

GAZETA LEKARSKA.

I. O WPLYWIE NERWU BŁĘDNEGO NA SERCE.

[DONIESIENIE TYMCZASOWE]

Napisali

Prof. J. Dogiel i E. Grache [Kazań].

— 5 —

Nerw błędny, z powodu łatwego wyosobnienia w okolicy szyi, stanowił już oddawna przedmiot licznych poszukiwań. Już GALENOS¹⁾ w tym kierunku czynił spostrzeżenia; znane są również każdemu fizyologowi badania VOLKMANN'a²⁾, E. WEBER'a³⁾ CL. BERNARD'a⁴⁾, BUDGE'go⁵⁾, C. LUDWIG'a⁶⁾, SCHIFF'a⁷⁾, PFLUEGER'a⁸⁾, BEZOLD'a⁹⁾, STANNIUS'a¹⁰⁾, HEIDENHAIN'a¹¹⁾ i wielu innych. Wiele też istnieje hipotez w celu objaśnienia istoty wpływu tego nerwu na serce. Czy będziemy uważać nerw błędny za nerw hamujący, ruchowy, naczynio-ruchowy, czy też za nerw troficzny, jeden jest fakt pewny, mianowicie: że przy drażnieniu nerwu błędnego powstaje zwolnienie lub zupełne zatrzymanie się czynności serca. Zwolnienie to lub zatrzymanie się czynności serca pod wpływem podrażnienia nerwu błędnego nie zawsze wyraża się lub trwa jednakowo. Prawda, że czynność serca nie ulega zmianie natychmiast, t. j. nie w chwili podrażnienia tego nerwu za pomocą prądu przerywanego, lecz że na to potrzeba pewnego czasu (*Latenzdauer*), w ciągu którego serce zdoła wykonać jeden lub dwa skurcze, jak tego dowiodły badania CZERMAK'a¹²⁾, DONDERS'a¹³⁾, PRUSZYŃSKIEGO¹⁴⁾ i innych. Pewnym jest i ten fakt, że odnośnie do serca efekt taki otrzymujemy u wszystkich zwierząt; nie ule-

1) Cytowany u v. BEZOLD'a, Untersuch. über die Innervation des Herzens. Leipzig. 1863

2) VOLKMANN. Archiv f. Anat. u. Physiol. 1838.

3) E. WEBER. Handwörterbuch d. Physiologie. 1846.

4) CL. BERNARD. Leçons sur la physiol. et la pathol. du système nerveux. T. II.

5) BUDGE. Handwörterbuch d. Physiol. 1846.

6) C. LUDWIG u. HOFFA. Zeitschr. f. rat. Medic. 1849.

7) SCHIFF. Archiv f. physiol. Heilkunde. 1849.

8) PFLÜGER. Unters. aus d. physiol. Laborator. zu Bonn. 1865.

9) v. BEZOLD. Arch. f. Path. Anat. 1858.

10) STANNIUS. Archiv f. Anat. u. Physiol. 1852.

11) HEIDENHAIN. Archiv f. Anat. u. Physiol. 1858.

12) CZERMAK. Archiv f. gesam. Physiol. 1868.

13) DONDERS. Archiv f. d. ges. Phys. 1868.

14) PRUSZYŃSKI. Centralblatt f. Physiol, 1889.

ga również wątpliwości, że podrażnienie prawego nerwu błędnego za pomocą prądu przerywanego jednakowej siły skuteczniejszym bywa, aniżeli podrażnienie nerwu błędnego lewego u tegoż samego zwierzęcia, co, o ile się zdaje, objaśnić można stosunkami anatomicznymi np. u żółwi (*emys caspica*) [J. DOGIEL i KAZEM-BEK]. W pewnych przypadkach u żółwi najsilniejszy nawet prąd przerywany nie wywiera wpływu na czynność serca przy podrażnieniu lewego nerwu błędnego, tak, że można byłoby przypuścić, jakoby w tym razie lewy nerw błędny pozbawionym był zupełnie własności hamujących, w istocie zaś okazuje się, że wpływ jego jest nader słaby, jeżeli sztucznie podnieść wrażliwość tego nerwu za pomocą słabego rozczyну muskaryny i następnie go drażnić. Istnieją również spostrzeżenia, dowodzące, że podrażnienie nerwu błędnego wpływa niejednakowo na różne odcinki serca [GASKELL¹⁾, MC. WILLIAM²⁾, MILLS³⁾]. Nie ulega wątpliwości, że na długość zwolnienia lub zatrzymania się serca w rozkurczu okazują wpływ: siła prądu, długość i częstość podrażnienia. Zwolnienie lub zatamowanie czynności serca, przynajmniej u zwierząt ssących, otrzymać można nie tylko wskutek podrażnienia obwodowego, lecz i dośrodkowego odcinka przeciętego na szyi nerwu błędnego przy zachowaniu w całości jednoimiennego nerwu strony przeciwnej; taż sama zmiana w czynności serca następuje przy podrażnieniu ośrodkowego odcinka *n. depressoris* i wogóle nerwów czuciowych, a u człowieka nawet bodziec woli okazuje wpływ na zwolnienie lub zatrzymanie się czynności serca [WASILEWSKI⁴⁾]. Zastanawiano się również nad kwestyą, jak długo trwa okres rozkurczu przy fizyologicznej czynności serca wskutek podrażnienia nerwu błędnego, o ile można przedłużyć, jeżeli nie zatrzymanie się, to przynajmniej zwolnienie czynności serca przy podrażnieniu nerwu błędnego za pomocą prądu przerywanego. Wiadomo także, że przecięcie jednego nerwu błędnego nie okazuje znacznego wpływu na rytm serca, gdy tymczasem przecięciu obu nerwów błędnych towarzyszy, przynajmniej u niektórych zwierząt [u ssących i ptaków], przyspieszenie uderzeń serca i podniesienie ciśnienia krwi. Starano się wytłomaczyć wpływ jednoczesnego prawie podrażnienia obwodowych odcinków przeciętych obu nerwów błędnych na serce zwierzęcia. Istota zaś zatrzymania się serca w rozkurczu przy podrażnieniu nerwu błędnego, według niektórych autorów, zależeć miała od stopniowego zmniejszenia się siły skurczów serca, lub przedłużenia odpoczynku, lub wreszcie od utraty możności przewodnictwa nerwu.

Nie będziemy rozbierać tutaj przytoczonych powyżej znanych już zresztą w literaturze faktów, dotyczących czynności serca; chcielibyśmy tylko zwrócić uwagę na ten udział nerwów błędnych w czynności serca, który, o ile nam wiadomo, nie był dotychczas zbadany, mianowicie na ten fakt: że czynność jednego nerwu błędnego może przy pewnych warunkach nie tylko nie wzmacniać, lecz przeciwnie osłabiać czynność dru-

1) GASKELL. Philosophical transactions. 1882. Journal of Physiol. 1883.

2) MC. WILLIAM. Proceedings of the physiol. society. 1885. [Journal of Physiol. 6].

3) MILLS. Journal of physiol. 7. 1886.

4) WASILEWSKI. Przegląd Lekarski. 1876. Nr. 31.

giego nerwu błędnego. Dla objaśnienia powyższego twierdzenia, pozwolimy sobie przytoczyć tutaj kilka doświadczeń, w tym celu dokonanych.

Do doświadczeń prawie wyłącznie używaliśmy psów. Zwierzęta te zatrudniano kurarą, przyczem oddech sztucznie podtrzymywano. Nerw błędny obnażono po jednej lub obu stronach. Z początku przecinano jeden nerw, przewiązywano tak dośrodkowy, jako też i obwodowy jego odcinek; po pewnym czasie następnie przecinano nerw na szyi po stronie przeciwnej. Tętnicę biodrową lub szyjową łączono z manometrem kymografionu LUDWIG'a w celu notowania czynności serca i ciśnienia krwi. Obwodowy lub dośrodkowy lub wręczcie jednocześnie oba odcinki nerwu błędnego drażniliśmy za pomocą prądu przerywanego o określonej sile i częstotliwości uderzeń; do tego celu służyła cewka Du Bois-REYMOND'a z jednym elementem GRENER'a średniej siły.

W niektórych doświadczeniach drażniliśmy jednocześnie oba odcinki obwodowe przeciętych nerwów błędnych; w innych zaś przypadkach drażniliśmy jednocześnie obwodowy odcinek nerwu błędnego i dośrodkowy odcinek nerwu kulszowego. Czas zatrzymania się czynności serca w rozkurczu określano za pomocą chronometru, lub wyliczono z krzywej na walcu, przyjmąwszy pod uwagę obwód walca i szybkość jego obrotów.

Doświadczenia, w ten sposób dokonane, dały wyniki co do długości rozkurczu serca, wyrażone w sekundach, jak to okazują liczby poniżej przytoczone.

A. Podrażnienie obwodowego odcinka przeciętego nerwu błędnego prawego.

a) Bez przecięcia <i>n. vagi sinistri.</i>			b) Po przecięciu <i>n. vagi dextri.</i>	
Liczba obserwacji.	Odstęp pomiędzy cewkami w centymetrach.	Czas trwania rozkurczu, wyrażony w sekundach.	Odstęp pomiędzy cewkami w centymetrach.	Czas trwania rozkurczu, wyrażony w sekundach.
1	10	15	15	50
2	10	35	10	140
3	12	36	12	50

B. Podrażnienie obwodowego odcinka przeciętego nerwu błędnego lewego.

a) Bez przecięcia <i>n. vagi dextri.</i>			b) Po przecięciu <i>n. vagi sinistri.</i>	
Liczba obserwacji.	Odstęp pomiędzy cewkami w centymetrach.	Czas trwania rozkurczu, wyrażone w sekundach.	Odstęp pomiędzy cewkami w centymetrach.	Czas trwania rozkurczu, wyrażone w sekundach.
2	15	15	15	54
1	10	29	15	125

Stąd wniosek, że przy zachowaniu całości jednego nerwu błędnego skracają się czas zahamowania czynności serca w rozkurczu przy podrażnieniu prądem przerywanym obwodowego odcinka drugiego przeciętego nerwu błędnego.

W innych doświadczeniach zauważyliśmy, że wskutek podrażnienia obwodowego odcinka nerwu błędnego prawego (*v. d.*), przy odstępach pomiędzy cewkami przyrządu indukcyjnego DU BOIS-REYMOND'a = 15 — 10 ctm. i jednym elemencie GRENET'a rozkurcz trwał 34 — 45 sekund wtedy, gdy nerw błędny po stronie przeciwnej nie był przecięty. Przy podrażnieniu natomiast tegoż obwodowego odcinka za pomocą prądu przerywanego prawie jednakowej siły, po przecięciu nerwu błędnego lewostronnego, zwiększa się coraz bardziej czas rozkurczu i dochodzi do 50—140 sekund. Przerwa pomiędzy następującymi po sobie podrażnieniami trwała 5 — 15 minut.

Wiadomo, że przecięcie jednego nerwu błędnego na szyi u zwierząt ssących, jak o tem była mowa, nie okazuje widocznego wpływu na czynność serca i ciśnienie krwi, gdy natomiast przecięciu obydwu nerwów błędnych towarzyszy podniesienie się parcia krwi i przyspieszenie uderzeń serca. Zachowanie całości przeto jednego nerwu błędnego przy przecięciu odpowiedniego nerwu po stronie przeciwnej sprawia pewną przeszkodę dla zmiany ciśnienia krwi i czynności serca. Przyspieszenie uderzeń serca po przecięciu jednego nerwu błędnego nie powstaje prawdopodobnie dlatego, że nerw drugostronny, pozostając nietknięty, posiada własność zwalniania lub zatrzymania czynności serca w rozkurczu, a działając jednocześnie z nerwem drugostronnym, może dwa razy prawie przedłużyć to zatrzymanie się serca, jak o tem niejednokrotnie mogliśmy się przekonać. Na podstawie tego faktu można byłoby się spodziewać, że zatrzymanie się czynności serca w rozkurczu przy podrażnieniu obwodowego odcinka jednego przeciętego nerwu błędnego, po przecięciu również takiegoż nerwu po stronie przeciwnej, powinno trwać krócej, aniżeli przy zachowaniu całości tego ostatniego nerwu; w istocie jednak, jak to okazują przytoczone powyżej i inne podobne doświadczenia, wyniki nie odpowiadają oczekiwaniu, następuje bowiem wtedy przedłużenie okresu rozkurczowego. Zachodzi tedy pytanie, czy objaw ten nie da się objaśnić podniesieniem się ciśnienia krwi i zwiększeniem częstości uderzeń serca, które następują wskutek przecięcia obu nerwów błędnych na szyi u psa.

SUSZCZYNSKI¹⁾ zauważył, że przy zaciśnięciu aorty lub tętnicy płucnej u królika, gdy ciśnienie krwi znacznie się wzmaga, nerw błędny traci własność zatrzymywania czynności serca w rozkurczu. Jakkolwiek SCHIFF²⁾ objaw ten objaśnia inaczej, aniżeli SUSZCZYNSKI, jednak sam fakt uznaje za prawdziwy; zaś J. M. LUDWIG i LUCHSINGER³⁾ przychylają się bardziej na stronę SUSZCZYNSKIEGO na podstawie własnych doświadczeń na żabach. [Podniesienie ciśnienia krwi we wnętrzu serca osłabia hamujący wpływ nerwu błędnego na serce]. W naszych doświadczeniach, wskutek przecięcia obu nerwów na szyi u psa,

1) SUSZCZYNSKI, Untersuch. aus d. physiol. Laborat. in Würzburg. 1868.

