

KRONIKA LEKARSKA,

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

I. DWA NIEZWYKŁE PRZYPADKI RAKA ŻOŁĄDKA, POWSTAŁEGO Z WRZODU OKRĄGŁEGO.

Podał

D-r med. Józef Winiarski.

W ciągu 2 lat ostatnich miałem sposobność spostrzegać na oddziale d-ra Chełchowskiego w szpitalu Dzieciątka Jezus dwa przypadki współczesnego istnienia wrzodu okrągłego i raka żołądka, a że i przebieg ich był niezwykle, przeto sądzę, że nie od rzeczy będzie zaznaczyć z nimi czytelników.

PRZYPADEK I-szy. Franciszek Urb., 53 lat liczący, rolnik, przybył dnia 22/VII 1894 r., skarżąc się na zgagę i wymioty, występujące w 1 — 1½ godziny po jedzeniu, oraz na kwaśny smak w ustach i bóle w okolicy żołądka. Z wywiadów dowiedziałem się, co następuje: chory dawniej był zdrowy, dopiero przed 9 miesiącami zaczął doznawać silnych bólów w okolicy żołądka, oraz wymiotować; wymiociny raz jeden wyglądały „jak czarna krew.” Stolec bywał stale zaparty. Pomimo tych dolegliwości zajmował się jednak zwykłą pracą. Dopiero od 3 tygodni wystąpiło znaczne pogorszenie: bóle w okolicy żołądka, które już były mniejsze, wzmożyły się, apetyt stał się mniejszy, chociaż jest jeszcze wcale dobry.

Status praesens dnia 23/VII, 1894 r. Chory silnej budowy ciała, dobrego odżywiania i prawidłowej cery. Tętno 68, miarowe. Od-

dech 22. Stan bezgorączkowy. Waga ciała 57,2 kilo. Język czysty. Klatka piersiowa beczkowata. Granice płuc obniżone o 1 międzyżebrze. Tępość serca pokryta, tony czyste. Śledziona i wątroba nie powiększone. Brzuch nie wzdęty; okolica żołądka na ucisk zlekka bolesna. Mocz barwy ceglastej, o ciężarze gatunkowym 1025, nie zawiera ani białka ani cukru.

Ze względu na wiek podeszły chorego, przypuszczałem na razie, że mam do czynienia z rozwijającym się rakiem żołądka, lecz, dokonane nazajutrz, badanie treści żołądkowej przypuszczenie to uczyniło mało prawdopodobnym; mianowicie, w 2 $\frac{1}{2}$ godzin po próbnym śniadaniu wydożyłem za pomocą zgłębnika żołądkowego miążgę pokarmową: odczyn jej był mocno kwaśny i zawierała ona duże bardzo ilości wolnego kwasu solnego. Kwasu mlecznego nie było.

Następnego dnia (25/VII) wydożyłem z czczego żołądka (w 15 godzin po jedzeniu) duże ilości niestrawionych resztek pokarmów; przesącz posiadał mocno kwaśny odczyn i zawierał olbrzymie ilości wolnego kwasu solnego. Kwasu mlecznego nie było. Przypuszczając, że i innych kwasów organicznych nie było w tym przesączu, wypadłoby, że wolnego kwasu solnego było 0,7%. Po rozcięciu żołądka proszkami burzącymi dolna granica tegoż zarysowywa się wyraźnie na szerokość 3-ch palców poniżej pępka.

Wobec powyższych wyników badania chemicznej czynności żołądka rozpoznanie swoje, naturalnie, przechyliłem na korzyść wrzodu okrągłego i zaleciłem choremu dietę mleczną oraz sztuczną sól karlsbadzką. Pod wpływem tego leczenia mdłości i wymioty oraz bóle w okolicy żołądka po kilku dniach ustały, tak, że chory czuł się całkiem zdrowym i żądał, żeby go wypisano ze szpitala. Żądaniu temu, oczywiście, zadość nie uczyniono.

30 Lipca znów wystąpiły wymioty po jedzeniu, kwaśny smak w ustach i silne bóle w okolicy żołądka; bóle te rozchodzą się aż do krzyża i wzmagają się, gdy chory położy się na prawym boku. Stolec zaparty. W soku żołądkowym znacznie mniej wolnego kwasu solnego, niż przedtem; kwasu mlecznego ślady. Wymiociny nie przedstawiają barwę swoją nie charakterystycznego. Wymioty i bóle w okolicy żołądka powtarzają się codziennie.

Dnia 4/VIII przy oględzinach okolicy żołądka zauważyć można bardzo wyraźnie przez powłoki brzuszne ruchy perystaltyczne żołądka; górna granica tegoż odznacza się na wysokości pępka, dolna zaś sięga prawie do spojenia łonowego. Pomimo kilkakrotnie powtarzających się codziennie wymiotów i bólów w okolicy żołądka stan ogólny chorego dobry; chory nie schudł i na siłach nie stracił. Waga ciała taż sama. Apetyt dobry.

Wobec powyżej wymienionych danych klinicznych, nie ulegało najmniejszej wątpliwości, że mam do czynienia ze zwężeniem odźwiernika, spowodowanem wskutek zablźniającego się wrzodu okrągłego, z następczem rozszerzeniem żołądka.

Ponieważ leczenie wewnętrzne nie wywoływało widocznej poprawy, przeto, po naradzie ze ś. p. kol. J a w d y ń s k i m, zaproponowałem choremu operacyę, czem jednakże chory wielce się przestraszył. Wieczorem tegoż dnia prawidłowe wypróżnienia i kilkakrotne wymioty. Sok żołądkowy, jeszcze mocno kwaśny, zawiera wolny kwas solny, lecz w ilościach coraz to mniejszych; kwasu mlecznego mało.

W nocy z dnia 4/VIII na 5/VIII wystąpiły kurcze i bóle w rękach i w łydkach, z powodu których chory wciąż jęczał. Rano dnia 5/VIII również widać przez powłoki brzuszne ruchy perystaltyczne żołądka, lecz dolna granica tegoż odznacza się znacznie wyżej, niż poprzednich dni. Stan chorego jest bardzo ciężki: miewa wciąż bolesne kurcze w rękach i w łydkach, przypominające ułożeniem palców tężyczkę, oraz silne bóle w okolicy żołądka, nie może leżeć na prawym boku i prosi usilnie, żeby go przewrócić na lewy bok; sinica twarzy i kończyn, tętno prawie nie wyczuwalne; skóra straciła swoją elastyczność i pozostawia fałdy po ujęciu w palce. Chory ma wielkie pragnienie; brzuch zapadnięty, na ucisk nie bolesny. W takim to stanie chorego widzieli oprócz mnie koledzy: S a d o w s k i, C i e c h o m s k i, Wł. S w i a t e c k i, S z c z e p a ń s k i i H a n i c k i. Bóle i kurcze w rękach nie ustępowały ani na chwilę i wśród coraz to większej zapaści chory zmarł o godzinie 1-ej w południe.

Przy badaniu pośmiertnem, dokonaniem nazajutrz, prof. P r z e w o s k i znalazł w okolicy odźwiernika zablźniający się wrzód okrągły, a na brzegach tegoż dokoła niewątpliwe nacieczenie rakowate. Żołądek był powiększony do olbrzymich rozmiarów. W innych narządach zmian nie znaleziono. Bezpośredniej przyczyny śmierci sekcyja nie wykazała.—Rozpoznanie w powyższym przypadku było dosyć trudne: wiek chorego przemawiał za bliznowatym zwężeniem odźwiernika wskutek raka; jednakże brak charakteractwa, ogromne ilości wolnego kwasu solnego w soku żołądkowym przemawiały stanowczo za wrzodem okrągłym, co też ostatecznie rozpoznano. Stopniowe zmniejszanie się ilości wolnego kwasu solnego obok zjawienia się kwasu mlecznego, nasuwało podejrzenie przejścia wrzodu okrągłego w raka żołądka. Dziwnem było zachowanie się dolnej granicy żołądka, którą znajdowałem to nad spojeniem łonowem, to znacznie wyżej.

Wreszcie, niezwykle był przebieg choroby: zejście śmiertelne nastąpiło całkiem niespodziewanie, prawie że nagle, wśród dobrego jeszcze odżywienia, wskutek tężyczki.

Powstawanie tężyczki przy rozszerzeniu żołądka tłumaczyli różni autorowie różnie: jedni uważali ją za następstwo zgęszczenia krwi, podobne do kurczów mięśniowych przy cholercze, inni za sprawę nerwową odruchową (Reflexvorgang).

Najwięcej jednak zwolenników ma dziś teoria chemiczna, tłumacząca to cierpienie samozatruciem (autointoxicatio) wskutek wessania do krwi produktów rozkładowych, które powstają z pokarmów, zalegających w rozszerzonym żołądku. Bouveret i Devic wypowiadali przypuszczenie, że chodzi tu o peptotoksyny. Riegel¹⁾ zebrał z literatury 27 przypadków tężyczki przy cierpieniach żołądka, z pomiędzy których 16 zakończyło się śmiercią. Autor ten również sam spostrzegł 3 odpowiednie przypadki, — wszystkie z zejściem śmiertelnem. W zestawieniu Riegel'a każdemu musi się rzucić w oczy, że z pomiędzy tak małej liczby przypadków wiele ich (pomiędzy tymi i dwa przypadki Riegel'a) przypada na raka żołądka, powstałego na tle wrzodu okrągłego.

PRZYPADEK II-gi, odmienny jest nieco od pierwszego, gdyż dotyczył młodego robotnika, Antoniego Bor., 31 lat liczącego, który zapisał się do szpitala dnia 4/VII, 1896 r. Wywiady wykazały co następuje: od jesieni (Września) r. z. chory uskarża się na odbijanie i zgagę; od Marca r. b. boleści w dołku, wzmagające się po jedzeniu i rozchodzące się na cały brzuch i plecy, częste nudności, ślinotok, wymioty, silniejsza zgaga, brak apetytu. W ostatnim czasie wymioty prawie co noc. Stolec bywał zwykle wolny (1—2 dziennie), niekiedy czarny, teraz zaś od 3-ch dni zaparty. Leczył się przez 7 tygodni w szpitalu solą karlsbadzką i dyetą mleczną, lecz bez skutku. Przed 3 laty miał chory wrzód na członku, przez 1 miesiąc leczył się w szpitalu św. Łazarza, zresztą cieszył się pożądanem zdrowiem.

Status praesens. Chory wzrostu średniego, odżywianie liche, skóra i widzialne błony śluzowe blade. Stan bezgorączkowy. Tętno 66. Oddech 20. Język czysty. Siły słabe: chodzić może, lecz z trudnością i natychmiast męczy się. Ze strony płuc i serca zboczeń żadnych wykazać nie można. Śledziona nie powiększona. Wątroba wypukła prawe podżebrze i okolice nadbrzuszną, łatwo się wyczuwa na szerokość 4-ch palców poniżej łuku żeberowego, na

¹⁾ Die Erkrankungen des Magens in Specieller Pathologie und Therapie Nothnagla, B. XVI, Theil II, Abtheilung I, S. 189. Wien, 1896. (Patrz Sprawozdanie w przeszłym zeszycie Kroniki).

lewo dochodzi prawie do linii sutkowej. Brzeg wydaje się zwrócony w głąb. Na dotyk wątroba wrażliwa. Przy obmacywaniu wyczuwa się na jej powierzchni wypukłość na prawo od mostka, wielkości jaja kurzego. Wymiociny koloru czarnego, mocno kwaśne, zawierają pod drobnowidzem torulam cerevisiae, ciała Jaworskiego i czerwone krążki krwi. Z czczego żołądka wydobyto za pomocą zgłębnika żołądkowego płyn zielonawy z czarnym osadem, mocno kwaśny, silnie niebieszczący papierek Congo i dający bardzo wyraźną reakcyę z odczynnikiem Günzburg'a; wolnego kwasu solnego 0,56%; kwasu mlecznego niema.

Po napełnieniu żołądka większą ilością wody, dolna granica tegoż na szerokość 2 palców poniżej pępka. Mocz barwy ciemnożółtej, mocno kwaśny, o ciężarze gatunkowym 1032, nie zawiera ani białka ani cukru.—Rozpoznano wrzód okrągły żołądka, oraz zwężenie odźwiernika z następczem rozszerzeniem żołądka. Wypukłość i łatwo wyczuwalne guzy w okolicy wątroby nasuwały przypuszczenie, czy nie mamy do czynienia z otorbionym ropniem, spowodowanym przez przedziurawienie wrzodu okrągłego. Choremu zalecono dyetę mleczną oraz przepisano magisterium bismuthi z opium. W przebiegu następnych dni wymioty po kilka razy dziennie, zupełny brak apetytu. Zaparcie stolca, gwałtowne bóle w lewym podżebrzu.

Dnia 9/VII po próbnem śniadaniu bura zawartość żołądka posiada silnie kwaśny odczyn, lecz papierek Congo słabo niebieszczeje, wolnego kwasu solnego ilości małe, kwas mleczny w ilościach umiarkowanych.

Od 11/VII czkawka, upadek sił coraz to większy, tętno 108—120, małe. Choremu zalecono lód do łykania.

Dnia 15 VII bóle najsilniejsze czuje teraz w prawem podżebrzu, gdzie guz wzrósł i wypukła się jeszcze bardziej nad powierzchnią wątroby. Stan bezgorączkowy.

Od 18/VII z powodu silnych bólów w prawem podżebrzu codzienne zastrzykiwania morfiny.

Dnia 21/VII wymiociny bardzo słabo kwaśne, wolnego kwasu solnego nie zawierają, a kwasu mlecznego ilości mierne. Kolega Br. Sawicki, wezwany na naradę, przy próbnem przekłuciu guza wyciągnął zeń $\frac{1}{2}$ szpryki krwawego płynu z zawieszonemi w nim białawemi cząsteczkami, które pod drobnowidzem okazały się złożonemi z detrytu. Tętno 96, słabe. Upadek sił niezmierny. Wśród coraz to więcej wzrastającego osłabienia chory zmarł dnia 24/VII, 1896 r.

Badanie pośmiertne, dokonane dnia 26/VII, 1896 r. przez prof. Przewoskiego, wykazało, co następuje:

Żołądek rozszerzony, z błoną śluzową przekrwioną, zgrubiałą, na której widać wyraźne „état mamelonné” (przerostowy nieżyt żołądka). In parte pylorica wrzód okrągły, który w kształcie podkowy prawie zupełnie otacza odźwiernik, pozostawiając tylko wolną część, odpowiadającą krzywiznie wielkiej. Część lewa wrzodu przedstawia jeszcze wyraźny charakter wrzodu okrągłego, a mianowicie: brzeg równo obcięty, gładki, bez żadnej infiltracji. Natomiast cała prawa strona wrzodu przedstawia charakter raka: brzeg cały infiltrowany, wzniesiony, miękki, dno także wzniesione, grube. Gruczoły chłonne przy curvatura minor mocno powiększone, móżgowate. Wątroba mocno powiększona, blisko o połowę i wszędzie, zwłaszcza w przedniej części, usiana mnóstwem guzów miękkich, okrągłych, móżgowatych, do koła których tkanka wątroby jest przekrwiona, a w innych miejscach biała. Inne narządy prócz bladeści nie szczególnego nie przedstawiały.

I ten przypadek przedstawiał za życia chorego niezmiernie trudności dyagnostyczne. Nierówności i guzy na powierzchni wątroby mogły nasuwać podejrzenie nowotworu złośliwego żołądka z przerzutami na wątrobę, natomiast młody wiek chorego oraz nadmierne ilości wolnego kwasu solnego rozpoznanie to czyniły mniej prawdopodobnym i przemawiały raczej za wrzodem okrągłym. Z drugiej znów strony, coraz to wzrastające wypuklenie w okolicy wątroby nasuwało podejrzenie ropnia, lub bąblowca wątroby. Wreszcie, godnym zaznaczenia jest wynik badania pośmiertnego: cała wątroba usiana była mnóstwem guzów rakowatych przy rozpoczynającym się zaledwie raku żołądka; należy więc przypuszczać, że przerzuty na wątrobę tworzyły się bardzo szybko.

