

MEDYCINA.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

Warunki przedpłaty: w Warszawie rocznie rs. 6, półrocznie r s. 3. Z przesyłką pocztową, rocznie rs. 7, półrocznie rs. 3 kop. 50. **Cena numeru pojedynczego** kop. 15. **Cena ogłoszeń:** Za wiersz jednoszpaltowy drobnem pismem lub za jego miejsce kop. 10. Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracya „Medycyny”. — W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 38.

Adres Wydawcy: Jasna Nr. 6.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE. O glejaku siatkówki. Podał J. Steinhaus. (Dokończenie). — Opis ważniejszych przypadków operowanych w oddziale ginekologicznym szpitala Starozakonných w Warszawie, oraz ogólny zarys działalności tegoż oddziału w ciągu 1898—1899 roku. Podał d-r J. Rosenthal. (Ciąg dalszy). — Kilka słów o nowych źródłach Buskích. Przez d-ra Dymnickiego. — **STRESZCZENIA I WYCIĄGI.** 54. Przypadek mocznicy z drgawkami pod postacią porażenia połowicznego, zakończony śmiercią skutkiem samoistnego pęknięcia aorty do osierdzia. 55. Przyczynę do sprawy zdolności chorobotwórczej laseczników Löffler'a. 56. Uwagi o używaniu zglębniaka żołądkowego u ssawców. — Z towarzystw lekarskich zagranicznych — XXIX Zjazd chirurgów niemieckich w Berlinie. (18—21 kwietnia). Streścił d-r A. J. Goldman (Łódź). (Ciąg dalszy). — **WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.** — ZMARLI. — OGŁOSZENIA.

„MEDYCINA“

GAZETTE MÉDICALE HÉBDOMADAIRE
destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r J. Steinhaus—Du gliome de la rétine. 2) D-r J. Rosenthal—Description des cas plus importants opérés au service gynécologique de l'Hôpital Juif de Varsovie. Compte-rendu général sur l'activité du dit service pendant 1898—1899.

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

„MEDYCINA“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r J. Steinhaus—Ueber des Gliom der Retina. 2) D-r J. Rosenthal—Beschreibung der wichtigeren Operationsfälle der gynäkologischen Abtheilung des Jüdischen Krankenhauses in Warschau. Eine allgemeine Skizze der Thätigkeit dieser Abtheilung im Laufe von 1898—1899.

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

Z PRACOWNI PATOLOGICZNEJ SZPITALA ŻYDOWSKIEGO W WARSZAWIE.

O GLEJAKU SIATKÓWKI

Podał

JULIAN STEINHAUS

Zarządzający pracownią.

Rzecz odczytana i demonstrowana na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego w dniu 5 grudnia r. z.

(Dokończenie. — Zob. Nr. 18).

W naszym przypadku również ani razu nie widzieliśmy nic takiego, co możnaby uważać za przecięcie podłużne owych zagadkowych tworów. Dla wyjaśnienia kwestyi, czy istotnie mamy do czynienia z kulami — co *a priori* było najprawdopodobniejsze, postanowiliśmy dokonać konstrukcyi na podstawie badania szeregu kolejno po sobie następujących skrawków. Mogliśmy w ten sposób prześledzić jeden i ten sam płaszcz komórkowy na długim szeregu kilkudziesięciu skrawków jednakowej grubości 5 μ . i z konstrukcyi obra-

zów otrzymaliśmy wynik, że płaszcz taki składa się z kul, złożonych z komórek, układających się koncentrycznie z pozostawieniem światła w środku. Każdą kulę rozkłada mikrotom na 5 do 6 skrawków grubości 5 μ . i zgodnie z tem średnica kul, a zatem i średnica wianków komórkowych, które są wszak równikowemi przecięciami tych kul, wynosi, jak już wyżej podaliśmy, 25—30 μ . Przy takim rozkładaniu kuli na szereg skrawków, skrawki, przechodzące w okolicy bieguna, w ścianie kuli, przedstawiały się jako okrągłe grupy komórek, skrawki zaś przyrównikowe, nb. największe, jako wianki komórkowe. Jeśli skrawek zajmował część kuli w przejściu od ściany jej do światła centralnego, kontury światła przebijały przez odkrawek ciał komórek.

Przekonaliśmy się w ten sposób, że najmłodsze płaszczki komórkowe wyłącznie z takich kul z światłem w środku się składają.

W obwodowych częściach płaszczki kule są zupełnie prawidłowe, zaś przy naczyńiach centralnych ma miejsce często pewne zniekształcenie, spłaszczenie kul w tej części ich, która przylega do ściany naczynia; komórki w tej części kuli są też walcowate, a nie stożkowate, a przekrój światła półkolisty, a nie kolisty.

W zgodzie z tem stoją obserwacje autorów, którzy zaznaczają od dawna walcowaty kształt komórek glejaka siatkówki, przylegających do ścian naczyń⁶⁾, jak również wzmianka WINTERSTEINER'a, że niekiedy twory kwestyonowane wydawały mu się półkulistemi.

Przekroje starszych płaszczków z poczynającą się nekrozą obwodowych części składały się tak samo z okrągłych, różnej wielkości (do 30 μ . w średnicy) grup komórek; wianki były tu mniej stałem, niekiedy nawet stosunkowo rzadkiem zjawiskiem. Konstrukcja z szeregu kolejno po sobie idących skrawków wykazała, że i tutaj okrągłe grupy komórek były przekrojami kul, mniej może prawidłowych, niż poprzednio opisane, ale zawsze jeszcze wyraźnie rozpoznawalnych. Część tych kul posiadała jeszcze światło, podczas kiedy inne lub nawet większość, a niekiedy nawet prawie wszystkie światła nie posiadały, w całości z masy komórek się składały.

Jeżeli w najmłodszych płaszczkach, złożonych wyłącznie z kul ze światłem w środku, figury karyokinetyczne są widoczne, nawet dość liczne, to w starszych płaszczkach, gdzie kule pełne zaczynają przeważać, ilość mitoz jest wprost zdumiewająca. Położenie osi karyokinetycznej w komórkach kul, posiadających światło centralne, jest prawie zawsze jednakowe, mianowicie długa oś komórki stanowi jednocześnie oś mitozy. W kulach pełnych żadnej prawidłowości w osiach podziału zauważyć nie można. Na położenie osi karyokinezy nacisk kładę dla tego, że ono może nam dać pojęcie o wzajemnem położeniu produktów podziału — młodych komórek. Przy osi równoległej do długiej osi komórki młode komórki leżą jedna na drugiej, nie jedna obok drugiej. W zgodzie z tem stoi fakt, że po za pewną wielkość kule ze światłem, a na przekrojach równikowych wianki komórkowe nie wychodzą; młode komórki, powstające wskutek mitozy, nie układają się więc jedna obok drugiej, inaczej średnica wianków musiałaby ustawicznie wzrastać. Układanie się zaś młodych komórek jedna nad drugą może doprowadzić tylko albo do wystąpienia z szeregu i wejścia do światła komórek, przylegających do

⁶⁾ Porównaj u AXENFELD'a „Netzhautgeschwülste“ w „Ergebnisse der allg. Patholog. u. pathol. Anatomie“ LUBARSCHE'a i OSTERTAG'a. Rocznik 3 (1896) połowa 2. Str. 672. Wiesbaden. 1898.

światła, albo też do wyjścia z szeregu komórek, leżących na obwodzie, i oddzielenia się ich od kuli.

Że pierwsze ma miejsce, tego dowody mamy w zjawianiu się kul bez światła, t. j. z światłem, wypełnionem komórkami. Co do ostatniego, to napotykanie pomiędzy kulami pojedyncze komórki lub grupy bez określonego kształtu, z nich złożone, zdają się przemawiać za tem, że takie oddzielanie się komórek od kul ma istotnie miejsce. Ponieważ w takich komórkach również zjawiają się mitozy, przypuszczać należy, że rozmnażanie się tych komórek doprowadzić może do powstawania nowych kul komórkowych. Tworzenie się nowych płaszców okołonaczyniowych, wyłącznie z kul takich złożonych, trudnoby było bez tego objaśnić.

W najstarszych częściach nowotworu, gdzie płaszcze komórkowe otoczone były szerokimi pasami z mas nekrotycznych, obraz mikroskopowy był już inny. Wianki komórkowe stanowiły niezwykłą rzadkość; w niektórych tylko płaszcach można było odróżnić okrągłe grupy komórek, stanowiące przecięcia kul, ale i tutaj już kontury grup były nieprawidłowe i pojedyncze grupy, częściowo przynajmniej, zlewały się ze sobą. Większość zaś tych płaszców składała się z masy leżących obok siebie komórek bez żadnego charakterystycznego układu — zwykły obraz glejaka siatkówki, jaki do niedawna wyłącznie opisywano ⁷⁾.

Dla uzupełnienia obrazu dodać jeszcze winienem, że komórek zwojowych — o ile one bez stosowania metod specjalnych mogą być w glejakach rozpoznane — w naszym nowotworze było wogóle niewiele; te, któreśmy dostrzegli, były nieprawidłowo rozsiane wśród komórek nowotworowych.

Posiadając w swoich zbiorach 7 gałek ocznych z glejakami, sporządziłem z nich nowe szeregi cieniutkich skrawków, by na nich odszukać te obrazy, które w wyżej opisanym nowotworze tak mnie uderzyły, choć wielkiej nadziei odnalezienia ich nie miałem, ponieważ we wszystkich moich przypadkach sprawa była daleko posunięta, cała gałka była wypełniona glejakiem, a tkanki jej (naczyniówka, ciało rzęskowe i t. d.) nowotworowo nacieczone.

Istotnie też, wszędzie znajdowałem tylko obrazy zwykłe; zaledwie w dwóch glejakach — względnie najmłodszych — niektóre płaszcze okołonaczyniowe w części jeszcze złożone były z kul komórkowych; wianków komórkowych zaś znalazłem tylko kilka w jednym z tych dwóch glejaków.

Z badaczy, którzy przedemną widzieli owe wianki komórkowe, szczególnie na nie kładzie nacisk WINTERSTEINER w swojej monografii; uważa on je za komórki neuroepitelialne. Widział on je w 11 ze swoich przypadków (a badał w tym kierunku 26 glejaków); w jednym z nich, w poczynającym się guziczku, były one niezwykle liczne. Nadto spostrzegał je w siatkówce dwóch mikroftalmicznych gałek, a SALZMANN ⁸⁾ — w galce z garbcem tylnym w dół zwróconym, który również za wadę rozwojową uważać należy, a wszak kliniczna obserwacja wykazała niewątpliwy wpływ wrodzonych wad na powstawanie glejaka siatkówki. Na podstawie tych spostrzeżeń wywodzi WINTERSTEINER glejaki siatkówki z atypowego rozrostu niezużytych przy tworzeniu się siatkówki zarodkowych neuroepitelialnych komórek.

⁷⁾ Obrazów, otrzymywanych przy stosowaniu specjalnych metod, uwidoczniających budowę neuroglii i komórek zwojowych, nie bierzemy tu w rachubę, mówimy tylko o badaniach, dokonywanych przy pomocy ogólnych metod histologicznych.

⁸⁾ SALZMANN. Archiv f. Ophthalmologie. Tom 39. 1894.

