

# MEDYCYNA.

CZASOPISMO TYGODNIOWE  
 dla lekarzy-praktyków.

Warunki przedpłaty: w Warszawie rocznie rs. 6, półrocznie rs. 3. Z przesyłką pocztową, rocznie rs. 7, półrocznie rs. 3 kop. 50. Cena numeru pojedynczego kop. 15. Cena ogłoszeń: Za wiersz jednoszpaltowy drobnem pismem lub za jego miejsce kop. 10. Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracja „Medycyny”. — W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 38.

Adres Wydawcy: Jasna Nr. 6.

Adres Redaktora Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE. Trzy rzadkie spostrzeżenia anomalii rozwojowych analogicznych (*herniae funiculi umbilicalis*). Podał Fr. Neugebauer. — Przyczynok do kazuistyki pierwotnego raka oskrzeli. Podał dr med. M. Sadowski. (Dokończenie). — STRESZCZENIA I WYCIĄGI 48. Przyczynki do anatomii normalnej i patologicznej wyrostka robaczkowego. 49. Zapalenie wyrostka robaczkowego, jako następstwo cierpienia ogólnego. Dane kliniczne i doświadczalne. — Z TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO. Posiedzenie z dnia 30 kwietnia r. b. — Z WARSZAWSKIEGO TOWARZYSTWA HIGIENICZNEGO. Posiedzenie z dnia 25 maja r. b. — XIX zjazd internistów w Berlinie. (Sprawozdanie własne). Sprawozdanie z posiedzenia dnia 17 kwietnia r. b. (Ciąg dalszy). — Korespondencya „Medycyny”. Praga Czeska 4 czerwca. — DROBNIJSZE WIADOMOŚCI RÓŻNEJ TREŚCI. — WIADOMOŚCI BIEŻĄCE. — ZMARLI. — OGŁOSZENIA.

## „MEDYCYNA“

GAZETTE MEDICALE HEBDOMADAIRE  
 destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r Fr. Neugebauer — Trois cas rares des anomalies du developpement. 2) D-r M. Sadowski — Contribution à la casuistique du cancer primitif des bronches.

Redaction: Dr. M. Sadowski. Varsovie — Rue Krak-Przedm.

## „MEDYCYNA“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT  
 Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r Fr. Neugebauer — Drei seltene Entwicklungsanomalien. 2) D-r M. Sadowski — Zur Kasuistik des primären Bronchielecarinoms.

Redaction: Dr. M. Sadowski. Warschau — str. Krak-Przedm. 7

Z ODDZIAŁU GINEKOLOGICZNEGO WARSZAWSKIEGO SZPITALA EWANGIELICKIEGO.

## Trzy rzadkie spostrzeżenia ANOMALII ROZWOJOWYCH ANALOGICZNYCH. (*Herniae funiculi umbilicalis*).

Podał

FR. NEUGEBAUER.

Przypadek zrządził, że w przeciągu ostatniego roku miałem styczność aż trzy razy ze zboczeniem rozwojowym, dotyczącem przedniej ściany brzucha w okolicy pępka. W każdym z tych przypadków równocześnie istniały jeszcze i pewne inne zboczenia rozwojowe. Ponieważ istnieje w tych trzech przypadkach pewna analogia, a szczególnie dwa z tych spostrzeżeń mają pewną doniosłość naukową, jako dowód trafności teoryi AHLFELD'a o znaczeniu *ductus omphalo-enterici* dla powstania przepukliny sznurka pępkowego, dnia 19 marca r. b. demonstrowałem preparaty odnośne oraz jeden rysunek na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego. Niechaj pozwolonom mi będzie spo-

strzeżenia te dziś w krótkości opisać po ogólnem rozpatrzeniu teoretycznem kwestyi. Jak zupełnie trafnie pisze AHLFELD, (Die Missbildungen des Menschen, Leipzig, 1880 pg. 186) żadna okolica ciała ludzkiego nie nadaje się wskutek ustroju swego embryologicznego tak do powstania rozszczepów, jak okolica pępka. W tem to miejscu zamyka się ostatecznie szeroko z początku ziejąca jama brzuszna. Zanim zleją się ze sobą boczne ściany brzuszne, mianowicie przednie brzegi ich, przez pierwotny rozszczep ściany przedniej brzusznej łączą się pewne organy, leżące poza obrębem późniejszej jamy brzusznej płodu, z ważnymi organami jamy brzusznej; mianowicie łączy się pęcherzyk żółtkowy — *vesicula vitellina* — po za obrębem *cavi amnii* leżący, przez kanał — *ductus omphalomesaraicus* czyli *omphaloentericus* ze światłem кишки cienkiej — kanał ten wpada do кишки cienkiej powyżej ujścia jej do кишки ślepej. (U noworodka miejsce to leży około trzech centymetrów powyżej połączenia *ilei cum intestino coeco*). Dopóki nie wytworzyło się jeszcze łożysko, płód odżywia się żółtkiem z pęcherzyka żółtkowego, doprowadzanym do światła кишки właśnie przez ów *ductus omphalomesaraicus*. Do odżywiania *vesiculae vitellinae* oraz *ductus omphalomesaraici* służą dwie *arteriae omphalomesaraicae* oraz jedna *vena omphalomesaraica*, wpadająca do żył kreski кишки cienkiej. (Patrz fig. 1—4).

Drugi organ, leżący po za obrębem *cavi amnii* i komunikujący z kiszka, a mianowicie dolnym jej końcem — pierwotnym ślepo zakończonym końcem кишки grubej (Enddarm) — jest *allantois*, pierwotny zbiornik produktów przemiany materii płodu, nie zużytych dla samego ustroju, przeważnie więc mocz. Pęcherz *allantoidis* pierwotnie leży do połowy *extra cavum amnii* oraz po za obrębem ciała płodu, do połowy zaś wewnątrz jamy brzusznej. Wzdłuż *allantoidis* od ustroju naczyniowego płodu dążą naczynia krwionośne do wewnętrznej powierzchni *chorii* mianowicie do *endochorion* — (z owodnej pochodzącego). Dwie *arteriae umbilicales* oraz *vena umbilicalis* wzdłuż *allantoidis* wyrastają aż do miejsca wewnętrznej powierzchni *chorii*, gdzie później wytwarza się łożysko. W pierwszym okresie życia płodowego płód odżywia się, jak już powiedziano powyżej, żółtkiem z pęcherzyka żółtkowego, w miarę zaś rozwoju łożyska, zaniku kosmówek po za obrębem późniejszego łożyska i t. d. zanika pęcherzyk żółtkowy, i odżywianie płodu zaczyna odbywać się przez łożysko *ex sanguine matris*. *Allantois* — pierwotnie pęcherz jeden — z biegiem czasu dzieli się na dwa pęcherze ze sobą jednak jeszcze komunikujące. Część, leżąca wewnątrz jamy brzusznej, persystuje i tworzy późniejszy pęcherz moczowy, część leżąca po za obrębem jamy brzusznej, zanika powoli zupełnie, jak również zanika i światło zwężonej na kanał części *allantoidis*, leżącej pomiędzy późniejszym pęcherzem moczowym a ginącą częścią *allantoidis*, wyżej wspomnianą. Część ta nazywa się *urachus*. Po powstaniu kloaki i własnego ujścia pęcherza moczowego — *urethrae* — przez którą mocz wydziela się już bezpośrednio do *cavum amnii*, *urachus* normalnie się obliteruje i u noworodka zdradza się tylko jako solidny powróż, bez światła więc, który nazywamy *ligamentum vesicoumbilicale medium*. Również obliterują się dwie *arteriae umbilicales*, część ich, leżącą wewnątrz ciała noworodka pozaotrzewnowo, nazywamy wtedy *ligamentum vesico-umbilicale dextrum et sinistrum*.

Normalnie *ductus omphalomesaraicus*, gdy już odżywianie płodu żółtkiem z pęcherzyka żółtkowego ustało, obliteruje się i odrywa się od кишки cienkiej, tak, że nawet później na kiszce makroskopijnie ani sposób poznać, w któ-

rem miejscu wpadał ów *ductus* do jej światła. Światło kiszki i światło pęcherzyka żółtkowego więc pierwotnie komunikowały ze sobą, w miarę rozwoju płodu komunikacja ta została przerwana zupełnie, i kiszka zamyka się w jamie brzusznej dzięki temu, że prawa i lewa boczna ściana brzuszna zrastają się ze sobą. Zamknięcie to jednak nie następuje w samym pępku, przynajmniej w tym właśnie miejscu pozostaje u płodu, już po rozwoju *placentae*, *lumen*, przez który przechodzą dwie *arteriae umbilicales* i *vena umbilicalis*.



Fig. 1 — 4. Schematyczny rysunek stosunku opon jaja, pęcherzyka żółtkowego i allantoidis. (Podług podręcznika położnictwa Schroeder'a). A = amnion. CA = cavum amnii. K = pierwotna jama ciała (Darmhöehle). V.v. = vesicula vitellina. All. = allantois. ch = chorion. UU = powróż pępkowy, pępowina.

Fig. 1. Fałdy amnii wyrastają jedna ku drugiej; na fig. 2 prawie już zeszyły się w miejscu, gdzie zrastają się ze sobą. Allantois zaczyna wyrastać pomiędzy osadą pęcherzyka żółtkowego a ogonowym końcem płodu. W obu rysunkach widać jeszcze pierwotne chorion, później ginące. Na fig. 3 amnion oddzieliło się już od surowiczego listka warstwy nabłonkowej ostatecznego chorion, z chorion wyrastają kosmki, allantois dotarła już do opon jaja obwodowych. Na fig. 4 naczynia krwionośne allantoidis już obrosły cały obwód jaja i wrastają w kosmki. Kosmki na miejscu późniejszego łożyska już znacznie są rozwinięte, reszta ich w następstwie zanika. UU przedstawia obwód powstającej pępowiny, w której układ wchodzi *ductus omphalentericus* ze swoimi naczyniami i allantois z naczyniami otoczone pochwą amnii. Masa galaretowa pępowiny wytwarza się później.

Przez światło to nawet po urodzeniu się dziecka jeszcze mogą wytłoczyć się na zewnątrz jamy brzusznej *intestina*, i powstaje wtedy *hernia umbilicalis* — przepuklina pępkowa. Prócz możliwości powstania przepukliny pępkowej po urodzeniu się dziecka istnieje jeszcze, mianowicie w bardzo wczesnym okresie rozwojowym, możliwość wytworzenia się przepukliny w sznurku pępkowym, *hernia funiculi umbilicalis*, którą to przepuklinę wypada odróżnić od przepukliny pępkowej. Aż do drugiego tygodnia życia płodowego światło