2) SCHIFF, Archives des sciences phys. et nat. Genève, 1878.

3) J. M. LUDWIG u. LUCHSINGER, Arch. f. d. ges. Physiol., 1881.

ciśnienie krwi nieznacznie się podnosiło i przez czas długi pozostawało podniesionem. Jeżeli zaś przypuścić, że takie nawet szybko przemijające podniesienie się ciśnienia krwi okazuje wpływ na czynność serca, to przy podrażnieniu obwodowego odcinka jednego z przeciętych nerwów błędnych rozkurcz powinien trwać dłużej lecz nie krócej.

Wiadomo, że przy podrażnieniu dośrodkowego odcinka przeciętego nerwu błędnego na szyi u psa kuraryzowanego przy sztucznem oddechaniu podnosi się ciśnienie krwi. Jeżeli drażnić jednocześnie obwodowy i dośrodkowy odcinek przeciętego nerwu błędnego, natenczas rozkurcz bywa krótszym, aniżeli przy podrażnieniu samego obwodowego odcinka tegoż nerwu. Jeżeli podniesiemy obnażoną część błędnego nerwu, umieścimy ją na elektrodach i następnie będziemy drażnić nieprzecięty nerw błędny na szyi za pomocą prądu przerywanego, natenczas okres rozkurczowy bywa krótszym, aniżeli wtedy, gdy drażnić prądem tej samej siły [po przecięciu] obwodowy jego odcinek. Tego rodzaju doświadczenie zdawałoby się przemawiać za tem, że podniesienie ciśnienia krwi okazywało wpływ na długość rozkurczu wskutek podrażnienia nerwu błędnego.

Zdania tego nie stwierdzają inne obserwacye, a mianowicie: czas rozkurczu nie skraca się przy jednoczesnem podrażnieniu obwodowego odcinka nerwu błędnego i dośrodkowego odcinka nerwu kulszowego, gdy tymczasem ciśnienie wskutek podrażnienia dośrodkowego odcinka tego nerwu, jak wiadomo, znacznie się podnosi. Dlatego też nieznaczne skrócenie rozkurczu przy jednoczesnem podrażnieniu obwodowego i dośrodkowego odcinka przeciętego tegoż samego nerwu, choćby nawet było w związku z mózgowiem, nie zależy wyłącznie tylko od podniesienia ciśnienia.

Przy objaśnieniu otrzymanych przez nas wyników nie należy również zapominać o tem, że w doświadczeniach naszych zwierzętom wstrzykiwano kurarę, która w znacznych dawkach okazuje na narząd hamujący serca wpływ podobny do atropiny; lecz w miarę wydalenia kurary z ustroju nerw błędny stopniowo powraca do swych czynności. U zwierząt, służących do naszych doświadczeń, nie wprowadziliśmy znaczniejszych dawek kurary, tak, że w wielu przypadkach można było zauważyć nawet słabe ruchy zwierzęcia. Aby usunąć wątpliwość, że kurara jednak mogła okazywać wpływ na długość rozkurczu w naszych doświadczeniach, wykonaliśmy kilka doświadczeń bez użycia kurary i po przecięciu obu nerwów błędnych przy sztucznem oddechaniu. Pomimo to, że ruchy zwierzęcia przeszkadzały dokładnemu zanotowaniu długości rozkurczu, w doświadczeniach tych przy podrażnieniu jednego z dwu przeciętych nerwów błędnych za pomocą prądu przerywanego rozkurcz również się przedłużał.

Pozostaje do wytłomaczenia wpływ przyspieszenia uderzeń serca na czas zatrzymania się jego czynności w rozkurczu, wskutek podrażnienia obwodowego odcinka przeciętego nerwu błędnego za pomocą prądu przerywanego. Jeżeli wpływ taki istnieje, to objaśnić go można wyczerpaniem się mięśnia sercowego, w następstwie przecięcia obu nerwów błędnych. W jednym z doświadczeń, dokonaniem na psie niekuraryzowanym wagi 4200 grm. przed przecięciem drugostronnego nerwu błędnego na szyi, ciśnienie krwi wynosiło 140 mm. słupa

rtęciowego, a w ciągu 10 sekund było 18 uderzeń; przy podrażnieniu zaś obwodowego odcinka nerwu błędnego za pomocą prądu przerywanego, przy odstępnie pomiędzy cewkami = 2 ctm. z jednym elementem GRENET'a, otrzymano zatrzymanie się czynności serca w rozkurczu w ciągu 9 sekund. Po przecięciu drugiego nerwu błędnego u tegoż psa, ciśnienie krwi podniosło się do 180 mm. słupa rtęciowego i obniżało się następnie do 140 mmm., a liczba uderzeń serca wynosiła 36 — 48 w ciągu 10 sekund; gdy tymczasem przy podrażnieniu obwodowego odcinka nerwu błędnego serce zatrzymywało się w rozkurczu przez 20 sekund. Przykład ten dowodzi, że ciśnienie krwi zrazu nieznacznie się podnosi wskutek przecięcia drugiego nerwu błędnego, następnie zaś wyrównywa się, liczba zaś uderzeń serca jest o 2 razy mniejszą, aniżeli przed przecięciem drugiego nerwu błędnego, przyczem okres rozkurczowy wskutek podrażnienia nerwu również się przedłuża. Przedłużenie rozkurczu przy podrażnieniu jednego odcinka obwodowego po przecięciu obu nerwów błędnych prawdopodobnie zależy od wyczerpania mięśni serca wskutek zwiększonej częstotliwości skurczów jego. Przypuszczenie to potwierdza i ten fakt, że rozkurcz serca (tem bardziej się przedłuża, im później po przecięciu obu nerwów błędnych następuje podrażnienie obwodowego odcinka nerwu błędnego.

Jeżeli zatrzymamy się na wyczerpaniu serca, jako na jednym warunku, od którego zależy wydłużenie okresu rozkurczowego wskutek podrażnienia nerwu błędnego za pomocą prądu przerywanego, to fakt ten daje nam wskazówkę na pożytek hamujących własności nerwów błędnych i tych środków, które w tym kierunku wzmacniają czynność nerwów błędnych.

Szczegółowy opis doświadczeń, w tym kierunku przez nas przeprowadzonych, ukaże się w druku oddzielnie, po dokładnem opracowaniu zebranego przez nas materiału.

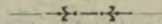
II. UWAGI KLINICZNE

O ZWIASTUNACH, ZAPOBIEGANIU I LECZENIU MOCZNICY U DZIECI.

Podał

Alfons Malinowski,

ordynator warszawskiego szpitala dla dzieci.



W przebiegu zapalenia nerek spotykamy niekiedy u dzieci rozmaite objawy ze strony układu nerwowego; należy na nie baczną zwracać uwagę i codziennie śledzić, gdyż, lubo same przez się nie są one jeszcze groźne dla życia, mają jednak wielkie znaczenie kliniczne.

W praktyce zwykle uważamy drgawki lub stan komatyczny za mocznicę u chorych tego rodzaju i dopiero wtedy, gdy one wystąpią, wezwany lekarz uciekać się musi do energicznych środków, które często bywają już spóźnione. Zanim się jednak drgawki pojawią, już na czas dłuższy przedtem dają się zauważyć pewne zaburzenia ze strony układu nerwowego, których wczesna ocena pozwoli nam na użycie środków zapobiegawczych. Unikamy wtedy najcięż-

szego objawu mocznicy, t. j. drgawek, tak niebezpiecznych dla tego rodzaju chorych dzieci, a mamy tylko do zwalczenia szereg drobnych zaburzeń, które bez śladu przechodzą.

Zaburzenia te pod względem klinicznym bardzo są ciekawe i ważne, dla chorego nie są one ani zbyt przykre, ani niebezpieczne. Uważam je za zwiastuny cięższych zaburzeń nerwowych i stosownie do ich natężenia, obecności, lub nieobecności, zapatruję się na stan chorego.

Ogólnie biorąc, zaburzenia te przedstawiają się jako objawy podrażnienia i podniecenia nerwowego, albo przeciwnie — jako objawy przygnębienia od samego początku choroby. Do pierwszych należy niepokój, bóle głowy rozmaitego natężenia, zgrzytanie zębami, światłowstręt ze zwężeniem źrenic; do ostatnich: senność, apatya, utrata humoru, brak łaknienia. Rzadsze są zaburzenia w narządach słuchu i wzroku i te występują przed drgawkami lub po nich.

Ze strony narządu słuchu należy mieć na uwadze drażliwość na dźwięki i głuchotę. Ta ostatnia występuje częściej. Ze strony narządu wzrokowego zauważyć się daje najczęściej rozszerzenie źrenic, z których niekiedy jedna bardziej bywa rozszerzoną, niż druga. Światłowstręt spotykamy dosyć rzadko. Również rzadkim objawem jest podwójne widzenie, widzenie przedmiotów w położeniu odwrotnem, na koniec iluzje wzrokowe. Naturalnie te ostatnie objawy, jako subiektywne, możemy stwierdzić tylko u chorych dzieci, umiających zdać sobie sprawę ze stanu, w jakim się znajdują i opowiedzieć nam, co i jak widzą. Tu na koniec należy zupełna ślepotą, przemijająca po pewnym czasie lub trwająca do śmierci, która po drgawkach w okresie senności następuje.

W praktyce szpitalnej łatwiej daleko przy codziennem badaniu chorych spostrzedz te zaburzenia w narządach słuchu i wzroku, aniżeli w praktyce miejskiej, gdzie lekarz wzywany bywa co kilka dni i w razie wyraźnego pogorszenia. Należy jednak pamiętać, że zaburzenia wzrokowe występują nagle i nawet wtedy, gdy wydzielanie moczu jest dosyć obfite, obrzęki prawie żadne lub bardzo nieznaczne, a ilość białka w moczu bardzo mała. Niekiedy białkomocz ustaje, a występują objawy nerwowe, jak: odwrotne widzenie przedmiotów, ślepotą i drgawki.

Jednym z ważnych zwiastunów mocznicy jest zwolnienie tętna. Jeżeli przy ciężkich postaciach zapalenia nerek z ogólną puchliną zwykle spostrzegamy przyspieszenie tętna, to przy małym obrzmieniu zwolnienie tętna jest prawie stałym objawem mocznicy, bez względu na to, czy ilość moczu i białka jest większa lub mniejsza. Zwolnienie tętna w szerokich waha się granicach i liczba jego uderzeń może się zmniejszyć o połowę. Tak np. u dzieci 3—4-letnich spada ono do 70, a nawet 60 uderzeń na minutę, u starszych do 10 roku życia do 50 i 40 uderzeń. Zwolnienie tętna u chorych na zapalenie nerek uważam za zwiastun mocznicy bez względu na natężenie zapalenia nerek, na ilość wydzielanego moczu, bez względu na ilość białka w moczu i na stopień obrzęków, które jako objaw następny zjawiają się dopiero przy dłuższym przebiegu choroby. Przeciwnie nawet, im cięższy jest przebieg zapalenia nerek, tem objawy nerwowe spotykamy rzadziej, natomiast przy małych obrzękach, przy dostatecznem wydzieleniu moczu, zawierającego niewiele

białka, objawy mocznicy występują wcześniej. Mają one wtedy cechy przygnębienia powyżej podane i łączą się z innymi objawami, które dopiero badanie przedmiotowe chorego wykrywa. U dzieci małych te ostatnie objawy łatwo mogą być przeoczone, zwolnienie jednak tętna zwraca już wtedy naszą uwagę.

Znam przypadki u dzieci starszych, u których brak obrzmienia, nieobecność białka w moczu skłoniły lekarza do uznania choroby za usuniętą, a chorego za zdrowego, u których jednak mocznica rozwinęła się w całej pełni. Zwolnienie tętna było tu jedynym objawem chorobowym, który w braku innych został przeoczony lub mylnie wytłómaczony przez lekarza. Zdarzyć się przez to może, iż chore dziecko, uznane mylnie za zdrowe, dostaje napadu mocznicy, chodząc po pokoju, lub bawiąc się po za domem.

Zwolnieniu tętna w przebiegu zapalenia nerek towarzyszy zwykle ból głowy, wymioty niekiedy bardzo uparte i zaburzenia wzrokowe. Pod względem klinicznym zwolnienie tętna i wymioty uważam za najczęstsze objawy mocznicy i zwiastuny drgawek ogólnych. Zwolnienie tętna trwać może czas długi, niekiedy dni 10 — 15, przyczem jeżeli drgawki nie występują, tętno przyspiesza się, co uważam za objaw pożądany.

Ślepotą również występuje przy zwolnieniu tętna i jest objawem blizkich drgawek. Jeżeli występuje przed drgawkami, pogarsza to rokowanie; jeżeli po drgawkach, zwykle bywa przemijającą.

