

GAZETA LEKARSKA

I. Przyczynek do nauki o rozpoznawaniu i zabiegach operacyjnych przy potworności podwójnej płodu

(*Monstra duplicia*).

Podał

Fr. Neugebauer.

II¹⁾.

Często przed porodem rozpoznajemy ciążę mnogą, rozpoznanie zaś *monstrum duplex* jest dopiero możliwe w trakcie porodu. Wykluczyć można takie monstrum, skoro wyczuwa się dwa oddzielne pęcherze płodowe lub jakąkolwiek część płodu już pęcherzem płodowym nie powleczonej obok pęcherza płodowego nienaruszonego. Gdy *sub partu* wstawiają się do miednicy nierównomienne części, jak główka i pośladki, to z pośród potworków podwójnych mogłoby chodzić tylko o *xiphopagi*. Gdy wstawią się dwie równomienne części, wypada pamiętać o możliwości *monstri duplicis* i przy sprwadzaniu dolnych kończyn lub, gdy przy czaszkowem położeniu znajdzie potrzeba obrotu, przy wprowadzaniu całej ręki do macicy skontrolować, czy istnieje zrost i jaki dwu płodów lub nie. Takie samo przezorne badanie będzie na miejscu, jeśli przy ciąży bliźniaczej pierwszy płód leży w położeniu poprzecznem, ponieważ u bliźniąt pomiędzy sobą niezrosniętych poprzeczne położenie przodującego płodu należy do bardzo rzadkich zjawisk [2,5%]. Wypada uważać, czy wymacuje się drugi pęcherz płodowy. Gdy przoduje tylko jeden koniec płodu i to podwójny—główka czy pośladki, rozpoznanie podwójności nie będzie trudnem. Czasami potworność części płodu już urodzonej zwróci uwagę na anomalję.

¹⁾ Patrz część I w Gaz. Lekarskiej Nr. 3, 4, 5 r. b.

Doświadczenie jednak uczy, że zwykle lekarzowi wtedy dopiero przychodzi na myśl *monstrum duplex*, gdy przed lub po urodzeniu się części przodującej poród stanie, a przyczyna zostaje niewyjaśnioną, również podejrzenie budzić musi nadzwyczajna trudność dokonania tego lub owego rękożynu położniczego. Najwięcej obawy dostarcza: 1) ekstrakcja kleszczowa przy *diprosopus* i *craniopagus*, ekstrakcja pierwszej główki *dicephali*. 2) Ekstrakcja przy podwójności dolnego końca tułowia. 3) Niemożność po urodzeniu się główki wydobycia tułowia. Gdy tylko natrafimy na niewyjaśnioną przeszkodę w porodzie, wypada pod narkozą wprowadzić całą rękę do macicy: znajdziemy wtedy siedzibę i rodzaj utrudnienia porodu. Gdy przekonamy się, że chodzi nie o jakiś guz, lecz o *monstrum duplex*, rozpoznać wypada rozległość połączenia dwu płodów. Rokowanie dla rodzącej i bliźniąt będzie tem lepsze, im mniejszą okaże się rozległość połączenia dwu płodów.

Gdy przoduje główka, poszukać należy, czy miejsce połączenia dwu płodów leży blisko główki, szyi, czy niżej i jak daleko sięga. Przy położeniu pośladowem wypada przekonać się, ile istnieje dolnych kończyn: czy 2, lub 3, ponieważ gdy chodzi o potworka, zawsze wszystkie kończyny dolne muszą być wydobyte przed dokonaniem ekstrakcyi płodu.

Poświęćmy słów kilka mechanizmowi porodu.

Starczy spojrzeć na podobiznę noworodka, przez kolegę MUNKIEWICZA mi przysłanego, aby zrozumieć, że poród tego rodzaju potworka może należeć do bardzo ciężkich, o ile położny nie zdecyduje się na embryotomię, dekapitację, często jednak potworek taki rodzi się *sponte*.

Pierwszy HOHL ¹⁾ systematycznie rozpatrywał mechanizm porodowy w takich przypadkach; drugą monografię nas dziś interesującą, napisał GUSTAW VEIT ²⁾, wreszcie o porodach przy potworności płodu traktuje P. STRASSMANN ³⁾.

Przytaczam naprzód kilka spostrzeżeń z kazuistyki porodów przy *dicephalia*.

W przypadku RATEL'a wstawiła się główka, oraz wypadła pępowina i jedna kończyna górna. Próby akuszerki, aby wepchnąć nazad główkę i dokonać

¹⁾ HOHL. Die Geburten missgestalteter, kranker u. todter Kinder. Halle. 1850).

²⁾ VEIT. Ueber die Leitung der Geburt bei Doppelmissbildungen.

³⁾ „Geburtstörungen durch das Vorhandensein zweier Früchte im Uterus w podręczniku akuszerki, wydawanym przez v. WINCKEL'a. tom II, część III. Wiesbaden 1905 pg. 1726: Doppelbildungen. O. KUESTNER: „Die Geburt der Doppelmissbildungen“ w podręczniku: Handbuch der Geburtshilfe her. von. P. MUELLER. Stuttgart 1893, t. II, str. 682.

obrotu, nie udały się, w następstwie główka ta urodziła się *sponte*. Teraz druga akuszerka starała się pociągając za główkę i rączkę poród ukończyć, daremnie jednak. Minęło już kilka dni po odejściu wód. RATEL zastał części już urodzone w początkującym gniciu, obciął główkę i oba ramiona, następnie wydobyl nóżki, tułów i nareszcie drugą główkę; był to *dicephalus tetrabrachchius*.

KUENEKE zwracał uwagę na przypadek opisany przez H. HILL'a ¹⁾. Dziewczynkę niezwywą dwugłową wydobyl chirurg miejski przy pomocy haka tego. Prócz prawego i lewego ramienia pomiędzy dwiema szyjami znaleziono rudymet trzeciego ramienia [właściwie dwu nierozdzielonych w kształcie wyrostka koniecznego o paznociu przy końcu (*Dicephalus tetrabrachchius*.)]

KUENEKE wolałby dokonać dekapitacji drugiej główki. W przypadku ś. p. Ojca mego nie było dostępu do drugiej szyjki.

HOLZ: Pomimo silnych bólów po odejściu wód, główka stała widoczna już w szparze sromowej—i ani rusz! H. założył kleszcze, lecz daremnie; wydobyl główkę zapomocą rękoczynu VEIT'a i SMELLY'ego; wtedy poród ukończono bez trudności. Połóg prawidłowy. *Dicephalus femininus dibrachchius*; podwójność kręgosłupa sięgała aż do okolicy krzyżowej. Płód niezwywo urodzony.

BUTNEW w pierwszym ze swoich dwu przypadków był wezwany do 34-letniej VII-ródkki. Poród trwał już 14 godzin. Główkę przodującą wydobyl kleszczami; ponieważ żadną miarą tułowia wydobyc nie mógł, uciął urodzoną już główkę i jedną wypadłą rączkę dziecka. Następnie wezwano do gorączkującej już rodzącej doktora SAMOWSKIEGO, który dokonał obrotu na nóżkę i płód wydobyl. *Dicephalus tetrabrachchius tripus*. Położnica zmarła na septyczne zapalenie otrzewnej.

W drugim jego przypadku poród odbył się *sponte*: *dicephalus* urodził się główką naprzód i zmarł po godzinie.

Duplicitas ciała płodu zdarza się cztery razy częściej u wieloródek niż u pierwiastek, ciąża niezawsze dochodzi do kresu fizyologicznego, a chociaż dojdzie do kresu, płód bywa mniejszy niż przy normalnej ciąży bliźniaczej. Niezwykle ułożenia ciała płodu zdarzają się częściej niż przy zwykłym porodzie bliźniąt. Mechanizm porodu zależy od odmiany *duplicitatis anterioris, mediae, posterioris*, lub jeśli chodzi o częściowy jakoby zrost dwu płodów oddzielnych—od miejsca zrostu (*kraniopagus, xyphopagus, thoracopagus, pygopagus*).

VEIT rozpatruje najobszerniej poród przy *dicephalia* [l. c. p. 1236].

PLAYFAIR, zestawiając 7 przypadków [6 razy położenie czaszkowe, 1 raz pośladowe], radzi po urodzeniu się pierwszego dziecka na razie wyczekiwać samowolnego wypędzenia tułowia, a gdy to nie nastąpi, uciąć główkę i dokonać obrotu na nóżki. Przy bardzo wysoko stojącej pierwszej główce,

1) HILL. Anatomische Untersuchung einer Doppelbildung. Würzburg. 1863.

można od razu dokonać obrotu na nóżki, jeśli dwugłowie jest rozpoznane. PEU u rodzącej, u której dwie akuszerki przez cały dzień już starały się główkę wydobyć, znalazł położenie twarzowe i ręką *per vaginam* wprowadzoną poczuł, że chodzi o płód dwugłowy; wy dobył nóżki, zatem tułów ręcznie, a następnie tak samo jedną i drugą główkę. HESSE wy dobył naprzód jedną, a po ręcznym poprawieniu położenia i drugą główkę kleszczami. W przypadkach BROMIŁOWA i MEIGS'a nastąpiło po urodzeniu się pierwszej główki samowyzwiązanie tułowia, potem wyszła druga główka. Dwa razy ucięto urodzoną już główkę pierwszą i dokonano obrotu na nóżki i ekstrakcyi [RATTEL oraz pewien autor włoski].

