

# GAZETA LEKARSKA

Z ODDZIAŁU CHORÓB NERWOWYCH D-RA W. GAJKIEWICZA W SZPITALU STAROZAKONNYCH  
W WARSZAWIE.

## I. KILKA PRZYPADKÓW NOWOTWORÓW MÓZGOWIA.

Napisał

**Konstanty Stróżewski.**

Jak często spotykają się guzy mózgowia, trudno z całą ścisłością określić, sądząc jednak ze statystyki ALLEN STARR'a, BYROM BRAMWELL'a i kilku szpitali angielskich, mniej więcej jeden nowotwór mózgowia przytrafia się na 100 nekropsyi. Nie mam odpowiedniej statystyki z warszawskich szpitali, sądząc zaś z częstości spotykanych nowotworów na oddziale D-ra GAJKIEWICZA, to na 200—250 chorych na oddziale w ciągu roku, nowotwór mózgowia spostrzeganym jest mniej więcej w 10 przypadkach, co stanowi 4—5% wszystkich chorych; rozumie się, że statystyka taka jest wielce nieścisłą, na oddziale przebywają najczęściej przypadki cięższe. W każdym razie nowotwory mózgowia nie należą do nadzwyczaj rzadkich wydarzeń, umiejętność rozpoznania, a zarazem zlokalizowania jest ważną rzeczą, gdyż niekiedy możemy uratować życie choremu za pomocą operacyi.

W niniejszej pracy pozwolę sobie obszerniej omówić kilka ciekawszych przypadków nowotworów mózgowia, w których nastąpiło zejście śmiertelne, a następnie badanie pośmiertne. Omawiając zaś wogóle charakterystykę nowotworów mózgu, opierać się będę, z jednej strony, na dostępnej mi literaturze, z drugiej strony, na kilkudziesięciu przypadkach nowotworów, które miałem sposobność spostrzegać na oddziale D-ra GAJKIEWICZA w ciągu kilku ostatnich lat.

**Spostrzeżenie I.** *Tuberculum solitaire pontis.* S. S., 9 lat liczący, chory od 5 miesięcy. Z wywiadów, dowiedzieliśmy się, że zawsze był zdrowy, pochodzi z rodziny zdrowej, rodzeństwo zdrowe. Choroba obecna zaczęła się po spadnięciu ze schodów, chociaż chory głowy nie rozbił sobie przytem, sam przytomny wrócił do domu. W tydzień po owym spadnięciu zaczęły się bóle głowy i częste wymioty po jedzeniu; po upływie miesiąca od upadku zaczęły słabnąć lewe kończyny; głowę i oczy wykręcał w lewo; usposobienie zmieniło się, chory to płakał, to śmiał się; drgawek nie było; od 2 miesięcy źle widzi; od 2 tygodni prze-



stał chodzić; od 6 tygodni nie było wymiotów. Przy badaniu dokonaniem dnia 9. VIII. 1895 r. znaleziono: chory skarży się na ból głowy w lewej okolicy skroniowej, źrenice równe, oddziałują dobrze na światło i akomodację; bieganie oczu (*nystagmus*) przy ustawieniu wzroku w górę lub w lewo; porażenie nerwu okoruchowego zewnętrznego prawego (*n. abducentis dext.*), szpara oczna lewa węższa, aniżeli prawa; dolne gałązki nerwu twarzowego prawego osłabione; ruchy językiem dobre. Sfera czuciowa w porządku z wyjątkiem lewej dłoni, w której osłabienie czucia na dotyk. Odruchy ścięgniste żywe. Lekki niedowład lewej połowy ciała; lekki bezład [ataksya] w lewej górnej kończynie. Chód z zataczaniem się.

Badanie w dniu 26. X. wykazało prócz powyższych objawów niedowład prawych kończyn, które są znacznie słabsze od lewych.

