

BIBLIOGRAFIA I KRYTYKA LEKARSKA.

POŚWIĘCONE PRZEGLĄDOWI NOWYCH DZIEŁ I CZASOPISM.

DODATEK BEZPŁATNY

dla prenumeratorów Biblioteki Umiejętności Lekarskich i Przeglądu Postępu Nauk Lekarskich z Gazetą Lekarską.

Treść: Przyczynek do nauki o wewnątrzakach i pasożytach, przez D-ra Hermana Meissnera w Lipsku. (Dalszy ciąg).

PRZYSZYNEK DO NAUKI O WNĘTRZAKACH I PASOŻYTACH.

Przez D-ra Hermana Meissnera w Lipsku.

A. Wnętrzaki pęcherzowate. a) Wągry (*Cysticercus cellulosae*).

(Dalszy ciąg).

Macgillivray, lekarz w szpitalu Bendigo (*Med. Tim. and. Gaz. Febr. I. 1873*), postępuje w ten sposób, że zwykle przekłowa torbiel cienkim trójgrańcem, wypuszcza tyle płynu o ile to jest możliwem i stale obserwował potem zanikanie torbieli i pomyślne zejście. Jeżeli płyn znacznie się zbiera, niezbędnem jest 2 i 3-cie przekłócie. Gdy przychodzi do ropienia, M. wprowadza długi trójgranicie i przez niego przeprowadza kateter elastyczny i takowy pozostawia. Na tej drodze udało mu się często pomyślny otrzytać skutek i sądzi, że korzystne działanie elektrolizy należy zawdzięczać prostemu przekłóciu i częściowemu wypuszczeniu płynu. Kamala wielokrotnie z pomyślnym skutkiem przez M. przeciw tasiemcowi stosowana, użyta w 3 wypadkach bąblowca (które później za pomocą przekłócia były uleczone) nie okazała żadnego działania. Zalecanie więc tego środka przez D-ra Hjaltelina nie ma za sobą słuszności.

Dr. Georges Dieulafoy w obszernym artykule o rozpoznawaniu i leczeniu bąblowców wątroby i ropni za pomocą przyrządu przezeń wynalezionego (*Gaz. des Hôp. 1872*) wykazuje liczne przykłady, że metoda aspiracyjna zasługuje na pierwszeństwo przed użyciem zwykłego trójgrańca.

Igła przyrządu aspiracyjnego zamiast trójgrańca próbnego (3 razy grubszego) z pożytkiem da się stosować przy wszelkich płynach patologicznych, na każdym miejscu i w wcześniejszym okresie, usuwając tym sposobem często niebezpieczne działanie wstrzykiwań środków drażniących. Przekłócie torbieli wątroby z powodu cienkiej igły mającej 1 mmtr. (a najwyżej 2) wielokrotnie bez szkody może być przedsiębrane, bez uprzedniego wywołania zrostów; zwykle nie bywa przytem żadnej gorączki, czasami tylko mianowicie u kobiet występują nudności, rozpromieniające się bóle brzucha i prawej łopatki, które jednak po kilku godzinach znikają, z tego powodu mało zasługują na uwagę. Za przykład przytacza Dieulafoy następujące wypadki:

1) 24 letnia kobieta, która w maju 1870 r. przyjętą została do oddziału D-ra Gubler'a, doznawała od 8 miesięcy utrudnionego oddechania i obrzmienia w prawem podżebrzu, bez zaburzeń w trawieniu i bez żółtaczki. W kąciku pomiędzy brzegiem mięśnia prostego brzucha i żebrami powstała wyraźna, nie zbyt twarda wyniosłość i znacznie rozszerzone żyły. Po przekłóciu przy pomocy przyrządu aspiracyjnego, wypłynęło 500 grmm. płynu zupełnie przejrzystego, nie zawierającego białka, tylko kilka haczyków bąblowca. Chora czuła się potem zupełnie zdrową, oddech był prawidłowy i po 14 dniach została wypisana. Później się już więcej nie pokazała.

