

GAZETA LEKARSKA.

Treść. I. A. M. Weinberg. Zdrojowiska żelaziste w Nałęczowie. — II. S. Goldflam. Długotrwałe wpochwienie kiszczyki czezej, spowodowane polipami. Wpochwienia w ogóle. (Dokończenie). — III. J. Minkiewicz. Spozstrzeżenia chirurgiczne. (Dokończenie). — *Dział sprawozdawczy:* 94. Homburger. O formie nerkowej tyfusu brzuszego Gublera i Robina. — 95. Windelschmidt. O narkotycznym działaniu jodoformu. — Wiadomości zagraniczne. — Ogłoszenia.

I. ZDROJOWISKA ŻELAZISTE W NAŁĘCZOWIE.

Przez D-ra **A. M. Weinberga.**

Za wodę żelazistą leczniczą zgodzono się powszechnie uznawać jedynie taką wodę, w której ilość żelaza wynosi najmniej $\frac{1}{200}$ część ogółu wszystkich części stałych wody, a summa tych części nie przenosi 1 gramma na 1000 gramm wody. Dla tego też tylko Schwalbach, Spa, Flinsburg, Brückenau nawet Marienbad Ambrosiusquelle uważają się za właściwe żelaziste, kiedy Pymont, Cudowa, Driburg, Eger Stahlquelle, Krynica Sliacz są wodami alkaliczno lub ziemno-żelazistemi.

Poniżej zestawiam skład chemiczny niektórych zdrojowisk żelazistych w jednym litrze wody;

	a) co do summy ma- teryj stałych	b) ilości węgla- nu żelaza	c) ilości wolnego kwa- su węglanego
1. Schwalbach	0,605	0,084	1563 cub. cent.
2. Spa	0,483	0,076	667
3. Marienbad Ambrosius	0,806	0,044	1172
4. St. Maurice	2,171	0,038	1282
5. Krynica	1,862	0,028	1957
6. Nałęczów, źródł Celińskiego	0,438	0,034	?
7. Nałęczów, źródł nowy	0,384	0,028	105
8. Sliacz, źródł Adama	6,066	0,025	bardzo mała

Kraj nasz nie jest bogatym w zdrojowiska mineralne, a te, które posiadamy, nie są na podobieństwo zdrojowisk okolic górzystych obficie nasyczone kwasem węglanym wulkanicznego pochodzenia, lecz raczej są one roztworami soli mineralnych w wodzie meteorycznej w dalszych okolicach spadłej, utrzymywanych w rozpuszczeniu tą ilością kwasu węglanego, jakie woda w przebiegu swoim z górnych warstw ziemnych pochłonęła.

Do liczby tego rodzaju zdrojowisk należą i źródła żelaziste w Nałęczowie. Zdrojowiska te znacznej obfitości wytryskają na zetknięciu się pokładów kredowego i eocenicznego i zawierają przeważnie dwa składniki, to jest wapno i żelazo, oba w rozpuszczeniu w nadmiarze kwasu węglanego.

Do niedawna, zakład kąpielowy Nałęczowski zasilał tylko jeden źródło, zwany zdrojem Celińskiego, a którego szczegółowy rozbiór trzykrotnie był dokonywanym, w roku 1817 przez profesora Celińskiego, w roku 1873 przez Napoleona Milicera, w roku 1877 przez Mattisena w Petersburgu. Analizy powyższe doprowadzone do jednej normy wykazują następujące wyniki liczbowe głównych składników zdroju w 1000 gramach wody:

	Celiński	Milicer	Mattisen
Summa części stałych	0,823	0,573	0,438
Węglańu wapna	0,523	—	0,268
Tlenniku żelaza	0,0197	0,0314	0,0233
Soli alkalicznych	0,0102	—	0,027

W ostatnich latach, to jest po objęciu ogólnej administracji zakładu przez D-ra F. Nowickiego, odkryto dwa nowe bardzo obfite źródła żelaziste, z których jedno tuż przy dawnym zdroju Celińskiego po racjonalnym ujęciu zużyto z jednej strony do zasilenia zakładu kąpielowego, z drugiej do użytku wewnętrznego dla pijących.

Drugie źródło dotąd nie ujęte wytryska z dna dawnego, obecnie osuszonego stawu, z kąd też nieopodal dobywają się obfite źródła czystej doskonałej słodkiej wody zdrojowej.

W Kwietniu bieżącego roku dokonałem na wezwanie D-ra Nowickiego o szczegółowego chemicznego badania wspomnianych źródeł.

Źródło żelaziste nowe.

Wodę do rozbioru czerpałem w samym wytrysku źródła, to jest, z 16' długiej, 6" średnicy mającej rury żelaznej, z której woda z jednej strony bezpośrednio idzie do wanien, z drugiej zasila wytrysk dla pijących.

Woda była zupełnie przezroczystą, bezbarwną, smaku zrazu twardego następnie żelazisto ściągającego, posiadała ciepłość 8,75° C., przy ciepłocie powietrza 6° C.

Wolny kwas węglany oznaczono bezpośrednio przy źródle, wpuszczając oznaczoną ilość wody do balonika, wypełnionego wodorem i zawierającego roztwór ohlorku baru w amonii, a z summy strąconych węglańów po obliczeniu znalezionych przez analizę dwuwęglańów alkalicznych i ziemnych, resztę przyjęto jako kwas węglany wolny.

Inne składniki mineralne i organiczne oznaczono zwykłą drogą postępowania analitycznego.

Summa składników stałych wysuszonych przy ciepłocie 120° C. = 0,38450 grm. w jednym litrze wody, a pojedyncze składniki przedstawiają się jak następuje:

Węglańu wapna	0,23273	} w 1 litrze wody
„ magnezyi	0,01608	
„ tlenku żelaza	0,02730	
Siarczanu wapna	0,00837	
Kwasu fosforanu i glinki	0,00170	
Chlorku potassu	0,00190	
Węglańu sodu	0,02050	
Krzemionki	0,03370	

Materyj organicznych oznaczonych	} w 1 litrze wody	
przez spalenie		gram. 0,03300
Wolnego kwasu węglanego		„ 0,1950
Ciężar właściwy wody przy ciepłocie 15° C. = 1,00044.		

Porównywając powyższy rozbiór wody ze źródła nowego, z rozbiórami wody z źródła Celińskiego, dokonanymi przez Milicera i Mattisen'a dochodzimy do wniosku, że oba źródła posiadają bardzo zbliżony skład chemiczny i prawdopodobnie jedno pochodzenie. Nieco mniejsza mineralizacja nowego źródła pochodzi prawdopodobnie stąd, że wodę do rozbioru zaczerpnięto niezadługo po wiosennych roztopach, a więc kiedy dopływ wód meteorycznych był obfitym. Charakter ten wspólnym jest wszystkim prawie znanym zdrojowiskom mineralnym, *maximum* bowiem ich mineralizacji przypada zazwyczaj na miesiące od Czerwca do Września.

Opierając się na powyższych analitycznych danych, można zdrojowiska Nałęczowskie zaliczyć do rzędu szczaw żelazistych; zawierają bowiem tyle żelaza, co woda Sliacz i Krynicka, a $\frac{1}{6}$ część zawartości tej ostatniej węglanu wapna; są one zbliżone nieco do wody Spa, małą obfitością kwasu węglanego, lecz zawierają tylko połowę tej ilości żelaza.

Na pytanie, czy zdrojowiska Nałęczowskie odpowiadają warunkom wymagany od źródeł żelazistych leczniczych, stanowczo odpowiedzieć można twierdząco. Zawartość 0,03 gram. = $\frac{1}{2}$ grana węglanu żelaza w 5 kubkach wody może być łatwo i w zupełności zresorbowaną, a że 0,23 gram = 4 grany węglanu wapna, jakie przy tem towarzyszą żelazu bynajmniej nie są nadmierne, dowodzi fakt, że my większą znacznie ilość węglanu wapna w jednym kubku wody Krynickiej spożywamy. Nizka ciepłota i orzeźwiający nie nazbyt atramentowy smak wód tych czynią je do użycia przyjemnymi.

Jako woda do przyrządzania kąpiei żelazistych, ogrzewanych metodą Schwartz'a, woda Nałęczowska nadaje się w zupełności; ogrzana bowiem do ciepłoty 27° R, pozostaje przez cały czas przebywania kąpiącego się w wannie, tj. od 15 do 20 minut, zupełnie przezroczystą, oraz umiarkowanie perełkuje.

Jak dotąd jest jeszcze wprawdzie nierozstrzygniętem, czy kąpiele żelaziste zawdzięczają swoją działalność jedynie tylko kwasowi węglanemu, czy też jak chce Lehmann i inni, także i solom żelaza, które swoim wpływem stytycznym pewną reakcyję na skórę wywołają w stanie; faktem jest atoli, że w kąpielach żelazistych nawet słabo gazem kwasem węglanym nasyconych, jak Spa i Sliaczu pożądane skutki lecznicze otrzymujemy.

Jeżeli do wyżej przytoczonych leczniczych własności zdrojowisk Nałęczowskich, swoistych wszystkich wodom często żelazistym, dodamy, że zakład leczniczy w Nałęczowie malowniczym położeniem, wygodnym, a nawet wystawnym urządzeniem, mało dotąd znanem w naszych zdrojowiskach krajowych, śmiało stanąć może do wpółzawodnictwa z podobnymi zakładami leczniczymi zagranicą, cieszyć się należy, że pracy i staraniom obecnego dyrektora zakładu z zapomnianego zakątka ziemi naszej powiodło się stworzyć miejscowość leczniczą szerszego zakroju, podnoszącą bogactwo krajowe.

II. Długotrwałe wpochwienie kiszki czczej, spowodowane polipami.

(*Invaginatio chronica jejuni, polypis provocata*).

Wpochwienia w ogóle.

Podał **S. Goldflam**, ordynator tejże kliniki.

(Dokończenie. — Patrz Nr. 29).