kiszki przez rozszczep jeszcze istniejący jamy brzusznej komunikuje z pęcherzem żółtkowym. Powoli kiszka zamyka się jako rura o świetle cylindrycznym, kanał, łączący jeszcze światło kiszki z pęcherzykiem żółtkowym, zwęża się coraz więcej i więcej i po spełnieniu funkcji swoich dla odżywiania płodu, które teraz odbywa się już przez łożysko i naczynia łączące łożysko z płodem, obliteruje się. Istnieje wtedy już tylko solidny powróż żółtkowo-kiszkowy (*Dotterstrang*). Im więcej napelnia się wodami płodowymi worek *amnia*, tembardziej odsuwa się centryfugalnie od płodu pęcherzyk żółtkowy, nareszcie powróż wyżej wymieniony przerywa się, i pęcherzyk żółtkowy atroficzny już nie posiada łączności z kiszką, a li tylko jeszcze łączność z naczyniami krwionośnymi płodu przez obliterowane również *vasa omphalomesaraica*. Reszta pęcherzyka żółtkowego persystuje u dojrzałego płodu jako białawo-żółtawy pęcherzyk („Nabelbläschen“), pomiędzy *amnion* i *chorion* leżący. Tak rzeczy się mają normalnie, w przypadkach jednak wyjątkowych powróż żółtkowo-kiszkowy nie zupełnie ginie, a widać resztki, pozostałości jego zarówno na zewnętrznej ścianie kiszki cienkiej, jak i przy dośrodkowym końcu pęcherzyka żółtkowego, a czasami nawet persystuje cały powróż, jako cienka nitka, łącząca kiszkę cienką z pępkiem, tak samo jak nieraz persystuje jako nitka cienka solidna obliterowana, a czasami krwią jeszcze napelniona *vena omphalomesaraica*, przebiegając od pępka czyli obrączki pępkowej do kreski kiszki cienkiej. Żyłta ta o wiele częściej persystuje otwarta, czyli światło jeszcze posiadająca, niż *arteria omphalomesaraica*. Najczęściej *vasa omphalomesaraica* persystują u płodów o zboczeniach rozwojowych w okolicy brzusznej. *Vena omphalomesaraica* persystuje przeciętnie raz na sto dojrzałych normalnych płodów. Persystencja ta *venae omphalomesaraicae* oraz resztek *ductus omphalomesaraici* w kształcie solidnego sznurka ma pewne znaczenie w patologii, ponieważ twory te mogą stać się przyczyną uwięźnięcia pęteli kiszki, zamknięcia światła ich przez zagięcie („Abknickung“) z następczą niedrożnością kiszki i śmiercią. Do trzeciego miesiąca życia płodowego część pęteli kiszki leży jeszcze otoczona otrzewną wewnątrz samej pępowiny, dopiero w dalszym rozwoju kiszka cofa się zupełnie do coraz to więcej zamykającej się jamy brzusznej. W miejscu, gdzie łączy się *ductus omphaloentericus* z kiszką cienką, ściana tejże często pozostaje cokolwiek wypukłą na zewnątrz, powstaje wtedy rodzaj wytłoczyny bocznej ścian kiszki, a ma się rozumieć, i światła jej: rodzaj *diverticulum*. Gdy owo *diverticulum* persystuje, zachowuje ono czasami nawet i światło, jest to tak zwane *diverticulum verum* czyli *diverticulum Meckelii*. W wyjątkowych przypadkach *diverticulum* to sięga jeszcze aż do pępka, a gdy koniec jego górny leży jeszcze w pępowinie, to, ma się rozumieć, *post partum* po odpadnięciu resztek pępowiny, gdy *diverticulum* posiadało jeszcze światło, powstanie *anus umbilicalis*, czyli pępkowa przetoka kiszki („Nabelafter“). W innych przypadkach znów w pozostałościach tego *diverticulum* powstają retencyjne torbiele (*Cysten des Divertikels*), gdy światło w samym pępku już się zamknęło. Takie same torbiele mogą powstać i w pozostałościach *ductus omphalomesaraici*, nie w całym przebiegu obliterowanego („Dottergangscysten“).

(C. d. n.).

## PRZYCZYNEK DO KAZUISTYKI PIERWOTNEGO RAKA OSKRZELI.

Podał

**D-r Med. M. SADOWSKI.**

Ordynator oddziału chorób wewnętrznych w szp. Dz. Jezus. w Warszawie.

(Dokończenie. — Zob. Nr. 23).

Chory wyjechał z Otwocka dnia 9 listopada w stanie bezgorączkowym, na wadze przybyło mu w stosunku do wagi w dniu przyjazdu do Otwocka 3,3 kilogr. Kaszel ciągle suchy, płwociny nie wydzielał zupełnie.

Po upływie dwóch tygodni chorego wysłaliśmy do Davos. Tu badał go d-r TURBAN i znalazł: nacieczenie gruźlicze w prawym wierzchołku oraz zrosty z prawej strony w opłucnie po przebytem zapaleniu opłucny. Upewniwszy chorego o możliwej poprawie jego zdrowia w niedługim czasie, dla braku miejsca nie przyjął go do swego sanatorium, chory umieścił się w sanatorium d-ra DANNEGGER'a (Davos-Dorf).

W sanatorium tem chory zaczął się znacznie początkowo poprawiać. Kaszel zmniejszył się, chory już po miesiącu mógł odbywać bez zmęczenia 6 wiorstowe spaceru. Waga ciała stale zaczęła się zwiększać. Stan ciągle bezgorączkowy. Dopiero w lutym 1900 r. chory zaczął czuć się gorzej i stracił zupełnie łaknienie, zwłaszcza potrawy mięsne wywoływały wstręt do jedzenia. W dniu 26 lutego dostał silnych dreszczów, po których ciepłota ciała podniosła się wieczorem do 39°. Rano ciepłota dochodziła do 38°. Ponieważ w całym Davosie panowała wtedy epidemia grypy, a więc i naszego chorego uważano za dotkniętego grypą, tembardziej, że żadnych nowych objawów w płucach nie zauważono. Chory 6 marca wstał z łóżka, zaczął chodzić, ale siły nie powracały, zwłaszcza, że łaknienie nadal było fatalne. W dniu 17 marca chory znów dostał wstrząsających dreszczów, ciepłota podniosła się znów do 39°, rano nastąpił spadek ciepłoty do 37° oraz bardzo obfite poty. Podobne zachowanie się ciepłoty było codziennie.

Jeżeli chory podczas podniesienia się ciepłoty czemkolwiek chciał się posilić, następowały natychmiast wymioty. Czując się coraz gorzej, postanowił wrócić do kraju, tembardziej, że i ból w boku stawał się dokuczliwszym. Przed samym wyjazdem z Davos d-r DANNEGGER, badając klatkę piersiową chorego, znalazł oprócz nieznacznego stępienia u prawego wierzchołka, tępość na przestrzeni od dolnego kąta prawej łopatki do samego dołu, osłabienie oddechu, zmniejszenie drżenia klatki piersiowej, w porównaniu z lewą stroną. Podejrzewając płyn ropny w prawej opłucnie, radził choremu, aby w powrotnej drodze do kraju wstąpił do Zurychu i poprosił prof. EICHORST'a o próbnę przekłucie. Prof. EICHORST, w dniu 4 kwietnia 1900 r. zbadawszy chorego, orzekł, że płynu w opłucnie niema. Chory powrócił do Warszawy. Tutaj nadmienić muszę, opierając się na zeznaniach samego chorego, że w Davosie w skąpo nader wydzielonej kilkakrotnie płwocinie znajdowano jakoby laseczniki gruźlicze. Zapewniano nawet chorego, że ilość ich podczas pobytu w sanatorium zmniejszyła się.

W dniu 8 kwietnia badałem chorego po raz pierwszy po powrocie jego do kraju i znalazłem istotnie tępość, zaczynającą się od dolnego kąta prawej łopatki, oddech osłabiony, drżenie klatki piersiowej znacznie zmniejszone. Gorączka o typie przepuszczającym. Różnica pomiędzy *maximum* i *minimum* ciepłoty ciała naszego chorego wynosiła 4°. Poty bardzo obfite. Wymioty po każdym jedzeniu. Kaszel nieznaczny, suchy, płwociny brak zupełnie. Podejrzewając obecność wysięku ropnego w opłucnie, postanowiliśmy po naradzie z prof. BARANOWSKIM dokonać znów przekłucia próbnego. Jednakże dwukrotnie otrzymaliśmy wynik ujemny, dopiero za trzecim razem prof. KOSIŃSKI, zrobiwszy przekłucie próbne pomiędzy 8 a 9 żebrą, otrzymał około 2 gramów ropy. W ropie tej kol. PALMIRSKI laseczników gruźliczych nie znalazł, wyhodował zaś z tejże ropy hodowle gronkowca złocistego.

Wobec niezbitego dowodu obecności ropy w opłucnie, wobec ciągłej gorączki z poprzedzającymi nadzwyczaj silnymi dreszczami i bardzo obfitymi potami przy jej spadku niekiedy do 34° z 40°, postanowiono dokonać pleurotomii. W dniu 24 kwietnia prof. KOSIŃSKI dokonał operacji po wycięciu 8 i 9 żeber na przestrzeni 8 ctm., wolnej jamy opłucny nie znaleziono, lecz płuco bezpośrednio było przyrośnięte za pomocą grubych błon rzekomych do okostny żeber. Po ukłuciu próbnym w sam miąższ płuca nie natrafiono na ognisko ropne. Płuco było w tem miejscu infiltrowane i przedstawiało szarą masę, jaką się widuje przy *hepatizatio grisea*. Zrobiono wtedy cięcie w samym płucu, z powierzchni jego wydzielala się posokowata a po części ropna ciecz w małej ilości. Cięcie pogłębiono, przy czem tu i owdzie pokazały się drobne ogniska ropne. Miąższ płuca po części za pomocą łyżeczki wyskrobano i otworzono jamę na kilka centymetrów głęboką, w której nie znaleziono większego ogniska ropnego, a tylko drobne nacieczenia ropne. W dalszym ciągu prof. KOSIŃSKI doszedł do części płuca, z którego wydostawało się powietrze. Jamę w płucu wypełniono gazą i nałożono opatrunek.

Część wyskrobin, przy operacji otrzymanych, dałem do zbadania kol. AL. ŻURAKOWSKIEMU, drugą kol. PALMIRSKIEMU. Kol. ŻURAKOWSKI znalazł, badając te wyskrobiny pod mikroskopem, tylko rozpad tkanki, kol. PALMIRSKI na 32 preparaty znalazł w jednym z nich jednego lasecznika gruźliczego, część wyskrobin zastrzyknął świnie morskiej do jamy otrzewny.

Stan chorego, po dokonanej operacji, nie wiele się zmienił, ciepłota w dalszym ciągu podnosiła się do 40°, aby przy obfitych potach spadać do 37°, przy opatrunkach wydzielala się z rany posokowata ciecz, siły chorego opuszczały coraz to więcej, po upływie kilku dni ciepłota ciała następnie ciągle bywała podniesiona, chory stracił przytomność i w dniu 4 maja zmarł.

Ponieważ nawet po dokonanej operacji nie mogliśmy zdać sobie jasno sprawy, z jakim cierpieniem w danym przypadku mamy do czynienia, gdyż znaleziony jeden lasecznik gruźliczy na 32 preparaty, zrobione z wyskrobin, otrzymanych podczas operacji, nie upoważniał nas do stanowczego twierdzenia, iż mamy do czynienia z gruźlicą, jakkolwiek cały przebieg choroby zdawał się przemawiać za takim właśnie rozpoznaniem, a z drugiej strony, spełniając wolę chorego, kilkakrotnie zaznaczaną, aby badanie zwłok było dokonane, w dniu 5 maja sekcję wykonał prof. PRZEWOSKI, przyczem znaleziono: Lewe płuco zupełnie wolne, bez żadnych stwardnień, trzeczcy na całej przestrzeni. Prawe płuco słabo przyrośnięte przy wierzchołku, silniej w dolnej połowie i do przepony. W niektórych zrostach od tyłu i od dołu a także pomiędzy podstawą płuca i przeponą obszerne jamy, napełnione ropą. Płuco

same o  $\frac{1}{3}$  część swej objętości powiększone, przy wierzchołku przedstawia 3 drobne ropnie wielkości ziarnka grochu do małego orzecha łaskowego, napełnione żółtą ropą. W okolicy wnętrza płuca jama wielkości jaja gęsiego, z nierównymi brzegami, napełniona szarawym, nieco cuchnącym płynem ropiastym; w dolnej  $\frac{1}{3}$  części płuca bardzo wiele ognisk rozpadowych w postaci jam, napełnionych płynem ropiastym lub szarawym cuchnącym rozpadem. Obok tych jam miejscami znajdują się małe guzikowate stwardnienia, które wewnątrz napełnione są płynem ropiastym (*pneumonia lobularis ex aspiratione*). Przy rozcinaniu tchawicy okazuje się, że na całej przestrzeni wyściela ją błona śluzowa blada, błona śluzowa oskrzela z lewej strony również blada lub miejscami nieco zaczerwieniona; z prawej strony na miejscu widelkowatego rozdziału prawego oskrzela znajduje się owrzodzenie z brzegiem wyniosłym, wałowatym, dosyć twardym, na rozkroju ziarnistym. Dno wrzodu stanowi nacieczenie oskrzela masą szarą, twardą, na rozkroju ziarnistą. Poniżej wrzód dolnym swoim brzegiem przechodzi odrazu w jamę rozpadową o brzegach klądkowatych, nierównych, wielkości jaja gęsiego, która leży przy wnętrzu płuca i o której wspomniano powyżej. Badanie mikroskopowe wykazuje, że owrzodzenie jest natury nowotworowej, i że nowotwór składa się z łączno-tkankowego podścieliska, w krórem widać bardzo wiele ognisk nabłonkowych, w środku ulegających bardzo mocnemu zrogowaceniu (*carcinoma keratodes*). Inne narządy nie przedstawiały zmian wybitnych. Zmian natury gruźliczej ani w płucach, ani w innych narządach nie znaleziono.

