

GAZETA LEKARSKA.

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

Cena Gazety Lekarskiej: w Warszawie: rocznie 5 rs., półrocznie 2 rs. 50 kop., na prowincyi, w Cesarstwie i za granicą: rocznie 6 rs., półrocznie 3 rs.

Cena ogłoszeń: Trzy pierwsze po kop. 15 za wiersz drobnem pismem, lub za jego miejsce następne po kop. 10.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. Gajkiewicz Władysław. Wydawca: Dr. Kondratowicz Stanisław.

Adres Redaktora. Marszałkowska Nr. 115. Adres Wydawcy: Marszałkowska Nr. 119.

OGŁOSZENIA

ODEZWA

Koledzy, którzy ukończyli studia w Uniwersytecie Warszawskim w 1879 r. proszeni są o nadesłanie swoich adresów do niżej podpisanego.

Dr. J. Piaszczyński, Maryjańska 11.

Dr. Franciszek Murdzieński,
z Krakowa, ordynować będzie w bieżącym sezonie w zastępstwie
Dr. Zieleniewskiego, w **Krynicy.**

5—4

Dr. Weissenberg

(władający polskim językiem) ma honor zawiadomić Szanownych Panów Kolegów, iż corocznie
praktykuje w **Kołobrzegu** (Gartenstr. 1.)

5—5

Docent Uniwersytetu Jagiellońskiego

Dr. J. Kopernicki

ordynuje, jak dawniej, w **Maryjenbadzie.**

10—6

Dr. Dobieszewski

praktykuje w **Marienbadzie** mieszka w **Villa Dobieszewski.**

6—6

Dr. Walery Bujakowski

stale ordynuje w **Druzgienikach.**

8—8

D-r Mieczysław Kittel

ordynuje jak w roku zeszłym

w **Francensbadzie** od d. 1 Maja.

12—8

W **Marienbadzie**

jak przeszłych lat, ordynuje **doktor Stanisław Prager.**

5—5

Peptony pana Chapoteaut na mięsie wołowym. przygotowane wyłącznie za pomocą pepsyny z żołądków baranich **samę tylko** są obojętne, nie zawierając ani chlorku sodu ani kwasu winnego; przepisywane bywają w trzech następujących formach:

Wino peptonowe Chapoteaut

bardzo przyjemnego smaku, używa się po jedzeniu w ilości jednego do dwóch kieliszków. Zawiera ono w kieliszku 10 gramów mięsa wołowego.

Konserwa Peptonu Chapoteaut

Produkt ten jest płynny, obojętny, aromatyczny, zażywa go się czysty lub w rosole w konfiturach, syropie albo w lewatywie. Łyżeczka od kawy tego płynu zawiera podwójną jego wagę mięsa wołowego.

Proszek Peptonu Chapoteaut

jest obojętny, zupełnie rozpuszczalny i zawiera pięć razy tyle mięsa ile sam waży.

Główne wskazówki: Niedokrwistość, trudność trawienia, słaba konstytucja ciała, wstręt do jada, niemoc żołądkowa i trzewowa, rekonwalescencja, karmienie mamek, dzieci, starców, chorych na cukrzycę i suchotników i t. p.

SKŁADY: w Paryżu 8, rue Vivienne i we wszystkich znaczniejszych aptekach.

PASTYLKI HOUDÉ'GO zawierające Chlorek Kokainy.

Nasze pastylki z chlorkiem kokainy w skutek swego działania miejscowego znieczulającego i w skutek innych swych własności sprawiają bardzo znaczną ulgę i uspakajają bóle w chorobach gardła, przy zakatarzeniu, przy chrypcie, przy utracie głosu i w zapaleniach krtani wszelakiego rodzaju.

Przy użyciu tych pastylek, **kłucie, łechtanie i uczucie podrażnienia** w gardle ustępują, a **struny głosowe** ulegają wzmocnieniu. Pastylki rzezione oddają również wielkie usługi przy leczeniu chorób przełyku i żołądka, ułatwiając polykanie.

Dawka. Każka pastylka zawiera jeden miligram chlorku kokainy.

Sposób użycia. Stosownie do wieku 6 do 12 pastylek przez dzień. Przyjmować je należy przynajmniej na godzinę przed jedzeniem—rozpuścić w ustach, i następnie połknąć.

Skład główny: w aptece A. Houdé 42 rue du Faubourg St. Denis, Paris; znajdują się oraz we wszystkich aptekach Warszawy.

4-4

ŻELAZO GIRARD'A (szczawian żelaza).

Przychylnie sprawozdanie Akademii Lekarskiej na posiedzeniu 12 XI 1872.

Akademija lekarska w Paryżu, w skutek raportu prof. Hérard'a stwierdziła że: „przetwór ten łatwo bywa przyjmowanym przez chorych, dobrze znoszonym w żołądku, i w dawkach 10—20 cętrm. dziennie wpływa na podniesienie sił i leczy chloro-anemię na równi z innymi „dobremi przetworami żelazistymi, odznacza się zaś tem od innych soli żelaza, że nie wywołuje „zatwa dzenia. Nawet dawki 30, 40 i 50 cętrm. usuwają zatwardzenie i wywołują obfite wypróżnienia.“ (*Bulletn de l'Académie de Médecine: 2^o série, t. I. 1872*). Przy każdym flakoniku znajduje się łyżeczka która służy do dozowania; zawiera 15 cętrm.

Skład: w Paryżu, 8 ulica Vivienne, i w głównych aptekach w Królestwie Polskiem Cesarstwie Rossyjskiem.

GAZETA LEKARSKA.

Treść. I. A. Obaliński. Druga seryja laparotomij wykonanych z powodu niedrożności jelit. — II. L. Wolberg. Trzy przypadki różyczki (*rubeolae*) poprzedzające odrę. — III. F. Kijewski. Sprawozdanie z sekej wykonanych w pracowni anatomo-patologicznej prof. Brodowskiego w drugim półroczu 1884 r. — *Notatki lekarskie*. 13. A. Malinowski. Gruźlica opon mózgowych i płuc po przebyciu odry i ospy. — *Dział sprawozdawczy*. 31. Dustra i Morat. Inerwacja naczyń krwionośnych. — Wiadomości bieżące. — Od wydawcy. — Ogłoszenia.

I. DRUGA SERYJA LAPAROTOMIJ

wykonanych z powodu niedrożności jelit.

Podał

Prof. Dr A. Obaliński (w Krakowie).

Z końcem przeszłego roku ogłosiłem ¹⁾ sześć przypadków laparotomii, wykonanych z powodu niedrożności jelit, które to przypadki razem z powtórnią laparotomią ²⁾, jako też z przypadkiem, zamieszczonym w świeżo wyszłych szkicach hernijologicznych ³⁾, uważam za pierwszą seryję laparotomij, przezemnie w powyższym celu wykonanych.

Gdy zaś w ostatnich kilku miesiącach miałem sposobność wykonania kilku nowych laparotomij z tegoż samego powodu, gdy przypadki te należą, po części dla swego przebiegu, po części znów dla przyczyn wywołujących niedrożność, do niezwykłych, postanowiłem nie czekać na uzbieranie się większego materiału i już teraz podać drugą seryję moich przypadków, a to tembardziej, że rzecz ta jest na porządku dziennym wszystkich prawie większych zebrań lekarskich, na których zawsze długie dyskusyje wywołuje i że zgromadzenie przekonywającego materiału jedynie zwrócić może nieliczną już, co prawda, garstkę przeciwników ku tej tak racjonalnej i wielką przyszłość przed sobą mającej operacyi.

1. Agnieszka Ch., lat 38 licząca, żona wyrobnika, przybyła na oddział chorób wewnętrznych szpitala św. Łazarza pod kierunkiem D-ra Paszkowskiego pozostający, w dniu 28 Stycznia b. r. w stanie znacznego osłabienia. Główne cierpienie odnosi chora do okolicy brzusznej, dodając, że trwa ono od trzech tygodni, że przez ten czas bywały stolce, lecz nader skąpe i że w ostatnich dniach zamiast tychże pojawiły się odchody śluzowo-krwawe z odbytnicy. Badanie wy-

¹⁾ Przegląd Lekarski 1884. Nr. 49 i 50 i Wien. Med. Presse. Nr. 48—50.

²⁾ Przegląd Lekarski 1885. Nr. 5 i Wien. Med. Presse. Nr. 7.

³⁾ Medycyna. 1885. Nr. 16. Obs.

kazało: wychudnienie całego ciała znaczne, tak, że skóra w fałdę ujęta przez czas dłuższy w tem położeniu się utrzymuje, wyraz twarzy bolesny, częste odbijania i czasem wymioty; brzuch wzdęty, przeważnie w okolicy pępka, przy dokładniejszym badaniu okazuje się wybitny guz walcowaty od prawej w poprzek ku lewej stronie i ztąd nieco ku dołowi przebiegający; palec wprowadzony do odbytnicy wyczuwa w górze obrączkę twardą, do okola wolną przestrzenią otoczoną. Ciepłota ciała nieco podniesiona, tętno drobne, nikłe. Na tej podstawie rozpoznano wgłobienie kątnicy i kiszki poprzecznej aż w zagięcie esowate i celem przedsięwzięcia laparotomii przeniesiono chorą na oddział chirurgiczny. Stwierdziwszy stan powyższy, jakkolwiek niewielką ludziłem się nadzieję uratowania chorej, przystąpiłem, po należytem przygotowaniu sali i pola operacyjnego, do wyżej wymienionego rękożynu w dniu 29 Stycznia roku bieżącego.

Po otwarciu jamy brzusznej na linii białej, przyczem nieco płynu mętnawego odpłynęło, znaleziono przedewszystkiem kiszkę poprzeczną znacznie, bo przynajmniej w trójnasoń rozdętą, a odtąd ku lewej stronie i ku dołowi aż do miednicy małej sięgający guz twardawy, który przy bliższym badaniu rzeczywiście jako wgłobienie się przedstawił. Otrzewna po większej części czerwona, a tu i ówdzie w sinawy kolor wpadająca, silnie przekrwiona. Gdy przy próbach odprowadzenia spostrzeżono, że otrzewna pęka i nawet sama kiszka z powodu znacznego naprężenia w całości pęknięciem grozi, wszyto przednią ścianę kiszki poprzecznej w ranę ściany brzusznej licznymi szwami jedwabnymi, a następnie jelito między niemi otwarto i tym sposobem znaczną ilość zatrzymanego kału rzadkiego i gazów uwolniono.

Kilka strzykawek olejku kamforowego pod skórę wstrzykniętych podniosło znikające już prawie tętno; chora wprawdzie się ocuciła, lecz mimo tego w pięć godzin po operacji umarła.

Sekcya, w zakładzie patologicznym prof. Browicza wykonana, wykazała: „*Invaginatio coli descendens in flexuram sigmoideam et intestinum rectum seq. necrosi intestini intussuscepti et ruptura intestini suscipientis nec non peritonitide fibrinosa-putrida universali. Laparo-enterotomia facta. Emphysema vesiculare. Odema pulmonum acutum incipiens*“.

