

MEDYCINA.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

Warunki przedpłaty: w Warszawie rocznie rs. 6, półrocznie rs. 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. Kilka słów o hemiatetozie z powodu przypadku hemiatetozu w następstwie porażenia mózgowego dziecięcego. Podał St. Kopczyński.—17 cięć brzusznych o zejściu pomyślnem przy skręceniu szypuły nowotworów wewnętrznych narządów płciowych kobiecych. Podał F. Neugebauer. (Dokończenie). — **STRESZCZENIA I WYCIĄGI.** 90. Epityphlitis traumatica. 91. Dycetyczne leczenie rozszerzenia żołądka. 92. Guzy hemoroidalne u młodziutkich dzieci. 93. Smoczek z kwasem kornym do leczenia pleśniawek. 94. O stosunku dychawicy do pryszczycy. — Sprawozdanie ze zjazdu internistów niemieckich w Wiesbaden (18—21 kwietnia). — **DROBNIEJSZE WIADOMOŚCI RÓŻNEJ TREŚCI.** — **WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.** — **OGŁOSZENIA.**

„MEDYCINA“

GAZETTE MÉDICALE HÉBDOMADAIRE

destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) **D-r S. Kopczyński** — Sur l'hémiathétose. 2) **D-r F. Neugebauer** — 17 cas de laparotomie pour tumeurs des organes sexuels de la femme avec torsion du pédicule suivis de guérison.

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

„MEDYCINA“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) **D-r S. Kopczyński** — Ueber Hemiathetose. 2) **D-r F. Neugebauer** — 17 Laparotomien mit günstigem Ausgang bei Neubildungen innerer weiblicher Sexualorgane mit Pedikeldrehung.

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

Kilka słów

O hemiatetozie

z powodu przypadku hemiatetozu w następstwie porażenia
mózgowego dziecięcego.

Podał

STANISŁAW KOPCZYŃSKI.

Ordynator kliniki chorób nerwowych w szpitalu św. Ducha.

Wskutek porażenia mózgu i następczego bezwładu w układzie mięśniowym występuje stan podrażnienia, który klinicznie przedstawiać się może pod kilkoma postaciami, a mianowicie, jako przykurczenia, płasawica, atetoz, drżenie i współruchy. Z tych zaburzeń ruchowych atetoz należy względnie do rzadkich, i dla tego też z powodu spostrzeganego przypadku ¹⁾ zamierzam słów kilka o niej powiedzieć.

¹⁾ Chory był przedstawiony na posiedzeniu Warsz. Tow. Lek. w dniu 29. V. 1900 r.

W. Cz. chłopiec lat 10. Pochodzi z rodziny zdrowej, chorobami nerwowymi nie obciążonej. U rodziców na przymiot i zatrucie wysokiem nie ma wskazówek. Matka podczas ciąży nie ulegała urazom, poród odbył się prawidłowo, bez pomocy kleszczy. W drugim roku życia chłopiec zapadł na ciężką gorączkową chorobę z utratą przytomności i z drgawkami. Lekarz stwierdził zapalenie mózgu. Od tego czasu, zwłaszcza kiedy chłopiec zaczął chodzić, zauważono jakieś dziwne ruchy w lewej ręce i w lewej nodze, trwające bez przerwy. Przy chodzeniu również utykał nieco na lewą nogę. Poza tem był zdrowy. Drgawek później nigdy nie miał. Pod względem rozwoju umysłowego był nieco tępawy.

Badanie przedmiotowe. Osobnik średniego wzrostu, umiarkowanej budowy i miernego odżywiania. W narządach wewnętrznych nic nieprawidłowego nie znaleziono. Czaszka prawidłowa, kręgosłup nieco skrzywiony w prawo. Ze strony nerwów czaszkowych oprócz bardzo nieznacznego niedowładu lewego nerwu twarzowego (przy marszczeniu nosa po lewej stronie fałd znacznie mniej) nic nienormalnego nie znaleziono. Żrenice oddziałują dobrze. Wielkość prawidłowa, obie równomierne. Braków w polu widzenia, zwłaszcza hemianopsyi nie znaleziono. Na lewej połowie ciała bardzo nieznaczna *hypoesthesia* i *hypalgesia*. Odruchy ścięgniste po stronie lewej nieco żywsze, odruchy skórne po obu stronach jednakowe. Chód zlekka hemiparetyczny. Napięcie mięśniowe przy zginaniu stawów kolanowego, biodrowego, łokciowego i ramiennego po stronie lewej nie wzmożone. Zaniku lub przerostu mięśni, zaburzeń odżywczych nigdzie nie widać.

Lewą ręką chory wykonywa ciągle ruchy: to rozgina kiść, to po chwili zgina ją nadmiernie i utrzymuje ją w tem położeniu 10—15 sekund, tak iż zdaje nam się, że mamy do czynienia ze stałem przykurczeniem zginaczy kiści, jednocześnie chory wykonywa palcami najróżnorodniejsze ruchy, których dowolnie nie byłby w stanie wykonać, a które przypominają ruchy macków polipa: to je kolejno nadmiernie rozgina, to znów je zgina, zaciskając kurczowo duży palec pomiędzy drugi a trzeci, to znów je rozgina nadmiernie, zwłaszcza w stawach podstawowych, to odprowadza i rozgina duży palec i t. p. Podczas nadmiernego rozgięcia stawów, zwłaszcza w palcu wskazującym, mamy wrażenie, iż nastąpiło ich przemieszczenie. Szybkość ruchów dla różnych palców jest różnorodna. Trzymać coś w ręce może dopóty, dopóki nie nastąpi skurcz rozginaczy. Wtedy trzymany przedmiot wypada mu z ręki. Od czasu do czasu występują ruchy i w przedramieniu pod postacią wyrzucania go lub przyprowadzania do klatki piersiowej. W nogach ruchy podobne, choć mniej zawile, występują przeważnie w dużym palcu, który co pewien czas znajduje się w stanie nadmiernego rozgięcia. Stopa ustawiona nieco w położeniu *pes equino-varus*. Wspomniane wyżej ruchy trwają ciągle, tak iż możnaby je nazwać *spasmus mobilis*, wogóle są dość wolne, choć wcale nie-miarowe. Wola nie ma na nie żadnego wpływu, odwrócenie uwagi również ich nie zmniejsza. Afekt i zakłopotanie potęgują je nieco. Ruchy kończyną zdrową nie wywołują żadnych współruchów.

Tak więc przypadek nasz dotyczy osobnika, który przez 8 lat, bo od drugiego roku życia, od czasu przebytego zapalenia mózgu, doznaje, obok lekkiego niedowładu lewych kończyn, zaburzeń ruchowych przeważnie w kiści i w palcach stopy. Ruchy te są mimowolne, dokonywają się dość stereotypowo, noszą charakter kolejnych tonicznych skurczów różnych mięśni kiści, począłci przedramienia i stopy. Przypominają one w zupełności te

zaburzenia ruchowe, które po raz pierwszy w r. 1871 opisał lekarz amerykański HAMMOND i nazwał atetozą (*ἀθετος* — bez stałej pozycji).

Obustronnie atetozą występuje bardzo rzadko, a wtedy najczęściej dotyczy idiotów lub tych osób, które w dzieciństwie cierpiały na padaczkę. Podobną atetozę obustronną i samoistną, której nie poprzedzały porażenia mózgu, stwierdzono zresztą w kilku przypadkach i u zdrowych na umyśle osobników. Przypadek atetozy obustronnej, wprawdzie niezbyt czysty, spostrzegł kol. STRÓŻEWSKI²⁾: chory, chłopiec lat 13, od 3-ich lat zaczął doznawać bez wszelkiej przyczyny drgawek klonicznych i tonicznych we wszystkich kończynach i mimowolnych ruchów w palcach rąk i nóg. W przypadku kol. T. JASIEŃSKIEGO³⁾ atetozę obustronną symulowała histerya: po kilku tygodniach ruchy atetotyczne przeszły bez śladu.

Znacznie częściej, choć wogóle rzadko, spostrzegamy atetozę połowiczną — hemiatetozę. Prawie zawsze jest to cierpienie objawowe i występuje, zarówno jak i płasawica połowiczna (*hemichorea*), w następstwie porażenia mózgu. Za dowód rzadkości podobnych zaburzeń ruchowych może służyć fakt, iż CHARCOT przy swym bogatym materiale klinicznym przez lat 12 spostrzegł je wszystkiego 5 razy. U nas przypadek typowy hemiatetozy opisał tylko BIEGAŃSKI⁴⁾. W przypadku tym hemiatetozą towarzyszyła porażeniu tej samej kończyny, t. j. lewej ręki, i zależała od jakiegoś cierpienia mózgu wskutek urazu w prawą kość ciemieniową. Częściej notowano pokrewną hemiatetozie płasawicę połowiczną. Dwa przypadki opisał E. KORNIEŁOWICZ⁵⁾. Drugi z tych przypadków powstał według wszelkiego prawdopodobieństwa na tle mózgowego porażenia dziecięcego, gdyż dotyczył chorego, który od lat dwudziestu kilku, mianowicie od 4-ego roku życia, doznawał w jednej połowie ciała ruchów płasawicznych. W przypadku kol. PIOTROWSKIEGO⁶⁾ płasawica połowiczna wystąpiła nagle bez żadnego ataku mózgowego i bez porażenia u starca 70-letniego, była bardzo silna, trwała dni 10 i przeszła bez śladu. Dwa przypadki *hemichoreae posthemiplegicae* przedstawił na posiedzeniu W. T. L. 28. VI. 1898 r. Wł. GAJKIEWICZ⁷⁾. Dotyczyły one osób w wieku podeszłym; obok porażenia połowicznego w drugim przypadku notowano hemianopsję.

Hemiatetozą występuje częściej w tych przypadkach połowicznego porażenia mózgu, kiedy objawy bezwładu lub niedowładu prawie że ustąpiły lub istnieją w stopniu bardzo nieznacznym, a ponieważ właściwością porażenia mózgowych dziecięcych jest to, że objawy bezwładu w nich łatwiej ustępują, a natomiast prędzej rozwijają się różnorodne zaburzenia ruchowe, przeto i hemiatetozę częściej spotkać możemy właśnie w następstwie porażenia mózgowych u dzieci. FREUD w swej monografii „O porażeniu mózgowym dziecięcym“⁸⁾ cały obszerny rozdział poświęca temu zaburzeniu ruchowemu. Do

²⁾ K. STRÓŻEWSKI. O atetozie obustronnej, *Gazeta Lekarska* 1897.

³⁾ T. JASIEŃSKI. Rzadki przypadek histeryi u młodego chłopca (*Athetosis duplex, paralysis glosso-labialis hysterica*) *Gazeta Lekarska* 1895.

⁴⁾ Wł. BIEGAŃSKI. Przypadek *hemiatetoseos post monoplegiam* *Gazeta Lekarska* 1883.

⁵⁾ E. KORNIEŁOWICZ. Dwa przypadki płasawicy połowicznej. *Gazeta Lekarska* 1883 Nr. 37.

⁶⁾ PIOTROWSKI. Przypadek płasawicy połowicznej u starca. *Gazeta Lekarska* 1893. Nr. 26.

⁷⁾ Wł. GAJKIEWICZ. Dwa przypadki *hemichoreae posthemiplegicae* *Pamiętnik Tow. Lek.* 1898 str. 806.

⁸⁾ FREUD. *Die Infantile Cerebrallähmung*. *Wiedeń* 1897 str. 73—86.

czwartej kategorii, na jakie dzieli ten autor przypadki porażen mózgowych dziecięcych stosownie do stopnia zaburzeń ruchowych, zalicza on te, w których objawy spastycznego niedowładu są prawie niedostrzegalne, a gdzie na pierwszy plan występują objawy płasawicy lub atetozy („*Chorea tische Parese*“). Autor zebrał z literatury 18 takich przypadków z połowiczną atetozą i charakteryzuje je w ten sposób: 1) występują one w późniejszym okresie wieku dziecięcego, 2) rozwijają się stopniowo, 3) w etiologii często pewną rolę odgrywa przestrasz, 4) cięższe powikłania (niemota, padaczka, zaburzenia psychiczne i odżywcze) należą w tych przypadkach do rzadkości. Nasz przypadek również żadnych powikłań nie przedstawiał i do tej samej kategorii zaliczony być może.

(D. n.).

