

GAZETA LEKARSKA.

I. O DOSZCZĘTNEJ OPERACYI PRZEPUKLIN PACHWINOWYCH.

[Wykład, wygłoszony na Zjeździe chirurgów polskich].

Podał

Prof. Dr. Rudolf Trzebiicki.



Odkąd operacya doszczętna przepuklin, głównie dzięki nowoczesnemu opatrywaniu ran, uzyskała prawo obywatelstwa w chirurgii, zmniejszyła się znacznie zależność lekarza od uzdolnienia i dzielności bandażyisty, a chirurg posiada możność usunięcia niebezpieczeństwa uwięznięcia, które, niby miecz Damoklesa, wisi nad każdym pacjentem, dotkniętym przepukliną. Dziś już nikt nie wątpi, że operacya ta jest uzasadnioną i skuteczną a zarazem nie połączona z żadnem niebezpieczeństwem. Dyskusya toczy się jedynie o k o ł o wyboru odpowiedniej metody operacyjnej. Uważam za zbyt liczne przytaczać tu rozmaite, po części gorąco zalecane, sposoby. Każdy z nich ma swoich rzeczników i mniej lub więcej zaciętych przeciwników. Najwięcej zwolenników znalazła zapewne metoda BASSINI'ego, gdyż stwarza stosunki możliwie najdokładniej wzorowane na normalnych i stara się przez to zapewnić możliwie trwałą skuteczną. Mimo to ma i ona swoje ujemne strony, jak tego dowodzą, między innymi, różne w najnowszych czasach zalecane jej modyfikacye, mianowicie dotyczące zakładania szwów. Również nie zabezpiecza w zupełności pacjenta od recydywy.

Uderzającym jest, że jedna z najprostszych metod operacyjnych, która przy swej prawie naiwnej prostocie techniki przedstawia przynajmniej równą pewność trwałego wyleczenia, co wszystkie inne metody, a mianowicie KOCHER'owska metoda przemieszczenia, znalazła tak mało zwolenników, o ile można sądzić z publikacyi lat ostatnich.

KOCHER sam opisuje swą metodę jak następuje ¹⁾: „Przecina się skórę i tkankę podskórną równolegle do więzadła POUPART'a, aż do jego zewnętrznej trzeciej części, odsłania zewnętrzną skośną powięź brzuszną i odosabia zupełnie worek przepuklinowy, poczem robi się mały otworek w owej fascyi, powyżej więzadła POUPART'a, na zewnątrz od jego środka, wbija zagięte klesz-

¹⁾ Chirurgische Operationslehre. 1897. pag. 198.

czyki przez przednią ścianę kanału pachwinowego i przeprowadzając przez kanał, wyprowadza się je przez przednią bramę przepuklinową i chwytą szczyt odosobnionego worka przepuklinowego, poczem przez cofanie kleszczyków tą samą drogą wyciągamy worek cały przez ów świeżo zrobiony otwór.

Worek przepuklinowy silnie się przyciąga i ustala szwem w nowem położeniu, poczem zakłada się szew zwięzający cały kanał pachwinowy lub przynajmniej jego przedni otwór“.

Jak z przytoczonego opisu widać, nie pozostawia technika operacji nic do życzenia pod względem prostoty, co przemawia silnie na korzyść operacji powinno jej zapewnić szeroką popularność u lekarzy i publiki — oczywiście jeśli z góry przyjmiemy, że rezultat końcowy jest taki sam, jak przy innych metodach. Sam KOCHER wspomina w swej ostatniej publikacji, że na jego klinice operowano 111 przypadków za pomocą bocznego przemieszczenia. Przytem nie zaszedł ani jeden przypadek śmierci, w 4 przypadkach [3,6%] rozwinęła się po latach recydywa, a mianowicie u osób „o większej skłonności do tworzenia się przepuklin“.

Zachęcająca prostota techniki skłoniła mnie przed 2-ma laty do wypróbowania tej metody na moim oddziale i już pierwsze przypadki wzbudziły we mnie taki zapał do niej, iż nią prawie wyłącznie się posługuję celem radykalnej operacji zewnętrznych przepuklin na moim oddziale i przyswajam wszystkim lekarzom pomocniczym tę metodę. Poniżej wspomnę o owych niewielu przypadkach, w których odstępujemy od metody KOCHER'a i operujemy w inny sposób przepukliny.

Operację wykonywamy bez wyjątku przy zastosowaniu znieczulenia miejscowego SCHLEICH'a.

Pod względem techniki trzymamy się w zupełności przepisów KOCHER'a. Worek przepuklinowy, wydobyty przez otwór w powięzi mięśnia skośnego zewnętrznego, odcinam tuż ponad ustalającym go szwem. Szw kanałowy zakładamy jedynie przy szerokim kanale, przy wąskich zadawalniamy się nałożeniem szwu na zewnętrzną bramę przepuklinową i nie zauważyliśmy dotąd, aby pominięcie szwu kanałowego sprowadzało w wspomnianych przypadkach jakąkolwiek szkodę.

Do szwów głębokich, celem przysycia worka przepuklinowego w nowem położeniu, jakoteż do szwu bramy przepuklinowej zewnętrznej, względnie szwu kanałowego, używamy wyłącznie nici srebrnych, względnie glinowo-bronзовych. Ranę skórną zamyka się ściśle za pomocą szwu jedwabnego. Prawie wszyscy lekarze oddziału wyuczuli się i przyswoili sobie tę metodę do tego stopnia, iż większość z nich wykonywa tę operację w niepowikłanych przypadkach w ciągu 10—15 minut, bardziej rutynowani lekarze-pomocnicy uporają się z nią w 7 minutach. Najwięcej czasu zabiera odosobnienie sznurka nasiennego, jednak trudność ta jest wspólną wszystkim radykalnym operacyom.

Wspomnianą metodą dokonaliśmy 60 operacji na 53 pacjentach, a to bez względu na wielkość przepukliny i na wiek chorego. Niektóre przepukliny przewyższały wielkością głowę dziecka, co jednak pozostało bez wpływu na

pooperacyjny przebieg choroby. Najmłodszy pacjent liczył 5, najstarszy 70 lat, a nie mogliśmy zauważyć żadnego ujemnego wpływu późniejszego wieku na gojenie, zwłaszcza na jego trwanie, jak to z niektórych stron podnoszą. Obustronne przepukliny operowaliśmy początkowo dwucziasowo, t. j. po każdej stronie osobno, później zaniechaliśmy tego i operujemy za jednym razem obie strony, wyjąwszy bardzo wielkie przepukliny, gdzie zatrzymaliśmy jeszcze operację dwurazową. Przypadku śmierci nie mieliśmy po tej operacji żadnego.

Na 60 operacji mieliśmy 49 przypadków zupełnie gładkiego gojenia się przez rychłozrost, 6 razy nastąpiło powierzchowne ropienie, wychodzące z szwu powłok brzusznych, a 4 razy nastąpiły nieco głębsze ropienia tkanki łącznej podskórnej. Przyczyną tych ropni są błędy przeciw antyseptyce, które przy częstej zmianie pomocniczego personelu lekarskiego na oddziale są nieuniknione. Niemiłe te intermezzy nie miały jednak w żadnym przypadku ujemnego wpływu na wynik ostateczny.

Czas gojenia wynosił w przypadkach gładko się gojących przeciętnie 10 dni, ropienie w kanałach szwu przedłużało ten czas o dalszych 8 dni. W przypadkach głębszego ropienia musieli pacyenci przebywać w szpitalu do 46 dni. Z przebiegu pooperacyjnego, który zwykle nie przedstawia nic uwagi godnego, musimy podnieść dwie okoliczności, a mianowicie: zatrzymanie moczu i mierne objawy niedrożności jelit. Oba te objawy, aczkolwiek nie stałe, jednak względnie często występują. Zaparcie moczu nie zawsze występuje zaraz pierwszego dnia, często dopiero drugiego lub 3-go i rzadko trwa dłużej niż dwa lub trzy dni. Należy je uważać za odruchowe następstwo podrażnienia sznurka nasiennego. Całkowite zaparcie stolca i wiatrów występuje względnie często w pierwszych dwu lub trzech dniach, a mianowicie u chorych z wielkimi przepuklinami. Bezpośrednio po zagojeniu się rany opuszczają nasi pacyenci szpital i to bez paska przepuklinowego. A że pacyenci należą do ciężko pracującej klasy i nie mogą się szanować po operacji, więc zabierają się też natychmiast do pracy. Zdjęty ciekawością, czy ta właśnie okoliczność nie daje powodu do recydywy, usiłowałem zbierać informacje u naszych byłych pacjentów co do trwałego skutku operacji, względnie starałem się tychże badać po upływie dłuższego czasu od operacji. Niestety nie u wszystkich mogłem to uczynić, gdyż wielu z nich, jako robotnicy, prowadzi prawdziwe życie koczownicze i nie można było ich wyszukać. Jednak wszystkie te przypadki, w których można było się dowiedzieć o obecnym stanie pacjentów, są dotąd [niektóre blisko 2 lata] wolne od powrotu z wyjątkiem jednego przypadku [№ 21]. W przypadku 21 miała się — według pisemnego podania pacjenta — rozwinąć recydywa¹⁾. Mimo to czas miniony od operacji jest w większości przypadków zbyt krótkim, aby na podstawie naszego materiału można było utworzyć sobie ostateczne zdanie co do trwałego

¹⁾ W dyskusji nad moim wykładem na ostatnim Zjeździe chirurgów polskich wspomniał p. rada dworu RYDYGIER jeszcze o drugim przypadku, który miał być przezemnie operowany metodą KOCHER'a, a w którym miała wystąpić recydywa. Gdy jednak nie podano mi bliższych dat, nie mogłem skonstatować, którego chorego mogło to dotyczyć.

wyniku KOCHER'owskiej metody przemieszczenia, dotychczasowe dodatnie wyniki przemawiają jednak wysoce na jej korzyść.

Jakkolwiek, jak już wyżej wspomniałem, uważam metodę KOCHER'a za najodpowiedniejszą z pomiędzy wszystkich sposobów doszczętnego operowania przepuklin, nie taję jednak wcale, że nie nadaje się ona do wszystkich przypadków. W tym względzie stoję na tem całkiem słusznym stanowisku, które H. BRAUN ¹⁾ w swej pracy tak dokładnie określił, że co do wyboru metody należy indywidualizować, to znaczy zastosowywać dla każdego przypadku najprostsze, a pewne postępowanie. W przypadkach starych, wielkich przepuklin, o prawie prostym przebiegu kanału, wybieram metodę BASSINI'ego, tak jak w przypadkach nader małych przepuklin, zaledwie wydobywających się przez bramę zewnętrzną, osiągam dobre wyniki metodą CZERNY'ego. W przypadkach uwięźnięcia przepukliny, tylko wyjątkowo przy nader krótkim czasie trwania inkarceracyi, kończę herniotomią za pomocą radykalnej operacyi i wybieram również wtedy metodę BASSINI'ego.

W najnowszym czasie operujemy sposobem, przez KOCHER'a zmodyfikowanym i nazwanym przez niego metodą in w a g i n a c y j n ą ²⁾. Przy tym sposobie chwytamy szczyt wypreparowanego worka mosznowego krzywemi kleszczykami i wpuklamy je wraz z uchwyconym workiem do wnętrza tegoż, przechodząc w ten sposób przez cały kanał pachwinowy. Gdy się kleszczyki wyczuwa przez powłoki brzuszne na zewnątrz od wewnętrznego otworu kanału pachwinowego, w górnym kącie rany operacyjnej, przecinamy w tem miejscu wszystkie warstwy wraz z otrzewną na przestrzeni niespełna 1-go ctm. i wydobywamy przez tę szczelinę wyciowany worek, który tu za pomocą jednego lub 2 szwów przymocowujemy. Dalsze akta są takie same jak i przy pierwotnej operacyi. Przypadków, operowanych tym sposobem, w tabeli poniżej podanej nie uwzględniono.

| Liczba. | Imię, nazwisko, wiek, zamieszkanie, zatrudnienie pacjenta. | Wielkość przepukliny. | Położenie przepukliny po stronie: | Dzień operacyi. | Przebieg. | Gojenie trwało dni: |
|---------|--|-----------------------|-----------------------------------|-----------------|-----------------------|---------------------|
| 1 | J. D., 24 lat, wyrobnik. Kraków. | jak 2 pięści | lewej | 4. X. 1897. | per primam | 10 |
| 2 | M. B., 17 lat wyrobnik. Glinniki. | większa, niż pięść | prawej | 13. X. 1897. | dto. | 10 |
| 3 | D. J., 45 lat, wyrobnik Bednarka. | jak jajo kurze | prawej | 23. XII. 1897. | dto. Pleuropneumonia. | 11 |

¹⁾ Ueber die Radicaloperation der Leisten-und Schenkelbrüche. Chirurgische Beiträge 896.