2. Franciszek Sz., czeladnik piekarski, 37 lat liczący, przybył d. 27-go Kwietnia b. r. do szpitala św. Łazarza, gdzie go lekarz dyżurny, stwierdziwszy wymioty, ból brzucha i obrzęk w pachwinie prawej, jako dotkniętego uwiezgnięciem przepukliny na oddział chirurgiczny zakwalifikował.

Na drugi dzień stwierdziłem przy badaniu, że stan ten trwa od dni 4-eh, że jednak chory poprzednio już czuł się słabym, jakkolwiek jeszcze chodził i że guz w pachwinie prawej ma od dłuższego czasu, ale czy guz ten poprzednio do jamy brzusznej wchodził, nie wie, gdyż o niego się nie troszczył. Dalej stwierdziłem odżywianie mierne, wyraz twarzy bolesny, ciągle narzekanie na ból w brzuchu, osobliwie w dolnej jego połowie; brzuch miernie wzdęty, nigdzie w głębi nie można wykazać przy dotyku żadnego guza ani przy wypuku stłumienia. W worku mosznowym po stronie prawej guz wielkości jaja gęsiego, ograniczony w kanale pachwinowym, nieco bolesny, chęłbocący, lecz nie przeświecający. Język obłożony, suchy, wymioty prawie ciągle, czasem czkawka. Nadto zauważyłem na skórze klatki piersiowej i w okolicy dołka podsercowego dosyć liczne czerwone plamki (*petechiae*), obok ciepłoty ciała podniesionej.

Na tej podstawie rozpoznawałem niedrożność jelita, nie mogąc bliżej określić przez co takowa jest wywołaną, z tym jednak dodatkiem, że rozpoznając w worku mosznowym prawym wodniaka (*hydrocele*) wykluczałem zarazem związek przyczynowy między nim a niedrożnością jelit; natomiast przypuszczając u naszego chorego ową lekką postać tyfusu, zwaną „*typhus ambulatorius*“, domyślałem się w nim przyczyny niedrożności, tak, jak to już po dwakroć miałem sposobność postrzegania, mianowicie w moim trzecim i siódmym przypadku (l. c.).

Aby siebie jednak nie narażać na zarzut, że lekkomyślnie życie ludzkie na próbę wystawiam, postanowiłem przede wszystkim po zachloroformowaniu otworzyć guz w mosznie, dla upewnienia się, czy obok nagromadzonej wody przypadkiem nie znachodzi się i nieznaczną a uwięzioną przepuklina. Przeciawszy osłony jądra i przekonawszy się, że osłona właściwa jest ku górze zamkniętą i nie w sobie oprócz jasnego wodnistej gęstości gęstości, przystąpiłem do laparotomii próbnej. Gdy po otwarciu jamy brzusznej na linii białej znaleziono jelita zaczerwienione i dosyć znacznie przekrwione, między nimi około kilkaset gramów gęstości gęstości, gdy nadto jelita tak w jedną jak i w drugą stronę dały się swobodnie między palcami przesuwając, przyczem tylko w okolicy kątnicy i tuż do niej przylegającego jelita biodrowego stwierdzono kilkanaście miejsc, wielkości dziesięciogroszówki, pokrytych żółtą skręplą wypociną, a w głębi nacieczonych, nabrałem dostatecznego przekonania, że przypadki nasladujące niedrożność jelit zostały w tym przypadku wywołane przez zapalenie otrzewnej ograniczone i to najprawdopodobniej skutkiem tyfusu brzusznej; dlatego przystąpiłem natychmiast do oczyszczenia jamy brzusznej za pomocą często zmienianych gąbek maczanych w ciepłym 3% roztworze kwasu borowego, a następnie do zaszycia rany w ścianie brzusznej, która nie dłużej była otwartą jak 10—12 minut.

Z dalszego przebiegu mam tylko tyle do zanotowania, że ciepłota, oprócz w samym dniu przedsięwzięcia operacji, w którym wynosiła jeszcze 40° C., z każdym dniem opadała, że bóle w brzuchu, nudności i wymioty zupełnie ustąpiły, że czwartego dnia po operacji sprawdzono stolec obfity za pomocą ławatywy, że w tydzień odjęto szwy, a w trzy tygodnie po operacji chory wyszedł ze szpitala zupełnie zdrowy.

3. Anna J. lat 33 licząca wyrobnicą przeniesioną została z oddziału chorób wewnętrznych kol. prof. Pareńskiego z rozpoznaniem niedrożności jelit, z przebiegiem groźnym, trwającej od dni trzech. Wywiady wykazały, że chora już od 4 miesięcy doznawała częstych napadów bólu, wychodzących z prawego podżebrza, a rozchodzących się po całym brzuchu; że na tydzień przed ostatnią ciężką chorobą miała uporeczywe rozwolnienie.

Obecnie stwierdzono znaczny upadek sił, silne bóle w brzuchu, nudności, wymioty, brak stolca, wzdęcie brzucha kopolowate, cieniowanie się jelit przez ścianę brzuszną z wyraźnym ruchem robaczkowym, brak guza przy obmacywaniu.

Zaraz po przybyciu chorej, a więc dnia 1-go Maja b. r. przystąpiłem do laparotomii za pomocą cięcia na linii białej. Otrzewna blade różowa, a w jej jamie kilkadziesiąt gramów gęstości gęstości. Przekonawszy się ręką prawą, do brzucha wprowadzoną, że po stronie lewej stosunki są prawidłowe, przesunąłem rękę na stronę prawą, gdzie obok znacznie rozдутых jelit wyczułem inne niezwykle zapadnięte, wydobylem więc te ostatnie i wzdłuż nich posuwałem się ku górze, co mnie doprowadziło do miejsca poszukiwanego. Od kątnicy odchodziły dwa więzy wrzekome grubości ołówka, z nich jeden ku wyrostkowi robaczkowemu, a drugi do tuż przylegającego jelita biodrowego, a pomiędzy nimi znajdowała się uciśnięta pętla jelita czczego, około 30 ctm. długości mająca. Podwiązałem szybko podwójnie oba więzy, przeciąłem je między przewiązkami i w ten sposób uwolniłem uciśnięte jelito. Wymaczano jamę brzuszną gąbkami i zaszyciono ranę. Po operacji chora spała kilka godzin spokojnie i obudziła się znacznie pokrzepiona. Bolesci i wymioty ustąpiły. Czwartego dnia stolec po ławatywie, ósmego zdjęto szwy, a ósmynastego opuściła A. J. szpital zdrowa.

4. Mojżesz B., lat 26, przybył na oddział w dniu 6-go Maja b. r. w stanie następującym: skóra blade bez podściółki tłuszczowej, oczy zapadnięte, twarz z wyrazem boleści; co kilkanaście minut dostaje napadu bólów i kurezu w brzuchu, przyczem stęka i prawie pokłada się na łóżku lub na ziemi. Zapytany od jak dawna stan ten trwa, opowiada, że w tak groźnym, jak obecnie, stopniu trwa od dni trzech, że jednak choroba rozpoczęła się przed pięcioma tygodniami po-

dobnie groźnie, poczem przypadki zelżały po 24 godzinach, lecz zupełnie nie ustały, przez całe bowiem 5 tygodni chory miewał napady bólów, wymiotów, nudności i gniecienia, stolce bardzo skąpe. Badanie wykazało: brzuch miernie wzdęty, najbardziej po stronie lewej w dole, gdzie wymacać się daje twardawy guz wielkości pięści, przy dotyku miernie bolesny i w głębi nieco poruszalny. Reszta brzucha jest również miernie przy dotyku bolesna, a przy wypukiwaniu daje odgłos bębnowy. Wymioty zielonkawe, osobliwie po zjedzeniu, a raczej próbach zjedzenia czego; stolca nawet skąpego nie było od kilku dni, tylko jakby śluzowy lecz nie krwawy odchód. Badanie palcem przez odbytnicę wykazuje powyżej bańkowatego rozszerzenia (*ampullarecti*) kiszki prostą otworem stojącą jakby w kształcie pierścienia, który jednakże nie sterczy ku dołowi i nie daje się palcem obejść. Mocz zatrzymany; ciepota ciała nie podniesiona, tętno częste, lecz dobrze wyczuwalne.

Na tej podstawie rozpoznałem wgłobienie jelit i zaproponowałem laparotomię, na którą chory przystał, jakikolwiek miałyby być jej wynik, gdyż stan, w jakim się znajdował, miał być, wedle słów jego, nie do zniesienia.

Po zwykłych a nader szczegółowych przygotowaniach, przystąpiłem jeszcze tego samego dnia do operacji. W przypuszczeniu, że wgłobienie dotyczy tylko ograniczonej części jelita grubego po stronie lewej, wykonałem cięcie na 12 ctm. długie w dole biodrowym lewym, tam gdzie czułem ów guz twardawy, który po otwarciu otrzewnej ściennej okazał się jako zagięcie esowate, wypełnione ciałem z góry weń wtłoczonym. Ręka wprowadzona do jamy brzusznej stwierdziła, że guz ten rozciąga się przez kiszki zstępującą i poprzeczną aż do dołu biodrowego prawego, a więc zarazem stwierdziła i trafność rozpoznania. Gdy atoli boczne rozcięcie ściany brzusznej okazało się w tym przypadku niekorzystnym, dodałem, dla ułatwienia przedsięwzięć się mających manipulacji, do górnego końca powyższego cięcia, drugie pod prostym kątem i ku środkowi przebiegające cięcie na 5 ctm. długie. Teraz dopiero przedstawił się obraz niezwykley. Jelit cienkich wolnych znalazłem w jamie brzusznej zaledwie połowę, gdyż druga połowa razem z kątnicą zostały wciągnięte w dalsze kiszki grube. Wtłoczenie kiszek było tak znaczne, że pociąganie tychże ani o 1 ctm. ich nie uwolniło; dopiero równocześnie z niem stosowane popychanie dolnego końca i mięsienie guza od dołu ku górze (*massage*) pozwoliło przypuszczać, że może wgłobienie da się wyrównać, co się też po długich i mozolnych usiłowaniach wreszcie udało, chociaż nie bez przypadku; mianowicie w miejscu najsilniejszego zaklinowania, t. j. w kiszce zstępującej, powłoka otrzewna w kilku miejscach popękała. Po wydobyciu kiszek obejrzano całą jamę brzuszną, wymyła ją 3% wodą borową, którą wymaczano gąbkami i zaszyto ranę w ścianie brzusznej trójrzędowym szwem. Otrzewna była bladoróżowo nastrzykniętą i tu i ówdzie krwią podbiegniętą. Gdziekolwiek widziano lekkie zlepienia stykających się z sobą listków otrzewnej, nigdzie jednak nie było wybitnych zrostów. W tym przypadku jama brzuszna była przeszło godzinę otwartą. Tak z tego powodu, jak głównie zaś dlatego, że wydobycie jelit wgłobionych wymagało użycia znacznej siły, rokowałem w niniejszym przypadku niepomyślnie.

Mimo to czuł się chory wieczorem tego samego i do południa następnego dnia wcale dobrze, a głównie czuł ulgę z powodu ustąpienia owych dokuczliwych, w napadach powracających bólów. Od południa zaczął się brzuch wzdymać, wróciły wymioty, odbijania i czkawka, któreto przypadłości przez kilka dni się wzmagaly, aż czwartego dnia po operacji chory wśród objawów upadku sił umarł. Sekcja wykazała ropne zapalenie otrzewnej jako przyczynę śmierci.

