

# GAZETA LEKARSKA.

---

W d. 25. XI. r. b. zmarł w Krakowie

**LUDWIK TEICHMAN,**

znakomity anatom,

b. długoletni profesor anatomii we Wszechnicy  
Jagiellońskiej, b. Rektor tejże Wszechnicy.

Życiorys tego wielce zasłużonego dla nauki Męża  
podamy w następnym numerze Gazety Lekarskiej.

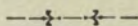


# I. KRWOTOKI NOSOWE.

Napisał

**Władysław Wróblewski.**

lekarz ambulatorium dla chorób gardła i nosa w szpitalu Ewangelickim w Warszawie.



Krwotoki nosowe, jak wiadomo, zdarzają się nadzwyczaj często i przeważnie nie wymagają interwencji lekarskiej, a lekarz bywa wzywany dopiero wtedy, gdy krwotok przybiera wielkie rozmiary, środki zaś domowe okazują się nieskutecznymi. Ta częstość, nadzwyczaj nieraz uporczywych krwawień z nosa, wymagających doraźnej, a różnorodnej pomocy ze strony lekarzy, nie poświęcających się ryнологii, skłania mnie do zabrania głosu w tej kwestyi na podstawie licznych przypadków, spostrzeganych w praktyce.

Objawy krwawień z nosa są bardzo różne. Chorzy, którzy często im podlegają, prawie zawsze są w stanie naprzd przewidzieć mający nastąpić krwotok. U jednych zapowiada go pewne uczucie tętnienia w nosie, w głowie uszach; u innych ból głowy, uczucie przyływu krwi do głowy, zawroty głowy, dalej czerwonosć jednego lub nawet obu policzków, zatkanie nosa i kichanie i t. d. W wielu jednak przypadkach następuje krwotok nieoczekiwanie bez żadnej napozór widocznej przyczyny, po zwykłym wytarciu nosa lub nawet i bez tego.

Natężenie krwotoków bywa bądź bardzo małe, ograniczające się do kilku lub kilkunastu kropel, bądź większe, gdzie krew płynie strumieniem, z jednej lub obu stron nosa, od przodu lub też jednocześnie i przez nozdrza tylne. Niekiedy znowu krew splywa z nosa do gardzieli i krtani, powodując kaszel i pozorne krwioplucie. Taki przypadek widziałem u studenta, który, będąc zawsze zupełnie zdrowym, naraz na dużem zebraniu towarzyskiem zaczął pokasływać i krew odpluwać. Przestрах tego młodzieńca trudno opisać, zbladł, był blizkim omdlenia. Doraźnie zbadalem nos i gardziel i spostrzegłem krew splywającą po za łukiem tylnym z jamy nosogardzielowej. Przeplukanie nosa zimną wodą zatrzymało krwotok i wrzekome krwioplucie. Przypadki tego rodzaju nie są bynajmniej rzadkością; widywałem je wielokrotnie w praktyce, gdzie lekarze terapeuci, nie znajdując żadnych objawów fizykalnych—ze strony płuc, ani też ogólnych towarzyszących krwiopluciu, słusznie podejrzewali, że krew pochodzi z nosa lub jamy nosogardzielowej. Ta ostatnia częściej bywa źródłem takich krwotoków. Gdy krwotok nosa nastąpi podczas snu, krew bywa przełykaną, poczem następują wymioty krwawe, wrzekomo żołądkowe. Innym znowu razem krew splywa po tylnej ścianie krtani, aż do rozdwojenia oskrzeli, jak to widział prof. M. SCHMIDT<sup>1)</sup>, powodując wrzekome krwotoki płucne.

<sup>1)</sup> Prof. M. SCHMIDT. Die Krankh. d. oberen Luftwege etc., str. 642 i dalsze.



Rozmiarów gwałtowniejszego krwotoku nosa nigdy na pewno przewidzieć nie można, bywają nawet śmiertelne, choć na szczęście wyjątkowo rzadko. Jeden taki przypadek sam obserwowałem [patrz spostrzeżenie XVII].

Częstość krwotoków nosowych łatwo objaśnić obfitością naczyń krwionośnych w błonie śluzowej nosa wogóle, a w szczególności istnieniem ciał jamiastych na muszlach nosowych, a także i tem, że nos więcej jest wystawiony na wpływy zewnętrzne atmosferyczne i mechaniczne, niż inne narządy.

Co do przyczyn, wywołujących krwotoki z nosa, to te są tak różnorodne, jak różnorodne są czynniki zewnętrzne i wewnętrzne, ściśle z istnieniem naszym związane.

Różni autorowie starali się zaprowadzić pewną klasyfikację tych przyczyn: dzieli je więc M. MACKENZIE <sup>1)</sup> na mechaniczne i konstytucjonalne [Patologiczny skład krwi, choroby naczyń, zaburzenia w krążeniu krwi i zastępcze krwotoki (*haemorrhagia vicarica*)]; J. MOURE <sup>2)</sup> na urazowe, samodzielne (*idiopathiques*), objawowe ogólne i miejscowe i na zastępcze (*supplémentaires*). Według JACCOUD'a przyczyny krwawienia z nosa są urazowe, mechaniczne i adynamiczne.

Praktycznego znaczenia podział taki nie ma, zawsze znajdują się jakieś przyczyny, nie dające się podciągnąć pod żadną z danych postaci, lub w ogóle nie dające się wykryć lub objaśnić.

Czem np. objaśnić krwotoki nosowe u JANA QUERCETO <sup>1)</sup>, sekretarza Franciszka I, u którego krwotok z nosa występował tylekroć, ile razy powąchał jabłko. D-r BOUWER <sup>2)</sup> opisał przypadek gwałtownego krwotoku z nosa i ust u 12-letniego dziecka, który zakończył się wyzdrowieniem. Przyczyny nie dało się wykryć.

Obserwacja uczy nas, że krwotoki nosowe o wiele częściej spotyka się u mężczyzn, niż u kobiet, i pod tym względem wszyscy autorowie są jednego zdania.

Niekiedy blahe na pozór przyczyny wywołują krwotok, jako to różne wonne substancje: pył tabaki, jalapy, weratryny, ipeki, amoniak, pary chloru, bromu i t. p.. We wszystkich tych razach istnieje zawsze jakaś osobista skłonność, gdyż na wielką liczbę ludzi, podlegających tym wpływom, stosunkowo nie wielu miewa krwotoki.

Tą osobistą skłonnością można objaśnić i te krwotoki, które BRESGEN nazywa *epistaxis spontanea* [bez żadnej widocznej przyczyny]. Jak w wielu usposobieniach chorobowych, tak i tutaj wielką odgrywa rolę dziedziczność. Każdy z nas może łatwo przypomnieć sobie z praktyki mniej lub więcej rodzin z wybitną skłonnością do krwotoków nosowych. Najczęściej ma to miejsce do pewnego wieku. Rodzice, zasięgający porady z powodu *epistaxis* u dzieci, zazna-

<sup>1)</sup> M. MACKENZIE. Die Krankh. d. Halses und der Nase. II Tom, str. 465.

<sup>2)</sup> J. MOURE. Manuel pratique des maladies des fosses nasales etc. Paris. 1893, str. 319.

<sup>3)</sup> M. MACKENZIE.

<sup>4)</sup> DE BOUWER. Heftige Blutung aus Nase und Mund. Internation. Centralblt. f. Laryng. etc. 1893, str. 435.



czają, że i oni w tym wieku temu podlegali<sup>1)</sup>. Dalej spostrzegamy często nawykowe krwotoki z nosa, powtarzające się mniej lub więcej często przy jednoczesnym istnieniu jakiejś przyczyny lub nawet bez niej. Więc u jednych krwotok występuje zawsze podczas bólu głowy, niestrawności, migreny, ostrego nieżytu nosa i t. d., u innych znowu podczas upału, na zebraniach towarzyskich, gdzie dużo światła, gorąco, duszno; jeszcze inni, gdy wyjdą na wiatr, mróz lub w ogóle gdy ulegną nagłej zmianie ciepłoty lub ciśnienia atmosferycznego [wysokie góry, jazda balonem]. Są znowu ludzie, u których krwotoki te występują okresowo, np. zawsze na wiosnę lub w lecie lub i w częstszych okresach.

Co do mnie, to bez porównania częściej widziałem okresowe krwotoki podczas upałów, niż w innych porach roku.

Znanym jest fakt krwotoków nosowych zastępczych (*epistaxis vicaria*), zamiast hemoroidalnych; częściej zdarzają się one u kobiet zamiast miesiączki lub też zjawiają się podczas lub przed miesiączkowaniem<sup>2)</sup>. Ten ostatni rodzaj krwawień zbadał bliżej i opisał prof. B. FRAENKEL, którego zdanie większość autorów potwierdza. Przytacza on kilka o tyle interesujących przypadków, że sądzę warte są powtórzenia.

KUSSMAUL<sup>3)</sup> spostrzegł krwotoki nosowe regularnie powtarzające się u kobiet przy braku macicy.

FISCHER spostrzegł u dziewczyny 19-to letniej krwotoki nosowe, powtarzające się regularnie co 6 tygodni podczas *molimina menstrualia*. Krwotoki te były tak silne, że ją o śmierć przypawiły.

OTTO ORERMEIER<sup>3)</sup> miał pacjentkę, która raz tylko w 15 roku życia miała menstruację. Od tego zaś czasu występowały regularnie co 4 tygodnie krwotoki nosowe, powtarzające się w ciągu 3 dni od 1 - 3 razy dziennie, przyczem nie bywało żadnego krwawienia z organów płciowych. W marcu 1870 roku zatrzymały się krwotoki nosowe, a 4 grudnia urodziła ona zupełnie donoszone dziecko. W sześć tygodni po porodzie występowały znowu krwotoki z nosa, powtarzające się regularnie co 4 tygodnie, lecz mniej obfite, a trwające za to w ciągu dni 8. Zatrzymały się znowu po powtórnym zajściu w ciążę. [Patrz moje spostrz. XVIII].

PUECH<sup>3)</sup> spostrzegł 18 razy krwawienia z nosa, występujące zamiast menstruacji.

BAUMAGARTEN, cytowany w dziele prof. MASSEI<sup>4)</sup>, uznaje możliwość takich krwotoków, lecz przy jednoczesnym istnieniu przyczyn usposabiających w nosie. WAGNER<sup>5)</sup> zaś zupełnie nie wierzy w możliwość prawdziwych zastępczych krwotoków nosa zamiast menstrualnych.

<sup>1)</sup> RUST cytowany u ZADDER'a uważa dzieci po suchotnikach za szczególnie usposobione do *epistaxis habitualis*.

<sup>2)</sup> Prof. JURASZ. Die Krankh. d. oberen Luftwege, str. 97.

<sup>3)</sup> Cytowani w pracy prof. B. FRÄNKEL'a w Handbuch der spec. Pathologie und Therapie herausgegeben von Prof. ZIEMSEN. 1876. IV Tom.

<sup>4)</sup> Prof. F. MASSEI. Pathologie und Therapie der Nasenhöhlen etc.. Deutsch von D-r FINK. 1892, str. 65—76.

<sup>5)</sup> WAGNER [CASSEL]. Ein Beitrag zur Lehre vom Nasenbluten. Dissertation. Marburg. 1893.



Dla mnie osobiście fakt istnienia takich zastępczych krwotoków nie ulega wątpliwości i dla tego w okresie miesiączki radziłbym unikać wszelkich zabiegów chirurgicznych w nosie.

Ciekawym również jest fakt, że wiele śpiewaczek scenicznych nie może śpiewać podczas miesiączkowania, gdyż występuje wtedy znaczne przekrwienie błony śluzowej nosa i strun głosowych; dwukrotnie nawet spostrzegalem u jednej z artystek wylew krwawy pod błoną śluzową struny głosowej po występie podczas miesiączkowania. Tembardziej możliwą jest *epistaxis*, skutkiem ścisłego związku, jaki zachodzi pomiędzy organami płciowymi i nosem, jak tego dowiódł JOAL<sup>1)</sup> (*une corrélation intime, une véritable sympathie entre l'appareil de la reproduction et de l'olfaction*). Podczas miesiączki spostrzegal JOAL obrzmienia muszeli nosowych, co zresztą potwierdzają i inni autorowie, np. LERMOYEZ. Budowa anatomiczna ciał jamistych muszeli nosowych i członka męskiego jest zupełnie podobną. Ciała jamiste są bardzo łatwo kurczliwe (*eréctile*) i mogą obrzmiewać nie tylko przez kongestye do głowy, lecz i drogą zwrotną. Przez drażnienia najodleglejszych organów mogą one momentalnie powiększać i zmniejszać swoją objętość i stąd powstają czerwone, kuliste, zatykające nos obrzmienia, które za chwilę znowu znikają. Według SCHECH'a, ma to zależeć od *ganglion sphenopalatinum trigemini*. Związku nosa z organami płciowymi dowodzi JOAL cytatami z historii, autorów i z praktyki.

