

GAZETA LEKARSKA

I. Kilka uwag o rzadziej spotykanej zawartości worka przepuklinowego.

1. *Hernia processus vermiformis. Appendicitis herniosa.*
2. *Hernia umbilicalis diverticulis Meckeli.*
3. *Hernia inguinalis sin. tubae Fallopii.*

Skreślił

Dr Franciszek Kijewski,

ordynator szpitala Wolskiego w Warszawie.

Najczęściej w worku przepuklinowym znajdujemy k i s z k i, a na drugim miejscu pod tym względem postawić możemy s i e ć. Tak kiszki, jak i sieć nie stanowią wyłącznie zawartości przepukliny. Liczne spostrzeżenia wykazały, że w worku przepuklinowym spotkać można niemal wszystkie narządy jamy brzusznej, jak: rozmaite odcinki przewodu pokarmowego, pęcherz moczowy, macicę, jajniki, jajowody, jądra uwięzione [GUINCOURT], nerkę [DEIPSER], rozszerzony moczowód [REICHEL], a ROSE nawet podaje trzustkę, SKEY i LANZ—pęcherzyk żółciowy, a KRUYSCH—śledzionę. W przepuklinach przepony, a także urodzonych pępkowych widziano wątrobę¹⁾.

Niekiedy w worku przepuklinowym spotykamy pojedyncze narządy, naprzykład oddzielne pętlice kiszek lub ich odcinki, a niekiedy dwa lub nawet więcej narządów.

¹⁾ E. GRASER. Die Lehre von den Hernien. Chirurgie des Unterleibes. 1900. T. I, p. 609. (Handbuch der praktischen Chirurgie. BERGMANN, BRUNS und MIKULICZ).

Według obliczeń MAYDL'a ¹⁾ na 283 przypadki przepuklin pachwinowych znaleziono:

149 razy samą kiszkę,

77 „ „ sieć,

34 „ sieć i kiszkę;

na 123 przypadki przepuklin udowych:

86 razy kiszkę,

19 „ sieć,

14 „ sieć i kiszkę;

na 11 zaś przepuklin pępkowych:

2 razy kiszkę,

3 „ sieć,

6 „ sieć i kiszkę.

BONN podaje spostrzeżenie, gdzie w worku przepuklinowym znajdowały się: sieć, odcinek *ilei*, *coecum* i *processus vermiformis*, znaczna część grubej кишки, a także jajnik i jajowód ²⁾.

KRASINCEW opisał przypadek przepukliny, zajmującej lewą wielką waręgę sromną; w przepuklinie tej znaleziono: odcinek cienkiej кишки, *coecum*, *colon ascendens*, *transversum* i część *descendentis*, a także całkowitą sieć wielką ³⁾.

Nie na wielkość worka przepuklinowego i ilość różnorodnych narządów w nim się znajdujących chciałem zwrócić uwagę, lecz na rodzaj samej zawartości przepukliny. W ciągu szeregu lat miałem możność spostrzegania kilku przypadków przepuklin, których rodzaj odnośnie do zawartości samego worka zasługuje ze wszech miar na uwagę.

Hernia inguinalis dextra processus vermiformis. **Appendicitis.**

Jeszcze podczas pobytu mojego na klinice prof. KOSIŃSKIEGO w szpitalu św. Ducha 18-go sierpnia 1895 r. przywieziono do kliniki chorą Franciszkę St., wieśniaczkę, lat 58 mającą, z *phlegmone* ścian brzucha w dolnej części z prawej strony.

St. zawsze cieszyła się dobrem zdrowiem, całe życie ciężko pracowała. Przed kilkoma tygodniami po znaczniejszym wysiłku fizycznym uczuła w dolnej części brzucha z prawej strony ból i od tej chwili datuje swoją obecną chorobę. Po upływie pewnego czasu zaczęła gorączkować, powstać z pościeli nie mogła, a gdy stan się jej nie poprawiał, przewieziono ją do szpitala do Warszawy. Przy badaniu znaleźliśmy rozległą *phlegmone parietum abdominis* w dolnej części z prawej strony brzucha, lecz o przyczynach tego zapalenia

¹⁾ MAYDL K. Die Unterleibsbrüchen. Specielle Chirurgie. 1898.

²⁾ HILDEBRANDT. Die Lageverhältnisse des Coecum und ihre Beziehung von äusseren Coecalbrüchen. Deutsche Zeitschr. f. Chir. T. 33.

³⁾ KRASINCEW. Pribawlenje k N. 13 Trudow Pirog. sjezda. Oba spostrzeżenia cytowane przez SINIUSZYNA. Słuczaj lewostoronnej gryzi ślepoj кишки. Chirurgija. 1904. N. 89.

tak ze skąpych wywiadów od chorej, jak i danych, otrzymanych przy badaniu, nie pewnego wywnioskować nie mogliśmy. W uśpieniu chloroformowem chorej 18-go sierpnia 1895 r. zapomocą znacznych cięć otworzyliśmy [kol. HORODYŃSKI] ognisko ropne i po oczyszczeniu dna jego w okolicy kanału pachwinowego znaleźliśmy resztki worka przepuklinowego, w którego wrotach był przyrośnięty *processus vermiformis*. Wyrostek robaczkowy na wierzchołku już uległ przedziurawieniu, skutkiem czego wywołał szerzenie się sprawy septycznej na części otaczające. Dostatecznie mocny zrost w szyjce przepuklinowej utrzymywał wyrostek w worku i chronił od przejścia sprawy zapalnej na całą otrzewną. Po nałożeniu przewiązki na podstawę wyrostka wycięliśmy go, ranę zaś całą wyłożyliśmy gazą. Przebieg pooperacyjny prawidłowy. Stan chorej szybko się poprawiał, a po kilku tygodniach pacjentka 29-go września 1895 r. opuściła szpital z zagojoną zupełnie raną.

W danym przypadku zatem wyrostek robaczkowy dostał się do worka przepuklinowego, uległ zapaleniu i przedziurawieniu, co spowodowało rozszerzenie się sprawy na sam worek i powłoki brzuszne i doprowadziło do rozlanego septycznego zapalenia tkanki łącznej ścian brzucha; od strony zaś wolnej jamy otrzewnej nie było żadnych objawów, gdyż jamę tę zabezpieczyły dostatecznie silne zrosty w szyi przepukliny. Wywiady nie wykazały nam, czy podobna sprawa rozgrywała się po raz pierwszy, czy też objawy *appendicitidis herniosae* w mniejszym stopniu występowały uprzednio. Rozpoznanie ściśle tak na zasadzie wywiadów, jak i danych, otrzymanych przy badaniu chorej, nie mogło być dokonane, gdyż objawy zapalenia tkanki łącznej ścian brzucha występowały na pierwszy plan.