Z ODDZIAŁU GINEKOLOGICZNEGO SZPITALA EWANGELICKIEGO W WARSZAWIE.

17 cięć brzusznych o zejściu pomysłnem przy skręceniu szypuły nowotworów wewnętrznych narządów płciowych kobiecych.

Podał

FRANCISZEK NEUGEBAUER

Ordynator Oddziału Ginekologicznego Warszawskiego Szpitala Ewangelickiego.

(Dokończenie. — Zob. Nr. 30).

12) 1899. Nr. 157. *Tumor cysticus ovarii sinistri in latere abdominis dextro jacens cum deflexione tubae et ligamenti lati et ligamenti ovarii*

Klára Kuzmi. . . . 31-letnia od 7 lat zamężna, zapisała się do szpitala dnia 10. X. 1899. Pierwszy peryod miała w 13 roku życia bez bólów, drugi trzy miesiące później. Rodziła naprzód dwoje dzieci, ostatnie dwa i pół roku temu, dzieci żyją, następnie poroniła trzy razy, zawsze w szóstym tygodniu ciąży, ostatni raz 5 lat temu. Peryody zawsze były niebolesne. Od jakiegoś czasu chora miewa bóle brzuszne i dla tego zapisała się do szpitala, i gdy oświadczono jej, że przyczyną bólów i choroby jest nowotwór jajnika, operacji się poddała, której dokonano następnego dnia po przyjęciu, mianowicie dnia 11. X. w położeniu TRENDLENBURG'a, spychając równocześnie macicę do jamy brzusznej dwoma palcami, do pochwy wprowadzonymi. Usunięto wielokomorową torbiel lewego jajnika, wolną od jakichkolwiek zrostów, ruchomą, lecz leżącą w prawej połowie jamy brzusznej i zakrywającą *adnexa lateris dextr.* Na przekroju torbieli widać, że powstała ona przez zlanie się torbieli mnogich, których przegrody tu i owdzie pozostały widoczne. W tylnej ścianie nowotworu widać resztkę mięszu jajnika zdrową i w niej hematoma follikularny. Macica nie powiększona, *adnexa uteri alterius lateris sana* pozostawiono *in situ*. Usunięto nowotwór w sposób zwykły. Przebieg pooperacyjny był zupełnie prawidłowy, bezgorączkowy, operacja była łatwa, bez jakichkolwiek kompli-

kacyi, chora 20-go dnia po operacyi szpital opuściła zdrową. Ranę brzusz-
ną spojono trzypiętrowym szwem. Przegięcie lewej trąbki tuż przy macicy
ku dołowi, tyłowi i ku stronie prawej.

13) 1899. Nr. 199. *Fibromata ovariorum cum ascite cruento et torsione pe-
dunculi tumoris ovarii sinistri 4 1/2 librarum ponderis versus latus dextrum. Ova-
ria gyrata. Fibroma ovarii dextri parvum od instar unguulae conformatum.*

Webe... 48-letnia kobieta, zamężna lat 22, rodziła 12 dzieci pomyślnie,
a następnie 4 razy roniła we wczesnym okresie ciąży, ostatni raz 6 lat temu.
Z powodu braku miejsca ulokowałem chorą w lecznicy kolegi STĘPKOWSKIE-
GO, gdzie dokonałem operacyi cięcia brzuszego, dnia 10. XII. 1899 r., z wy-
nikiem dobrym. W jamie brzusznej wylew surowiczy z domieszką obfitą
krwi. *Ascites cruentus*. Po stronie prawej usunięto włókniak jajnika osobliwej
formy i kształtu podkowy, nie naruszając całości trąbki, po lewej stronie usu-
nięto włókniak jajnika 4 1/4 funtów wagi, o zrazikowatej budowie, wygląd
makroskopowy przypominał wygląd zrazów mózgowia. Szypuła guza: trąb-
ka *lig. ovarii, mesovarium, ligamentum latum* były skręcone dwa i pół razy do-
koła osi. Po odpowiednich podwiązaniach naczyń i uprzedniem odkręceniu
skręceń, nowotwór jajnika lewego usunięto wraz z trąbką. Ranę brzusz-
ną zaszyto szwem jednopiętrowym. Macica o jamie 8 ctm. długiej leżała *in re-
trodeastroversione*. Przebieg pooperacyjny skomplikowany był przez niczem nie
dające się wstrzymać wymioty i utrudnione stolce, lecz chora wyzdrowiała.
W pół roku po operacyi była na dwa tygodnie do szpitala przyjęta z powo-
du utrudnionych stolców, przy wrazeniu jakby niezupełnej drożności kiszek,
jednak przy odpowiedniem leczeniu stolce nastąpiły, i chora szpital opuściła,
już nie narzekając. Pomimo utrudnionych stolców nie było zapalenia otrze-
winy, wzdęcia brzucha i t. d. Szypuła skręcona nie była grubsza od cewni-
ka zwyczajnego, zwoje skręcenia skierowane były z lewa na prawo. Chora
zapisła się do lecznicy dnia 9. XII., a 29. XII. opuściła ją.

14) 1900. Nr. 20. *Cystoma ovarii dextri compositum magnitudine capitis
adulti, torsio duplex pedunculi.*

Joanna Wich. zapisała się do szpitala dnia 12. II. 1900. Chora lat 30 za-
mężna od lat 14, pierwszy peryod miała w 13 roku życia, drugi dopiero po
roku. Rodziła troje dzieci pomyślnie, z których dwoje żyje; ostatni poród
odbyła 8 lat temu. Już dwa lata temu chora zauważyła guz w jamie brzusz-
nej, który stale się powiększał i od 6 miesięcy stał się przyczyną stałych bó-
łów. Peryody regularne, niebolesne co 4 tygodnie, 2—3 dni trwające. Wiel-
kość brzucha wygląda, jak w 8 miesiącu ciąży. Guz przedstawia się jako nie-
jednolity: duża torbiel leży w jamie brzusznej, w jamie miednicy leży odnoga
guza twarda, zupełnie bez chełbotania, gdy przez ściany brzuszne wyczuwa
się chełbotanie nader wyraźne. Guz przewyższa pępek o cztery palce po-
przecznę. Dnia 13. II. dokonano koeliotomii w położeniu TRENDELENBURG'a.
Macica *in anteversione* była przyciśnięta do kości łonowej przez guz twarde,
za nią leżący. Po otwarciu jamy brzusznej (ściany brzuszne dosyć otyłe) —
sterczał odrazu w ranie guz. Przy obejściu obwodu guza ręką, nie natrafio-
no nigdzie na przeszkody, czyli że zrostów żadnych nie było z otoczeniem.
Guz składał się z dwóch części: dużej torbieli, leżącej w jamie brzusznej, oraz
dolnego odcinka guza twardego, leżącego *in cavo Douglasii*. Macicę zepchnię-
to do pochwy palcami, wprowadzonymi do jamy brzusznej, aby guz unieść
ku ranie brzusznej. Wyłoniono wtedy po podpowiedniem powiększeniu cię-
cia brzuszego guz cały z jamy brzusznej i spostrzeżono skręcenie szypuły

jego czyli trąbki, *mesovarii*, *lig. ovarii* i *lig. lati* półtora raza dokoła osi. Skręcenie dawne z zachowaniem drożności naczyń. Skręcenie zniesiono przez odkręcenie i wtedy ucięto nowotwór wraz z trąbką, podwiązano trąbkę przy macicy oraz *art. spermatic. interna cum ligamento infundibulo-pelvico*, ranę *ligamenti lati* spojono szwem ciągłym. Po usunięciu nowotworu zrewidowano drugi jajnik, a ponieważ również zdradzał torbielowate zwyrodnienie podobnego charakteru, lecz początkowe, usunięto go również. Szew brzuszny nałożono dwupiętrowy. Guz jajnika składał się z torbieli wielkiej, dziś jednolitej dawniej wielokomorowej (*septa*), napełnionej lepkiem płynem gęstym, ceglasto-brunatnym (wskutek domieszki odbarwionej już cokolwiek krwi). Dolny odcinek guza twardego zawierał substancję o wyglądzie kaszy. *Cystoadenoma proliferum glandulare non malignum*. Guz oddano do pracowni profesora PRZEWOSKIEGO. W jamie brzusznej około czterech łyżek stołowych krwawego *ascites*. Następstwem skręcenia szypuły była nekrobioza rozpoczynająca się nowotworu oraz *ascites* z domieszką krwi i wylew krwawy do torbieli, prawdopodobnie od wielu lat już istniejącej, która dopiero zaczęła dokuczać chorej po skręceniu szypuły. Chora po bezgorączkowym gładkim przebiegu pooperacyjnym opuściła szpital 20 dnia po operacji. Skręcenie szypuły od lewej strony ku prawej.

15) 1900. Nr 55. *Cystomata ovariorum, torsio pedunculi dextri. Adenocarcinoma neoplasmatum.*

Ewelina V. 50-letnia nauczycielka, wdowa, zamężna od roku 26 do 37, zapisała się do szpitala dnia 11. IV. 1900. wskutek silnych bólów w brzuchu, które powstały nagle trzy miesiące temu. Pierwszy peryod bardzo bolesny w 13 roku. Chora urodziła dwoje dzieci pomyślnie, ostatnie przed 20 laty; od lat trzech peryody zginęły. Obecnie chora wskutek objawów zapalenia otrzewny już od trzech tygodni leży w łóżku. Matka chorej zmarła wskutek raka sutki, operowanego przez prof. v. LANGENBECK'a, który już w dwa tygodnie po operacji miał jakoby skonstatować nawrót raka. W jamie brzusznej skonstatowano obecność dużej torbieli o konsystencji nierównej. Obwód brzucha wynosił 104 ctm. Torbiel przewyższa pępek. Przez pochwę można również wymacać guz twardego, wypełniający zatokę DOUGLAS'a. Dnia 14. IV. 1900. koeliotomia w położeniu TRENDELENBURG'a. Operacja była trudna z powodu otyłości chorej, grubości ścian brzusznych i niedostępności pola operacyjnego, pomimo że od strony pochwy jeden z asystentów spychał macicę ku jamie brzusznej. Pomimo ułożenia chorej w położeniu TRENDELENBURG'a trzeba było dokonać chwilowej ewentracji kiszki, okrytych ciepłymi mokremi serwetami. Cięcie brzuszne przewyższało pępek. Przy obchodzeniu torbieli dłonią dla kontroli ewentualnych zrostów ściana torbieli pękła. Torbiel o nekrotyzującej się już wskutek skręcenia szypuły ścianie, z torbieli wylało się około czterech litrów koloidalnego zielonkowatego płynu. Okazało się następnie, że chodzi o torbiel wielokomorową prawego jajnika o dwukrotnym skręceniu szypuły, pomimo jednak tego dwukrotnego skręcenia w jamie torbieli nie było śladów wylewu krwi; widocznie że skręcenie nie doszczętnie przerwało obieg krwi. Po opróżnieniu torbieli udało się wyłonić ją w całości z jamy brzusznej i odkręcić skręty szypuły, zawierającej trąbkę oraz *mesovarium*. Nałożono klamp, ucięto trąbkę wraz z nowotworem jajnika, podwiązano przymaciczny koniec trąbki oraz *lig. infundibulo-pelvicum*, klamp zdjęto, ranę *ligamenti lati* spojono szwem ciągłym. Na dnie macicy znaleziono dwa małe mięśniaki, których nie ruszano. Skręcenie miało kieru-

nek z prawa na lewo. Po usunięciu nowotworu jajnika prawego skonstatowano wielokomorową torbiel jajnika lewego, uwięzłą w zatoce DOUGLAS'a, o wiele mniejszą, co prawda, niż torbiel prawego jajnika, lecz ściśle zrosniętą ze ścianami zatoki DOUGLAS'a. Przy próbach eliminacji guz pękl. Po podwiązaniu przymacicznego końca trąbki oraz *lig. infundibulo-pelvicis* wyluszczone torbiel, o ile się dało, jaknajdoszčetněj z jamy małej miednicy. W obec parenchymatycznego sączenia się krwi ze zrostów odseparowanych na tępo oraz nekrotycznego stanu ścian torbieli jajnika prawego wyjątkowo zastosowano tamponację jamy małej miednicy gazą wyjałowioną, umaczną w płynie TAVEL'a. Sączek ten z gazy wyprowadzono i przez nacięcie sklepienia pochwy ku pochwie i przez dolny kąt rany brzusznej na zewnątrz. Drenowanie więc zastosowano podwójne i górą i dołem, licząc na wyropienie pozostałych ewentualnie w jamie małej miednicy resztek ścian guza. Ponieważ operacja była trudna i trwała przeszło godzinę, aby uniknąć zbyt długiej narkozy, skrócić o ile można narkozę, wyjątkowo zaszyto ranę brzuszną jednopiętrowym szwem węzłkowym, pozostawiając otwartym dolny koniec rany. Badanie drobnowidzowe, dokonane przez kol. STEINHAUS'a, wykazało *adenocarcinoma utriusque ovarii*. Przebieg pooperacyjny był nadspodziewanie gładki i pomimo stosowania sączkowania zupełnie bezgorączkowy. Maksymalna ciepłota raz jeden tylko, piątego dnia po operacji, doszła do 37,6° C., po wyjęciu gazy już nie przekraczała 37,2° C. Po usunięciu sączka z gazy przeciągnięto dren od strony rany brzusznej ku pochwie, stosując z początku co dzień, później co dwa dni przestrzykiwania płynem BUROW'a. Chora opuściła szpital po 5 tygodniach, przychodząc później co kilka dni do opatrunku i kąpieli do szpitala. W bliźnie brzusznej istnieje jeszcze mała przeto-ka, rana pochwowa już się zamknęła.

