

# Kronika Lekarska

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

---

---

## XXV.

Zeszytem dzisiejszym zamykamy 25-letni okres istnienia Kroniki Lekarskiej. Historię wydawnictwa oraz spis całkowity współpracowników, którzy przez ten czas zasilali swem piórem pismo nasze, podajemy niżej; tu słów kilka chcieliśmy poświęcić charakterystyce ogólnej.

W chwili, gdy pierwszy numer Kroniki Lekarskiej opuszczał prasę, nowy duch jakby powiał w naszej nauce. Co dzielniejsze siły ze Szkoły Głównej, ożywione chęcią pracy naukowej, postanowiły zbogacać piśmiennictwo nasze zdobyczami wiedzy, która w tym czasie pod tchnieniem nowych kierunków coraz śmieiej szła śladami Lister'a, Pasteur'a, Virchov'a, Claude Bernard'a, Brown Séquard'a, Kaposi'e'go, Helmholtz'a i innych. Ogół lekarski pragnął zapoznać się ze zdobyczami tej wiedzy, pragnął stać na wysokości nauki i uzupełniać wiadomości, zdobywane na uniwersytecie, który podówczas liczył wielu przedstawicieli dawnych pojęć, którzy do nowych zdobyczy przystosować się nie mogli.

Temu celowi służył ś. p. prof. Girsztowt, który w tym czasie wydawał szereg podręczników lekarskich, tłumaczonych; cel ten miała i prasa lekarska, a przedewszystkiem pismo nasze, które od początku postawiło sobie za cel główny przegląd postępów umiejętności lekarskich i od początku umieszczało streszczenia z zakresu całokształtu naszej wiedzy.

Praca to na pczór niewdzięczna dla piszących, indywidualność piszącego ginie w niej zupełnie, ale pożytek dla czytelników był wielki i, patrząc wstecz, możemy rzec, żeśmy pierwotnemu założeniu naszego pisma nie uchybili.

Po za korzyścią jednak dla czytelników, odnosili z tego nie małą korzyść i współpracownicy sami, ludzie młodzi, pełni zapału,

pełni chęci służenia nauce i społeczeństwu. Jak widzimy z załączonego spisu, wszystko, co mamy i mieliśmy najlepszego w nauce polskiej, „Kronika“ garnęła na szpalty naszego pisma, wszyscy próbowali w niej sił swoich i wielu dzięki zachęcie, jakiej redakcja nasza nie szczędziła nigdy, wyrobili się na pierwszorzędne siły naukowe w kraju.

Fakt ten zaznaczyć musimy; zawsze staraliśmy się zachęcać młodzież do pisania i nie szczędziliśmy trudu przy redagowaniu ich pierwocin, aby przysporzyć piśmiennictwu sił nowych i w ten sposób zwiększyć zastęp pracowników na niwie nauki ojczystej.

W chwili, gdy pismo nasze pierwsze stawiało kroki, była epoka pozytywizmu, który rozbudził zamiłowanie do nauk ścisłych, do pracy samodzielnej, do służenia społeczeństwu w miarę sił i możliwości. Dziś epoka ta minęła, zapał minął, ilość rąk do pracy nie zwiększa się w tym, co dawniej stosunku, ale raz nadany rozpęd trwa dalej i trwać będzie, sądzimy, mimo niezbyt sprzyjające warunki.

Wprawdzie, dawni współpracownicy opuścili pismo, inni natomiast wstępowali w ich ślady — Kronika zawsze dotąd była szkołą piśmiennictwa i z tego dumną się czuje.

Po za czystą nauką, po za śledzeniem ruchu naukowego pismo nasze zawsze stało na straży godności naszego stanu i interesów.

W szeregu artykułów, w szeregu kwestyonaryuszy staraliśmy się zawsze służyć społeczeństwu uczciwie, zawsze wysoko trzymaliśmy sztandar naszej godności zawodowej, karcąc, jeśli wypadło, przekroczenia. Nie kierowała nami nigdy prywata, nigdy rozmyślnie nie staraliśmy się szkodzić nikomu, a jeśli kiedy z przykrością musieliśmy karcic, zawsze czyniliśmy to w ogólniejszym celu.

Dziś, wkraczając w drugie dwudziestopięciolecie naszej działalności, będziemy, jak i dotąd, pismem niezależnym i, jak zawsze, służyć będziemy wiedzy naszej.

Wzmocnieni na siłach nabytem doświadczeniem, dźwigać będziemy nadal ciężar obowiązków.

Wydawnictwo nasze nie opłacało się materyalnie ani razu, często wypadało zasilać je z naszych funduszy prywatnych, ale nie uchylamy się i nadal przed tem, widząc, że przynosimy korzyść społeczeństwu, że usiłowania nasze nie idą na marne.

Zapowiedzi na rok następny nie piszemy — skreślimy plan nasz jednym słowem: będziemy starać się doskonalić pismo i szukać sił wciąż nowych dla piśmiennictwa ojczystego.



Piśmiennictwo to przeżywa dziś chwile ciężkie, zewsząd sły-  
chać narzekania na ospałość i niechęć do pracy naukowej — sądzi-  
my, że jest to chwila przejściowa, że minie prędko i że znów za-  
silone nowymi siłami zabłyśnie, jak zabłysło między 1880—1890 ro-  
kiem, kiedy pracownie wrzały życiem, oddziały przepełnione były  
żądny mi wiedzy, a piśmiennictwo pracami wartościowemi.

Dziś, w epoce zastoju, obowiązkiem naszym, w nadziei lepszej  
przyszłości, jest piśmiennictwo to podtrzymywać, pielegnować język  
naukowy, aby nie wygasło zarzewie, ale by znicz ten płonął stale.  
Nie wątpimy, że na jaśniejsze światło nie wypadnie nam czekać  
długo.

\*

\*

\*

Założycielem i pierwszym redaktorem-wydawcą pisma naszego  
był kolega Wiktoryn Kosmowski, on to w świat wypu-  
ścił pierwszy numer Kroniki lekarskiej w dniu 15 Grudnia roku  
1879. Dwutygodnik ówczesny zawierał też same działy, co i dzisiej-  
szy, różnił się atoli formą, ta bowiem była wielkości dużej dwuszpal-  
towej czwórki. W pierwszych kilku latach istnienia Kroniki, re-  
daktorzy, wydawcy, treść i forma pisma ulegały częstym zmia-  
nom; już bowiem w roku 1881 redaktorem zostaje Kazimierz  
Filipowicz — wydawcami Adam Bauerertz i Wiktoryn  
Kosmowski. W końcu tegoż roku redakcja zawiadamia czy-  
telników, że Kronika przechodzi na własność gremium lekarzy,  
którzy nadal wybrali na redaktora Filipowicza, na wydawcę  
Bauerertza. Nowi właściciele zmieniają format pisma na dużą  
dwuszpaltową ósemkę, przyczem prace oryginalne z łam pisma  
usunięto. Wprowadzono natomiast dział nowy „miscellanea,”  
zawierający wiadomości różnej treści. W roku 1883, a czwartym  
istnienia następuje ponownie zmiana redaktora i wydawcy, miano-  
wicie na redaktora wybrano Władysława Krajewskiego,  
a na wydawcę Franciszka Kobylińskiego. Treść pisma  
pozostaje bez zmiany. W końcu roku redakcja zapowiada wpro-  
wadzenie referatów zbiorowych, Po roku, a więc w roku 1884  
ustępuje Kraje wski, redakcyę obejmuje Otton Hewelke, do-  
tychczasowy nasz współredaktor. Kobyliński rok jeszcze po-  
zostaje wydawcą, a w roku 1885 wydawnictwo dostaje się Wła-  
dysławowi Mączewskiemu.

W roku 1886 gremium współwłaścicieli Kroniki zrzeka się praw swych do wydawnictwa na rzecz Ottona Hewelke, który w następstwie łącznie z Władysławem Krajewskim, i Konstantym Sierpińskim nadal prowadzi takowe. Redakcję obejmują Hewelke i Krajewski—wydawnictwo Sierpiński. Nowi właściciele zmieniają dwutygodnik na miesięcznik, a formę pisma na dużą jednoszpaltową ósemkę. Do treści wprowadzają ponownie prace oryginalne. W roku 1888 ustępuje Krajewski, pozostaje Hewelke, jako redaktor, i Sierpiński—jako wydawca do roku 1892, w którym to roku, trzecim współwłaścicielem wydawnictwa i drugim redaktorem zostaje Józef Zawadzki. Od połowy roku 1895 Kronika jak dawniej zaczyna wychodzić co 2 tygodnie. Do udziału naukowego w pracach redakcyjnych właściciele zapraszają grono kolegów. Organizują się stałe posiedzenia redakcyjne co dwa tygodnie, pismo rozszerza znacznie swe łamy. W ten sposób redagowane pismo wychodzi do dnia dzisiejszego. Współpracownikami naszymi od początku istnienia pisma byli następujący koledzy, którym na tem miejscu składamy serdeczne podziękowanie:

<i>Antecki,</i>	<i>Branik,</i>	<i>Prof. Dogiel,</i>	<i>Fitkał,</i>
<i>Andrzejewski,</i>	<i>Brzeziński,</i>	<i>Dobieszewski,</i>	<i>Flatau,</i>
<i>F. Arnstein,</i>	<i>Bornstein,</i>	<i>Drzewiecki,</i>	<i>Florkiewicz,</i>
<i>Belke T.</i>	<i>Borzęcki,</i>	<i>Drabczyk,</i>	<i>Fruchtman,</i>
<i>Beatus,</i>	<i>Buczyński,</i>	<i>Dunin,</i>	<i>Funk,</i>
<i>Beyer,</i>	<i>Prof. Bujwid,</i>	<i>Dudrewicz,</i>	<i>Garbowski,</i>
<i>Bauerertz Adam,</i>	<i>Bugiel,</i>	<i>Dutkiewicz,</i>	<i>Garliński,</i>
<i>Bauerertz Arn.,</i>	<i>Chelmiński R.</i>	<i>Dymnicki,</i>	<i>Gajkiewicz,</i>
<i>Białokur,</i>	<i>Chelmoński,</i>	<i>Dyttel,</i>	<i>Gedroyć,</i>
<i>Biehler,</i>	<i>Cetnarowicz,</i>	<i>Dzierżawski,</i>	<i>Gedgowd,</i>
<i>Biernacki E.,</i>	<i>Cennère,</i>	<i>Dziewiszek,</i>	<i>Gębarski</i>
<i>Biron,</i>	<i>Ciągliński A.,</i>	<i>Eichler,</i>	<i>Goldbaum,</i>
<i>Bittner,</i>	<i>Ciągliński K.,</i>	<i>Elsenberg,</i>	<i>Goldblum,</i>
<i>Biegański,</i>	<i>Prof. Ciechanow-</i>	<i>Erbrych,</i>	<i>Goldflam,</i>
<i>Bączkiewicz,</i>	<i>ski,</i>	<i>Erlich Jan,</i>	<i>Gosztowt,</i>
<i>Bełżyński,</i>	<i>Cohn,</i>	<i>Faytt,</i>	<i>Grabowski,</i>
<i>Brunner Michał,</i>	<i>Cykowski,</i>	<i>Feilchenfeld,</i>	<i>Grodzcki,</i>
<i>Brunner Jerzy,</i>	<i>Dąbrowski,</i>	<i>Fabian,</i>	<i>Grundzach,</i>
<i>Brunner Wła-</i>	<i>Dawidsohn,</i>	<i>Fenstein,</i>	<i>Grosqlik,</i>
<i>dysław,</i>	<i>Dinte,</i>	<i>Finkelkraut,</i>	<i>Grostern,</i>
<i>Boryssowicz,</i>	<i>Prof. Domański,</i>	<i>Fidler,</i>	<i>Grudziński,</i>
<i>Bregman,</i>	<i>Dobrowolski,</i>	<i>Filipowicz,</i>	<i>Grundhand,</i>



Grzankowski,	Kochanowicz,	Michelis,	Popiel,
Grużewski,	Königstein	Mierzyński,	Polak,
Guranowski,	Koral,	Misiewicz,	Polikier,
Handelsman,	Kozicki,	Minkiewicz,	Portner,
Hanicki,	Kobyliński,	Miklaszewski,	Prager,
Heiman,	Kornitowicz,	Mizerski,	Pruszyński,
Heryng,	Kowalczewski,	Mincer,	Przybylski,
Hewelke,	Krumsztyk J.	Modrzejewski,	Przyborowski
Higier,	Krause,	Motz,	Jan,
Hirsz,	Krajewski Wł.	Maruszewski,	Przytkowski,
Hirszfeld,	Prof. Kryński,	Mucha,	Puławski,
Holc,	Krawczyński,	Muszyński,	Puterman,
Hołowko,	Kucharzewski,	Nartowski,	Rabek,
Hornowski,	Kurella,	Natanson A.,	Radziszewski,
Hopfenblum,	Kunig,	Nehring,	Raszewski,
Huzarski,	Kwietniewski,	Neugebauer Fr.,	Rajchman,
Iwanicki,	Kujawski,	Niedzielski,	Radziwillowicz,
Jaszewski,	Kurtz,	Noiszewski,	Rembieliński,
Prof. Jurasz,	Kuniewicz,	Nussbaum,	Rosenthal A.,
Jaworski J.,	Lande,	Oderfeld,	Rosenthal J.,
Janowski,	Landau,	Ottuszewski,	Roterosen,
Janiszewski,	Lajzerowicz,	Opalski,	Rothert,
Jastrzębski,	Leśniewski,	Orłowski St.,	Rodzewicz,
Jendrzejewski,	Lidmanowski,	Orzeł.	Roszkowski,
Jęz,	Lubelski,	Ostrowski,	Rogosiński,
Kamiński St.	Lorentowicz,	Otto,	Rychliński,
Kamiński A.	Luxenberg,	Pacanowski,	Rymsza,
Kondracki,	Łagowski,	Pański,	Rzeczniowski,
Karczewski,	Łaski,	Papierny,	Rzyszczewski,
Kepiński,	Lazarowicz,	Papiewski.	Sadkowski,
Kijewski Fr.	Łogucki,	Pawiński,	Saski,
Klarner Jan,	Manson,	Prof. Pawolewski,	Sawicki Br.
Klein,	Majerczak,	Pawłowski,	Sawicki Wł.
Knappe,	Maresz,	Pawłowicz,	Salbergowa,
Kohn,	Marczewski,	Pękostawski,	Sędziak,
Kolasiński,	Markusfeld,	Perkowski,	Prof. Seifman,
Kopytowski,	Matlakowski,	Piaszczyński,	Seidenman,
Korzeniowski,	Mazaraki,	Piotrowski,	Skowroński,
Kozirowski,	Maszewski,	Pisarzewski,	Sinolecki,
Kobryner-Biehler	Mączewski,	Podciechowski,	Sierpiński,
Matylda,	Mayzel,	Podczaski,	Sierżpowski,