²⁾ Resultaten der Hernien-Radical-Operation. Centralbl. für Chirurgie. 1897. Nr. 19.

| Liczba. | Imię, nazwisko, wiek, zamieszkanie, zatrudnienie pacjenta. | Wielkość przepukliny. | Położenie przepukliny po stronie: | Dzień operacji. | Przebieg. | Gojenie trwało dni: |
|---------|---|-----------------------|-----------------------------------|----------------------------|----------------------------------|---------------------|
| 4 | S. C., 38 lat, piekarz. Kraków. | większa, niż pięść | prawej | 29. XII. 1897. | p. pr. | 11 |
| 5 | F. G., 55 lat, wyrobnik, Wołowice. | jak 2 pięści | po obu stronach | 10. I. 1898. 14. III. | Ropienie [pleuritis] Ropienie | 41 24 |
| 6 | K. W., 60 lat, dyurnista. Podgórze. | jak głowa dziecka | lewej | 22. I. 1898. | p. pr. | 16 |
| 7 | W. K., 64 lat, wyrobnik. Chechty. Przed 2-ma laty operowany metodą BASSINI'ego. | jak jajo kurze | lewej | 27. I. 1898. | dto. | 11 |
| 8 | T. L., 53 lat, włościanin. Odrowąż. | jak 2 pięści | lewej | 12. II. 1898. | Ropienie | 46 |
| 9 | W. T., 24 lat, wyrobnik. Dukla. | jak pięść. | prawej | 7. II. 1898. | p. pr. Ropienie następowe. | 21 |
| 10 | P. Ch., 42 lat, wyrobnik. Zalaś. | jak 2 pięści | lewej | 15. II. 1898. | p. pr. | 17 |
| 11 | M. O., 29 lat, kupiec. Chrzanów. | jaja kurzego | lewej | 25. II. 1898. | dto. | 9 |
| 12 | S. O., 14 lat, wieśniak. Skomielna. | pięści. | lewej | 28. II. 1898. | dto. | 11 |
| 13 | A. M., 50 lat, właściciel dóbr. Królestwo Polskie. | dużej głowy dziecka. | prawej | 1. III. 1698. | dto. | 9 |
| 14 | I. S., 21 lat, służący. Łuźna. | pięści | prawej i lewej | 1. III. 1898. 1. III. | dto. dto. | 9 |
| 15 | I. N., 34 lat, wyrobnik. Szerzyny. | pięści | lewej | 11. III. 1898. | dto. | 5 |
| 16 | I. K., 47 lat, wyrobnik. Poznachowice. | jaja kurzego | prawej i lewej | 14. III. 1898. 14. III. | dto. dto. | 8 |
| 17 | I. Ch., 34 lat, wyrobnik. Targowisko. | 2 pięści | lewej | 15. III. 1898. | dto. | 7 |
| 18 | F. K., 24 lat, służący. Luborzyca. | 2 pięści | prawej | 28. III. 1898. | dto. | 7 |
| 19 | M. W., 52 lat, kowal. Kraków. | pięści | prawej i lewej | 18. IV. 1898. 18. IV. | dto. p. pr. ropienie szwu | 21 |
| 20 | M. F., 57 lat, górnik. Jaworzno. | pięści | prawej | 25. IV. 1898. | p. pr. | 12 |

| Liczba. | Imię, nazwisko, wiek, zamieszkanie, zatrudnienie pacyenta. | Wielkość przepukliny. | Położenie przepukliny po stronie: | Dzień operacji | Przebieg. | Gojenie trwało: |
|---------|--|--------------------------|-----------------------------------|-------------------------|--------------------------|-----------------|
| 21 | W. S., 26 lat, szewc. Szczawnica. | pięści | lewej | 6. V. 1898. | p. pr. | 10 |
| 22 | I. D., 22 lat, służący. Dąbrowica. | pomarańczy | lewej | 9. V. 1898. | dto. | 12 |
| 23 | I. T., 25 lat, wyrobnik. Łąka. Przed 4-ma laty operowany metodą BASSINI'ego. | jaja kurzego | lewej | 10. V. 1898. | dto. | 8 |
| 24 | B. S., 34 lat, wieśniak. Przegorzały. | większa, niż pięść | prawej | 10. V. 1898. | dto. | 9 |
| 25 | I. I., 29 lat, krawiec. Bieleza. | dto. | lewej | 7. VI. 1898. | dto. | 9 |
| 26 | T. B., 70 lat, kowal. Kraków. | 2 pięści | prawej | 13. VI. 1898. | dto. | 7 |
| 27 | T. S., 23 lat, kupiec. Tarnów. | pięści | prawej i lewej | 17. VI. 17. VI. 1898. | dto. dto. | 8 |
| 28 | H. R., 21 lat, krawiec. Tarnów. | pomarańczy | lewej | 28. VI. 1898. | dto. | 8 |
| 29 | L. Ż., 19 lat, wyrobnik. Kraków. | dto. | dto. | 4. VII. 1898. | dto. | 12 |
| 30 | K. L., 31 lat, wyrobnik. Krowodrza. | jaja kurzego | prawej | 10. VIII. 1898. | dto. | 5 |
| 31 | I. B., 47 lat, posługacz szpitalny. Kraków. | głowy dziecka | dto. | 17. VIII. 1898. | dto. | 12 |
| 32 | K. S., 34 lat, wyrobnik. Chełmek. | pięści | dto. | 7. XII. 1898. | dto. Ropienie szwu | 12 |
| 33 | T. W., 36 lat, wyrobnik. Nowy Targ. | dto. | dto. | 2. I. 1899. | p. pr. Ropienie szwu. | 17 |
| 34 | I. D., 14 lat, wyrobnik. Słonka. | jaja gęsiego | prawej | 5. I. 1899. | p. pr. | 11 |
| 35 | A. M., 48 lat, domokrażca. Kamionka. | pięści jaja gołębiego | lewej i prawej | 14. I. 14. IV. 1899. | dto. dto. | 11 10 |
| 36 | S. L., 18 lat, wyrobnik. Nawotyn. | pięści | lewej i prawej | 6. II. 6. II. 1899. | dto. dto. | 12 |
| 37 | I. Ż., 28 lat, rębacz. Uszew. | pięści | prawej | 16. II. 1899. | dto. | 14 |

| Liczba. | Imię, nazwisko, wiek, zatrudnienie, zamieszkanie pacyenta. | Wielkość przepukliny. | Położenie przepukliny po stronie: | Dzień operacyi. | Przebieg. | Gojenie trwało dni: |
|---------|--|-----------------------|-----------------------------------|-----------------------|-----------------------------|---------------------|
| 38 | I. L., 22 lat, domokrażca. Podgórze. | pomarańczy | lewej | 22. II. 1899. | p. pr. | 10 |
| 39 | L. M., 60 lat, szewc. Sucha. | dto. | dto. | 22. II. 1899. | dto. | 14 |
| 40 | I. A., 33 lat, wyrobnik. Otpiny. | jaja kurzego | prawej i lewej | 24. IV. 24. IV. 1899. | dto. dto. | 9 |
| 41 | W. G., 23 lat, lakiernik. Kraków. | jaja gołębiego. | prawej | 25. IV. 1899. | dto ropienie szwu | 18 |
| 42 | S. M., 22 lat, wyrobnik. Łukawica. | jaja kurzego | lewej | 14. V. 1899. | p. pr. | 10 |
| 43 | M. P., 38 lat, policyant. Wieliczka. | dto. | prawej | 16. V. 1899. | dto. | 8 |
| 44 | M. S., 34 lat, wieśniak. Przegorzały. | pięści | lewej | 29. V. 1899. | powierzcho- wne ropienie | 22 |
| 45 | I. S., 56 lat, wieśniak. Domaszowice. | pięści | prawej | 29. V. 1899. | p. pr. | 10 |
| 46 | I. K., 28 lat, wyrobnik. Konary. | pięści | prawej | 31. V. 1899. | dto. | 14 |
| 47 | P. T., 21 lat, służący. Lwów. | 2 pięści | dto. | 13. VI. 1899. | dto. | 14 |
| 48 | I. L., 5 lat. Krowdrza. | jaja gołębiego | dto. | 15. VI. 1899. | dto. | 4 |
| 49 | I. T., 23 lat, wyrobnik. Ropa. | pomarańczy | dto. | 20. VI. 1899. | dto. ropienie szwu. | 18 |
| 50 | F. K., 60 lat, wyrobnik. Słupiec. | głowy mężczyzny | lewej | 26. VI. 1899. | p. pr. | 12 |
| 51 | A. P., 21 lat, wyrobnik. Wola Radziszowska. | pomarańczy | prawej | 28. VI. 1899. | dto. | 10 |
| 52 | T. A., 19 lat, wyrobnik. Nowa wieś | dto. | dto. | 6. VII. 1899. | dto. | 8 |

II. PRZYPADEK PSEUDOMENINGITIDIS.

[W całości opowiedziany na posiedzeniu Tulskiego Towarzystwa Lekarskiego 2. XII. 1898].

Przez

Jana Strzelbickiego [Tuła].

—•—•—

Dnia 9 listopada 1898 r. wezwano mię do K. W-jewa, ucznia klasy 3-ciej tulskiego realnego gimnazjum. Chory uskarżał się na silny zawrót głowy, zupełny brak łaknienia i ogólne osłabienie. Zachorował 1 listopada, ciepłota 39° C.. Ponieważ gorączka nie zmniejszyła się na 2-gi dzień [wprawdzie jej nie mierzono], przeto matka chorego, sądząc, że ma do czynienia z malaryą [na którą chory przedtem kilkakrotnie zapadał], dała chłopcu 2 proszki chininy po 5 gr. Na 3-ci dzień choroby [3. XI.] gorączka podobno się zmniejszyła [znów jej nie mierzono]; pomimo to chory dostał jeszcze 2 proszki chininy po 6 gr. Na 4-ty dzień [4. XI.] chłopiec, czując się zupełnie dobrze, wstał z łóżka. Przez te 4 dni [1—4. XI.] cały obraz chorobowy składał się li tylko z gorączki i zmniejszenia apetytu. Dnia 5. XI. chory czuł się dobrze i zjadł z apetytem obiad, lecz ku wieczorowi dostał znów gorączki, a termometr wskazywał 39,4° C. Dnia 6. XI. gorączka trochę spadła i chory dostał od matki łyżkę oleju rycynowego; po 7-miu godzinach nastąpiło wypróżnienie. Dnia 7. XI. kilka wypróżnień po oleju. Ciepłota 37° C.; zupełny brak łaknienia, silny zawrót głowy i senność. Dnia 8. XI. tętno 66, oddechów 20, ciepłota 37° C., wymiotował. Dnia 9. XI. widziałem chorego po raz pierwszy.

Chory jest 3-ciem z rzędu dzieckiem. W 1-szym roku życia przechodził *pseudocrou*, w 3-im roku—wietrzną ospę, w 4-tym—szkarlatynę bez powikłań, w 6-tym—odrę bez powikłań, w 8-mym—krztusiec, też bez powikłań. 4-ry lata temu w zimie przez kilka tygodni — zimnica, która się znów powtórzyła w lecie i przybrała charakter tyfusu. Trzy lata temu—*pleuritis exsudativa*, poczem już więcej poważniejszych chorób nie przechodził, nadto zapadał kilka razy na krótkotrwałą zimnicę. Przed pierwszym listopada był zupełnie zdrow. Matka ma 36 lat, cierpi na *nephritis chr.*; matka matki zmarła w 39 roku życia na suchoty. Ojciec chorego ma 47 lat, długo chorował na malaryę dunajską. Syfilisu w rodzinie nie było. Ojciec używa alkoholu umiarkowanie. Chłopiec zajmuje się onanizmem. Chorego, jak powiedziałem, widziałem po raz pierwszy dopiero 9. XI. i znalazłem w następującym stanie.

