

MEDYCYNA.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

TREŚĆ. Prace oryginalne. Przypadek padaczki częściowej ciągłej, podał D-r Stanisław Orłowski. (Dokończenie). — O leczeniu wgnioń jelitowych, przez prof. L. Rydygiera. (Ciąg dalszy). — **Wykłady kliniczne.** O rozpoznawaniu i leczeniu zapaleń jajowodów. (Dokończenie). — **Streszczenia i wyciągi.** 80. O doświadczeniach nad trzustką w celu wywoływania zgorzeli tłuszczowej. 81. Pasorzyt „zoaeny“. — Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego. Posiedzenie z dnia 28 maja r. b. — **Drobniejsze wiadomości** różnej treści. — **Wiadomości bieżące.** — **Zmarli.** — **Ogłoszenia.**

„Medycyna“
GAZETTE MEDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux medecins-praticiens.
Sommaire des articles originaux: 1) D-r S. Orłowski—Un cas d'épilepsie partielle continue. 2) Prof. L. Rydygier — Du traitement de l'intussusception intestinale.
Redaction: Dr H. Dobrzycki. Varsovie — Rue Oboźna 5.

„Medycyna“
MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.
Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r S. Orłowski—Ein Fall von anhaltender partieller Epilepsie. 2) Prof. L. Rydygier — Ueber die Behandlung der Darmintussusception.
Redaction: Dr H. Dobrzycki. Warschau—Oboźna str., 5.

Przypadek padaczki częściowej ciągłej,

podał D-r Stanisław Orłowski, Ordynator Kliniki chorób nerwowych Uniw. Moskiewskiego.

(Rzecz, czytana na posiedzeniu Towarzystwa Neuropatologów i Psychiatrów przy Uniwersytecie Moskiewskim, w dniu 24 marca 1895 r.; z przedstawieniem chorego).

(Dokończenie. —Zob. Nr. 27).

Jakkolwiek przy cierpieniach korowych dość często spostrzegać się dają zaburzenia czuciowe (dosyć zresztą niestałe), jednakże umiejscowienie ośrodków korowych czuciowych nie jest jeszcze zupełnie ustalone. Większość autorów zgadza się, że główną rolę gra tutaj okolica ruchowa kory mózgowej. Niektórzy (BALLET, MUNK, FLECHSIG) przypisują to samo znaczenie i innym okolicom kory mózgowej, inni zaś, na przykład DÉJÉRINE²²⁾, dowodzą, że poza granicami ośrodków ruchowych niema innej okolicy czuciowej.

W ostatnich czasach BRISSAUD²³⁾ w swych wykładach klinicznych wspomina, że ruchami i czuciem danej kończyny lub jej odcinka zawiaduje też sama okolica kory mózgowej, ale pojedyncze warstwy mają różne znaczenie; zaburzenia czuciowe wskazują mianowicie porażenie najbardziej powierzchownej warstwy kory mózgowej.

Aby objaśnić przejściowy charakter tych zaburzeń, mamy też wiele różnych poglądów. BALLET²⁴⁾, na przykład, przypuszcza, że zaburzenia podobne trwają, dopóki nie wytworzy się droga oboczna przez włókna, idące do innych czuciowych okolic kory, głównie do okolicy potylicowej. Według

²²⁾ DÉJÉRINE. Contribution à l'étude des localisations sensibles de l'écorce. Revue neurologique. N. 3—4.

²³⁾ BRISSAUD. Des troubles de la sensibilité dans les hémiplegies d'origine corticale. Leçon du 20. VII. 94 (Clinique de la Salpêtrière).

²⁴⁾ BALLET. Recherches anatomiques et cliniques sur le faisceau sensitif et les troubles de la sensibilité dans les lésions du cerveau. Thèse de Paris, 1881 str. 182.

BRISSAUD'a (l. c.) czucie powraca dzięki udziałowi drugiej półkuli, która przez drogi łączące, znajdujące się w *corpus callosum*, przejmując wrażenia.

Który pogląd jest słuszniejszy, dla naszego przypadku jest to bez znaczenia; mamy zupełne prawo dowodzić, że osłabienie czucia, spostrzegane u naszego chorego przy wstąpieniu do kliniki, było też pochodzenia korowego; przemawia za tem niestałość i umiejscowienie znieczulenia, odpowiadające niedowładom.

Istnienie jakiejś sprawy chorobowej w okolicy ośrodków ruchowych półkuli lewej, a poczęści może i prawej, tłumaczy zupełnie spostrzegany u chorego obraz kliniczny. Nie znaczy to jednak wcale, że ognisko chorobowe zajęło litylko ruchową okolicę kory mózgowej lub że jest ono tam pierwotne; bardzo jest możliwe, że gdzieś w pobliżu w korze lub wogóle w mózgu znajdują się o wiele głębsze zmiany (znaczne porażenie ośrodków ruchowych spowodowałyby bezwład, nie drgawki), które dzięki położeniu topograficznemu nie wywołują objawów miejscowych.

Jakiego rodzaju jest sprawa chorobowa?

Dla rozwiązania tej kwestyi wyjaśnić sobie dokładnie trzeba etyologię całej sprawy. Wywiady wspominają o przymiocie: nie jest on zupełnie u chorego dowiedziony, lecz wielce prawdopodobny. Słusznie też zjawia się przede wszystkim przypuszczenie, że mamy do czynienia z cierpieniem swoistem mózgu. Między różnorodnymi objawami takiego cierpienia padaczka zajmuje jedno z pierwszych miejsc. Najczęściej w warunkach tych występuje właśnie padaczka JACKSON'a; toteż, kiedy powstała nauka o niej, zebrało się wnet tyle spostrzeżeń o jej pochodzeniu swoistem, że „padaczkę przymiotową utożsamiano prawie z korową“ [KOWALEWSKI²⁵⁾].

Dokładne badania wykazały jednak, że pomimo różnorodności i zmienności objawów, posiada padaczka przymiotowa pewne cechy ogólne, któremi różni się od padaczki korowej innego pochodzenia. Niektórych z tych cech u chorego naszego nie spotykamy.

Zarówno przy padaczce przymiotowej, jak i wogóle w przymiocie mózgu jednym z najstarszych i najpowszechniejszych objawów są straszne bóle głowy, znacznie poprzedzające w większości przypadków pierwszy napad²⁶⁾. CHARCOT zaznacza wyraźnie ważność rozpoznania²⁷⁾ tego objawu i przypomina, że owe bóle głowy niezmiernie się wzmagają bezpośrednio przed napadem drgawek i jakby go zwiastują. Przy często powtarzających się napadach ból głowy staje się stałym i nie ustępuje ani na chwilę; umiejscawia się on często w okolicy głowy, odpowiadającej porażonym ośrodkom korowym. Pomimo gwałtownych ciągłych drgawek, chory nasz nie ma i nie miał nigdy takich bólów głowy; niekiedy tylko po nocy bezsennej skarży się na ciężar w głowie—uczucie naturalne przy zmęczeniu.

Przebieg padaczki przymiotowej bywa też zwykle inny; w przypadkach ciężkich—o ile leczenie nie zmienia naturalnego przebiegu—cierpienie wzmagają się bardzo szybko²⁸⁾, przerwy między napadami są coraz krótsze, wytwarza

²⁵⁾ KOWALEWSKIJ. Sifilitическая эпилепсия. Arch. psychiatr. i neurolog. 1893, str. 110.

²⁶⁾ VIARD. De l'épilepsie d'origine syphilitique. Thèse de Paris. 1887. str. 47

²⁷⁾ I. M. CHARCOT. Oeuvres complètes. T. II. str. 377.

²⁸⁾ H. LAMY. Syphilis des centres nerveux. Traité de méd. T. VI. str. 624.

się *état de mal*, następnie śpiączka i zejście śmiertelne²⁹⁾. Nigdy przebieg nie bywa tak jednostajny, jak u naszego chorego, pomimo trwających przez 4 miesiące ustawicznych drgawek.

Ponieważ jednak obraz kliniczny danego przypadku jest w istocie bardzo różnorodny, trudno przeto na zasadzie tegoż rozwiązać kwestyę, czy odpowiada on typowi padaczki przymiotowej. O wiele ważniejsze jest zachowanie się cierpienia względem leczenia swoistego.

Po pierwszym napadzie padaczki zalecono choremu wcierania szaruchy — mimo to choroba rozwinęła się, chociaż z drugiej strony leczenie, jakkolwiek energiczne, prowadzone było dosyć nieporządnie. Kiedy chory wstąpił do kliniki, było niepodobieństwem zaczynać odrazu leczenie rtęcią: przedewszystkiem był on zmęczony drogą, potem nastąpiło ostre zapalenie opłucnej; jak tylko znikły wszystkie objawy tego cierpienia, zalecono wcierania, i stan chorego zaczął się stopniowo lecz widocznie pogarszać: drgawki w prawej połowie ciała wzmogły się, dołączyły się też do nich i inne objawy: trzęsienie, drgawki i niedowład ręki lewej. Śmiało rzec można, że w chwili, kiedy chwyciliśmy za najpewniejszą broń do walki ze sprawą chorobową, ona w oczach naszych zajęła nowe okolice.

Jest to dla padaczki przymiotowej zjawisko niezwykle, wogóle nadaje się ona bardzo do leczenia swoistego; jeśli zaczęto je stosować w należyтым okresie, to według CHARCOT'a (l. c. p. 389) tylko w przypadkach wyjątkowych niema wyników pomyślnych. Według RUMPF'a³⁰⁾ rokowanie jest najpomyślniejsze, jeśli się ma do czynienia jedynie z objawami podrażnienia kory t. j. z drgawkami i niedowładami lekkimi, które można uważać za czynnościowe. U naszego chorego spostrzegamy takie właśnie objawy, mimo to leczenie okazało się bezskutecznem.

W ostatnich czasach z obszernej dziedziny cierpień przymiotowych układu nerwowego wyłączono grupę, do której należą cierpienia, powstające na tle przymiotu, lecz nie posiadające wcale jego charakteru swoistego. Niedawno FOURNIER³¹⁾ dołączył do tej grupy i padaczkę „parasyfilityczną“, która zupełnie nie nadaje się do leczenia swoistego. FOURNIER twierdzi, że postać ta nigdy nie bywa częściową, lecz ogólną, oraz że powstaje, rozwija się i trwa długie lata jako nerwica, bez żadnych objawów mózgowych. Niepodobna zatem rozpoznać w naszym przypadku „parasyfilitycznej padaczki“ FOURNIER'a. Mimo to, na zasadzie powyższego, nie mamy prawa twierdzić, że cierpienie nie rozwinęło się na tle przymiotu; zarażenie miało miejsce; pozostawiać tego bez uwagi nie można. Inne czynniki etyologiczne, których w poprzednim życiu chorego było dosyć dużo, nie stoją wcale w bezpośrednim związku z cierpieniem obecnem.