Niestalość pojawiania się wianków komórkowych objaśnia sobie WINTERSTEINER tem, że wianki są najwyższym szczeblem rozwoju tych zarodkowych neuroepiteliów, szczeblem, którego nie zawsze osiągają. Obecność neuroglii uważa WINTERSTEINER za domieszkę bez znaczenia. Poglądy te stoją w sprzeczności z zapatrywaniami GREIFF'a⁹⁾, dla którego rozstrzygające znaczenie ma wykazana w glejakach siatkówki znaczna ilość neuroglii, której rozrost według niego stanowi istotę nowotworu.

AXENFELD¹⁰⁾ godzi te sprzeczności w ten sposób, że, uważając za punkt wyjścia nowotworu zarodkowe „*neuroepithelium*“, z dalszego rozrostu tegoż wyprowadza zarówno „*neuroepithelialne*“ komórki nowotworu, jak i neuroglię i komórki zwojowe, z których guz ostatecznie się składa, bo wszak z „*neuroepithelium*“ powstają wszystkie nerwowe elementy siatkówki. Wyniki naszych badań każą nam skłonić się ku poglądom AXENFELD'a, zmuszając nas wszakże do pewnego zmodyfikowania ich.

Sądzimy mianowicie, że w początkowych okresach rozwoju nowotworu z *neuroepithelium* tworzą się opisane kule z światłem w środku — w młodych glejakach stanowią one cały miąższ nowotworu, jeszcze zupełnie nabłonkowy. Później, kiedy komórki zatracają swój nabłonkowy charakter, nowotwór przekształca się w właściwego glejaka przez przeobrażanie się komórek nabłonkowych — tak samo jak w rozwoju zarodkowym — w komórki neuroglii. Część wszakże komórek może długo lub nawet do końca zachować swój charakter nabłonkowy, i wtedy wśród prawdziwego glejaka znajdują się jeszcze wianki nabłonkowe; część zaś może, wreszcie, przeobrazić się nie w komórki neuroglii, lecz w komórki zwojowe — stąd obecność komórek zwojowych w glejaku. Zatraciwszy swój nabłonkowy charakter, nowotwór rośnie dalej już wyłącznie jako glejak. Dalsze badania, na odpowiednim materiale dokonane, być może, pozwolą lepiej ugruntować powyższe poglądy i wyjaśnić zagadkowy kształt kulisty, jaki przybierają grupy komórek „*neuroepithelium*“ przy tworzeniu się glejaka.

Opis ważniejszych przypadków, operowanych w oddziale ginekologicznym szpitala Starozakonnych w Warszawie,

oraz ogólny zarys działalności tegoż oddziału w ciągu 1898 — 1899 roku.

Podał

D-r JAKÓB ROSENTHAL.

Starszy ordynator, zawiadujący oddziałem.

(Ciąg dalszy. — Zob. Nr. 18).

b) Wycięcie macicy nadpochwowe przez cięcie brzuszne (*Coeliohysterectomia s. amputatio uteri supravaginalis*).

1) S. z Łomży, lat 24 licząca; przypadek ten opisany został w „Gazecie Lekarskiej“ 1898 r. Nr. 30 i w „Monatsschrift für Geburtshilfe u. Gynäkologie“ T. VIII pod tytułem: „Przypadek krwisteku śródmacicznego w rogu prawym macicy dwurożnej. Wycięcie nadpochwowe macicy, wyzdrowienie“.

⁹⁾ GREIFF. Bau und Wesen des Glioma Retinae. Deutsche med. Wochenschr. 1896. Nr. 21.

¹⁰⁾ AXENFELD. Loc. cit. Str. 675.

2) E. G. M. (N. K. G. 2393) z miasteczka Łunna, Grodzieńskiej gub., zamężna, lat 34 licząca. Miesiączkuje od 14 roku życia co 4 tygodnie po 6 dni. Rodziła 5 razy, ostatnio przed 7 laty. Od trzech lat regularność bywa bardzo obfita, nieprawidłowa, tak iż prawie wciąż bywa krwawienie. Wstąpiła do szpitala d. 19. VII. 1898. Osobnik bladej, wyniszczony; przy badaniu znajdujemy macicę znacznie powiększoną, twardą. W przedniej ścianie jej guz wielkości głowy noworodka. Rozpoznanie: *Fibromyoma interstitiale in pariete anteriore uteri*. Dnia 27. VII. 98. *Coeliohysterectomy methodo Chrobaki*. Siódmego dnia zdjęto szwy brzuszne: rychłozrost. Okres zdrowienia skomplikowany był wystąpieniem 10 dnia po operacji zapalenia płuc, którego przebieg był prawidłowy, tak iż chora w d. 17. VIII. 98, t. j. w trzy tygodnie po operacji zdrową szpital opuściła.

a) **Wyłuszczenie włókniaków z macicy przez cięcie brzuszne**
(*Coeliomyotomia s. Enucleatio fibromyomatis per coeliotomiam*).

1) S. Ch. (N. K. G. 2978) z m. Łukowa, gub. Siedleckiej, lat 40 licząca. Miesiączkuje od 13 r. życia co 4 tygodnie przez 7 dni. Zamężna 23 lata, nie rodziła i nie roniła. W ostatnich trzech latach uczuwa ciągle bóle w dolnej części brzucha i utrudnienie w oddawaniu moczu. Wstąpiła do oddziału dnia 23. VI. 98. Przy zewnętrznym badaniu znajdujemy w brzuchu za spojeniem łonowym twarde, okrągły guz. Przy badaniu wewnętrznym wyczuwamy niewyraźnie macicę, nad dnem której siedzi guz jeden wielkości pięści, a obok drugi mniejszy, oddzielone od macicy płytką bródzą. W sklepieniu przednim w okolicy szyi wyczuwa się również guz wielkości gołębiego jajka. Rozpoznanie: *Fibromyomata subserosa uteri*. D. I. VII. 98. *Coeliomyotomia methodo Martini*. Po przecięciu ścian brzusznych znaleziono na dnie macicy usadowione dwa guzy, wielkości powyżej podanej, które, po nacięciu pokrywającej je otrzewny, wyłuszczone. Trzy małe włókniaki wielkości grochu na przedniej ścianie macicy i włókniak wielkości jaja gołębiego na szyi w ten sam sposób wydalono. Krwawienie bardzo małe; łożyska pozostałe po wyłuszczeniu zaszyto katgutem i pokryto otrzewną. Ranę brzuszną zaszyto szwem KERRER'owskim a otrzewną osobno zaszyto katgutem. Okres zdrowienia przebiegł gładko; po zdjęciu 7-go dnia szwów brzusznych, rychłozrost na całej przestrzeni rany, i chora wypisała się zdrową w dniu 26. VII. 98, t. j. w 3 $\frac{1}{2}$ tygodnia po operacji.

2) R. J. (N. K. G. 4740) z Warszawy, lat 40 licząca, rozwódka, miesiączkuje od 15 roku życia co 4 tygodnie przez 3—4 dni. Osobnik to znany bezwątpienia wszystkim neurologom warszawskim z powodu t. zw. *hysteriasis magna*, na którą cierpi od czasu pojawienia się miesiączki. Nie było żadnego objawu histerycznego, począwszy od czkawki, a skończywszy na napadach epileptycznych i nagłym oniemieniu, któremu by nie podlegała. W 29 roku życia wyszła za mąż, ale już w pół roku później rozwiodła się. Nigdy w ciąży nie była. Przed 4 laty spostrzegła w dole brzucha guz bolesny, który wciąż się powiększał. Wstąpiła do oddziału w dniu 30. IX. 99. Przy badaniu znajdujemy macicę zwróconą na lewo, niepowiększoną; w sklepieniu przednim więcej na prawo wyczuwa się guz okrągły, twarde, który można unieść ku górze; nad macicą, więcej na lewo, wyczuwa się również guz mniejszy nieco, tej samej konsystencji, ruchomy. Guzy te połączone są z macicą za pomocą krótkich powrózków. Obustronne jajniki są wyczuwalne. Ruchy guzów udzielają się macicy. Rozpoznanie: *Fibromyomata subserosa uteri*. Dnia 1. X. 99.

Coeliotomia abdominalis, przy której znaleziono guz okrągły, wielkości głowy noworodka, usadowiony na cienkiej, krótkiej nóżce w prawym rogu macicy. Przy podwiązaniu nóżki, podwiązka ją przecięła, i powstał krwotok dość obfity. Podwiązano w nóżce zięjące naczynia pojedynczo i obszyto ją otrzewną. Drugi guz usadowiony był na dnie macicy, w pobliżu lewego rogu, na podobnej, jak poprzedni, nóżce. Tenże po podwiązaniu odcięto i pozostałość nóżki obszyto otrzewną. Jajowody i jajniki obustronne znaleziono zdrowymi. Ranę brzuszną zaszyto szwem KEHRER'owskim. Okres zdrowienia najzupełniej gładki; po zdjęciu szwów 8 dnia — rychłozrost na całej przestrzeni rany. Chora w dniu 23. X. 99 została wypisana z oddziału jako zdrowa.

d) **Wycięcie jajowodu przez cięcie brzuszne (*Coeliosalpingotomia*).**

Operacyi tej dokonałem w 14 przypadkach, a mianowicie w 5-iu przypadkach *pyosalpingis uni-et bilateralis*, w jednym przypadku *Fibromyomatis tubae* i w 8 przypadkach ciąży zewnątrzmacicznej jajowodowej. Z pomiędzy tych przypadków pozwolę sobie opisać dwa przypadki *pyosalpingis* na tle gruźliczem, ciekawe pod względem rozpoznania i operacyi, przypadek rzadki *fibromyomatis tubae*, a także przypadki ciąży zewnątrzmacicznej, zakończone śmiercią, jako dowód przekonania mego, wypowiedzianego w poprzedniej pracy mojej, „iż każdą ciążę zewnątrzmaciczną uważam za nowotwór złośliwy, który na drodze operacyjnej jak najwcześniej usunąć należy“.

1) Ch. W. (N. K. G. 2320) z m. Żychlina, lat 22 licząca, miesiączkuje od 14 roku życia, co 4 tygodnie przez 4—6 dni. Za mężem 10 miesięcy; w 3 miesiące po zamążpójściu pojawiły się upławy gryzące, żółto-zielone, i poczęła doznawać bólu z prawej strony brzucha nad pachwiną. Ból ten w ostatnich czasach zmniejszył się, lecz pojawił się nad pachwiną lewą. Wstąpiła do szpitala 14. V. 98. Chora wychudzona w znacznym stopniu; badanie daje wynik następujący: macica w przodopochyleniu, na prawo od macicy guz wielkości pięści, ruchomy ku górze, elastyczny, po lewej zaś stronie takież guz, lecz mniejszy i nieruchomy. Odpływy z pochwy ropiaste. Rozpoznanie: *Pyosalpingis bilateralis origine gonorrhoeica*. Dnia 25. V. 98. *Coeliosalpingoovariotomia bilateralis*. Opuszczam opis operacyi bardzo utrudnionej z powodu rozmaitych zrostów z jelitami, macicą, pęcherzem, siecią i otrzewną brzuszną, a którą zakończono przy użyciu worka MIKULICZ'a. Przy zdjęciu szwów brzusznych ropienie na całej długości rany. Wytworzenie się przetoki kiszkowo-brzusznej, która samodzielnie się zagoiła. Ropienie w jamie brzusznej trwało przez 3 miesiące — pomimo to chora znacznie się poprawiła; w d. 20. VIII. 98. przystąpiono do ponownego rozszerzenia, odświeżenia i zeszywania rany brzusznej; w końcu chora jako zdrowa w d. 1. X. 98 wypisaną ze szpitala została. Pomimo znacznego ropienia, chora podczas całego okresu pooperacyjnego ani razu nie gorączkowała. Kol. STEINHAUS, zbadawszy wycięte jajowody i jajniki, znalazł: w jajowodach gruźlicę z nagromadzeniem mas serowatych w części zwapniałych i rozszerzenie jajowodów wskutek nagromadzenia się w nich ropy (wtórne ropienie przez zakażenie (Mischinfektion) streptokokami, wybitnie w jednym jajowodzie, słabo w drugim. W jajnikach również gruźlicę, więcej rozwiniętą z ropniami (streptokokowymi) w jajniku, odpowiadającym bardziej zaatakowanemu jajowodowi, słabiej rozwiniętą w drugim jajniku. Prócz tego w obu jajnikach było sporo torbieli follikularnych drobnych.