16) 1900. Nr. 84. *Cystoma uniloculare colloides ovarii dextrae, torsio pedunculi, peritonitis adhaesiva, apoplexia cystomatis.*

Florentyna T. 40-letnia żona wyrobnika, zamężna od lat trzech, zapisała się do szpitala dnia 19 maja 1900 r. Pierwszy peryod w roku 13; rok temu chora urodziła pierwsze dziecko *sponte*, dziecko zmarło wkrótce po urodzeniu się z przyczyny niewiadomej. Peryody zawsze prawidłowe i nie bolesne, po 3—4 dni trwające. Ostatni peryod chora miała trzy tygodnie temu. Po porodzie chora zauważyła, że jakoś brzuch się nie zmniejszył. Pięć miesięcy temu d-r CERTOWICZ dokonał paracentezy i wypuścił przez nakłucie ściany brzusznej około dwóch litrów płynu. Rozpoznano przy badaniu guz jajnika prawego o prawdopodobnie skręconej szypule wobec nieruchomości guza, bolesności brzucha na dotyk i t. d. Guz był wielkości jaja strusiego. Dnia 21.V. dokonano cięcia brzuszego w położeniu TRENDELENBURG'a, spychając równocześnie palcami, do pochwy wprowadzonymi, macicę ku jamie brzusznej. Okazało się po otworzeniu jamy brzusznej, że guz był na całej powierzchni dotyku przrastany ze ścianą brzuszną, po odklejeniu brzegiem ręki tych zrostów świeżych, znaleziono zrosty ze siecią, które poprzecinano, nakładając, gdzie wypadało, kilka ligatur na sieć. *Peritonitis fibrinosa*, umiejscowiona na miejscu dotyku guza do otrzewny ściennej brzucha. Aby nadmiernie nie powiększać cięcia brzuszego wypuszczono z torbieli płyn za pomocą przyrządu kol. NEUGEBAUERA, zastępującego trójgranic, z poniklowanej cienkiej rury gazowej skośnie uciętej, zabezpieczając się od ewentualnego wydostania się płynu do jamy brzusznej przez uchwycenie ściany torbieli powyżej i poniżej miejsca paracentezy torbieli klampami żębatymi SCHAUTA'y. Płyn, wypuszczo-

ny z torbieli jednokomorowej, wskutek domieszki krwi częściowo odbarwionej był brunatny, kolloidalny. Po wyciągnięciu torbieli prawie zupełnie opróżnionej z jamy brzusznej, okazało się, że rzeczywiście nóżka guza była skręcona dwa i pół raza dokoła osi: trąbka, *mesovarium*, *ligamentum*, *ovarii* i *lig. latum* były skręcone dwa i pół raza, prócz tego i prawy róg macicy i *lig. rotundum* prawe były wciągnięte w owo skręcenie szypuły, czyli, że pierwotne skręcenie, czy też ostatnie miało miejsce przy samej macicy, wciągając ją do skręcenia. Po częściowem odkręceniu szypuły przekonano się, że istnieje *haematosalpinx* w całej części trąbki, biorącej udział w skręceniu, i że zwoje *ligamenti rotundi*, rogu macicy i trąbki były pomiędzy sobą porastane. Na klampie ucięto nowotwór wraz z trąbką i szypułę zabezpieczono podwiązaniem oddzielnie trąbki i naczyń oraz szwem ciągłym. Trąbka zawierała gęstą masę ceglatego koloru, pozostałości częściowo odbarwionego wylewu krwi. Ponieważ jajnik lewy był również torbielowato zwyrodniały o jednej torbieli wielkości śliwki, i obawiając się że w następstwie wypadnie nowa owaryotomia, tembardziej wobec wieku chorej i bliskiego *climacterium*, usunięto i jajnik lewy, przecinając samo *mesovarium* i zostawiając lewą trąbkę *in toto*. Macica sama była przemieszczona ku stronie lewej miednicy oraz tak wykręcona, że poprzeczny jej wymiar zajmował kierunek od prawej strony z przodu ku lewej stronie i ku tyłowi. Poprzeczna oś macicy z wymiarem poprzecznym miednicy tworzyła kąt 35°. Ranę brzuszną zaszyto, jak zwykle w przypadkach prostych, szwem trzypiętrowym. Przebieg pooperacyjny był bardzo gładki bezgorączkowy. Operacji dokonał kol. JANCZEWSKI przy pomocy kol. NEUGEBAUERA i asystentów oddziału. Kierunek skręcenia z prawa na lewo.

W danym przypadku za następstwa skręceń szypuły uważać należy wylew krwawy do jamy torbieli i do światła trąbki prawej, zapalenie otrzewny zlepne włóknikowe oraz zrosty *cum omento* i z otrzewną brzusnościenną.

17) 1900. Nr. 99. *Cystoma proliferum multiloculare permagnum ovarii sinistri, torsio pedunculi*.

Bronisława J. 34-letnia, zameżna od lat 14, zapisała się do szpitala dnia 21. VI. z powodu olbrzymiego guza w brzuchu, który zauważyła po raz pierwszy 8 miesięcy temu. Chora rodziła pomyślnie 5 razy, ostatni raz półtora roku temu. Czworo dzieci żyje. Peryody były zawsze prawidłowe, niebolesne, ostatni peryod dwa tygodnie temu. Obwód brzucha na wysokości pępka 98 ctm. Rozpoznano olbrzymią wielokomorową torbiel lewego jajnika, chęłboczącą wyraźnie i przylegającą u góry do przepony piersiowej. Dnia 23 czerwca dokonano cięcia brzuszego i usunięto po częściowem opróżnieniu przez nakłucie trójgrańcem torbiel lewego jajnika około 10 funtów wagi oraz jajnik prawy, zdradzający identyczne zmiany w stopniu początkującym. Szypuła guza lewego jajnika wykazała skręcenie pół raza dokoła osi wraz z zagięciem trąbki od strony lewej ku stronie prawej. Operacja była bardzo prosta, ponieważ nie było żadnych zrostów, krwawień lub innych komplikacji. Szypuła skręcona była w kierunku od lewej strony ku prawej. Ranę brzuszną spojono trzypiętrowym szwem. Przebieg pooperacyjny pomyślny.

Na skręcenie szypuły guza natrafiono w roku 1894 — 1 raz, w r. 1896 — 2 razy, w roku 1897 — 1 raz, w r. 1898 — 2 razy, w r. 1899 — 7 razy, w roku 1900 — 5 razy.

Wiek chorych operowanych:

23 lata — 1, 24 lata — 1, 26 lat — 1, 30 lat — 2, 31 lat — 1, 32 lata — 1,
34 lata — 2, 36 lat — 1, 37 lat — 2, 40 lat — 1, 48 lat — 1, 50 lat — 1, 53 lata — 1,
67 lat — 1.

Od lat 21 do 30 liczyło chorych 5, od lat 31 do 40 liczyło chorych 8, od
lat 41 do 50 liczyło chorych 2, od lat 51 do 60 liczyło chorych 1, od lat 61 do
70 liczyło chorych 1.

Mężatek operowano 14, wdów 3, niezamężnych 1.

Co do ciąży zanotowano:

0 - 2 razy (Nr. 3 i 9), 1 - 3 razy (Nr. 1, 7 i 16), 2—3 razy (Nr. 5, 10 i 15),
3 - 1 (Nr. 14), 5—2 razy (Nr. 12 i 17), 6 - 2 razy (Nr. 2 i 8), 7 - 2 razy (Nr. 4
i 6), 8—1 raz (Nr. 11), 16 - 1 raz (Nr. 13).

Jeden raz operowano w ciąży, mianowicie w 3 miesiącu (Nr. 4).

Poronienia miały miejsce: 1 raz (Nr. 11), 1 raz (Nr. 4), 3 razy (Nr. 12),
4 razy (Nr. 13).

Poród przedwczesny prawdopodobnie w związku z obecnością wielkiej
torbieli prawego jajnika (Nr. 4).

Obumarcie płodu w związku ze skręceniem szypuły guza (Nr. 4 — w 3
miesiącu ciąży).

Poronienia prawdopodobnie w związku z obecnością torbieli jajnika je-
dnego: Nr. 12 (trzy razy w 6 tygodniu), Nr. 13 (4 razy we wczesnym okre-
sie ciąży).

Ostatni poród *resp.* poronienie miały miejsce:

Nr. 1 — 3 lata przed operacją, Nr. 2 — 10 lat przed operacją, Nr. 4 —
9 miesięcy przed operacją (*Partus praematurus*), Nr. 5 — 10 lat przed opera-
cją, Nr. 6 — 2 lata przed operacją, Nr. 7 — 1½ roku przed operacją, Nr.
8 — 19 lat przed operacją, Nr. 10 — 9 tygodni przed operacją, Nr. 11 — 25
lat przed operacją, Nr. 12 — 2½ roku przed operacją, Nr. 13 — 6 lat przed
operacją (*Aiortus*), Nr. 14 — 8 lat przed operacją, Nr. 15 — 20 lat przed
operacją, Nr. 16 — 1 rok przed operacją, Nr. 17 — 1½ roku przed operacją.

Co do peryodów zanotowano:

Peryody zawsze prawidłowe i niebolesne w Nr. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 10,
11, 12, 13, 14, 15, 16, 17. Peryody były zawsze nieregularne przy równoczesnej
niepłodności w Nr. 9.

Menopauzę zanotowano trzy razy: Nr. 8 (od 7 lat u chorej lat 53), Nr. 11
(u chorej lat 67 od lat 18), Nr. 15 (od trzech lat u chorej 50-letniej).

Chora nowotwór w jamie brzusznej zauważyła po raz pierwszy:

Nr. 1. Dwa lata przed operacją (torbiel wielokomorowa lewego jajnika).
Skręcenie szypuły nastąpiło 2 tygodnie przed operacją przy objawach roz-
poczynającego się ostrego zapalenia otrzewny.

Nr. 2. 2 lata przed operacją (torbiel wielokomorowa lewego jajnika).
Skręcenie szypuły nastąpiło dwa tygodnie przed operacją przy objawach
rozpoczynającego się ostrego zapalenia otrzewny.

Nr. 3. 6 tygodni przed operacją; skręcenie szypuły przy objawach roz-
poczynającego się ostrego zapalenia otrzewny (wielokomorowa torbiel pra-
wego jajnika).

Nr. 4. 8 miesięcy przed operacją chora zauważyła powiększenie się
brzucha, skręcenie szypuły nastąpiło 4 tygodnie przed operacją (torbiel wiel-
okomorowa prawego jajnika).

Nr. 5. 4 miesiące przed operacją skręcenie szypuły torbieli wielokomorowej lewego *paroophoron*, bóle.

Nr. 6. 1½ roku przed operacją chora zauważyła po raz pierwszy guz w brzuchu. Skręcenie szypuły nastąpiło 4 miesiące przed operacją przy silnych bólach. (Dwukomorowa torbiel jajnika prawego).

Nr. 7. Guz powstał nie dawniej nad rok lub półtora roku przed operacją, skręcenie szypuły torbieli *paroophori*.