Mechanizm porodu zależy od tego, o ile dwie główki, jedna względem drugiej, dadzą się dyzlokować—to zaś zależy od stopnia rozdwojenia kręgosłupa, inny będzie zupełnie mechanizm przy *dicephalus dibranchius* a *dicephalus tetrabrachius* [przy tem dekapitacja tak samo będzie nie na miejscu, jak przy *thoracopagus*, t. j. bliźniętach klatkami piersiowymi zrosniętymi pomiędzy sobą.

Dicephalus dibranchius nawet pomimo szerokości barków rodzi się nieraz *sponte*, zwykle jednak potrzebna jest pomoc. Przypuśćmy, że przy czaszkowym położeniu, akuszerka, po daremnym wyczekiwaniu — główka widoczna, w ujściu pochwy, lecz nie wychodzi przez godzinę, dwie, trzy i t. d. — podejrzewa krótkość pępownicy, słabość bólów i t. d., więc posyła po lekarza. Lekarz zakłada kleszcze. Pomimo silnych trakcyi, główka się nie porusza, albo też po każdej trakcyi się cofa—pomimo, że miednica nie jest zwężona, a główka nie wielka. Teraz dopiero lekarz zastanawia się nad przyczyną *dystokii*: barki za szerokie i t. d.? Nareszcie wy dobywa główkę, ale twarz dziecka nie zwraca się ku bokowi. Daremnie lekarz pociąga za główkę, nakłada nawet pętlę na szyję, lecz szyja tylko się wydłuża, a tułów nie chce się obniżyć. Z trudem lekarz wprowadza do pochwy dwa palce, które z trudem dochodzą do tułowia albo też do drugiej szyi. Teraz dopiero lekarz wpada na myśl, czy przeszkodą nie jest powiększona objętość tułowia, *ascites* płodu i t. d. lub też nareszcie, czy nie chodzi o płód dwugłowy, i wtedy dopiero przy palpacyi wyczuwa drugą główkę nad spojeniem albo z boku.

Czyż można liczyć teraz, pisze VEIT, na samowyzwiązanie się tułowia, na które liczył PLAYFAIR?—przynajmniej wypadła przyczynić się do samowyzdobycia tułowia, pociągając za niego jak to uczynili BROMIŁOW, NEUGEBAUER i inni, albo dokonać obrotu na nóżkę. Lecz obrót możebny będzie tylko, skoro uda się rękę do macicy wprowadzić i naraża rodzącą zwykle i tak już wyczerpaną długotrwałym porodem na niebezpieczeństwo *rupturae uteri*.

Wprawdzie dwugłówek RUEFF'a, *Ritta - Krystyna*, opisany przez BUCHANAN'a, późniejszy dwugłowy trębacz na dworze Jana IV-go w Szkocyi, pewien znany strzelec turecki dwugłowy, urodzili się żywi, jak również *Jan Jakób Toccio*, lecz czyż można zawsze liczyć na zdolność do życia płodu dwugłowego przy ciężkim porodzie? A przedewszystkiem chodzi o życie rodzącej. Dla niej ten sposób rozwiązania będzie najlepszym, któ-

ry najmniej narazi ją na jakikolwiek uraz. Wypada więc w trudnych przypadkach obciąć główkę już urodzoną, tem bardziej przy martwym płodzie, dokonać torakotomii i ewisceracyi jamy piersiowej i brzusznej, kleidotomii, rachiotomii według MICHELIS'a lub SIMPSON'a, potem wydobyć płód ręką lub hakiem tęnym. Przy żywym płodzie zamiast połączonych z wielkim wysiłkiem prób ukończenia porodu *per vias naturales*, gdy matce grozi niebezpieczeństwo, wypada o ile stan ogólny jeszcze na to pozwala, dokonać cięcia cesarskiego.

Dotychczas po urodzeniu się pierwszej główki nikt nie dokonał odcięcia drugiej główki prawdopodobnie z powodu braku dostępu do drugiej szyi. Nawet dostęp do tułowia w celu dokonania ewisceracyi jest bardzo trudny, chociaż udać się może zmiążdżenie tułowia.

Najprostszą drogą, aby uzyskać dostęp i dokonać obrotu na nóżki, jest odcięcie główki już urodzonej, jak to uczynił z pomyslnym wynikiem LOESCHER. Dokonanie dekapitacyi jest rzeczą przykrą dla położnego i otoczenia, ale jest w takich razach zabiegiem zbawiennym dla rodzącej.

Bywają jednak przypadki, gdzie po urodzeniu się pierwszej główki i druga *sponte* wstąpi do miednicy i *sponte* się urodzi lub uda się ją wciągnąć do miednicy małej. Już w roku 1705 EVERS po urodzeniu się pierwszej główki, drugą wydobył przy pomocy haka; później zastąpiono hak kleszczami. Po urodzeniu się jednak pierwszej główki wypada przeczekać jakiś czas, zanim druga główka się nie ustali w miednicy, w przeciwnym razie kleszcze mogą ześlizgnąć się. W przypadku NIESS'a kleszcze ześlizgiwały się z drugiej główki, a wyszła ona ostatecznie *sponte*. Czasami udaje się drugą główkę do światła miednicy wprowadzić, jak się to udało HESSE'mu, który po wydobyciu pierwszej główki palcami ściągnął do miednicy drugą główkę, a następnie kleszczami wydobył. Skoro dziecko już nie żyje, najlepiej od razu przystąpić do dekapitacyi, czyli ucięcia główki już urodzonej, pomimo zaprzeczeń OSIANDER'a i HOHL'a.

Gdy dziecko rodzi się w położeniu pośladkowym, postępowanie bywa odmienne. LANGE'mu w takim przypadku udało się przez badanie zewnętrzne skonstatować obecność dwóch główek w dnie macicy.

Po ekstrakcyi tułowia udało mu się ręcznie wydobyć jedną i drugą główkę. LINDEMANN w podobnym przypadku dokonał ewisceracyi jamy piersiowej i brzusznej i wtedy dopiero ręką do macicy wprowadzoną wyczuwał dwie szyje i dwie głowy. Ponieważ daremnie okazało się pociąganie za hak pomiędzy dwoma szyjami założony, dokonał przy pomocy haka dekapitacyi jednej główki, a potem płód wydobyto.

[C. d. n.]

II. Z ŻAKŁADU PATOLOGII OGÓLNEJ I DOŚWIADCZALNEJ UNIWERSYTETU LWO-
WSKIEGO POD KIERUNKIEM PROF. DRA PRUSA.

O ZNACZENIU NADNERCZA W PATOLOGII I TE- RAPII KRZYWICY.

Podał

Dr Robert Quest.

(Dokończenie. — Patrz Nr. 44).

DO Ś W I A D C Z E N I E I.

Jako pokarm dostawał pies w tym doświadczeniu, jak i w poprzedzają-
cych dwu tygodniach, mamałygę: w pierwszych dwu dniach okresu wstępnego
dziennie 300 grm. mamałygi + 1200 ctm. sz. wody wodociągowej + 10 grm. soli
kuchennej, przez dalsze 10 dni doświadczenia codziennie 250 grm. mamały-
gi + litr wody + 10 grm. soli kuchennej.

Pokarm ten zjadał pies w zupełności. Od 5—8-dnia włącznie wstrzy-
kiwano mu podskórnie *pro die* 1 grm. rozczyńu adrenaliny [1 : 10,000]. W cza-
sie tym zauważono u niego wielki niepokój, zmniejszony apetyt, uwidocznia-
jący się tem, że pies nie zjadał swego pokarmu zaraz po podaniu go, lecz
dopiero w przeciągu kilku godzin. W okresie następowym objawy te znika-
ły pomalu. Wyniki wydzielania azotu i wapna są w następnej tablicy zesta-
wione, a są one obliczone—jak i we wszystkich następnych tablicach— na
jeden dzień doświadczenia. Ciężar ciała wykazuje w przeciągu 12-u dni do-
świadczenia przybytek z 7220 grm. na 7650 grm.

Liczba krążków czerwonych wynosiła w okresie wstępnym 9.180.000,
w okresie adrenalinowym 9.750.000. [Patrz tabl. I na str. nast.].

Widzimy, że pod wpływem adrenaliny wydzielanie azotu się wzmaga,
w okresie zaś następowym powraca znowu do stanu prawidłowego i wykazu-
je wartości, zbliżone do wartości otrzymanych w okresie wstępnym. Inaczej
się rzecz ma z wydzielaniem wapna. Wynosi ono w okresie podawania adre-
naliny 0.059, a w okresie następowym 0.0616 więcej, niż w okresie wstępnym.
Zauważyć także należy, że ilość wapna, wydzielanego w moczu w dru-
gim i w trzecim okresie, znacznie [o 3, względnie 6 razy tyle] spada, gdy
ilość wapna w kale się podnosi.

T A B L I C A I.

Okres	Liczba dni	Zawartość N			Wchłonięto		Zatrzymano			Zawartość CaO			Zatrzymano	
		w pokarmie	w moczu	w kale	w ogóle	Procent wpro- adzonego N.	w ogóle	Procent wpro- adzonego N.	w pokarmie	w moczu	w kale	w ogóle	Procent wpro- adzonego CaO	
	4	5.3773	3.1830	1.3812	3.9961	14.314	+0.8131	15.120	0.1460	0.0609	0.1775	-0.0924	-	
	4	4.8885	3.1757	1.4289	3.4595	70.770	+0.2839	5.807	0.1428	0.0222	0.2720	-0.1514	-	
	4	4.8885	3.0690	1.0984	3.7901	77.449	+0.7211	14.775	-0.1428	0.0104	0.2864	-0.1540	-	

DOŚWIADCZENIE II.