Najważniejszym jednak faktem, którego dowiódł JOAL, co potwierdza prof. A. SCHMIDT (*l. c.*), to jest częstość krwotoków nosowych u onanistów. Od czasu pracy JOAL'a miałem możność wielokrotnego sprawdzenia prawdziwości jego poglądów, a nawet dwukrotnie z powodu uporczywych i często powtarzających się krwotoków zwróciłem uwagę rodziców we właściwym kierunku i przypuszczenia moje zostały potwierdzone.

Bardzo częstą przyczyną krwotoków nosowych są urazy, a więc operacje wewnątrz-nosowe, uderzenia, upadek na nos, zbyt silne wycieranie go, dłubanie palcami, ciała obce wywołujące rany lub owrzodzenia.

CONDORELLI<sup>2)</sup> opisał przypadek krwotoku nosa, spowodowanego przez pijawkę, którą wykrył rynoskopią tylną w lewym nozdrzu; przypuszcza on, że dostała się ona ze strony gardzieli.

Co do dłubania palcem w nosie, według ZUCKERKANDL'a<sup>3)</sup>, jest ono główną niemal przyczyną nawykowych krwotoków nosowych i w ogóle urazów; HAJEK<sup>4)</sup> zaś nie waha się uznać go za jedną z głównych przyczyn wrzodu dziurawiącego przegrodę nosa.

1) JOAL. De l'épistaxis génitale. Revue mensuelle de Laryng etc. 1888. Nr. 2.

2) Intern. Centralb. für Laryng. und Rhinol. 1893 na 1894, str. 76. CONDORELLI-FRANCavigLIA. Schwere Epistaxis durch Stich der Hirudo sanguisuga.

3) Normale und pathologische Anatomie der Nasenhöhle etc. von Prof. ZUCKERKANDL. II Band. 1892.

4) HAJEK. Ulcus perforans septi nasi und habituelle Nasenblutung. International. klin. Rundschau. Nr. 41, 42. 1892.



Nowotwory w nosie powodują też dosyć często i to zwykle bardzo gwałtowne krwotoki. W większości przypadków są to nowotwory złośliwe, zajmujące i jamy boczne nosa <sup>1)</sup>. Znane są również polipy śluzowe, z obfitym rozwojem naczyń krwionośnych (*angiomata*, jak chce VOLTOLINI), wyrastające najczęściej z przegrody nosa, które dawać mogą bardzo znaczne krwotoki <sup>2)</sup>.

Wyrosłe adenoidalne, wywołując obrzęki zastoinowe błony śluzowej nosa, są w wieku dziecięcym bardzo częstą przyczyną krwotoków nosowych, o czem zresztą już dawniej pisałem <sup>3)</sup>. Tutaj raz jeszcze wspominam, aby zwrócić na nie szczególną uwagę pediatrów. Poniżej przytaczam odnośne spostrzeżenia [IV, VII, VIII, IX]: w jednym z nich krwawienia pochodziły z samego guza wyrosła.

Ostre otrucia mogą również dać powód do krwotoków z nosa, np. KRAUSS widział gwałtowny krwotok po zatruciu belladonną.

Bardzo ciekawy przypadek opisuje LEWIN <sup>4)</sup>: u chłopca, 17 lat mającego, wkraplano do worka łącznicy po 2 krople roztworu atropiny [1—120]; w parę minut potem występowały krwotoki nosowe, trwające około kwadransa. Chory skutkiem tego znacznie osłabł. Po przerwach kilkudniowych za każdym ponownym wkropleniu występowały znowu krwotoki. Duboizyna wywoływała też krwotoki. Środki użyte były zupełnie dobre i skażenia krwotocznego nie było. M. MACKENZIE <sup>5)</sup> widywał je przy otruciu fosforem. Często bywają krwotoki u nałogowych pijaków.

Środki lekarskie mogą niekiedy wywoływać krwotoki w ogóle, a zatem z nosa. Znane mi są przypadki krwawień macicznych po użyciu małych nawet dawek chininy. Spostrzegalem i niżej przytaczam [spoztrz XV] przypadek gwałtownych krwotoków nosa u dziewczynki 13-to-letniej, przy jednoczesnem krwawieniu wszystkich błon śluzowych i wylewach krwi podskórnych, które przypisać mogę użyciu chininy.

Toż samo znajduję u LEWIN'a, który nazywa to *petechiale Form des Chinin-eranthems* [str. 465]. Krwotoki nosowe były spostrzegane i dawniej po użyciu preparatów kory chinowej, a także obecnie po użyciu soli chininy. U chorych na zapalenie płuc leczonych chininą występuje *epistaxis* w 12% przypadków.

U wielu autorów spotykam ogólnikowe wzmianki o częstem występowaniu *epistaxis* podczas zimnicy <sup>6)</sup>, nie mogę się oprzeć wątpliwości, czy to choroba sama krwotoki takie wywołuje, czy też prędzej może lekarstwo, *resp.* chinina?

U LEWIN'a też znajduję wzmianki o krwotokach nosowych powstałych skutkiem podawania jodku potasu [str. 408], antypyryny [str. 529], [patrz spostrzeżenie XIX], antyfibriny [str. 545].

[C. d. n.]

<sup>1)</sup> Patrz niżej spostrzeżenie XVI.

<sup>2)</sup> Patrz niżej spostrzeżenie XIII i prace D-ra LUBLINERA, *Medycyna*. 1895, D-ra A. KOHNA *Gazeta Lekarska*. 1895.

<sup>3)</sup> *Gazeta Lekarska*. 1889. *Przegląd Lekarski*. 1891.

<sup>4)</sup> *Intern. Centralbl.* 1892, str. 6.

<sup>5)</sup> L. LEWIN. *Die Nebenwirkungen der Arzneimittel*. Berlin. 1893, str. 219.

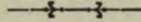
<sup>6)</sup> CROS et IMBERT. *Revulsion à la région splénique pour combattre les épistaxis chez les paludéus*. *Centralblatt f. Laryng. etc.* 1894, str. 76.



## II. O NOWOTWORACH MÓZGOWIA I LECZENIU ICH CHIRURGICZNEM.

Napisał

Władysław Gajkiewicz.



[Dokończenie. — Patrz Nr. 47].

Rozstrzygnąwszy pytanie, iż w danym przypadku jest nowotwór mózgowia, co zazwyczaj bywa łatwym, gdzie on jest usadowionym, co bywa trudniejszym, i jakiej on jest natury, co zwykle jest najtrudniejszym, musimy postawić sobie nowe pytanie, a mianowicie: czy nowotwór kwalifikuje się do wycięcia. Jakkolwiek bowiem ideałem byłoby, aby każdy nowotwór mózgowia, jako ciało obce, niepotrzebne, szkodliwe, mógł być usuniętym, to jednak nie tylko, że daleko jesteśmy od tego ideału, lecz nawet powątpiewać można, czy doń kiedy dosięgniemy.

Na kwalifikację nowotworu mózgowia do interwencji chirurgicznej wpływa: siedlisko, natura guza, wielkość jego i ogólny stan chorego.

Najłatwiejsze do usunięcia i najlepsze pod tym względem rokowanie dają nowotwory, leżące powierzchownie, a mianowicie na górnej powierzchni półkul mózgowych, zwłaszcza zaś guzy zawojów mózgowych, leżących wzdłuż rowka ROLAND'a, jako najdostępniejsze dla rozpoznania i dla wycięcia.

Mniej, niż powierzchowne, kwalifikują się do trepanacji nowotwory, znajdujące się we wnętrzu półkul mózgowych; siedlisko ich bowiem jest trudne do rozpoznania, a jeśli nawet zdradzają się objawami ogniskowymi [jak np. w przypadku ZELLER'a (*Vereins-Beilage der Deutsch. med. Woch. 1895. Nr. 46, str. 191*)], to po otwarciu czaszki chirurg, nie znalazłszy guza, może posądzać o fałszywe rozpoznanie, zwłaszcza gdy guz jest miękki i na dotyk nie daje uczucia większego oporu i nie znosi tętnienia mózgu. Nadto wycięcie takich guzów połączone jest z wielkim zniszczeniem mózgu, większą pozostawia jamę, a więc łatwiej wtedy o krwotok wtórny, *oedema ex vacuo*, *shok* i t. d..

Złe do wycinania, chociaż niezupełnie nieprzydatne, są nowotwory mózdzku. Narząd ten znajduje się bardzo głęboko w czaszce, mało doń przylega, tak, że guzy, siedzące na jego powierzchni górnej, dolnej lub w przedniej jego części, są niedostępne dla noża chirurga.

Niedostępne dla operacji są guzy powierzchni wewnętrznej i dolnej półkul mózgowych, guzy mostu WAROL'a i rdzenia przedłużonego, chociaż zwykle łatwe są one do rozpoznania.

Guzy natury złośliwej mniej się kwalifikują do wycięcia, niż łagodne, gdyż często są tylko przerzutami, metastazami, a nadto, iż łatwiej się odnawiają



[recydywa]. Zazwyczaj jednak natura nowotworu najmniej rozstrzyga o wykonalności zabiegu chirurgicznego, jeśli tylko z innych względów guz da się tą drogą usunąć, a to choćby dlatego, iż o naturze jego dokładnie przekonujemy się najczęściej dopiero po wydaleniu go z mózgowia. Najczęstszymi ze złośliwych nowotworów bywają w mózgowiu mięsaki, operowano je — jak zobaczymy niżej — może najczęściej i to ze względnie zadawalającym wynikiem. Poznaliśmy wyżej zapatrywania chirurgów na możliwość usuwania nowotworów natury gruzliczej. Jednym słowem, wielu chirurgów nie znajduje przeciwwskazania do operacji, zależnych od natury nowotworu mózgowia.

Prawie to samo możemy powiedzieć odnośnie do wielkości guza. Przedewszystkiem musimy zaznaczyć, iż nie łatwo jest oznaczyć wielkość nowotworu, tkwiącego w mózgowiu, a często jest to wprost niemożliwym. Sądźmy o niej w przybliżeniu z ilości objawów ogniskowych i z natężenia objawów ogólnych. Jeśli nowotwór siedzi w pasie ruchowym kory (*zona motoria corticalis*), to naturalnie im będzie on większy, tem więcej będzie niszczył ośrodków tam znajdujących się, tem większą liczbę będzie dawał objawów. Jeśli przytem objawy zwiększenia ciśnienia wewnątrz-czaszkowego będą niewielkie, to prawdopodobnie guz wtedy jest płaski, chyba, iż jest silnie unaczynionym, wówczas bowiem, będąc nawet dużym i sięgając głęboko, nie będzie zbyt silnie i stale zwiększał ciśnienia wewnątrz-czaszkowego.

Im guz jest większy, tem więcej zajmuje miejsca w czaszce, tem więcej zwiększa ciśnienie wewnątrz niej, tem objawy [ogólne] zależne od tego zwiększenia są wyraźniejsze. Wyjątek stanowią guzy, usadowione w tylnym dole czaszki, utrudniające odpływ krwi żyłnej z mózgu do zatoki bocznej; wtedy bowiem guz nawet niewielki, wywołuje wczesne i silne objawy zwiększonego ciśnienia wewnątrz-czaszkowego.

Zbytecznym jest mówić, że im guz jest mniejszy, tem więcej się nadaje do wycięcia. Do niedawna za przykładem BERGMANN'a uważano to nawet za *conditio sine qua non*, aby wycinać z mózgowia tylko guzy małe, jeśli chirurg nie chce zdyskredytować całej chirurgii nowotworów mózgowia. Usuwanie guzów dużych uważano za niebezpieczne z powodu obawy krwotoku, obrzęku mózgu lub szok'u pierwotnego. Przeciw wystąpieniu krwotoku [mogącemu powstać np. wskutek wymiotów po chloroformowaniu, a który to krwotok przez rozmiękłą tkankę mózgową może torować sobie czasem drogę głęboko np. do komórki bocznej, jak to miało miejsce w jednym z przypadków HORSLEY'a], zaradza zazwyczaj wypełnienie jamy po wyłuszczonej guzie gazą jodoformową, postępowanie — jakie od czasu wprowadzenia go przez BERGMANN'a — jest w powszechnem użyciu. To samo zaradzić może i obrzękowi, jaki musiałby wystąpić dla wypełnienia próżni po wyciętym nowotworze. Po zatamponowaniu gazą jodoformową, jama po guzie wypełnia się powoli opadającą sąsiednią substancją mózgową. Pamiętać tylko należy, aby tamponować dużo i nie prędko i nie od razu cały wyjmować tampon. W jednym z przypadków BECK'a, chociaż wyjęto tampon dopiero po 4 dniach, powstał jednak obrzęk komórek (*hydrops ventriculorum*) i śmierć, tak, że w drugim przypadku BECK usuwał tampon powoli i stopniowo, a dopiero 7 dnia wyjął go zupełnie. Wreszcie



obawa o obrzęk mózgu jest, jak to zaznaczył SAHLI, przesadzoną. „Obrzęk mózgu, mówi on [l. c. str. 287], gra w nowszej patologii wogóle rolę daleko mniejszą, niż w starej. W podobnych przypadkach [wycięcie guzów] w protokołach sekcji rzadko spotyka się ze wzmianką o obrzęku mózgu, a nadto, nawet tam, gdzie istnieje [u chorych na serce i nerki], nie wywołuje on za życia żadnych objawów, nie kompromituje czynności żadnego narządu, gdyż tylko ilościowo, a nie jakościowo różni się od fizyologicznego nasiąknięcia (*Durchtränkung*) tkanki limfą“.