Niniejsze przypadki nasuwają mi następujące uwagi:

a) że statystyka tej operacji staje się coraz korzystniejszą; jeżeli bowiem w pierwszej seryi mieliśmy na ośm przypadków operowanych tylko jeden z zej-

ściem pomyślnem, to w drugiej mamy na cztery — dwa, a biorąc nawet w całości trzy przypadki pomyślne na dwanaście operowanych, mamy wcale niezły odsetek, jeżeli sobie uprzytomnimy, że wszyscy ci chorzy bez operacyi z największem prawdopodobieństwem byliby musieli umrzeć.

b) nie mogę pominąć tej okoliczności, że najgorsze wyniki dała mi laparotomija tam, gdzie ją przedsiębrałem z powodu wgłobienia. Według mego przekonania, przyczyna tego leży w tem, że wgłobienie najczęściej przebiega przewlekłe lub podostro, co daje powód do zwlekania, a gdy po dłuższym czasie przypadłości się wzmogą, natenczas przedsiębrana operacyja natrafia już na tak znaczne trudności w wydobyciu wgłobionego jelita, że albo wcale ono wydobyć się nie daje, jak to było w pierwszym przypadku tej seryi, albo znów z takim mozołem, że otrzewna ulega zapaleniu ropnemu. Dlatego sądzę, że i w tych przypadkach należałoby wcześniej operować, a dałyby one z pewnością nietylko tak dobre wyniki jak i inne przypadki niedrożności jelit, ale może jeszcze i lepsze. Ciekawą byłaby pod tym względem statystyka na wielkie rozmiary ułożona, na którą jednak jeszcze długo czekać będziemy musieli; ztąd też każdy przyczynek, do publicznej podany wiadomości, uważanym być powinien za cenny materiał naukowy.

c) Najwięcej interesu budzi drugi z opisanych w tej seryi przypadków, a to równocześnie z kilku względów. Przedewszystkiem spotykamy się tu znów z tyfusem brzuszny nieobłożny (*typhus ambulatorius*), który ciężkie sprowadza zmiany patologiczne w jamie brzusznej. Że tego rodzaju tyfus, pomimo łagodności przebiegu swego, prowadzić może do przedziurawienia kiszek do jamy otrzewnej, to było rzeczą od dawna przez anatomów stwierdzoną, że jednak przypadki takiego nagłego przebiccia się zawartości mogą dać zupełny obraz niedrożności jelit, zawdzięcza nauka lekarska wiadomość tę tylko odwadze chirurgów, którzy, jeżeli się tak wyrazić wolno, przedsięwzięciem sekcji *in vivo*, rzecz na gorącym chwytali uczynku. Najlepszą do tego ilustracyję dają przypadki w świeżo przez prof. Mikulicza ¹⁾ ogłoszonym wykładzie, mianym na zjeździe lekarzy i przyrodników niemieckich w Magdeburgu, oraz mój czwarty przypadek z pierwszej seryi. Nadto wykazały dwa inne przypadki moje (trzeci i siódmy z pierwszej seryi), że tyfus, czy to obłożny czy nieobłożny, bardzo łatwo przyczynić się może do sprowadzenia rzeczywistej niedrożności jelit u osób do tego usposobionych. Obecnie zaś omawiany przypadek przywodzi nam jeszcze jedną modyfikacyję zmian przez tyfus wywołanych, a pod objawami niedrożności jelit przebiegającą. Jest nią tylko samo zapalenie otrzewnej włóknikowo-ropne ograniczone, które tak dobrze przez inną sprawę jak tutaj przez wrzody tyfusowe wywołanem być może.

Zestawienie takie przyczyn wywołujących jednakie objawy ma dla techniki operacyjnej wielkie znaczenie; ktokolwiek bowiem robił kiedy laparotomiję z przyczyn niedrożności jelit, przyzna, jak trudnem nieraz jest zoryjentowanie się celem wyszukania właściwej przyczyny; im lepiej poznajemy wszystkie możliwe ewentualności, z tem większą świadomością i pewnością postępujemy przy wyszukiwaniu przyczyny, nie potrzebując się spuszczać na prosty los szczęścia.

¹⁾ Przegl. lek. 1885. Nr. 7 i następnne.

A jakże przekonywającym jest niniejszy przypadek pod względem kwestyi uprawnienia cięcia próbnego (rozpoznawczego) w obec przypadków niedrożności jelit. Wystarczy przejrzeć protokoły posiedzeń Towarzystwa Lekarskiego Krakowskiego za rok ubiegły, aby się przekonać, jak interniści, a nawet ginekologowie ostro występowali przeciw tego rodzaju postępowaniu, jednomyślnie przez chirurgów bronionemu.

Czyż dlatego, że raz na kilkadziesiąt przypadków się wydarzy, iż wyczekiwanie i środki wewnętrznie stosowane skutkują, mamy tych kilkadziesiąt innych poświęcać w ofierze dla zasady, po największej części w całym tego słowa znaczeniu ujemnej, bo polegającej na niepewności postępowania, która znów wynika z nieświadomości o przyczynie sprawy. Czyż przez cięcie próbne, które tylko w wątpliwych stosujemy przypadkach, tak bardzo narażamy chorego? Wszak gorszych warunków trudno sobie wyobrazić niż te, które wykryło nam cięcie próbne w niniejszym przypadku: zamiast spodziewanej niedrożności jelit znajdujemy w jamie brzusznej wypocinę włóknikowo-surowiczopną, a mimo tego nietylko że nie przyłączyła się żadna sprawa, z samego otwarcia jamy brzusznej początek brać mogąca, lecz nadto wszystkie przypadłości, jak nudności, wymioty, brak stolca, bóle w brzuchu i t. d., ustąpiły, jak pod wpływem różeczki czarodziej-skiej. Jeżeli próbna laparotomija przebiegać może szczęśliwie wśród warunków tak niekorzystnych, tem pewniej przebiegać będzie ona tam, gdzie warunki będą lepsze, jak np. gdybyśmy znaleźli proste nagromadzenie kału. Dopóki więc dzisiejsze metody badania nie dadzą nam większej pewności w rozpoznaniu przyczyn niedrożności jelit, powinniśmy uważać laparotomiję próbną i to wcześniej wykonaną za operacyję zupełnie usprawiedliwioną.

Z drugiej strony nasuwa się pytanie, ażali, należąc do zwolenników leczenia otoku ropnego w jamie brzusznej za pomocą laparotomii, byłbym się w niniejszym przypadku skłonił do otwarcia jamy otrzewnej, gdyby rozpoznanie brzmiało było z całą pewnością: *Peritonitis circumscripta ad ulcera ilei et caeci typhosa?* Przyznaję się otwarcie, że nawet po obecnie otrzymanym świetnym wyniku, nie uczyniłbym tego, a to z tej prostej przyczyny, że zapalenie otrzewnej ograniczone może przy spokoju, opijatach i t. p. leczeniu wyleczyć się zupełnie, jak to miałem sposobność wykazać na jednym przykładzie, przytoczonym przy sposobności omawiania przypadków pierwszej seryi. W każdym razie powinny przypadki takie być sumiennie spostrzegane i dogłądane, aby na przypadek uogólnienia się zapalenia lub przebicia się zawartości jelitowej do worka otrzewnej w jak najkrótszym czasie wykonać laparotomiję.

II. TRZY PRZYPADKI RÓŻYCZKI (*rubeolae*) POPRZEDZAJĄCE ODRĘ

opisał

D-r med L. Wolberg

były lekarz miejscowy Warszawskiego szpitala dla dzieci.

Wszystkie te trzy przypadki spostrzegałem w Warszawie, u trojga dzieci jednej rodziny, państwa L. O... Najstarsze z dzieci, 11-sto-letni chłopiec Ludwik, pierwszy zachorował na różyczkę, zaraziwszy się prawdopodobnie

w szkole, do której uczęszczał, a gdzie, wedle jego opowiadania i inne dzieci na „podobne krosty“ chorowały. Od tego chłopca zaraziła się reszta rodzeństwa: 9 letni Karolek i 3½-letnia Paulinka, którzy w 15—18 dni po zachorowaniu starszego brata tę samą przechodzili chorobę. Wszystko troje chorowało na różyczkę w Kwietniu b. r., a w następnym miesiącu Maju wszystkie troje zachorowało na odrę, pierwszy Lucio, następnie Karolek, a najpóźniej Paulinka.

Ponieważ różyczka wogóle jest dosyć rzadką i mało u nas znaną chorobą, a wystąpienie jej bezpośrednio przed odrą ma pod pewnym względem ciekawe naukowe znaczenie, przeto uważam za stosowne podać najpierw ogólny opis różyczki, podług Emminghaus'a (w *Gerhardt's Hand. d. Kinderkrank.* T. II. str. 334), West'a (*The diseases of infancy and childhood.* T. 7, str. 858) i Vogel'a (*Lehrb. d. Kinderkrank.*), a do tego zastosować w następstwie spostrzegane przeze mnie trzy przypadki.

Od niedawna dopiero uważamy różyczkę, jako samodzielną zakaźną wysypkową chorobę wieku dziecięcego. Dawniej brano ją bowiem albo za lekką szkarlatynę, albo za lekką odrę. Sam termin „*rubeolae*“, znany już w 15 wieku, nie ma żadnego znaczenia dla historii tej choroby, gdyż był używany dla oznaczenia rozmaitych wysypek, a między nimi szkarlatyny lub odrę; tak np. w 1803 Ueberlacher tem mianem oznacza odrę, a meklenburscy lekarze w 30 lat potem szkarlatynę *rubeolae* nazywają (Emminghaus str. 397). Niektórzy znani uczeni, jak Frank, Hufeland, Reil i Heim uważali różyczkę po prostu jako lekką szkarlatynę, a wielki Schönlein nauczał, że *rubeola* jest pośrednią postacią między odrą a szkarlatyną, posiadającą i tei owej znamiona. Jednak już w owym czasie, nie bardzo dbając o zdanie wielkich profesorów, niektórzy autorzy, którzy osobiście spostrzegali epidemije różyczki, poczęli głosić jej samodzielność, której w następstwie już ani Gintrae, ani Thore, ani nawet wpływo- wy w nauce dermatologii Hebra nie byli w stanie obalić. Od 60-go roku aż do naszych czasów, istnienie różyczki zostało potwierdzonem przez liczne prace holenderskich, francuskich, rosyjskich, amerykańskich, a szczególnie niemieckich i angielskich autorów, skutkiem czego w nowszych podręcznikach pedyjatrii, choroba ta bywa już opisywaną jako oddzielna postać nozologiczna.

Różyczka jest chorobą zakaźną, zarazić się nią można nie tylko od osoby chorej, lecz nawet pośrednio przez rozmaite rzeczy, będące w styczności z chorym. Najczęściej choroba napada dzieci od ½ do 8 lat mające, ale też i starsze, do 15 lat, podczas gdy po za tym wiekiem bardzo rzadko zdarza się ją spotykać: tak np. Vogel na 11 chorych widział tylko trzech dorosłych, a resztę dzieci, a Nymann, który spostrzegał bardzo silną epidemiję w Smolnym instytucie w Petersburgu, w którym znajdują się dziewczęta od 10—20 lat mające, leczył 119 chorych na różyczkę, z których 109 miało od 9—15 lat, 8 miało po 16 lat, a tylko dwie po 17 lat.