Obejmowało dwa okresy trzydniowe: jeden wstępny, drugi adrenaliny. Podczas tego ostatniego wstrzykiwano psu codziennie 2 ctm. sz. roztworu adrenaliny [1 : 10.000] podskórnie.

Oznaczenie wymiany materii w okresie następowym musiano zaniechać, gdyż pies w okresie tym nie zjadał swego pokarmu. Oprócz tego wystąpił silny niepokój i zaparcie stolca.

Jako pokarm dostawał codziennie 250 grm. mamalygi, zagotowanej w jednym litrze wody i 10 grm. soli kuchennej. Ciężar ciała, który od stycznia do kwietnia wzrósł z 7650 grm. na 9260, okazuje podczas doświadczenia równowagę [9. IV. 9250 grm.], spada jednak później dość znacznie tak, że 24. IV. wynosi 8820 grm. Liczba krążków czerwonych wynosi w okresie wstępnym 10.110.000, po wstrzyknięciu adrenaliny 9.720.000. [Patrz tabl. II na str. nast.].

Również i w tem doświadczeniu uwydatnia się zwiększone wydzielanie azotu obok zmniejszonego wchłaniania po stosowaniu adrenaliny. Wydzielanie wapna w okresie adrenaliny wynosi znowu o 0.0788 więcej niż w okresie wstępnym; w moczu spada znowu więcej niż o połowę, w kale, przeciwnie, podnosi się.

DOŚWIADCZENIE III.

Dyeta w tem doświadczeniu składała się z 200 grm. mamalygi, 8 grm. soli kuchennej, 800 grm. wody i 300 grm. mleka; zawierała zatem więcej wapna niż w poprzednich doświadczeniach, w których prawdopodobnie z powodu mniejszej ilości wapna w pokarmie, a może i z powodu linienia się psa, okresy wstępne wykazywały bilansy ujemne.

W 4-ym i 5-ym dniu doświadczenia wstrzyknięto półtora ctm. sz., a w 6-ym dniu jeden ctm. sz. roztworu adrenaliny [1 : 10.000].

W okresie tym znowu występuje ogólne rozdrażnienie i zmniejszone łaknienie. W miejscu wstrzyknięcia lekka bolesność; wytworzenia się ropnia nigdy nie zauważono. Ciężar ciała spada nieco: z 9500 grm. na 9460 grm. [Patrz tabl. III].

W okresie wstępnym zatrzymuje pies dziennie 0.0082 grm. CaO, gdy w okresie drugim wydziela o 0.0311 grm., a w okresie trzecim o 0.0099 grm. CaO więcej; a wydzielanie to podwyższa się w tem doświadczeniu tak w kale, jak i w moczu. Zachowanie się wymiany azotu, jak w poprzednich doświadczeniach.

T A B L I C A II.

Okres	Liczba dni	Zawartość N			Wchłonięto		Zatrzymano			Zawartość CaO			Zatrzymano	
		w pokarmie	w moczu	w kale	w ogóle	Procent wprowa- dzonego N.	w ogóle	Procent wprowa- dzonego N.	w pokarmie	w moczu	w kale	w ogóle	Procent wprowa- dzonego CaO	
	3	4.8885	3.0492	1.3035	3.5850	73.335	+0.5358	10.960	0.1428	0.0151	0.1422	0.0145	—	
	3	4.8885	3.1546	1.4378	3.4507	70.586	+0.2061	6.052	0.1428	0.0062	0.2299	0.0933	—	

T A B L I C A III.

Okres	Liczba dni	Zawartość N.			w ogóle	Procent wprowadzonego N.	Zatrzymano		Zawartość CaO			w ogóle	Procent wprowadzonego CaO
		w pokarmie	w moczu	w kale			w ogóle	Procent wprowadzonego N.	w pokarmie	w moczu	w kale		
	3	6,6508	3,8460	1,1411	5,6,97	84,346	1,7637	26,518	0,6921	0,0168	0,6670	+0,0083	1,199
	3	6,6508	4,5,20	1,3016	5,3492	80,421	0,8272	12,437	0,6921	0,0267	0,6879	-0,0228	—
	3	6,6508	3,7990	1,1830	5,4678	82,212	1,6688	25,091	0,6921	0,0212	0,6725	-0,0016	—

Przeglądając wyniki wszystkich 3-ch doświadczeń, musimy dojść do przekonania, że nie mogą one wcale służyć do poparcia zdania o skutecznym wpływie przetworów nadnercza na wymianę wapna w kierunku zwiększonego zatrzymywania tegoż w ustroju; przeciwnie — widzieliśmy pod tym względem tylko wyniki ujemne.

Wpływ ten utrzymuje się nawet po odstawieniu adrenaliny, a w doświadczeniu I i II wzmacnia się nawet w okresie następowym. Wymiana azotu przy stosowaniu adrenaliny mniejszym podlega zmianom, a zmiany te przechodzą szybko tak, że w okresach następowych bilanse zbliżają się już więcej do stanu prawidłowego.

A więc w wyciągu z nadnercza nie możemy widzieć leku swoistego, podobnie jak w innych środkach organoterapeutycznych, zalecanych w krzywicy, mianowicie w tyreoidynie [LANZ ¹⁾, HENBUER ²⁾, KNOEPELMACHER ³⁾], i w wyciągu z grasicy [METTENHEIMER ⁴⁾, STOELTZNER i LISSANER ⁵⁾, SINNHUBER ⁶⁾].

Chciałbym *) w końcu nadmienić, że cukromocz, występujący po wstrzykiwaniach adrenaliny, a opisany przez szereg autorów, jako też zmiany w wydzielaniu azotu i wapna, stwierdzone w moich doświadczeniach, zdają się przemawiać za tem, że przyczyny miażdżycy u królików, wywołanej wyciągami z nadnercza, nie możemy szukać jedynie w zmianach ciśnienia krwi, ale bardziej w działaniu toksycznym adrenaliny na cały ustrój.

W końcu miło mi jest złożyć podziękowanie prof. drowi PRUSOWI za dostarczenie środków, a doc. drowi BIERNACKIEMU za zachętę do pracy niniejszej.

¹⁾ LANZ. Volkmann's Sammlung klin. Vort. 1894.

²⁾ HENBUER. Berl. klin. Wochenschr. 1896. nr. 31 i Charité-Annalen XXI. 1896.

³⁾ KNOEPELMACHER. Wiener klin. Wochenschr. 1895. Nu. 41.

⁴⁾ METTENHEIMER. Jahrb. f. Kinderheilk. t. 46. 1898.

⁵⁾ STOELTZNER i LISSANER. Jahrb. f. Kinderheilk. t. 50. 1899.

⁶⁾ SINNHUBER. Zeitschr. f. klin. Medicin. 1904.

*) Próba na cukier w moczu była w okresach adrenaliniowych naszych doświadczeń zawsze dodatnia.

II. Rozpoznanie ropni mózgowych pochodzenia usznego *)

Podał

Teodor Heiman.

Odczyt, wygłoszony w Warszawskiem Towarzystwie Lekarskiem w październiku 1907 r.

[Ciąg dalszy. — Patrz N. 43].

Działanie oddalone ropnia mózdzku działa często na rdzeń przedłużony; przez porażenie oddychania prowadzi do śmierci. Ropnie w odnogach mózdzku i w moście mogą oprócz porażenia oddychania wywołać bezwład skrzyżowanych kończyn, skrzyżowanego nerwu twarzowego, obydwu kończyn dolnych, bezwład połowiczy po stronie chorej, szczękoscisk, słabość i niedowład kończyny górnej po stronie chorej i obydwu kończyn dolnych. Nadto napotymano przy ropniu w moście, w ciele prążkowanym i we wzgórzu wzrokowem (*thalamus*) znieczulenie, utratę zmysłu mięśniowego w kończynach drugostronnych, prawdopodobnie skutkiem współcierpienia części tylnej torebki wewnętrznej. Małe ropnie tych okolic mogą przebiegać bez wszelkich objawów aż do chwili pęknięcia [Gowers]. Przy ropniu w moście przytrafia się też bezwład połowiczy na przemiany to w jednej, to w drugiej kończynie.

Szttywność karku, ściągnięcie głowy i lekki stopień *opisthotonus*, jak się zdaje, przytrafia się też przy niepowikłanych ropniach mózgu i mózdzku [Moos, Hansberg]; jest to wszelako częstszy objaw przy zapaleniu opon, przy ropniu zewnątrzoponowym w tylnym dole czaszkowym i przy zapaleniu ropnem w okolicy mostu i rdzenia przedłużonego, powstałym po pęknięciu ropnia.

Odruchy skórne oraz części głębiej położonych, okazują niekiedy zmiany zależne od ropnia; pod tym względem nie można, jak dotąd, nic pewnego powiedzieć. Odruch kolanowy zachowuje się rozmaicie: bywa wzmożony lub osłabiony, lub normalny z obydwu stron; niekiedy brak go po stronie chorej. Według Koch'a stanowi brak odruchu kolanowego po stronie chorej ważny objaw ropnia mózdzku, służący do odróżnienia go od ropnia mózgu. Włókienkowe drgania mięśniowe napotyka się często w końcu drugiego okresu; wyraźne są w okresie końcowym. Nie stanowią wszelako nic patognomicznego dla ropnia mózgu.

*) W streszczeniu odczyt niniejszy wygłoszony został w sekcji otyatrycznej X-go Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich (Lwów 22—25 lipca 1907 r.)