Obawa krwotoku wtórnego i obrzęku doszła — dzięki ulepszeniu techniki trepanacji — prawie do *minimum*. Między innymi zawdzięczamy to i metodzie WAGNER'a i KOENIG'a „czasowej osteoplastycznej resekcji czaszki“, wedle której wycina się płat wraz z częściami miękkimi i blaszką zewnętrzną czaszki i pokrywa się nim po ukończeniu operacji defekt kostny, przez co i ciśnienie w tem miejscu wraca do warunków normalnych. WILLIAM MAC-EWEN [z Glasgowa] dla reimplantacji oddalony kawałek czaszki dzieli na małe części, a to, aby uniknąć zgorzeli (*necrosis*) kości, a nadto zaopatruje je szeregiem dziur,  $\frac{1}{4}$  cala w średnicy mających, przez co tworzy się rodzaj kraty, przez oczka której wydzielinę z wnętrza czaszki mają swobodny odpływ na zewnątrz.

Trzecia obawa — *shok'u* — może jest najwięcej usprawiedliwioną, gdyż jest on najczęstszą przyczyną zejścia niepomyślnego. Po usunięciu dużego kawałka zawartości czaszki, cały mózg, ulegając prawom elastyczności, zmienia postać, aby wypełnić powstałą po operacji lukę w mózgu. Takie przemieszczenie elementów histologicznych, tak delikatny narząd, jak mózg, znosi tylko do pewnego stopnia bezkarnie; po za pewną granicą następuje działanie hamujące na ważne dla życia czynności („*Hemmungswirkung auf lebenswichtige Organe*“ — SAHLI). Dla uniknięcia *shok'u* HORSLEY, DANA, HARRISON i inni radzą operować w 2 tempach: jednego dnia wypiłować kości, a dopiero drugiego lub następnych [np. BEEVOR i BALLANCE — szóstego] otworzyć oponę twardą i wyciąć guz z mózgowia.

Obawy powyżej wypowiedziane nie powstały z punktu widzenia teoretycznego, lecz opierały się na danych, poczerpniętych z praktyki. BERGMANN np. (l. c. str. 118) operował w r. 1886 dużego mięsaka mózgu, który przedziurawił opony i kości; śmierć nastąpiła 5-go dnia po operacji z obrzęku mózgu. BIRDSALL w New Yorku (*Medical News*. 1887) w przypadku WEIR'a wyciął z *cuneus* mięsaka, ważącego 140 grm., mającego w wymiarach  $3\frac{1}{4}$ — $2\frac{3}{4}$ — $2\frac{1}{2}$  cala; śmierć nastąpiła w 9 godzin z krwotoku.

W przypadku moim, operowanym przez kol. MATLAKOWSKIEGO w r. 1889, śmierć nastąpiła drugiego dnia po operacji z krwotoku. W przypadku tym sekcyja, dokonana przez kol. PRZEWOSKIEGO, wykryła w substancji korowej na wysokości części średniej zwojów pośrodkowych krwotok w kształcie klina, podobnego do spotykanego przy infarktach w śledzionie.

Wedle BRAMANN'a, jak nie wahamy się przy mięsako-kostniaku (*osteosarcoma*) poświęcić nawet całej kończyny dla uratowania życia, tak i w mózgowiu należy wycinać guzy, gdyby nawet rezultatem operacji było na pewno porażenie ruchu nie do usunięcia. Pierwszy BRAMANN [1892] wyciął guz



z mózgu olbrzymi, bo wielkości pięści, ważący 280 grm. <sup>1)</sup>, miał on 8 ctm. długości na 7 szerokości i zajmował  $\frac{2}{3}$  półkuli. BECK wyciął guz gruzliczy wielkości pięści, który ważył 205 grm., a w innym przypadku guz ważący 220 grm. RIEGNER [1894] wyciął mięsaka bardzo unaczynionego, wielkości jaja gęsiego. W przypadku STARR'a wyciął MC BURNEY guz owalny, mający  $3\frac{1}{2}$  na  $1\frac{3}{4}$  cala. MURRAY i RICHARDSON (*Lancet*. 1895) wycięli z okolicy korowej ruchowej mięsaka, który miał 3 cale długości, 2 szerokości, a  $1\frac{1}{4}$  w średnicy. Ból głowy i bezwład kończyn przeszedł bez śladu, brodawka zastoinowa znacznie się po 3 miesiącach zmniejszyła.

Aby wycięcie nowotworu z mózgowia uwieńczonym było dobrym skutkiem, pożądanem jest, aby on był dobrze odgraniczonym, a jeszcze lepiej otorbionym, inaczej bowiem, chcąc się uchronić od recydywy, chirurg zmuszony jest zachodzić daleko w zdrową tkankę, przez co *restitutio ad integrum* jest trudniejsze. Na nieszczęście warunek ten nie często spotyka się w praktyce. Z najczęściej wycinanych dotychczas nowotworów mózgowia, glejaki są guzem źle odgraniczonym, a mięsaki zwykle są otorbione.

Obecnie większość chirurgów operuje i guzy infiltrujące tkankę nerwową, gdyż — jak uczy doświadczenie na innych narządach — czasami, pomimo iż pozostanie po wycięciu cząstka guza złośliwego, to jednak recydywa nie następuje, a powtórę, ponieważ — co najważniejsze — przy guzach naciekających, chociażby nie udało się uratować chorego, to można mu przedłużyć życie i przynieść ulgę w cierpieniach. W jednym z przypadków, opisanych przez BECK'a i ERB'a [1892], operacja utrzymała chorego przy życiu przez 3 lata. Ponieważ guz (*glio-sarcoma zonae motoriae*) nie mógł być całkowicie usuniętym i odradzał się, operację powtarzano trzykrotnie. Po pierwszej operacji chory cały rok był zdolny do pracy i nie cierpiał; po drugiej — zmniejszyły się objawy paralityczne i poprawa trwała 6 miesięcy; po trzeciej operacji chory żył jeszcze rok; na czwartą proponowaną przez CZERNY'ego chory się nie zgodził. Również w jednym z przypadków, operowanych przez BRAMANN'a z kliniki HITZIG'a, operację powtarzano 3 razy. BECK wyciął guz, 90 grm. ważący, wielkości jaja kurzego, który nadto od swej podstawy dawał wyrostek 4 ctm. długi, a  $1\frac{1}{2}$  ctm. szeroki; spowodowany przez operację brak w mózgu był wielkości dłoni, a głęboki 4—6 ctm. BECK pokrył jamę przez przeszczepienie płata z okolicy czołowo-skroniowej. Ostatcznym następstwem operacji była ogromna poprawa, ustanie drgawek, zmniejszenie bezwładu, ustąpienie brodawki zastoinowej i zależnych od niej zaburzeń wzroku. Fakty tu przytoczone dowodzą między innymi ogromnej odporności mózgu na uraz chirurgiczny.

Wreszcie chirurg, zanim się weźmie do operacji nowotworu mózgowia, musi zwrócić uwagę na stan ogólny chorego [ogólne wyniszczenie, istnie-

---

<sup>1)</sup> Mózgowie mężczyzny waży średnio 1500 grm., z tych przypada 170 grm. na mózdzek, most WAROL'a i rdzeń przedłużony, 50 grm. na opony mózgowe i ciecz mózgo-rdzeniową, a pozostałe 1280 grm. na półkule; jedna więc półkula mózgowa waży średnio 640 grm..



nie jednoczesne zaburzeń w płucach, sercu, nerkach i t. p.], który gdy jest niepomyślny, jest przeciwwskazaniem do operacji.

Zdaniem BERGMANN'a, przeciwwskazaniem do operacji są i objawy nadmiernie zwiększonego ciśnienia wewnątrz-czaszkowego: utrata przytomności, śpiączka, gdyż wtedy obrzęk mózgu jest bardzo duży, a przez operację może się jeszcze zwiększyć. W takich razach, zamiast wycinania guza, możemy dla zmniejszenia objawów uciskowych zrobić przekłucie mózgu, lub, co lepiej, przekłucie kanału kręgowego, o czym będzie mowa w artykule następnym, traktującym o leczeniu wodogłowia (*hydrocephalus*).

Z powyższego widzimy, iż przypadek nowotworu mózgowia tem więcej się nadaje do operacji, im sam nowotwór leży bliżej powierzchni górnej mózgu, im wyraźniejsze daje objawy ogniskowe, im umiejscowienie jego jest dokładniejsze, im mniej złośliwej jest natury, im jest mniejszych rozmiarów, im mniej powoduje groźnych objawów zwiększonego ciśnienia wewnątrz-czaszkowego i im stan ogólny chorego jest pomyślniejszy.

Do niedawna tak się działo, że jeśli brakło tych warunków, to chirurg nie przystępował do operacji. Powoli jednak—jakeśmy to powiedzieli—rozszerzyło się pole działalności chirurga pod tym względem. Przekonano się, iż w wielu przypadkach, w których nie mogło być mowy o radykalnem leczeniu, można jeszcze rachować na działanie paliatywne, łagodzące; chirurg może usunąć najprzykrzejsze dla chorego objawy.

Zdaniem HORSLEY'a, jeśli nowotwór jest za duży, niemożliwy do całkowitego wyluszczenia, to należy z niego usunąć, ile się da, kawałkami, gdyż i taki rękoczyn wywoła poprawę w stanie chorego.

W podobnych przypadkach, gdy guz jest niedostępny [np. bardzo głęboko w okolicy torebki wewnętrznej umieszczony], lub siedlisko jego niepewne, chirurgowie—zwłaszcza angielscy i amerykańscy [HORSLEY, KEEN, MAC EWEN, NICHOLSON, WEIR] — otwierają jamę czaszkową w celu paliatywnym, dla przedłużenia życia, dla zmniejszenia objawów ucisku mózgu, dla uczynienia znośniejszymi: bólu głowy, wymiotów i tym podobnych objawów, których natężenie jest w stosunku prostym do stopnia ciśnienia wewnątrz-czaszkowego. Ważnem zdaje się być w tych razach przecięcie opony mózgowej twardej (*dura mater*), która, wedle doświadczeń BUZZARD'a i BALLANCE'a, jest mało elastyczną, a więc mało ustępuje przy silnem ciśnieniu wewnątrz-czaszkowem. ALBERT ograniczał się tylko na przekłuwaniu opony twardej. HORSLEY twierdzi, iż otwarcie czaszki zawsze usuwa ból głowy, bo nawet w tych przypadkach, w których nowotwór nie mógł być z mózgowia usunięty. Widział on przypadki, w których mimo, iż guz po otwarciu czaszki dalej rósł, ból głowy gwałtowny, jaki chorego męczył przed trepanacją, do śmierci nie wrócił. Otwarcie czaszki zmniejsza nadto obrzmienie tarczy nerwu wzrokowego, przez co wzrok może być nieraz ocalonym. To samo twierdzą i inni autorowie.

Trepanacja więc czaszki, nie będąc sama przez się niebezpieczną, nie pogorszając stanu chorych, zdaniem wielu chirurgów, powinna być dokonywana,



w przypadkach nowotworu mózgowia, nie nadającego się do wycięcia, jedynie w celu ulżenia choremu w jego męczarniach.

HORSLEY otwarciu czaszki przypisuje jeszcze jeden wpływ dodatni: sądzi on mianowicie, iż niektóre nowotwory mózgowia, po dokonanej trepanacji, w skutek zmienionego ciśnienia wewnątrz czaszki, ulegają zwyrodnieniu. Na poparcie swego zdania przytacza on 2 przypadki: w jednym z nich z powodu groźnych objawów (*asphyxia*) dokonał on w ciągu 18 miesięcy 2 razy otwarcia czaszki, które przynosiło choremu dużą ulgę; na sekcji, zamiast guza, znaleziono w mózdzku małą jamę o ścianach nieregularnych. W drugim przypadku, spostrzeganym przez BUZZARD'a, guz w zawoju pośrodkowym przednim był tak duży, iż nie można go było wyciąć, zrobiono tylko trepanację czaszki; po operacji objawy się zmniejszyły [drgawki, bezwład połowiczny], chory żył przez 2 lata; na sekcji znaleziono nowotwór w rozpadzie.