Hernia inguinalis dextra incarcerata (coecum, processus vermiformis, odcinek ilei),—appendicitis.

W dniu 1-ym czerwca 1906 r. do szpitala Wolskiego w Warszawie został przywieziony z uwięzniętą przepukliną 69-letni chory. Badanie i wywiady dały wyniki następujące.

X., stolarz, lat 69 liczący, od 20-u lat miał prawą przepuklinę pachwinową. Od czasu do czasu pomimo noszenia paska zawartość brzucha wypadła, ulegała uwięzieniu; występowały wtedy bóle w brzuchu, zaparcie stolca, niekiedy nawet wymioty, lecz chory zawsze sam sobie radził: kładł się do łóżka, ugniatał przepuklinę rękami i stopniowo wprowadzał zawartość do jamy brzusznej. Jak tylko przepuklina została odprowadzoną, wszystkie objawy ustępowały i chory zaraz brał się do roboty.

30-go maja r. b. przy wysiłku fizycznym przepuklina mu wypadła i już jej sam chory pomimo wszelkich wysiłków odprowadzić nie mógł. Przywołany lekarz po zastosowaniu morfiny, kąpeli ciepłych i bezowocnych próbach odprowadzenia skierował chorego do szpitala Wolskiego.

Natychmiast zajęliśmy się chorym. Przy badaniu znaleźliśmy uwięzniętą prawą przepuklinę pachwinową, opuszczającą się do worka mosznowego.

Wzdęcie brzucha umiarkowane, bolesność dosyć znaczna, szczególnie w okolicy przepukliny. Wobec braku wymiotów przypuszczaliśmy, że zaciśnięcie pętlicy kiszki jest dosyć nisko, w pobliżu kiszki grubych. Przystąpiliśmy natychmiast do operacji.

1.VI. 1906. *Operatio SCHLEICH.* Po otwarciu worka przepuklinowego wylała się zeń pewna ilość płynu krwistego. W worku znaleźliśmy niewielką pętlę kiszki cienkiej (*ileum*), wpadającej do *coecum*, część kiszki ślepej oraz wyrostek robaczkowy. Kiszka cienka znajdowała się głównie w dolnej części worka, a górną zajmowały *coecum* i wyrostek robaczkowy. Wrota przepuklinowe uciskały *processus vermiformis* u samej nasady. Wyrostek ten, długości około 8-u ctm., był zgrubiałą, sztywną, otrzewną na nim mocno zaczerwienioną, zgrubiałą; w miejscu uwięźnięcia nieznaczne przewężenie, a powyżej, idąc do wierzchołka wyrostka, ampularne rozszerzenie. Wszystko wskazywało, że wyrostek dawniej ulegał zapaleniu, a obecnie nastąpiło obostrzenie. Kanał pachwinowy i wrota przepukliny otworzyliśmy, zaciśnięte kiszki uwolniliśmy. Przy staranniejszym rozpatrywaniu kiszki cienkiej okazało się, że w pobliżu wpustu do *coecum* znajduje się dosyć znaczne nacieczenie ściany kiszki, powierzchnia zaś jej mocno zaczerwieniona i zgrubiała; ta część kiszki jednak nie budziła obaw, aby nastąpiła zgorzel ściany.

Mocno zmieniony wyrostek wycięliśmy i na *coecum* nałożyliśmy szew. Kiszki odprowadzono do jamy brzusznej, szew częściowo na ranę, a do jamy otrzewnej wprowadziliśmy pasek gazy wyjałowionej.

Przebieg pooperacyjny—wyborny. Po upływie 4-ch dni gazę usunęliśmy. Rana się szybko zagoiła. Chory po upływie 2-ch tygodni opuścił łóżko.

Wycięty wyrostek robaczkowy, jak już zaznaczyłem, w środkowej swojej części był kolbowato rozszerzony, przedstawiał znaczne zgrubienie wszystkich warstw ściany, a wewnątrz zawierał nieco mętnej, gęstej zawartości. Badanie drobnovidzowe wykazało zmiany, właściwe zapaleniu, które doprowadziło do znacznego zgrubienia skutkiem rozwoju tkanki łącznej.

Dwa zatem podaję spostrzeżenia, w których w zawartości worka przepuklinowego znajdował się wyrostek robaczkowy w stanie zmienionym; w obydwóch przypadkach wyrostek uległ zapaleniu, spowodował zatem *appendicitis herniosa*, lecz w każdym w nierównej mierze. W pierwszym spostrzeżeniu sam jeden *processus vermiformis* znajdował się w worku przepuklinowym, uległ tam zapaleniu i przedziurawieniu, co doprowadziło do zapalenia septycznego samego worka i następczego przejścia sprawy na ściany brzucha.

W drugim zaś przypadku wyrostek robaczkowy znajdował się w worku przepuklinowym wraz z częścią kiszki ślepej i jelitem cienkim (*ileum*); zmiany, znalezione w nim, świadczyły, że ulegał on częstym zapaleniom, lecz o małym napięciu, co jednak doprowadziło do zgrubienia ścian, ostatnie zaś, dłużej trwające zaciśnięcie spowodowało obostrzenie sprawy zapalnej, na co wskazywało mocne przekrwienie i świeże nacieczenie ścian jego.

W tem ostatniem spostrzeżeniu sprawa zapalna wyrostka robaczkowego była przewlekła, powodowała pewne zmiany, lecz w przebiegu cierpienia nie dawała wybitnych objawów, na zasadzie których przed operacją moglibyśmy wnioskować o zapalnym stanie wyrostka.

Obecność wyrostka robaczkowego w worku przepuklinowym już to samego, już to wraz z pewnymi odcinkami przewodu pokarmowego lub nawet innymi narządami, nie stanowi nadzwyczajnej rzadkości.

Według obliczeń HOFFMANN'a ¹⁾ na 250 przypadków przepuklin pachwinowych operowanych znaleziono przy wrodzonych przepuklinach 9 razy wyrostek robaczkowy.

JAJA ²⁾ przytacza statystyczne dane z kliniki prof. COLZI we Florencji, z których wynika, że na 1586 przypadków operowanych przepuklin znaleziono w worku przepuklinowym wyrostek robaczkowy 27 razy.