Chory był dwa razy uderzony w głowę. Przy pierwszym uderzeniu stracił nawet przytomność, było to jednak jeszcze w dzieciństwie; prócz tego rana była ze strony prawej, nie mogła więc spowodować drgawek z tej samej strony. Rana, spowodowana przez drugie uderzenie, 10 lat temu, była widocznie tylko powierzchowna, w miękkich powłokach czaszki w części czołowej.

²⁹⁾ MALLET. Contribution à l'étude de l'épilepsie syphilitique. Thèse de Paris 1891.

³⁰⁾ RUMPF. Die syphilitischen Erkrankungen des Nervensystems. str. 168.

³¹⁾ A. FOURNIER. Epilepsie parasyphilitique. Revue neurologique. 1893. str. 22.

Jakkolwiek wywiady wspominają o nadużyciu napojów wyskokowych nie można jednak przypuścić jakiegokolwiek nawet zależności obecnego cierpienia od zatrucia alkoholem: chory nadużywał alkoholu przez krótki przeciąg czasu, od 6 lat nie pije wcale i żadnych objawów zatrucia wyskokowego nie ma.

Jest jeszcze jedna dziedzina, w której należy szukać wskazówek do etyologii obecnego cierpienia: choroba ostra, którą chory przebył w sierpniu 1894 r. Mamy o niej niestety nader skąpe wiadomości. Z początku lekarz, jak wspominałem wyżej, rozpoznał tyfus brzuszny, gdy nagle chory w okresie bezgorączkowym dostał ogólnego napadu padaczki, po którym świadomość była mocno zamglona przez 2—3 tygodnie. Lekarz wyraził się, że było to ostre zapalenie opon mózgowych, trudno jednak zgodzić się na to orzeczenie. Brakowało zasadniczych objawów ostrego zapalenia opon mózgowych, t. z. *trépid meningitique*: silnego bólu głowy, wymiotów, zaparcia stolca; drgawki nie powtórzyły się więcej, w dzień napadu padaczki ciepłota była prawidłowa, a potem podnosiła się niekiedy wieczorem do 38°.

Może być, że te objawy mózgowie zależne były od jakiegoś nieropnego zapalenia mózgu, np. od zapalenia mózgu ostrego krwotocznego, które strzegane bywa w związku z chorobami zakaźnymi³²⁾ 33). Dzisiaj jednak o tych sprawach chorobowych zbyt mało wiemy, aby przypuszczać podobne rozpoznanie.

Chociaż więc mamy u naszego chorego dosyć czynników etyologicznych, jednak żadnego uchwycić się z pewnością nie możemy. Wskutek tego nie możemy stanowczo rozstrzygnąć pytania o naturze sprawy chorobowej w mózgu.

Sprawa ta nie zmniejsza widocznie objętości czaszki, nie ma bowiem żadnych objawów ogólnomózgowych. Jeśli przypuścimy przymiotowe pochodzenie sprawy chorobowej, to najprzypuszczalniej mamy do czynienia z *meningo-encephalitis sclerotica* na ograniczonej przestrzeni. Jeśli nie brać pod uwagę przymiotu, to przypuścić należy istnienie stwardnienia mózgu wskutek przebytego zapalenia tegoż.

Kwestya tych stwardnień u dorosłych jest jeszcze dotąd bardzo mało opracowana, istnienia ich jednak zaprzeczyć nie można. W ostatnich właśnie czasach zaczęto pilnie badać znaczenie tych stwardnień dla patogenezy padaczki. Według badań CHASLIN'a³⁴⁾ przy padaczce kora mózgowa, szczególnie jej warstwa powierzchowna, staje się bardziej zbita, wskutek przerostu neuroglii; CHASLIN sądzi, że taka „*sclérose neuroglieuse*“ jest główną przyczyną tak zwanej padaczki samoistnej.

BLOCQ i MARINESCO³⁵⁾ nie zgadzają się wprawdzie na ten pogląd, lecz znajdowali w mózgach epiletyków te same, co powyższy autor, zmiany, głównie w okolicy ośrodków ruchowych kory mózgowej.

³²⁾ J. RENAULT. *Encephalites aiguës* (Manuel de médecine de Debove et Achard. T. III. str. 248).

³³⁾ H. OPPENHEIM. *Lehrbuch der Nervonkrankheiten*. 1894. str. 517.

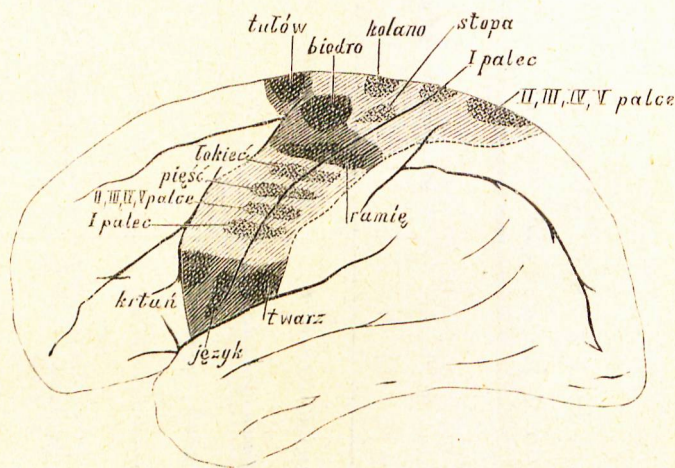
³⁴⁾ CHESLIN. *Contribution à l'étude de la sclérose cérébrale* (Arch. de med. experim. et d'anat. pathol. 1891. T. 3. str. 305).

³⁵⁾ P. BLOCQ i G. MARINESCO. *Sur les lésions et la pathogenie de l'épilepsie dite essentielle*. (Sem. méd. 1892. str. 445).

Jeśli takie rozlane stwardnienie powoduje ogólną padaczkę, to łatwo przypuścić, że zmiany ograniczone wywołają tylko drgawki w pewnych częściach ciała.

U dzieci, według MARIE³⁶⁾, po chorobie zakaźnej rozwija się często porażenie połowiczne, t. j. w jednej z półkul powstają duże zmiany anatomiczne pod postacią stwardnienia, porencephalii i t. d. Po pewnym przeciągu czasu (czasami po kilku miesiącach, a nawet latach), kiedy objawy bezwładu mniej więcej się wyrównały, ten sam osobnik nagle bez widocznej przyczyny dostaje napadu drgawek padaczkowych; napad powtarza się,—słowem rozwija się typowa padaczka.

Przypadek nasz ma wiele wspólnego z wyżej opisanym cierpieniem dziećcem: najprzód choroba zakaźna—tyfus, potem objawy jakiegoś mózgowego porażenia, po niejakiem czasie bezwład połowiczny, a w końcu padaczka JACKSON'a.



Patrz str. 574.

Na zakończenie kilka słów o leczeniu. Wszystkie środki objawowe, których chory dużo przyjmował, mało niestety poprawiły stan jego. Były i są wahania, lecz zależą one więcej od wpływów psychicznych. Leczenie swoiste, na które jedynie można było liczyć, zawiodło. Czy można w danym przypadku oczekiwać pomyślnego wyniku od trepanacyi? Nie radziliśmy nawet choremu poddawać się tej operacyi. Przedewszystkiem porażenie kory mózgowej jest tu zbyt rozległe, prawdopodobnie chore są obie półkule; powtórnie nie wiemy wcale, jakiego rodzaju jest to cierpienie; jeżeli, co bardzo możliwe, mamy tu do czynienia ze stwardnieniem mózgu, to operacya nie dałaby pomyślnego wyniku.

³⁶⁾ P. MARIE. Infections et épilepsies. Sem. méd. 1892. str. 282.

O leczeniu wgłobień jelitowych,

przez prof. RYDYGIERA.

Odczyt wygłoszony na 24 zjeździe chirurgów niemieckich w Berlinie r. 1895.

(Ciąg dalszy—Zob. Nr. 27).

Statystyka¹⁾ przypadków wgłobienia jelit z ostatnich 10 lat, uzupełniająca statystykę Braun'a do najnowszych czasów.

Numer.	Operator.	Operacyę wykonano.	Wiek i płeć operowanego.	Trwanie objawów wgłobienia przed operacyą.	Rodzaj wgłobienia.	Rodzaj operacyi wykonanej.	Wynik operacyi.	U W A G I.
1	H. BRAUN.	13. IV. 89.	47 l. kob.	8 tygodni.	<i>Inwaginatio ileo-colica.</i>	<i>Resectio.</i>	Wyleczenie.	
2	"	13. I. 92.	27 l. kob.	5 tygodni.	<i>Inwaginatio ileo-coecalis.</i>	<i>Resectio.</i>	Wyleczenie.	
3	"	VII. 92.	33 l. męz.	4 tygodnie.	<i>Inwaginatio ileo-coecalis.</i>	<i>Entero-anastomosis.</i>	Wyleczenie.	
4	"	24. X. 93.	5 miesięcy męzycz.	36 godzin.	<i>Inwaginatio ileo-coecalis.</i>	<i>Desinvaginatio.</i>	Śmierć po 14 godzinach.	Śmierć skutkiem wycieczenia.
5	"	20. I. 95.	47 l. męz.	już 3/4 roku.	<i>Inwaginatio colica, rak na szczyście.</i>	<i>Entero-anastomosis.</i>	Śmierć 23 I. 1893.	
6	BRAMANN.	20. VI. i 13. VII. 1892.	12 lat męzycz.	5 tygodni.	Zstępująca inwaginacya w ileum.	20. VI. <i>Resectio i anus praetern.</i> 13. VII. Zamknięcie ani <i>praeternaturalis</i> ; wycięcie okrężne; szew według CZEERNY'ego.	Wyleczenie.	
7	"	12. I. 95.	32 lat męzycz.	3 tygodnie.	Zstępująca inwaginacya w ileum, spowodowana przez fibromyom (w ścianie) wielkości orzecha włoskiego.	<i>Resectio i anus praeternatural.</i>	Śmierć.	Śmierć nastąpiła skutkiem <i>peritonitis perforatae</i> , która już była w czasie przyjęcia do kliniki.

¹⁾ Wiem, że moje zestawienie nie zawiera wszystkich przypadków z ostatnich lat. Niestety nie była mi dostępna praca J. V. WICHMANN'a, zawierająca 138 przypadków.