Różyczka jest niezwykle zaraźliwą i skoro ukaże się w jakiej rodzinie, to wszystkie dzieci jej podlegają, pod którym to względem bardzo podobną jest do odrę. Zdaje się, że choroba ta raz tylko w życiu napastuje osobnika, dotychczas bowiem nie było przypadku prawdziwego powtórnego wystąpienia; jednakowoż fał-

szywe recydywy, t. j. powroty w krótkim przeciągu czasu zdarzały się w niektórych przypadkach. Z powodu rzadkości tej epidemii nie można jeszcze z pewnością powiedzieć, czy prawdziwy powrót choroby zdarza się, czy nie; wobec jednak na pewno stwierdzonych faktów, że inne wysypkowe zakaźne choroby, jak odra, szkarlatyna i ospa, acz rzadko, jednak powracać mogą, trzeba przypuścić, że tembardziej jest to możliwe dla różyczki, która, jako znacznie lżejsze zaburzenie, jeszcze mniej może niweczyć stosowny dla siebie grunt w ustroju, niż tylko co wymienione cierpienia. (O recydywach szkarlatyny, odry i t. p. patrz Thomas *Handbuch d. spez. Path. u. Ther. von Ziemmsen*. T. II. str. 162. Körner w *Jahrb. f. Kinderheilkunde*. 1876 str. 362 i mój przypadek w *Ber. klin. Woch.* 1882 Nr. 47).

Żadna inna wysypkowa choroba, poprzednio przebyta, nie zabezpiecza przed zarażeniem się różyczką, jak również różyczka nie uwalnia chorego od możliwości nabycia odry, szkarlatyny i t. p.. Fakt ten stwierdzony już oddawna przez wielu autorów, znajduje i w moich przypadkach potwierdzenie.

Objawy różyczki skreślić bardzo łatwo, prawie w kilku słowach: jest ona w zupełności podobną do odry, a różni się tylko cokolwiek dłuższym przeciągiem wylęgania się (*incubatio*), krótkotrwałością okresu kwitnienia, nader lekkim przebiegiem i brakiem wszelkich następczych chorób. Różyczka jest derywatem odry; podobna do niej, jak wietrzna ospa do rzeczywistej ospy, jest ona, jak West poetycznie się wyraża, siostrą odry, nie bliźniaczą, wprawdzie, lecz co najmniej przyrodnią. Czas wylęgania trwa w różyczce co najmniej 14 dni, a nawet $2\frac{1}{2}$ do 3 tygodni, podczas gdy w odrze okres ten trwa najczęściej 9—10 dni, lecz niekiedy i dwa tygodnie, niedłużej jednak. W poniżej zamieszczonych przypadkach widzimy tę różnicę dokładnie; u najstarszego chłopca Lucia pokazała się różyczka dnia 11 Kwietnia, a brat i siostra jego zachorowali dopiero 26 i 29 Kwietnia, czyli w 15—18 dni później; na odrę zaś Lucio zachorował 7 Maja, a Karolek i Paulinka 17 i 18 tegoż miesiąca, t. j. po 10—11 dniach.

Od chwili zarażenia się aż do wybuchu wysypki nie ma żadnych zwiastunów, ani objawów niezytowych, ani gorączki, ani niestrawności, tylko małe lub słabowite dzieci tracą wtedy humor, skarżą się na ból głowy, brak łaknienia, łamanie w kościach, a niekiedy doznają drgawek z powodu gorączki, dosięgającej 39° C.. Są to jednak rzadkie przypadki, zwykle zaś zupełnie niespodzianie wybuchu wysypka grudkowo-plamista, najpierw na głowie, na twarzy i na szyi, a następnie w ciągu kilku lub kilkunastu godzin (najwyżej jednej doby) na całym ciele i kończynach. Przesuwając palcem po ciele, wyczuwamy w środku każdej plamki małą wyniosłość, a naciskając palcem na plamkę widzimy, że takowa znikła, by natychmiast po zniesieniu nacisku napowrót się ukazać. Zaledwie przez kilka godzin utrzymuje się wysypka w całej swej sile, wkrótce bowiem po 6—8 godzinach poczyną ona blednąć w tych miejscach, gdzie najpierw się ukazała, a jednocześnie pojawia się w innym miejscu, by i tam również szybko zblednąć. Cała sprawa trwa $1\frac{1}{2}$ —3 dni, poczem na skórze nie znać żadnego śladu przebytej wysypki; niekiedy można zauważyć lekkie łuszczenie naskórka w kształcie drobniutkich płatków na wypukłych częściach twarzy (na nosie, podbródku), w wielu jednak epidemijach wcale łuszczenia nie spostrzegano.

Podczas wybuchu wysypki chorzy gorączkują, ciepłota nie wznosi się jednak ponad 39° C.; wiele jest przypadków, gdzie gorączki wcale nie ma, ani przed ani podczas przebiegu cierpienia; innym zaś razem gorączka poprzedza chorobę, lecz pierwszego zaraz dnia wysypki ciepłota opada do granicy prawidłowej. Objawy nieżytowe na błonach śluzowych, o nieobecności których podczas wylegania się wspominaliśmy, zjawiają się w lekkim stopniu podczas wybuchu wysypki; lekki nieżyt łącznicy, obrzęk i obfitsza wydzielina z błony śluzowej nosa, a także nieżyt gardzieli towarzyszą różyczce, nie zawsze jednak. Natomiast nigdy nie spotykamy silnego nieżytu oskrzeli przy różyczce, podczas gdy przy odrze jest on stałym objawem.

Jak widzimy, z tylko co podanej patologii różyczki, rozpoznanie w początku, a szczególnie w sporadycznym przypadku wcale nie jest łatwym; nie możemy bowiem w takim razie określić czasu wylegania się, a nie znając przyszłego przebiegu, nie możemy wiedzieć, czy mamy do czynienia z różyczką, czy też z lekką postacią odry. Dopiero gdy przekonamy się na 2—3 dzień, że wysypka już zginęła, że objawy nieżytowe wcale nie istniały podczas wylegania się, a były bardzo słabe podczas wybuchu wysypki, gdy się dowiemy, że dziecko przed 2—3 tygodniami miało styczność z innym dzieckiem, cierpiącym na podobną wysypkę, lub gdy od naszego chorego inne dzieci rodzeństwa się zarażą i po 2—3 tygodniach na tę samą zapadną chorobę, wtedy możemy z pewnością rozpoznać różyczkę.

Rokowanie jest jak najlepsze; cierpienie to zaledwie chorobą godzi się nazywać. Jedynie u dzieci słabych, skłonnych do cierpień dróg oddechowych, może w następstwie różyczki się rozwinąć lub na nowo wybuchnąć dawniejszy nieżyt oskrzeli lub nieżytowe zapalenie płuc; ale i to bardzo rzadko się zdarza.

Wobec tak pomyślnego rokowania nie mamy potrzeby leczyć tego cierpienia. Samo ono przechodzi, a dyjeta i stosowna ciepłota pokoju, w którym chore dziecko przebywa, są tylko warunkami wyzdrowienia, a nie terapiją choroby.

Skreśliwszy krótki obraz różyczki, podam obecnie opis kazuistyki tej choroby, dołączając doń opis następczej odry, z czego czytelnicy najłatwiej wyobrażą sobie różnicę pomiędzy temi tak podobnemi do siebie chorobami.

Co do anamnezy, to godzi się zaznaczyć, że dwoje starszych dzieci, Lucio i Karolek poprzednio przechodzili ospę, starszy w bardzo lekkiej postaci (*Varicella*), a młodszy w kształcie *Variolois*. Starszy zachorował 24 Lutego bieżącego roku, a zupełnie wyzdrowiał 3 Marca, czyli w siedm dni, podczas gdy młodszy zachorował 8 Marca, silnie gorączkował, miał znacznie obfitsze i większe pęcherzyki, z ropną zawartością, które poczęły zasychać koło 13 Marca ostatecznie chłopiec wyzdrowiał 20 Marca.

Dnia 11 Kwietnia byłem znów wezwany do państwa O.. Najstarszy 11-letni chłopczyk Lucio był od dwóch dni chorym. Podczas mych odwiedzin zauważyłem, że ma on zaczerwienione powieki i łącznice, spuchnięte nozdrza, gorączkę 38° C. i na całym ciele, jako też na twarzy wysypkę drobnych różowych plamek, lekko wystających nad powierzchnię skóry. Plamki te nie zlewały się z sobą, a pomiędzy oddzielnymi plamkami istniały całe kawały normalnej skóry. Chory na nic się nie skarżał, wszystkie funkcje odbywały się prawidłowo; gardziel niezajęta,

Na drugi dzień stan bezgorączkowy, a wysypka biała, a na trzeci dzień (13. IV) już wcale nie można było dojrzeć wysypki; tego dnia język był jeszcze cokolwiek obłożony, a mocz gęsty. Przy pierwszej wizycie, badany przez matkę o istotę choroby, powiedziałem, że mamy do czynienia z odrą, gdyż dwudniowe osłabienie poprzedzające wysypkę, wiosenna epidemia odry panująca obecnie w Warszawie, kataralne objawy, charakter wysypki, wszystko upoważniało mnie do tego rozpoznania. Przekonawszy się jednak, że przebieg jest tak lekkim, że gorączka na drugi dzień ustąpiła, a jednocześnie z nią i objawy kataralne, że na trzeci dzień chłopczyk był zupełnie zdrow i że podczas choroby wcale nie miał nieżyty oskrzeli, nabrałem podejrzenia, czy przypadkiem ma dyagnoza nie była mylną. Omyłka w takim przypadku jest zawsze możliwą; Rinecker i Emminghaus (p. 353) wyraźnie mówią: „że w sporadycznym i pojedynczym przypadku nie podobna tej choroby odróżnić od wielu innych plamisto-wysypkowych i określić ją jako różyczkę“; dopiero wtedy gdy podobne przypadki się powtarzają, gdy od jednego dziecka inne się zarażają i gdy u wszystkich przebieg jest również szybki i lekki, wtedy rozpoznanie różyczki jest możliwym. 26 Kwietnia ponownie zostaję wezwany do państwa O.. Chorym jest młodszy chłopiec, 9-letni Karolek. Już przez dwa dni skarżył się onna ból głowy i nieżyt nosa, a dzisiaj matka, ubierając go, spostrzegła na twarzy i na ciele wysypkę, którą sama jako odrę rozpoznała. Wysypka była obfitsza, a kataralne objawy silniejsze jak u Lucia. (Tę samą różnicę zauważyłem podczas ospy u tych chłopców). Na czwartego dzień, t. j. 29 Kwietnia na ciele chłopca nie można było znaleźć ani śladu wysypki, gorączka ustąpiła, objawy nieżytowe znikły, łuszczenia jak i w poprzednim przypadku ani śladu. Drugi chłopiec wyzdrowiał; natomiast tego samego dnia (29. IV) zachorowało najmłodsze dziecko, 3½-letnia Paulinka. Łącznice miała zaczerwienione, lekki nieżyt nosa i wysypkę z drobnych różowych plamek na twarzy; na ciele zaś i kończynach tego dnia wysypka była jeszcze bardzo nieznaną, lecz nazajutrz, 30. IV wyraźną, a 1 Maja nie było już śladu wysypki ani na twarzy ani na ciele i gorączka też ustąpiła.