<i>Sonnenberg,</i>	<i>Świątecki Jan,</i>	<i>Wagner,</i>	<i>Wolski,</i>
<i>Prof. Sobierański,</i>	<i>Świątecki Wł.</i>	<i>Węgierski,</i>	<i>Wroński,</i>
<i>Skłodowski,</i>	<i>Świerżawski,</i>	<i>Wejnert Br.</i>	<i>Wrześniowski,</i>
<i>Skórczewski.</i>	<i>Świerżyński,</i>	<i>Wertenstein,</i>	<i>Wróblewski Wł.</i>
<i>Solman,</i>	<i>Szuman,</i>	<i>Wernic,</i>	<i>Wychowski,</i>
<i>Srebrny,</i>	<i>Szumlański,</i>	<i>Wilk.</i>	<i>Wysłouch,</i>
<i>Stiche,</i>	<i>Szulc,</i>	<i>Winawer M.</i>	<i>Zalewski A.</i>
<i>Strzeszewski,</i>	<i>Szadek,</i>	<i>Winiarski,</i>	<i>Zajączkowski,</i>
<i>Stepiński.</i>	<i>Szurlo</i>	<i>Witkowski Jul.</i>	<i>Prof. W. Załęski,</i>
<i>Sterling Jakób,</i>	<i>Talko,</i>	<i>Wilczyński M.</i>	<i>Zawadzki Józef,</i>
<i>Sterling Wł.</i>	<i>Themerson,</i>	<i>Wilczyński P.</i>	<i>Zawadzki Alek.</i>
<i>Steinsberg,</i>	<i>Trzebiński,</i>	<i>Prof. Widman</i>	<i>Zawadzki Wł.</i>
<i>Steinhaus,</i>	<i>Trzciniński,</i>	<i>Oskar,</i>	<i>Zawadzki St.,</i>
<i>Starkiewicz,</i>	<i>Tomaszewicz An-</i>	<i>Wisłocki,</i>	<i>Zieliński K.,</i>
<i>Stawiński,</i>	<i>na,</i>	<i>Wójcicki,</i>	<i>Zieliński J.,</i>
<i>Staniszewski,</i>	<i>Tyrchowski Wł.</i>	<i>Wojnicz,</i>	<i>Ziemiński,</i>
<i>Stawiszewski,</i>	<i>(jun.)</i>	<i>Wolberg,</i>	<i>Zembrzaski,</i>
<i>Strzemiński,</i>	<i>Uliński,</i>	<i>Wolfram,</i>	<i>Zyssman,</i>
<i>Stanisławski,</i>	<i>Walewski,</i>	<i>Wolkowicz,</i>	<i>Żenczykowski,</i>
<i>Stockmann,</i>	<i>Warszawski,</i>	<i>Wojciechowski J.</i>	<i>Żukowski,</i>
<i>Sunderland,</i>	<i>Prof. Wasiljew,</i>	<i>Wojciechowski K.</i>	<i>Żurakowski W.,</i>
	<i>Wassercug,</i>	<i>Wojtkiewicz,</i>	<i>Żychań,</i>



## PRZYCZYNEK do budowy torbieli skórzastych jajnika.

PODAŁ

**Józef Kowalczewski.**

Rzecz odczytana na posiedzeniu Lubelskiego Towarzystwa Lekarskiego w dniu 18 kwietnia 1904 roku.

(Dokończenie).

W drugiej torbieli spotykamy się z odmiennym obrazem. Przedewszystkiem różnica polega na tem, że cała ściana jest zupełnie gładka, pozbawiona powłoki skórnej. Jak w poprzedniej torbieli, tak i tutaj, z dolnej ścianki wyrasta guz, mający



długości i szerokości 5 mm., a wysokości 7 mm. Forma swą, jeżeli nie zwracać uwagi na pewne wyniosłości, znajdujące się nim, mniej więcej przypomina sześcian. Wskutek tego możemy rozróżnić 5 powierzchni: górną, przednią i tylną, wewnętrzną i zewnętrzną. Rozpatrując powierzchnię górną, widzimy na niej pewne nierówności, zewnętrzna połowa tej powierzchni jest pokryta skórą z małymi brodawkami i zaledwie dostrzegalnymi gołym okiem włosami; tymczasem wewnętrzna połowa przedstawia się jakby pokryta błoną śluzową.

Przy dokładniejszym badaniu widzimy, że w przedniej części granicę pomiędzy błoną śluzową a skórą stanowi wązka szczelina. Powierzchnia zewnętrzna i tylna narostu posiada powłokę skórną z maleńkimi włoskami. To samo można powiedzieć o powłoce przedniej powierzchni. Prawie przez jej środek w kierunku pionowym biegnie też sama szczelina, o której była mowa wyżej, i kończy się na połowie odległości pomiędzy wierzchołkiem narostu a ścianką torbieli. Ponieważ podstawa narostu w tem miejscu jest nieco zwężona, przeto tworzy się niewielka zatoka. Pozostaje jeszcze do opisanie powierzchnia wewnętrzna. W górnej jej części znajdujemy dwie, mniej więcej jednakowej wielkości, wyniosłości, z których jedna leży więcej ku przodowi i nieco niżej od drugiej, stanowiącej najwyższy punkt narostu. Obiedwie te wyniosłości posiadają na swej powierzchni coś w rodzaju błony śluzowej.

Niżej widzimy już skórę z takim samym uwłosieniem. W miejscu sąsiadującym ze ścianką torbieli narost się zwęża, szczególnie w tylnej części, wskutek tego mamy bardzo głęboką zatokę, pokrytą zupełnie gładką błoną.

Na wewnątrz i od przodu narostu na pewnej od niego odległości znajdujemy na ściance torbieli kilka wyniosłości; od nich wznosi się skośnie w kierunku narostu cienki wyrostek płaski, po drodze zaczepia o niżej położoną wyniosłość na powierzchni wewnętrznej narostu, łączy się z nią tylko swym zwróconym do wewnętrznego końca jajnika brzegiem, a następnie wstępuje w ściśle połączenie z drugą wyżej po-

łożoną wyniosłością. Pomiedzy temi dwiema wyniosłościami z jednej, a wyrostkiem z drugiej strony, znajduje się małejki otwór, wiodący do rury oddechowej.

Zatrzymałem się dłużej na wyglądzie zewnętrznym narostów, gdyż to jest niezbędne do oryentowania się przy opisaniu budowy wewnętrznej dermoidów. Muszę dodać, że posiłkowałem się lupa, albowiem tylko przy jej pomocy byłem w możności rozpatrzyć wszystko dokładnie.

Prawie cały jajnik jest zmieniony torbielowato (degeneratio cystoidea ovarii). W tych zaś miejscach, gdzie tkanka jego ocalała, znajdujemy liczne corpora fibrosa. dosyć obfite pęcherzyki Graafa i pierwotne folikuly. Oprócz tego w zewnętrznym biegunie widzimy duże corpus luteum verum. Nie spotkałem ani jednego przypadku, w którym przy obecności torbieli skórzastej tkanka jajnikowa była normalna. Zwykle torbielowate zwyrodnienie jest na porządku dziennym i łatwo może być objaśnione obecnością ciała obcego, za jakie możemy uważać dermoid. Gdy torbiel przyjmuje większe rozmiary, zazwyczaj tkanka jajnika ulega zupełnemu zniszczeniu.

Budowa pierwszego dermoidu zasługuje na szczególną uwagę ze względu na zadziwiająco doskonały rozwój wewnętrznej listki zarodkowego. Ściana torbieli składa się z dwóch części, z części jajnikowej i torbielowej. Pierwsza nie ma nic interesującego; widzimy w niej liczne zwykłe torbiele, pęcherzyki Graafa, corpora fibrosa. Część torbielową ściany stanowi skóra ze wszystkimi dodatkami, jako to: obficie i potężnie rozwiniętymi gruczołami łojowymi, potowymi i włosami. Gruczoły potowe, jak zwykle, leżą głębiej od łojowych, w tkance tłuszczowej podskórnej, mają światło nieco rozszerzone. Wypadnie nam zanotować, że niekiedy gruczoły potowe są potężne i doskonale rozwinięte, mianowicie pod nabłonkiem wydzielniczym, który najczęściej jest złuszczoney, widzimy komórki mięśniowe w postaci słupków, zwróconych w stronę przewodu wyprowadzającego. Po-



dobny rozwój gruczołów kłębuszkowatych widziałem w dwóch przypadkach. Przerost mięśni objaśnia się łatwo wzmożoną czynnością wydzielniczą gruczołów.

Wracając do opisywanego narostu, przypomnijmy sobie, że narost od przodu jest rozdzielony na 2 części zatoką. Część zewnętrzna oprócz skóry, tkanki tłuszczowej podskórnej zawiera u podstawy na granicy z tkanką jajnika dosyć grubą warstwę mięśni gładkich. Część tych mięśni wznosi się ku górze w postaci jakby potężnego wyrostka, od którego pojedyncze pęczki rozsypują się po całej górnej części narostka; spotykamy więc je pomiędzy gruczołami łojowymi w sąsiedztwie torebek włosowych, jako arrectores pilorum. Mięśniowi wogóle towarzyszą nerwy, które jednak nie są w danym przypadku obficie i dobrze rozwinięte. Początek tych nerwów prawdopodobnie należy upatrywać w leżących ku tyłowi węzłach nerwowych, o których mowa niżej. Mięśnie i nerwy są to stałe składowe części dermoidów. Nigdy atoli nie spotkałem w omawianych guzach mięśni poprzecznie prążkowanych. W literaturze zanotowano 2 przypadki, w których spostrzegano mięśnie prążkowane. Są to przypadki Marchand'a i Velitz'a. Przypadek Velitz'a zasługuje na wzmiankę ze względu na obecność w dermoidzie gruczołu zupełnie odpowiadającego sutce. Przy naciśnięciu z gruczołu wyciekały krople tłuszczu i ciała siary. Pigmentowana brodawka była otoczona wiankiem włosków. Na przecięciu w brodawce wykryto zatokę, którą okalały, jak to spostrzeżono na preparacie mikroskopowym, poprzecznie prążkowane włókna mięśniowe, grające rolę zwieracza (sphincter).

Połowa dolna części zewnętrznej narostu wypełniona tkanką tłuszczową, zawiera wymienione gruczoły potowe, otoczone zwykłą tkanką łączną włóknistą w niewielkiej ilości. Dalej ku tyłowi znajdujemy inne jeszcze twory, lecz ponieważ w tem miejscu obiedwie części narostu łączą się ze sobą, przeto będziemy mówili o nich później, opisując tkanki i organy części wewnętrznej. Przypominamy sobie z obrazu makrosko-

powego, że zatoka łukowata z początku jednolita, później dzieli się na dwie odrębne zatoki. Będąc jeszcze pojedynczą zatoka na całej swej powierzchni posiada nabłonek płaski wielowarstwowy, różniący się od naskórka brakiem warstwy zrogowaciałej (stratum corneum). Kiedy przez połączenie się dolnej powierzchni części kulistej narostu z górną przepony wytworzyły się dwie zatoki, mniejsza z nich, t. j. zwrócona ku wewnętrznemu biegunowi jajnika, raptownie zmienia charakter nabłonka. Ten ostatni staje się mianowicie słupkowym, rzęskowym, z rzęskami doskonale wytworzonymi, i warstewką kutykularną pod niemi.

Powierzchnia zewnętrzna błonki pokryta jest już nabłonkiem płaskim, pod którym w górnej części widzimy foliuk limfatyczny. Cała grubość przepony składa się z luźnej tkanki łącznej, zawierającej niewielką ilość pęczków gładkich mięśni. Koło zatoki zjawiają się z początku pojedynczo, potem bardzo obficie gruczoły śluzowe, posiadające komórki dwojakiego rodzaju, mianowicie zwrócone do membrana propria lunulae Gianuzzi i zwrócone do światła pęcherzyków gruczołowych. Gruczoły śluzowe również stale spotykałem w obserwowanych przypadkach. W danym przypadku to obfite skupienie gruczołów śluzowych czyni wrażenie, jakbyśmy mieli przed sobą śliniankę.