Przy badaniu 2. III. 1896 r. znaleziono: przy opukiwaniu głowy bólu nie ma; porażenie obu nerwów okoruchowych zewnętrznych, zwłaszcza lewego; lewa szpara oczna węższa od prawej, źrenica prawa szersza od lewej, obie oddziałują dobrze; niedowład dolnych gałązek prawego nerwu twarzowego; ruchy językiem dobre; prawe kończyny słabsze od lewych, zwłaszcza górna, bezwład we wszystkich kończynach, więcej z prawej strony. Czucie dotykowe i bólowe w prawej połowie ciała obniżone; prawą dłonią nie odróżnia przedmiotów. Stać ani chodzić bez pomocy osoby drugiej nie może, chód z zataczaniem. Odruch z gardzieli osłabiony, z białówki odruchu nie ma, ścięgniste odruchy żywe. Przed kilku dniami były wymioty i zawrót głowy. Badanie dna oka zmian żadnych nie wykrywa. Ciepłota na prawym ramieniu  $29^{\circ}$ , na lewym  $31,5^{\circ}$ ; po paru dniach różnica w ciepłocie o  $4^{\circ}$  na górnych kończynach, lewa cieplejsza. Na twarzy lewa połowa  $31^{\circ}$ , prawa  $30,5^{\circ}$ ; pod lewą pachą  $36,9^{\circ}$ , pod prawą  $36,3^{\circ}$ . Noga prawa chłodniejsza od lewej o  $2^{\circ}$ . Tętno 100 na minutę. Sinica na górnej prawej i obu dolnych kończynach.

Dnia 27. IV. język zbacza na prawo, wymioty, mowa mniej wyraźna, niż dawniej; osłabienie odruchu z łącznicy i rogówki; osłabienie prawych kończyn, czucie osłabione na lewej dolnej kończynie, zresztą po dawnemu.

D. 31. V. lewa górna kończyna cieplejsza od prawej; na dolnych kończynach odwrotnie—prawa cieplejsza. Opadnięcie prawej powieki (*ptosis dex.*); tętno 100, zez zbieżny, na dnie oka zmian żadnych [kol. MUTERMILCH], źrenice równe, szpara oczna lewa szersza od prawej. Chora skarży się na utrudnienie połykania; apatya, nie rozmawia z nikim, leży spokojnie na łóżku, przytomność zupełna, odpowiada na pytania; częste wymioty.

Dnia 19. VI. 1896 r. śmierć; nazajutrz badanie pośmiertne.

A więc w danym przypadku mieliśmy początkowo tylko ogólne objawy uciskowe ze strony mózgu, jak wymioty i bóle głowy; wkrótce potem wystąpiły ogniskowe objawy, mianowicie: porażenie nerwów okoruchowego zewnętrznego i twarzowego z prawej strony i osłabienie kończyn z lewej strony; objawy powyższe pozwalały podejrzewać istnienie guza, usadowionego w prawej dolnej połowie mostu WAROL'a. Następnie guz ten rósł i zajmował coraz większą przestrzeń i zajął drugą połowę mostu, dając objawy drugiej *hemiplegia alternans*, mianowicie: porażenie lewego nerwu okoruchowego zewnętrznego



i prawych kończyn. Nowotwór rozszerzał się następnie, wywołując objawy uciskowe, które rzadziej spotykamy przy guzach w móście, mianowicie: porażenie nerwu trójdzielnego prawego, bieganie oczu, opuszczenie prawej powieki, rozszerzenie prawej źrenicy, zataczanie się przy chodzeniu, bezład w kończynach.

Brak zastoinowej brodawki przy nowotworach mostu nie należy do rzadkich zjawisk. Ciekawszym objawem w danym przypadku jest stale spostrzegane przyspieszenie tętna, około 100 na minutę.