Budowa niezła, odżywianie liche. Chory leży na wznak, zupełnie przytomny, odpowiada na zapytania powoli. Głowa nie boli, czuje silny zawrót w głowie przy poruszaniu się. Żadnych porażen, ani w nerwach twarzy, ani w kończynach. Żrenice równe, umiarkowanie zwężone, oddziałują dobrze na światło, które zresztą chorego trochę razi. Ruchy głowy swobodne i nie bolesne. Ani śladu naprężenia w mięśniach karku. Łaknienia nie ma żadnego. Język trochę obłożony, nieznaczny *foetor ex ore*. Stolca dziś nie było. Brzuch nie wzdęty, miękki, przy ucisku nie bolesny. Wątroba nie powięk-

szona. Sledzonę przy głębokich oddechach wyczuć można. Serce bez zmian, tętno nieco zwolnione, 55 na minutę, zdaje się trochę nieregularne. Oddechów 20, chory oddecha równo, nie kaszle; przy opukiwaniu oba szczyty płuc dają odgłos trochę tępszy, aniżeli pod obojczykiem; oprócz tego prawy wierzchołek płuc daje odgłos tępszy, niż lewy. Przy wysłuchiwaniu w obu wierzchołkach płuc oddech nieokreślony i trochę wilgotnych, drobnych rżężeń. Przy ucisku na ucho i *proc. mastoideus* chory bólu nie doznaje. Gruczoły limfatyczne nie powiększone. Mocz bardzo ciemny, bez zmian. Wobec takiego stanu, nie decydując nic o rozpoznaniu i nadmieniwszy tylko rodzicom chorego, że taki zbiór objawów, jaki znajdują u ich syna, budzi pewne obawy, co do stanu mózgu, zaleciłem choremu łoż na głowę, lawatywy i w razie potrzeby *tram valerianam aetheream*.

Dnia 10. XI. Tętno 58, wymioty po raz drugi, zupełny brak łaknienia, apatya, senność; bezustanne zawroty głowy; ciepłota 37°. Od tej pory gorączki nie było, i ciepłota nie przekraczała 37° C.

Dnia 11. XI. widziałem chorego 2-gi raz. Tętno 51—52, wyraźnie nieprawidłowe. Brzuch nieco zapadnięty, zresztą zmian żadnych. Badanie siatkówki oftalmoskopem nie wykrywa zmian szczególnych.

Miałem więc do czynienia z pacjentem, który po 3-ch dniach jakiejś choroby, objawiającej się li tylko gorączką, zapadł ponownie i osłabł, dostał silnych zawrotów głowy, wymiotów, zwolnienia i nieregularności tętna, senności i t. p. Wyłączając rozmaite choroby, znalazłem się wobec przypuszczenia jakiegoś ostrego cierpienia mózgu, mianowicie jego opon. Wprawdzie pewne powiększenie śledziony, w wywiadach kilkakrotnie przebyta dość uporeczywa malarya i nadzwyczaj silne rozpowszechnienie w Tule malaryi pod różnemi postaciami, wszystko to mogło mi podsunąć myśl o jakiejś postaci zimnicy. Nie badałem jednak krwi na plasmodye, z góry będąc przygotowanym do wyników ujemnych. 1-o: chory brał chininę przez 2 dni [razem 22 gr.], a badanie krwi w takich przypadkach często bardzo jest bezowocnem, o czem dawno już badając krew chorych na zimnicę, miałem możność dużo razy się przekonać, 2-o: przy wielokrotnem badaniu krwi w przypadkach tak zwanej utajonej zimnicy (*f. larvata*), nie byłem w stanie odnaleźć plasmodyi we krwi z palca, pomimo, że badałem zwykle po kilka preparatów ¹⁾ [na szklach przedmiotowych]. A nasz przypadek wypadłoby koniecznie podciągnąć pod rubrykę *malariae larvatae*. Trzeba przypuszczać, że, jeżeli przypadki t. zw. *malariae larvatae* uważać powinniśmy za zimnicę [spowodowaną plasmodyami], w takim razie plasmodye muszą się znajdować gdzieś indziej [może w śledzionie ²⁾].

Wziąwszy pod uwagę, że chłopiec zachorował po użyciu 22 gr. chininy, że choroba nie dawała intermisyi, że przypadków podobnych dotąd w Tule nie notowano, można było przypuszczać, że idzie tu nie o zimnicę. Wogóle najzupełniej zgadzam się z D-rem K. ZALESKIM ¹⁾, że na zimnicę zawięle zwracają uwa-

¹⁾ Patrz moja pracę: „K woprosu o pieremieżnoj liehoradkie w Tulskom ujezdzie“. Wracz. Nr. 13. 1897 r.

²⁾ Porównaj LANGOWJ. „Medieynskoje Obozrenje“. Nr. 12. 1894.

³⁾ K. ZALESKI. „Kilka uwag o zapaleniu płuc włóknikowem“. Gazeta Lekarska. 1896. 36.

gi i za często ją rozpoznają. Sądzę, że dalszy przebieg choroby wyłącza malarję. Cały przebieg cierpienia, brak momentu etyologicznego [uraz, *insolatio*, przeziębienie głowy, choroby uszów i t. p.] nie pozwolił mi się dłużej zatrzymywać na myśli o ostrem zwyczajnem zapaleniu opon mózgu (*meningitis simplex*). Przeciw nagminnemu zapaleniu opon (*meningitis cerebro-spinalis epidemica*) przemawiało wiele faktów. Najprawdopodobnijszem wydawało mi się przypuszczenie gruźliczego zapalenia opon (*meningitis tuberculosa*), tembardziej, że, jak wyżej, znalazłem pewne zmiany w płucach, a chory kilka lat temu przechodził *pleuritis exsudativa*. Jednakże i przeciw temu przypuszczeniu przemawiał: 1) brak dziedziczności, 2) zupełny brak zawsze w tych razach obecnego *stadii prodromorum*; przeciwnie chłopiec do 1 listopada t. j. do dnia zachorowania był zdrow i zasłabł prawie nagle, 3) nie było bólu głowy i t. d. Przypuszczenia swoje, co do natury choroby, oznajmiłem rodzicom i zaproponowałem konsylium. Wobec tego zawezwałem tegoż wieczora na naradę D-ra ZDANOWSKIEGO, który już przedtem leczył chorego na *pleuritis*. Po obejrzeniu chorego, Dr. ZDANOWSKI obawy moje co do choroby podzielił, nie twierdząc bynajmniej, iż mamy do czynienia z *meningitis tuberculosa*. Choremu zaleciliśmy, oprócz lodu na głowę, kalomel po gr. i, № 12. co 1—2 godzin po proszku i płókanie z *kali chlorici*.

Dnia 12. XI. Stan bez zmiany; tętno 53.

Dnia 13. XI. widziałem chorego po raz 4-ty; tętno 55—56; po kalomelu wypróżnień jeszcze nie było; chory apatyczny, senny, skarży się wciąż na silny zawrót głowy; łaknienia ani śladu. Brzuch zapadnięty *ad maximum*; lawatywa.

Dnia 14. XI. wypróżnienie po 2-giej lawatywie, chory czuje się lepiej, zjawilo się łaknienie; tętno 68.

Dnia 15. XI. Ciepłota 36,2°; chory czuje się znacznie lepiej; nie czuje prawie zawrotu głowy; tętno 80; łaknienie dobre, brzuch nawet trochę wzdęty.

Dnia 17. XI. wstał z łóżka; czuje się dobrze, łaknienie dobre; tętno 80; ciepłota 37,0°; stolec miał bez lawatywy.

Dnia 20. XI. zupełnie zdrow.

Co to była za choroba? Pytanie to muszę pozostawić nierozstrzygniętem. Nie ulega jednak zdaje mi się wątpliwości, że było to nie zapalenie mózgu, lecz tak zwana *pseudomeningitis*.

Od niedawna używanem w piśmiennictwie lekarskiem słowem *pseudomeningitis* określamy takie stany [chorobowe, które przebiegając pod postacią jakiegokolwiek zapalenia mózgu, kończą się jednak albo szybkim wyzdrowieniem, lub też przy sekcyi nie znajdujemy zmian właściwych zapaleniu opon, co najwyżej przekrwienie, obrzęk i wylewy krwi. FLEATOW ¹⁾ dzieli przypadki *pseudomeningitis* na trzy kategorie. Do pierwszej kategorii zalicza on przypadki, zjawiające się w przebiegu ostrych chorób zakaźnych,

¹⁾ „Dietskaja Medicyna“. 1897 r. str. 383 i „Siemiotika i diagnostika dietskich bolieżniej“. 1898 r. str. 370

i tu na pierwszym planie stawia krupowe zapalenie, szczególnie szczytów płuc u małych dzieci, następnie influencę. Do tej kategorii dodałbym przypadki ostrego wodogłowia przy *cholera nostras*.

Druga kategoria obejmuje przypadki *pseudomeningitis*, zależne od zatrucia (*narcotica, santoninum, wino*), lub samozatrucia (*uraemia*). FIŁATOW ¹⁾ opisuje przypadek *pseudomeningitis* od niemiarkowanego użycia wina u dziecka, mającego 1 rok i 1 m.

Nakoniec do 3-iej kategorii należą przypadki *pseudomeningitis* na tle neurozy; jedne z tych przypadków mają powstawać odruchowo [robaki], drugie za podstawę mają historię. Podobne przypadki opisują FIŁATOW ²⁾ i OLLIVIER ³⁾.

Otóż pozwalam sobie przypuszczać, że opisany przezemnie przypadek należy chyba do 2-giej kategorii. Czy nie mieliśmy tu do czynienia z samozatruciem organizmu jakimiś produktami trawienia?

Tula, 29 grudnia 1898 r.

Z ODDZIAŁU III-GO CHORÓB WEWNĘTRZNYCH I Z ZAKŁADU UNIWERSYTECKIEGO
ANATOMII PATOLOGICZNEJ.

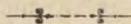
III. POLYMYOSITIS PRIMARIA.

PRZYCZYNEK KLINICZNY I ANATOMO-PATOLOGICZNY.

Podał

D-r J. Fajersztaju

sekundaryusz lwowskiego szpitala powszechnego.



[Ciąg dalszy.—Patrz Nr. 37].

Pod względem klinicznym w obrazie *neuromyositis* odróżniać należy objawy neurytyczne od myopatycznych [LORENZ]; przeważać mogą raz jedne, to znów drugie, nadając tem odnośnym przypadkom właściwe piętno. Choroba rozwijać się może w ten sposób, że do istniejącego już zapalenia mięśni przyłączają się o wiele później objawy neurytyczne [SENATOR, LORENZ], albo też obydwie współrzędne sprawy występują równocześnie [GIESE i PAGENSTECHEK, HOFFMANN].

Uwzględniając ściśle związek, jaki zachodzi pomiędzy nerwem a mięśniem, samoistny charakter zapalnych zmian mięśniowych w pewnych przypadkach prostej *neuritis*, bolesność mięśni, występująca bardzo wybitnie w cięż-

¹⁾ ²⁾ loc. cit.

³⁾ „Gazette medical de Paris. 1891“ cyt. podług Archiv für Kinderheilkunde. T. XVII. str. 129.

szych przypadkach tej choroby, nie można się spodziewać, by obraz kliniczny postaci chorobowej, wyodrębnionej przez SENATOR'a, mógł być zupełnie wyrazisty. W typowych przypadkach możliwym będzie zapewne odróżnienie *neuromyositis* od prostej *neuritis* i prostej *myositis*; inaczej ma się jednak rzecz w postaciach „niezpełnych“ i „przejściowych“, rozpoznanie opiera się tu bardziej na osobistych zapatrywaniach autora, aniżeli na faktach [por. przyp. HERZOG'a], których posiadamy dotychczas bardzo szczupłą garstkę. Wątpliwości rozpoznawcze pochodzą ztąd, że, jak się pokazuje, trudnem jest nie tylko trafne orzeczenie, jakie objawy należy uważać za wtórne, a jakie za współrzędne, ale samo stwierdzenie podstawowych faktów, na których ma się oprzeć rozpoznanie, nie należy bynajmniej do łatwych zadań. Tak np. w przypadku HOFFMANN'a [stwierdzonym pośmiertnie] nie tylko że nie dostrzeżono przy badaniu chorego żadnych miejscowych objawów zapalnych w muskulaturze, ale przekonano się nawet, że mięśnie nie były bolesne; bolesność nerwów nie mogła być również z dostateczną pewnością stwierdzona. Odwrotnie, może się zdarzyć w przypadkach czystej *polymyositis*, że niemożliwym jest rozstrzygnięcie pytania, czy znaleziona bolesność pni nerwowych winna być istotnie policzona na karb zapalenia nerwów; wobec bolesności wszystkich mięśni, otaczających badany nerw, o pomyłkę rzeczywiście nie trudno [por. cz. og.]. Badanie elektryczne również nie zawsze rozproszy wątpliwości: w przypadkach z przeważającymi zmianami neurytycznymi znajdowano odczyn zwyrodnienia [SENATOR, ADLER], tam zaś, gdzie górowały objawy zapalenia mięśni, występowały tylko zmiany ilościowe [LEVY-DORN, LORENZ].