Nr. 8. Od roku chora zauważyła powiększenie się brzucha, skręcenie szypuły nastąpiło trzy tygodnie przed operacją (wielokomorowa torbiel jajnika lewego).

Nr. 9. Od jakiegoś czasu nieregularne krwawienie maciczne i bóle w brzuchu (torbiel trąbki lewej).

Nr. 10. 5 miesięcy przed operacją chora zauważyła po raz pierwszy guz w brzuchu, skręcenie szypuły nastąpiło prawdopodobnie 5 miesięcy przed operacją, czyli w chwili, kiedy chora po raz pierwszy doznała bólów w brzuchu (torbiel jednokomorowa lewego jajnika).

Nr. 11. Chora trzy dni przed operacją ciężko zaniemogła, przed tem nie czuła się chorą, widocznie bóle połączone ze skręceniem szypuły, 3 dni przed operacją, były pierwszym subiektywnym objawem choroby. (Torbiel wielokomorowa lewego jajnika). Skręcenie szypuły widocznie nastąpiło trzy dni przed operacją.

Nr. 12. Chora od jakiegoś czasu doznawała bólów w brzuchu, kiedy nastąpiło skręcenie szypuły nowotworu, niewiadomo. (Torbiel wielokomorowa lewego jajnika).

Nr. 13. (Włókniaki obu jajników). Wywiady nie wykazują, kiedy nastąpiło skręcenie szypuły lewostronnego guza.

Nr. 14. Od dwóch lat chora zauważyła guz w jamie brzusznej, 6 miesięcy przed operacją nastąpiło skręcenie szypuły nowotworu. (Torbiel jajnika prawego).

Nr. 15. 3 miesiące przed operacją przy objawach rozpoczynającego się zapalenia otrzewny wystąpiły pierwsze objawy zdradzające chorobę, widocznie pierwsze objawy wystąpiły dopiero po skręceniu szypuły. (*Adenocarcinoma ovariorum*).

Nr. 16. Cierpienia powstały w rok po pierwszym porożu. Widocznie skręcenie szypuły powstało w porożu. (Jednokomorowa torbiel prawego jajnika).

Nr. 17. Chora 8 miesięcy temu zauważyła po raz pierwszy guz w jamie brzusznej, silnych bólów nigdy nie miała i zgłosiła się do szpitala raczej wskutek rady lekarza, niż wskutek cierpień (*Cystoadenoma myxomatodes ovarii sinistri*).

Co do lokalizacji nowotworów zanotowano:

Nowotwór o skręconej szypule pochodził z przydatków macicznych: prawostronnych 5 razy (Nr. 4, 6, 14, 15, 16), lewostronnych 12 razy (Nr. 1, 2, 3, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 17).

Przewagę liczebną skręceń szypuły guzów lewostronnych uważam za przypadkową.

Skręcenie dotyczyło: Raz jeden wyłącznie tylko *mesovarii* bez udziału trąbki (Nr. 4. Torbiel prawego jajnika wielkości głowy dorosłego mężczyzny).

Trzy razy chodziło tylko o zagięcie trąbki przy samej macicy ku drugiej połowie miednicy *deflexio tubae*: Nr. 3 (Torbiel duża lewego jajnika leżą-

ła w prawej połowie miednicy), Nr. 12 (Torbiel lewego jajnika leżała w prawej połowie jamy brzusznej), Nr. 17 (Torbiel wielokomorowa lewego jajnika).

14 razy zanotowano skręcenie szypuły zupełne: mianowicie $\frac{1}{2}$ raza dokoła osi podłużnej trąbki *resp. mesovarii*: Nr. 5 i 17

Dwa razy dokoła osi podłużnej trąbki: Nr. 1, 4, 11, 14, 15.

Dwa i pół raza dokoła osi podłużnej trąbki: Nr. 7, 8, 9, 13 i 16.

Cztery razy dokoła osi podłużnej trąbki: Nr. 6.

Cztery i pół raza dokoła osi podłużnej trąbki. Nr. 10.

Jeden raz nie podano liczby skrętów, Nr. 2.

Przeważnie więc natrafiono na mnogie skręcenia szypuły.

Skręcenie dotyczyło:

I raz wyłącznie *mesovarii* bez udziału trąbki, Nr. 4.

Jeden raz w skręceniu brały udział trąbka, *Lig. latum*, *mesovarium*, *lig. rotundum* i jeden róg macicy, Nr. 16.

Dwa razy przy skręceniu torbieli *paroophori* tylko trąbka, *lig. latum* oraz *art. ovarica*, Nr. 5 i 7.

Jeden raz wyłącznie trąbka była skręcona bez udziału jajnika Nr. 9 (*Cystoma tubae*).

11 razy w skręceniu brały udział trąbka, *lig. latum*, *lig. ovarii*, Nr. 1, 2, 6, 8, 10, 11, 13, 14, 15, 16, 17.

Kierunek skręcenia szypuły:

Przy guzach prawostronnych z lewa na prawo Nr. 4, z prawa na lewo Nr. 6, 14, 15, 16.

Przy guzach lewostronnych z prawa na lewo Nr. 1, 5, 9, z lewa na prawo Nr. 7, 8, 10, 13, 17.

Kierunku skręcenia nie zanotowano, Nr. 2 i 11.

Co do istoty guzów o skręconej szypule (14 przypadków) lub defleksyi trąbki (trzy przypadki) zanotowano:

Jeden raz torbiel trąbki (lewej).

Dwa razy torbiel *paroophori* (lewego).

14 razy torbiel jajnika jednego (9 lewego i 5 prawego).

11 razy znaleziono torbiel tylko jednego jajnika (lewego Nr. 2, 3, 8, 10, 11, 12, prawego Nr. 4 i 6) lewego *paroophoron* Nr. 5 i 7, jednej trąbki (lewej) Nr. 9.

6 razy znaleziono równocześnie torbiel: obu jajników Nr. 1, 13, 14, 15, 16, 17.

U jednej chorej w rok po operacyi trzeba było powtórzyć cięcie brzuszne dla usunięcia wielkiej torbieli drugiego jajnika (bez skręcenia szypuły). (Nr. 3).

Co do wielkości guzów o skręconej szypule zanotowano:

Nr. 1. Guz wielkości głowy dorosłego mężczyzny (torbiel jajnika).

Nr. 2. Guz wielkości głowy dorosłego mężczyzny (torbiel jajnika).

Nr. 3. Guz przeszło wielkości głowy dorosłego mężczyzny (torbiel jajnika).

Nr. 4. Guz wielkości głowy 14-letniego chłopca (torbiel jajnika).

Nr. 5. Guz wielkości głowy noworodka (torbiel *paroophori*).

Nr. 6. Guz wielkości dwóch pomarańczy (torbiel jajnika).

Nr. 7. Guz wielkości pomarańczy (torbiel *paroophori*).

Nr. 8. Guz 6 funtów wagi (torbiel jajnika).

Nr. 9. Guz wielkości pomarańczy (*Hydrosalpinx*).

Nr. 10. Guz wielkości melonu (obwodu 46 i 33 cm.) (torbiel jajnika).

Nr. 11. Guz wielkości głowy dorosłego mężczyzny (torbiel jajnika).

Nr. 12. Guz wielkości dwóch pomarańczy (torbiel jajnika).

Nr. 13. Guz cztery i pół funta ważący (włókniak jajnika).

Nr. 14. Guz wielkości półtorej głowy dorosłego mężczyzny (torbiel jajnika).

Nr. 15. Guz wielkości półtorej głowy dorosłego mężczyzny (*Adenocarcinoma ovarii*).

Nr. 16. Guz wielkości jaja strusiego (torbiel jajnika).

Nr. 17. Olbrzymia torbiel lewego jajnika 10 funtów wagi.

Przeważnie więc skręcenie szypuły spostrzegano przy guzach wielkich i ciężkich.

Na owe 17 peracyi pozostawiono oba jajniki w jamie brzusznej dwa razy, Nr. 5 i 9.

7 razy wycięto jeden jajnik Nr. 2, 3, 4, 6, 8, 10, 12.

8 razy wycięto oba jajniki, Nr. 1, 7, 10, 13, 14, 15, 16, 17.

1 raz dokonano niskiej amputacyi macicy, Nr. 7.

Na *Ascites concomitans* natrafiono tylko 5 razy, Nr. 1, 3, 13 (płyn krwawy surowiczny) Nr. 14 (płyn krwawy surowiczny) Nr. 15.

Zrosty guza z sąsiedztwem znaleziono:

Ze ścianą brzuszną cztery razy, Nr. 2, 3, 8 i 16.

Zrosty guza ze siecią 7 razy, Nr. 1, 2, 3, 4, 8, 10 i 16.

Zrosty guza z pętlami kiszki dwa razy Nr. 2 i 3.

Ślady zapalenia otrzewny włóknikowego znaleziono 9 razy: Nr. 1, 2, 3, 4, 8, 10, 13, 15 i 16.

Wylew krwawy do wnętrza torbieli znaleziono 7 razy. Nr. 6, 8, 9, 10, 11, 14, 16.

Żadnych zrostów nie znaleziono 10 razy, Nr. 5, 6, 7, 9, 11, 12, 13, 14, 15, 17.

Apoplexiam multiplicem ovarii znaleziono jeden raz, Nr. 7.

Przewlekłe krwawienia maciczne kollateralnego pochodzenia znaleziono raz jeden, Nr. 7.

Wszystkie chore po operacyi szybko wyzdrowiały. Komplikacyę w przebiegu pooperacyjnym zanotowano raz jeden tylko: Nr. 9 ropień przez pochwę otworzony.

Co do przebiegu pooperacyjnego na owe 17 cięć brzusznych 15 razy zanotowano przebieg gładki normalny, w dwóch tylko przypadkach ciepłota jednorazowo podniosła się do 39° C. (Nr. 7 przy ropieniu ograniczonym jednego szwu rany brzusznej i Nr. 9 przy wytworzeniu się ropnia dokoła ligatury jednej), w 4 przypadkach ciepłota jednorazowo podniosła się do 38° C., w pozostałych ciepłota ani razu nie przewyższała 37,5° C., przebieg więc był w tych przypadkach absolutnie bezgorączkowy.

Ze statystyki powyżej zestawionej wynika, że skręcenie szypuły nowotworów przydatków macicznych uważać należy za komplikacyę poważną, i że komplikacya taka dyktuje interwencyę chirurgiczną natychmiastową, która da wyniki tem lepsze, im wcześniej operator się na interwencyę zdecydował, nie czekając na ogólne zapalenie otrzewny i wyczerpanie sił chorej. Zapalenie otrzewny, wywołane skręceniem szypuły, nie tylko że nie stanowi przeciwwskazania do operacyi, lecz przeciwnie, zmusza do przyspieszenia interwencyi czynnej przy pomocy noża, tem bardziej, że takie zapalenie otrzewny nie jest natury septycznej, a więc nie ma wpływu na rokowanie pooperacyjne dla chorej.

Wszystko zależy od czystości operatora i pomocników jego, ich aseptyki, bardzo wiele od umiejętnej narkozy. Pod tym względem uczymy się ciągle i stale, w miarę większego własnego doświadczenia będziemy mieli coraz to lepsze wyniki.

Kończąc prawie trzecią setkę operacji, połączonych z otwarciem jamy brzusznej u kobiet, rozpoczętą przy skromnej liczbie 10 łóżek w Warszawskim Szpitalu Ewangelickim i porównując odsetkę śmiertelności pierwszych lat istnienia oddziału ginekologicznego ze śmiertelnością pooperacyjną lat ostatnich, przychodzę do przekonania, że prócz gruntownej znajomości zasad postępowania aseptycznego, również wielką rolę odgrywa umiejętność i zręczność techniczna operatora i asystentów, szybkość zabiegów operacyjnych, umiejętność narkozy oraz należyta opieka pooperacyjna. Aby poznać usterki w jednym lub drugim kierunku, musimy porównywać naszą czynność z czynnością innych operatorów, naszą kazuistykę z ich kazuistyką.

Powinniśmy się dzielić naszym doświadczeniem naukowym.

Z tego punktu widzenia wychodząc, zdecydowałem się ogłosić dziś ten krótki przyczynek kazuistyczny do nauki o skręceniach szypuły nowotworów wewnętrznych narządów płciowych kobiecych.

STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

90. H. SCHOTTMUELLER. **Epityphlitis traumatica***) Przy przeglądzie bogatej literatury zapalenia wyrostka robaczkowego z lat ostatnich, przekonać się można, że urazowi, jako momentowi etiologicznemu napadu okołokątniczego, nie przypisywano tego znaczenia, na jakie w rzeczywistości zasługuje. Zdaniem autora, podobne przypadki ważne są także ze względu na odrębny obraz kliniczny, który winien być osobno omówiony. Liczba ogłoszonych przypadków *epityphlitis traumaticae* jest niewielka. BORCHARDT na 150 przypadków zapalenia okołokątniczego znalazł wszystkiego 3 podobne spostrzeżenia. Autor sądzi, że, gdyby więcej zwracano uwagi na ten czynnik etiologiczny, liczba odnośnych przypadków byłaby o wiele większa. Do istniejących w literaturze autor dodaje 3 własne przypadki *epityphlitis traumaticae*.

W pierwszych dwóch przypadkach dwaj zupełnie dotąd zdrowi chłopcy dostali uderzenie w brzuch i bezpośrednio potem zachorowali przy objawach zapalenia otrzewny. Chorzy w 4-ym, względnie 3-im dniu choroby, przybyli do oddziału. Sprawę zapalną jamy brzusznej wytłomaczyć sobie można było pęknięciem kiszki, jakkolwiek w drugim przypadku rodzaj urazu—uderzenie nogą—nie mógł być dostateczny dla wywołania pęknięcia kiszki. Właśnie ta okoliczność łącznie z umiejscowieniem sprawy chorobowej naprowadzały na myśl o możliwości obrażenia schorzałego wyrostka robaczkowego. W pierwszym przypadku przypuszczano raczej ropień podprzeponowy (wielka wrażliwość i ograniczone stłumienie pod prawem podżebrzem). W obu przypadkach podczas operacji istniało już rozlane ropne zapalenie otrzewny. Wskazaniem do operacji w pierwszym przypadku było stwierdzenie za pomocą przekłucia ogniska ropnego, w drugim objawy niedrożności kiszki. Przy operacji w pierwszym przypadku

*) Autor, idąc za radą KÜSTER'a, używa wyrazu „epityphlitis“ zamiast nieodpowiedniego „appendicitis“.

znaleziono na dnie rany zgangrenowany wyrostek (przemieszczony). Nagromadzenie ropy stwierdzono za pomocą przekłucia próbnego, którego autor jest wielkim zwolennikiem, także w trzecim przypadku.

Co się tyczy patogenezy we wszystkich tych przypadkach, to autor przedstawia sobie przebieg sprawy w sposób następujący. Wskutek zatrzymania się i zagęszczenia kału w wyrostku robaczkowym wytworzył się kamień kałowy, który, uciskając na ściany wyrostka, spowodował zgorzel błony śluzowej. Wytworzony wrzód, ograniczający się do błony śluzowej wyrostka, sam przez się nie powoduje objawów, lecz przy urazie w okolicy kiszki ślepej ściana jej w miejscu owrzodzenia łatwo ulega zniszczeniu, pęknięciu, przyczem zawartość jamy wyrostka, która zawsze jest zakaźna, wylewa się, nawet pod pewnem ciśnieniem, do wolnej jamy brzusznej i wywołuje nagle objawy alarmujące. Tem się tłumaczy złośliwy przebieg w przypadkach urazowego zapalenia okołokątniczego: przy zwykłym zapaleniu zgorzelinowym wyrostka w większości przypadków wytwarzają się zrosty ochronne, wskutek czego zapalenie zostaje ograniczone, otorbione, gdy tu, w przypadkach pochodzenia urazowego, przedziurawienie wyrostka następuje nagle, zanim jeszcze zdążyły się wytworzyć zrosty; następstwem tego jest rozlane zapalenie otrzewny.

Powyższe rozważania stanowią ważną wskazówkę, jak postępować należy w podobnych przypadkach. Przy zwykłym zapaleniu wyrostka większość chirurgów radzi postępować czynnie wówczas, gdy wokoło wyrostka wytworzyło się ognisko ropne, bez względu na to, czy to jest pierwszy napad, czy nie. Lecz nawet SONNENBURG chętnie przeczekuje te dni, w których silnie wyrażone są objawy podrażnienia. Ze spostrzegania przypadków urazowego pochodzenia należy przeciwnie wyciągnąć wniosek, że wszędzie tam, gdzie po kontuzji brzucha lub urazie pośrednim objawy kliniczne—podrażnienie otrzewny, bardzo silne bóle i wrażliwość w okolicy dołu biodrowego prawego, gorączka i t. d. —wskazują przedziurawienie wyrostka, a wywiady nie przemawiają za istnieniem zrostów w sąsiedztwie, należy w ciągu pierwszych 24 godzin po urazie operować. W podobnych przypadkach tylko tak wczesna interwencja może zapobiedz rozszerzeniu się zakażenia na całą otrzewną. Postępowanie więc w tych przypadkach normuje się według zasad, obowiązujących w ogóle w przypadkach urazu brzucha, w których przypuszcza się rozerwanie, pęknięcie kiszki.

Podkreślić należy, że natężenie urazu w *epityphlitis traumatica* nie ma wielkiego znaczenia. Rozerwanie kiszki powstać może tylko w następstwie silnego urazu, na co przy ocenianiu każdego poszczególnego przypadku zwracać należy uwagę, w *epityphlitis traumatica* zaś, przeciwnie, nawet lekkie obrażenie może niekiedy spowodować pęknięcie schorzałego już przedtem wyrostka. W pierwszym przypadku autora uraz (uderzenie o dyszel) był tak silny, że mógłby wywołać pęknięcie zupełnie nawet zdrowego jelita; w drugim przypadku uraz był lekki (uderzenie nogą w brzuch); w trzecim przypadku uraz nie dotyczył nawet bezpośrednio brzucha (skok podczas lekcji gimnastyki).

Okoliczność, że nawet lekki uraz wywołać może tak ciężkie cierpienie, ma, rozumie się, znaczenie również pod względem sądowo lekarskim.

Co się tyczy samego zabiegu operacyjnego, to obowiązują tu te same prawidła, co wogóle w *appendicitis*. Wszędzie, gdzie to jest możliwe (t. j. gdzie zrosty nie przeszkadzają), należy wyrostek robaczkowy usunąć celem zapobieżenia nawrotom. Gdzie zaś to okazuje się niemożliwym, autor radzi po podwiązaniu wyrostka tuż przy kątnicy rozszczepić go na całej długości. W ten sposób mo-

żnaby unieszkodliwić zakaźną zawartość jamy wyrostka i ewent. usunąć kamień kałowy.

Dla usunięcia aspiracyi mas wymiotnych podczas operacyi autor zaleca założenie i pozostawienie zgłębnika żołądkowego, przez co zawartość żołądka wychodzi nazewnątrz przez zgłębnik i nie może z gardzieli przedostać się do dróg oddechowych.

(Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. T. 6. Z. 1 i 2). S. Pechkranc.

91. ALBU. **Dyetyczne leczenie rozszerzenia żołądka.** Jednym ze stałe trzymających się w terapii, a jednak najmniej uzasadnionych dogmatów, jest stosowanie suchej diety w rozszerzeniu żołądka. Wielu autorów — od czasów van SWIETEN'a — hołduje tej zasadzie (EWALD, FLEISCHER, BOAS, WEGELE) w myśl twierdzenia, iż błona śluzowa rozszerzonego żołądka bardzo mało lub wcale nie wchłania płynów, są one przeto niepotrzebnem obciążeniem dla żołądka. To mniemanie autorów znalazło jakoby poparcie w znanych doświadczeniach v. MERING'a, który dowiódł, że wchłanianie płynów w żołądku jest bardzo nieznaczne, i żołądek uwalnia się od płynów tylko dzięki temu, że wypycha je szybko do kiszek, gdzie się dopiero wchłaniają. Tymczasem z tego, zdaniem A., należy wyprowadzić wprost przeciwny wniosek; jeśli bowiem płyny najprędzej opuszczają żołądek, to wobec osłabienia jego siły ruchowej — pokarmy płynne najmniej właśnie obciążają żołądek rozszerzony. Doświadczenia MORITZ'a pokazały, że pokarmy płynne opuszczają żołądek daleko szybciej, niż gęste, a gęste — szybciej, niż twarde. Z tem w zgodzie stoi stwierdzany codziennie fakt, iż, wydobywając zawartość żołądkową w 3—4 godziny po obiedzie, znajdujemy w nim gęstą miazgę, gdy płyny dawno przeszły do kiszek. W rozszerzeniach żołądka nawet w kilkanaście godzin po spożyciu pokarmów znajdujemy twarde resztki pokarmów, zwłaszcza tam, gdzie kataralnie zmieniona ściana żołądka nie posiada dostatecznej siły rozdrabniającej.

Tak zw. *gastrectasia* bywa pierwotna i wtórna. Pierwsza jest stosunkowo rzadką rzeczą i terapeutycznie łagodną, ponieważ odpowiednia dyeta, przemywanie żołądka, zabiegi wodolecznicze są w stanie usunąć ją w kilka tygodni. Rozszerzenie żołądka wtórne — spowodowane zwężeniem odźwiernika — jest sprawą, która w całości wkracza w sferę działania chirurga, być może nawet bardziej, niż kamienie żółciowe i zapalenie wyrostka robaczkowego. Jednak z rozmaitych względów nie zawsze dojść może do operacyi. Wówczas pozostaje nam tylko dyetyczne traktowanie sprawy, będące zresztą jedyną racjonalną metodą postępowania również i wobec pierwotnego rozszerzenia żołądka. Ponieważ więc dyeta sucha z powyżej wyliczonych względów jest fizyologicznie nieracjonalna, prowadzi do „wyschnięcia“ ustroju i zgęszczenia krwi — fakt, który KUSSMAUL uważa za przyczynę tężyczki pochodzenia żołądkowego, a któremu v. MERING radzi zapobiegać przez dostarczanie ustrojowi wody w postaci lawatyw, przeto A. zaleca w rozszerzeniach żołądka dietę obfitującą w płyny. Że płynna dyeta jest jedną z najbardziej racjonalnych — jeśli nie jedyną metodą odżywiania chorych z rozszerzeniem żołądka, na to zgadza się wielu autorów (LIEBERMEISTER, PICK, FLEISZER, KUSSMAUL, RIEGEL, PENZOLDT). Autor widzi w mleku bardzo pożyteczny pokarm płynny i zaleca je gorąco w omawianych sprawach chorobowych. Jako dodatki do mleka A. wylicza rozmaite kleiki, kaszki, śmietankę, serwatkę, wodę wapienną, koniak, konfitury, substancje aromatyczne, jak wanilia, cynamon; wreszcie kawa, czekolada, kakao, mleko kwaśne, kefir, kумы s. Te dodatki mają na celu powiększenie wartości pożywnej mleka, uczynienie go znośnem dla pacjentów lub też częściowe zastąpienie go. A. obli-

cza, że w ten sposób można z łatwością pokryć $\frac{3}{4}$ ogólnego zapotrzebowania chorych. Pozostałą $\frac{1}{4}$ autor radzi pokrywać dodatkiem jaj, sztucznych preparatów białkowych (nutroza, plazmon). Chorzy, którzy nie potrzebują zwracać uwagi na kosztą pożywienia, mogą pozwolić sobie na mięso skrobane lub siekane (z wyjątkiem wołowiny, wieprzowiny, gęsiny, zwierzyny), ostrygi, kawior, prócz tego — sucharki, bułki (3—4), masło świeże (do 30 grm.). Autor podaje następujące (bardzo umiejętnie zestawione i zastosowania godne, przyp. ref.) menu całodzienne dla chorych z rozszerzeniem żołądka: godz. 8 rano: $\frac{1}{8}$ litra mleka, dwa sucharki; godz. 9-ta: $\frac{1}{8}$ litra śmietanki; godz. 10-ta: jajecznicza z dwóch jaj; godz. 11-ta: filiżanka kakao na mleku; godz. 12-ta: mały talerz kaszki rozgotowanej; godz. 1-sza: $\frac{1}{4}$ funta grasicy cielęcej i trzy łyżki szpinaku; godz. 3-cia: $\frac{1}{8}$ litra mleka; godz. 4-ta: filiżanka czekolady i sucharek; godz. 5-ta: $\frac{1}{8}$ litra śmietanki; godz. 6-ta: mały talerz gęstego kleiku jęczmiennego z jajkiem i plazmonem (dwie łyżki = 20 grm.); godz. 7-ma filiżanka rosółu z kaszką, z jajkiem, bułka; godz. 8-ma i 9-ta: po $\frac{1}{8}$ litra mleka. Do powyższego leczenia dyetetycznego dodaje A. umiejętnie wykonywane mięsienie żołądka, zabiegi wodolecznicze (natryski szkockie na okolicę żołądka) i faradyzację.