Nie chcąc przeciążać niniejszego artykułu przepisywaniem historii chorób z kart szpitalnych, jako dowód, że zwolnienie tętna w przebiegu zapalenia nerek jest w najważniejszym objawem mocznicy i zwiastunem cięższych zaburzeń nerwowych, zaznaczę tylko w tem miejscu, że nie należy tyle wagi przywiązywać do większego lub mniejszego obrzmienia, lub większej lub mniejszej ilości białka w moczu w oczekiwaniu mocznicy; chorzy bowiem, wydzielający znaczną ilość białka przez czas długi lub przedstawiający znaczne obrzęki i przesięki do jamy brzusznej, niezbyt często ulegają mocznicy, która zato częściej się pojawia przy małych obrzękach, małej utracie białka i krwi, i ciężiej wtedy przebiega. Większa lub mniejsza ilość krwi w moczu na pojawienie zaburzeń nerwowych również nie wpływa. Zmniejszenie ilości moczu lub zupełne wstrzymanie jego wydzielania nie jest także jedyną przyczyną i koniecznym warunkiem mocznicy; widzimy bowiem chorych, którzy nie wydzielają moczu przez 12 — 24 godzin i dłużej, a jednak nie doznają żadnych zaburzeń w układzie nerwowym.

Natomiast objawy mocznicy często występują u chorych, których czynność nerek nie jest zbyt upośledzoną; wydzielają oni moczu błądy, z małą ilością białka. Niekiedy białka w moczu wcale wykazać nie można, a mocznica w całej sile występuje: dowodem tego spostrzeżenia *Henoch'a* i moje, z których jedno ogłoszone w *Gazecie Lekarskiej* przed kilku laty, dokładnie ilustrują taki przebieg mocznicy u dzieci.

Kilka poniżej przytoczonych spostrzeżeń dokładnie ilustrują cięższe przypadki mocznicy oraz towarzyszące jej zaburzenia wzrokowe.

I. W roku 1888 wezwany zostałem przez jednego z kolegów do dziecka chorego na zapalenie nerek. Chłopczyk, lat 6 liczący, przebył przed 3-ma tygodniami skarlatynę z lekką błonicą. Od tygodnia objawy zapalenia nerek. Mocz, w małej ilości wydzielany, zawiera obfitą ilość białka i ślady krwi. Obrzęki nieznaczne na kończynach dolnych i na twarzy. Chłopczyk, obudziwszy się rano, zażądał światła, gdyż sądził, że w pokoju jest ciemno. Przy badaniu okazało się, że nic nie widzi. Kol. PRZYBYLSKI przy pomocy oftalmoskopu stwierdził obrzęk pochwłki nerwu wzrokowego i zastój żylny siatkówki.

Tętno dosyć silne, 60 na minutę. Pomimo że wydzielanie moczu nie było zatrzymane, przepowiedziałem ogólne drgawki, które pomimo środków zastosowanych nazajutrz wystąpiły. Ślepotą nie ustąpiła. Chory zmarł na trzeci dzień przy objawach obrzęku mózgu.

W przypadku tym zwolnienie tętna trwało od dni kilku przed wystąpieniem ślepoty, która zjawiała się nagle po obudzeniu się chorego.

II. Chłopczyk 4-letni, przebywszy płonicę w początku września r. z., zachorował na zapalenie nerek. Obrzęki były małe, ilość białka nieznaczna ze śladami krwi.

W d. 19. IX. lekarz, leczący dziecko na wsi w gubernii Radomskiej, nie znalazł już białka w moczu, lecz, nie zwróciwszy uwagi na tętno zwolnione do 60, odjechał od chorego, jako rekonwalescenta.

Tego samego dnia chłopczyk zaczął widzieć przedmioty w położeniu odwrotnem, uskarżał się na ból głowy, wymiotował. Ciepłota podniosła się do 38° C. i niespodzianie wystąpił napad drgawek, trwający kilkanaście minut. Drugi napad drgawek powtórzył się po kilku godzinach i trwał 2 godziny. Chorego widziałem 30. IX wieczorem i znalazłem tętno 70 na minutę. Widział już prawidłowo — obrzęki zaledwie widoczne na powiekach i stopach, w moczu ślady białka i krwi. W dniach następnych zwolnienie tętna trwało, lecz drgawki się nie powtarzały. Chory wyzdrowiał.

III. Brat poprzedniego, 6-letni, przywieziony do Warszawy w celu zapobiegawczym, zachorował jednak na szkarlatynę, a następnie na zapalenie nerek. Mocz zawiera dużą ilość białka i krew, obrzęki prawie niewidoczne, ciepłota prawidłowa, tętno 70.

Od 25. IX skłonność do wymiotów po przyjęciu pokarmów i lekarstw. Mocz wydziela blisko szklanekę na dobę. Z lekarstw znosi jedynie saturację z waleryaną, która powstrzymuje wymioty.

Zaleciłem kwas bęźdzwinowy, który, lubo nie zawsze, chory wymiotował. Osiągnąłem przez to przyspieszenie tętna do 80. Chory użalał się tylko na lekki ból głowy, był jednak zupełnie przytomny i zdawał sobie dobrze sprawę ze wszelkich zaburzeń nerwowych w przebiegu choroby. Z wywiadów doszedłem do przekonania, że był to chłopiec inteligentny i bystry. Dla podniesienia czynności serca i zapobieżenia mocznicy zaleciliśmy *flor. benzoës*, które chory znosił przez kilka dni, przyczem tętno podnosiło się wyżej 80 na minutę. Następnie z powodu ciągłych wymiotów musieliśmy się ograniczyć tylko na saturacyi.

Takie zwolnienie tętna i wymioty, mniej lub więcej częste, trwały do 12 września, w którym to dniu chory dostał drgawek, trwających kilka godzin. Po ustąpieniu drgawek utracił wzrok i mowę i był przez cały dzień następnym odurzony, jakby ogłupiały. Następnego dnia zaczął rozróżniać przedmioty, lecz miewał iluzje wzrokowe i odwrotnie widział przedmioty. Mowa powoli wróciła, pozostało jednak przemijające osłabienie władz umysłowych, które zdolnego chłopczyńę doprowadzało do płaczu.

Wyzdrowienie zupełne powoli, jednak nastąpiło w tym przypadku i zaburzenia nerwowe więcej się nie powtórzyły.

Przy leczeniu używaliśmy: *natr. bromatum*, środki odciągające na skórę czaszki i tułowia, a następnie kąpiele aromatyczne.

Widzimy z powyższego, że zwolnienie tętna jest najważniejszym zwiastunem mocznicy. Objawowi temu wielkie przypisują znaczenia u chorych na zapalenie nerek, bez względu na ilość białka w moczu i ilość dzienną samego moczu. Dopóki niema zwolnienia tętna, nawet zatrzymanie kilkunastogodzinne wydzielania moczu nie jest groźne dla chorego.

Obok śledzenia częstości tętna, również uwagę zwracać należy na źrenice, ich wielkość i oddziaływanie na światło, oraz na to, czy jedna, jak to często bywa, nie jest większą o drugiej.

Dwa te zwiastuny pozwalają nam ocenić blizkie niebezpieczeństwo i zapobiedz bardzo często mocznicy.

Leczenie. Z punktu klinicznego ważniejszem jest zapobieganie mocznicy, gdyż daje lepszy rezultat, niż leczenie już rozwiniętej.

Kierując się podanymi powyżej wskazówkami, a mianowicie zwolnieniem tętna i rozszerzeniem źrenic, łatwo schwycimy chwilę odpowiednią do interwencji. Zalecam zawsze w tym okresie silne środki pobudzające wewnętrznie i odciągające na skórę, a szczególnie na skórę czaszki.

Pierwsze wskazanie wypełnia nam wybornie kwas będzwinowy (*flor. benzoës*), który od czasów FRERICHS'a cieszy się uznaniem jako swoisty nawet przy mocznicy już rozwiniętej. Kamfora, piżmo i t. p., wyjąwszy *alcoholica*, działają również doskonale i często musimy ich używać, gdy dziecko kwas będzwinowy wymiotuje.

Ze środków odciągających gorczyzniki, kąpiele aromatyczne i gorczycowe działają bardzo korzystnie na krążenie, przyspieszają je i wyrównują zastoje w mózgu. Kąpiel musi być krótką, najwyżej 10—15 minut [28°—27° do 26° stopniowo obniżana].

Ze środków wewnętrznych przy przekrwieniach czynnych i biernych mózgu niekiedy potrzeba uciekać się do bromku sodu [nigdy potasu]. Działa on wraz ze środkiem podniecającym wybornie, tak przed wystąpieniem, jak i w czasie objawów mocznicowych.

W ostatnich latach w szpitalu i w praktyce miejskiej wprowadziłem użycie świeżej kawy [czarnej lub z mlekiem] u chorych tej kategorii. Działa ona bardzo skutecznie tem więcej, że chorzy się do niej przyzwyczajają.

Obok tego leczenia należy zwracać uwagę na przewód pokarmowy i na czynność nerek i stosować odpowiednio *drastica* lub *diuretica*.

W większości przypadków, wczesnie stosując powyższe środki, możemy zapobiedz mocznicy. Zwykle jednak w praktyce prywatnej mamy do czynienia z mocnicą już rozpoczynającą się lub, co gorzej, z rozwiniętą. Z tych to powodów w szpitalu można często jej zapobiedz, widząc codziennie chorego, a przypadki rozwiniętej mocznicy zdarzają się zwykle u chorych przybywających do szpitala z zapaleniem nerek w późniejszych okresach, z ogromnem obrzmieniem ciała i jam wewnętrznym. Przeciwnie chorzy, będący pod obserwacją lekarską w szpitalu po przebyciu szkarlatyny, skoro się u nich zapalenie nerek rozwinię, unikają prawie zawsze mocznicy, dla tego, że z pojawieniem się jej zwiastunów możemy zapobiedz cięższym jej objawom za pomocą odpowiednich środków.

Temu to przypisać winienem okoliczność, że u chorych, którzy w szpitalu ulegają chorobie nerek, nie mam nigdy do czynienia z ogólnymi drgawkami. Zaburzenia wzrokowe i słuchowe, wymioty, bóle głowy, rozszerzenie źrenic, apatya i stałe zwolnienie tętna przez czas długi trwające: są to jedyne objawy, które ani bezpośrednio, ani pośrednio życiu chorego nie grożą.

Zapobieganie mocznicy winno iść w parze z leczeniem choroby nerek i przerywać go nie może.

Leczenie mocznicy w okresie drgawek polega na ogólnie znanych prawidłach. Niemożność podania środków leczniczych przez usta zmusza nas do stosowania ich przez kışkę stolcową. Ławatywy z wodanu chloralu, który chętnie łączę z bromkiem sodu, działają często dosyć skutecznie. Należy jednak w większości przypadków stosować wstrzykiwania podskórne kamfory z eterem i sztucznie podtrzymywać oddechanie.

W rzadkich przypadkach długotrwałych drgawek, gdy środki przeczyszczające z powodu powolnego działania zawodzą nasze nadzieje i gdy *indictio vitalis* wymaga gwałtownej zmiany stosunków cyrkulacyjnych mózgu, zmuszeni jesteśmy do użycia pijawek, a nawet do ogólnego upustu krwi.

Upust krwi w ilości odpowiedniej do wieku stosowałem w ciągu lat kilkunastu w ciężkich formach mocznicy w oddziale szpitalnym. Jest to jedyńy środek, który niekiedy jeszcze ocalić może życie chorego. Kiedy go należy zalecić? Pytanie to ważne rozstrzygnąć można tylko na zasadzie długich i licznych spostrzeżeń klinicznych.

Sądę, że jednym z ważnych wskazań do upustu krwi będą drgawki wobec wysokiego stopnia obrzęków, które wogóle utrudniają krążenie krwi i wyczerpują siłę serca. Dowodzi tego fakt, że po upuście krwi siła tętna zwiększa się, a drgawki wkrótce ustają dzięki lepszemu krążeniu krwi w mózgu i zmniejszeniu jego obrzęku. Zyskujemy wtedy na czasie, co nam pozwala na użycie innych środków i na wprowadzenie ich nawet przez usta. Jednocześnie z upustem krwi często trzeba wstrzykiwać pod skórnę kamforę z eterem.

Po ustaniu drgawek uważam za wskazane: *flores benzoes* i bromek sodu z silnym środkiem podniecającym.

Przy małych obrzękach dostateczne będą w ciężkich przypadkach mocznicy miejscowe upusty krwi za pomocą pijawek.