2) 30 letni mężczyzna, który przed 2 laty cierpiał gwałtowne bóle w prawym boku, i wkrótce później spostrzegł tamże guz, nigdy zaś nie występowała u niego puchlina, żółtaczka, krwotoki nosowe i kiszkowe, w czasie przyjęcia do szpitala Beaumont przedstawiał znaczne rozszerzenie żył ubocznych na skórze. Największe wzniesienie guza przypadało w kąciku pomiędzy mięśniem prostym brzucha i żebrami, obwód brzucha wynosił 78 cmtr., prawej połowy 41 i lewej 37; guz był gładki z rzekomym chębotaniem, i przedstawiający stopienie na 2 palce poprzeczne poniżej żeber. Chory od 2 miesięcy czuł się ogólnie osłabionym, stracił apetyt, przychodziły wymioty i oddechanie było utrudnione. Po przekłóciu trójgrańcem próbnym wypłynęło 300 grmm. płynu, poczem odpływ nagle się wstrzymał. Po 10 minutach wystąpiły nudności, zatchnienie i pokrzywka która się rozszerzyła na całą prawą połowę ciała, do tego dołączyły się mocne bóle brzucha z zielonawymi womitami, po kilku jednak godzinach wszystkie te objawy ustąpiły. Później wystąpiła niewielka gorączka, i gdy guz się nie zmniejszał, zrobiono wkłócie igłą mającą 2 mmtr. grubości, poczem wypłynęło 950 grmm. płynu ropiastego mętnego. Następnie guz zupełnie zmalał, powrócił apetyt i po 3 tygodniach chory wypisał się jako uleczoney; po 4 miesiącach cierpienie się niepowróciło.

W tym jak również w 6 tu opisanym wypadku zasługuje na uwagę pokrzywka, która przypomina świerzbiczkę (*prurigo*) u chorych na żółtaczkę i spostrzegane przez Gravesa połą-

czenie dny, zapalenia wątroby i pokrzywki, lecz w tym wypadku nie mogła być następstwem wchłonięcia kwasów żółciowych, lecz w innym jakimś nieznanym nam związku pozostawała z cierpieniem wątroby.

3) 30 letnia kobieta, która przybyła 16 październ. 1871 do oddziału D-ra Moutard-Montin w szpitalu Beaujon, od roku cierpiała bóle w prawym barku i piersiach, w kilka miesięcy zaś później, wystąpiło obrzmienie brzucha, krótki oddech i osłabienie, uleczoną została za pomocą 7 razy powtarzanej operacji przekłócia. Właściwy objaw, który Dieulafoy w 3 innych jeszcze wypadkach miał sposobność obserwować, było powracanie (*regurgitatio*) wszelkich pokarmów tłustych bez wymiotów. Okolica wątroby była obrzmiła, objętość brzucha wynosiła 75 cmtr., guz poniżej rzekomych żeber był wyraźnym. Na linii pośrodkowej, w prawej okolicy pachowej nie zbyt silne krążenie oboczne, duszność w wysokim stopniu i zaburzenia w trawieniu, przy chodzeniu wymioty żółciowe i bóle w prawym barku. Za pomocą przyrządu aspiracyjnego wypuszczono 700 grmm.—poczem znaczna była ulga, lecz następnie wystąpiła gorączka, dreszcze, wielki niespokój i bezsenność, i po kilku dniach plyn znowu się nagromadził; 3 listop. zrobione było nowe przekłócie przy którym wypłynęło 450 grmm. płynu mętnego, ropiastego, cuchnącego nie zawierającego bynajmniej haczyków bąblowcowych. Następne przekłócia zrobione były w miarę jak się plyn nagromadził, 10, 15, 17 i 20 listop. igłą mającą 2 mmtr. grubości, płynu wypłynęło 400, 350—250 i 120 grm.; wreszcie wykonano jeszcze dwukrotnie tę operację 25 i 30 listop., chociaż nie było żadnego bólu ani też obrzmienia. 15 grudnia chora wypisała się będąc zdrową.

Pomimo gęstej ropy i produktów rozkładowych błon bąblowca, igła rzadko tylko ulegała zatkaniu. 4 wypad. (Monod i Leroy) będzie poniżej opisany.

5) wypadek (podany przez Bouchut w *Gaz. des Hôp.* 13 Febr. 1872) dotyczy 11 letniej dziewczynki, która od 6 miesięcy skarżyła się na ból nieustanny, głęboki w okolicy wątroby, zwiększający się przy nacisku, była bardzo wychudzona, straciła apetyt, nie przedstawiała jednak gorączki ani żółtaczki. Wątroba znacznie była powiększona; okazywała guz napięty, elastyczny, chęlboczący z wyraźnym drżeniem przy omacywaniu ręką bez charakterystycznego szmeru, po przekłóciu guza wypłynęło 28 grmm. płynu jasnego, obfitującego w sole, bez białka i bez haczyków bąblowcowych. Następnie przez 24 godzin chora doznawała gwałtownych bólów, gorączki i osłabienia, wszystkie te jednak objawy wkrótce ustąpiły. Chora mogła już być wypisana jako uleczona, gdy tymczasem zachorowała na zapalenie płucnej po stronie prawej, następnie na płoniec, tym sposobem potrzebowała dłuższego czasu do zupełnego wyleczenia.