Wielce interesującym objawem w naszym przypadku są różnice, jakie spostrzegaliśmy w ciepłocie różnych miejsc ciała i prawie stale lewa połowa ciała była cieplejszą od prawej, różnica wynosiła do 4° C.. Różnica ta niezależną była od zaburzeń cyrkulacyjnych obwodowych, gdyż często jednakowo wyrażona była sinica na kończynach odpowiednich wtedy, kiedy ciepłota mierzona termometrem, wykazywała różnicę do 4° C..

W danym przypadku prócz objawów, przemawiających za istnieniem nowotworu mózgu, spostrzegaliśmy objawy histeryczne, mianowicie brak odruchów z łązniczki, gardzieli, zmienne zaburzenia czucia na kończynach. Objawy te przy braku brodawki zastoinowej mogły łatwo wzbudzić podejrzenie symulacji histerycznej, ponieważ i inne objawy, jak bóle głowy, wymioty, zaburzenia ruchowe mogły być łatwo uważane za objawy histeryi. Za rozpoznaniem nowotworu głównie przemawiały ogniskowe objawy, mianowicie początkowo *hemiplegia alternans* z jednej strony, a potem i z drugiej strony. Mielśmy w danym przypadku tak często spostrzeganą „*association hystéro-organique*“. Nekropsya w zupełności potwierdziła rozpoznanie. Badanie makroskopowe i drobnowidzowe, dokonane łaskawie przez kol. STEINHAUSA, dało następujący wynik:

Patologicznie zmienionym jest tylko most WAROL'a, mianowicie jest on znacznie pogrubiony i rozszerzony, przytem zgrubienie, jak i rozszerzenie dotyczą przeważnie prawej połowy. Na poprzecznych przekrojach widać, iż pogrubienie i rozszerzenie zależne są od obecności masy nowotworowej, dochodzącej w przedniej części aż do *pedunculi cerebri*, w tylnej zaś kończącej się o kilka milimetrów nad rdzeniem przedłużonym.

Masa nowotworowa wypełnia całą prawą połowę mostu za wyłączeniem kilkumilimetrowej przestrzeni w górze, w głębi i na prawo od linii środkowej. W lewej zaś połowie masa nowotworowa zajmuje środkową część mostu, pozostawiając niezmienionym cały obwód, zarówno z góry i z dołu, jak i z boku.

Drobnowidzowe badanie zatopionego w parafinie 4 milimetry grubego odcinka mostu, wyciętego pionowo do jego długiej osi ze środkowej trzeciej części mostu, pokazało, że nowotwór składa się w ośrodkowej części z mas serowatych, obwód zaś z licznych gruzełków nie zwyrodniałych, należących do typu wielokomórkowego: w środku jedna, dwie, niekiedy nawet trzy olbrzymie komórki, wokoło duże epitelioidalne komórki [niekiedy dwujądrowe lub trzyjądrowe], na obwodzie zaś drobnokomórkowe nacieczenie, prawie weale niewdrążające do warstwy epitelioidalnych komórek.



Laseczników — zapewne wskutek bardzo długiego, bo dwuletniego przechowywania preparatu w formalinie — nie udało się zabarwić.

Co się tyczy tkanki nerwowej mostu, to prócz powierzchownych włókien poprzecznych i dróg piramidalnych w dolnej części, a szarej substancji, stanowiącej dno czwartej komory, w górnej, wszystko w prawej połowie mostu zniszczone. W lewej połowie zaś prócz zniszczenia głębokich włókien poprzecznych po za drogami piramidalnemi i części środkowej *substantiae reticularis* patologicznych zmian nie znaleziono.