W okresie podrgawkowym krótkie, ciepłe, podniecające kąpiele uważam za bardzo korzystne. Zawijania jednak w zimne prześcieradła u dzieci nie mogą mieć zastosowania, gdyż zanim odczyn pożądany nastąpi, wywołują one dreszcze, upadek sił i nowy napad drgawek, zwykle daleko dłuższy. Kąpiele suche [spirytusowe], mające na celu wywołanie potów, trudne są u dzieci do wykonania; nadto towarzyszy im ogólne osłabienie, które na przebieg choroby niekorzystny wpływ wywiera.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

23. Prof. D-r Sonnenburg. Patologia i terapia zapalenia okołokątniczego (*Appendicitis simplex et perforativa*).

Praca prof. SONNENBURG'a składa się—nie licząc dodatku—z 2 części: wstępu, części anatomo-patologicznej i części klinicznej. Część druga [anatomo-patologiczna] opracowaną została przez asystenta, D-ra FINKELSTEIN'a, a dodatek przez D-ra SARFERT'a. Materiał kliniczny, służący za podstawę tej pracy, obejmuje 80 przypadków, spostrzeganych i operowanych przez prof. SONNENBURG'a w ostatniem pięcioleciu. We wstępie autor przedewszystkiem prostuje swe dawniejsze poglądy na zapalenie okołokątnicze, wyrażone w poprzednich swych pracach. Tak np. odnośnie do wysięków surowiczowłóknikowych w dole biodrowym, autor, wbrew swym poprzednim zapatrywaniom, twierdzi, że bardzo rozprzestrzenione wysięki zdarzają się wogóle rzadko, że towarzyszą zawsze zapaleniu wyrostka robaczkowego lub otorbionemu ropniowi i że wreszcie okazują wielką skłonność do nagłego ropnego rozpadu. Wysięki te stanowią odczyn zdrowej błony surowiczej na odbywające się w sąsiedztwie zapalenie; podług trafnego wyrażenia ROUX, mamy tu „*écho du voi sinage de la perityphlite enkystée sur le reste du péritoine*”. Wysięki surowiczowłóknikowe często ulegają wessaniu, zostawiając po sobie zrosty wyrostka z sąsiednimi narządami; lecz z drugiej strony łatwo może w nich, jak już powiedziano, nastąpić rozpad ropny, i w tedy, przy nadzwyczaj burzliwych objawach, tworzą się w bardzo krótkim czasie kolosalne zbiorniki ropy.

Początek sprawy zapalnej i punkt wyjścia zapalenia okołokątniczego znane nam są dopiero od czasu, jak chirurdzy [amerykańscy i angielscy] zaczęli stosować przy tej chorobie wczesne zabiegi operacyjne. Dzięki właśnie tym wczesnym operacyom przekonaliśmy się, że wyrostek robaczkowy stanowi punkt wyjścia zapalenia okołokątniczego i że nauka o *typhylitis* i *perityphlitis stercoralis* pozbawiona jest wszelkiej podstawy anatomicznej. SAHLI zwraca uwagę na tę okoliczność, że nikt z anatomów lub chirurgów nigdy nie widział owego zatykającego czopu kałowego w kiszce ślepej, że zawartość kiszki w tej okolicy jest jeszcze miękka, że zgęszczenie tej zawartości poczynają się dopiero w głębszych odcinkach okrężnicy i że wreszcie w przebiegu t. zw. *typhlitis stercoralis* nigdy nie znaleziono wyczuwalnych mas kałowych twardych w innych częściach кишки grubej, zwłaszcza w tym odcinku jej, w którym

najczęściej ma miejsce zastój kału, mianowicie w zgięciu esowatym. TALAMON [patrz odczyt o zapaleniu wyrostka i okołokątniczym] przypuszcza wprawdzie możliwość zapalenia kiszki ślepej i zastój w niej kału, lecz uważa oba te zjawiska za wtórne: zapalenie rozszerza się z wyrostka biodro-kątniczego na otaczającą otrzewną i sąsiednią kątnicę, a zastój kału jest tylko następstwem zapalnego niedowładu ściany kątnicy

Wcześniej wykonywane operacje dały nam możność poznania prawdziwej przyczyny zapalenia i mówienia już nie o *perityphlitis*, lecz o zapaleniach wyrostka—*appendicitis ulcerosa et gangraenosa perforativa*. Ostatnie 2 postaci mogą występować: a) z ograniczonym zapaleniem otrzewnej [ropień okołowyrostkowy—*abscessus periappendicularis*] lub b) z rozlanym zapaleniem otrzewnej. Jeśli 2 postaci pierwsze tylko z trudnością mogą być rozpoznane i rzadko stają się przedmiotem leczenia chirurgicznego, to rozpoznanie dziurawiącego zapalenia wyrostka jest zawsze możliwe i w tej postaci jak najwcześniej winno znaleźć zastosowanie leczenie operacyjne. Główny cel autora polega na tem, aby dowieść, że przy każdym przedziurawieniu wyrostka powstaje wysięk ropny i że przeto wszelka *appendicitis perforativa* wymaga interwencji chirurga. Dziurawiące zapalenie wyrostka robaczkowego jest właściwą „*perityphlitis*“.

Kliniczny obraz tego cierpienia jest wielce charakterystyczny. Przy burzliwych objawach gorączkowych wytwarza się w okolicy biodro-kątnicznej (*regio ilco-coecalis*) obrzmienie bolesne. Nagle, wśród zupełnego zdrowia lub po lekkim tylko niedomaganiu zjawia się ból w brzuchu, z początku w postaci kolki w okolicy pępka lub w prawym nadbrzuszu, promieniujący stąd w różnych kierunkach i po krótkim czasie umiejscawiający się z prawej strony brzucha. Wymioty połączone z rozwolnieniem, a w innych przypadkach uporczywe zaparcie stolca, należą do objawów wczesnych [pierwszych dni choroby]. Jednocześnie z tymi objawami występuje gorączka, poprzedzana często dreszczami. Gorączka ta ma przebieg nietypowy. Wkrótce rozwija się wrażliwość na dotyk w dole biodrowym i obrzmienie, po większej części bez śladu chęłbotania; przytem istnieje albo nieznaczne albo też bardzo wielkie wzdęcie brzucha [podrażnienie otrzewnej]. Wobec tak charakterystycznego obrazu chorobowego, rozpoznanie nie przedstawia żadnych trudności, tembardziej, jeśli się dowiemy, że pacjent przed chorobą doznawał od czasu do czasu, bez widocznej przyczyny, kolek z prawej strony brzucha. Kolki te (*colica appendicularis*) słusznie uważać można za oznakę nieżytego zapalenia wyrostka, poprzedzającego często zapalenie wyrostka dziurawiące. W pewnych warunkach rozpoznanie jest trudne, szczególnie jeśli wysięk znajduje się nie w typowym miejscu, ale gdzieindziej, co zależy od położenia wyrostka. Przy rozpoznawaniu trzeba niekiedy uwzględniać sprawy zapalne i nowotworowe, wychodzące z narządów rodnych kobiecych, jak również zapalenia i bóle, wywoływane przez kamienie żółciowe i pęcherzowe. Należy również wyłączyć ropnie ściany brzusznej i zapalenie mięśnia lędźwio-udowego (*psotitis*). Przy tem ostatniem udo jest zgięte i wywrócone nawewnątrz, a bóle rozchodzą się przeważnie w kierunku prawej dolnej kończyny i narządów płciowych. Możliwe jest zapalenie mięśnia lędźwio-udowego w następstwie sprawy zapalnej okołokątnicznej (*psot-*

itis e perityphlitide): bywa to wtedy, gdy ropień wraz z wyrostkiem leżą bezpośrednio na wzmiankowanym mięśni.

Czy możliwe jest przejście się ropnia okołokątniczego? Wiadomą jest rzeczą, że dość często zdarzają się wyleczenia samoistne. Zachodzące przy tem sprawy anatomiczne polegają na bliznowatym ściągnięciu nowotworzenia zapalnego, w które zostaje wciągnięty także przydatek kątnicy. Przy oględzinach pośmiertnych zdarza się to niekiedy widzieć podobne „uleczone“ zapalenia okołokątnicze. Atoli można w tym tylko razie uważać wyleczenie za zupełne, gdy światło kanału wyrostkowego zupełnie znikło, w przeciwnym bowiem razie powstaje skłonność do nawrotów cierpienia. Co staje się z ropą? Często znajdują chirurdzy podczas operacji otorbione zbiorniki zgęszczonej ropy. Ogniska takie są po większej części niewielkie i zawierają gęstą, czasem prawie suchą ropę z licznymi, zwykle obumarłymi lub osłabionymi drobnoustrojami [lecz czasem jadowitość tych mikrobow jest zachowana, jak to miało miejsce w jednym przypadku SCHEDE'go]. Następujący pogląd zdaje się być najbliższym prawdy: duże wysięki ropne nie mogą się wessać, małe zaś przez bardzo długi czas mogą pozostawać [w ustroju] w stanie otorbionym, nie szkodząc bynajmniej ustrojowi; możliwość wessania małych ropni nie jest wykluczoną.

Wyżej już była mowa o tem, że t. zw. wyleczenie samoistne zwykle bywa niezupełnem, gdyż często pozostaje skłonność do nawrotów; każdy zaś nawrót może spowodować zabójcze zapalenie otrzewnej. Wogóle należy zawsze pamiętać, że dziurawiące zapalenie wyrostka jest ciężką i niebezpieczną chorobą nie tylko dla tego, że podczas ostrego okresu może zabić chorego, lecz i z tego powodu, że po miesiącach lub latach [nawet po 20 latach, jak to wskazuje jedno spostrzeżenie autora] może wywołać śmiertelne nawroty. Z 80 przypadków, spostrzeganych przez autora, 20 na pewno stanowiły nawroty. Jeśli uwzględnimy tę okoliczność, że chorzy częstokroć podają anamnezę niedokładną, to łatwo można będzie wyciągnąć wniosek, że nawrotowa postać zapalenia okołokątniczego jest cierpieniem nadzwyczaj częstem.

Przyczyny nawrotów są rozmaite: 1) *Appendicitis chronica* z owrzodzeniem ścian i następczem zwięzieniem, *resp.* zamknięciem światła wyrostka: wydzielina gruczołów wyrostka wskutek zastoju ulega rozkładowi, drażni zmienione już poprzednio ściany, i na tle przewlekłego zapalenia może powstać sprawa ostra. 2) Często, jak już powiedziano, nawroty stanowią następstwo niezupełnego naturalnego uleczenia sprawy ropnej okołokątniczej, przyczem patogeneza nawrotów bywa rozmaita: resztki zgęszczonej ropy lub pozostałe wśród pokładów łączno-tkankowych stężyny kałowe mogą przy pierwszej lepszej sposobności dać początek nowemu zapaleniu, lub to ostatnie powstaje wskutek nieprawidłowych zrostów wyrostka z sąsiednimi narządami, które przy zmianie położenia rozciągają wyrostek. Do najmniejbezpieczniejszych należą zrosty wyrostka z kobiecymi narządami rodnymi, szczególnie z macicą: nierzadkie są ciężkie przypadki zapalenia okołokątniczego bezpośrednio po porodzie [wskutek nagłej zmiany objętości macicy, do której przymocowany jest wyrostek].

Dodać jeszcze wypada, że zrosty wyrostka z kiszkami (*coecum, colon ascendens*) mogą spowodować często powracające zastoje kału w tych odcinkach jelit; zastojom tym często towarzyszą: gorączka i przypadłości bolesne, mogące symulować obraz zapalnego wysięku.

Zdanie autora, że wysięki przy *appendicitis perforativa* są od pierwszej chwili ropnej natury, opiera się na wynikach 52 operacyi. We wszystkich tych przypadkach, które były operowane po większej części dość wczesnie [niektóre już 2-go dnia od początku choroby], znaleziono ropę. Przy tak wielkiej liczbie nie można już mówić o trafie, tu chodzi raczej o prawo. W ostrym okresie operacja nie jest bynajmniej niebezpieczną. Żadnego z wzmiankowanych 52 chorych autor nie stracił: wszyscy bez wyjątku wyzdrowieli. Sądząc z dotychczasowych spostrzeżeń, wczesna operacja chroni na pewno od nawrotów. Nie dość na tem, wczesnie operowani chorzy pozostają na przyszłość wolni od wszelkich przykrych przypadłości ze strony kiszek; te ostatnie występują zazwyczaj w tych przypadkach, w których operacja była przedsięwzięta w okresie późnym, gdy już wytworzyły się zrosty, które przy operacyi muszą być, o ile można, usunięte; raz usunięte zrosty rozwijają się na nowo i, utrudniając ruchy kiszek, wywołują zastój kału i bóle.