2) E. A. (N. K. G. 9495) z Warszawy, niezamężna, lat 20 licząca, miesiączkuje od 14 roku życia, co 4 tygodnie po 3 dni; nie rodziła. Przed 14 tygodniami miesiączka, której w tym czasie się spodziewała, nie zjawiała się i przetrzymała się 9 tygodni, po których (5 tygodni temu) znowu wróciła, ale bardzo skąpa. Od czasu zatrzymania się miesiączki, t. j. od 14 tygodni, uczuwa bóle w brzuchu, to silniejsze, to słabsze. Przed 8 tygodniami, jak utrzymuje, miewała zawroty głowy i zemdlala. Przybyła do szpitala dnia 12. I. 99. Osobnik blady, wyniszczony. W płucach i sercu nic nieprawidłowego nie znajdujemy. W brzuchu dużym, wypukłym wyraźne chelbotanie płynu w nim zebranego. Badanie wewnętrzne z powodu zebranego w jamie otrzewny płynu niemożliwe. Za pomocą przyrządu POTAIN'a wypuszczono 1250 grm. płynu żółto-zielonego, który dano do zbadania. Ciężar gatunkowy jego 1021, zawiera w sobie znaczną ilość tłuszczu, a zresztą skład jego odpowiada składowi wypociny. Na drugi dzień po wypuszczeniu płynu przystąpiono do zbadania wewnętrznego z wynikiem następującym: macica mała, w przodoku ochyleniu. W dole DOUGLAS'a i w obu przymaciczach wyczuwa się guz twardej, nieruchomej. Guz ten po stronie lewej jest więcej twardy, nierówny, wielkości pięści. Rozpoznanie w tym razie było dość trudne. Zawartość w płynie wypuszczonym znacznej ilości tłuszczu, jak również wysoki ciężar gatunkowy, przemawiały za obecnością torbieli jajnika; z drugiej zaś strony skład chemiczny płynu, odpowiadający składowi wypociny, wskazywał sprawę głębszą, choćby nowotworową, jak np. sprawę gruźliczą narządów płciowo-rodzajnych. Za tym ostatnim wnioskiem przemawiało także wyniszczenie chorej, przeciwko zaś niemu brak objawów gruźliczych w innych narządach, a głównie w płucach. Wątpliwość tę rozjaśnić mogła tylko operacja, do której przystąpiliśmy w dniu 20. I. 99. Po przecięciu ścian brzusznych, okazało się, że otrzewna brzuszna mocno przyrośnięta jest do guza; oddzieliwszy zrosty, znaleziono całą otrzewną zgrubiałą i w stanie zapalenia. Jelita zrósnięte między sobą tworzą jeden zwój, macica i obustronne przydatki, zlepione z sobą, tworzą drugi zwój, między tymi dwoma zwojami znajduje się wolna przestrzeń wypełniona płynem. Ze zwoju narządów płcioworodzajnych udało mi się wyłuszczyć guz z lewej strony, który przy rogu macicy podwiązano i usunięto; guz z prawej strony z powodu licznych i znacznych zrostów nie mógł być nazewnętrz wyprowadzony i usunięty. Po założeniu do jamy brzusznej worka MIKULICZA, wyprowadzonego nazewnętrz przez dolny kąt rany brzusznej, ostatnia zaszyta została trzypiętrowym szwem. Guz wyłuszczony był rozszerzonym lewym jajowodem, wypełnionym płynem ropiastym, a badanie drobnowidzowe preparatu stwierdziło sprawę gruźliczą. Okres zdrowienia skutkiem pozostałej przetoki brzusznej, przez którą wydzielina ropna wciąż się wydzielala, przeciągnął się bardzo długo, i chora została w końcu na własne żądanie wypisana ze szpitala w d. 22. VIII. 99. z małą niezagojoną przetoką, z zaleceniem przychodzenia do szpitala do opatrunku. Tymczasem wydzielina ropiasta zwiększać się zaczęła, i chorą ponownie przyjąłem po trzech tygodniach do oddziału, gdzie zrobiono rozszerzenie przetoki cięciami głębokimi, z których jedno dochodziło do okolicy nerkowej lewej; w okolicy tej zrobiono kontraperturę skórną, przez którą przeprowadzono dren z gazy jodoformowej. Chora ta do połowy miesiąca lutego r. b. pozostawała w zakładzie — stan jej ogólny był doskonały, lecz przetoka bardzo powoli się goiła; w końcu zupełnie uległa zamknięciu, i pacjentkę zdrową z oddziału wypisano.

3) S. L. (N. K. G. 3241) z m. Biały, lat 23 licząca. Miesiączkuje od 16 roku życia co 4 tygodnie przez 7—8 dni. Zameżna 7 rok, rodziła dwa razy, ostatnio przed trzema laty. Od roku uczuwa ból nad pachwiną prawą, często powtarzający się, i wypukłość w tem miejscu. Wstąpiła do oddziału d. 9. VII. 98. Przy badaniu znaleziono macicę w przedopochyleniu, a w przymaciczu prawem ruchomy, twardy guz, wielkości głowy jednorocznego dziecka, łączący się za pomocą powrózka z prawym rogiem macicy. Rozpoznanie: *Neoplasma ovarii dextri*. Dnia 11. VII. 99. przystąpiłem do operacji i znalazłem jajnik prawy prawidłowy, miejscem zaś siedliska guza był jajowód. Tenże po podwiązaniu wraz z guzem usunięty został. Dokonano więc: *Coeliosalpingotomiam dextram*. Okres zdrowienia zupełnie gładki i chora w 15 dni po operacji, t. j. dnia 26. VII. 99. zakład opuściła. Kol. STEINHAUS dokonał łaskawie badania drobnowidzowego i dał relację następującą: „przesłany do zbadania guz, wyłuszczoney u chorej S. L., okazał się *fibromyosarcoma* jajowodu. Jama środkowa nowotworu pokryta stożkowatym nabłonkiem migawkowym bez gruczołów (tuba), komunikacji jednak pomiędzy jamą środkową nowotworu a światłem trąbki znaleźć nie można“.

(C. d. n.).

KILKA SŁÓW O NOWYCH ZDROJACH BUSKICH

**z dodatkiem liczb z 42-go Sprawozdania o chorych, leczonych w Busku
w czasie pory kąpielowej 1899 r.**

Przez

lekarza zdrojowego D-ra DYMNICKIEGO.

W Nr. 15-tym „Medycyny“ z r. b. podał kol. MAJKOWSKI „Wyniki badania nowych źródeł wody mineralnej buskiej, dopełnionego przez inżyniera górniczego GERVAIS w r. 1896-tym“.

W zamiarze dopełnienia tych wiadomości dodać muszę, że obecnie posiada Zakład zdrojowy buski oprócz 4-ech zdrojów, przez kol. MAJKOWSKIEGO wymienionych, jeszcze dwa inne: Nr. V i VI.

Roboty świdrowe w zamiarze przysporzenia ilości wody mineralnej rozpoczęto w bliskości gmachu kąpielowego jeszcze w czasie sezonu ubiegłego, które jesienią ukończono. Zabieg ten hojnie się opłacił, nie tylko ilością, ale też i jakością wody.

Przytaczam tutaj ważniejsze dane, zdrojów tych dotyczące:

	Ciśnienie w stopach	Ciepłota	Ciężar właściwy	Przypływ dzienny w litrach	Siarkowodór w cent. kub.	Chlorek sodu
Nr. V	11,33	11,8° C.	1,010	28020	47,00	6,20
Nr. VI	15,00	11,8° C.	1,008	74052	44,50	0,06

Na podstawie tych danych możnaby dosyć prawdopodobnie twierdzić, że zapas wody mineralnej wystarczy obecnie na wygórowane nawet potrzeby sezonowe.

Zdroje Nr. I, II, III i IV winny według GERVAIS'go dziennie 358041 litrów dostarczać, V i VI zaś 102072, razem więc dziennie 460113 litrów. Ta ilość wody łatwo wystarczyć powinna przeszło na 1900 kąpeli dziennie, licząc nawet po 240 litrów na jedną kąpiel, nie uwzględniając nawet przyływu Rotundy, który także około 72000 litrów dziennie wynosić ma.

Najwyższa liczba kąpeli, które dotąd w najludniejszych sezonach dziennie wydawano, wynosiła 800; obecnie więc dojszby ona mogła do 1000.

Sztuczne źródła artezyjskie odznaczają się zwykle wielką niestałością co do ilości wody, i dlatego nie można nigdy na pewno liczyć na przyływ z góry obrachowany, co nam zeszloroczny sezon, podczas którego źródło Nr. I przyływ swój do *minimum*, a Nr. II prawie do połowy obniżył, dobitnie wskazał. Ale nawet i w podobnym przypadku nie powinno w zbliżającym się sezonie wody kąpielowej zabraknąć, ponieważ po całkowitem nawet wyłączeniu źródeł Nr. I i II pozostaje jeszcze 253951 litrów dziennego zapasu, co także na przeszło 1000 kąpeli wystarczyć powinno bez pomocy Rotundy.

Zarząd zakładu kąpielowego, nauczony doświadczeniem o niestałości przyływu źródeł, dokonał innych jeszcze robót, powiększenie ilości wody na celu mających. W tym zamiarze pogłębiono zbiornik, z którym wszystkie źródła się łączą, o dwa sażenie i odpowiednio temu obniżono rury, wodę do zbiornika doprowadzające. Ten ostatni zabieg ma na celu zmniejszenie oporu, działającego od zewnątrz na ciśnienie odśrodkowe w źródłach, co niezawodnie wpływ dobroczynny na przyływ wyrzeć powinno; pogłębiony zaś zbiornik pomieści znacznie większą ilość wody, co znowu przerwom w czasie wydawania kąpeli zapobiedz może.

Zarząd zakładu wykonał więc wszystko, co na razie możebne było, aby sobie potrzebną ilość wody mineralnej w czasie sezonu zapewnić, nie zrzekając się jednak i innych jeszcze zabiegów, gdyby się te w przyszłości jako nieodzowne okazały, a do których głównie zbiorniki zapasowe należą.