Są przypadki, w których lekarz z istniejących objawów podejrywa tylko, iż mogą one zależeć od nowotworu mózgowia. Nawet w takich przypadkach podejrzanych niektórzy chirurdowie między nimi i BERGMANN, radzą robić nietylko trepanację czaszki, lecz i nacięcie mózgu próbne (*incisio probatoria*). Chirurg jednak w tym razie musi być na to przygotowanym, iż może być zmuszonym przerwać operację. Otwarcie czaszki, w takich przypadkach ma znaczenie metody badania, która ma na celu wykazać, czy w danym razie nóż chirurga może mieć zastosowanie, jako środek leczniczy. Inni chirurdowie, np. BRAMANN, potępiają tę *craniotomiam explorativam s. probatoriam*, potępiają otwieranie czaszki jedynie dla zobaczenia, czy jest co do operowania.

Jeśli chirurg decyduje się na wycięcie nowotworu z mózgowia w danym przypadku, to, ogólnie biorąc, powinien tego dokonać jak najprędzej, dopóki guz względnie jest najmniejszym i dopóki łatwiej przez całkowite wycięcie go, uchronić chorego przed recydywą.

Ponieważ doświadczenie nauczyło, iż nawet w takich razach, gdy pozornie wszystko [wywiady, badanie obiektywne] mówi przeciw syfilitycznemu pochodzeniu guza, późniejszy jednak przebieg choroby lub sekcya niejednokrotnie wykazują naturę jego syfilityczną, przyjętem jest przeto—przynajmniej w przypadkach wątpliwych—przeprowadzenie przed operacją leczenia próbnego rtęcią i jodem, lub wreszcie ogólnie wzmacniającego, jeżeli jest podejrzenie, że cierpienie może być natury gruźliczej. Dopiero jeśli takie leczenie, które zdaniem V. HORSLEY'a (*The Lancet*. 1893) powinno trwać 6 tygodni, a zdaniem STARR'a nawet 3 miesiące, zawiedzie, nie da polepszenia, należy przystąpić do trepanacji czaszki i wycięcia guza. Należy jednak pamiętać, iż jeśli mimo leczenia swoistego objawy nie ustąpiły, to nie jest to niezbitym dowodem, iż w danym przypadku nie było syfilisu, bo objawy mogą być podtrzymywane blizną, pozostałą po wessaniu gumatu. W takich razach przez operację „*wir setzen an die Stelle der schlechten Narbe die bessere*“ [BERGMANN str. 101]. HORSLEY i GOWERS, opierając się na badaniu pośmiertnem podobnych przypadków, wypowiedzieli na „*British medical Association*“ w Newcastle [sierpień. 1893] (*Wiener klin. Woch.* 1894. Nr. 10 i 11) zdanie, iż nawet



gumat mózgu nie leczy się rtecją, ani jodem, gdyż naokoło niego wytwarza się ognisko cierpienia opony twardej (*pachymeningitis*), które zaraża stopniowo dal-  
sze okolice opon mózgowych i że często powoduje zwyrodnienie wtórne. Z tych  
powodów HORSLEY, jako jedyny sposób radykalnego wyleczenia gumatu, uwa-  
ża wycięcie go. W wyciąganiu wniosków z leczenia swoistego należy być  
bardzo ostrożnym nadto i dlatego, że doświadczenie codzienne, poparte bada-  
niem pośmiertnym, uczy, iż nawet przy guzach natury niesyfilitycznej, np. przy  
glejakach, pod wpływem jodu objawy czasami się uspokajają, choć prawda, iż  
wtedy poprawa jest przemijającą.

Zdaniem HORSLEY'a, guzy gruźlicze poprawiają się czasami przy leczeniu  
preparatami aptekarskimi [arszenik, tran, i t. d.], ma ono w nich wywoływać  
zwyrodnienie serowate.

Niektórzy chirurgowie, zanim przystąpią do wycięcia guza z wnętrza  
czaszki, żądają, aby, obok objawów ogniskowych, wystąpił chociaż 1 objaw  
ogólny, np. brodawka zastoinowa. Dotyczy to przedewszystkiem padaczki  
JACKSON'owskiej, gdyż, jak to obecnie stwierdzono, może ona wystąpić nie  
tylko przy cierpieniach organicznych *zonae motoriae corticalis*, lecz także przy  
histeryi i różnych intoksykacyach (*uraemia, tuberculosis, carcinosis*). W wię-  
kszości przypadków jest to żądanie niesłuszne, gdyż nowotwór, w tem miej-  
scu ulokalizowany, musi dojść do dużych rozmiarów, aby wywołał objawy  
silnego zwiększenia ciśnienia wewnątrz-czaszkowego; czekać więc tej chwili  
byłoby dobrowolnem zmniejszeniem szansy powodzenia i narażeniem chorego  
na zejście niepomysłne.

Pierwsi, którzy wycięli nowotwór z mózgowia, rozpoznany jedynie z obja-  
wów mózgowych [a nie z istnienia guza jednocześnie i w innem miejscu — oczo-  
dole, kościach czaszki i t. p. — jak to miało miejsce w przypadkach DURAN-  
TE'go, MAC EWEN'a, BIRDSALL'a], byli BENNETT i GODLEE (*Lancet, 1884*). Wy-  
cięli oni glejaka z okolicy ruchowej korowej; chory zmarł w 4 tygodnie wsku-  
tek zapalenia ropnego opon mózgowych. Z dobrym wynikiem pierw-  
szy wyciął nowotwór z mózgowia HORSLEY w r. 1886 (*British. med.  
Journal. 1887*). Od tego czasu liczba dokonanych operacji guzów mózgowia  
z każdym rokiem *crescendo* wzrasta.

BERGMANN [1889] naliczył 19 przypadków operowanych; w 8 z nich nastą-  
piło wyzdrowienie mniej lub więcej zupełne [w niektórych pozostały niedo-  
władki], w 3 recydywa, a w 8 śmierć [2 razy z *meningitis suppurativa*, 1 raz  
z krwotoku wtórnego, u reszty z shok'u].

GALLEZ [1893] zebrał już 30 przyp. nowotworów mózgowia operowanych.

Z tych 30 = 15 wyleczeń, 10 śmierć, 4 poprawa, 1 recydywa.

gruźliczych	5 = 1	"	3	"	1	"	—
syfilitycznych	4 = 3	"	1	"	—	"	—
torbieli	9 = 6	"	1	"	2	"	—
mięsaków	8 = 4	"	3	"	1	"	—
glejaków	3 = —	"	2	"	—	"	1 recydywa.
włókniaków	1 = 1	"					



ALLEN STARR [1893] podaje liczbę operowanych nowotworów mózgowia na 97, z których większość, bo 81, siedziała w mózgu, a tylko 16 w mózdzku.

Z liczby tej 97, było przypadków:

	w mózgu, w mózdzku, razem	
w których guza przy operacji nie znaleziono . . .	26	9 = 35
" " guz znaleziono, lecz go nie wydalono . . .	1	2 = 3
" " " wydalono i chory wyzdrowiał . . .	39	3 = 42
" " " " " umarł . . . . .	15	2 = 17

Z 54 przypadków, w których wycięto nowotwór z mózgu, znajdował się on 43 razy w okolicy ruchowej korowej (*zona motoria corticalis*), 5 razy w zrazie czołowym, 1 raz w zrazie ciemieniowym, 2 razy w zrazie potylicowym, w 3 siedlisko było podane niedokładne. Z chorych, którym wycinano nowotwór mózdzku, tylko 1 miał po operacji nie umrzeć.

Ogółem, wedle wyliczeń STARR'a, w 46% przypadków operowanych nastąpiło wyzdrowienie, co ze względu na nowość nauki o umiejscowieniach mózgowych i nowość procedury chirurgicznej jest bardzo zachęcającem. Na nieszczęście jednak wszyscy odsetkę tę uważają za wysoką, co przypisują temu, iż wynik operacji za wcześnie bywa ogłoszony, a przypadki śmiertelne nie opisywane.

CHIPAULT [1895] liczbę nowotworów mózgowia dotychczas operowanych podaje na 135. Przyjrzawszy się jednak jego statystyce, musimy wykreślić z niej pewną liczbę przypadków wątpliwych, niedokładnie opisanych lub z takim umiejscowieniem guza, iż z góry można było wiedzieć, iż operacja musi być bezskuteczną. Po takim odtrąceniu, cyfry CHIPAULT'a zgadzają się z takimież STARR'a. Od czasu jednak wydrukowania pracy CHIPAULT'a ogłoszonych jest kilkadziesiąt nowych przypadków guzów mózgowia operowanych, tak, iż bez przesady liczbę tę możemy, co najmniej, podać na 150.

Wreszcie cyfry dostarczone przez te statystyki mają wartość tylko względną i wykazują tylko w przybliżeniu liczbę nowotworów mózgowia operowanych, brak w nich bowiem wielu operacji, które nie były opisane, a zwłaszcza tych, które zakończyły się śmiercią. Te ostatnie niektórzy chirurdzy starannie ukrywają. Mimo to jednak z dotychczasowych wyników można wyprowadzić wniosek, iż operacja w niejednym przypadku ocalała chorego, który bez niej prędzej lub później musiałby umrzeć, a nadto, iż można z dobrym skutkiem wycinać nowotwory ze wszystkich okolic mózgowia, dotykających czaszki, bez względu na naturę samego nowotworu.

Guzy natury gruczliczej, mimo iż teoretycznie biorąc—jak to wyżej zaznaczyliśmy—wycinanie ich nie przedstawia wielkich szans powodzenia, wydalano jednak i z dobrym skutkiem. Na 12 takich nowotworów w mózgu lub mózdzku, cytowanych przez CHIPAULT'a, w 2 były one w kilku miejscach jednocześnie. Pomyślnie zakończył się 1 przypadek HORSLEY'a i 2 MAC EWEN'a; były to guzy gruczlicze okolicy ruchowej korowej. Wyleczeniem także zakończył się przypadek VIERORDT-CZERNY'ego [1893] guza gruczliczego w substancji białej okolicy korowej ruchowej. MAC EWEN w 2 przypadkach osiągnął poprawę przez wycięcie guza gruczliczego z mózdzku.



Gumaty mózgowia, wedle statystyki CHIPAULT'a, wycinano 10 razy: BARTON-KELLOCK [1889], CLARKE [1890], DILLER [1892], HARRISON [1893] 2 razy, HORSLEY [1887—1891], LAMPIASI [1889—1891], PARKER [1893], RANNIE-WILLIAMS [1888], SANDS [1888]. We wszystkich przypadkach były to gumaty okolicy ruchowej korowej, w 1 tylko [DILLER] był gumat mózdzku. Wyzdrowieniem zakończyły się przypadki: HARRISON'a [1 przypadek], HORSLEY'a [poprawa], LAMPIASI'go, PARKER'a i RANNIE'go. Do tych przypadków dołączyć należy jeszcze przypadek mój, operowany przez kol. ODERFELDA [1894], a który zakończył się pomyślnie. GALLEZ nadto cytuje jeszcze 2 inne: BAVRIE'go i MAC EWEN'a, które także skończyć się miały wyzdrowieniem chorego.

Opierając się na danych statystycznych, najwięcej jednak dotąd wycinano glejaków i mięsaków, stanowią one bowiem, co najmniej, połowę wszystkich operowanych nowotworów mózgowia. Wreszcie dość dużo między operowanymi było torbieli surowicznych i pochodzenia pasożytniczego [CHIPAULT cytuje 16 przypadków], kilka włókniaków i 3 naczyniaki (*angioma cavernosum* -- przypadki BREMER'a i CARSON'a [1890], PÉAN'a [1891], POIRIER'a [1892]).

Chociaż więc dotychczasowych wyników leczenia chirurgicznego nowotworów mózgowia nie można uważać za niepomyślne, przeciwnie nawet, zachęcają one do dalszych zabiegów, to jednak, w ogóle biorąc, chirurgia nowotworów mózgowia, dotąd przynajmniej, nie przedstawia się w różowym świetle, dla tego głównie, iż większość guzów mózgowia nie kwalifikuje się do operacji, a wiadomo, iż nowotwory należą do cierpień mózgowia częstych. Nie kwalifikują się zaś do wycięcia dlatego, iż w pewnej liczbie przypadków przebiegają one skrycie, nie zdradzając się objawami, z których możnaby wnosić o ich istnieniu. Dalej prawie  $\frac{1}{3}$  guzów mózgowia [bo wedle statystyki STARR'a 185 na 600] jest nie do operowania, gdyż siedzi w „osi mózgu“, a więc w miejscu niedostępnem dla noża chirurga, chociaż wtedy rozpoznanie ich zazwyczaj jest łatwe, z powodu zajęcia nerwów mózgowych. BRUNS na 54 przypadków w 39 mógł rozpoznać miejsce mózgowia, w którym siedział nowotwór, z tych jednak—17 przypadków było z powodu siedliska nie do operowania.