Opór ze strony krézki sprawia, że część kiszki wpochwiona przyjmuje kształt półkolisty, z wklęsłością do krézki zwróconą i położenie w pochwie odśrodkowe, bliższe tej ostatniej, otwór zaś wierzchołkowy ma kształt szpary i jest w tymże kierunku zwrócony. Łatwo także zrozumieć, że części wpochwione, a zwłaszcza krézka, ulegają uciskowi, szczególnie u szyi, gdzie krézka konwerguje i ta jej część przeznaczona dla średniego cylindra. Następstwem tego jest zastój żylny, obrzmienie, nacieczenie krwawe części wpochwionej, przy czem na jej powierzchniach surowicznych odkłada się wysięk włóknikowy, mogący się zorganizować i wywołać zrośnięcie ich, choć nie zawsze i nie na całej przestrzeni (najczęściej — jak i w naszym przypadku — u szyi); często dochodzi do zgorzeli, albo całej części wpochwionej, albo ograniczonych tylko części, zwłaszcza wierzchołka, a niekiedy tylko u szyi, przy czem szczególnie wewnętrzny cylinder może być najzupełniej zachowany. Największe zmiany, jak i w naszym przypadku, znajdujemy w cylindrze średnim, mniejsze w wewnętrznym, a prawie żadnych w pochwie. Ostatnia jednak przedstawia niekiedy zmiany takie same, jak cylinder średni, miejscami nawet większe; zdarza się to przy dużych wpochwieniach, głównie biodro-kątnicowych, przy których krézka ulega silnemu rozciągnięciu i uciskowi. Takie przypadki widzieli: *Cruveilhier* ¹⁾, *Rokitansky* ²⁾, *Klebs* ³⁾. Widział i *Fejgl* ⁴⁾ bardzo dwa ciekawe przypadki dużych wpochwień biodro-kątnicowych z ograniczoną zgorzelą i następnie przedziurawieniem nie tylko cylindrów wewnętrznych, ale i pochwy. Sądzi on, że zmiany te zależne są od ucisku, jaki obrzękłe cylindry kiszki wpochwionej (*intussusceptum*) wywierają na siebie i na pochwę, nie zwraca jednak uwagi na wpływ uciśniętej i rozciągniętej krézki na krążenie i odżywianie odpowiednich pętlic. Przeciwno przypuszczeniu *Fejgla*, przemawiają, mojem zdaniem, przypadki oddzielenia części wpochwionej z zupełnem zachowaniem zwłaszcza wewnętrznego cylindra. Pochwa, jako rozciągliwa, nie tak łatwo ulega uciskowi, dochodzącemu aż do zgorzeli, ze strony wprawdzie obrzękłych, ale miękkich kiszek, tembardziej, że, jak w przypadkach *Fejgla*, pochwę stanowiła obszerna okrężnica. Gdyby rzeczywiście zgorzel pochwy zależną była od ucisku, wywieranego na nią przez część wpochwioną, widzianoby ją często we

1) l. c. 531, 2.

2) l. c. 563.

3) l. c. 235.

4) „Przegląd lekarski“ 1877. Nr. 46, 47, 48.

wpochwieniach biodrowych, przy których pochwa mniej jest obszerną; zgorzel zaś pochwy w ogóle, jak to sam Fejgel zauważył, jest rzeczą bardzo rzadką i prawie wyłącznie napotykaną przy wPOCHWIENIACH biodro-kątnicowych z krótką kręzką ¹⁾. Nie zupełnie też zgodzić się mogę na tłumaczenie Fejgla znalezionych w jego przypadkach przepuklin worka sieciowego (*hernia sacci omentalis*). Przypuszcza on, że wskutek wPOCHWIENIA, ciężka okrężnica poprzeczna opuściła się ku dołowi i przodowi odsłaniając i naprężając swą kręzkę i w ten sposób podzieliła jamę brzuszna na 2 części; w dolnej—mniejszej—kiszki cienkie, znajdując się pod znacznym naciskiem, napierają na kręzkę, która pęka, i przechodzą do worka sieciowego. Należy zwrócić uwagę, że we wPOCHWIENIACH, kiszki, pozornie przynajmniej, zmniejszają się o całą długość cylindra wewnętrznego i średniego, że na miejsce kątnicy i okrężnicy, wchodzących w skład dużych wPOCHWIENI biodro-kątnicowych, w dole biodrowym prawym i w okolicy lędźwiowej tejsze strony mieszczą się kiszki cienkie, że nareszcie wątpliwem jest, by nacisk tych ostatnich, bez istniejących już zmian w kręcce, mógł wywołać w niej pęknięcie jako następstwo rozciągnięcia.

WPOCHWIENIA umiejscowione wysoko, np. kiszki czczej, nie dochodzą do tak dużych rozmiarów, opór bowiem ze strony kręzki, która tu jest krótszą, jest większy. Doszedłszy zaś do fałdy dwunastniczo-czczej (*plica jejuno-duodenalis*), w większości przypadków już się nie powiększają, dwunastnica bowiem, jako nieposiadająca kręzki i prawie nieruchomie do kręgosłupa przytwierdzona, mało ma skłonności do wejścia w skład wPOCHWIENIA. Te stosunki anatomiczne były zapewne powodem, że Cruveilhier ²⁾ nie uznawał zupełnie możliwości wPOCHWIENIA się dwunastnicy, kazuistyka jednak dowiodła, że takie przypadki istnieją, choć liczba wPOCHWIENI z udziałem dwunastnicy niezmiernie jest małą. Niedawno jeszcze Goltz ³⁾ opisał wPOCHWIENIE, którego wewnętrzny cylinder składał się z *pars horizontalis inferior duodeni* i górnej części kiszki czczej.

Powiększanie się wPOCHWIENIA następuje kosztem pochwy, która koło szyjki zawija się w średni cylinder tak, że pierwotnie wPOCHWIENIA część kiszki, zawsze stanowi wierzchołek, a szyjka zstępuje coraz niżej w kierunku otworu stolcowego. Przy powiększaniu np. wPOCHWIENI biodro-kątnicowych, wierzchołek, t. j. zastawka Bauhina, pozostaje ten sam i zbliża się coraz bardziej do otworu stolcowego, przez który może nawet wypaść; na utworzenie cylindra średniego oprócz kątnicy składa się i okrężnica wstępująca, potem poprzeczna, szyjka zstępuje coraz niżej. Cruveilhier ⁴⁾, opierając się na przypadku wPOCHWIENIA

¹⁾ Nader rzadki przypadek zgorzeli pochwy przy wPOCHWIENIU biodrowem zakomunikował mi łaskawie prof. Lambl, z kliniki szpitalnej Dzieciątka Jezus, którą w r. z. zastępczo prowadził. Chory lat 30, za przyczynę choroby podał spożycie śledzia z kartoflami. Ból brzucha, silne wzdęcie, wymioty, czkawka, zaparcie stolca, pod koniec nieobfite wypróżnienia z krwią zmieszane. Śmierć po tygodniu. Przy sekeyi znaleziono wPOCHWIENIE biodrowe 15 ctm. długie, oddalone od zastawki Bauhina na 50 ctm.; zgorzel i przedziurawienie pochwy z wyjściem kału, *peritonitis*.

²⁾ l. c. 518.

³⁾ Berl. Klin. Wochensh. 1877. Nr. 29.

⁴⁾ l. c. 523.

przy którym 2 polipy wyrastały na błonie śluzowej cylindra średniego, przypuszczał że powiększenie następuje kosztem cylindra wewnętrznego, który u wierzchołka zawraca w średni. Nie zgadza się to z teorią powstawania, która, jakśmy widzieli, przypuszcza stan kurczowy cylindra wewnętrznego. Na takie zresztą powiększanie nie pozwala ucisk ostatniego, ani zrośnięcie powierzchni surowicznych, często dość wcześnie występujące.

Co do etjologii, to dawniej przypuszczano wraz z Rokitańskym¹⁾, że biegunka gra w powstawaniu wPOCHWIEŃ rolę najważniejszą i nią także objaśniano sobie częstość pojawiania się tego cierpienia u dzieci. Rilliet²⁾ pierwszy podał w wątpliwość jakoby *enteritis* było momentem przyczynowym we wszystkich przypadkach i stwierdził, że początek po większej części bywa nagły i nie nie zapowiada wybuchnięcia choroby. Pilz³⁾ nawet znalazł, że cierpienie to przeważnie napada dzieci zdrowe i krzepkie. Statystyka Leichtenstern'a⁴⁾ wykazuje, że choć biegunka u dzieci częściej jak u dorosłych poprzedza wPOCHWIEŃ, to jednak brak jej w znakomitej większości przypadków. Nie odmawiając znaczenia momentu przyczynowego biegunce tak częstej u dzieci i następczo wywołanemu porażeniu pewnego odcinka kiszki, sądzi on, że dla objaśnienia częstości pojawiania się wPOCHWIEŃ u dzieci należy przyjąć większą wrażliwość kanału pokarmowego i żywszy i stosunkowo silniejszy ruch robaczkowy.

Na 593 przypadki w statystyce Leichtenstern'a, tylko w 226 podano opis stanu chorego przed wybuchnięciem choroby; z tej cyfry 111 zachorowało nagle śród najlepszego zdrowia. Dla reszty podano rozmaite momenty przyczynowe, przeważnie na kanał pokarmowy działające, a które — z wyjątkiem polipów — są prawdopodobnie tylko momentami usposabiającymi, lub wywołującymi. Najważniejsze z przyczyn powodujących ten stan są:

1) Polipy wychodzące z błony śluzowej lub podśluzowej. Pierwsze są albo przerostem istniejących kosmków (*fibroma papillare*), albo gruczołków Lieberkühn'a (*adenoma polyposum*), albo kombinacją obu (jak w naszym przypadku); drugie są włókniakami albo tłuszczakami. Nie wszystkie jednak polipy kanału pokarmowego⁵⁾ wywołują wPOCHWIEŃ, niekiedy za życia nie dają one żadnych objawów, niekiedy przy umiejscowieniu w odbytnicy wywołują wydymania, krwawe wypróżnienia, bardzo rzadko wskutek nagłego obrzmienia dają powód do ostrego zatkania (*obturatio*)⁷⁾, częściej wywołują objawy zwężenia⁸⁾

1) l. c. 595.