Processus vermiformis znajdować się może nie tylko w przepuklinach z prawej strony—pachwinowych lub udowych, lecz i z lewej, chociaż stosunkowo zdarza się to rzadko; do rzadkich również należą spostrzeżenia, wykazujące obecność wyrostka w przepuklinach pępkowych, a do najrzadszych — w *hernia obturatoria*.

BRIEGER ³⁾ na 35 przypadków przepuklin wyłącznie wyrostka robaczkowego znalazł 19 razy przepuklinę pachwinową prawą, 1 raz—lewą, a 15 razy prawą udową.

BAJARDI ⁴⁾ zebrał 98 przypadków przepuklin wyrostka robaczkowego; w tej liczbie było 21 przepuklin wrodzonych, 57 razy pachwinowe, 1—*obturatoria*, a pozostałe udowe; z pomiędzy 98 przepuklin 96 razy sprawa z prawej strony.

HUTCHINSON (*jun.*) ⁵⁾ w swojej pracy o udziale wyrostka robaczkowego w przepuklinach zauważa, że *processus vermiformis* może być w przepuklinach lewostronnych i pępkowych.

T. WIKERHAUSER ⁶⁾ opisał spostrzeżenie, dotyczące 3-letniego chłopczyka, któremu skutkiem lewostronnej wrodzonej przepukliny pachwi-

¹⁾ HOFFMANN. Beiträge zur Kenntniss der Hernien des Processus vermiformis. Centralblatt f. Chir. 1897. N. 50.

²⁾ JAJA. Ueber Hernien des Wurmfortsatzes. Centralbl. f. Chirurgie. 1898. N. 50, p. 1262. XIII Kongress der Italienischen chirurgischen Gesellschaft in Turin. 4—7 Oktober. 1898.

³⁾ BRIEGER. Die Hernien des Processus vermiformis. Archiv f. klin. Chir. 1892. T. XLV.

⁴⁾ D. BAJARDI. Ernie del' appendice vermiforme del cieco. Sperimentale. 1895. N. 17 i 18. Centralbl. f. Chir. 1895. N. 36, p. 842—3.

⁵⁾ J. HUTCHINSON (*jun.*). On the vermiform appendix in relation to external hernia. 67-th annual meeting of the British Medical Association, held at Portsmouth August 1—4. Brit. Med. Journ. 1899. October 21, 28. Centralbl. f. Chir. 1900. N. 16, p. 443.

⁶⁾ T. WIKERHAUSER. Coecum und Appendix vermiformis in einer linksseitigen Hernie. Liečnicki Vestnik. 1902. N. 2. Centralblatt f. Chir. 1902. N. 15, p. 418.

nowej wykonano operację radykalną; w worku przepuklinowym znaleziono *coecum* oraz *processus vermiformis* mocno zgrubiałą, z 2 koprolitami.

G. LETTAU¹⁾ podał spostrzeżenie wrodzonej przepukliny pępkowej, w której był wyrostek robaczkowy.

Od czasu ogłoszenia pracy BAJARDI'ego, który do 1895 roku zebrał 98 przepuklin wyrostka robaczkowego, liczba tych przypadków do chwili obecnej znacznie wzrosła, gdyż niemal w każdym roku znajdujemy kilka prac, omawiających daną sprawę. Spostrzeżenia te coraz częściej się spotykają w miarę tego, jak coraz częściej przystępujemy do operacji przepuklin.

Nie będę się tu zatrzymywał nad przyczynami, wywołującymi przepuklinę wyrostka robaczkowego, zaznaczyć jednak muszę, że znaczna odsetka tych przypadków przypada na przepukliny wrodzone; przy istnieniu zaś usposobieniu do przepuklin sprzyja rozwojowi sprawy zwiększona ruchomość kiszki ślepej, a głównie zbyt wydłużone *mesenteriolum* i znaczny rozwój samego wyrostka.

SENDER²⁾ ogłosił spostrzeżenia, dotyczące 5-tygodniowego chłopczyka z uwięzioną prawostronną przepukliną pachwinową; podczas operowania jej S. znalazł w worku przepuklinowym uwięziony tylko wyrostek robaczkowy. Przy ocenianiu przyczyn SENDLER kładzie główny nacisk, jako na moment sprzyjający do rozwoju tego rodzaju przepukliny, na zbyt znaczny rozwój *mesenterioili*.

Herniae processus vermiformis spotykają się u niemowląt, dzieci starszych, ludzi dojrzałych, a nawet starców 80-letnich.

PIERSOL³⁾, który szczegółowo rozpatruje przyczyny powstawania przepuklin omawianych, w r. 1901 na zasadzie dostępnego mu materiału stwierdził, że przepukliny wyrostka robaczkowego u dzieci stanowią 23% wszystkich przypadków.

Wyrostek robaczkowy może dostać się do worka przepuklinowego w stanie niezmiennym, i tam, jak o tem świadczy szereg spostrzeżeń, szczególnie w przepuklinach wrodzonych i wolnych, nie powodować żadnych objawów; aż dopiero, kiedy w worku ulega on uwięzieniu lub zapaleniu, wywołuje ciężkie objawy, zniewalające nas do czynnej interwencji, podczas której przekonywamy się o obecności wyrostka robaczkowego.

Niekiedy zaś *processus vermiformis* dostaje się do przepukliny już w stanie zapalnym, a nawet według niektórych badaczy taki zmieniony chorobowo wyrostek łatwiej może dostać się do worka przepuklinowego skutkiem zwiększonej sztywności ścian swoich.

[C. d. n.].

1) G. LETTAU. Ein Fall von Wurmfortsatz-Nabelfistel unter dem Bild des offenen Ductus omphalo-entericus. Deutsche Zeitschr. f. Chir. T. LXX, p. 84.

2) P. SENDLER. Der Processus vermiformis im Bruchsack. Münchener mediz. Woch. 1896. N. 5.

3) G. PIERSOL. Early infantile inguinal hernia of the vermiform appendix. Univ. of Pennsylvania med. bull, 1901. October. Centralblatt f. Chir. 1902, N. 9, p. 268.

II. Materiały do statystyki i etyologii raka.

Część II. Wynik ankiety.

Podali

S. Serkowski i J. Maybaum [Łódź].

[Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 29].

Wśród mężczyzn:

Z ogólnej więc liczby 70 przypadków, możnaby mniemać, że rak żołądka najczęściej nawiedza robotników i wyrobników [15 razy], następnie obywateli i kapitalistów [14 razy], potem kupców i handlujących [11 razy]; a!e, jak zobaczymy poniżej, te dane z wielu powodów należy przyjmować z zastrzeżeniem.