Zdanie Bouchut, że lepiejby było uprzednio wywołać zapalenie zlepne i zrośnięcie, Dieulafoy uważa za nieuzasadnione, gdyż zgodnie z doświadczeniem nieznaczne objawy reakcyjne szybko przechodzą.

6) Bąblowce wątroby i płucnej uleczone były za pomocą 300 posiedzeń operacyjnych u 43 letniej kobiety, która 8 lipca 1871 r. przyjęta została do oddziału D-ra Axenfeld'a. Od lat 5 straciła apetyt, znaczne było wzdęcie w okolicy podpiersiowej i powracanie przyjętych tłuszczów, który to objaw znikł po 3 miesiącach. Do tego dołączyły się bóle w prawem podżebrzu, biegunka, wyniszczenie, wielkie osłabienie, i po 1 $\frac{1}{2}$ roku guz w okolicy nadbrzuszej, nie zbyt silna żółtaczka, i powstrzymanie miesiączki. W chwili przyjęcia chorą guz sięgał do dołu biodrowego prawego i poza linią pośrodkową, objętość brzucha 79 cmtr., żyły oboczne znacznie były rozwinięte, brak żółtaczki i puchliny, miesiączka przychodziła nieregularnie, guz był twardy, wyraźnie chęlboczący. Przy 1 przekłóciu wypuszczono 480 grmm. płynu, aby nie spowodować zbyt znacznej próżni w torbieli. Wymiar brzucha był mniejszym o 1 $\frac{1}{2}$ cmtr., ból w brzuchu i w prawym barku, prócz tego wymioty i biegunka. Wieczorem ustąpiły te wszystkie przypadłości; powstało jednak swędzenie w różnych miejscach ciała i następnego dnia wystąpiła pokrzywka na goleniach, brzuchu, piersiach i prawym barku (jak w 2 wypad.) z gorączką, bez żółtaczki i znikła dopiero po 3 dniach.

Następne posiedzenia 7 i 14 sierpnia, 3, 5, 11, 16, 21 i 23 września dały płynu 700, 600, 450, 800, 350, 300, 200, 40 grmm. początkowo jasnego płynu, później zaś gęstszego ropiastego. Ostatniego dnia rozpoczął się 2 perjod choroby. Stan ogólny znacznie się poprawił, wymiar brzucha zmniejszył się o 7 cmtr., gdy tymczasem nagle wystąpiła gorączka, bóle w brzuchu, napady kaszlu, krótki oddech, ukazał się czerwony zapalny guz w okolicy nadbrzuszej, powstało stopienie w prawej połowie klatki piersiowej przy zmniejszonym drżeniu ścian tejże klatki, prócz tego świsty i rżenia na całej powierzchni płuc. Po przekłóciu w 6 międzyżebrzu poza prawą linią pachową wypłynęło 900 grmm. przezroczystego płynu. Nazajutrz powstał ból z lewej strony przy tarcu listków płucnej, z prawej zaś oddech amforyczny z przydźwiękiem metalicznym w dole nadgrzebieniowym, prócz tego płwocina krwawo-ropna z błonami rzekomymi zmieszana; z prawej strony więc było zebranie powietrza (*pneumothorax*), z lewej suche zapalenie płucnej i w lewym zrazie wątroby rozwinęła się torbiel.

Z powodu odmy płucnej (*pneumothorax*) życie chorego przez pewien czas było w niebezpieczeństwie, wkrótce jednak stopniowo znikła. Ażeby torbiel do zaniku doprowadzić, z początku tygodniowo robiono 5—6 operacji, później zaś przekłócano kilka razy dziennie, przyczém wypływała jużto ropiasta, już więcej krwawa wydzielina. 1 grudnia liczne ropnie wątroby przedstawiały jedno ognisko, chora nie odkasływała już błon rzekomych. 1 stycznia 1872 r. po wkłóciu igły grubiej na 2—4 mmtr. nie wypływała ropa, lecz za każdą razą zapychała się osadami margaryny i cho-

lestearyny. Gdy więc z powodu setnych przekłód oddawna musiały powstać zrośnięcia, zrobiono większy otwór i wprowadzono sondę guttaperkową 5 mmtr. grubości mającą i zastrzyknięto wodę zaprawioną wyskokiem. 2 lutego nagle pojawiły się dreszcze wstrząsające i krwawa, cuchnąca wydzielina z torbieli, jako też płwocina krwista, wszystkie jednak te objawy znikły, a w 4 tygodnie później się powróciły; z tego powodu nawet przypuszczano regularność zastępczą i zalecono pijawki obok środków przeczyszczających. W kwietniu chora wypisaną została z polepszeniem i powoli przychodzi do zupełnego zdrowia.