2) „Gazette des Hôpitaux. 1852. Nr. 14 i 23.

3) Jahrbuch f. Kinderheilkunde. 1870. S. 15.

4) l. c. Bd. 120. S. 67.

5) Leichtenstern zebrał z całej literatury 128 opisów, z tych 75 było w wypustnicy, 10 w okrężnicy, 4 w kątnicy, 2 na zastawce Bauhina, 30 w kiszce biodrowej, 5 w czezej, 2 w dwunastnicy (Ziemssen Bd. VII. II. Hälfte. S. 543).

6) Castelani (Virchow i Hirsch 1870. S. 161) opisuje taki przypadek; po oddzieleniu się tłuszczaka objawy ustąpiły.

7) Jetter (Virchow i Hirsch 1872. S. 160). U 36 letniego chłopca były od lat 2 objawy zwężenia kanału pokarmowego (zaparcie stołca, ból, brak apetytu, wychudnięcie, później wymioty). Wyzdrowienie po odejściu polipa, ważącego 125 grm., nóżka 2 ctm. długa.

8) Leichtenstern. l. c. Bd. 120. S. 73.

Tylko w 30 przypadkach wywołały wpochwienie. Były to po największej części polipy duże i pojedyncze, wszystkie wydarzyły się u dorosłych: 17 w dolnej części kiszki biodrowej, 2 w kątnicy i na zastawce, 2 w kiszce czezej lub górnej części biodrowej, 8 w okrężnicy ¹⁾. Z wyjątkiem przypadku *Cruveilhiera*'a, już poprzednio wspomnianego, *Böttcher*'a ²⁾ i *Barthel*'a ³⁾, który zresztą do powyższej cyfry nie wchodzi, we wszystkich innych polipy osadzone były na wierzchołku części wpochwionej. Wszystkie przypadki zakończyły się śmiercią z wyjątkiem jednego ⁴⁾. Oddzielenie części wpochwionej z polipem miało miejsce 3 razy.

Niekiedy i rak kiszki powoduje wpochwienie i również zajmuje wierzchołek.

2) Wpływy traumatyczne, przeważnie na brzuch skierowane, mają działać w ten sposób, że wywołują porażenie bezpośrednio dotkniętych części kanału pokarmowego i zgodnie z doświadczeniem *Goltz*'a (*Klopfversuch*) porażenie *n. splanchnici*, a więc rozszerzenie naczyń kiszkowych, powodujące wzmocnienie ruchu robaczkowego.

3) Trudnostrawne pokarmy nie raz bywają podawane jako przyczyna wpochwienia. Tu należy wyżej przytoczony wypadek z kliniki Dzieciątka Jezus. *Rokitanskij* ⁴⁾ widział wpochwienie biodro-kątnicowe, które wystąpiło po zjedzeniu przez chorego śliwek, *Leichtenstern* ⁵⁾ także wpochwienie z 11 miesięcznym trwaniem po zjedzeniu wiśni z pestkami.

4) Choroby kanału pokarmowego, przeważnie biegunka. Niekiedy glisty, znajduwane w takich razach, podawano też jako przyczynę.

Rokitanskij ⁶⁾ i *Cruveilhier* ⁷⁾ twierdzą, że objawy zwężenia i zaciśnięcia nie występują bezpośrednio po nastąpieniu wpochwienia, a dopiero po pewnym czasie, wskutek obrzęku i zapalenia części wpochwionej, że nawet do zupełnego zamknięcia światła kiszki nie dochodzi. Nie ulega wątpliwości, że wpochwienie i idący za niem obrzęk i nacieczenie krwawe wytwarza odrazu przeszkodę dla przejścia kału, która może być zupełną (niedrożność, zaciśnięcie, *strangulatio*), lub częściową (zwężenie, *strictura*), zależnie od tego mamy przebieg ostry i przewlekły. Pierwszy zdarza się głównie we wpochwieniach biodrowych, drugi głównie w biodro-kątnicowych. W formie ostrej choroby umierają przy objawach zaciśnięcia lub *shok'u* już w 1 tygodniu; choroby umierają i wtedy gdy nastąpi oddzielenie, ale wczesne, przed wytworzeniem zapalenia zlepnego u szyi oddzielenie, które wywołuje zapalenie otrzewnej lub przedziurawie-

¹⁾ *Virchow* i *Hirsch* 1870. S. 165. Oddzielenie 14-go dnia części kiszki biodrowej 92 ctm. długiej z polipem wielkości orzecha laskowego, osadzonego na 4 ctm. od górnego końca.

²⁾ *Virchow* i *Hirsch* 1877. S. 211. Przebieg ostry śmiercią zakończony. Wpochwienie na 2 1/2 stóp powyżej zastawki *Bauhina* pół stopy długie. Powyżej wpochwienia w kiszce biodrowej polip wielkości jaja gołębiego, zakrywający jak kłapa światło cylindra wewnętrznego.

³⁾ *Ninaus* (*Virchow* i *Hirsch* 1871. S. 153). Oddzielenie części kiszki biodrowej; 120 ctm. długiej polip (*lipoma*) na wierzchołku.

⁴⁾ l. c. 576.

⁵⁾ *Deutsches Archiv f. klin. Med.* 1874. S. 381.

⁶⁾ l. c. 561.

⁷⁾ l. c. 524.

nie. Niekiedy zaś obrzęk się zmniejsza, drożność—choć niezupełna—powraca. Po pewnym czasie trwania takiej niezupełnej drożności mogą znowu wystąpić objawy zaciśnięcia zupełnego, które już prowadzą do śmierci lub oddzielenia.

Początek zawsze jest nagły i wyraża się bólem, najejscowionym najczęściej koło pępka i występującym napadami; ostatnie są częstsze w formach ostrych, w przewlekłych przestanki są długie, niekiedy do paru dni. W rzadkich przypadkach przewlekłych bólu nie ma wcale podczas całego przebiegu. Na dotykane brzuch w jednych przypadkach okazuje się bolesnym, w innych bolesności nie ma.

Wymioty u dzieci, u których wPOCHWlenia zawsze przebiegają ostro, występują bardzo wczesnie, podobnież i u dorosłych przy wPOCHWleniach biodrowych, prowadzących tak często do zaciśnięcia i przy tych wPOCHWleniach, które są umiejscowione wysoko, i przy których światło częściowo się utrzymuje, jak w naszym przypadku. Przy wPOCHWleniach przewlekłych wymioty pojawiają się późno, najczęściej przed śmiercią, gdy się rozwinęło zapalenie otrzewnej, lub nastąpiło zaciśnięcie, przyczem często wymioty przybierają charakter kałowy.

Już w parę godzin po nastąpieniu wPOCHWlenia występują u dzieci śluzokrwiste wypróżnienia, kilkanaście dziennie; u dorosłych nie we wszystkich przypadkach, ale dość często, zaparcie bywa z początku, lub po nastąpieniu zaciśnięcia; w innych przypadkach pojawia się biegunka, ale bez krwi. Często także, a głównie w przypadkach przewlekłych, bywa biegunka śluzowo-krwista na przemian z zaparciem; rzadko (w przewlekłych biodro-kątnicowych) stolce są prawidłowo sformowane. Oddzielenie w większości przypadków poprzedzane bywa przez zaparcie, poczem nagle następują obfite krwawe wypróżnienia, z odejściem części wPOCHWionej. Wydymania zdarzają się częściej u dzieci; u dorosłych przy wPOCHWleniach nisko położonych (biodro-kątnicowych i okrężniczych).

Wzdęcie w przypadkach przewlekłych występuje późno, jako objaw zaciśnięcia, choć w wielu razach istnieje od początku; w ostrych występuje wczesnie. Przy wPOCHWleniach biodrowych dolnych i okrężniczych wzdęcie bywa największe, przy biodro-kątnicowych, przy których drożność najdłużej się utrzymuje, występuje ono rzadko i jest nieznaczne. Nieznaczne jest także przy wPOCHWleniach górnego końca kiszki cienkiej. Niejednokowe wzdęcie brzucha resp. zapadnięcie i miękkość z prawej strony, wzdęcie i naprężenie z lewej, zdarza się głównie przy wPOCHWleniach biodro-kątnicowych. U dzieci, z powodu biegunki i obfitych wymiotów, brzuch bywa zapadły; dopiero na krótko przed śmiercią występuje wzdęcie.

Wyczuwanie guzowatości przez ściankę brzuszną, lub odbytnicę jest bez zaprzeczenia najważniejszym dla rozpoznania objawem, tylko niestety w mniejszej części przypadków daje się ono skutecznie; najczęściej udaje się to przy wPOCHWleniach biodro-kątnicowych i okrężnicowych, rzadziej daleko przy biodrowych i biodro-okrężnicowych. Guzowatość wyczuwa się więc najczęściej w podżebrzu lewym, w dole biodrowym lewym, w okolicy okrężnicy poprzecznej, rzadko w dole biodrowym prawym lub podbrzuszu.

S c h ü t z ¹⁾ opisał zwioteczenie zwieracza odbytu jako objaw charaktery-

¹⁾ Viertelj. f. d. pract. Heilk. Bd. 118. S. 90.

styczny dla wPOCHWIEN. Opiera on się na dwóch przypadkach stwierdzonych i jednym prawdopodobnym, i nie uzasadnia bliżej swego przypuszczenia. L e i c h t e n s t e r n ¹⁾ znalazł, że objaw ten jest wzmiankowanym u innych autorów w przypadkach wPOCHWIEN, dochodzących do wypustnicy lub okrężnicy zstępującej.