Jeżeli teraz zwrócimy swą uwagę na twory, z których się składa część kulista narostu, to ujrzymy, co następuje. W przedniej połowie u góry widzimy znakomicie wytworzony kanał, u dołu zaś przestrzeń w kształcie półksiężyca zajmuje tkanka, mająca wielkie podobieństwo do tkanki nerwowej mózgu. Posiada ona stosunkowo bardzo grubą mocną łącznotkankową otoczkę z większemi naczyniami przepelnionemi krwią. Nazewnątrz od otoczki znajdujemy nieco luźniejszą tkankę mało naciezoną komórkami podobnemi do białych ciałek krwi, a następnie nabłonek, który już należy do zatoki. Co się tyczy tkanki nerwowej, to przeważną składową część jej stanowi neurogleja. Możemy o niej powiedzieć, że jest ona



już w znacznym stopniu zniszczoną przez przerost włókien łącznotkankowych, biorących swój początek w otoczce. W oczkach neuroglei spotykamy po części zmienione komórki nerwowe, nie jednakowe pod względem wielkości i formy, pozwalające jednak odróżnić jądra pęcherzykowate, jąderka i wyrostki zarodki. Tu i owdzie spotykają się w tkance nerwowej większe pęczki tkanki łącznej włóknistej z naczyniami pośrodku. Stopniowo masa mózgowa zmniejsza się w objętości, jednak można ją wykazać na długiej przestrzeni w postaci sznurka biegnącego wprost ku tyłowi. Prawdopodobnie część ta mózgu została zniszczona przez to, że zjawiające się chrząstki, gruczoły śluzowe i kość z jednej, a kanał z drugiej nie pozwalały się jej rozwinąć. Tkanka nerwowa, bądź to w postaci tworów, przypominających węzły (ganglia), należy do stałych części dermoidów. W żadnym z obserwowanych przypadków nie zauważyłem braku takowej. Niekiedy w tkance nerwowej spostrzegać się dają okrągłe, uwarstwione, silnie załamujące światło ciała. Są to corpora amylacea. O ile się one zjawiają, ułatwiają bardzo poszukiwanie substancji nerwowej. Spotyka się te ciała, zdaniem Wilms'a, jest bardzo często. Moje własne spostrzeżenia, (spotkałem corp. amylacea tylko w jednym przypadku) skłaniają mnie do przypuszczenia że obecność ciałek mączkowatych nie należy bynajmniej do zjawisk częstych.

Na zewnątrz i ku górze od tkanki nerwowej w tym miejscu, gdzie zaczyna się ona zmniejszać, zjawia się niewielki workowaty twór, posiadający nierówne ścianki i dający krótkie cienkie odnogi. Na całej jego powierzchni wewnętrznej widzimy nabłonek jednowarstwowy, składający się z niewielkich komórek sześciennych. Komórki mają tę własność, że zaródź ich zawiera mnóstwo ciemnobrunatnego bawnika ziarnistego. Podobnie, jak we wszystkich innych przypadkach, mamy tu do czynienia, prawdopodobnie, ze szczątkowym tworem ocznym, mianowicie z nabłonkiem retinae. Z daleko więcej wykształconymi tworami ocznymi spotykamy się u Baum-

garten'a. Znalazł on w jednym dermoidzie z twory ocznej; z tych jeden przy ściślejszem badaniu wykazał następujące szczegóły: składał się on z przezroczystej tkanki, odpowiadającej rogówce, i czarno pigmentowanej skórki, odpowiadającej chorioideae (naczyniowce). Pionowe przecięcie przez oko wykryło torbielowatą przestrzeń wielkości pestki od wiśni, napełnioną przezroczystym surowiczym płynem, przestrzeń, która była wysłana błoną, z wyglądu podobną do tunica uvea.

Podobnie doskonałego rozwoju tworu ocznego nie spotykałem, natomiast w każdym przypadku wykryłem wspomniany twór workowaty, wysłany nabłonkiem sześciennym jednowarstwowym pigmentowauym.

Znajdujący się nad mózgiem i tworem ocznym kanał dochodzi do największego rozwoju w miejscu, gdzie substancja nerwowa z powodu niedostatecznych stosunków przestrzennych przyjęła postać sznurka. Formą swą kanał przypomina elipsoid spłaszczony z boków. W przedniej swej połowie łączy się z opisaną wyżej zatoką za pomocą bardzo wąskiego otworu, tylna zaś część nie znajduje nigdzie ujścia. W świetle tego kanału widzimy zawartość przeważnie śluzową. Oprócz tego widać złuszczone komórki nabłonkowe i detryt. Całą powierzchnię wewnętrzną pokrywa nabłonek cylindryczny rzęskowy, podobny do nabłonka zatoki, z tą jednak różnicą, że warstwy komórek są jakby spłaszczone. Zjawisko to daje się bardzo łatwo wytłomaczyć: wskutek nadzwyczaj wąskiego połączenia kanału z jamą śluz wytwarzany przez obfite gruczoły śluzowe, otaczające kanał, nie mógł się dostatecznie wydalać i, skupiając się w kanale, spowodował rozciągnięcie ścianek i, co za tem idzie, spłaszczenie nabłonka. Membrana propria pod nabłonkiem nie daje się rozróżnić, widzimy tylko tkankę włóknistą spłśnioną. Zachodzi pewna różnica pomiędzy górną a dolną połową ścianki kanału. Gdy pierwsza posiada stosunkowo dosyć grubą warstwę mocno spłśnionej tkanki łącznej, w drugiej warstwa ta jest bardzo cienka, a gło-



wnie spotykamy tu luźną tkankę. Naokoło tkankę łączną otaczają pęczki gładkich włókien mięśniowych, biegnących pierścieniowo. W górnej części jest ich więcej i przylegają bezpośrednio do zbitej tkanki łącznej. w dolnej zaś leżą w luźnej tkance łącznej i są cienkie. Nad warstwą mięśniową u góry ciągnie się warstwa luźnej tkanki łącznej, w której tylko gdzieśdaję się zauważyć małe spłaszczone gruczoły łojowe. Powierzchnia zewnętrzna, będąc zupełnie gładką jest pozbawiona nabłonka. Na preparacie świeżym nabłonek musiał istnieć i obecność gruczołów łojowych pozwala przypuszczać, że był to nabłonek płaski, który później uległ złuszczeniu. Mówiąc o tkankach, znajdujących się w najbliższym sąsiedztwie ze światłem kanału, należy, zauważyć, że znajdujące się tam naczynia są przepelnione krwią zmienioną, przypominającą zakrzepy szklistawe. Poniżej warstwy mięśniowej u dołu kanału w tkance tłuszczowej znajdujemy dużą ilość gruczołów śluzowych, zwłaszcza od strony bieguna wewnętrznego jajnika, w tkance przepony, która w tem miejscu już prawie całkowicie połączyła się z narostem. Gruczoły te zdają się być ułożone w dwie warstwy, oddzielone pęczkiem gładkich mięśni. Co się tyczy pęcherzyków gruczołowych, to posiadają one, jak już wspomniano, lunulae Gianuzzi i właściwe komórki śluzowe.

Dalej pod gruczołami śluzowymi widzimy kilka, rozmieszczonych naokoło dolnej części kanału, chrząstek natury szklistawej, otoczonych cienką warstwą tkanki włóknistej. Pomiedzy gruczołami śluzowymi z jednej—a chrząstkami z drugiej strony biegnie równolegle do kanału wymieniony wyżej sznurerek nerwowy. Wszystkie te twory otacza gruba warstwa tkanki łącznej z pęczkami gładkich mięśni, biegnących koncentrycznie w stosunku do kanału.

Wzajemne stosunki wszystkich opisanych tkanek naokoło kanału naprowadzają nas na myśl, że mamy tu do czynienia, według wszelkiego prawdopodobieństwa, ze szczątkowym tworem górnego odcinka dróg oddechowych.

Ze wszystkich przypadków, jakie miałem możność obserwować, tylko w opisanym spotkałem się z tak pięknym, a zarazem tak ludzaco podobnym do normy obrazem.

Na zakończenie opisu tej części narostu wspomnę jeszcze o znajdującej się pod chrząstkami niezupełnie rozwiniętej blaszce kostnej. Zjawia się ona w tem miejscu, gdzie tkanka nerwowa jest stosunkowo dobrze rozwinięta, w bardzo blizkiem z nią sąsiedztwie. Kość ta posiada kanaliki Gawers'a, wyraźne nawarstwienie, ciała kostne, a na powierzchni wewnętrznej otoczki łącznotkankowej, grającej rolę okostny, komórki podobne do osteoblastów, co świadczy o rozwoju kości.

Kości wogóle nie należą do stałych części składowych torbieli, jakkolwiek nie są rzadkie, natomiast nie spotkałem przypadku, w którymby nie było chrząstki. Chrząstki prawie zawsze mają budowę chrząstki hyalinowej. Niekiedy kości mają dziwną formę. W jednym przypadku obserwowałem kość, która miała wielkie podobieństwo do górnej połowy czaszki. Przypadek ten należy do świeżych, był operowany w szpitalu miejskim na Pradze. Na zasadzie wyczuwania przez powłoki brzuszne jakoby obecności czaszki rozpoznano — graviditas extrauterina. Laparotomia. — Wprowadzenie ręki do jamy brzusznej na razie utwierdza w rozpoznaniu; bliższe jednak badanie wykazuje — cystis dermoidalis ovarii. Zatrzymam się nieco na opisie wspomnianej kości. Kość wypukła do zewnątrz, formy mniej więcej jajowatej, długości 9 cm., szerokości w jednym końcu 7 cm., w drugim 4 cm. Na wierzchołku na przestrzeni  $13 \times 9$  mm. zupełny brak kości; brak ten wypełnia mocna błona. W odpowiednim miejscu na powierzchni wewnętrznej widzimy wgłębienie. Są pewne dane, dla których można by przypuszczać, że mamy przed sobą pokrywę czaszki. Jednakże brak szwów (suturæ) i obecność na jej powierzchni wewnętrznej 9 zębów (kły i trzonowe) przypuszczenie nasze czynią mniej prawdopodobnem. Oprócz wspomnianych zębów, mamy ich w tym przypadku jeszcze kilka; siedzą one bądź w ścianie torbieli, bądź w naroście



w zębodołach, szereg których możemy przyjąć za szczątki szczęki. Proszony o nieniszczenie preparatu, musiałem się ograniczyć tylko makroskopowem badaniem, chociaż preparat zdawał mi się być bardzo pouczającym (interesującym).

Spotykanie szczęki nie należy do rzadkości. Niekiedy spostrzegano i inne części szkieletu; opisane są przypadki, w których znachodzono kości podobne do żebra, do kości miednicy (Küster), do os petrosum (Harres, Wilms), całe względnie dobrze wykształcone kończyny (Axel—Key, Klaussner i t. d.), a nawet kompletny szkielet (Répin).

Wróćmy znowu do opisywanego przypadku, mianowicie do tej części zatoki, która pozostaje pokrytą nabłonkiem płaskim, pozbawionym warstwy rogowej. W jej ścianie zewnętrznej widzimy tkankę adenoidalną, nacieczoną leukocytami, a w górnej części formalny folikul limfatyczny. W miarę posuwania się ku tyłowi obie ścianki zatoki łączą się z sobą, poczynając od góry. Wskutek tego wytwarza się kanał, biegnący ku tyłowi równolegle do kanału oddechowego w blizkiem sąsiedztwie z resztkami substancji nerwowej i z kością. Stopniowo kanał się zwęża i kończy ślepo. Pod nabłonkiem kanału widzimy luźną tkankę, a w niej miejscami folikuly limfatyczne. Zatokę i krótki ten, ślepo zakończony, worek możnaby uważać za początek przewodu pokarmowego ze względu na własności ścianek. Na dalszych skrawkach miejsce worka zajmuje tkanka tłuszczowa tylko na pewnej przestrzeni, albowiem jeszcze dalej zjawia się nowy kanał, do opisu którego przystępujemy obecnie. Początek jego widzimy blisko chrząstki, od której pozostaje oddzielony cienką warstwą mięśniową i kilku gruczołami śluzowymi. Zarówno początek, jak i koniec worka nie posiadają żadnego ujścia na zewnątrz. Cały przebieg kanału można przyrównać do leżącej litery S. Światło tego kanału całkowicie wypełnia zawartość białkowa. Powierzchnia wewnętrzna przedstawia pewne nierówności, albowiem od ścianki kanału wznoszą się w światło jego niskie łącznotkankowe wyrostki, i jest pokryta na-

blonkiem jednowarstwowym cylindrycznym, na podobieństwo nabłonka kiszkiowego, z mnóstwem komórek puharowatych. Komórki na swej wolnej powierzchni posiadają cuticulum; jądra ich leżą u podstawy. Membrana propria nie pozwala się odróżnić. Miejscami nabłonek tworzy niewielkie woreczki, mogące przypominać gruczoły Lieberkühn'a. Podścielisko nabłonka stanowi tkanka łączna, nieco nacieczoną komórkami podobnymi do białych ciałek krwi; nazewnątrz od niej widzi my tkankę mięśniową. Tkanka ta układa się w dwie warstwy. Tylko warstwa wewnętrzna jest dobrze wykształcona, przedstawiając nieprzerwany pierścień, koncentrycznie do kanału biegnących, włókien. Druga warstwa podłużnych mięśni nie przedstawia jednolitej całości. Spotykamy ją tylko miejscami w postaci pojedynczych pęczków. Jakkolwiek nie mamy tu przed sobą zupełnie wykształconego tworu, jednak własności kanału czynią go podobnym do kiszki.

Pozostaje nam jeszcze do rozpatrzenia twór umiejscowiony nad początkiem kanału kiszkiowego i chrząstką. Mam na myśli dwa nierównej wielkości skupienia tkanki nerwowej, odgraniczonej od otaczających tkanek nie bardzo wyraźną otoczką łącznotkankową. Tkanka nerwowa składa się z silnie uszkodzonej przez rozrost tkanki łącznej neuroglei, w oczkach której znajdujemy różnej wielkości, przeważnie okrągławe, komórki z dużymi pęcherzykowatymi jądrami i jąderkami. Oprócz okrągławych widzimy jeszcze już to cebulkowatej formy komórki, już to komórki z dwoma lub więcej wyrostkami. Do pewnego stopnia powyższe skupienia można by uważać za ganglia.

Mamy więc w danym przypadku do czynienia z nowotworem, w którym przyszedł do skutku rozwój wszystkich trzech listków zarodkowych, jakkolwiek w bardzo nierównym stopniu. Najwięcej rozwinięta, jak wogóle w dermoidach, zjawia się ektoderma. Z niej mianowicie powstały skóra z gruczołami łojowymi, potowymi, mózg, nerwy, twór oczny i zątoka ustna. Dalej pod względem rozwoju następuje mezo-



derma, z której pochodzą tkanka łączna włóknista, tkanka tłuszczowa, chrząstki, kość, mięśnie i naczynia krwionośne. Entoderma, chociaż potężnie wykształcona, ustępuje jednak rozwojowi pierwszych dwóch listków. Czemu należy przypisać przeważający rozwój ekto — i mezodermy, kwestyi tej dotkniemy później.