Znane są wszystkim trudności rozpoznawcze u chorych, u których na tle wrzodu okrągłego rozwija się rak żołądka. I ogólne objawy kliniczne zacierają się wówczas i badanie chemiczne zawartości żołądkowej zawodzi, bo nawet stopniowe znikanie wolnego kwasu solnego nie może dowodzić w tych razach obecności raka żołądka; wiadomo przecież, że nadmierna kwaśność soku żołądkowego kończy się ostatecznie znikaniem kwasu solnego (anaciditas).

Opisy przypadków takich, jak niniejsze, w ostatnim czasie mnożą się. A widywano je i dawniej. Przypomniano sobie z dawniejszej literatury liczne wzmianki, dowodzące, że już Dittrich, Rokitansky i Lebert uważali za możliwe powstawanie raka z wrzodu żołądka. Nie inaczej też można sobie tłumaczyć dawniejsze wzmianki o rakach żołądka, gojących się, lub prawie zagojonych (kilka takich przypadków podaje H enoch ¹⁾ w chorobach jamy brzusznej w rozdziale o raku żołądka). Dzisiaj procent ra-

¹⁾ Przekład polski, str. 325, 326.

ków żołądka, powstających na tle wrzodu okrągłego szacują na 7% (Häberlin ¹⁾), nawet 8% (Rosenheim ²⁾).

Zdaje się, że z tych przypadków powstanie odrębna odmiana kliniczna raka żołądka. Z dotychczasowych historyj chorób widać, że często tu chodzi o ludzi względnie młodych, że często rak powstaje z gojącego się wrzodu (okres podnieconego bujania nabłonka). Zdaje się również, że rak taki ma zwykle postać nacieczenia, a nie ograniczonego guza. Niezbyt rzadko w historyjach choroby zaznaczano, że cierpienie żołądkowe datowało od niedawna,—widocznie więc rak przyłączał się do wrzodu względnie świeżego.

Co się tyczy zachowania się kwasu solnego w takich przypadkach, to Stoll ³⁾ z kliniki Eichhorsta próbuje dać w tej kwestyi ogólniejsze wnioski i twierdzi, że w samych początkach zrakowacenia wrzodu wolny kwas solny w jednym i tym samym przypadku to znika, to ledwie daje się wykazać, to występuje w nadmiernej ilości; z postępem cierpienia, według tego autora, wolny kwas solny ma zawsze znikać.

Wnioski te, stanowczo, są fałszywe. W całym szeregu ogłoszonych spostrzeżeń zaznaczano nadmierną ilość wolnego kwasu solnego przez cały czas trwania choroby (przypadki Rosenheim'a, przypadek Krukenberg'a, Thiersch'a, Kulke'ego, Eisenlohr'a, Goodhardt'a). Rzadziej spotykamy się z opisami historyj chorób, gdzie wolny kwas solny pod koniec choroby zniknął (pierwszy przypadek Rosenheim'a, przypadek Bąkowskiego, R. Koch'a, moje dwa). Łatwo zrozumieć, że chętniej ogłaszają spostrzeżenia raka żołądka z nadmierną ilością wolnego kwasu solnego, niż z jego brakiem. Pomimo to, już dziś, z dotychczasowych opisów możnaby twierdzić, że rak odźwiernika, powstały z wrzodu, jeżeli nie zawsze, to przynajmniej często, cechuje się nadmierną ilością wolnego kwasu solnego, który znika dopiero na krótko przed śmiercią.

Jeszcze na jedno chciałem zwrócić uwagę. Nie znamy do dziś dnia związku genetycznego pomiędzy rakiem żołądka, a znikaniem wolnego kwasu solnego. Nie wiemy też, kiedy tu właściwie kwas solny znika, czy już w początku choroby, czy dopiero po dłuższem jej trwaniu. Zdaje mi się, że takie spostrzeżenia, jak niniejsze, mogą posłużyć do wyjaśnienia tej kwestyi. W obu ra-

¹⁾ Deutsches Archiv für Klin. Med., B. 44, str. 492.

²⁾ Berliner Klin. Woch. 1889, Nr. 47.

³⁾ Deutsches Archiv für Klin. Med., B. 53, str. 593.

zach (a i w spostrzeżeniach innych autorów) pomimo raka żołądka, istniejącego już od jakiegoś czasu (w moim przypadku 2-im rak zdążył już dać wielkie przerzuty w wątrobie i zająć gruczoły sąsiednie), nadmierne ilości wolnego kwasu solnego utrzymywały się prawie do śmierci.

Widocznie więc, samo powstanie raka w żołądku nie pociąga jeszcze z konieczności za sobą znikania wolnego kwasu solnego.

II. Rak odbytnicy.

NAPISAŁ

D-r Kazimierz Niedzielski.

(Dokończenie).

SPOSTRZEŻENIE V. Julia G., lat 56. Zapisana na oddział w dniu 17 Listopada 1894 r. Chora, jak twierdzi, operowaną była przed trzema laty w szpitalu na Pradze z przyczyny „jakiegoś,” jak się wyraża, guza w kiszce stolcowej. Po operacji tej czuła się bardzo dobrze czas długi, lecz od niedawna wróciły znowu cierpienia poprzednie.

Chora blada, lecz wyniszczona nie bardzo; co do narządów wewnętrznych, prócz szmeru podskurczowego (postsystolicus) u szczytu serca, nie znaleziono godniejszego uwagi nic więcej. W okolicy wylotu stolcowego widać wciągnięcie tkanek bliznowate; błona śluzowa odbytu zaczerwieniona i pokryta znaczną ilością śluzu. Linia szwu, pozostała po operacji poprzedniej wyczuwa się w odbytnicy doskonale, powyżej zaś stwierdza się naciek nowotworowy, rozlany pod błoną śluzową ściany przedniej jelita, resp. przegrody odbytniczo-pochwowej. Na ścianie tylnej pochwy gdzieś znajdują się owrzodzenia. Po przygotowaniu chorej odpowiedniem w tydzień po przyjęciu jej na oddział wykonano operację, t. j. usunięcie przegrody odbytniczo-pochwowej, poczem nałożono szew, łączący skórę w okolicy odbytu z brzegiem błony śluzowej odbytnicy. Do cewki założono kateter à demeure, do wewnątrz podano makowiec. Przebieg rany prawidłowy, szew przy-

jął się dobrze. Mocz wypuszczano cewnikiem w ciągu dni dziewięciu, wypróżnienie pierwsze miało miejsce po upływie dni dwunastu. Prócz codziennie zmienianych opatrunków operowana od chwili pierwszego stolca dostawała po jednej lawatywie na dobę. Wypisana ze szpitala na żądanie własne dnia 21 Grudnia tegoż roku (na co, bez wątpienia, bliskość świąt Bożego Narodzenia wpłynęła nie mało) w pomyślnym stanie ogólnym, dotąd wolną jest od nawrotu. Rana zagoiła się doszczętnie.

SPOSTRZEŻENIE VI. Aleksander K., lat 31. Zapisany na oddział dnia 15 Października 1893 r. Przed sześcioma mniej więcej miesiącami chory zauważył, że częściej niż zwykle, zmuszony jest oddawać stolec. Niebawem zaczął doznawać bólów przy wypróżnieniach, poczem w czas jakiś stan rzeczy zmienił się na odwrót, chorego bowiem trapić poczęły zaparcia. Razem z kałem wypływała krew, łaknienie podupadło, niekiedy występowały nudności i wymioty, bóle w dolnej części brzucha i u nasady członka wraz z częstem parciem na mocz, który w ogóle był mętny i krwią zabarwiony. Chory schudł bardzo i czuł ubytek siły wyraźny. Istotnie, jak stwierdzono przy badaniu, charłactwo nowotorowe posunęło się w danym przypadku dość już daleko; skóra bowiem o barwie ziemistej, marszcząca się, bladeść widocznych błon śluzowych i brak niemal zupełny tkanki tłuszczowej świadczyły o tem wymownie. Przy badaniu dalszem, oprócz wzdęcia bolesnego na dotyk brzucha, przekonano się co do odbytnicy, że do wylotu tejże wchodzi zaledwie pierwszy członeczek palca, dalej zaś w głąb kiszki palca wprowadzić niepodobna ze względu na niezwykle jelita stolcowego zwężenie, zależne od okalającego światło kiszkowe guza, twardego jak chrząstka. Podczas wprowadzania cewnika Thomson'a do pęcherza czuje się tarcie, otrzymuje się przytem mocz lekko krwią zabarwiony. Chory twierdzi, że od dwóch tygodni nie ma wypróżnienia, wobec czego zaraz nazajutrz wykonano kolostomię, przyczem otworzono jamę brzucha cięciem do lewostronnego więzu P o u p a r t'a równoległem. Po przyszyciu otrzewny do skóry przymocowano okrężnicę zstępującą dwoma piętrami szwów, za pomocą trójgrańca wypuszczono z jelita gazy i zaszyto wytworzoną stąd na jego ścianie rankę. Trzeciego dnia otworzono kiszkę, z której wylała się na zewnątrz znaczna ilość kału. Stan chorego natychmiast prawie uległ zmianie na lepsze i poprawiał się coraz wyraźniej. Wypróżnienia odzyskały przebieg prawidłowy, po miesiącu rana dokoła przetoki kiszkowej zagoiła się zupełnie, chory zaś, uszczęśliwiony z wyniku operacji i, znacznie na wadze zyskawszy, wypisał się ze szpitala na żądanie własne. Dalsze losy operowanego nie są mi znane.

Kazuistykę powyższą niechaj mi wolno będzie zakończyć wzmianką króciutką o przypadku z praktyki *Ja w d y n s k i e g o* prywatnej, do czego szczegółów dostarczył mi łaskawie kolega *Ciechomski*. Chodziło tu o sześćdziesięciokilkoletniego mężczyznę, u którego przy badaniu znaleziono raka odbytnicy. Z różnych względów zaniechano w tym razie rezekcyi jelita stolcowego i ograniczono się tylko wykonaniem kolostomii na kątnicy esowatej, według sposobu *M a d e l u n g'a*. Operowany żyje po zabiegu już przeszło rok, a co ważniejsza, cieszy się obecnie całkiem zadawalniającym stanem zdrowia. Jak stwierdził kolega *Ciechomski*, który badał chorego niedawno, ten ostatni korzysta dziś z odbytu sztucznego, działającego wyśmienicie. Wytworzony przez warstwę kiszki mięśniową zwieracz nowy zacieśnia wylot odbytu do tyła, że palec doń wprowadza się z trudnością; o jakimś zanieczyszczeniu stałem bielizny przez wydzielający się kał, o niemożności zatrzymywania stolca nie może być w danym przypadku nawet mowy. Przeciwnie, operowany ów utrzymuje, że wypróżnień miewa za mało, że zdradza raczej skłonność do zaparc. Co szczególniejsza, stwierdzony w odbytnicy nowotwór nie tylko przestał zwyrodniać dalsze tej ostatniej odcinki, lecz stanowczo zmniejsza się coraz widoczniej w wymiarach swoich, przechodząc w stan częściowego, przynajmniej, zaniku. Dane te przekonywają wymownie, o ile zbawiennem jest wykluczenie zupełne zwyrodniałego dolnego odcinka. Że, prócz usunięcia drażniącego sprawę nowotworową wpływu, wywieranego przez kał i zawartość kiszki, działać tu muszą zmiany poważne w warunkach krążenia w błonie śluzowej odbytnicy, zdaje się być rzeczą, co do której nie powinno być wątpliwości żadnej.

Na sześć tedy przypadków, z których przypadek trzeci i piąty ustąpił mi łaskawie kol. *Ż u r a k o w s k i*, za co *M u* dzięki składam w tem miejscu, w trzech otrzymaliśmy wyzdrowienie, mniej lub więcej trwałe, ciągnące się w spostrzeżeniu pierwszym rok prawie, w czwartym $3\frac{1}{2}$, w piątym 2 lata; w dwóch przypadkach uzyskano poprawę wybitną, w jednym wreszcie zejście niepomysłne. Wiek operowanych wahał się pomiędzy okresem 31 — 66 letnim; dwa razy miano do czynienia z chorym na raka kiszki stolcowej, którzy nie dobiegli jeszcze czwartego lat dziesiątka.

Ze swej więc strony wypadnie mi tylko poprzeć wygłaszane przez autorów zdanie, że rak nawiedza odbytnicę wcześniej, niżli narządy inne. W spostrzeżeniu piątym chora poddaną była operacyi dwukrotnie; bezwątpienia i za razem pierwszym cierpiała na raka odbytnicy. Nawrót w owym przypadku nastąpił po latach

trzech, ponieważ zaś operowana żyje po rękoczynie drugim już dwa lata, zawdzięcza zatem, jak dotąd, pomocy chirurgicznej pięć lat życia całkiem znośnego.

Wyniki te w porównaniu ze statystyką, jaką znalazłem w dostępnem mi piśmiennictwie odnośnem, uważać trzeba jako nader zadawalniające i słusznie, mniemam, operacye powyższe J a w d y ń s k i e g o postawić można obok podanej przez M a t l a k o w s k i e g o przed laty dwoma kazuistyki, która zawiera cztery przypadki raka odbytnicy, operowanego w trzech razach pomyślnie ¹⁾. Co do sprawozdań chirurgów obcych, to, pominąwszy już statystyki dawniejsze, jak np. M a r c h a n d'a, obejmującą 49 spostrzeżeń i innych, które przekonały, że rak odbytnicy daje, na szczęście, nawroty stosunkowo dość rzadko, co i w czasach ostatnich zauważył C h a p u t ²⁾, sprawa przedstawia się nie tyle obiecująco. Według I v e r s e n'a (spraw. z r. 1890), śmiertelność przy stosowaniu metody krzyżowej wynosi ogółem 57%; to samo prawie podaje i M o r e s t i n ³⁾ dla szpitali francuskich, zalecając sposób K r a s k e'g o jedynie tylko wobec raków nie rozległych i ruchomych i wykazując możność powikłań przeróżnych podczas i po operacji.

F ö d e r l ⁴⁾ w r. 1894 ogłosił szereg przypadków raka odbytnicy, operowanych na klinice Billroth'a od roku 1889. Z ogólnej liczby 31 rezekecyj, wykonanych tamże sposobem K r a s k e'g o, w 14 przypadkach kiszkę zaszyto, w 8 wPOCHWIONO i w 9 poprzesztano na odbycie krzyżowym. Tam, gdzie po rezekecji kiszki nakładano szew kolisty, tworzyły się często mniejsze lub większe tegoż na ścianie tylnej pęknięcia, poczem pozostawały przetoki, długo nie gojące się; w tych zato przypadkach, gdzie szwy przetrwały szczęśliwie, stwierdzono dobre trzymanie kału, przyczem okres wyzdrowienia po szwie trwał średnio od 52 — 73 dni, po wPOCHWIENIU 84. Jeden z operowanych zdrów jest i wolny od nawrotu już w ciągu lat 4 i miesięcy 8, drugi — lat dwa i miesięcy 2; u jednego z chorych nawrót miał miejsce dopiero po 2-ch latach. Podobne wyniki pomyślne otrzymywano i na klinice B r a m a n n'a ⁵⁾, jak widać z pracy E. H ö h n e'g o. Z 34 przypadków raka odby-

¹⁾ W. Matlakowski. Przyczynek do kazuistyki wycięcia odbytnicy z powodu raka. Przegl. Chir. T. I. Zesz. 4, 1894.

²⁾ Chaput. La France médicale, Nr. 25, 1896.

³⁾ Bull. de la soc. de chir. Nr. 9, 1894.

⁴⁾ Föderl Oscar. Beiträge zur Chirurgie des Rectums und Uterus. Wien. klin. Wochenschr. Nr. 14, 1894.

⁵⁾ Höhne Ernst. Ueber die Heilung des Rectumcarcinoms durch Exstirpation.

tnicy, zauważonych u osobników od 22—70 lat wieku, zaznaczono w dwóch spostrzeżeniach tylko zejście śmiertelne niezadługo po operacyi; dwaj operowani natomiast wolni są od nawrotu już w ciągu lat czterech, jeden zaś przez półtora roku. Nawrót stwierdzono jak dotąd, tylko w przypadkach pięciu. Co do metody operacyjnej, rezekcyę kości ogonowej wykonano w spostrzeżeniach 15, dolnej części krzyża w 5, w 3 przypadkach wystarczyło wycięcie części kości krzyżowej czasowe, w 11 otwierano otrzewną. Wreszcie W. Koch¹⁾ ogłosił pięć świeżych przypadków, operowanych w ciągu dwóch lat ostatnich za pomocą ulepszonego przez v. Bergmanna sposobu Kraske'go z pozostawieniem kości ogonowej, zabezpieczającj dno miednicy. Wszyscy operowani wyzdrowieli i, jak przekonano się, kość ogonowa w każdym przypadku dawała się przystosowywać dobrze do powierzchni rezekowanej kości krzyżowej.