Już w tydzień po śmierci chorego zakomunikował mi kol. PALMIRSKI, że świnka morska, której zastrzyknął do jamy otrzewny część wyskrobin, otrzymanych podczas operacji u naszego chorego, padła na ostrą prosówkową gruźlicę. Istotnie sam widziałem narządy jamy brzusznej tejże świnki morskiej, usiane gruzełkami, oraz preparaty drobnowidzowe z tychże gruzełków, w których znaleziono laseczki gruźlicze.

Tak więc w naszym przypadku, tylko zawdzięczając dokonaniem badaniu zwłok, mogliśmy ustalić rozpoznanie. Dopiero badanie zwłok przekonało nas, iż mieliśmy do czynienia z rakiem oskrzela; gdyby nie badanie zwłok, nawet już po dokonanej operacji, gdyby chory był żył tydzień dłużej, wynik szczepienia śwince morskiej części wyskrobin, otrzymanych podczas operacji, potwierdziłby niejako domniemane rozpoznanie nasze, t. j. że mieliśmy do czynienia z gruźlicą płuc, kiedy tymczasem badanie zwłok wykazało, że ani śladu gruźlicy w płucach nie było, a istotną przyczyną tych olbrzymich spustoszeń, jakie w płucach znaleziono, był rak oskrzela, rak przedziurawił oskrzele, wywołał zmiany (ropnie) w bezpośrednio otaczającej oskrzele tkance płucnej, z drugiej zaś strony przez aspirację cząstek rozpadu, powstałego w owrzodzeniu rakowatym, powstał szereg ropni w innych częściach płuca prawego

Znaleziony wysięk w opłucnie surowiczo-krwawy był już wtórnym objawem rozwijającego się raka oskrzela. Wtórne zapalenie opłucny przebiegało z gorączką, co jest rzeczą zrozumiałą. Inną przyczynę miała gorączka, która zaczęła napastować chorego w Dawos w roku 1900. Tu już były wstrząsające dreszcze, tu już ciepłota dochodziła do wysokich stopni i spadała do normy, a potem i znacznie więcej, niż do normy, przy objawach nadzwyczaj obfitych potów, ta gorączka, rzecz prosta, zależała już od sprawy ropnej, zależała od tworzących się co raz to nowych ropni w samym płucu.

Ślepemu trafowi przypisać należy, że prof. Kosiński, robiąc próbne przekłucie, akurat natrafił na ognisko ropne w płucu i ropę otrzymał, co go skłoniło do przystąpienia do operacji, ale zarazem i do zaciemnienia i tak już zawilej i ciemnej sprawy chorobowej. Fakt znalezienia ropy przy innych objawach klinicznych, zmierzających do rozpoznawania zapalenia opłucny ropnego, potwierdzał, zdawało się, przypuszczenie, że mamy do czynienia z gruźlicą płuc, powikłaną zapaleniem ropnym opłucny. Przeciwno rozpoznaniu jednak gruźlicy płuc przemawiał do pewnego stopnia brak zupełny płwociny, a tem samem niemożność zbadania jej na obecność laseczników, lecz i ten fakt został zachwiany wobec twierdzenia d-ra DANNEGGER'a, że laseczniki były znalezione, a nawet ilość ich zaczęła się zmniejszać. Z drugiej jednak strony, czyż nie widujemy przypadków nawet ciężko i szybko przebiegającej gruźlicy, gdzie zupełny brak płwociny, a tem samem i trudność twierdzenia o obecności lub nieobecności laseczników gruźliczych się zdarza. W naszym przypadku kol. PALMIRSKI znajduje wprawdzie na 32 preparaty jednego lasecznika gruźliczego, ale za to świnka morska pada na ostrą gruźlicę. Zapewne, opisane są fakty, że świnka morska padała na ostrą gruźlicę po założeniu jej do jamy otrzewny kawałek wyjałowionej waty, tak, ale w naszym przypadku wszak opieraliśmy się nietylko na badaniu bakteryologicznem. Wszak tu cały przebieg kliniczny choroby zdawał się przemawiać za gruźlicą, a więc i wyniki badań bakteryologicznych mogłyby do pewnego stopnia mieć dodatnie znaczenie dla danego przypadku. Okazało się, że nie miały.

Przebieg naszego przypadku raka oskrzela potwierdza zdanie EBSZTEJN'a, kiedy mówi ten autor, opisując dwa przypadki raka oskrzela, z których jeden był rozpoznany za życia, a drugi nie rozpoznany, że ani w pierwszym rozpoznania nie należy mu pocztywać za zasługę, były tu bowiem już przerzuty raka na zewnątrz, ani w drugim za naganę, że raka oskrzela nie rozpoznął. Bo istotnie, czy było podobieństwem rozpoznać raka oskrzela w naszym przypadku?

Że myśl o istnieniu nowotworu i mnie i innym kolegom, którzy chorego mojego widywali, przychodziła do głowy, to jest faktem prawdziwym, ale, jak to już wspomniałem, przypuszczaliśmy raczej nowotwór opłucny i to już z samego początku choroby (pierwsze zapalenie opłucny), dalszy przebieg, do chwili samej operacji raczej przemawiał za gruźlicą płuc, dopiero podczas samej operacji i przez czas od operacji do śmierci chorego znów myśl o istnieniu nowotworu przychodziła nam do głowy.

Porównywając nasz przypadek z przypadkami innych autorów, zaznaczyć musimy niektóre analogiczne fakty w przebiegu choroby z faktami, podawanymi np. przez EBSZTEJN'a. W jednym z jego przypadków, a mianowicie w przypadku pierwszym, i u jego chorego i u naszego spostrzegamy ogromny brak łąknienia i wybitny wstręt do mięsa.

Również przypadek nasz potwierdza zdanie NICOLA'ego, który twierdzi, jak to już wspomniałem, że rak oskrzeli zdarza się częściej u mężczyzn, niż u kobiet, i że siedliskiem raka najczęściej jest oskrzele prawe. Co się tyczy momentu etiologicznego, to w opisanym przez nas przypadku żadnej widocznej przyczyny podać nie możemy. Faktem jest pewnym, że chory żadnego uszkodzenia klatki piersiowej nie otrzymał.



## LITERATURA.

1) HOFFMAN. Die Krankheiten der Bronchien. Specielle Pathologie u. Therapie heraus. v. H. Nothnagel. XIII. T. III. Część I. Odd. p. 158. 1896 r. 2) ROKITANSKY. Lehrbuch der path. Anat. T. III. 1861. 3) LABOULBÈNE cyt. według Hoffmana. 4) CHIARI. Prag. med. Woch. 1883 r. Nr. 51. 5) SIEGERT. Vir. Arch. T. 129. 6) MACINTYRE. Cent. f. Chir. 1893 r. Nr. 50. 7) ROKITANSKI. Path. Anat. II i III wyd. 8) LANGHANS. Vir. Arch. LIII. 1871, str. 470. 9) SILLING. Virch. Arch. T. 83. Str. 77. 1881 r. 10) DORSCH. Diss. Tübingen. 1886 r. 11) HANDFORD. Transaction of the path. Soc. London. 1889. T. VI. 12) EBSZTEIN. Deut. Med. Woch. 1900. Nr. 42. 13) G. KILIAN. Berl. klin. Woch. Nr. 20. 1900 r. 14) Ch. G. NICOLAS. Gazette heb. de med. et de chir. 1900. Nr. 10.

## STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

48. SUDSUKI. Przyczynki do anatomii normalnej i patologicznej wyrostka robaczkowego. Pomimo licznych poszukiwań poglądy na normalną i patologiczną anatomie wyrostka nie są dotychczas jeszcze jednoznaczne. Na pierwszym planie stoją 2 pytania: 1) czy zawartość kałową wyrostka uważać należy za coś patologicznego; 2) czy często napotykanie zamknięcie światła wyrostka (*obliteratio*) przedstawia sprawę fizyologiczną, inwolucyjną, czy też wytwór zapalenia. Stosunek tych 2 zjawisk do tak ważnego cierpienia, jakim jest zapalenie wyrostka, zajmuje uwagę nie tylko anatomów, lecz także klinicystów. Rozstrzygnięcie tych 2 zagadnień może być dokonane jedynie na mocy obszernego materiału. Materiał, jakim rozporządzał autor, obejmuje 500 wyrostków robaczkowych bez jakichkolwiek grubszych zmian patologicznych. Autor poddawał badaniu wyrostki bez wyboru, tak, jak je los przynosił.

Prawie wszyscy autorowie jednoznacznie podają, że wyrostek robaczkowy, poczynając od wyjścia swego z kątnicy, przyjmuje kierunek ku dołowi i bardzo często dosięga brzegu małej miednicy, często nawet wchodząc do tej ostatniej. Kierunek ten, uważany dotychczas za normalny, autor napotkał w  $\frac{1}{3}$  części wszystkich przypadków. W pozostałych zaś wyrostek skierowany był albo ku górze, wogóle równoległe do okrężnicy wstępującej, albo też poprzecznie, w kierunku do środkowej linii ciała, równoległe do ostatniego odcinka кишки cienkiej, pomijając naturalnie mniejsze wygięcia i nierówności. Nierzadko znajdował autor koniec wyrostka poza wątrobą albo na otoczce prawej nerki, częściej jeszcze w małej miednicy między pęcherzem, wzgl. macicą a prostnicą. To ostatnie siedlisko nierzadko uwarunkowane było przez to, że część *mesocoli*, która przytwierdza kışkę ślepą do ściany brzusznej, była niezwykle długa, tak że kątnica i wraz z nią cały wyrostek opuściły się do małej miednicy, choć wogóle o opuszczeniu trzew (*enteroptosis*) nie mogło być mowy. Poza wątrobą albo na prawej nerce wyrostek leżał tylko przy szczególnej długości swej oraz u dzieci, u których jednak nie można było stwierdzić ani przemieszczenia kątnicy, ani opuszczenia innych narządów.

Średnia arytmetyczna ze wszystkich wymiarów długości i danych liczbowych co do obwodu zbadanych wyrostków zgadza się z cyframi innych autorów: przeciętna długość wynosi 8,6 ctm., przeciętny obwód — 1,7 ctm. W wieku 11—20 lat wyrostek posiada największą długość i największy obwód. Z wiekiem wymiary te ulegają stopniowemu zmniejszeniu. Dane te zupełnie zgadzają się z wynikami, otrzymanymi przez RIBBERT a.