8	CZERNY.	15. V. 88.	13 lat mężczyz.	$\frac{1}{2}$ roku.	<i>Intussusceptio ileo - colica</i> , sięgająca aż do <i>rectum</i> .	<i>Resectio.</i>	Wyleczenie.	
9	"	27. XI. 91.	22 lat kobieta.	$\frac{1}{2}$ roku.	Przewłokła inwaginacyja <i>ilei et caeci</i> w <i>colon</i> .	<i>Desinaginatio.</i>	Wyleczenie.	Część wgłobiona długości około 20 ctm.
10	"	6. VI. 94.	14 lat mężczyz.	2 miesiące.	<i>Inwaginatio ileo - caecalis.</i>	<i>Entero-anastomosis</i> między <i>ileum</i> a <i>colon transversum</i> .	Wyleczenie.	Podęjrzenie na gruźlicę.
11	"	27. XII. 1894.	48 lat mężczyz.	Od 3 miesięcy; przed 3 laty zapalenie kiszki ślepej.	Częściowa inwaginacyja <i>ilei</i> w <i>caecum</i> —przewłokła zapalne zwężenie kiszki ślepej.	<i>Entero-anastomosis</i> między <i>ileum</i> a <i>colon transversum</i> .	Śmierć.	
12	ESMARCH (BIER).	18. V. 91.	31 lat mężczyz.	Od 5 dni.	<i>Inwaginatio ileo - caecalis</i> ; sięgająca do odbytnicy.	Próby doprowadzenia; nad-darcie jelita. <i>Anus praeternaturalis</i> ; następnie <i>entero-anastomosis</i> i <i>resectio</i> części wgłobionej.	Śmierć skutkiem <i>peritonitis</i> .	Opisany w Deut. med. Woch. 1892 N. 23. BIER.
13	"	22. VI. 93.	11 lat mężczyz.	1 dzień—objawy bardzo ostrego uwięźnięcia.	Wgłobienie jelita cienkiego, szczyt wgłobienia zajęty przez przeraut mięsaka.	<i>Desinaginatio</i> —bezsukteczna. <i>Resectio</i> . Szew LEMBURG'a.	Wyleczenie.	Pacjent zachorował w klinice, gdzie był operowany z powodu mięsaka na migdałku. Umarł w domu skutkiem ogólnej sarkomatozy.
14	ESMARCH.	2. III. 94.	1 rok mężczyz.	4 dni—bardzo ostre uwięźnięcie.	<i>Inwaginatio coli - descend.</i> Zgorzel.	<i>Resectio</i> całego wgłobienia, zgorzel części wgłobionej i w górę białącej. <i>Anus praeternaturalis</i> .	Śmierć w dniu operacji.	Już podczas operacji było wybitne zapalenie otrzewny.
15	GUSSENBAUER.	7. V. 94.	12 lat kobieta.	4 dni—objawy ostrego uwięźnięcia.	<i>Inwaginatio ileo - colica</i> bardzo rozległa.	Próby odgłobienia nie udały się z powodu wzrostów. <i>Resectio</i> .	Śmierć z powodu <i>peritonitis septica</i> .	Zgorzel była już podczas samej operacji.
16	I. ISRAEL.	26. X. 94.	77 lat kobieta.	6 dni.	15 ctm. dług. wgłobienie <i>coli descendens</i> z powodu szypułkowego podśluzowego mięśniaka wielkości sliwki.	<i>Desinaginatio</i> . Nacięcie kiszki, wycięcie guza. Szew jelitowy.	Wyleczenie.	23. XI. 94. Jako wyleczony opuścił klinikę. Wyleczenie trwałe.
17	"	1-sza operacja 13. IV. 93. 2-ga oper. 8. IX. 93. 3-cia op. 12. I. 94.	Kobieta.	6 tygodni.	<i>Inwaginatio coli transv.</i> dług. 15 ctm. Na szczyt obrączkowate zwężenie rakowate.	I. Założenie <i>Anus praeter.</i> II. <i>Resectio transvers.</i> wraz z guzem. III. Zamknięcie (szew) <i>anus praet.</i>	Wyleczenie.	15. II. 94. Jako wyleczona opuściła klinikę. Była zdrowa do 19. I. 1895. Umarła skutkiem zapalenia płuc. Sekcja nie wykazała nawrotu.

Numer.	Operator.	Operacyę wykonano.	Wiek i płeć operowanego.	Trwanie objawów wgiębnienia przed operacyą.	Rodzaj wgiębnienia.	Rodzaj operacyi wykonanej.	Wynik operacyi.	U W A G I.
18	KOCHER.	maj 1891.	22 l. m.	Od długiego czasu zaparcia stolca i kolki, od 3 lat krew w stolcach. Ostry początek.	<i>Invasivatio coli</i> od <i>flexura coli sinistra</i> , aż do <i>anus</i> . Polip powyżej.	Założenie <i>anus praetern.</i> przy istniejącej <i>peritonitis perforativa</i> .	Śmierć.	
19	"	20. II. 93.	2 l. m.	60 godzin.	<i>Invasivatio</i> dolnego odcinka <i>ilei</i> — 47 ctm. dług.	<i>Resectio</i> całkowitej pętli na długości 141 ctm.	Wyleczenie.	
20	KOEFTE.	17. IX. 91.	6 lat mężczyz.	13. IX. 91. Nagle zachorował, bóle, krwawe wypróżnienia, — <i>terminalis</i> .	<i>Invasivatio colica retrograda</i> górnego odcinka <i>flexurae</i> do <i>colon descendens</i> .	<i>Desinvasivatio</i> .	Wyleczenie.	
21	"	14. X. 92.	4 miesiące. mężczyz.	chorował. Krwawe wypróżnienia bóle brzucha.	<i>Invasivatio ileo-colica</i> .	<i>Anus praeternaturalis</i> . po otwarciu jamy brzusznej, z powodu znacznego zapadu.	Śmierć 14. X. 94.	Sekeya. <i>Peritonitis</i> . Rozpoznana się zgorzel części wgiębnionej na miejscu zagięcia.
22	"	4. XII. 92.	4 lata mężczyz.	28. XI. 93. Nagle zachorował. Krwawe wypróżnienia.	<i>Invasivatio ileo-colica</i> .	Otwarcie jamy brzusznej. <i>Desinvasivatio</i> . Rozcięcie pętli. <i>Punctio</i> . <i>Repositio</i> .	Śmierć w 5 godzin po operacyi skutkiem zapadnięcia.	Sekeya. Zgorzelinowe zapalenie części wgiębnionej. Pętla długa 34 ctm. jelita cienikiego wgiębniona w <i>colon</i> .
23	"	4. I. 95.	40 lat	Od 1/2 roku cierpienie kiszkowe i guz macalny na rozmiarkowanych miejscach.	<i>Invasivatio ileo-colica chronica</i> , <i>tumor caeci</i> .	Cięcie brzuszne. <i>Resectio caeci et coli ascend.</i> <i>Implantatio ilei ad colon transversum</i> .	Wyleczenie.	<i>Adenocarcinoma</i> było powodem wgiębnienia.
24	C. LAEUNSTEIN.	9. II. 89.	1/2 roku męż.	Przez 5 dni wypróżnienia krwawe, wymioty kałowe w dniu operacyi.	<i>Invasivatio</i> podwójna: 1) <i>Caecum i colon asc.</i> do <i>transversum</i> . 2) <i>Colon descend.</i> do <i>flexura</i> .	Cięcie brzuszne w linii środkowej. <i>Excizja</i> rozdętych cieniłych jelit. <i>Desinvasivatio</i> . Zeszycie powłok brzusznych. Czas trwania 1/2 godziny.	Bezpośrednio po odpróżnieniu płynny stolec. Śmierć w kilka godzin po operacyi skutkiem zapadnięcia.	Przez parę dni próbowano odprowadzić, wlewając płyny ciepłe przez odbytnicę do kiszki z wysokością 1/2 metra.

25	"	5. III. 90.	56 l. m.	3 miesiące.	<i>Invasinatio ileo-coelica</i> spowodowane przez <i>adeno-carcinoma</i> .	Wyłeczenie.
26	"	6. V. 94.	8 miesiąc. kobieta.	1 dzień—3 razy wymioty, kilkakrotnie krwawy stolec.	<i>Invasinatio ileo-coecalis</i> aż do <i>colon transversum</i> .	Śmierć w dniu operacji z powodu zapasiei.
27	MADELUNG.	8. IV. 94.	23 l. m.	Od 29 stycznia 94, a więc dłużej, niż 2 miesiące.	<i>Colon ascendens</i> i część jelita wgiębione do <i>colon transversum</i> dług. 40 ctm.	Śmierć 14. IV. 94. Rozległa gruźlica płuc. Zapalenie płuc. <i>Peritonitis</i> . Wgiębienie zostało spowodowane przez zwiększającą owrzodzenie gruźlicze.
28	MIKULICZ.	3. IX. 89. 23. X. 89.	43 l. k.	Od 26. VIII. 89.	3. IX. Założenie <i>anus praeternaturalis</i> po str. pr. 23. X. <i>resectio</i> części wgiębionej na dług. 13 ctm. 19. XII. 89. i 23. I. 90. zamknięcie <i>anus praetern.</i>	17. X. 90. dobrowolne odejście 50 ctm. długiej pięfli.
29	OBALIŃSKI.	28. I. 85.	38 l. k.	21, względnie 8 dni.	<i>Colon descendens</i> wgiębione do <i>flex. sigmoid.</i>	Śmierć po 5 godzinach. Sekeya. <i>Peritonitis septica</i> . <i>Peritonitis incipiens</i> skostatowano już podczas operacji.
30	"	6. V. 85.	26 l. m.	35 dni.	<i>Invasinatio ileo-coelica</i> .	Pracnie połowa jelit ciepłych wraz z <i>coecum</i> była wgiębiona do jelita grubego.
31	"	1887	3 mies.	3 dni.	<i>Invasinatio ileo-coecalis</i> .	Już podczas operacji zauważono niektóre podejrzanymie mitejsca.
32	"	29. IX. 88.	męż.	3 dni.	<i>Invasinatio ileo-coecalis</i> .	Śmierć w 10 godz.
33	"	18. I. 92.	26 l. m.	10 dni.	<i>Invasinatio ileo-coecalis</i> .	Śmierć w 7 godzin. Część wgiębiona (20 ctm.) była już podczas operacji zgorzelinowo zmienioną.

WYKŁADY KLINICZNE.

LABADIE-LAGRAVE i L. BASSET.

O rozpoznawaniu i leczeniu zapaleń jajowodów.

(Dokończenie.—Zob. Nr. 27).

Rokowanie w przypadkach, pozostawionych samym sobie, jest poważne. Cierpienie to pociąga za sobą prawie zawsze bezpłodność. W rzeczy samej obecnie jest do wiadomości, że nawet przy jednostronnem zajęciu, drugi jajowód podlega pewnym zmianom, stającym na przeszkodzie zapłodnieniu. Zawsze trzeba mieć na uwadze, oprócz bardzo częstych powrotów choroby, możebność otworzenia się otoku ropnego do trzew i jamy brzusznej.