Operacja przy dziurawiącym zapaleniu wyrostka jest bardzo prostą i każdy, kto obeznany jest ze stosunkami anatomicznymi, łatwo ją sobie przyswoi. Autor zwykle operuje na jednym posiedzeniu; operację zaś *en deux temps* wykonywa w rzadkich tylko przypadkach i przy odrębnych okolicznościach: tak np. jeśli od samego początku istnieje silne wzdęcie kiszek i nacieczenie nie leży głęboko, jest niewyraźne i niedostępne dla obmacywania. Po przecięciu ściany brzusznej do samej otrzewnej [1-szy akt] i wypełnieniu rany gazą jodoformową można po upływie kilku dni ze strony samej rany łatwiej odnaleźć rosnący wysięk i naciąć go [2-gi akt]. Ta operacja [na 2-ch posiedzeniach] przedstawia tę wygodę, że po przecięciu ściany brzusznej [do otrzewnej] łatwiej jest znaleźć wysięk, którego przedtem napróżno szukaliśmy i przez próbne przekłucie [przez otrzewną] upewnić się w rozpoznaniu. Tylko w tym razie autor robi przekłucie, zresztą przyłącza się do zdania Roux: „*Cette ponction est quelquefois dangereuse, très souvent sans résultat, toujours inutile*“. Ujemny wynik próbnego przekłucia, kilkakrotnie nawet wykonanego, niczego jeszcze nie dowodzi; przy dodatnim zaś nie możemy jeszcze na pewno powiedzieć, czy ropa nie pochodzi z samej jamy wyrostka robaczkowego (*empyema processus vermiformis*). Zupełne uleczenie zapalenia okołokątniczego osiąga się tylko przez doszętne usunięcie spraw chorobowych wyrostka, jeszcze lepiej przez wycięcie samego wyrostka. Jeśli można usunąć wyrostek całkowicie i jeśli ściany jego u podstawy nie są bardzo kruche, to można kikut dokładnie zeszyć. Lecz częściej zdarza się, że nie możemy usunąć wyrostka, gdyż ten mocno przyrośnięty jest do otaczających narządów; przytrafia się to nawet przy wczesnej operacyi, gdyż *appendicitidem perforativam* poprzedza często zwyczajne zapalenie wyrostka, które może prowadzić do silnych zrostów. Wówczas wycinamy taką część wyrostka, jaką tylko usunąć można, pozostawiając naturze wydalanie reszty. Cięcie brzuszne robi autor takie, jak przy podwiązywaniu

tętnicy biodrowej, lecz prowadzi je możliwie blisko do grzebienia kości biodrowej: od *spina ilei ant. super.* cięcie idzie do *spina ilei ant. infer.* i stąd z lekka łukowato do środka więzła POUPART'a. Przy takim cięciu nie powstają żadne przepukliny brzuszne lub też bardzo nieznaczne. Wzmiankowane cięcie ma jeszcze tę dobrą stronę, że przy głębokiem położeniu ropnia (t. zw. *abscessus paratyphliticus*) daje możliwość dojścia do wysięku drogą zewnątrz-otrzewnową, przyczem oddziela się otrzewną od powięzi mięśnia biodrowego (*fascia m. iliaci*). Przy wszelkiem położeniu ropnia można doń dotrzeć, stosując opisane powyżej cięcie. Udaje się czasem, przedłużając cięcie ku górze i oddzielając otrzewną, dojść do ropnia, położonego bardzo wysoko, w bliskości brzegu wątroby, nie raniąc przytem otrzewnej. Wreszcie cięcie łukowate, prowadzone blisko do kości biodrowej, ma jeszcze tę zaletę, że daje możliwość przedostania się do wszystkich zatok ropnia.

Część anatomo - patologiczna,

opracowana przez D-ra FINKELSTEIN'a.

Punkt wyjścia zapalenia okołokątniczego, leży w wyrostku robaczkowym. Zdaniem niektórych autorów, zmiany chorobowe wyrostka są nadzwyczaj częste. Według TOFF'a [cytowanego u MATTERSTOCK'a], zmiany patologiczne lub pozostałości przebytych spraw w wyrostku znaleźć można u każdej trzeciej osoby, a w 5% wszystkich zbadanych trupów znajduje się owrzodzenia w wyrostku. KRAUSSOLD, który badał te stosunki u 300 trupów, uważa cyfry TOFF'a jeszcze za zbyt niskie. Autor [FINKELSTEIN] w szpitalu Moabit na 100 następujących po sobie [bez wyboru] oględzin pośmiertnych w 7 razach znalazł zmiany chorobowe w wyrostku. Przyczyny, wywołujące tak częste cierpienia wyrostka, są natury czysto mechanicznej. Jeśli już w każdym ślepych worku istnieją warunki dla zastojów zawartości, to w wyrostku warunki te są jeszcze liczniejsze. Na pierwszym planie stoi tu niestosunkowość między światłem wyrostka i jego długością: poprzecznik światła w zdrowym wyrostku *maxim.* = 5 mm., przeciętna długość = 8 cm.; mamy więc stosunek 1 : 16, a zauważyć tu trzeba, że bardzo często długość wyrostka jest jeszcze o wiele większą, wynosząc 10, 21 i więcej cm.. Łatwo zrozumieć, jak utrudnionym jest powrót ciała, które przedostało się do ślepego końca tak długiego worka. Z tych stosunków przestrzeniowych wynika jeszcze jedna niedogodność, polegająca na wielkości wydzielającej powierzchni w stosunku do małej objętości wyrostka. Podrażnienie jakiegokolwiek, wywołując wzmogoną wydzielinę, w krótkim czasie przepelnia jamę; istniejące jednocześnie obrzmienie błony śluzowej wyrostka zamyka wkrótce wąskie światło i tamuje odpływ wydzieliny. Przeszkody są wielkie, zwłaszcza w tych miejscach, w których już normalnie istnieją fałdy błony śluzowej. Jedno takie zdwojenie błony śluzowej znajduje się, jak wiadomo, w miejscu połączenia wyrostka z kątnicą [zastawka GERLACH'a]; bezpośrednio pod nią NANNINGA spostrzegał drugą, mniejszą zastawkę. Czy stosunki naczyniowe wyrostka grają jakąś rolę w częstem powstawaniu spraw chorobowych, należy wątpić.

Jeszcze jedną przyczynę częstych zmian patologicznych wyrostka znajdujemy w tej okoliczności, że bardzo często bierze on udział w najrozmaitszych cierpieniach kiszek (*typhus, dysenteria, tuberculosis*).

Z pomiędzy przyczyn zapalenia wyrostka przed niedawnym czasem naczelnie miejsce zajmowały ciała obce i stężyny kałowe. Teorya, że stężyny kałowe już w stanie gotowym przenikają do wyrostka, znalazła w ostatnich czasach przeciwników ze wszystkich stron. Tylko RECLUS i TALAMON są jeszcze tego zdania, że kamienie powstają na zewnątrz wyrostka. Za pomocą odpowiednich doświadczeń dowiedzionem zostało, że wejście większego kamienia do wyrostka jest rzeczą niemożliwą; potwierdza to również rzadka obecność większych ciał obcych w kanale wyrostkowym. Należałoby przeto przypuszczać, że tam, gdzie w wyrostku tkwi większych rozmiarów koprolit, już przedtem istniało rozszerzenie jamy wyrostka. Małe kamienie kałowe w kanale wyrostkowym znajdowane są bardzo często przy oględzinach pośmiertnych i podczas operacji; kamienie te z łatwością dają się przesunąć do kiszki ślepej i wogóle żadnego szkodliwego wpływu na ściany wyrostka nie wywierają. Zauważyć przytem trzeba, że cząsteczki kałowe w wyrostku szybko ulegają wysychaniu i zmniejszeniu objętości, skutkiem czego jeszcze łatwiej mogą być wypchnięte z jamy wyrostka, dzięki grze jego młskulatury. Postać [zwykłe okrągłe] i budowa [współśrodkowa] kamieni kałowych, znajdujących w wyrostku, przemawia także za tworzeniem się ich [*resp.* wzrastaniem przez osadzanie się warstw śluzu i t. d.] w samej jamie wyrostka. Autor sądzi, że na tle istniejących już poprzednio zmian wyrostka powstają kamienie kałowe, których wpływ szybko występuje na pierwszy plan. Tworzy się zatem, jak to zresztą często w naturze bywa, błędne koło: cierpienie ścian wyrostka sprzyja rozwojowi koprolitów, rozijające się koprolity pogarszają jeszcze bardziej sprawę chorobową ścian wyrostka.

Nadzwyczaj często znajdujemy przy zapaleniu okołokątniczem stężyny kałowe. RENVERS na 459 badań pośmiertnych notował 179 razy kamienie kałowe i 16 razy ciała obce. Jeśli doliczyć tu przypadki, w których stężyny kałowe zostały przeoczone, to można powiedzieć, że u połowy blisko wszystkich trupów znajdują się kamienie kałowe. FIRZ znajdował je w 47%. Natomiast część ciał obcych w wyrostku jest bez porównania mniejszą: utrzymują to wszyscy autorzy. Złogi kałowe zawierają zwykle części składowe kału: sole ziem alkalicznych, części organiczne, tłuszcz, drzewnik i resztki roślinne. Nowsze poszukiwania RIBBERT'a potwierdziły zdanie, wypowiedziane już przed tem przez wielu autorów, że powyższe składniki tworzą tylko jądro kamieni, zewnętrzne zaś warstwy składają się przeważnie ze zgęszczonego śluzu, zawierającego ciała ropne i zluszczony nałonek.

W etyologii zapaleń wyrostka robaczkowego zakażenie bakteryjne gra wybitną rolę. Przy zastoju zawartości w wyrostku rozmnażające się w niej bakterye mogą wywołać wszystkie postaci zapalenia: od zwykłych, nieżytowych do najcięższych, zgorzelinowych. Szczegółowiej o tem później. Przy postaci nieżytowej znajdujemy wyrostek zgrubiały, często zrosnięty z sąsiednimi narządami, lecz również często zupełnie wolny. Jama narządu jest powię-

kszona i wypełniona cuchnącą, śluzo-ropną zawartością, w której niekiedy znajdujemy cząsteczki kału lub małe kamyczki. Błona śluzowa jest zgrubiała, nastrzyknięta i niekiedy owrzodzona. W powiększeniu narządu biorą udział wszystkie warstwy, zwłaszcza błona mięśniowa. Jeśli przy zwykłym nieżycie błony śluzowej wyrostka następuje w jakimkolwiek miejscu zamknięcie światła, to ropna przemiana będącej w zastoju wydzieliny prowadzi do wytworzenia otoku ropnego wyrostka (*empyema processus vermiformis*). Wielkość tych ropnych torbieli jest zależną od miejsca zatkania światła: odróżniają przeto *empyema partiale et totale*. Przebieg ropnego otoku wyrostka jest w wysokim stopniu zależny od siły zarazka. Bywają postaci, w których bardzo szybko, zanim jeszcze zdołały się wytworzyć zrosty, następuje pęknięcie wyrostka, wywołujące śmiertelne zapalenie otrzewnej. Inne postaci otoku ropnego przebiegają przewlekłe: należą tu przedewszystkiem często napotykanne otoki ropne przydatku natury gruźliczej. *Empyema proc. vermiformis* stanowi przejście do dziurawiącego zapalenia wyrostka.

W powstawaniu *appendicitidis ulcrosae et gangraenosae perforativae* ważną rolę, jak już wyżej widzieliśmy, grają stężyny kiszkowe. Ponieważ zgorzel zwykle jest ograniczona, to mogą stąd powstać rozmaite postaci zależnie od tego, czy obumarcie ścian wyrostka zajmuje tylko część obwodu, czy też jest obrączkowatą. Zgorzel wyrostka postępująca, ogólna należy do wyjątków. Zdarza się czasem piorunująca postać zporzeli, prowadząca do przedziurawienia nadzwyczaj szybko, zanim jeszcze wytworzyły się zrosty.

Jak się zachowuje otrzewna w opisanych wyżej zapaleniach wyrostka? Tylko w bardzo lekkich sprawach nieżytowych i w bardzo ciężkich przypadkach ostrego przedziurawienia wyrostka błona surowicza nie bierze udziału w sprawie zapalnej. Im bardziej przewlekłe przebiega zapalenie błony śluzowej wyrostka, tem pewniejsze jest przejście sprawy na otrzewną. Powstające zapalenie błony surowiczej bywa często zlepne, przymocowujące wyrostek do sąsiednich narządów; niekiedy surowiczo-włóknikowe [patrz wstęp]. Roux opisuje jeszcze jedną postać *periappendicitidis*, która cechuje się wysiękiem plastycznym [nowotworzenie łączno-tkankowe].

Rozwijające się w następstwie wszystkich tych postaci ograniczonego zapalenia otrzewnej zrosty przymocowują wyrostek do rozmaitych narządów. Najczęściej spotykamy przyrośnięcie wyrostka do kątnicy, dalej do kiszek cienkich, czasem do odbytnicy. Zrosty z kobiecymi narządami płciowymi nie należą bynajmniej do rzadkich. Sieć wielka często ulega zrostom. Jednocześnie rozwijają się zrosty oddzielnych pętlic kiszkowych ze sobą, кишки ślepej z okrężnicą wstępującą lub z cienkimi kiszkami. Jeśli zrosty otrzewnowe stanowią z jednej strony samoobronę ustroju przeciw niebezpieczeństwu, wynikającym z przedziurawienia wyrostka, to z drugiej znów strony bardzo przyczyniają się do powstawania nawrotów zapalenia okołowyrostkowego. Wzmiankujemy tu tylko pokrótce, że ruchy robaczkowe unieruchomionego wskutek zrostów przydatku stają się nadzwyczaj utrudnione, że różnorodne zgięcia powodują zastój zawartości w wyrostku z jego następstwami, że zrosty trzew między sobą stanowią źródło ciężkich zastojów kału i że przymocowany do

otaczających narządów wyrostek, tworząc kieszeń, może stać się bezpośrednią przyczyną uwięźnięć wewnętrznych.