Przy rozstrzygnięciu pytania, czy wyrostek robaczkowy może w warunkach prawidłowych zawierać kał, niektórzy autorowie wielkie znacznie przypisują zastawce GERLACH'a, sądząc, że ona przeszkadza wstępowaniu zawartości kiszkowej do wyrostka lub wychodzeniu kału z wyrostka do jelit. Ważna tedy jest okoliczność, stwierdzona przez autora, że najczęściej zastawki tej brak: tylko w  $\frac{1}{3}$  części wszystkich przypadków, t. j. około 150 razy na 459, autor znalazł zastawkę, która przytem była tak słabo rozwinięta, że o właściwej zastawce, mogącej odgraniczyć jamę wyrostka od reszty przewodu kiszkoowego, trudno było mówić. Zdaniem autora, fałda błony śluzowej, nazwana zastawką GERLACH'a, zupełnie nie zasługuje na miano zastawki. Że fałda ta nie posiada wogóle żadnego znaczenia fizyologicznego, za tem przemawia także, prócz jej budowy, t. j. braku elementów sprężystych lub mięśniowych, ta okoliczność, że z wiekiem coraz rzadziej się napotyka. Tego samego dowodzą następujące cyfry: na 150 wyrostków z zastawką 86 (57%) zawierały kał, a na 309 wyrostków bez zastawki kał zawierały 202 (65%), t. j. mało co więcej, niż w pierwszej grupie wyrostków. Takie same wyniki otrzymał GLAESER. Jak mało zastawka GERLACH'a tamuje kałowi wstęp do jamy wyrostka, dowodzą także doświadczenia na trupie, jakkolwiek te nie są bardzo przekonujące, gdyż warunki w żywym ustroju (ruchy robaczkowe i t. d.) są zupełnie odmienne.

Bez względu na obecność lub brak zastawki 57% wyrostków zawierało kał. Zawartość kałową autor przyjmuje w każdym przypadku, który okazywał choć drobną cząsteczkę kału w kanale wyrostka. Dane te pozostają w rażącej sprzeczności z danymi, otrzymanymi przez RIBBERT'a. Na 288 przypadków, w których wyrostek okazywał zawartość kałową, znalazło się tylko 26, w których kał zasługiwał na miano „zbitego“, pod którą to nazwą autor bynajmniej nie rozumie złągów, kamieni kałowych.

Prawdziwe kamienie kałowe znalazł autor na 500 przypadków wszystkiego 4 razy, co zgadza się zupełnie z danymi GLAESER'a, a znacznie się różni od wielkich cyfr RIBBERT'a. Kamienie kałowe tedy, zwłaszcza większe, napotykają się bardzo rzadko, jakkolwiek w większości przypadków z zejściem śmiertelnem przy *epityphlitis perforativa* przy oględzinach pośmiertnych nie trudno jest znaleźć kamienie kałowe. Względna rzadkość kamieni kałowych ogranicza się, zdaje się, do tych przypadków, w których wyrostek nie okazuje cięższych zmian patologicznych, innymi słowy: obecność kamieni kałowych daje bardzo łatwo i często powód do owrzodzeń i spraw zgorzeliowych wyrostka, choć nie zawsze są przyczyną zapalenia wyrostka. Podkreślić tu należy, że niebezpieczne w sensie wzmiankowanym są tylko kamienie kałowe, nie zaś wogóle zawartość kałowa, gdyż na 212 przypadków, w których wyrostek wcale kału nie zawierał, autor 21 razy (10%) znalazł zmiany błony śluzowej, podczas gdy na 288 przypadków z zawartością kałową rozmaitej spoistości zmiany błony śluzowej znalezione zostały tylko 14 razy (5%). Zmiany te w obu grupach wyrostków polegały na zaczerwienieniu i obrzmieniu błony śluzowej z udziałem torebek limfatycznych, albo na zgrubieniu ściany, w którym udział brały błona śluzowa i podśluzowa.

Między zawartością kałową wyrostka, z jednej strony, a kierunkiem i długością tegoż — z drugiej, zachodzi pewien związek, jak tego dowodzą cyfry autora. Najczęściej napotyka się kał w tych wyrostkach, które są skierowane ku dołowi, co zresztą jest z góry zrozumiałe. Co się tyczy wpływu długości wyrostka na zawartość w nim kału, to im dłuższy jest wyrostek, tem częściej daje się w nim napotkać kał. Tłomaczy się to tem, że mięśnie wyrostka łatwiej wydalić

mogą zawartość z krótkiego narządu, niż z długiego. Zdawałoby się, że w miarę powiększenia długości wyrostków częstość znajdowania w nich kału zgęszczonego, zbitego również powinna w rastać, lecz tak nie jest.

Na zawartość kału w wyrostku pozostaje bez wpływu mniejszy lub większy stopień ruchomości tego narządu: na 417 swobodnie ruchomych wyrostków 218 (57,1%) okazywało zawartość kałową; taki sam stosunek zachodził przy wyrostkach, zrosniętych z sąsiednimi narządami (okrężnicą, kiszki cienkimi, kreską): na 83 wyrostki w 50 (60,2%) znaleziono zawartość kałową. Zrosty te są, jak to widać z dopiero przytoczonych cyfr, (na 500 przypadków 83 razy = 16,6%) dość częste. Pomijając pierwsze 10-lecie, w którym zdarzają się bardzo rzadko, wiek wogóle nie ma wpływu na ich częstość. Czy owe zrosty, które uchodziły, podług dotychczasowych poglądów, za pozostałości po przebytem miejscowem zapaleniu, pozostają w jakimkolwiek stosunku do odbywającej się często w wyrostku sprawy obliteracyjnej, trudno powiedzieć. Na wszystkie zbadane przypadki autor 113 razy (22,6%) znalazł obliteracje, z których 41 były całkowite, 72 częściowe. Podczas gdy z pomiędzy wszystkich 387 niezarośniętych wyrostków 55 (14,2%) były przyrośnięte do sąsiednich narządów, na 113 zarośniętych wyrostków zrosty były prawie 2 razy częstsze, t. j. znalezione było 28 razy (24,8%). Jak wytłumaczyć tę znaczną różnicę, którą podnosi także GLAESER, trudno rozstrzygnąć. Autor nie zgadza się na to, ażeby obie sprawy, t. j. zarośnięcie wyrostka i wytwarzanie błon rzekomych, sprowadzić można było do jednej przyczyny, t. j. do przebytego zapalenia.

Przy tak znacznej częstości zarośnięcia światła wyrostka — prawie każdy czwarty człowiek ma zarośnięty albo zarastający wyrostek — trudno przypuścić, ażeby sprawa ta była następstwem spraw przewlekłe zapalnych lub wogóle patologicznych. Przemawia za tem przedewszystkiem wpływ wieku na tę sprawę: częstość obliteracji wzrasta z wiekiem, tak, że każdy drugi starzec, liczący przeszło 70 lat, ma zarośnięty wyrostek. Tak niezmiernie często napotykająca się sprawa nie może, zdaniem autora, w żaden sposób być uważana za chorobową, lecz musi być postawiona w jednym rzędzie z rozwojem wstecznym (*involutio*) niektórych innych narządów. Temu bynajmniej nie przeczy okoliczność, że nie mało wyrostków znaleziono w stanie zarośnięcia, szczególnie częściovego, w kwiecie wieku.

Ogólnie biorąc, zaczyna się sprawa zarastania światła wyrostka od szczytu tegoż i posuwa się do podstawy w ciągu długiego czasu: szeregu lat i dziesiątków lat. Zarośnięta część albo zachowuje dawniejszą grubość albo też staje się cieńszą. Przy obliteracji wyrostka najczęściej mamy skrócenie tegoż. Okoliczność ta tłumaczy w pewnym stopniu zaznaczony wyżej fakt, że z wiekiem przeciętna długość wyrostka staje się mniejszą.

W 2 przypadkach zarastanie zaczęło się nie od ślepego końca, lecz od innego miejsca. W obu tych przypadkach odgraniczona część jamy była powiększona i wypełniona śluzem. W 2 innych przypadkach zarośnięte były podstawa i szczyt, w środku zaś znajdowało się wrzecionowate wzdęcie, odpowiadające rozszerzonej w tem miejscu jamie wyrostka, wypełnionej śluzem.

Badaniu drobnowidzowemu autor poddał około 300 wyrostków, w tej liczbie dużą liczbę prawidłowych wyrostków, dalej wszystkie wyrostki, które okazywały najmniejsze chociażby zboczenie od stosunków normalnych, szczególnie zaś wszystkie przypadki obliteracji. Ta ostatnia odbywa się w ten sposób, że rusztowanie łącznotkankowe śluzówki i podśluzówki ulega bujaniu i przyjmuje tkankę tłuszczową, nabłonek ginie, przeciwległe części zarastają się, przyczem pozostają

staje często wąska szczelina, jako pozostałość światła wyrostka. Resztki torebek limfatycznych zostają przez czas dłuższy zachowane, ostatecznie jednak i one zanikają. Zupełnie obliterowany wyrostek przedstawia w przecięciu poprzecznym następujący obraz: wewnątrz pierścienia mięśniowego tkanka tłuszczowa, powstała z podśluzówki, w środku zaś, jako pozostałość śluzówki, bardziej zbite ząbione jądro łącznotkankowe ze szczeliną lub bez niej.

(*Mittteil. u. d. Grenzgeb. d. Medic. u. Chirurgie*, T. 7, Zesz. 4 i 5, Str. 516—534).

49. C. ADRIAN. Zapalenie wyrostka robaczkowego, jako następstwo cierpienia ogólnego. Dane kliniczne i doświadczalne. Liczne prace, ogłoszone ostatnimi laty, dowiodły, że narządy gardzieli, szczególnie zaś migdały, stanowią wrota, przez które wiele zarazków przenika do ustroju. Zostało to dowiedzione dla gruźlicy, róży, zapalenia szpiku kostnego, zapalenia opłucny, ropnicy i posocznicy, ostrego żółtego zaniku wątroby i t. d. Dla objaśnienia częstego powstawania zapalenia wyrostka robaczkowego ważne są analogie, istniejące między tym narządem a migdałami. Obydwa te narządy obfitują w tkankę adenoidealną, która, według doświadczeń STÖHR'a i RIBBERT'a, jest szczególnie łatwo dostępna dla zakażeń ze strony błony śluzowej; wyrostek przedstawia ślepo zakończone worek, uchylek, podobny do istniejących w migdałach uchyleków (krypt), które zwiększają niebezpieczeństwo zakażenia; obydwie narządy przylegają do jam, rojących się od drobnoustrojów. SAULI też określa zwykłą *appendicitis* wprost, jako „*angina*“ wyrostka robaczkowego. Zgadza się z tem, zdaniem tegoż autora, okoliczność, że zapalenia obu narządów występują przeważnie w młodym wieku.

Znane są w literaturze, z jednej strony, przypadki zapalenia migdałów, powikłane zapaleniem wyrostka, z drugiej— powikłanie zapalenia wyrostka gościem stawowym.

Wobec powszechnie przyjętego związku między zapaleniem gardzieli a ostrym gościem stawowym, łatwo już zrozumieć łączność tych 3 spraw (*angina—appendicitis—polyarthritus*). Podobnie jak migdały mogą służyć za punkt wyjścia ostrego gościa stawowego, tak też zapalenie wyrostka, owa „*angina*“ uchyleka robaczkowego, może stanowić taki sam punkt wyjścia cierpienia gościcowego; z drugiej zaś strony *appendicitis* może występować wtórnie w następstwie cierpienia stawowych, które znów mogą być zależne od cierpienia migdałów.

Spostrzeżenia kliniczne, zwłaszcza autorów francuskich, dowodzą, że zapalenie wyrostka może być częstokroć uważane za wyraz cierpienia ogólnego. Zdaniem tych autorów, wyrostek, niezmiernie bogaty w torebki limfatyczne, może w przebiegu chorób zakaźnych stanowić takie same wygodne miejsce dla odkładania się drobnoustrojów, jak stawy, jamy, wysłane błonami surowiczymi, gruczoły chłonne i inne obfitujące w tkankę adenoidealną narządy.