(*Deutsch. med. Woch. Nr. 11. 1900.*)

K. Rzetkowski.

92. BURWINKEL. **Guzy hemoroidalne u młodziutkich dzieci.** Najdoświadczeńsi pedyatry (HENOCH, GERHARDT) uważają guzy hemoroidalne u dzieci, szczególnie u ssawców, za niezwykle rzadkość, w wieku tym brak bowiem przyczyn, wywołujących zastój żylny w naczyniach krwionośnych odbyticy. Pojedynczy przypadek autora stanowi zatem pewnego rodzaju rzadkość, tem ciekawszą, iż w bardzo jasny sposób wykazuje sposób powstawania, a następnie zaniku tego cierpienia. Główną przyczyną rozwoju guzików było — wadliwe odżywianie dziecka.

Dziecko urodziło się 12 listopada 1898 r., ważyło 3700 gr., było sztucznie żywione wedle SOXHLET'a ($\frac{1}{3}$ mleka na $\frac{2}{3}$ wody + trochę cukru mlecznego). Pomimo starannej opieki dziecko wciąż traciło siły i na wadze, po pięciu tygodniach ważyło zaledwie 3125 gr. Stolce miało twarde, w kształcie zbitych blade-żółtych kulek, często trzeba było pomagać ławatywami z wody ciepłej. Przy stolcach krzyki i wydymania. Zaraz po urodzeniu zauważyła akuszerka drobne guziczki koło odbytu, które uważała za guziki hemoroidalne. Autor widział dziecko 12 grudnia 1898, stwierdził dwa guziki hemoroidalne, wielkości soczewicy, sinawej barwy, nie pęknięte i nie owrzodziałe. Zalecił mięsienie brzuszka dwa razy dziennie, wcieranie bornej wazeliny w okolicę odbytu i zmianę odżywiania, t. j. mniejsze rozcieńczanie mleka ($\frac{1}{3}$ mleka na $\frac{1}{3}$ wody). Od tego czasu stolce stały się papkowate, ogólne odżywianie poprawiło się, waga dziecka stale wzrastała, tak iż półroczne dziecko ważyło 5880 gr., guzy hemoroidalne znikły zupełnie, a w 11 miesiącu życia dziecka wyrznęły się ząbki (6) bez żadnych objawów patologicznych.

Pomimo dziedziczności (rodzice dziecka cierpieli na hemoroidy, słabo rozwinięte) główną przyczyną cierpienia było złe odżywianie, za czem przemawia głównie wynik zastosowanego leczenia.

(*Münch. medic. Woch. 1900. Nr. 12.*)

L. Wolberg.

93. ESCHERICH. **Smoczek z kwasem bornym do leczenia pleśniawek (Soor).** W Gracu, w klinice prof. ESCHERICH'a, pleśniawki u dzieci panowały epidemicznie niemal. Do leczenia ich wymyślił profesor następującą prostą, a bardzo skuteczną metodę. Kłaczek wyjałowionej waty posypywano mialko sproszkowanym kwasem bornym z drobnym dodatkiem sacharyny; ilość proszku wyno-

siła 0,2. Kłaczek ten zawiązywano następnie w kawałek wyjałowionego jedwabiu lub batystu i kładziono chorym dzieciom do ust, zmieniając takie smoczki co 24 godziny. W czasie, gdy dziecko nie używa smoczka, powinien tenże leżeć w czystym zamkniętym szklanym naczyniu. Jeżeli smoczek wypadł z ust dziecka na ziemię, to go powtórnie używać nie można, lecz należy zastąpić go świeżym. Przy ssaniu smoczką kwas borny rozpuszcza się w ślinie, działa na błonę śluzową ust i na gnieźdzące się na niej nitki pleśniawek, a wyleczenie następuje bardzo szybko i, jak widzimy, bez zachodu dla lekarza i opieki. Środek ten zastępuje na dalsze próby. (Ther. d. Gegenwart. 1899. Heft 7). L. W.

94. TAYLOR. **O stosunku dychawicy do pryszczycy.** Spostrzeżenia, dowodzące pewnego związku między dychawicą i pryszczycą, są już dosyć liczne. Przypadek autora dotyczy 8-letniego chłopca, który w 6 roku życia po raz pierwszy zachorował na pryszczycę całego ciała, bardzo uporczywą, która dopiero po 6 miesiącach ustąpiła. W rok później chłopiec dostaje pryszczycy ponownie, lecz tym razem na pierwszy plan występują objawy dychawiczne. Od tego czasu chory zapada często na pryszczycę i astmę jednocześnie lub naprzemian. Gdy pryszczycy jest w całej pełni, dychawica zmniejsza się i przeciwnie, gdy pryszczycy ustępuje, i skóra, wskutek leczenia, przyjmuje wygląd kserodermatyczny, napady dychawicy zwiększają się.

Skąd pochodzi ten związek między pryszczycą i dychawicą, doprawdy, trudno sobie wytłomaczyć. Jedni utrzymują, że na błonie śluzowej oskrzeli zachodzą takie same zmiany, jak na skórze, drudzy uważają tę sprawę za odruchową. (Centralblatt für Kinderheíl. Nr. 3. 1900 r.). Rodys.

SPRAWOZDANIE

ze zjazdu internistów niemieckich w Wiesbaden (18 — 21 kwietnia).

Przewodniczący prof. JAKSCH z Pragi otworzył zjazd mową, w której przebiegł rozwój medycyny wewnętrznej w ubiegającym stuleciu i wskazał zadania, które czekają dalszego i dokładniejszego opracowania, poczem oddał głos referentom prac poszczególnych.

Pierwszy zabrał głos prof. KORANYI z Pesztu: O leczeniu zapalenia płuc ostrego. We wstępie mówca wyjaśnia pytanie, na które przypadki chorobowe powinna rozciągać się nazwa zapalenia płuc włóknikowego. Już LEICHTENSTERN zaznaczył, że nazwane pierwotnie przez niego zapalenie płuc asteniczne nie powinno być zaliczane do zapaleń włóknikowych, ponieważ postać ta i pod względem bakteryologicznym, jako zależna od łańcuszkowców, i pod względem anatomicznym, jako zapalenie płuc komórkowe (*Cellularpneumonie*), stanowi oddzielną jednostkę chorobową. Przeciw poglądom LEICHTENSTERN'a zaoponowali tacy badacze, jak LUBARSCHE, PAUSANI, PERTIK i CRUSE, którzy dowiedli, że *diplococcus lanceolatus* FRAENKEL'a i łańcuszkowiec stanowią tylko odmiany tego samego rodzaju drobnoustrojów i wywołują rozmaite rodzaje zapalenia płuc zależnie od swej jadowitości. Wszak istnieją postacie zapalenia płuc włóknikowego, zależne od łańcuszkowców i od dwuziarniaków FRAENKEL'a, lecz różny przebieg cierpienia w tych razach nie zależy od gatunku drobnoustro-

jów, na skutek czego KORANYI nie widzi ani etiologicznej, ani kliniczno-anatomicznej zasady, która zmuszałaby go do wyrzeczenia się swych dawniejszych poglądów, że zarówno pierwotne zapalenie płuc włóknikowe i asteniczne należą do tej samej grupy chorobowej. Pogląd ten odpowiada najzupełniej wymaganiom lecznictwa praktycznego, według których rozmaitych postaci zapalenia płuc nie leczymy za pomocą jakichś swoistych dla danej postaci metod, lecz i w jednych i drugich przypadkach trzymamy się zasad ogólnych.

Co się tyczy samego leczenia, to KORANYI zastanawia się przedewszystkiem nad tymi środkami i zabiegami leczniczymi, które stanowią zdobycz czasów najnowszych i weszły w użycie dzięki nowym poglądom patologicznym. Tu należą te środki, których zalecenie do leczenia zapalenia płuc opiera się na badaniu krwi chorych, a więc surowica swoista. Zaproponowana przez KLEMPERER'a CRUSE'go, PANSINI'ego i EMMERICH'a, surowica ta znalazła licznych zwolenników i była metodycznie stosowana we Włoszech, Anglii, Francji i innych krajach. Z liczb, znajdujących się w rozporządzeniu mówcy, wypływa wniosek, że stosowana obecnie surowica nie posiada żadnego szkodliwego działania ubocznego, i, zdaje się, że w pewnej ilości przypadków przyniosła korzyść istotną, natomiast nie wywiera ona żadnego wpływu ani na istotę cierpienia, ani na jego przebieg. Dalej KORANYI zatrzymuje się nad pewnymi zmianami w stosunkach ilościowych pomiędzy ciałkami krwi, mianowicie nad leukocytozą w zapaleniu płuc. Zjawisko to notowane było wielokrotnie; zostało one zaliczone do czynników, którymi posiłkuje się ustrój w celu zwalczenia cierpienia i dało powód do usiłowań wywoływania leukocytozy sztucznie za pomocą pilokarpiny, antypiryny, antyfebryny, nukleiny i zabiegów hidropatycznych. Niestety, wszystko to okazało się bardzo mało skutecznem. Z kolei wspomina o rozpoczętych niedawno badaniach w jego klinice nad ciężarem właściwym krwi chorych na zapalenie płuc. Doświadczenia te wykazały, że krew tych osobników zawiera mniej soli kuchennej i posiada znacznie wyższy punkt zamarzania. Powrót do warunków normalnych daje się otrzymać przez obfity dopływ tlenu do krwi. Otóż KORANYI potwierdza zdanie DOUGLAS-POWELL'a, GREY'a i innych, że wdechowanie tlenu w zapaleniu płuc daje bardzo dobre wyniki. Za to upust krwi, jako zabieg, skierowany do uwolnienia krwi od toksyn, nie posiada żadnej wartości, natomiast bezwarunkowo niemal zbawienny jest wobec znacznego przekrwienia płuc z obrzękiem ich lub bez, wobec wzmożonej czynności serca i mięśni oddechowych: tętno małe przed upustem staje się po upuście mocniejszym i pełniejszym. Co się tyczy wlewania roztworu suli kuchennej, to zastosowane po upuście krwi usuwa małokrwistość mięśnia sercowego i ułatwia wydalanie z ustroju toksyn na skutek wzmożenia dyurezy. Mówca jest zdecydowanym przeciwnikiem leczenia zapalenia płuc za pomocą naparstnicy, leków, obniżających ciepłotę, wysokości, makułowca, lodu i wielu innych środków, których wartość już przez to samo jest bardzo wątpliwa, że zdania wielu bardzo doświadczonych lekarzy niezmiernie różnią się pod tym względem. Porównanie wyników rozmaitych metod leczniczych jest niemożliwe z powodu zawodności danych statystycznych, co zresztą wskazywał JÜRGENSEN już przed 25 laty. I dziś nie jest lepiej. W końcu KORANYI szkicuje stosowane przez siebie leczenie zapalenia płuc, w którym zabiegi wodolecznicze grają rolę niepoślednią. Wykład swój mówca kończy następującą uwagą. Współczesne leczenie zapalenia płuc jest racjonalne i przemożne; daje ono możność lekarzowi zwalczać objawy groźne, na skutek czego lekarz jest w stanie uratować zagrożone życie ludzkie; natomiast nie można wskazać ani jednej metody leczniczej, za pomocą której moglibyśmy skrócić chorobę

i wpłynąć w sposób widoczny na zmniejszenie się śmiertelności. Leczenie surowicą jest niepewne. To też wartoby było, żeby odpowiednio przygotowani specjaliści postarali się o opracowanie wartości rozmaitych środków i metod leczniczych i wyniki swych prac przedstawili na zjeździe następnym.