Luźnych spostrzeżeń, w których operacya dostarczyła wyników, mniej lub więcej dodatnich, mnoży się w piśmiennictwie lekarskiem obecnie coraz więcej; między innymi pozwolę sobie przytoczyć w tem miejscu przypadek Kummer'a²⁾, gdzie operowana 62-letnia staruszka, żyła po zabiegu rok i dziewięć miesięcy. Zancarol³⁾ w czterech przypadkach operowanych metodą Kraske'go, otrzymał w każdym wyzdrowienie, Braun⁴⁾ zaś opisał niedawno niezwykle zaiste przypadek raka opasującego odbytnicy, który dotyczył chorego z wydatnymi objawami charłactwa i mającego już przerzuty. Po ośmiomiesięcznym pobycie w szpitalu, gdzie wykonaną została wysoka rezekcyja jelita stolcowego, chory ów poprawił się na tyle, że dziś jeszcze zajmuje się pracą. Odbyt sztuczny działa dobrze, miejscowo zaś — nawrotu brak zupełny. Takież mniej więcej wyniki pomyślne miewali w praktyce swojej Nicolaysen⁵⁾, Quénu⁶⁾, Moulouguet⁷⁾, Stubenrauch, Kupfer i inni, co świadczy wymownie, ile dobrego dziś już zdziałać możemy, lecząc cierpienie omawiane drogą operacyi.

1) D-r C. Koch. Zur Operation des Mastdarmkrebses. Münch. med. Wochenschr. 6, 7, 1895.

2) Kummer. Rev. méd. N-r 10, 1894

3) Bull. de la soc. de chir. 24 Oct, 1894.

4) Braun. Ueber Rectumexstirpation und Anus praeternaturalis, 1895.

5) J. Nicolaysen. Carcinoma recti. Resectio recti nach Kraske's Methode. Heilung. Norsk Magazin for Lægevidenskaben. 1893. Bd. 13, p. 521. Virchow's Jahresbericht.

6) E. Quénu et H. Hartmann. Chirurgie du rectum. Paris, 1895.

7) Suites et complications des interventions par la voie sacrée pour le cancer du rectum. Gaz. de hôp. Nr. 36, 1894

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Chirurgia.

396. A. Mac Laren. **O ciałach obcych w jamie otrzewnowej pozostawionych.** *Foreign bodies in the Peritoneal Cavity. Annales of Surgery. 1896, Sept.*

Autor po wstępie, omawiającym następstwa pozostawienia w jamie brzusznej ciał obcych, przytacza kilka opisów wypadków nnych autorów, analogicznych ze swymi dwoma wypadkami.

I. *D-r Wilson:* Na ciężarnej kobiecie, w 5 miesiącu dokonano operacji wycięcia torbieli jajnika. Poronienie nastąpiło 18 dnia. Operowana czuła się bardzo źle i w 5 miesiącu po operacji z przetoki, utworzonej zaraz po operacji, wypłynął kawałek gąbki.

II. *D-r Salin:* Pozostawiony przez rok tampon, po dokonaniu operacji brzusznej, wywołał ropienie w okolicy kiszki ślepej i wydobyty został drogą cięcia brzuszego.

III. *D-r Coes:* Również tampon, po operacji włókniaka macicy, przez miesiąc sprawiał bóle i gorączkę i wydostał się przez przetokę w ranie brzusznej.

IV. *D-r Elsner:* Po dokonanej operacji włókniaka macicy chora czuła się względnie dobrze w ciągu 4 miesięcy. Jakkolwiek zaraz powstała przetoka w dolnym końcu rany brzusznej. W 6 miesiącu zaczęły się zjawiać silne bóle i gorączka, które ustąpiły po wydaleniu przez odbytnicę kawała gazy, stopę długości mającego.

V. *D-r Elsner:* Pewnej osobie (niewymieniona przyczyna, dla której dokonano tylu operacyj na jednej osobie. P. Spt. wycięto oba jajowody, następnie wycięto przez pochwę macicę. Osoba ta, pomimo dwóch zabiegów, czuła się zaraz bardzo źle, ciągle doznawała szalonych bólów w brzuchu i zaczęła silnie gorączkować. Postanowiono otworzyć brzuch i znaleziono 15 cali długi kawał gazy jodoformowej oplatający i uciskający jedną z pętli kiszki cienkiej. Okazała się potrzeba rezekcji 5 cali kiszki. Osoba ta wyzdrowiała.

VI. *Przypadek wiadomy autorowi:* Po dokonaniu (przez jednego z przyjaciół autora) operacji guza silnie krwawiącego, przy której chora masę krwi straciła, operowana w kilka godzin umarła. Przy autopsji znaleziono na dnie miednicy parę tętnicznych zaciskaczy.

Własne przypadki autora:

I. Kobiecie 30-letn., która 3 razy rodziła cierpiącej na tyłopochylenie macicy i zmiany zchorobowe więzadeł, dokonał autor wycięcia więzadeł i przyszycia macicy do ściany brzusznej. Po operacji chora dośiała silnych bólów, gorączki i zupełnego zaparcia stolca, niczemuż nie ustępującego. Po upływie 15 dni od dokonania operacji nastąpiło silne parcie w odbytnicy, z której, zabarwiony kałem i krwią, wypadł pozostawiony przy operacji kawał gazy.

II. P. S. poddała się operacyi usunięcia włóknikowatej macicy d. 26 Sierpnia 1893 r. Po miesięcznym pobycie w szpitalu wypisała się, ale stan jej nie przestał być złym, miewała często gorączkę i do stała podrażnienia pęcherza moczowego. Od operacyi upłynęło 2 lata, stan chorej nie poprawiał się; zauważono tworzenie się nowego guza twardego w prawem podżebrzu znajdującego się w sąsiedztwie nerki prawej. We Wrześniu 1895 p. P. S. poddała się nowej operacyi. Oto dosłowny opis operacyi: „Po otworzeniu jamy otrzewnownej przedewszystkiem nasunął mi się wyrostek robaczkowy, który przy obmacywaniu zdawał się zawierać w sobie jakby twardy kijek. Posuwając się nieco ku górze, można było z łatwością określić kontur przedmiotu, który okazał się zaciskadłem Peanowskiem. Początek ramion mieścił się w świetle kiszki ślepej, miejsce gdzie się znajduje zamek — w świetle kiszki cienkiej, reszta wypełniła cały wyrostek robaczkowy. Wszystko to przedstawiało zlepioną ze sobą i ze siecią masę. Po przecięciu kiszki ślepej, wydobyto zaciskadło i po rozplątaniu kiszek i odcięciu wyrostka robaczkowego, nałożono na ranę kiszkową cienki szew katgutowy. P. S. wyzdrowiała i ma się dobrze.

(Do tego opisu dołączony jest rysunek schematyczny i dokładna fotografia, pokazująca położenie owego zaciskacza w wyrostku robaczkowym.)

Przedostawanie się pozostawionych w jamie brzusznej przedmiotów do wnętrza kiszek autor tłumaczy pewną właściwością sieci, która odegrywa prawdziwą rolę sieci, gdyż łowi i oplątuje znajdujące się tam wolne przedmioty. Schwytawszy takie obce ciało, wskutek ciągłego mechanicznego drażnienia, sieć podlega (naturalnie jeżeli przedmiot jest niezakażony) zapaleniu surowiczemu, w które w następstwie wciągniętą zostaje i przylegająca część kiszki. Wśród produktów zapalenia ciało obce zbliża się zwolna do kiszki, torując sobie drogę na zewnątrz.

W. Stepiński.

II. Ginekologia.

Streszczenie zbiorowe.

Przyszywanie macicy ku przodowi w związku z ciążą i porodem w świetle najnowszych spostrzeżeń.

Opracował **B. Grzankowski.**

(*Ciąg dalszy*).

Metody przytwierdzania macicy ku przodowi, opisane powyżej, były dość licznie stosowane i są już do pewnego stopnia ocenione.

Oprócz nich istnieją jeszcze metody tak nowe, że nie zostały jeszcze należycie wypróbowane i nie podległy wszechstronnej krytyce. Do nich należą: vesico-fixatio uteri — Mackenrodta, fixatio vaginalis lig. rotundorum uteri — Wertheima i operacja Alexander-Adamsa, wykonana przez pochwę — Wertheima.

Przy vesico-fixatio uteri Mackenrodt odłuszcza pęcherz od szyi macicznej, otwiera przednie sklepienie pochwowe, wycina kawał fałdy otrzewnowej maciczno-pęcherzowej i zeszywa otrzewną pęcherza z trzonem macicy a następnie przyszywa pęcherz do przedniej powierzchni trzonu macicy aż do ujścia wewnętrznego. Na zjeździe przyrodników w r. b. w Frankfurcie Mackenrodt podaje, że wykonał tę operację 58 razy z pomyślnym skutkiem.

Fixatio vaginalis lig. rotundorum uteri było zrobione przez Wertheima na klinice prof. Schaut'y w 4 przypadkach. Po otwarciu przedniego sklepienia pochwowego Wertheim przechyla macicę ku przodowi, nakłada podwiązki na więzy okrągłe w odległości 2 cent. od macicy i zawiązuje je, albo przy zeszywaniu fałdy otrzewnowo-pęcherzowej przytwierdzając więzy do tej fałdy, albo przy zeszywaniu pochwy wyprowadzając podwiązki na zewnątrz.

Operacja Alexander-Adams'a metodą pochwową była wykonana na klinice prof. Schaut'y raz jeden. Wertheim otwiera sklepienie pochwowe przednie wyciąga wiąz okrągły, wybiera na nim miejsce oddalone na 7—8 cent. od macicy i łączy je z przyczepem macicznym za pomocą szwu, a pozostałą wykluczoną pętlę odcina.

Tak postępuje z obydwoma więzami i twierdzi, że w ten sposób nie tylko przechyla macicę ku przodowi, ale zarazem unosi ją ku górze.

O ile otrzymywane wyniki są trwałe i jak przebiega ciąża i poród po tych operacjach, mogą rozstrzygnąć dopiero przyszłe spostrzeżenia.

Z oceny wszystkich metod przytwierdzania macicy ku przodowi musimy wynieść to przekonanie, że żadna z nich nie jest doskonałą; operacja Alexander Adams'a nie daje wyników trwałych i dla tego znajduje nielicznych zwolenników. Werth, Kustner, którzy najwięcej operują tą metodą, ułatwiają sobie operację, przecinając za przykładem Roux kanał pachwinowy i obnażając na dużej przestrzeni wiąz okrągły.

Przytwierdzanie macicy do ściany brzusznej powinno być tylko pośrednie przy pomocy przyczepów więzów, które, będąc rozciągliwe i podlegające ewolucji ciążowej i inwolucji poporodowej, pozwalają macicy ciężarnej unosić się ku górze i kurczyć się po porodzie. Ta metoda ma obszerne zastosowanie ze względu na to, że wykonana przez coeliotomię pozwala jednocześnie usuwać chorobliwe przydatki maciczne i zrosty, a więc jest wskazaną i przy retroflexio uteri fixata. Dla uniknięcia skręcenia кишки wokół przyczepu macicy do ściany brzusznej Werth radzi zamykać zatokę pęcherzowo-maciczną i w tym celu przyszywa fałdę otrzewnową pęcherzowo-maciczną do przedniej ściany macicy i dopiero potem przytwierdza macicę do ściany brzusznej. Tę odmianę operacji nazywa vesico-ventri-fixatio i stosował ją 34 razy z dobrym rezultatem.

Metody operowania drogą pochwową mogą być stosowane tylko przy ruchomych skrzywieniach macicy. Martin ostrzega, aby nie ściągać gwałtownie przydatków macicznych przyklejonych wysoko i daleko, z obawy niebezpiecznych, trudnych do zatamowania przez pochwę krwawień. Czempin zwraca uwagę na plexus pampiniformis, z którego wytwarzają się niekiedy żyłaki przymaciczne i dają niebezpieczne krwawienie przy odłuszczeniu pęcherza od szyi macicznej i z jej boków. Dührsen miał jeden przypadek późnego krwawienia z tych żył, a w następstwie zakażenie zakończone śmiertelnie. W obec tych trudności metody pochwowe stosować można tylko wówczas, gdy niema żadnych zrostów naokoło macicy. Przeszywanie macicy do pochwy daje trwałe wyniki wówczas, gdy operujemy metodą Dührsen'a późniejszą, wszywając macicę w ranę pochwową, ale tę metodę możemy stosować tylko u kobiet, które już nie mają nadziei zająć w ciążę, bo inaczej możemy je narazić na niebezpieczne zaburzenia w ciąży i przy porodzie.

Metoda Mackenrodtowska i Dührsenowska pierwotna nie wywołuje zaburzeń w ciąży i przy porodzie, ale nie zabezpiecza od nawrotów. Mackenrodt naliczył 10% nawrotów wśród operowanych przez siebie przypadków i dla tego sam sceptycznie zapatruje się na tę operację. Szczególniej łatwo następują nawroty po przebytej ciąży. Dührsen u 12 operowanych, po przeżytym porodzie na czasie spostrzegł 3 recydywy (t. j. w 25^o/o).

Na ostatnim ginekologicznym kongresie międzynarodowym, który odbył się w sierpniu b. r. w Genewie, wyrażono nieprzychylnie zdanie o metodach operacyjnych przy skrzywieniach macicy. Pozzi w odczycie o chirurgicznym leczeniu skrzywień macicy zwraca główną uwagę na to, że zбочenia macicy nie są właściwie chorobą, a następstwem zwiotczenia i wydłużenia lub zgrubienia i skrócenia więzów, wytworzenia się zrostów otrzewnowych, ucisku przez chorobliwie zmienione jajniki, jajowody, braku prawidłowej podpory przy pęknięciu kroczka i t. d. A zatem i leczenie skrzywień macicy powinno być przyczynowe, a nie objawowe i zasadzać się na przywróceniu prawidłowego kroczka i części pochwowej (operacje plastyczne), na usunięciu zmian zapalnych w więzach (terapia i masaże) na leczeniu jajników i jajowodów. Te tak zwane adnexa, będąc chorobliwie zmienione, wymagają niekiedy coeliotomii, ale i w tych przypadkach Pozzi obywa się obecnie bez przyszywania macicy. Gdzie macica wymaga sztucznej podpory, tam zaleca leczenie wiankami. Strassman w zakończeniu swojej pracy wypowiada zdanie, że nie widzi potrzeby do operacyjnego leczenia skrzywień macicy, bo tam, gdzie można macicę unieść za pomocą wianka, leczenie to daje niezłe wyniki (Löhleln, Fritsch), tam zaś gdzie macica jest przyrośnięta, główne dolegliwości zależą od stanu zapalnego, który można usunąć terapią, a następnie usuwać zrosty za pomocą masażu i redressement Schultze'go.

Z punktu zapatrywania się na donoszenie płodu przy leczeniu skrzywień macicy wianki dawały znacznie lepsze wyniki w poliklinice Gusserowa (na 75 przypadków w 83,4% poród, w 16,6% poronienie), aniżeli przyszywanie macicy do pochwy (na 18 przypadków w 72,8% poród, w 25% poronienie). Dührsen na 24 przypadki ciąży liczy także 25% poronień.