Bezpośrednie przedziurawienie wyrostka do narządów pustych [z którymi jest złączony za pomocą zrostów] zdarza się rzadko. Najczęściej zaś następuje przedziurawienie do warstw tkanki łącznej, skutkiem czego powstają ropnie okołowyrostkowe. O częstości tych zapaleń już była mowa we wstępie: prof. SONNENBURG we wszystkich operowanych przez siebie przypadkach [nie licząc 4 przypadków *appendicitidis simpl.*] znalazł ropień. Nie wyda się to bynajmniej dziwnem, skoro tylko weźmiemy pod uwagę z jednej strony materiał zakażający [cząstki kału, śluzo-ropę, czystą ropę, obfite zbiory różnorodnych bakteryi i toksyn], a z drugiej—glebę, na którą ten materiał pada [zmieniona wskutek zapalenia część otrzewnej, stanowiąca bardzo podatny grunt do rozwoju najrozmaitszych drobnoustrojów]. O losach tej ropy przy uleczeniu samoistnem [bez operacacyi] była już mowa wyżej: albo opróżnia się ona do kiszki lub do pęcherza, albo ulega zgęszczeniu i otorbieniu, a przy małych ogniskach ropnych, być może, ulega także wessaniu. Ropienie występuje po większej części bardzo szybko: często już na 2-gi lub 3-ci dzień mamy gotowy otorbiony ropień; LENNANDER po 40 i 60 godz. spostrzegł już ropę naokoło wyrostka.

Patogeneza ropni okołowyrostkowych jest rozmaita. Raz stanowią następstwo przedziurawienia wyrostka [najczęściej], spowodowanego przez kamienie kałowe, drugi raz powstają wskutek pęknięcia wyrostka przepelnionego ropą (*empyema pr. verm.*): w jednym i w drugim przypadku zawartość wyrostka rozsuwa warstwy łącznotkankowe i formuje sobie wśród nich jamę. Ropień tak powstały rośnie w następujący sposób: ściany wewnętrzne ulegają ropnemu rozpadowi, a na zewnętrznych, wskutek stale istniejącego zapalnego podrażnienia w sąsiedztwie, nagromadzają się coraz to nowe błony fałszywe. Drugi sposób powstawania ropnia polega na zakażeniu wielkich wysięków surowiczowłóknikowych, leżących naokoło wyrostka. Wytwarzające się w taki sposób zbiorniki ropy są znacznej wielkości; cechują się prócz tego bardzo szybkim powstawaniem. Dowodem możliwości takiego sposobu powstawania ropienia są te przypadki, w których nie znaleziono przedziurawienia wyrostka. Przypadki takie częściej się zdarzają, aniżeli dotychczas przypuszczano. Dawniej nawet wcale nie wierzono, aby coś podobnego było możliwe, a jeszcze teraz niektórzy zapatrują się na takie przypadki, jak na wyjątkowe. W jaki sposób dochodzi do skutku zakażenie wysięków surowiczowłóknikowych przy braku przedziurawienia wyrostka, na pewno nie wiadomo. TAVEL i LANZ (*Ueber die Aetiologie der Peritonitis 1893.*), badając wielokrotnie takie wysięki, znajdowali je za każdym razem wolnymi od drobnoustrojów i przyjmują przeto sposób szerzenia się zapalenia *per contiguitatem*. Ponieważ, zdaniem autora [FINKELSTEIN'a], niema ropienia bez bakteryi [?], pozostaje więc przyjęć wędrowkę zarazka przez ściany wyrostka, co jest tembardziej prawdopodobnem, że ściany te są zmienione przez sprawy nieżytowe, owrzodzenia i t. d..

Gatunki drobnoustrojów, spotykanych w ropie wyrostka i przechodzących stąd do ropni okołowystkowych, są nadzwyczaj liczne. Prócz swoich bakterii, promienicy, gruźlicy i innych przewlekłych zakaźnych cierpień, należy przedewszystkiem wzmiankować o rozmaitych drobnoustrojach ropotwórczych, z których najczęstszym jest łańcuszkowiec (*streptococcus*). TAVEL i LANZ znajdują go na 41 przypadków 28 razy. Przedstawia się on w 3 postaciach: *streptococcus intestinalis major*, *minor* i *streptococcus pyogenus*. Rzadziej znajdujemy gronkowce, z których TAVEL i LANZ wyhodowali *staphyloc. citreum*, a SAHLI podaje z literatury przypadek, w którym ropa zawierała *staphylococ. aureum*. Dalej znajdowano laseczniki błonicy, tężca i podobne do lasecznika nosacizny, *diplococcum pneum.* i *bacil. pyocyaneum*. Co do *bacterium coli commune*, to, zdaniem autora, lasecznik ten [właściwie laseczniki, bo chodzi tu nie o jedną postać, lecz o całą rodzinę bakterii] niesłusznie zajmuje w etyologii zapalenia otrzewnej to ważne miejsce, które mu w ostatnich czasach udzielają.

Do opisanych wyżej sposobów szerzenia się zapalenia z wyrostka na otaczające części należy jeszcze dodać: 1) Sposób szerzenia drogą naczyń chłonnych, t. j. *lymphangoitis* z następczem zakażeniem i zropieniem narządów gruczołowych wyrostka [przyp. FRAENKEL'a]. 2) Rozlane zapalenie tkanki łącznej: ropa toruje sobie drogę między listkami *mesenteriolii*; podnosi się po ścianie kątnicy do góry, dosięga tkanki zakątnicznej, przenika tu wieloma drogami do wewnątrz powięzi i mięśni, rozsypując się na tysiączne punkcikowate ogniska i nigdzie nie tworząc widzialnych gołem okiem zbiorników. Mamy zatem wyraźny obraz „ropnego obrzęku“ PIROGOWA. Nieuniknionem i szybkim następstwem tej sprawy jest ogólna posocznica.

Obydwa dopiero co wzmiankowane sposoby szerzenia się sprawy ropnej należą do rzadkich.

Ropa ogniska okołokątniczego jest zazwyczaj posokowatą, bardzo cuchnącą, ciągnie się jak śluz i ma barwę żółtawą lub szaro-żółto-brunatną. Czasem ropnie te zawierają gazy.

Więcej teoretyczną, aniżeli praktyczną doniosłość ma kwestya stosunku ropni do otrzewnej. Dla lekarza-praktyka kwestya ta nie ma wielkiego znaczenia, że i wewnątrz-otrzewnowe ropnie oddzielone są od samej otrzewnej za pomocą błon fałszywych i zatem uważane być mogą za leżące *extra cavum peritonei*. OPPOLZER ropnie zaotrzewnowe w okolicy biodrowej ochrzcił mianem *paratyphlitis*, nadając wewnątrz-otrzewnowym nazwę *perityphlitis*. EINHORN odróżnia *typhlocellulitis* (*paratyphlitis* OPPOLZER'a) od *typhloperitonitis* (*perityphlitis*). V. BARDELEBEN w roku 1849, a później LUSCHKA zwrócili uwagę na to, że kiszka ślepa jest zazwyczaj ze wszystkich stron pokryta otrzewną. TUFFIER na 120 trupów tylko u 9 znalazł tylną górną 3-ią część wolną od błony. We wszystkich 112 przypadkach MAURIN'a kątnica była całkowicie powleczone otrzewną. Co się zaś tyczy stosunków wyrostka robaczkowego do otrzewnej, to SYDOW na 586 trupów znalazł go 19 razy częściowo i 20 razy całkiem przykrytym otrzewną, 11 razy [2%] leżał on w całym swym przebiegu w tkance łącznej za kątnicą. Nawet przy czysto wewnątrz-otrzewnowem położeniu wyrostka możliwe jest powstawanie zapalenia przykątniczego (*paratyphlitis*). KOERTE

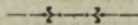
za pomocą bardzo prostego doświadczenia wskazał drogę, po której szerzy się zapalenie, przechodząc z wyrostka na tkankę łączną zakątniczą: wprowadziwszy do światła wyrostka pustą igłę (*Hohlnadel*), z wewnątrz przekłuwał ścianę tego narządu między obydwojma listkami *mesenteriali*; wstrzyknięta masa barwna rozlewała się między tymi listkami i dochodziła do tkanki łącznej, leżącej za otrzewną dołu biodrowego; przy dalszem wstrzykiwaniu płyn przepajał tkanki kroczka. Miejsce, wybrane przez KOERRE'go do przekłucia, stanowi *locus minoris resistentiae*; w tem właśnie miejscu, przy wzmagającym się ciśnieniu wewnątrz-wyrostkowym, powstają uchyłki (*diverticula*), jak to widać z przypadków KELYNACK'a i RIBBERT'a. Sposób szerzenia ropni przykątnicznych jest do pewnego stopnia typowym: wzdłuż okrężnicy ropa wędruje do góry, otacza prawą nerkę i dochodzi do brzegu wątroby; po powierzchni wątroby toruje sobie drogę dalej i nagromadza się często w ogromnej ilości między wątrową i przeponą, tworząc t. zw. ropień podprzeponowy (*abscessus subphrenicus*). Często przytem znajdujemy w prawej jamie opłucnej wysięk surowiczy [zapalenie odczynowe], który stopniowo przemienia się w ropny; jeszcze częściej ropa opróżnia się, po przedziurawieniu przepony, do prawej jamy opłucnej, lub przy zrośnięciu listków opłucnej ze sobą bezpośrednio do płuca. Ropień przykątniczny może się opróżnić także do jamy otrzewnej lub wystąpić pod skórą ściany brzusznej bezpośrednio nad łukiem udowym (*lig. Pouparti*). Do cech charakterystycznych tych ropni [czem też różnią się od zimnych ropni opadowych] należy także i to, że przy rozszerzaniu się nie postępują pewnymi utartymi drogami, lecz okazują skłonność do wdzierania się w szczeliny tkankowe: w pierwszym lepszym miejscu przeżerają najgrubsze powięzie i niszczą najsilniejsze mięśnie. Tem objaśnić można tę wielką rozmaitość okolic ciała, do których może sobie utorować drogę ropa, pochodząca ze zbiorników zakątnicznych [grzbiet, staw biodrowy, udo, kolano, dół pachowy i t. d. i t. d.].

Co się tyczy ropni wewnątrz-otrzewnowych, to umiejscowienie ich zależy od położenia wyrostka robaczkowego. Już w stanie normalnym położenie wyrostka jest rozmaite, cóż dopiero w stanie patologicznym, gdy dzięki zrostom bywa przymocowanym do najrozmaitszych narządów jamy brzusznej i miednicy. Jeśli za normę przyjąć to położenie wyrostka, przy którym on, wychodząc z tylnej ściany kątnicy poniżej zastawki BOUHN'a, kieruje się równolegle ku końcowi кишки biodrowej na wewnątrz, aby, przekroczywszy brzeg mięśnia lędźwio-udowego (*m. psoas*), wejść do małej miednicy, to rzecz jasna, przytem jednym położeniu wyrostka ropień może się utworzyć to z tyłu, to pośrodku, bliżej do linii środkowej, to wreszcie w małej miednicy, stosownie do tego, czy bierze początek z podstawy, czy z części środkowej, czy też z wierzchołka wyrostka. Lecz prócz takiego przebiegu napotykaemy, w warunkach również zupełnie prawidłowych, wyrostek już to podnoszącym się po tylnej ścianie кишки ślepej ku górze i zewnątrz, już to leżącym na otrzewnej dołu biodrowego, już też skierowanym po zewnętrznej stronie okrężnicy ku górze lub przylegającym do przedniej ściany brzucha i t. d.. U płodów i w bardzo wczesnym dzieciństwie wyrostek często wychodzi z najniższej części ślepego worka kątnicy i kieruje się od razu ku dołowi. Stosunkowo często stanowi wyrostek zawartość przepuklin, najczęściej, rozumie się, prawostronnych. Położe-

nie wyrostka, zrośniętego z innymi narządami, zależy: 1) od położenia tych ostatnich, 2) od stopnia ich napełnienia [kiszki, macica]. Wobec tego, co wyżej powiedziano o położeniu wyrostka, objaw patognomiczny MAC BURNEY'a [bólсны punkt na 2 cale na wewnątrz od *spina il. anter. sup.* na linii łączącej ten kolec z pępkiem] zdaje się tracić na swej wartości. Choć położenie ropnia okołokątniczego bywa, jakśmy widzieli, nadzwyczaj rozmaite, to jednak można przyjąć następujące główne typy, uważając zastawkę biodro-kątniczą za punkt środkowy: położenie przednio-zewnętrzne, tylne, wewnętrzne i wreszcie w małej miednicy. Samo się przez się rozumie, że między tymi typami możliwe są postacie przejściowe. Przy położeniu przednio-zewnętrznym listek otrzewnej, pokrywający przednią ścianę brzucha, stanowi przednią ścianę ropnia, kiszka ślepa tylną i wewnętrzną, dół biodrowy zewnętrzną. Od góry i od dołu mogą brać udział w ograniczeniu ropnia jeszcze inne odcinki jelit. Wyrostek robaczkowy znajduje się w tych ropniach po większej części z przodu *in fossa iliaca* lub na zewnętrznej, *resp.* dolnej powierzchni kątnicy. [D. n.]

(*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*. 1894. Bd. 38. Heft 2 u. 3. Str. 155—295).
Stanisław Pechkranc.

TOWARZYSTWO LEKARSKIE WARSZAWSKIE



Posiedzenie kliniczne z d. 29. I. 1895.

[Dokończenie. — Patrz Nr 7].