Przeglądając zebraną i przytoczoną przez autora literaturę tego przedmiotu, widzimy, że zapalenie wyrostka występować może w przebiegu lub po ukończeniu najrozmaitszych chorób zakaźnych: zapalenia gardła, zapalenia gruczołu przyusznego, szkarlatyny, odry, ospy wietrznej, naturalnej, ostrego gościa stawowego, zapalenia płuc, tyfusu brzuszego, influenzy i t. d. Szczególnie często występować ma zapalenie wyrostka w następstwie influenzy. Wzmiankę o tem znajdujemy u wielu autorów. Zauważono przytem, że od lat 10, t. j. od ostatnich wielkich epidemii grypy, liczba przypadków zapalenia wyrostka wzrosła niepomiernie. Łatwo także zauważyć można, że w tej porze roku,

w której liczba przypadków grypy zwiększa się, jednocześnie wzrasta liczba przypadków zapalenia wyrostka.

Autor podaje opis 7 własnych przypadków, w których wyraźnie występuje związek między zapaleniem gardzieli, ostrym gośćcem stawowym i zapaleniem wyrostka robaczkowego. Szczególnie interesujący jest przypadek 7-my autora, w którym związek przyczynowy zapalenia wyrostka z influencją został niezbicie dowiedziony: tak w płwocinie chorego, jak i w ropie, wziętej z ropnia okołowyrostkowego, znaleziono typowe laseczniki influenzy. Laseczniki te rozpoznane zostały, jako grypowe, drogą hodowli.

W dalszym ciągu swej pracy autor podaje wyniki swych doświadczeń na zwierzętach (królikach), podjętych w celu wywołania u nich zapalenia wyrostka. Doświadczenia te podzielić można na 2 grupy: 1) zabiegi miejscowe, 2) zakażenie ze strony krwi — z miejscowymi zabiegami lub bez nich.

Co się tyczy pierwszej grupy doświadczeń, to autor przekonał się, że zabiegi miejscowe (wprowadzenie ciał obcych, podwiązanie naczyń doprowadzających i t. d.) albo nie są w stanie wogóle wywołać jakichkolwiek zmian w wyrostku, albo też, odpowiednio do większej liczby podwiązanych naczyń, występują sprawy zgorzelinowe na większym lub mniejszym obszarze błony śluzowej zarówno wyrostka, jak i drugiego, również bogatego w torebki limfatyczne narządu, t. zw. *sacculus rotundus*, t. j. soczewicowatego odcinka końca kiszciki cienkiej, przylegającego do zastawki BAUMIN'a. Zmiany te z wyglądu, rozprzestrzenienia i budowy histologicznej różnią się istotnie od zwykle spotykanych w sprawach zapalnych wyrostka. Ten szereg doświadczeń nie wiele się przyczynia do zrozumienia zapalenia wyrostka u człowieka.

Ważniejsza jest druga grupa doświadczeń. Tu powstaje w następstwie zakażenia ogólnego zapalenie torebek wyrostka i *sacculi rotundi*, wywołane odkładaniem się w pomienionych narządach wstrzykniętego do krwi jadu. Autorowi udało się wywołać to zapalenie torebek przy wstrzykiwaniu do żyły usznej królików następujących drobnoustrojów: *streptococcus*, *staphylococcus*, *pneumococcus* (*diplococcus lanceolatus*), *bact. coli commune*, *b. typhi abdom.*, *b. tuberculosis*, *b. anthracis*. Zapalenie torebek limfatycznych wyrostka, otrzymane u zwierząt drogą doświadczenia, przedstawia wielką analogię z patologią ludzką, gdyż u człowieka zakaźne cierpienia kiszek, szczególnie zaś dur i gruźlica, napastują przeważnie torebki odosobnione i kępkki PEYER'a. Fakt ten, jak to wynika z doświadczeń autora, może być wytłomaczony nie tylko przenikaniem odpowiednich drobnoustrojów *in loco*, lecz także przedostaniem się drobnoustrojów lub ich toksyn ze krwi. Doświadczalne zapalenie torebek limfatycznych u królików, jakkolwiek nie okazuje nic swoistego dla każdego z pomienionych gatunków drobnoustrojów i jest wyrazem jedynie ogólnego cierpienia, zasługuje na szczególną uwagę z tego względu, że stałe znajdowanie nawet makroskopowo dostrzegalnych zmian w błonie śluzowej wyrostka udaje się już wtedy, gdy w innych narządach, specjalnie zaś w pozostałych odcinkach przewodu kiskowego i jego aparatach torebkowych, kępkach PEYER'a, nie można jeszcze stwierdzić żadnych, ani makroskopowych, ani mikroskopowych zmian. Z tego wynika, że przy wymienionych wyżej zakażeniach wyrostek robaczkowy, w stosunku do pozostałej błony śluzowej kiszek i jej narządów torebkowych, kępek PEYER'a i t. d., przedstawia szczególny *locus praedilectionis* dla umiejscowienia spraw zapalnych, powstałych wskutek ogólnego zakażenia ustroju.

(Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chirurgie. Tom 7. Zesz. 4 i 5, Str. 407—444).

S. Pechkranz.

## Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z dnia 30 kwietnia r. b.

TREŚĆ: 1) CETNAROWICZ — przedstawienie dwojga dzieci z przemieszczeniem soczewki (*ectopia lentis*); 2) St. ORŁOWSKI — przedstawienie chorego z porażeniem naprzemianległym (*paralysis alternans*), powstałym wskutek zranienia mostu WAROL'a; 3) J. MAZURKIEWICZ — przedstawienie chorego z obwodowym porażeniem nerwu twarzowego; 4) A. KOZERSKI — przedstawienie chorego, dotkniętego akromegalią; 5) NATANSON — przedstawienie macicy, wyluszczonej z powodu raka trzonu macicy; 6) RYCHLIŃSKI i ŁAPIŃSKI — przedstawienie preparatów drobnowidzowych, zabarwionych za pomocą nowej metody; 7) STRANINAUS — „O mieszanych nowotworach gruczołu podszczękowego“.

1) Kol. CETNAROWICZ przedstawił dwoje dzieci z przemieszczeniem soczewki (*ectopia lentis*). Jedno z nich C. przed dwoma laty operował, robiąc kilkukrotne rozcięcie torebki soczewkowej z dobrym wynikiem. Jako przyczynę C. wskazuje wyraźny u matki przymiot.

2) Kol. St. ORŁOWSKI przedstawił niezwykle rzadki przypadek porażenia naprzemianległego (*paralysis alternans*) powstałego wskutek zranienia mostu WAROL'a. Opis tego przypadku podamy niebawem w naszym piśmie.

3) Kol. MAZURKIEWICZ przedstawił przypadek obwodowego porażenia nerwu twarzowego z zanikiem twarzy i z zaburzeniami odżywczymi.

Chory lat 40 w grudniu r. z. poczuł nagle ból w lewym uchu, po 3-ch dniach zauważył skrzywienie twarzy. W marcu Kol. RYCHLIŃSKI stwierdził u chorego porażenie wszystkich trzech gałęzi nerwu twarzowego lewego z zanikiem odpowiednich mięśni i z zupełnym odczynem zwyrodnienia. Czucie skórne po stronie lewej nieco obniżone, odróć spojówkowy lewy był bardzo słaby. Oprócz tego u chorego w ostatnich tygodniach zaczęły się zjawiać na lewej połowie twarzy, czaszki i szyi wrzodziaki. Pomimo tak ciężkich objawów ubocznych kol. M. stawia rokowanie co do swego przypadku pomyślne, gdyż pobudliwość elektryczna znacznie się polepszyła.

4) Kol. KOZERSKI przedstawił przypadek akromegalii.

Mężczyzna lat 34 inżynier. Przed 15 laty zauważył zwiększanie się konturów rąk i stóp. Przy oglądaniu chorego uderzają grube poprzeczne i pionowe fałdy na czole i powiększenie konturów rąk i palców stóp. Przeciwnie obrzękowi śluzowemu (*myxoedema*) przemawiał charakter obrzęku — skóra galaretowato miękka — zachowanie inteligencji i sił fizycznych i zwiększona zbitość pod okostną i duże rozmiary kości palców rąk i stóp, co wykazały zdjęcia rentgenowskie. Młodszy brat chorego cierpi na to samo.

5) Kol. NATANSON przedstawił macicę, wyluszczoną z powodu raka trzonu macicy. Preperat dotyczył chorej 40-letniej. Tylko jama ciała była zajęta, szyja zaś była zupełnie wolna; guz wychodził z tylnej ściany, był wielkości śliwki i sterczał ku jamie zupełnie swobodnie. Operacja, polegająca na całkowitem wyluszczeniu macicy, wypadła pomyślnie. Kol. N. podnosi znaczenie mikroskopowego badania wyskrobin.

6) Kol. RYCHLIŃSKI i ŁAPIŃSKI przedstawili szereg preparatów drobnowidzowych kory mózgowej i mózdzku, zabarwionych własną metodą, przedstawiającą modyfikację metody WEIGERT'a. Metoda polega na utrwalaniu kawałków mózgu w formalinie, na barwieniu skrawków hematoksyliną i następnem tutowaniu w sodzie. Skrawki otrzymano z mikrotomu za pomocą zamrażania. Wszystkie te procedury odbywają się bardzo szybko, tak że w ciągu kilku dni można otrzymać bardzo wydatne zabarwienie włókien myelinowych w układzie nerwowym.

W dyskusyi kol. FLATAU zaznacza, że znanych jest kilka metod barwienia, znacznie przyspieszających otrzymanie preparatów (MARCUS'a, MARINY, GUD-

DEN'a), i z tego względu modyfikacja, podana przez prelegentów, nowa pod względem przyspieszania terminu barwienia bynajmniej nie jest.

Kol. RYCHLIŃSKI w odpowiedzi zauważa, iż wspomniane metody stosował, lecz dobrych preparatów nie otrzymywał.

7) Kol. STEINHAUS odczytał rzecz p. t. „O mieszanych nowotworach gruczołu podszczękowego”. Nakreśliwszy przebieg kliniczny i wygląd makroskopowy guzów mieszanych ślinianek wogóle, a gruczołu podszczękowego w szczególności, kol. St. opisuje budowę histologiczną tych guzów na podstawie badań własnych; wykazuje, że w kwestyach morfologicznych panuje zupełna zgoda pomiędzy autorami, różnice zaś występują jedynie przy tłumaczeniu obrazów mikroskopowych. Jedni uważają mięsz nowotworów za twór śródbłonkowy, inni za nabłonkowy. S. poddaje krytyce argumenty obydwóch stron i w rezultacie skłania się do pierwszego z wymienionych poglądów. Geneza guzów łącznotkankowych też rozmaicie bywa tłumaczona. Jedni wyprowadzają je z tkanki łącznej gruczołu, inni przechylają się na stronę teorii COHNHEIM'a i wyprowadzają wszystkie odmiany tkanki łącznej guzów z mezenchymy zarodka. Ostatnią teorię łączą zwykle z teorią nabłonkowego pochodzenia mięszu, sądząc na podstawie badań embryologicznych (HINSBERG), że wraz z okostną przemieszczają się i pęcherzyki gruczołowe, i że dopiero to wspólne przemieszczenie jest punktem wyjścia dla rozwoju nowotworu mieszanego. St., zgadzając się z poglądem o zarodkowym pochodzeniu zaczątków guzów mieszanych ślinianek, nie widzi jednak konieczności łączenia tych poglądów z teorią nabłonkowego pochodzenia mięszu, na której korzyść właściwie nic nie przemawia.