Z ogólnej liczby 33 — rak wątroby najczęściej zanotowano u kupców i handlujących [10 razy], następnie u rolników [8 razy].

Na liczbę ogólną 27 — rak wargi dolnej najczęściej był u obywateli i kapitalistów [10 razy], wargi górnej u rolników [3 razy] i robotników [3 razy].

Rak przełyku z ogólnej liczby 19 przypadków najczęściej zdarzał się u kupców i handlujących [7 razy].

Rak odbytnicy z ogólnej liczby 12-u — najczęściej u kupców i handlujących [3 razy].

Rak kiszek — z ogólnej liczby 12-u przypadków — najczęściej u robotników i wyrobników [3 razy].

Rak kóści — z ogólnej liczby 7-u przypadków — najczęściej u rolników [5 razy].

Rak krtani — z ogólnej liczby 14-u — najczęściej u robotników i wyrobników [4 razy].

Rak języka — na 10 przypadków — najczęściej u rolników [3 razy], a także u robotników i wyrobników [3 razy].

Rak skóry — na 5 przypadków — najczęściej u rolników [2 razy].

Rak nosa — z ogólnej liczby 4-ch przypadków — najwięcej u robotników i wyrobników [3 razy].

Wogóle u mężczyzn — podług wyników ankiety — najczęściej był napotykanym rak żołądka [7 na 243], najrzadziej rak dróg żółciowych [2 na 243 przypadki].

Wśród kobiet:

R a k ż o ł ą d k a—z ogólnej liczby 29-u przypadków — nawiedzał najczęściej osoby, zajmujące się domem i gospodarstwem [14 razy], następnie robotnice i wyrobnice [6 razy]. Zastrzeżenia co do ścisłości tych danych, wymienione poniżej, mają tu tem większe zastosowanie, iż statystyka zdrowych kobiet podług zajęć również jest nieściśłą, jak nieokreślonym jest pojęcie „osób, zajmujących się domem i gospodarstwem”, ponieważ kobiety te znajdować się mogą w najróżnorodniejszych warunkach socjalnych i zdrowotnych.

R a k m a c i c y—z ogólnej liczby 91 przypadków— najczęściej był notowany „przy zajęciu domowym” [39 razy], następnie u obywaterek i kapitalistek [17 razy], potem u robotnic i wyrobnic [12 razy].

R a k s u t k i—na 41 przypadków — notowano najczęściej przy zajęciu domowym [21 razy], potem u handlujących [6 razy].

R a k p o c h w y—z ogólnej liczby 12-u przypadków — był najczęściej u gospodyń stwierdzony [7 razy].

W innych narządach rak zdarzał się u kobiet rzadko, a mianowicie na 254 spostrzeżenia najczęściej w wątrobie [18 razy], najrzadziej na wargach [po 1-ym razie na górnej i dolnej] i w krtani [1 raz] na tę samą liczbę przypadków.

Jakkolwiek ogólna liczba chorych na raka podług niniejszej statystyki wynosi osób 465, to jednak cyfra umiejscowień jest większa dlatego, że u niektórych chorych rak przejawiał się odrazu w kilku narządach.

Pod względem umiejscowienia raka, niezależnie od płci chorego, otrzymane dane przedstawiają się, jak następuje:

żołądek	99 = 21,3%
macica i szyjka macicy	91 = 19,8%
wątroba	51 = 10,9%
sutki	41 = 8,8%
gruczoły	34 = 7,3%
warga dolna	28 = 6,0%
przełyk	22 = 4,7%
odbytnica	19 = 4,1%
kiszki	18 = 3,9%
kości	15 = 3,2%
krtień	15 = 3,2%
język	12 = 2,6%
pochwa	12 = 2,6%
skóra	11 = 2,4%
pęcherz	9 = 1,9%
warga górna	7 = 1,5%
nos	7 = 1,5%
drogi (1) i pęcherzyk żółciowy (5)	6 = 1,3%

Najczęstszem więc umiejscowieniem był żołądek i macica. Ciekawych danych dostarczyły odpowiedzi ankiety w rubryce: „czy w rodzinie bliższej lub dalszej chorował kto na raka i kto?” Na 465 przypadków raka, na dziedziczność i rodzinność wskazuje 29 przypadków, mianowicie zmarli na raka w wywiadach obecnych chorych

ojciec	7 razy
matka	12 „
dziad	1 raz
babka	2 razy
stryj	1 raz
ciotka	3 razy; prócz tego —
matka i siostra	1 raz
babka i ciotka	1 „
babka i brat	1 „

Na możliwość zarażenia się wskazano w 24-ch przypadkach, a mianowicie:

od męża	6 razy
„ brata	2 „
„ siostry	5 „
„ syna	2 „
„ córki	1 raz
„ siostrzenicy	1 „

Wskazano również na możliwość zarażenia się
 przez zajmowanie mieszkania po chorym na raka 3 razy
 od sąsiada, chorego na raka 1 raz
 przez ubranie i przyrządy po chorym na raka 2 razy
 przez usługę chorego na raka 1 raz.

Co do innych wpływów, to na 125 przypadków zanotowano następujące:

przymiot	3 razy
trunki	31 „
tytoń	29 „
uraz	31 „
przymiot i tytoń	2 „
przymiot, trunki i tytoń	3 „
przymiot, trunki, tytoń i uraz	1 raz
trunki i tytoń	17 razy
trunki, tytoń i uraz	2 „
trunki i uraz	4 „

Dołączając do tego przypadki wyżej wymienione przy przymiocie, otrzymamy:

przymiot, trunki i tytoń	3 razy
„ „ „ i uraz	1 raz

Ziemia, w której mieszkają, jest bardzo zdrowa i czysta. Wszelkie warunki są bardzo dobre. Wszelkie warunki są bardzo dobre. Wszelkie warunki są bardzo dobre.