Wedle statystyki STARR'a na 600 przypadków nowotworów mózgowia, w 234 [40%] znajdowały się one powierzchownie; [w substancji korowej szarej lub białej powierzchni górnej półkul mózgowych]. Z tych 234 tylko 164 przypadki kwalifikowały się do operacji, a z nich tylko 37, gdyby była robioną operacja, mogłyby być zakończoną dobrym wynikiem, a więc na 600 przypadków nowotworów mózgowia 37, to jest 6%, mogłyby być wyleczonymi chirurgicznie. Wedle RIEDEL'a, na 100 guzów mózgowia, tylko w 6 może być wcześniej zrobione rozpoznanie i operacja, a i z tych 6—zdaniem wielu—w 3 następuje śmierć po operacji.

Inni autorowie podają mniej więcej podobną odsetkę nowotworów mózgowia zdalnych do wyleczenia drogą chirurgiczną: HALE WHITE 10%, MILLS i LLOYD 10%, KNAPP 2%, DANA 5%—średnio więc 7%. Odsetka ta z czasem niewątpliwie zwiększy się, w miarę postępu fizjologii mózgu, a więc zdobyczy, jakie neurologia osiągnie na polu „umiejscowień mózgowych“; równolegle bowiem z tem zmniejszy się wtedy liczba przypadków nowotworów mózgo-



wia skrycie przebiegających, a więc niedostępnych dla rozpoznania i leczenia chirurgicznego. Chirurgowie tedy, jak się wyraża BRAMANN, „sind auf die Mitwirkung und Unterstützung der Neurologen angewiesen und mit diesen gemeinsam zu handeln gezwungen, ohne aber damit des eigenen Urtheils uns zu begeben und die Operation gewissermassen als bestellte Arbeit anzusehen ohne Kritik — und verständnisslos auszuführen“.

„Rozpoznawanie cierpień mózgu i kwalifikowanie ich w danym przypadku pod rękę chirurga do specjalistów niewątpliwie należy. Musi jednak chirurg, biorąc na koniec skalpela całą odpowiedzialność za przyszłość życia chorego, być w stanie oryentowania się dokładnego w całym zadaniu, gdyż w razie przeciwnym musiałby albo trepan oddać w ręce neuropatologa, albo w dłoni tego ostatniego grać rolę ślepego narzędzia“. [R. JASIŃSKI. Dyagnostyka chirurgiczna. Warszawa. 1894. str. 152].

## L I T E R A T U R A.

Prócz wymienionych w artykule „o leczeniu chirurgiczem ropni mózgowia“ prac: ALBU, BECK'a, BERGMANN'a, BÖCKER'a, CHIPAULT'a, GALLEZ'a, HIRSCH'a, NAVRATIL'a, SAHLI'ego i STAR-  
R'a, posilkowaliśmy się:

OPPENHEIM: Zur Pathologie der Grosshirngeschwülste. Archiv f. Psych. und Nervenkrankh. Bd. XXI, XXII. 1889—1890.

PÉCHADRE. De la trépanation dans les épilepsies JACKSON'iennes. Paris. 1889.

MEYER M. Die corticale Epilepsie u. ihre Behandlung durch die Trepanation. Strasburg. 1889. Verhandlungen des X internationalen medicinischen Congresses in Berlin. Bd. IV. 1890.

SZCZYPIORSKI. Des entozoaires de l'encéphale. Thèse de Paris. 1890.

BITOT et SABRAZÛS. Etude sur les cysticerques en grappe de l'encéphale et de la moelle chez l'homme. Paris. 1891.

POSTEMPSKI. Monoplegia brachialis dextra; epilepsia brachio-facialis. Endothelioma alveolare zonae motoriae. VIII Zjazd Towarzystwa chirurgów włoskich w Rzymie. 1891. Revue de Chirurgie. 1892.

ERB. Zur Chirurgie der Hirntumoren. Deutsche Ztschr. f. Nervenheilkunde. Bd II. 1892.

HAYES AGNEW. Trépanation pour les tumeurs du corveau. Archives de Neurologie. Nr. 71. 1892.

HITZIG. Ein Beitrag zur Hirnchirurgie. Berl. klin. Woch. Nr. 29. 1892.

BRAMANN. Ueber Exstirpation von Hirntumoren LANGENBECK's Archiv f. klin. Chir. Bd. 45. 1893 r.

TIETZE-MIKULICZ. Corticale Epilepsie — temporäre Schädelresection — Exstirpation zweier Cysticerken aus dem motorischen Rindengebiet — Besserung der nervösen Erscheinungen. Deutsch. med. Woch. Nr. 5. 1893.

GUÉRINEAU. Etude sur les kystes hydatiques du cerveau. Paris. 1893.]

PEL-KORTEWEG. Eine grosse Hirngeschwulst ohne Kopfschmerz und mit normalem Augenhintergrund. Exstirpation. Berl. klin. Woch. Nr. 5. 1894.

PEYTAVY. Contribution à l'étude des tumeurs cérébrales. Paris. 1893.

British medical Association in Newcastle. August. 1893 ref. w Wiener klin. Wochenschrift. Nr. 10 i 11. 1894.

MEYER R. Ueber den Cysticerkus cellulosa des Gehirns. Göttingen. 1894.

MYA i CODIVILLA. Contributo alla diagnosi ed alla cura delle cisti da echinococco cerebrali. Il Policlinico. 1894. ref w Ctblt. f. innere Medicin. Nr. 33. 1894.

RIEGNER. Exstirpation eines Hirntumors. Deutsche med. Woch. Nr. 23. 1894.

G. TROJE. Chirurgische Beiträge zur Localisation der Grosshirnrinde. Deutsch. med. Woch. Nr. 5 i 6. 1894.



WINTERMANTEL. Zwei Fälle von primaerem Gehirnsarkom. Würzburg. 1894.

DINKLER. Ein Fall von Hydrocephalus und Hirntumor. Hemiplegia dextra. Sarcoma lobi parietalis dextri. Deutsch. Ztsch. f. Nervenheilk. Bd. VI. 1895.

VIERORDT. Ueber die operative Behandlung subcortical gelegener Hirntumoren. Fortschritte der Medicin. 1894, ref. w Revue Neurologique. Nr. 15. 1895.

WILLE. Ueber Cysticerken im vierten Hirnventrikel. Halle. 1895.

HARREN. Ueber temporäre Schädelresection bei Hirntumoren und bei Epilepsie. Köln. 1895.

ALBERT. Einige Fälle von palliativer Trepanation bei Hirntumoren. Wiener med. Wochenschr. Nr. 1, 3, 5. 1895.

GRASER. Eine operativ behandelte Hirncyste. XXIV Congress der deutschen Gesellschaft für Chirurgie zu Berlin. 1895. Ref. w Allgemeine med. Central-Zeitung. Nr. 36. 1895.

BRUNS. Gehirntumoren. Encyclopädische Jahrbücher der gesammten Heilkunde. V. 1895.

BERNHARD RIEDEL. Ueber chirurgische Operationen im Gehirn. LXVII Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte zu Lübeck. 1895.

Z KLINIKI CHORÓB DZIECIĘCYCH PROF. A. CZERNY'EGO W WROCŁAWIU.

### III. BADANIA CHEMICZNE I KLINICZNE NAD T. ZW. MLEKIEM TŁUSTEM GÄRTNER'A (Gärtner'sche Fettmilch).

[Rzecz czytana na posiedzeniu Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego d. 17. IX. 1895].

Przez

**D-ra Władysława Papiewskiego**

lekarza chorób dziecięcych w Radomiu.

— † — † —

[Dokończenie. — Patrz Nr. 46].

Obok tych jednak wyników ujemnych notujemy i 4 ostatnie, w którym stan dzieci nie był zbyt złym w początku karmienia, więc i rezultat jest wiele lepszym i tu były znaczne wahania w wadze ciała i tu poprawa nie była stałą i bardzo tylko powoli trawienie zaczęło przybierać cechy więcej normalnego, stołeczki zawsze jeszcze dużo do życzenia pozostawiają, lecz ostatecznie notujemy przyrost wagi, znaczniejszy w miarę wytrwałego stosowania diety tłustej, i możemy rokować względnie pomyślnie. Na udowodnienie, że mleko GAERTNER'a nawet w uporczywych zaburzeniach trawienia tego typu może okazać bardzo pomyślny wpływ leczniczy i odżywczy, przytoczę jeszcze zatem przypadek niestrawności przewlekłej, gdzie wagi w tablicy przedstawiono. Dotyczy on Karola Koc..., 7-mio tygodniowego syna nożownika. Dziecko karmiono od urodzenia sztucznie i leczono poliklinicznie z powodu dyspepsy w ciągu 8-iu miesięcy, podczas których wagę jego przedstawiam w niżej podanej tablicy.

W d. 17 listopada dziecko waży 3490. Odżywiane jest mlekiem krowiem w stosunku 1:3 do d. 10 stycznia.

19. XI.—3450. 22.—3410. 23.—3410. 26.—3420. 27.—3380. 3. XII.—3390.  
8.—3520. 13.—3570. 15. 3530. 19.—3630. 24.—3550. 31.—3600. 3. I.—3620.  
5.—3580. 9.—3780.

Od d. 10 stycznia dostaje śmietankę BIEDERT'a № 1.



D. 13 stycznia waga dziecka 3810. 14. I.—3810. 15.—3680. 16.—3700. 17.—3660. 18.—3810. 23.—3860. 24.—3860. 26.—3930. 2. II.—3880. 6.—3860. 11.—4020. 13.—4090. 16.—4030. 19.—4110. 25.—4220. 6. III.—4160. 9.—4390. 13.—4240. Od 17 marca karmione mlekiem kozim w stosunku 1:3.

D. 19 marca waga dziecka 4310. 25.—4370. 1. IV.—4300. 4.—4390. 9.—4510. 13.—4610. 19.—4650. 21.—4610. 24.—4590. 30.—4710. 8. V. 4740. 16.—4980. 23. 4810. 25.—4810. 26.—4790. 27. 4880. 29.—4860.

Od d. 30 maja dostaje mleko krowie.

1 czerwca, waga: 4940.

6	"	"	4970.	10 stołeczków dyspeptycznych, śluzowych.
7	"	"	4720.	7 " " "
8	"	"	4800.	4 stołeczki dyspeptyczne, zielone, śluzowe.
9	"	"	4610.	5 stoł. dyspep., żółtych, śluzowych.
10	"	"	4700.	Dostaje mleko GARFTRNER'a po 1 litrze dziennie. 3 stołeczki dyspeptyczne, żółte.
11	"	"	4840.	3 " " "
12	"	"	4860.	4 " " "
13	"	"	4890.	4 " " "
14	"	"	4910.	3 stołeczki gliniaste, białawe.
15	"	"	4940.	3 " " żółte.
16	"	"	4930.	3 " " "
17	"	"	4960.	1 stołeczek dyspeptyczny, żółty.
18	"	"	4930.	3 stołeczki gliniaste, białawe.
19	"	"	5000.	2 " " "
20	"	"	4890.	2 " " "
21	"	"	4980.	2 " " "
22	"	"	5010.	3 stołeczki gliniaste, żółte.
23	"	"	5100.	3 " " "
24	"	"	5070.	Nie było stołeczka.
25	"	"	5070.	1 stołeczek gliniasty, żółty.
26	"	"	5120.	1 stołeczek gliniasty, białawy.
27	"	"	4940.	Nie było stołeczka.
28	"	"	5040.	1 stołeczek gliniasty, żółty.
29	"	"	5050.	2 stołeczki gliniaste, żółte.
30	"	"	5010.	2 " " "
1	lipca,	"	5080.	1 stołeczek gliniasty, żółty.
2	"	"	5030.	2 stołeczki gliniaste, białawe.
3	"	"	5090.	1 stołeczek gliniasty, żółty.
4	"	"	5140.	1 stołeczek gliniasty, białawy.
5	"	"	5190.	1 " " "
6	"	"	5220.	1 " " "
7	"	"	5260.	3 stołeczki dyspeptyczne, żółte.
8	"	"	5310.	5 stołeczków dyspeptycznych, żółtych.
9	"	"	5310.	3 stołeczki gliniaste, białawe.
10	"	"	5210.	2 " " "



11	lipca,	waga: 5230.	2	stołeczki	gliniaste,	żółte.
12	"	" 5170.	2	"	"	"
13	"	" 5260.	2	"	"	"
14	"	" 5270.	2	"	"	"
15	"	" 5340.	2	"	"	"
16	"	" 5320.	2	"	"	białawe.
17	"	" 5460.	3	"	"	żółte.
18	"	" 5440.	2	"	"	białawe.
19	"	" 5480.	2	"	"	"

Cenna ta tablica przedstawia narastanie wagi przy stosowaniu różnych środków dyetetycznych, a mianowicie mleka krowiego [w ciągu 60 dni przybyło 300 grm.], śmietanki BIEDERT'a № 1 [w ciągu 65 dni przybyło 500 grm.], mleka koziego [w ciągu dni 75 wzrosła waga o 600 grm.], powtórnie mleka krowiego, które sprowadziło nowe zaburzenia o typie ostrzejszym, rezultatem czego była strata blisko 400 grm. w ciągu dni 5-ciu, nakoniec mleka GAERTNER'a, które, pomimo to iż zastosowano je wśród objawów obostrzonej niestrawności [do 10 stolców dyspeptycznych w ciągu doby], nie tylko objawy te usunęło, ale w ciągu 40 dni wytrwałego stosowania przyniosło w zysku prawie 900 grm. wzrostu wagi dziecka. Zestawiając te rezultaty, otrzymujemyienne wzrosty wagi:

przy mleku krowiem odpowiedniego rozcieńczenia . . . . .	300:60 = 5	grm.
przy śmietance BIEDERT'a № 1 . . . . .	500:65 = 8,6	grm.
przy mleku koziem odpowiedniego rozcieńczenia . . . . .	600:75 = 8	grm.
przy mleku GAERTNER'a . . . . .	900:40 = 22,5	"

Nie mówiąc już o tem, że mleko GAERTNER'a znakomicie poprawiło charakter wypróżnień, które z nader obfitych i niestrawionych stały się normalnymi co do liczby, a zbliżonymi do normalnych [gliniastych] wypróżnień właściwych mleku krowiemu, widzimy, że przyrost dzienny wagi dziecka przynosił nawet normę narastania wagi u dzieci w odpowiednim wieku, gdy inne rodzaje dyety [mleko krowie, śmietanka i kozie] normy tej osiągnąć nie mogły.