Sekretarz stały w dyskusji zaznacza, iż nowotwory mieszane ślinianek zwłaszcza o charakterze śródbłonkowym, powstać mogą nie wyłącznie, jak chce prelegent, ze śródbłonka naczyń limfatycznych, lecz także i z t. zw. angioblastów. Wątpi także BRODOWSKI, by twory śródbłonkowe w badanych przez prelegenta guzach ulegały przemianie śluzowej, którą bardzo łatwo zmieszać ze szklistawą. Niepodobna również odmawiać czynnego udziału w powstawaniu mieszanych nowotworów ślinianek wchodzącej w skład ich zwyczajnej tkance łącznej, a niekiedy nawet i nabłonkowej.

Kol. STEINHAUS w odpowiedzi zaznacza, że obrazy mikroskopowe nie przemawiają na korzyść pochodzenia mięszu ze śródbłonka naczyń krwionośnych. Co się tyczy zwyrodnienia komórek mięszu nowotworów, to nie mamy tu do czynienia ani z czystym śluzowym, ani z czystym szklistym zwyrodnieniem, lecz z czemś pośrednim (dégénération muco-hyaline francuskich autorów). Takiej przemianie podlega jednakowo i substancja międzykomórkowa i komórki łącznotkankowe lub śródbłonkowe.

*St. Koczyński.*

## Z Warszawskiego Towarzystwa Higienicznego.

Posiedzenie wydziału higieny ludowej z dnia 25 maja r. b.

Posiedzenie rozpoczęło od zwiedzenia kuchni ruchomych, kąpeli ludowych im. CHAŁUBIŃSKIEGO, pralni, przytulku noclegowego praskiego i związanych z nim sal zarobkowych. Objaśnień udzielali pp: CHAMIEC, ROŚI, CISZKIEWICZ i ks. CHELMICKI.

P. Edm. JANKOWSKI w pogadance podniósł wysoko znaczenie higieniczne, ekonomiczne i etyczne sadów przy domach dla służby folwarcznej, szczególnie doniosłe dziś w czasie emigracji, gdy chodzi o znalezienie środków do zatrzymania w kraju służby folwarcznej. Służącego trzeba czemś przywiązać do jego siedziby; sad może mieć w tym względzie niezmiernie znaczenie. P. J. z góry się zgadza, że są to odległe ideały, jednak opis takiego sadu, oddzielnego dla każdej rodziny, podał z rzeczywistości, z tego, co sam zrobił u siebie w majątku, i co już wywołało naśladownictwo.

Sad zajmuje 25—30 prętów. Ogrózenie ma najtańsze, bo żywoplot z plecionej wierzby, podsadzonej jeżynami lub dzikimi różami. Sad zawiera 12 drzew owocowych (2 wiśnie, 2 śliwy, 3 grusze i 5 jabłoni). Gatunki wybrał p. J. najodpowiedniejsze, uwzględniając i łatwość przyjęcia się ich, i płodność, i wczesne owocowanie, i smak bardziej cierpki lub kwaskowaty, ulubiony przez włościan. Z innych drzew poleca klony, kasztany, lipy, topole berlińskie, akacje. Drzewa trzeba sadzić kilkoletnie. Z krzewów sad ten zawiera 24 agresty, tyleż porzeczek i 60 malin. Jest w nim i altanka, obsadzona dzikiem winem, otoczona bzem, jaśminem, leszczyną lub tawułą. Są i grządki na kwiaty trwałe oraz obsiewki drózek kwiatami. Resztę przestrzeni zajmują warzywa, na które p. J. żąda: 6 łutów buraków, 3 — marchwi, 2 — kapusty, 1 — brukwi, 1 — ogórków,  $\frac{1}{4}$  funta cebuli dymki,  $\frac{1}{4}$  funta fasoli prechoty i  $\frac{1}{4}$  funta grochu. Znalazł miejsce i na sałatę, rzodkiewkę, rzepę, wczesne ziemniaki, a nawet truskawki. Koszt wybudowania dobrego mieszkania z takim sadem dla jednej rodziny oblicza J. na 500 rb. Służący, mając taki sad wyłącznie dla siebie, strzegłby go, jak oka w głowie. Właściwie zaś, nawet zmieniając służbę, powinienby mieć pewność, że w nowem miejscu sad taki dla siebie zastanie.

W rozprawach wszyscy podzielali wnioski p. J. P. MAKOWSKI i d-r JAKIMIAK podnosili znaczenie wpływu duchowieństwa w tej sprawie i rozpowszechniających się już u nas swiąt sadzenia drzew. Potrzebę takich ogródków podnosili i w tow. rolniczych niektórzy ich członkowie oraz delegacye służbowe.

## XIX ZJAZD INTERNISTÓW W BERLINIE.

(Sprawozdanie własne).

Sprawozdanie z posiedzenia d. 17 kwietnia.

(Ciąg dalszy.—Zob. Nr. 23).

Wczorajsze odczyty SMITHA (Morbach) o „fonendoskopii i perkusyi serca“ HOFFMAN'a (Morbach) o „objektywnem badaniu środków sercowych“, SCOTT'a (Nauheim) o „ciśnieniu krwi w przewlekłych chorobach serca“ oraz dzisiejszy odczyt MENDELSON'a (Berlin) o „ocenianiu wydolności serca z tego, jak ono przychodzi do siebie po dokonanym wysiłku“ możemy pominąć, gdyż nie przedstawiają szczególniejszego interesu.

Natomiast wielkie praktyczne znaczenie miał odczyt znanego Wam już z moich poprzednich sprawozdań ze zjazdu chirurgów prof. BIER'a (Gryfia), wygłoszony na specjalne żądanie zjazdu, o „stosowaniu sztucznie wywołanego przekrwienia dla celów leczniczych“. Przedewszystkiem demonstruje on na chorym sposób wywoływania przekrwienia zastoinowego w stawie łokciowym za



pomocą taśmy gumowej, ograniczającej odpływ krwi żyłnej. W stanach zapalnych już nie wielki ucisk wywołuje przekrwienie zastoinowe. Przekrwienie to z początku osłabia bakterye, a potem niszczy je całkowicie. Dla tego też otrzymać można bardzo pomyślne wyniki w cierpieniach stawów natury gruźliczej, gośćcowej, rzeżączkowej, puerperalnej, jak również w róży. Zabiegi chirurgiczne nie stają się jednak przez to zbyt częste. W raku, mięsaku i przymiocie metoda ta raczej szkodzi, niż pomaga; natomiast nacieczenie zapalne (*phlegmone*) można niekiedy stłumić w samym zarodku sprawy. Metoda powinna być zastosowana dopiero w okresie podostrym. BIER rozróżnia zastój gorący, zimny i biały. Skuteczny jest jedynie zastój gorący; kończyna wtedy jest rozgrzana, obrzękła, barwy czerwonej aż do sino-czerwonej. Zastój zimny jest bardzo szkodliwy, a nawet niebezpieczny, w tym przypadku kończyna jest sina i zimna wskutek zbytowego zaciągnięcia taśmy.

Stwierdzone klinicznie działanie bakteryobójcze zastoinu znalazło potwierdzenie w bakteriologicznych pracach NOETZEL'a. Znalazł on, że na 67 królików, którym zastrzyknięto laseczniki węgliką oraz streptokoki, przyszło do siebie 51, u których wywołano przekrwienie zastoinowe.

Przekrwienie zastoinowe wywołuje też rozrost tkanki łącznej i zablźnienie, co może mieć znaczenie pomyślne przy otorbieniu ognisk zapalnych.

Dalszą własność zastoinu, również stwierdzoną eksperymentalnie, stanowi jego zdolność rozpuszczająca, właściwi, zależna od krwi. Zastój żylny też pomaga rozejściu się wysięku, ale przeszkadza wsysaniu. Zastój tętniczy też osłabia wssanie rozpuszczonych części, i dla tego BIER zaleca równoczesne stosowanie masażu. Metoda ta dała pomyślne wyniki, zwłaszcza w przewlekłym reumatyzmie. Bardzo być może, że zapalenie urazowe, zaburzenia w krążeniu oraz obrzęk, powstający w około wylewów krwawych, mają właściwie na celu rozpuszczenie tych ostatnich. Ponieważ i tutaj wsysanie jest utrudnione, należy je pobudzić przez masaż i wysokie położenie.

Przekrwienie zastoinowe działa w wysokim stopniu kojąco na ból, ale dotyczy to jedynie przekrwienia gorącego, zimne natomiast znacznie wzmacnia bolesność. Jeżeli przekrwienie gorące jest bolesne, to jest to skutkiem źle nałożonego opatrunku.

Obok tego biernego przekrwienia żylnego BIER stosuje także przekrwienie czynne, wywoływane przy pomocy gorącego powietrza. To ostatnie stoi wyżej, niż gorąca kąpiel. Używa on do tego zbudowanych przez siebie skrzynek, wyklejonych płótnem, nasyconem szkłem wodnem. BIER wykazał, że pomyślny skutek nie zależy bynajmniej od wydzielania potu, lecz wyłącznie od przekrwienia tętniczego. Widzi on w tem pewien rodzaj ochłodzenia, skierowanego przeciwko wewnętrznej gorącości. Przekrwienie tętnicze występuje niezależnie od układu nerwowego centralnego. Przekrwienie czynne i bierne mają w działaniu wiele podobieństwa do siebie. I o pierwszym z nich wiemy, że:

- 1) Wywiera ono wpływ rozpuszczający przy wszystkich chronicznych zeszywnieniach stawów. Również daje się ono z korzyścią zastosować w celu przyspieszenia demarkacji, która też jest procesem rozpuszczającym.
- 2) Działa ono kojąco na ból.
- 3) W wysokim stopniu pobudza wssanie i może znaleźć zastosowanie w obrzękach i wylewach krwawych. W tym ostatnim względzie przekrwienie czynne stoi znacznie wyżej, niż masaż.
- 4) Działanie bakteryobójcze przekrwienia czynnego jest bardzo wątpliwe.

W gruźliczych i innych zapaleniach stawów powietrze gorące wywiera wprost szkodliwy wpływ, natomiast działa ono antyneuralgicznie. Odżywczego wpływu nie wywiera ani czynne, ani bierne przekrwienie. Wobec tego na zanik danej części ciała zwiększony miejscowy dopływ krwi nie wywiera bezpośredniego wpływu. Natomiast gorące powietrze wywiera pomyślny wpływ przy chorych i niedomagających naczyniach, np. w *varices*, w przyszczycy i t. p.

Działanie przekrwień jest jednak przeważnie powierzchowne; nie sięga ono do bakteryi *resp.* spraw chorobowych, siedzących głębiej.

Co do strony technicznej, to powietrze gorące należy stosować o jaknajwyższej temperaturze dwa razy dziennie od 1—2 godzin, bandaże tak samo; tych ostatnich nie należy nakładać ciągle w zupełnie tych samych miejscach, ażeby uniknąć ucisku. W przewlekłym zapaleniu stawów dobrze jest łączyć przekrwienie z energicznym masażem.

W dyskusyi MUELLER (Würzburg) zaznacza, że przy sztucznie wywołanem przekrwieniu liczba czerwonych ciałek krwi wzrasta do 6½ miliona; to samo powiedzieć można o hemoglobinie, gdy tymczasem ilość surowicy się zmniejsza.

Po wykładzie HOFFMANN'a (Düsseldorf) „o arytmii napadowej“ przemawiał HEINZ (Erlangen) „o działaniu podnień zewnętrznych (termicznych i chemicznych) na ukrwienie głębokich tkanek“. Igły termoelektryczne, wprowadzone wgłęb jamy opłucny wykazały, że już w kilka minut po zastosowaniu zimnego okładu na piersi temperatura spada o kilka stopni. U wielkich psów, których ściana piersiowa z pewnością grubsza była, niż u człowieka, otrzymywano ten wynik już po 12 minutach. Podobnie działa ciepło, alkohol, nalewka jodowa i wezykatorye.