Co do mnie, to na mocy długoletniego doświadczenia wygłosić mogę, że w zbliżającym się sezonie nie zawiodą nas nasze źródła. Pochodzenie źródeł buskich jest miejscowe. Całkowitą ilość naszej słono-siarczanej wody zawdzięczamy miejscowym opadom, a ciśnienie, bez którego źródła artezyjskie istnieć nie mogą, zależne jest nie tylko od wzniesień, dolinę źródeł otaczających (jak u nas: buskie i zbudowickie), ale też także i od ilości opadów. Co do tych zaś, to przeważne znaczenie mają w tym względzie opady jesienne i zimowe, wiosenne bowiem i letnie, parując z przyspieszoną szybkością, nie mogą zbyt obficie źródeł zasilać. Na tej podstawie wnioskuje więc, że nader obfite opady ostatniej jesieni i zimy zasilą też obficie i źródła nasze, które się wskutek skąpych opadów jesiennych i zimowych w latach 1896, 97 i 98 nieco już wyczerpały.

Dwa świeżo zdobyte źródła wyróżniają się obfitością siarkowodoru (47,00 — 44,50) i skąpością chlorku sodu (6,20 — 0,06 ctm. kub. w litrze wody). Z dawniejszych zawiera największą ilość siarkowodoru Nr. II (25,63) wobec 10,4214 chlorku sodu.

Tak znaczna więc zwyżka co do siarkowodoru w Nr. V, jak też i zniżka chlorku sodu w Nr. VI wzbudzić musi mimowoli pewną krytykę ilościowego dochodzenia. Wątpię, aby miejscowość nowych źródeł, o kilkadziesiąt zaledwie sążni od źródeł dawniejszych odległa, mogła tak ważny wpływ

na ilość omawianych tutaj składników wyrzecz, chociaż znowu obfitość przy-
pływu Nr. VI stosunkowo do Nr. V. mogłaby rzecz tę, zwłaszcza co do ilo-
ści chlorku sodu, większem rozwodnieniem poniekąd wyjaśnić.

Podczas sezonu 1899 roku udzielałem rady lekarskiej wogóle 489
chorym.

Z tych było zółzowych 34, z których się 20 uleczyło, 11 polepszenia do-
znało, a 3 bez ulgi pozostało.

Z chorobami skórnymi leczyło się 14, z tych uleczyło się 7, doznało po-
lepszenia 6, bez ulgi 1.

Na gościec i dnę cierpiało 139 chorych. Tutaj zanotowałem 72 uleczenia,
49 polepszeń, bez ulgi pozostało 5, w 12 stu przypadkach wynik leczenia po-
został dla mnie niewiadomym, w jednym było zejście śmiertelne (*ex appendi-
cudite acutissima*) u 75-cio letniej kobiety.

Chorób nerwów było 36 przypadków, z tych 9 zaliczono do uleczonych,
21 do polepszonych, 4 pozostało bez ulgi, w 2 wynik leczenia niewiadomy.

Z przewlekłemi zapaleniami było 24 chorych, z których się 7 uleczyło,
15 polepszenia doznało, bez ulgi 1 i wynik niewiadomy 1.

Chorych na przymiot leczyło się 242, z tych uleczyło się 174, doznało
polepszenia 46, bez ulgi pozostało 10, w 12-stu przypadkach pozostał wynik
leczenia niewiadomym.

Z 489 chorych uleczyło się więc 289, doznało polepszenia 148, pozostało
bez ulgi 24, wynik leczenia niewiadomy w 27-miu przypadkach, 1 przypadek
śmierci.

O ulepszeniach w Zakładzie kąpielowym nic osobliwego w tym roku
donieść nie mogę. Napomknąć chyba tylko możnaby o przyobiecane-
m umebłowaniu łazienek. Budynek do kąpeli mułowych nie będzie jeszcze
w tym roku czynny. Z ulepszeniami w Zakładzie pójdzie obecnie nieco tru-
dniej, ponieważ ministerjum dóbr, usuwając swą pomoc, potrzebne na to
wydatki tylko do dochodów z zakładu ograniczyło.

STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

54. M. BARTH. **Przypadek mocznicy z drgawkami pod postacią porażenia po-
łowicznego, zakończony śmiercią skutkiem samoistnego pęknięcia aorty do osierdzia.**
49-letni robotnik przyniesiony został do szpitala dnia 8 listopada rano w stanie
nieprzytomnym. Od towarzyszków jego pracy dowiedziano się, że przybył rano
do roboty zupełnie zdrowym, po godzinie zaś zrobiło mu się niedobrze, usiadł
i wkrótce stracił przytomność. Od żony chorego dowiedziano się, że był on za-
wsze zdrow, pił nie więcej, jak zwykle towarzysze jego profesyi, i przed wyjściem
do roboty na nic się nie skarżył.

Przy badaniu chorego w godzinę po przybyciu do szpitala, znaleziono co
następuje: twarz blado-żółtawa, budowa silna, mięśnie umiarkowanie rozwinięte,
nigdzie na skórze nie widać wysypki, ani blizny. Chory nieprzytomny; głowa
silnie zwrócona w stronę prawego ramienia; gałki oczne skierowane na prawo,
żrenice równe, nieco zwężone, mało ruchome, powieki skurczone.

Cała lewa połowa ciała, nie wyłączając twarzy, zupełnie bezwładna; członki porażone w stanie skurczu, mięśnie karku i szyi skurczone.

Stwierdzono zupełne znieczulenie skóry lewej strony, gdy po prawej stronie uszczyknięcie wywołuje żywe ruchy ręki i nogi.

Od czasu do czasu bez wyraźnej przyczyny lub pod wpływem nieznacznego podrażnienia (ukłucie, uszczyknięcie) skurcz się zwiększa, jak również skręcenie głowy, oddech staje się utrudnionym, chrapliwym, słowem powstaje lekki napad padaczkowy. Napad trwa kilka chwil, poczem następuje przerwa, oddechanie się zwalnia, tętno jest twarde, napięte i bardzo powolne, wynosi zaledwie 40 na minutę; ciepłota ciała w odbytnicy nie przechodzi 35,5°.

Chory podczas rozbierania oddał mocz pod siebie, a zebrany okazał się przezroczystym, bladym bez osadu, zawierał znaczną ilość białka.

W sercu wykryto lekki szmer galopujący u wierzchołka i wzmożenie drugiego tonu aorty. W dolnych częściach płuc objawy przekrwienia. Brzuch nie wzdęty, twarde na dotyk; stępienie wątroby jest powiększone i wynosi 15 do 16 cm. na linii sutkowej.

Asystent oddziału, który widział chorego po przyniesieniu go do szpitala, rozpoznał wylew krwi do mózgu; w pierwszej chwili nie był daleki i sam autor od potwierdzenia takiego rozpoznania: lewostronne zupełne porażenie, połączone ze skurczem członków porażonych, skręcenie głowy i gałek ocznych w przeciwną porażeniu stronę, drgawki padaczkowe w porażonych członkach, niżenie ciepłoty ciała po napadzie, stan zapaści, wszystko to zgadzało się z myślą o wylewie krwi do mózgu. Przypadek taki nie stanowi rzadkości u 49-letniego człowieka, nadużywającego prawdopodobnie napojów wyskokowych i przedstawiającego wyraźne oznaki stwardnienia tętnic.

Lecz zanim się autor zdecydował na powyższe rozpoznanie, zadał sobie pytanie, czy nie należy próbować tłomaczyć sobie w inny sposób tego przypadku.

Wiadomo, że obok wylewu krwi do mózgu i innych zmian ogniskowych mózgowia, istnieje cała serya stanów chorobowych, które mogą, wprawdzie wyjątkowo, wywołać zbiór objawów, jakie mamy przed sobą. Stany te, które łączono dawniej pod wspólną nazwą uderzeń do głowy, dotyczą prawdziwej padaczki, stwardnienia ośrodków nerwowych, różnych postaci rzucawki, a zatem cierpień drgawkowych, których źródłem są otrucia (ołowiem, wyskokiem i t. p.) lub samozatrucia, a wśród tych najczęściej mocznica.

Jaki z tych stanów możnaby przyjąć w naszym przypadku? Wywiady i pewne towarzyszące objawy (zniżenie ciepłoty ciała) na pewno nie pozwalają na przyjęcie padaczki prawdziwej, ani też stwardnienia tętnic lub ogólnego porażenia mózgowego. Pozostają napady padaczkowe pochodzenia toksycznego. Z otruciem ołowianem na pewno nie mamy do czynienia, a dla otrucia wyskokowego brak nam również pewnych danych. Lecz za to inne przypuszczenie jest wielce prawdopodobne i wypływa z zachowania się moczu. Już wyżej podaliśmy, że oddany przez chorego bezwiednie mocz był obfity, blade, przezroczysty i zawierał dużo białka. Są to cechy właściwe dla przewlekłego zapalenia nerek. Te wyniki badania moczu obok objawów ze strony narządów krążenia — przerostu serca, szmeru galopującego, zwiększonego ciśnienia tętniczego, obrzmienia wątroby i t. p., czynią prawdopodobnem rozpoznanie ogólnego stwardnienia tętnic z towarzyszącym mu zapaleniem nerek, a wiadomo, że, jeżeli w tem cierpieniu wylew krwi do mózgu nie jest rzadkością, mocznica w postaci drgawek i śpiączki (*coma*), udar surowiczy, jak go dawniej nazywano, jest o wiele częstsza.

Szczegółowa analiza objawów w niczem nie przeszkadza temu rozpoznaniu; mocznica u chorego na przewlekłe zapalenie nerek często rozpoczyna się nagle niespodzianie, wśród pozornie najlepszego zdrowia; objawów właściwych dla zapalenia nerek (ból głowy, zaburzenia wzrokowe, bicie serca, lekki obrzęk powiek i stóp) może brakować lub mogą ująć uwagę. W podobnych przypadkach (jak to miało miejsce i w naszym) chory zapada nagle, traci przytomność i wpada w stan stopniowo rozwijającej się śpiączki (*coma*), często dołączają się drgawki z następczem porażeniem lub bez niego.

Przypadłości te mogą sprowadzić szybko śmierć, mogą też ustąpić chwilowo zupełnie same przez się lub pod wpływem odpowiedniego leczenia.

Na mocy powźszego rozumowania autor skłonny był do przypuszczenia, że ma do czynienia z mocnicą w połączeniu z drgawkami i z następczem połowicznem porażeniem i z tego powodu zastosował odpowiednie w takich razach środki: 6 pijawek za każdym uchem, lawatywę wypróżniającą i wdychania tlenu. Na pomyślny wynik nie długo trzeba było czekać; wkrótce napady drgawek ustały, śpiączka stopniowo się zmniejszyła, a w kilka godzin chory odzyskał przytomność. Wieczorem chory swobodnie rozmawia; pije bez trudności wodę; ciepłota ciała podniosła się do 38°.

Na drugi dzień rano chory przytomny; porażenie i skurcz mięśni w zupełności ustąpiły; ciepłota ciała 37,8°, tętno 72, oddech spokojny; mocz mniej obfity, ciemniejszy, zawiera mniej białka.

Taka zmiana w stanie chorego w zupełności usprawiedliwiała wątpliwość autora, dotyczącą pierwotnego rozpoznania udaru mózgowego i upoważniała do dalszego w rozpoczętym kierunku postępowania leczniczego. Zalecono też lek czyszczący, dyetę mleczną i za napój wodę Vichy.