Przechodzimy obecnie do opisu narostu drugiej torbieli tegoż przypadku. Ażeby nie powtarzać opisu wszystkich poszczególnych tkanek i organów, zwrócimy uwagę tylko na trzy, mianowicie worek kiszkowy, twór przypominający gruczoł tarczowy i substancję nerwową. Inne tkanki dostatecznie już są omówione i powtarzają się w każdym przypadku torbieli, chociaż wzajemny ich stosunek nadzwyczaj jest zmienny. Zaczniemy od kanału кишки, łatwiej bowiem, będziemy się mogli zorientować w położeniu gruczołu tarczowego. W tym celu musimy się wrócić do makroskopowego opisu narostu. Widzimy mianowicie, że na powierzchni górnej znajduje się wązka szczelina, dzieląca ją na część zewnętrzną i wewnętrzną. Taż sama szczelinka jest widzialna na powierzchni przedniej narostu, gdzie, jak wyżej wspomniano, kończy się na połowie odległości pomiędzy wierzchołkiem narostu a ścianką torbieli. Otóż, szczelina ta stanowi wejście do kanału kiszkowego, który powstaje stopniowo, wskutek połączenia się wierzchołków dwóch części narostu, tworzących zatokę (szczelinę). Wymieniona zatoka posiada powłokę skórną, stopniowo jednak nabłonek traci własności naskórka, stratum corneum znika, również znikają w okolicy gruczoły łojowe, natomiast zjawiają się pojedyncze folikuly limfatyczne. Wskutek tych zmian powłoką zatoki w miejscu przejścia do kanału czyni wrażenie błony śluzowej odcinka górnego kanału pokarmowego. Kiedy już kanał został sformowany, powstają następujące w nim zmiany. Mianowicie widzimy, że od ścianki jego wyskakują do światła wyrostki łącznotkankowe. Wyrostki te i zagłębienia między nimi na swej powierzchni dźwigają zamiast nabłonka płaskiego wysoki nabłonek słupkowy jednowarstwowy,

którego większa część komórek przekształciła się w komórki puharowate. Dosyć duże okrągławe jądro znajdujemy u podstawy komórek, tymczasem na wolnej powierzchni zarysowuje się cuticulum. Musimy tutaj zauważyć, że przejście nabłonka płaskiego w słupkowy jest stopniowe w przeciwstawieniu do nabłonka płaskiego przelyku, a cylindrycznego żołądka. Podłoże nabłonka stanowi membrana propria, pod nią widzimy luźną tkankę łączną nacieczoną białymi ciałkami krwi, a oprócz tego zaledwie kilka małych foliкулów. Badając dalej ściankę kanału, spostrzegamy, że pod tą luźną tkanką spoczywa cieniutka warstwa gładkich włókien mięśniowych, otaczających go pierścieniowato. Nie stanowi ona pasma jednolitego. Na zewnątrz od warstwy mięśniowej rozciąga się znowu warstwa luźnawej tkanki łącznej, również nacieczona komórkami podobnymi do leukocytów. Do tej tkanki odzewnątrz przylega dosyć gruba warstwa biegnących pierścieniowato pęczków gładkich mięśni. Oprócz tego, z dwóch stron kanału równoległe z długą jego osią biegną pęczki gładkich mięśni, pozostające w ścisłym związku z mięśniami położonymi u podstawy narostu. Z powyższego opisu widzimy, że nabłonek z membrana propria i leżąca pod nią tkanka tworzą śluzówkę, następną warstwę mięśniową należy pojmować jako *muscularis mucosae*. Warstwa, leżąca na zewnątrz od tej ostatniej, będzie w takim razie podśluzówką, a zewnętrzna warstwa mięśni właściwą *muscularis*. Zestawiwszy wszystkie dane, zdaje mi się, że nie popełnimy wielkiego błędu i nie będzie to wykwestem wyobraźni, jeżeli będziemy pojmowali opisany kanał jako szczątkowy kanał kiszkowy. Wypada dodać, że w sąsiedztwie kanału znajdujemy 4 chrząstki natury szklistawej, które należy odnieść, jako przynależne do kanału oddechowego położonego wyżej.

Twory kiszkowe w dermoidach opisują rozmaici autorowie. Wilms znalazł szczątkowy twór kiszki w kilku przypadkach. Michael opisuje przypadek, w którym wykrył nawet kawałek kiszki z krezką.



Jeżeli obecnie zwrócimy swą uwagę na dalszą okolice worka kiszkowego, to ujrzymy skupienie pęcherzyków gruczolowych. Gruczoł zjawia się dopiero wówczas, kiedy odcinek кишки został już sformowany, stopniowo powiększa się w miarę posuwania się ku tyłowi i znika również stopniowo na pewnej odległości od końca ślepej кишки. W miejscu największego rozwoju swego przyjmuje on formę klinowatą z nieco zaokrąglonymi kątami. Nazewnątrz gruczoł posiada otoczkę łącznotkankową, do której z dwóch stron przylega gruba warstwa mięśni i w której znajdują się dwa duże naczynia, po jednym z każdego boku gruczołu. Od wymienionej otoczki pochodzą grubsze przegrody, dzielące gruczoł na oddzielne zraziki; każdy zrazik składa się z kilku — kilkunastu pęcherzyków, przegrodzonych bardzo cieniutką warstwą tkanki łącznej. Pęcherzyki na swej powierzchni wewnętrznej posiadają nabłonek, składający się z jednej warstwy komórek sześciennych, pośród których leżą okrągłe jądra. Takie komórki spotykamy nie we wszystkich pęcherzykach, a nawet w jednym i tym samym pęcherzyku przedstawiają rozmaite stopnie zwyrodnienia. Mianowicie: mnóstwo komórek posiada w swej zarodzi ziarenka błyszczące, inne komórki przedstawiają się w postaci zupełnie jednolitych, pozbawionych jąder, pęcherzyków błyszczących, nakoniec miejscami nie spotykamy zupełnie nabłonka, albowiem przeistoczył się całkowicie w produkt, wypełniający światło pęcherzyków. Pod nabłonkiem leży membrana propria, a dalej wymienione przegrody łącznotkankowe. Co się tyczy zawartości oddzielnych pęcherzyków, to przedstawia się ona w postaci jednolitej masy błyszczącej w środku, a po brzegach w postaci pojedynczych kropeł, które nie połączyły się jeszcze ze środkową masą w jedną całość. Zawartość ta ma wielkie podobieństwo do koloidu. Na podstawie budowy pęcherzyków, zmian, jakie zachodzą w komórkach nabłonkowych, a następnie napodstawie wyglądu charakterystycznego zawartości śmiemy przypuszczać, że cały ten konglomerat pęcherzyków należy pojmować jako szcząt-

kowy płat gruczołu tarczowego. O gruczole tarczowym wspominają między innymi Böttlin, Wilms. Na 6 obserwowanych przypadków spotkałem wspomniany gruczoł tylko jeden raz. Obecność gruczołu tarczowego stanowi tylko jeden więcej dowód, że w dermoidach rozwijają się wszystkie listki zarodkowe, wiadomo bowiem, że przynajmniej część gruczołu tarczowego powstaje z entodermy.

Z drugiej strony worka kiszkowego znajdujemy szczelinowaty kanał oddechowy, mający ujście między wyniosłościami na powierzchni wewnętrznej narostu, z którymi zapoznaliśmy się przy opisie makroskopowym. Nie powtarzając opisu tego kanału, zaznaczymy tylko, że daje on od siebie liczne odnogi i zagłębienia, które możnaby utożsamiać z rozgałęzieniami oskrzeli; kanał ten zaczyna się w miejscu, gdzie się znajduje początek worka kiszkowego, nie łącząc się z tym ostatnim, i znika wcześniej od кишки.

Przystępujemy obecnie do rozpatrzenia substancji nerwowej. Spoczywa ona w jednej z wyniosłości, znajdujących się na powierzchni wewnętrznej narostu. Powierzchnia górna tej wyniosłości stanowi ściankę dolną kanału oddechowego. Wyniosłość ma formę klina z nierównymi bokami i z wąską siodełkowato wklęsłą podstawą, zwróconą do światła torbieli. Co się tyczy tkanki nerwowej, to składa się ona z bardzo pięknej i delikatnej neuroglei, w oczkach której tu i owdzie spoczywają pojedyncze komórki nerwowe, mające kształt okrągławy, dość duże jądra i wyraźne jąderka. Swą formą i wielkością przypominają komórki zarodkowe. Przez całą długość substancji nerwowej biegnie przegroda łącznotkankowa, dzieląca tę niewielką masę mózgu na 2 oddzielne płaty, połączone ze sobą w przedniej połowie. Przegroda składa się jakby z dwóch listków, pomiędzy którymi widać, również podłużnie biegnące, naczynia krwionośne. Oprócz tego w innych miejscach tkanki nerwowej posiadamy naczynia, którym towarzyszy tkanka łączna.



Zwrócimy jeszcze uwagę na jedną okoliczność, tyczącą się krążenia krwi w dermoidach. Badając na seryi skrawków naczynia krwionośne, zauważyliśmy w jednym przypadku, co następuje. Oto, w najbardziej ku przodowi położonej części narostu naczynia są mniej więcej rozmieszczone równomiernie. Ku tyłowi część tych naczyń — tętnic skupia się u podstawy narostu. Z początku światło tętnic jest stosunkowo nieduże, stopniowo jednak przyjmuje ono coraz większe rozmiary. Przy badaniu dalszych skrawków zauważyłem, że, jakkolwiek naczynia te pozostają skupione jak przedtem, światło ich jest mniejsze od poprzedniego. Mamy więc przed sobą rodzaj tętniaków wrzecionowatych. Mimowoli nasuwa się pytanie, czy rozszerzenie umiejscowione naczyń w dermoidach nie gra przypadkiem roli zbiornika, z którego narost czerpie materiał w razie pewnych chwilowych zmian w krążeniu w ustroju macierzystym.

Opisany przypadek torbieli podwójnej jajnika daje nam możliwość wytworzyć sobie pewne, jakkolwiek nie wszechstronne, pojęcie o budowie dermoidów. Wyżej zazaczyłem, że zbadałem 6 przypadków szczegółowo, nie opisałem ich przecież z dwóch względów: 1-o że zmuszony byłem ująć opis w ramki odczytu, 2-o że wszystkie torbiele w istocie wykazały mniej więcej jednakową budowę, przedstawiając pewne różnice pod względem stosunków wzajemnych organów i obecności lub braku tego lub innego tworów.

Najważniejszym jest dla nas fakt, że we wszystkich przypadkach widzimy rozwój trzech listków zarodkowych w nierównym stopniu. Rozwój listka zewnętrznego zawsze dominuje nad rozwojem pozostałych dwóch listków, zwłaszcza wewnętrznego. Ten przeważający rozwój ektodermy, zdaje mi się, można postawić w zależności od wcześniejszego jej zróżniczkowania. Widzimy dalej, że torbiele skórzaste przedstawiają do pewnego stopnia rozwój połowiczny. Uważać tego jednak jako regułę nie możemy, albowiem znane są w literaturze przypadki spotykania organów parzystych. Wspomnę

tylko o przypadku Baumgarten'a i Axel-Key'a. Baumgarten obserwował w jednej torbieli z twory oczne. Axel-Key kończy.

Każdemu niezawodnie rzuca się w oczy brak organów, które mają bezpośredni związek z krążeniem i wytwarzaniem krwi, a także organów wydzielniczych. Brak serca, wątroby i nerek należy do stałych zjawisk. Dotąd nikt jeszcze nie obserwował obecności takowych. Wilms wspomina, że obserwował kość z czerwonym szpikiem kostnym. Byłoby to dowodem, że i dermoidy w nieznacznym stopniu mogą wytwarzać krew. Brak wspomnianych wyżej organów można objaśnić w ten sposób, że dermoidy otrzymują krew z ustroju macierzystego, a zatem organy powyższe nie rozwijają się, jako zupełnie zbyteczne. Że jednak dermoidy bronią się przed możliwym brakiem materiału odżywczego, niechaj posłuży za dowód tętniakowate rozszerzenie naczyń w jednym z opisanych narostów. Zdaje mi się, jak to już zresztą zaznaczyłem, że takie rozszerzenie naczyń gra pewną rolę przy chwilowych zmianach w krążeniu macierzystem.

W końcu, nie wdając się w rozpatrywanie przyczyn powstawania dermoidów, dodam, że, zdaniem mojem, odpowiedzialnym w tym względzie należy uczynić sam jajnik.

Wnioski: 1. W torbielach skórzastych jajnika na podobieństwo embryonów spostrzega się stale rozwój wszystkich listków zarodkowych.

2. W dermoidach przeważa rozwój ekto — i mezodermy, entoderma zaś często wykazuje słaby rozwój, co należy objaśnić wcześniejszem zróżniczkowaniem zewnętrznego listka.

3. Stosunki poszczególnych organów zwykle pozwalają się przyrównać do normalnych stosunków.

4. Dermoidy do pewnego stopnia wykazują rozwój polowiczny.

5. W dermoidach prawie stale brak organów mających związek z krążeniem i wytwarzaniem krwi.



6. Brak organów wydzielniczych (wątroba i nerki) należy do stałych zjawisk.

7. W jednym jajniku możliwy jest rozwój jednoczesny kilku dermoidów.

## Przyczynek do leczenia róży.

### Notatka kliniczna.

Pobudką do napisania niniejszej notatki był artykuł prof. Franke z Brunświku w listopadowym numerze «Therapeutische Monatsheft», opisujący leczenie róży za pomocą pendzlowań kolodionem. Autor ten kończy swój artykuł uwagą, że bardzo być może, iż ktoś poprzednio już wpadł na tę samą myśl.