Rozpoznanie dla badacza doświadczonogo jest dość łatwe, gdy przy badaniu pochwowem napotyka nierówności i guzowatości, przypominające swoją postacią jajowód, gdy nadto możemy stwierdzić, że guz połączony jest z macicą zapomocą szypułki lub bruzdy powyżej opisanej. W przypadkach trudnych, gdzie nawet badanie pod chloroformem nie doprowadza do pewnego wyniku, APOSTOLI używa prądu stałego i zmiennego do określenia cierpienia. Wywody APOSTOLI'ego są następujące:

- 1) Wszystkie objawy bolesne przydatków, które powiększają się przy galwanizacji macicy (od 30—40 *ma.*), lecz znikają przy użyciu prądu zmiennego, są pochodzenia nerwowego albo histerycznego.
- 2) Każdą macicę, która nie wytrzymuje bez bolesności 50 *ma.* na swojej powierzchni, należy podejrzewać, że jest w stanie zapalnym.
- 3) Wytrzymałość 100—150 *ma.* tak podczas, jak i po przestaniu działania prądu, dowodzi, że macica na obwodzie swoim jest zdrowa.
- 4) Każda macica, której niewytrzymałość galwaniczna, nie przechodząca 20—30 *ma.*, łączy się z podniesieniem ciepłoty ciała, jest macicą, która na obwodzie ma poważne cierpienie, nie kwalifikujące się do leczenia zachowawczego.

Niektóre nowotwory, szczególnie rozwijające się w zatoce DOUGLAS'a, są podobne do ropnych otoków jajowodu. To się odnosi przedewszystkiem do mięśniaków na tylnej powierzchni macicy. Ścisłe badanie przez kieszkę stołcową, zależność nowotworu od macicy rozjaśnia wątpliwości. Zresztą badanie nie wznieca w tym razie ostrej bolesności, charakterystycznej dla chorego jajowodu; chora nie uskarża się na poprzednie bóle, a przebieg choroby jest odmienny: nie obfite miesiączki, a krwotoki się zjawiają; nakoniec badanie zglębniakiem wykazuje znaczne powiększenie jamy macicy,—objaw ściśle związany z mięśniakiem.

Małe torbiele jajników mają sobie właściwą odporność, powierzchnia ich jest gładka, zaokrąglona, nie przedstawia tych charakterystycznych guzowatości i nierówności jajowodów, uległych zapaleniu.

Torbiele brodawkowe, skórzaste, zropiałe, torbiele więzadeł szerokich w stanie zapalnym przedstawiają większą trudność przy rozpoznaniu. We wszystkich tych przypadkach wielkie mają znaczenie wywiady, przebieg cierpienia i odnalezienie szypuły lub bruzdy przy rogu macicy.

Tyłopochylenia unieruchomione a bolesne mogą naśladować opadnięte do zatoki DOUGLAS'a jajowody; tutaj zglębniak może usunąć wszelkie wątpliwości, gdy po odprawieniu macicy znajdziemy zatokę DOUGLAS'a wolną. Chociaż opisują przypadki zapalenia niezytowego jajowodów wskutek zmiany położenia macicy, badanie przez odbytnicę dopełnia rozpoznania.

Opadnięcie przydatków macicznych, chorobowo niezmienionych, zdarza się u kobiet z rozdartem kroczem, przy obniżeniu macicy u mnogorodzących; jednakże jeżeli przytom jest bolesność przy dotyku, to zawsze należy podejrzewać ich stan chorobowy, który sprzyja mniejszej ich ruchomości i opadowi (VALLIN).

Dodatkowego rogu macicznego nie można odróżnić od jajowodu przez samo dwuręczne badanie, tutaj jednakże brak bolesności pozwala wyłączyć cierpienie jajowodów.

Nerwobóle brzuszno-biodrowe odznaczają się umiejscowieniem, pewnymi punktami bolesnymi. Nerwobóle jajnikowe pochodzenia historycznego znikają przy faryzacyi, jak powiada APOSTOLI. Przy nich zwykle (CHARCOT) bywa znieczulenie odpowiedniej strony i napady histero-epileptyczne. Ucisk jajnika zmniejsza ból; bywają również i inne objawy macięństwa. *Phlegmone* więzadeł szerokich, rzadko obecnie spostrzegane, różni się nagłym powstaniem i ścisłym związkiem ze świeżą sprawą porodową. Zapalenie naczyń chłonnych macicy i *adeno—phlegmone*, których kilka przypadków jest opisanych przez TERRIER'a, POZZI, LUCAS-CHAMPIONIÈRE'a, mają tę samą przyczynę, co ropień dołu biodrowego, i stanowią tylko pierwszy okres tego ostatniego cierpienia. Przez badanie pochwowe określamy obrzmienie, odgraniczone od macicy szerokim rowkiem; badanie przez odbytnicę daje jeszcze cenniejszą wskazówkę: pokazuje nam ścisły związek obrzmienia z tkanką łączną dołu biodrowego przez dolny brzeg więzadła szerokiego. Nakoniec objawy *psoitidis* potwierdzają punkt wyjścia cierpienia t. j. z tkanki łącznej dołu biodrowego (*fossae iliacae*). Historia choroby, nagle powstanie po porodzie, brak objawów zajęcia otrzewny nigdy nie zdarza się przy zapaleniu jajowodów.

Ciąża jajowodowa bywa często brana za zapalenie, jeżeli tylko nie zwróci się uwagi na charakter i sposób rozwoju obrzmienia. W obydwóch cierpieniach dotyk daje uczucie masy, znajdującej się z boku macicy, połączonej z nią zapomocą szypuły lub oddzielonej od niej bruzdą. Guz, zależny od ciąży, jest więcej ruchomy, niż otok ropny lub wodny tejże wielkości. Ten ostatni jest więcej naprężony, odporności twardej torbieli, ciąża zaś przedstawia obrzęk miękki, mniej lub więcej wiotki; można nawet zauważyć (LANDAU) względną kuczliwość i rozciągliwość guza przy dotyku palcem, zależną od rozrostu warstwy mięśniowej jajowodu. Macica jest powiększona, rozpułchniona, ujście maciczne zewnętrzne rozwarte, czasami zatłkane czopkiem słuzowym.

Krwistek okółomaciczny otorbiony jest trudny do odróżnienia od przewlekłego zapalenia jajowodów, przy którym mamy zapalenie otrzewny miednicowej. W obydwóch razach macica jest nieruchoma, uwięziona nowowytworzonymi błonami, sklepienie wypełnione masą twardą, jak chrząstka, która daje odnogi ku bocznym częściom pochwy. Rozwój choroby i wywiady dają nam pewne dane o istocie cierpienia. Nagły i połączony prawie z omdleniem początek krwisteku, boleści silne i nagle występujące, jak również szybkie zajęcie otrzewny miedniczej przez masę miękką, chleboczącą zaraz w samym początku choroby—jest w sprzeczności z rozwojem powolnym i postępującym zapalenia jajowodów. Nakoniec przy krwisteku cały obrzęk przedstawia jednakową odporność i nie można wykryć stwardnień i miejsc chleboczących, jak przy zapaleniu jajowodów.

Pewne wady rozwojowe macicy mogą wprowadzić w błąd lekarza dlatego, że o nich przy badaniu jaknajmniej się myśli. LANDAU przytacza dwa przypadki: jeden ciąży w rogu macicy dwurożnej o jednej szyjce (*Uterus bicornis unicollis*), drugi poronienia w rogu szczytkowym macicy dwurożnej, których rozpoznawanie było dokonane dopiero po otwarciu jamy brzusznej. Krwistek w rogu macicy dwurożnej o jednej szyi (*unicollis*) i krwistek w rogu szczytkowym takiejże macicy dają objawy więcej

charakterystyczne. Objawy zarośnięcia występują już w pierwszej młodości i przedstawiają się jako *molimina menstrualia*, napady bólów zjawiają się przed każdą miesiączką; w przerwach osoby te cieszą się zupełnem zdrowiem,—później ta peryodyczność objawów znika. W przypadkach trudniejszych można się uciec do przekucia próbnego.

DOLERIS spostrzegł dwa przypadki opadnięcia pętli kiszki (*enterocele*), zlepionej z otrzewną, do zatoki DOUGLAS'a. Istota cierpienia rozpoznana była dopiero na stole operacyjnym.

III.

Z tego opisu objawów okazuje się, że postaci zapaleń jajowodów są liczne i jako takie wymagają rozmaitych sposobów leczenia. Nie mówiąc już o leczeniu zapobiegawczem, ograniczymy się tu na przedstawieniu środków, używanych przez nas w ciągu lat kilku przy zapaleniach nieżytych, wodnym i ropnym otoku jajowodów, bez lub ze zrostami i naciøkami obwodowymi, w tem przekonaniu, że powikłanie tych stanów z zapaleniemi tkanki łącznej miedniczej i otrzewny, z gorączką, dreszczami i t. p. wymaga koniecznie zabiegu chirurgicznego.

Najwięcej trafiała nam do przekonania metoda, zalecana już w 1887 r. przez WALTON'a, a następnie przez POULLET'a, metoda, której skuteczność wykazali LE DENTU i DOLERIS, a mianowicie: szerokie rozszerzenie i długotrwałe drenowanie jamy macicy w powyższych wymienionych zapalnych sprawach jajowodów.

Jeżeli sprawa chorobowa jest powikłana nieżytem ropnym błony śluzowej macicy lub też wydzieliną krwistą, to przedewszystkiem należy wyskrobać błonę śluzową jamy macicy; ten sposób postępowania rzadziej naraża chorą na powroty choroby, aniżeli proste rozszerzenie i drenowanie. Od roku zaś zawsze oczyszczamy zapomocą łyżeczki błonę śluzową jamy macicy ze względu na to, że nieżyt macicy, chociażby lekki i trudny do rozpoznania, może podtrzymywać sprawę chorobową w jajowodach.

Chore, pomieszczone w naszym oddziale, po ukończeniu miesiączki przez dni cztery do pięciu pozostawiamy w zupełnym spokoju. Przez ten czas starannie odkażamy pochwę zapomocą przestrzykiwań sublimatowych ciepłych (45°). Codziennie laseczkę z ichtyolu, salolu lub jodoformu zakładamy do macicy i podtrzymujemy ją tamponem z gazy jodoformowej. Po pięciu dniach rozszerzamy jamę macicy zapomocą pręcików blaszkownicy (*laminaria*) stopniowo powiększając ich grubość. U kobiet, które wielokrotnie rodziły, jednorazowe wprowadzenie bywa dostateczne; w ogólności potrzeba to powtórzyć dwa do trzech razy. Pozostawiamy blaszkownicę w jamie macicy przez 10 godzin i zmieniamy pręciki rano i wieczorem dla skrócenia czasu. To zakładanie pręcików jest prawie zawsze niebolesne; w ostateczności bóle doskonale uspakaja lewatywa z makowcem lub zastrzyknięcie podskórne morfiny. Po wyjęciu pręcika i przed założeniem nowego robi się zawsze przestrzyknięcie wewnątrzmaciczne środkami odkażającymi.