Ropnie zraza skroniowego, doszedłszy do pewnych rozmiarów, wywołują częściowy, rzadko całkowity bezwład mięśnia okoruchowego po stronie chorej; zwykle występuje rozszerzenie źrenicy, opadnięcie powieki; czasem bezwład mięśnia prostego wewnętrznego i górnego. Przy całkowitym bezwładzie tego nerwu pojawia się zez rozbieżny, nieruchomość źrenic, bezwład wszystkich mięśni zewnętrznych oka, z wyjątkiem skośnego górnego i prostego zewnętrznego, i z tego powodu ruch gałki ocznej na zewnątrz i lekkie nachylenie ku dołowi są niemożliwe. Jakaśmy już wyżej wspomnieli, może też nerw okoruchowy współcierpieć zapalnie przy zapaleniu opon. Bezwład nerwu okoruchowego po stronie chorej, bezwład połowiczny skrzyżowanej połowy ciała, który rozpoczął się od twarzy i odpowiada oznakom bezwładu, zapoczątkowanego w odcinku kórowym ruchowym, t. j. że najwidoczniejszy jest w mięśniach twarzy; mniej wybitny jest w kończynie górnej, kończyna zaś dolna pozostaje nietkniętą i jeśli przytem niema zaburzeń czucia, to wtedy najprawdopodobniej istnieje znaczne obrażenie, mające swoje siedlisko w zrazie skroniowym.

Bezwład nerwu odsiebnego (*abducens*) po stronie chorej napotyka się przy ropniach mózgu i mózdzku; przy ostatnim—skrzyżowany bezwład tego nerwu. Nerwoból nerwu trójdzielnego i bezwład nerwu podjęzykowego przytrafiają się czasem przy ropniu w zrazie skroniowym. Zajęcie nerwów mózgowych rozwija się czasem przy ropniu w zrazie skroniowym. Zajęcie nerwów mózgowych rozwija się wogóle częściej skutkiem cierpienia kości lub zapalenia opon, aniżeli skutkiem samego ropnia mózgu.

Czasem spostrzegano też przy ropniu mózgu światłowstręt, *deviation conjugée*, bieganie oczu (*nystagmus*), czkawkę, mimowolne oddawanie moczu i stolca, trudne oddawanie, zatrzymanie lub nietrzymanie moczu, bóle krzyża i nerwoból nerwu kulszowego.

Narząd słuchowy przedstawia często przy ropniach mózgowych objawy ostrego lub przewlekłego ropienia, ziarninę, masy perliste (*cholesteatoma*), zapalne rozmięknienie w wyrostku sutkowym, objawy zatrzymania ropy i t. p. W rzadkich przypadkach prowadzą przetoki bezpośrednio przez kość chorą do jamy czaszkowej. Przez taką przetokę, jako też przez przewód słuchowy zewnętrzny niekiedy opróżnia się częściowo zawartość jamy ropnia. Daleko rzadziej napotykaemy tylko ślady przebytej choroby usznej, lub nawet pozornie zdrową błonę bębenkową. W największej liczbie przypadków przy ropniach mózdzku zajęty jest jednocześnie błędnik, o czem już wyżej była wzmianka. Odpowiednio do zmian w błędniku, zaburzenia czynnościowe przy ropniu mózdzku są natury błędnikowej. Badanie słuchu może wprawdzie rzadko doprowadzić do dokładnego rozpoznania, ponieważ zaburzenia czynnościowe błędnikowe nie rzadko przytrafiają się też przy ropniach mózgu i może ich niebyć przy ropniach mózdzku, lecz w przypadkach wątpliwych może nam ono dać cenne wskazówki rozpoznawcze pod względem umiejscowienia ropnia. W przypadkach pojedynczych przy jednostronnem ropieniu zauważyć się daje przy ropniach mózgu i mózdzku nagłe powiększenie się tępości słuchu po stronie zdrowej, lub też nagłe poprawienie się słuchu po

stronie chorej [SCHWARTZE, LUCAE, HERPIN]. Fakt ten objaśnia KOERNER w ten sposób, że ponieważ ośrodek dla ucha skrzyżowanego znajduje się w zrazie skroniowym, przeto wystąpienie zaburzenia słuchu pochodzenia mózgowego w uchu skrzyżowanym poprzednio zdrowym, może być uważane za objaw rozstrzygający, lecz tylko przy ropieniu z ucha jednostronnem. Skoro jednak objaw ten spostrzegany był i przy ropieniu mózdzku, przeto objaśnienie SCHWARTZE'go, że objaw ten polega na znacznym wodogłówniu wewnętrznym (*hydrocephalus internus*) lub, że zależy od przekrwienia błędnika (LUCAE), jest prawdopodobniejsze.

Chciano brak przewodnictwa kostnego zużytkować do rozpoznania ropnia mózdzku [Mc. BRIDE i MILLER], lecz KOERNER wykazał niepewność tego objawu, gdyż napotyka się często przy ropniach zraza skroniowego i brak jego przy ropniach mózdzku.

Po tym drugim okresie ropnia mózgu, który trwać może rozmaicie długo, powstaje okres końcowy, t. j. ropień zaczyna się szybko powiększać i wywierać swoje zabójcze działanie na części ważne dla życia, przyczem otwiera się do komory bocznej lub na powierzchnię mózgu i wśród burzliwych objawów prowadzi szybko do śmierci. Chorzy najczęściej giną wśród objawów gwałtownego zapalenia opon mózgowych z bardzo prędkim przebiegiem; lub też obraz końcowy podobny jest do śmiertelnego napadu apoplektycznego. Zdarza się też, że śpiączka stopniowo wzmaga się i śmierć pojawia się prawie nagle. Czasem może powstać ostre zapalenie opon mózgowych bez pęknięcia ropnia, skutkiem tego, że zapalenie odgraniczające dokoła ropnia przechodzi na oponę miękką.

[D. c. n.].

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

97. PERNET G. O wysypkach krwotocznych.

Autor szczegółowo rozpatruje i odróżnia: *petechiae*, *ecchymoses* i *vibices*. Następnie zwraca uwagę, iż zawartość *vesiculae* i *bullae* w niektórych razach może również składać się ze krwi. Przy długotrwałych ekzematach i *psoriasis* dolnych kończyn również może przyłączyć się wysypka krwotoczna, szczególnie jeżeli są oprócz tego rozszerzone żyły. Przy krwotocznych wysypkach w samej skórze mogą również być wylewy krwawe w tkance podskórnej. Wysypka krwotoczna zdarza się najczęściej na dolnych kończynach, następnie na przedramieniu i ramieniu, daleko rzadziej na tułwieniu i twarzy. Przyjętem jest nazywać każdą wysypkę krwotoczną „*purpura*”, ale je to niewłaściwe, gdyż wysypka taka może zależeć od wielu przyczyn

i ważnem jest odróżnianie każdej oddzielnie. Bardzo często wysypka taka jest oznaką bardzo ważnych zmian w ustroju, bardzo często wikła jakieś wewnętrzne krwawienie. Z drugiej strony wysypka na skórze może zjawić się podczas lub po krwotoku wewnętrznym, może być również zwiastunem jakiegoś ogólnego zakażenia. Jeżeli mamy do czynienia z taką wysypką, autor radzi szczegółowo zbadać jamę ustną, gardziel, a u dzieci i płuca. Również musimy zbadać mocz [białko, cukier, indykan]. Następnie autor zastanawia się nad różnemi postaciami wysypek krwotocznych. Dowodzi, że jedna i ta sama przyczyna może dać na skórze różnorodne zmiany i *vice versa*. Różne zmiany na skórze mogą być uważane za skutek jednej i tej samej przyczyny. Twierdzenie to autor potwierdza opisem następujących przypadków klinicznych: W danych przypadkach wysypka należy przeważnie do formy *erythema purpuricum*. Jest to postać *erythema multiforme*. Bywa przeważnie u młodych kobiet, których zajęcie zmusza być ciągle na nogach. Wysypka bywa na udach i goleniach, wykwyty bywają na wysokości skóry, lub cokolwiek wzniesione nad skórę. Wysypka ta powtarza się kilka razy do roku i pozostawia po sobie miejsca zabarwione. Z ogółu tych przypadków widoczną staje się różnorodność przyczyn. U 23 letniej służącej wysypka krwotoczna ukazywała się przez 6 miesięcy, pojawiła się pierwszy raz po „katarze wątroby” (*icterus* ?), jednocześnie z krwotokiem *per rectum*. U 32 letniej kobiety *petechiae, ecchymoses* ukazały się na ustach w dzień po zjedzeniu raków [krabów]. Przed wysypką tą miała przez 3 tygodnie rozwolnienie. U 42-letniego muzykanta, grywającego czasami w orkiestrze, pojawiła się wysypka krwotoczna po influency i od tego czasu miewał on często taką wysypkę, ile razy tylko grywał w orkiestrze [długie siedzenie?]. W jednym przypadku zjawiła się wysypka skutkiem diety wegetaryjskiej: dotyczyło to 15-letniej dziewczyny, która miała wstręt do mięsa. Niezbędność badania gardzieli najlepiej ilustruje przypadek następujący: zaczęło się od zaczerwienienia dłoni i trwało to 3 dni, następnie zjawiła się wysypka krwotoczna na goleniach, na tylnej części dłoni, na łokciach i ramionach; obrzmiały również kostki (*Knöchel*). Przy badaniu gardzieli wykryto *tonsillitis acuta*. W 2-im przypadku przyczyną wysypki był zły stan jamy ustnej i zębów i *pyorrhoea alveolaris*. Pewien 28-letni mężczyzna cierpiał na *erythema purpuricum* 5 lat, wysypka zjawiała się co zimę, również obrzmiewały u niego stopy i golenie. W danym przypadku wysypka była prawdopodobnie skutkiem starego syfilisu, który niegdyś przechodził, *diabetes insipidus*. Przy *erythema purpuricum* może się zdarzyć i *necrosis* miejsc, na których jest wysypka. Autor widział taki przypadek. Tyczyło się to 40-letniego mężczyzny, który nadużywał trnnków i zawsze gdy więcej pił, pokazywała się wysypka. Chory ten miał miejsca nekrotyczne na kolanach. Silne promienie słoneczne mogą również wywoływać takie zmiany, np. u 23-letniej kobiety była wysypka krwotoczna na twarzy i przedramionach.