Otóż ja już od lat 20 blisko stosuję pendzlowania z kolodionem w róży z zupełnie zadawalniającymi wynikami i mogę sposób ten polecić jako niemal niezawodny, jeżeli będzie tylko odpowiednio wykonany. To też nieodrzeczy będzie, że przytoczę tu różne szczegóły postępowania, od zachowania których zależy w znacznej mierze powodzenie zabiegu.

Do pendzlowania używam kolodionu z sublimatem (1 : 1000) z dodatkiem 1 — 2<sup>o</sup>/<sub>o</sub> olei palmae Christi — przez co błonki kolodionu stają się więcej sprężyste i nie pękają tak łatwo przy poruszeniach skóry; dodatek HgCl<sub>2</sub> nie uważam zresztą za niezbędny.

Przedewszystkiem należy miejsca sąsiadujące z przestrzenią zajęta przez sprawę chorobową dobrze wymyć na szerokość kilku centymetrów wysokiem i eterem, a następnie pędzlować kolodionem, tworząc tym sposobem granicę na około usadowienia się róży. Zbliżając się do środka, pędzluje się

wreszcie i miejsca chore, ale te pociągam słabiej, podczas gdy owe granice wzmacniam przez kilkakrotne nawarstwienie kolodjum. Mam bowiem przekonanie, że kolodium nie działa lecząco na już zajęte przez różę miejsca, a przeskadza szerzeniu się zapalenia na sąsiedztwo. Róża na tem samym miejscu nie trzyma się długo (2 — 5 dni) i bez leczenia przekwita po kilku dniach, jak gdyby się tu wyczerpał materiał palny, a w sąsiedztwie tym czasem pożarowi ulegają nowe, coraz to większe przestrzenie. Te to należy ochraniać — stawiając przeszkody zbliżającemu się zapaleniu — podobnie jak się kopie rowy przy pożarze lasu.

Ucisk wywierany przez nawarstwione kolodium na skórę jest dość silny i wywołuje wybitną jej niedokrewność; kanaliki sokowe i naczynia limfatyczne ulegają uciskowi — wskutek czego ruch soków od miejsca zajętego przez różę jest albo wstrzymany, albo bardzo znacznie zwolniony; ziarniki róży nie mogą się posuwać od wewnątrz i giną, czy to dzięki swej krótkowieczności czy też wskutek nagromadzenia się zgubnych dla nich wytworów ich własnego życia.

Przy, najczęstszej, róży twarzy poczynającej się najczęściej na skrzydłach nosa (wyjście z nozdrzy) lub powyżej na bokach jego (wyjście z przewodu łzowego) — udaje się przez opisane wyżej pendzlowanie kolodionem zatrzymać sprawę na miejscu, nie dopuszczając przejścia na policzki — i skrócić chorobę do 2 — 3 dni. Przy rozszerzonej już róży twarzy na policzki ważną jest rzeczą niedopuszczyć jej na czaszkę i uszy, oraz na tułów. Tutaj należy wytworzyć granicę na czole — wzdłuż linii włosów, następnie poprowadzić ją na dół przed uszami do kątów żuchw, a stąd do podbródka. Należy pamiętać, że sprawa szerzy się z tej strony, gdzie granica zaczerwienienia jest ostra — i przedstawia się w postaci namacalnego wałkowatego wygórowania nad sąsiednią zdrową skórą, nie zaś tędy — gdzie czerwonocść, stopniowo słabnąc, przechodzi w skórę niezajętą.



Muszli usznych nie należy pendzlować kolodionem, gdyż z powodu silnego ucisku może dojść do zmartwienia zewnętrznych ich części, a u osób anemicznych, i u dzieci—zapewne i większych części.

Widziałem sam nekrozę zagiętego brzegu w części górnej — na długość  $1\frac{1}{2}$  centymetra — i 0,1 — 0,2 szerokości—wskutek zbyt grubego nasmarowania kolodionem. Za ostrzeżenie może też służyć smutny przypadek — głośny przed laty w Wiedniu — gdzie u dziecka po zapendzlowaniu palca, kolodjonem nastąpiła zgorzel. To też uszy i powieki radzę pendzlować 10 — 15 ichtyolem w waselinie.

Ponieważ kolodium jest kruche i łatwo pęka, przeto szczególnie u osób niecierpliwych, nie umiejących utrzymać twarzy w spokoju, w warstwach napendzlowanych tworzą się rysy, szczeliny—ucisk ich słabnie, a wraz z tem i skuteczność zabiegu. To też należy przynajmniej 2 razy na dobę pendzlowanie starannie powtarzać.

Na kończynach, szczególnie dolnych, gdzie róża często przyłącza się do małych ranek na palcach stóp, albo do wrzodów goleni — należy po oczyszczeniu źródła choroby otoczyć kończynę szeroką warstwą kolodium w formie podwiązki.

Na tułowiu, róża schodzi tu z karku, gdzie za punkt wyjścia służą jej tak częste tu czyraki i pryszczce — stosowanie kolodium znajdzie mniej sprzyjające warunki.

Duże przestrzenie, jakie to zwykle wypada pendzlować, trudniej utrzymać w całości wskutek ruchów ciała, oddychania, a przytem obfitość części miękkich nie pozwala na wywołanie tak silnego ucisku, jak tam, gdzie między skórą a kością — leżą tylko nieznaczne ich warstwy.

Przeszkodą do stosowania kolodium są i włosy, to też na głowie o gęstym uwłosieniu nie można liczyć na pewny rezultat — a starać się należy o ochronę granic capillitii.

U pewnego chorego z różą karku i tułowia — niezwykle silne uwłosienie piersi i pleców było długo przyczyną niepo-

wodzenia w staraniach koło ograniczenia sprawy. Dopiero gdy po wygoleniu włosów na szerokości kilku cali dookoła ciała opasałem chorego silnie paskiem z plastra lepkiego szerokości 2 cali — a powyżej zastosowałem grube pendzlowanie z kolodium, wytworzyła się przeszkoda, która okazała się już skuteczną.

Doświadczenie nabyte z obserwacji licznych przypadków pozwala mi twierdzić, że opisywany sposób leczenia stanowczo oddziaływa hamująco na szerzenie się róży i skraca znakomicie jej przebieg.

Miałem tylko jeden przypadek róży, który zakończył się śmiercią: U kobiety około 50 lat wieku, anemicznej i dość otyłej, róża rozpoczęła się od krtani i gardzieli (widział ją i kol. Sokołowski), ztąd przez uszy przeszła na twarz. Pomimo wszelkich zabiegów sprawa przewędrowała dwa razy całe ciało. W ostatnich tygodniach wytworzył się jakiś typ wędrowki przepuszczającej, zaczerwienie, już nie zupełnie typowe, występowało nagle z niewielką już gorączką to na jednej to na drugiej kończynie, to zajmowało mniejszą lub większą przestrzeń tułowia; wśród tego bywało po parę dni wolnych — budzących nadzieję, że sprawa zakończyła się ostatecznie. Chora wyczerpała się bardzo przez dwumiesięczną chorobę, wystąpiły objawy osłabienia działalności serca, białkomocz. Śmierć nastąpiła nagle, kiedy chora uparła się wstać z łóżka, aby przejść do sąsiedniego pokoju; upadła zemdlona i nie udało się już przywrócić jej do życia.

W ciężkim tym przypadku istnieć musiało jakieś skryte, a niezdradzające się i nieodgadnione źródło zakażenia (może w Antrum Highmori), z którego zakażenie występowało wciąż z nową siłą; zjawienie się owych zaczerwień to tu to tam bez wszelkich przyczyn miejscowych, daleko jedno od drugich — kazało by przypuszczać, że zarazek przedostawał się do krwi i był roznoszony tą drogą.

Na obronę kolodium, które i w tym przypadku było stosowane z pośród całego szeregu zalecanych środków —



zaznaczą, że chora odznaczała się wielką niecierpliwością — zdrapywała błonki, kręciła się bezustannie na łóżku i w rozmaity sposób przyczyniała się do niszczenia ich ciągłości.

*Dr. O. Hewelke.*



## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

### I. Chirurgia.

475. Baron v. Kuester (Charlottenburg). **Zamykacz (pessarium) odbytu sztucznego.** (Zentralbl. für Chir. Nr. 43. 1904). Ze względu, że nakładanie opasek w przypadkach odbytu sztucznego mija się nieraz z celem, przyczem ucisk i tarcie, zależne od bandaża, są dla chorych nadzwyczajnie przykre, dr. K. poleca swego pomysłu uciskadło, wypróbowane z wynikiem dobrym w ciągu lat kilku. Przyrząd składa się z dwóch ściśle spojonych wzajemnie baloników gumowych, połączonych ze sobą wzajemnie, przyczem, za pomocą przyczepionej do balonu większego rurki sprężystej, dających się nadymać do woli. Rurkę zamyka kran kauczukowy. Po sfaldowaniu podłużnem piłki mniejszej tę ostatnią wprowadza się do światła кишки, gdy większa spoczywa na zewnętrznej ścianie brzucha. Jeżeli teraz przez rurkę zaczniemy wdmuchiwać powietrze, oba balony pęcznieją i otwór sztuczny ulega zamknięciu.

Działanie przyrządu objaśnia się w sposób następujący: założona do wnętrza jelita piłka wypełnia jego światło zupełnie i trzyma zdala od otworu cisnące się bryłki kałowe. Jednocześnie balony, wywierając ucisk łagodny, zamykają przepływ kałowy od zewnątrz. Gdy chory kaszle, części składowe zamykacza, na skutek elastyczności swej, ustępują zlekka, nie tracą jednak bynajmniej zamykającej swej własności. Przy-

rząd trzymają się doskonale bez pomocy bandaża; pacjent nie doznaje ucisku ni tarcia, o przesuwaniu się zamykacza nie może być mowy. Chory może swój odbyty sztuczny otwierać do woli i zamykać całkiem bez pomocy obcej. Baloniki obmywa się wodą z mydłem i odkaża sublimatem.

Cena przyrządu nie przewyższa 5 rubli.

*K. Niedzielski.*

476. Dr. Józef Jaworski. (Warszawa). **Przyczynek do łatwego odkażania rąk.** (Wien. med. Presse. Nr. 31. 1904).

Po omówieniu używanych dziś najczęściej sposobów odkażania i przytoczeniu piśmiennictwa autor wylicza trzy główne, mechanicznie działające środki: wodę gorącą, mydło i szczotkę. Przekonano się, że po obmyciu rąk w wodzie zimnej zwykłym toaletowym mydłem ilość drobnoustrojów wzrasta na powierzchni danej, po użyciu zaś szczotek lub sukna — zmniejsza się. Woda gorąca posiada w pewnym stopniu własność rozpuszczania tłuszczów i brudu na skórze, wywołuje przesiąkanie z górnych warstw naskórka, wymywa drobnoustroje z gruczołów potowych, przyczem resztki mikrobów niesplukanych i niestartych nie znajdują w warunkach tych pożywienia na skórze. Za najlepsze z mydeł uważać należy mydło t. z. zielone, zawierające alkalia w stanie wolnym; po dokładnem i mocnem wtarcu w skórę rąk mydło takie nie daje się zmyć łatwo, potrzeba tylko wcierać je przez czas dłuższy. Szczotka, z pozoru tak skuteczna, posiada tę jednak wadę wielką, iż łatwo zanieczyszcza się, to też chirurdzy niektórzy, Schleich np. nie używają jej wcale. Szczotka, zawierając niezliczone mnóstwo zagłębień i lejków, jest, mówiąc właściwie, bardzo dogodnym do nagromadzenia całego brudu z rąk przyrządem. Po kilkakrotnem tej samej szczotki użyciu brud ów przechodzi na ręce z powrotem; to też nieodzowność zastąpienia jej środkiem innym jest oczywistą.

W r. 1897 na klinice Saenger'a w Lipsku zaczęto do odkażania rąk stosować piasek. W praktyce ginekologicznej, gdzie o prawidłowem przez akuszerki i babki utrzymywaniu rąk w czystości nie może być mowy, piasek w tym celu nadaje się doskonale. Wyjaławianie w woreczkach płóciunych lub drogą wypalania nie następuje trudności żadnych, a dzięki postaci swej i budowie, środkiem, w mowie będącym, działa na



skórę rąk energicznie, usuwając górne warstwy naskórka wraz z brudem doszczętnie, o co też chodzi głównie w zakresie dezynfekcyi mechanicznej. Piasek daje się zmyć łatwo i dostać go można wszędzie prawie darmo, nadto używanie go w celach dezynfekcyjnych trafia do przekonania i mniej oświeconych osób, babek wiejskich np., które chętnie szorują garnki piaskiem, wierząc w jego skuteczność. Miałki, żółty piasek polowy znoszą ludzie z delikatnym nawet rąk naskórkiem.

Po zanurzeniu rąk i przedramion w wodzie gorącej i obmyciu dłoni mydłem zielonem nabiera się z woreczka lub omyślonego przez autora przyrządu specjalnego garść piasku i tenże wciera wraz z masą mydlaną w ręce w ciągu 6 do 8 minut, t. j. do chwili, gdy myjący się dozna uczucia miękości i podatności skóry, poczem zmywa się ręce wodą bardzo ciepłą i ostatecznie zanurza na minutę w roztwór sublimatu. Na tem też kończy się manipulacya cała.

