał pod obojczykiem i rękojeścią mostka, na wewnątrz przechodził na 2 ctm. wprawo poza linię środkową, ku górze sięgał górnej granicy szyi.

Guz ten, o postaci półkulistej, silnie wystawał ku przodowi, wielkością dochodził głowy dziecka. Skóra na nim była ruchoma, silnie napięta, koloru prawidłowego, o ciepłocie nieco podwyższonej. Przy oglądaniu z boku widoczne było unoszenie się guza przy tętnieniu tętnicy szyjowej. Przy polykaniu guz poruszał się wraz z krtanią. Spoistość guza była twarda, elastyczna. Chora skarżyła się na silną, stałą bolesność guza, zwiększającą się przy ruchach głowy i łykaniu. Objawy duszności, stałe istniejące, przy obmacywaniu guza również powiększały się.

Ciepłota podczas przyjęcia chorej do szpitala prawidłowa, po czterech dniach podniosła się do 38,5°. Guz zwiększył się. Obmacywanie guza wykazało w nim chelbotanie. Objawy duszności wzmogły się. Chora nocę całe spędzała bezsenność, siedząc pochylona na łóżku i podtrzymując rękami podbródek.

Wobec tego dnia 11 stycznia 1898 roku przy łaskawym współudziale kolegów szpitalnych w uspieniu chloroformowem wykonałem chorej szerokie, podłużne przecięcie guza i przedostałem się do wielkiej jamy, wypełnionej ropą koloru szarego. W ropie pływał guz wielkości jabłka.

Guz ten, zmartwiałe wole, przy poruszaniu go rozdrobnił się i częściowo od razu, częściowo zaś przy następnych opatrunkach kawałkami wydobyty został.

Pozostała jama sięgała ku dołowi głęboko po za mostek; na dnio jej tętniał łuk aorty; w tylnej jej ścianie leżała krtąń, tchawica i tętnica szyjowa.

Po operacji gorączka ustała i stan ogólny poprawił się.

Z rany przez czas pewien wychodziły zmartwiałe części wola. Ziarnina wypełniała jamę dość szybko, tak, że po 2 miesiącach pozostało jedynie nieznaczne, powierzchowne wgłębienie.

Podczas gojenia się rany bywały kilkakrotne nasilenia gorączkowe z równoczesną, mocną żółtaczką i upadkiem sił.

Badanie chorej wykazywało wtedy w prawym podżebrzu guz kulisty, wielkości pomarańczy, ruchomy, pozostający w związku z wątrobą.

W płucach oddech bywał nierównomiernie słyszalny, miejscami pęcherzykowy, zaostrozony, miejscami oskrzelowy, słychać było tu i owdzie świsty i pojedyncze rżenia. Twarz chorej była blada, nieco obrzękła; stopy także obrzękłe.

Ogólny stan chorej wskazywał na uwiąd starczy, rozwijający się u niej na tle trawiących ją chorób: gruźlicy płucnej i kamicy żółciowej.

W ostatnich dniach kwietnia chora dostała zapalenia płuc charłaczego, na które zmarła przy objawach nieomagi serca dnia 14 maja 1898 r. Oględziny pośmiertne wykazały następujące zmiany.

Trup wychudzony. Skóra blado-szarego koloru z żółtawem miejscami zabarwieniem. Twarz i stopy lekko obrzękłe.

W obu płucach bardzo znaczna ilość dość ściśle ograniczonych stwardnień wielkości od ziarnka prosa do orzecha laskowego. Stwardnienia te, o spoistości twarogu, były koloru biało-szarego, miejscami z żółtawym odcieniem; niektóre z nich w środku rozmiękły i zawierały nieco gęstego płynu, przypominającego ropę. Dolny płat lewego płuca obrzękły, spoistości ciastowatej, koloru ciemno-czerwonego, na przecięciu gładki, pokryty płynem mętnym.

Pęcherzyk żółciowy bardzo rozszerzony, długości 18 cm., szerokości 8 cm.; w nim wielka ilość kamieni ciemno-żółtego koloru, dość miękkich o powierzchniach płaskich z kantami ostrymi, wielkości od ziarnka grochu do orzecha laskowego. Drożność przewodu pęcherzykowego (*duct. cysticus*) zniesiona zupełnie; zgłębnik, wprowadzony od strony pęcherzyka, nie przenika do przewodu. W przewodzie żółciowym wspólnym (*duc. choledochus*) kamień wielkości orzecha włoskiego.

W miąższu zrazika SPIGEL'a jama owalna wielkości orzecha laskowego, ze ścianami gładkimi, wypełniona płynem dosyć gęstym jasno-zielonego koloru.

W gruczole tarczowym zraz prawy prawidłowy, a zamiast lewego zbita tkanka łączna, zrosnięta dosyć ściśle z blizną skórą.

W prawym przewodzie udowym, przy badaniu go od strony otrzewnej nieznaczne zagłębienie, przy ucisku rozciągliwe.

Rozpoznanie sekcyjne: gruźlica rozpadowa płuc (*phthisis ulcrosa*), zapalenie lewego płuca (*pneumonia cachecticorum sin.*), kamica żółciowa, ropień wątroby.

LUЕCKE dzieli zapalenia gruczolu tarczowego na urazowe, samoistne i przerzutowe.

BROCA ¹⁾ dzieli je na powstałe z przyczyn zewnętrznych i wewnętrznych.

Do pierwszych BROCA zalicza wszelkiego rodzaju urazy i wysiłki, jak na przykład w przypadku SCHOENINGER'a, w którym chory poczuł ostry ból pod kością gnykową i dostał zapalenia gruczołu tarczowego bezpośrednio po podniesieniu ciężaru dla pomieszczenia go sobie na głowie.

Drugą grupę stanowią zapalenia gruczołu tarczowego, powstałe w przebiegu chorób zakaźnych, jako to: ostrego gośćca stawowego, ropnicy, dyfteryi, ospy, zapalenia płuc, tyfusu i t. p..

Pierwiastkiem chorobotwórczym bywa tu pierwiastek choroby pierwotnej; prócz niego jednak znajdowano gronkowca białego (*staphylococcus albus*); swoistości jednak jego nie dowiedziono.

W przypadku naszym zapalenie gruczołu tarczowego powstało w przebiegu rozpadowej gruźlicy płuc, w której, podług wszelkiego prawdopodobieństwa, mieliśmy do czynienia z zakażeniem mieszanem z kokami ropnymi.

Zapalenie gruczołu tarczowego właściwe (*thyreoiditis*) odróżniać należy od zapalenia wola (*strumitis*). Sprawy te, klinicznie jednakowe, różnią się prawidłowym lub przerostowym stanem gruczołu przed początkiem sprawy zapalnej.

W przypadku naszym mamy z tego powodu do czynienia z zapaleniem wola. Zapalenie gruczołu tarczowego najczęściej zdarza się w wieku lat 20 do 30, zapalenie wola w wieku późniejszym. Chora nasza miała lat 61.

Zapalenie gruczołu tarczowego [*resp.* wola] bywa częściej u kobiet, czego przyczyną może być zresztą względna częstość powikłania tego przy ropnicy połogowej.

Zapalenie gruczołu tarczowego [*resp.* wola], wyłączając przypadki rzadkie, w których zabija ono w przeciągu paru dni, zazwyczaj kończy się rozejściem się nacieczenia, czasami ogniskowemi w gruczole stwardnieniami, wreszcie ropieniem lub nawet gangreną guza.

Ciekawe cyfry daje pod tym względem statystyka LEBERT'a, oparta na zebranych przezeń z literatury pięćdziesięciu przypadków: z nich w 13 przypadkach nacieczenie zapalne rozeszło się, w 32 zropiało; z tych ostatnich 11 zakończyło się śmiercią; prócz tego, w dwóch przypadkach śmierć nastąpiła przed zropieniem guza.

W przypadku naszym chory zraz gruczołu zropiał w końcu drugiego tygodnia choroby, a w chwili przecięcia był już zmartwiały.

Anatomicznie ciekawą jest postać zapalenia p. n. *thyreoiditis* (*resp.* *strumitis*) *dissecans*, z którą i w przypadku opisywanym mamy do czynienia.

Przy *thyreoiditis dissecans* zapalenie rozpoczyna się w przegródkach z tkanek łącznej, oddzielających od siebie zraziki gruczołu. W przegródkach tych gromadzi się ropa, tkanka łączna zanika; powstają jamy, wypełnione ropą, które, zwiększając się, łączą się ze sobą i powoli oddzielają zupełnie chorą część gruczołu od otaczających ją tkanek. Odosobnione zrazy gruczołu obumierają.

¹⁾ D-r A. BROCA. Corps thyroïde. T. V. Traité de Chirurgie de DUPLAY et RECLUS.

Co do leczenia zapalenia gruczołu tarczowego, to z chwilą, gdy można stwierdzić chębotanie lub nakłuciem próbnem wykazać ropę, należy zrobić szerokie przecięcie.

W razie zaniechania zabiegu ropa może obnażyć chrząstkę tarczową, chrząstki tchawicy, może nawet przeniknąć w drogi oddechowe. To ostatnie powikłanie należy do bardzo ciężkich, chociaż RIBERI widział trzy takie przypadki, zakończone wyzdrowieniem; ropa tu wydaloną została z płuc w napaździe silnego kaszlu.

Rzadziej zdarza się przebiecie się ropy do przelyku; wywołać go mogą wymiotne ruchy chorego.

Do najcięższych powikłań zapalenia gruczołu tarczowego należy otwarcie się ropnia do przedniej lub do tylnej jamy śródpiersia i do opłucnej. Powikłanie to kończy się zwykle śmiercią.

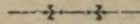
Osobliwość swojego rodzaju stanowi przypadek, spostrzegany i opisany przez LEJARS'a, w którym ropień gruczołu tarczowego otworzył się do tętnicy szyjowej wspólnej (*a. carotis communis*) i żyły szyjowej wewnętrznej (*v. jugularis int.*). Chory zmarł w krwotoku.

II. ZMIANY W GÓRNYM ODCINKU DRÓG ODDECHOWYCH

PRZY WADACH ZASTAWKOWYCH SERCA.

Podał

D-r med. Alfred Sokołowski,
ordynator szpitala Św. Ducha w Warszawie.



[Dokończenie. — Patrz Nr. 43].

Tablica I. 1897.

50 przyp. chorób serca w okresie względnie dobrze zachowanej kompensaty.

Nr. bieżący. Nazwisko. Zajęcie. Wiek.	Skargi.	Objawy ze strony płuc i serca.	Objawy ze strony gardzieli, krta- ni i nosa.	Wywiady.
1. K., kasyer, 36 lat.	Lekkie krwioplucie. Od niejakiego cza- su uczucie ciężaru w piersiach. Poka- sluje.	Szmer systo- liczny na aor- cie. W płu- cach zmian niema. <i>Vi- tium v. aortae.</i>	<i>Pharyngitis sicca modica.</i> Prze- rosty muszel. Tylna ściana krta- ni umiarkowanie zaczerwieniona.	Ze strony gar- dzieli żad- nych podmio- towych obja- wów.
2. A., odlewnik, 46 lat.	Od kilku miesięcy ból w okolicy serca.	Tony słabe. W płucach zmian niema. <i>Myocarditis incipiens.</i>	W gardzieli dużo granulacyi. Za- czerwienienie tylnych łuków, podniebienia miękkiego. Naczy- nia rozszerzone.	Miewał na- pady konges- tyjne do gło- wy. Ze stro- ny gardzieli żadnych pod- miotowych objawów nie było. Pali dużo.