Nakoniec trzeci poddział drugiej grupy obejmuje przypadki, które określiłem jako *gastro-enteritis chronica*. Nie wdając się w rozstrzygnięcie, czy słusznymi są ogólne poglądy CZERNY'ego na przyczynę powstawania powikłań przy zaburzeniach trawienia właściwych tej grupie, poglądy, które pomimo złośliwych insynuacji nawet tego rodzaju, jak FISCHL'a <sup>1)</sup> krytyka, niewątpliwie z najnowszej pedyatrii wiele, jeżeli nie uznania, to przynajmniej interesu obudziły, za znacząc, że przypadki do tej grupy kwalifikowałem na zasadzie istniejących powikłań, czy to ze strony organów mięszszowych [nerek], czy też dróg oddechowych.

Ponieważ powikłania te występują wtórnie, mając za podstawę długotrwałe i ciężkie zaburzenia w trawieniu, nic więc dziwnego, że prawie wszyst-

<sup>1)</sup> Einige Bemerkungen zu dem Aufsätze der Herren A. CZERNY und P. MOSER. Klinische Beobachtungen etc. Jahrb. f. Khk. T. 40, str. 127.



kie przypadki tej grupy należą do rozpaczliwych, a wyniki lecznicze pouczającymi nie są. Oto one:

N-r	Wiek przy rozpoczęciu diety.	Waga początkowa	Czas trwania diety.	Zejsście i wpływ diety na wagę.
15	7½ miesiąca	4700 gr.m.	50 dni	ubyło 130 grm.
16	1½ miesiące	3130 grm.	38 dni	ubyło 730 grm. i †
17	3 miesiąca	2530 grm.	22 dni	ubyło 340 grm. i †
18	2½ miesiąca	2700 grm.	15 dni	ubyło 400 grm. i †
19	3½ miesiąca	3270 grm.	18 dni	ubyło 370 grm. i †
20	7 miesiąca	3800 grm.	15 dni	ubyło 500 grm. i †

Prócz przypadku 15-go, dotyczącego dziecka nieco starszego [7½ m.], które jednak daje rokowanie bardzo wątpliwe pomimo nieznacznego [130 grm.] spadku wagi w ciągu dni 50 stosowania diety GAERTNER'owskiej, inne 5 przypadków dały zejścia śmiertelne przy mniej lub więcej znacznej stracie na wadze. To też stosowałem w nich mleko GAERTNER'a więcej *experimenti causa*, niż w nadziei poprawienia ich ciężkiego stanu i zauważyłem, że dyeta ta czasem [przypadki XVII i XIX] powoduje chwilową poprawę i wzrost wagi ciała, która jednak później spada tem raptowniej.

Ostatnie trzy przypadki przedstawiają wpływ diety GAERTNER'owskiej na przemianę materii dzieci chorych na różne ciężkie cierpienia, wyniki jej stosowania nie są dodatnie, lecz można wątpić, by jakakolwiek dyeta dała w powyższych przypadkach lepsze wyniki, jeżeli wziąć na uwagę ciężki przebieg gorączkowy zapalenia płuc w przypadku XXIII-im, młody wiek dziecka i złośliwy rozwój w przypadku XXII-im gruźlicy płuc, nakoniec ciężką krzywicę i wodogłowię z zaburzeniami w sferze nerwowej przypadku XXI-go.

Nr.	Choroba zasadnicza.	Wiek przy rozpoczęciu diety.	Waga początkowa.	Czas trwania diety.	Wpływ diety na wagę.
21	<i>Hydrocephal. int.</i>	32 miesiące	7200 grm.	10 dni	ubyło 380 grm.
22	<i>Tuberculosis</i>	6 miesięcy	5450 „	30 „	„ 1300 „
23	<i>Pneumonia</i>	12 „	5070 „	15 „	„ 900 „

Jakkolwiek niedostateczne są moje badania nad mlekiem GAERTNER'a, czuję się jednak uprawnionym do postawienia na ich zasadzie następujących wniosków.

1) Mleko GAERTNER'a ze względu na swój skład chemiczny, zawierając 3,5% tłuszczu i 1,7% białka, jest do mleka kobiecego zbliżonem najwięcej ze znanych i używanych dotąd mlecznych surrogatów.

2) Mleko GAERTNER'a pod względem jałowości, stosunku swego do podpuszczki i kwasu solnego przewyższa niewątpliwie zwyczajne mleko krowie.



3) Strawność tłuszczu mleka GAERTNER'owskiego jest zupełną i nie ustępuje strawności tłuszczu mleka kobiecego.

4) Strawność białka mleka GAERTNER'a nie dorównywa strawności białka w mleku kobiecym, przewyższa jednak strawność sernika krowiego.

5) Niemowlęta zdrowe rozwijają się przy karmieniu mlekiem GAERTNER'a równie dobrze, jak przy karmieniu piersią.

6) Przy zaburzeniach trawienia mleko GAERTNER'a okazuje się mniej lub więcej odpowiednią pożywką zależnie od natężenia zaburzenia i od jego uprzedniego trawienia: daje bezwzględnie dobre wyniki przy niestrawności ostrej, zmienne przy niestrawności przewlekłej, a niedostateczne lub złe w przewlekłych nieżytach żołądkowo-kiszkowych u niemowląt.

7) W ciężkich chorobach zakaźnych i ustrojowych mleko GAERTNER'a nie jest w stanie wynagrodzić strat, jakie ustrój z zasadniczej przyczyny ponosi.

Z tego, co tu powiedziałem, zarówno jak z niedostateczności badań moich, co dobrze uznaję, wynika potrzeba dalszych spostrzeżeń klinicznych. Już moje badania, potwierdzając nadzieje, jakie można było w mleku GAERTNER'a pokładać, dostateczną winny być ku temu zachętą. Wprawdzie karmienie sztuczne u nas, [biorąc w rachubę kraj cały] nie jest zjawiskiem tak powszechnem, jak na Zachodzie, jednak w wielkich miastach lub miejscowościach fabrycznych jest już kwestyą na' dobre. Trudne warunki materialne obok niskiego poziomu umysłowego naszych klas pracujących, których potomstwo prawie cały zastęp sztucznie karmionych stanowi, przemawiają tembardziej za mlekiem GAERTNER'a jako środkiem pożywienia niemowląt w użyciu prostym, a do nabycia tanim. Inicytywa do preparowania go sposobem fabrycznym przy wzorowych gospodarstwach mlecznych w Warszawie i okolicy winna pochodzić od lekarzy, a tembardziej lekarzy-pedyatrów. Nakoniec dyetę GAERTNER'a uważam za najlepszy sposób żywienia dzieci z syfilisem dziedzicznym w naszych domach podrzutek, których ustrój nie pozwala na stosowanie karmienia mlekiem kobiecym, a przez to dostarcza kolosalnej śmiertelności wśród niemowląt syfilitycznych.

Na zakończenie uważam sobie za prawdziwą przyjemność wyrazić serdeczne podziękowanie przyjacielowi memu, profesorowi A. CZERNY'emu, za materiały kliniczny jakiego mi udzielił i za życzliwe poparcie, którego przy pracy mej nie szczędził mi.

---



## IV. TRZYDZIEŚCI OŚM PRZYPADKÓW BŁONICY, LECZONYCH SUROWICĄ.

Podał

**D-r Henryk Fidler,**

nadetatowy ordynator szpitala Starozakonných w Radomiu.

[Ciąg dalszy.— Patrz Nr. 47].

№ 35. J. H. 1½ 21.VI. 1895. Zachorował przed tygodniem. Gorączkował, lecz chodził. Wczoraj wieczorem dostał silniejszego kaszlu i duszności.

Obecnie mierne wciąganie dolnych międzyżebrzy i *scrobiculi*. Oddech chrapliwy, głos ochryply. Języczek obrzmiały i zaczerwieniony, na wierzchołku i tylnej jego powierzchni biało-żółty nalot. Takiż nalot na lewym migdale. Nie można wreszcie dobrze obejrzeć gardzieli wskutek silnego oporu dziecka. Gruczoły podszczękowe obrzmiałe, szczególnie prawy. W płucach nic osobliwego. Ogólny stan średni. Ciepłota wieczór [8-ma] 38,6°. Wstrzyknięto 1000 jednostek ochronnych surowicy ARONSON'a.

22. VI. Ciepłota rano [o godzinie 9-ej] 39°. Ciepłota po południu [o godzinie 12-ej] 38°. Ciepłota wieczór [o godzinie 6-ej] 38,1°. W nocy dziecko oddechowało z trudnością. Obecnie [o godzinie 12-ej w południe] dziecko spokojne. Oddech jak wczoraj, z małym wciąganiem dolnych międzyżebrzy i *scrobiculi*. W płucach trochę grubych rzężeń. Kaszel wilgotny. W gardzieli: tylna ściana gardzieli i tylna ściana języczka i środkowa część lewego migdałka pokryte grubym, mleczno-białym nalotem, ostro ograniczonym. Języczek i migdałki mniej obrzmiałe. Na prawym migdałku punkcikowaty nalot. Gruczoły podszczękowe bez zmiany. Wieczorem [o godzinie 6-ej] dziecko od czasu do czasu dostaje napadów duszności, przyczem sinieje. W obecnej chwili oddech jest znacznie utrudniony, aniżeli rano, z silniejszym ciągnięciem międzyżebrzy i *scrobiculi*. Oddech chrapliwy. Kaszel wilgotniejszy. W gardzieli błona śluzowa blada, lecz naloty bez zmiany. *Pulsus paradoxus*. W płucach dość dużo świstów. Wymiotny środek podano o godzinie 11-ej w nocy. Pomimo wymiotów, przy których dziecko zrzuciło dość dużo śluzowej plwociny stan się nie poprawił. Sińce pod oczami, dziecko się dusi (*pulsus paradoxus*). W płucach dużo świstów. Dokonano tracheotomii.

Z rany wydziela się niewiele krwawego płynu. Oddechów 80 z silnem wciąganiem międzyżebrzy, *scrobiculi*, *juguli*. *Alae nasi* w ciągłym ruchu. W płucach dużo świstów, obok wilgotnych grubych rzężeń. *Croup descendens*. Stan zły.

23. VI. O godzinie 3-ej dziecko umarło.

*Epicrisis*. Gdy dziecko widział po raz pierwszy o godzinie 6-ej wieczór, nie stawiałem złego rokowania i zaliczyłem nawet przypadek do średnio ciężkich wobec stosunkowo niezbyt wielkich objawów zwężenia krtani.

Wstrzyknąłem jednostek ochronnych 1000 i następnego dnia zauważyłem tylko tę zmianę, iż naloty w gardzieli ostro się odgraniczyły od rozpulchnionej błony śluzowej. Wprawdzie widziałem i na tylnej ścianie gardzieli na-



loty, których nie mogłem dojrzeć przed 12-ma godzinami jedynie wskutek silnego oporu dziecka; przypuszczam jednakże, iż były one od pierwszej chwili. Wieczorem stan się pogorszył, zwięzenie było silniejsze i już występowały objawy sinicy, świsty w płucach, których przedtem nie było. Podejrzewając, iż może oddzielone, lecz jeszcze nie wykrztuszone błony, zatykają światło tchawicy, podałem środek wymiotny w celu usunięcia przeszkód. Oczekiwania zawiodły; okazało się bowiem po 5 godzinach, iż sprawa w krtani trwa dalej, a po operacyi, która nie przyniosła żadnej ulgi, iż widocznie sprawa posunęła się na dół na oskrzela, gdyż oddechów było 80 i świsty, pomimo rurki, słychać było na całej przestrzeni płuc. Robiłem sobie wyrzuty, iż zbyt małą dawkę surowicy zastosowałem w pierwszej chwili i że nie uznał za konieczne operacyę o parę godzin wcześniej, lecz z drugiej strony nie spodziewałem się tak gwałtownego przebiegu. Tu surowica nie powstrzymała pochodu choroby, a tracheotomia nie mogła usunąć przeszkód, leżących poniżej operowanego miejsca.