**Spostrzeżenie 2.** *Neoplasma medullae oblongatae*. A. K., lat 33, chory od 2 tygodni, choroba zaczęła się osłabieniem wzroku i osłabieniem siły i czucia w lewej kończynie dolnej; przed kilku dniami zawrót głowy; skrócenie prawej połowy twarzy, utrudnienie połykania i słuchu. Chory pochodzi ze zdrowej rodziny; dzieci niema, dawniej chorował na tyfus; używał sporo alkoholu. Przy badaniu w dniu 26. IV. 1897 roku znaleziono: ból głowy w czole, zawrót głowy od podwójnego widzenia; słyszy gorzej, niż dawniej; przed 10 laty cierpiał na wyciek z ucha; widzi lepiej lewem okiem; zez zbieżny; porażenie nerwu okoruchowego zewnętrznego prawego (*n. abduc. dex.*); zupełne porażenie całego nerwu twarzowego prawego; język zbacza na prawo; źrenice równe i dobrze oddziałują; lekkie bieganie oczu (*nystagmus*) we wszystkich kierunkach, porażenie nerwu zwrotnego prawego (*n. recurrentis dex.*), czucie krtani zachowane, odruch z łącznicy i gardzieli zmniejszony z prawej strony; słuch gorszy na prawo. Nastroj ducha chorego smutny, zmieniony. Ruchy kończynami zachowane; z lewej strony słabsze; dynamometr: prawa ręka 65, lewa 60. Czuciowa sfera: *hemianaesthesia et hemihypalgesia sinistra*. Odruchy kolanowe dobre; odruchu z podniebienia miękkiego niema. Duszność, tętno 120. Serce w porządku; połyka z trudem; tętno 112. Badanie 4. V. wykazało: chory skarży się na mącenie w głowie; połyka z trudem; źrenica lewa szersza od prawej; porażenie nerwów okoruchowego zewnętrznego i twarzowego całego z prawej strony; bieganie oczu; język zbacza wprawo i drży. Badanie dna oka prócz rozszerzenia żył nie wykryło zmian żadnych. Dnia 12. V. śmierć.

Badanie pośmiertne wykryło: silne żyłne przekrwienie opon mózgowych, zmętnienie opony miękkiej wzdłuż naczyń. Prawa połowa rdzenia przedłużonego przedstawia się zgrubiałą; nowotwór podnosi w górę prawą połowę 4-ej komory mózgowej; na przecięciu jest on dość twardy. Badanie drobnowidzowe wykazało, iż jest on glejakiem.

W danym przypadku mieliśmy następujący zbiór objawów chorobowych porażenie nerwów: zwrotnego, podjęzykowego i języko-gardzielowego z prawej strony i niedowład kończyn z lewej strony, a więc *hemiplegia alternans* która wskazywała na ograniczony guz w rdzeniu przedłużonym w prawej jego połowie. Porażenie nerwów okoruchowego zewnętrznego i twarzowego z prawej strony tłómaczyć można uciskiem na most WAROL'a.

Przypadek nasz należy do wyjątkowych; zwykle nowotwory rdzenia przedłużonego nie dają charakterystycznych objawów, tak, iż za życia robiono najróżnorodniejsze rozpoznania, a dopiero nekropsya wykrywała guz w rdzeniu



przedłużonym. Prócz tego guzy te bywają zazwyczaj rozlane, zajmują obie połowy rdzenia. W naszym przypadku mieliśmy objawy ogniskowe, wskazujące na cierpienie jednej połowy rdzenia przedłużonego. Interesującym objawem w naszym przypadku było stale przyspieszone tętno podczas pobytu na oddziale. Brak zastoinowej brodawki, spostrzegany w opisanym przypadku, często bywa notowany przy guzach rdzenia przedłużonego.

**Spostrzeżenie 3.** *Neoplasma lobi parietalis sinistri*. C. J., lat 42. Z wywiadów dowiedzieliśmy się, że chory zawsze cieszył się dobrem zdrowiem, syfilisu nie miał, alkoholu nie nadużywał. Od 3-ch lat miewa co kilka lub kilkanaście tygodni drgawki w prawej połowie twarzy bez utraty przytomności; raz tylko drgawki zajęły i kończynę górną prawą.