Ze stanowiska czysto anatomicznego przypadek nasz musi być zaliczony do skojarzonych zapaleń mięśniowo-nerwowych. Rezultat badania drobnowidzowego nie pozostawia żadnych co do tego wątpliwości; stwierdza tylko, że w mięśniach sprawa zapalna toczyła się daleko energiczniej, aniżeli w nerwach. Badaniu poddana została tylko nieznaczna część pni nerwowych; i ten materiał jednak wystarcza najzupełniej do skonstatowania przewlekłej, niezbyt silnie rozwiniętej, przeważnie śródmięszkowej *neuritis*. Stan nerwów śródmięśniowych świadczy, że i tu zmiany zapalne nie zaszły zbyt daleko, choć odnośnie mięśnie uległy w wysokim stopniu sprawie chorobowej.

Biorąc rzecz z punktu widzenia klinicznego, niepodobna ukrywać, że nadawanie podobnemu rozpoznaniu anatomicznemu znaczenia, jakie SENATOR przypisywał *neuromyositis*, spotkać się musi z niejednym zarzutem. Pozostaje mianowicie kwestya, czy zapalną sprawę w nerwach uważać należy za współrzędną z zapaleniem mięśni?—współrzędną, to znaczy samoistną i zależną od tych samych czynników, które wywołały zapalenie muskulatury. W razie twierdzącej odpowiedzi na to pytanie, możnaby przypuścić, że zapalenie nerwów rozwinęło się jednocześnie z zapaleniem mięśni, czyli, że sprawa przebiegała od samego początku jako *neuromyositis*, albo też, że do pierwotnego zapalenia mięśni przyłączyło się później, odeń niezależnie, lecz pod wpływem tego samego czynnika chorobotwórczego, zapalenie nerwów podobnie, jak to miało miejsce w przypadku SENATOR'a [2-m].

Jedno czy drugie pojmowanie rzeczy, będące—*sit venia verbo*—dosłownem, lecz niezupełnie krytycznem tłumaczeniem rozpoznania anatomicznego, nadałoby naszemu przypadkowi charakter jawnego, wybitnego zapalenia mięśni, połączonego z złejszem i skrycie przebiegającym zapaleniem nerwów.

Inkongruencja zjawisk klinicznych i danych histologicznych zniewala do ponownego zaznaczenia, że wyniki badania chorej upoważniały stotnie do wyłączenia mnogiej *neuritis*; nie można było bowiem ani na pewno wykryć bolesności nerwów, ani też stwierdzić zmian czuciowych, wydzielniczych; nie było też samoistnych bólów, a zmiany pobudliwości elektrycznej, pomimo daleko posuniętego zaniku mięśni, dotyczyły tylko stosunków ilościowych; przytem mięśnie kurczyły się daleko lepiej przy pośrednim drażnieniu [t. j. z nerwu] aniżeli przy bezpośrednim. Jednem słowem do rozpoznania mnogiej *neuritis* brakowało najważniejszego składnika—objawów neurytycznych.

W podobnych okolicznościach możnaby znaleźć drogę wyjścia, przyjmując, że zmiany w nerwach powstały wtórnie i to niezależnie od czynników etyologicznych, które wywołały zapalenia mięśni. Na obronę tego przypuszczenia można przytoczyć przedewszystkiem tę okoliczność, że w nerwach śródmięśniowych stopień zmian drobnowidzowych odpowiadał najzupełniej—oczywiście o ile się to da wogóle ocenić—natężeniu zmian zapalnych w otaczającej tkance mięśniowej [p. w.]. Mamy tu przed sobą zupełnie naturalny i prosty fakt przenoszenia się stanów zapalnych z jednej tkanki na drugą, fakt wystarczający sam przez się do wytłómaczenia zmian neurytycznych w pniach nerwowych. Objawy przewlekłego zapalenia mogły tu powstać po części *per continuitatem* (*neuritis ascendens*), po części wskutek t. zw. wstecznego zwyrodnienia (*degeneratio retrograda*) z następczem bujaniem pierwiastków łącznotkankowych pochewek nerwowych. Dalej, na same pnie nerwowe mogło wpływać ujemnie sąsiedztwo obrzękłych i twardo naciekłych mięśni. W końcu znaczenie czynnika co najmniej pomocniczego trzeba przyznać wyniszczeniu długotrwałą chorobą, charłactwu, które, jak wiadomo, samo przez się byw powodem zmian neurytycznych, przebiegających najczęściej skrycie.

Mamy tedy dwa możliwe rozpoznania:

1. *Neuromyositis multiplex* z ciężkimi objawami mięśniowymi i skrycie przebiegającym zapaleniem nerwów obwodowych; obie sprawy są współrzędne, od wspólnego czynnika etyologicznego zależne, różnią się zaś od siebie tylko natężeniem zmian zapalnych.

2. *Myositis multiplex* z wtórnem, wstępującem, skrycie przebiegającym zapaleniem [zwyrodnieniem] nerwów obwodowych.

Trudno chyba zaprzeczyć, że drugie to rozpoznanie jest o wiele prawdopodobniejsze. To też nie wahamy się zaliczyć naszego przypadku do gromady *pólymyositis*, do czego upoważnia nas zresztą tak znaczna przewaga objawów mięśniowych w obrazie anatomicznym a następnie i ta okoliczność, że w innych przypadkach mnogiej *myositis* [WAGNER, JACOBY] zapaleniu mięśni towarzyszyły również lekkie, najprawdopodobniej wtórne, zmiany neurytyczne. Byłoby to jednak dowodem lekkomyślności, gdybyśmy zamierzali stanowczo przejść do porządku dziennego nad pierwszym rozpoznanem. W ubogiej do-

tychczasowej kazuistyce odnośnych przypadków znajdujemy tak mało materiału porównawczego, że nie może być mowy o ostatecznym rozstrzygnięciu tak bardzo zawiłych i subtelnym pytań. W każdym razie dorobek nasz literacki nie przemawiałby bynajmniej za włączeniem naszego przypadku do listy spostrzeżeń, opisanych pod nazwą *neuromyositis*, niema bowiem pośród nich takich, w którychby zaniki obejmowały całą niemal muskulaturę, a przykurczenia wszystkich członków stanowiły jeden z najwybitniejszych objawów choroby. Zdaje się również, że objawy skórne posiadają w przebiegu *neuromyositis* daleko mniejsze znaczenie. [LORENZ opisuje oboczno-zapalne zmiany skóry [nad obrzękłymi mięśniami]; widywano także [ADLER] krótkotrwałe rumień krwotoczny (*purpura*), plamy brunatne (*Handford*), sino-czerwonawe zabarwienie skóry (LEWY-DORN)]. O obrzęku twarzy nie napotykałyśmy nigdzie wzmianki.

*

*

*

Do wyjaśnienia etyologii mnogiej *myositis* przypadki nasze nie mogą się niczem przyczynić. W żadnym z nich nie można było wykazać przyczyny choroby. Rozwijała się ona samoistnie w 2-m i 3-m spostrzeżeniu; być może, że w 1-m poprzedzało ją inne krótkotrwałe, gorączkowe cierpienie; jest to jednak dosyć wątpliwe. Wobec znanych—z nielicznych, co prawda, opisów—rozsiąanych zapaleń muskulatury na tle gościcowem i syfilitycznym, należy tu z naciskiem zaznaczyć, że zarówno pierwszą, jak drugą chorobę można było z łatwością we wszystkich trzech przypadkach wyłączyć. Zdaje mi się, że żaden z naszych chorych nie przechodził, bezpośrednio przed wystąpieniem objawów mięśniowych, zapalenia gardła [por. cz. og.].

Żałować wypada, że z powodu niedogodnych warunków zewnętrznych tak bardzo pożądane i tak bardzo ważne poszukiwania bakteriologiczne [t. j. próby hodowlane] nie mogły być przedsięwzięte. Na skrawkach, barwionych najrozmaitszemi metodami, nie można było nigdzie wykazać obecności drobnoustrojów.

Pod względem anatomicznym mieliśmy do czynienia w dwu pierwszych spostrzeżeniach z obrazem przeważnie zmian mięszowych. Podnosiliśmy już wyżej, że użyty do badania materiał był zbyt szczupły, by mógł twierdzić stanowczo, że sprawa przebiegała w obu przypadkach pod postacią mięszowej *myositis*, a to tembardziej, że w 2-m spostrzeżeniu napotykaliliśmy miejscami typowy obraz śródmięszowego zapalenia [rys. IV]; jednakowoż wybitna przewaga zmian mięszowych nie ulega żadnej wątpliwości.

Natomiast w III-m przypadku sprawa chorobowa polegała przeważnie na śródmięszowym zapaleniu muskulatury.

Rażąca ta niezgodność wyników badania histologicznego, nakazuje zastanowić się nad dwoma pytaniami. Czy można podciągać pod jedną rubrykę kliniczną przypadki o tak różnorodnym podkładzie anatomicznym? Czy wolno wogóle zaliczać do zapaleń mięśni spostrzeżenia, w których tak bardzo przeważają zwyrodnienia mięszowe?

Odpowiedź na oba te pytania i to odpowiedź twierdzącą, znaleźć można w opisach zmian anatomicznych, znalezionych w przypadkach mnogiej *myositis*

uznawanych powszechnie za „typowe“. Zwracaliśmy już poprzednio [p. cz. og.] uwagę na zachodzące tu krańcowe różnice, nie od rzeczy jednak będzie zestawić raz jeszcze np. spostrzeżenia HEPP'a i KOESTER'a, w którym mięszs mięśniowy był wyłącznem niemal siedliskiem sprawy chorobowej, ze spostrzeżeniem SENATOR'a, odznaczającym się wybitnemi cechami śródmiąższowego zapalenia mięśni. [D. n.].

NOTATKI LEKARSKIE.

7. Przyczynek do stosowania ogólnego upustu krwi (*venaesectio*) u dzieci.

Po długim panowaniu w terapii upustu krwi, który stosowano w najróżniejszych chorobach i różnych okresach choroby, nastąpił, pod wpływem nowszych pojęć o naturalnym przebiegu chorób, przewrót tak krańcowy, że upust krwi wraz z innymi środkami t. zw. *heroica*, w rzędzie których on zajmował naczelne miejsce, prawie zupełnie wyłączony został z użycia.

O ile poprzednio upust krwi, stosowany bez należytych wskazań, nie mógł ostać się wobec nowszej terapii, polegającej głównie na metodzie wyczekiwania, to jednakże po upływie pewnego czasu zaczęły odzywać się głosy o korzystnem działaniu upustu krwi w ograniczonym zakresie wskazań; przekonano się, że są pewne okresy w przebiegu niektórych chorób, kiedy jedynie upust krwi może dać zagrożonemu organizmowi możność dalszego zwalczania podstawowej choroby.

Z obszernego zakresu wskazań dla omawianego zabiegu z dawniejszych czasów, nowsza terapia uwzględnia w pewnych przypadkach głównie wskazanie życiowe (*indicatio vitalis*).

Jeśli ograniczeniu uległo stosowanie upustu krwi w ogólności, to tembardziej w praktyce dziecięcej. Jednakże i w chorobach dzieci niekiedy koniecznem i zupełnie usprawiedliwionem staje się użycie upustu krwi [mam na myśli tylko ogólny upust krwi, a nie miejscowy—pijawki i t. p.].

W zeszłym roku w *Berliner klin. Wochenschrift* umieszczony został odczyt prof. BAGINSKY'ego, wygłoszony przezeń w Tow. Lek. Berlińskiem o ogólnych i miejscowych krwi upustach przy chorobach dzieci. Prof. BAGINSKY uważa ogólny upust krwi za konieczny przy grożącym paraliżu serca. Wtedy omawiany zabieg działa mechanicznie, ułatwiając w krytycznej chwili działanie, serca [ciężkie zaburzenia w krwiobiegu przy wadach serca, napady silnej duszności przy przewlekłym zapaleniu płuc].

Jak znakomicie działa upust krwi w odpowiedniej chwili zastosowany miałem możność przekonać się w następującym przypadku.

W pewnej rodzinie leczyłem dziecko chore na szkarlatynę. Podczas jednej z wizyt spostrzegłem, leżącą w łóżku, starszą dziewczynkę 8-letnią z obziemiałą twarzą. Matka objaśniła mi, że dziewczynka była dotąd zdrową i dopiero tego dnia, gdy zauważono obrzmienie twarzy, pozostała w łóżku.