W żadnym z tych przypadków nie mieliśmy ani powikłań, ani następce choroby. Dzieci wydawały się zupełnie zdrowe, a rodzice ich cieszyli się, że tak lekką przeszli odrę.

3 Maja zostaję znowu przywołany. Tym razem chorym jest znowu Lucio; uskarża się na ból gardła. Na lewym migdale dostrzegam silne obrzmienie, zaczerwienienie i dwie białe plameczki (*angina ulcerosa simplex*), przytem gorączka. Zapisuję chininę i płukanie z kwasu bornego, przyczem 5 Marca *angina* ustępuje. Natomiast chłopiec silnie kaszle, a badając go, wysłuchuję w dolnej połowie prawego płuca wilgotne rżężenia, przytem znowu gorączka (39° C.), której wczoraj już nie było. 6 Maja chłopiec pokryjomu zjada befsztyk. Wieczorem ciepłota 39,5° C., a na twarzy jakaś czerwona jednostajna wysypka, którą biorę za *erythema* skutkiem niestrawności, gdyż brzuch był wzdęty, pełen zawartości. 7 Maja na twarzy, i na całym ciele widoczną jest obfita wysypka, złożona z dużych różowych plamek, wystających nad powierzchnię skóry, przytem ciągły silny kaszel (czego przy poprzedzającej wysypce wcale nie było), częste kichanie, a łącznice obu oczów silnie przekrwione. Ciepłota 39,6° C. Nie ulega

wątpliwości, że mamy przed sobą odrę, i to tak silną, że 8 Maja na wielu plamkach ukazują się drobne prosówki (*morbilli miliares*), gdyż skutkiem silnego przekrwienia zjawia się pręsień. Tego dnia ciepłota spadła do 38,5° C.. 9 Maja wysypka zbladła, kaszel się zmniejszył, rzężenia w prawym płucu znikły. Wśród zwykłych objawów choroba ustąpiła, łuszczenie nie było zbyt obfite, powikłań żadnych; 15. V. chłopiec zupełnie zdrow opuścił łóżko, a wkrótce wyszedł na powietrze.

17 Maja drugi chłopiec Karolek zapada na gorączkę (38° C.), nieżyt, kaszel, przytem język obłożony. Zaleciłem mu olej rycinowy, ale, pomimo wypróżnienia, na drugi dzień gorączka jeszcze wyższa, bo 40° C. wynosi, a na całym ciele obficie wysypały plamki, okrągłe wielkości grochu, pokryte drobnymi grudkami; plamki te już wczoraj można było zauważyć, ale tylko na twarzy. Ta wysypka odry trwa do 21 Maja, wówczas zaczyna blednąć, kaszel znacznie się zmniejsza, podczas gdy inne kataralne objawy i gorączka już 20 Maja ustąpiły. 23 Maja prawie już nie znać wysypki, a 25 Maja chłopiec uzdrowiony, bez żadnej następczej choroby opuszcza łóżko, z lekkim łuszczeniem, widocznem szczególnie na twarzy.

Najmłodsze dziecko, Paulinka zachorowała na odrę prawie jednocześnie z Karolkiem, gdyż 18 Maja, o godzinie 4-tej po południu dostała silnych drgawek w twarzy i górnej prawej kończynie. Napad trwał przez pięć minut i był spowodowanym przez ciepłotę 39° C.. Drugiego napadu drgawek już nie miała. Na drugi dzień 19 Maja wyraźne *bronchitis*, które trwa wciąż, jednocześnie z ciepłotą podwyższoną do 38,5° C.. Dnia 22 Maja na twarzy i na ciele występuje obfita wysypka odry, a 24. V. gorączka ustaje, wysypka bleda ledwie dostrzegalna, na twarzy lekkie łuszczenie. 30 Maja i to dziecko jest zupełnie zdrowem.

*

*

*

Tylko co opisane przypadki różyczki i odry stwierdzają przedewszystkiem zaraźliwość różyczki, gdyż od pierwszego dziecka zaraziło się dwoje innych. Następnie widzimy, że *Varicella* i *Variolois* nie zabezpieczają przed różyczką, a ta nie zabezpiecza przed odrą. Co do objawów, to po różyczce nie było znać łuszczenia ani razu, podczas gdy po odrze u wszystkich trojga dzieci można było je zauważyć. W ogóle lekkie objawy i przebieg różyczki charakterystycznie tu występują obok poważnych objawów odry; przy pierwszej nigdyśmy nie mieli kaszlu, ani zbyt silnej gorączki, podczas gdy przy odrze wszystkie dzieci mocno i długo kaszały, gorączkowały, a przytem najmłodsze dziecko miało w okresie zwiastunów napad drgawek. Wreszcie już powyżej zwróciłem uwagę na trwanie okresu wylegania się i długość przebiegu różyczki i odry, co tak dobrze w tych przypadkach można było stwierdzić.

III. SPRAWOZDANIE Z SEKCYJ WYKONANYCH

W PRACOWNI ANATOMO-PATOLOGICZNEJ PROF. BRODOWSKIEGO

w drugim półroczu 1884 roku.

Podał

D-r F. Kijewski pomocnik prosektora.

Artykuł niniejszy, obejmujący sprawozdanie z sekcji, wykonanych w pracowni anatomo-patologicznej przy Uniwersytecie Warszawskim, podaję w tym celu, aby szersze koło lekarzy naszych mogło chociaż w głównych zarysach zapoznać się z rezultatami badań, dokonywanych u nas na tem polu.

Sprawozdanie niniejsze obejmuje sześć miesięcy 1884 r.. Protokółów sekcyjnych za czas ten posiadamy 250. Cyfra ta nie jest zbyt wielka, w ciągu też czasu ubiegłego bez wątpienia o wiele więcej zmarło chorych w szpitalu Dzieciątka Jezus, z kąd wyłącznie czerpiemy materyjał, lecz nie wszystkie ciała mogliśmy otwierać z przyczyn rozmaitych, na które pracownia nasza wpływu nie wywiera.

Sekcye były robione przeważnie na trupach ludzi dorosłych; najmłodszy osobnik, ciało którego otwieraliśmy, miał 10 lat. Cyfra przeciętna wieku zmarłych wynosi 42,5 lat. Mężczyzn było 141, a kobiet 109. Zmarli pochodzili z kliniki i oddziałów szpitalnych tak zewnętrznych, jak i wewnętrznych.

W 18 przypadkach, czyli 7,2% wszystkich zmarłych postawiono rozpoznanie *agonia*. Zmarłych z kliniki akuszerskiej mieliśmy 8, z oddziałów chirurgicznych 42, a pozostała liczba przypada na oddziały chorób wewnętrznych.

Z pomiędzy chorób napotykanym rzadziej, należy wymienić:

1	przypadek	.	.	.	.	<i>malleus</i>
1	"	.	.	.	.	<i>pustula maligna</i>
1	"	.	.	.	.	<i>scorbutus</i>
1	"	.	.	.	.	<i>osteomyelitis tibiae dextrae</i>
1	"	.	.	.	.	<i>morbus maculosus Werlhofii.</i>

Poniżej przytaczam cyfry, pokazujące jak często pojedyncze narządy ulegały zmianom chorobowym.

G a r d z i e l.

<i>Pharyngitis catarrhalis</i>	.	.	.	.	.	2
" <i>diphtheritica</i>	.	.	.	.	.	1
" <i>typhosa ulcerosa</i>	.	.	.	.	.	1
						<hr/> 4

K r t a ń.

<i>Laryngitis catarrhalis</i>	.	.	.	.	.	1
" <i>crouposa</i>	.	.	.	.	.	1
" <i>diphtheritica</i>	.	.	.	.	.	1
" <i>tuberculosa</i>	.	.	.	.	.	8
						<hr/> 11

czyli że u 4,4% wszystkich zmarłych, krtani przedstawiała mniej lub więcej rozległe zmiany.

Wszystkie przypadki *laryngitidis tuberculosae* towarzyszyły gruźlicy płuc.

P ł u c a.

Na pierwszym planie stoją tu suchoty których było:

<i>Pneumonia lobularis caseoidea et catarrhalis</i>	51
<i>Pneumonia interstitialis</i>	3
<i>Phthisis fibrosa</i>	1
<i>Peribronchitis</i>	15
ogółem	76,

czyli, że suchoty płucne istniały u 30,4% zmarłych.

<i>Pneumonia crouposa</i>	11 przypadków
czyli 4,4% zmarłych	
<i>Pneumonia cachecticorum</i>	37 przypadków
to jest 14,8%.	
<i>Emphysema pulmonum substant.</i>	31 przypadków
<i>Emphysema pulmonum vicar.</i>	58 „
<i>Sarcoma pulmonum secundarium</i>	1 „

O p ł u c n a.

<i>Pleuritis seroso-fibrinosa</i>	32
z tej liczby przy <i>pneumonia lobularis caseoidea</i>	9
„ „ „ <i>peribronchitis</i>	2
<i>Pleuritis tuberculosa</i>	8
przy <i>pneumonia lobularis caseoidea</i>	4
„ <i>peribronchitis caseoidea</i>	3
„ <i>pneumonia interstitialis</i>	1
<i>Pleuritis purulenta</i>	6
<i>Pleuritis purulento-ichorosa</i>	2
ogółem	48

czyli, że u 19,2% zmarłych opłucna uległa zapaleniu.

O s i e r d z i e.

<i>Pericarditis seroso-fibrinosa</i>	6
„ <i>purulenta</i>	1
<i>Synechia totalis</i>	6
<i>Synechia partialis</i>	1
ogółem	14
czyli 5,6%	

S e r c e.

<i>Myocarditis chronica</i>	2
<i>Insufficiencia valvulae mitralis</i>	1
<i>Insufficiencia et stenosis valvulae mitralis</i>	4

<i>Stenosis ostii venosi sinistri</i>	2
<i>Stenosis ostrii art. pulmonalis</i>	1
<i>Insuff. vulvulae aortae</i>	1
<i>Stenosis ostii aortae</i>	2
<i>Insuff. et stenosis ostii aortae</i>	2
<i>Carcinoma secund. arter. pulm.</i>	1
<i>Insuff. septi intraventricularis partis superioris</i>	1
<i>Endocarditis valvularis (valvulae mitralis)</i>	1
<i>Endoarteriitis arter. pulmonalis</i>	1
	19 — 6,8%
<i>Atrophia cordis</i>	3
a) <i>Hypertrophia excentr. totius cordis</i>	28
b) <i>Hypertrophia " ventriculi dextri</i>	25
c) " " " <i>sin.</i>	3
	56

a) **Hypertrophia excentrica totius cordis.**

3 przypadki przy *emphysema pulmonum.*

3	"	"	<i>nephritis.</i>
7	"	"	<i>emphysema et nephritis.</i>
2	"	"	<i>pneum. lobularis caseoidea.</i>
3	"	"	<i>pn. lobul. caseoidea et nephritis.</i>
1	"	"	<i>aneurysma aortae ascendentes et nephritis.</i>
1	"	"	<i>stenosis valvulae mitralis et stenosis arter. pulmonalis.</i>
1	"	"	<i>stenosis ostii venosis sinistri.</i>
2	"	"	<i>insuff. et stenosis vulvulae mitralis.</i>
1	"	"	<i>insuff. vulvulae mitralis, stenosis et. insuff. ostii aortae.</i>
1	"	"	<i>stenosis ostii aortae.</i>
1	"	"	<i>insuff. valvular. aortae.</i>

b) **Hypertrophia excentrica ventriculi dextri.**

11 przypadków przy *emphysema pulmonum.*

10	"	"	<i>emphysema pulm. et nephritis.</i>
1	"	"	<i>emphys. pulm. et stenosis valvulae mitralis.</i>
2	"	"	<i>phthisis pulmonum.</i>
1	"	"	<i>pn. cruposa et emphysema pulm.</i>

c) **Hypertrophia excentr. ventriculi sin.**

1	przypadek	przy	<i>emphysema pulmonum et nephritis.</i>
1	"	"	<i>stenosis et insuff. valv. mitralis et nephritis.</i>
1	"	"	<i>nephritis tuberculosa.</i>

Oprócz tego mieliśmy jeden przypadek porażenia naczyń *periarteriitis purulenta.*

1	przypadek	<i>aneurysmatis aortae descendentes.</i>
1	"	<i>aneurysma aortae ascendentes.</i>

W ą t r o b a .