Gdy w ostatnim wypadku, który odznaczał się z powodu właściwych objawów i powikłań, przy niustannem wykonywaniu operacji przebieg był pomyślny, w 5 pierwszych wypadkach ostateczny rezultat również był szybki i pomyślny. Występujące objawy po operacji jak wymioty, ból brzucha są bardziej sympatycznej natury niż zapalnej, i bardzo często można ich uniknąć, gdy lekarz przy operacji potrafi natchnąć chorego zupełnym spokojem. Przy małych torbielach Dieulafoya radzi od razu całą zawartość wypuścić, przy większych zaś radzi opróżnić tylko 400 grmm. a resztę w kilka dni później, aby nie powodować na raz zbyt wielkiego ropienia. W końcu D. podaje: 1. za pomocą igły Nr. 1 (1 mmtr. grubości) i pompki ssącej można bez niebezpieczeństwa otwierać torbiele wątroby. 2. jednorazowe lub kilkakrotne powtórzenie operacji igłą Nr. 1 i 2. (2 mmtr. grubości) wystarcza dla wyprowadzenia płynu z torbieli. 3. płyn aż do ostatniego wysysania może być zupełnie przejrzystym, najczęściej jednak bywa mniej lub więcej ropny. 4. przy powikłaniach, (jak to miało miejsce w 6 wypadku) zaleca stałe założenie sondy guttaperkowej, ażeby wypłukiwanie można uskutecznić codziennie, lub kilka razy na dzień.

W wypadku bardzo znacznego bąblowca wątroby (Nr. 5 Dieulafoya) opisanym przez D-ra Louis Monod (*Gaz. hebdom. 2 Sér. IX. 29. 1872*) wystarczyły 3 przekłócia z pomocą przyrządu aspiracyjnego do zupełnego uleczenia.

49 letni mężczyzna, uprzednio zdrow zupełnie, po uderzeniu w okolicę wątroby 21 października 1866 r., przez pewien czas niezdolnym był do pracy, cierpiał wymioty, odchodziła płwocina przy kaszlu krwista, doświadczał gwałtownych bólów w prawym boku i osłabienia. W początkach 1867 r. wystąpiło obrzmienie brzucha, później żółtaczka, obrzmienie wątroby i w przednim jej odcinku guz okrągławy, wielkości pięści, nieco sprężysty, chęłbozący. Z obawy operacji, chory nie został się w szpitalu i zgłosił się dopiero po 5 miesiącach w znacznie pogorszonym stanie. Była wtedy bardzo silna żółtaczka, ogólnie czuł się osłabionym i wynędzniałym, stolec był nieregularny, częste wymioty, obfite i często powtarzające się krwotoki nosowe, bezsenność, ból głowy, bóle przechodzące w okolicy wątroby i stały ból w prawym barku, skłonność do potów, swędzenie skóry i kurza ślepota (*hemeralopia*). Wymiar brzucha na wysokości pępka wynosił 110 cmtr. Tępość wątroby zaczynała się na 2 cmtr. pod brodawką piersiową, dochodziła do pępka i sterczała na 11—12 cmtr. poniżej żeber, a na 4—5 cmtr. poza linią pośrodkową. Guz był owalny prawie poziomo rozciągający się, gładki, dochodzący do linii pośrodkowej, przechodzący w tępość wątroby, nieznacznie chęłbozący, pokrywająca skóra prawie niezmienniona, łatwo przesuwalna. Pierwsze przekłócie miało miejsce 1 lipca za pomocą przyrządu Dieulafoya na 4 $\frac{1}{2}$ cmtr. pod brzegiem klatki piersiowej, 7 cmtr. nad dolnym brzegiem wątroby.