Wieczorem tego dnia chory czuje się mniej dobrze, przytomność nieco zamącona, ciepłota ciała tylko 37°. Nazajutrz rano chory senny, niezupełnie przytomny; ciepłota ciała 38°, język lekko podsychający, wątroba duża, cera żółtawa; mocz skąpy, zawiera ciągle białko. Obawa nowego napadu drgawek zupełnie usprawiedliwiona, i z tego powodu przepisano kofeinę i lawatywę z litra wody słonej.

Zaledwo autor oddalił się od łóżka, chory stał się niespokojnym, stracił przytomność, nastąpił nowy napad drgawek. Przywołany asystent oddziału znalazł chorego bardzo bladym, tętno powolne i drobne, uderzenie wierzchołkowe serca niewymagalne, przy wysłuchiwaniu tony serca bardzo słabe, ledwie słyszalne. Zanim zdołano podać choremu jakiś lek, nastąpiła nagle śmierć skutkiem zapaści (*syncope*).

Ta nagła śmierć była zupełną niespodzianką, gdyż nie w ten sposób kończy się napad mocznicy, szczególnie w postaciach ostrych, które zwykle sprowadzają śmierć skutkiem obrzęku płuc i zaduszenia (*par asphyxie*), a nie skutkiem zapaści. Autor tak był zdziwiony tym niespodziewanym zejściem, że zaczął powątpiewać o trafności rozpoznania. Dopiero oględziny pośmiertne wyjaśniły całą sprawę i odkryły przyczynę nagłej niespodziewanej śmierci.

W mózgu nie wykryto nigdzie wylewu krwi ani też żadnej sprawy ogniskowej; jedynie stwierdzono obecność starych rozlanych zmian w oponach i w samem mózgowiu (*meningo encephaliques*), których pewien wpływ na podstawie przypadłości chorobowych nie da się zaprzeczyć. W każdym razie w nich upatrywać nie można przyczyny nagłej śmierci. Za to gdzieindziej znaleziono ją, a mianowicie w worku osierdzia, który znaleziono nadzwyczaj rozciągniętym, kulistym, o ścianach niebieskawych. Po rozcięciu nożycami znaleziono w jamie osierdzia

krw, już to płynną, już skrzepy krwi w ilości 800 gramów. Śmierć więc chorego nastąpiła skutkiem wylewu krwi do worka osierdzia, a źródłem jego okazało się rozdarcie podłużne aorty wstępującej; aorta sama na całej swej długości przedstawiała głębokie zmiany miażdżycowe. Przyczyną więc śmierci było rozerwanie zmienionej i rozszerzonej aorty, które nastąpiło podczas ostatniego napadu drgawek.

Nerki powiększone ważą: lewa 290 gramów, prawa 220 i przedstawiają wszelkie zmiany właściwe mieszanemu rozlanemu zapaleniu nerek. Wątroba i śledziona znacznie powiększone i zmienione.

Przypadek ten nastrocza autorowi kilka następujących uwag. Wobec przypadku udaru mózgowego ze wszystkimi jego objawami (drgawki, skręcenie głowy i t. p.) i z następczem porażeniem, klinicysta nie powinien spieszyć się z rozpoznaniem wylewu krwi do mózgu i uznaniem chorego za straconego, lecz przeciwnie powinien myśleć o możliwości porażenia czysto czynnościowego, zastrzedz sobie rokowanie i zastosować leczenie, odpowiadające przypuszczeniu, bardziej sprzyjającemu.

Historia naszego chorego dalej pokazuje, jak złożoną może być patogenezą napadów tak zwanych udarowych: u chorego naszego znaleziono stare zmiany w mózgu (prawdopodobnie przymiotowego pochodzenia), zmiany właściwe otruciu wysokowemu (wątroba) i mocznicy, nieunikniony wynik niedostatecznej czynności nerek i wątroby.

Nakoniec uderza w przypadku tym charakter i przebieg skryty, jaki mogą przyjąć niektóre cierpienia narządów wewnętrznych, które, rozwijając się skrycie, dosięgają najwyższego stopnia i nagle objawiają się ciężkimi przypadłościami chorobowemi. (*Semaine medic. 1899. Nr. 55*). *F. Arnstein.*

55. BLOCH i SOMMERFELD. **Przyczynek do sprawy zdolności chorobotwórczej laseczników Löffler'a.** Morfologiczne i biologiczne własności lasecznika błonicy są aż nazbyt znane, by się nad nimi obszerniej rozwodzić, wystarczy nadmienić, że istnieją dwie jego odmiany; krótkie i długie, co francuzi starali się wyzyskać w celach prognostycznych, lecz A. BAGINSKY, von SÉVÈSTRE i inni wykazali bezpodstawność takiego uogólnienia. Pomimo to i obecnie spotkać się można z przypuszczeniem, że krótkie laseczniki sprowadzają cięższą postać cierpienia i są jaadowitsze od długich, ale już sama możność przeprowadzania jednych postaci laseczników w drugie wyłącza mniemanie o różnej sile tych laseczników i o wpływie ich na natężenie sprawy chorobowej.

Na zwykłym agarze—zdaniem jednych—rozwija się lasecznik LÖFFLER'a powoli, co ma stanowić objaw różniczkowy dla laseczników błonicy rzekomej, nader bujnie na tem podłożu rozrastających się. Można jednakże spostrzedz, że i prawdziwe laseczniki często nie różnią się pod tym względem od wrzekomych. Zauważyć się godzi, że na agarze zwykłym prawie zawsze wyrasta krótki lasecznik. Najlepszą odżywką i pod względem prostoty zastosowania i pod względem łatwości rozpoznania jest surowica krwi, bez względu na to, czy miesza się ją z bulionem ocukrzonym lub nie, albo też bez bulionu się jej używa. Autorzy używali odżywki, przyrządzonej z 3 cz. surowicy krwi wołowej i 1 cz. 1% bulionu z cukrem gronowym. Stężałą odżywkę wyjaławiali trzykrotnie po 10 minutach przy 100°. Gotowe próbki, względnie płytki, wstawiali do termostatu i usuwali niezupełnie jałowe.

Zawsze też stosowali metodę barwienia NEISSER'a i, o ile hodowle surowicze nie były starsze nad dobę, otrzymywali wynik dodatni, przy hodowlach zaś starszych, metoda ta często zawodziła. Metoda ta jest bardzo ważnym środkiem po-

mocniczym do rozpoznania laseczników LÖFFLER'a i odróżnienia ich od form pokrewnych, nader podobnych, lecz nie barwiących się tą metodą.

Chorobotwórczość laseczników błonicy dla świnek morskich jest bezwarunkowa i stanowi dla nich niewątpliwy środek rozpoznawczy.

Mimo to tu i owdzie dowiadujemy się o ujemnym wyniku szczepienia zwierzętom. NEISSER w ostatniej swej pracy mówi, że widocznie zdolność chorobotwórcza laseczników LÖFFLER'a jest zgoła inna dla człowieka, niż dla świnki morskiej, i że —pomijając zależność ujemnego wyniku szczepień zwierzęcych od nieudolnie przeprowadzonego doświadczenia — widocznie zdarzają się laseczniki błonicy, jadowite dla człowieka, a dla świnek morskich nieszkodliwe. Słusznie też radzi on dla ujednostajnienia doświadczeń trzymać się pewnej stałej zasady np. zastrzykiwać hodowle bulionowe $\frac{1}{2}\%$ wagi ciała. Dawka taka jest zdaniem B. i S., wystarczająca do zabicia świnki morskiej w przeciągu 2—3 dni, czasami wystarcza mniejsza, do wyższej zaś nie potrzeba nigdy się uciekać. Inaczej zachowują się względem hodowli laseczników błonicy u króliki. Zastrzykiwania podskórne takiej ilości często u nich zawodzą, natomiast wywołuje piorunujące działanie bulion, wprowadzony przez żyłę uszną bezpośrednio do obiegu krwi. Jednakże wyniki badania pośmiertnego u nich różnią się znacznie od tychże u świnek morskich.

Zauważyć należy, że sprawność życiowa laseczników błonicy nie cierpi bezpośrednio od surowicy przeciwbłonicy, tak że osobniki, leczone surowicą swoją, noszą w sobie laseczniki, wprawdzie dla nich nieszkodliwe, lecz dla nieudopornionych niezmiernie jadowite. Pod względem praktycznym ma to spostrzeżenie doniosłe znaczenie.

Wiadomo powszechnie, że w błonicy mamy do czynienia obok laseczników swoistych z wielu innymi drobnoustrojami, niekiedy tak licznymi, że niektórzy nie lasecznikom właściwym, lecz im przypisują bezpośrednią przyczynę powstania cierpienia (BAUMGARTEN np. paciorkowcom). Najczęściej towarzyszą lasecznikom LÖFFLER'a paciorkowce, gronkowce, *pneumococcus* (FRAENKEL-WEICHELBAUM'a) *micrococcus pyogenes*, rzekomy lasecznik błonicy, lasecznik okrężnicy z pokrewnymi odmianami, *proteus*, *bacillus salivatus* (PASTEUR).

Dla badania bakteryologicznego zdejmuje się pincetą wyjałowioną lub igłą błonę, a gdzie jej niema, wydzielinę z gardzieli, przepłukuje się ją kilkakrotnie w wodzie wyjałowionej i przenosi na płytki surcwicze. Ogółem zbadano 436 przypadków lekkich, średnich i ciężkich. Okazało się, że nie było ani razu czystej hodowli lasecznika LÖFFLER'a, lecz stale mu towarzyszyły mniej lub więcej licznie inne rodzaje drobnoustrojów, wśród których przeważały paciorkowce, innymi słowy: mowy być nie mogło o „*diphthérie pure*“ francuzów z punktu widzenia bakteryologicznego. Paciorkowce były stale obecne (ropotwórcze i krótkie) w dużej ilości i zawsze zgubne dla królików. Gronkowce (żółcisty, biały i *citreus*) również stale znajdowano, a w lżejszych postaciach błonicy w przeważającej ilości. Jadowitość ich dla myszy białych i królików bywała rozmaita. *Pneumococcus* — prawie stały gość jamy ustnej — bardzo często był obecny. Dla białych myszy był przeważnie zgubny. Duży *diplococcus* — większy, choć podobny do *meningococcus* — nieszkodliwy dla świnek morskich, myszy i królików. *Sarcina (lutea, rosea, alba)* rzadko obecna, nieszkodliwa. Lasecznik okrężnicy i pokrewne mu odmiany bez wpływu na istotę cierpienia, wyjątkowo tylko zgubne dla myszy. Raz jeden wykryto *bac. pyocyaneus*.

Aby ustalić fakt przedostawania się laseczników do ustroju, spostrzeżony już przez FROSCH'a, B. i S. dokonali badań odnośnych u 20 trupów pobłonicych.