W moczu okazała się duża ilość białka; prócz twarzy obrzęk był i na dolnych kończynach. Nie ulegało przeto wątpliwości, że i ta starsza dziewczynka przechodziła szkarlatynę niepostrzeżenie dla otoczenia, co się często zdarza przy nieznacznej wysypce, małej gorączce, w ogóle przy nieznacznem zakłóceniu stanu ogólnego. Trzeciego dnia zrana widziałem dziewczynkę powtórnie: obrzęki znacznie większe, ilość oddawanego moczu bardzo skąpa, tętno słabe. Wieczorem tegoż dnia zostałem nagląco wezwany do chorej. Przedstawił mi się obraz następujący: sinica twarzy, tętno pra-

wie niewyczuwalne, oddech powierzchowny, chwilami o typie CHEYNE-STOKES'a. Przy bliższem badaniu okazała się obecność płynu w klatce piersiowej (*hydrothorax*). Widocznem było, iż sercu grozi wyczerpanie z powodu nadmiernego wysiłku; w tej to krytycznej chwili zdecydowałem się na ogólny upust krwi. Wynik był zdumiewający: sinica stopniowo poczęła znikać, tętno poprawiało się, oddech stawał się coraz głębszym i swobodniejszym. Dziewczynka w dalszym ciągu przy zwykłym leczeniu zupełnie wyzdrowiała.

Z opisu być może trudno powziąć to niezłomne przekonanie, że w powyższym przypadku upust krwi ocalił dziecko, ale ja, com widział tę walkę, jaką staczało serce dziecka prawie konającego, a następnie, po zabiegu, tę zmianę w krążeniu krwi, oddechaniu, działalności serca, przekonany jestem, że poprawa ta była skutkiem zabiegu *propter hoc*, a nie tylko *post hoc*.

Wskazanie w moim przypadku dla upustu krwi zależnem było od warunków, analogicznych z podanymi przez BAGINSKY'ego: ulżyć pracy sercu, a tem samem zapobiedz jego wyczerpaniu i sądzę, że w podobnych krytycznych chwilach upust krwi stanowi o życiu dziecka.

Aleksander Waldenberg.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

— 4 —

96. W. Hesse. Nowy sposób hodowli laseczników gruźliczych.

Szybkie rozpoznanie obecności żywych laseczników gruźliczych, zwłaszcza w płwocinie, było dotąd utrudnione: po 1-sze: wskutek powolnego wzrostu laseczników gruźliczych na zwykłych podłożach, po 2-gie: wskutek przerastania zawartością gruźliczą zakażonego podłoża i utrudnionego wzrostu laseczników gruźliczych przez towarzyszące im liczne i szybko rozmnażające się zarazki, po 3-cie: wskutek niepewności wyników szczepienia na zwierzętach.

Dlatego autor szukał podłoża, na którym laseczники gruźlicze dobrze się udają, a inne bakterye zostają wstrzymane w swym rozwoju. Okazało się, że po dodaniu do pożywek „odżywki HEYDEN'a“¹⁾ zamiast zwykłego buljonu, czyste hodowle laseczników gruźliczych znakomicie się rozwijają i można je rozpoznać przy niezbyt dużem powiększeniu już po 1—3-dniowej hodowli. Laseczники, zaszczerpione z płwociny gruźliczej, rozwijają się na odżywe HEYDEN'a również dobrze z wyjątkiem płwociny, zawierającej liczne i szybko rosnące bakterye, a przeszkadzające wzrostowi laseczników gruźliczych.

Aby uniknąć przerastania szybko rosnących laseczników, autor po zaszczerpieniu płwociny gruźliczej na odżywe HEYDEN'a, dokonywał z hodowli co godzina tak zwane *Klatschpräparate*—zgniecione preparaty— i przekonał się, że już po 5—6-godzinnej hodowli laseczники gruźlicze już się rozwinęły, zanim zdołały się rozwinąć towarzyszące im bakterye. Dowodem wzrostu laseczników gruźliczych służy fakt, iż pewna część pojedynczych laseczników wydaje się nam na długość lub grubość jakby złożona z dwóch laseczników—podwójną. Wskutek tego badane preparaty okazują się pozornie bogatsze w podwójne laseczники i kolonie a uboższe w pojedyncze laseczники. Przy badaniu płwociny, zawierającej wiele szybko mnożących się bakteryi, stwierdzenie wzrostu laseczników gruźliczych po tak krótkim czasie wymaga pewnej wprawy. W razie nieobecności owych bakteryi rzecz ta nie przedstawia trudności,

¹⁾ Odżywka HEYDEN'a—Nährstoff-Heyden—jestto rozpuszczalne białko o własnościach pośrednich między ściętem białkiem a somatozą.

laseczników gruźliczych jest znacznie więcej i posiadają one charakterystyczny równoległy układ.

We wszystkich badanych przypadkach zauważono wzrost laseczników gruźliczych, rozumie się, jeśli były one przedtem spostrzeżone w płwocinie. Dlatego autor sądzi, że wszystkie laseczniki, zawarte w płwocinie, nie są obumarłe a żywe.

Do otrzymania hodowli autor używa miseczek PERRI'ego o 9,5 ctm. sześć. średnicy, do których wlewa po 20 ctm. sz. używanej przez siebie odżywki; odżywka ta ma skład następujący:

| | |
|--|---------------|
| Odżywki HEYDEN'a | 5,0 gramów |
| Soli kuchennej | 5,0 „ |
| Gliceryny | 30,0 „ |
| Agar-agaru | 10,0 „ |
| Normalnego roztworu sody kryst. [28,6:100] | 5 ctm. sześć. |
| Wody przekroplonej | 1000,0 „ „ |

Pożywkę przygotowuje autor w ten sposób: do zlewki nalewa nieco wody, wysypuje odżywkę HEYDEN'a, nachyla zlewkę tak, aby odżywka została dobrze zwilżoną i miesza aż do rozpuszczenia. Następnie dodaje do odżywki agar, uprzednio gotowanego przez dwie godziny razem z przepisaną ilością wody, gliceryny, soli i sody. Całą mieszaninę gotuje się przez kwadrans i cedi na gorąco przez pięć wilgotnych sączków fałdowanych do odpowiednich naczyń.

W. Humnicki.

(Zeit. f. Hyg. u. Infektionskrankheit. 31 T. str. 501—595).

IX ZJAZD CHIRURGÓW POLSKICH.

[Dokończenie. — Patrz Nr. 36].

Kol. KARCZEZY [Lwów] mówił „o przedoperacyjnym wstrzykiwaniu żelatyny jako środka, zapobiegającego krwotokowi podczas operacji“. Badania LANCEREAUX'a nad krzepliwością krwi pod wpływem żelatyny i użyciem jej przy tętniakach aorty stanowiły punkt wyjścia w pracy prelegenta do zastosowania tego środka w zabiegach operacyjnych, przy których spodziewać się można ofitego krwotoku miąższowego. W pięciu przypadkach na klinice prof. RYDYGIERA na godzinę przed operacją K. wstrzykiwał w tkankę podskórną zewnętrżnej strony uda, po dokładnem oczyszczeniu skóry, 200 gramów 2% żelatyny w fizyologicznym roztworze soli kuchennej. W godzinę potem przystępowano do uspiania, a następnie do operacji, przyczem okazało się, że przecięte tętnice i żyły krwawiły równie silnie, jak zwykle, z naczyń zaś mniejszego kalibru i z naczyń włoskowatych krwotok był niewątpliwie mniejszy. Mocz, wypuszczony w dwie godziny po wstrzyknięciu żelatyny, zawierał znaczną ilość substancji mucynowej, a w dwóch przypadkach ślady białka; ponieważ w żadnym przypadku nie wykryto peptonu, mówca twierdzi, że żelatyna przechodzi do krążenia niezmieniona.

Aczkolwiek przy stosowaniu żelatyny krwotok podczas operacji jest niewątpliwie mniejszy, działanie to jednak jest przemijające; skrzepy wkrótce rozpuszczają się, powodując krwotok następczy. Wobec tego mówca sądzi, że wstrzykiwania przedoperacyjne u ludzi z prawidłowym składem krwi nie mają celu; być może, że zabieg ten dałby się zastosować z korzyścią przy większych operacjach u osób dotkniętych hemofilią.

W dyskusji nad tym odczytem PRUSZYŃSKI jest zdania, że wobec niewątpliwie wykazanego wpływu na krwawienie żelatyny, należałoby się przekonać doświadczalnie od czego ten wpływ zależy, oraz jakim zmianom ulega żelatyna w ustroju zwierzęcym; być może nawet, że nasilenia gorączkowe mogą być następstwem jej produktów rozkładu.

Kol. GROSLIK nie zgadza się ze zdaniem przelegenta, jakoby przedoperacyjne wstrzykiwania żelatyny mogły mieć szersze zastosowanie u hemofilików, gdyż u tego rodzaju chorych rany cięte zwykle dają krwawienie bardzo małe.

Doc. BARĄCZ demonstruje: 1) okaz *torsionis omenti intraabdominalis*, który przedstawia podwójny skręt sieci: jeden w worku przepuklinowym, drugi wysoko w jamie brzusznej.

2) „Sposób zamykania światła jelita“, polegający na wgłobieniu i zakładaniu szwu kapiuchowego.

3) „Nowy sposób łączenia resekowanych końców jelita“, polegający na użyciu walców LANDERER'a, inwaginacji ramienia doprowadzającego w doprowadzające i szwie dodatkowym LAMBERT'a.

Wreszcie 4) B. poleca „zastosowanie elektrolizy do paliatywnego leczenia twardzieli nosa“. W przypadkach bujania nowotworu w jamach nosowych i noso-polykowych radzi obustronnie resekować tętnicę szyjową zewnętrzną (*carotis externa*), a potem przystępować do wyluszczenia części zmienionych. W jednym przypadku już samo podwiązanie jednostronne wpłynęło na zmniejszenie obrzęku nosowego.

Kol. DROBA przedstawił „wyniki własnych badań nad gruźlicą stawów i kości pod względem bakteryologicznym, anatomo-patologicznym i klinicznym“.

Wszystkie przypadki, leczone w krakowskiej klinice chirurgicznej w ciągu roku szkolnego 1898/9, w których rozpoznawano cierpienie gruźlicze kości i stawów, badano bardzo szczegółowo w kierunku bakteryologicznym, histologicznym i klinicznym.

Przypadków, badanych w ten sposób było 16; z tej liczby u 10 chorych nie stwierdzono dziedziczności.

W 6 przypadkach badanie okazało gruźlicę w płucach i laseczniki w płwocinie, a w jednym, obok gruźlicy płuc, były gruźlicze zmiany w gruczołach limfatycznych szyi. Reszta przypadków gruźliczych zmian w innych narządach nie okazywała.

Uraz, jako moment wywołujący cierpienie miejscowe, stwierdzono w 4 przypadkach. W trzech przypadkach punkt wyjścia cierpienia stanowiła torba stawowa, w 1 przypadku sprawa gruźlicza przeniosła się na kości z owrzodzeń gruźliczych skóry, w 10 przypadkach ognisko pierwotne gruźlicze tkwiło w kościach, a w 2 przypadkach punkt wyjścia nie był znany. Wszystkie badane przypadki rozpadają się na dwie grupy: 1) przypadki, komplikowane przetokami, 2) przypadki czyste, nie komplikowane przetokami. Grupa druga rozpada się na dwa działy: dział pierwszy obejmuje przypadki z przebiegiem ostrym, wśród którego miały miejsce znaczne wysięki do stawu, znaczny obrzęk części miękkich i w których przychodziło do wytwarzania się zimnych ropni; dział drugi obejmuje przypadki suche, przedstawiające typowo chroniczny przebieg.

W dziale pierwszym, w jednym przypadku, w którym cierpienie gruźlicze dotyczyło stawu barkowego, stwierdzono zakażenie mieszane, wyhodowano bowiem z cieczy surowiczej, mętnej, wydobytej z jamy, znajdującej się po zewnętrznej stronie stawu, gronkowca białego [przetoki żadnej nie było]. Wogóle badane przypadki okazywały typową gruźlicę, albowiem: 1) tkanki zmienione, ze wszystkich przypadków szczepione świnkom, wypróbowanym

tuberkuliną, wywołały u nich typową gruźlicę, 2) laseczniki gruźlicze znalezione w gruzelkach wszystkich padłych świnek. Kształt znalezionych laseczników był rozmaity.