W przypadkach przeostrych (*Inv. acutissima*) obok innych objawów *collapsus* występuje brak, albo zmniejszenie ilości moczu. W myśl Klopffversuch'u G o l t z'a, *collapsus* polega na porażeniu włókien naczynioruchowych n. *splanchnici*, powodującym przekrwienie kiszek i przesiek do nich (a więc wymioty i biegunkę), przy czem podrażnienie odruchowe nerwów hamujących serce obniża ciśnienie krwi w całym układzie tętniczym, a więc i w kłębkach nerkowych. Z drugiej strony, przy wPOCHWIENIACH wysoko umiejscowionych, zmniejszenie powierzchni wessania i wcześniej występujące w tych razach wymioty, także powodują oliguryję.

Z opisanych objawów najcharakterystyczniejsze są: nagły początek, wypróżnienia śluzo-krwiste i guzowatość. Przy ich obecności rozpoznanie jest nietrudne, niekiedy nawet możliwym jest przeprowadzenie rozpoznania różniczkowego między wPOCHWIENIAMI kiszek cienkich i grubych. Nagły początek jest właściwy obu tym formom wPOCHWIENIA. WPOCHWIENIA biodrowe w 1-szym roku życia bardzo rzadko się zdarzają; u dorosłych przebiegają po największej części ostro; biodro-kątnicowe i okrężnicowe zaś przewlekłe. Zgodnie z tem, *collapsus* zdarza się daleko częściej przy wPOCHWIENIACH kiszek cienkich i na samym początku. Śluzo-krwiste wypróżnienia są właściwe wszystkim wPOCHWIENIOM, prawdziwe — tylko biodro-kątnicowym. Wydymania — dużym biodro-kątnicowym i okrężnicowym. Guzowatość przemawia bardziej za wPOCHWIENIEM kiszek grubych.

Co się tyczy śmiertelności, to ta u dzieci jest największa i wynosi podług L e i c h t e n s t e r n'a ²⁾ 88% (tyleż prawie według P i l z'a³⁾; najmniejsza od 11 do 50-go roku (63). Śmiertelność wPOCHWIEN bez oddzielenia części wPOCHWIONEJ (*eliminatio*) jest dwa razy większą (85%) od przypadków z oddzieleniem (41%) Oddzielenie i wydalenie części wPOCHWIONEJ zdarza się u dzieci niezmiernie rzadko, u dorosłych w 40% wszystkich przypadków i najczęściej przy wPOCHWIENIACH biodrowych. Śmiertelność też w ostatnich jest najmniejszą. Wszystkie przez L e i c h t e n s t e r n'a zebrane przypadki wPOCHWIEN biodro-okrężnicowych, biodrowych górnej części, czezej, dwunastnicy, skończyły się śmiercią ⁴⁾. Oddzielenie części wPOCHWIONEJ następuje między 11-ym a 21-ym dniem, trochę później przy wPOCHWIENIACH biodro-kątnicowych, a w przypadkach przewlekłych nawet po miesiącach. Zejście przypadków z oddzieleniem jest, oprócz wyzdrowienia, niepełny powrót do zdrowia, wyrażający się biegunką lub zaparciem, bólami, objawami zwięzienia, jako następstwem bliznowatego ściągnięcia; prowadzi to ostate-

¹⁾ l. c. Bd. 130. S. 91.

²⁾ l. c. Bd. S. 17 i następne.

³⁾ l. c. S. 24.

⁴⁾ Wspomniony już raz G o l t d a m m e r ogłosił w tymże N-rze „Berlin. Klin. Woch. pr. z Padek wyzdrowienia po oddzieleniu 18-go dnia 20 ctm. długiej pętlicy kiszki, którą rozpoznał za czezą.

cznie do wyniszczenia i śmierci, która może też nastąpić na drodze bardziej ostrej przedziurawienia kiszki na miejscu oddzielenia lub powyżej. W przypadkach przewlekłych bez oddzielenia, śmierć następuje z wycieńczenia lub od zapalenia otrzewnej i przedziurawienia powyżej wPOCHWIENIA, dość często wikłających takowe (przedewszystkiem biodro-kątnicowe). U dzieci wzmiankowane powikłania zdarzają się niezmiernie rzadko, umierają one prędko wskutek *shok'u* lub wyczerpania już w pierwszym tygodniu. Dorośli bez oddzielenia umierają najwięcej w 2-im tygodniu, znaczna także część w 3-im, 4-y i później. Przypadki długotrwałych wPOCHWIENI należą do rzadkości. Oprócz wyżej wzmiankowanego 11-miesięcznego przebiegu, w przypadku przez siebie obserwowanym, *Leichtenstern* ⁴⁾ znalazł w literaturze następujące:

	2-letnie trwanie	1	przypadek	(<i>Invaginatio coli</i>)
	1 rok	2	„	„
¹¹ / ₁₂	„	1	„	(<i>Inv. ileo-coecalis</i>).
¹⁰ / ₁₂	„	2	„	„
⁹ / ₁₂	„	1	„	„
⁸ / ₁₂	„	2	„	(<i>Inv. ileo-coecalis et Inv. coli</i>).

Do tego należy jeszcze dodać dwa przypadki *Feigla* (*I. ileo-coecales*) z trwaniem 71 i 110 dni.

Widzimy więc że wszystkie dotyczyły kiszki grubej. Nasz przypadek wPOCHWIENIA kiszki częściej, przypuściwszy, że objawy od 2-ech lat trwające zależały od wPOCHWIENIA, a nie od zwięzienia, wywołanego obecnością polipów, które jak grono obsiadły kiszkę (co ostatecznie jest możliwem), byłby pod względem długotrwałości przebiegu jedynym.

Jeszcze *Rokitansky* ²⁾ i *Cruveilhier* ³⁾ twierdzili, że oddzielenie jest jedyną drogą do wyzdrowienia. Nieliczne są to wprawdzie wyzdrowienia dobrze skonstatowanych wPOCHWIENI na drodze redukcji, przy pomocy głównie Hegarowskich lewatyw, wdmuchiwań. Były to przypadki wyłącznie w obrębie kiszki grubej (*Inv. ileo-coecales et coli*). *Leichtenstern* ⁴⁾ choć mu się udało wstrzykiwać wodę trupom przez wyprostnicę do kiszki biodrowej, sądzi, że za życia napięcie zastawki tego nie dopuszcza. Według niego więc, nie można się spodziewać skutku od tych rękoczynów przy wPOCHWIENIACH biodrowych dolnych, przy których zastawka ma się znajdować w stanie wzmożonego skurczu.

Są i inne niewątpliwe przypadki redukcji po użyciu makowca, kąpieli i t. d. W ostatnich szczególnież czasach laparotomija częściej była wykonywana z dobrym stosunkowo rezultatem.

¹⁾ l. c. Bd. 121. S. 48.

²⁾ l. c. 594.

³⁾ l. c. 527.

⁴⁾ l. c. Bd. 120. S. 65 i Bd. 121. S. 36.

III. SPOSTRZEŻENIA CHIRURGICZNE.

Przez D-ra **Jana Minkiewicza** z Tyflisu.

(Dokończenie. — Patrz. Nr. 28).

VI. Kiszka odchodowa. Otwór stolcowy.

1. Wady wrodzone kiszki prostej w oznaczonym okresie widziałem cztery razy. U dziecka gruzińskiego znalazłem na miejscu otworu stolcowego mały otworek, otoczony pierścieniową wyniosłością, fałdem kolistym, jakby rozerwanym z jednej strony. Badanie wykryło, że było to zagłębienie w samej skórze, w głąb nie sięgające. W trzech przypadkach próbowałem nakłucia trójgranicem lub rozcinania dość głęboko w środku międzykrocza, lecz nigdy nie trafiłem do końca kiszki. Wszyscy chorzy poumierali. W jednym przypadku była *atresia incompleta*, właściwiej zaś mówiąc, było to nadzwyczajne zwężenie otworu stolcowego. Zaledwie szpilka zwyczajna przechodziła. Naciąwszy otwór, rozszerzałem go zapomocą *laminariae digitatae* ¹⁾.

2. Wypadnięcie kiszki odchodowej operowałem raz jeden (VIII), sposobem Dupuytren'a, wycinając trójkąty. Żołnierz, mający tę chorobę, podług obowiązujących praw bywa uwolniony ze służby. Dlatego niektórzy z nich sztucznie ją sobie wywołują, co się dawniej częściej zdarzało. Naturalnie na podobną operację niechętnie lub całkowicie się nie zgadzają.

3. Ropnie i przetoki kiszki odchodowej i stolca. Cierpienia te nie należą do rzadkich. Najrozmaitsze rozdrażnienia około stolca i międzykrocza przyczyniają się do zapalenia tych części, a zatem i do otwarcia powstających ropni. Wspomnę o jednym przypadku *periproctitis*. U ucznia gimnazjum, polaka, rozwinęło się zapalenie tkanki łącznej, otaczającej kiszkę prostą. Zapaleniu uległy $\frac{2}{3}$, boczno-tylne obwodu kiszki. Cała tkanka łączna i tylna część błony śluzowej uległy zgorzeli. Po kilkakrotnem rozcięciu stan zapalny uspokoił się i zamiast błony śluzowej wytworzyła się tkanka bliznowa. Długo chory nie był w stanie utrzymywać stolców.

Z liczby dziesięciu operowanych na przetokę kiszki stolcowej, straciłem dwóch chorych. Jeden z tych przypadków najdokładniej stwierdził tę zasadę chirurgiczną, że każdego chorego, chociażby u takowego wypadało dokonać najprostszego rozcięcia, należy szczegółowo zbadać, niedowierzając chorym, szczególnie przyjezdnym. Podobni pacjenci, przyjeżdżając z prowincyi, z daleka, śpieszą z operacją, aby jak najprędzej wrócić do domu, przytem zwykle zamilczają o niektórych swoich cierpieniach. Nie raz przekonałem się, że czynią to głównie chorzy trwożliwi, którzy raz zdecydowawszy się z wysiłkiem woli na operację, nalegają na śpieszniejsze jej dokonanie. Zasada dawniejszych chirurgów, którą i dziś podziela prof. Verneuil, aby nie odrazu przystępować do operacji u przyjezdnym z prowincyi, wstępujących do szpitala, lecz aby ich, że tak powiem, aklimatyzować w nim, ma pewną swą słuszną podstawę. Prof. Verneuil zauważył, że częściej umierają ci operowani, którzy zaraz po wej-

¹⁾ Obszerniej o tych wadach w „Gaz. Lek.“ VIII. Str. 442, 532, 613, 668.