We krwi, wziętej wprost z serca, znaleźli raz czystą hodowlę lasecznika LÖFFLER'a, 3 razy oprócz niego jeszcze paciorkowce, 9 razy tylko paciorkowce, 7 razy krew była jałowa. W płucach były zawsze obecne laseczniki błonicy i paciorkowce; oprócz nich wykryli 7 razy gronkowce i 9 razy ziarniaki FRAENKEL-WEICHSELBAUM'a. Z 14 badanych śledzion — 4 były jałowe, w 4 znaleziono laseczniki LÖFFLER'a wraz z paciorkowcami, w 3 tylko paciorkowce, w 2 paciorkowce z gronkowcami, w 1 tylko gronkowce. Z 14 nerek 5 było jałowych, w 3 — laseczniki błonicy wraz z paciorkowcami, w 3 paciorkowce i w 3 ostatnie wraz z gronkowcami. W 14 wątrobach znaleziono raz laseczniki błonicy wraz z paciorkowcami, te ostatnie 4 razy, a wraz z gronkowcami 2 razy, 7 było jałowych. Z 10 pęcherzyków żółciowych były 4 jałowe, w 1 — laseczniki LÖFFLER'a, w 1 tenże wraz z paciorkowcem i w 4 paciorkowce. W gruczołach oskrzelowych i szyjowych przeważnie laseczniki błonicy wraz z paciorkowcami. Widzimy przeto, że, jakkolwiek lasecznik błonicy w gardzieli bywa zawsze w licznej otoczeniu, do narządów jednakże przedostaje się stosunkowo nie często.

Niejednokrotnie starano się wyjaśnić wzajemny wpływ współistnienia pasożytów na przebieg i natężenie choroby. Jedni przypuszczają, że paciorkowiec wpływa na większą jadowitość albo na wzmożoną zdolność do wytwarzania jadu przez lasecznik błonicy, inni, że w osłabionym pod wpływem lasecznika LÖFFLER'a ustroju łatwiej zagnieżdżają się paciorkowce, które nadają cierpieniu postać septyczną. Przedewszystkiem należałoby się przekonać, czy obrazowi klinicznemu septycznej postaci błonicy odpowiada wynik badania bakteryologicznego nalotu błonicy i krwi, wydobytej natychmiast po śmierci? Otóż z badania jedenastu odnośnych przypadków, zakończonych niepomyślnie, okazało się, że nalot stale obok laseczników błonicy zawierał i inne drobnoustroje, jak to ma miejsce i w lekkich postaciach błonicy, hodowle zaś były zawsze jadowite dla zwierząt, domieszki zaś organizowane składały się przeważnie z paciorkowców, jak to zresztą bywa i w postaciach nie septycznych. Wnosić więc należy, że badanie bakteryologiczne gardzieli nie daje podstawy do rozpoznania postaci błonicy septycznej. Lecz i badanie krwi wykazuje jasno, że paciorkowiec gra obok lasecznika błonicy bardzo poważną rolę, nic nadto, słowem, pojęcie kliniczne o septycznej postaci błonicy nie daje się na drodze badań bakteryologicznych ustalić.

Na zasadzie szeregu odnośnych badań dochodzą B. i S. do wniosku, że współdziałanie paciorkowców i laseczników błonicy wraz z wytworami ich przemiany materii wpływa znakomicie na wzmożenie jadowitości obu gatunków drobnoustrojów. Wpływ paciorkowców na ustrój nie zależy bezpośrednio od lasecznika LÖFFLER'a, lecz od jego produktów jadowitych.

(*Arch. f. Kind.* Tom 28. Zeszyt 1—2).

Kraushar.

56. O. HEUBNER. **Uwagi o używaniu zgłębnika żołądkowego u ssawców.** U ludzi dorosłych wywalczył sobie już zgłębnik prawo obywatelstwa. Wartość jego rozpoznawcza i lecznicza w chorobach żołądkowych jest znana i uznana. U ssawców ma on bardziej ograniczone pole działania, tem niemniej we wszystkich przypadkach, w których istnieje wskazanie do opróżnienia żołądka z zawartości, uległej zastoju albo rozkładowi anormalnemu, zastosowanie zgłębnika ma również doniosłe znaczenie, jak w otruciach ostrych w wieku późniejszym. Środki wymiotne, tak często uprzednio stosowane celem opróżnienia żołądka, zostały niemal zupełnie zaniechane, tem większe przeto pole otwiera się dla zabiegów mechanicznych. Dotyczy to przedewszystkiem przypadków ostrej niestrawności u ssawców—zwłaszcza sztucznie odżywianych—u których nagle zjawiają się wy-

mioty, mdłości, brak łaknienia i zapaść. Dzięki jednoczesnemu niedowładowi mięśnia żołądkowego, wskutek którego jest utrudniony odpływ uległej rozkładowi miazgi pokarmowej do kiszek, wczesne opróżnienie i przemycie żołądka może chorobę stłumić w samym zarodku. Ta metoda lecznicza jest tembardziej wskazana, że stosowanie środków czyszczących może przenieść zakażenie na przewód kiszkowy wcześniej, aniżeli zawartość jego zostanie wydalona.

Przemywać żołądek należy nie wodą czystą, lecz fizyologicznym roztworem soli kuchennej albo 0,7% roztworem *natr. carbonici*, unikając ciśnienia, większego nad 20 ctm. wody, gdyż w przeciwnym razie obawiać się można wystąpienia ostrego niedowładu żołądka, jak to był spostrzegał PFAUNDLER.

Inaczej się rzecz przedstawia w tych przypadkach, w których niestrawność ostra nie od żołądka, lecz od kiszek jest zależna (ból, zielone wypróżnienia, wiatry, niepokój). Co prawda, i tu odbywają się nienormalne sprawy w żołądku, lecz samo opróżnienie żołądka już nie może zadowolnić, gdyż *materia peccans* zdołała powędrować do kiszek. Jeszcze gorzej, gdy występują objawy toksyczne i zapalne ze strony kiszek cienkich i grubych. Rozumie się, że i w tych przypadkach oczyszczenie żołądka nie jest bez wartości, lecz nie występuje na pierwszy plan. Już *a priori* można się spodziewać, że jeszcze mniej korzystne będzie mechaniczne usuwanie zawartości żołądka w zaburzeniach przewlekłych przewodu pokarmowego, gdyż wpłynąć możemy dodatnio zaledwie na jedno ogniwo z całego łańcucha stanów chorobowych.

Autor najchętniej i najskuteczniej stosuje usuwanie zawartości z żołądka tudzież przemywanie za pomocą zgłębnika w przypadkach ostrej niestrawności. Niezłe również wyniki otrzymał przy stosowaniu tej metody w przypadkach zaburzeń przewlekłych, polegających na uporczywym braku łaknienia, wstręcie do pokarmu, wychudzeniu i wyniszczeniu. W takich razach należy codziennie albo co drugi dzień przemywać żołądek i wlewać doń nieznaczne ilości (20—30 gramów) wody Mühlbrunn, ogrzanej do 38°—40°C. Po upływie kilku tygodni łaknienie powraca i odżywianie poprawia się.

Bezskuteczne jest stosowanie zgłębnika w przypadkach wrodzonego zwężenia odźwiernika tudzież wrodzonego skurczu odźwiernika THOMSON'a.

(*Die Therapie der Gegenwart. Styczeń. 1900 r.*).

Kraushar.

Z Towarzystw lekarskich zagranicznych.

Na posiedzeniu towarzystwa lekarskiego w Królewcu HILBERT wygłosił odczyt o etiologii ostrego zapalenia migdałów. Według mówcy sprawa o pochodzeniu zakaźnym tego cierpienia dotychczas nie jest jeszcze dokładnie wyjaśniona. Można jednak powiedzieć, że udział drobnoustrojów, mianowicie łańcuszkowców, w etiologii tego cierpienia zdaje się nie ulegać wątpliwości. Badania HILBERT'a miały właśnie na celu wyjaśnienie tej spornej strony. Pod względem klinicznym zapalenie migdałów rozpada się na dwie gromady: do pierwszej należą postaci pierwotne, idiopatyczne, druga obejmuje zapalenia migdałów, spotykane przy zapaleniu błony śluzowej gardzieli w przebiegu wielu chorób zakaźnych ostrych, są to więc postaci wtórne, deuteropatyczne. Tego rodzaju zapalenia stanowią albo objaw główny, swoisty dla pewnego cierpienia, jak np. dla błonicy, albo też zjawiają się we wczesnym okresie cierpienia, jak to bywa w płonicy, odrze i t. p. Niestety, do dziś jeszcze nie znamy istotnych winowajców tych postaci zakaźnych i dla tego właśnie nie mamy prawa twierdzić, że drobnoustro-

je, znajduwane na błonie śluzowej migdałów w przebiegu tych cierpień, stanowią przyczynę choroby zasadniczej. Dla tego też HILBERT uważa za niewłaściwe utrzymywać, że łańcuszkowce wywołują zapalenie migdałów płonicze, ponieważ nic nas nie upoważnia do twierdzenia, jakoby te drobnoustroje znajdowały się w ścisłym związku przyczynowym z płonicą. Rola, którą one tu grają, jest w rzeczy samej drugorzędna, ponieważ, dzięki istnieniu sprawy zapalnej, drobnoustroje te zyskują tylko lepsze warunki do bujnego rozwoju, jednocześnie jadowitość ich wzmagą się, co prowadzi do ciężkich zaburzeń miejscowych lub ogólnych, skoro drobnoustroje zdołają przedostać się do jednego narządu lub całego ustroju. Zapalenie błony śluzowej gardzieli dawniej kładziono na karb czynników wyłącznie chemicznych lub fizycznych, podając jako przyczynę przeziębienie, obecnie posiadamy wiele spostrzeżeń, które wskazują rozprzestrzenianie się zakażenia przez przenoszenie go z jednego osobnika na drugiego. Należy uwzględnić obydwie te poglądy, dla tego też ostre idiopatyczne zapalenie migdałów może zależeć albo 1) od przeziębienia, albo 2) może być pochodzenia zakaźnego. Obydwie te postaci mogą posiadać wielce rozmaity przebieg kliniczny, w każdym bądź jednak razie w pierwszych przeważają objawy nieżytowe, w drugich zaś dają nam obraz *anginae lacunaris* lub *follicularis*. Aczkolwiek pojęcie „o przeziębieniu“ nie posiada do dziś należytego wyjaśnienia naukowego, nie ulega jednak wątpliwości, że ono może wywołać zapalenie, drobnoustroje zaś spotykane w tych razach same przez się nie posiadają żadnego znaczenia etiologicznego. Pozostają tedy jeszcze zapalenia pochodzenia zakaźnego, zależne rzekomo od łańcuszkowców, nasuwa się więc pytanie, jaką rolę grają tu wspomniane drobnoustroje. Odpowiedź, oparta na danych statystycznych, będzie nieco trudna, ponieważ łańcuszkowce spotykano często i w jamie ustnej osobników zdrowych. Tymczasem okazało się, że ten drobnoustrój, t. zw. *streptococcus brevis* różni się znacznie od łańcuszkowca ropotwórczego: pierwszy jest zupełnie niewinny; natomiast własności zakaźne drugiego są dobrze znane. HILBERT zbadał w tym kierunku 100 osobników zdrowych i u wszystkich znalazł na błonie śluzowej migdałów łańcuszkowca ropotwórczego, tego samego, którego wyhodowano w przypadkach zakaźnego zapalenia migdałów. Wprawdzie w jamie ustnej osobników zdrowych spotykano i inne drobnoustroje, jak np. lasecznika błonicy, lecz tego rodzaju przypadki są wogóle bardzo rzadkie (HILBERT na 50 przypadków nie znalazł go ani razu). To też mówca twierdzi, że nie tylko nie zostało dowiedzionem, ale jest nawet nieprawdopodobnem, ażeby łańcuszkowce lub inne jakieś drobnoustroje mogły być przyczyną zapalenia migdałów zakaźnego. Posiadają one raczej znaczenie drugorzędne, o tyle, o ile, rozwijając się obficie na błonie śluzowej, wpływają na rodzaj lub wygląd nalotu, a przedostając się do soków i tkanek ustroju mogą powodować ciężkie zaburzenia ogólne. W końcu HILBERT zwraca uwagę lekarzy praktyków na to, że w jamie ustnej stale przebywają rozmaite drobnoustroje zakaźne. W ostatnich czasach ogłoszono dużo spostrzeżeń, w których migdały stanowiły wrota i źródło ciężkich spraw zakaźnych ogólnych. W celu zapobiegania podobnym przypadkom, należy przestrzegać ludność o ważności należytego pielęgnowania jamy ustnej, w przebiegu zaś spraw zakaźnych pilnować, by chorzy możliwie często płukali usta roztworami przeciwnilnymi. Uwaga ta stosuje się w równej mierze i do chirurgów. MIKULICZ nawet zalecał noszenie maski podczas operacji, przyszłość jednak dopiero pokaże, czy w ten sposób uda się osiągnąć cel zamierzony.