Przy badaniu dnia 16. XI. 1897 znaleziono: chory skarży się na uczucie drętwienia w prawej połowie ciała, utrudnienie mowy i ból głowy, więcej z prawej strony i nocą. Zrenice równe, oddziaływają dobrze, dolne gałązki nerwu twarzowego prawego osłabione; wszystkie ruchy kończynami dobre, ale z prawej strony słabsze. Czucie na dotyk i ból na prawej połowie ciała cokolwiek słabsze, aniżeli na lewej. Odruchy ścięgniste żywe. Mowa powolna, niekiedy chory zamienia słowa, ale wszystko mówi. Serce w porządku, tętno twarde. Żadnych śladów syfilisu. Tętno 76.

Następnego dnia podczas wizyty wystąpiły drgawki w mięśniach prawej połowy twarzy, także w mięśniu okrężnym powiek; język drgał wprawo; także drgawki w mięśniach szyi z prawej strony i w prawych kończynach, przytem chory przytomny, rozumiał zapytania, ale sam mówić nie mógł. Przed napadem ból głowy. Po napadzie jasno wyrażone porażenie prawego nerwu twarzowego, język zbacza wprawo i chory mówić nie może. Napad trwał dwie godziny.

Dnia 20. XI. Osłabienie kończyn prawych zwiększyło się; dynamometr: prawa ręka 0, lewa 90; osłabienie zmysłu mięśniowego w prawych kończynach; zaburzenia mowy zwiększyły się.

Dnia 27. XI. Ból głowy chory umiejscawia w prawej połowie; przy stukaniu prawa połowa czaszki bardziej wrażliwa, niż lewa. VII i XII nerwy w porządku; prawe kończyny bardzo słabe; inteligencya chorego przyćmiona.

Dnia 30. XI. Drgawki w prawej połowie twarzy w ciągu 4—5 minut. Mowa gorzej: zapomina wiele słów, powtarza dobrze. Badanie wzornikiem nie wykrywa zmian żadnych na dnie oka.

Dnia 12. XII. *stupor*: chory chodzić nie może, prawe kończyny sparaliżowane, odruchy z prawej strony silniejsze, tętno 76. Dnia 14. XII. tętno 88, chory przytomny.

Dnia 21. XII. Tętno 116; śmierć. Badanie pośmiertne, dokonane nazajutrz, wykryło kości czaszkowe bez zmian; opona twarda normalna; opony miękkie przekrwione bez zrostów, prócz zrostu na miejscu nowotworu, który zajmuje cały zraz ciemieniowy lewy, odpychając ku przodowi *gyrus postcentralis*, cały prawie rozmiękły. Drobnowidzowe badanie wykazało, iż guz jest glijakiem (*glioma*).



W danym przypadku mieliśmy następujące objawy: w ciągu trzech lat od czasu do czasu drgawki w prawej połowie twarzy, zgoła nic więcej; następnie wystąpiły bóle głowy, umiejscowione po prawej stronie, przychodzące zwłaszcza nocą i nieznaczne zaburzenia mowy; ani wymiotów, ani zmian na dnie oka, ani w tętnie nie było. Przy rozpoznaniu wahaliśmy się między nowotworem mózgu albo syfilisem mózgu, choć śladów tego ostatniego nie znaleźliśmy. Początkowo stosowano choremu energiczne leczenie swoiste, jednak bez skutku.

Przypadek powyższy zasługuje na uwagę z paru względów; najpierwej, nowotwór usadowiony w zrazie ciemieniowym, w ciągu paru lat prawie nie dawał żadnych objawów, prócz kilku napadów drgawek w prawej połowie twarzy, wskutek podrażnienia sąsiedniego ośrodka; potem zaś gdy rozprzestrzenił się ku przodowi na ośrodki ruchowe, drgawki zajęły prócz twarzy i prawe kończyny i wystąpiły zaburzenia mowy. Interesującym jest jeszcze opisany przypadek ze względu na brak zmian na dnie oka i brak zaburzeń w tętnie. Opisywane przy nowotworach w zrazach ciemieniowych zaburzenia zmysłu mięśniowego i myśmy stwierdzili u naszego chorego. Ciekawem jest także to, że chory stale lokalizował ból głowy po prawej stronie, a nowotwór znajdował się w lewej półkuli. [D. n.]