Gdy już otrzymamy rozszerzenie dostateczne do wprowadzenia palca wskazującego, robimy ostatnie zastrzyknięcie do macicy i przystępujemy do wyłyżeczkowania, które należy wykonać bardzo starannie, tak, aby zeszkrobać całą błonę śluzową jamy macicy, szczególnie w kątach, w celu uczynienia o ile możności swobodnemi ujść wewnętrznych jajowodów. Staramy się dokonać tej operacji bez obniżania macicy i szarpania przez to jej przydatków; również obchodzimy się bez chloroformu, przez użycie blaszkownicy, trzymanej w eterze jodoformowym z kokainą, i przez pendzlowanie jamy 10% roztworem kokainy. Po wyłyżeczkowaniu następuje zastrzyknięcie wewnątrzmaciczne gorącej wody (45° do 50°) i przyżeganie kreozotem z gliceryną; kończymy znowu przestrzykiwaniem dla usunięcia strzępów, po przyżeganiu pozostawiamy

stałych. Następnie przystępujemy do właściwego drenowania macicy. Ku temu bierzemy pasek gazy jodoformowej 5 ctm. szerokości, a 80 ctm. długości i smarujemy go gliceryną z jodoformem. Tak przygotowaną gazę zapomocą zgłębnika wprowadzamy ostrożnie do jamy macicy, podtrzymując, ale nie obniżając, zapomocą kulociągu jej szyję, którą otaczamy również gazą jodoformową i podtrzymujemy wszystko zapomocą tamponu z waty odkażonej. Taki opatrunek w przeciągu pewnego czasu zmieniamy codziennie lub co drugi dzień, przestrzykując za każdym razem jamę macicy. W końcu tego czasu, który trwa od 5—8 dni, szczególnie u kobiet dopiero raz rodzących, jama macicy w okolicy ujścia wewnętrznego nanowo się scieśnia i utrudnia drenowanie. Aby temu zapobiedz, wystarcza wprowadzenie jednej blaszkownicy lub użycie chwilowe rozszerzacza HEGAR'a.

Głównie zwracamy uwagę podeszas trwania leczenia na dostateczne rozszerzenie jamy macicy i przedłużamy leczenie do pojawienia się miesiączki, a nawet nie wahamy się przystąpić po ustaniu miesiączki do ponownego rozszerzenia i drenowania, gdyby jeszcze pozostała bolesność w zatoce DOUGLAS'a i ropny wypływ z macicy. Lecz to stanowi wyjątek, gdyż oto jest przebieg podobnego rodzaju leczenia: pierwsza gaza, wyjęta z macicy, jest nasiąknięta ropą; cwięcej, często zdarza się widzieć po wyciągnięciu gazy wypadający kawałek zgęszczonej ropy lub śluzu. Zdawałoby się, że ropa pochodzi z macicy; jednakże po przestrzyknięciu jej jamy, uciskając palcem lub końcem wziernika pochwowego na guzowatość jajowodową, widzimy ten sam objaw, a zarazem pod ręką czujemy zmniejszenie się obrzęku. Wiele z naszych spostrzeżeń potwierdza ten fakt, który dowodzi możebności opróżnienia jajowodów przez rozszerzenie i wyłyczekowanie macicy.

Gazę wyjmujemy z macicy coraz mniej przesiąkniętą; płyn, wychodzący z macicy, jest coraz więcej śluzowy, przezroczysty, obrzęk zmniejsza się, sklepienie staje się więcej podatne, zaś bolesność coraz mniejsza. Po 3—6 tygodniach chore wychodzą ze szpitala albo zupełnie wyleczone, albo z lekką bolesnością i nieznacznym obrzmieniem jajników i jajowodów. W każdym razie obraz choroby zupełnie się zmienia. Bóle ustają, zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego i układu nerwowego wyrównują się i chore wracają do poprzednich swoich zajęć. Wspomnieliśmy, że niezawsze osiągamy doszczętne wyleczenie cierpienia, gdyż to zależy od pewnych warunków, odnoszących się tak do stanu macicy, jak i jej przydatków. U chorych z macicą łatwo rozciągalną wyniki są więcej zadawalające, niż u chorych z macicą o szczupłej jamie i łatwo kurezliwą, której rozszerzenie trudniej jest utrzymać w jednakowym stopniu. Prawidłowe położenie tego narządu także wpływa na przebieg leczenia; zgięcia jej i pochylenia utrudniają to ostatnie.

Ze strony jajowodów trzy warunki w grę wchodzą: ich kierunek, ich położenie i różność zmian chorobowych. Jajowód, nie bardzo skręcony w położeniu prawidłowym, prędzej wraca do normy, aniżeli opadnięty, zrosnięty z otrzewną lub jajnikiem. Lecz przede wszystkim natura cierpienia błony śluzowej jajowodu gra tu główną rolę. Jeżeli mamy do czynienia z zapaleniem przewlekłym, ze sklerotycznym zwyrodnieniem jajowodów i jajników, z wysiękami zapalnymi, je otaczającymi, wtedy nie osiągniemy nic więcej, tylko ustąpienie bólów i względne zmniejszenie objętości obrzęku. Niewiadomo rzeczywiście, od czasu badań HOFMAN'a, VILLERS'a, czy w ścianach jajowodów nie istnieje także nacieczenie ropne, którego nie można usunąć tą metodą.

Przeciwnie, ile razy mamy do czynienia z zapaleniem niezbytowym, ropnym lub surowiczym, otorbionem lub nie, lecz względnie świeżej daty i ruchomem, to leczenie daje znakomite wyniki. Wielokrotnie widzieliśmy znikanie wodnego lub ropnego otoku znacznych rozmiarów, nawet otoczonego nowo wytworzonymi błonami. Prawda,

że w podobnych przypadkach zarzucano nam niedokładność rozpoznania, między innymi autorami i Pozzi; mówiąc, że przyjmowaliśmy ostro obrzęki okołojajnikowe i okołojajowodowe za wodny lub ropny ich otok; jednakże, widząc w tych przypadkach obfity, nagły wypływ z macicy przy równoczesnem zmniejszeniu się guza pod ręką, nie sądzimy, abyśmy byli w błędzie.

Ostatni jeszcze punkt należy nam wyjaśnić: jaki jest mechanizm podobnego działania przez rozszerzanie, wyłyżeczkowanie i drenowanie? Pomimo przeciwnego zdania wielu autorów, sądzimy, że rozszerzenie, połączone z wyłyżeczkowaniem lub bez niego, może wywołać opróżnienie zawartości chorobowo zmienionego jajowodu. To wielokrotnie spostrzegane przez nas zjawisko objaśnia się rozmiękczeniem tkanki macicznej i zmniejszeniem zaciśnięcia otworu wewnętrznego (macicznego) jajowodów. Podług WALTON'a rozszerzenie jamy macicy nie tylko powiększa ujście jajowodów i tym sposobem następuje opróżnienie, lecz wywołuje naderwanie włókienek mięśniowych, przez co zmniejsza przekrwienie więzadel szerokich i jajników, sprawia rozciąganie nerwów, a tomsamom ustąpienie skurczów i bólów.

F. Ficki.

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

80. Prof. HILDEBRAND. **O doświadczeniach nad trzustką w celu wywoływania zgorzeli tłuszczowej.** Wiadomą jest rzeczą, że niektórym zapaleniom trzustki, prowadzącym do krwotoków i zgorzeli tego narządu, towarzyszy często mniej lub więcej obszerna zgorzel tłuszczowa sieci, krezki, a nadewszystko samej trzustki i części ją otaczających. Przyczyna jest tu jeszcze niewiadoma, gdyż rzecz ta na drodze doświadczalnej prawie badana jeszcze nie była. Dla zbadania więc tej kwestyi autor przedsięwziął szereg doświadczeń na zwierzętach. W dwóch przypadkach podwiązał trzustkę w celu wywołania zastój wydzielin, a w 6 przypadkach podwiązał prócz trzustki wszystkie żyłe części podwiązanej, aby zastoinowa wydzielina nie została wessaną i w ten sposób odprowadzoną. Zwierzęta żyły 8 do 14 dni; znacznie chudły po operacji, wkrótce jednak się poprawiały.

Przy sekcji we wszystkich przypadkach znaleziono w sieci, blisko podwiązanej trzustki leżącej, większą lub mniejszą ilość miejsc płaskich, białych, nieco zgrubiałych, znajdujących się w okolicy delikatnej tkanki tłuszczowej. Podobne plamki zauważyć można było na powierzchni trzustki w części podwiązanej. Trzustka sama była w 2 pierwszych przypadkach nieco bledsza, niż zwykle, w innych przypadkach nieco sinoczerwona, obrzękła. Dla stwierdzenia, jaki wywiera wpływ trzustka, pozbawiona wszelkiego dopływu krwi, H. przedsięwziął dalsze 3 doświadczenia. W jednym przypadku kawałek trzustki długości 2 do 3 ctm. wszyl w sieć zwierzęcia innego, w drugim przypadku do tego samego doświadczenia użył całej trzustki, a w 3-cim przypadku całą trzustkę obwinął naokoło pętli kiszki cienkiej. Jedno z tych zwierząt było po 6 tygodniach użyte do dalszych doświadczeń, drugie żyło 3 tygodnie, a 3-cie 11 dni.

We wszystkich przypadkach zauważyć się dały podobne białe plamy w odpowiednich miejscach tkanki tłuszczowej. Trzustka w jednym przypadku wessała się, w drugim rozmiękła, a w 3-im przypadku niewiele się zmieniła. Do wszystkich tych doświadczeń użyto zwierząt jednakowego gatunku. W przypadku, gdzie wycięto tylko kawałek trzustki i wydzielina z rany swobodnie spływała do jamy brzusznej, zgorzel tłuszczowa również spostrzegać się dawała w sieci, zwłaszcza w części, blisko trzustki leżącej.