ściu byli operowani. Przy zachowaniu tego prawidła, chirurgowi nieraz udaje się wykryć inne cierpienia, umyślnie lub z niewiadomości przez chorego skrywane, które mogą bardzo wpłynąć na zejście pooperacyjne. Oto nasz przypadek, potwierdzający te uwagi. Z prowincyi przyjechał oficer, gruzin, dobrze zbudowany, i zaraz się zgłosił, aby mu operowano przetokę stolcową, która była zupełnie powierzchowna, w samym otworze stolcowym, długa na $1\frac{1}{2}$ —2 cent. Chory żądał przyspieszenia operacji, z powodu że obowiązki służbowe nie pozwalały mu długo bawić w Tyflisie. Stanowczo twierdził, że nie podlegał żadnemu cierpieniu. Nazajutrz rozciąłem przetokę, a na trzeci dzień po operacji wystąpiły objawy zapalenia nerek. Wtedy to dopiero pokazało się, że chory oddawna cierpi na znacznie zadawnione zwięźenie cewki moczowej wraz z katarzem pęcherza moczowego, i że już nieraz podlegał cierpieniom nerek. Zapewne wskutek dalekiej drogi na bryczkach pocztowych, przy nieodpowiedniej dyjecie w drodze, objawy te obostrzyły się tak dalece, że chory w parę tygodni po operacji zmarł przy objawach uremicznych.

Z podobnej operacji straciłem drugiego chorego, ormianina, 30 lat liczącego, skutkiem niezwykłego jego tchórzostwa. Z powodu bojaźni operacji, ciągle odkładając takową, chory doprowadził do tego, że potworzyły się zatoki ropiaste na międzykroczu i w okolicy siedzeniowej. W kiszce prostej znaleziono mnóstwo oddzielnych otworów, tak że takowa wyglądała jak sito. Niektóre z zatok były tak głębokie, że zwyczajnym zgłębnikiem niemogliśmy dojść do ich końca. Chory zmarł z wyniszczającej biegunki i z rozpadu ran. Operowałem przetokę u księdza gruzińskiego, młodego suchotnika, rana się zagoiła, ale chory umarł w kilka miesięcy na suchoty.

4. Guzy hemoroidalne. Z guzami hemoroidalnymi mieliśmy czterech chorych; u dwóch z nich wypaliłem takowe z pomyslnem zejściem rozpalonem żelazem, u jednego zaś użyłem termokauteru Paquelin'a. Był to młody oficer, polak, u którego obok mocno rozwiniętych guzów hemoroidalnych, było i bardzo znaczne wypadnięcie kiszki prostej. Błona śluzowa i podśluzowa dolnej części kiszki, była to, że tak powiem, sień rozszerzonych małych naczyń, obok większych żyłaków, mocno krwawiących. Chory do tego stopnia był wyniszczony krwotokami, że z trudnością chodził. Przed użyciem termokauteru nałożyliśmy trzy przewiązki na podstawie żyłaków. Przy tym sposobie operowania można zupełnie uniknąć oparzenia pośladeków. Zastosowanie termokauteru Paquelina wymaga doświadczonego i obeznanego z nim pomocnika, gdyż inaczej może się zdarzyć, że kauter ostygnie w chwili przecięcia guza i krwotok może być bardzo znaczny. Czwarty chory 50-letni, cierpiał 25 lat na guzy hemoroidalne, mocno krwawiące, połączone z wypadnięciem kiszki prostej, na szerokość 3—4 palców. Chory mocno wyniszczony, dychawiczny, nie był w stanie zrobić kilka kroków, aby guzy nie wypadały i nie krwawiły. Usposobienie moralne chorego melancholijne, na operację się nie zgadza. Naznaczyłem mu dziennie ergotyny od 2 do 3 gran z tanniną i zrobiłem kilka wstrzykiwań ergotyny około otworu stolcowego, oraz poleciłem enemy *ex extr. rathaniae*. Leczenie trwało prawie 3 miesiące i skutek był bardzo pomyslny, gdyż guzy tak się zmniejszyły, że już nie wypadały na zewnątrz; krwotoki nietylko się zmniejszyły, ale przez

długi czas zupełnie ich nie było. Ogólne objawy niedokrwistości stopniowo się zmniejszały; ogólny stan i moralne usposobienie zmieniło się na lepsze.

Pozwolę sobie zwrócić uwagę na spostrzeżenie, które zrobiłem na chorych, cierpiących na mocno rozwinięte guzy hemoroidalne z bardzo wyraźnym wypadnięciem kiszki odchodowej, zwłaszcza jeśli przytem były obfite krwotoki. Przy podobnych warunkach chorzy mało zwracają uwagi na osłabienie płciowe, uważając to jako następstwo osłabienia z krwotoków. Po operacji zaś, na którą mocno rachują, niezawsze powraca zdolność spółkowania, gdyż brakuje zwykle należytej energii prącia. Chory niedość jeszcze poprawiwszy się, obwinia operację i chirurga. Widziałem to u kilku chorych, operowanych bądź przez wypalenie, bądź przez wycięcie trójkątów i guzów. Podobnie ciężki objaw choroby właśnie spostrzegałem u tych chorych, u których było znaczne wypadnięcie kiszki i oprócz guzów mocno były rozwinięte naczynia mniejsze wewnątrz-kiszkowe. Ten stan naczyń krwistych może nieogranicza się samą błoną śluzową i podśluzową kiszki odchodowej, ale rozszerza się i na sąsiednie komórki moczopłciowe. Mocz krwawy może pochodzić skutkiem pęknięcia podobnych żyłakowato rozszerzonych naczyń i guzów, przechodzących z kiszki prostej na pęcherz moczowy. Przy podobnych warunkach być może, że ten stan żył dolnej części kiszki prostej wywiera swój wpływ i na *corpora cavernosa*. Niepodobna, aby tak znaczne wypadnięcie kiszki prostej nie wpłynęło na stosunek anatomiczny sąsiednich części płciowych. Sądzę, że kwestyja ta zasługuje na uwagę chirurgów. Inni operatorzy zrobili również podobne spostrzeżenia.

5. Nowotwory.

a) Polip kiszki odchodowej. Spostrzegałem 4 razy u chłopca 11-letniego mały polip szypułkowany, śluzowy siedział z prawej strony kiszki prostej i sam się oderwał przy badaniu palcem; poczem choremu zastrzyknięto rozczyn tanniny. Drugi przypadek widziałem również u chłopca 8-letniego, u którego polip wysuwał się z kiszki nietylko przy oddawaniu stolca, lecz sam przez się. Objętość jego dorównywała objętości wiśni zwyczajnej. Przy mocnem wydymaniu polip wyskoczył, ująłem go szczypczykami, podwiązałem grubą szypułkę i poniżej ligatury odciąłem. Obadwaj chorzy odznaczali się niedokrwistością skutkiem częstych krwotoków z kiszki odchodowej. Trzeci przypadek obserwowaliśmy u mężczyzny 33 lat liczącego. Polip siedział pomiędzy fałdami kiszki; był to włókniak twardy. U chorego tego, który oddawał się pederastii znaleźliśmy otwór stolcowy otoczony pierścieniem kilka milimetrów wysokim i szerokim, powstałym ze zgrubiałej sąsiedniej skóry i wyglądającym jakby rękaw. Jużesmy nieraz o tem w swoich spostrzeżeniach wspominali. Z początku przy tem nadużyciu rzeczywiście daje się widzieć, że otwór stolcowy unosi się w górę, w głąb, później rozwijają się narosła miękkie lub twarde (*fibroma*).

b) W kiszce stolcowej lub naokoło takowej, często zdarzały się *condylomata* po większej części zależne od przymiotu. Usuwałem takowe już to wycięciem, ująwszy całą skórę, aż do t. z. zaskórnej, już to odgnieceniem. Narosła te sięgają niekiedy w głąb kiszki odchodowej, powodując jej zwężenie. W kilku przypadkach podobne narosła istniały jednocześnie z przetokami. W tych przypadkach dokonywałem dwie operacje. Wspomnę tutaj o jednej chorej

izraelitce, która miała narośla włókniste koło stolca, zwężenie kiszki prostej na 2—2½ palca powyżej otworu stolcowego, przetokę pochwowo-odchodową (*fist. recto-vaginalis*) i kiszkowo maciczną (*fist. intestino-uterina*). Stolce odchodziły przez ujście maciczne. Usunąłem narośle, a przetokę dolną przypieklłem rozpalonym drutem. Młoda ta chora pędziła rozwieżłe życie, służyła *vulva et recto*, i nieraz przechodziła przymiot. Zwężenie kiszki odchodowej należało do wcześniejszych objawów i doszło do tego stopnia, że oddawanie stolca było nadzwyczaj trudne, tak że tylko za pomocą silnie drażniących lewatyw się odbywało. Skutkiem zwężenia powstawały przetoki po nad zwieraczem zewnętrznym a druga tak wysoko, że stolce przez ujście maciczne odpływały. Rozwinięciu podobnych stanów ciężkich towarzyszyły objawy zapalne w dolnej części brzucha, rozwinęło się miejscowe zapalenie otrzewnej, sklejenie się kiszek z macicą i powstały przetoki. Chorej zaleciłem wcieranie szaruchy, *Det. Zittman'a*, lecz polepszenia nie było. Czy zwężenie kiszki prostej było następstwem przymiotu, czy też innej złośliwej natury? Stanowczo nie decyduję.