Zanim doświadczenie nauczyło, że przytwierdzanie macicy ku przodowi daje nieraz smutne wyniki przy porodzie, zdołano już zoperować niejedną setkę kobiet. Sam Dührsen ogłosił w r. 1894 pracę opartą na 207 własnych operacjach *vaginofixationis uteri*. Wobec wielkiej liczby operowanych, które mogą zejść w ciążę i potrzebować pomocy lekarskiej przy rozwiązaniu, mają wielką wartość wskazówki Strassmana dla porodu przy *vaginofixatio uteri*. Strassman zaleca możliwie najwcześniej obrót, przyczem wielką trudność przedstawia zepchnięcie części pochwowej ku przodowi i wprowadzenie ręki do macicy. Wskutek wyciągnięcia szyi macicznej ku górze i napięcia przedniej ściany pochwowej wszelkie ruchy ręką muszą być wykonywane bardzo ostrożnie, bo grozi przy operacji oderwanie części pochwowej od sklepienia, jak to miało miejsce w przypadku, Strassman-Gusserowa. Po obrocie na nóżki, jeżeli napotykamy trudności przy przejściu główki następującej, należy robić wymóżdzenie, gdyż w tych razach przy gwałtowniejszym ruchu lub ucisku mogłyby bardzo łatwo powstać pęknięcia rozciągniętego dolnego odcinka macicy, albo pęknięcia części pochwowej przejść mogłyby wyżej w dolny odcinek macicy.

Jeżeli obrót jest niemożliwy, to pozostaje rozkawalenie płodu, a jeżeli i tego wykonać nie można, wobec niemożliwości wprowadzenia instrumentu do macicy, jak n. p. w przypadku Strassman-Gusserowa, to pozostaje tylko cięcie cesarskie. Metoda Porro jest najstosowniejszą w tych razach, bo usuwa możliwość *lochiometrae* w przemarszczonej macicy i chroni od ponownej ciąży.

Podczas operacji cięcia cesarskiego należy stale sprawdzać przez pochwę stan szyi i dolnego odcinka macicy, szczególnie przy wydobywaniu macicy na zewnątrz i przy wszywaniu szwy w dolny kąt rany brzusznej, a to ze względu na łatwość pęknięcia przedniego sklepienia, albo też oderwania się części pochwowej od pochwy. W wyjątkowych przypadkach cięcie cesarskie może być połączone z całkowitem wyłuszczeniem macicy przez brzuch lub przez pochwę.

Przy krwawieniach, nieustających długo po rozwiązaniu chorej drogą operacji wewnątrz macicznych, należy zbadać szyję maciczną i sklepienia pochwowe, bo przyczyną krwotoku mogą być rozdarcia, nadające się do zaszycia. Nigdy nie można stosować w tych razach tamponowania macicy z obawy, aby rozdarcia nie posunęły się dalej lub też rozciągnięty dolny odcinek nie pękł pod wpływem napychania. Przy objawach krwotoku wewnętrznego jest wskazana *coeliotomia*.

W kwestyi sztucznego rozwiązania rodzących po przebyciu *vaginofixationis uteri* odmienną metodę stosuje Ruhl *), który może imponować swoim doświadczeniem, bo wykonał 235 operacji *vaginofixationis uteri* i 12 razy widział poród u operowanych, 7 razy samoistny, 3 z obrotem, 2 z zastosowaniem swojej metody.

*) Ueber die Behandlung der Geburtsstörungen nach vaginaler Fixation. Ctbl. f. Gynäk. 1896. Nr. 6.

Ruhl, stwierdziwszy u rodzącej wklonowanie przedniej ściany macicy do jamy miedniczej i odchylenie ujścia macicznego ku tyłowi, rozwiera pochwę wziernikami, ściąga część pochwową kulociągami i rozcina część szyi i dolny odcinek macicy wzdłuż przedniej ściany, obnażając w ten sposób część przodującą płodu, którą można łatwo wydobyć kleszczami lub kranioklastem, po wymóżdzeniu. Cięcie przedniej ściany macicy Ruhl wykonywa nie za jednym zamachem, a częściami mającymi długości około 2 centymetrów, przyczem każdą część natychmiast obkłuwa, zajmując w szew ścianę pochwy i ścianę macicy, przez co zapobiega otwarciu jamy otrzewnowej. Do obszycia używa katgut. Po rozwiązaniu chorej zeszywa zrobioną ranę, nie zdejmując szwów katgutowych. W 1-ym przypadku Ruhl robił wymóżdzenie, w 2-im nakładał kleszcze i w obydwóch chore wyzdrowiały i nawet przebieg pooperacyjny był bezgorączkowy.

III. SPRAWOZDANIA ZE ZJAZDÓW.

1. *Sprawozdanie z 68 zjazdu przyrodników niemieckich i lekarzy we Frankfurcie n. M., od 20 do 27 Września.*

A. CHIRURGIA.

1. Madelung. O zasadach leczenia urazów brzucha.

Podczas gdy za czasów dawnych leczenie urazów brzucha polegało głównie na t. zw. wyczekiwaniu i zapisywaniu odpowiedniej diety i makowca, w czasach terażniejszych leczenie powinno być prędkie i energiczne. Obowiązkiem lekarza jest oznaczyć, *jak można najprędzej, czy rana brzucha jest drążącą, czy też ślepo się kończy wśród tkanek.* W przeważnej ilości przypadków przystąpić wypada do operacyi w celu dyagnostycznym. Jeżeli rana okazała się drążącą, oznaczyć wtedy trzeba, czy uszkodzone zostały narządy mieszczące się w jamie brzusznej lub też większe naczynia, co również wymaga wmieszania się chirurgicznego. Z tego więc wynika, że lekarz, dający „pierwszą pomoc” choremu, powinien natychmiast kazać przenieść chorego na miejsce, w którym może przedsięwziąć operację i nie starać się zaraz na miejscu wtłoczyć do jamy część, wyszłą na zewnątrz rany zadanej. W wypadku uszkodzenia większego naczynia lekarz, nie mający pomocy kolegów, powinien zatamponować krwawiące rany wielką ilością wyjałowionych gąbek i zabandażować brzuch, nie połączywszy brzegów rany za pomocą szwów. Operacja może dać rezultat pomyślny w tym razie, jeżeli rana kieszek zadana została nie wcześniej niż przed 24 godzinami. Dla ran pęcherza—okres ten jest trochę większy. Peritonitis nie jest przeciwwskazaniem do operacyi. Madelung sądzi również, że w razie wystąpienia wstrząsu z powodu rany, operacja *musi* mieć miejsce.

Ażeby ułatwić zatamowanie krwawienia, należy przycisnąć aortę brzuszną za pomocą palca (tuż poniżej przepony).

Zasady te nie dotyczą tak zwanych urazów tępych (Verletzungen durch stumpfe Gewalten), gdzie w tych przypadkach nie pozostaje nam nic innego, jak wyczekiwanie i dokładna obserwacja przebiegu choroby.

2. Bruns: O rezekcyi wątroby przy bąblowcu wielokomorowym.

B. opisuje rzadki przypadek echinococcus multilocularis, w którym bąblowiec składał się z większych i mniejszych pęcherzy i nie posiadał powłoczki, odgraniczającej go od tkanki wątroby; granice guza były niezbyt jasne. W przypadku tym Bruns usunął narośl za pomocą noża, a nie z pomocą przepasywania bąblowca sznurem, jak to czynił Terrillon. Powstała w ten sposób ranę wątroby zeszyto; krwawienie było nieznaczne, chory wyzdrowiał.

3. Hofmeister. O wieloogniskowem zwężeniu kiszki pochodzenia gruźliczego.

H. operował 32 letniego mężczyznę, który od 6 lat cierpiał na częste napady kolki. Przed 6 dniami nastąpiły objawy ileus, wskutek czego zastosowaną została laparotomia. Przyczyną niedrożności kiszki były zwężenia, które odnaleźć było można w 10 miejscach na przestrzeni 255 ctm. kanału kiszkowego (w cienkich jelitach). Cała ta zwężona część kiszki została częściowo usunięta za pomocą enteroanastomozy. Z tej usuniętej pętlicy jelit chciano wydobyć zawartość (w celu repozycji) i zastosowano punkcję; lecz gazy jelitowe przerwały ranę, uczynioną przy przekłuciu, i nastąpiła śmierć przy objawach peritonitidis.

Sekcja wykazała oprócz zwężeń w cienkich jelitach jeszcze 2 zwężenia w ileocoecum. Przyczyną zwężeń były zablźnione wrzody pochodzenia gruźliczego. H. sądzi, że jeżeli usuwana z obiegu pętlica jest zwężoną we wszystkich kierunkach, unikać wypadła przekłucia lub też brzezi rany, powstałe wskutek przekłucia, należy wszyć w ranę brzucha.

4. K ü m m e l opisuje przypadek **przecięcia ścięgna** u 26 letniego robotnika, który spadając przeciął sobie ścięgno m. extensor. pollicis longi. Ponieważ nałożony szew ścięgna nie utrzymał się i końce ścięgna rozeszły się, K. połączył je ponownie w ten sposób, że *końce ścięgna nie przystawały do siebie, lecz na przestrzeni 2 ctm. połączone były tylko za pomocą 2 nitek jedwabnych*. Rana zagoiła się dobrze i po upływie 2 tygodni powróciły wszystkie odpowiednie ruchy, zależne od tego mięśnia. Po upływie kilku tygodni chory zmarł z powodu tętniaka aorty. Sekcja i badanie drobnowidzowe wykazało, że końce ścięgna połączyły się i że naokoło nitek jedwabnych wytworzyła się tkanka łączna.

5. Heusner. Nowy sposób zakładania przetok żołądkowych.

Metoda ta polega na tem, że w okolicy lewego hypochondrium robimy cięcie 10 ctm. długości w kierunku żołądka. Potem przecinamy skórę w okolicy chrząstki siódmego żebra, lewą rękę wprowa-

dzamy przez ranę do brzucha gazę jodoformową, przyciskając nią wewnętrzną ścianę przepony, leżącej naprzeciw 7 żebra, poczem przekłuwszy nożem tę chrząstkę i przeponę, przeciągamy przez ranę za pomocą szczypczyków część ściany żołądka. Ściana żołądka zostaje przymocowaną do chrząstki i do skóry. Po zaszyciu rany brzucha, żołądek przekłuwamy i wprowadzamy przez powstały otwór pokarmy.

6. Schede. O niekrwawem wprawieniu wrodzonego zwichnięcia uda.

Metoda Schede'go polega na tem, że u dzieci bardzo łatwo jest wprawić wywichniętą kość udową, wyciągając dolną kończynę w położeniu lekkiej abdukcji. Wprawione w ten sposób udo utrzymać należy w położeniu abdukcji, wykonywając ucisk na trochanter major za pomocą specjalnej szyny. Schede stosował tę metodę w wielu przypadkach; w jednym z nich mógł obserwować chorą w przeciągu 13 lat. W przypadku tym wszystkie ruchy przedtem zwichniętej kończyny nie różniły się w niczem od zdrowej strony. S. sądzi, że metodę tę da się również stosować do dorosłych chorych, trzeba tylko często powtarzać wyciąganie zwichniętej kończyny, aby w ten sposób stopniowo rozluźniać części zrosnięte w okolicy stawu (za pomocą aparatu Eschbau na w Bonn). Metodę tę stosował i przy obustronnych zwichnięciach biodra.

O tym samym przedmiocie przemawiał Lorenz z Wiednia; stosuje on również niekrwawe wprawianie główki udowej i obciążanie tejże ciężarem ciała.

7. Körte. Chirurgia trzustki.

Choroby trzustki są dotychczas mało znane; najwięcej znaniemi są torbiele tego narządu. Mniej znane są przypadki zapalenia trzustki. Chirurgicznie leczyć można zapalenie ropne i zgorzel trzustki, również niektóre formy chronicznego zapalenia, prowadzące do ucisku ductus choledochus. Zapalenie ropne powstaje rzadko przez przeniesienie; częściej jest ono następstwem przenoszenia się mikrobów, pochodzących z kiszek lub dróg żółciowych wzdłuż ductus Wirsungianus. Przebieg tego zapalenia jest po większej części chroniczny. Z 7 operowanych dotychczas przypadków 4 wyzdrowiało, 3 zmarło. Zgorzel trzustki powstaje wskutek krwotoku. Ten ostatni może nastąpić samoistnie lub też być skutkiem zapalenia — pancreatitis haemorrhagica. Najczęstszem następstwem wylewu krwi jest śmierć (przy objawach ileus). Jeżeli choroby dłużej żyją, tworzą się zgorzele, które pociągają za sobą tworzenie się ropiejących jam, w których leży martwa część trzustki. Jamy te można rozpoznać i operować. Körte obserwował 5 tego rodzaju przypadków, z których jeden zapadł później na moczówkę cukrową.

8. Braun. O chirurgicznem leczeniu padaczki Jacksona pochodzenia urazowego,

B. przedstawia 24 l. chorego, który uległ w r. 1884 ciężkiemu skaleczeniu prawej strony głowy, poczem nastąpiła utrata świa-

domości i lewostronne porażenie ciała. W r. 1888 zjawiły się pierwsze napady typowej padaczki Jacksona (palec lewej ręki, lewa kończyna górna, lewa połowa twarzy). W r. 1890 zrobiono trepanację i wycięcie ośrodka dla mięśni lewej połowy twarzy i lewej kończyny górnej, oprócz ośrodka dla ruchów ręki. W przeciągu następujących 7—8 tygodni napady zjawiły się tylko raz jeden. Wskutek tego otworzono po raz drugi czaszkę i wycięto ośrodek dla ruchu ręki. Lekkie napady zjawiły się 1-ego i 2-ego dnia po operacji, potem zaś nie nastąpiły już więcej. Braun zwraca uwagę na ten fakt, że porażenia, które się zjawiają po wycięciu ośrodków ruchomych, ustępują już po upływie kilku tygodni po operacji. Z 22 znanych w literaturze przypadków, wyleczenie nastąpiło w 14 przypadkach; z tych w 5 tylko wyzdrowienie trwało dłużej, aniżeli 1 rok. Wynika z tego, że na podstawie dotychczasowych danych trudno jest orzec stanowczo, czy rezultat leczenia padaczki Jacksona jest lepszy przy stosowaniu wycinania ośrodków lub też bez operacji. We wszystkich jednak przypadkach tej formy epilepsji należy przedewszystkiem usunąć zmienione *wskutek urazu* części opon mózgowych i samej czaszki i to w miejscu gdzie nastąpił uraz. Jeżeli operacja ta nie wywrze wpływu dodatniego na przebieg chorób, w takim tylko razie należy określić za pomocą prądu elektrycznego odnośny ośrodek i usunąć za pomocą wycięcia.

B. CHOROBY KOBIECE I POŁOŻNICTWO.

9. Müller. O operacjach przy wypadnięciu macicy.

M. rozprawia o wypadnięciach macicy, następujących u osobników po upływie climacterium. Sądzi, że w tych przypadkach wystarcza w zupełności wycięcie pochwy i że *exstirpatio totalis uteri et vaginae* jest operacją zbyt uciążliwą i zbyteczną. Macica jest u tego rodzaju osobników lekką, nie tłoczy więc silnie na utworzoną w miejscu rany bliznę. Jeżeli kobieta znajduje się przed okresem klimakterycznym, w takim razie macicę należy wszyć w ranę pochwową; jeżeli oprócz tego istnieje względ na możliwość *cohabitationis*, w takim razie po skutecznieniu *colporrhaphiae anterioris* pozostawia się część kanału pochwowego nietkniętą.

10. Fritsch. Śmierć po laparotomii.

Mniemanie, jakoby wszystkie wypadki śmierci, zachodzące przy laparotomii, były wynikiem zakażenia (przez gąbki, ręce, instrumenty) nie jest prawdziwym. Wielką rolę posiada odporność nie tylko osobników, lecz i różnych tkanek względem różnych form mikroorganizmów. Najważniejszym narzędziem przy tego rodzaju sprawach patologicznych jest otrzewna. Ta ostatnia posiada jednak właściwości fizyologiczne, dzięki którym jest w stanie uczynić mikroby nader prędko nieszkodliwymi. Koki usuwane zostają drogą

mechaniczną do naczyń limfatycznych, stąd zaś do krwi, stanowiącej w normalnym stanie doskonały płyn antyseptyczny. Jeżeli jednak 1) ilość koków wprowadzonych do jamy brzusznej jest wielką (przy pęknięciu pyosalpinx lub ropnia i t. d.), 2) serce i naczynia krwionośne nie są zupełnie sprawne 3) stan samej otrzewny nie jest normalny, w takim razie organizm nie jest w stanie uporać się z wrogimi dla otrzewny mikroorganizmami. Przy laparotomii niebezpiecznym jest nie tylko stykanie się z powietrzem, lecz również zmiana ciśnienia na narządy jamy brzusznej (rozszerzenia się naczyń, osłabienia peristaltyki, zmniejszenia błony śluzowej i t. d.). W tych warunkach koki mogą być z trudnością usunięte, gdyż uszkodzony jest obieg krwi i działalność otrzewny.