<i>Infiltratio adiposa</i>	50
<i>Degeneratio adiposa</i>	2
<i>Degeneratio amyloidea</i>	3
Wątroba muszkatołowa	28
	<hr/>
	83
<i>Hepatitis parenchym. acuta</i>	1
<i>Hepatitis interstitialis</i>	21
z tej liczby: <i>Cirrhosis hepatis atrophica</i>	6
<i>Cirrhosis hypertrophica</i>	1
<i>Hepatitis syphilitica</i>	1
<i>Hepatitis tuberculosa</i>	5
<i>Echinococcus hepatis</i>	1
<i>Angioma cavernosum hep.</i>	1
<i>Carcinoma hepatis primitivum</i>	2
	<hr/>
	32

Ogółem wątroba 115 razy, czyli u 46% zmarłych, była zmienioną chorobowo. Oprócz tego:

<i>Atrophia hepatis</i>	15
<i>Carcinomata secundaria</i>	4

Wszystkie 5 przypadków *hepatitis tuberculosae* istniały jednocześnie *c. pn. lobulari caseoidea*. (C. d. n.)

NOTATKI LEKARSKIE.

13. Gruźlica opon mózgowych i płuc po przebyciu odry i ospy.

W dniu 11 Stycznia 1883 roku przysłano do szpitala dziecinnego niewiadomego z nazwiska około 3—3½ letniego chłopca, znalezione go przez policję na ulicy. Dobrze odżywiany i rozwinięty chłopiec przedstawiał wyprysk na większej części czaszki (*eczeme*), prawdopodobnie dosyć dawno trwający. Wygląd chorego skrofuliczny, w organach wewnętrznych zmian chorobowych nie było; leczenie miejscowe przy użyciu kąpeli i tranu powoli zmniejszyło cierpienie miejscowe. W początku Lutego chory przebywał niezbyt krztani i tchawicy a następnie oskrzeli w ciągu 10 dni, a w d. 17—II z sali 9 przeniesiony został do mego oddziału z powodu, że dostał odry. W dniu 3 Marca w okresie łuszczenia dostał wysypki guziczkowatej dosyć gęstej na całym ciele, z której rozwinęły się wkrótce pęcherzyki i pryszczki. Była to ospa, w której przebiegu wystąpiło zapalenie łącznicy oczu (*conjunctivitis contagiosa*), a w okresie zdrowienia liczne wrzodziaki na całym ciele (*furunculosis*).

W początku Kwietnia, chory dostał koklusz, a w d. 17 — IV wystąpiły objawy rozrzuconego zapalenia płuc niezbytowego, które przy polepszeniach i pogorszeniach trwało około 3 tygodni; w początku Maja chory mógł przechadzać się po sali, chudnął jednak widocznie. W d. 20 Maja zauważyłem utratę łaknienia, chory wymiotował kilka razy, tętno zwolniło się do 80. W płucach rzeżeń nie ma, kaszel rzadki, oddech nieokreślony, a przy kręgosłupie i wierzchołkach prawie oskrzelowy. Ciepłota 39° C. D. 21 V

śpiączka. 22—V zaparcie stolca rozszerzenie źrenic, tętno drobne 80, brzuch zapadnięty 23. Stan coraz gorszy, chory zawraca oczy ku górze, nieprzytomny, w płucach liczne rzężenia śluzowe i trzeszczące, zaparcie stolca pomimo użycia środka przeczyszczającego 24 V. Objawy mózgowe bez zmiany, oddechanie niejednostajne, przerywane westchnieniami, tętno drobne około 100 zaparcie stolca, śpiączka ciągła, kaszel bardzo rzadki. Obrzęk płuc. Teżoż dnia o godzinie 2 po południu chory zakończył życie

Sekcja dokonana w 24 godzin po śmierci wykazała następujące zmiany. Trup chłopca $3\frac{1}{2}$ letniego, wyniszczony, na skórze widoczne są liczne plamy brunatne po przebytej ospie. Brzuch łódkowato zapadnięty. Po otwarciu jamy czaszkowej znaleziono oponę twardą nieprzyrośniętą, silnie przekrwioną szczególnie na sklepieniu, mniej z boków i na podstawie. Opona miękka na sklepieniu mózgu z obu stron naprężona, zebrana pod nią wysiękiem surowiczowłóknikowym mętnawym, przedstawia nastrzyknięcie drobnych naczyń, obok których widzimy rozsiane niezbyt liczne gruzelki białawe i żółtawe wielkości ziarna makowego. Zbliżając się do podstawy mózgu, znajdujemy też same zmiany mniejszego natężenia, jak również na mózdzku: mniejsze tu przekrwienie i gruzelki rzadko rozsiane. Zawoje mózgowe na sklepieniu czaszki wyglądzone. Mózg na przekroju bladej, miękkiej, obrzękniętej, gdziekolwiek tylko występuje krew z przeciętych naczyń. W komórkach zwykła ilość płynu.

Lewe płuco od tyłu i ku dołowi przyrośnięte, dolny płąt jego przy dotykaniu przedstawia liczne rozsiane stwardnienia; na przekroju suchy, barwy szyfrowej, przedstawia niezliczone ogniska serowate, wielkości od ziarna grochu do orzecha laskowego. Górny płąt na przekroju ciemno czerwony przekrwiony. Takież zmiany, lubo w mniejszym stopniu, przedstawia prawe płuco, a mianowicie ogniska serowate w dolnym płacie, mniej liczne w górnym, obok nacieczenia rozrzuconego przeważnie w płacie górnym. Gruczoły oskrzelowe zserowaciałe i w części zropiałe. Serce nie przedstawia zmian godnych uwagi,

Wątroba znacznie powiększona, na powierzchni gładka, na rozkroju brunatno żółta, sucha,

Sledziona cokolwiek powiększona, na powierzchni usiana zrzadka gruzelkami. Na przekroju sucha, ciemnoczerwona zawiera wielką ilość ognisk serowatych wielkości ziarna maku do ziarna grochu. Jedno ognisko wielkości orzecha laskowego tuż przy górnej powierzchni.

Nerki normalnej wielkości, na powierzchni usiane małymi gruzelkami, na przekroju blade, zawierają liczne drobne ogniska serowate wielkości ziarna kopnego.

Gruczoły kręzkowe nie zmienione, żołądek także, w kiszkiach cienkich rozdętych silnie objawy nieznacznego nieżytu.

Powyższy przypadek stwierdzony badaniem pośmiertnym, z wielu względów zasługuje na uwagę. Stwierdza on nam możliwość rozwinięcia się niespodziewanie gruźlicy opon mózgowych po przebyciu chorób wysypkowych, a może ona wystąpić tak niespodzianie i przebiegać tak szybko, że lekarz niechcąc być przez nią zaskoczony, powinien jej się zawsze obawiać, zwłaszcza u chorych skrofulicznych, przedstawiających przerost i zwyrodnienie gruczołów oskrzelowych i zmiany mięsiste w płucach, chociażby ci chorzy po przebyciu wysypek pozornie czuli się lepiej i nawet zaczęli wstawać z łóżka.

Nie wdając się w bogatą literaturę, tego przedmiotu dotyczącą, ośmielę się tylko dodać do powyższego spostrzeżenia kilka uwag praktycznych.

Chorzy z cierpieniem gruczołów oskrzelowych zawsze są zagrożeni gruźlicą opon mózgowych, tembardziej jeżeli przebywszy odrę i ospę nie unikną zapalenia płuc. Nawet po przebyciu tej ostatniej choroby a raczej po przeminięciu ostrej jej objawów, pozostałe w płucach ogniska serowate, mogą być źródłem ogólnej gruźlicy. Pod względem klinicznym zasługuje na uwagę smu-

ne usposobienie takich chorych, stopniowe chudnięcie; nagła zaś utrata łaknienia, poprzedza zwykle wymioty, które uważane być winny za *signum mali ominis*, są one bowiem zwiastunem rozwijającej się gruźlicy opon mózgowych. W przypadku naszym ostra gruźlica opon rozwinęła się na tle przewlekłej gruźlicy płuc, śledziony i nerek. W tych ostatnich narządach, obok starych ognisk serowatych, znalazłem także świeże liezne gruzelki prosowkowe, powstałe zapewne w ostatnich dniach życia.

O ile w danym przypadku do rozwoju gruźlicy przyczyniły się choroby wysypkowe odra, i ospa o ile zaś koklusz, który także często gruźlicę płuc sprawdza, trudno rozstrzygnąć. Pierwotnem źródłem gruźlicy były tu bezwątpienia gruczolę oskrzelowe; gruźlica nerek i śledziony powstała w następstwie gruźlicy płuc, cierpienie zaś opon mózgowych gruźlicze z ostrym przebiegiem oraz ostra gruźlica nerek i śledziony rozwinęły się w ciągu ostatnich dni życia.

A. Malinowski.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

3i. Dastre i Morat. Inerwacja naczyń krwionośnych.

Szereg prac o wpływie nerwów na naczynia, które od czasu odkrycia Cl. Bernard'a w 1851 r. dokonano, wieńczy dzieło, ogłoszone przez Dastre i Morat'a w 1884 r. p. t. *Rech. sur le système-nerveux vasomoteur*. Jak wiadomo nerwy naczyniowe są dwojakie: zwężające (*constrictores*) i rozszerzające (*dilatatores*). Autorowie głównie badania swe zwrócili ku ostatnim, jako mniej znanym. Część pierwsza jest przeważnie krytyczną.