Warunki usposabia

Miejscowość	Niewiadome	Dziedziczność i rodzinność										Zarażenie się									
		Ojciec	Matka	Dziad	Babka	Stryj	Wuj	Ciotka	Matka i siostra	Babka i ciotka	Babka i brat	Mąż	Brat	Siostra	Syn	Córka	Siostrzenica	Mieszkanie po chorym	Mieszkanie sąsiada	Ubranie i przyzady po chorym	Usługa u chorego
Warszawa	103	2	5		1				1	1	1	2	1	1		1	1	1	1	1	
Łódź	24		1			1							1					1			
Gub. Kaliska	2	1									1										
„ Kielecka	10							1			2		2								
„ Lubelska	24	1	1	1				2				1									1
„ Łomżyńska	9												1								
„ Piotrkowska	36	2	5		1									1							
„ Płocka	17																	1			
„ Radomska	17																				1
„ Siedlecka	12																				
„ Suwalska	4													1							
„ Warszawska	18	1																			
Razem	276	7	12	1	2	1		3	1	1	1	5	2	5	2	1	1	3	1	2	1

ca VIII.

jące do raka

W p ł y w p o s t r o n n y											Przyczyny mieszane							R a z e m		
Przymiot	Przymiot i tytoń	Przymiot, trunki i tytoń	Przymiot, trunki, tytoń i uraz	Trunki	Trunki i tytoń	Trunki i uraz	Trunki, tytoń i uraz	Tytoń	Tytoń i uraz	Uraz	Przymiot u męża	Ojciec i uraz	Ojciec, siostra i uraz	Ojciec, dziad i trunki	Ojciec i dziad zmarli na suchoty	Matka, trunki i tytoń	Dziad żony i trunki		Siostra i uraz	Ropnie w młodym wieku
1	2	2	1	7	9	2	1	7	4	10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	176
				5								1				1				35
		1		3	1					1										10
				4				1		4										24
				4	1			5		2										43
				1	2			1		1										15
				1	1	1		4												51
1				2				3		2										26
				1	1															20
				1				1		2										16
				1	1	1		2		3										12
1				3	1		1	5		6									1	37
3	2	3	1	31	17	4	2	29	4	31	1	1	1	1	1	2	1	1	1	465

tytoń	29 razy
" i uraz	4 "
" i trunki	17 "
" " i uraz	2 "
" i przymiot	2 "
" " i trunki	3 "
" " " i uraz	1 raz
uraz	31 razy
" i tytoń	4 "
" " i trunki	2 "
" i trunki	4 "
" " tytoń i przymiot	1 raz.

Podano również kilka przypadków chorobowych mieszanych, łączących dziedziczność i wpływy postronne, np.:

ojciec i uraz	1 raz
" siostra i uraz	1 "
" dziad i trunki	1 "
matka, trunki i tytoń	2 razy
siostra i uraz	1 raz

Podano też kilka przypadków o wpływach domniemanych, jakoto:

ojciec i dziad zmarli na suchoty	1 raz
dziad żony i trunki	1 "
ropnie w młodym wieku	1 "

Wogóle więc notowano:

dziedziczność przypadków	29 = 6,24%
zarażenie się	24 = 5,18%
przymiot i inne	9 = 1,94%
trunki	54 = 11,62%
tytoń	33 = 7,11%
uraz	31 = 6,66%
wpływy mieszane	6 = 1,29%
wpływy przypuszczalne	3 = 0,65%
przyczyny niewiadome	276 = 59,31%
R a z e m	465 = 100, 0%

[D. n.].

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

198. E. Herz. O cięciu cesarskiem pochwowem i bocznem wysokiem rozcięciu szyjki (cztery przypadki z praktyki prywatnej).

Przekonanie niemieckich zwłaszcza autorów, że tak ciężkich operacji, jak cięcie cesarskie pochwove lub *pubiotomia*, nie należy wykonywać w domu, lecz koniecznie na klinice, rozporządzającej odpowiedniami siłami i środkami [zob. ref. z pracy LIEPMANN'a w *Gaz. Lek.* № 20. *Przyp. spraw.*], stara się autor obalić, dowodząc, że przecież niezawsze jest klinika pod ręką i niezawsze operację cięcia pochwowego, którą uznano w danej chwili za wskazaną, jako ratunek dla dwu może istot, można odłożyć bez niebezpieczeństwa dla matki lub dziecka, aż do wyszukania odpowiedniego zakładu lub kliniki i przewiezienia tam rodzącej. Na dowód, że i w warunkach mniej przyjaznych można operację cięcia pochwowego wykonać z powodzeniem, przytacza autor własne swe 4 przypadki, z których 3 zakończyły się pomyślnie i dotyczyły 2 stwardnień szyjki macicy u starszych pierworódek, jeden przedwczesnego odklejenia się łożyska prawidłowo przyczepionego. Przypadek, zakończony śmiercią, dotyczył drgawek porodowych u 18-letniej pierworódki. W trzech pierwszych przypadkach wykonano operację cięcia pochwowego ściśle według metody DUEHRSSEN'a [2 cięcia szyjki: przednie i tylne], w ostatnim zaś przypadku wykonano dwa cięcia boczne szyjki z obawy zranienia pęcherza. W przypadku przedwczesnego odklejenia się łożyska po operacji DUEHRSSEN'a poród ukończono obrotem na nóżkę, w pozostałych trzech dziecko wydobyto przy pomocy kleszczy.

Co się tyczy samej operacji DUEHRSSEN'a, to autor jest zdania, iż niema „drugiego zabiegu, któryby co do szybkości wykonania mógł iść w zawody z cięciem cesarskiem“. Metoda Bossi'ego [rozszerzenie mechaniczne], tak w ostatnich czasach zachwalana, często zawodzi, często zastosować się wcale nie daje i często też bywa niebezpieczną; dlatego też cięcia pochwowego wyrugować z terapii akuszerskiej nie jest w stanie, a zwłaszcza w ostatnich czasach, gdy coraz więcej zwolenników zyskuje sobie pogląd o skuteczności szybkiego opróżnienia macicy ciężarnej w przypadkach drgawek porodowych. W tych razach jedynie cięcie pochwove jest w stanie wskazaniu temu szybko i skutecznie zadość uczynić. Metodą Bossi'ego zastąpić go nie można.

(*Przebl. Lek.* 1906. № 24 i 25).

Zweigbaum.