Nr. bieżący. Nazwisko. Zajęcie. Wiek.	Skargi.	Objawy ze strony płuc i serca.	Objawy ze strony gardzieli, krtani i nosa.	Wywiady.
3. K. 60 lat.	Uczucie suchości, zawady w gardzieli oddawna. Często chrypka. Suchy kaszel. Bóle w stawach.	Na aorcie i u <i>ictus</i> szmer systoliczny. W płucach zmian niema. <i>Arthritis. Vitium v. mitralis et v. aort.</i>	Żyły na skórze nosa rozszerzone. W gardzieli błona śluzowa mocno czerwona, naczynia rozszerzone; toż samo w nosie.	Prócz bólów w stawach, nie chorował nigdy.
4. M., panna. 18 lat.	Przed 2 latai krwiopłucie. Od 2 tygodni częste krwiopłucia. Bicia serca.	U wierzchołka szmer systoliczny, w płucach zmian niema. <i>Cyanosis</i> na twarzy. <i>Vitium. v. mitr.</i>	Na błonie śluzowej nosa zmian niema. <i>Pharyng sicca modica Catarrhus retro-nas.</i> Tylna ściana krtani i <i>cart. crico-aryth.</i> zaczerwieniona.	Na gardło nie skarżyła się.
5. Z., urzędnik. 26 lat.	Kaszele od kilku lat. Bóle w okolicy serca częste.	Szmer systoliczny u <i>ictus</i> . W płucach zmian niema. <i>Vit. v. mitralis.</i>	<i>Pharyngitis sicca.</i> Podniebienie miękie i języczek mocno zaczerwienione. Tylna ściana czerwona, naczynia rozszerzone. Przerosty muszlel.	W rodzinie gruźlica.
6. M., mężatka. 40 lat.	Od kilku miesięcy kaszele. Uczucie suchości w gardzieli.	U prawego szczytu oddech mocno wydłużony. U <i>ictus</i> szmer systoliczny <i>Vitium v. mitralis. Bronchitis c. loc. in apic. dext.</i>	Błona śluzowa gardzieli blade, nieco granulacyi.	<i>Tumor uteri.</i>
7. G., kucharka. 46 lat.	Bóle głowy, bicia serca często. Twarz czerwona.	Szmer systoliczny u <i>ictus</i> . <i>Vit v. mitralis.</i>	Naczynia w gardzieli rozszerzone. Nagłośnia zaczerwieniona. W nosie zmian niema.	Skłonność do pocenia się.
8. T., panna. 20 lat.	Często bóle głowy, bicia serca. W ostatnich czasach suchy kaszel.	U <i>ictus</i> szmer systoliczny. W płucach zmian niema. <i>Vit. v. mitr.</i>	<i>Pharyngitis sicca modica.</i> Na nagłośni naczynia rozszerzone. W nosie zmian niema.	Niekiedy miewała chrypkę, chwilowo.
9. Cz., panna. 22 lata.	Ból w klatce piersiowej, kaszel od 2 tygodni.	Szmer systoliczny u <i>ictus</i> . W płucach zmian wyraźnych niema. <i>Vit. v. mitr.</i>	<i>Rhinitis sicca.</i>	Skłonność do katarów nosa, krwawienie z nosa często.
10. H., mężatka. 21 lata.	Od kilku miesięcy bicia serca, krwiopłucie podczas ciąży. Kaszele. Pluje.	U <i>ictus</i> szmer systoliczny. <i>Bronchitis. Vit. v. mitr.</i>	<i>Pharyngitis sicca.</i> Struny blade.	Ze strony gardzieli objawów podmiotowych niema.
11. G., fabrykant. 28 lat.	Uczucie suchości w gardzieli oddawna. W ostatnich czasach chrypka.	<i>Vit. v. mitr.</i> W płucach zmian niema.	<i>Pharyngitis sicca.</i> Struny fałszywe zaczerwienione, zgrubiałe.	—
12. K., ksiądz. 47 lat.	Kaszele oddawna. Od kilku tygodni ból pod łopatką.	<i>Arteriosclerosis.</i> W płucach zmian niema.	<i>Pharyngitis chronica,</i> dużo granulacyi.	Skłonność do katarów nosa.

Nr. bieżący. Nazwisko. Zajęcie. Wiek.	Skargi.	Objawy ze strony płuc i serca.	Objawy ze strony gardzieli, krtani i nosa.	Wywiady.
13. W., komisjo- ner. 20 lat.	Od kilku tygodni często krwawienia z lewego nozdrza.	<i>Vit. v. mitralis.</i>	Na błonie śluzowej przegrody <i>excoriationes.</i>	—
14. S., urzędnik. 32 lata.	Bóle w klatce piersiowej od 3 miesięcy. Uczucie drapania w gardzieli.	<i>Vit. v. mitr. Arythmia.</i>	Błona śluzowa gardzieli sucha, nieco granulacyi. Naczynia rozszerzone. W krtani i tchawicy naczynia rozszerzone. Przerosty muszel.	Miał krwiopłucie przed kilku laty.
15. M., wdowa. 54 lat.	Przed miesiącem ropień okołomigdalowy, od tego czasu często bóle gardła.	<i>Vit. v. mitr.</i> W płucach zmian niema.	<i>Pharyngitis sicca.</i> Języczek nieco obrzęknięty. Naczynia rozszerzone.	Przedtem zdrowa.
16. K., kupiec. 29 lat.	Od kilku tygodni bicie serca. Osta-bienie.	<i>Vit. v. mitr.</i>	Języczek zgrubiły, obrzęknięty, naczynia na tylnej ścianie rozszerzone. Nagłośnia czerwona; struny blade. Muszle blade, nie przerośnięte.	Przed rokiem bezwład. Częste brwanie z nosa.
17. H., kupiec. 40 lat.	Kaszkę, pluje od kilku miesięcy. Od kilku dni chrypka.	Tony bardzo mocne. Tętnienie nad mostkiem. <i>Vit. v. aorae. Aneurysma?</i>	Błona gardzieli blada. Na strunach lekkie <i>erosiones.</i>	—
18. L., buchalter. 29 lat	Zatkanie nosa od dawna. Uczucie zawady w gardzieli. Bóle w klatce piersiowej.	Mocny szmer systoliczny u aorty. <i>Vit. v. aortae.</i>	Nieco granulacyi na tylnej ścianie gardzieli. Języczek zgrubiły, naczynie rozszerzone. Nagłośnia zaczerwieniona Przerosty muszel.	Przed kilku laty często chrypka.
19. J., mężatka. 30 lat.	Przed kilku tygodniami krwiopłucie.	<i>Vit. v. mitr.</i>	Błona śluzowa gardzieli blada. <i>Paresthesia pharyngis.</i> Na gardło nie skarżyła się nigdy.	Przed rokiem <i>hamoptoë</i>
20. G., kupiec. 37 lat.	Od 2 lat kaszkę. Było krwiopłucie Obecnie kaszel suchy, napadowy.	<i>Insuf et sten. v. aortae.</i>	Języczek obrzęknięty, zgrubiły. Naczynia rozszerzone. Struny [tylne końce] zaczerwienione.	Przed 1½ rokiem obrzęki.
21. A., mężatka. 26 lat.	Ból w klatce piersiowej, kaszel flegmisty od 2 tygodni.	<i>Vit. v. mitralis. Bronchitis.</i>	Umiarkowane przerosty muszel, <i>ozaena.</i> Języczek obrzęknięty, naczynia rozszerzone. W krtani zmian niema.	Odawna katar nosa
22. M., kupiec. 21 lat.	Częste bicie serca, od czasu do czasu kaszel.	<i>Vit. v. mitralis.</i>	Błona śl. gardzieli blada, języczek zaczerwieniony. Nagłośnia zaczerwieniona. Struny blade. Języczek duży, czerwony.	—
23. T., mężatka. 40 lat.	Od kilku miesięcy kaszkę, pluje.	<i>Vit. v. mitralis. Bronchitis.</i>	—	—
24. L., handlarz. 30 lat.	Od ½ roku bóle w okolicy serca, bicie. Uczucie suchości w gardzieli, pochrząkuje.	<i>Vit. v. mitr.</i>	<i>Catharrhus retronsasi.</i> Nagłośnia i tylna ściana tchawicy zaczerwieniona.	—
25. P., kupiec. 40 lat.	Kaszkę oddawna, częste kataru nosa.	dto	Przerosty muszel. Tylna ściana krtani zaczerwieniona. Naczynia rozszerzone. <i>Paraesthesia pharyngis.</i>	Kaszkę zwykłą po katarze nosa.
26. L., kupiec. 40 lat.	Od ½ roku bicia serca. Pokasłuje. Często chrypka.	<i>Insuf. v. mitralis.</i> W płucach zmian wyrażnych niema.	Naczynia w gardzieli rozszerzone, języczek obrzęknięty, lekkie porażenie zwieraczy.	Były obrzęki na nogach. Białka niema.

Nr. bieżący. Nazwisko. Zajęcie. Wiek.	Skargi.	Objawy ze strony płuc i serca.	Objawy ze strony gardzieli, krtani i nosa.	Wywiady.
27. N., uczeń. 15 lat. 28. G., mężatka. 30 lat.	Kaszle od miesiąca, uczucie zawady w gardzieli oddawna. Często kaszel. Bicie serca oddawna.	<i>Vit. v. mitr.</i> W płucach zmian niema. <i>Vit. v. mitralis.</i>	<i>Catarrhus retronasi</i> , przerosty muszel. Błona śluzowa gardzieli zmian nie przedstawia. Umiarkowane przerosty muszel Struny w tylnej części zaczerwienione, tylna ściana zgrubiała. <i>Pharyngitis sicca</i> . Struny suche.	Było krwio- plucie. Przed kilku laty krwio- plucie.
29. B., mężatka. 26 lat. 30. A., chłopiec. 13 lat.	Od 4 tygodni chrypka. Kaszle sucho oddawna. Duszność i bicie serca oddawna.	<i>Vit. v. mitr.</i> W płucach zmian niema. Serce duże. <i>Vit. v. mitr.</i> W płucach zmian niema.	Przerosty muszel. Języcek obrzęknięty, czerwony.	— Białka niema.
31. B., urzędnik. 29 lat.	Skłonność do kaszlu przy każdej zmianie ciepłoty, katar nosa od lat 2.	Szmer na aortie. <i>Vit. v. aortae.</i> W płucach zmian niema.	Migdały duże. Wyraźnych zmian zastoinowych niema. Struny czyste. Błona śluzowa tchawicy mocno czerwona.	Ze strony gardzieli za- burzeń nie było. Bicie serca nie miał.
32. K., panna. 20 lat.	Od kilku lat częste bicie serca. Od roku ból w lewym boku.	<i>Vit. v. mitralis.</i>	Błona śluzowa gardzieli, krtani i nosa blade.	—
33. S., oficer. 23 lat.	Suchy kaszel od roku.	dto	Błona śluzowa blade, języcek obrzęknięty.	—
34. G., mężatka. 30 lat.	Często katar nosa. Uczucie suchości w gardzieli. Bicie serca dość często.	dto	Przerosty muszel. Błona śluzowa blade.	Miewała na- pady astma- tyczne. Przed 8 laty opero- wano polipy w nosie.
35. H., mężatka. 45 lat.	Kaszle od kilku tygodni. Często bicie serca.	<i>Arythmia.</i> Szmer wyraźnego nie słyhać.	<i>Catarrhus retronasi.</i>	Bólu gardła ani też chrypki nigdy nie miewała.
36. S., kolonista. 40 lat.	Brak apetytu, uczucie bólu po jedzeniu od kilku miesięcy.	Wysięk duży w prawej opłucnej. <i>Vit. v. mitralis.</i>	Zmian obiektywnych wyraźnych niema.	—
37. K., urzędnik. 32 lata.	Kaszle od lat 3. Było krwioplucie. Bóle w kl. piersiowej.	Serce duże, akeya mocna. Szmer diastoliczny u <i>ictus</i> . W pł. rzęźenia.	Zmian wyraźnych w gardzieli niema. Lekkie zmętnienie strun. Przerosty muszel.	Przed 12 laty <i>pericarditis</i> . Przed kilku laty miał chrypkę.
38. S., mężatka. 32 lata.	Od roku bicie serca; bywały obrzęki nóg.	<i>Vit v. mitr.</i>	Naczynia na języczku rozszerzone, nagłośnia zaczerwieniona.	Miewała chrypkę.
39. L., kupiec. 30 lat.	Bóle w klatce piersiowej od kilku miesięcy. Przed 2 tygodniami było krwioplucie.	Prawa komora rozszerzona; szmer systoliczny u <i>ictus</i> i na mostku.	Języcek blade, nieco obrzęknięty. <i>Catarrhus retronasi</i> Struny czyste, blade, tylna ściana zaczerwieniona.	Chrypki nigdy nie miał. Bólu gardła nie doświadczał.