Nerwy naczynio-zwężające znane są: dla języka (Schiff, Vulpian) dla kończyn tylnych (Wharton Jones, Brown-Séguard), dla kończyn przednich, płuc i opłucnej (Cl. Bernard), dla krózki i kiszek (Bodge), dla gruczol-podszczękowego (Cl. Bernard). Nerwy te pochodzą głównie z nerwu sympatycznego, który uważać należy za główny nerw ruchowy naczyń. Włókna nerwów naczynio-zwężających wychodzą z rdzenia kręgowego z korzeniami przednimi (Schiff, Cl. Bernard) głównie z okolicy grzbietowej. Ośrodkiem (*centrum vasomotorium generale, centrum tonicum*) jest ośrodek, położony w rdzeniu przedłużonym na dnie 4-ej komórki, między dziobem i podstawą pióra pisarskiego z każdej strony linii środkowej (Owsiannikow). Ośrodek ten ma przeselać włóknom naczynio-zwężającym zstępującym (odśrodkowym) pewne ciągłe pobudzenie. Vulpian jednak twierdzi, że oprócz ośrodka, w rdzeniu przedłużonym położonego, są jeszcze ośrodki w rdzeniu kręgowym zupełnie niezależne, i te otrzymywałyby tylko pobudzenie regulujące z głównego ośrodka w pewnych szczególnych przypadkach.

Jakoż po przecięciu rdzenia przedłużonego, można widzieć pewne zwężenie naczyń (Vulpian, Schiff), które ustępuje dopiero przy wykonaniu nowych cięć rdzenia kręgowego w różnej wysokości. Stwierdzili to: Gol tz na kończynach dolnych i Stricker na naczyniach brzusznych; widocznie zatem w rdzeniu kręgowym istnieją ośrodki naczynioruchowe drugorzędne. Doświadczenia, w ostatnich czasach wykonane, dowodzą, że ośrodek główny połączony jest z pewnymi oznaczonemi częściami istoty szarej mózgu. Vulpian i Philippeaux wykazali wpływ wzgórków czworaczych na ciepłotę kończyn. Schiff mniema, że ośrodki naczynioruchowe dla naczyń brzusznych mieszczą się w odnogach mózgu, moście Varola i wzgórkach wzrokowych. (Bodge drażniąc *crus cerebri* wywołał zwężenie tętnic, podobne też zjawisko obserwowano w wielu zmianach patologicznych. Sprawozdawca). Według Brown-Séguard'a i Olivier'a uszkodzenia *isthmi encephali* u zająca wywołują przekrwienie płuc

i nerek. Lépine, drażniąc prądem elektrycznym *gyrum post-frontalem*, wywoływał zmiany w naczyniach kończyn dolnych. Eulenburg i Landois opisali ośrodki naczynioruchowe w warstwie kory półkul, w tych miejscowościach, gdzie mieszczą się ośrodki psycho-motorne. Couty, opierając się na swych doświadczeniach, wnosi, że most Varol'a zawiera ośrodki naczyniowe w różnych miejscach.

Podług więc ostatnich wyników nauki twierdzić można, że ośrodki naczynioruchowe mieszczą się w układzie mózgo-rdzeniowym. Głównym ośrodkiem jest *centrum vasomotorium generale* w rdzeniu przedłużonym, ośrodki zaś mózgowe i rdzeniowe są dodatkowymi zbiornikami pobudzenia pobudliwo-ruchowego. Przytem istnieją jeszcze trzeciego rodzaju ośrodki dla włókien naczynioruchowych, w samych ścianach naczyń krwionośnych położone (*centra tonica peripherica*).

Na przebiegu nerwów naczyniowych, bliżej ku końcowi, znajdują się komórki nerwowe. Komórki te tworzą masy zwojowe, nabrzmienia węzełkowate lub też są umieszczone pojedynczo, stosownie do jakości naczyń, na przebiegu gałązek trzech splotów otaczających lub przenikających ściany naczyń: na miejscu skrzyżowania w błonie zewnętrznej (*plexus fundamentalis*. Klebs, Arnold i inni) w *plexus intermedius* i w *plexus intramuscularis*. Ośrodki te posiadają i własności odruchowe; można je porównać do ośrodków w rdzeniu kręgowym, łączących włókna czucia z włóknami ruchowymi (*arcus diastalticus*). Włókna naczynioruchowe zwężające (*constrictores*) łączą ośrodki obwodowe z ośrodkami wyżej położonemi (w rdzeniu lub rdzeniu przedłużonym).

W niektórych okolicach zaś do ośrodków obwodowych dochodzą innego rodzaju włókna, a mianowicie *vaso-dilatatores*, o których będzie mowa później. Są to włókna t. z. *afferentes* dwojakiego rodzaju: *constrictores* łączą ośrodki między sobą, a *dilatatores* wpływają na zmianę czynności nerwowej w jednym lub drugim kierunku.

Z ośrodków zaś obwodowych wychodzą włókna ruchowe mięśni naczyniowych (*vasa efferentia*). Jakkolwiek Grünhagen (w 1877 r.) utrzymuje, że na zmianę naczyń mają tylko wpływ same włókna nerwowe: zwężające lub rozszerzające, to jednak opierając się na doświadczeniach Huisingi, Vulpian'a, Cl. Bernard'a (gruczoł podszczękowy), Goltz'a, Tarchanoff'a i innych autorów, można na pewno przyjąć istnienie ośrodków obwodowych, tem więcej, że istnienie takowych stwierdza histologija. (Klebs, Arnold, Beale, Lehman, Gimbert, Hénocque).

(Trzymając się terminologii Meynert'a, możemy uważać układ włókien łączący główny toniczny ośrodek z mózgiem za układ rzutowy pierwszego rzędu. Ośrodki położone w rdzeniu przedłużonym i kręgowym oraz włókna łączące też ośrodki z ośrodkami obwodowemi (miejscowemi), za układ rzutowy drugiego rzędu; nakoniec ośrodki umieszczone na przebiegu nerwów naczyniowych w bliskości naczyń lub w samych naczyniach wraz z włóknami z nich wychodzącemi i idącemi do włókien mięsnych naczyniowych, za system rzutowy trzeciego rzędu. (Ross. Sprawozdawca).

Czynność nerwów naczynio-zwężających. Nerwy naczyniowe zwężające są to nitki nerwowe zstępujące (ośrodkowe), które podczas czynności wywołują zwężenie małych naczyń; porażenie tych nerwów wywołuje rozszerzenie naczyń. Własności ich ogólne są podobne do nerwów ruchowych właściwych, z tą różnicą, że nerwy naczynio-ruchowe są w stanie ciągłego umiarkowanego pobudzenia, które przeselają do naczyń bez przerwy tak, że naczynia są stale, umiarkowanie-zwężone, co stanowi t. zw. napięcie (*tonus*) naczyniowe. Podług Vulpian'a jestto różnica tylko w stopniu pobudzenia, gdyż i mięśnie prążkowane i mięśnie gładkie trzew są także w stanie ciągłego napięcia. Nerwy naczyniowe są mniej pobudzalne aniżeli naczynio-ruchowe. Jeżeli pobudzenie nerwowe będzie większe,

aniżeli prawidłowe, to nerw naczynio-zwężający wywołuje zwężenie naczynia (*angio spasmus*); zmniejszenie zaś lub zniszczenie pobudzenia, wywołuje albo rozszerzenie albo zupełne osłabienie ścian naczynia (*angio-paresis, angio-paralysis*). Nerwy naczyniowe różnią się od nerwów ruchu obecnością ośrodków obwodowych, których te ostatnie nie posiadają, czyli, że czynność nerwów naczyniowych może być wstrzymana na obwodzie (przez rozszerzające); czynność zaś nerwów ruchu może być powstrzymana przez wpływ rdzenia kręgowego jako najbliższego ośrodka.

Dla dokładnego zbadania czynności nerwów naczynio-zwężających i rozstrzygnięcia sprzecznych zdań, autorowie wykonali doświadczenia na nerwie sympatycznym szyjowym u większych zwierząt, jak osłów i koni.

Zwierzętom wstrzykiwano chloral w żyłę stopową, odkrywano nerw, podwiązywano takowy i przecinano. Ciśnienie krwi badano w tętnicy szyjowej i twarzowej oraz w żyłę twarzowej, zapomocą znanych przyrządów.

Po przecięciu podwiązanego nerwu, ciśnienie krwi tak w żyłę jak i w tętnicach jednocześnie się zwiększało, skutkiem silnego podrażnienia pnia nerwowego; następnie zaś ciśnienie w żyłę doszło do stanu normalnego i odtąd stałe się zwiększało; ciśnienie tętnicze zmniejszało się w odwrotny sposób. Drażnienie odcinka obwodowego nerwu prądem przerywanym wywoływało zwiększenie ciśnienia tętniczego. *Maximum* tego zwiększania było po 20—40', potem ciśnienie się zmniejszało a po 2—3 minutach doszło do stanu prawidłowego, a nawet niżej. W żyłę zaś ciśnienie w rastało na 4—6'', a następnie zmniejszało się, aby się na nowo podnieść nawet w wyższym stopniu, aniżeli po przecięciu nerwu. To znaczne podniesienie ciśnienia żylnego autorowie nazwali *surdilatation*. Po upływie pewnego czasu ciśnienie żylnie, powoli się zmniejszając, doszło do stanu prawidłowego. Prędkość biegu krwi w tętnicy szyjowej, podczas doświadczenia, stała się zmniejszoną.

Wnioski. Nerw sympatyczny jest naczynio-zwężającym, przerwanie czynności nerwu wywołuje rozszerzenie małych naczyń, zmniejsza ciśnienie krwi u góry w tętnicy, zwiększa u dołu w żyłę. Podrażnienie nerwu, zwężając naczynia, sprowadza wynik odwrotny. Drażnienie silne i przeciągłe sprowadza rozszerzenie (*maximum*). Chwilowe podniesienie ciśnienia w żyłę przy drażnieniu nerwu tłómaczy się skurczem małych naczyń i *vire a tergo*. *Surdilatation* można objaśnić albo podrażnieniem nerwów rozszerzających, albo tem, że nerw po przecięciu jeszcze posiada chwilowo pewną ilość pobudzenia (*tonus*), które zostało zachowane w ośrodkach obwodowych, uzupełniających mechanizm toniczny ośrodkowy (ośrodków rdzenia przedłużonego i kręgowego).

Dalej autorowie wykazali, że czas utajonego pobudzenia dla nerwów naczynio-zwężających jest dłuższy, aniżeli dla nerwów ruchowych (1,30 minut); że bardzo słabe bodźce, działające w krótkich przerwach, a nie wywołujące oddzielnie pobudzenia, wywierają działanie zbiorowe, kumulacyjne (tak jak na mięśnie gładkie i serce) (*somation*).

Działanie prądów elektrycznych wszelkiego rodzaju na nerwy naczyniowe jest jednakowe, wbrew twierdzeniom sprzecznym wielu badaczy.

Ziwno zwiększa pobudzalność nerwów zwężających, przeciwnie zaś ciepło zmniejsza takową, lub też czyni łatwiejszem wyczerpanie nerwu, nawet pod wpływem słabych bodźców.