№ 36 Sz. R. 3 lata 28. VI. 1895. Dziecko chore od 9 dni. Z początku przechodziło odrę. Przed 4-ma dniami lekarz oglądał gardło i rozpoznał dyfteryt gangrenowy. Zalecił tuszowanie sublimatem i jakieś przestrzykiwanie. Obecnie dziecko nieprzytomne, z lekkimi drgawkami górnych kończyn. Gruczoły podszczękowe powiększone, szczególnie zaś prawy obrzmiały, twarde. Cała błona śluzowa gardzieli przedstawia jedną, brudną, szarą masę: z ust obrzydliwa trupia woń. Tętno ledwo wyczuwalne. Połyka z niezmierną trudnością. Wargi pokryte brunatnymi strupami.

Ciepłota wieczór [o godzinie 8-ej] 38,7°. Wstrzyknięto jednostek ochronnych 3000 [1000 jednostek ochronnych. BECHRING'a i 2000 Warszawskiej]. *Coffeinum* pod skórę, wino. Okład zimny na głowę.

29. VI. [o godzinie 9-ej rano]. Ciepłota 39°. Dzisiaj połknął trochę mleka i zjadł cukierek. Rano miał napad drgawek. O godzinie 11<sup>1/2</sup> przedstawia się, jak następuje: dziecko robi lepsze wrażenie niż wczoraj, wygląd ma bardziej przytomny. Tętno wyczuwalne i pełniejsze niż wczoraj. Gruczoł podszczękowy prawy taki sam. W gardzieli: wyżarte obydwa migdały i jęczyczek i pokryte brudną, szarą masą. *Foetor ex ore* trochę mniejszy. Wogóle stan staje się lepszym, jakkolwiek bez przerwy trwają skurcze i drżenia górnych kończyn. Ciepłota [o godzinie 11<sup>1/2</sup> rano] 38,7°. Ciepłota [o godzinie 7-ej wieczór] 39,2°. *Coffeinum*, wino, mleko, lód na głowę.

Wieczorem stan ciężki. Dziecko nieprzytomne. Drgawki górnych kończyn nie ustają. Połyka z trudem. Tętno małe. Gardzieli obejrzeć nie można wskutek oporu dziecka. *Glysm*a z wodoru chloranu

30. VI. Ciepłota rano 39°. Stan ten sam. Wieczorem drgawki. Ciepłota wieczorem 40°. Stan bezprzytomny.

31. VI. O godzinie 3 rano chory zmarł.

*Episcrisis*. Dziecko prawie konające, z obrzydliwym, septycznym dyfterytem, z silnie wyrażonymi objawami zakażenia septycznego, co najmniej, 5-go dnia choroby było przyniesione do szpitala. Rozumie się, iż od pierwszej chwili nie było żadnej prawie nadziei wyzdrowienia. Wstrzyknąłem dużą dawkę, bo 3000 jednostek ochronnych; po 24-ch godzinach było chwilowe polepszenie, które



jednak szybko ustąpiło i dziecko przy postępujących objawach zakażenia septycznego umarło. Nie powtórzyłem tutaj zastrzykiwania surowicy, nauczony smutnem doświadczeniem № 30, gdzie duża dawka nie przyniosła pożądanych rezultatów, nie można więc było spodziewać się ich po powtórnem zastrzyknięciu. Tutaj stosowano przez 4 dni miejscowe tuszowania. Wierzę, iż gdyby pierwszego dnia, gdy zauważono zajęcie gardzieli, zastosowano surowicę, dziecko dałoby się uratować.

№ 37 E. A. 4 lata 29. VI: 1885. Zachorowała przed 11 dniami; parę dni gorączkowała, poczem pokazała się odra. Przed 6-ma dniami poczęła się dusić. Dzisiaj rano lekarz skonstatował dyfteryt. Obecnie oddechów 78, tętno miękkie.

Ciepłota 39,6° [o godzinie 6-iej po południu], dość silne wciągnięcie dolnych międzybrzeży i *scrobiculi*. Sinicy niema. Bezgłos, kaszel suchy. W gardzieli: tylna ściana gardzieli i tylna powierzchnia języczka pokryte białym, niezbyt grubym nalotem. Gruczoły podszczekowe nie powiększone. W całym lewym płucu oddech oskrzelowy bez rzężeń (*pneumonia sinistra*).

Wstrzyknięto 2200 jednostek ochronnych [1200 jednostek ochronnych BEHRING'a i 1000 ARONSON'a].

30. VI. Ciepłota 39°. Oddechów 60. Kaszel wilgotny. Objawy zwężenia te same. W płucach bez zmiany. Ogólny stan zadawłający. W gardziki naloty też same, tylko błona śluzowa mniej obrzmiała.

Ciepłota wieczór 38,5°. Zwężenie bardzo silne. Sinica. W płucach na całej przestrzeni dużo świstów (*croup descendens*). Stan bardzo zły.

31. VI. Umarł o 6-iej rano.

*Epicrisis*. Pomimo dużej dawki nie udało się powstrzymać przejścia dyfterytu na oskrzela. Wprawdzie w stanie bardzo ciężkim dziecko było przyniesione do szpitala. Operacyi nie robiono wskutek postronnych okoliczności. Tu surowica odmówiła działania.

№ 38. G. J. 1 1/2 roku 9. VII. 1885. Dziecko chore od tygodnia. Przechodziło odrę. W gardle zauważono coś podejrzanego przed 4-ma dniami. Od tegoż czasu dziecko nieprzytomne. Od wczoraj tuszowano gardziel. Obecnie [o godzinie 10-iej rano] ciepłota 38,4°, oddechów 36. Tętno ledwie wyczuwalne, dziecko nieprzytomne, miernie wciąga dolne międzybrzeża i dołek. Cała gardziel wyzarta owrzodzeniem, pokrytem brudno-szarym nalotem. Z ust nie czuć. Ogólny stan zły. Wstrzyknięto 600 jednostek ochronnych BEHRING'a i kofeiny. O 5-iej wieczór dziecko umarło.

*Epicrisis*. Konające dziecko przyniesiono do szpitala. Naturalnie, że ani na chwilę nie przypuszczałem, iżbym rezultat mógł otrzymać po zastrzyknięciu surowicy. Wstrzyknąłem tylko dla spokoju swego. Użyłem bardzo niewiele surowicy, gdyż więcej nie miałem, a wreszcie gdybym nawet posiadał, nie użyłbym jej, albowiem skutku żadnego spodziewać się nie mogłem. Dziecko po 5-ciu godzinach pobytu w szpitalu umarło.

Dla ścisłości dodać muszę, iż we wszystkich przypadkach używałem albo przestrzykiwania, albo płukania kwasem bornym dla utrzymania czystości w jamie ustnej, a przy objawach zajęcia krtani podawałem środki wyksztusne i inhalacye z wody słonej. Naturalnie ani jednemu, ani drugiemu nie przypisuję



żadnego wpływu na przebieg spraw błonicowych. Obok tego podawałem środki podniecające przy objawach niedomogi sercowej. Za wyjątkiem dwóch przypadków nie używałem nigdzie tuszowań gardzieli z chwilą zastrzyknięcia surowicy.

Dla jasności sądu o wpływie surowicy, przytoczę kilka przypadków, nie leczonych surowicą, jakie mi się zdarzyły w tymże czasie.

A. S. F. 3<sup>1</sup>/<sub>2</sub>, roku 8. II. 1885. Brat chorej № 18. Przed 4-ma dniami gorączka, ból głowy i brzucha, co ustąpiło po przeczyszczeniu. Wczoraj wieczór ponownie gorączkował i zauważono krostki na wargach, podniebieniu i w jamie ustnej. Krostki były białe, drobne, znikły. Felczer wczoraj również w gardzieli zauważył czerwoność. Ciepłota o godzinie 10-ej wieczór 38,3°.

Ciepłota rano 38,3°. Zaczerwienienie łąznic, mocne ślinienie. W gardzieli: błona śluzowa gardzieli i podniebienia miękkiego przekrwiona. Na migdałach białe, punkcikowate, grube złogi, większe na lewym, niż na prawym. Na bokach tylnej ściany gardzieli mleczno-białe naloty, wielkości pół grosza. Lewy gruczoł podszczękowy nieco obrzmiały. Złogów z migdałów zdjąć nie można. Błona śluzowa nie krwawi.

Pod drobnowidzem cała kolonia *leptothricis buccalis* i dużo stafylokokków.

Między grzybkami *leptothricis* leżą cienkie, lekko zagięte laseczniki, barwiące się równomiernie, bez zgubień na końcach. Nie uważałem ich za laseczniki LOEFFLER'a.

Ciepłota wieczór 38°. Zaleciłem tuszowanie ichtyol-sublimatem i przestrzykiwanie kwasem bornym.

4. II. Ciepłota rano 36,7°. Ciepłota wieczór 37°. Naloty na prawym migdale znikły, na lewym znacznie mniejsze, na tylnej ścianie gardzieli bez zmiany, lecz żółtawe. Dziecko uskarża się na ból głowy. Podobno przed dwoma tygodniami uderzyło głową o podłogę. Żadnych zbroczeń w tętnie, oddechu i żrenicach. Język obłożony, brzuch miernie wzdęty. Tuszowanie w dalszym ciągu. Przepisano kalomel.

5. II. Ciepłota rano 36,5°. Dziecko wesołe, skarży się jeszcze na ból głowy i brak apetytu. Na lewym migdale jeden punkcikowaty złóg; na tylnej ścianie gardzieli z prawej strony nalot o połowę mniejszy, z lewej bez zmiany. Naloty powierzchowne, płaskie, żółte; tętno nierówne, przepuszczające; żrenice równomiernie rozszerzone, reagują prawidłowo. Brom.

6. II. Dziecko zdrowe. Błony odpadły.

*Epicricis*. Ponieważ postawiłem rozpoznanie *angina leptothrica* na zasadzie drobnowidzowego obrazu, nie zastosowałem surowicy. Jednakże, gdy w 12 dni zachorowała siostra na dyfteryt, miałem pewną wątpliwość co do rozpoznania, gdyż dzieci mieściły się w jednej ciasnej izdebce, w której formalnie wykreścić się nie można było, obcowały ciągle ze sobą, więc prawdopodobnie zaraziło się jedno od drugiego, chociaż upłynęło 12 dni pomiędzy pierwszym a drugim przypadkiem. Podejrzewam, że hodowle w tym przypadku stwierdziłyby obecność LOEFFLER'a laseczników, przeto zaliczam i ten przypadek do błonicy.

Przypadek naturalnie był lekki. Pod miejscowem leczeniem już w 20 godzin ciepłota ciała spadła, naloty poczęły znikać, a ustąpiły z w 3<sup>1</sup>/<sub>2</sub> doby. [C. d. n.