Mięsak kiszki prostej, zwężenie takowej, śmierć. Panna 30 lat licząca, rossyjanka, w tańcu upadła mocno na pośladki. Po upadnięciu tem chora uczuła ból w pośladkach i górnej części kiszki prostej. Ból ten był nieokreślony i wkrótce wystąpiły objawy gorączkowe, które trwały kilka dni. Ból ów z czasem nie tylko nieustawał, lecz stopniowo coraz się powiększał. W miarę powiększenia się bólu, chora zauważyła, że stolce oddawała z trudnością i z bólem. Nareszcie doszło do tego, że tylko po lewatywie był stolec, przyczem i bóle w brzuchu były bardzo silne. Dnia 31 Lipca r. 1871 w 7 miesiący po upadnięciu, wezwano mnie dla narady do chorej. Wprowadziwszy palec do kiszki prostej na wysokość drugiego członka palca, wyczułem stwardnienie i zgrubienie tak znaczne, że koniec palca badającego nie był w stanie przejść przez zwężone miejsce bez znacznego wysiłku, i można było wtedy przekonać się, że stwardnienie zajmowało przestrzeń około cala. Ponieważ stwardnienie to było na wysokości fałdu *Douglasa'sa*, zbadaliśmy i części rodne, i oprócz białych upławów, znaleźliśmy w górnej części tylnej ścianki pochwy podłużny twardy walec. Chora wyniszczona, gorączkowała. Nie byliśmy pewni, czy chora nie przechodziła przymiotu i dlatego po naradzieznaczono: *kali iodatum*, *suppositoria* ręciove, lewatywy przez zgłębnik przelykowy i wanny siedzeniowe. Gdy to wszystko nie pomogło, a oddawanie stolca stawało się coraz trudniejszym i boleśniejszym, rozciąłem zwężenie litotomem zakrytym *frère Cosme* dnia 27 Września, co powtórzyłem nieco później, gdyż po rozcięciu chora przez pewien czas oddawała stolec bez bólu i trudności. Następnie chora leczyła się w miejskim szpitalu Tyfliskim, gdzie jej wcierano szaruchę. Z początku stan chorej znacznie się polepszył, stolce były mniej boleśne, mniej rozparte, lecz poprawa była krótko trwałą, a chora zmarła z wyniszczenia. Rozbiór zwłok wykazał, że zwężenie kiszki prostej zależało od zwyrodnienia jej mięsakowego, które przeszło granicę, *m. levatoris ani*.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

94. Homburger. O formie nerkowej tyfusu brzuszego Gublera i Robina. streścił W. Grosstern.

Pierwszy Gubler zwrócił uwagę w r. 1875 na pewne formy tyfusu brzuszego, które niezmiernie wiele mają podobieństwa do ostrego zapalenia nerek.

Trzy podobne przypadki w roku szkolnym 1879/80 zdarzyły się na klinice prof. K u s s m a u l a w Strassburgu (*Berlin. klin. Wochenschr. Nr. 20, 21 i 22. 1881 r.*). Jak przebieg dalszy wykazał, a w jednym przypadku i oględziny pośmiertne, były to formy tyfusu brzuszego; ale podobieństwo ich do ostrego zapalenia nerek tak było rażącym, że trudno było w początkach dokładne postawić rozpoznanie.

Że zapalenie nerek (*nephritis*) można czasami wziąć za tyfus, to było rzeczą wiadomą; wspominał o tem już w r. 1852 Heller, a w r. 1869 Oppolzer; ale żeby zwyczajny tyfus brzuszny występował zupełnie jak ostre zapalenie nerek, to dokładnie dopiero opisał A m a t, w swej pracy p. t. „*Sur la fièvre typhoïde à forme rénale*“ (1878).

Obecnie nie ulega już najmniejszej wątpliwości, że objawy zapalenia nerek mogą zupełnie zaciemnić, zakryć, że tak powiem, obraz tyfusu brzuszego, a przez to utrudnić jego rozpoznanie. Zachodzi zaś pytanie, czy mamy prawo i przy jakich warunkach, uznawać owe objawy nerkowe za wyrażenie prawdziwego zapalenia nerek.

Kwestya częstości cierpienia nerek przy tyfusie brzuszonym, zajmowała już wielu badaczy francuzkich, niemieckich i angielskich, lecz różne zupełnie istnieją w tym względzie poglądy. Gdy jedni, opierając się na wynikach z oględzin pośmiertnych, uważają takowe za bardzo częste, jak H o f f m a n n, Z i m m e r m a n n; drudzy wprost przeciwnie sądzą, że nerki przy tyfusie najczęściej wcale nie cierpią, albo też co najwyżej przedstawiają zmiany niesłychanie małe; tu należy przedewszystkiem G r i e s i n g e r. Co do objawów za życia, to i w tym względzie panuje różnorodność zdań: jedni, jak G u b l e r i H e l l e r, uważają białkomocz (*albuminuria*) za objaw prawie stały dla tyfusu brzuszego, inni podają rozmaity procent przypadków tyfusu z białkomoczem.

Odnosnie do czasu pojawiania się białka w moczu u tyfusowych, to jakkolwiek niektórzy, idąc za przykładem L i e b e r m e i s t e r'a, uważają szczyt choroby (*acme*) za najczęstszy, jednakże, biorąc pod uwagę większość spostrzegaczy, zgodzić się trzeba, że białko w moczu pojawić się może już w pierwszych dniach choroby.

Po największej części białkomocz w tyfusie jest objawem przechodnim, często też i bywa przeoczonym. Wszelako trwa może niekiedy aż do ustąpienia gorączki, lub do zejścia śmiertelnego.

Jak wyżej wspomnieliśmy, pierwszy G u b l e r zwrócił uwagę na szczególną formę tyfusu nerkowego. W rok potem L e g r o u x i H a n o t podają 5 przypadków podobnych, śmiercią zakończonych. Robin'o wi należy się zasługa, że pierwszy opisał objawy najważniejsze, a szczególnie właściwości moczu przy tej formie (*Essai d'urologie clinique. 1877*). W tymże samym roku prof. H a r d y jedną z lekcyj klinicznych poświęca pomienionej formie tyfusu, z powodu przypadku, jaki właśnie naówczas w swej klinice spostrzegął. A m a t nareszcie najobszerniej i najdokładniej rzeczoną kwestyję obrobił i do wiadomości podał.

A m a t w poszukiwaniach swych wychodzi z tego punktu widzenia, że przy tyfusie brzuszonym, albo wszystkie objawy trzymają się w pewnej względem siebie równowadze, co nawiasem mówiąc, uważa za dobry znak prognostyczny, albo też występują przekrwienia, czasami krwotoki, lub zapalenia w pewnych

narządach i przez to pewna grupa objawów w tyfusie brzuszny panuje nad innymi. Według tego rozróżnia on następujące formy kliniczne:

1. prostą (łagodną), z jednakim wszystkich objawów natężeniem.

2) adynamiczną lub gnilną, wyróżniającą się bardzo wydatną zmianą krwi, forma ta zwykle nie przedstawia ciężkiego umiejscowienia organicznego,

3. brzuszną,

4. żółciową lub gastryczną,

5. płucną,

6. mózgową lub mózgodzeniową i nareszcie

7. formę nerkową.

W tej ostatniej formie, białkomocz główną gra rolę, a objawy kiszkowe zajmują miejsce drugorzędne. Kiedy przy tyfusie zwyczajnym rozwojowanie, wzdęcie (*meteorismus*), przelewianie (*gargouillement*) i bolesność w dole biodrowym prawym wychodzą na pierwszy plan, to przy formie nerkowej objawy te są niezmiernie słabo wydatne, albo też brak ich zupełnie. Ale za to znajdujemy w pomienionej formie nadzwyczaj znaczny upadek sił, silne krwotoki nosowe, częste i mocne bredzenie, obrzęk twarzy, a temu wszystkiemu towarzyszy wysoka gorączka, dochodząca do 41° i 42° C. Główną i najważniejszą różnicę przedstawia mocz. Przy zwyczajnym tyfusie mocz bywa koloru pomarańczowego, a osad, którego często nawet brak, przedstawia mocznany lub fosforany; białko znajduje się przejściowo i to w ilości bardzo nieznacznej, często może go brakować. W formie nerkowej zaś, mocz przedstawia barwę krwisto-czerwoną, bywa przytem mętny, wydziela się skąpo, a ciężar właściwy posiada wyższy, aniżeli poprzedni, zapach mdły, nieco cuchnący, a w osadzie znajdujemy czerwone i białe ciała krwi i wałeczki różnej grubości i wielkości. Białko w takich przypadkach znachodzimy już dość wcześnie w znakomitej obfitości.

Przy oględzinach pośmiertnych A m a t znajdował różne zmiany w płucach. Gruczoły kręzkowe rzadko bywały mocno obrzmiałe, a zmienionych gruczołów samotnych w kiszkiach nigdy nie znajdował w znacznej ilości, jak w innych formach tyfusu. Nerki mają w tych razach być powiększone, twarde, a substancja korowa przedstawiać tego rodzaju zmiany, które uprawniają, jak sądzi A m a t, do przyjęcia takowych za ostre śródmiąższowe zapalenie (*nephritis interstitialis acuta*).

Za życia często z wielką trudnością przychodziło do rozróżnienia, czy w danym przypadku istnieje pierwotne zapalenie nerek, czy też jest to tylko zmieniona, to jest nerkowa forma tyfusu.

Przebieg i trwanie tej postaci tyfusu rozmaicie się przedstawiało, a zejście najczęściej bywało niepomysłne: na 12 przypadków, jakie spostrzegał A m a t, dziesięć skończyło się śmiercią i to w drugim lub trzecim tygodniu choroby.

Rokowanie, według A m a t, staje się wówczas lepszem, kiedy mocz zmienia własności wyżej opisane, a mianowicie: mocz w takim razie przybiera barwę pomarańczową, ilość jego się zwiększa i dochodzi do 1,800—3,000 cc., ciężar właściwy spada do 2° lub 3°, odczyn kwaśny zmniejsza się, mocznany lub fosforany obficiej się osadzają, a ilość białka coraz bardziej się zmniejsza. Zresztą, dodaje A m a t, rokowanie i tą okolicznością się pogarsza, że cierpienie nerek po ukończeniu tyfusu przejść może w sprawę chroniczną.