Następnie autor rozpatruje *peliosis* lub *purpura rheumatica*. Przy tej chorobie bywają bole w stawach, chory czuje się niedobrze i źle wygląda. Wysypka bywa szczególnie w okolicy stawów. Gorączka może być lub nie być. Nawet jeżeli niema gorączki trzeba zawsze pamiętać, że *peliosis rheumatica* mogą towarzyszyć groźne krwotoki wewnętrzne. Autor widział taki przypadek. Choroba stawów nie jest zawsze pochodzenia reumatycznego. Zmiany w stawach przy *peliosis rheumatica* niezawsze bywają pochodzenia reumatycznego. Z drugiej strony przy zmianach w stawach czysto reumatycznych może być wysypka krwotoczna. Również przy *peliosis rheumatica* mogą być zmiany na zastawkach serca. W wielu przypadkach wysypka na skórze może być bardzo nieznaczna, a wewnętrzne krwotoki mogą być wielkie.

Następnie przechodzi autor do rozpatrzenia t. z. *urticaria haemorrhagica* lub *purpura urticans*. Jednocześnie z wysypką krwotoczną na skórze może być

pokrzywka na błonach śluzowych i krwotoki na tych ostatnich nieraz, dość obfite. Nieraz bywają krwotoki wewnętrzne, a na skórze jest tylko zwyczajna *urticaria*, a nie *haemorrhagica*.

Purpura simplex, lub jak nazywają zwyczajnie „purpura”, bywa równo ze skórą, a nie podnosi się tak nad skórę, jak to bywa przy *erythema haemorrhagicum*. Choroba ta wraca często, bywają przerwy. Najczęściej się zdarza na dolnych kończynach, wysypka pozostawia po sobie pigmentację. Autor opisuje następujący przypadek. Dotyczył on 29-letniej kobiety, która cierpiała na tę wysypkę 12 lat. Skóra na goleniach była zabarwiona. W drugim przypadku „purpury” były opuchnięte również kostki; w moczu białko, krwi nie było. Podług autora w każdym przypadku purpury trzeba zbadać mocz na białko. Być może, że i purpura i białko w moczu są skutkami jakiegoś zakażenia ogólnego.

Purpura haemorrhagica lub *morbus maculosus* WERHOFFI. Wysypce na skórze towarzyszą krwotoki wewnętrzne i krwotoki na błonach śluzowych. Wysypka na skórze ginie i powraca tak, że po niejakiś czasie skóra staje się różnokolorową. Rokowanie niezawsze bywa poważne; szczególnie dzieci powracają do zdrowia. Ciężkie przypadki tej choroby opisane są pod nazwą: *purpura idiopathica acuta* lub *typhus angiohaematicus*, lub *purpura haemorrhagica primaria*. Nawet MATHIEU odróżnia trzy postaci tej choroby: *purpura haemorrhagica typhoidea*, *purpura haemorrhag. hyperacuta* i *purpura haemorrhag. pseudo-rheumatica*. Autor odrzuca taką klasyfikację.

Purpura fulminans u dzieci [HENOC'a]. Nagłe powstają obszerne wylewy krwawe w skórze i w kilka dni cała kończyna może być zajęta—grozi nawet zgorzel. *Purpura neonatorum*—skutkiem nagłych zmian przy przejściu płodu z warunków życia macicznego do życia zewnętrznego. Przy skorbcie zdarzają się krwotoki w skórze, szczególnie na dolnych kończynach. SEYMOUR TAYLOR opisał przypadek dotyczący kobiety 51-letniej, u której przy skorbcie była również purpura na goleniach, twarzy, tułowiu i ramionach.

Następnie autor przechodzi do rozpatrzenia tych krwotoków skórnych, które zdarzają się przed, lub podczas lub nawet po różnych chorobach. Autor widział *petechiae* u chorego na tyfus 19-letniego mężczyzny. „Purpura” zdarza się po dyfterycie. Autor powołuje się na GOODAL'a i BAZIN'a, którzy widzieli krwotoki na skórze dolnych kończyn, bardzo mało na tułowiu. Białkomoczu nie było. Wprawdzie, że była zastrzyknięta surowica, ale GOODAL widział to samo i przed zastrzyknięciem surowicy. TROUSSEAU już bardzo dawno opisał przy dyfterycie petocie, *ecchymoses* i *epistaxis*. Przy ostrych wysypkach również bywają krwotoki, np. *variola haemorrhagica*, *varicella* zaś *haemorrhagica* bywa bardzo rzadko. Przy odrze mogą być ogniska krwotoczne na skórze, które dochodzą do zgorzeli. Przy ospie (*small-pox*) można zauważyć czasem wysypkę petechialną podczas pierwszych objawów choroby. Daje to złe rokowanie. Następnie, gdy pokazują się już *papulae* i *vesiculae*, to jednocześnie mogą się pojawić i krwotoki w skórze.

Roger opisał *purpura metamerica minutissima*, którą można pomieszać z *variola* lub z jakimś cierpieniem rdzenia. Przypadek ROGER'a dotyczył kobiety 37-letniej, która zachorowała przy objawach dających do myślenia o *variola*. Wysypka w postaci *purpura* pojawiła się w pachwinach, w okolicy pachowej, na stawach, następnie zaczęła się rozpowszechniać, jak gdyby zależała od jakiegoś cierpienia rdzenia—stąd nazwa *metamerica* lub *segmentalis*. Przy *scarlatina* HEUBNER opisał wysypkę podobną do *purpura*; dotyczyło to dziecka półrocznego, które było pokryte wybroczynami wielkości od soczewicy do marki niemieckiej; z początku lekarze przyjmowali to za wysypkę septyczną. HUBERT BISS opisał przypadek *purpura fulminans* po szkar-

latynie u 3-letniego chłopca. Były również krwotoki z żołądka i kiszek. Z migdałków wydobyto łańcuszkowce. Dziecko umarło po 33-u godzinach po zjawieniu się pierwszych krwotoków. Nerki były tłuszczowo zwyrodniałe. Być może, że w samym przypadku działały: szkarlatyna, zakażenie streptokokami i nerki zwyrodniałe.

Krwotoki w skórze mają również wkląć i szczepienie ospy. BEHREND pierwszy opisał *syphilis haemorrhagica neonatorum*. Były tam krwotoki w skórze i wewnętrzne. U dorosłych krwotoki w skórze przy drugorzędnym syfilisie bywają rzadko. PICCARDI opisał taki przypadek u 33-letniego mężczyzny. WELTZ opisał przypadek badany mikroskopowo, gdzie wprawdzie nie było wylewów krwi, ale zato były rozszerzone naczynia, wypełnione czerwonymi krążkami krwi. Tem się objaśniało to, że czerwoność skóry nie ginęła przy naciskaniu. Autor stwierdza fakt, że jeżeli syfilityk podczas leczenia się rtęcią zapada na tyfus, to może dostać krwotoków skórnych z pęcherzami wypełnionymi krwią. ROBIN opisuje taki przypadek u 25-letniej kobiety, która podczas leczenia się rtęcią zachorowała na tyfus i u której pojawiły się krwotoki w skórze. Chora umarła. DUHOR opisuje przypadek następujący: u mężczyzny, który zachorował na tyfus 1½ miesiąca po skończonym leczeniu rtęcią, przed samą śmiercią pojawiły się *petechiae*, *ecchymoses* i pęcherze wypełnione krwią.

Wysypka krwawa w postaci *purpura* zdarza się w tyfusie, cholercie, gorączce popołogowej, zimnicy; *petechiae* i *purpura* zjawiają przy *meningitis cerebrospinalis epidemica*. Przy *purpura* znaleziono różne drobnostroje: streptokoki, pneumokoki, stafilokoki, *bacillus antracis*, *bacillus pyocyaneus*. Również zdarzają się krwotoki skórne w stanach kachektycznych skutkiem np. raka, mięsaka, *anaemia perniciosa*. Przy chorobach wątroby i śledziony również zdarzają się wysypki krwotoczne. BATEMAN, ojciec angielskiej dermatologii, opisał postać pod nazwą *purpura senilis*. Niektóre środki lekarskie wywołują wysypkę krwotoczną. Często obwiniano o to: *Kali jodat*, *Chininum*, *Antipyrinum*, *chloral-hydrat.*, *Balsamum*, *Copaivae* i rtęć. Ale w tych razach często znajdowano jakieś zmiany w nerkach, lub sercu. *Kalium jodat* zdaje się ma w tych razach pierwszeństwo jako środek toksyczny. Autor opisuje przypadek, gdzie pewien chory po *Kal. jodat*. dostał wysypki krwotocznej. Przy bliższem badaniu okazało się, że chory ma szmer dyastoliczny i białkomocz. Drugi przypadek tyczy się chorego z *lepra nodularis*, któremu jakiś lekarz zapisał *Kal. jodat*. w mniemaniu, że ma do czynienia z syfilisem. Pojawiła się wysypka krwotoczna na goleniach. Na to zwrócili także uwagę DANIELSEN, BERGEN, że chorzy na leprę źle znoszą *Kal. jodat*. SCHEPHERD opisał przypadek purpury, która spowodowała gangrenę skutkiem *Natr. salicyl.*—*Oleum santali* wywołuje czasem *nephritis* i wysypkę krwotoczną. Nieraz i *gonorrhoea* nieleczona wywołuje wysypkę krwotoczną i przyczyny tego należy szukać w samym gonokoku.