Na podniesienie zasługuje szczegół, że świnki, szczepione płynem, wziętym z przypadku powyżej wspomnianego [bez przetok], z którego wyhodowano gronkowca białego, gruźlicy nie okazują jeszcze po upływie 8 miesięcy, podobnie jak świnki, szczepione płynem z 3-ch przetok, w którym również wyosobniano drobnoustroje tego rodzaju, jak: *staphylococcus albus, aureus, tetragenus* i *bacillus subtilis*. Wniosek co do wpływu tych drobnoustrojów na prątek gruźlicy pozostawia autor w zawieszeniu, aż do ukończenia doświadczeń na zwierzętach, w tym kierunku przedsięwziętych.

Płyny, brane ze stawów, ciecz ropni zimnych i tkanki zmienione w przypadkach, niekomplikowanych przetokami, okazały się zawsze jałowymi, oprócz przypadku powyżej wspomnianego, wyłączając z pojęcia jałowy prątek gruźliczy.

Co się tyczy badania histologicznego, to w przypadku z mieszanem zakażeniem i w przypadkach, komplikowanych przetokami, występował na pierwszy plan rozlany naciek okrągło-drobnokomórkowy; guzików gruźliczych bardzo mało.

W przypadkach II-ej grupy, działu 1-go, występuje bardzo wielka ilość gruzelków wśród nacieku drobno-okrągło-komórkowego.

W dziale II-gim, grupy drugiej, występują gruzelki wśród silnie rozwiniętej tkanki łącznej włóknistej w przypadkach, w których poprzednio wstrzykiwano do stawu mieszaną jodoformową; w przypadku trzecim występuje bardzo wielka liczba komórek olbrzymich również wśród tkanki łącznej, naciek drobno-okrągło-komórkowy schodzi na plan ostatni.

Przy resorbeyi kości naciek gruźliczy występuje wyłącznie, gdyż osteoklastów nie znajduwano, albo znajduwano ich bardzo mało. Sprawy regeneracyjne w kościach występują tem wyraźniej, im sprawa przebiega mniej chronicznie.

Przypadki z mieszanem zakażeniem przebiegały z wielkim zniszczeniem. Obok zakażenia mieszanego odgrywały tu rolę również: 1) samo umiejscowienie i 2) ogólny stan organizmu [gruźlica płuc].

Przypadki z ogniskami pierwotnymi w kościach przebiegały chronicznie, dopóki ognisko nie przebiło się do stawu. Z chwilą przebicia ogniska do stawu, sprawa przybiera charakter ostrej.

Preparaty, robione z torby stawowej w przypadkach, w których operacja miała miejsce wnet po przebicciu ogniska kostnego do stawu, wykazały nacieczenia, złożone z samych komórek przybłonkowych [I-sze stadyum BAUMGARTEN'a].

Przypadki, w których punkt wyjścia był w torbie, przebiegały chronicznie. W dwóch z nich znaleziono ciała ryżowe, które szczepiono świnkom. Świnki padły na gruźlicę. Co się tyczy ich powstawania, to D. na podstawie swych badań histologicznych przechyla się więcej do teorii degeneracyjnej.

Kol. GROSGLIK mówił: „o leczeniu przerostu gruczołu krokowego sposobem BOTTIN'ego“. Prelegent przedstawia wyniki, otrzymane przezeń w 5 przypadkach przerostu gruczołu krokowego. Przypadek pierwszy dotyczył chorego, który był operowany trzykrotnie z powodu kamieni w pęcherzu, pomimo to jednak doznawał stale zaburzeń w oddawaniu moczu, które polegały na tem, że mocz wydobywał się z trudnością, często zatrzymywał się i spływał przeważnie kroplami. Stwierdziwszy znaczny przerost gruczołu krokowego, G. wykonał operację BOTTIN'ego, po której wszelkie zaburzenia w oddawaniu moczu ustały. W przypadku drugim chory posługiwał się od roku cewnikiem 2—3 razy w cią-

gu nocy z powodu zatrzymania moczu. Po dwukrotnej operacji BOTTINI'ego chory odzyskał całkowicie możność dobrowolnego oddawania moczu. Przypadek trzeci dotyczył chorego, który od 2½ lat wprowadzał cewnik 4—6 razy dziennie, dotknięty był bowiem całkowicie zatrzymaniem moczu. Dwukrotnie wykonana operacja BOTTINI'ego spowodowała na razie pewne polepszenie w stanie chorego; dopiero po upływie miesiąca wystąpiły na jaw zbawienne skutki operacji. Chory odzyskał sprawność pęcherza zupełną, posługiwał się zaś cewnikiem raz tylko wieczorem, co mu zapewniało spokój przez noc całą, w przeciwnym bowiem razie budził się 2—3 razy w nocy z powodu potrzeby oddawania moczu. W przypadku czwartym istniało całkowite zatrzymanie moczu przeszło rok i chory posługiwał się cewnikiem 4—5—6 razy na dobę. Po dwukrotnie wykonanej operacji nastąpiło zupełne wyleczenie. Nakoniec w przypadku piątym, świeżo operowanym, zatrzymanie całkowite moczu trwało 11 miesięcy i ustąpiło całkowicie po dwukrotnie wykonanej operacji BOTTINI'ego.

Na zasadzie tych wyników mówca rokuje operacji BOTTINI'ego świetną przyszłość, tembardziej że zabieg daje się wykonać bez wszelkich trudności, nie wymaga uśpienia chloroformowego i nie spowoduje groźnych powikłań pooperacyjnych. Krwotoku nie widział mówca ani podczas operacji ani w przebiegu pooperacyjnym. Jeżeli po operacji chory nie jest w stanie oddawać moczu dobrowolnie, należy opróżnić pęcherz za pomocą cewnika. Cewnik na stałe wskazany jest tylko w przypadkach, w których cewnikowanie systematyczne napotyka trudności, lub w przypadkach ciężkiego zapalenia pęcherza, które nie dało się zwalczyć przed operacją. Chorzy znoszą cewnik *à demeure* doskonale. Mówca kładzie nacisk na konieczność ścisłego przestrzegania podanych przez BOTTINI'ego wskazań do operacji, nadewszystko zaś nie radzi operować w przypadkach, powikłanych cierpieniem nerek lub miedniczek, w razie złego stanu ogólnego, tudzież w przypadkach, w których mięsień pęcherzowy utracił zdolność kurczenia się. Większą część ogłoszonych zejść śmiertelnych po zabiegu BOTTINI'ego, oraz niepowodzeń, należy, zdaniem mówcy, złożyć na karb lekceważenia wskazówek twórcy metody.

Na zakończenie G. zwraca uwagę na niedokładność narzędzia, służącego do wypalania gruczołu krokowego, mianowicie na wadę w budowie noża, który pod wpływem prądu galwanicznego mięknie i zakrzywia się. W ten sposób nóż nie wraca do przeznaczonej dlań niszy, lecz opiera się o krawędź jej, wskutek czego usuwanie narzędzia z cewki napotyka trudności. Udoskonalenie narzędzia jest zatem rzeczą bardzo pilną.

W dyskusji zabiera głos prof. RYDYGIER i zapytuje, czy doskonale wyniki, jakie otrzymał GROSGLIK, nie pochodzą stąd, że G. operował przypadki świeże, w których niekiedy leczenie paliatywne również daje wyniki dobre. Następnie zwraca uwagę na groźne powikłania pooperacyjne, jakie zdarzały się rozmaitym autorom.

Doc. KRYŃSKI zapytuje, czy GROSGLIK badał chorych za pomocą cystoskopu przed przystąpieniem do operacji, zdaniem bowiem K. do operacji BOTTINI'ego nadają się tylko przypadki, w których przerostowi ulega zraz środkowy gruczołu krokowego.

Kol. RUTKOWSKI zauważył, że skrzywienie się noża, o którym mówił G., zależy od zbyt szybkiego wykonywania operacji. W dwóch przypadkach, operowanych przez ś. p. prof. OBALIŃSKIEGO, również nóż się wykrzywił, natomiast R. posuwając nóż powoli, zjawiska tego nie obserwował. Kol. RUTKOWSKI demonstruje następnie pęcherz osobnika, który zmarł w 4 tygodnie po operacji BOTTINI'ego. Na poparcie tego widać gruczoł krokowy doskonale przepełniony, na trójkącie zaś LIETAUD'a ściana pęcherza uległa spaleniu.

Kol. GROSGLIK odpowiada prof. RYDYGIEROWI, że we wszystkich operowanych przezeń przypadkach cierpienie trwało od roku do 2½ lat, o czym w odczycie swoim wspomniał, że wszędzie stosowane było leczenie paliatywne, które nie dało najmniejszej poprawy. Wyniki zatem, które otrzymał, należy przypisać wyłącznie stosowanym przezeń zabiegom. Wszystkie te przypadki były przed operacją badane za pomocą cystoskopu, przyczem stwierdzono przerost wszystkich zrazów gruczołu krokowego, co przemawia przeciw zdaniu kol. KRYŃSKIEGO, jakoby operacja BOTTINI'ego nadawała się tylko do przypadków, w których przerostowi ulega zraz środkowy. Co się tyczy nieszczęśliwych powikłań, które spostrzegali prof. RYDYGIER i kol. RUTKOWSKI, to zdaniem kol. G. spalenie ściany pęcherza daje się z łatwością uniknąć za pomocą kontrolowania położenia dziobu narzędzia palcem, wprowadzonym do odbytnicy. Nóż należy puścić w ruch dopiero wówczas, gdy palec, wprowadzony do odbytnicy, wskaże, że dziób incisora jest mocno wkliniowany w gruczoł krokowy. Prelegent nie podziela zdania kol. RUTKOWSKIEGO, że skrzywienie noża zależy od zbyt szybkiego nacinania gruczołu krokowego. W ostatnim przypadku swoim kol. G. posuwał nóż bardzo powoli, pomimo to jednak skrzywienie nastąpiło.

Następnie kol. GR. przedstawia wyniki poszukiwań swoich nad „wartością leczniczą urotropiny w chorobach zakaźnych narządu moczowego“. Dzięki pracom NICOLAIER'a urotropina zdobyła sobie w czasach ostatnich wielkie uznanie lekarzy i stopniowo ruguje z użycia wszelkie inne leki, nie wyłączając salolu, który do niedawna jeszcze stał na czele wszystkich środków, mających okazywać skuteczne działanie w cierpieniach zakaźnych dróg moczowych. Sławę tę zawdzięcza urotropina swemu składowi chemicznemu, tworzy bowiem połączenie amoniaku z aldehydem mrówczanym, który, jak wiadomo, posiada niezwykle własności odkażające. Ponieważ urotropina bardzo szybko przechodzi do moczu, zrodziło się przypuszczenie, że ulega ona w drogach moczowych rozkładowi, dzięki czemu wywiązuje się wolny aldehyd mrówczany. Niektórzy autorowie utrzymują, że ciało to istotnie w moczu wykryli i tej okoliczności przypisują znakomite działanie odkażające urotropiny. Mówca zakreślił badaniom swym trzy punkty wytyczne: 1) sprawdzenie skąpych, a sprzecznych jeszcze dotychczas danych co do występowania aldehydu mrówczanego w moczu; 2) sprawdzenie własności przeciwniegnilnych urotropiny; 3) sprawdzenie działania leczniczego urotropiny.

Wyniki tych poszukiwań dadzą się streścić w sposób następujący:

1-o Rozkład urotropiny w ustroju jest co najmniej wątpliwy, G. bowiem ani razu nie był w stanie wykazać aldehydu mrówczanego w moczu po zażyciu urotropiny. Zdaniem G. urotropina zostaje wydalona z ustroju w stanie niezmiennym.

2-o Urotropina nie działa zabójczo na mikroby, zawarte w moczu. Posiada ona własność wstrzymywania rozwoju drobnoustrojów na czas bardzo krótki. Pod tym względem nie ma ona żadnej przewagi nad innymi środkami, jak salol, salicylan sodu i t. p.

3-o Rozpowszechnione mniemanie, jakoby urotropina oddziaływała zba wiennie w chorobach zakaźnych dróg moczowych, jest błędne. Niema ona żadnej przewagi nad wymienionymi dopiero co środkami przeciwwakaźnymi i również jak one okazuje się zupełnie bezsilną, gdy chodzi o cierpienia przewlekłe.

Kol. Bossowski zdał sprawę z przepuklin mózgowych, spostrzeganych przez niego w oddziale chirurgicznym szpitala dla dzieci w Krakowie.

Pomijając 2 przypadki *meningocelle traumatica spuria*, jako wady nabyte po urazie, obserwował w przeciągu trzech lat ostatnich 5 przypadków *cephalocelle* wrodzonej.

Z tych 2 *cenencephaloccele* [1 *occipitalis*, wielkości przepołowionego jaja strusiego, 1 wielkości orzecha włoskiego w okolicy naso-frontalnej; obie u dziewcząt].