Co się tyczy leczenia A m a t zaleca metodę przeciwzapalną, a więc banki cięte lub pijawki na okolicę nerek, rewulsyję na przewód pokarmowy (*purgantia*), a następnie dyjetę mleczną. Radzi zaś unikać kąpiei chłodnych, aby nie wywołać napływu krwi z części obwodowych do głębokich, a w danym razie do nerek, które i tak już są w stanie znacznego przekrwienia.

H o m b u r g è r przytacza trzy przypadki formy nerkowej tyfusu z kliniki profesora K u s s m a u l'a.

Przypadek pierwszy dotyczy silnego mężczyzny, u którego w pierwszych dniach pobytu w klinice, wszystkie objawy przemawiały za ostrem zapaleniem nerek. Brak było wszelkich objawów brzusznych: ani rozwolnienia, ani bóleści, ani przelewania, ani wzdęcia, nie było również i różyczki (*roseola*). Przeciwnie mocz w małej ilości, o wysokim ciężarze właściwym, przedstawiał pod drobnowidzem wałeczki, czerwone i białe ciała krwi. Tętno z początku mało napięte, dwubitne, stało się w następnych dniach mocno napiętem, zupełnie jak przy ostrem zapaleniu nerek. Już z początku zdawało się, że śledziona jest powiększoną. Dopiero 19 dnia choroby na mocy summy objawów, a szczególnie po wystąpieniu różyczki (*roseola*), rozpoznano tyfus brzuszny.

Godną zaznaczenia w tym przypadku jest ta okoliczność, że białko w moczu 19 dnia choroby znikło zupełnie i nie pojawiło się już więcej pomimo następnych powikłań t. j. zapalenia płuc i zakrzepu żyły (*thrombosis venae saphenae magnaе*). Fakt rzeczony zdaje się przemawiać za tem, że tym razem w nerkach chyba nie było głębszych zmian patologicznych.

Przypadek drugi dotyczy mniej silnego mężczyzny, który już na trzeci dzień choroby wstąpił do kliniki. Gorączka dość znaczna, bóle w okolicy nerek i krzyża. Mocz o ciężarze właściwym wysokim, znaczna ilość białka, pod drobnowidzem białe i czerwone ciała krwi, wałeczki szkliste i nabłonkowe. Tętno mocno napięte. Zaparcie stolca. Rozpoznano na mocy tego obrazu ostre zapalenie nerek. Siódmego dnia choroby skonstatowano powiększenie śledziony. Odtąd inne objawy uczyniły dawne rozpoznanie wątpliwem, a kawały się właściwie domyślać obecności tyfusu brzuszego, a mianowicie, mocz wyjaśnił się, stawał się obfitszym i lżejszym, ilość białka w moczu zmniejszała się, a 14go dnia choroby białko zupełnie znikło; jednocześnie brzuch stawał się wzdętym, a chory wpadał w stan śpiączki.

I w tym przypadku prawie nie było objawów ze strony kiszek, a dopiero pod koniec drugiego tygodnia, wystąpiły stolce tyfusowe, ale i te nie były obfite. I w tym razie jeżeli istniało obok tyfusu zapalenie nerek, to nie musiało ono być znacznego natężenia, za czem przemawia szybkie zniknięcie objawów nerkowych.

Przypadek trzeci. Mężczyzna 24 letni, silnej budowy ciała, przybywa do kliniki na szósty dzień choroby. Stan gorączkowy silny ($40^{\circ},3$), bóle głowy, zaparcie stolca. Badanie moczu, tak chemiczne jak i drobnowidzowe, kazało przypuszczać, że ma się do czynienia z zapaleniem nerek. Rozpoznanie to zdawało się tem pewniejszym, że w następnych dniach, ilość moczu stawała się coraz mniejszą (400 — 500 cc.), o ciężarze bardzo wysokim (1,032), a co ważniejsza, wystąpił obrzęk twarzy. Jednakże ukazanie się różyczki, istniejące ciągle powiększenie śledziony, pojawienie się stolców wodnistych, tyfusowych, wzdęcie brzucha — przekonały, że i w tym razie ma się do czynienia z tyfusem brzuszny. 25 dnia choroby chory zmarł. Do samego końca mocz zawierał białko, wałeczki szkliste i ziarniste, oraz białe ciała krwi. Zaznaczyć tu należy, że podczas przebiegu choroby na trzy dni zniknęło białko w moczu, oraz wszystkie części morfotyczne, znajduwane przedtem pod drobnowidzem, ale później wszystko to na nowo się pojawiło.

Ogłędziny pośmiertne przekonały, że zmiany tyfusowe w przewodzie kiszkowym i w gruczołach kręzkowych były względnie bardzo nieznaczne, a w nerkach nie znaleziono żadnych zmian, zależnych od sprawy zapalnej.

A zatem we wszystkich pomienionych trzech przypadkach przeważały objawy nerkowe. Tyfus można było rozpoznać w pierwszym razie dopiero 19-ego dnia choroby, a czwartego dnia pobytu w klinice, w drugim — 8-go dnia choroby, a 5-go dnia obserwacji, a w trzecim — 11 dnia choroby, a 4-go dnia obserwacji.

Co się tyczy objawów nerkowych w tych 3-ch przypadkach, to białkomocz spostrzegano od samego początku przybycia chorych do kliniki. Kiedy właściwie pierwszy raz białko w moczu się pojawiło — nie wiadomo.

Oprócz wielkiej ilości białka znajdowano:

1) wałeczki szkliste przeważnie wąskie, jedne zupełnie przejrzyste, inne lekko punkcikowane, jedne pokryte jądrami nabłonkowymi, inne — zupełnie zachowanymi komórkami nabłonkowymi, inne jeszcze pokryte czerwonymi ciałkami krwi; znajdowano również i wałeczki krótkie, grube, ciemno-ziarniste;

2) czerwone ciała krwi, rzadko jednak w bardzo znacznej obfitości;

3) białe ciała krwi, często bardzo obficie ;

4) nabłonki z nerek, pęcherza oraz rozpad komórek nabłonkowych.

Dobowa ilość moczu była na początku choroby zawsze zmniejszona: 400—500—600 cc. Ciężar właściwy zawsze wysoki 1,028—1,030—1,032.

Tętno we wszystkich przypadkach bywało w pewnym okresie choroby mocno napięte, zupełnie jak przy ostrym zapaleniu nerek. Wydatnego obrzęku w tych przypadkach nie spotrzegano; w jednym tylko przypadku przez pewien czas był obrzęk twarzy.

Objawy nerkowe w jednym przypadku trwały trzy dni, w drugim — dziesięć dni, a w trzecim do zakończenia śmiertelnego, 25 dni; w tym ostatnim jednak białkomocz znikł wśród przebiegu choroby na trzy dni.

We wszystkich tych przypadkach na samym początku było zaparcie stolca, u żadnego nie pojawiały się znaczna biegunka. We wszystkich i płuca znaczny udział przyjmowały w cierpieniu.

Obfite krwawienie z nosa spostrzegano raz tylko jeden. Brakowało zaś jednego objawu, na który A m a t tak wielki nacisk kładzie, mianowicie tej wysokiej gorączki, dochodzącej do 41° C.—42° C. Raz tylko jeden i to pod koniec choroby, w przypadku śmiercią zakończonym, ciepłota ciała doszła do 41°, zresztą w żadnym nie przechodziła 40,6° C.

Rokowanie według A m a t'a tak wysoce niepomyślne, gdyż w $\frac{2}{3}$ przypadków śmierć nastąpiła, okazało się u H o m b u r g e r'a nieco łagodniejsze, dające się wyrazić liczebnie jako $\frac{1}{3}$. Przypnać wszakże należy, że z tak małej liczby przypadków, trudno pewne wyciągać wnioski. Co do wpływów białkomoczu na rokowanie w tyfusie brzuszonym zdania są podzielone, tak, że przedstawiciele owych różnych poglądów uporządkować można w trzy grupy: jedni (G r i e s i n g e r, R o s e n s t e i n, W a g n e r i t. d.) sądzą, że to jest objaw przechodni i nie nadają mu większej wagi; inni (M u r c h i s s o n, H e l l e r, V o g e l A b e i l l e i t. d.) znowu objaw pomieniony poczytują za *signum malum*, a jeszcze inni, jak S m o l e r, utrzymują, że białkomocz w samym początku choroby bywa małego znaczenia, przechodnim, w późniejszych zaś okresach, ma być zawsze objawem niepomyślnym pod względem prognostycznym. I rzeczywiście prawie we wszystkich wypadkach tyfusu brzuszego, śmiercią zakończonych, H o m b u r g e r znajdował zawsze pod koniec choroby białko w moczu. W przytoczonych zaś wyżej przypadkach białko już od początku występowało w moczu.

Odnosnie leczenia w formach nerkowych tyfusu brzuszego H o m b u r g e r stosował wilgotne obwijania i rewulsję na przewód pokarmowy. Idąc za radą A m a t, unikał kąpiele zimnych. Skoro zaś gorączka dochodziła do znacznych wysokości, to pomimo obecności objawów nerkowych używano kąpiele chłodnych. Co do chininy, to ponieważ takowa wydziela się przez nerki, a te właśnie znajdowały się w stanie nieprawidłowym, a więc dla uniknięcia podrażnienia unikano po większej części stosowania jej. Jednakże i w tym względzie wskazanie co do obniżenia gorączki przemasgało nieraz nad postawionem dopiero przeciw-wskazaniem.

Jeszcze na jedną bardzo ważną kwestyję należy zwrócić uwagę, a mianowicie na stan nerek, odpowiadający temu całemu obrazowi klinicznemu. Należałoby dokładnie zbadać, jakie w ogóle zmiany anatomiczne w nerkach znajdujemy przy tyfusie brzuszonym. Jednakże przypnać należy, że w tej kwestyi dotąd nie stanowczego powiedzieć się nie da.