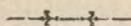
## II. ZABURZENIA KRTANIOWE

### przy cierpieniach nerwowego układu ośrodkowego.

[Odczyt ten miał być wygłoszony na VIII zjeździe lekarzy i przyrodników polskich w Poznaniu].

Przez

**D-ra Jana Sędziaka.**



[Ciąg dalszy — Patrz Nr. 21].

2. Wylewy krwi i rozmiękczenia mózgu. (*Haemorrhagia et encephalomalacia cerebri*).

KATTWINKEL (25) specjalnie zajmował się kwestyą odruchów gardzielowych i krtaniowych przy bezwładach połowicznych, przyczem doszedł do następujących wniosków: przy lewostronnych bezwładach występować miało jakoby o wiele częściej osłabienie, *resp.* brak tych odruchów [np. w krtani u 58%], aniżeli przy prawostronnych [tylko w 6%]. Na podstawie własnych badań w 31 przypadkach połowicznych bezwładów nie mogę potwierdzić powyższego faktu.

Wogóle znieczulenie błony śluzowej krtani bywa przy tych cierpieniach o wiele rzadziej, niż w gardzieli [LOEBI]. SCHERNMANN spostrzegał drżenie strun (*tremor*) przy krwotokach mózgowych.



Co się tyczy kwestyi porażen krtaniowych przy tych cierpieniach, to, jak już wspominałem na wstępie, nie posiadamy dotąd absolutnie pewnych danych, że one istnieją.

Wprawdzie istnieją w literaturze spostrzeżenia częściowych lub zupełnych porażen krtani przy krwotokach, *resp.* rozmiękczeniach mózgowych, po większej jednak części nie wytrzymują one poważnej krytyki, gdyż:

1) albo nie są stwierdzone sekcyjną, któraby może wykazała zmiany w rdzeniu przedłużonym, jak to np. miało miejsce w przypadku BRISSON-DELEVAN'a,

2) albo są to przypadki sekcyjne, lecz bez badania laryngoskopowego za życia.

Zwłaszcza podejrzane są przypadki jednostronnych porażen, gdyż sprzeciwia się to faktowi eksperymentalnemu, że zniszczenie ośrodka korowego w jednej półkuli wywołuje obustronne porażenie strun.

Wogóle SEMON, oraz LERMAYER, obaj bardzo w tym kierunku doświadczeni autorowie, utrzymują, że ani razu nie byli w stanie wykryć żadnych zaburzeń ruchowych [porażen] w krtani.

LOERI natomiast spostrzegał przy krwotokach mózgowych bezpośrednio po napadzie lewostronne porażenie nerwu zwrotnego. Przypadki te zwykle kończyły się śmiercią, tam zaś gdzie nastąpiło wyzdrowienie znikał również i ten objaw, który GOTTSTEIN uważa za odruchowy.

Do przypadków sekcyjnych, przemawiających za możliwością porażen krtaniowych pochodzenia korowego, należy przedewszystkiem przypadek RËBILLAD'a, następnie GARET'a oraz GAREL'a i DOR'a, wreszcie najbardziej przekonującymi według DREYFUS'a są dwa przypadki DEJERINE'a (25). We wszystkich tych przypadkach porażenie krtani było jednostronne.