D-r PEL (Amsterdam). Leczenie zapalenia płuc włóknikowego. Przebieg zapalenia płuc włóknikowego posiada tak wiele zbieżności, zależnych od najrozmaitszych czynników przedmiotowych i podmiotowych, że nie można wyobrazić sobie nawet jakiegoś schematu, którego możnaby było trzymać się w leczeniu tego cierpienia. To też jedyna droga, która prowadzi do prawdy, to ściśle spostrzeganie przebiegu cierpienia przy łóżku chorego. W większości przypadków sama natura bez interwencji lekarskiej stara się wyrównać zaburzenia, spowodowane sprawą chorobową. Pośród tych czynników kompensacyjnych rolę wybitną grają leukocytoza i hyperfibrinoza krwi. Być bardzo może, że i wysoka ciepłota stanowi wiernego sprzymierzeńca i pomocnika tych zmian we krwi. Należy więc przypuszczać, że na zejście sprawy chorobowej nie tyle wpływają zmiany miejscowe w płucach, ile zachowanie się soków tkankowych ustroju. To samo można powiedzieć o konstytucyi, względnie o indywidualności chorego. Niestety do dziś nie posiadamy żadnego środka leczniczego, za pomocą którego moglibyśmy skrócić czas trwania choroby lub wpłynąć na samą istotę cierpienia. Środki, działające gwałtownie, jak duże dawki *Tartar. stibiat.*, werytryny, rtęci, upust krwi, salicylan sodu, pilokarpina, sole jodowe, chinina, naparstnica, kąpiele zimne i t. p., są często podawane chorym bez należytej podstawy; leczenie surowicą swoistą jest jeszcze mało opracowane. Posiadamy tylko dowody, że zapalenie płuc może przebiegać łagodniej przy podawaniu leków, wyżej wyliczonych, lecz nie mamy jeszcze prawa mówić, iż dzieje się to dzięki właśnie tym środkom, aczkolwiek niektóre z nich okazały się pożytecznymi, jako środki czysto symptomatyczne. Upust krwi, np. i teraz jeszcze może być wskazany w razie silnej duszności, sinicy, upadku tętna i poczynającego się obrzęku płuc. Chinina znajduje zastosowanie, jako *nervinum* i *euphoricum*, pogląd zaś AUFRECHT'a, jakoby lek ten posiadał swoiste działanie antytoksyczne, nie jest dostatecznie uzasadniony. Naparstnicę stosują chętnie, jako środek wzmacniający czynność serca, lecz wyznać należy, że t. zw. *stimulantia* w chorobach zakaźnych działają lepiej i szybciej, niż naparstnica. Jest ona wskazana w tych tylko przypadkach, jeżeli chodzi o chorych, dotkniętych wadą serca, mianowicie, jeżeli na pierwszy plan występuje osłabienie lub niedomoga serca, zależna od samej wady. Natomiast trzeba wystrzegać się dużych dawek, jak to czyni PETRESCU, który widocznie miał do czynienia z przypadkami lżejszymi, a wiadomo wszak, że w takich razach zejście bywa pomyślne i bez uciekania się do naparstnicy. Wogóle w przypadkach zapalenia płuc, w których przebieg jest prawidłowy, im lekarz jest mniej czynny, tem prędzej spodziewać się należy pomyślnego zejścia choroby. Być mniej czynnym—nie znaczy to jednak nic nie przedsiębrać. Chodzi tu o unikanie tak szkodliwej zawsze polipragmazji i polifarmacyi, gdyż lekarz ma i tak do spełnienia bardzo poważne zadanie w dostarczeniu choremu tak dobroczynnych wpływów racjonalnej higieny, należytej opieki, odpowiedniego odżywiania i łagodzenia przykrych objawów chorobowych. Ten rodzaj leczenia objawowego zupełnie niesłusznie został nazwany „wyczekującym“ i lekceważony. Dla lekarza nic nie jest drobnostką, nic nie jest rzeczą małej wagi, ponieważ najczęściej suma drobniaków składa się na całość poważną. Właśnie ściśle uwzględnianie wszelkich warunków, które w ten lub inny sposób mogą wpłynąć na przebieg cierpienia, stanowi cechę lekarza światłego i sumiennego. O rzeczy

wielkie troszczy się sama przyroda, a lekarz zawsze o małe. W myśl tej zasady godne są polecenia te tak stare proszki DOVER'a, lecz zawsze skuteczne, jeżeli chodzi o ułatwienie wykrztuszania lub łagodzenie męczącego kaszlu, a w razie silnego kłucia w boku można uciec się do zastrzyknięcia małej dawki morfiny, aczkolwiek nie można zaprzeczyć, że częstokroć można się obejść i bez tych leków. W przypadkach, przebiegających nieprawidłowo, nie typowo, środki krzepiące znajdują szerokie zastosowanie, ponieważ mamy tu zwykle do czynienia nie tylko z osłabieniem czynności serca, lecz i z ogólnym upadkiem sił. Tu przede wszystkim zasługuje na uwagę wyskok. Aczkolwiek pod względem teoretycznym działanie wyskoku nie jest dobrze uzasadnione, a wpływ jego na ograniczenie zużycia białka ustroju wcale nie jest dowiedziony, nie mniej jednak przy łóżku chorego gorączkującego otrzymuje się trwałe wrażenie, że wyskok istotnie działa pobudzająco i krzepiąco; lecz i tu strzedz się należy nadużycia, zwłaszcza u osobników młodych. Za to kamforze należy oddać zawsze pierwszeństwo; podawać ją należy z początku w małych dawkach, a wobec objawów groźnych w dużych, najlepiej podskórnie w połączeniu z eterem. Systematyczne obmywanie ciała sprawia choremu wielką ulgę, natomiast leczenie przeciwgorączkowe jest zupełnie nie odpowiednie, a nawet szkodliwe. Jest rzeczą bardzo prawdopodobną, że gorączka stanowi odczyn celowy ustroju zakażonego i w dodatku bardzo pożyteczny. W zapaleniu płuc leczenie przeciwgorączkowe i dla tego jeszcze nie jest wskazane, że sprawa gorączkowa przebiega szybko. Nakoniec do obowiązków lekarza należy zadosyćczynienie wskazaniom zapobiegawczym; mianowicie — u osobników o konstytucyi słabej dążyć należy do zahartowania i wzmocnienia ustroju, a przede wszystkim lekarz powinien jeszcze wśród zupełnego zdrowia pouczać chorego o tem, jak zgubny wpływ wywierają wszelkie nadużycia.

Wśród rozpraw, które rozwinęły się na tle powyższych dwóch odczytów zabierali głos liczni mówcy. Z pomiędzy nich JÜRGENSEN, SENATOR i BAEUMLER gorąco przemawiają za stosowaniem zabiegów hydriatycznych, podnosząc ich działanie krzepiące. ROSENSTEIN kładzie nacisk na dokładne badanie serca i twierdzi, że należy natychmiast uciec się do środków pobudzających, skoro tylko wymiar poprzeczny serca zaczyna powiększać się w kierunku prawostronnym, a jednocześnie tętno staje się szybkim. Objawy te znacznie pogarszają rokowanie. Na tem posiedzenie zamknięto.

Na posiedzeniu drugim prof. NEUSSER (Wiedeń) mówił: O przebiegu klinicznym gorączki maltańskiej. Nazwę tę nadano chorobie gorączkowej, spotykanej często na wybrzeżach i wyspach morza Śródziemnego, mianowicie na Malcie, Cyprze, Balearach, Archipelagu greckim, Azji Mniejszej, Gibraltarze, Sycylii, Sardynii, Korsyce, w Genui, Neapolu, Dalmacyi, na wyspach Jońskich, w Aleksandryi, Tunisie i Algierze. Dalej spotykano ją również na wyspach oceanu Atlantyckiego i na wybrzeżu zachodnim Ameryki. Czynnikiem chorobotwórczym dla tego cierpienia stanowi wykryty przez BRUCE'go w roku 1897 *micrococcus Melitensis*, szkodliwy i dla małp. Okres wylęgania dla tego cierpienia waha się od 8 do 20 dni. Drobnoustrój ten pod wpływem surowicy osobników, chorych na gorączkę maltańską, ulega aglutynacji. Choroba rozpoczyna się gorączką, która może dochodzić do 40,5C°, chorzy skarżą się na ból głowy, bóle w członkach i w krzyżu, brak snu i apetytu, do czego częstokroć przyłączają się nudności i wymioty. Spotykamy zwykle zaparcie stolca i obfite poty, na skutek czego choroba ta, o ile posiada przebieg ostry, bywa nieraz nazywana *febris sudorialis*, w przypadkach zaś o przebiegu przewlekłym — *phthisis mediterranea*. Okres

gorączkowy trwa od 1—5 tygodni, poczem nie rzadko spotykamy powikłania lub cierpienia następce pod postacią zajęcia gośćcowego stawów, zapalenia jądra (*orchitis*), gruczołów mlecznych i bólów neuralgicznych. Zejście śmiertelne jest względnie rzadkie: śmiertelność nie przenosi 2%. Badanie zwłok wykazuje przekrwienie płuc i wątroby, powiększenie śledziony, zaczerwienienie i obrzmienie błony śluzowej kiszek cienkich, w grubych zaś spotykano i owrzodzenia. Wielce charakterystyczne dla gorączki maltańskiej są nawroty choroby, przychodzące w przerwach bez żadnego określonego typu, na skutek czego cierpienie może przeciągać się miesiące, a nawet i lata. Podobny przypadek, w którym choroba trwa 8 lat, mówca przedstawia zgromadzonym. Na uwagę zasługują zmienność obrazu klinicznego i wynikające ztąd trudności rozpoznawcze. Przypadki ostre mogą przebiegać pod postacią zimnicy ciężkiej, postaci podostrej i z nawrotami mogą być brane za dur, podostrą gruźlicę lub zapalenie wsierdza, zwłaszcza wobec jednoczesnego zajęcia stawów, postaci przewlekłe z gorączką przepuszczającą mogą być błędnie rozpoznawane, jako gruźlica albo białaczka powrotna. Choroby następce, które rozwijają się po gorączce maltańskiej w zakresie układu nerwowego, odznaczają się swoją wielopostaciowością i mogą stać się przyczyną zaburzeń zarówno w sferze ruchowej, jak w czuciowej.

Co się tyczy leczenia, to wyznać należy, że do chwili obecnej nie posiadamy żadnych pewnych danych. Zwalczanie zaś tego cierpienia, które przykuwa chorych do łóżka przecięciowo na 90 dni, naturalnie, jeżeli nie bywa nawrotów, powikłań i chorób następnych, powinno stanowić przedmiot zainteresowania się nie tylko dla jednostek, lecz i dla ogółu lekarzy, a tambardziej dla państwa.

D-r WENCKEBACH (Utrecht). objaśnienie fizyologiczne arytmii serca. Trzy funkcje zasadnicze, które stanowią warunek konieczny prawidłowej czynności serca, są następujące: 1) samoistna pobudliwość mięśnia sercowego, 2) zdolność przesyłania podrażnień ruchowych od jednej komory do drugiej; 3) kurczliwość. Bodźce, pochodzące od układu nerwowego, mogą działać w sposób rozmaity na te trzy czynności zasadnicze, a zaburzenie każdej z nich jest w stanie wywołać pewien rodzaj arytmii. Pobudliwość samoistna (automatyczna) jest częstokroć wzmożona, wskutek czego powstają skurcze dodatkowe, nadliczbowe. Odpowiadają one t. zw. „*contractiones frustratae*“ i powodują tętno trójbitne (*puls. trigeminus*), przepuszczające (*puls. intermittens*) i pokrewne im rodzaje tętna. Zdolność przewodnictwa ruchowego komór mięśnia sercowego może być wzmożona, lub zmniejszona. W przypadku pierwszym, jeżeli nadto serce jest mocno podrażnione, dochodzi do t. zw. *delirium cordis*; tu działa doskonale naparstnica, jako lek, regulujący czynność serca przez podrażnienie nerwów błędnych. W przypadkach drugiej kategorii tętno może stać się prawidłowo przepuszczającym i w końcu mamy do czynienia z arytmia. To tętno przepuszczające za pośrednictwem całego szeregu stanów przejściowych może w końcu doprowadzić do *bradycardii*, t. j. stanu, w którym skurcz serca bywa wywoływany przez każde następce podrażnienie. Stan ten poczytują za przyczynę cierpienia STOKES-ADAM'a. Arytmia typowa, zależna od osłabienia kurczliwości mięśnia sercowego, daje nam obraz tętna zmiennego (*puls. alternans*). Zaburzenia w okresie trzeciej funkcji zasadniczej mogą występować oddzielnie lub współcześnie z zaburzeniami dwóch pozostałych funkcji.