Autor opisał chorobę pod nazwą *pemphigus acutus*. Choroba zdarza się przeważnie u rzeźników. Przypadków takich autor miał ośm z zawartością krwawą w pęcherzach. BALLOCH znalazł w tych razach drobnoustrój z grupy opisanej przez DEMME'a. Choroba ta powstaje skutkiem zakażenia ran i należy do bardzo ciężkich. Na 9 przypadków w 7-u było zejście śmiertelne. Następnie autor wspomina o przypadku, gdzie była wysypka pęcherzykowa krwotoczna. Tyczyło się to noworodka, wysypka zjawiała się już 3-go dnia po urodzeniu. Pęcherzyki wielkości od łebka szpilki do grochu, były na skórze całego tułowia, kończyn, na dłoniach i podszwach. Syfilis można było wykluczyć. Dziecko wkrótce zmarło. Oględziny pośmiertne wykazały zapalenie ropne jamy opłucnej. Wysyp-

ka więc była pochodzenia zakaźnego. Pęcherzyki przy *herpes zoster* mogą także być wypełnione krwią. Również zdarza się połączenie *herpes zoster* i *petechiae*. U hemofilików wylewy krwawe mogą być w skórze same przez się, lub przy nieznacznych poranieniach. Nieraz wylewy krwawe w skórze przy *haemophilia* mogą mieć znaczenie sądowo - lekarskie. Autor zwraca uwagę na *ecchymosis*, która zdarza się na narządach płciowych, piersiach, twarzy, wargach, ramionach, goleniach kobiet lub dziewcząt gwałconych, lub które próbowano gwałcić.

Podług HOFFMAN'a u niektórych kobiet na goleniach w górnej i wewnętrznej części znajdują się miejsca pigmentowane, które są podobne do *ecchymosis* 8- lub 10-dniowych. Opisane są *ecchymoses spontaneae* u historyczek. Krwotoki pod paznogciami mogą towarzyszyć innym krwotokom w skórze lub zdarzają się same przez się, np. przy *hemiplegia*.

Po tem wszystkim autor przystępuje do histologii i mechanizmu krwotoków skórnych, jak również do ich patogenyzy i etylogii. Według niego, przy krwotokach odgrywa rolę *diapedesis*, ona to ma wszystko tłómaczyć; ale badanie drobnowidzowe dowodzi, że zwykle przy krwotokach następuje pęknięcie naczyń. Z drugiej zaś strony DARIER dowodzi, że przy *purpura* naczynia są zupełnie nietknięte. Przed bliższem rozpatrzeniem wszystkich tych kwestyi, autor przypomina w jaki sposób skóra czerpie krew. Są dwie sieci naczyń. Jedna sieć znajduje się pod brodawkami: daje włoskowate naczynia do brodawek (*cutis vasculosa*), druga sieć podskórna, która łączy się z pierwszą, zapomocą naczyń, idących przez całą grubość *cutis*. Podług UNNA'y, krwotoki zależne są od tej ostatniej sieci, rzadziej od sieci brodawkowej. Również odgrywają rolę naczynia przy przechodzeniu przez *cutis*. Aby się o tem wszystkim przekonać, UNNA radzi robić cięcia poprzeczne.

Przyczyna krwotoków: ciśnienie ujemne, jak przy stawianiu baniek. Podług SEDUC'a ciśnienie osmotyczne krwi równa się $7\frac{1}{2}$ atmosferom. Przypisują znaczenie zatorowi, ale wiemy, że może być zator żył i nawet paraliż naczyń tętnicznych [np. przy róży], a krwotoków niema. Przy zastoinym na goleniach mogą się zdarzyć krwotoki i pigmentacja następcza. Często przy owrzodzeniach na goleniach wskutek rozszerzonych żył bywają także dokoła krwotoki w skórze. Ale ani zastój, ani przekrwienie hypostaticzne nie prowadzą do krwotoków w skórze. Ogromne znaczenie przy krwotokach odgrywają same ściany naczyń. Zmiany te mogą zależeć od destrukcyi molekularnej, *degeneratio hyalina* i t. d. Oprócz tego należy wziąć pod uwagę i działalność toksyczną trucizn bakteryjnych lub innych na ściany naczyń skórnych. Doświadczenie takie robiono z jadem żmij. Wiadomo, że ukąszenie żmii spowoduje krwotoki. FLEXNER i NOGNER dowiedli, że w jadzie żmii znajduje się cytotoksyna, która ma własność rozpuszczania komórek endotelialnych, t. i. jad zawiera endoteliolizynę. Jeżeli weźmiemy pod uwagę ciśnienie krwi; lub, że nastąpiły pewne zmiany w samej krwi skutkiem jakichś wpływów—zmiana w samej inercyji i zmiana samych ścian naczyń—to nie dziw, że naczynie pęka. Przypisują także wpływ i układowi nerwowemu — np. zawartość krwawa pęcherzyków przy *herpes zoster* ma zależeć od *ganglion posterior*. Jeżeli zniszczymy *ganglion sympath. abdomin.* u żaby, to wystąpią krwotoki na dolnych kończynach. HALE w przypadku *purpura haemorrhagica* u syfilityka znalazł ostre zapalenie w *ganglion semilunare* i *cervicale*. Podług SCHIMMER'a *purpura* jest pochodzenia trofoneurotycznego. Ale z tem trudno się zgodzić, gdyż nie jest jeszcze wiadomem, czy istnieją specyficzne nerwy troficzne. W przypadkach neuralgii zauważono krwotoki i powtarzało się to kilka razy.

Następnie autor rozpatruje rolę nadnerczy w krwotokach skórnych. Ale przedtem autor rozpatruje embryologię i fizyologię tych narządów. BAL-

FOUR dowiódł, że nadnercza mają dwojakie pochodzenie: *cortex* pochodzi od tkanki mesoblastycznej, a *medulla*—ze sytematu sympatycznego i z początku przedstawia nagromadzenie neuroblastów. U niektórych zwierząt niższych te dwie części pozostają rozdzielone przez całe życie, ale u wyższych kręgowców *medulla* zostaje obrośnięta przez *cortex* i neuroblasty tracą swój charakter komórek nerwowych. Widzimy więc stąd, że *medulla* i jej specyficzna sekrecya—adrenalina — pochodzi z układu nerwowego. Przy wycięciu nadnerczy spada silnie ciśnienie krwi, a adrenalina zastrzyknięta podnosi znowu ciśnienie. Opisane są przypadki purpury, gdzie znaleziono również krwotoki w nadnerczach i purpurę stawiają z tem w związku.

Ale autor nie zgadza się z tem. Jedne i drugą autor czyni zależnemi od tej samej przyczyny, np. od zakażenia streptokokowego. Widziano krwotoki w nadnerczach bez zmiany w skórze, przy *morb. Addisoni* również nie zdarzają się krwotoki w skórze. Prócz tego przypisano *ecchymoses* i *purpurae* zmianom zależnym od krążenia krwi podcz s miesiączkowania. Takie przypadki niby zależne od *menstruatio* opisał LAULOS. MARSCHALL i GULLY wypowiedzieli hipotezę, że *menstruatio* nie jest zależna od *ovulatio*, ale od wewnętrznej sekrecyi jajnika. Być może, że krwotoki w skórze w tych razach zależne są od tej sekrecyi wewnętrznej. Wysypka krwotoczna podczas ciąży daje do myślenia, że mamy do czynienia z jakąś toksemią.

Leczenie.—Należy zawsze pamiętać, że nieznaczna nieraz wysypka krwotoczna może dać początek bardzo ważnym powikłaniom i dlatego zaleca się choremu leżenie w łóżku. Należy zwrócić uwagę na jamę ustną i zęby, chociażby ze strony tych ostatnich nie było żadnych zmian. Do wewnątrz dajemy żelazo i arsenik. W ciężkich przypadkach nieraz pomaga terpentyna. Podczas leczenia terpentyną należy pić dużo wody jęczmiennej. Od czasu WRIGHT'a, który dowiódł, że *Calc. chlorat.* ścina krew, zalecają *Calcium lacticum*. Przy krwotokach skórnych, zależnych od ogólnych przyczyn, jak np. choroba nerek, wątroby, kiszek, należy specjalnie zwrócić uwagę na te choroby.

FENWIK i PARKINSON widzieli doskonały skutek od wlewania do odbytnicy „*serum polyvalent*” przy krwotokach skórnych, do których przyłączyły się krwotoki wewnętrzne.

(West. London Medical-Journal, 1907 lipiec).

J. Wortman.

Warszawskie Towarzystwo Lekarskie.

SEKCJA GINEKOLOGICZNA.

Posiedzenie dnia 26-go Kwietnia 1907 r.

BOGUSŁAWSKI przedstawił 2 chore, u których dokonał z powodzeniem zwięzienia cewki moczowej w przypadku *incontinentiae urinae* sposobem

Pousson'a. Nawiązując rzecz do powyższego cierpienia, B. zaznaczył co następuje: w przypadkach nietrzymania moczu pochodzenia cewkowego stosowane bywa zwężenie cewki moczowej zapomocą zabiegów, dokonywanych na ścianie cewkowo-pochwowej lub na samej cewce. Zabieg pierwszy polega na wycięciu części śluzówki pochwowej przy pomocy cięć podłużnych, jak przy *colporrhaphia anterior* i na zeszytciu brzegów rany, powstałej po wycięciu części śluzówki pochwowej.