Na zasadzie swoich doświadczeń autor dochodzi do wniosku, że wszelkie choroby trzustki, mogące wywołać zastój wydzieliny lub też powodujące wpływ wydzieliny do jamy brzusznej, spowodzić mogą typową zgorzel tłuszczową samej trzustki, sieci lub krezki, prawdopodobnie wskutek zetknięcia się tłuszczu z wy-

dzieliną. Jaki ferment trzustki odgrywa tu rolę, dotychczas niewiadomo. Autor zwraca uwagę na trypsynę, a być bardzo może, że i ferment tłuszczowy także swój wpływ tu wywiera. (*Centralbl. f. Chirurgie. 1895. N. 12.*) *L. Krause.*

81. B. LOEWENBERG. **Pasorzyt „ozaeny“.** Już w roku 1884 L. opisał szczegółowo pasorzyta ozaeny. W roku 1894 autor ponownie zajął się tą sprawą i z bardzo licznych przypadków prawdziwej ozaeny (*ozaena vera s. genuina s. simplex*) wyhodował pasorzyta, którego uważa za istotną przyczynę powstawania tej uporczywej choroby. Jest to *cocco-bacillus*, który żelatynny nigdy nie rozrzedza. Rozwijając się może jeszcze w ciepocie 43,4° C., przy wyższej ciepłocie zamiera. W zetknięciu z wodą ciepłą (54° C. przez 1 minutę) ginie. Wysuszone hodowle przez długie miesiące nie tracą swej żywotności. Na żelatynie pasorzyt rozwija się w postaci hodowli białawo-szarej, wejrzenia połyskującego, często napół płynnej. Na powierzchni wkłucia (*Stichkultur*) pasorzyt ten daje obwódkę szarawą, opalizującą, różnej grubości. Nie rośnie nigdy w postaci łebka gwoździa, jak pneumokoki lub laseczniki twadzieli nosa. Na surowicy rozwój hodowli jest jednakowy. Na bulionie daje osad w postaci strzępów i nici, płyn pozostaje przezroczysty. Gazów nie rozwija. Na kartoflu rośnie bardzo dobrze w postaci białych lub żółtawych, zlewających się hodowli. Bez dostępu powietrza rozwija się wolniej, niż w zwykłych warunkach. Pasorzyt ten na wszystkich odżywkach wytwarza produkta wonne, przypominające zapach bzu (*sambucus nigra*) lub ligustru (*ligustrum vulgare*). Jest to fakt ciekawy, że w jamach nosowych przy ozaenie ma miejsce tak wstrętny zapach, a w hodowlach pasorzyta ozaeny mamy wcale przyjemne produkty wonne. Pasorzyty te mają stale otoczkę, gdy badamy je wprost z wydzieliny jamy nosowej lub ze krwi zwierząt szczepionych nimi. W innych cierpieniach, przypominających ozaenę (przymiot nosa, *caries et necrosis ossium nasi etc.*) LOEWENBERG nie wykrył ani razu pasorzytów ozaeny. Inni badacze, jakoto Ch. HOPF, CAMPOS SALES, VALENTIN, HAJEK, BERLINER i ABEL, również znaleźli w ozaenie pasorzyty, odpowiadające po części opisanym przez autora.

(*Odb. z „Annales de l'institut Pasteur r. 1894.*)

Lubliner.

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z dnia 28 maja r. b.

TREŚĆ: 1) STANKIEWICZ— przedstawienie wyniku operacji w przypadku, okazanym na posiedzeniu dnia 21. V. r. b. 2) GRUNDZACH — badanie wydzieliny żołądka chorego, przedstawionego przez Kol. RAUMA w dniu 17. IV. r. b. 3) OREŃOWSKI— odczyt: „*Arthropathia tabidorum*“. 4) JASIŃSKI— odczyt: „Przypadek *dystrophiae musculorum progressivae*“.

1) Kol. STANKIEWICZ zawiadomił, że guz w przypadku, okazanym przez niego na posiedzeniu w d. 21. V. r. b., przy operacji okazał się guzem torbielowatym, silnie zrośniętym z powięzią mięśnia skośnego brzucha. Guz ten z jamą brzuszną łączności nie miał i prawdopodobnie jest mięsakiem, torbielowato zmionionym.

2) Kol. GRUNDZACH w przemówieniu swem podaje, że chłopiec, operowany przez kol. RAUMA, miał lat 19, był szczupły, blady, uskarżał się na bóle po jedzeniu, silną zgagę, wymioty, które co kilka dni obficie występowały. Łaknienie zachowane, czasem wzmożone. Zaparcie stolca. Objawy te trwały 2 lata—od chwili, gdy chory został uderzony kopytem w brzuch. Oglądanie brzucha wykazało: brzuch (w pozycji leżącej chorego) w części dolnej wypukłony, w górnej—zapadły; przy uderzaniu palcem widać było ruchy robaczkowe, idące od strony lewej ku prawej; w podżebrzu prawem wyczuwał się twardy, podłużny wałek. Żołądek był opuszczony, granica jego sięgała na 3 palce poniżej pępka. W zawartości żołądka, otrzymanej w 8 godzin po zwykłej porcyi szpitalnej (kleik owsiany, trochę kaszy, kawałek chleba i ¼ funta gotowanego mięsa), pod drobnowidzem znaleziono liczne komórki drożdżowe, nieco kropel tłuszczowych, kryształów kwasów tłuszczowych i bardzo dużo ciał krochmalowych. Laseczników i włókien mięsnych nie znaleziono. Kwaśność przesącza=0,24%, wolnego kwasu solnego=0,064%. Różnicę—0,176 stanowi kwas solny związany wraz z fosforanami kwaśnymi. Kwasu mlecznego ślady, peptonu dość dużo, białka ślady, erythrodekstryny bardzo dużo, cukru brak. Na zasadzie badania tego rozpozna-

no: zwężenie odźwiernika niezłśliwe, bliznowo, po urazie żołądka, rozszerzenie żołądka następuje.

W 2 miesiące po operacyi badanie wykazało: pod drobnowidzem znajdowały się krople tłuszczowe, dużo krochmalu, nieco komórek drożdżowych i włókien mięsnych. Przesącz posiadał kwaśność = 0,16%, kwasu solnego wolnego — 0,06%, różnica wynosi 0,1%. Kwasu mlecznego nie było; ślady peptonu; erythrodekstryny — bardzo dużo.

Naczecz (w 15 godzin po chlebie suchym) drugim razem wydobyto 25 ctm. płynu zielonkawego z osadem; w płynie tym wykryto kwas solny wyraźny, erythrodekstryny ślady, kwasu mlecznego brak. Osad zawierał pod drobnowidzem jądra komórkowe JAWORSKIEGO, *oidium lactis*, kilka komórek drożdżowych. Częstek pokarmowych nie było.

Na zasadzie badań po operacyi G. wyprowadza wnioski następujące. a) Żołądek znacznie się skurczył. b) Czynność mechaniczna żołądka odbywa się dobrze. c) Żadnych większych fermentacyi niema. d) Trawienie pokarmów białkowych odbywa się dobrze. e) Trawienie pokarmów mącznych odbywa się źle wskutek szybszego wydziolania się soku żołądkowego. f) Należałoby stosować alkalia w ilości większej.

3) Kol. EDWARD ORŁOWSKI w odczycie swym p. t. „*Arthropathia tabidorum*“ omówił w kilku słowach rozwój historyczny nauki o tem cierpieniu i następnie podał szczegółowy opis spostrzeganego przez siebie przypadku, który był przedstawiony na zeszłym posiedzeniu. Chory zauważył, że przed 10 laty zjawiły się pierwsze objawy wiądu rdzenia. Od 3½ lat wystąpiły objawy bezładu ruchowego. Przed 4 laty złamał goleń lewą w odcinku dolnym, przed 3 laty zwichnął staw kolanowy prawy, a przed 7—8 tygodniami bez żadnej widocznej przyczyny zauważył chrupanie w stawie biodrowym i pewne utrudnienie ruchu kończyny, następnie zaś wystąpiło obrzmienie stawu. W okresie czasu pomiędzy cierpieniem stawu kolanowego i biodrowego zwichnął sobie 1-szą falangę 3-go palca ręki lewej. Mówca jest zdania, że w danym przypadku ma do czynienia z rozwiniętym wiądem rdzenia, w przebiegu którego, mianowicie po wystąpieniu już bezładu ruchowego, przyłączyło się cierpienie stawów. Następnie O. zaznacza, że cierpienia te bez względu na różnorodność przebiegu klinicznego mają swoją charakterystykę, a mianowicie powstają dowolnie, rzadko pod wpływem urazu, nigdy nie bywa odczynu zapalnego, stale brak gorączki, istnieje skłonność do wytwarzania wysięków stawowych, jednocześnie bezbolesność zupełna; rozluźnienie więzów, zanik powierzchni stawowych i ostatecznie zanik części nasadowych kości z następczem łatwem zwichnięciem lub też rozrost kości i ich zniekształcenie (*arthritis deformans*). Cechy powyższe, zdaniem O., zniewalają do wydzielenia tych cierpień klinicznie w grupę oddzielną i odrębną od cierpienia *arthritis deformans* jakkolwiek pod względem anatomo-patologicznym przedstawiają się analogicznie. Co się tyczy złamań dobrowolnych, to O. zaznacza, że złamaniu najczęściej ulega kość biodrowa, następnie goleń, najrzadziej kość promieniowa i szczeka dolna. Przyczyny złamań są blache, goją się owe złamania dobrze. Kostnina tworzy się prawidłowo i niegorzej, niż w innych przypadkach. W końcu O. przytacza zdanie CHARCOT'a i jego szkoły co do pochodzenia rdzeniowego tego cierpienia i zdanie VOLKMANN'a, który cierpienie stawów czyni zależnem od zmian w nerwach obwodowych i w pewnej mierze od urazu.

W dyskusyi kol. MIKOŁAJ BRUNNER zwraca uwagę, że zmiany w stawach u dotkniętych wiądem rdzenia nie są rzeczą rzadką. B. spostrzegał wiele przypadków, gdzie przy słabo wyrażonych innych objawach wiądu rdzenia występowały zmiany w stawach, bywa jednak i tak, że w okresie rozwiniętego w pełni obrazu wiądu rdzenia przyłączają się cierpienia stawów i z jednego stawu przechodzą na drugi, zniepodobniając je i czyniąc nieużytecznymi, jak to up. B. spostrzega od dłuższego czasu u pewnego kolegi. W końcu B. zaznacza, że w praktyce prywatnej cierpienia stawów we wiądzie spotkać można częściej, niż w szpitalach.

Prof. BRODOWSKI zauważył, że wszyscy anatomo-patologowie zwracają uwagę na rzadkość cierpienia stawów we wiądzie i że zaznaczona istota tego cierpienia nieczem się nie różni od *arthritis deformans*, chyba tylko tem, że sprawa prędzej przechodzi.

Kol. CIĄGLIŃSKI zaznacza, że bardzo rzadko spotykał się ze zmianami w stawach przy wiądzie, gdyż na bardzo znaczną liczbę spostrzeganych przypadków wiądu rdzenia — dwa razy tylko widział cierpienia stawów. Zdaniem C. cierpienia stawów po-

wstają nie wskutek zmian w istocie szarej rdzenia, jak mówi CHARCOT, lecz wskutek zmian w nerwach obwodowych.