Co się mnie tyczy, to na 31 przypadków połowicznych bezwładów, raz jeden na klinice prof. SZCZERBAKA w szpitalu Ś-go Ducha u 33-letniego chorego ze świeżym bezwładem prawostronnym (*lues*), spostrzegałem prawie całkowite porażenie lewego nerwu zwrotnego oraz 4 *paresis postici*, zawsze przytem jednostronne, mianowicie 3 razy po stronie przeciwnej, raz jeden po tej samej stronie. Wreszcie 2 razy spostrzegałem porażenie zwieraczy, mianowicie raz *m. transversi* i raz *mm. thyreo-arytaenoides int.* Przypadki te jednak, jako nie stwierdzone sekcyjną, kwalifikują się, zdaniem mojem, do pierwszej kategorii, t. j. wątpliwych i jako takie, podobnie, jak i przypadek, ostatniemi czasy opisany przez UCHEMANN'a (27), nie są przekonujące.

### 3. Syphilis mózgu.

Zaburzenia krtaniowe [czuciowe, ruchowe] przy syfilisie mózgu należą do częstych [OPPENHEIM (28), LOERI]. Tu się odnoszą przypadki OPPENHEIM'a [skurecz głośni], OTT'a [znieczulenie prawej połowy krtani prawostronne porażenie nerwu, zwrotnego], BULL'a (29) obustronne „*Posticuslähmung*“ *etc.* Na 16 ogółem przypadków tego cierpienia 4 razy stwierdziłem zaburzenia krtaniowe, raz prawie zupełne porażenie lewego nerwu zwrotnego oraz 3 razy *paresis postici*.



#### 4. Guzy mózgu *resp.* mózdzku.

OPPENHEIM (30) utrzymuje, że przy guzach kory mózgowej prawie nigdy niema stałych porażen krtaniowych, lecz tylko przejściowe.

W przypadku KRAUSE'go (31) (*gliosarcoma corporis striati et lobi temporalis sin.*) istniało porażenie prawej połowy krtani.

SPENCER (32) zaś spostrzegł *nystagmus* strun przy mięsaku metastatycznym twardej opony mózgu z uciskiem na lewe zawoje czołowe.

Przy guzach mózdzku spostrzegano drżenie strun [COLLIET i OPPENHEIM].

Co do mnie, to na 10 przypadków guzów mózgu, *resp.* mózdzku 2 razy spostrzegalem niezupełne porażenie lewego mięśnia obrączko-nalewkowego (*pare-sis postici*).

Zanim przejdę do opisu zaburzeń krtaniowych przy cierpieniach organicznych rdzenia przedłużonego, rozpatrzę pokrótce jeszcze

#### 5. Sprawy chorobowe na podstawie czaszki.

O wiele częściej wywołują one zaburzenia krtaniowe przez ucisk u wyjścia *n. accessorii Willisii*.

I tak LOERI spostrzegł znieczulenie, a GARROD (33) obustronne porażenie *postici* przy gummatach na podstawie czaszki, M. BRIDE (34) — porażenie lewego mięśnia obrączko-nalewkowego w przypadku raka na podstawie czaszki.

SCHECH spostrzegł porażenie strun przy *commotio cerebri*, MOESER (35) — porażenie prawego nerwu zwrotnego przy pęknięciu podstawy czaszki.

## II. Rdzeń przedłużony. *Medulla oblongata*.

### 1. Wylew i rozmiękczenie. *Haemorrhagia et rammolitio*.

Sprawy te w rdzeniu przedłużonym dają obrazy, zbliżone do postępowego porażenia opuszkowego.

Zaburzenia krtaniowe rzadko były notowane, gdyż w większości przypadków szybko następuje zejście śmiertelne.

Tu należy przedewszystkiem przypadek REMAK'a, w którym według GOTTSTEIN'a badanie krtani przyczyniło się do właściwego rozpoznania, oraz 3 przypadki EISENLOHR'a (36), w których wynik badania krtani za życia stwierdzony był sekcyją.

### 2. Guzy, oraz sprawy syfilityczne rdzenia przedłużonego.

Tu się odnoszą przypadki NOTHNAGEL'a. LOERI [znieczulenie i porażenie prawej połowy krtani przy lewostronnym giejaku], oraz ORT'a [wskutek cierpienia syfilitycznego tętnic połowiczne porażenie krtani].