GUMPRECHT (Weimar) badał działanie jodu na naczynia. Doświadczenia, wykonane na 20 królikach, dały wszystkie ujemne wyniki, aczkolwiek autor dochodził do 60 gramów jodku sodu na królika. Podobne wyniki otrzymał on u ludzi za pomocą aparatu Riva-Rocci, nie wyłączać arteriosklerozy. Co się tyczy działania jodu na naczynia, obserwowanego zwłaszcza przez francuskich badaczy, to może tu występują jakie inne czynniki, których nie zdołano jeszcze uchwycić. Ale sensu żadnego nie ma dawać jodek potasu przy krwotoku w celu obniżenia ciśnienia krwi.

STRASSBURGER (Bonn) mówi o dyspepsyi fermentacyjnej u dorosłych.

Może najciekawsze wykłady z całego zjazdu wygłosił we francuskim języku prof. COURMONT (Lyon). Pierwszy z nich dotyczył morfologicznego badania leukocytozy w wodowstręcie za pomocą mieszaniny trójkwasowej EHRLICH'a. Badania dotyczyły psa, królika, morskiej świnki i człowieka (2 przypadki). Okazało się, że leukocytoza występuje od samego początku cierpienia. Dotyczy ona nie wszystkich rodzajów leukocytów, lecz tylko wyłącznie niemal neutrofilowych wielojądrowych, których cyfra dochodzi do 95%. Wprawdzie spotkać to można i w innych chorobach zakaźnych, ale gdzie niema leukocytozy tego rodzaju, tam niema i wścieklizny. Polinukleozę ta trwa aż do śmierci, a nawet daje się spostrzegać u świeżo zabitych zwierząt. Autor badał tutaj sok, wyciśnięty z płuc, w których krew pozostaje w stanie płynnym 6 do 7 godzin po śmierci. Polinukleozę nie jest wtedy tak wybitna, ale zawsze dość wyraźna (80% u psa wściekłego, 50% u normalnego).

Drugi referat dotyczył serodyagnostyki gruźlicy. Prof. ARLOING (Lyon), imieniem którego przemawiał referent, stosował metodę aglutynacyjną do badania perlicy u bydła. Zwierzęta były brane z miejscowego szlachtuza, i autor dowiadywał się o wyniku sekcji dopiero po wykonaniu doświadczenia. Na 170

przypadków było 169 rozpoznań trafnych, a raz rozpoznano perlicę, której sekcyja nie potwierdziła. Trzeba jednak zaznaczyć, że do pomyślnego wyniku próby niezbędne są hodowle zawsze świeże o określonym stopniu jadowitości, które nie zawsze łatwo otrzymać można.

VOLLHARD (Giessen) referuje „o fermentie żołądkowym, rozszczepiającym tłuszczę“. W neutralnej początkowo emulsji tłuszczowej, wprowadzonej do żołądka V. po upływie  $1\frac{1}{2}$  — 2 godzin znalazł 70% kwasów tłuszczowych. Tęgo specyficznego fermentu nie zawierają sztuczne preparaty pepsynowe i podpuszczkowe. Można go wyciągnąć za pomocą gliceryny z posiekanej błony śluzowej żołądka świńskiego.

REISSNER (Nauheim) mówi o tem, dlaczego przy raku żołądka nie znajdujemy wolnego kwasu solnego, i przypisuje to zobojętniającemu wpływowi owrzodzenia oraz zmniejszeniu wydzielania.

MUELLER (Würzburg) mówi o amylolizie w jamie ustnej i w żołądku. Dotychczas przypisywano całkowitą amylolizę sokowi trzustkowemu, ponieważ przypuszczano, że ptyalina zostaje szybko zabita przez sok żołądkowy. Autor wykazał, że 60—80% mączki krochmalowej są rozpuszczone już w żołądku. Sprawa ta idzie bardzo szybko, w 5—10 minut, i dla tego też sok żołądkowy nie zdąży wywierać wpływu. Ślina zamienia krochmal w dekstrynę, która nie ulega fermentacji.

W dyskusyi MORITZ (Monachium) potwierdza z własnego doświadczenia, że amyloliza odbywa się w żołądku nawet przy nadmiernem wydzielaniu soku żołądkowego.

VOLLHARDT (Giessen) stwierdził nawet ilościowo amylolizę w żołądku.

URSTEIN (Warszawa) zwraca uwagę, że amyloliza już w ustach u rozmaitych ludzi wykazuje znaczne różnice jakościowe. Wiadomo, że krochmal, poddany w ustach działaniu śliny, w ciągu kilku minut daje odczyn Trommer'a. Nie zawsze tak jednak bywa, gdyż u mocnych palaczy np. nie można otrzymać albo wcale, albo o wiele później i to w znacznie mniejszym stopniu.

Popołudniowe posiedzenie poświęcone było demonstracyom, z których notujemy ciekawsze:

STRÜPPLER (Monachium) i HIRSCH (Lipsk) demonstrują dwóch pacyentów z *hernia diaphragmatica*. Oba przypadki były długi czas nierozpoznane. Do wyświetlenia sprawy przyczyniła się rentgenografia. Jeden przypadek był pochodzenia urazowego, a drugi wrodzony.

HANSEMANN (Berlin) demonstruje bardzo ciekawy zbiór preparatów przymiotu płuc.

JACKSCH (Praga) demonstruje kości i preparaty krwi młodej dziewczyny, dotkniętej białaczką pochodzenia szpikowego. *Periostitis multiplex*, obserwowana z początku, znikła w przebiegu choroby, co stwierdzone zostało rentgenograficznie.

MICHAELIS (Berlin) pokazuje preparaty krwi, przypominające białaczkę. Chodziło tu o olbrzymiokomórkowe zwyrodnienie narządów krwiotwórczych.

(C. d. n.).

## KORRESPONDENCYA „MEDYCINY“.

*Praga Czeska, 4 czerwca.*

Trzeci zjazd przyrodników i lekarzy czeskich w Pradze otwarty został w dniu 25 maja w gmachu „Narodního divadla“. Po zagajeniu zebrania przez prezesa zjazdu prof. d-ra HLAVĘ i przywitaniu przybyłych w imieniu miasta przez prezydenta Pragi dra SRBA, zabrali głos przedstawiciele naukowych instytucji czeskich. Po nich szereg przemówień reprezentantów narodów słowiańskich rozpoczął pr. d-r KOSTANECKI z Krakowa, zakończył zaś d-r ŁAZURSKIJ, delegat Towarzystwa neurologicznego w Petersburgu — jedyny przedstawiciel lekarzy rosyjskich.

Następnie prof. HLAVA ogłosił wybór honorowych prezesów — z polaków wybrano prof. KOSTANECKIEGO, WICHEKIEWICZA, RYDYGIERA i POMORSKIEGO — i ustąpił prezydium swe prof. KOSTANECKIEMU, który do końca już prowadził posiedzenie. Potem prof. d-r THOMAYER wygłosił odczyt: „Wpływ cywilizacji na nerwy człowieka“. Prelegent na wstępie daje nam rzut oka na wiek 19, jego rozwój cywilizacji wogóle, a w Czechach w szczególności, i zadaje pytanie, jak postęp życia intelektualnego wpływa na nerwy człowieka, czy ogromne zdobycze wiedzy i postępy przemysłu oddziałują ujemnie, czy dodatnio na układ nerwowy. Rozbiera zapatrywania Feliksa PLATERA, który już w 1602 r. dowodził, że praca umysłowa zgubnie wpływa na nerwy, i pracę amerykanina BEARD'a, który też starał się dowieść, iż praca umysłowa amerykanów, sposób gorączkowy ich życia wytworzył nowy specyficzny rodzaj choroby — neurastenię. Zbija te dowodzenia prelegent i podaje cały szereg faktów chronologicznie od najdawniejszych czasów, zaznaczając, że choroby nerwowe istniały już i w epokach o małej cywilizacji. Przeciwnie, dawniej występowały objawy tych chorób silniej i jako epidemie np. histerya, konwulsje. Historia daje nam mnóstwo przykładów takich masowych chorób. Liczne też mamy dowody halucynacji, złudzeń zmysłowych. Tylko że w starożytnych i średnich wiekach choroby te uważano za wyniki opętania przez dyabła, za dowód łączności ze światem nadprzyrodzonym, rezultat czarów.

Wszak i ojciec nowożytnej kliniki Herman BOERHAAVE (1668—1728) znał tylko z chorób nerwowych apopleksję, katalepsję, *carus*, paraliż, histeryę, epilepsję, melancholię i manię. Stanowczo więc twierdzić można, mówił prelegent, że wzrost cywilizacji nie idzie w stosunku prostym do wzrostu chorób nerwowych. Tak częsty dziś paraliż nie pojawia się, jak tego chcą zwolennicy zasady, że praca umysłowa zgubnie działa — u ludzi umysłowo tylko pracujących, przeciwnie dotyka on jednostki, nie mające z tem nic wspólnego. Dziś mniej jest bezwarunkowo chorób nerwowych; wiedza, wykształcenie, praca umysłowa chroni tłumy od przeróżnych wierzeń, drażniących system nerwowy. Cywilizacja i praca duchowa, kończył autor, według mego zdania, nie niszczy nerwów człowieka.

O trzeciej popołudniu rozpoczęły się jednocześnie posiedzenia poszczególnych sekcji. Wieczorem uczestnicy zjazdu zebrali się w pięknej sali na wyspie Zofinie, gdzie miasto urządziło dla nich raut, urozmaicony śpiewem, deklamacją i muzyką.

Przez następne trzy dni zwykle rano pod przewodnictwem miejscowych doktorów zwiedzali goście kliniki, szpitale, poszczególne wystawy, przyrodnicy zaś gabinety, muzea przyrodnicze, następnie zaś odbywały się odczyty w sek-

cyach; każde popołudnie przeznaczone było na rozrywki, więc przyjezdni zwiedzali malownicze miasto, wspaniałe jego muzea, przyjmowali udział w wycieczce do pięknej miejscowości niedaleko Pragi położonej — Karlowego Tyna (Karlstein). W niedzielę i poniedziałek spędzili wieczór na koncercie, we wtorek w Narodnim Divadle, gdzie dawano najnowszą piękną operę Dvorzaka „Rusalkę”. We wtorek również część uczestników odbywała naukową ekskursję do Przybramy w celu zwiedzenia tamtejszych kopalń srebra, do Pilzna dla zobaczenia ogromnego browaru, stalowni i papierni, w środę zaś geologowie udali się do Karlowego Tynu (Karlstein) dla zwiedzenia pokładów syluryjskich w okolicach Berouna.

W środę zamknięto zjazd w Panteonie Muzeum Królestwa Czeskiego. Na tem ostatniem posiedzeniu prof. RAYMAN wypowiedział odczyt „O stanowisku i rozwoju chemii”. Nakreślił rozwój chemii, powstałej z alchemicznych doświadczeń w wiekach starożytnych, zwrócił uwagę na ogromny postęp tej nauki. „Pozostawiamy naszym następcom bogaty materiał, z jakiego w przyszłości mogą dobrze korzystać dla rozwoju chemii. Wiedza wzrastać będzie, mówił prelegent, dopóki w piersi ludzkiej istnieć będzie dążność do prawdy i piękna. Oby w tej dążności przodował innym drogi nasz naród czeski. W tem nasze zbawienie, w tem nasze prawo i potęga państwową!”

Prof. d-r REINSBERG podniósł kwestyę, poruszaną już przez licznych mówców przy otwarciu zjazdu — kwestyę założenia drugiego uniwersytetu czeskiego, wyższej szkoły dla rolników i weterynarzy w Pradze. Mówca zwrócił uwagę na przebieg pracy zjazdu, w której widać ogromny postęp i rozwój nauki od lat 18, co zawdzięczać należy uniwersytetowi czeskiemu. Lecz im ten wobec zwiększającego się pragnienia wyższego wykształcenia, wobec wzrostu ludności nie wystarcza. Studenci, przechodzący liczbę 3000, nie mogą należycie korzystać z laboratoryów i t. d. jednego uniwersytetu (dodać należy, że w Wiedniu w wyższych zakładach naukowych jest z górą 2500 czechów), prof. REINSBERG więc postawił *ultimatum*, ażeby prezes zjazdu wraz z rektorem uniwersytetu zajęli się pilnie przeprowadzeniem sprawy założenia koniecznego uniwersytetu w Bernie Morawskim, kursów wyższych rolniczych i weterynaryjnych w Pradze.