199. Karewski. O ketgucie, przez czas dłuższy zachowującym własności aseptyczne.

Otrzymanie absolutnie czystego, aseptycznego ketgutu należy jeszcze do tych zadań techniki chirurgicznej, które nie łatwo mogą być rozwiązane. Istnieją różne metody wyjaławiania ketgutu, żadna z nich jednak nie okazała się dogodną: para wodna, przy pomocy której wyjaławiano, zamienia ketgut w miękką żelatynę, gorący alkohol — w twardą, do drutu podobną masę, którą ani szyc, ani wiązać nie można i t. p. Trudności sterylizowania polegają jeszcze i na tem, że substancja surowa, jelita owcze, jest nawskroś przeniknięta różnego rodzaju bakteriami, bardzo trudnemi nieraz do zabicia. KAREWSKI podaje nowy sposób wyjaławiania ketgutu, jakoby nie wpływający na jego własności organiczne i zupełnie zabijający wszelkie zarazki. Ketgut, przez niego

przygotowany, przez czas dłuższy zachowuje swe własności aseptyczne, zabezpieczony jest od wszelkiego zakażenia. Autor utrzymuje, że zupełną aseptykę otrzymać można tylko wtedy, jeśli sterylizacja odbywa się w naczyniu szczelnie zamkniętem, tak że wszelkie zetknięcie się ketgutu czyto z powietrzem, czy też z jakimkolwiek przedmiotem, jest zgoła wykluczone. W tym celu KAREWSKI używa dla każdego kłębka oddzielnie specjalnego naczynia cylindrycznego, zwężonego u góry w cienką rurkę, która u podstawy jest cokolwiek rozdęta. Po ukończonej sterylizacji naczynie to zamykamy z obu stron. Kłębek ketgutu [nie nawinięty na szpulkę] wkładamy do powyższego naczynia i jeden koniec przeciągamy przez szyjkę; by jednak nitka się nie obsuwała bezustannie, robimy kilka supelków, które umieszczamy w odpowiednio przygotowanym rozszerzeniu rurki. Jeśli naczynie jest zatopione szkłem, odłamujemy szyjkę, naciętą poprzednio szczypcami, i wyciągamy nitkę. Wszelkie płyny, jakimi do tej pory odkażano, jak aceton, kumol, olejek goździkowy, *last not least Alkohol*, okazały się nieprzewodzącymi do celu; jedynym i najskuteczniejszym okazał się tu alkohol. Cały proces odkażania odbywa się tak. Substancję surową gotujemy z początku w glicerynie, następnie wyciągamy glicerynę na zimno wysokiem lub eterem, wreszcie przez 2 i więcej godzin gotujemy preparat w alkoholu 80% przy 105°. Temperatura ta w zupełności zabija wszelkie zarazki, nawet tak wytrzymałe na gorąco, jak węglik i zarodnika tężca, natomiast pod wpływem wyższej temperatury nitki kurczą się, kruszą i tracą swą elastyczność. Gdy naczynie po gotowaniu już ostygło, działamy w próżni na preparat alkoholem 100% z dodaniem do niego, zależnie od grubości nitek, 1 — 3% gliceryny, następnie zatapiamy naczynie z obu stron i jeszcze raz ogrzewamy je przez 1 godzinę do 103°.

Tak przygotowany ketgut kładziemy do metalowej puszki, hermetycznie zamkniętej. Puzkę odkażamy bądź przez gotowanie w sodzie, bądź też przy pomocy zwyczajnych środków dezynfekcyjnych. Puszka napełniona jest 70%-owym spirytusem, który ogrzewamy do 79°.

Tak przygotowany i przechowywany ketgut zachowuje podług KAREWSKIEGO swoje własności aseptyczne przez czas dłuższy.

„*Berliner klin. Wochenschrift*“ 1906. № 21.

E. Braun.

200. Försterling. O wstrzymaniu rozwoju po krótkiej rentgenizacji.

Znane są promienie ROENTGEN'a ze swych niszczących własności na tkanki żywego organizmu. W niektórych wypadkach działanie tych promieni może przynieść pożytek i być zbawczem, gdy na pewne części tkanek wywiera większy wpływ, niż na inne: naprzykład w leukemii, nowotworach złośliwych, *lupus* i t. d.

W innych wypadkach działanie promieni R. jest tylko szkodliwe, co obserwujemy w oparzeniach i zapaleniach skóry przy rentgenizacji, a przede wszystkim w powstrzymywaniu rozwoju całego narządu. Często badano i próbowano działania promieni na bakterye, płazy, poczwarki i t. d., natomiast kwestya wpływu tych promieni na całe części ciała u zwierząt ssących do tychczas prawie poruszaną nie była. Autor zajął się w swojej pracy właśnie tą kwestją.

Rentgenizacja trwała od 5-u do 20-u minut, odległość ognisk wynosiła około 20 ctm. Działaniu promieni poddawano zwierzęta tylko po razie.

Pierwszym objektem było 8-dniowe szczenię. Promienie puszczano około 10 minut na tylną lewą kończynę; reszta ciała była przykryta kauczukiem. Po 14-u dniach włosy na całej nodze wypadły, *dermatitis* nie wystąpiła; noga opóźniła się w rozwoju i po 7½ miesiącach miała długości 11,3 ctm. wobec 15 ctm. prawej nogi. Zauważono też, że lewa strona miednicy słabiej się

rozwinęła, niż prawa, i lewe jądro ważyło 3,0, t. j. o 1,0 mniej, niż prawe. Oprócz tego było znaczne opóźnienie wzrostu całego ciała w porównaniu z innymi sześcioletkami tej samej matki.

Dalej autor rentgenizował całe pokolenie królików w wieku 27-u godzin, zostawiwszy jedno zwierzątko do kontroli. Rentgenizacja trwała rozmaicie dla każdego królika, — od 5-u do 18-u minut. W rezultacie zwierzęta opóźniały się w rozwoju i te, które były poddawane dłużej działaniu promieni, były później daleko szczuplejsze i ginęły prędzej od innych. Owłosienie ginęło, ale potem wracało. *Dermatitis* nie obserwowano.

Wogóle autor robił doświadczenia na 20-u zwierzętach i wszędzie widział te same wyniki: opóźnianie rozwoju danego narządu, albo całego ciała, chudnięcie i najczęściej w końcu śmierć zwierzęcia. Większość nawet częściowo rentgenizowanych królików z czasem chudła i zdychała. Śmierć następowała czasami po 3 — 4-ch, a najczęściej po 12 — 16-u tygodniach. Na sekcji zauważono nader mały rozwój śledziony nawet wtedy, gdy nie była poddawana działaniu promieni.

Tak samo rentgenizacja pączkujących gałęzi kasztana, rododendronu i innych roślin wpływała na nie zabójczo, wywołując opóźnienie rozwoju i w końcu schnięcie tych gałązek.

Na zasadzie powyższych doświadczeń autor przychodzi do wniosku, że rentgenizacja młodych, rozwijających się dopiero organizmów działa na nie bardzo szkodliwie i tamuje ich rozwój.

Im stworzenie młodsze, tem jest wrażliwsze na promienie i ginie prędzej. Dlatego rentgenizację dzieci w celach terapeutycznych [nowotwory złośliwe, *leukaemia* i t. d.] należy stosować nader ostrożnie. Jak długo i ile razy? Na te pytania nie mamy odpowiedzi.