K. Z.

XXIX Zjazd chirurgów niemieckich w Berlinie

(18—21 kwietnia).

Streścił

D-r Ant. J. GOLDMAN (Łódź).

(Ciąg dalszy.—Zob. Nr. 18).

Co się tyczy czynnościowych wyników zabiegu, *resp.* możliwości zatrzymywania kału po rękoczynie operacyjnym, to mówca posiłkować się musi własnym doświadczeniem klinicznym, gdyż wzmianki o tem wśród ogłoszonej statystyki nie znalazł. Ta czynnościowa strona wyniku operacyjnego ma nader ważne znaczenie dla chorego, i dla tego należy postępować z otworem odbytowym możliwie zachowawczo, jeśli nawet tylko pasek błony śluzowej jego możemy połączyć z dośrodkową częścią odbytnicy. Nie pozostawiając nigdy *anus sacralis praeternaturalis*, lecz zawsze go zamykając, mówca otrzymał z 39 przypadków w 30% zupełną możliwość zatrzymywania kału, w 60% — względną, a w 10% zupełny jej brak.

Prof. REHN (Frankfurt M.). Techniczne ulepszenia amputacji i rezekcji odbytnicy. REHN wątpi, czy na polepszenie wyników operacyjnego leczenia poprzednio omawianego cierpienia wpływa wcześniejsze jego rozpoznanie; zdaniem mówcy, przyczyny złych wyników należy tu szukać w niezupełnie odpowiadającym zadaniu sposobie wykonania rękoczynu. Kiedy KRASKE ogłosił swoją metodę, chirurdzy entuzjastycznie ją przyjęli, również prędko jednak ochłonęli powszechnie, kiedy uwydatniły się zle strony metody w stosunku do % śmiertelności po zabiegu i do czynnościowych jego wyników; doszło do tego, że pewien amerykański chirurg nawet ostrzegał świat lekarski przed wykonywaniem rękoczynu według sposobu KRASKE'go.

Od pewnego czasu niektórzy podnoszą zalety cięcia kroczonego, szczególnie zaś zaczęto je polecać od czasu badań JEROTHA'y w instytucie WALDEYER'a, dotyczących się krzyżowych i prostniczych naczyń limfatycznych. Mówca demonstruje wyniki tych badań na rysunkach i proponuje powszechne wprowadzenie do nauki nomenklatury WALDEYER'a.

Na zasadzie tych badań anatomicznych mówca dochodzi do wniosków następujących: 1) wyłuszczenie raka od strony światła prostnicy należy zupełnie zarzucić; 2) przy usuwaniu chorych części należy pozostawać zawsze nazewnątrż od powięzi; 3) wykonać rękoczyn w każdym poszczególnym przypadku należy według takiej metody, przy której a) możliwie nieznaczne uszkodzenie uprzystępnia możliwie znaczny teren, b) gojenie się i wynik czynnościowy są najlepsze i c) stwarzamy warunki możliwie zbliżone do naturalnych. Jeśli rak przechodzi poza powięź, nie należy wykonywać rękoczynu operacyjnego.

Mówca poleca metodę operacyjną, zbliżoną w istocie swej do sposobu DIERFENBACH'a.

Cięcie skórne wykonywamy wzdłuż *raphe perinealis anterior*; jeśli tu niema zrostów, nader łatwo możemy posunąć się wgląb' i zaraz na wstępie dostatecznie obznajmić się z warunkami miejscowymi. Następnie zakładamy tu tampon i przeprowadzamy cięcie tylne tuż obok kości krzyżowej; przeciąwszy zwieracze, wyłuszczamy błonę śluzową z dolnego odcinka odbytnicy i następnie na możliwie znacznej przestrzeni wykonywamy rezekcję górnego odcinka jelita. Uprzątnąwszy zajęte przez sprawę chorobową gruczoły chłonne, przecinamy pomiędzy

zaciskaczami tętnicę odbytniczą tylną, ściągamy dośrodkowy koniec jelita i przyszywamy do krocza; ranę zamykamy na możliwie znacznej przestrzeni, pozostawiając sączki od przodu i tyłu. Leczenie pooperacyjne jest znacznie prostsze, niż przy cięciu przez kość krzyżową, gdzie wydzielina rany może się zatrzymać na ścianach miednicy i musi przechodzić przez tkankę łączną i kości. U kobiet warunki są znacznie dogodniejsze, niż u mężczyzn. Jeśli wykonywamy zwykłą wysoką amputację odbytnicy, należy uprzednio przewiązać tętnicę odbytniczą tylną, gdyż inaczej wskutek zbyt silnego pociągania tętnicy odbytniczej dolnej następuje jej zagięcie pod kątem ostrym w miejscu wyjścia z tętnicy brzusznej i następuje zgorzel odbytnicy. Otrzewnę należy zaszyć na możliwie znacznej przestrzeni, aczkolwiek niekiedy jest to połączone z niebezpieczeństwem. Mówca przedstawił na zakończenie swego odczytu preparaty rozgałęzienia tętnic odbytniczych, otrzymane za pomocą nastrzykiwań.

• Prof. HOCHENEGG (Wiedeń). Sprawozdanie z dokonanych 120 operacji z powodu raka odbytnicy i ich wyniki. HOCHENEGG uważa grzbietową metodę za normalny zabieg, ograniczając zastosowanie cięcia przez krocze tylko do tych przypadków, gdzie rak sięga bardzo niedaleko po zwieracz. Rękoczyn przygotowawczego w metodzie grzbietowej mówca nie uważa za niebezpieczny. Materiał własny HOCHENEGG'a stanowi 121 przypadków, operowanych omawianą metodą w przeciągu ostatnich 13 lat; z pośród chorych zmarło wskutek rękoczynu 18, co stanowi niecałe 10%. Przewaga cięcia krzyżowego, według HOCHENEGG'a, polega na szybkości wykonania rękoczynu, zupełnym zatamowaniu krwi i należytem sączkowaniu rany do tyłu (w przeciwstawieniu do metody REHN'a). Przeciwwskazaniem do zabiegu HOCHENEGG'a mogą być tylko silne zupełne zrosty z tkanką miednicy. Cięcia przez krocze dokonał HOCHENEGG wszystkiego w 8 przypadkach. Leczenie przygotowawcze w celu usunięcia twardych mas kałowych z odbytnicy H. przeprowadzał dawniej w przeciągu 10—14 dni przed rękoczynem, obecnie jednak zarzucił to postępowanie i jest zdania, że w niektórych przypadkach omawiane przygotowania wpłynęły na zły wynik rękoczynu operacyjnego. H. przeprowadza cięcie paląkowe wypukłe w lewą stronę, usuwa kość ogonową, a jeśli to jest konieczne posuwa się i wyżej. Nowotwór mówca wypreparowuje z zewnątrz powięzi; trudności napotykamy tu wtedy, jeśli chodzi o rezekcję *in continuitate*, i jeśli chcemy pozostawić część odbytu. H. zasadniczo otwiera jamę otrzewny, gdyż tylko w ten sposób można bezwzględnie uruchomić odbytnicę, jednak przed przecięciem odbytnicy zaszywa fałdę napowrót. Zdaniem H., zbyt pohośnie pozostawiamy nietkniętą część wyjściową odbytnicy: nawrót cierpienia powstaje właśnie w tem miejscu. Nader niebezpiecznym czynnikiem jest zbyt wczesne pojawienie się kału ze względu na następczą ropówkę kałową. Od czasu kiedy mówca przyciąga dośrodkowy koniec odbytnicy do odbytu po uprzedniem odseparowaniu jego śluzówki, stracił on tylko 1 chorego wskutek ropówki kałowej z pośród 62 przypadków raka odbytnicy. Odpływ wydzieliny zabezpieczamy przez rozległe sączkowanie z przodu, tyłu i boków. Stolec pojawia się zwykle samoistnie na 4-ty lub 5-ty dzień; wtedy też zmieniamy pierwszy raz opatrunek. Jeśli pozostawiamy nietkniętym zwieracz, mamy do czynienia nierzadko z rozciągnięciem się lub pęknięciem linii szwu, co pociąga za sobą powstawanie niemiłej w następstwach zatoki odbytowej. Z pośród wszystkich śmiercią zakończonych przypadków (8%) zmarło w praktyce mówcy 4 chorych z powodu zakażenia, 2 kobiety z powodu krwotoku (wraz z nowotworem usunięto część pochwy i macicy), 1 chory zmarł wskutek zatoru, jeden zaś wskutek uwięźnięcia jelit po operacji.

V. Prof. SCHUCHARD (Szecin). Przyczynek do techniki wyłuszczenia odbytnicy i kiszki zagiętej.

Po uprzednim usunięciu kości ogonowej mówca do samego zakończenia rękoczynu nie otwiera światła odbytnicy; przy wysoko umiejscowionych rakach przecina mówca *mesocolon*. W ten sposób teoretycznie możnaby było usunąć około 45 ctm. jelita, jak to mówca próbował dokonać z dobrym wynikiem na trupach; po za tę granicę posunąć się nie można. W praktyce jednak tak znaczne ściągnięcie jelita w dół jest niewykonalne ze względu na to, że sprawa nowotworowa wywołuje znaczne zrosty, a więc i zmiany w położeniu narządów miednicy. Co się tyczy wysoko umiejscowionych raków odbytnicy, których górnej granicy nie jesteśmy w stanie wymacać, to należą one nie do odbytnicy lecz do t. zw. *colon pelvinum* (według WALDEYER'a). Należy zwrócić uwagę, że zniekształcenia odbytnicy i kiszki zagiętej, zależne od zmarszczeń (Schrumpfung), mogą powstawać nie tylko w rakach lecz i w gruźlicy i przymiocie miejscowym. W takich przypadkach niepodobna dostatecznie ściągnąć w dół do środkowej części jelita.

(C. d. n.).

Wiadomości bieżące.

— IX Zjazd lekarzy i przyrodników polskich.