Generalny sekretarz, docent d-r A. VESELY, odczytał sprawozdanie i uchwałę, na mocy której następny zjazd ma się odbyć za lat 5 w Pradze lub na Morawach, i szereg telegramów z życzeniami i uznaniem dla pracy zjazdu. Najpokaźniej przedstawiały się telegramy z Polski, nadeszły bowiem w liczbie 25 ze wszystkich jej dzielnic, więc z Poznania, Lwowa, Krakowa, Warszawy. Honorowy prezes prof. KOSTANECKI w imieniu Polaków serdecznie przemówił, dziękując za gościnne przyjęcie i wyrażając uznanie dla wyników pracy zjazdu. Prof. HLAVA zakończył posiedzenie zjazdu polskim okrzykiem „Niech żyje, a następnie po czesku — IV zjazd przyrodników i lekarzy czeskich”.

Zjazd liczył 1061 uczestników i 367 odczytów.

Sprawozdanie z poszczególnych sekcji w następnym liście.

Przemysław Rudzki.

## Drobniejsze wiadomości różnej treści.

— KORBEL leczył epikaryną 25 chorych na świerzbę. W 12 cięższych przypadkach wyzdrowienie nastąpiło po 4—8 dniach. Swędzenie od pierwszego zastosowania nie ustąpiło, ale trochę uspokoiło się. Podrażnienia skóry nie było. W pozostałych cięższych przypadkach swędzenie ustąpiło tylko u 5 chorych. Inni skarżyli się nawet na palenie skóry. W tych razach spostrzegano rumieniowe placie i miejscami pryszczycę, która się wzmacniała od dalszego stosowania epikaryny. Leczenie trwało długo. W trzech przypadkach epikaryna nie okazała

żadnego działania. Do leczenia świerzby jest to lek niezbyt odpowiedni. Co prawda, epikaryna sama przez się jest tania, ale długie leczenie czyni ją drogą. Przytem swędzenia napewno nie usuwa. Epikaryna, produkt kondensacji kwasu krezotowego i naftolu, przedstawia się w postaci czerwono-wo-żółtego proszku, posiada pewien zapach, przypominający ocet. Stosuje się w postaci 10% maści. 1—2 razy dziennie.

(Casopis lékařů českých Nr. 27, r. 1900).

S. Kossobudzki.

## Wiadomości bieżące.

— W sobotę dnia 8 b. m. odbyło się jedno z 3 posiedzeń lekarzy w Ciechocinku w sprawach dotyczących zakładu kąpielowego w Ciechocinku. Pod prezydencją p. inspektora lekarskiego gub. Warszawskiej d-ra LEWIŃSKIEGO, umyślnie przybyłego z Warszawy, zebrało się 15 lekarzy już to z praktykujących w Ciechocinku, już czasowo tu bawiących przy udziale dyrektora zakładu p. Raczyńskiego i miejscowego aptekarza p. Gembczyńskiego. Na posiedzeniu tem d-r ARNSTEIN mówił o pożytku i potrzebie kąpeli kwasowęglanych w Ciechocinku, d-r CIĄGLIŃSKI o inhalatoryach, d-r DEMBICKI o potrzebie przeprowadzenia solanki 0,3% ze starego Ciechocinka do pijalni w parku. Wszyscy biorący udział w posiedzeniu w zupełności podzielali poglądy mówców, przyczem większością głosów uznano za najpilniejszą potrzebę urządzenie przedewszystkiem i to w najkrótszym czasie kąpeli kwasowęglanych, wskutek czego przewodniczący przyrzekł poprzeć na najbliższym posiedzeniu komitetu zarządzającego Ciechocinkiem w Warszawie żądania lekarzy w Ciechocinku, a przedewszystkiem urządzenie kąpeli kwasowęglanych. Mamy więc nadzieję, że w najbliższej przyszłości prawdopodobnie jeszcze w Ciechocinku kąpiele kwasowęglane.

— W Nr. 140 „Warszawskiego Dniwnika“ znajdujemy wzmiankę o wrze-

komo niedokładnych danych w „Medycynie“ w sprawozdaniu z ruchu chorych w szpitalu św. Stanisława. W „Medycynie“, podług „W. Dniwnika“, ma być: „największa liczba chorych tyfusowych (45) przybyła z więzienia śledczego przy ul. Dzielnej i z sąsiednich ulic.“ Nie wiemy, skąd autor wzmianki wziął tę wiadomość, gdyż w „Medycynie“ powiedziano: „z więzienia śledczego przy ulicy Dzielnej 26 przybyło przypadków 13 (kobiet). Widocznie autor wzmianki w „Warsz. Dniwniku“ „Medycyny“ wcale nie czytał.

— Bezpłatne szczepienie ospy niezamownym odbywa się codziennie prócz niedziel i świąt: 1) w instytucie d-ra STĘPNIWSKIEGO (Złota 28) od godz. 9 do 10 rano i 2) w instytucie d-ra TCHÓRZNIŃSKIEGO (Danilowiczowska 8) od 8 do 9 rano, oraz w poniedziałki, środy i piątki od 9 do 10 rano w szpitalu dla dzieci przy ulicy Śliskiej.

— W Amsterdamie pomiędzy 9 a 14 września r. b. odbędzie się V międzynarodowy zjazd w sprawach antropologii w stosunku do przestępstw. W zjeździe tym mają przyjąć udział LOMBROSO, FERRI, TARDE, LEGRAINE i inni.

— Przy uniwersytecie w Berlinie otwarty został Instytut w celu leczenia za pomocą światła, na wzór podobnego instytutu w Kopenhadze, założonego przez L'INSEN a. Dyrektorem instytutu w Berlinie jest prof. LESSEK.

WYDAWCA Dr. L. Guranowski.

REDAKTOR odpowiedzialny Dr. med. M. Sadowski.

Доводено Цензурою, Варшава 31 Маю 1901 г. Druk K. Kowalewskiego, Warszawa, Mazowiecka 8

APTEKA I SKŁAD WÓD MINERALNYCH NATURALNYCH  
wprost ze źródeł sprowadzanych

POD FIRMA

# D-r T. HEINRICH

w Warszawie,

przy rogu ulicy Wierzbowej i Senatorskiej Nr. 473b, nowy 11.

Jest stale zaopatrzoną we wszystkie wody mineralne tak krajowe jak i zagraniczne, jak również we wszystkie lekarstwa specjalne i środki lekarskie w ostatnich czasach w użycie wprowadzone.

ŁADOWANIE AKUMULATORÓW ELEKTRYCZNOŚCIĄ  
uskutecznia się na każde żądanie, wraz z odstawą  
takowych do domów.

## Zakład Elektro-mechaniczny WŁADYSŁAWA MAKOWSKIEGO

Warszawa — Nowogrodzka 17.

Wyrabia i naprawia: Akumulatory do oświetlania i galwanokaustyki, Elektromotory, Dynamomaszyny, Volt i ampermetry, maszyny elektryczne: galwaniczne i statyczne oraz Roentgenowskie itp.

Aparaty sterylizacyjne do narzędzi chirurgicznych i podwójno nikłowanie tychże narzędzi. Urządza instalacje oświetlenia elektrycznego, połączeń telefonicznych, telegraficznych — oraz przenoszenia siły na odległość za pomocą elektryczności. Pióroochrony itp.

**UWAGA.** Zakład posiada na składzie, do sprzedania — po cenach bardzo przystępnych — nowe oraz mało używane — i znajdujące się w zupełnie dobrym stanie:

Baterye galwaniczne o prądzie stałym	w cenie od rub. 40 i wyżej.
Baterye do galwanokaustyki	„ „ „ 60 „
Akumulatory z opornikami	„ „ „ 30 „
Dynamomaszynę o sile 12 amp. i napięciu 65 wolt.	rub. 125 „
Galwanometry, Elektromotorki itp. itp.	w cenie od rub. 15 „

Specjalność: Ładowanie akumulatorów elektrycznością po cenach przystępnych.

## SOLEC

### Zakład Wód Mineralnych

siarczano-słonych.

(w gub. Kieleckiej, pow. Stopnickim, w 14 wiorstach od Buska).

**Sezon od 20 Maja do 20 Września.**

Bliższe szczegóły u Dyrektora Zakładu D-ra Daniewskiego w Solcu, poczta Stopnica, lub broszury tegoż o Solcu (do nabycia we wszystkich księgarniach.)

**D-r Kazimierz Kruszyński**

ordynuje jak lat poprzednich od 1-go Czerwca

**w Szczawnicy.**

**D-r W. Sadowski (Wrocław)**

ordynuje w b. sezonie jak lat poprzednich

**w Reichenhall (Bawarya)**

Willa Schönheim.

## Kąpiele Borowinowe w Domu

# Mattoniego Wyciągów Borowinowych do Kąpiele

Jedyny naturalny produkt zastępujący

## LECZNICZE – KĄPIELE BOROWINOWE

w domu i o każdej porze roku.

Mattoniego sól Borowinowa (suchy wyciąg) w paczkach po 1 kilo.

Mattoniego ług Borowinowy (płynny wyciąg) w butelkach po 2 kilo.

Przez szereg lat wypróbowane przy:

Metritis, Endometritis, Oophoritis, Parametritis, Perimetritis, Peritonitis, Chlorosis, Anemia, Scrophulosis, Rhachitis, Wessania wysięków, Fluor albus, skłonności do poronień, częściowych porażeniach, niedowładach, podagrze, reumatyzmie, artrytyzmie, ischias i hemoroidach.

*Dostać można we wszystkich aptekach, składach wód mineralnych i składach aptecznych.*

Heinrich Mattoni, Cesars. i Królew. Dostawca Dworu i Izb

Franzensbad, Wiedeń, Karlsbad, Budapeszt

## ZEGIESTOW w Galicyi nad POPRADEM

kolej, poczta, telegraf w miejscu.

Najsilniejsza szeczawa żelazista, Pora kąpielowa trwa od 28 Maja do końca Września. Kąpiele borowinowe, żelaziste, hydropatyczne i popradowo.

**WODA ŻEGIESTOWSKA** znajduje się we wszystkich wielkich składach wód mineralnych

Lekarz Ordynujący; Dr. WŁADYSŁAW MIKUCKI, były asystent kliniki ginekol. U. J.

Société Chimique des Usines du Rhône dawniej Gilliard, P. Monnet & Cartier.

Towarzystwo anonimowe z kapitałem 6,000,000 franków. Biuro centralne Lyon, 8 Quai de Retz.

KELENE, CHLOREK ETYLU CZYSTY

*Produkty farmaceutyczne*



do USYPIANIA i znieczulania miejscowego.

Kwasy: karbolowy syntetyczny salicylowy, Salol, Salicylaty: soda, metylu. Pyrazolina, Metylen-Blau med. Rozorcyna med. Hydrochinon. Formaldehyd. Trioxymetylen etc.

Sprzedaż w rurkach szklan. i metal. i w rurkach z podziatką. (Liter. na żądanie gratis i franco)

## KOWANÓWKO

ZAKŁAD LECZNICZY

dla nerwowo i umysłowo chorych

oraz dla morfinistów i alkoholików płci obojga.

5 min. od st. kolei Oborniki przy linii Poznań—Pila (Posen—Schneidemühl).

Adres: Kowanówko. p. Poznań.

Cena od 200 mk. miesięcznie.

Dr. Karczewski.

Dr. Mucha.