F. sądzi więc, że wielka ilość osobników umiera przy tej operacji *nie wskutek zakażenia, lecz że zakażenie powstaje wskutek umierania lub podczas umierania*, gdyż wtedy nie istnieją warunki, umożliwiające normalne usuwanie koków z powierzchni otrzewny.

Wskutek tego nader ważną jest prędkość operowania i unikanie zbyt gwałtownych mechanicznych uszkodzeń narządów jamy brzusznej podczas operacji, również szkodliwą jest zbyt długo trwająca t. zw. tualeta pooperacyjna.

Za przykładem operowaniem są również Mackenrodt, Pfannenstiel i inni.

11. Hofmeier. O stosunku, zachodzącym pomiędzy mięśniakami i niepłodnością.

Z 236 przypadków mięśniaków, obserwowanych przez H., 68 (t. j. 20,80) odnosiło się do niezameżnych kobiet. Z pozostałych zameżnych kobiet 67 nigdy nie rodziły (t. j. 20,5% niepłodnych).— Statystyczne poszukiwania Hofmeier'a wykazały, że z pośród 2220 chorych kobiet, 327 nie rodziły wskutek zmian pierwotnych, 172 wskutek zmian nabytych. Ogólny więc % niepłodnych małżeństw (w których kobiety są obarczone chorobami płciowymi) wynosi 15%. Wynika więc, że przy mięśniakach macicy ilość niepłodnych małżeństw jest o 5% wyższą. Z pośród 326 kobiet z mięśniakiem macicy 46 (t. j. 14,1%) rodziły tylko raz jeden. H. nie sądzi jednak, że przyczyną niepłodności są mięśniaki same przez się, lecz że kobiety obarczone tą nadzwyczaj często zdarzającą się formą nowotworu są zmuszone udawać się do specjalisty niezależnie od tych chorób i objawów, które istnieją u innych kobiet, wstępujących do kliniki ginekologicznej (stosunek płciowy, ciąża i poród z wszelkimi ich następstwami).

12. Zöhlein. O mierzeniu miednicy za pomocą ręki.

Z. stosuje od dawna w swej klinice oprócz instrumentów do mierzenia miednicy, metodę czynienia wymiarów za pomocą obmacywania miednicy. Przy tego rodzaju rękoczynach uwzględnić należy nie tylko położenie promontorii, lecz również boczne ściany miednicy i przednią—kości krzyżowej, oraz przestrzeń dzielącą spinę ischii. Z. opisuje szczegółowo, w jaki sposób dojść można do tak

wielkiej wprawy, że rezultaty otrzymywane przez mierzenie ręką rozmaitych punktów wytycznych miednicy są zupełnie wystarczające.

C. CHOROBY SKÓRNE I WENERYCZNE.

13. Neisser. O znaczeniu gonokoków w rozpoznawaniu rzeżączki kobiet.

Badania drobnowidzowe gonokoków mają na celu 1) odkryć infekcyę, jako przyczynę objawów klinicznych i patologicznych 2) zawyrokować, czy infekcyja tkwi jeszcze w odpowiednich organach, czy też została już usunięta. Przy rzeżączce u kobiet, szczególnie zaś przy jej formie wstępującej, znaczenie gonokoków, jako przyczyny choroby, jest faktem stwierdzonym, przy niektórych jednak cierpieniach wtórnych, mikroorganizmy te mogą nie istnieć, lub też jest bardzo trudno odkryć je w wydzielinach; stosuje się to szczególnie do ciężkich postaci rzeżączki. Szczególniejszej kontroli drobnowidzowej wymagają przypadki z objawami Saenger'a. Nieobecność objawów klinicznych nie jest jeszcze dowodem tego, że dany osobnik nie jest zarażony gonokokkiem. Przy każdym badaniu podejrzanych osobników, trzeba przeto zwracać baczna uwagę na: 1) kanał moczowy, 2) zatoki kanału moczowego, 3) kanał szyjki 4) kanały i wydzielinę gruczołu Bartholini'ego. Jeszcze ważniejszym jest zbadanie odbytu, vulva zaś i vagina jest nadzwyczaj rzadko siedliskiem choroby u kobiet starszych, — u dzieci zaś vulvovaginitis jest często pochodzenia swoistego. Nie bacząc na to, że można otrzymywać czyste hodowle gonokoków, jedynie badanie drobnowidzowe winno być miarodajnym w rozpoznawaniu. Gonokoki w przypadkach chronicznych posiadają zupełną żywotność. Leczenie ma na względzie usunięcie gonokoków i przeciwdziałanie występowaniu choroby. Winny być zastosowane środki profilaktyczne, mające na względzie oględziny mężczyzn przed zawarciem małżeństwa, ściśle badania prostytutek, lepsze wykształcenie lekarzy w tym specjalnym kierunku.

Saenger zwraca uwagę na przewlekłe formy i na t. zw. gonorrhoea residualis. Dla tej ostatniej formy miarodajne są następujące objawy: 1) vulvitis maculosa persistens (zmiany błony śluzowej) 2) adenitis glandulae Barthol. scleroticans, 3) urethritis maculosa externa persistens 4) perimetritis chronica i 5) endometritis.

Bumm zgadza się w zupełności z Neisserem i sądzi, że gonokoki mogą pozostać na tej samej błonie śluzowej w przeciągu 10 i nawet 20 lat nie tracąc swojej żywotności. Sądzi oprócz tego, że choroba ta nie przechodzi z łatwością na inne części narządów płciowych.

14. Berliner. Morbus Basedowii i Alopecia.

W ostatnim czasie powstawano przeciwko nerwowemu pochodzeniu Alopeciae areatae. B. sądzi, że mniemanie to nie jest opar-

te na ścisłych badaniach, gdyż żaden przypadek tej choroby nie przebiega bez objawów nerwowych i omawia jeden przypadek alopeciae areatae, która się rozwinęła u chorego na morbus Basedowii.

15. I. Schütz. O nowym sposobie leczenia lupus erythematosus.

Dotychczasowe leczenie tej formy wilka nie okazuje często żadnego wpływu dodatniego. Sch. wynalazł środek, który okazuje bardzo dobry wpływ nawet w wielkich rozcieńczeniach; jest nim roztwór arsenu 1:400—600 lub też 4—6 razy rozcieńczona Solutio Fowleri (pędzlować 2 razy dziennie). Po większej części choroba znika po upływie 11 tygodni. Dotychczas stosował prelegent ten środek w 9 przypadkach, z których wszystkie były uleczone.

16. Unna. O środkach redukujących.

Już przed kilkoma laty Unna zwrócił uwagę lekarzy na jedną grupę środków leczniczych—redukujących. Odpowiednie doświadczenia wykazały, że np. pyrogallolum oxydatum działa wyłącznie na chore części skóry, nie wpływając wcale na skórę zdrową, jak to czyni pyrogallolum purum. Oprócz tego okazało się, że pyrogallolum oxydatum nie wywołuje objawów zatrucia, będąc stosowany w przeciągu dłuższego czasu; nie działa też bynajmniej upośledzająco na obieg krwi, nie zmienia się tak prędko, jak pyrog. purum.

17. Kuznitzky. Przypadek połowicznej psoriasis nummularis.

U 20-letniego chorego rozwinęła się (po silnem skaleczeniu) psoriasis nummularis na górnej kończynie z tej samej strony, po której miał miejsce uraz. K. sądzi, że teoria pasorzytnicza psoriasis nie ma racji bytu, gdyż nie jest w stanie wytłomaczyć powstania tego rodzaju przypadków. Prawdopodobniejszem jest przypuszczenie, że etyologia tej choroby polega na zmianach nerwowych, a mianowicie na odruchowem podrażnieniu (wskutek urazu) naczyńioruchowych ośrodków rdzenia pacierzowego.

18. Wolff omawia 2 przypadki: lepra nervosa i lepra mixta.

W przypadku leprae nervosae istniały zwykle objawy nerwowe i badanie drobnowidzowe wykazało z łatwością charakterystyczne laseczniki we krwi. Natomiast we krwi pacjenta, chorego na lepra mixta, laseczników tych nie znaleziono. W przypadku tym zastosowano według wskazówki Danielssen'a kali jodatam wewnątrz i po użyciu tego środka,—odnaleziono w preparatach krwi lasecznik.

Unna sądzi, że kal. jodat. może okazać zły skutek w lepra.

Joseph widział w jednym przypadku lepra tuberosa pomyślnie działanie natr. salicylicum.

19. Wolters. O mycosis fungoides.

W. badał dokładnie 5 przypadków mycosis fungoides i mógł stwierdzić następujące zmiany patologiczne: 1) rozsiane guzy gruczołów, które znikaly przy stosowaniu arsenu i zjawiały się przy nawrotach choroby, 2) we krwi skonstatowano leukocytozę, w stosunku 1:100 — 200 — 300. 3) w guzach znaleziono staphylococcus pyogenes aureus, citreus, albus. We krwi mikroorganizmów W. nie znalazł. W przypadkach tej choroby W. radzi stosować acidum lub natrium arsenicosum 30 mgrm. pro die.

20. Goldberg. O białkomoczu w rzeżączce.

G. wykazuje, że w $\frac{1}{7}$ części wszystkich przypadków rzeżączki w moczu wykazać można prawidłowy białkomocz. Ten ostatni jest spowodowany po większej części nie przez działanie miejscowe, lecz przez przeniesienie zarazy, lub też przez zatrucie (intoxication).

21. Galewsky. O wczesnem leczeniu rzeżączki za pomocą przepłukiwań słabym roztworem argenti nitrici.

G. stosował metodę Janeta w zupełnie świeżych przypadkach rzeżączki (nie dłużej jak 4 dni od czasu zarażenia się). Do przepłukiwań brał bardzo słabe roztwory azotanu srebra (1:4000—2000) i miękkie katetery (10—14 Char.); przepłukiwał 1 raz dziennie.

Z przypadków 16 wyzdrowiało po upływie 12 dni. S. sądzi, że rezultat mógłby być jeszcze gdyby, jeżeli przepłukiwanie czynić 2 razy dziennie.

E. Flatau.

(Dokończenie nastąpi).

2. Sprawozdanie z III-go zjazdu międzynarodowego dermatologiczno-syfilidologicznego, odbytego w Londynie w dniach od 4 do 8 Sierpnia 1896 r.

Na zjazd w Londynie przybyło 360 przedstawicieli dermatologii i syfilidologii.

Uczestnicy zjazdu rozporządzali olbrzymią ilością okazów anatomo-patologicznych, rysunków, fotografii zwyczajnych i stereoskopowych, modeli i preparatów bakteryologicznych.

Zjazd rozpoczął swe prace dnia 4 Sierpnia pod przewodnictwem I. Hutshinson'a; rozprawy zaczął prof. Besnier wykładem o prurigo.

Besnier dowodzi, że jest znaczna liczba osób, których układ nerwowy ulega pewnym zmianom, dotychczas nieznanym. Nerwowe te zmiany występują pod postacią zaburzeń naczyniorucho-

wych skóry, wywołują swędzenie i nadczułość skóry. Na tak zmienionej skórze występują łatwo pod wpływem drapania grudki ograniczone lub zlewające się, zgrubienia skóry ograniczone lub rozlane, suche lub ciekące, do których przyłączyć się może wtórne samo-zarażenie mikrokokami i wywołać powierzchowne ropnie, zapalenie naczyń i gruczołów chłonnych.

W prurigo senilis, podług Hebry, na skórze zmian niema, Willan jednak wykazał, że one istnieją, jakkolwiek rzadko, pod postacią grudki, wysypek liszajowatych i zgrubień skóry; objaśnia się to ogólnem zmniejszeniem siły odpornej tkanek u starców, gdy tymczasem skóra dzieci i dorosłych reaguje bardzo czynnie na bodźce zewnętrzne.

Oddzielna grupa Hebry—„pruritus essentialis,” której podstawą są zatrucia np. uraemia, gliaemia, cholaemia, jak również gościec, dna i samozatrucie, charakteryzują się często występowaniem na skórze wykwitów grudkowatych i grudkowato-pęcherzykowatych.

Różne odmiany t. zw. strophulus i lichen niesprawiedliwie zostały wydzielone przez Hebrę z grupy prurigo.

Neisser i Tommasoli uważają grupę „prurigo” jako oddzielną, usuwając z niej wszystkie postaci, nie posiadające w swoim rozwoju grudki. Besnier tę wyłączną cechę grudki dla prurigo odrzuca, niema ona bowiem w sobie nic właściwego, co klinicznie i anatomo-patologicznie stwierdzono.

Niesprawiedliwie byłoby zatem zaliczać do innej grupy te cierpienia, w rozwoju których, jakkolwiek nie tworzą się grudki, istnieją jednak wszystkie pozostałe cechy, spotykane w prurigo.

Do wspomnianych cierpień należą t. z. pruriges diabetiques, którym towarzyszą najrozmaitsze wykwity, jak np. pokrzywka, grudki, krostki i pryszczki. Tego rodzaju prurigo zależy od przyczyn wewnętrznych i jest wywołany pewnego rodzaju nienormalnem odżywianiem.

Besnier krytykuje teorię, czysto nerwową pruriginis, przypisując ważne znaczenie w powstawaniu cierpienia pierwiastkom toksycznym. Pierwiastki te, wytworzone we krwi, albo w przestrzeniach chłonnych, drażnią ośrodki czuciowe centralne lub zakończenia ich obwodowe, wytwarzając zaburzenia w krążeniu i odżywianiu skóry. W powstawaniu wykwitów pruriginis najważniejsze znaczenie odgrywa swędzenie; grudka nie jest początkiem ani przyczyną choroby; swędzenie może przetrwać grudki, ale odwrotnie jest—z grudkami.

Swędzenie, drapanie i zmiany, — taki jest porządek objawów, który wskazuje, że w prurigo wszystkie objawy skórne są wywołane sztucznie. Samo swędzenie jest prostym objawem choroby. Że uraz jest czynnikiem sine qua non, wywołującym wszystkie postaci wykwitów w prurigo, potwierdzają to doświadczenia fizyologiczne i kliniczne.

Po wstrzyknięciu w nerwy kulszowe psa olejku krotonowego, Jaquet nakładał opatrunek z waty na jedną z kończyn dolnych. Po dwóch miesiącach na kończynie bez opatrunku wystąpiły zmiany bardzo silne, zawinięta zaś w wate kończyna uległa tylko zanikowi. Badanie obu nerwów kulszowych po śmierci zwierzęcia wykazało zmiany rozwinięte w zupełnie jednakowym stopniu.

Claude Bernard wykazał, że przecięcie nerwu współczulnego z jednej strony szyi wywołuje sztucznie niezwykle przekrwienie tejże strony. Jeżeli jednak doświadczenie robione jest na króliku, któremu na uszy nałożono odpowiedni opatrunek, to nawet po wielu godzinach stopień przekrwienia obu uszu jest niejednakowy. Jeżeli po usunięciu opatrunku uszy jednakowo rozcierać, to przekrwienie będzie zaledwie widoczne po stronie zdrowej, wystąpi zaś z niezwykłą siłą po stronie operowanej.

Choremu w podeszłym wieku, cierpiącemu na silne swędzenie skóry, któremu towarzyszyły odpowiednie wysypki, został nałożony opatrunek z waty na kikut kończyny niegdyś amputowanej; swędzenie znikło zupełnie i natychmiast na opatrzonym kikucie. Po 8 czy 10 dniach opatrunek został usunięty, przyczem pokazało się, że kikut z silnie obrzękniętego zrobił się wiotki, skóra nabrała elastyczności i wyglądu normalnego. W skrawku skóry, wyciętym przed nałożeniem opatrunku, pod drobnowidzem znaleziono: znaczny zanik komórek limfatycznych pod postacią ognisk i około naczyń, warstwę nad brodawkami i między brodawkami silnie zgrubiałą. Na preparacie zaś zbrojonym ze skrawka, wziętego z tejże okolicy, ale po zdjęciu opatrunku, skóra okazała się zupełnie prawidłową. Na miejscach skóry, pozostałych bez opatrunku, swędzenie istniało bez zmiany.