Przy tej operacji za pomocą sprzycy aspiracyjnej wypłynęło 2 kwarty płynu przejrzystego, bezbarwnego, a chory doznał uczucia próżni w okolicy nadbrzuszeń. Ogólny stan chorego szybko się poprawiał, żółtaczka znikła, guz się zmniejszył, jednak przedstawiał jeszcze wyraźne chęłbotanie; z tej przyczyny 11 lipca zrobiono drugie przekłócie na 3 cmtr. na zewnątrz od pierwszego wkłócia. Wypuszczony płyn wyniósł 300 grmm., był gęściejszy, zawierał nieco żółci i białawe strzępki błoniaste. 24 lipca obwód brzucha przed okolicą wątroby miał tylko 96 cmtr. wysokość wątroby 16—17 cmtr., brzeg dolny oddalony od pępka na 3—5 cmtr.

Przy 3 przekłóciu wypłynęło 1 $\frac{1}{2}$ kwarty płynu mniej gęstego niż poprzednio, zawierającego błony bąblowcowe i pojedyncze haczyki. Nazajutrz wystąpiły lekkie dreszcze wstrząsające z obfitymi potami, bóle w okolicy wkłócia zwiększające się przy ucisku, później jeszcze pewien czas obfite śluzowe wypróżnienia i półpasiec (*herpes zoster*) po stronie prawej, zdrowienie jednak stopniowo posuwało się naprzód. 27 września wymiar brzucha miał jeszcze 91 cmtr., wysokość wątroby 12 cmtr. i sterczała poniżej żeber na 4 cmtr.; guz znikł zupełnie.

I ten także wypadek stanowczo przemawia za użyciem metody Dieulafoya, która mianowicie przy większych zebraniach płynu za pomocą rurki grubości zwykłego trójgrzańca przebiecznego szybko takowy opróżnia, bez dostania się powietrza do torbieli, lub ciężkiego zapalenia otrzewnej.

Przekłócie metodą Dieulafoya według Dujardin-Beaumez (*Bull. de Ther. XLII. 84. p. 97. Fevr. 1873*) dla rozpoznania jest wielkiej wartości, a niekiedy sprowadza także zupełne uleczenie, jakto okazuje się w 1 przez niego obserwowanym wypadku, gdy tymczasem w 2 wypadku było ono niewystarczającym.

30 letnia kobieta, która od czasu 1 porodu przed 7 laty doznawała uczucia obrzmienia i ciężaru w brzuchu, przedstawiała w prawym dole biodrowym guz wielkości główki dziecka, owalny, nieco ruchomy, niewyraźnie chęłbozący i nie będący w związku z macicą. Gdy użycie stałego

strumienia elektryczności w ciągu 3 tygodni nie spowodowało żadnej zmiany w guzie, zrobiono przekłócie, poczem wypłynęło 900 gramm. jasnego płynu bez białka. Nie zawierał on wyraźnych haczyków, jednakże zdawał się należeć do bąblowca; było także wątpliwem, czy płyn ten nie pochodzi z guza jajnikowego. Po 5 dniach chora czując się dobrze opuściła szpital, i później przez rok czasu nie obserwowano powrotu choroby.

27 letni mężczyzna przybył do szpitala 16 lipca 1872 r. uskarżając się na obecność guza i bólesci w okolicy wątroby, do czego następnie dołączył się krótki oddech, osłabienie i gorączka. Brzuch w okolicy wątroby przedstawiał znaczne wzniesienie, wymiar ten zawierał 94 ctmtr., stopienie rozciągało się aż do pępka, u góry zaś do dolnego kąta łopatki i chełbotanie bez drżenia wodunkowego. Przekłócie przy założeniu cienkiej rurki Potain'a spowodowało wypływ płynu czerwonego z żółcią, ropą i haczykami bąblowca. Następnego dnia po wprowadzeniu grubszego trójgrańca i przy użyciu pompki ssącej, w ciągu 2 godzin wypłynęło $\frac{3}{4}$ kwarty płynu ropiastego, krwią i żółcią zabarwionego. Nazajutrz t. j. d. 20 lipca, wystąpiła gwałtowna gorączka, bólesci i wymioty kilka dni trwające. 27 położono żrące ciasto wiedeńskie w miejscu odległem na 10 ctm. od linii pośrodkowej na prawo i na 2 ctmtr. poniżej nasady chrząstek żebrowych. 29 przy mocnym napadzie kaszlu wydalona została masa cuchnąca żółcią zabarwiona i badanie od tyłu po stronie prawej wykazało rzeźnia trzuszczące z wyraźnym oddechem oskrzelowym; ztąd trzeba było przypuszczać otwarcie się torbieli do płuc i wytworzenie się przetoki wątrobowo-płucnej. Wkłóto zatem gruby trójgraniec (15 mmtr.) jakiego zwykle Ernest Besnier w podobnym celu używa, poczem wypłynęło 3 kwarty cuchnącego płynu ropiastego zawierającego znaczną ilość bąblowców, a następnie torbiel przestrzykiwano roztworem kwasu karbolowego a później chloralu. Oddechanie uległo znacznemu polepszeniu, apetyt był lepszy.