1 *cystencephaloccele sincipitalis* w okolicy *glabella*, wielkości jaja kurzego u chłopca..

1 *meningoccele naso-ethmoidalis*, na granicy między chrząstkową a kostną częścią nosa u chłopca.

1 *exencephalia*, w połączeniu z *cranio-* i *rachischisis* u płodu płci męskiej, który zmarł w kilkanaście godzin po urodzeniu; preparat odnośny znajduje się w muzeum anatomii opisowej.

Prócz ostatniego, cztery wyżej wymienione przypadki *cephaloccele* wrodzonej były przedmiotem leczenia operacyjnego, które, z wyjątkiem *meningoccele naso-ethmoidalis*, leczonej przekłuciem i uciskiem, zasadzało się na radykalnej ekstyrpacji guza. Jest to, jak wiadomo, od czasu wprowadzenia antyseptyki, metoda w leczeniu przepuklin mózgowych przeważnie panująca, bo w $\frac{4}{5}$ wszystkich przypadków leczonych zastosowana, ze względu, że chirurgia nowoczesna uważa przepukliny mózgowie, jako zbroczenia, dające się porównać z nowotworem i tak jak nowotwory je traktuje.

Wyniki operacyjne, osiągnięte przez prelegenta, są dobre, gdyż w trzech przypadkach, leczonych przez wycięcie guza, nastąpiło wyleczenie, czwarty leczony przez nakłucie i ucisk uchylił się po upływie tygodnia od leczenia i dalszej obserwacji.

Do pokrycia bramy przepuklinowej po usunięciu guza użył kol. B. w 2 przypadkach okostnej z najbliższego otoczenia otworu w czaszce, w 3-im zespół szwem tylko opony i płaty skórne, przyczem zwraca uwagę, że według zdania BERGMANN'a, niema potrzeby spieszyć się z dokładniejszym zamknięciem osteoplastycznym lub heteroplastycznym otworu przepuklinowego kości, gdyż z biegiem czasu prawdopodobnie sam się zmniejszy.

Kol. B. zaznacza, że BERGMANN w pracy swej o chirurgicznym leczeniu chorób mózgowych wyłącza od operacji te postaci wrodzonych przepuklin mózgu, które:

- 1) cechują się znacznym spłaszczeniem i pomniejszeniem czaszki,
- 2) przepukliny, wychodzące poniżej *protuberantia occip.* przez wielki ubytek w czaszce, aż do *foramen magnum* sięgający, i nadto połączone jeszcze zazwyczaj z rozszczepem górnych kręgów szyjowych,
- 3) przypadki skombinowane z *hydrocephalus*,
- 4) przepukliny, kombinujące się z innymi wadami rozwojowymi, z powodu których zejście śmiertelne jest prawdopodobne.

Nadto prelegent podnosi kwestyę, w jakim okresie wieku należy dzieci z przepukliną mózgową operować, zważywszy, że statystyka dotąd wykazuje, że z wyleczonych zrazu szczęśliwie przez pomyślny zabieg operacyjny, żyje zaledwie 5—7%, podczas gdy reszta ginie zwykle później z powodu wodogłowia. Zgodnie z zapatrywaniem prof. RYDYGIERA, wyrażonem w pracy HERMANA, wypadałoby raczej wyczekać aż dziecko przejdzie pierwsze dziesięć lat życia i uchwaja się umysłowo i fizycznie dobrze rozwinięte, bo wówczas nie tylko *prognosis quo ad operationem* ale również *quoad valetudinem completam* jest o wiele pomyślniejsza.

Wiek dzieci, operowanych przez prelegenta, wahał się między 2 a 15 miesiącami życia.

Doc. KRYŃSKI mówił: „O wpływie przecięć krezki na żywotność jelita“.

Celem badań doświadczalnych KRYŃSKIEGO było dokładniejsze określenie wpływu, jaki wywiera na pętlę jelitową przecięcie krezki. Doświadczenie swoje wykonał na psach w zakładzie prof. CYBUŁSKIEGO. Sprawą tą

od czasu rozwoju chirurgii brzusznej zajmowało się wielu chirurgów, znane są badania CZERNY'ego, MADELUNG'a, KUESTER'a, z nowszych prace ZESAS'a, ORECCHIA, BEGONIN'a, a przed czternastu laty ogłosił swe badania prof. RYDYGIER. Potwierdzając słusność jego wyników, dodaje K. otrzymane przez siebie nowe dane.

W doświadczeniach tych szło K. o możliwie dokładne oznaczenie granic, w których przecięcie krezki nie wywołuje jeszcze zaburzeń, nie dających się wyrównać, w odżywianiu ściany jelita. Źródłem krążenia w jelicie cienkiem są, jak wiadomo, rozgałęzienia *arter. mesenter. super.*, które w krezce przez podział dwudzielny i wzajemne połączenia tworzą kilka szeregów łuków; z ostatniego z nich, leżącego najbliższej pętli jelita, wychodzą drobne gałązki, odżywiającej ścianę.

Z doświadczeń prelegenta wynika, że przecięcie krezki jest tem niebezpieczniejsze, im bliżej wypada jelita, i odwrotnie, im dalej od niego przecinamy krezkę, tem na większej możemy to uczynić przestrzeni bez szkody dla żywotności ściany.

Mianowicie: 1-o Jeżeli przeciąć krezkę z naczyniami przynajmniej w odległości 3-ch ctm. od brzegu jelita, to można bezkarnie pozbawić krążenia bezpośredniego pętlę jelitową długości 15—30 ctm. Przekroczenie tej długości pociągało za sobą zawsze częściową zgorzel ściany.

2-o Jeżeli przecina się gałązki poziome, tworzące łuk tuż nad brzegiem jelita, to niebezpieczeństwo już grozi pętli, oddzielonej od krezki na przestrzeni większej nad 6 ctm.

3-o Jelito, przecięte poprzecznie i oddzielone od krezki przy brzegu, nawet na bardzo małej przestrzeni, stale ulega zgorzeli. Okoliczność ta ważną jest przy resekcjach, na co pierwszy zwrócił uwagę RYDYGIER.

Dane te mogą ulegać zmianom w tych przypadkach, w których następują zrosty pomiędzy odnośną pętlą jelita a sąsiedniemi.

Tak, np. w jednym doświadczeniu, w którym wskutek znacznego przecięcia krezki, według wszelkiego prawdopodobieństwa, uległoby jelito zgorzeli, udało się je uratować przez zrobienie enteroanastomozy z sąsiednią pętlą.

W dyskusyi prof. RYDYGIER zaznacza, że doświadczenia, dokonane przez niego nad tą sprawą, niesłusznie noszą nazwę RYDYGIERA-MADELUNG'a i zastrzega sobie pierwszeństwo twierdzenia, że wrażliwość przeciętej kieszki jest tak wielką, że oddzielenie jelita od krezki, nawet na małej przestrzeni, wywołuje obumarcie jelita.

Doc. CIECHANOWSKI kładzie nacisk na znaczenie nowotworzących się naczyń na odżywianie się kieszki. Że takie połączenia szybko się tworzą, dowodzą tego preparaty kol. RUTKOWSKIEGO z pętli jelitowych, wszczepianych do pęcherza i odcinanych od kieszki.

Następnie doc. CIECHANOWSKI przedstawia okazy postronków śródtrzewnych; w przypadkach tych od otrzewnej przyrośnięte były nitki końcowe wyrostka MICKEL'a, długi wyrostek robaczkowy, obwodowy koniec jajowodu, wydłużony przydatek tłuszczowy i t. d.

Kol. SOŁTYSIK w odczycie „o resekcji kończyn przy nowotworach“ na podstawie dwóch operowanych przezeń przypadków (*osteosarcoma periostale ulnae*, *osteosarcoma periostale humeri ingens*) przemawia za dokonaniem amputacji w tego rodzaju sprawach, po resekcji bowiem wkrótce następują nawroty.

Kol. ROSSBERGER [z Jarosławia] mówił „o pruchnicy zębów u naszej uczącej się młodzieży“. Na 3650 badanych uczniów szkół publicznych w Jarosławiu i okolicy w 78% prelegent stwierdził zepsucie zębów, które w większości przypadków zależy od złych warunków higienicznych szkół galicyj-

skich. Przy tej okazji kol. R. zaznacza, że istnieją cechy zębów, dla pewnych chorób ogólnych swoiste.

Kol. KRASSOWSKI przedstawił „wyniki leczenia garbów sposobem CALOT'a“. Sposób ten K. stosuje od 2-eh lat. W ciągu tego czasu miał trzy przypadki śmiertelne: jeden chory zmarł w 24, drugi w 48 godzin po operacyi, trzeci po dłuższym czasie. W 4 przypadkach nastąpiło względne polepszenie. Według zdania KRASSOWSKIEGO, aczkolwiek sposób CALOT'a nie daje świetnych wyników, nia zasługuje jednak na potępienie.

Ze względu na brak czasu kol. KRASSOWSKI nie mógł wypowiedzieć swego odczytu p. t. „o leczeniu wodniaka moszen sposobem WINKELMANN'a, ograniczył się tylko na zaleceniu tego sposobu jako zabiegu łagodnego, usuwającego doszczętnie sprawę chorobową.

Ostatni odczyt wygłosił prof. RYDYGIER p. t. „O leczeniu przetok kałowych“. Wykład prof. RYDYGIERA ogłoszony będzie *in extenso* w Gazecie Lekarskiej, tutaj tylko nadmienimy, że prof. R. uważa za najlepszy i najpewniejszy sposób leczenia *anus praeternaturalis*, wycięcie odpowiedniego kawałka jelita i bezpośrednie połączenie odcinków. Opierając się na swoim klinicznym doświadczeniu uważa, że ten sposób postępowania tam, gdzie da się zastosować, nie jest niebezpieczniejszym, niż inny a bez zaprzeczenia pewniej prowadzi do celu.

Na zakończenie prof. RYDYGIER, już jako prezes Zjazdu zaznacza, że Zjazd tegoroczny pod względem treści niczem nie ustępował poprzednim i dziękuje koledze RUTKOWSKIEMU, jako gospodarzowi a obecnym za uczestnictwo w pracach Zjazdu.

Przeciągły oklask ze strony członków Zjazdu był wyrazem szczerego uznania i wielkiej sympatyi dla czcigodnego Prezesa.

Zjazd przyszedł odbędzie się wspólnie ze Zjazdem lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie.

Pruszyński.

TOWARZYSTWO LEKARSKIE WARSZAWSKIE.

— 3 —

Posiedzenie z dnia 11. IV. 1899.

1) KRAUSE przedstawia 67-letniego mężczyznę, któremu przed dwoma niespełna laty skruszył kamień pęcherza, a przed 6 tygodniami usunął z pęcherza, po jego przecięciu, dwa brodawczaki (*papilloma*), usadowione powyżej otworu wewnętrznego cewki. Pęcherza K. nie zeszywał; przyszył go tylko do ściany brzusznej za pomocą dwu szwów z każdej strony. Do cewki wprowadził cewnik NÉLATON'a, który po 5 dniach usunął, wprowadził zaś natomiast do pęcherza przez ranę syfon. Po 16 dniach chory zaczął oddawać mocz przez cewkę, a po 40 dniach rana całkowicie się zagoiła.

2) KRAUSE przedstawił dziewczynę 16-letnią z bardzo znacznym przerostem sutek, datującym od roku.

3) SAWICKI BRON. przedstawia kobietę 25-letnią, której wykonał operacyę plastyczną SCHULTEN'a w celu pokrycia braku kości goleniowej, pozostałego po wydlutowaniu części, dotkniętej zapaleniem szpiku kostnego. W tym celu po oczyszczeniu jamy w kości i zdłutowaniu części ściany wewnętrznej tej jamy, S. oddzielił na wewnętrznej powierzchni łydki skórę od powięzi, wyciął płat z powięzi i mięśnia łydkowego, z szypułą u góry, przesunął płat ten na zewnątrz i zapelniał nim brak kości, łącząc brzegi płata paroma szwami z okostną brzegu jamy. Zagojenie nastąpiło bez powikłań. Operacya

SCHULTEN'a wykonywaną była dotąd, gdy chodziło o pokrycie braków kości udowej. S., na zasadzie przedstawianego przypadku, uważa ją za odpowiednią do wypełniania braków i w kości goleniowej.