## Wiadomości bieżące.

— Na posiedzeniu zjazdu chirurgów niemieckich w Berlinie w r. 1895 D-r KRAUSE mówił o wynikach wewnątrz-czaszkowej resekcji nerwu trójdzielnego z wycięciem zwoju GASSER'a w rozpaczliwych przypadkach nerwobólu. Operacja ta ze względu na umiejscowienie zmian chorobowych przeważnie w zwoje jest niezaprzeczenie skuteczniejszą, aniżeli resekcya samej gałęzi, trwa zaś nie wiele dłużej i nie pociąga za sobą żadnych niepożądanych następstw. Wykonanie jej podług sposobu WILLIAMA ROSE'go z Londynu polega na wycięciu odpowiedniego płata skóry i na czasowej resekcji łuku jarzmowego, poczem ten ostatni wraz z mięśniem żwaczem odciaga się ku dołowi, przepiłowany zaś wyrostek dziobiasty żuchwy wraz z mięśniem skroniowym—ku górze. Po podwiązaniu tętnicy szczękowej wewnętrznej i oddzieleniu mięśnia skrzydlastego zewnętrznego od podstawy czaszki odszukuje się dziurę owalną, od której ku przodowi i nieco z boku otwiera się czaszkę trefiną. Kierując się przebiegiem trzeciej gałęzi nerwu, operujący przedostaje się wówczas do zwoju GASSER'a i, oddzieliwszy go od opony twardej narzędziem tępem, usuwa zupełnie. Metoda ta nie daje jednak dostatecznego do zwoju dostępu, a, co najważniejsza, blizkie sąsiedztwo trąbki EUSYACHIUSZA niejednokrotnie już było przyczyną zranienia tej ostatniej oraz śmierci operowanych po upływie dni kilku w następstwie zapalenia opon mózgowych gnilnego. Sposób D-ra KRAUSE'go dostatecznie zapobiega powyższemu ujemnym stronom poprzedniego postępowania. Przedewszystkiem autor a pomocą przyrządu własnego pomysłu wycina płat skórno-kostny o postaci, przypominającej kształt macicy z podstawą węższą na łuku jarzmowym; palec, wprowadzony do jamy czaszki środkowej, oddziela oponę twardą od powierzchni górnej podstawy czaszki; dalej trzeba po nad dziurą kolcową (*for. spinosum*) przeciąć tętnicę oponową średnią po uprzednim jej podwiązaniu, i podczas gdy pomocnik szeroką prostokątną łopatką unosi ostrożnie mózg wraz oponą twardą ku górze, operator wyosabnia za pomocą podważki 3-ią i 2-gą gałąź nerwu trójdzielnego, usuwając ku tyłowi ponad zwojem GASSER'a oponę twardą na tyle, by pień nerwu stał się widocznym. Ten ostatni, po przecięciu obu gałęzi na wysokości dziury okrągłej i owalnej, należy wówczas uchwycić w cążki THIERSCH'a poprzecznie i wykręcić razem ze zwojem na zewnątrz. Postępując w ten sposób, autor w trzech przypadkach usunął nerw całkowicie, t. j. aż do mostu WAROL'a, przyczem wycięcie zwoju powiodło się w zupełności. Niekiedy usuwano całkowicie i gałąź pierwszą, chociaż zwykle ta ostatnia odrywa się od zwoju. Przypadkowe naderwanie się opony twardej i wylanie się pewnej ilości płynu mózgo-rdzeniowego nie może mieć tu następstw poważniejszych. Ostatecznie płat skórno-mięśniowo-kostny, po założeniu na dni kilka do rany cienkiego sączka, przyszywa się szczelnie; po upływie zaś mniej więcej dwóch tygodni autor stwierdził wyzdrowienie zupełnie w siedmiu z ogólnej liczby ośmiu operowanych przypadków. Równie pomyslnie brzmią sprawozdania i innych, operujących w sposób powyższy chirurgów [TIFFANY, FRANK, HARTLEY, KORTEWEG]; ogółem zaś na 51 spostrzeżeń odnośnych zaznaczono w 46 wyleczenie i w 5 tylko wynik niepomyślny. Operacja zaś ROSE'go, wykonana dotąd w 22 przypadkach, dała odsetkę śmiertelności większą. Przy operacji liczyć się winno z dwoma niezmiernie wagi warunkami, które ów zabieg mogą uczynić dla chorego groźnym. Pierwszym z nich jest krwawienie obfitsze, jakie wypaść może albo przy oddzielaniu na tępo opony twardej od podstawy czaszki, dalej wskutek otworzenia zatoki jamistej, wreszcie wskutek zesunięcia się podwiązki z tętnicy oponowej średniej; w przypadkach tego rodzaju szczelne naciśnięcie miejsca krwawiącego paskiem gazy jodoformnwej, pozostawionej w ranie na dni kilka, wystarczało zupełnie do opanowania krwawienia; w ostateczności można rozłożyć zabieg na dwa posiedzenia z przerwą trzydniową. Jako drugie poważne powikłanie uważać należy nagły odpływ cieczy mózgowej ku rdzeniowi, jeżeli podczas operacji nieogłędnie i zbyt mocno uniesiemy mózg ku górze. Przy zachowaniu ostrożności autor



ani razu jednak nie miał powikłań czynnościowych mózgu, jakkolwiek w czterech przypadkach wykonywał lewostronną resekcję nerwu trójdzielnego, operował zatem w pobliżu tylnego odcinka trzeciego czołowego i w okolicy pierwszego skroniowego zawoju, t. j. niedaleko od siedliska ośrodków mowy. Pod żadnym zatem pozorem owe warunki niebezpieczne, łatwo przy należytem ich uwzględnieniu omijane, nie stanowią przeciwwskazania do operacji, która uwalnia chorego od dotkliwych bólów, doprowadzających go niekiedy do usiłowania samobójstwa. (*Berlin. klin. Wochenschr.* N. 22. 1895.).—(*Patrz Gazeta Lekarska.* Nr. 21. 1893). *Niedzielski.*

— Prof. M. NENOKI z Petersburga wybrany został na członka korespondenta Akademii Lekarskiej w Paryżu.

— Dla urządzenia jubileuszu 50-letniej rocznicy odkrycia znieczulania, przypadającej w d. 30 września 1896 r., stowarzyszenie prasy lekarskiej w Paryżu wyznaczyło komisję, złożoną z CORNIL'a, LUCAS-CHAMPIONNIÈRE'a i BAUDOUIŃ'a.

— W d. 7 b. m. obchodzono uroczyste w Berlinie jubileusz 50-lecia doktoratu prof. LEWIN'a.

— D. 2 grudnia r. b. obchodzić będą w Berlinie jubileusz 100-letniej rocznicy założenia „*medizinisch-chirurgischen Friedrich-Wilhelms Institut*“.

— Obecnie cholera, prócz Japonii, Wschodniej Syberii i Egiptu, panuje w Europie w gubernii: Wolyńskiej, Podolskiej, Kijowskiej i w Galicyi. W tej ostatniej od 23 sierpnia r. b. do 4 listopada zachorowało w 37 gminach—303 osób, z których zmarło 192.

— I. MIKULICZ i B. NAUNYN wkrótce zaczną wydawać w Jenie czasopismo pod tytułem: „*Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie*“. Czasopismo to ma się zajmować temi dziedzinami wiedzy lekarskiej, w których medycyna wewnętrzna styka się z chirurgią, by tym sposobem obadwa te działy łączyć ze sobą. Pismo ma wychodzić zeszytami po 6—7 arkuszy.

— Podług Kalendarza Lekarskiego kol. POLAKA obecnie Warszawa liczy 659 lekarzy. Liczba mieszkańców w Warszawie wynosiła w styczniu r. b. 535,968 bez załogi i wojskowych.

— Ruchliwa niezmiernie firma KARGER'a w Berlinie wydała pracę GERBER'a: „*Die Syphilis der Nase und des Halses*“. Jest to monografia o 70 stronicach druku. Praca ta była poprzednio drukowaną w *Dermatologische Zeitschrift*. Autor jej, mający możność badania wszystkich chorych syfilityków w klinice Królewieckiej, opiera swoje poglądy na bogatym materiale klinicznym, uwzględniając przytem całkowitą prawie literaturę, dotyczącą tego przedmiotu. Praca ta podzielona na 4 rozdziały: syfils nosa, jamy noso-gardzielowej, gardzieli i krtani, przedstawia wyczerpująco a treściwie obecny stan wiedzy o syfilisie górnych dróg oddechowych i dlatego powinna być odczytaną nie tylko przez specjalistów, lecz przez cały ogół lekarski. Taż sama firma wydała swym nakładem [a drukiem Anczyca w Krakowie] pracę w języku polskim ziomka naszego D-ra. FLATAUA w Berlinie: „Atlas mózgu człowieka i przebiegu włókien“, dedykowaną pamięci prof. CHALUBIŃSKIEGO, a którą to pracę poprzedziły przedtem wydania w języku niemieckim, francuskim, angielskim i rosyjskim. Pomijając wartość jej naukową, ocenioną w różnych krajach, powinniśmy być wdzięczni tak autorowi jej, jak i nakładcy za wzbogacenie biednej naszej literatury anatomicznej.

— QUENU w przypadku rany klutej płuca zmuszony był dla zatamowania krwotoku uciec się do operacji. Chłopiec 19-letni otrzymał ranę klutą w 7 międzyżebrow na stronie lewej. Na drugi dzień Q. wypuścił mu za pomocą przekłucia 600 grm. krwi, 8-go zaś dnia po wypadku—2,000 grm.. Gdy krwawienie nie ustawało, Q. rezekował VII żebro, otworzył opłucną i znalazł płuco mocno skurczone przy kolumnie kręgowej. Skrzepy, pokrywające ranę w płucu, Q. usunął, a samą ranę zatamponował gazą jodoformową. Krwotok zatrzymał się i chory po upływie 15 dni wyzdrowiał. (*Sem. méd.* 13 Nov. 1895).



— Na 10-ym zjeździe chirurgów włoskich LAMPIASI mówił o leczeniu tętniaków za pomocą nakładania szwu na worek. Przy doświadczeniach nad wywoływaniem skrzepów w tętnicach u zwierząt L. zauważył, że, jeżeli nałożyć jeden ściąg szwu węzłkowego na wylot przez tętnicę szyjową, to zaczyna się szybko wytwarzać skrzep i sprawa kończy się zatkaniem tętnicy. Opierając się na tem, LAMPIASI w przypadku tętniaka tętnicy podkolanowej u 65-letniego człowieka nałożył sześć ściągów szwu węzłkowego z jedwabiu wokół na ścianę naczynia. Po upływie dni 10 L. obciął zewnętrzną część każdej pętlicy, sądząc, że wokół wewnętrznych ich części utworzył się już skrzep dostateczny. Rzeczywiście tętnienie w guzie znikło, a po upływie 5 miesięcy i sam guz znikł także. W dyskusji nad tym odczytem DURANTE zwraca uwagę na to, że u osób starych, cierpiących na zwapnienie naczyń, trudno wywołać sprawę zapalną twórczą na ścianach tychże naczyń, można natomiast łatwo otrzymać przy powyższem postępowaniu owrzodzenia, względnie krwotok wtórny. Dowodzą tego dawniej czynione doświadczenia z wprowadzaniem ciał obcych do tętniaków. To też sposób LAMPIASI'ego możnaby stosować tylko u osób, których naczynia jeszcze zachowują swą żywotność. (*Scm. méd. 13 Nov. 1895*).

### O G Ł O S Z E N I E.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie ogłasza następujące tematy do nagród konkursowych z funduszu imienia D-ra Adama HELBICHA, a mianowicie:

1. Historia Warszawskiej Akademii Medyko-Chirurgicznej i Wydziału Lekarskiego Szkoły Głównej w Warszawie.
2. Zasady określenia niezdolności do pracy i zarobkowania po uszkodzeniach wskutek nieszczęśliwych wypadków.
3. Czy istnieją odrębności w przebiegu i i etyologii chorób u ludności żydowskiej w naszym kraju?
4. *Pharmacopoea pauperum* w szerokiem rozumieniu tego wyrazu. Praktyczny przewodnik taniego ordynowania środków lekarskich i opatrunkowych.
5. Anatomia patologiczna i etyologia miękkiego szankra.
6. Unerwienie i refleksy jamy noso-gardzielowej.
7. Anatomia patologiczna i etyologia dyzenteryi.
8. Anatomia patologiczna i etyologia *enteritidis follicularis*.
9. Wahanie się ilości pepsyny w chorobach żołądka.
10. Zbadać doświadczalnie na zdrowych i chorych wydzielanie się soku żołądkowego pod wpływem roztworu różnego stężenia dwuwęglanu sodu.
11. Zbadać własności odkażające formaliny.
12. Porównanie wartości metod operacyjnych przetok pęcherzowych u kobiet po porodzie na podstawie własnego doświadczenia.

Termin do złożenia rozpraw oznacza się trzech-letni, to jest do dnia 19 października roku 1898. Za pracę napisaną na którykolwiek z powyższych tematów wyznacza się nagroda rs. 150, z zastrzeżeniem możności przyznania nagrody w wyższej kwocie, aniżeli rs. 150, w razie wyjątkowej wartości pracy. Takich nagród na rzeczony okres konkursowy oznaczono 6. Wszystkie prace nadesłane być mają pod adresem „Sekretarza Stałego Towarzystwa Lekarskiego w Warszawie“ [ulica Niecała N. 7], z zachowaniem zwykłych form konkursowych, t. j. nazwiska autorów i miejsce ich zamieszkania mają być podane w osobnych kopertach zapieczętowanych i opatrzonych stosownymi dewizami. Prawo ogłoszenia drukiem rozpraw uwieńczonych zastrzeżę sobie Towarzystwo Lekarskie.

Z upoważnienia Towarzystwa, Sekretarz Stały, prof. D-r *Brodowski*.

Do dzisiejszego N-ru Gazety Lekarskiej dołącza się bezpłatnie dla wszystkich prenumeratorów „Katalog nowych i dawniejszych dzieł“ za miesiąc październik oraz „Katalog pism periodycznych medycznych francuskich i niemieckich“ ua rok 1896 księgarni E. Wende i S-ki.

Wydawca, D-r *St. Kondratowicz*.

Redaktor odpowiedzialny, D-r *Wł. Gajkiewicz*.

Довз. Ценаурою, Варшава, 10 Ноябрь 1895 г. Друк К. Ковалевського. Warszawa, Mazowiecka 8.