Młodej chorej, mającej od lat 2-eh prurigo typowe, Jaquet nałożył opatrunek z waty na kończynę górną prawą. Pomimo że chora pod opatrunkiem uciewała nadzwyczaj silne swędzenie, ani jedna gródka na skórze nie pokazała się; naodwrot, na kończynie lewej wykwitły pojawiły się obficie. Tenże sam wynik otrzymano, nakładając opatrunek na kończynę lewą.

Tak więc, przez staranne nałożenie opatrunku możemy zupełnie zabezpieczyć skórę od wysypek, od najprzykrzejszego jednak objawu—swędzenia—nie zawsze.

Zdaje się, że przytoczone doświadczenia fizyologiczne i spostrzeżenia kliniczne, zmieniają stanowczo do niedawna trwające poglądy na powstawanie pruriginis i spowinowaconych z nią postaci chorób skórnych.

2. S a b o u r a n d. *Wyprysk postrzygający i parchy.*

I. Na skórze gładkiej człowieka wyprysk postrzygający wywołuje zmiany formy krążkowatej. Grzybek ten, należący do skryptocjowych, istnieje pod dwiema postaciami: nitek grzybni (*mycelium*) i zarodników grzybniowych (*endospores*), które w wywołanych przez siebie zmianach nie wytwarzają nigdy zarodników zewnętrznych. W hodowlach sztucznych bywa naodwrot, na grzybni wyrastają gronka zarodników zewnętrznych (*sporotrichum*). Hodowle udają się najlepiej w temperaturze 15—20°; przyswajają sobie bardzo łatwo węglowodany, a przedewszystkiem cukier. Opisanym cech żadne inne grzybki pasorzytnicze nie posiadają.

Jeżeli grzybek wyprysku jest czysty, to hodowla będzie żółta, łatwa do rozpoznania i przedstawia cechy wyżej opisane. W hodowlach robionych z włosów osób uległych zarażeniu z rozmaitych

źródło, otrzymujemy znaczną liczbę pasorzytów, należących do rozmaitych gatunków botanicznych. Wszystkie jednak te gatunki należą do jednej rodziny—*Sporotrichum botritis*, której rozrastanie się polega na zewnętrznym rozwoju zarodników.

Należy zatem przyjąć istnienie licznych grzybków pasorzytniczych, mogących wywołać u człowieka wyprysk postrzygający.

Każdy z tych gatunków, zdaje się, zajmuje oddzielną geograficzną przestrzeń.

W naskórku zatem grzybek postrzygający istnieje pod dwiema postaciami: nitek grzybni i zarodników grzybniowych; we włosach spostrzegamy częściej tylko zarodniki grzybniowe. W paznogciach zauważyć się dają przedewszystkiem zmienione zarodniki (*oidium*).

Trichophyton endotrix. Spotyka się przedewszystkiem na włosach. Jest przyczyną wyprysku postrzygającego, spostrzeganego bardzo często u dzieci w szkołach paryskich. Miejsca zajęte przez pasorzyt są suche i naskórek pozostaje niezmieniony; krążki są małe i liczne; włosy przyłamane, skręcone w głębi naskórka; paznogi nie zajmuje. Pasorzyt zdaje się istnieć tylko w wielkich miastach.

Trichophyton ectotrix. Spotyka się pojedynczo u zwierząt i ludzi. Spostrzegany w Paryżu wnikał głęboko w warstwę korową włosa, zamieniając się tym sposobem na *endo-ectotrix*.

Grzybkiem tym zarażają się ludzie od zwierząt, dla tego też napotykaną bywa u woźniców, kawalerzystów, masztalerzy, garbarzy i t. p.

Wyprysk, jaki napotyka się u dzieci uczęszczających do szkół, nie zajmuje brody i bokobrodów; cierpienia tych okolic, spotykane u dorosłych, są spowodowane przez *trichophyton endo-ectotrix*, lub *tr. ectotrix czysty*. Te gatunki wyprysku są bardzo liczne: 3 gatunki *endo-ectotrix* są nieznanego pochodzenia, 6 innych znaleziono u zwierząt: koni, psów, wołów, kotów, kur. Nakoniec $\frac{2}{3}$ przypadków wypryskowych porażen brody jest na pewno pochodzenia zwierzęcego. Wszystkie zatem choroby wypryskowe brody i paznogi (*onychomycoses*) są wywołane przez *endo-ectotrix* i *ectotrix czysty*:

II. Grzybek wyprysku postrzygającego z rozwojem zewnętrznym zarodników. Przy badaniu hodowli tego rodzaju grzybków wyprysku widzimy, że z grzybni wyrastają zarodniki na szypułkach; są to t. z. spory wytwarzające się zewnętrznie; najczęściej zarodniki te łączą się w gronka. Gronka bywają długie, krótkie i kuliste, stosownie do gatunku, kierunek mają prosty i zgięty.

Microsporon Audouini, należący do tej grupy (opisał go pierwszy Grub'y 1843 r.), wywołuje u dzieci szerokie placki postrzygowe z szaremi, delikatnie siedzącymi łuszczkami. Chore włosy są pokryte szarą skórka, wyglądu naskórka, która otacza je w postaci pochewki do wysokości 3 milimetrów ponad powierzchnią skóry. Wrywane włosy łamią się na głębokości jednego milimetra w skórze. Grzybek ten jest bardzo zaraźliwy, szczególnie dla dzieci; bez leczenia może trwać całe lata, w epoce dojrzałości płciowej znika sam nie pozostawiając wyłysienia. Grzybek ten do wewnątrz włosa nigdy nie wnika. Rozpoznanie cierpienia jest łatwe. W łuszczkach pasorzyt znajduje się w formie nitek grzybni cienkich i prostoliniowych. Około włosa znajdujemy mozajkę bardzo delikatną z zarodników

wielościennych, mających 2 do 4 mm. nie tworzących nigdy łańcuszków i nici. Otaczają one włos i nie przenikają nigdy do jego środka.

Zarodniki więc microspor. Audouini należą do zarodników zewnętrznych, czem różnią się bardzo od grzybka parchów i opisanych na początku grzybków wyprysku postrzygającego z endosporami. U młodych koni spostrzegany bywa rodzaj wyprysku zaraźliwego, którego przyczyną jest microsporon Audouini. Wyprysk ten składa się z wielkiej liczby małych nacieczeń; włos bywa rozstrzępiony, a sam naciek pokryty strupem; włos wychodzi, pozostawiając gładką powierzchnię nacieku. Pasożyt omawiany jest zupełnie podobny do napotykanego u dzieci.

Parchy (Favus) ze zmianami, podobnymi do wyprysku postrzygającego, spotykano we Francji. Pasożyt rozrasta się wolno przy temperaturze zwyczajnej, szybko jednak przy 30° do 35°; rozrzedza żelatynę na 3 lub 4 dzień swego rozwoju, tymczasem trichophyton rozrzedza ją dopiero na 13 lub 14 dzień. Cukier nie wpływa na rozwój jego hodowli. Nakoniec rozwija się z oosporów i nie tworzy nigdy gronek spotykanych u grzybka trichophyton.

Badane włosy wykazują zmiany podobne do wyprysku, to znów do wywoływanych przez grzybek parcha.

Unna oznajmił, że mnogość gatunków grzybka wyprysku postrzygającego odtąd nie ulega wątpliwości. Zeswej strony demonstrował hodowle grzybka o małych zarodnikach Grub'y — Sabourand'a, otrzymane w Hamburgu, Londynie i Paryżu. Hodowle te wykazują małe różnice dziedziczne i stałe, pomimo wielkiego swego podobieństwa. Do większego uwydatnienia tych nieznacznych różnic, rozsiewa się rozmaite kultury obok siebie w jednym naczyniu, na odpowiedniej odżywe.

Ażeby uniknąć błędów w rozpoznawaniu tych licznych gatunków wyprysku postrzygającego, musimy oprzeć się na badaniach klinicznych, drobnowidzowych i hodowlach.

3. *Powtórne zarażenie przymiotem.*

Doktorzy Cotteret i Cooper (z Londynu) twierdzą, że zarażenie powtórne przymiotem należy przyjmować tylko wtedy, kiedy zarażenie pierwsze nie uległo wątpliwości, oraz gdy uwrzodzenia przy zarażeniu wtórnem miały przebieg typowy. Ponieważ przypadki z powyższym przebiegiem były spostrzegane, należy zatem przyjąć możliwość zarażenia się powtórnego przymiotem.

Prof. Petrini jest zdania wręcz przeciwnego: podług niego uwrzodzenia trzeciorzędne były brane za objawy pierwotne. Drysdale i Fournier nie widzieli zarażenia powtórnego. Brandes, Sarrien, Schuster i Zambacho-pasza przytaczają opisy spostrzeganych przez siebie przypadków zarażenia powtórnego przymiotem. Sam Hutchinson widział 54 przypadki zarażenia powtórnego, z których pewna liczba nie ulegała najmniejszej wątpliwości.

4. *Długość okresu zaraźliwości przymiotu.*

Podług Hutchinsona okres zaraźliwości przymiotu niekiedy trwa bardzo długo, częściej jednak nie dłużej nad rok lub dwa lata.

Compana sądzi, że, przy odpowiednim leczeniu, sama choroba i jej zaraźliwość znikają po trzech latach.

Lassar utrzymuje, że czas wpływa na zmniejszenie się zaraźliwości przymiotu, lecz trwać ona może tak długo, jak długo trwają objawy cierpienia; tem się objaśnia zaraźliwość przymiotu w okresie trzeciorzędnym.

Fewlard twierdzi, że okres zaraźliwości jest rozmaity stosownie do samego osobnika. Nawroty występują w trzecim, a nawet w czwartym roku; przed upływem tego czasu chorzy nie powinni wchodzić w związki małżeńskie. Zaraźliwość jednak przymiotu może wystąpić i po 10 latach, a nawet dwudziestu. Zmiany, jakie wtedy spostrzegać się dają u chorych, mają charakter objawów trzeciorzędnych. Dotąd nie mamy żadnego sposobu pozytywnego, mogącego nas przekonać, czy w danym czasie przymiot wygasł zupełnie, czy też jeszcze istnieje.

5. Przymiot złośliwy.

Podług Hoslund'a (z Kopenhagi) przymiot złośliwy jest zwykłą formą przymiotu wtórnego i nie ma związku z objawami właściwymi okresowi trzeciorzędowemu.

Neisser utrzymuje, że przymiot złośliwy wyróżnia się skłonnością do występowania wczesnego i gwałtownego objawów drugorzędnych, jak również częstymi nawrotami. Niezależnie od tego przymiot złośliwy odznacza się wielopostaciowością i zajmowaniem znacznej przestrzeni skóry. Ponieważ formy przymiotu złośliwego nie występują pod postacią owrzodzeń pełzających i nie działa na nie jodek potasu, nie należą zatem do objawów t. zw. trzeciorzędnych.

Tarnowski utrzymuje, że złośliwość przymiotu zależy od równoczesnego zakażenia organizmu pierwiastkami ropotwórczymi (stahylococcie syphilitique ou infection mixte pyosyphilitique).

Staphylococcus pyog. albus et aureus, znajdujący w rozmaitych tkankach wraz z pewnego rodzaju lasecznikiem, jest przyczyną owrzodzeń przymiotowych pierwotnych fagedenicznych, zapaleń ropnych gruczołów chłonnych i wykwitów skórnych z rozpadem ropnym (impetigo, ecthyma i t. p.). To powikłanie przymiotu elementami ropotwórczymi trwać może przez cały czas istnienia okresu wtórnego; bardzo rzadko spostrzega się w trzeciorzędnym, a wtedy rozpadające się gumaty przyjmują postać owrzodzeń pełzających.

Niezależnie od zakażeń mieszanych pyosyphilitycznych, przymiot sam przez się może być złośliwy, n. p. przedwczesne występowanie gumatów, lub występowanie tychże razem z objawami drugorzędnymi.

Umieszczenie objawów wtórnych wywołuje również złośliwe formy przymiotu. Przymiot świeży i łagodny z anatomo-patologicznego punktu widzenia może stać się śmiertelnym ze względu na umiejscowienie. Naodwrot, przymiot późny, z objawami złośliwymi, może wywołać miejscowe zmiany, nie oddziałując przytem na ogólny stan organizmu.

Wymienione trzy typy przymiotu złośliwego mogą wikłać się wspólnie i tworzyć rozmaite formy przejściowe.

W przypadkach przymiotu złośliwego należy wstrzymać się od leczenia rtęcią, a natomiast przepisać środki wzmacniające; dobre wyniki dają wstrzykiwania surowicy i płynów organicznych n. p. sperminy.

6. *Jodek potasu w pewnych przypadkach przymiotu z objawami wtórnymi.*

M. Barbe radzi podawać jodek potasu w gorączkach i bólach głowy u syfilityków, w nerwobólach i porażeniach kości, neuralgiach i artralgiach, słowem we wszystkich objawach przymiotu, które nie umiejscawiają się na skórze i błonach śluzowych.

7. *Gruźlica skóry.*

Hallopeau. Główne typy gruźlicy skóry, rozwijające się niezależnie od wilka, są następujące:

a) Gruźlica twardzielowata i brodawkowata: umiejscawia się w warstwie brodawkowej skóry; może być wywołana przez zaszczepienie zarazka powierzchowne lub głębokie, towarzyszyć mu może ropienie, będące w związku z mikrokokami lub toksynami.

Do tej postaci gruźlicy skóry należy tuberculum anatomicum. Tego rodzaju gruźlica może mieć rozmaity charakter, stosownie do tego, jak głęboko przedostało się narzędzie, mające na sobie właściwy zarazek; autor widział takiego pochodzenia guziczek tuberkuliczny kości.

b) Gumaty gruźlicze. Rozwijają się w następstwie zranienia naczynia chłonnego. W przypadkach wyjątkowych takie naczynie chłonne jest punktem wyjścia dla rozwoju wilka zwyczajnego lub brodawkowego, albo też gummatu w postaci owrzodzenia pełzającego.

c) Guzy tuberkuliczne (tuberc. en tumeurs). Wygląd ich przypomina mięsaki lub nowotwory mykctyczne.

d) Owrzodzenia tuberkuliczne: przedstawiają się pod postacią owrzodzeń pierwotnych, n. p. gruźlica prosówkowa ostra około otworów u suchotników; następnie, występują pod postacią owrzodzeń gruźliczych z tworzeniem się vegetacyj, mogących wikłać i inne formy tego cierpienia.

e) Gruźlicze owrzodzenia krostkowate (pustulo-ulcera): tu należy „impetigo rodens”, którego naturę tuberkuliczną wykrył Gaucher.

f) Wilk różycowaty (Lupus erythematodes) może wystąpić pod postacią z rozwojem vegetacyj, tworami liszajowatymi, rozpadem i owrzodzeniem torebek (folliculitis). Czasem przyjmuje wygląd różycy grudkowato gruźliczej, łuszczycy i liszaja czerwonego płaskiego (lichen ruber planus).

g) Do rzędu dermatoz, wywołanych przez toksyny, należy: a) lichen scrophulosorum, umiejscowiony pomiędzy łopatkami; b) owrzodzenia rozsiane torebkowe (folliculitis), rozwijające się często około ognisk wilka lub gumatu; c) acne cachecticorum jest odmianą wspomnianych owrzodzeń torebkowych; d) różycy gruźlicza, spotrzegana w gruźlicy ostrej i podobnych jej stanach.

8. *Wpływ gorączki na objawy przymiotu.*

Petrini spostrzegł chorego mającego gorączkę przepuszczającą i przymiot pod postacią silnie rozwiniętych grudek; niezależnie od tego istniało owrzodzenie fagedeniczne na członku. Po kilku napadach febry u chorego wystąpiło zapalenie płuca lewego. Pod wpływem tych powikłań, 8-go dnia wysypka zupełnie znikła, pozostawiając tylko zwykłe zabarwienie skóry. Ze względu na tak dodatni wpływ podniesionej temperatury na syfilidy, autor proponuje wywoływanie jej sztuczne w odpowiednich przypadkach, za pomocą nukleiny, myrosiny, pepsyny i t. d.