Nr. bieżący. Nazwisko. Zajęcie. Wiek.	Skargi.	Objawy ze strony płuc i serca.	Objawy ze strony gardzieli, krtani i nosa.	Wywiady.
40. L., mężatka. 26 lat.	Kaszele od kilku miesięcy. miewała krwiopłucie.	Dwa szmery u <i>ictus</i> . W płucach zmian wyraźnych niema.	W gardzieli zmian wyraźnych niema. W krtani: zgrubienie strun fałszywych, naczynia rozszerzone. Przerosty muszel.	Często doświadcza bólów gardła.
41. A., kmpiec. 21 lat.	Częste krwawienie z nosa. Bicie serca od kilku lat Bóle w klatce piersiowej.	Serce powiększone, akcja mocna, szmeru wyraźnego nie słycać.	Przerosty muszel. Naczynia na przegrodzie rozszerzone. Naczynia w gardzieli, krtani i w tchawicy rozszerzone. Języczek obrzęknięty.	—
42. S., kupiec. 64 lat.	Od kilku tygodni suchy, męczący kaszel.	Mocny szmer na aorcie. Rozedma.	Języczek gruby; nieco granulacji w gardzieli.	Objawów podmiotowych ze strony gardzieli nie było.
43. W., mężatka. 33.	Bicie serca. Pokaśtuje. Przed rokiem <i>haemoptoe</i> .	<i>Vit. v. mitr.</i>	Nieco granulacji w gardzieli, naczynia rozszerzone. <i>Catarrhus retronasi</i> . Tylina ściana krtani zgrubiała i zaczerwieniona.	Kataru nosa, niekiedy <i>epistaxis</i> . Chrypek nie miewała. Pali dużo.
44. S., bronzownik. 21 lat.	Bóle w boku lewym od kilku dni. Katar nosa od lat 4. Często bóle gardła. Chrypki nie miewała.	Pod lewą łopatką lekkie tarcie pł. Dyastoliczny szmer na mostku i u <i>ictus</i> .	Nieco granulacji w gardzieli. Tylina ściana zaczerwieniona. Naczynia rozszerzone. W krtani i tchawicy naczynia rozszerzone. Fałszywe struny zgrubiała. Umiarkowana suchość błony śluzowej nosa. Przerostów muszel niema.	—
45. S., farmaceuta. 39 lat.	Od roku uczucie dławienia w gardzieli. Pochrząkuje.	Zmian w płucach niema. Systoliczny szmer u <i>ictus</i> i na mostku.	Błona śluzowa gardzieli umiarkowanie zaczerwieniona; naczynia rozszerzone. Nadeżulość. Nagłośnia zaczerwieniona, tylina ściana też samo. W nosie błona śluzowa przekrwiona.	—
46. P., mężatka. 30 lat.	Bicie serca. Strzykanie w uchu. <i>Obstipatio</i> .	<i>Vit v. mitralis.</i>	Naczynia na języczku rozszerzone. Tylne łuki zaczerwienione. Umiarkowana suchość tylnej ściany gardzieli. Nagłośnia i struny blade. W nosie zmian niema.	Histerya.
47. G., mężatka. 29 lat.	Brak tchu, bóle w klatce piersiowej od kilku lat.	<i>Vit. v. mitr.</i> W płucach zmian niema.	Języczek nieco obrzęknięty; podniebienie miękkie blade; naczynia rozszerzone. Tylne łuki zaczerwienione. Struny blade; tylina ściana zaczerwieniona. W nosie zmian niema.	Objawów podmiotowych nie doświadczała.
48. G., urzędnik. 35 lat.	Kaszele, pluje. Było krwiopłucie. Od czasu do czasu brak tchu, bicie serca.	<i>Vit. v. mitralis.</i>	Błona śluzowa gardzieli blade, naczynia nieco rozszerzone. Tylne łuki zaczerwienione. Lekkie zniekształcenie strun. <i>Pharyng. sicca. Ozaena nasi</i>	Chrypka bywała, często kataru nosa. Niekiedy krwawienia nosowe.
49. B., przemysł. 45 lat.	Wzdęcie brzucha; częste bicie serca i bóle w klatce piersiowej. Duszność od kilku lat.	<i>Vit. vv. aortae (insuff. et stenosis aortae).</i>	Błona śluzowa gardzieli blade, naczynia rozszerzone. Języczek gruby. Struny czyste. Tylina ściana zaczerwieniona. Błona śluzowa nosa przekrwiona. Przerostów niema.	Bólu gardła, ani chrypki nie miewała. Kataru nosa dość często.

Nr. bieżący. Nazwisko. Zajęcie. Wiek.	Skargi.	Objawy ze strony płuc i serca.	Objawy ze strony gardzieli, krtani i nosa.	Wywiady.
50. L., subjekt. 27 lat.	Bicie serca od lat 4. Od kilku tygodni częste krwioplucie.	<i>Vit v. mitralis.</i>	Języczek nieco obrzęknięty; przednie łuki zaczerwienione; tylna ściana błada. Błona śluzowa krtani błada. Przerostów niema.	Bólu gardła nie miał. raz jeden był chrypka.

Tablica II.

Chorzy z wadami w czasie rozstroju kompensaty.

1. Z., urzędnik. 55 lat.	Od roku duszność, zwiększająca się przy każdym wysiłku fizycznym.	<i>Insuff. et stenosis vv. aortae.</i>	Języczek długi; błona śluzowa podniebienia mocno błada. Na tylnej ścianie gardzieli naczynia rozszerzone. Błona śluzowa strun błada. W nosie zmian niema.	Nigdy objawów ze strony górnego odcinka dróg oddechowych nie doświadczał.
2. Z., rzemieślnik. 30 lat.	Od 2 lat kaszel, duszność. Od 2 miesięcy obrzęki nóg.	<i>Insuff v. mitralis.</i>	Naczynia na języczku rozszerzone; toż samo na nagłośni. Struny błade. W nosie zmian niema.	Bólu gardła nie doświadczał, chrypek nie miał.
3. P., właścianin. 31 lat.	Od 3 lat duszność, kaszle od kilku miesięcy. W ostatnich czasach gorzej.	dto.	Naczynia na języczku rozszerzone; błona śluzowa tylnej ściany gardzieli błada, sucha. Naczynia na nagłośni rozszerzone; toż samo na strunach fałszywych.	Chrypek nie miał, przed kilku tygodniami raz jeden ból gardła.
4. J., urzędnik. 30 lat. ♀	Bóle w okolicy serca, brak tchu. Obrzęki nóg.	<i>Insuff. v. mitralis. Pleuritis ex sud. sin.</i>	Błona śluzowa podniebienia i gardzieli błada; na tylnej ścianie nieco granulacyi. Bładość nagłośni, tylnej ściany; struny prawdziwe zaczerwienione na tylnych końcach. Lekka niedomykalność zwieraczy głośni.	Chrypek, ani bólu gardła nie miał.
5. S., szklarz. 17 lat.	Bicie serca oddawna; w ostatnich czasach częściej. Bóle w okolicy serca. Kaszel suchy, męczący. Obrzęki nóg od kilku tygodni.	<i>Insuff. et stenosis v. mitralis.</i>	Podniebienie i gardziel bardzo blade. Wszystkie części krtani blade. Lekka niedomykalność zwieraczy głośni.	Chrypek, ani bólu gardła nie miał. Reumatyzm stawowy przed 3 laty.
6. W., meżafka. 56 lat.	<i>Hemiparesis sin.</i> od kilku dni; wystąpiła od razu.	<i>Insuff. vv. aortae.</i>	Błona śluzowa gardzieli bardzo błada. Naczynia umiarkowanie rozszerzone. Struny czyste. W nosie zmian niema.	Chrypek, bólu gardła nie miała. Katary nosa bardzo rzadko.
7. K., szwaczka. 31 lat.	Bóle reumatyczne w stawie, od kilku miesięcy. Bóle głowy.	<i>Insuff v. v. aortae. Stenosis ostii venosi sin.</i>	Błona śluzowa gardzieli sucha; naczynia rozszerzone. W krtani zmian wyraźnych niema. Błona śluzowa nosa zaczerwieniona.	Często miała bóle gardła. Chrypka od czasu do czasu.

Nr. bieżący. Nazwisko. Zajęcie. Wiek.	Skargi.	Objawy ze strony płuc i serca.	Objawy ze strony gardzieli, krtani i nosa.	Wywiady.
8. P., zamężna. 24 lat.	Duszność, bóle głowy, ból w krzyżu od kilku miesięcy.	<i>Insuff. et stenosis v. mitralis.</i>	Błona śluzowa gardzieli umiarkowanie zaczerwieniona. Tylina ściana krtani zgrubiała, czerwona, sfaldowana. Struny czyste, nie schodzą się zupełnie. W nosie zmian niema.	Chrypek, ani bólu gardła nie miewała.
9. F., mężatka. 40 lat.	Chrypka od kilku tygodni. Duszność.	<i>Insuff. v. aortae.</i>	Języczek czerwony, nieco obrzęknięty. Błona śluzowa gardzieli sucha. W krtani niedowład <i>n. recurrentis sin.</i> Struny czyste. Błona śluzowa nosa sucha; na przegrodzie naczynia rozszerzone w przedniej części.	Często miewała chrypki. Krwawienia nosa bardzo często.
10. M., panna. 21 lat.	Bicie serca, duszność	<i>Insuff. v. mitralis. Stenosis ostii art. sin.</i>	Języczek nieco obrzęknięty. Błona śluzowa gardzieli blada. Naczynia na nagłośni i tylnej ścianie rozszerzone. Struny czyste. Błona śluzowa na przegrodzie mocno czerwona.	Często krwawienia z nosa.
11. D., zamężna. 45 lat.	Bicie serca oddawna; obrzęki nóg od kilku tygodni.	<i>Insuff. et stenosis v. mitralis.</i>	Podniebienie miękkie blade, na języczku rozszerzone naczynia. Łuki przednie zaczerwienione; na tylnych łukach siatka rozszerzonych naczyń. Tylina ściana gardzieli blada z rozszerzonymi naczyniami. Struny fałszywe zgrubiałe, czerwone; tylna ściana mocno zaczerwieniona. Zaczerwienienie błony śluzowej tchawicy. Błona śluzowa nosa blada; przerostów niema.	Chrypek, ani bólu gardła nie miewała; katary nosa częste. Ma głos czysty!
12. M., zamężna. 60 lat.	<i>Ascites</i> , obrzęk stóp od 2 lat.	<i>Insuff. v. mitralis.</i>	Błona śluzowa podniebienia miękkiego blada. Języczek nieco obrzęknięty. Przednie łuki mocno zaczerwienione, tylne mniej. Tylina ściana gardzieli blada, sucha. Nagłośnia, struny fałszywe i tylna ściana zaczerwienione. Prawdziwe blade. Błona śluzowa tchawicy blada. Błona śluzowa nosa sucha; przerostów niema.	Reumatyzm przed 20 laty. Chrypki od czasu do czasu.
13. K., zamężna. 40 lat.	Od roku obrzęki nóg, <i>ascites</i> .	<i>Insuff. v. mitralis.</i>	Podniebienie miękkie blade, łuki przednie i tylne mocno zaczerwienione. Tylina ściana blada z rozszerzonymi naczyniami. Nagłośnia blada, naczynia na niej rozszerzone. Struny blade. Błona śluzowa tchawicy blada. Błona śluzowa nosa zaczerwieniona; umiarkowane przerosty.	Bólu gardła, ani też chrypki nie miewała.
14. S., służąca. 19 lat.	Od 4 tygodni obrzęki nóg; bicie serca oddawna.	<i>Insuff. et stenosis v. mitralis.</i>	Podniebienie miękkie blade. Języczek i przednie łuki mocno czerwone; tylne łuki i tylna ściana małe. Struny fałszywe ¹ zaczerwienione; prawdziwe blade. Błona śluzowa tchawicy mocno zaczerwieniona. Błona śluzowa nosa blada. Przerostów nosa.	Bólu, gardła ani chrypki nie miewała. Krwawienia z nosa dość często.