Zentralblatt für Chirurgie 1906 Nr. 19.

F. Karniewski.

201. R. Milchner i W. Wolf. W sprawie powstawania leukotoksyny pod wpływem promieni Roentgen'a.

Na mocy doświadczeń swych nad zwierzętami LINSER i HELBER doszli do wniosku, że promienie ROENTGEN'a wywierają wpływ niszczący (*elektive Zerstörung*) na ciałka bezbarwne [leukocyty] krwi. Z rozpadających się ciałek tych ma wytwarzać się jad swoiste, zwany leukotoksyną, której obecność we krwi u chorych na białaczkę stwierdzili również CURSCHMANN i GAUPP po zastosowaniu promieni X. W ostatnich czasach KLIENEBERGER i ZOEPFTRITZ, opierając się również na doświadczeniach, doszli do wniosków odmiennych, wobec czego wyszczególnieni w nagłówku autorzy podjęli szereg badań własnych celem wykrycia prawdy i sprawdzenia różnic.

Próby wykonano na zwierzętach w ciągu długich posiedzeń. Po kilkudniowym, w ciągu 4 — 5-u godzin przepuszczaniu promieni osiągnano wybitne zmniejszenie liczby (*leukopenia*) ciałek białych, niekiedy zaś brak leukocytów zupełny. Na zabarwionych preparatach suchych znajdowano nadto dobrze zachowane erytrocyty, gdzieniegdzie — szczątki rozpadu leukocytów wielojądrowych. Za wolne od zarzutów uważa się obserwacje takie, w których, zgodnie z wynikami innych badaczy, otrzymywano zniżki cyfr tak znaczne, jakich nie zauważa się u zwierząt w warunkach normalnych, pomijawszy wahania, zależne od ras, gatunków i innych warunków ubocznych. Nadto na oględzinach pośmiertnych zwierząt prześwietlanych wykrywano zawsze daleko idące zmiany w nerkach; narządy, wytwarzające krew, zawierały liczbę dość znaczną ciałek bezbarwnych; większego ich skupienia w wewnętrznym narządach nie stwierdzano. W zasadzie autorzy zgadzają się zatem, iż rentgenizacja, w rzeczy samej, prowadzi do rozpadu leukocytów.

Na drugą połowę pytania, co do leukotoksyny, odpowiedzi pewnej dać nie można.

Zwierzętom, u których wskutek prześwietlania stwierdzono objawy leukopenii, puszczano z żyły krew i otrzymaną zeń surowicę, około 5 grm., zastrzykiwano innym zwierzętom tegoż gatunku; obliczenia po upływie 2-eh godzin wskazywały stale zmniejszenie liczby ciałek bezbarwnych np. do 12,000. Fakt tego rodzaju [hypoleukocytoza] przemawiałby istotnie za obecnością jakiegos̄ jadu osobliwszego. Czy tenże, jak twierdzą niektórzy, rozwija się pod wpływem prześwietlania i w krwi ludzkiej, autorzy nie mogą orzec stanowczo, sami bowiem nie dokonywali w kierunku tym badań na człowieku. Jeżeli jednak jad wytwarza się we krwi zwierząt, niema zasady wątpić o podobnej ewentualności u ludzi. Należy pamiętać zresztą, że nie wszystkie leukocyty równą odznaczają się wrażliwością na wpływ promieni: najwcześniej giną limfocyty; komórki wielojądrowe opierają się dłużej, inne zaś odmiany leukocytów zachowują się odpornie.

Porównywając przypadki CURSCHMANN'a i GAUPP'a z doświadczeniami KLIENEBERGER'a i ZOEPPRITZ'a, łatwo zrozumieć, że w pierwszych istniały dane nader poważne ku wytworzeniu się leukotoksyny. W przypadkach tych czyniono próby z surowcą krwi wtedy dopiero, gdy liczba ciałek bezbarwnych u chorego (*lymphæmia*) ze 150,000 spadła do 44,000, gdy w doświadczeniach kategorii drugiej spadek ów był bardzo nieznaczny lub też nie było go wcale. Dalej, większość badaczy wychodzi z zasady tej, iż jad ten powstaje wyłączenia z rozpadu leukocytów, bo gdy wolną od tychże surowicę poddawać działaniu promieni X, objawów zatrucia swoistego u zwierząt niema. Oczywiście, wniosek taki jest zbyt pośpieszny i należałoby mniemać raczej, że w surowicy, pozbawionej leukocytów, rentgenizacja nie stwarza leukotoksyny. W kierunku tym autorzy wykonali również kilka doświadczeń: po wymyciu leukocytów z ognisk odmy ropnej zapomocą wyjałowionego gorącego roztworu izotonicznego soli kuchennej, wystawiano osad na działanie promieni ROENTGEN'a. I w tym razie nie otrzymano wyników, pewnych; należy uwzględnić tu niezwykle trudności techniczne, albowiem ciała białe z ognisk zapalnych, już nieraz w stanie rozpadu i blizkie obumarcia, mogą nie wytrzymać stosowania wirówki, kłócenia i innych związanych z doświadczeniem zabiegów. LINSER i HELBER w pracach swych zastrzegają się wszak wyraźnie, że leukotoksyna powstaje li tylko z takich komórek, których energia życiowa nie poniosła uszczerbku.

Jak dotąd więc, na pierwszą tylko połowę kwestyi [rozpad leukocytów] odpowiedzieć można stanowczo i twierdząco; co do drugiej [powstawanie pierwiastków leukotoksyny], należy zaczekać na wyniki dalszych spostrzeżeń.

Badania swe autorzy wykonywali wyłącznie na śledzionie. Narząd wycięty prześwietlano, poczem już w godzin kilka można było wykryć poważne zmiany chorobowe, polegające głównie na zgorzeli komórek i uwalnianiu się barwika krwi. Nieprześwietlony kawałek wykazywał budowę prawidłową. Wyciąg śledziony pierwszej, po zastrzyknięciu zwierzętom, wywoływał w dwie godziny mniej więcej objawy leukopenii, gdy przeciwnie, wstrzyknięcie tkanki nieprześwietlonej prowadziło do wybitnej leukocytozy.

(Berl. klin. Wochenschr. 1906, Nr. 23).

K. Niedzielski.

WARSZAWSKIE TOWARZYSTWO LEKARSKIE.

Posiedzenie kliniczne dnia 22-go maja 1906 r.

[Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 29].