By słuszność tezy swej udowodnić najzupełniej, dr. J. przedsięwziął szereg doświadczeń natury bakteryologicznej na trzech kategoriach osób: u obznajmionych z odkażaniem rąk dobrze (lekarzy-chirurgów), znośnie (akuszerki, siostry miłosierdzia), u ludzi, wreszcie, całkiem nie znających się na rzeczy (chorzy szpitalni). Wcierano w ręce hodowle czyste lasecznika ropy błękitnej, przyczem materyał do szczepień zbierano za pomocą nitek jedwabnych z pod paznogci palców ręki. Nitki te, podawane za pomocą wyjalowionych pincet osoby, będące przedmiotem badań, rozcierały sobie na różnych miejscach ręki, poczem opuszczano do próbek z żelatyną płynną obcięte nożyczkami steril kawałki nitki. Skłóciwszy zawartość próbek, rozlewano ją wraz z niemi na czarkach Petri'ego. W szeregu przygotowanych ztąd preparatów znajdowały się hodowle lasecznika z okresu przed myciem rąk, po wymyciu tychże drogą zwykłą i po wtarcu drobno-ustrojów w naskórek rąk, odkażonych przedtem mydłem i piaskiem. Próby przekonały najoczywiściej o znakomitej, co do dezynfekcyi, skuteczności piasku. *Dr. K. Niedzielski.*

477. R. Fowler. **Przyczynek do sprawy leczenia operacyjnego rozlanych posokowatych zapaleń otrzewny.** (Med. News. Nr. 21. 1904).

Praca zawiera 98 w ciągu lat 4 $\frac{1}{2}$  operowanych przypadków posokowatego zapalenia otrzewny w następstwie zmian

chorobowych w wyrostku robaczkowym. Odsetka wyzdrowień dosięga 67. Autor dla swej metody operacyjnej stawia następujące tezy przewodnie: 1) Cięcie niewielkie, niezbędne celem uprzystępnienia ogniska pierwotnego i uniemożliwiającej przepuklinę brzusznej; 2) dokładne opróżnienie ogniska infekcji wraz z wycięciem wyrostka robaczkowego. 3) Wyszukanie i opróżnienie otorbionych zbiorników ropy. 4) Oplukanie jamy brzusznej wodą utlenioną i nasyconym roztworem sody w równych częściach oraz ciepłym roztworem fizyologicznym soli. 5) Splukiwanie solą pola operacyjnego aż do zawiązania szwów. 6) Drenowanie wszystkich ognisk ropnych, zwłaszcza w miednicy. W tym celu używa się zagiętych i szerokich, zaopatrzonych w roztwory rurek szklanych, przyczem u kobiet, po dokonaniu kolpotomii tylnej, wydzielinę usunąć można równie dobrze i przez dren gumowy. 7) Wypełnianie jam ropnych gązą, której pasmo cienkie wprowadza się do rurki szklanej. 8) Za najlepszą rękojmię dobrego spustu wydzielinę autor uważa wyprostowaną pozycję górnej części ciała chorego, co staje się możliwem drogą zastosowania ram ruchomych, na których opierają się poduszki.

U 5 chorych, ze względu na wykonanie kolpotomii tylnej, brzuch zaszyto doszczętnie. Jedna z kobiet tych zmarła.

478. Maylard. **Z dziedziny chirurgii brzucha** («Abdominal surgery, retrospective and prospective: based on fourteen years personal experience in the wards of the Victoria infirmary Glasgow.» (Glasgow med. Journ. Nr. 4. 1904).

W odczycie autora znajdujemy sprawozdanie z działalności czternastoletniej w szpitalu „Victoria,“ dotyczące przeważnie chirurgicznych cierpień brzucha, oraz pogląd krytyczny na zasady postępowania operacyjnego w pojedynczych, po szczególe, sprawach chorobowych.

W przypadkach raka przelyku, gdy staje się przytrudnem odżywianie półpłynną nawet strawą, wykonywano stale przetokę żołądkową. Dalej, przytoczono 8, pomyślnym uwieńczonych wynikiem, operowanych przypadków wrodzonego zwężenia oddźwiernika u młodzieńców, rzecz, zdaje się, nie opisywana dotąd w kazuistyce lekarskiej. Wadę tę udało się obejść drogą gastroenterostomii.

Wobec wrzodów żołądkowych operowano nader często. Śmiertelność od gastrojejunostomii nie przekraczała 5<sup>0</sup>/<sub>6</sub>. Za-



bieg ów stosowano również z powodzeniem wielkiem w razie istnienia innych upartych cierpień żołądka natury różnej. Co do ostrzej niedrożności jelit, M. zaznacza z naciskiem, że chorzy na sprawę tę stawiali się do operacji, biorąc na ogół, zbyt późno. Wyczuwających się przez powłoki brzuszne guzów złośliwych nie można było nigdy wyłuszczyć w tkankach, całkowicie zdrowych. Na tle złośliwych lub łagodnych, choć długo przeciągających się, cierpień okrężnicy autor dokonywał ileokolostomii i operacji tej wróży przyszłość świetną.

U chorych na zapalenie wyrostka robaczkowego nie decydowano się operować w każdym przypadku ostrym w ciągu pierwszych 48 godzin. Do zabiegu M. przystępował zwykle po upływie dni czterech, gdy nadzieje na polepszenie zawiodły. Istota sprawy tkwiła tu zwykle w zwężeniu światła. Za najodpowiedniejszą chwilę do rękoczynu uważać wypadnie dwutygodniowy od napadu pierwszego okres czasu, o ile, rzecz prosta, można zwlekać z zabiegiem tak długo.

Wypadanie odbytnicy leczy się za pomocą kolopeksyi, tam zaś — gdzie stan rzeczy jest cięższy, wskazaną musi być rezekcyja.

Kamicę żółciową operowano wówczas tylko, gdy leczenie wewnętrzne staje się bezsilnem. Jeżeli po pierwszych dwóch napadach kamieni w stolcu niema, do rękoczynu chirurgicznego przystąpić trzeba koniecznie. Omawiając kwestyę przepukliny brzusznej, autor stawia ją w stosunku prostym do bezgnilnego gojenia się rany. Dla dokonania głęboko sięgającej dezynfekcyi skóry brzucha na 48 godzin przed operacyą wciera się mocno w powłoki brzuszne 20% maść rtęciową. Metodę tę stosuje się w szpitalu w Glasgow od lat dwóch z bardzo dobrymi wynikami. Po zabiegu operacyjnym osobnik leży, co najmniej, 2 doby w pokoju oddzielnym (w separacie), zabezpieczony zupełnie przed wszelakiem, ciszę zakłócającymi czynnikami, a ścislemu przestrzeganiu warunku tego M. przypisuje w stopniu pomyślny gojenia przebieg. *N.*

479. v. E. Bock. **Postępowanie zachowawcze w sprawie usunięcia złamanych korzonków zębowych.** (Arbeiten aus dem zahnärztlichen Institut der Universität Breslau. Leipzig. A. Pries. 1904).

Zauważana nieraz trudność wrywania resztek pni zębowych zależeć może od osobliwych własności części mięk-

kich, bądź od samego zęba, bądź, wreszcie od rozwoju twar-  
dych, niepodatnych, okalających zęb tkanek. Jeżeli korzonki  
ukryły się w tkance wybudowanej zęb, należy dziurkę wypeł-  
nić szczelnie gazą jodoformową, która odsunie dziąsło możli-  
wie daleko od pieńka. Tamponowanie owo stosuje się raz  
na dobę w ciągu 2 — 3 dni, dopóki korzonek nie stanie się  
dla oka zupełnie dostępny. Jeżeli ten ostatni uległ zniszcze-  
niu aż do brzegu zębodołowego, tam zwłaszcza, gdzie chodzi  
o zęb trzonowy, wypadnie użyć prawie zawsze koziej stópki  
lub dłuta Partsch'a; ostry koniec narzędzia wbija się z siłą  
w zębodół, a po dokonaniu obrotu dłutem owym (Drehmeisel)  
zwichnięty pieńek wyskakuje łatwo. W razie potrzeby dłuto  
wbija się uderzeniem młotka w kość głębiej, aż do samej  
zębiny. Gdy korzonki są spojone mocno ze sobą, rozdziela  
się je za pomocą instrumentu P. i wrywa z kolei kozią  
stópką. W razie pęknięcia tychże w większej głębi jeszcze,  
poniżej zębodołowego poziomu, pozostaje tylko użycie młotka  
i dłuta zwyczajnego.

Unaocznienie dobre pola operacyjnego jest głównym po-  
wodzenia warunkiem; operujący oświetla sobie teren lampką  
elektryczną, umieszczoną na czole, zabieg wykonywa się pod  
znieczuleniem miejscowym, przyczem konieczną jest rzeczą  
tamponowanie dokładne oraz umiejętne odciążenie języka.

Nieraz wystarczy samo odbicie tylko ściany kostnej od  
strony policzka, poczem wyswobodzony z obramowania pieńek  
łatwo daje się wyciągnąć kleszczami. Dla szczęki dolnej naj-  
lepiej nadaje się dłuto niemal proste, nieco wygięte na koń-  
cu; dla górnej — wydrążone dłuto cienkie. Dłuta Partsch'a  
zaopatrzone są w trzonek długi, dzięki czemu manewrowanie  
w jamie ustnej staje się łatwym. Operować należy, rzecz  
prosta, oszczędzając okostną, ranę wycierać starannie wacikiem,  
nasyconym środkiem odkażającym; po rękoźynie dziąsło przy-  
ciska się mocno ponad zębodołem. W obec obrzęku gru-  
czołów stosujemy okłady rozgrzewające i pędzlowanie jodyną.  
W pracy przytoczonym został opis 49 przypadków odnoś-  
nych, w których postępowanie powyższe dało wyniki po-  
myślne.

N.

480, J. Erdmann. **Wgłobienie.** (New-York and Phi-  
ladelphia medic. journ. Nr. 20. 1904). Dr E., zwolennik  
wczesnego zabiegu operacyjnego, omawia głównie w pracy



swej naturę objawów i leczenie wglębienia u dzieci. Już po upływie godzin 6 od wystąpienia symptomów pierwszych należy dać enemę, gdyż skutkiem osiągniętej drogą tą redukcji operacja sama staje się łatwiejszą, krótszą oraz mniej niebezpieczną; lecz w tym nawet razie, gdy, po przepłukaniu odbytnicy, obraz kliniczny cierpienia złagodzi się wyraźnie, nie można zwlekać z rękoczynem, częściowe bowiem wglębienie może trwać w ciągu dalszym na wysokości zastawki Bauhinięgo, jak o tem przekonywają odpowiednie przypadki. Czekając dłużej, możemy przystąpić do operacji za późno.

Rozpoznanie choroby omawianej u dzieci stawia się przede wszystkim na zasadzie krwawego stolca i występujących nagle boleści. Wyczuwanie guzowatości od strony powłok brzusznych lub przez odbytnicę staje się możliwem dość rzadko. Przyspieszenie tętna i gorączka należą do objawów stałych.

W przebiegu operacji należy się starać dokonać rozwikłania za pomocą ucisku albo lekkiego pociągania za część wpochwioną (intussusceptum). Jeżeli zabieg ten nie udaje się lub istnieje już zgorzel, wskazaną musi być wówczas rezekcja kiszki.

*K. Niedzielski.*

481. Brodnitz. **O leczeniu przepuklin wstrzykiwaniami wysokoku.** (Münch. medic. Wochensch. Nr. 41. 1904).

Już 30 lat temu Schwalbe polecał systematyczne wstrzykiwania wysokoku w okolice furtki przepuklinowej, aby tym sposobem wyleczyć przepuklinę. Sposobu tego nie używano i o nim zupełnie zapomniano. Teraz znowu przystępują do wypróbowania tego sposobu leczenia przepuklin i autor wypróbował go w przeciągu  $1\frac{3}{4}$  roku w 73 przypadkach, z których 4 leczono w szpitalu, a resztę ambulatoryjnie.

Z tych czterech przypadków u jednego furtka była na trzy palce duża i jelita nie można było utrzymać paskiem, u trzech furtka przepuszczała tylko jeden palec, jelita wchodziły aż do moszny, lecz można było je utrzymać w jamie brzusznej za pomocą paska. Z 69 leczonych ambulatoryjnie było 25 dzieci, a 44 dorosłych, z których wszystkich tylko u 16 jelita nie wstępowały do moszny, tylko do kanału pachwinowego, chociaż furtka przepuszczała jeden palec swo-

bodnie. Zastrzykiwał autor co 2-gi lub 3-ci dzień, stosując do odczynu okolicy pachwinowej, wprowadzając dla ochrony powrózka nasiennego i dla oryentowania się palec wskazujący do kanału pachwinowego.

Dzieciom autor zastrzykiwał 0,5 — 1,0 czystego wysoku, a dorosłym 3,0 — 5,0 na jednym posiedzeniu.

Odczyny na wstrzyknięcia były rozmaite. W ogólności po 2 lub 3 wstrzyknięciach zwykle nic nie występowało. U dzieci po 3 — 4 wstrzykiwaniach, a u dorosłych po 8 — 10 wstrzykiwaniach występowało równomierne spuchnięcie i zgrubienie tkanki na około kanału pachwinowego, tak że palec do furtki przepuklinowej już wcale nie wchodził i jelita przy kaszłaniu nie uderzały o palec. Zdawałoby się, że już chory jest wyleczony, ale tak nie jest, gdyż spuchnięcie po kilku dniach znika i hernia znowu się zjawia. Aby temu zapobiedz, należy robić dalej wstrzykiwania i to raz jeden na tydzień i w tem miejscu, gdzie spuchnięcie jest najmniejsze. Powoli można skonstatować, że igła tylko z trudnością wchodzi, co należy przypisać tworzeniu się tkanki bliznowatej grubej.

Po upływie 3 miesięcy, gdy się zastrzyknęło choremu 15 — 20 razy i gdy się przekonano, że kanał jest zamknięty mocną blizną — przestaje się wstrzykiwać i chory jest zdrów.

Co się tyczy wyników, to autor otrzymał następujące, przy czem autor bierze pod uwagę tylko 44 przypadki, którym już pół roku nie wstrzykiwano. W przypadkach 19, gdzie furtka przepuklinowa była duża, autor skonstatował 4 razy ponowienie sprawy — furtka przepuklinowa była zamknięta mocną twardą tkanką bliznowatą, ale można było wyczuć uderzenie jelit o palec przy kaszłaniu — tak że z tego autor wnioskuje, że prędzej czy później będzie recydywa. W przypadkach, gdzie furtka była małą i palec czuł uderzenie jelit przy kaszłaniu, autor nie zauważył nawrotu. Brzegi furtki przepuklinowej były twarde mocne i palec nie czuł uderzenia jelit. U 16 dzieci, z których 5 miało duże przepukliny, nawrotów nie zauważono. Zatem okazało się, że u dzieci i u dorosłych z małymi przepuklinami po upływie 6 — 18 miesięcy otrzymano zupełne wyzdrowienie, a u dorosłych z dużymi przepuklinami w 20%, jak w tym razie, skonstatowano ponowienie sprawy.