Nr. bieżący. Nazwisko. Zajęcie. Wiek.	Skargi.	Objawy ze strony płuc i serca.	Objawy ze strony gardzieli, krta- ni i nosa.	Wywiady.
15. S., służąca. 25 lat.	Bicia serca, dusz- ność, ogólne osła- bienie.	<i>Insuff. v. mi- iralis.</i>	Języczek gruby, obrzęknięty. Podniebienie blade. Łuki prze- dnie i tylne zaczerwienione. Tyl- na ściana gardzieli zaczerwie- niona. Nagłośnia zaczerwienio- na. Struny fałszywe i prawdziwe bla- de. Błona śluzowa tchawicy u- miarkowanie zaczerwieniona. W nosie przerosty muszel.	Ból gardła, ani chrypek nie miewała. Brak powo- nienia.
16. T. wyrobnik. 56 lat.	Duszność, bicie ser- ca, obrzęki nóg.	dto.	Błona śluzowa podniebienia blade Języczek, łuki przednie, tylne, mocno zaczerwienione z rozsze- rzonemi naczyniami. Tylna ścia- na gardzieli zaczerwieniona. Nag- łośnia zaczerwieniona. Struny, fałszywe i prawdziwe blade. Bło- na śluzowa tchawicy czerwona z wyraźną siatką naczyń.	Często kata- ry nosa i chryпки. Bólu gardła nie miewał.
17. C. szewc. 40 lat.	Od 3 miesięcy dusz- ność, obrzęki nóg, <i>ascites.</i>	dto.	Podniebienie, łuki, tylna ściana blade. Języczek nieco obrzęknię- ty. Nagłośnia blade, naczynia na niej rozszerzone. Struny fałszywe zaczerwienione, prawdziwe blade. Błona śluzowa nosa zaczerwie- niona.	Bólu gardła, ani chryпки nie miewał. Częste krwa- wienia z nosa.
18. T., szewc. 21 lat,	Ból w brzuchu, roz- wolnienie, częste wymioty. W ostat- nich czasach obrzę- ki nóg. Od roku bi- cie serca.	<i>Insuff. v. mitr. Tbc. pulmo- num.</i>	Podniebienie miękkie blade, łuki zaczerwienione, obrzęk języczka. Tylna ściana gardzieli sucha. Nag- łośnia, struny umiarkowane za- czerwienione. Błona śluzowa no- sa zaczerwieniona, przerostów niema.	Bólu gardła, ani chrypek nie miewał. Często krwa- wienia z no- sa.
19. E., mężatka. 37 lat.	Od 1/2 roku dusz- ność, bicie serca; często w nocy na- pady duszności, <i>ascites</i> , obrzęk stóp.	<i>Vit. v. mitr. (arythmia).</i>	Błona śluzowa w gardzieli blade. Tylna ściana w krtani nieco zgru- biała, zaczerwieniona. Struny zmian wyraźnych nie przedsta- wiają. W nosie nic szczególnego.	Bólu gardła, ani chrypek nie miewała.
20. P., wyrobnik. 50 lat.	Od tygodnia obrzęk stóp; duszność; od 2 miesiący kaszle, nieco pluje.	<i>Vit. v. v. aor- tae. (Insuff. et ste- nosis.</i>	Podniebienie miękkie blade. Prze- dnie łuki zaczerwienione, na bla- dej, tylnej ścianie rozszerzone na- czynia. Nagłośnia mocno zaczer- wieniona Struny głosowe blade, toż samo błona śluzowa tcha- wicy.	Bólu gardła, ani chrypek nie miewał. Przed kilku laty krwoto- ki nosowe; wówczas też miewał bicie serca.

Z ODDZIAŁU DLA CHORYCH WEWNĘTRZNYCH D-RA GROSTERNA I Z PRACOWNI D-RA STEINHAUSA
W SZPITALU STAROZAKONNYCH W WARSZAWIE.

III. Z KAZUISTYKI NOWOTWORÓW PRZYSADKI MÓZGOWEJ.

(*Sarcoma angiomatodes hypophyseos cerebri*).

[Odczyt, wygłoszony w Warsz. Tow. Lek. na posiedzeniu dn. 4. X. 1898].

Przez

Stanisława Pechkranca,

asystenta oddziału.

[Dokończenie.—Patrz Nr. 43].

Jaki wniosek co do punktu wyjścia nowotworu z powyższych danych wyciągnąć możemy? Wiele okoliczności przemawia za tem, że nowotwór powstał z przysadki mózgowej, z jej elementów łączno-tkankowych. Widzieliśmy guz, składający się z 3 części, z których największa, a zatem najstarsza, leżała wprost nad siodłem, dając przedłużenie do zagłębienia siodła w postaci zbitej masy nowotworowej, wypełniającej całe zagłębienie siodła. Dolna powierzchnia ogromnego guza nigdzie nie jest przyrośnięta do podstawy czaszki, prócz w jednym jedynym punkcie, mianowicie na dnie *sellae turcicae*. Cała pozostała część guza, nie licząc wrastającej do oczodołu odnogi nowotworu, jest gładka, lśniąca i najłżejszego zrostu z podstawą czaszki nie okazuje. Siedzący nad siodłem nieprawidłowo-kulistego kształtu guz zakrywa całe *trigonum intercrurale* i otaczające części, górnym swym odcinkiem wchodzi do 3-ej komory mózgu i głęboko się w nią wpukła. Nie daje on żadnych wyrostków do istoty mózgowej, wywołując tylko rozrzedzenie przylegających części mózgu.

Guzy mniejsze, pozostające w związku ze środkowym i stanowiące jego boczne dodatki, swobodnie tylko przylegają do podstawy mózgu, a po ich uniesieniu widzieć można, że przykryte przez nie części podstawy mózgu są tylko uciśnięte. W siodle tureckim z przysadki nie zostało śladu. Dalej widzieliśmy, że nowotwór powleczonej jest otoczką łączno-tkankową, wykazującą budowę opony twardej. Jest to, sądzić należy, pozostałość opony, wyścielającej siodło tureckie i otaczającej przysadkę.

Dane te zarówno, jak kliniczny obraz cierpienia, z całą pewnością wskazują, że punkt wyjścia cierpienia był na środkowej linii podstawy czaszki, w środkowej jamie, t. j. w miejscu siodła. Zawartość tegoż, t. j. przysadka została zupełnie zwyrodnioną przez nowotwór, który, rosnąc, rozciągał nad sobą powłokę z *dura*, przyczem część tej ostatniej na samem dnie *sellae* uległa największemu nacieczeniu nowotworowemu i zrosła się z kością. W miarę dalszego wzrostu mięsak doprowadził do zaniku części podstawy mózgu, leżące między odnogami mózgowymi, wrastał do 3-ej komory i wywołał roz-

rzędzenie w przylegających okolicach istoty mózgowej. Guzy boczne rozwinęły się ze środkowego. Że ich powłoka łączno-tkankowa jest cieńsza, niż na środkowym guzie, objaśnić można w sposób następujący: komórki nowotworowe środkowego guza, wrastając do opony, wytworzyły w pewnych miejscach jej skupienia [jakich zresztą dużo widzimy na preparatach z opony, pokrywającej guz środkowy]. Skupienia te, rozrastając się między warstwami opony, dały początek bocznym guzom, które w ten sposób powleczone są takąż otoczką, lecz cieńszą.

Rozmięczenie guza nastąpiło wskutek szklatego zwyrodnienia jego naczyń i utrudnionego wskutek tego odżywiania nowotworu. Mniejsze guziczki, skąpiej unaczynione i bez zmian degeneracyjnych w naczyniach, nie zdążyły jeszcze uleść rozmięczeniu.

Z której części przysadki rozwijają się mięsaki? Napotykamy w przysadce rozmaitego rodzaju nowotwory: gruczolaki, glejaki, mięsaki, raki i wrzescie zwykły przerost. Do najczęstszych nowotworów przysadki należą gruczolaki i mięsaki. Przerost przedniej części przysadki [elementy folikularne] tworzy *strumam pituitariam*, która zasadniczo nie różni się od gruczolaka. Mięsaki rozwijają się z innej części przysadki. Pochodzenie tej ostatniej jest, jak wiadomo, dwójakie. Przednia część powstaje z błony śluzowej jamy ustnej przez odsznurowanie w najwcześniejszym okresie zarodkowego życia i ma budowę podobną do gruczolu tarczowego. Tylny odcinek rozwija się ze śródmózdzia, jest więc początkowo częścią mózgu; u dorosłego człowieka składa się on z włóknistej tkanki, wśród której bardzo rzadko znajdują się cylindryczne komórki nabłonkowe z rzęskami [HERTWIG, SCHWALBE].

Z przedniego odcinka przysadki powstają przeważnie gruczolaki i raki, z tylnego mięsaki. Nowotwory, biorące początek w siodle tureckim, rozprzestrzeniają się często wzdłuż podstawy mózgu, wywołują niekiedy zniszczenie kości podstawy czaszki [klinowej, sitowej i t. d.] i wrastają albo do jamy nosowej, jak np. w przypadku BRODOWSKIEGO, ROTHMANN'a ¹⁾, albo do jamy kości klinowej, jak w przypadku TALKI, albo do oczodołu, jak w naszym przypadku.

W mniejszości przypadków guz przenika do istoty mózgowej lub do komór [przypadek ROTH'a, LEVY'ego, nasz]. Niekiedy już za życia może być z całą pewnością rozpoznana istota nowotworu, jak było np. u ROTHMANN'a, u którego rozpoznanie takie umożliwione zostało przez zbadanie części nowotworu, wrastającej do jamy nosowej. Przeglądając literaturę tego przedmiotu, bardzo rzadko spotykamy się z tak znaczną wielkością nowotworu, jak w naszym przypadku. HIPPEL ²⁾ o guzach przysadki powiada, że napotyka się

¹⁾ Ueber multiple Hirnnervenlähmung in Folge von Geschwulstbildung an der Schädelbasis etc. Zertsehr. f. klin. Med. Bd. XXIII. 1893.

²⁾ Ein Beitrag zur Casuistik der Hypophysen-Tumoren. VIRCHOW'S Arch. f. pathol. Anat. und Physiologie. Bd. 126. 1891.

wszystkie stopnie przejściowe od wielkości grochu do jaja kurzego; rozmiary guza w naszym przypadku były o wiele większe.

Co się tyczy istoty nowotworu, to naczynio-mięsak bynajmniej do często napotykaných nowotworów nie należy. Zwyródnienie szkliste w naczyniach nowotworów przysadki było opisane [OPPENHEIM³⁾, HIPPEL]. O pokryciu nowotworu przez oponę spotykamy czasem wzmianki [np. u HIPPEL'a].

Co się tyczy stosunku nowotworu do sąsiednich części mózgu, to mięsak tworzy ciało, ostro odgraniczające się od otoczenia i łatwo wyluszczone, czem różni się od glejaka już na pierwszy rzut oka. Mięsak nie infiltrowuje tkanki mózgowej, tylko ją odpycha, wywołując w miarę wzrostu rozrzedzenie i zanik tej tkanki. Nerwy sąsiednie zostają odsuwane i ulegają wskutek ucisku zanikowi. W pierwszej linii cierpią nerwy wzrokowe i okoruchowe.

Wyżej widzieliśmy, jak znacznie nerwy te zostały oddalone od siebie w naszym przypadku. Niekiedy, choć to rzadziej się zdarza, napotykamy wtórne guzy na nerwach; tak było np. w pierwszym przypadku BRODOWSKIEGO [1886], w którym drugi guz, wielkości jaja gołębiego, siedział na nerwie okoruchowym. W naszym przypadku istniało nacieczenie nowotworowe nerwu wzrokowego [jego otoczki]. Prócz wzmiankowanych nerwów cierpieć mogą, choć rzadziej, i inne. Nerw trójdzielny wyjątkowo bywa dotknięty, a jeśli to ma miejsce, to cierpi zwykle 1 gałąź tego nerwu.

Największe znaczenie dla kliniki przy nowotworach, powstających w siodle tureckim, bezsprzecznie posiada cierpienie nerwów wzrokowych. Wyrastając z zagłębienia siodła, dość ściśle na linii środkowej, guz przedwszystkiem spotyka leżące bezpośrednio nad nim skrzyżowanie nerwów wzrokowych i na nie też przedwszystkiem wywiera ucisk. Początkowo zazwyczaj ucisk działa na wewnętrzne części skrzyżowania, które zawierają krzyżujące się włókna szlaków nerwowych, zaopatrujące wewnętrzne [nosowe] połowy siatkówek, przy zachowaniu zewnętrznych niekrzyżujących się włókien. Skutkiem tego będzie *hemianopsia bitemporalis*. Ta ostatnia jednak rzadko bywa spostrzegana w czystej formie, co jest zrozumiałem, gdyż taki izolowany ucisk rzadko tylko występować może, a z drugiej strony rzadko tylko mamy sposobność spostrzegać pierwsze początki rozwoju nowotworu. Podobne spostrzeżenia należą do RATH'a, REINHOLD'a i BOLTZ'a¹⁾ i innych. Po pewnym niedługim czasie ta postać zaburzenia wzroku przechodzi w niepełną (*amblyopia*) lub zupełną (*amaurosis*) ślepotę.

W pewnym okresie choroby wystąpić może kombinacja ślepoty całkowitej jednego i połowicznej drugiego oka. Tak było np. u ANDERSON'a [cytow. u OPPENHEIM'a] i w naszym przypadku [w kilka miesięcy od początku choroby]. Wogóle widzimy pod tym względem pewną różnorodność: zdarzyć się może np., że ucisk działa na jedną połowę skrzyżowania, na jeden lub oba szlaki wzrokowe, albo nerwy wzrokowe, przez co otrzymuje się różne odmiany

³⁾ Die Geschwülste des Gehirns w Szezeg. patol. i terapii NOTHNAGEL'a Bd. IX. 1896,

¹⁾ Deutsch. med. Woch. Nr. 27 1892.

zaburzeń wzroku. Ostatecznym wynikiem ucisku włókien wzrokowych bywa najczęściej zupełna utrata wzroku. I w kazuistyce akromegalii [ARNOLD, OPPENHEIM, BOLTZ, GAJKIEWICZ, STEINHAUS i t. d.] znajdujemy często zaburzenia wzroku w postaci *hemianopsiae bitemporalis*, amaurozy jednego oka z połowiczną ślepotą drugiego, dośrodkowego zwężenia pola widzenia i t. d. Bardzo rzadko tylko zdarza się *hemianopsia bilateralis homonyma*. Przyczyna zaburzeń wzrokowych w akromegalii jest ta sama, t. j. powiększenie przysadki mózgowej. To ostatnie zazwyczaj bywa nieduże, choć w przypadku HENROT'a [cyt. u BOLTZ'a] guz dosięgał wielkości jaja kurzego.