Cykowski wypowiedział odczyt p. t. „Przelewania krwawe oraz rozwiązanie w leczeniu eklampsji porodowej”.

Pod nazwą krwawych przelewań autor, wespół z innymi, pojmuje dokonywanie ogólnego upustu krwi przez wenesekcję z zastosowaniem następczych wlewań do żył lub pod skórę najczęściej rozczyńców soli kuchennej. W pracy swej zamierza przedstawić sprawę używania wspomnianych przelewań w eklampsji porodowej w oświetleniu dat historycznych, jak również poddać ocenie zabiegi położnicze, stosowane w celu przyspieszenia rozwiązania w omawianem cierpieniu.

Przebiega tedy odnośne prace z piśmiennictwa amerykańskiego, włoskiego, francuskiego, angielskiego, niemieckiego, czeskiego i polskiego; przytacza nieco szerzej poglądy MERLETTI'ego o wartości upustu i wlewań; powtarza za OSTROILEM wydatniejsze teorye o powstawaniu eklampsji [FERRICHS, TRAUBE-ROSENSTEIN, HALBERTSMA, BOUCHARD, RIVIÈRE i t. d.], podaje za nim zmiany anatomo-patologiczne, w eklampsji zachodzące, na podstawie badań PILLIET'a, LUBARSCH'a, PRUTZ'a i SCHMORL'a. Na przypomnieniu własnej kazuistyki, ogłoszonej w roku 1904, kończy przegląd szeregu prac, omawiających wartość wenesekcji i wlewań.

Przechodząc do kwestyi rozwiązywania chorych, przytacza odpowiednie poglądy większości rozpatrywanych autorów, przypomina o artykule MIŁOSZA z roku 1855, mówi o odmiennych poglądach CHARPENTIER'a i TWEEDY'ego, przechodzi wreszcie do własnych zapatrywań i uzasadnia je.

Prelegent poddaje ocenie różne zabiegi położnicze, podejmowane w celu przyspieszenia rozwiązania chorej, omawia głębokie nacięcia szyi [DUEHRSEN'a], jak również wprowadzanie do macicy balonu BRAUN'a z zastosowaniem następczego obrotu płodu na nóżki. Poddając krytyce praktyczną wartość ostatniej metody, powołuje się w sprawie dokonywania obrotu na zdania OLSHAUSEN'a, LYLE'a, WOLBERGA, RYBICKIEGO i STYPIŃSKIEGO.

W zakończeniu prelegent wypowiada wnioski, do jakich doszedł na mocy źródłowego zaznajomienia się z piśmiennictwem rozpatrywanego przedmiotu. Są one następujące:

1) Jedni autorowie nie mogą obejść się bez morfiny w leczeniu eklampsji porodowej, ze względu na wpływ tego środka na napady, inni — jak JOERG [1821], PASTORELLO [1854], FERRÉ [1894], OUI, GUERICH i inni zarzucili ją zupełnie.

2) Już od roku 1894 znajdujemy cały szereg prac, w większym lub mniejszym zakresie poświęconych sprawie stosowania w eklampsji upustu krwi i wlewań solnych. Jedni wątpią o wartości leczniczej tego zespołu, inni — przeciwnie.

FERRÉ, LANPHEAR, MANGIAGALLI, MERLETTI, TOWNSEND, LEJARS, CUTLER i inni przypisują mu doniosłe znaczenie.

[C. d. n.].

I. Landstein.

Wiadomości drobne.

— Do wyciągania płodu za pośladki radzi WIENSKOWITZ używać rury gumowej zamiast tępego haka, niebezpiecznego, jak wiadomo, zarówno dla matki, jak i dziecka [powoduje uszkodzenie części miękkich, złamanie kości udowej]. W. stosuje w tym celu rurę czerwoną, wyłożoną wewnątrz płótnem [długości $\frac{3}{4}$ metra, a grubości $1\frac{1}{2}$ ctm.], która posiada należyłą wytrzymałość, a więc niełatwo rwie się przy rozciąganiu, a dzięki swej elastyczności i sztywności przy posuwaniu z jednego końca, wynajduje sobie sama prawie [pod kontrolą jednak wprowadzonego palca] drogę dokola przegubu pachwinowego i ukazuje się znowu w sromie. Przez pociąganie za oba końce rury wyciągnięcie pośladków udaje się bardzo łatwo, a uszkodzeń wcale nie trzeba przytem się obawiać. Rurę taką można dezynfekować należycie przez wygotowanie.

(*Centrblatt für Gynaekologie. 1906. Nr. 13.*)

Z.

— *Sporothrichosis*, t. j. liczne ropnie podskórne. Istnieje pewien typ kliniczny licznych ropni podskórnych o rozwoju nadzwyczaj łagodnym; bodźcem chorobotwórczym, wywołującym je, jest pewien *sporothrix*, pasożyt, zbliżony do *streptothrix*, stanowiący jedną z odmian rodziny grzybków *thrichomycetes*. Przypadek cierpienia, spowodowanego przez tego pasożyta, Dor spostrzegł u 58-letniej chorej, u której w ciągu 3-ch miesięcy rozwinęły się 23 ropnie, przyczem wszystkie zagoiły się bardzo szybko. Stan ogólny, jak i przebieg samych ropni, wykluczały w danym przypadku możność rozpoznania zwykłej ropnicy; wobec tego autor wziął do posiewu na bulionie i agarze nieco ropy z jednego z ropni. Obraz drobnowidzowy, otrzymany z hodowli przy 37° , upoważnił autora do rozpoznania *sporothrix*, jako winowajcy owych ropni. W literaturze autor znalazł 3 podobne przypadki: SCHENK'a, HEKTOEN'a i PERKINS'a, wreszcie BEURMANN'a RAMOND'a.

(*La Presse médicale. 1906, Nr. 30.*)

W. D.

Wiadomości bieżące.

— V-y międzynarodowy Zjazd akuszerów i ginekologów, który miał się odbyć w Petersburgu w r. b., odłożony został na 11—18 września 1907 r.

— BONDYREW zapisał uniwersytetowi Charkowskiemu 157000 rubli na utworzenie 16-u stypendyów na różnych wydziałach.

— Koło obywateli Jałty zakupiło willę i przeznaczyło pewną sumę na urządzenie w niej domu zdrowia, w którym leczyć się mają darmo osoby wypuszczone z więzień, a uwięzione z powodów politycznych.

Druk K. Kowalewskiego, Warszawa, Mazowiecka 8.

Wydawca Dr Jan Pruszyński.

Redaktor Dr Wł. Gajkiewicz.