D-r GRUBE (Neuenahr). O cierpieniach żołądka i kiszek, zależnych od dny. Mówca z naciskiem zaznacza istnienie zaburzeń trawienia u chorych na dnę, które zależą od cierpienia zasadniczego. Zarówno ze strony żołądka, jak i ze strony kiszek, występują liczne zjawiska chorobowe, które mo-

żliwe są tylko przy współistnieniu spraw fermentacyjnych lub gnilnych. To mamy do czynienia z szeregiem objawów,³ których całokształt przypomina dyspepsyę nerwową, to znów spotykamy pewne nieprawidłowości w chemizmie żołądka, to wreszcie zaburzenia ruchowe. Zaznaczyć należy, iż chorzy nie tracą łaknienia. Co do kiszki, to zwykle istnieje zaparcie stolca, brzuch bywa wzdęty, a wypróżnienia mocno cuchnące, wskutek czego w moczu zjawia się indykan w znacznej ilości. Nadto z wypróżnieniami często zostają wydalane duże ilości kału, czemu w wielu razach towarzyszą napady kolki. Mówca mniema, że zaburzenia kiszkowe i żołądkowe stanowią zjawisko pierwotne i zjawiają się do pewnego stopnia zastępczo zamiast ostrego napadu dny. Dla prawidłowego rozpoznania cierpień żołądka i kiszki, zależnych od dny, trzeba mieć na względzie trzy punkty: 1) Czy dawniej zdarzały się napady ostre dny, albo czy są jakiegokolwiek jej objawy? 2) Inne objawy dny przewlekłej. 3) Czy w danej rodzinie dna nie jest dziedziczna.

D-r GRUBE (Neuenahr). O śpiączce podobnej do *coma diabeticum* Niedawno d-r W. STERNBERG z Berlina wykrył kwas b-amidomasłowy; ponieważ autor ten utrzymywał, że nowo odkryty kwas wywołuje śpiączkę cukrzycową u ludzi, przeto mówca przedsięwziął szereg prób na zwierzętach, w celu przekonania się o słuszności twierdzeń STERNBERG'a. Kwas b-amidomasłowy był wstrzykiwany kotom pod skórę, a wynik następował rychło i zawsze był dodatni: zjawiały się zmiany charakterystyczne w oddechaniu, poczem zwierzęta zapadały w śpiączkę. W moczu występował i cukier, lecz mówca sądzi, że zjawisko należy kłaść na karb zabiegu operacyjnego, natomiast zasługuje na uwagę obecność w moczu acetonu i kwasu aceto-octowego. W kilku przypadkach typ oddechowyy powracał do normy po zastrzyknięciu roztworu dwuwęglanu sodu.

D-r SCHOTT (Nauheim). Grypa i przewlekłe cierpienia serca, Mówca zaznacza, że zakażenie grypowe odbija się i na sercu, mianowicie w ten sposób, że czynność tego narządu staje się mniej sprawną i w końcu dochodzi do porażenia serca. Nic dziwnego, że wobec tego śmiertelność z grypy staje się większa. Następnie mówca wskazuje trzy kategorie cierpień serca, które albo zostały wywołane bezpośrednio przez grypę, albo w których cierpienie zasadnicze uległo znacznemu pogorszeniu pod wpływem grypy. Do nich należą: 1) Cierpienia serca pierwotne; 2) cierpienia serca wtórne, które powstały wskutek innych chorób zależnych od grypy; 3) Wpływ grypy na istniejącą już wadę serca. Z pomiędzy cierpień, zaliczonych do pierwszej gromady, należy przede wszystkim nadmienić o nerwowych cierpieniach serca. W przypadkach nerwic ruchowych spotykano częściej tachykardję, aczkolwiek i zwolnienie tętna i bradykardya wcale nie należą do rzadkości, i żadne cierpienie zakażne nie dawało dotychczas tak znacznej liczby podobnych przypadków. Dusznica rzekoma, dusznica bolesna istotna i *neurasthenia cordis* wśród osób, które przebyły grypę, są również dosyć częste. Lecz najczęściej występują cierpienia mięśnia sercowego, już to nie powikłane, już to jakby powstające na tle nerwic serca. Największe niebezpieczeństwo grozi tym chorym na grypę, którzy poprzednio zapadali na zapalenie wsierdzia lub mięśnia sercowego. Cierpienie mięśnia sercowego ulega szybkiemu pogorszeniu pod wpływem influenzy, a ogromna odsetka cierpień serca wrodzonych kończy się śmiercią. Znaczne rozszerzenie serca zdarza się często przy prostym osłabieniu mięśnia sercowego, a istniejące dawniej nerwice serca nie tylko łatwo ulegają nawrotom, lecz jednocześnie wskutek tego nawrotu cierpi i mięsień serca.

(D. n.).

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= DAY podaje wyniki leczenia biegunki krwawej wymiotnicą z jednej, a siarczanem magnezu z drugiej strony. Z 25 chorych, leczonych wymiotnicą (*ipecacuanha*) z makowcem, zmarła $\frac{1}{3}$ część; u pozostałych okres zdrowienia posuwał się zwolna, a były też i nawroty. Z 35, leczonych siarczanem magnezu, zmarło tylko 3. Autor radzi dawać po drachmie 3 razy dziennie. (*Brit. med. Jour.* 4. 2. 99).

= MONTEUX opisuje związek pomiędzy różą a gościem stawowym na zasadzie jednego własnego i 11 przypadków z literatury. Często choroby cierpieli poprzednio na gościec, podagrę lub też pochodzili z rodzin obarczonych podagrą; rzadziej gościec przejawiał się odrazu pod postacią róży. Zapalenie stawów zazwyczaj zjawiało się w okresie zdrowienia z róży, podczas łuszczenia się naskórka, już po zniknięciu gorączki. Gorączka na nowo wracała, tętno stawało się szybszem, stawy obrzmiewały, były bolesne i zaczerwienione. Zdarzały się też powikłania ze strony serca. Salicylan sodu działał bardzo dobrze, lecz po przerwaniu dawek ból i obrzmienie powtarzały się. (*Rev. de med.* 10. 1. 99).

= BARDET zauważył, że otrzymać można zupełne i długotrwałe znieczulenie danego miejsca, gdy się rozpyła chlorek etylu po posmarowaniu tegoż miejsca mocnym roztworem wodnym kokainy. To dało powód B. do wypróbowania roztworu kokainy w chlorku etylu celem znieczulenia miejscowego. Roztwory eukainy okazały się mniej skuteczne. Autor przygotował roztwory 1—2—3—4 i 5% w rurkach takich, w jakich się przechowuje chlorek etylu. Można używać środka tego nie tylko do rozpylania, lecz i do okładów: w tym celu kładzie się wate, zmoczoną w roztworze, na dane miejsce, które chcemy znieczulić. Skutek otrzymuje się w jednym i drugim razie po upływie 5—6 minut. Najbardziej przydatny jest sposób powyższy przy operacjach na błonach śluzowych, zwłaszcza jamy ust, a także odbytnicy, żołądki, wejścia do pochwy i t. d., niemniej i na skórze (ropnie, zastrzały); również przy wprowadzaniu do żył surowicy sztucznej, przy usuwaniu kaszaków, brodawek, przypalaniu wilka. FERRAND zaleca rozpylanie roztworu kokainy w chlorku etylu przy nerwobólach. (*Presse med.* 25. 3. 99).

Wiadomości bieżące.

— Nakładem grona lekarzy galicyjskich znacznie wkrótce we Lwowie wychodzi pismo p. t. „Polskie Archiwum nauk lekarskich“. Archiwum to obejmować będzie prace ściśle naukowe z dziedziny anatomii, histologii, embriologii, fizjologii i chemii fizjologicznej, patologii doświadczalnej, bakteriologii, farmakologii, anatomii patologicznej, tudzież prace ściśle naukowe z medycyny klinicznej i wychodzić będzie równocześnie w dwóch wydaniach — polskiem i niemieckiem — w dowolnych zeszytach. Kilka zeszytów, obejmujących razem 40—50 arkuszy druku, stanowić będzie tom. Do grona założycieli

może być przyjęty każdy, kto na cele wydawnictwa „Archiwum“ złoży jednorazowo kwotę 100 koron (100 marek lub 50 rubli) i obowiąże się składać rocznie kwotę 120 koron (120 marek lub 60 rubli) płatnych w ratach miesięcznych. Przedpłata wynosić będzie: na jeden tom wydania polskiego 20 koron, na jeden tom wydania niemieckiego 30 koron, na jeden tom w obu wydaniach 35 koron. Redaktora i komitet redakcyjny wybiera walne zgromadzenie założycieli na trzy lata. Wszelkie pisma należy nadsyłać pod adresem naczelnego redaktora, którym jest prof. d-r Henryk KADYI, Lwów, ul. Zielona 15.

WYDAWCA Dr. L. Guranowski.

REDAKTOR odpowiedzialny Dr. med. M. Sadowski.

Доволено Цензурою, Варшава, 27 Июля 1900 г. Druk K. Kowalewskiego, Warszawa, Mazowiecka 8.

ZAKŁAD LECZNICZY D-ra SOLMANA

(Chirurgia, choroby kobiet).

Warszawa, Aleja Szucha Nr. 9.

Przyjmuje chorych na stałe pomieszczenie za opłatą od 2 rb. do 6 rb. dziennie.

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

Warszawski Zakład Ginekologiczny

Marszałkowska 45.

D-rów Boryssowicza, Brühla, Gromadzkiego, Jaskłowskiego, Kuniewicza, Natanson, Thiemego, Tyrchowskiego i Winawera. Przyjmuje osoby, dotknięte chorobami kobiecymi, jako też spodziewające się słab., za opłatą od 1.50 do 5 rs. dziennie za całkowite utrzym., leczenie, lekarstwa i t. d.

Dom Zdrowia

D-ra Fr. Stępkowskiego

Długa Nr. 8 w Warszawie

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

ZAKŁAD CHIRURGICZNY

D-ra Adama Przyborowskiego

w Warszawie

Sewerynow 5, róg Oboźnej,

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

Wiadomość o warunkach pobytu codz. od 12—1

Zakład Lecznicy dla chorych

NA USZY

D-ra L. Guranowskiego

Bracka 20.

przyjmuje chorych na stałe pomieszczenie za opłatą od rb. 3—5. Ambulatoryum codziennie od 11—1.

Cena biletu kop. 50.

ZAKŁAD LECZNICZY

D-ra med. Z. Dmochowskiego

dla chorych na krtań, gardło i nos.

Chmielna 17.

W ambulatorjum codziennie otwartem od 10—11 i od 3—4. Porada 30 kop.

Instytut farmaceutyczny



Ludwika Wilhelma Gans
we Frankfurcie n. Menem

JODALBACID

Nazwa zastrzeżona, Patent zameld.

Literatura:

Arch. f. Dermat. u. Syph. 1898. T. XLIV. Dr. Zualzer. „Neue Vorschläge zur Jodtherapie der Syphilis.“ L'ind. med. 21. Juin 1899: Dr. Lefort „Etude expérimentale et clinique sur l'Jodalbacid.“

CHLORALBACID

Nazwa zastrzeżona.— Patentowany.

Literatura:

Münch. med. Wochensh. 1899 Nr. 1. Rada dworu Prof. Dr. Fleiner „Ueber Chloralbacid u. seine therapeutische Wirkung bei Magenkrankheiten u. Ernährungsstörungen.“

AMYLOFORM

Nazwa zastrzeżona—Patentowany.

Literatura:

Rada tajny Prof. Dr. Classen. „Ueber Amyloform. Dr. B. Longard. „Ueber den Werth des Amyloforms in der Chirurgie.“ (Therap. Monatshefte. Münch. med. Woch. 1899 Nr. 12). Dr. Heddaeus: „Ueber zwei Ersatzmittel des Jodoforms.“

Literatura i próby darmo za pośrednictwem W. Hoffmanna Moskwa. Małyj Zlatoustinskij pereulok dom Hirsza.

Pracownia analityczno-lekarska

D-RA STANISŁAWA MUTERMILCHA

Rozbiory chemiczno-bakteryologiczne i mikroskopowe moczu, płwociny, krwi, zawartości żołądkowej, kału, nalotów dyfterytycznych, mleka kobiecego, wydzielin z narządów moczopłciowych, kamieni moczowych i żółciowych, rop wysięków i t. d.

Zielna Nr. 22 (Marszałkowska 127)

PRACOWNIA PATOLOGICZNA

D-ra JULJANA STEINHAUSA

ul. Wspólna № 15.

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