NOISZEWSKI wygłosił odczyt p. t. „Ślepotą duchową i hallucynacje wzrokowe“ następującej treści:

Pozorna wielkość przedmiotu postrzeganego zależy od 2-ech czynników: od wielkości obrazu na siatkówce i towarzyszącego mu współczesnego napięcia akkomodacyi. Mikropsya, czyli zmniejszone widzenie jest tylko szczelinowym obrazem oddalonego przedmiotu, któremu towarzyszy nieodpowiednie tej odległości napięcie akkomodacyjne. Stosownie do powierzchni, przechodzącej przez obie siatkówki, którą autor zwie powierzchnią podmiotową dla odróżnienia od powierzchni pozornych, t. j. tych, które są przeciwległe podmiotowej i od powierzchni przedmiotowej, przecinającej jednocześnie płaszczyznę: podmiotową i pozorną, prelegent utrzymuje, że każde pole widzenia ma tylko jeden punkt przedmiotowy, mianowicie punkt utkwienia osi wzrokowej, nazwanej przez siebie linią spojrzeniową. Wszystkie inne punkty danego pola widzenia nazywa punktami pozornymi, oddalonymi od odpowiednich im punktów przedmiotowych na siłę załamującą danej soczewki.

Za każdym posunięciem osi wzrokowej coraz to nowy punkt na powierzchni pozornej staje się punktem przedmiotowym i spojrzeniowym. Najmniejszy dowolny kąt posunięcia osi wzrokowej u danego osobnika jest kątem jego dyfferencyonalnego widzenia, każdy mniejszy kąt będzie kątem gono-anopsyjnym, czyli przestrzenią pomiędzy dwoma punktami nieodróżnianą.

Jeżeli kąt gono-anopsyjny jest wielki i siatkówka posiada wrażliwość normalną wtedy osobnik taki widzi, że jest kilka punktów, ale policzyć ich nie umie. Linie, łączącą kolejne punkty spojrzeniowe, nazywa autor linią wyobrażającą dany przedmiot. Wrażenia kolejnych spojrzeń układają się warstwami wciąż na te same miejsca na siatkówce oka, ale na powierzchni kory mózgowej na innych miejscach ściśle określonych kierunkiem zwrotu oka. Każdy kolejny punkt przedmiotowy zostaje rzucony podwójnym rzutem na prawa i lewą stronę siatkówki średniego oka, t. j. oka złożonego z prawej półsiatkówki prawego oka i lewej półsiatkówki lewego oka. Powierzchnie siatkówek zmianami swego położenia w przestrzeni za pomocą zwrotów oka i głowy powiększają w nieskończoność swe drobne rozmiary i czynią zadość tym sposobem wymaganiom geometrii wykreślnej, że dwie płaszczyzny pod kątem do siebie ustawione ciągną się w nieskończoność. Autor wyobraża sobie, że obręb wzrokowy kory jest tylko siatkówką miliony razy powiększoną, przytem każdej korowej siatkówce odpowiada ten lub inny kierunek spojrzenia. Poruszenia zaś gałki oka kreślą na korze mózgowej linie swej drogi, jak sfigmograf na walcu. Zmiana pola widzenia zależy tylko od zmiany w położeniu osi wzrokowej przy unieruchomionej głowie, przeciwnie każde poruszenie głowy sprowadza ruch pozorny przedmiotu, zmienia bowiem pole spojrzeniowe. Autor skłonny jest w ogóle wielkie półkule mózgu uważać za mózg *par excellence* wzrokowy, gdzie wszelki znak umysłowy jest albo znakiem wzrokowym, albo tłumaczeniem znaków umysłowych innych zmysłów na język wzrokowy. Autor dzieli ślepotę duchową na amnestyczną i ataktyczną i uzasadnia ten podział teoretycznie i na przykładach, podając wszystkie dotąd znane przypadki odzyskanego wzroku u osób z wrodzoną ślepotą. We wszystkich przypadkach N. kładzie nacisk na ataksję wzrokową, która najlepiej występuje w 2-ch przypadkach, spostrzeganych przez samego autora. Podaje następnie prelegent sposoby badania ataksji wzrokowej za pomocą tablicy z punktami i chronoptometru, t. j. przyrządu, składającego się ze zwyczajnego metronomu z diafragmą, posiadającą szczelinowy otwór i z 2 punktami na wahadle. Na podstawie powyższych danych i bezpośredniego klinicznego badania hallucynantów pośród chorych ocznych i umysłowych, autor przyszedł do wniosku, że hallucynacje należy podzielić na takie, które się zachowują jak powidoki, t. j. poruszają się wraz z okiem i na takie, które się zachowują jak rzeczywiste przedmioty, t. j. nie poruszają się wraz z okiem, a pozostają na jednym miejscu przy poruszeniach oka i głowy. Dla hallucynacji, zachowujących się jak powidoki, przyjmuje autor umiejscowienie podkorowe, dla drugich korowe. (*Autoreferat*).

W rozprawach RYCHLIŃSKI mówił, co następuje:

„O ile mogłem wyrozumieć prelegenta, to kol. N. przyznaje dwa rodzaje omamów: korowe i podkorowe. Zmienia przeto kol. N. teorię TAMBURINI'ego o tyle, że odrzuca obwodowe pochodzenie hallucynacji. Nauka nasza jest względnie tak mało opracowaną, że wypowiedzieć kategorię zdanie, gdzie jest źródło powstawania tych zбочzeń zmysłowych, obecnie jeszcze nie można. Przypomnieć jednak winienem, że korowe pochodzenie omamów wprost się sprzeciwia nauce MEYNERT'a, która ma obecnie jeszcze bardzo wielu zwolenników. MEYNERT uczył, że ze względu na tę skończoną przedmiotowość omamowego

obrazu, o jakiej nam opowiadają hallucynanci, te ostatnie zboczenia mogą powstawać li tylko w węzłach podstawowych, kora zaś mózgowa podobnie dokładnego obrazu dać nie może. Dzięki samoistnym podrażnieniom kory powstają w naszym mózgu pewne obrazy, które już HAGEN zaliczał do swoich rzekomych omamów (*pseudohallucinationes*). Naukę o tych rzekomych zboczeniach zmysłowych znacznie posunął naprzód KAUDINSKI, który uczy, że, pominiawszy już te obrazy pamięciowe minionych czasów, które HAGEN podprowadzał pod miano wrzekomych omamów, do tej grupy powinny być zaliczone wszystkie te stany, gdzie chorzy rzeczywiście widzą jakieś obrazy, słyszą długie rozmowy, gdzie jednakowoż nie ma tej przedmiotowości, jaką się odznacza przedmiot realny, na który patrzymy, lub słowa słyszane. Brak przeto przedmiotowości z jednej strony, z drugiej zaś brak odczynu wrzekomych omamów na przedmioty go otaczające, każą według słów KAUDINSKIEGO odróżniać obrazy pochodzenia korowego od takichże obrazów pochodzenia podkorowego, gdyż pierwsze stanowią grupę t. zw. przez HAGEN'a wrzekomych omamów, gdy tymczasem drugie są rzeczywistymi omamami“.

„Przykłady, przytoczone przez kol. N. względem obrazów, o których opowiadał mu chory J., a nawet i chory N., są właśnie wrzekomymi objawami. I jeżeli wnikiemy w słowa kol. N., to również trudno się zgodzić z jego teorią pochodzenia korowego omamów rzeczywistych. Kol. N. przypuszcza, że na korze mózgowej odbija się każdy przedmiot, na który patrzymy w tysięcznych punktach stosownie do kierunku osi wzrokowej. Nie mogę sobie wytłómaczyć, dla czego w takim razie przy podrażnieniu ograniczonem kory mózgowej hallucynant wzrokowy nie widzi odpowiedniego przedmiotu z pewnego tylko kierunku, ale mówi o swem przywidzeniu tak, jakby go widział ze wszystkich stron, jak gdyby ta mara, trapiąca go stała i poruszała się przed nim?“ (Autoreferat).

Noiszewski odpowiada, że punkt wzrokowy na korze mózgowej odpowiada pewnemu przedmiotowi w pewnym położeniu jego, a nie części tego przedmiotu. Co się zaś tyczy rozróżniania wrzekomych omamów od rzeczywistych, to nie rozumie, po co jest potrzebny podobny podział.

„Na powyższe słowa RYCHLIŃSKI odpowiada, że, gdyby wyobrażenia na korze mózgowej, podrażnione tą lub inną drogą, dawały tak jaskrawy obraz, że równałby się rzeczywistemu przedmiotowi, to koniecznie należałoby przypuścić, że powstały w korze mózgowej obraz przejawia się na zewnątrz i wtedy zjawiłoby się pytanie: jakie drogi nerwowe przeprowadzają to odśrodkowe podrażnienie, bo chyba nie te same, które w zwykłych warunkach przeprowadzają dośrodkowe bodźce? Stosując się do teorii, którą wygłosił kol. N., trudno przypuścić, by powstałe podrażnienie kory mózgowej w jednym miejscu nie rozszerzyło się na wiele innych punktów, gdyż wiadomo, jakie posiadamy rozgałęzione kojarzenia wyobrażeń, z czego wynika, że osobnik taki otrzymałby mniej lub więcej sklejonny obraz, któryby przesunął się przed jego oczami, zwracając uwagę tylko na siebie z krzywdą apercepcji otaczającej go sfery. Hallucynacja rzeczywista nie tylko nie wyklucza, ale nawet wymaga, aby razem z nią objęte były i przedmioty realnego otoczenia, przy podobnie zaś złożonych obrazach, jakie daje podrażnienie

kory mózgowej, obejmowanie rzeczywistych przedmiotów, jest, według zdania RYCHLIŃSKIEGO, niemożliwe.

Senne mary, które jak utrzymują, są korowymi omamami, bez zaprzeczenia różnią się od omamów rzeczywistych, różnią się od nich również te żywe obrazy, jakie powstają w głowie wielkich artystów. Ta jaskrawość i ta do pewnego stopnia przedmiotowość obrazów powstałych tą drogą w umysłach jednostek, o których mówimy dla tego tylko, że mają talent, różni się również od rzeczywistych omamów chociażby już tem, że artysta-malarz albo dowolnie, albo pomimo woli wywołuje te lub inne obrazy swej fantazyi, czuje jednak, że mózg jego wtedy pracuje. Hallucynant zaś, który widzi dyabła koło krzesła lub pieca, lub cień w kącie pokoju, nie uczuwa przytem pracy własnego mózgu, a tembardziej nie może dobrowolnie przerwać lub wywołać tego obrazu. Dla nas klinicystów odróżnienie prawdziwych od wrzekomych omamów ma chociażby to znaczenie, że tą drogą możemy rozróżniać, w jakim okresie choroby znajduje się ten lub inny umysłowo chory, gdyż wiadomo, że z hallucynantem inaczej trzeba postępować, gdy tymczasem w okresie otępienia chorego niema hallucynacyi lub są one bardzo rzadko, wrzekome zaś omamy spotykają się często. Być może, przyszły rozwój nauki naszej da nam pewne wskazówki, dla czego w jednych razach zjawiają się prawdziwe, w innych zaś przeważają wrzekome zбочenia zmysłowe? (Autoreferat).

List otwarty do Redakcyi Gazety Lekarskiej.

SZANOWNY REDAKTORZE!

Stosownie do swego zapowiedzenia w N-rze 4-tym „Gazety Lekarskiej“, podaję niniejszem do wiadomości wyniki badań swoich nad siłą surowicy ARONSON'a. Surowicę tę badałem w sposób zupełnie taki sam, jak i surowicę ROUX i BEHRING'a [p. № 4 Gaz. Lek.]. Doszedłem przytem do wniosku, że przysłany mi transport surowicy [ze stemplem 2. II. 1895] posiadał siłę 90-iu jedności uodporniających według nomenklatury niemieckiej i $\frac{1}{100000}$ — według nomenklatury francuskiej. A więc surowica ta jest prawie tak samo silną, jak i surowica BEHRING'a № II. Ponieważ taka siła surowicy, jak w nadesłanym mi 1-ym transporcie, przyjętą została przez ARONSON'a za *minimum* tego, co sprzedawać będzie, musimy więc uważać, z dokładnością prawie zupełną, że siła surowicy ARONSON'a równa się sile surowicy BEHRING'a № II. Jedną więc, zamiast drugiej, może być używana.

Cena tej surowicy wynosi od 15. II-go po 3,5 marek za 10 ctm. sześć., czyli $\frac{3}{4}$ tego, co cena równoznacznej jej ilości surowicy francuskiej [20 ctm. sześć.], a z górą 3 razy mniej, niż cena równoznacznego jej słoika BEHRING'a № II. Od 15-tego lutego surowica ta jest nawet silniejsza od tej, którą badaniu poddałem, a więc z tem większem prawem zamiast № II z Höchst może być używana.

Wł. Janowski.

Wiadomości bieżące.

— N. ROSENTHAL podaje sposób ratowania pozornie zmarłych noworodków, podobny do sposobu SCHULTZE'go, prostszy jednak i łatwiejszy w wykonaniu. Dziecko leży na stole w znak, pod głowę podłożony walek. Lekarz, ująwszy w ręce swoje stopy dziecka w ten sposób, że wskazaciele jego znajdują się na grzbietach stóp, paluchy na podszewkach, a obrączkowe palce obejmują ścięgna ACHILLES'a, zgina dziecku kolana, stawy udowe i kręgosłup tak, ażeby kolana dotykały klatki piersiowej, następuje wtedy wydech; przy wyprostowaniu zaś nóg następuje wdech. Sposób powyższy nadaje się szczególnie w razie złamania obojczyka lub ramienia. Można by także z korzyścią stosować zawieszanie (*suspensio*) noworodka za nogi w celu ułatwienia wydostania się z dróg oddechowych wód płodowych, które się tam przy pierwszych wdechach dostały. (*Therapeut. Monatshefte. Rok VII. Zeszyt 11*).