9. *Zapalenie skóry tłuszczące ogólne.*

Petrini. W przypadku tego rodzaju cierpienia, zakończonym śmiercią, autor badał skórę, płuca, wątrobę, śledzionę, nerki i t. d., żadnych jednak bakterij w narządach tych nie wykrył. Natomiast przekonał się o istnieniu znacznych zmian w rdzeniu kręgowym, wskazujących na rozlane zapalenie tegoż, nekrobiotyczne zwyrodnienie zwójów kręgowych w okolicy lędźwiowej wraz ze sklerozą nawet najcieńszych naczyń.

10. *Torbiele tłuszczowe gruczołów potowych.*

Dubreuilh i Auché. Powszechnem jest przekonanie, że kłębki potowe wydzielają płyn wodnisty—pot; Unna jednak wykazał, że wydzielają one tłuszcz i być może nic więcej, jak tylko tłuszcz. Niżej podane spostrzeżenie, potwierdza w zupełności powyższy pogład. Chory, lat 77 mający, cierpiał na swędzenie skóry. Skóra była brunatna i łuszcząca się na całej przestrzeni, sucha, lecz na dotyk tłustawa. Łojotok skóry pokrytej włosami, brodawki łojotokowe na tułowiu. Małe te narosty były rozsiane wszędzie, przedewszystkiem jednak w okolicach pachowych, były wielkości siemienia konopnego do grochu, zaokrąglone, ściśle ograniczone, umiarkowanie twarde. Były mniej lub więcej głęboko umiejscowione w skórze i wystawały nad jej powierzchnię. Więcej wystające miały zabarwienie szarawe lub żółtawe, konsystencję miękką. Po nakłuciu, z nowotworów tych wydzielala się masa masłowata, miękka, biaława, niekiedy zupełnie płynna, żółtawa, podobna do oliwy. Analiza wykazała w niej 19,50% wody, 72,5% tłuszczu i 8% innych składników.

Badanie mikroskopowe wyciętych nowotworów wykazało budowę ich torbielowatą o bardzo cienkich ścianach, pokrytych nabłonkiem ułożonym we 2 do 3 warstw, przedstawiających komórki spłaszczone. Niezależnie od tego badane nowotwory przedstawiały kłębki potowe w rozmaitym stopniu rozszerzone i przedstawiające wszystkie okresy przejściowe, zaczynając od normalnych kłębków potowych, aż do zupełnie wykształconych torbieli, napęcznionych masą tłuszczową.

11. *Leczenie nabłoniaków skóry.*

Gaucher. Przy operowaniu nabłoniaków skóry nożem lub za pomocą wyskrobywania, występują łatwo nawroty tychże nowo-

tworów, co wskazuje na przedostawanie się zarazka do otwartych naczyń. Przyżeganie jest według autora najodpowiedniejszym sposobem operowania; używa on w tym celu żegadła Paquelin'a lub pętli galwanicznej. Niezależnie od tego owrządzenia opatrują się chloranem potasu w proszku lub maści.

12. *Pryszczycyca nosa i warg z vegetacyami.*

Gaucher et Barbe. Chora, lat 62, miała typową pryszczycę na nosie, wardze górnej i podbródka. Na miejscach tych, po upływie dwóch tygodni, wystąpiły vegetacye i stwardnienia, otoczone szczelinami.

Tego rodzaju pryszczycyce spostrzegają się czasem na goleniach u osób starych, mających na kończynach rozszerzenie żył i nie dbających o czystość skóry.

13. *Zaraźliwość pryszczycy łojotokowej okolic pachwinowych.*

Perrin spostrzegł pryszczycę łojotokową okolic pachwinowych u trzech mężczyzn i dwóch kobiet, mieszkających razem i będących ze sobą często w ścisłych stosunkach. W przypadkach dwóch zarażenie nastąpiło po miesiącu wspólnego pożycia. Już dawno Unna zwracał uwagę na zaraźliwość mikrokoków pryszczycy łojotokowej; powyższe spostrzeżenia, zdaje się, stanowczo przemawiają za zaraźliwością tego cierpienia.

14. *Leczenie szankrów fagedenicznych stałem zraszaniem (irrigatio) roztworem nadmanganianu potasu.*

Balzer. Leczenie wspomnianych owrządzeń polega na irygacjach stałych, robionych za pomocą małej rurki n. p. sączka, umieszczonego na owrządzeniu i połączonego ze zbiornikiem, zawierającym roztwór nadmanganianu potasu 1 : 100 ogrzany do 40°. Każda irygacya trwać powinna 2 do 3 godzin i mieć temperaturę o ile możliwości jednakową. Zraszania tego rodzaju działają dobrze i na dymienice szankrowe. W przerwach pomiędzy irygacyami robi się zwykły opatrunek z gazy jodoformowej, napojonej płynem Labarracque'a (Liquor. natrii hypochlorosi. Ref.)

15. *Owrządzenia rzeżączkowe i ich powikłania.*

Julien. Za pomocą endoskopu możemy wykazać okres nadżerkowy rzeżączki. Ropa, zawierająca gonokoki, wywołuje częstokroć zaczerwienienie ze złuszczeniem się nabłonka i obnażeniem warstwy brodawkowatej na wargach kanału moczowego. Takie same zmiany spostrzegać się dają i w otworze stolcowym, gdzie umiejscowiona rzeżączka wywołuje: ostre lepieże, wypływ ropny, szczeliny ulegające owrządzeniu. U kobiet znajdujemy nadżerki na wargach większych i ich spojeniu, przedewszystkiem jednak na poziomie otworów gruczołów Bartholini'ego. Owrrządzenia te są bar-

dzo uporczywe; średnio trwają do 5 miesięcy. Owrzodzenia rzeźączkowe ułatwiają zarażenie się innymi zarazkami, wytwarzają tym sposobem formy mieszane. Do owrzodzeń takich należą: owrzodzenia rzeźączkowo-szankrowate i owrzodzenia rzeźączkowo-przymiotowe. W tego rodzaju przypadkach możemy mieć pewność co do istoty danego owrzodzenia, tylko wtedy, jeżeli pod mikroskopem dadzą się wykazać gonokoki streptokoki Ducrey'a.

J. Wojciechowski.

IV. WIADOMOSCI POMNIEJSZE.

397. **Przeciw ulcera varicosa cruris.**

Rp. Natrii chlorati subtiliss. pulver. 5,00

Mentholi subtilis. pulv. r. 50.00

MDS. Usui externo.

Proszkiem tym posypuje się cała powierzchnia rany, która powinna być przedtem obmyta i osuszona. Pod wpływem natrii chlorati najbardziej atoniczne rany pokrywają się ziarniną o znakomitym wyglądzie; gdy ta wypełni brak substancji, odrzuca się proszek, przechodząc do zwykłych środków, używanych do pobudzenia wzrostu naskórka (szczepienie, przypalanie etc.). Sól kuchenna stanowi znakomity środek dla powstrzymania rozrostu ziarniny, lecz nie posiada własności keratoplastycznych.

Menthol dodaje się dla złagodzenia bólu, wywołanego proszkiem soli kuchennej. (La sem. méd. Nr. 49).

A. K.

398. D-r Friedriech. **Działanie turbekuliny w promienicy.**

Rezultaty otrzymane przez Billrotha, Köhlera, Socina w promienicy, leczonej zastrzykowaniami tuberkuliny, pobudziły wielu chirurgów do wypróbowania tego leku. Rezultaty wypadły przeważnie ujemnie. Autor dodaje do nich nową obserwację u 23 letniej kobiety, cierpiącej na rozległą promienicę ścian brzucha.

Chora ta, zapisując się do kliniki prof. Tierscha w Lipsku, była w stanie ogromnego marazmu i ważyła tylko 20 kilogramów. Bakteryologiczne badanie ropy i ziarniny rany stwierdziło naturę cierpienia. Wstrzyknięto na początek 0,001 tuberkuliny; ponieważ chora dobrze ją znosiła, powiększono dawkę, tak, że po 89 dniach wstrzykiwano 0,20 na dzień, wtedy dopiero zauważono podniesienie się t^o ciała do 38^o1. Po 10 dniach wstrzykiwano na dzień 1.00. Razem wstrzyknięto 14,80 tuberkuliny. Stan ogólny i miejscowy przez ten czas polepszył się widocznie, tak, że chora mogłaby wrócić do swych zajęć. Lecz spróbowano usunąć ognisko promienicy znacznie już zmniejszone, i po operacji wytworzyła się przetoka kiskowa. Po miesiącu przetoka została zagojona, gdy nagle u cho-

rej wystąpiła silna gorączka i bóle gwałtowne w okolicy wątroby, a po sześciu tygodniach chora zmarła.

Przy sekcji wykryto wiele tuberkulicznych ognisk w płucach i rozległą promienicę wątroby; ostatnie cierpienie, jak wskazywał mikroskop, było dosyć świeżej daty.

Stąd miarkuje autor, że nie można zaliczać tuberkuliny do środków przeciw promienicy, ponieważ grzybek nie został ani zniszczony, ani osłabiony, i organizm nie przemógł rozszerzenia się choroby. Być może, iż krwawy zabieg wpłynął w pewnym stopniu na przerzut promienicy do wątroby. (Deut. Zeitschrift f. Chirurg. XLIII, 6).

A. K.

399. M. Lewy. **Gargarisma przeciw tonsilitis lacunaris.**

Rp. Kreosoti fagi gtt. octo
Tinct. myrrhae
Glycerini aa. 60,00
Aquae 120,00

MDS. Gargarisma.

A. K.

V. KORESPONDENCYA Z PARYŻA.

Październik, r. b.

Treść: *Kongres chirurgiczny w Paryżu: Mowa Terrier'a o aseptyce i antyseptyce. Académie de médecine: psittacose. śmierć Lagneau, Rochard'a i Hanot'a.*

D. 19 Października rozpoczął się w Paryżu dziesiąty kongres chirurgiczny w wielkim amfiteatrze Szkoły lekarskiej. Stawili się nań wszyscy wybitniejsi chirurdzy francuscy oraz delegaci z zagranicy, jak Pratt z Londynu, Kocher z Bernu, Reverdin z Genewy, Lewszyn z Moskwy i t. d. Zagaił kongres ten prof. Terrier świetną mową o aseptyce i antyseptyce. Jedyną racjonalną, według niego, metodą jest aseptyka, zasadzająca się na sterylizowaniu wszystkiego, co służy do operowania lub opatrywania chorych lub rannych. Niestety, chirurg musi czasami zastępować ją metodą mniej pewną, mniej doskonałą, ale praktyczną — antyseptyką. Ucieka się on do niej nie tylko w celu obmywania swych rąk, co nie jest rzeczą tak łatwą, jakby się zdawało, ale i dla zwalczania zakaźnych obrażeń. Metoda ta jednak przedstawia wiele stron ujemnych. Przedewszystkiem działanie antyseptyków jest zazwyczaj bardzo powierzchowne, nader mało dosięga głębszych tkanek, nasączonych zakaźnymi pierwiastkami, choćby one były zupełnie rozwiniętymi bakteriami, a nie ich sporami. Gdy zaś środki przeciw-

gnilne są o tyle energiczne, że niszczą i głębiej położone zarazki, to znów oddziaływają niszcząco na zdrowe tkanki. Mogą też być wessane do organizmu przez naczynia krwionośne lub chłonne i tym sposobem sprowadzić ogólne zatrucie, albo też wydzielając się przez nerki wywołać mogą mniej lub więcej groźne zaburzenia w narządzie moczowym. W ogóle, mówi Terrier, były częste i niebezpieczne wypadki z powodu użycia i nadużycia antyseptyków, wskutek czego chirurdzy zmuszeni byli ograniczyć ich zastosowanie: z początku jedynie zmniejszali ich dawkę, a następnie starali się w większej części przypadków całkiem zaniechać, zastępując antyseptykę inną metodą, nie przedstawiającą najmniejszego niebezpieczeństwa—aseptyką. Od pewnego czasu Terrier ściśle się trzyma tej metody w swym wzorowym oddziale chirurgicznym i tylko w wyjątkowych okolicznościach ucieka się do antyseptyków.

Główną przeszkodą do rozpowszechnienia tej jedynie racjonalnej metody stanowi złe urządzenie szpitali i całkiem nieodpowiednie rozmieszczenie chorych. Już w r. 1890 Terrier piśmiennie i ustnie nawoływał do oddzielania chorych chirurgicznych natury zakaźnej, a tymczasem obecnie zaledwie dwa szpitale paryskie posiadają takie oddziały. Powtarza on za Strauss'em, radcą miejskim, doskonałym znawcą stosunków szpitalnych, że większość szpitali paryskich jest w opłakanym stanie i mało się różni od tego, czem były one przed półwiekiem. W kwestyi tej stawia on następujące postulaty:

1) Oddział chirurgiczny ma być całkiem izolowany od innych oddziałów szpitalnych, podobnie jak to ma miejsce obecnie z oddziałami położniczymi; ma być również całkiem osobny personel zarówno służby, jak i studentów.

2) Każdy oddział chirurgiczny winien mieć dwa oddziały: jeden dla rannych, czy chorych zakaźnych, a drugi dla niezakaźnych. O rozmieszczeniu chorych decydować może nie administracya szpitalna, lecz biegły chirurg, a w razach wątpliwych należałoby chorego umieścić w sali obserwacyjnej.

3) Sala operacyjna powinna być jaknajprostsza, t. j. jak najwięcej obnażona, a wszystkie naczynia do sterylizowania wody, narzędzi, opatrunków, wszystkie flakony z antyseptykami i lekarswami znajdować się winny w sąsiedniej sali pod opieką preparatora, aptekarza lub innej biegłej osoby. Pożądaniem byłoby mieć dwie sale operacyjne; jedną wyłącznie dla chorych zakaźnych.

4) Obok każdego oddziału chirurgicznego winno być laboratorium dla poszukiwań anatomo-patologicznych, bakteriologicznych i chemicznych.

Po tej inauguracyjnej mowie Tierrer'a zaczęto przedstawiać liczne komunikaty i referaty, z których najwięcej wyczerpująco traktowane były dwie kwestye: leczenie pes varus i valgus oraz leczenie wypadnięcia pochwy i macicy. Referat, dotyczący pierwszej z nich, dał szerokie pole do dyskusyi, z której praktycznego nie wiele chyba odnieśli słuchacze, mówcy bowiem wygłaszali wręcz przeciwnie teorie, i tak: Calot z Beck-sur-Mer utrzymywał, że wrodzone zбочzenie stopy (pes valgus i varus) leczyć można z najlepszym skutkiem przez wyprostowywanie forsowne; Lucas-Cham-

pionière zaś dowodził niedostateczności w danym razie ortopedyi, a nawet operacyj na ścięgnach, a natomiast zalecał kostną operacyę—szeroką tarsectomię.