Wstrzykiwania okazały się nieszkodliwymi. Z ubocznych objawów autor zauważył obrzęk moszny i powrózka nasienno-ego oraz zgrubienie tegoż, 4 razy obrzęk pochwy jądrowej, który po dwóch nakłuciach ginał; dalej zauważono kilka razy zgorzel skóry w miejscu nakłucia wielkości grochu.

Leczenie przeprowadzano ambulatoryjnie i właśnie to ma przewagę nad operacją radykalną krwawą. Wstrzykiwania pierwsze są bolesne. Ból można usunąć, wstrzykując 1,0 2% roztworu kokainy — igła zostaje w skórze, poczem nakłada się szprycę z wyskokiem. Ból trwa zwykle tylko kilka minut.

Czasami na drugi dzień po wstrzyknięciu następuje spuchnięcie i zaczerwienienie miejscowe, ciepłota wynosi 39,5; po 2 — 3 dniach objawy te ustępują i nigdy autor nie zauważył utworzenia się ropnia. Reasumując to wszystko, autor przychodzi do przekonania, że można tym sposobem otrzymać zamknięcie furtki przepuklinowej, gdy się przeprowadza leczenie systematycznie ambulatoryjnie, lecz wyniki nie mogą porównywać się z wynikami osiągniętymi za pomocą operacji radykalnej krwawej. Leczenie wstrzykiwaniami wyskoku można polecać: 1) u dzieci; 2) u dorosłych, którzy są skłonni do przepukliny i powinni nosić pasek; 3) u ludzi, którzy nie mogą z najrozmaitszych powodów poddać się operacji i u których przepuklina nie daje się utrzymać paskiem; w takich przypadkach można otrzymać zmniejszenie furtki przepuklinowej i to, że pasek będzie mógł wstrzymywać jelita; 4) u chorych, którzy obawiają się noża i którzy wolą niepewne i długotrwałe leczenie wstrzykiwaniami wyskokowymi, niż pewną operację radykalną.

*Wacław Biehler.*

482. W. J. Mayo. **Radykalne leczenie raka oddźwiernika.** (Annals of Surgery, Marzec. 1904 r.).

Autor poleca następujący sposób operowania: Po otworzeniu jamy brzusznej podwiązuje on podwójnie tętnicę żołądkową i przecina ją; potem podwiązuje się jak można najbliżej wątroby ligamentum gastrohepaticum. Dalej podwiązuje autor tętnicę oddźwiernikową i przecinają, potem oswobadza on górną część dwunastnicy. Dalej pod kierunkiem palca, który się znajduje w bursa omentalis za oddźwiernikiem, podwiązuje się tętnicę żołądkowo-dwunastnicową albo tętnicę gastroepiploicam prawą; po podwiązaniu ligamenti gastrocolici podwiązuje się wszystkie naczynia gastroepiploiczne, położone po lewej stronie.

Dwunastnicę ściska się w dwóch miejscach i przepala się termokauterem, potem się zaszywa kikut katgutem ciągłym szwem trzypiętrowym. Dalej przepala się żołądek, ściśnięty dwoma kleszczami, po linii wskazanej przez Hartmann'a i Mikulicza, potem zaczyna się kikut żołądkowy, jak to się zrobiło z kikutem dwunastnicy.

Dalej robi się połączenie żołądka z kiszka — gastroenterostomię albo za pomocą guzika jako gastroenterostomia anterior albo, jeżeli na to pozwala stan chorego, jako gastroenterostomia posterior za pomocą szwu.

Wykonywając tak tę operację, autor z 13 przypadków stracił tylko jeden; 11 zagoiły się z per primam. Z 28 przypadków, wykonanych innymi sposobami, 6 umarło.

*W. Bichler.*

483. Herzog. **Nowy sposób, ułatwiający operację w ustach i zmniejszający niebezpieczeństwo aspiracji krwi podczas uśpienia.** (New-York med. Journ. 28/V. 1904).

Ponieważ wszystkie dotychczas znane sposoby, jak zmiana położenia, tracheotomia, podwiązanie carotis ext. i t. p. nie uchronią od przedostania się krwi do dróg oddechowych podczas operacji w jamie ustnej, przeto autor radzi stosować intubację, przyczem rurkę, pomieszczoną w larynx należy połączyć za pomocą drenu z rurką, która przechodziłaby przez pharynx i jamy nosa i służyła do przeprowadzania powietrza i gazów anestheticum.

W praktyce należy najpierw umieścić rurkę metalową do krtani — następnie, idąc z przodu ku tyłowi, wprowadza się do jednej z dziurek nosa dren zakończony rurką, którą należy połączyć z tą, która się znajduje w krtani. — Jak tylko przy otworzeniu jamy ustnej dren z rurką ukażą się pod podniebieniem, należy go pochwycić za pomocą pincetki krtaniowej — i połączyć z rurką leżącą w krtani. Tym sposobem jest krtani zabezpieczona, środek usypiający równie dobrze działa przez rurkę umieszczoną w nosie, jak i wprost. Trochę trudności przedstawia samo wstawianie rurek, autor jednak gorąco poleca ten sposób.

*M. B.*



## II. WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE.

484. Hodson. **Leczenie tęcza za pomocą zastrzykiwań roztworu fizyologicznego do żył.** (Sem. méd. Nr. 39. 1904).

Autor zastrzykiwał w 3-ch przypadkach roztwór fizyologiczny soli. Po uprzednim upuszczeniu krwi (500 gr.) zastrzykiwano 2 litry roztworu fizyologicznego, zmieszanego z 75 gr. wódki. W 2-ch przypadkach znikł uporczywy trismus (w jednym wszelkie zastrzykiwania antytoksyn nie dały żadnych wyników): w obydwóch przypadkach nastąpiło wyzdrowienie — w jednym tylko, t. j. trzecim choroba zakończyła się śmiercią z powodu ciężkiego stanu ogólnego, chociaż po każdorazowym zastrzyknięciu roztworu fizyologicznego następowało polepszenie.

*M. B.*

485. Isambert. **Sztucznie wywołane krążenie krwi jako leczenie profilaktyczne zgorzeli kończyn.** (Sem. méd. Nr. 20. 1904).

Będąc zmuszonym podwiązać arterię udową z powodu dłuższej rany tejże arteryi, autor wywołał sztuczne krążenie krwi, aby tym sposobem uchronić kończynę od zgorzeli. Polegało to na korzystaniu z rozszerzenia paralitycznego naczyń, które się tworzy wtedy, kiedy się po uprzednim pozbawieniu kończyny krwi przez ściśnięcie okrężne — zwalnia bandaż i tym sposobem zmniejsza ucisk. W tym celu autor okręca na około nogi bandaż elastyczny, po jakim czasie zwalnia się ucisk — przez odbandażowanie manewr ten powtarza się 4, 5 razy w ciągu 24 godzin i to tak długo, dopóki krążenie krwi nie jest zadowalniającem. Po każdym nałożeniu bandaża, widzi się, że kończyna po każdym zwolnieniu ucisku staje się z bladej i zmniejszonej — zabarwioną — objętość kończyny staje się też większą niż przed ściśnięciem — co jest dowodem przyływu krwi dzięki rozszerzeniu naczyń.

Sposób ten, zdaje się, będzie mógł oddawać bardzo wielkie usługi we wszystkich przypadkach zaburzeń krążenia, które grożą zgorzela.

*Matylda Biehler.*

486. Erlennmeyer. **O leczeniu zwapnienia tętnic mózgowych.** (Deutsche med. Zeitung. Nr. 9 i Nr. 10. 1904).

Autor zaleca dawać nie czysty jodek potasu, lecz jodek potasu w równych częściach z jodkiem sodu, analogicznie temu, jak w swoim czasie polecał używanie soli bromu w połączeniu, a nie poje-

dyńczo. Aby zapobiedz zatruciu jodem, radzi on zacząć od dawek jaknajmniejszych. Zaczyna on leczenie, dając jodek potasu i jodek sodu ana 1,0 : 240,0 wody, to jest 0,83% roztwór, 3 razy dziennie po 20 ccm., to jest 3 razy dziennie po 0,17 soli jodu albo 0,5 na dzień takowych. Przy każdym następnym przepisie powiększa on każdą dawkę soli jodu o 1,0, to jest wszystkiego o 2,0 soli jodu, tak że druga butelka zawiera 4,0, trzecia — 6,0, a dziesiąta 20,0 soli jodu, to jest 8,3%. Jednym słowem—przy dziesiątej butelce, to jest 37 dnia od początku leczenia, powiększono dziesięć razy ilość jodu. Po upływie 40 dni zużył chory 10 butelek, to jest wszystkiego 110,0 soli jodu.

Za przyczynę zatrucia solami jodu uważa autor wolny jod, który się oddziela przez utworzenie kwaśnych soli saletry w organizmie w odczynie kwaśnym. Z tego powodu dodaje autor do roztworu jodu 5,0 dwuwęglanu sodu i zabrania spożywania wszystkich kwaśnych i kwasy wywołujących potraw i napojów a szczególnie świeżych owoców i wina Mosel, zupełnie tak, jak się przenisuje dyetę przy użyciu alkalicznych wód mineralnych. Często bardzo zaczynał on dyetę nakilka dni przed rozpoczęciem leczenia solami jodu i dodawał dziennie do picia butelkę wody Fachingen. Daje się roztwór soli jodu zawsze po jedzeniu i ciągle z wielką ilością wody Fachingen albo Rheuser, które obie zawierają dużo dwuwęglanu sodu. Wyniki są połączone ściśle z nieprzerywaniem kuracyi i z powiększaniem dawek. Gdy już były objawy paraliżu jednostronnego, to należy uważać dawkę 300,0 soli jodu za maksymalną; jako zapobiegawczą kuracyę u ludzi skłonnych do zwapnienia tętnic mózgowych, należy uważać za dostateczne użycie 150,0 — 200,0 soli jodu. Im cięższe były objawy choroby i im dłużej trzeba było przeprowadzać pierwszą kuracyę, aby osiągnąć polepszenie, tem wcześniej należy ją powtórzyć. W tych przypadkach zwapnienia tętnic mózgowych, w których ciśnienie śród-mózgowe nieznacznie jest powiększone, daje świetne wyniki naprzemian użycie soli jodu i kąpiele z kwasu węglowego (Kohlensäure-Sool-Bäder). I tutaj należy się ściśle stosować do każdego oddzielnego przypadku. Ze szczególnym naciskiem poleca autor zapobiegawcze leczenie, które jest wskazane bezwarunkowo w tej chorobie, która się corocznie co raz więcej rozpowszechnia i pierwsze objawy której tak łatwo przeoczyć albo źle sobie wytłómaczyć. „Principiis obsta“ powinno być tutaj ściśle zastosowane.

*W. Biehler.*



487. Leduc. **Leczenie neuralgii przez wprowadzenie elektrolityczne jonu salicylowego.** (Sem. méd. Nr. 24. 1904).

Wprowadzeniem jonu salicylowego leczy autor wszystkie neuralgie. Technika jest następująca. Anodę przykładła się do jednego uda, na oko zaś w przypadku, w którym ostatnio stosował to leczenie, (chory cierpiał na neuralgię nerwu ocznego, gałęź trigeminus'a), kładł autor tampon umaczany w 2% roztworze natri salicyl., na to złożony w ośmioro kompres z waty hygroskopijnej nasycony tym samym roztworem. Poczem przepuszczano prąd elektryczny o sile 20 miliamperów (do siły tej dochodzi się stopniowo w ciągu 4 minut, elektryzuje się następnie przez  $\frac{1}{2}$  godziny).

Jon salicylowy dobrze jest znoszony przez skórę, przejście prądu z miliamperów na 1 c. kwadratowy — elektrody wywołuje zaledwie lekką kauteryzację otworów gruczołów — poczem następuje łuszczenie, trwające 15 dni.

*Matylda Biehler.*

488. Arnheim. **Leczenie cukrzycy za pomocą iniekcji cukru do odbytnicy.** (Sem. méd. Nr. 26. 1904).

Wychodząc z założenia, że diabetes powstaje wskutek tego, że cukier nie spala się, lecz w inny sposób jest utrwalony w organizmie, autor stosował iniekcje cukru do odbytnicy, przyczem postępował, jak następuje:

Najpierw wprowadzał do rectum na wysokości 8 — 10 ctm. powyżej otworu stolcowego tampon umaczany w oliwie, ażeby tym sposobem zupełnie izolować ostatnią część przewodu pokarmowego, następnie wprowadzał tam 35 gr. (dextrozy) cukru gronowego, rozpuszczonego w 100 gr. wody. Tampon usuwano po 6 godzinach. Po takiej iniekcji ilość acetonu zmniejszała się, potem aceton znikał z moczu (na drugi dzień). Choremu nie dawano żadnych węglowodanów i aceton pojawiał się znów w moczu. Po kilku dniach zastrzyknięto 50 gr. dekstrozy, aceton znikł znowu w przeciągu 48 godzin, przy 3-ej próbie działał się toż samo.

Sposób ten stosowany był u jednego pacjenta, zagrożonego śpiączką (coma). Autor gorąco poleca iniekcje.