Kol. RYCHLIŃSKI wypowiada zdanie, że przy obecnym stanie nauki trudno orzec, gdzie tkwi przyczyna istotna tego cierpienia. Gdyby *arthropathia tabidorum* zależna była od zmian w istocie szarej rdzenia, to powinniśmy zmiany owe pod drobnowidzem spostrzegać, skoro bowiem samo cierpienie trwa długo, to i przyczyna wywołująca je powinna być długotrwała, przynajmniej na tyle, iż pociągnęłaby za sobą zmiany w komórkach rdzeniowych, które jednak drobnowidz wykrywa rzadko. Zmianami w nerwach obwodowych wytłumaczyć sobie powstawanie tego cierpienia we wszystkich przypadkach, zdaniem R., trudno, gdyż bywają przypadki wiądu ze znacznymi zmianami w nerwach obwodowych, gdzie jednak cierpienia stawów nie było, i odwrotnie. Zjawia się przeto pytanie, czy zmiany w stawach nie są wywołane przez jakąś inną przyczynę, niezależną od wiądu, która tylko na tle cierpienia podstawowego wywołuje szybszy przebieg sprawy chorobowej, niż np. w zapaleniu stawów zniepalniającym.

Kol. SOKOŁOWSKI przypomina, że w roku 1881 ogłosił w „Medycynie“ przypadek cierpienia stawów palców nóg u 40 letniej służącej, które wystąpiło w przebiegu wiądu rdzenia.

Kol. M. BRUNNER zaznaczył, że spostrzegal 6 letniego chłopca, który, prócz objawów wiądu, miał wyraźne zmiany w stawach, które jednakże ustąpiły. W przypadku tym zmiany w stawach B. tłumaczył sobie zmianami w istocie szarej rdzenia.

Kol. CIĄGLIŃSKI nie wierzy, aby mogła nastąpić poprawa tam, gdzie wystąpiły zmiany w budowie istoty szarej.

Kol. M. BRUNNER odpowiada, że zdanie to jest zbyt pesymistyczne, gdyż nawet w tych razach, gdy nastąpią pewne stałe zmiany w określonym miejscu istoty szarej, inne jej części przyjmują na siebie wyrównanie czynności i usuwają z czasem braki, wywołane siedliskiem zmian chorobowych. Na dowód zaś, że chorzy z wyraźnymi objawami wiądu poprawiać się mogą, B. przytacza spostrzegany przez siebie przypadek, w którym, pomimo zupełnej prawie niemożności chodzenia, wystąpiła znaczna poprawa, tak, że chory obecnie bez trudu chodzić może, pomimo, że niektóre objawy wiądu rdzenia istnieją do dziś dnia.

Kol. RYCHLIŃSKI zaznacza, iż też jest zdania, że w niektórych przypadkach wiądu rdzenia w pierwszym okresie choroby, to jest wtedy, gdy istnieją objawy podrażnienia rdzenia przez rozrost neuroglii, ale bez widocznych i stałych ognisk stwardnienia, leczenie energeticzne pomódz choremu; skoro jednak zmiany już nastąpią, to wątpi, aby poprawa mogła być widoczna.

Kol. CIĄGLIŃSKI dodaje, że nie trzeba zapominać o istnieniu cierpienia t. zw. *pseudotabes* na tle przymiotowem, leczenie którego daje zazwyczaj wyniki dobre.

Prof. BARANOWSKI zwraca uwagę, że przymiot w etyologii wiądu rdzenia odgrywa rolę przeważną i że na to tło ogólne przy rozpatrywaniu sprawy zmian stawów we władzie rdzenia warto zwrócić uwagę.

Kol. JANOWSKI zaznaczył, że niekoniecznie trzeba brać pod uwagę tylko to zmiany w komórkach istoty szarej i w nerwach obwodowych, które drobnowidz wykazać jest w stanie, ale trzeba mieć na względzie i te zaburzenia czynnościowe w odżywianiu pierwiastków nerwowych, których drobnowidz wykryć nie może, a które jednak same przez się wywołać mogą zaburzenia poważne w częściach obwodowych ustroju.

4) Kol. JASIŃSKI w odczycie p. t. „Przypadek *dystrophiae musculorum progressivae*“ po krótkim wstępie, zawierającym rys historyczny nauki o dystrofiach, przeszedł do opisu spostrzeganego przez siebie przypadku, który przedstawiał na posiedzeniu Tow. z d. 30. IV. r. b. Chory K. M., 11 lat liczący, od kilku lat ma ręce coraz cieńsze, a nogi coraz grubsze, coraz gorzej chodzi i więcej słabnie, samogwałtowi się nie oddawał, o przyczynie choroby nikt w domu nie wie. Przechodząc kolejno wszystkie objawy, spostrzegane u tego chorego, R. zaznacza, że ma do czynienia z zanikiem mięśni postępującym o typie ERB'a i że, powodowany dobrym wynikiem leczenia analogicznego chorego zapomocą szaruchy i następnie kąpielami Trenczyńskimi, i w danym przypadku chce zastosować leczenie przeciwprzymiotowe. Do stosowania takiego leczenia w zaniku mięśni postępującym upoważniają J. wywody teoretyczne, wypływające z badania szczegółowego mięśni chorego, wyciętych nożem, o czem J. mówił w 1889 r. na zjeździe chirurgów polskich w Krakowie. Na okazach drobnowidzowych

z mięśni tego chorego, u którego klinicznie rozpoznano zanik mięśni postępujący, widac było, że w samych włóknach mięśniowych żadnych zmian mięszkowych niema, zmiany zaś drobne, jakie w nich dostrzedz można było, świadczyły o początkującej zgorzeli. Zmiany główne były w naczyniach krwionośnych—*periarteritis*. Nacieczenia naokoło najdrobniejszych nawet naczyń i tworzenie się nowej tkanki łącznej były przyczyną tak znacznego zwężenia ich światła, że odżywianie mięśni uległo silnemu zaburzeniu. Wynik badania nasunął J. myśl, czy niema on do czynienia ze sprawą w naczyniach i wtórnie w mięśniach, pochodzenia przymiotowego. Przypadek zaniku mięśniowego, leczony szaruchą i w Trenczynie, w pewnej mierze utwierdził mówcę w tem mniemaniu i dlatego w danym przypadku zalecił leczenie przeciwprzymiotowe.

W dyskusyi kol. RYCHLIŃSKI zaznaczył, że podane przez J. fakta mogą naprowadzać na myśl, że zanik mięśni postępujący może powstawać na tle przymiotu. Spostrzeżeń w tym względzie istnieje bardzo niewiele. JOFFROY i ACHARD wprawdzie kilka lat temu opisali przypadek postępującego zaniku mięśniowego u 55 letniego osobnika, który przebywał przymiot, leczenie jednak swoiste skutku nie odniosło. Nie odrzucając możliwości powstawania zaniku mięśni postępującego na tle przymiotowem, R. sądzi jednak, że poprawa, jaką spostrzegął J. u swego chorego, nie przemawia jeszcze na korzyść leczenia przeciwprzymiotowego, gdyż przebieg zaniku postępującego jest przewlekły (w przypadku, ogłoszonym przez R., przez lat 45 trwająca sprawa nie wywołała zajęcia przepony i nie spowodowała ostatecznego obездwładnienia chorego) z przerwami chwilowemi w postępie choroby, które i w danym razie mogły wystąpić i niesłusznie przeto mogły być uważane za poprawę. Co się zaś tyczy zmian chorobowych, o których wspominał mówca, to niezawsze w badanych przypadkach ograniczały się one do zmian przeważnie w naczyniach, lecz w większości przypadków zmiany we włóknach mięsnych zajmowały miejsce naczelne.

Prof. BRODOWSKI zapytuje, dlaczego przypadki podobne nazywają zanikiem mięśni postępującym, kiedy w rzeczywistości zmiany anatomo-patologiczne wskazują, że mamy w nich do czynienia z zapaleniem mięśni i, zdaniem B., przypadki te słuszniej byłoby nazywać—*myositis progressiva*.

Kol. JASIŃSKI odpowiada, że w pracy swej nie wypowiada zdania pewnego co do przymiotowego pochodzenia zaniku mięśni postępującego i co do wpływu szaruchy i jodu. Zaznaczył, iż dla próby stosował te środki. Co się zaś tyczy nazwy, to J. zgadza się na nazwę *myositis progressiva*, użył zaś nazwy utartej, by nie wywoływać omówień, koniecznych do wyjaśnienia tej przemiany.

Kol. RYCHLIŃSKI zaznacza jasno, że w sprawie znaczenia w ogóle przymiotu w różnych cierpieniach—unikac należy podnoszenia tej kwestyi, gdyż wywołuje to chaos w poglądach naszych na powstawanie różnych chorób; trudno bowiem przy obecnym stanie naszej wiedzy wytłomaczyć sobie, dlaczego przymiot w jednym razie wywołuje wiał rdzenia, w innym—*encephalitis*, w innym znów zgorzel suchą, w innym wreszcie sprawy w oponach, mięśniach itp.

Wypadałoby przypuszczać, że prócz toksyny przymiotowej są w samym ustroju odrębne przyczyny, które wspólnie z pierwszą dają ten lub inny obraz chorobowy. Dotąd, dopóki owe inne przyczyny nie będą zbadane, etyologiczne znaczenie przymiotu, zdaniem R., będzie tylko ogólne i wysświetlać istoty tego lub innego cierpienia nie będzie.

Co się zaś tyczy nazwy *dystrophia*, R. zaznacza, że nazwa proponowana *myositis progressiva* była używana dawniej i dopiero ERB wprowadził *dystrophia*, a to dla tej przyczyny, że pomimo braku zmian widocznych w układzie nerwowym, twórca nauki o zanikach mięśniowych, za jakiego uważać możemy ERB'a, przypuszcza, że zmiany te istnieją i dotyczą głównie sprawności odżywczej pierwiastków nerwowych, której nie jesteśmy w stanie dotąd zbadać, pochodzenie przeto zaniku mięśniowego postępującego ERB'a jest neuropatyczne.

Za pochodzeniem tem, zdaniem R., przemawiają i te nieliczne badania włókien nerwowych w mięśniach, które opisał BABIŃSKI. Dotąd jednakże, dopóki fizjologia tych *fasciculae neuro-musculaires* nie będzie wysświetlona, mówić o znaczeniu ich w powstawaniu zaniku mięśni postępującego nie mamy prawa.

Kol. JANOWSKI podnosi sprawę neuropatycznego pochodzenia zaniku mięśni postępującego i przemawia za utrzymaniem tej nazwy.