15 sierpnia na nowo zaczął wyrzucać cuchnące masy żółte zawierające, które się pojawiły po wstrzykiwaniach do jamy. Badanie wykazało z prawej strony od tyłu oddech amforyczny niekiedy z przydźwiękiem metalicznym. 29 sierpnia w 32 dni po przekłóciu torbieli, która początkowo obejmowała 4 kwarty, ściągnęła się później do objętości $\frac{1}{3}$ kwarty, a 15 września chora będąc wzmocnioną, mogła być wypisaną ze szpitala. Po 2 miesiącach nie można już było płynu do torbieli wprowadzić, natomiast objawy ze strony płuc uległy znacznemu pogorszeniu i w chwili powtórnego przyjęcia do szpitala w listopadzie 1872 r., objawy wskazywały zakażenie ropne z cuchnącą płwociną i takąż wydzieliną z przetoki, dołączyło się zapalenie żył w prawej nodze i chory zmarł 25 stycznia. Na sekcję nie zgodziła się familia, opukiwanie jednak wątroby wykazało wielkość tejęz w granicach normalnych.

Że bardzo delikatne przekłócie może prowadzić do zupełnego uleczenia niekiedy bezpośrednio, lub też za pomocą następnego zropienia worka torbielowego, stwierdzono licznymi przykładami. To jednak ma miejsce, gdy torbiel nie jest zbyt wielka, gdy tylko niewiele bąblowców zawiera, gdy jasny przejrzysty płyn z łatwością odpływa; wszystkie te jednak warunki rzadko tylko spotykamy. Gdy jednak odpływający płyn okaże się gestawym, zawiera ropę, kryształki cholestearyny, barwnik żółciowy, gdy jest wiele pęcherzy, lub gdy po przekłóciu powstanie zapalenie torbieli z objawami zakażenia ropnego i biegunką wyniszczającą, nie należy uparcie trzymać się operacyj aspiracyjnych (jak Dieulafoy który do 300 robił operacyj, zanim przystąpił do stałego założenia sondy), lecz natychmiast zapomocą środków żrących lub grubego trójgrańca, albo przy zastosowaniu obu wspomnianych środków, zrobić znaczny otwór w worku, który nam ułatwi przestrzykiwanie i wstrzykiwanie roztworów przeciwnilnych. Mianowicie obserwował Dujar, że naprzód podany przez Burggräfa chloral w rozcieńczeniu 1% stanowi wybory środek przeciwnilny.

Dr. C. Hilton Fagge i Dr. Arthur E. Durham zalecają leczenie torbieli bąblowcowych wątroby za pomocą elektrolizy lub prostej akupunktury (*Med. chir. Transact. LIV. p. 1. 1871*).

Althaus leczenie torbieli bąblowcowych wątroby przy użyciu elektrolizy uważa za właściwe, lecz zdaje się nie posiadać własnych spostrzeżeń w tym względzie. Badacze powyżsi za pomocą własnych doświadczeń pod względem użycia wspomnianej metody, doszli do następujących wyników. Doświadczenie wykazało, że wydalenie części płynu bąblowcowego sprowadza uleczenie. Tego rodzaju zresztą przekłócie powoduje z łatwością ropienie, ztąd więc obok innych środków należy zalecać działanie elektrolizy. Przy rozpoznawaniu musimy się wyrzec pomocniczego zbadania wypuszczonego płynu. Użyte przez autorów metody badania fizycznego jako środki pomocnicze przy rozpoznawaniu, wykazały zawsze z zupełną pewnością guz torbielowy, który należał do wątroby. Wprowadzono 2 igły do guza w odległości 3—6 ctmtr. i za pośrednictwem 2 drutów metalicznych połączono z biegunem ujemnym baterji galwanicznej złożonej z 10 elem. Zwiłgocona gąbka tworzyła zakończenie bieguna dodatniego, który był umieszczony na skórze w pewnym odlegu oddaleniu. (c. d. n.)

Redaktor i wydawca Prof. Dr. Girsztowt.

Drnk. Gaz. Lek. Ul. Śto Krzyzka N 9. Дозволено Цензурою, Варшава 1 (13) Июня 1876.