Zdawałoby się na pozór, że, jeżeli w moczu znajdziemy białko, a pod drobno-
widzem wałeczki, ciałka krwi czerwone i białe, jeżeli przy tem ilość dobową moczu
jest mała, a ciężar właściwy wysoki, jeżeli nadto tętno jednocześnie jest mocno
napięte, zdawałoby się na pozór, powtarzamy, że w takich razach chyba na
pewno postawić można, między innymi, rozpoznanie ostrego zapalenia nerek.
A jednak tak zawsze nie bywa. Nie dość, że w niektórych podobnych wypadkach
owe własności moczu znikają zupełnie na pewien czas, ale, co ważniejsza, oglę-
dziny pośmiertne wykazały, że w niektórych podobnych razach, gdzie na pewno
spodziewano się znaleźć ostre zapalenie nerek, takowego ani śladu nie było. Nie
dziw zatem, że na tym punkcie z tak różnorodnymi napotyknemy się zdaniami:
gdy dla jednych, jak dla A m a t'a, zawsze w tych razach istniało ostre śródmiąż-
szowe zapalenie nerek (*nephritis interstitialis acuta*), a dla innych — ostre miąż-
szowe zapalenie (*nephritis parenchymatosa*), to widzimy cały zastęp takich ba-
daczy, którzy sądzą, że przy tyfusie brzuszonym zmiany w nerkach są żadne, lub
niezmiernie małe; a jeszcze inni nawet sądzą, że białkomocz w tych razach za-
leży poprostu od zmian we krwi.

Ze wszystkiego tego, co się wyżej powiedziało, wyciągnąć można następu-
jące wnioski.

1. Objawy nerkowe, przeważające w obrazie klinicz-
nym, mogą nieraz wielce utrudnić rozpoznanie tyfusu
brzuszego, szczególnie, jeżeli takowe w pierwszych dniach choroby
wystąpią.

2. Przypadki tyfusu z przeważającymi objawami
nerkowymi Gubler i Robin odróżnili jako formę ner-
kową tyfusu brzuszego. Odróżnienie podobne ze stanowiska prak-
tycznego może być bardzo ważne; lekarz, wiedząc o tem, nieraz będzie ostroż-
nym ze swem rozpoznaniem. Przyznać jednak trzeba, że żadne dotąd znalezione
zmiany w nerkach nie przedstawiają nic charakterystycznego dla tyfusu. A za-
sadniczej myśli w pracy A m a t'a, że niekiedy tyfus brzuszny głów-
nie umiejscawia się w nerkach, dopiero dowieść należy.

3. Zmiany anatomiczne w nerkach przy formie tego rodzaju w większej
liczbie przypadków są zapewne natury zapalnej. O ile dotąd wiadomo, może
to być albo zapalenie nerek śródmiąższowe ostre, albo
miąższowe. Jednakże może również niekiedy w nerkach
brakować wszelkich zmian zapalnych. — W tych razach mamy
zatem do czynienia z grupą objawów nerkowych, tak, jak to one często zwykły
w innych chorobach zakaźnych występować i szybko znikać, chociaż dotąd nie
znamy ich podstawy somatycznej.

4. Wydatny obraz ostrego zapalenia nerek (*nephritis acuta*), jak to bywa
przy niektórych chorobach zakaźnych np. przy płonicy (*scarlatina*), zdarza się
przy tyfusie brzuszonym niezmiernie rzadko.

95. Winde/schmidt. O narkotycznym działaniu jodoformu. W roku zeszłym prof. Sigmund
zwrócił uwagę, że jodoform, użyty przy leczeniu przyniotu, w działaniu swem okazuje się jako praw-
dziwy narkotyk. Okoliczność ta zachęciła autora do spostrzeżeń w tym kierunku.

Przedewszystkiem zastosował dany środek w drgawkach u dzieci. W jednym przypadku drgaw-
ki zależały od zapalenia grzłiczego opon mózgowych (*Menigitis basilaris tuberculosa*); w drugim —
wystąpiły na mięśniach twarzy i oczu po wykouanej operacji na kości skroniowej, zajętej sprawą zgo-
rzelinową; trzeci przypadek tyczy się drgawek ogólnych, zależnych od nieznaney autorowi przyczyny.
Za każdym razem po użyciu jodoformu drgawki zniknęły i następował u dzieci sen dość długi.

Sposób przepisu jodoformu dla dzieci był następującym:

Rp. Jodoformii	0.1—0.5	gr.	13—VIII
Kalii jodati	4.		3j
Vini Tokayens.			3ij3

M. D. S. Trzy razy dziennie po 3—15 kropeł w łyżce wina węgierskiego;

albo: Rp. Jodoformii 0.5 gr. VIIj
 Aeth. sulph. q. s.
 Vini Tokayens 10 3ijß

M. D. S. Trzy razy dziennie 3—5—10 kropel z winem węgierskim.

W. przytacza następnie bardzo ciężki przypadek rwy kulszowej (*Ischias*), zależnej od sprawy przymiotowej, gdzie z bardzo dobrym wynikiem stosowano jodoform. Chora przez dwa miesiące przyjmowała trzy razy dziennie z początku po 8 grn, a następnie po 3½ grana jodoformu. Otóż i w tym przypadku za każdym użyciem rzeczonego środka występowała znaczna sennaść.

W końcu dodaje autor, że tak przy użyciu zewnętrznym jak i wewnętrznym jodoformu w przypadkach nerwobólu przy miesiączkowaniu (*neuralgia menstrualis*), lub niezycie macicy (*endometritis catarrhalis*) nasenne działanie zawsze było bardzo wydatnem.

(*Allg med. Cltg 1881. Nr. 44.*)

Grossern.

WIADOMOŚCI ZAGRANICZNE.

— *Paryż.* W szpitalu Salpêtrière otworzono ambulatoryjum dla chorych nerwowych i umysłowych. Wybudowano na ten cel oddzielny budynek przy wejściu do szpitala. Przyjmują codziennie z kolei profesorowie: Moreau, Charcot, Luys, Voisin, Legrand du Saullé i Terrier.

— Zmarł nagle 30 z. m. Maurice Raynaud, ordynator w szpitalu Charité, profesor *agrégé* wydziału lekarskiego, członek Akademii lekarskiej. Jeszcze poprzedniego dnia na posiedzeniu akademii przedstawił parę komunikacyj naukowych.

— Zmarł D-r Chantreuil professor *agrégé* wydziału lekarskiego, autor, między innymi pracami, dzieła „*Traité complet d'accouchements*“, napisanego wspólnie z D-r Tarnier.

— Zmarł D-r Ludwik Mandl — znany tutejszy laryngolog.

— *Berlin.* W ostatnich dniach zeszłego miesiąca zmarł Doktor medecyny, profesor filozofii, R. H. Lotze. W ostatnim roku wykładał filozofiję na Uniwersytecie w Göttingen. Z dzieł jego lekarskich najważniejsze są: 1) *Die Allgemeine Pathologie u. Therapie als mechanische Naturwissenschaft.* 1848. 2) *Allgemeine Physiologie des körperlichen Lebens* 1851. 3) *Mikroskopos, Ideen zur Naturgeschichte u. Geschichte der Menschheit* 1856 i 4) Artykuł „*Instinkt*“ w Słowniku fizjologii wydawanym przez Wagnera.

— W korespondencyi, pisanej z Berlina do „*Wraza*“ przez D-ra Reina, czytamy, że d. 2 Lipca r. b. prof. Schröder wykonał 251-ą owaryjotomię. Z tego powodu professor S. przypomniał na lekyi rezultaty wszystkich przez siebie wykonanych owaryjotomij. Z pierwszej setki zmarło 17, z drugiej—18, z pierwszej połowy 3-ej setki zmarło tylko 3. Jeżeli do ostatnich 50 operacyj dodać jeszcze 14 owaryjotomij, wykonanych w tej samej klinice podczas choroby Schr. przez jego asystentów, — które wszystkie miały zejście pomyślne — to trzecia setka dotychczas dała procent śmiertelności mniejszy niż 5%. Z trzech przypadków zakończonych śmiercią, w dwóch wykazano sekcyjną brak bezpośredniego związku między samą operacyją, a zmianami anatomicznymi, które były przyczyną śmierci. Co się tyczy wyboru chorych do operacyj, to S. dodał, że wstrzymuje się od operowania tylko w tych przypadkach, w których rozpoznano złośliwy nowotwór jajnika, który już o tyle rozszerzył się na sąsiednią otrzewnię, że nie można usunąć nowotworu tak, iżby nie wystąpiła recydywa. Z 50 ostatnich przypadków w 12-u były bardzo znaczne zrosty. Operacyję wykonywa się według metody przeciwnilnej, pod spray'em, przy pomocy jednego tylko asystenta (oprócz tego, który jest zajęty chloroformowaniem). Budynek w którym mieści się klinika, jest to stary uniwersytecki zakład położniczy, leżący w środku miasta i przedstawiający wiele warunków bardzo niehygienicznych.

Jak wiadomo podobne rezultaty dotychczas otrzymał jedynie D-r Kaitz z Edynburga, który przy ostatniej seryi otrzymał tylko 4% śmiertelności.

— *Kraków.* Zmarł D-r Bryk prof. kliniki chirurgicznej tutejszego uniwersytetu.

Sprostowanie. W N-rze 29 na str. 586 wiersz 19 od góry powinno być zamiast „w południe wizyty“ „w południe podczas wizyty“. Na str. 589 wiersz 5 od dołu zamiast: „Wpochwione“, powinno być: „Oba te cylindry noszą miano wpochwionego“. Na str. 590 wiersz ostatni od dołu zamiast: 257 powinno być 157.

Wydawca Dr. St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny Dr. Wł. Gajkiewicz.

Дозволено Цензурою. Варшава 8 Юля 1881 г.

Друк К. Ковалевського, Крólewska № 23.