Statystyka przypadków akromegalii, w których znaleziono powiększenie przysadki (*hyperplasia, tumor*), jest obecnie już dość pokaźną, co skłoniło niektórych autorów do uznania akromegalii jedynie tylko tam, gdzie obok innych zmian w ustroju znajdujemy także zmiany w *hypophysis*. Poglądu tego nie można nie uważać za krańcowy. Zdarzają się z jednej strony typowe przypadki akromegalii bez wszelkich zmian w przysadce mózgowej, a z drugiej— guzy przysadki bez oznak akromegalii [patrz prace z instytutu patologicznego w Heidelbergu: LOEB i ARNOLD, BREITNER, HEUSSER, LEVY, HIPPEL]. Jeśli byśmy zatem, jak mówi OPPENHEIM, zechcieli do objawów guzów przysadki zaliczyć także akromegalię, to jednak musielibyśmy przyznać, że w wielu przypadkach brak jej. Niektórzy, jak ARNOLD ¹⁾, OPPENHEIM i inni, stawiają nawet pytanie, czy nie można przerostu przysadki uważać za objaw współrzędny z przerostem innych tkanek, a nie za przyczynę akromegalii.

W naszym przypadku oznak akromegalii nie było. Wprawdzie istniało powiększenie dość znaczne stóp i goleni, dłoni i twarzy, które robiło takie wrażenie, jak gdybyśmy mieli do czynienia z obrzękiem, lecz żadnego zagłębienia przy najsilniejszym nawet ucisku (*intra vitam et post mortem*) wywołać nie można było, tak, że powiększenia tego stanowczo nie można było uważać za obrzęk, spowodowany sprawą zapalną w nerkach. Za życia chorego nasuwała się często myśl o śluzoobrzęku.

Nie chcę wdawać się w dalsze wywody nad tą kwestyą, zauważę tylko, aby już zakończyć z tem, czy nie możnaby myśleć tu o t. zw. przez ARNOLD'a *pachyacria mollis*, w której przeciwnie, niż w *pachyacria ossea* [t. j. typowej akromegalii], powiększenie objętości kończyn zależy głównie od rozrostu części miękkich, przyczem zmiany w kościach ustępują na drugi plan. Bądź co bądź, skłonny jestem zarówno zmiany w odżywianiu ogólnem, jak i zboczenia w budowie [niedorozwój narządów płciowych, kobiecy typ budowy ciała] postawić w zależności od jakichś anomalii [wrodzonych] w budowie przysadki, anomalii, na których tle, w pewnym okresie życia chorego, począł bujać nowotwór złośliwy.

Powracając do zmian w nerwach czaszkowych i spowodowanych przez nie objawów, wypada nam jeszcze zastanowić się nad t. zw. brodawką zastoi-

¹⁾ Weitere Beiträge zur Akromegalliefrage. VIRCHOW'S Arch. f. pathol. Anatomie u. Physiol. Bd. 135. 1894.

nową i znaczeniem jej w obrazie klinicznym nowotworów przysadki [i wogóle nowotworów, wychodzących z siodła]. Każdy lekarz wie, jakie ogromne znaczenie posiada ten objaw przy rozpoznawaniu guzów mózgu. Na 100 chorych, okazujących te zmiany w brodawce nerwu wzrokowego, 90, albo więcej cierpi na guz w mózgu [OPPENHEIM]. Ten tak cenny objaw guzów mózgu traci ogromnie na wartości, gdy chodzi o nowotwory przysadki, gdyż przy nich bardzo często nie spostrzegamy tego objawu. RATH dochodzi na podstawie zebranego przez się materiału do wniosku, że guzy przysadki w ogromnej większości przypadków cechują się w początkowym okresie brakiem zmian na dnie oka, w późniejszych zaś prostym zanikiem nerwu wzrokowego. Że jednak może się zdarzyć *neuritis optica* [która klinicznie, oftalmoskopowo różni się od tarczy zastoinowej głównie mniejszem wypukleniem brodawki; OPPENHEIM], dowodzą między innymi przypadki TALKI i mój.

W moim przypadku miało się prócz tego sposobność spostrzegać końcowy okres zmian nerwu wzrokowego, t. j. zanik [za pomocą wziernika i anatomicznie]. HEUSSER [cyt. u HIPPEL'a], którego praca ukazała się o rok wcześniej, niż praca RATH'a, na mocy zebranych przez siebie 20 przypadków z literatury w kwestyi zmian nerwu wzrokowego dochodzi do tego samego poglądu, co i RATH. Dla objaśnienia tego braku zmian przytoczyć można 2 przyczyny. Nowotwór, umiejscowiony w siodle i oddzielony od pozostałej jamy czaszkowej mocno napiętą oponą (*tentorium sellae turcicae*), dopóki nie osiągnie znacznej wielkości, nie w stanie jest spowodować znacznego ciśnienia we wnętrzu czaszki; powtórę, nie jest niemożliwym, że guz przy znaczniejszym wzroście zdolny jest, dzięki swemu umiejscowieniu, w ten sposób ucisnąć pochewkę nerwu wzrokowego, że płyn mózgo-rdzeniowy nie może do niej przeniknąć [HIPPEL].

Z kolei przejść należy o cierpienia nerwów okoruchowych. Wprawdzie zdarzają się przypadki, w których brak zupełnie zaburzeń ze strony mięśni ocznych, w innych przypadkach porażenia ograniczają się do jednego mięśnia. np. *m. levator palpebrae superioris*; nierzadkie są przypadki, w których porażenie obejmuje wszystkie mięśnie oczne (*ophthalmoplegia completa*). W naszym przypadku posiadamy dane o stanie narządu ruchowego oczu z różnych okresów choroby: w kilka miesięcy od początku choroby ruchy gałek ocznych były zupełnie zachowane, prawa źrenica oddziaływała na światło i przystosowanie, lewa—nie; w 1½ roku później już oddziaływania w żadnym oku nie było; zaburzeń w zewnętrznych mięśniach ocznych nie zanotowano: w szpitalu [2 lata i 3 miesiące od początku choroby] brak oddziaływania źrenic, a ruchy gałek ocznych niezmiernie ograniczone [wskutek zupełnej ślepoty i częstej senności, lub stanu nieprzytomnego, badania te były bardzo utrudnione].

Należy wzmiankować tu jeszcze o jednym objawie ze strony oczu, mianowicie o wypukleniu gałek ocznych, które u naszego chorego było dość wyraźne. Objaw ten notowano niekiedy przy guzach przysadki mózgowej. Ma on zależeć albo od porażenia mięśni ocznych, albo od tego, że guz wrasta do oczodołu. W pierwszym razie wypuklenie ma być mniej wydatnem, a gałka oczna łatwiej daje się odprowadzić do oczodołu [MAUTHNER, cyt. u OPPENHEIM'a].

Zaburzenia ze strony innych nerwów czaszkowych (*trigeminus, olfactorius*) zdarzają się bardzo rzadko. W naszym przypadku istniał przemijający szczykoscisk.

Objawem ujemnym, który stanowi pewną podporę przy rozpoznawaniu guzów, wychodzących z przysadki, *resp.* z siodła, jest brak zaburzeń w sferze ruchowej i czuciowej. Łatwo to zrozumieć przy niewielkich rozmiarach nowotworu, lecz gdy guz osiąga znacznej wielkości, musi on wywołać pewne zaburzenia ruchowe wskutek ucisku na drogi ruchowe w odnogach mózgu, w moście WAROL'a

Do tego rodzaju zaburzeń zaliczyć można zwiększone napięcie i przykurczenie, zwłaszcza w prawej górnej i dolnej kończynie, jakie spostrzegać można było u naszego chorego. Umieszczenie tego objawu w naszym przypadku musimy postawić w zależności od większego ucisku lewej odnogi mózgowej, jak to rzeczywiście okazały oględziny pośmiertne. U naszego chorego prócz tego przez czas długi można było widzieć ruchy automatyczne w górnych kończynach, zwłaszcza w prawej. Być może, zależały one od zmian wskutek ucisku [rozrzedzenia] w wielkich zwojach podstawy mózgu (*nucleus caudatus, thalamus opticus*).

Inną grupę objawów stanowią białkomocz niewielkiego stopnia, cukromocz, a nawet prawdziwa moczówka cukrowa i zwyczajna. Objawy te występują nie często, ich patogeneza jest niejasną. Z objawów tych spostrzegaliśmy wprawdzie w naszym przypadku białkomocz, lecz był on uwarunkowany stanem zapalnym nerek, jak o tem przekonało nas badanie kliniczne, a następnie anatomiczne. Etiologia tego zapalenia nerek w naszym przypadku pozostała ciemną. Być może, było ono zupełnie przypadkowym powikłaniem guza mózgowego, choć także nie można zupełnie zaprzeczyć możliwości związku sprawy chorobowej w nerkach ze sprawą mózgową, jakkolwiek mówić o podobnym związku wydaje się dość ryzykownem. Na poparcie takiego przypuszczenia możnaby przytoczyć znany w patologii fakt, że złośliwe sprawy nowotworowe, umiejscowione w jakimkolwiek miejscu ustroju, mogą, szczególnie gdy ulegają rozpadowi, pociągnąć szkodliwe następstwa dla filtru nerek.

Z powodu tego powikłania niech mi wolno będzie powiedzieć słów kilka o znaczeniu tegoż w kwestyi rozpoznawania nowotworów mózgu wogóle i przysadki mózgowej w szczególności. Widzieliśmy wyżej, że w naszym przypadku w pierwszej chwili rozpoznano sprawę mocznicową. Zapalenie nerek niezrządzo daje obraz oftalmoskopowy, który zupełnie podobny jest do obrazu przy guzach mózgu. Z drugiej strony wiemy, że przy mocznicy zdarzyć się może cały zbiór objawów, właściwy dla guzów mózgu: bóle głowy, wymioty, stan nieprzytomny, drgawki, zwolnienie tętna, napady podobne do udarowych, oraz cały szereg objawów zależnych od podrażnienia, lub zniesienia czynności ograniczonej części kory mózgowej, jak padaczka JACKSON'a, porażenie połowiczne, afazya, ślepotą połowiczna, ślepotą zupełną i t. d. Wobec tego radzi OPPENHEIM nie stawiać nigdy rozpoznania na „*tumor cerebri*“, dopóki nie zostanie wyłączone zapalenie nerek. Mocznicą rozwija się wprawdzie w większości

przypadków w sposób ostry, wywołuje dalej zaburzenia ogniskowe krótkotrwałe, powoduje niekiedy objawy, nie należące do obrazu guzów mózgu [zaburzenia żołądkowo-kiszczkowe, dychawica], lecz do pewnego rozpoznania prowadzi tylko badanie moczu, uwzględnienie stanu serca [przerost] i t. d.

Że te wywody mają nie tylko znaczenie teoretyczne, że pomyłki takie rzeczywiście zdarzyć się mogą nawet najdoświadczeńszym lekarzom, dowodzi jeden przypadek, w którym OPPENHEIM rozpoznał guz mózgu, a oględziny pośmiertne wykazały marskość nerek i ognisko apoplektyczne w mózgu. Tam, gdzie, jak w naszym przypadku, występuje kombinacja guza mózgowego z zapaleniem nerek, sprawa częstokroć bardzo się wikła; jeśli nawet dalsze spostrzeżenie, jak to zresztą często bywa, daje nam możność wyodrębnienia z całokształtu objawów klinicznych oznak, które zależne są od guza mózgu, to odnośnie do wielu innych może być wątpliwość, z którą z jednocześnie istniejących spraw chorobowych je powiązać.

Co się tyczy specjalnie guzów, mających punkt wyjścia w przysadce, *resp.* w siodle tureckim, przy których bardzo często, jak się wyżej rzekło, przez długi czas brak zmian na dnie oka, w nerwach czaszkowych, oraz porażeni lub drgawek umiejscowionych, to tu rozpoznanie różniczkowe od sprawy zapalnej w nerkach i mocznicy napotykać winno na jeszcze większe trudności. Jedynie staranne wywiady, powolny rozwój choroby, stałość objawów, oznaki, wskazujące na stopniowy i postępujący charakter sprawy chorobowej, rozstrzygają o rozpoznaniu.