Nerwy naczynio-ruchowe zwężające mogą wpływać na zwężenie naczyń także i drogą odruchu. Rozszerzenie naczyń mniej jest wyjaśnionem. Dzisiaj przyjęto, że rozszerzenie następuje wskutek porażenia mechanizmu zwężającego obwodowego. Jaki jest punkt wyjścia porażenia tego mechanizmu (ośrodków i nerwów końcowych)? Czy zawieszenie czynności pochodzi z rdzenia czy też z obwodu lub też od jednego lub drugiego narządu? *A priori* możnaby wnosić, że ośrodki rdzeniowe zwężające są porażone przez wpływ podrażnienia dośrodkowe-

go i zaprzestają przeselać bodźce toniczne ku obwodowi; albo też, ośrodki obwodowe są porażone bezpośrednio w ten sposób, że podrażnienie dośrodkowe (centrypetalne) ośrodków rdzeniowych drogą zwrotną przenosi się ku obwodowi na nerwy rozszerzające, ubezwładniając zarazem przyrząd zwężający. Dopóki nieznano nerwów naczynio-rozszerzających, wszystkie objawy porażenia naczyń tłómaczono porażeniem ośrodków naczynio-zwężających, np.: pobudzenie nerwu czucia sercowego, nerwu Cyon'a, wywołuje rozszerzenie naczyń brzusznych; to rozszerzenie objaśniano zwrotnem porażeniem ośrodka zwężającego rdzeniowego lub też położonego w rdzeniu przedłużonym, od których te naczynia zależą.

Dziś znamy już nerwy rozszerzające naczynia i ich rdzeniowe ośrodki; rozszerzenie naczynia możemy odnieść do pobudzenia ośrodka rozszerzającego i nerwu rozszerzającego, łączącego tenże ośrodek z mechanizmem końcowym rozszerzającym światła naczynia.

Rajkowski (z Ciechanowa).

Wiadomości bieżące.

Warszawa. Premium w ilości rs. 150 za najlepszą pracę pomieszczoną w „Medycynie“ za rok 1884 przyznano prof. Adamkiewiczowi za pracę: „O nowym składniku włókien nerwowych i o dwubarwności tkanki rdzenia pacierzowego“.

Kazań. D-r W. Podwysocki docent prywatny w Dorpacie zaproszony został na profesora farmakologii tutejszego uniwersytetu.

Praga. Dziekanem wydziału lekarskiego czeskiego wybrany został na rok przyszły prof. Weiss, a niemieckiego prof. Příbram.

Wiedeń. Dziekanem tutejszego wydziału lekarskiego na rok przyszły wybrany został prof. Told.

Paryż. Wkrótce odsłoniętym tu zostanie pomnik Pinela reformatora terapii chorych umysłowo cierpiących. Pomnik stanie na placu przed szpitalem Salpêtrière, gdzie Pinel był lekarzem.

Rzym. Na propozycję prezesa tutejszej Akademii lekarskiej prof. Baccelli, b. ministra oświaty, wybrano członkami honorowymi Akademii wszystkich delegatów na odbytej tutaj konferencji sanitarnej.

Prace oryginalne w polskich czasopismach lekarskich.

Przegląd lekarski Nr. 26. Cybulski. Słów kilka o wynikach badań dokonanych zapomożą fotohematochrometru. — Wachtel. Kilka uwag o jodoformie. — Paszkowski. Przyczynę do statystyki i kazuistyki niezbyt drog oddechowych, jego następstw i powikłań.

Medycyna Nr. 26. Smoleński. O naukowych podstawach hydroterapii (D. c.). — Ślusa i Ryczk. Śmierć z powieszenia, wykluczenie samobójstwa i innej przyczyny śmierci. Morderstwo popełnione przez jedną lub więcej osób (D. c.).

DO PP. PRENUMERATORÓW.

Upraszamy o wczesne nadsyłanie przedpłaty na II-gie półrocze r. b., tych zaś Pp. Prenumeratorów, którzy zalegają z opłatą, upraszamy o rychłe uregulowanie rachunków.

CHLORAL W PERELKACH LIMOUSIN'A.

Wodan Chloralu w postaci cukierków.

Chloral w perelkach Limousin'a jest zawarty w cukrowanej skorupce, co mu nadaje pozór cukierków okrągłych. Każdy z tych cukierków zawiera w sobie 25 centygrammów czystego i skryształizowanego chloralu. Zażyty w tej formie chloral nie sprawia uczucia dławienia w gardle i nie ma tego nieprzyjemnego smaku, jaki posiada wodan chloralu rozpuszczony w płynie.

Porównanie odpowiada tu wszelkim warunkom ścisłości a sprawdzenie czystości produktu jest łatwym i natychmiastowym.

Pięć do dziesięciu cukierków wywiera wpływ uspokajający i sprowadza sen. Każdy flakon zawiera w sobie 40 białych cukierków, które mają po 25 centigram, najczystszy wodan chloralu.

Chloral w perelkach Limousin'a znajduje się w Paryżu w aptece Limousin'a 2 bis rue Blanche w Rosyji we wszystkich główniejszych aptekach, i składach materyjałów aptecznych.

NOWE MIASTO NAD PILICĄ

(gub. Piotrkowska, pow. Rawski.)

ZAKŁAD WODOLECZNICZY

Racyjonalna hydroterapija,—kąpiele ciepłe, słone, aromatyczne, rzeczne,—wody mineralne, gimnastyka. Leczenie elektrycznością, mlekiem, kefirem.

Gabinet elektryczny zaopatrzony w przyrządy do specjalnego leczenia. **Scisyf internat** i eksternat; dyjetetyczne stołowanie. Obok zakładu internat i restauracyja dla starozakonnych.

Utrzymanie całodziennie z leceniem i kąpielami, w pokojach wspólnych od Rs. 1 kop. 50 w pokojach oddzielnych od Rs. 3.

Komunikacyja osobowa karetami pocztowymi przez Grójec, na które zapisywać się można na poczcie w Warszawie, albo koleją żelazną Warsz.-Wiedeńską przez Skierniewice, lub Iwangrodzką-Dąbrowiecką przez Opoczno.

Szczegółowe objaśnienia i cenniki w Warszawie w Aptece H. Kucharzewskiego, Senatorska 480
Lekarze Zakładu **Jan Bielliński, Leon Rzczniowski.** 12—0

ZAKŁAD KEFIROWY

Dr. Wł. Wyszyńskiego

Róg Kruczej i Alei Jerozolimskiej Nr. 9.

Otwarty codziennie od god. 7 do 2 i od 4 do 7 po południu.

Filija Zakładu w Ciechocinku, będzie otwartą w willi „Orion“ od 20 Maja b. r.

Kefir po cenach zakładowych sprzedaje się w Aptekach W. P.: Barcza—Marszałkowska, Biertümpfla i Gessnera—Al. Jerozolimskie, Kucharzewskiego—Senatorska, Turckiego—Karmelicka i Ziemińskiego—Marszałkowska.

W Ciechocinku: w Kiosku wód mineralnych p. W. Kucharzewskiego. 6—6

VICTORIA woda gorzka

NATURALNA

trzymająca prym pomiędzy wszystkimi wodami gorzkiemi, zawiera o 170 gr. stałych i skutecznych części więcej jak Hunyady Janos, a o 260 gr. więcej jak Pültau i Friedrichshall.

Polecana przez najznakomitsze powagi lekarskie i znanych lekarzy tutejszych, pomiędzy innymi przez Prof. rad. dworu *Ducheka*, rad. dworu *Bambergera*, *Auspitza*, *Lorinsera*, w *Wiedniu*, rz. rad. stanu Prof. *D-ra D. Lambla*, prym. *D-ra Kobylańskiego*, *D-ra Kryżego*, *D-ra Zaleskiego* w *Warszawie*.

Na składzie we wszystkich aptekach i handlach wód mineralnych.

10—7

ADELHAIDSQUELLE

naturalna jodo-bromowa woda mineralna, używana przeciw **zółzom**, **zółzowym cierpieniom oczu**, **zawałom wątroby** i **śledziony**, **cierpieniom narządów brzusznych u kobiet**, **cierpieniom pęcherza** i **narządów moczowych**, **otyłości**, **liszajom** i t. d., znana od kilku wieków ze swego skutecznego działania, znajduje się do nabycia w **składach wód mineralnych i aptekach.**

6—5

C. K. ZAKŁAD WODOLECZNICZY w KRYNICY

(w Cesarstwie austriackim w Galicyi)

stacja kolei Tarnowsko-Leluchowskiej Muszyna-Krynica.

pod kierownictwem D-ra Henryka Ebersa otwarty od 1-go Maja do końca Września. Konsultacje mogą się odbywać w języku francuzki. — służba mówi także po rossyjsku. 8—4

6—5

NOWOŚĆ.

D-ra Oidtmann'a środek czyszczący przeciw zatwardzeniu i hemoroidom; stosowanie zewnętrzne, działanie natychmiastowe. Główny skład Mästricht. Hollandyja.

Instytut szczepienia Ospy w Genewie—Szwajcaryja.

Zawiadomienia, że co parę dni pocztą przesyła w 4-ch gatunkach świeżą limfę zwierzęcą, czyli krowiankę, zbieraną z cieląt alpejskich, przez Weterynarza uznanych za zdrowe.

Skład główny tejeże na Królestwo Polskie w aptece Magistra farmacyi L. Ziemińskiego, róg ulicy Marszałkowskiej i Królewskiej. 2—2

IWONICZ.

Wody mineralne jodowo-bromowe.

Stacja kolei Transwersalnej na miejscu. Przeszło 1000 pokoi. Wyborna orkiestra pod kierunkiem Aubera. Kilka restauracyj, czytelnia, sale balowe i koncertowe, zakład fotograficzny, Apteka telegraf, poczta,

Kąpiele znane ze swoich skutków w cierpieniach skrofulicznych, syfilitycznych i skórnych. w chorobach kobiecych, zapaleniach stawów i cierpieniach kości.

Zakład położony jest w najpiękniejszej okolicy Galicyi.

Sezon zaczyna się od 20 Maja.

10—7

ZDROJOWISKO CIEPLICE-SCHÖN AU

W Czechach; od wieków znane i wstawione znakomite w swej skuteczności termy alkaliczno-solne (29.5 — 39° R.) Używanie kuracyi bez przerwy w przeciągu całego roku. Sezon letni rozpoczyna się 1 Maja. Zdrojowisko pierwszorzędne z wykwintnemi zakładami kąpielowemi, kąpielami błotnemi. Wydawanie własnych i zamiejscowych wód innego czerpania odbywa się pod kontrolą lekarską.

Przeważnie zalecane jako skuteczne w gościcu, reumatyzmach, skrofulicznych powikłaniach, newralgijach i wszelkich chorobach nerwowych, recydywach; zadziwiające rezultaty w chorobach występujących po porażeniach skóry, etc. Wspaniałe zewsząd zabezpieczone położenie w pięknej lesistej pośród gór leżącej dolinie.

Klimat umiarkowany. Piękne parki i ogrody, koncerty wiejskiej kapeli zdrojowej i austriackiej orkiestry wojskowej. Reuniony. Teatr z przedstawieniami oper, i t. p. kursalem, Czytelnia, Kościoły i domy modlitwy wielu wyznań. Dwa dworce. Najliczniejsze zapotrzebowania mieszkań zadawalniają: Kaiserbad, Steinbad i Stadtbad w Cieplicach, Schlangenbad i Neubad w Schönau, oraz liczne mieszkania w domach prywatnych.

Frekwencyja r 1884 w Cieplicach-Schönau 35,921 gości; wszelkich informacji udziela i zamówienia na mieszkania przyjmuje: dla Cieplie: Bäderinspectorat in Teplitz, dla Schönau: Bürgermaisteramt in Schönau.

3—2