Inni używają cięć poprzecznych półokrągłych i zeszywają przeciwległe brzegi dolnego cięcia poprzecznego; wskutek tego tkanka ponad górnem cięciem poprzecznie fałduje się, tworząc rodzaj kaptura. Przy końcu zabiegu kaptur ten zostaje odcięty, jako niepotrzebny.

Metoda cięć podłużnych w opisanym zabiegu nosi miano metody SCHULTZE'go czy FRANK'a, wreszcie WINCKEL'a czy ENGSTROEM'a.

Metoda zaś cięć poprzecznych nosi nazwę metody „kapturowania ściany cewkowo-pochwowej” lub metody DELBET'a i DOYEN'a.

Drugi zabieg, dokonywany na samej cewce, polega na zwężeniu cewki przy pomocy skręcania, kolankowania lub fałdowania ściany cewki.

Metoda skręcania cewki moczowej [zwana metodą GERSUNY'ego] polega na następującem: przeprowadza się cięcie wokoło wylotu cewki moczowej, w odległości kilku milimetrów od brzegu wylotu; następnie oddziela się cewkę od otaczającej tkanki na przestrzeni dwu centymetrów, skręca się cewkę na prawo lub lewo na 98 do 180 stopni i w tem położeniu ustala się ją przy pomocy szwów.

Metoda kolankowania cewki moczowej [metoda PAWLIKA zwana, a przez DURET'a uproszczona] polega na przeprowadzeniu wokoło wylotu cewki moczowej dwu równoległych cięć, oddalonych jedno od drugiego o 1 i pół centymetra; śluzówka, przez oba cięcia objęta, zostaje usunięta; cewkę moczową oddziela się od otaczającej tkanki na przestrzeni dwu centymetrów i przyszywa się ją w górnej części rany, powstałej po usunięciu części śluzówki i w zakończeniu zeszywa się brzegi rany [pod cewką moczową].

W metodzie współczesnego skręcania cewki i jej kolankowania [metoda POUSSON'a] przeprowadza się cięcie wokoło wylotu cewki, w odległości kilku milimetrów od brzegu wylotu; cięcie to zostaje przedłużone w górnej części przez cięcie pionowe, od podstawy łechtaczki przeprowadzone. Tym sposobem pod łechtaczką zostają wytworzone dwa płaty—prawy i lewy, rana zaś otrzymuje kształt trójkąta, którego podstawę stanowi cewka moczowa. Teraz oddziela się cewkę od tkanki otaczającej wgląd na przestrzeni 1½ centymetra skręca się ją na 120 stopni i tak skręconą przyszywa się do wierzchołka rany, u podstawy łechtaczki. Wreszcie zeszywa się brzegi rany pod cewką.

Metoda współczesnego fałdowania i kolankowania cewki [metoda ALBARRAN'a] różni się od metody ostatniej jedynie tem, iż zamiast skręcania cewki ALBARRAN wytwarza w górnej ścianie cewki fałdkę i tak przekształconą cewkę ustala u wierzchołka rany.

Wiadomo, iż powodem nietrzymania moczu pochodzenia cewkowego jest nie tylko rozszerzenie samego kanału cewki i wadliwe działanie zwieracza pęcherzowego, lecz i wadliwa budowa kanału wskutek wytworzenia się w dolnej ścianie cewki, tuż przed jej wylotem, wgłębienia. Pamiętając o tem, jak również biorąc pod uwagę, iż w myśl praw mechaniki wspomniane trzechwymiarowe zniekształcenie kanału [lub bryły wogóle], przejawiające się w różnym stopniu na każdej z trzech osi współrzędnych, może być naprawione jedy-

nie przez współczesne i odpowiednie zwięzienie w kierunku każdej ze wspomnianych powyżej osi, B. nie dziwi się wcale, iż zabiegi, dokonywane na ścianie cewkowo-pochwowej, jak również operowanie sposobem PAWLIKA [a więc w kierunku jednej z owych osi], lub sposobem GERSUNY'ego [czyli w kierunku dwu osi] nie dają stale wyników dodatnich.

Natomiast uważa BOGUSŁAWSKI jedynie metodę POUSSON'a za stojącą na wysokości zadania, albowiem odpowiada ona przytoczonym wyżej warunkom.

Metody tej, z wynikiem zupełnie pomyślnym, użył B. u dwu chorych: jedną oparował przed sześciu miesiącami, drugą—przed dwoma.

BOGUSŁAWSKI dodał jeszcze następującą wskazówkę praktyczną: zabieg rozpoczynać należy od nałożenia cugli na górną i dolną ścianę cewki moczowej w linii pionowej, co znakomicie ułatwia zarówno przeprowadzenie cięcia wokół wylotu cewki i do podstawy łechtaczki, jak również obliczenie kąta skręcenia. Cięcie wokół wylotu cewki B. prowadzi w takiej odległości od brzegu wylotu, ażeby otrzymać należytą grubość ściany oddzielanej cewki, w celu uniknięcia następczej zgorzeli tkanki.

Wreszcie odnośnie kąta skręcenia, B. zaznaczył, iż to miejsce cewki, w którym znajdował się dolny cugiel, przyszywał do wierzchołka prawego płata śluzówki. Wskutek powyższej okoliczności, skręcenie początkowo sięgało niemal 180 stopni, lecz dzięki elastyczności tkanek i dążności cewki do powrotu do położenia poprzedniego szerokość skręcenia wynosi niewiele ponad 120 stopni.

J. JAWORSKI przedstawił 27-letnią kobietę, jednoródkę, z guzem pochwy. Guz wypukła się z wejścia do pochwy w postaci tworu okrągłego, wielkości jaja gołębiego. Wychodzi on z tylnobocznej prawej ściany pochwy, posiada szeroką podstawę, jest nieco sprężysty, spistości mięsniak; jest barwy cielistej matowej. J. uważa go za włókniako-mięsniak.

LORENTOWICZ demonstrował własnego pomysłu modyfikację przyrządu POLANO do leczenia gorącym powietrzem [aerotermostat]. Aparat L. składa się z dwu części, z których każda oddzielnie użyta być może. Składa się on mianowicie z kanapy o 3-ech poduszkach, krytych ceratą; z nich dwie zewnętrzne, przymocowane jedną stroną zawiasami do podstawy, mogą być podnoszone w miarę potrzeby. Środkową poduszkę wyjmuje się zupełnie. Na jej miejsce wstawia się skrzynię drewnianą, składającą się z dwu połów: dolna—wysłana miętko i pokryta ceratą, służy do oparcia miednicy i krzyża, górna zaś—szczelnie do dolnej przylegająca—o wieku półkulistym, podbitej tekturą, posiada u góry dwa otwory, zatykane korkami. W jeden z nich wstawia się termometr o 200 podziałkach CELSIUSZA, natomiast otwór drugi służy do powolnego wypuszczania gorącego powietrza po skończonym seansie. Ze skrzynią złączona jest boczną rurą szafka drewniana, wyłożona azbestem i wybita blachą. W szafce tej mieści się lampa spirytusowa systemu „Onyx,” przyczem zbiornik do spirytusu i regulator mieszczą się na zawnątrz szafki.

Powietrze nagrzewa się do 95—100° C. Seans trwa od 20 do 30 minut. Po seansie skórę brzucha wyciera się wilgotnym ręcznikiem, zmoczonym w zimnej wodzie.

LORENTOWICZ wygłosił drugą połowę odczytu swego o etiologii i ciąży jajowodowej. Odczyt ten zamieści Gazeta Lekarska.

W zakończeniu L. demonstrował przy pomocy epidyaskopu preparaty drobnowidzowe 12-u przypadków ciąży jajowodowej, operowanych na oddziale ginekologicznym szpitala Św. Ducha lub pochodzących z prywatnej praktyki kolegów. We wszystkich przypadkach można było stwierdzić wyraźne ślady przebytego dawniej zapalenia jajowodów pod postacią rozległych zrostów fałd

rukrowatych wrastań nabłonka w ścianę jajowodu, wreszcie światłał dodatkowych i zrostów otrzewnych.

Na podstawie poszukiwań własnych w sprawie etyologii ciąży jajowodowej, L. wypowiada się za teorią zapalną w myśl OPITZ'a i MICHOLITSCH'a, oddając pierwszeństwo drugiemu.

W zakończeniu posiedzenia STANKIEWICZ CZESŁAW przedstawił kilka nowych przyrządów chirurgicznych, między nimi—wziernik brzuszny RICARD'a, i rozszerzadło brzuszne J. L. FAURE'a.

Wreszcie omówił sposób przygotowywania chorych do laparotomii, w klinice DOEDERLEIN'a stosowany, z użyciem między innymi gaudaniny.

St. Cykrowski.

Posiedzenie dnia 31 maja 1907 roku.

Przewodniczący J. JAWORSKI w dłuższym przemówieniu uczcił pamięć zmarłego prof. H. JORDANA.

PISARZEWSKI z Częstochowy wygłosił odczyt o pubiotomii. Prelegent podał historię zabiegu, przedstawił używane przy operacji tej narzędzia, dokładnie opisał sposób operowania, jakim się posiłkował, wreszcie przedstawił dwie ze swoich chorych, u których z powodzeniem pubiotomii dokonał. Jedna z nich obecnie chodzi zupełnie prawidłowo, chód drugiej jest chwiejny. Płody w obu przypadkach otrzymał P. donoszone, żywe, dobrze zbudowane. Szczegółowy opis przypadków podany w № 36 Gazety Lek.