Co do innych objawów ogólnych, to nie charakterystycznego w nich nie ma. Bóle głowy najczęściej umiejscawiają się w okolicy czołowej i skroniowej, lecz mogą być także rozlane; niekiedy bóle te promieniują do oczodołów. Drgawki ogólne nie często przytrafiają się. Niektórzy upatrują coś charakterystycznego w powolnej mowie [objaw, bardzo wybitnie wyrażony w naszym przypadku], w szczególnej postaci *dementiae* i w senności.

Samo się przez się rozumie, że żaden prawie ze wzmiankowanych objawów, prócz może akromegalii, nie zależy od cierpienia przysadki mózgowej, jako takiej, lecz jedynie od siedliska nowotworu. Zarówno objawy patologiczne, jak i zmiany anatomiczne w początkowych okresach mogą być te same przy powstawaniu guza z przysadki, czy z opon siodła: przedewszystkiem będziemy mieli jednocześnie, lub szybko po sobie następujące zajęcie nerwów wzrokowych, w drugiej linii cierpieć będą nerwy okoruchowe i t. d., innemi słowy, wystąpią objawy zależne od powstawania sprawy chorobowej w środkowej linii średniej jamy podstawy czaszki. W dalszym przebiegu sprawy chorobowej zachodzić jednak może niejaka różnica, zależnie od tego, czy guz bierze początek za oponą, czy wewnątrz tejże.

ROTHMANN zwraca uwagę na tę okoliczność, że przy wewnątrz-oponowo poczynających się nowotworach częściej, niż przy powstawaniu nowotworów za oponą siodła, ma miejsce znaczniejsze rozprzestrzenianie się sprawy nowotworowej w przestrzeni wewnątrzoponowej, częściej też nowotwór wrasta w tkankę mózgową i przedewszystkiem, odpowiednio do położenia przysadki, do komór mózgu, mianowicie do 3-ej. Takie właśnie stosunki zachodziły w naszym

przypadku i tak też było w 2-im przypadku ROTH'a, w przypadku HIPPEL'a i TALKI. W takich przypadkach dochodzi zwykle do silnego rozszerzenia komór mózgu z wodogłowiem wewnętrznym, co klinicznie wyraża się objawami wzmożonego ciśnienia wewnątrz-czaszkowego.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

167. Berndt. Zakrycie braków kostnych czaszki za pomocą okostno-kostnych płatów z piszczeli.

W celu zakrycia braków kostnych czaszki, powstających przeważnie na drodze urazowej, stosowano dotąd dwa sposoby: tworzą z sąsiednich tkanek płat skórno-okostno-kostny, który następnie przesuwało, zachowując szypułę [MUELLER-KOENIG], lub też używano blaszek celluloidowych, nad którymi zeszywano skórę. Pierwszy z powyższych sposobów daje prawie zawsze wyniki dodatnie, z wyjątkiem przypadków, w których kości czaszki są zbyt cienkie; drugi zaś przeważnie prowadzi do wtórnych zabiegów z powodu podrażnienia sąsiednich tkanek przez ciało obce.

SEYDEL, biorąc z piszczeli tego samego osobnika kawałki kości, pokryte okostną, wypełniał nimi otwór w czaszce wielkości 20 ctm. kwadr. i otrzymał trwałe kostne pokrycie. CZERNY w tymże celu używał w dwóch przypadkach kostnej blaszki z piszczeli, nie pokrytej okostną, również z dodatnim wynikiem.

Autor, opierając się na dwóch własnych spostrzeżeniach, poleca następujący sposób, będący odmianą sposobu CZERNY'ego. Na przedniej powierzchni goleni tworzymy płat skórny odpowiedniej wielkości z podstawą na grzbiecie piszczeli. Po odseparowaniu skóry oznacza się na okostnej zarys wymaganego płata i dłutem zdejmuje się wierzchnią blaszkę piszczeli razem z okostną; łatwo łamiącą się substancję kostną okostna utrzymuje w nieprzerwanym związku. Otrzymany w ten sposób płat, przenosi się na odpowiednio przygotowany brak kostny czaszki, dopasowuje do ścisłego przylegania brzegów i umieszcza w nim, zwracając okostną do opony twardej. Takie zetknięcie okostnej z oponą twardą zabezpiecza tę ostatnią od podrażnienia przez nierówną powierzchnię kości.

W następnych przypadkach autor obiecuje sobie używać drucianej piłki GIGLI'ego zamiast dłuta i młotka przy formowaniu płata, a to w celu otrzymania gładziej powierzchni kości. Operacja na goleni odbywa się przy zastosowaniu podwiązki ESMARCH'a. Na zakończenie zeszywa się skóra na czaszce i goleni. U niespokojnych chorych [przy wstrząśnieniu mózgu] autor na zwykły przeciwniegi opatrunek nakłada jeszcze drugi gipsowy. Postępując w ten sposób w dwóch przypadkach, autor otrzymał pokrycie braku trwałe i mocne. Dzięki swojej prostocie, łatwości wykonania i niewielkiej utracie krwi zabieg, zalecany przez autora, zasługuje na szersze stosowanie.

(*Zeitschr. f. Chir.* 48 Bd. 5—6 H. 1898).

A. Koczyński.

168. Bruns. Wycięcie przy pierwotnym raku tchawicy.

Pierwotne raki tchawicy należą do rzadkości; najczęściej przechodzą z krtani, gruczołu tarczowego, przelyku lub oskrzeli. W literaturze opisano tylko 31 przypadków pierwotnego raka tchawicy. Nowotwór usadawia się najczęściej w górnym odcinku, opuszcza się jednak i niżej i zajmuje przeważnie tylną ścianę tchawicy, z kąd przechodzi na boczne, oszczędza jednak zwy-

kle ścianę przednią. Punktem wyjścia bywają gruczoly śluzowe tylnej ściany, a nowotwór ma zwykle budowę rdzeniową, chociaż zdarzają się skiry i cylindromy. W przypadku B. nowotwór powstał z przerodzenia wewnątrz-tchawicowego wola, które, jak wykazują badania PALTAUF'a, może się przedostawać do środka tchawicy nawet w życiu pozapłodowym przez niezmienione więzy między-chrząstkowe; B. usunął nowotwór, wycinając nożyczkami i nożem lewą i tylną część 10 pierścieni, tak, że obnażył przełyk; miejsca podejrzane, które pozostały, przypalił termokauterem. W czasie operacji wprowadzał do tchawicy małą lampkę żarową, którą pole operacyjne oświetlał.

Chory przez lat 5 czuł się zupełnie dobrze; później zaczęły występować objawy zwięzienia tchawicy i chory zmarł w 6 lat po operacji. Wobec tak dobrego wyniku operacji, wobec braku przerzutów, wreszcie wobec usadowienia się cierpienia najczęściej w górnym odcinku, radzi B. usuwać nożem i nożyczkami zajęte nowotworem części, lub też posługiwać się według KOSCHER'a galwanokauterem. Podczas operacji dla uniknięcia zaciekania krwi do tchawicy należy stosować kaniulę z tamponem, o ile taż nie zajmuje zbyt wiele miejsca.

(Beitr. zur klin. Chirur. 1898. B. XXI. H. I).

A. Śmiechowski.

169. Maydl. Przetoka sztuczna kiszek (jejunostomia).

Niedrożność odźwiernika żołądka, powodowana zazwyczaj rakiem lub też wrzodem okrągłym, daje się usuwać za pomocą: 1) wycięcia odźwiernika, 2) połączenia kiszek cienkiej z żołądkiem (*gastroenterostomia*) 3) plastyki odźwiernika i 4) przetoki sztucznej kiszek (jejunostomia). Pierwszy z tych zabiegów, jako nie zawsze znajdujący dla siebie odpowiednie warunki, może być stosowany jedynie w wyjątkowych razach. Do ostatnich czasów, mając na względzie usunięcie objawów choroby [mianowicie niedrożności], stosowano prawie wyłącznie gastroenterostomię; operacja ta, według M., powinna być, jeżeli nie zawsze, to przynajmniej w większości przypadków zastąpioną przez jejunostomię; w celu udowodnienia tego zestawia on warunki, sposób wykonania i skutki tego i tamtego zabiegu; przystępując do wszycia cienkiej kiszek w ścianę żołądka powinniśmy obrać takie miejsce, które nie tylko w danej chwili nie jest zajęte sprawą chorobową [rakiem], lecz przypuszczalnie i w przyszłości będzie od niej wolne; tej pewności nie mamy nigdy; częstokroć spostrzegano zamknięcie światła sztucznie zrobionego połączenia rozrastającym się guzem, pomimo iż wybór miejsca był stosowny; bywa i tak, że cała ściana żołądka nie nadaje się do połączenia z kiszka skutkiem rozrostu guza lub zmian bliźnowatych na całej jej powierzchni.

Dalej, gastroenterostomia bynajmniej nie wpływa na zmniejszenie mechanicznej i chemicznej pracy żołądka; owszem, dzięki niej zawartość żołądka trudniej przedostaje się do kiszek, powoduje energiczną pracę mięśniową i częste przekrwienia, które nie tylko nie zatrzymują rozwoju spraw nowotworowych lub zapalnych, lecz je przyspieszają. Operacja ta, jako sama przez się bardzo ciężka, niejednokrotnie skraca dnie życia, zamiast je przedłużać. Głodzenie przed operacją i po operacji chorych, przedtem już bardzo wyniszczonych, bez wątplenia w wielu przypadkach prowadzi do śmierci wskutek zagłodzenia. Przy jejunostomii sam rękoczyn jest bez porównania prostszy, nie wymaga uprzedniego powstrzymywania się od jedzenia, może być śmiało dokonany bez usypiania, obawa zakażenia jest jak najmniejsza, wreszcie okoliczność najważniejsza: wszystkie przeciwwskazania do poprzedniej operacji tu nie mają żadnego znaczenia. Dodać należy, iż zabieg ten, w zasadzie dążący tylko do usunięcia objawów choroby, nieraz może wyleczyć i samą chorobę; spokój i wyłączenie od wszelkich czynności żołądka wpływa dodatnio na rozwijające się w nim sprawy zapalne, a nawet nowotworowe; pierwsze z nich

z biegiem czasu nieraz znikają prawie bez śladu, przywracając drożność odźwiernikowi. Ujemną, lecz z natury rzeczy nieuniknioną, stroną omawianej operacji jest przetoka kiszkowa, otwierająca się w ścianie brzusznej, lecz przy ulepszonym sposobie operowania powstające ztąd dolegliwości nie dają się zbyt we znaki. Przez długi czas obawiano się wyłączenia żołądka z układu trawienia, lecz dziś wiadomo już, że bez tego narządu człowiek żyć może, mimo to przy jejunostomii według sposobu M. sok żołądkowy wraz z trzustkowym i żółcią wchodzi do kiszek.

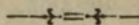
Przy pierwszych próbach przetok kiszkowych robiono cięcia ściany brzusznej, przyszywano do niej pętlicę kiszkową i robiono w niej otwór; w ten sposób w przetoce miały ujście odcinki: dośrodkowy i ośrodkowy, co było połączone z wieloma niewygodami: zawartość kiszek wylewała się na zewnątrz, chorzy przez pomyłkę wprowadzali pokarm do części dośrodkowej i t. p. Dziś M. operuje w następujący sposób: cięcie przedniej ściany brzusznej na linii środkowej poniżej pępka; odszukanie pierwszej pętlicy кишки cienkiej [a więc tej, której ramię dośrodkowe nie daje się dalej wyciągnąć z jamy otrzewnej]; podwiązanie w dległości 20 ctm. od *plicae duodenojejunalis* [dwoma paskami gazy, wprowadzonymi pod krezkę] odcinka кишки długości 10 ctm.; poprzeczne przecięcie jego na środku; nacięcie dolnego odcinka na miejscu przeciwległym krezce o 20—30 ctm. poniżej wolnego jego końca [również między dwoma paskami gazy]; wszycie w otwór tego cięcia dośrodkowego odcinka [można stosować i guzik MURPHY'ego]; oddzielenie [na przestrzeni 2 ctm.] krezki od końca dolnego odcinka i przeprowadzenie go w kierunku ku zewnątrz pod mostkiem mięśniowo-skórnym, utworzonym dzięki uprzednio zrobionemu nacięciu skóry, powięzi i mięśnia prostego nieco na zewnątrz od linii środkowej; wreszcie przymocowanie ściany кишки do skóry czterema szwami.