Prof. BARANOWSKI jest zdania, że skoro badanie kawałka mięśni wykaze zmiany w naczyniach, warto próbować jod i rtęć.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

— Leczenie koklusz. Pomimo, że od dawna uznany jest skuteczny wpływ pobytu na otwartem powietrzu dla dzieci dotkniętych kokluszem, lekarze częstokroć niemniej, niż rodzice, obawiają się wysyłania tych chorych z domu, a przy objawach najmniejszego podrażnienia oskrzeli radzą trzymać je tygodniami całymi w zamkniętym pokoju. Dla rozstrzygnięcia tego pytania ULLMANN zebrał pewną ilość dokładnych spostrzeżeń, w których obliczał przez czas dłuższy ilość występujących napadów kaszlu podczas pobytu dzieci w pokoju, na powietrzu otwartem i w nocy w łóżku. Okazało się, że podczas pobytu w pokoju napady te powtarzały się dwa razy częściej, aniżeli na powietrzu, również dwa razy częściej w dzień, aniżeli w nocy. Tę ostatnią okoliczność objaśnia U. spokojnem zachowaniem się dziecka podczas snu. Siła i trwanie napadów kaszlu podczas pobytu dziecka w pokoju były zawsze daleko większe, aniżeli podczas pobytu na powietrzu. Wymioty podczas napadów daleko rzadziej wydarzały się na powietrzu, aniżeli w pokoju. Autor zaleca wysyłanie dzieci, dotkniętych kokluszem, nie tylko latem, ale i zimą podczas dni pogodnych, a w porze cieplej trzymanie ich przez cały dzień w ogrodzie, a nawet przy towarzyszącym niezycie oskrzeli i płuc widział u tych dzieci daleko lepszy przebieg choroby, aniżeli u trzymanych przez całe miesiące w zamkniętym pokoju. Wobec bezskuteczności wszystkich zalecanych specyfików, U. uważa „leczenie powietrzne“ za najskuteczniejszy środek przy koklusz. (Jahrb. f. Kinderheilk. T. 40. 1895 r.).

J. K.

— HACEUS utrzymuje wbrew CHAVEAU'nowi, opierając się na siedmiu doświadczeniach, że ospę zawsze można przenieść na cielęta, trzeba tylko zakazić szczepionką znaczną powierzchnię skóry. Przeszczepiana z cielęcina na cielę, nabywa ospa szybko wszystkich własności krowianki, nie wywołuje już u człowieka wysypki ogólnej, lecz wpływa jak krowianka i w razie potrzeby można jej w tym celu używać. (Centr. f. Bakt. XVI, № 1).

— Za przykładem RETZIUS'a, VIDAL'a, HAAB'a, PICK'a etc. próbował NOBL zaszczerpić *Molluscum contagiosum* przez wcieranie zawartości typowego wiktutu w miejsce, uprzednio pozbawione za pomocą ostrej łyżeczki powierzchniowych warstw naskórka. Z pośród wielu przedsięwziętych szczepień, tylko w jednym przypadku otrzymano wynik dodatni. Przypadek ten dotyczył mężczyzny z obfitą wysypką typowych „mollusków“ na skórze łąka. Reszta skóry była zupełnie wolna

od wysypki. Zaszczepiono na przodowych powierzchniach obu ramion — w trzech miejscach na każdym. Jednocześnie wycięto wszystkie wykwitły łąka. Po 7-tu tygodniach mógł autor stwierdzić makroskopowo i mikroskopowo typowy wykwit *molluscum* na jednym ze szczepionych miejsc prawego ramienia. Po 11 tygodniach rozwinęły się także 2 inne wykwitły na lewem ramieniu. (Archiv f. Derm. u. Syphilis. Rok 1895, str. 231).

A. K.

— GRIFFON spostrzegł rzadki przypadek podwójnego moczwodu lewego. Oba moczwody wychodziły z podwójnej miedniczki, dolna tworzyła się z połączenia sześciu, górna z trzech kielichów nerkowych. Jeszcze ciekawszy przypadek widział MORESTIN: tu z każdej nerki, prawidłowo utworzonej i zaopatrzonej w jedną miedniczkę, odchodziły po dwa moczwody; każdy z nich miał osobne ujście do pęcherza. (Bull. de Soc. anat. 1894. październik).

— BLAGOWIESZCZENSKIJ opisuje cztery przypadki cholery, w których przyłączyła się róża. Każdy chory znajdował się już w stanie zamartwiczym, gdy wystąpiły pierwsze objawy róży: przebieg cholery zmieniał się jaknajpomyślniej: ciepłota podnosiła się, biegunka i drgawki znikły prawie nagle, stan ogólny poprawiał się w ciągu doby, pojawiał się mocz, łaknienie i sen. Róża przytem przebiegała względnie lekko i nigdy nie zajmowała wielkiego obszaru. (Centr. f. inn. Med. 1895 N. 6).

— PERNICE i SCAGLIOSI przekonali się, że zapalenie nerek, występujące u zwierząt, zakażonych cholera, nie różni się niczem od zapalenia nerek u ludzi, chorujących na cholera. Ponieważ taką samą sprawę wywoływali oni u zwierząt bądź szczepiąc im hodowlę, bądź trując wytworami bakterji, należy zatem uważać za rzecz rozstrzygniętą, że i zapalenie nerek w cholera u ludzi polega jedynie na działaniu toksyn, wessanych z przewodu pokarmowego. (Centr. f. inn. Med. 1895. N. 6).

— RISSO wykazał w bardzo licznych badaniach nad zawartością bakterji w jamie ustnej ludzi zdrowych i dotkniętych ślinotokiem pochodzenia rtęciowego, że u tych ostatnich można zawsze znaleźć bakterje pewne, których nie bywa u ludzi zdrowych, mianowicie jakiegoś gronkowca żółtego i paciorkowca, rozpuszczającego żelatynę. Należy zatem mniemać, że leczenie rtęcią nie wywołuje samo przez się porażenia błony śluzowej, lecz czyni z niej jedynie *locum minoris resistentiae* (La Rif. med. 1893 str 249).

Wiadomości bieżące.

— Na VII Zjazd chirurgów polskich w Krakowie, odbyć się mający w dniach 16 i 17 lipca r. b., zgłoszono się w dalszym ciągu z następującymi wykładami: 1) Prof. JORDAN. „O wartości rozmaitych sposobów myomektomii“. 2) D-r Al. ROSNER. „W sprawie zapobiegania wypocinom około szypułów po wycięciu guzów brzusznych“. 3) D-r SMITALSKI. „O wywołaniu sztucznego ropienia celem wyleczenia ropnicy. 4) Prof. OBAŁIŃSKI. „Demonstracja rekonwalescentki po usunięciu mięsaka z jamy czaszkowej“. 5) Tenże. „Demonstracja preparatów dotyczących nowoczesnej chirurgii brzucha“. 6) D-r WOLKOWICZ (z Warszawy). „Pomysły do nowych zabiegów chirurgicznych, mających na celu zapobieganie i leczenie przepuklin brzusznych środkowych obwisłego brzucha“ (z demonstracją preparatów). 7) Tenże. „Przyczynki do techniki nakładania szwów zwalniających“.

— D-r Michał ZIELEŃIEWSKI ku uczczeniu 50-letniej rocznicy otrzymania stopnia D-ra Medycyny 28 czerwca 1845 roku w Uniwersytecie Jagiellońskim, złożył w kancelaryi Komitetu Opieki Szpitala dla dzieci w Krakowie 1000 koron w liście zastawnym galicyjskiego Towarzystwa Kredytowego ziemskiego z odpowiednimi kuponami, ku powiększeniu żelaznego funduszu utrzymania filii wymienionego szpitala, istniejącej w Rabce.

— Według gazet rosyjskich Ministerjum Spraw Wewnętrznych zgodziło się na odłożenie wprowadzenia nowej ustawy szpitalnej na czas nieograniczony.

— W Berlinie budynek po dawnym parlamencie ofiarowano Narodowemu Higienicznemu Towarzystwu, które postanowiło urządzić w nim stałą międzynarodową wystawę higieniczną. Program wystawy bardzo obszerny, będą tam uwzględnione nawet wszelkiego rodzaju sporty. Wystawa będzie otwarta w jesieni roku bieżącego, a tymczasem otworzono tylko niektóre oddziały, np. oddział higieny kolonialnej.

— Miasto Ealing pod Londynem wyzyskało praktycznie ciepło, wytworzone przez palenie

śmieci, —jedeny racjonalny sposób usuwania tych ostatnich, zwłaszcza w dużych miastach. W 7 na ten cel urządzonych wielkich piecach spalają się śmieci wraz z mułem, wydobytym z kanałów miejskich. Spalenie odbywa się tak dokładnie, iż gazy, ze spalenia powstałe, prawie bez dymu i woni uchodzą nazewnątrz kominem, mającym aż 43 metry wysokości. Ciepło, ze spalenia śmieci uzyskane, wystarcza do otrzymywania dziennie siły 50 koni parowych, poruszających dynamo-maszyny; wieczorem, gdy potrzeba więcej światła elektrycznego i siły, pali się w piecach węglami.

— Pomędzy 27 a 31 sierpnia r. b. odbędzie się w Ostendzie zjazd, mający na celu sprawę leczenia zapomocą morskich kąpielii (*talassoterapia*). Z główniejszych kwestyi mają być rozpatrywane dwie: 1) leczenie suchot płucnych nad brzegiem morza; 2) technika leczenia morskimi kąpieliami.

— Zmarli. Dnia 8 b. m. zmarł w 63 roku życia d-r medycyny Józef STUMMER, członek Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego. Zmarły urodził się w Krakowie, gimnazjum ukończył w Radomiu, a uniwersytet w Krakowie. Jako wzięty praktyk i człowiek rzadkich zalet serca, był bardzo ceniony i lubiany w szerokich kołach Warszawy. Liczne warstwy biedniejszej ludności, jak również Instytut moralnej poprawy dzieci w Mokotowie, którego był długoletnim opiekunem i lekarzem, utraciły w zmarłym jednego ze swoich dobroczyńców. Z prac naukowych pomiedzy innymi zasługują na uwagę: „Słowo o kretynizmie“, „Uwagi nad zboczeniem ruchów w chorobach mózgu“, „Szczawnica i jej potrzeby“.

— Tomasz Henryk HUXLEY, słynny biolog i anatom angielski.

— Komitet Kasy Wsparcia podupadłych lekarzy oraz wdów i sierot biednych po lekarzach pozostałych, w wykonaniu warunku, w testamencie ś. p. D-ra Jana BĄCEWICZA zastrzeżonego, ogłasza nazwiska 5-iu wdów po lekarzach polakach, którym na posiedzeniu Komitetu w dniu 20 czerwca r. b. przyznane zostały wsparcia z legatu BĄCEWICZA, każdej po rs. 90, a mianowicie: Bystrzyckiej Annie, Różyckiej Józefie i Wierzbickiej Maryi w Warszawie zamieszkałym, oraz Grzybowskiiej Paulinie w Lublinie i Ambrożewiczowej Ludwice we Włodawie.

Z upoważnienia Komitetu, Członek Zarządzający Kasą Wsparcia D-r J. Rogowicz.