W dyskusyi ZABOROWSKI oświadczył, że nie jest zwolennikiem pubiotomii ze względu na możliwość zranienia pęcherza moczowego, z obawy dalej—przed znacznym krwotokiem przy operacji i ze względu na przykre powikłanie, jakim jest wytworzenie się komunikacji rany operacyjnej z pochwą. Zresztą, zdaniem Z., nie wiemy, kiedy właściwie możemy dokonać t. zw. obrotu profilaktycznego, a kiedy nieodzowną już jest pubiotomia ze względu na stopień wżęzenia miednicy.

CYKOWSKI nie podziela ostatniego zdania ZABOROWSKIEGO—odnośnie obrotu protylaktycznego: ustaloną bowiem jest zasadą, iż przy *conj. vera* poniżej 8, *resp.* 7,5 ctm. dokonywanie obrotu tego na pożytek płodu chyba celu. Co do pubiotomii, stosować ją można wyłącznie u wieloródek: u tych ostatnich będzie znacznie mniejszy opór części miękkich, a stąd mniejsza obawa o powstanie *sub partu* po pubiotomii szerokich rozdarć zarówno przewodu rodowego, jak i pęcherza moczowego. Z powyższych względów pierwiastki do pubiotomii zupełnie się nie nadaje.

NEUGEBAUER zauważył, iż obawy o groźny krwotok są płonne, albowiem, jak dowodzą statystyki, wśród nader poważnego szeregu odpowiednich spostrzeżeń, duży krwotok zdarzył się raz jeden. W zasadzie N. nie uważałby za stosowne dokonanie pubiotomii, jeśli wywiady nie wykazują przynajmniej 2 poprzednich porodów, zakończonych śmiercią płodów.

ZYGMUNT FIEDOROWICZ demonstrował torbiel brodawkową lewego jajnika, operowaną w szpitalu wolskim. Na kilka dni przed operacją nastąpiło skrócenie szyfuły z podniesieniem się ciepłoty do 38° C. i objawami podrażnienia otrzewnej. Przy operacji znaleziono świeże zrosty, szypuła była skrócona 2 i pół raza w kierunku ku stronie prawej; zawartość torbieli była krwista, w ścianie jej znaleziono kilka ognisk apoplektycznych. Preparat mikroskopowy stwierdził typową budowę torbieli brodawkowej, nabłonek

jednakże, zapewne pod wpływem nadmiernego ciśnienia zawartości torbieli [wylanej krwi], uległ zupełnemu zniszczeniu.

W zakończeniu posiedzenia JAWORSKI odczytał tytuły prac, zgłoszonych z ginekologii i położnictwa na Zjazd lwowski w lipcu r. b.

St. Cykowski.

Posiedzenie dnia 28 czerwca 1907 r.

RYLKO przedstawił wyciętą przez siebie *per vaginam* macicę u 38-letniej zamężnej włośnianki wieloródki, z powodu mięsaka błony śluzowej trzonu macy. Mięsak ten przedstawiał się pod postacią polipa śluzowego, koloru bladej żółtawego; wypełniał on całkowicie jamę macicy znacznie powiększonej i był usadowiony na szypule, której podstawa zajmowała powierzchnię wielkości rubla srebrnego, w dnie macicy, na przednio-lewej ścianie. Dodać należy, iż już przed miesiącem RYLKO, wezwany do owej chorej, usunął w zupełności masy polipowe, jakie w jamie macicy znalazł. W ciągu ostatniego miesiąca wytworzyły się w macicy świeże masy, w takiej samej jak i przedtem objętości. R. przedstawił preparat drobnowidzowy tego mięsaka, a jednocześnie—dla porównania—okazał preparaty mięsaka ściany trzonu macicy, oraz dobrotliwego polipa śluzowego trzonu. Na zakończenie dodał R. słów kilka o wynikach operacyjnego leczenia mięsaków macicy i przytoczył odnośną statystykę, która, wobec rzadkości cierpienia tego, jest oczywiście skąpa.

J. SAKS przeczytał sprawozdanie o 5-u cięciach cesarskich dokonanych z pomyslnem zejściem dla matki i dziecka na oddziale prelegenta. Odczyt ten był umieszczony w całości w № 36 Gaz. Lek.

W dyskusyi Cykowski zaznaczył, że przekłada operowanie z wytoczeniem macicy. Wtedy bowiem wystarcza stosunkowo znacznie mniejsze cięcie powłok brzusznych, a manipulowanie na macicy wogóle, jak i wydobywanie płodu jest wtedy o wiele łatwiejsze. Po wytoczeniu macicy zakrywamy ranę brzuszną serwetkami w celu izolowania jamy brzusznej. Wrazie operowania macicy *in situ* dolna część cięcia macicy może wypaść poniżej pierścienia skurczowego [czego zawsze unikać należy], przyczem może być zraniona duża żyła, w okolicy pierścienia skurczowego przechodząca; cięcie w tych warunkach może wypaść i zbyt niedostateczne. O powyższej niedogodności przekonał się Cykowski osobiście, dokonywając przed kilku tygodniami cięcia cesarskiego [w zakładzie leczniczym]. Cięcie macicy *in situ* wypadło istotnie za małe, tak iż w celu wydobywania płodu należało cięcie to ku górze przedłużyć, czego wykonaniu przeszkadzało do pewnego stopnia górny kąt rany brzusznej o długości przeciętnej.

W odpowiedzi SAKS oświadczył, iż woli operować *in situ*, albowiem w tych warunkach—zdaniem jego—o izolowanie jamy brzusznej łatwiej.

St. Cykowski.

Wiadomości bieżące.

— Umiastowione szpitali. Dnia 13 b. m. Magistrat przejął od b. Rady Miejskiej Dobroczynności Publicznej majątki, kapitały, kasę, kancelaryę i buchalteryę. Od 14 b. m. utworzone zostało nowe biuro Dobroczynności Publicznej z 3-a wydziałami: kierującym, gospodarczym i wydatków szpitalnych; nadto część spraw dotyczących dobroczynności publicznej przekazana jest istniejącym przy Magistracie biurom: spraw ogólnych, kasowemu i budowlanemu; p. o. naczelnika nowego biura mianowany został pomocnik naczelnika biura eksploatacyi wodociągów p. KAZIMIERZ KORALEWSKI, starszymi referentami pp. WALERY RYFIŃSKI, WINCENTY ŁUGOWSKI i ANTONI SZYMAŃSKI (pomocnik naczelnika). Z łona obywateli do nowoutworzonej Rady Dobroczynności Publicznej weszli pp. prof. JULIAN KOSIŃSKI, budowniczy WŁADYSŁAW MARCONI, inżynier EDWARD NATANSON i inżynier FELIKS SIĘPIŃSKI. Część urzędników b. Rady Miejskiej Dobroczynności Publicznej przechodzi do Magistratu tak do nowoutworzonego, jak i do innych biur.

— Odnawianie budynku przy ul. Złotej № 74, przeznaczonego czasowo na barak choleryczny, szybko postępuje. Roboty mularskie, kanalizacyjne, przeprowadzenie gazu, urządzenie kuchni, pralni, kamery dezynfekcyjnej będą gotowe za 2 tygodnie. Ostatecznie całkowite urządzenie wewnętrzne wraz z inwentarzem ruchomym na 50 chorych wykończone zostanie w połowie przyszłego miesiąca.

— W Stowarzyszeniu lekarzy polskich co 3-ci piątek każdego miesiąca będą urządzone pogadanki o kwestyach bliżej obchodzących ogół lekarski. Pierwsza taka pogadanka odbyć się miała w piątek d. 15 b. m., na której kol. JAWORSKI miał odczytać referat p. t.: „O stosunku akuszerki do publiczności i lekarzy“, z przyczyn jednak od Stowarzyszenia niezależnych pogadanki nie było.

— Krakowskie i lwowskie Pogotowia ratunkowe cierpią na brak poparcia ze strony mieszkańców tych miast i władz. Pomimo, że lekarze krakowscy dają swą pracę bezinteresownie, a lekarze lwowscy pobierają po 50 halerzy (!) za godzinę, te niezmiernie pożyteczne instytucje chylą się ku upadkowi. Wobec takiego stanu rzeczy, jak pisze „Przegląd Lekarski“, Towarzystwo ratunkowe krakowskie udało się do rady miejskiej z żądaniem subwencji w kwocie 6000 k. oraz poniesienia kosztów na zwiększenie inwentarza, wybudowanie budynku dla stacyi ratunkowej, zaprowadzenie światła elektrycznego na stacyi i t. d.; magistrat zaś miasta Lwowa na wniosek drów PISKA, SZPILMAŃA i MIKOŁAJSKIEGO, postanowił pokryć dotychczasowy niedobór i zaradzić złemu na przyszłość, nie wykluczając możliwości objęcia Pogotowia przez miasto. Byłoby to najlepszem rozwiązaniem kwestyi.

— Wśród 14-u posłów z Królestwa Polskiego do Dumy, znajduje się 3-ch lekarzy, a mianowicie: kol. JAN HARUSEWICZ, z ziemi łomżyńskiej, kol. JÓZEF SWIERZYŃSKI z ziemi radomskiej i kol. ANTONI RZĄD z Łodzi.

— Zeszyt IV „Rocznika Lekarskiego“, wydawanego przez redakcyę „Przeglądu Lekarskiego“, wyjdzie w m. grudniu r. b.

Redaktor i Wydawca, Dr med. Jan Pruszyński.

Druk K. Kowalewskiego. Warszawa. Mazowiecka 8.