Z 22 notowanych przez M. przypadków 18% było z zejściem śmiertelnym, podczas gdy gastroenterostomia daje około 40% śmiertelności. Co się tyczy długości życia po dokonanej operacji, MIKULICZ w swojej statystyce gastroenterostomii notuje, iż z 40 operowanych sześciu żyło dłużej nad 5 miesięcy; z 18 zaś MAYDL'a [po jejunostomii] do tej pory już 6 żyje dłużej, niż 6 miesięcy.

(Mitt. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. T. III. Zesz. 3 i 4, 1898).

E. Lewenstern.

Przegląd bibliograficzny.



Dr. Bronisław Skalkowski. O krwotokach w położnictwie. We Lwowie, 1898. Stronic 180.

Wobec braku w naszej literaturze lekarskiej podręcznika, któryby obejmował całość akuszeryi, każda praca, zajmująca się choćby odłamkiem tej nauki, jest nabytkiem bardzo pożądanym, zwłaszcza zaś gdy odłamek ten dotyczy jednego z najgroźniejszych objawów — krwotoku. Bardzo szczęśliwą więc myśl powziął Dr. SKALKOWSKI „systematycznego rozpatrzenia krwotoków, będących w związku z ciążą i porodem“. Niewielka książka rozpada się na XI rozdziałów, poprzedzonych przedmową i wstępem, w którym chciał autor przedstawić „jak w naszej ojczyściej, dawnej literaturze na ten objaw [krwotok] się zapatrywano i jakimi środkami starano się go powstrzymać“.

W rozdziale I-szym podaje autor krótko anatomie układu krwionośnego części rodnych, a w rozdziale II-gim zajmuje się krwotokiem w ogólności, jego

objawami, następstwami i leczeniem. Dość szczegółowo opisuje sposoby zapobiegania ostrej niedokrwistości; w celu zatamowania krwotoku macicznego poleca przede wszystkim gorące wstrzykiwania do pochwy i macicy, a ze środków wewnętrznych głównie preparat ergotyny BOMBELON'a.

Rozdział III-ci poświęcony jest poronieniu. Rozdział ten należy do najlepiej opracowanych. Czytelnik znajdzie tu wiele wskazówek praktycznych. Autor przestrzega przed zbyt wczesnym przystępowaniem do ręcznego wydobycia jaja, przestrzega nawet przed zbyt wczesnym badaniem ciężarnej w chwili początkowego, nieznacznego krwawienia; daje bardzo szczegółowy opis tamponowania pochwy i macicy celem powstrzymania krwotoku lub wydalenia jaja płodowego. Opisuje też bardzo drobiazgowo wykrobywanie wnętrza macicy w celu usunięcia resztek jaja płodowego lub łożyska. Po użyciu skrobaczki przepłukuje wnętrze macicy, a następnie tamponuje je gazą jodoformową, zmaczaną w nalewce jodowej. Jest więc zwolennikiem przestrzykiwań macicy. Dlatego dziwnem się wydać może, że, stawiając przestrzyknięcie pochwy po usunięciu tamponów w zależności od tego, „do jakiego obozu położników się należy“, sam jej nie przestrzykuje. Zdawałoby się, że skoro jest zwolennikiem przestrzykiwań macicy, to już tem samym powinien też należeć do obozu zwolenników przestrzykiwań pochwy. Rozdział IV zawiera wykład o krwotokach przy nowotworach. Przedmiot ten autor zaledwie szkicowo traktuje. Zwłaszcza zwięzłość ta razi przy włókniakach, stanowiących jednak dość częste powikłanie ciąży i porodu, które w literaturze jest już obszernie opracowane. Jak tu należy postąpić w przypadkach krwotoku, z książki SKAŁKOWSKIEGO trudno się dowiedzieć. Często się zdarza, że dopiero po narodzeniu się dziecka i łożyska zjawia się krwotok wskutek wadliwego kurczenia się macicy i teraz dopiero lekarz wykrywa, że macica usiana jest włókniakami. W tych razach tamponada dührssenowska, o ile wiem z własnego doświadczenia, może znakomite oddać usługi. O metodzie DUEHRSEN'a autor dopiero w rozdziale o atonii macicy dość pobieżnie wspomina. Nie też nie wspomniał autor o tem, że niekiedy jedynym ratunkiem w krwotoku, zależnym od włókniaków i nie dającym się niczem powstrzymać, może być tylko całkowite wycięcie macicy lub też operacya PORRO.

W rozdziale V-tym mówi autor o zaśniadzie graniastym, nie wspomina jednak o następstwach zaśniadu tego—o krwotokach, wskazujących już wcześniej na rozwijanie się nowotworu złośliwego, znanego od niedawna pod nazwą *deciduoma malignum*. Wykład o łożysku przodującym [rozdział VII] zupełnie stoi na wysokości obecnej nauki o tym przedmiocie. Leczenie jest przedstawione doskonale. Rozdziały o przedwczesnem odklejeniu się łożyska, o krwotokach w trzecim okresie porodu, o pęknięciu macicy i o guzach krwawych dopełniają dzieło, napisane wogóle zwięzłe, lecz dość wyczerpująco, ze znajomością przedmiotu, językiem prawie zawsze dobrym, jasnym, miejscami nawet barwnym. Szkoda, że autor pominął krwotoki, towarzyszące ciąży zewnątrzmacicznej, które tak często już w pierwszych miesiącach ciąży niepokoją ciężarną i skłaniają ją do szukania porady u akuszerza. Nie mogę się zupełnie zgodzić z autorem, że ciąża zewnątrzmaciczna nie należy do zakresu akuszerji, lecz ginekologii.

Przy układaniu swej książki autor posiłkował się głównie literaturą niemiecką; literatury ojczystej [z wyjątkiem wstępu] prawie wcale nie uwzględnił. Obecnie, gdy posiadamy „Wykaz prac polskich“ CIEŁCHOWSKIEGO i „Przeglądy piśmiennictwa polskiego“, zaniedbanie takie niczem usprawiedliwić się nie daje.

M. Zweigbaum.

Towarzystwa lekarzy prowincjonalnych.

Towarzystwo Lekarskie m. Łodzi.

—•—•—

[Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 43].

Posiedzenie z dnia 4 maja 1898.

6. RUNDO mówił o t. zw. „Kleszczach osiowych.“ Kleszcze akuszeryjne posiadają, jak wiadomo, oprócz wygięcia główkowego, wygięcie miednicowe, t. j. wygięcie, odpowiadające osi miednicy i ułatwiające przez to wprowadzenie ich do wyżej położonych odcinków miednicy. Dlatego też, jeżeli główka znajduje się wysoko w miednicy, chętnie posługujemy się kleszczami o większej krzywiznie miednicowej, natomiast, gdy główka jest w próżni lub na dnie miednicy, wystarcza małe wygięcie kleszczy.

To jednak, co ułatwia założenie kleszczy, *resp.* uchwycenie główki, utrudnia zarazem jej wyciągnięcie; o ile bowiem przez wygięcie wzmiankowane nadajemy łyżkom przy wprowadzaniu kierunek osi miednicy, o tyle przy pociąganiu za rękojeści, które pod kątem połączone są z łyżkami, kierunek siły zbacza znacznie ku przodowi od kierunku łyżek, *resp.* osi miednicy, co się odnosi szczególnie do przypadków nakładania kleszczy przy wysoko stojącej główce, tu bowiem pociąganiu w kierunku osi wchodu miednicy przeskadza również krocze.

Zły zatem kierunek trakcyj zależy od samej formy kleszczy.

Wskutek tego niewłaściwego kierunku siły, przy wyciąganiu główki zwykłymi kleszczami opór przedniej ściany miednicy jest znacznie większy, niż tylnej, przez co miękkie części, przylegające do przedniej ściany, ulegają silniejszemu uciskowi i tarcii, pomimo że stosunek między główką a miednicą jest normalny. Znaczy to, że przy ekstrakcyi ponosimy stratę na sile użytej, która jest tem większą, im więcej kierunek tej siły oddala się od osi miednicy: na przeciężenie tego nadmiernego oporu przedniej ściany miednicy zużywa się, według autorów, 50% i więcej z zastosowanej siły.

Tej wady kleszczy zwykłych nie posiadają [albo posiadają tylko w nieznacznym stopniu] t. zw. kleszcze osiowe, z których najwięcej są rozpozszechnione kleszcze TARNIER'a.

Z wyżej wzmiankowego jasnym jest, że główną korzyść osiągamy, stosując te kleszcze przy główce wysoko stojącej. Są one też stosownie do tego dosyć długie i posiadają dosyć znaczną krzywiznę miednicową.

Głównie zaś odróżniają się one od zwykłych przez 2 pręciki przystosowane ruchomo do tylnej części łyżek, które łączą się z oddzielnym aparatem do pociągania, zastępującym rękojeści zwykłych kleszczy, gdyż za takowy właśnie pociągamy. Właściwie więc rękojeści tych kleszczy służą tylko do ich zakładania i mają wszakże jeszcze inne znaczenie, o którym niżej.

Wskutek przytwierdzenia aparatu do pociągania do tylnej części łyżek, a także wskutek znacznego wygięcia, jakie on posiada, kierunek siły znakomicie się zbliża do osi miednicy, lub też nawet się z nią zlewa, przez co kleszcze osiowe w pierwszej linii czynią ekstrakcyę łatwiejszą, wymagając względnie mniejszego nakładu sił.

Trakcyi też kleszczami TARNIER'a wykonywa się jedną ręką, za poprzeczną belkę, która stanowi zakończenie aparatu do pociągania.

Zarazem też, jeżeli tylko nie zachodzi niestosunek między główką a miednicą, kleszcze te, przez zmniejszenie oporu, ochraniają od ucisku główkę, jako też części miękkie drogi porodowej. Ucisk też na główkę zmniejsza się

dlatego, że nie wywieramy ucisku na rękojeści, ponieważ za nie nie pociągamy.

Z tych względów kleszcze osiowe bezwarunkowo zasługują na rozpoznanie i dziwić się rzeczywiście należy, że dotychczas są tak mało używane. Większość klinicystów przyznaje im też wyższość nad zwykłymi, mianowicie przy ekstrakcji główki wysoko stojącej.

Z drugiej strony jednakże, w r a z i e n i e s t o s u n k u między główką a miednicą, pamiętać trzeba, że, jeżeli niestosunku nie należy wogóle pokonywać gwałtownie siłą, to prawidło to przedewszystkiem należy stosować do kleszczy osiowych. Gdy bowiem przy zwykłych kleszczach część tylko siły zużytej działa właściwie w kierunku ekstrakcji, pozostała zaś, jak wspomniałem, często połowa tej siły, zużywa się na przewyciężenie oporu przedniej ściany miednicy, przy kleszczach osiowych cała prawie siła zużywa się na ekstrakcję samą. Dlatego też powinna ona być stosunkowo mniejszą, i dlatego siła, która, przy istniejącym n i e s t o s u n k u między główką a miednicą, przy zwykłych kleszczach może nie doprowadzić do skutku ekstrakcji, ale nie spowoduje uszkodzeń, ta sama siła przy kleszczach osiowych może spowodować silne uszkodzenia płodu i matki (aż do rozerwania spojenia łonowego).

Ostrożność zatem w stosowaniu siły obowiązuje przy kleszczach osiowych więcej, niż przy zwykłych.

Drugą zaletą kleszczy TARNIER'a jest to, że nie pozbawiają główki możliwości stosowania się do krzywizny miednicy, przeciwnie wykonywa ona obroty około osi podłużnej i poprzecznej z równą łatwością, jak przy porodzie naturalnym. Obroty te główki udzielają się kleszczom, z którymi ona stanowi jakby jedną całość, *resp.* ich rękojeściom, które pozostają zupełnie wolne, ponieważ za nie nie pociągamy. Te ostatnie służą nam wskutek tego za w s k a z ó w k ę, w jakim kierunku należy wykonywać trakcje: należy tylko uważać, aby pozioma gałąź aparatu do pociągania znajdowała się zawsze w odległości szerokości palca od dolnej powierzchni rękojeści kleszczy.

Odnosi się to wszakże bez zastrzeżeń tylko do pierworodzących, u wieloródek bowiem, u których części miękie są znacznie rozciągnięte przez poprzednie porody, wskazówka ta może być niedostateczną. Gdy się o tem przekonamy, należy za pomocą wskaziciela ręki wolnej wykonać lekki ucisk w odpowiednim kierunku na dolną powierzchnię rękojeści kleszczy.