*Matylda Biehler.*

489. Dougal. **Morfina, jako środek zapobiegawczy w comotio cerebri.** (Sem. méd. Nr. 26. 1904).

Autor radzi przy wstrząśnieniach mózgu stosować iniekcje morfiny po 0,01 na dawkę co 6 lub 8 godzin w ciągu dni 15, nawet 3-ch tygodni. Obniża to temperaturę, reguluje tętno i niedo-

puszcza do powikłań ozdrowieńców. Dougall stosował zastrzykiwania morfiny w 3-ch przypadkach (w 2-ch wypadkach postrzałowych, w 1-y m złamania czaszki wskutek upadku). We wszystkich tych przypadkach autor zauważył znaczne polepszenie już po kilku iniekcjach (tętno regularne, zmniejszenie dyspnoe i t. p.)

*Matylda Biehler.*

490. W n u k o w. **Zastrzykiwanie ichtyolu przeciw mięsakom limfatycznym** (Lymphosarcoma). (Sem. méd. Nr. 25. 1904).

Autor stosował iniekcye ichtyolu (ichtyoli aquae dest. a na 0,50) w przypadku mięsaka limfatycznego szyi — szybko rozwijającego się u 71-0 letniego starca, którego to nowotworu nie można było operować. Już po 1-ej iniekcji (po 24 godz.) zauważyć można było lekkie zmniejszenie gruczołów, do których ichtyol zastrzyknięto; po 2-ch dniach, gdy chory twierdził, że doznał wielkiej ulgi — ponowiono zastrzykiwania. Po 15-u dniach chory powrócił do szpitala i wtedy autor, zobaczywszy, że nietylko te gruczoły, do których zastrzyknięto ichtyol, lecz i otaczające znacznie się zmniejszyły, powtórzył iniekcye, tym razem po 2 gr. ichtyolu i 2 gr. wody destylowanej (mięszankę tę należy zawsze przed zastrzyknięciem przygotować). powtarzając iniekcye co 6 dni. Po 7-u zastrzykiwaniach nowotwór i otaczające go gruczoły tak się zmniejszyły, że zaledwie były widoczne.

Autor radzi robić podobne zastrzykiwania choćby tytułem próby, głównie zaś w tych przypadkach, w których operacyi robić nie można.

*Matylda Biehler.*

491. **Leczenie powikłań ocznych w ospie za pomocą wkraplania roztworu błękitu meylenowego.** (Sem. méd. Nr. 25. 1904).

Już Courmont i Rolet otrzymali doskonale wyniki, stosując iniekcye methylenblau 2‰ w 45 przypadkach ospy powiklanej cierpieniami oczu. (Keratitis, Conjunctivitis). Obecnie również zachęcające wyniki otrzymali Combemale i Delcarve — na 32 przypadki tylko w 2-ch przypadkach otrzymano wyniki ujemne (w jednym chory już przedtem cierpiał na leucoma adhaerens; w 2-im chory zmarł na pyaemia gen.). Należy tylko rozpocząć leczenie natychmiast, gdy się zauważy jakieś powikłanie. Delcarve i Courmont używali najpierw roztworu 1:500 — następnie zaś 1:300 i radzą tym ostatnim, jako dającym pewniejsze wyniki, się posługiwać.

*Matylda Biehler.*

492. Escat. **Znieczulenie krtni za pomocą adrenaliny w połączeniu z kokainą.** (Sem. méd. Nr. 18. 1904).



Autor radzi we wszystkich przypadkach, w których znieczulenie krtani przychodzi z trudnością, także w przypadkach nadczułości i hyperkinezyi używać 10% roztworu kokainy połączonej z adrenaliną (w roztworze 0,5<sup>0</sup>/<sub>100</sub>). Przytem autor dodaje, że w 3-ch przypadkach, w których nie mógł przy znieczuleniu samą kokainą wyjąć polipów krtani, uczynił to bez najmniejszej trudności, posilając się powyższym płynem,

M. B.

494. Genonville i Compain. **O leczeniu incontinentiae urinae za pomocą elektryzacji sphincteris urethrae.** (Presse médicale, Nr. 38, 1904).

Autorowie uważają za przyczynę tak często spotykanego u dzieci nietrzymania moczu i enurezy słabość skurczu sfinktera urethrae. Z tego powodu uważają oni elektryzowanie tego mięśnia, które wywołuje fizjologiczny skurcz takowego, jako jedyny racjonalny środek do wzmocnienia mięśni pęcherzowych. Ma się rozumieć, że przy tem nie należy zaniedbywać i ogólnego leczenia chorego. U dziewcząt elektryzuje się sfinkter za pomocą oliwy wprowadzonej jako kateter (sposób Guyon'a). Chora leży na łóżku jak do kateteryzacji, jedną elektrodę (blaszka cynkowa 5 : 10 ctm. długa, pokryta skórka) kładzie się na brzuch i łączy się z pozytywnym punktem maszyny elektrycznej. U zupełnie małych dziewczynek można oliwę włożyć do pochwy. Bez względu na to, czy przystąpimy do elektryzacji od strony cewki, czy od strony pochwy lub odbytnicy, w każdym razie posiedzenie nie powinno trwać dłużej, niż 5 minut i powinno być powtórzone nie częściej, jak trzy razy na tydzień. Takie leczenie należy przeprowadzać przez miesiąc po wyleczeniu, tylko odstępy nigdy posiedzeniami należy za każdym razem powiększać.

Autor leczył tym sposobem 40 chorych, z tych 22 zupełnie wyzdrowiało—55%, 10 się polepszyło—25% a 8 wcale się nie wyleczyło—20%. Przytem okazało się, że łatwiej wyleczyć nietrzymanie moczu u tych dzieci, które od urodzenia robiły do łóżka, niż te dzieci, które później w 6—14 roku życia na to zachorowały. Pierwsze dały 66%, a ostatnie 36% wyleczenia. W każdym razie w 20% nie udało się tym sposobem wyleczyć; u tych, u których 2—3 miesięczne leczenie okazało się niedostatecznym, może dłuższe leczenie, które wymaga wielkiej cierpliwości i lekarza i chorego, doprowadziło by do pożądanego wyniku. Przecięciowo 16 posiedzeń wystarczało do wyleczenia zupełnego. Oprócz tak krótkotrwałego

leczenia autorowie wychwalają i prostotę tej metody leczenia, jako też nieszkodliwość i łatwość w wykonaniu. Leczenie to chorzy znoszą doskonale, gdyż nie przyczynia najmniejszego bólu. *M. B.*

## Kronika bieżąca.

(kn) W gazecie „Glasgow med. journ.“ opisany został przez Carslaw'a i Muir'a, nie notowany dotąd nigdzie jeszcze, przypadek pęknięcia nerki po spożyciu obfitego obiadu. Pomimo że wykonano bezzwłocznie niemal cięcie lędźwiowe i ranę zaopatrzone w dren, chory zmarł po upływie dni 6. Bezpośrednią przyczyną rozerwania były wymioty.

Na oględzinach pośmiertnych przekonano się, że po obu stronach istniało wodonercze; miąższ nerek samych był zmarszczony. Prócz przerostu serca nie zauważono nic bardziej szczególnego.

*Sprostowanie sprostowania.* Szan. redakcja *Przeglądu lekarskiego* protestuje w z. 49 swego pisma przeciw naszemu sprostowaniu, że, jak dotąd, w kraju naszym miejsca dla lekarzy galicyjskich niema i wyjaśnia, że znalazło się kilku obywateli, którzy z podaniem odnośnem zwrócili się do Izby Lekarskiej zachodnio-galicyjskiej. Gdyby tak brzmiała redakcja pierwotna, nie mielibyśmy potrzeby drukować sprostowania, w artykule jednak z d. 5 XI r. b napisano „...*, rząd rosyjski, jak nas zapewniają, postanowił tolerować w takich miejscowościach lekarzy zagranicznych, nie posiadających dyplomu rosyjskiego.*“ Ta właśnie część informacji była błędna i, jak się wyjaśnia, w błąd wprowadzili redakcyę w niewiadomym celu „obywatele z Królestwa.“ Nie chcąc więc narażać kolegów galicyjskich na zawód, uważaliśmy sprostowanie w ich interesie za konieczne.

Co do nas, — wypowiedzieliśmy się wyraźnie; bardzo byśmy byli radzi, by dla dyplomu lekarskiego nie było granic państwowych, nauka bowiem nasza ma cele czysto humanitarne i pożądaną byłoby rzeczą, by lekarz po otrzymaniu dyplomu miał prawo praktyki wszędzie na całym obszarze globu. Wyjątek stanowić by chyba mogły tylko wszechnice egzotyczne i w Stanach Zjednoczonych, które nie stoją na wysokości wiedzy.

(w) *Lekarze na Daleki Wschód.* W dalszym ciągu powołani zostali:

Z Warszawy koledzy: Jakób Borel, Kazimierz Niedzielski, Maksymilian Bernstejn, Ludwik Czyżewski, Ignacy Krantz, Julian Fuchs, Jan Jarzyński.

z prowincyi zaś koledzy: Józef Opalski (z Olkusza), Ignacy Broniewski (z Pabjanic), Tadeusz Rakowski (z Szydłowca, gub. Radomskiej), Wiktor Zakrzewski (z Nasielska, gub. Warszawskiej), Włodzimierz Talko (z Sosnowca), Stefan Szymkowski (z pow. Biało-



stockiego), Sokołowski i Rajgrodzki (obaj z Białegostoku), Witold Goebel (z Żyrardowa), Zygmunt Podziemski (ze Szczercowa, gub. Piotrkowskiej), Mieczysław Gliński (z Nałęczowa), Wł. Tołwiński (z Lublina).

Zwolnieni zostali od służby na Dalekim Wschodzie koledzy: Antoni Rząd, Szymon Starkiewicz, Leon Wernic, Leon Butkiewicz, R. Dehnel, Józef Szymański, Kielczewski.

(z) Dnia 17 b. m. zostało otwarte *nowe towarzystwo lekarskie w Kielcach*. Nowemu towarzystwu naukowemu życzymy jaknajlepszego rozwoju dla dobra nauki i społeczeństwa.

**Zmarli:** Dr. Artur Jarnutowski, dnia 30 Listopada r. b. w Szwajcaryi, w wieku lat 43. Zmarły przez dłuższy czas praktykował w Poznaniu, jako specjalista chorób gardła i płuc; przedtem przez wiele lat był asystentem zakładu dla chorych piersiowych w Goerbersdorfie.

*Sprostowanie.* W numerze 23 Kroniki Lekarskiej z r. b. na sronicy 976 w odsyłaczu jest omyłka, liczba bowiem uczniów w bieżącym (zimowym) półroczu wynosi w Krakowie 178; we Lwowie 97. W Krakowie przybyło zatem w porównaniu do zeszłego półroczu (letniego) 46, we Lwowie tylko 15 uczniów medycyny.

---

Redaktorzy: Dr. Med. Otton Hewelke i Dr. Józef Zawadzki.

Wydawcy: Dr. Med. Otton Hewelke, Dr. Konstanty Sierpiński i Dr. Józef Zawadzki.

Дозволено Цензурою. Варшава, 4 Декабря 1904 г.

---

Zakład-chirurgiczno-ortopedyczny,

i pracownia przyrządów-ortopedycznych

**D-ra REICHSTEINA**

Warszawa, Twarda 10, Telefonu 4217.

---

**Jak zachować delikatność cery,** zwłaszcza w obecnej porze chłodnych wiatrów?

Na pytanie to znajdzie odpowiedź każdy, kto zechce spróbować zęszczonej gliceryny

**B O R O L**

szeroko już dziś rozpowszechnionej i zalecanej przez Pp. Lekarzy.

Centralne Laboratorium Chemiczne

(Czekaj i Krysiewicz w Warszawie.)

Sprzedaż w aptekach i składach aptecznych.

# NOWY ŚRODEK DO WŁOSÓW „KASTOLIN”

L. S. BEJLINA

różni się od istniejących dotychczas tego rodzaju środków tem, że  
*usuwa rozpoczynając się SIWIZNE.*  
Środek ten niszczy *łupież*, zapobiega *wypadaniu włosów* i wywo-  
luje nadzwyczajnie *szybki ich porost.*

Po kilkorazowym użyciu dają się zauważyć zjawienne skutki użycia „Kastolinu”

Cena flakonu 2 rb. 60 kop.

Hurtownikom odpowiedni rabat.

Towar wysyła się za gotówkę lub za zaliczeniem.

Skład główny: L. S. BEJLINA

Warszawa, Marszałkowska 49.

PRYWATNY ZAKŁAD GINEKOLOGIUCZNY

Dr. CZESŁAWA STANKIEWICZA

Warszawa Złota 3.

Urządzenie ściśle aseptyczne. Sterylizacja pod ciśnieniem. Dwie sale operacyjne, sala porodowa, pokój izolacyjny.

Pracownia chemiczno-drobnowidzowa. Wylegarka (couveuse).

Pokoje wykwintnie umeblowane. Winda hydrauliczna Otis.

Przyjmowane są: chore **ginekologiczne** (wszystkie metody lecznicze prócz elektryzacji), oraz **ciężarne**. Nazwisko pacjentki na mocy ustawy Zakładu, może pozostać w zupełnej tajemnicy.

**Opieka lekarska:** właściciel Zakładu, mieszkający przy Zakładzie, i lekarze asystenci. Na miejscu stała akuszerka i wykwalifikowana pielęgniarka i masażystka.

**Cena pobytu** w leczeniu **od 2 rubli** dziennie. Za operację i porody opłata stosownie do umowy. **poród i 10 dni pobytu na sali wspólnej (2 łóżka) Rb. 40.**

Dla osób niezamożnych, poleconych przez Szanownych Kolegów, ustępstwa do 50%.

**Poliklinika.** *Informacje na miejscu i listownie.*

Telefonu № 18,46.

Rok II. **GINEKOLOGIA** Rok II.

miesięcznik poświęcony chorobom kobiecym i położnictwu  
wychodzi w Warszawie przy udziale najwybitniejszych sił facho-  
wych polskich.

*Przedpłata roczna Rb. 6, Marek 12, Koron 15.*

Redaktor: Dr. Czesław Stankiewicz.

Adres Redakcyi: Złota 3, w Warszawie.

Zeszyt okazowy na żądanie