XXIV. Sekcja wychowania fizycznego i higieny szkolnej podaje do wiadomości następujący swój program: Celem obrad sekcji jest: *a)* zapoznać ogół lekarzy i wychowawców z postęпами wiedzy w zakresie higieny szkolnej i wychowania fizycznego; *b)* przedstawić stan, w jakim znajduje się kraj nasz pod względem zdrowotności szkół i ćwiczeń fizycznych; *c)* w szeregu wniosków i rezolucji wskazać środki zaradcze, zmierzające do polepszenia tego stanu.

Sekcja odbędzie dwa posiedzenia popołudniowe z następującym porządkiem dziennym:

I posiedzenie (prawdopodobnie w sobotę, w sali „Sokoła“).

1) „Obecny stan nauki o wychowaniu fizycznym“. Na sprawozdawcę uchwalono uprosić prof. d-ra N. Cybulskiego (Kraków).

2) „Statystyka wychowania fizycznego w Polsce“. Sprawozdawcą dla Galicyi d-r Tyszecki (Kraków). (Nazwiska dwóch innych sprawozdawców podane będą później). Dyskusya. Wnioski co do ulepszenia statystyki.

3) „Postulaty w sprawie wychowania fizycznego w Galicyi“. Sprawozd. d-r Piasecki (Lwów). (Inni sprawozdawcy j. w.). Dyskusya. Wnioski i rezolucje.

4) Ćwiczenia wzorowe „Sokoła“. Zwiedzanie wystawy gimnastycznej i sportowej.

II posiedzenie (prawdopodobnie w poniedziałek).

1) „Zapobieganie chorobom zakaźnym w szkole“. Sprawozdawca prof. d-r Bujwid (Kraków).

2) „Sprawa lekarzy szkolnych“. Sprawozd. d-r Bier (Kraków).

3) „Charakter dziennej i tygodniowej pracy ucznia“. Sprawozdawca d-r Błażek (Lwów).

4) „Higiena zmysłów młodzieży szkolnej“. Sprawozdawca d-r Schmidt (Kraków).

5) „Wady szkół naszych pod względem zdrowotnym“. Spraw. dla Galicyi prof. Błażek. (Inni sprawozd. j. w.). Dyskusya. Wnioski, zmierzające do ulepszenia badań statystycznych nad higieną szkół naszych.

6) „Postulaty w sprawie higieny szkół w Galicyi“. Spraw. d-r J. Landau (Kraków). (Inni sprawozd. j. w.). Dyskusya. Wnioski i rezolucje.

Uwaga. Sprawozdanie (referat) trwać może najwyżej 20 minut; w dyskusji przemawiać wolno 5 minut. Zgłoszenia przyjmuje sekretarz sekcji (Lwów ulica Szeptyckiego, l. 3).

D-r Eugeniusz Piasecki sekretarz.
Prof. d-r H. Jordan gospodarz sekcji.

W dalszym ciągu wpłynęły następujące nowe zgłoszenia lub zmiany:

W sekcji III. 12) J. Ziemia (Baku): „Plody kopalne Kaukazu“.

W sekcji X. Prof. K. Twardowski zapowiada zamiast dwóch tylko jeden wykład: „Sprawa klasyfikacji zjawisk psychicznych“ (120/1).

W sekcji XIII. 12) d-r K. Zaleski (Sanok): „Leczenie zimnicy wodą zimną (sposób własny)“ oraz 13) „Przypadek tężca. Wyleczenie“.

W sekcji XIV A. 48) d-r J. Watten (Łódź): „Przyczynki do patologii i terapii zranień serca“ (195). Całkowity tytuł wykładu (180) d-ra J. Wattena brzmi: „O aseptyce i antyseptyce w szpitalach małych oraz w praktyce prywatnej chirurgicznej i ginekologiczno-położniczej. Minimum ostrożności, jakie pod tym względem przedsiębrać należy“. Wykład ten przeznaczony na posiedzenie wspólne sekcji XIV A. z sekcją XIX.

W sekcji XIV B. 3) d-r Spira (Kraków): „O patogenezie czynnościowego wstrząśnienia błędnika (*commotio labyrinthi*)“

W sekcji XV (dentyst.) 6—8) Goldberg (Warszawa): a) „Zastosowanie kwasu osmowego do leczenia zachowawczego miazgi zębowej“, b) „*Natrium metallicum* w leczeniu zastarzałej zgorzeli miazgi“, c) Demonstracja sposobu regulowania zębów.

9) Krakowski (Warszawa): „O przy padłościach ze strony jamy ustnej pod wpływem grypy“

10) Wł. Zieliński (Warszawa): „O wskazaniach do wyjmowania zębów pozornie zdrowych“

11) Iwankiewicz (Warszawa): „O replantacji, implantacji i transplantacji zębów“ z demonstracjami

12—13) A. Klein (Warszawa): a) „Nowy przyrząd artykulacyjny (zgryzadło)“, b) tytuł podany będzie później (203, 204).

14) Blikle (Warszawa): „Sposób racjonalnego czyszczenia zębów z przedstawieniem szczotki własnego pomysłu“

15) Feliks Kohn (Warszawa): Demonstracje z dziedziny techniki plombowania i korony Bibera, Müllera i Morri-sona

W poprzednich ogłoszeniach o sekcji XV były nazwiska d-ra F. Kółkowskiego i d-ra Wiktora Wernikowskiego podane błędną pisownią.

W sekcji XVII. 1) d-r Bucelski (Warszawa): „Czynniki, wywołujące bezwład postępujący“

2) d-r Skłodowski (Warszawa): „Przypadek porażenia Brown - Sequarda“.

3) d-r Miklaszewski (Warszawa): „O zmiennej nierówności źrenic (*Mydriasis saltans v. alternans*)“.

W sekcji XIX. 20) Wykład (180) D-r J. Wattena na wspólnym posiedzeniu z sekcją XIV A. (ob. wyżej).

21) d-r Zaleski (Sanok): „O najdzielniejszym sposobie wzmocnienia bólów porodowych przy dzisiejszym poziomie wiedzy“

W sekcji XX. 10) d-r J. Zawadzki (Warszawa): „Rola lekarza biegłego w sądzie“

W sekcji XXI. 6) d-r Łazarowicz i d-r Al. Zawadzki (Warszawa): „O pomocy lekarskiej dla robotników fabrycznych w Królestwie Polskiem“.

7) d-r Palmirski (Warszawa): „O surowicy paciorkowcowej“

8) d-r Nussbaum (Warszawa): „Rola dziedziczności w higienie“

9) d-r Bartoszewicz i d-r L. Nencki (Warszawa): „O zanieczyszczeniu rzek“

10) Inż. Kaźm. Matecki: „Urządzenia zdrowotno-techniczne“ (z przedstawieniem planów)

11) Bud. Ksaw. Makowski (Warszawa): „Zagroda włościańska dla gospodarstwa 10-morgowego“

12) Bud. Edw. Goldberg (Warszawa): „Domy dla robotników“ (z przedstawieniem planów)

13) D-r J. Zawadzki (Warszawa): „Pomoc doraźna lekarska w większych i mniejszych miastach“

14) D-r Jakimiak i d-r L. Nencki (Warszawa): „O żywieniu chorych w szpitalach“

15) D-r Barszczewski (Warszawa): „Przyczynki do higieny odzieży“

16) D-r Bartoszewicz (Warszawa): „Drogi szerzenia się chorób zakaźnych“

Kraków, 25 kwietnia 1900.

Ciechanowski sekr. kom. gosp.
(Wielopole 4).

— Autorowie polacy proszeni są o nadsyłanie na wystawę w Krakowie, podczas zjazdu tegorocznego odbyć się mającą, broszur i prac większych z zakresu wiedzy przyrodniczej i nauk lekarskich, wydanych od roku 1891.

— W jesieni r. b. wyjdzie z druku polski przekład znakomitego dzieła UNNA'y p. t. „Allgemeine Therapie der Hautkrankheiten“. Książka ta, ze względu na podstawowe i istotnie oryginalne traktowanie przedmiotu, zasługuje na rozpowszechnienie w szerszych kołach naszych kolegów.

— W miasteczku Wiśniowice (gub. Wołyńska) potrzeba lekarza. Pożądany jest polak, katolik. W miasteczku mieszka około 6000 ludności przeważnie żydowskiej; włościanie również chętnie się leczą. Stałej pensji lekarz może otrzymać około 300 rb. z pobliskiego tartaku, który zatrudnia 200 robotników.

— Międzynarodowy Kongres prasy lekarskiej odbędzie się w roku bieżącym podczas wystawy w dniach 26, 27 i 28 lipca w Paryżu. Komisya organizacyjna tegoż kongresu pod przewodnictwem prof. CORNIL'a rozesała obszerny cyrkularz, zapraszający wszelkie redakcyje pism lekarskich do udziału w pracach Kongresu. Na wstępie cyrkularz kreśli krótki zarys historyczny usiłowań celem zorganizowania międzynarodowej instytucji, interesom prasy lekarskiej poświęconej, i przypomina, że na Kongresie międzynarodowym lekarskim, odbytym w Rzymie w roku 1894, d-r M. BAUDOIN z Paryża i prof. C. POSNER z Berlina podali projekt utworzenia międzynarodowego stowarzyszenia prasy lekarskiej, a d-r DOBRZYCKI z Warszawy—projekt ustanowienia przy każdym z przyszłych Kongresów międzynarodowych lekarskich

sekcji prasy lekarskiej, zorganizowanej na sposób innych sekcji, programem Kongresu objętych. Z tych obu projektów wyłoniły się poszczególne organizacje, jako stowarzyszenia prasy w różnych krajach, jak np. Association de la Presse médicale française w Paryżu i Freie Vereinigung der Deutschen medicinischen Fachpresse w Berlinie. Następnie kwestya, w mowie będąca, była przedmiotem rozpraw na zjeździe lekarskim w r. 1896 w Brukseli, oraz w r. 1897 w Moskwie. Ściśle biorąc, dopiero obecnie w Paryżu odbędzie się pierwszy międzynarodowy Kongres prasy lekarskiej z jasno postawionym programem. Za najważniejsze pytania, jakie mają być na nim poruszane, cyrkularz uważa: 1) Ufundowanie międzynarodowego stowarzyszenia prasy lekarskiej i 2) Zastosowanie zasad, zabezpieczających prawo własności literackiej prac lekarskich.

W Niemczech, Włoszech, Hiszpanii i Stanach Zjednoczonych Ameryki już zostały potworzone poszczególne narodowe komitety. Prawdopodobnie i w innych krajach komitety takie powstaną. Komitet, jako termin prekluzyjny do zgłaszania prac i przemówień, mających się odczytać na Kongresie, pada je dzień 1 czerwca (sekretarz jeneralny d-r BLONDEL w Paryżu rue Castellane 8). Lekarze, chcący wziąć udział jako członkowie czynni, wnoszą 25 franków, zaś jako członkowie zwyczajni 10 fr. na ręce dra CÉZILLY, skarbnika w Paryżu.

— Zmarli. W Wilnie dnia 18 kwietnia nagle zmarł d-r Hilary RADUSZKIEWICZ w 63 roku życia. Od roku 1882 zasiadając jako ławnik w radzie miejskiej wileńskiej, położył znaczne zasługi na stanowisku prezesa komisji sanitarnej.