Ale i o b r o t u g ł ó w k i o k o ł o osi podłużnej dokonywa się przy kleszczach TARNIER'a po większej części samodzielnie i rzadko tylko zachodzi potrzeba w tym celu wskazicielem wolnej ręki wykonać ucisk w odpowiednim kierunku na rękojeść kleszczy, będącą najwięcej na zewnątrz od linii środkowej.

Jak wiadomo, gdzie zachodzi potrzeba wykonania za pomocą kleszczy obrotu główki około osi podłużnej [obecnie wykonywany tylko przy ukośnym lub poprzecznym wstawieniu główki, zatem na $\frac{1}{3}$ — $\frac{1}{4}$ obwodu koła, przez większość zaś zaniechany przy położeniu ciemieniowym — *Vorderhauptslage* — i twarzowem z bródką ku tyłowi, gdzie wykonywano dawniej obrót około osi podłużnej na półobwodu koła], tam z a k ł a d a m y k l e s z c z e w u k o ś n y m wymiarze miednicy i podczas trakcji sprowadzamy je do poprzecznego wymiaru.

I przy użyciu zwykłych kleszczy widzimy czasem, że główka niezależnie od nich, albo wraz z kleszczami wykonywa samodzielnie ten zwrot około osi podłużnej, zwykle jednakże trzeba go uskutecznić, kierując odpowiednio rękojeści kleszczy, za które pociągamy.

Przy użyciu zatem kleszczy TARNIER'a obrotu tego dokonywa się z wykle samodzielnie, główka bowiem, a z nią i kleszcze same mają tu o wiele większą swobodę do wykonywania ruchów.

Te cenne właściwości kleszczy T. nie upoważniają nas jednakże, jak to na pierwszy rzut oka sądzićby można, do nakładania kleszczy z a w s z e w p o p r z e c z n y m wymiarze miednicy, bez względu na położenie główki, czyli do zaniechania nakładania kleszczy w wymiarze ukośnym w odpowiednich przypadkach; ucierniałaby bowiem w tym razie mechanizm porodu w o g ó ł n o ś c i, a główka uległaby niepomiernemu uciskowi.

Jakkolwiek kwestyi tej poświęciłem już kilka uwag w tem piśmie [Gaz. Lek. № 52 z 1896 r.], korzystam jednak ze sposobności, aby położyć nacisk na nakładanie kleszczy w odpowiednich przypadkach w wymiarze ukośnym miednicy, ponieważ ten sposób, o ile mi wiadomo, u nas jest często zaniedbywanym.

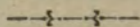
Przytoczę w tem miejscu pokrótce odnośne uwagi z dzieła A. RIBEMONT-DESSAIGNES'a i G. LEPAGE'a: „*Précis d'Obstétrique*,” z którego i niektóre z powyższych uwag zaczerpnąłem.

Kleszcze, jako narzędzie do chwytania, powinny być nałożone w ten sposób, aby uchwycenie było mocne i aby główka nie została uciśniętą. PINARD, a także FARABEUF i VARNIER wyjaśnili, co należy pojmować pod p r a w i d ł o w e m u c h w y c e n i e m g ł ó w k i. Główkę można porównać z kształtu do jaja, którego bieguny stanowią: bródka i tyłogłowie. Kleszcze powinny chwycić główkę wzdłuż osi, przechodzącej przez te bieguny i powyżej równika, aby się przy pociąganiu nie zsunęły. Południk, który przechodzi przez 2 wspomniane bieguny i dzieli główkę na 2 połowy w kierunku szwu strzałkowego i dziury potylicowej, nazywa się s a g i t a l n y m, południk zaś prostopadły do pierwszego i przechodzący przez wyniosłości lico-we (*os zygomaticum*), ponad uszami i przez guzy ciemieniowe, nazywamy bocznym.

Prawidłowe nałożenie kleszczy jest nałożenie ich w kierunku południka bocznego.

Otóż, aby kleszcze leżały na główce w ten sposób, t. j. prawidłowo, przy ułożeniu główki w wymiarze ukośnym miednicy — powinny one być nałożone w p r z e c i w n y m wymiarze ukośnym.

WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE.



27 Heroinum. Heroína. Jest to ester dwuoctowy morfiny.

Prof. DRESER (*Therap. Monatsh.* 1898. 9) przeprowadził szereg doświadczeń nad działaniem heroíny na ustrój zwierzęcy i otrzymał wyniki następujące.

Przedewszystkiem, heroína działa daleko silniej uspokajająco na oddechanie, aniżeli kodeína: już jeden miligram heroíny wywołuje u królika zwolnienie ruchów oddechowych, gdy tymczasem dla wywołania tego efektu za pomocą kodeíny potrzeba jednego centygrama.

Powtórnie. Pod wpływem heroíny nie tylko częstość oddechów się zmniejsza, ale każdy oddech staje się o wiele dłuższym, t. j. trwa daleko dłużej, aniżeli poprzednio przed zastosowaniem heroíny. Okoliczność ta może w pewnych warunkach mieć duże znaczenie: wiadomo bowiem, że przy zapaleniu oskrzeli, wskutek rozpulchnienia błony śluzowej i nagromadzenia się wydzie-

liny powietrze ma utrudniony dostęp do pęcherzyków płucnych; otóż, przy dłuższym trwaniu wdechu powietrze łatwiej dostać się może do pęcherzyków płucnych.

Potrzenie. Po zastosowaniu umiarkowanych dawek heroiny objętość każdego pojedynczego oddechu, to jest długość [na linii krzywej w doświadczeniu] każdego wdechu i każdego wydechu staje się o wiele większą, aniżeli poprzednio, tak, że nieraz każdy pojedynczy oddech staje się dwa razy głębszym od poprzedniego. Rozumie się, że wskutek tego daleko więcej naczyń włoskowatych w płucach styka się z powietrzem wdechanem, przez co wentylacja powietrza w płucach i utlenianie krwi daleko lepiej odbywać się musi.

Poczwarcie. Siła wdechowa pod wpływem umiarkowanych dawek heroiny zwiększa się. Okoliczność ta jest bardzo ważną i pozwala na stosowanie wzmiankowanego środka leczniczego nawet u osób osłabionych, albo będących w wieku podeszłym, u których pod wpływem innych środków narkotycznych następuje osłabienie siły wdechowej, a zatem zaleganie wydzieliny.

Popięte. Heroina wreszcie działa i pośrednio na płuca przez to, że pod jej wpływem powstaje w ustroju tak zwany spokój mięśniowy; doświadczenie bowiem wykazało, że heroina zmniejsza ilość potrzebnego tlenu oraz ilość wytwarzanego kwasu węglanego. Dlatego też u osób, cierpiących na niedostateczność oddechową z powodu znacznego skrzywienia kręgosłupa (*kypho-scoliosis*), z powodu zapalenia płuc, z powodu odmy piersiowej (*pneumothorax*), z powodu wady serca i t. d., heroina, jako zmniejszająca potrzebę tlenu, mogłaby znaleźć ważne wskazanie w znaczeniu „leczenia oszczędzającego“, tembardziej, że środek wzmiankowany nie wpływa na świadomość chorego w ten sposób, jak inne nasze środki narkotyczne, nasenne.

Z doświadczeń zatem, przeprowadzonych przez prof. DRESER'a na zwierzętach, wypadaloby wnioskować, że mamy do czynienia z nowym przetworem, posiadającym bardzo cenne własności lecznicze. Dalsze spostrzeżenia i doświadczenia lekarzy okażą, o ile te wnioski dadzą się zastosować i do człowieka.

Tymczasem dotąd znany tylko jeden głos w tej kwestyi, a mianowicie spostrzeżenia kliniczne D-ra FLORET'a (*Therap. Monatsh. 1898. 9*), który na mocy półrocznego klinicznego doświadczenia bardzo pochlebnie odzywa się o tym nowym środku leczniczym.

Heroina, według FLORET'a, bardzo szybko usuwa podrażnienie dróg oddechowych, zmniejsza kaszel, łagodzi bóle w piersiach przy wszystkich stanach zapalnych dróg oddechowych (*angina, pharyngitis, laryngitis, tracheitis, bronchitis etc.*), tak ostrych, jak i przewlekłych.

I przy gruźlicy płucnej oddaje środek wzmiankowany dobre usługi. Ale szczególnie skutecznym okazał się wpływ heroiny przy dychawicy oskrzelowej (*asthma bronchiale*).

Jako środek, uśmierzający bóle przy cierpieniach narządów brzusznych heroina okazała się nieodpowiednią.

Żadnych nieprzyjemnych, ubocznych objawów środek, o którym mowa, nie wywołuje. Nie spostrzegano również tak zwanego nawyknięcia do środka leczniczego.

Dawka wynosi 0,005—0,01—0,02 trzy lub cztery razy dziennie w postaci proszku z cukrem. Można również stosować w roztworze wodnym kroplami; w tym celu roztwór wodny przepisujemy z dodatkiem kilku kropel kwasu octowego.

Wiktor Grostern.

Wiadomości drobne.

— Zmiany w narządach wewnętrznych po 72-godzinnej jeździe na rowerze. REGNAULT i BIANCHI przedstawili rysunki narządów wewnętrznych uczestników 72-godzinnego rekordu w *Parc des Princes*. Za pomocą fonendoskopu robiono zdjęcia przed biegiem, zaraz po nim i po kilkunastu dniach. Okazało się, że narządy brzuszne, jak: śledziona, wątroba i żołądek, uległy wyraźnemu zmniejszeniu wskutek niedostatecznego odżywiania podczas wyścigu, znacznej utracie sił, którą zwiększał upał, brak snu i wzruszenia jeźdźców. Narządy takie, jak: serce i płuca, prawie zupełnie nie uległy zmniejszeniu, ponieważ praca wywoływała tutaj dopływ krwi wzmożony. Ruch nogami i pochylenie ku przodowi podniosły wszystkie narządy brzuszne ku górze, a te znów serce i płuca. Wątroba, jako ściślejjsza, uniosła prawe płuco. Żołądek z uniesionym ku górze odźwiernikiem dłużej zatrzymywał pokarmy. Narządy brzuszne uniosły się o 2 do 4 ctm.. Serce zbliżyło się do szyi na 2 do 5 ctm. Wartość lecznicza jazdy na rowerze, zdaniem autorów, byłaby ztąd wielką dla *ptosis intestini*, *pleuritis* i nadmiernej prostopadłości żołądka.

(*Médecine moderne*. Nr. 65).

A. M.

Wiadomości bieżące.

— Właściciele Gazety Lekarskiej wybrali na stanowisko Wydawcy, opróżnione przez śmierć ś. p. D-ra STANISŁAWA KONDRATOWICZA, — D-ra JANA PRUSZYŃSKIEGO, który podpisywać będzie pismo nasze tymczasowo do czasu uzyskania zatwierdzenia go w tej godności przez władze właściwe.

— W dniu 23 b. m. odbyło się otwarcie sanatorium dla chorych na gruźlicę w Otwocku. Zakład ten jest własnością D-ra GEJSLERA, który wespół z kol WROŃSKIM go prowadzi. Położony jest w najlepszej części Otwocka i składa się z kilku pawilonów, urządzonych z uwzględnieniem współczesnych wymagań higieny, albo aseptyki. Oddzielne pokoje są bardzo dobrze odpowiednio urządzone, oświetlone i umeblowane. Przy każdym pawilonie są obszerne werendy dla chorych. Zakład jest skanalizowany i zaopatrzony w dobrą wodę, otrzymywaną ze studni artezyjskiej, 12 łokci głębokiej, a rozprowadzoną po pawilonach za pomocą rur wodociągowych, do których wtłacza ją siła ciśnień. Z dokładnego obejrzenia zakładu wynieśliśmy wrażenie nader dodatnie. Należy się cieszyć, że mamy nareszcie zakład dla suchotników tak blisko Warszawy i trzeba przypuszczać, że znajdzie on poparcie wśród lekarzy w dobrze zrozumianym interesie ich i chorych.

— **Prace oryginalne w czasopismach lekarskich polskich.** *Przegląd Lekarski*. № 42. JARNATOWSKI, Krótki pogląd na dzisiejszy stan bakteriologii chorób spojówki i rogówki. MARISCHLER, Przypadek nadmiernego pocenia się, ograniczonego do górnej połowy ciała z badaniem przemiany materii. — *Medycyna*. № 42. Fr. STĘPKOWSKI, Przyczynki do etyologii ciąży macicznej. W. SZUMOWSKI, Przyczynki do badań toksykologicznych i chemicznych nad lasecznikiem gruźlicy.

Za Wydawcę, D-r Jan Pruszyński.

Redaktor odpowiedzialny, D-r Wł. Gajkiewicz.

Дозволено Цензурою, 19 Октября 1898.

Drak K. Kowalewskiego, Warszawa Mazowiecka 8.



Stanisław Kondratowicz.