M. W.

— Prof. EDWARD LANG miał odczyt w Towarzystwie Lekarskim Wiedeńskim d. 26. X. 1894 o leczeniu wilka na drodze operacyjnej, wyniki zaś swojej metody przedstawił w osobach pięciu chorych. Leczenie polega na doszczętnem wycięciu (*extirpatio*) chorobowo zmienionych miejsc skóry z następczą transplantacją według sposobu THIERSCH'a. W niektórych tylko przypadkach przeszczepienie płatków, według THIERSCH'a, jest niewystarczające, ze względu na kurczenie się następcze tkanek, i wówczas zaleca się przeszczepianie płatów z całej grubości skóry. LANG gorąco zaleca ten sposób leczenia, który bez zaprzeczenia stoi wyżej od wszelkich innych dawniejszych sposobów. (*Wien. klin. Woch. 44. 1894*).

W. Ż.

— LORENZ opisuje przypadek ciąży zewnątrz-maciczej brzusznej, przy której przez zrost worka płodowego z kiszka nastąpiło połączenie się worka ze światłem jelita i części płodu zmarłego zaczęły wychodzić przez odbytnicę. Gdy autor po trzech z górą latach od początku ciąży przystąpił do laparotomii, znalazł worek płodowy w lewej połowie brzucha zrosnięty z pętlcami jelit, siecią i otrzewną ścienną; ponieważ rękoczyn radykalny, t. j. całkowite usunięcie worka z jamy brzusznej, było nader niebezpieczne ze względu na zrosty, bardzo kruche ściany worka i jego wartość, wreszcie ze względu na ogólny lichej stan chorej, L. z niemałą zresztą trudnością wszył przednią ścianę worka płodowego do rany brzusznej; po upływie dni dziesięciu nastąpiło zupełne przyrośnięcie worka do rany brzusznej, a jednocześnie niemal powstał otwór w przedniej ścianie worka, który rozszerzono na tępo i usunięto resztki płodu. Kał wychodził po części przez odbytnicę, po części przez ranę brzuszną. Aby zwrócić kał na drogę zwykłą, nałożono na ów odbył sztuczny opatrunek uciskający, dzięki któremu przetoka brzuszna zaczęła się stopniowo zmniejszać; zupełne jej zamknięcie się nastąpiło dopiero w jedenaście miesięcy po rękoczynie. Wyzdrowienie zupełnie. (*Deut. med. Woch. 1894. 49*).

W. Ł.

— Według CARSLAW'a [Glasgow], dezynfekowanie jam nosowych oraz gardzieli u chorych na szkarlatynę ma znaczenie pierwszorzędne, ponieważ groźne objawy, występujące podczas szkarlatyny, zależą od wessania substancji zakaźających przez błonę śluzową, wyściełającą jamę nosogardzielową. C. z wynikiem pomyślnym przeprowadzał przez nozdrza świeczki z żelatyny, zawierające eukaliptol lub jodoform; pilokarpiny natomiast, zalecanej przez niektórych lekarzy, radzi unikać wobec często u chorych na szkarlatynę skrycie przebiegającego cierpienia serca; środki przeciwgorączkowe, np. fenacetyna, są niebezpieczne, ponieważ mogą wywołać upadek sił. Odrzucić również należy środki czyszczące, ponieważ spowodują one uporczywą biegunkę, objaw w szkarlatynie złowieszczy. Obmywania wodą letnią są, według C., doskonałym środkiem uspakajającym; przed wystąpieniem wysypki obmywać można wodą z dodatkiem sproszkowanej gorczycy. Najdzielniejszym środkiem przeciwgorączkowym są obmywania chorych w zmoczone prześcieradła na pół lub całą godzinę; obmywania te jednak również spowodować mogą upadek sił, dlatego też stosować je należy nader ogłędnie. (*La Semaine Méd. 1894. 59*).

W. Ł.

— WREDEN [z Kijowa] spostrzegł znakomity wpływ kreozotu na przebieg *bronchitidis putridae*. Mężczyzna, 35-letni miał liczne przetoki okolicybytnicową, po operacji czuł się lepiej; po upływie jednak miesiąca wystąpiły dolegliwe bóle w okolicy podobojczykowej lewej, zjawił się gwałtowny kaszel z płwociną szaro-zieloną, nadzwyczaj cuchnącą i zawierającą wielkie ilości bakterii i mikrokoków, ciepłota zaś podniosła się do 40°. Objawy te nie ustępowały pod wpływem leczenia wziewaniami terpentyny oraz wewnętrznego podawania chininy, a chory słabł coraz bardziej. Wówczas W. rozpoczął wstrzykiwania podskórne kreozotu w lewy bok, począwszy od 1,5 rozczynu z 1 częścią kreozotu na 14 części oliwy, t. j. 0,1 kreozotu na dawkę. Ciepłota tegoż dnia wieczorem spadła do 38,8°; na drugi dzień wstrzyknięto 3,0 rozczynu, t. j. 0,2 kreozotu, ciepłota spadła do 37,7°, bóle ustaly, kaszel znacznie się zmniejszył oraz ilość i woń płwociny. Trzeciego dnia wstrzyknięto 4,5 rozczynu [0,3 kreozotu], czwartego zaś 6,0 płynu [0,4 kreozotu], a wówczas wszystkie objawy *bronchitidis putridae* ustąpiły. Tym sposobem chory w przeciągu dni czterech przyjął drogą podskórną 1,0 kreozotu, nie zaznawszy żadnych zgoła objawów toksycznych. (*La Semaine Méd.* 1894. Nr. 63). W. L.

— HALLOPETER, prof. kliniki pedyatrycznej w Filadelfii, radzi w początkowych okresach krztusćca pulweryzować jamę nosogardzielową wodą utlenioną, a zarazem zaleca możliwy spokój; dziecko radzi umieścić w obszernym pokoju, na noc łóżko otoczyć firankami, aby tym sposobem ochronić chorego od fal powietrznych; już te najprostsze środki mają znakomicie wpłynąć na zmniejszenie się ilości napadów krztusćca. Z licznych szeregu środków leczniczych H. zatrzymuje się nad belladoną, którą stosuje w postaci nalewki, podając ją z początku po tyle kropel w ciągu dnia, ile dziecko ma miesięcy, a następnie szybko podnosi dawkę aż do wystąpienia objawów działania fizyologicznego. Przyzwyczajenie do środka następuje szybko, postępując zatem oględnie, dawkę stopniowo powiększać można bezkarnie. U niemowląt autor stosował świeżo przygotowany plaster z wyciągu belladony na okolicę podłopatkową, często z dobrym wynikiem. W przypadkach ciężkich H. radzi pędzlować tylną ścianę gardzieli 2% rozczynek kokainy. Leczenie powyższe podjęte już w t. zw. okresie nieżytowym działać może nawet poronnie, trudności zaś rozpoznawczych we wczesnym okresie krztusćca, według autora, nie ma, objawami bowiem patognomicznymi dla okresu nieżytowego krztusćca, mają być: obrzmienie łącznic i stan obrzękowy twarzy podobny do tego, jaki bywa w odrze. (*La Semaine Méd.* 1894. 63). W. L.

— Profesorowie tutejszego uniwersytetu: BRODOWSKI, HOYER, KOSIŃSKI, NAWROCKI mianowani zostali profesorami zasłużonymi.

— Lekarze gubernii Radomskiej zawiązują Towarzystwo Lekarskie. Projekt ustawy ma być w tych czasach wysłany do zatwierdzenia władzy.

— Nr. 7 „Časopisu lékařů českých“ z d. 15 lutego r. b. poświęcony jest całkownie prof. D-rowsi BOGUMILOWI EISELT'owi w Pradze Czeskiej „Zakladatele a prvému redaktorů“ tegoż czasopisma „k wázqueznemu jubileu 40-letého doktorátu a služby v nemocnice“. Numer ten zawiera mianowicie 2 prace prof. THOMAYER'a i REINSBERG'a, omawiające zasługi naukowe i społeczne jubilata. Do numeru dołączono wyborną podobiznę Szanownego Jubilata. Redakcyja naszego czasopisma, nie będąc powiadomioną o tej uroczystości, nie mogła w inny sposób wynurzyć życzeń Jubilatowi i dlatego uprasza Go o przyjęcie ich na tem miejscu.

Sprostowanie. W Gazecie Lekarskiej w N-rach 1, 2, 3, 4 i 5 do artykułu „Zapalenie płuc kómkowe“. Str. 12, wiersz 20 od dołu „za wieńcem“ wypuszczono: „otaczają oskrzelik“; str. 118 wiersz 8 od dołu zamiast „stosowaniu“ powinno być: „stawianiu“; str. 119 wiersz 20 od dołu zamiast „przypadkowym“ powinno być: „przypadowem“; str. 12 wiersz 2 od góry zamiast „10%“ powinno być: „1%“; str. 120 wiersz 19 od góry zamiast „zmienione“ powinno być: „zmieniane“; str. 121 wiersz 5 od góry zamiast „właśnie“ powinno być: „właściwie“.

NADEŚLANO DO REDAKCYI:

Haskovec. Sur l'effet hypnotique du chloralose. (Odb. z „Revue Neurologique“).

Pel. Wlianie spermina na obmien wieszczestw pri autointoksykacyach woobszcze i pri moczekislom diatezie w osobiennosti. (Odb. z „Žurn. med. Chemii i Farm.“).

Guse. Ueber Ischias scoliotica. (Odb. z „Wien. med. Presse“).

Kucharzewski. Przypadek trypra powiklanego reumatyzmem, zaburzenia-mi ze strony układu nerwowego etc. (Odb. z „Kron. Lek.“).

Tenże. Ueber die therapeutische Wirkung des Phenocollum hydrochloricum. (Odb. z „Petersb. med. Wied.“).

Tenże. Un cas d'abcès du cerveau. (Odb. z „Prog. méd.“).

Knaster. O zapaleniu płuc grypowem. (Z „Medycyny“).

Zaleski. Nad mogiłą Karła Szmidta. Tomsk 1894.

L. Korczyński. O chorobie Basedowa. Kraków 1894.

Worotynski. Słuczaj istieryczeskoi niemoty. (Odb. z „Newrolog. Wiestn.“).

Sobierański. Nowsze badania nad farmakologią żelaza. Poznań 1895.

Warman. Asa foetida in den geburtshülffchen und gynaekologischen praxis. (Odb. z „Therap. Monatsh.“).

Zieleniewski. Skorowidz ważniejszych zakładów leczniczych. Kraków 1895.

Kryński. O leczeniu chirurgicznym zapaleń otrzewnej. (Odb. z „Przegl. lek.“).

Markusfeld. O świerzbie. (Odb. z „Kron. lek.“).

Misiewicz. Poszukiwania kliniczne nad działaniem kąpieli nasiadowych przy cierpieniach dróg moczopłciowych i innych narządów jamy brzusznej. (Odb. z „Nowin lek.“).

Florkiewicz. O klimacie górskim Podhala tatrzańskiego i stacyi klimatycznej w Zakopanem. (Odb. z „Medycyny“).

Funk i Grundzach. O pokrzywce u dzieci i związku jej z krzywicą i atonią żołądka. (Odb. z „Medycyny“).

Luxenburg i Zawadzki. Ein Fall von Ulcus ventriculi rotundum auf Grund syphilitischer Gefässerkrankung. (Odb. z „Wien. med. Presse.“).

Zawadzki. Schwefelwasserstoff im erwaiterten Magen. (Odb. z „Ctbl. f. nuc. Med.“).

Tenże. O zaparciu stolca oraz o t. zw. chorobie Glénarda. (Odb. z „Kroniki lek.“).

De Buck & Vanderlinden. Ueber die Wirkung des Salophens bei schmerzhaften Affectionen, Neuralgien, Cephalalgien etc. (Odb. z „Allg. med. Ct-blatt.“).

Heiman. Otite moyenne chronique purulente gauche abcès cérébelleux latent, mort. (Odb. z „Annales des maladies de l'oreille“).

Tenże. Świedzenia o bolnych i ispytujemych w usznom otdieleniu Warszawskiego Ujazdowskiego wojennago hospitała w 1894 godu.

Tenże. O śmiertelnych powikłaniach chorób ucha. (Odb. z „Medycyny“).

Bychowski. O chorobie Parkinsona. (Odb. z „Medycyny“).

Guranowski. Ein Fall von tuberculöser Otitis media nebst einigen Bemerkungen über tuberculöse Mittelohrprocesse. (Odb. z „Monatsh. f. Ohrenk.“).

Rozmarynowicz. Zasady gospodarstwa społecznego Część I. Kraków 1894.

Töpfer. Ueber glycosurisch wirkende Darmgifte. (Odb. z „Wiener. klin. Rund.“).

Lavraud. Le salophène antirhumatismal. (Odb. z „Journ. d. sc. méd. de Lille“).

Zieniec. Beiträge zur Lehre vom Fieber. (Odb. z „Wien. med. Presse“).