Na jednym z ostatnich posiedzeń Akademii medycznej prof. Debove odczytał ciekawy referat o świeżym komunikacie d-ra Gilbert'a i d-ra Fournier'a odnośnie do „psittacose”—zakaźnej choroby, której zarazek przenosi się z papug na człowieka. Już w r. 1892 choroba ta wywołała ogromny popłoch między amatorami tego ptaka; wiele papug przywiezionych z Buenos-Ayres rozchorowało się, a za nimi osoby je pielęgnujące ciężko zapadły na zdrowiu, kilkanaście nawet zmarło. Jakkolwiek wyraźnym zdawał się związek pomiędzy chorobą papug a chorobą ludzi je hodujących, Dujardin-Beaumetz, nieznalazszy innych bakteryi, jak pneumococcus streptococcus, nie zawałał się w Radzie zdrowia departamentu Sekwany zaopiniować, że nie papugi były przyczyną choroby, ale złe warunki higieniczne mieszkańców i influenza, która spowodowała pneumoniam grippalem. W następnym jednak roku Nocard wydał odmienną opinię, znalazłszy w szpiku kostnym chorych papug charakterystyczną bakterye: krótką, dość grubą, na końcach zaokrągloną, niezmiernie ruchliwą, szybko rozmnażającą się w różnych hodowlach, byle nie z odczynnym kwaśnym, nie fermentującą laktozy, nie ścinającą mleka i t. p. Pozostawało więc tylko znaleźć podobne bakterye u osobników, które miały styczność z choremi papugami. Cel ten osiągnięty został dopiero w tym roku dzięki badaniom Gilbert'a i Fournier'a. W lutym trzy papugi świeżo nabyte przez p. X i Z zachorowały na dyaryę, straciły apetyt, stały się osowiałe i w kilka dni zdechły. Wkrótce pięć osób, które się stykały z tymi ptakami, zachorowało, trzy po kilkudniowej gorączce, nudnościach wyzdrowiały, a dwie, pielęgnujące troskliwiej chore ptaki, dające im pokarm swemi ustami, zapadły daleko ciężej. Cięplota podniosła się do 40,8° C., nastąpiły bezsenne wymioty, ogromne pragnienie, ból głowy, bezsenność, białkomocz, początkowo zaparcie stolca, a następnie dyarya, bredzenie, drżączka, a w końcu częściowe zapalenie płuc i po ośmiu dniach śmierć. U osobników tych Gilbert i Fournier badali krew z palca, oraz płwocinę, ale na próżno poszukiwali charakterystycznych bateryj Nocard'a, widzianych przezeń we wszystkich narządach zdechłych papug. Zato w dwóch przypadkach psittacose, zakończonych śmiercią, a szczególnie jeszcze badanych na oddziale d-ra Mathieu, odnalezione zostały bakterye Nocard'a i skonstatowano zabójcze ich działanie na myszach, królikach i t. p. Debove uważa, że psittacose pod względem klinicznym przedstawia obraz bezładnej gorączki tyfoidalnej bez objawów brzusznych, lecz głównie z zaburzeniami w sferze mózgo-nerwowej i w narządzie oddechowym, należy ją jednak uważać za chorobę zakaźną odmiennej natury niż tyfus, przenoszoną przez charakterystyczną bakterye Nocard'a z papug na człowieka. Ze względu na wielką zaraźliwość psittacose należałoby poddawać ogłędzinom wszystkie papugi, przybywające z zagranicy, izolować chore i usilnie zalecać amatorom papug, aby unikali wszelkiego zetknięcia z owymi ptakami za pomocą rąk, a tem bardziej ust.

W ostatnich czasach Francya znowu poniosła stratę wybitnych jednostek w świecie naukowym lekarskim.

Zmarł *Gustaw Lagneau* członek Akademii medycznej i Rady zdrowia departamentu Sekwany, b. prezes i założyciel „Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle.” Byłto uczony niezmiernie pracowity a przytem wyjątkowej skromności—jedyny niedekorowany w Akademii. Zajmowały go przedewszystkiem kwestye wchodzące w zakres statystyki, antropologii i etnografii. Od dawna, niemal jeden z pierwszych, zaczął zwracać uwagę na zatrważający procent urodzeń we Francyi, na zbyt wielką śmiertelność noworodków, na emigracyę wiejskiej ludności do miast i t. p.

Bogatą spuściznę naukową pozostawił po sobie zmarły *Juliusz Rochard*, współredaktor „Revue d'hygiène,” starzec 76-letni, ale do ostatnich chwil młodzieńczy umysłem i wielce ruchliwy higienista. Obok wielkiej inteligencji i nauki posiadał on szczególniejszy dar krasomówczy i niepospolitą pamięć. Mało jest pewno lekarzy, którzyby tak wiele i o tak różnych przedmiotach pisali lub dyskutowali; ulubionem jednak jego zadaniem była hygieny. Dzięki jemu opuściła prasę siedmiotomowa encyklopedia higieny, nader sumienne i poważne dzieło. Rochard, w przeciwieństwie do Lagneau, uzyskał wszystkie niemal godności, o które tak skwapliwie ubiegają się lekarze we Francyi: był profesorem anatomii, a następnie chirurgii, członkiem a później prezesem Akademii medycznej, inspektorem oddziału sanitarnego w marynarce, wielkim oficerem Legii honorowej i t. d. Gdyby nie chciał pozostać lekarzem, byłby z pewnością dostał się i do parlamentu, i do senatu, a może i na ławę ministrów.

Wreszcie przed paru dniami zakończył życie samobójstwem powszechnie znany lekarz szpitalny *Hanot*, nadzwyczajny profesor tutejszej Szkoły medycznej. Pozostawił on po sobie wielki żal z jednej strony wśród ludności przedmieścia robotniczego St. Antoine, wśród której wychował się i wyrósł i którą do ostatnich dni życia z całą troskliwością i sumiennnością leczył w swym oddziale szpitala św. Antoniego, a z drugiej strony wśród licznych swych uczniów, którzy pod jego kierunkiem zdobywali pierwsze praktyczne wiadomości lekarskie. Wiadomem jest, że w paryskiej Szkole medycznej niema kliniki dyagnostyki, prowadzonej ongi u nas tak świetnie przez Chałubińskiego i Baranowskiego,—to też studentom tutejszym nader trudno i ciężko obznajmić się z praktyczną medycyną. Hanot dobrowolnie i zupełnie bezinteresownie pragnął choć w części złemu zaradzić i w tym celu od lat kilkunastu postawił sobie za zadanie uczyć przy łóżku chorego głównych zasad perkusyi, auskultacyi i badania choroby. Wykład jego jasny, pouczający a sumienny ściągał licznych słuchaczy, którzy w dalszym ciągu opuszczając jego oddział, byli już doskonale przygotowani do korzystania z klinicznych wykładów Potain'a, Jaccoud'a, Hayem'a i innych. Hanot był nie tylko doskonałym lekarzem-pedagogiem, ale i poważnym uczonym. Już jego rozprawa o marskości przerostowej wątroby z żółtaczką zwróciła powszechną uwagę, tak iż chorobę tę zaczęto nazywać „chorobą Hanota”. Cenne też są jego prace o dwóch postaciach złośliwej żółtaczki, o jednej bezgorączkowej, spowodowanej przez bacterium coli i drugiej gorączkowej, wywołanej przez staphylococcus. Był on jednym z najlepszych specjalistów do chorób wą-

troby i w tym przedmiocie zaczął wydawać obszernie dzieło. Ostatnimi czasy stawiać nawet miano jego kandydaturę na zwyczajnego profesora na miejsce zmarłego profesora Germain Séé. Hanot odznaczał się wielką pracowitością; ostatniego dnia jeszcze rano cały do południa spędził w szpitalu, wieczorem zaś pracował u siebie w laboratorium z kolegą i, kiedy ten zajęty był w sąsiedniej sali, zażył pośpiesznie sporą dawkę cyanku potasu. Co za przyczyna targnięcia się na życie—trudno jeszcze orzec. Faktem jest jednak, że był on zawsze wielce wrażliwym, w ostatnich latach miewał napady melancholii i nawet leczył się czas jakiś w domu zdrowia.

D-r Józef Zieliński.

VI. Bibliografia.

D-r O. Mugdan: Die Ernährung des Kindes im ersten Lebensjahre.
Berlin 1896. Verlag von S. Karger Charité str. 3.

W krótkim popularnym odczycie, mianym na wystawie berlińskiej w r. b., autor przedstawia wyższość karmienia piersią nad karmieniem sztucznem lub przez mamkę. Przeciw ostatnim autor stanowczo występuje z punktu widzenia ogólnego ludzkiego. Autor podaje sposób zastąpienia mleka matki przez odpowiednio przyrządzone mleko krowie, wraz z odnośnemi wskazówkami co do odkażenia i t. d. Według autora karmienie przez 9 miesięcy ma być zupełnie wystarczającym.

Odczyt przeznaczony jest dla nielekarzy.

O. H.

KRONIKA BIEŻĄCA.

— Kwestya wyboru placu pod **szpital Dz. Jezus**, w której zabieraliśmy głos przed paru tygodniami, była ostatnio przedmiotem obrad specjalnie ad hoc wyznaczonego komitetu w Warsz. Towarzystwie Lekarskiem. Komitet po odbyciu 3 posiedzeń i po wszechstronnem rozważeniu sprawy, zarówno z punktu widzenia potrzeb higienicznych miasta, jak i ze stanowiska wymagań higieny szpitalnej, przyszedł do następujących wniosków:

1) Budowa szpitala lub domu wychowawczego (posiadającego pawilon własny dla chorób zakaźnych) na t. zw. folwarku Ś-to Krzyskim jest niewłaściwą a) z powodu bezpośredniego sąsiedztwa

stacyi filtrów, a w szczególności zbiorników wody czystej, już istniejących i budować się mających przy samej linii granicznej, dzielącej stację filtrów od folwarku Ś-to Krzyżkiego, b) z powodu przecięcia folwarku dwiema ulicami, c) z powodu hałaśliwego sąsiedztwa tych ulic i całej stacyi drogi żelaznej Warsz.-Wiedeńskiej, d) z powodu niewygodnej figury placu, e) ze względu na położenie w dzielnicy już zabudowanej lub do zabudowania się nadającej.

2) Plac b. wystawy higienicznej, ze względu na potrzeby szpitala, okazuje się odpowiednim, ale ze względu na zdrowotne interesy miasta, mianowicie na bezpośrednie sąsiedztwo z ulicami już po części zabudowanymi i do zabudowania jak najmocniej nadającymi się, nie może być uznany jako stosowny pod budowę wielkiego i z czasem jeszcze rozszerzać się mającego szpitala.

3) Oddzielenie terytoryalne i administracyjne domu wychowawczego (podrzutków) od szpitala jest bardzo pożądane ze względu na wymagania higieny wychowawczej, które nie pozwalają na pielęgnowanie niemowląt i wychowywanie dzieci starszych w obrębie szpitala.

4) Ze względu na potrzeby zdrowotne miasta, a szczególnie ze względu na miejscowe trudności, zachodzące w prawidłowym rozszerzaniu się miasta, jak również ze względu na wymagania nowoczesnej higieny szpitalnej i ewentualność stopniowego, z biegiem lat, pomnażania budynków (pawilonów) szpitalnych na tem samem terytoryum, komitet uznaje, iż najwłaściwszem byłoby umieszczenie szpitala po za obrębem miasta.

To ostatnie wymaga zaś bezwarunkowo: a) zapewnienia stałe regularnej komunikacji (tramwajowej, pomiędzy śródmieściem, a nowym szpitalem, b) urządzenia centralnej stacyi przyjęć, z którejby chorzy z miasta do szpitala bezpiecznie i szybko dostawać się mogli, c) zaopatrzenia terytorium szpitalnego w prawidłową kanalizację (irygacyjną) i wodociągi.

5) Komitet uznaje, iż zakładanie parków, ogrodów i plantacyi na terytoryum miejskiem i zapewnienie możności korzystania z tych przestrzeni pokrytych roślinnością wszystkim sferom ludności stanowi jedno z najważniejszych wymagań ochrony publicznego zdrowia w naszym mieście.

Jak widać z powyższego, komitet War. Tow. Lek. przyszedł w zasadzie do tych samych wniosków, jakieśmy podali w N-rze 17 Kroniki, w artykule kolegi J. Z., pod tytułem „Gdzie umieścić szpital?”

— **D-r Robert Koch** udaje się na żądanie rządu Kapsztadzkiego do południowej Afryki, wraz z d-rem Kohlstock'iem, w celu zbadania panującej tam zarazy bydła, oraz podania środków zaradczych przed szerzeniem się epizootii.

— Przed komisją egzaminacyjną przy Moskiewskim Uniwersytecie zdawało egzamin na stopień lekarza sześć kobiet; trzy studyowały w Paryżu, trzy w Bernie. Wszystkim przyznano stopień lekarza z odznaczeniem.

— Przyszły żeński instytut lekarski w Petersburgu, nie posiadając środków na założenie biblioteki, odnosi się do ofiarności publicznej o dzieła z zakresu medycyny i nauk przyrodzonych.

Ofiary przyjmuje dyrektor 1-go gimnazjum w Petersburgu z dodatkiem w adresie „dla żeńskiego instytutu lekarskiego.”

— Z rozporządzenia ministra oświaty zaliczono w poczet studentów Jurjewskiego Uniwersytetu 40 osób, które pokończyły rozmaite seminaria.

— W republice Nikaragua odkrytą została roślina posiadająca własności elektro-magnetyczne. Nosi ona nazwę: *Phytolaca electrica*. Przy odrywaniu gałązki z krzaka ręka otrzymuje wstrząśnienie elektryczne; działanie na igłę magnesową objawia się na 7—8 kroków od krzaka Ph. W gruncie, na którym rośnie ta dziwna roślina, nie znaleziono żelaza, ani też innych metalów. Elektryczne własności najsilniej występują o 2 w południe i przed burzą, nikną w nocy. (I. R. M. G. 43).

— Komitet budżetu austriackiego obraduje nad kwestyą zniesienia t. zw. „*Collegiengelder*,” t. j. opłat, wnoszonych profesorom przez studentów, słuchających ich wykładów. Jak się zdaje, zniesienie tych opłat dotyczyć będzie tylko kursów regularnych, do których profesorowie są obowiązani. Od tego należy zaś ściśle odróżniać prywatne kursa wszystkich wykładających w uniwersytetach, oraz kursa asystentów, laborantów i t. p., które będą opłacane w sposób dotąd będący w użyciu.

— U A. Hirschwald'a w Berlinie wyszło 4-te wydanie rozpowszechnionego podręcznika „Fizjologii człowieka i zwierząt ssących” prof. Emanuela Munck'a.

Z M A R T I.

— **D-r Hanot**, profesor agrégé fakultetu paryskiego, zmarł w Paryżu. (Patrz „Koresp. z Paryża” w numerze bieżącym).

— **D-r G. Smirnow**, profesor dermatologii i syfiligrafii w Helsingforsie.

— **D-r G. Lewin** tajny radca, profesor dermatologii i syfiligrafii na wszechnicy Berlińskiej. Zmarły przed kilku tygodniami opuścił zajmowaną katedrę z powodu wąglego zdrowia.

— **D- George Harley** b. profesor medycyny sądowej w University College w Londynie.

— W Poznaniu zmarł d-r **Józef Koszutski**

— W Freiburgu zmarł niespodzianie w 50 roku życia pr. **Eug. Baumann**, chemik, uczeń Hoppe-Seyler'a. Zmarły pracował b. owocnie w dziedzinie chemii fizjologicznej, a ostatnio odkrył obecność jodu w gruczole tarczowym.

NADEŚLANO DO REDAKCYI.

Prof. N. Cybulski: Fizjologia człowieka. Wydana staraniem St. Markiewicza z zapomogi kasy im. Mianowskiego. Część IV. Warszawa 1896.

St. Krysiński: Kilka uwag nad słownictwem anatomicznem. Odbitka z Przegl. Chirurg.

I. Piotrowski: Przyczynek do nauki o zmianach krwi przy org. wadach serca. Odb. z Gaz. Lek.

M. Wołkowicz: Pomysły do nowych zabiegów chirurg., mające na celu zapobieganie i leczenie przepuklin brzusznych środkowych i obwisłego brzucha. Odb. z Gaz. Lek.

B. R. Gepner (syn): O ciałach obcych metalicznych w oku. Odb. z Medycyny.

SPROSTOWANIE:

W zeszytcie 20-ym na str. 906 zamiast „*M. Müller*” ma być „*M. Möller*”.

SPIS RZECZY.

Prace oryginalne.

I. D-r J. Winiarski. Dwa niezwykle przypadki raka żołądka, 979.

II. D-r Kazimierz Niedzielski. Rak odbytnicy (dokończenie), 98f.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. **Chirurgia.** A. Mac Laren. O ciałach obecnych w jamie otrzewnowej pozostawionych, 991.

II. **Ginekologia.** B. Grzankowski. Przyszywanie macicy ku przodowi w związku z ciążą i porodem w świetle najnowszych spostrzeżeń (streszczenia zbiorowe) dokończenie, patrz z. 20, str. 992.

III. Sprawozdania ze zjazdów.

I. Sprawozdanie z 68 zjazdu przyrodników niemieckich i lekarzy we Frankfurcie n. M. Sprawozdawca E. Flatau, str. 996.

II. Sprawozdanie z III zjazdu międzynarodowego dermatologiczno-syfilidologicznego. Spraw. J. Wojciechowski, str. 1003.

IV. Wiadomości pomniejsze, str. 1012.

V. Korespondencya z Paryża. D-r J. Zieliński, str. 1013.

VI. Bibliografia. O. Mugdan. Die Ernährung des Kindes, oenis O. H., str. 1017. Kronika bieżąca, str. 1017. — Zmarli, str. 1019. — Nadesłano do redakcyi, str. 1019. — Ogłoszenia.

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

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