4) ODERFELD wygłosił odczyt p. n.: „W sprawie operacyjnego leczenia wPOCHWIENIĘ JELIT. Przyczynę do techniki operacyjnej“. W odczycie tym wypowiedział O. swój pogląd na rozmaite operacje, stosowane w przypadkach wPOCHWIENIA JELIT. OdPOCHWIENIE jelita wgłobionego daje wyniki dobre, o ile da się wykonać; często jednak, szczególnie gdy się nie udało, jest rękoczynem niebezpiecznym. Zrobienie sztucznego odbytu, jak również enteroanastomoza, nie mają w podobnych przypadkach racji bytu, nie usuwając bowiem przyczyny choroby, dają wyniki ujemne. Resekcja całego wgłobienia, operacja najracjonalniejsza, da się wykonać tylko wtedy, kiedy wgłobienie nie opuszcza się do miednicy małej. Resekcja jelita wgłobionego wskazaną jest wtedy, kiedy jelito opuszcza się tak nisko, iż przez odbyt może być wymacane. Sposób wykonania tej resekcyi, obmyślany i po raz pierwszy zastosowany przez LESZCZYŃSKIEGO, nosi w literaturze niemieckiej miano sposobu BARKER-RYDYGIERA. O. miał sposobność wykonać trzy operacje według tej metody i nie uważa jej za czyniącą zadość wszystkim wymaganiom: niemało trudności sprawia tu przecięcie jelita wgłobionego wewnątrz kiszki wgłabiającej, co zaś ważniejsza, szew, łączący błony surowicze obu jelit w szyi wgłobienia, bardzo łatwo przepuszczać może zawartość kiszki do jamy otrzewnej; dzieje się to mianowicie zwykle w tem miejscu, w którem między jelitem wgłabiającym a wgłobionym leży krezka jelita wgłobionego. W celu uniknięcia tych niedogodności O. podaje obmyślaną przez siebie i doświadczalnie wypróbowaną metodę, do której myśl zapożyczył od ś. p. MATLAKOWSKIEGO. Polega ona na resekcyi samej tylko szyi wgłobienia na wzór resekcyi odźwiernika według metody KOCHER'a. Jelito wPOCHWIONE, przecięte poprzecznie, pozostaje w kiszce wgłabiającej i wychodzi następnie przez odbyt. Stosowana dotąd w jednym przypadku metoda MATLAKOWSKIEGO, jak ją O. proponuje nazwać, dała wynik dobry.

W dyskusyi STANKIEWICZ wyraża zdanie, że metoda proponowana przez ODERFELDA przy swojej prostocie umożliwia operowanie aseptyczne i zabezpiecza od krwotoku z krezki.

SAWICKI BRON. zwraca uwagę na ujemne strony omawianej metody: wskusfaldowania krezki jelita wgłobionego, dokładne nałożenie szwów przedstawia wiele trudności; przytem światło jelita u szyi wgłobienia zwykle bywa bardzo zwężone, co może prowadzić do niedrożności.

5) GROSGLIK wygłosił odczyt p. n.: „Leczenie doszczętne przerostu gruczołu krokowego sposobem BOTTINI'ego“.

Wyłożywszy dotychczas używane metody leczenia przerostu gruczołu krokowego, G. opisuje sposób BOTTINI'ego, polegający na wypalaniu brózd w gruczole krokowym za pomocą żegadła galwanokaustycznego, wprowadzanego przez cewkę do pęcherza. Operacja BOTTINI'ego daje, zdaniem G., wyniki wprost zadziwiające; daje się przytem wykonać łatwo i szybko, jest niebolesna, a skutek bezpośrednio po niej zauważyć można. Zdania BOTTINI'ego, jakoby operacja nie przedstawiała żadnych niebezpieczeństw, G. nie podziela, a to na zasadzie opisanych przypadków z zejściem śmiertelnym wskutek krwotoku, zakażenia, ropni gruczołu krokowego i t. p. Bywają przypadki, w których rękoczyn BOTTINI'ego zawodzi a skutek następuje dopiero po powtórnej operacyi. Do operacyi omawianą metodą G. radzi wybierać tylko te przypadki, w których mięsień pęcherzowy nie stracił całkowicie swej sprawności. Narzędzie, używane przez BOTTINI'ego, ma tę złą stronę, że pozwala na wykonanie cięcia conajwyżej 3 ctm. długości, co niezawsze wystarcza; nadto nóż łatwo się wykrzywia podczas operacyi i nie daje się w takim razie wprowadzić

napowrót do pochwy, czyniąc nader trudnem usunięcie narzędzia z cewki. Na zakończenie przytoczył G. opis czterech przypadków, w których stosował metodę BOTTINI'ego.

W dyskusyi STANKIEWICZ wyraża zdanie, że sam przerost gruczołu krokowego nie pociąga za sobą zatrzymania moczu: potrzeba tu jeszcze zmian samego pęcherza; w większości też przypadków t. zw. prostatyzmu, obok rozrostu tkanki łącznej w gruczole krokowym spotykamy t. zw. sklerozę ścian pęcherza z zanikiem warstwy mięśniowej. Metoda BOTTINI'ego może dać dobre wyniki tylko w tych przypadkach, w których główną przeszkodę do oddawania moczu stanowi przerosły gruczoł krokowy, a raczej jego płat środkowy.

SAWICKI BRON. sądzi, że sprawa zatrzymania moczu w przypadkach przerostu gruczołu krokowego długo jeszcze pozostanie nierozstrzygniętą, niezawsze bowiem usunięcie przeszkody mechanicznej daje wyniki pomyślne. Przy obecnym stanie nauki niezawsze bywamy w stanie odpowiedzieć, jaką metodę operacyjną wybrać należy w danym przypadku.

Według NUSSBAUMA pogląd jakoby arterioskleroza odgrywała wybitną rolę w powstawaniu zatrzymania moczu, nie jest słuszny: kobiety, które równie często cierpią na miażdżycę naczyń, nie miewają w starości zatrzymania moczu.

CIECHOMSKI mówi o dobrych wynikach, jakie mu dały w przypadkach zatrzymania moczu operacje na sznurkach nasiennych i jądrze. Tego samego zdania jest SZTEYNER.

Według prof. BRODOWSKIEGO długotrwałe zatrzymanie moczu bywa spowodowane przez spazm zwieracza pęcherza.

Wiadomości bieżące.

— **Prace oryginalne w czasopismach lekarskich polskich.** *Przegląd Lekarski* № 37. M. ŚWITALSKI. Przypadek mózgowego porażenia dziecięcego (*Cerebrale Kinderlähmung*). W. ŁĘPKOWSKI. Doświadczenia nad zastosowaniem 40% formaliny, formagenu i jodoformagenu w dentystyce. [C. d.] S. DROBA. Gruźlica stawów i kości pod względem bakteryologicznym, anatomo-patologicznym i klinicznym na podstawie przypadków, operowanych w klinice chirurgicznej krakowskiej w roku szkolnym 1898/9. [C. d.] — *Kronika Lekarska*. Zeszyt 18. L. BREGMAN. O ucieczkach automatycznych. (*Fugues. Automatisme ambulatoire. Dromomania*). W. MIKŁASZEWSKI. Poglądy współczesne na istotę choroby ADDISON'a z powodu przypadku tej choroby. [C. d.] — *Medycyna*. № 37. J. FUNK. O leczeniu radykalnem wilka rozsianego (*lupus vulgaris disseminatus*) za pomocą pendzlowań czystym gwajakolem. Sz. KOSOBUDZKI. Rzadsze przypadki z praktyki szpitalnej i ambulatoryjnej. F. SACHS. 14 przypadków dławca błoniczego, leczonych za pomocą intubacji. [C. d.] K. SACIEWICZ. O czynności piciowej i zaburzeniach jej okresu wstępnego [C. d.]

DO PP. PRENUMERATORÓW.

Upraszamy o wczesne nadsyłanie przedpłaty za r. b. Pp. zaś Prenumeratorów, którzy zalegają z opłatą, upraszamy o rychłe uregulowanie rachunków.

Wydawca, D-r Jan Pruszyński.

Redaktor odpowiedzialny, D-r Wł. Gajkiewicz.

Дозволено Цензурою, Варшавы 10 Сентября 1899. Друк Ковалевського, Warszawa Mazowiecka 8

RZĄDOWO UPRAWNIONY
ZAKŁAD FABRYCZNY
WÓD MINERALNYCH SZTUCZNYCH

i specjalnie lekarskich

Odznaczony 12 medalami zasługi i dyplomem honoru
w KRAKOWIE, ul. Św. Gertrudy Nr. 4.

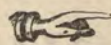
Wody mineralne sztuczne:

- Selterska**, używana w katarach oskrzeli i płuc, flaszka 16 ct.
Bilińska, używana w katarach wszelkiego rodzaju, w zaduszcze i cierpieniach przewodu pokarmowego, flaszka 15 ct.
Vichy, powszechnie znana i zalecana, flaszka duża 40 ct., mała 25 ct.
Giesshüblerska, czysta szczawa, alkaliczno-sodowa, jako napój zwykły i dyetyczny, flaszka $\frac{1}{2}$ litrowa 10 ct., $\frac{3}{4}$ litr. 14 ct.
Kissingen Rakoczy, flaszka 20 ct.
 Na wzór wody **Maryenbadzkiej**, flaszka 20 ct.

Wody specjalne lecznicze:

- Żelazista** (z pyrofosforanem żelazowym), wyborny środek w bezkrwi-
stości i blednicy, mocniejsza 25 ct., słabsza 22 ct.
Jodowa, flaszka 20 ct.
Litowa, środek w cierpieniach pęcherza moczowego i artrytyzmie,
flaszka 15 ct.
Bromowa, przeciwko słabościom nerwowym, migrenie, histeryi, epilep-
syi, bezsenności itp. używana na zlecenie lekarza, mocniejsza
28 ct., słabsza 20 ct.
Kwaśna Sodowa, na zlecenie lekarza w słabościach żołądka używana
flaszka 15 ct.
Woda Alkaliczna (*Aqua alcalina effervescens*) mocniejsza 30 ct. słabsza 20 ct.
Woda Ziemna (*Aqua calcinata*) 30 " " 20 "
Woda Magnowa (*Aqua magnesia carb.*) 30 " " 20 "

Według
przepisów.
Prof. D ra
W. Jawor-
skiego

 Przyrządzenie wód odbywa się pod kontrolą
KOMISJI LEKARSKO-PRZEMYSŁOWEJ TOW. LEKARSKIEGO.
Broszury przesyła się na żądanie franko.

K. Rząca i Chmurski,
właściciele zakładu.

Według orzeczenia Towarzystwa lekarskiego krakowskiego,
wody mineralne sztuczne tego Zakładu odpowiadają swym składem
chemicznym w zupełności wodom naturalnym.

SKŁAD
WÓD MINERALNYCH NATURALNYCH
 PRZY APTECE
FR. KARPIŃSKIEGO

w Warszawie, Elektoralna 39, telef. 600.

posiada stale na składzie wody naturalne wszystkich źródeł, tak krajowych jak i zagranicznych, oraz przetwory z takowych.

Cenniki i broszury na żądanie franco gratis. 52—38

Ekspedycja szybka i akurata.

Dostawa na wszystkie dworce dróg żelaznych

JENERALNA REPREZENTACYA

na Królestwo Polskie wód Contrexeville, Fachingen i Selters.

SKŁAD GŁÓWNY LIMFY D-ra TCHÓRZNICKIEGO.

H. Kucharzewski

GŁÓWNY SKŁAD WÓD MINERALNYCH NATURALNYCH

przy Aptece, ulica Miodowa Nr. 4.

Z tegorocznych czerpań nadeszły bezpośrednio wprost od wszystkich Europejskich źródeł jak i krajowe wody mineralne wraz z produktami leczniczymi z tychże źródeł. — Broszury, cenniki, wskazówki zachowywania się przy wodach dołączane będą na żądanie, o czym mam honor zawiadomić WW. PP. Doktorów i Szanowną Publiczność.

Telefon 274.

H. KUCHARZEWSKI, Mag. Farm.

12—13

PRACOWNIA PATOLOGICZNA

25—10

D-ra Juliana Steinhausa

przeniesioną została na ul. Wspólną Nr. 15.

Analizy mikroskopowe i bakteriologiczne guzów, wyskrobin, płwociny, krwi, nasienia, wysięków, przesięków i t. p. dla celów dyagnostyki lekarskiej.

Podręcznik Rozpoznawczo - Leczniczy

dla użytku

12—20

LEKARZY i STUDENTÓW

zestawiony przez D-rów

H. Schmidta, A. Lamhofer'a, L. Friedheim'a i S. Donat'a
 spolszczył [z 2-go wydania niemieckiego]

Dr. ALEKSANDER FRUCHTMAN.

Cena rub. 3.