W jedynym przypadku prawdopodobnego guza w 4-ej komorze, u 31-letniego chorego na oddziale D-ra GAJKIEWICZA w szpitalu Starozakonnych z porażeniem prawie wszystkich nerwów czaszkowych [od 3-go do 12-go], znalazłem też niedowład (*pare-sis*) lewego *n. postici*.

### 3. Postępowy bezwład opuszkowy. *Paralysis bulbaris progressiva*.



Znieczulenia błony śluzowej krtani, ataksya strun [SCHROETTER], wreszcie porażenia strun głosowych, częściowe lub całkowite, jednostronne [BOSWORTH (37)], lub obustronne [SEMON, LOERI i t. d.] były spostrzegane przy tem cierpieniu. Zwykle przytem porażone były rozwieracze głośni, tylko w przypadkach KRAUSE'go (39), BROADBENT'a (40) oraz DREYFUS'a — zwieracze (?).

Wogóle objawy krtaniowe przy tem cierpieniu występują później, aniżeli porażenie warg, języka i podniebienia miękkiego, warunkujące charakterystyczną dla tego cierpienia mowę [słabą, monotonną, bez modulacji, tony wysokie niemożliwie].

W dwóch, z 4 spostrzeganych przezemnie przypadków tego cierpienia, znalazłem prawostronne porażenie *postici* [raz całkowite, raz częściowe]. 3-ci przypadek dotyczył 54-letniej chorej na klinice prof. SZCZERBAKA w szpitalu Ś-go Ducha, która nagle przed tygodniem zachorowała: mowa niewyraźna, chrypowata, ataksya statyczna [chód spastyczno-ataktyczny], lekkie osłabienie obu kończyn dolnych. Rozpoznano: *paralysis bulbaris acuta*. Badanie krtani wykazało nieruchomość lewej połowy krtani z obrzękiem struny fałszywej lewej. Po zastosowaniu energicznej antiflogozy objawy obrzękowe w krtani ustąpiły, struna prawdziwa lewa przy fonacji nie dochodzi do linii środkowej, podobnie jak to miało miejsce w jednym z przypadków LOERIEGO.

Wreszcie w 4 przypadku „*paralysis bulbaris progressivae*“ nie znalazłem w krtani żadnych zaburzeń.

#### 4. Porażenie wrzekomo-opuszkowe. *Paralysis pseudo-bulbaris*.

Cierpienie to, jak wiadomo, warunkowane ogniskowemi zmianami w mózgu, przebiega pod postacią prawdziwego opuszkowego porażenia [z tej to racji rozpatruję go w tem miejscu]. Oprócz więc porażen warg, oraz języka bywają czasami i zaburzenia krtaniowe, mianowicie porażenia, lecz nie rozwieraczy, a zwieraczy głośni, co się tłumaczy podrzędnością ośrodka oddechowego w korze mózgowej [SEMON]. Tu się odnoszą przypadki LANNOIS'a, CARTOZ'a (41) oraz KRAUSE'go. Istnieją również i przypadki porażen rozwieraczy [MUENTZER], lecz słusznie twierdzi DREYFUSS, że czysto mózgowe ich pochodzenie jest wątpliwe.

#### 5. Stwardnienie wielogniskowe (*sclerosis disseminata*).

Zaburzenia krtaniowe przy tem cierpieniu są częste, według jednych [LOERI], rzadkie zaś według innych [SEMON]. Przytem porażeniu zwykle ulegają napinacze strun, [w przypadku ERBSCH'a (42) był obustronny *Posticuslehmung*], czem objaśnia sobie LEUBE charakterystyczne dla tego cierpienia przejście tonu w falset.

Charakterystyczne również wdechły świszczące tenże autor objaśnia porażeniem mięśni rozwieraczy, co prawdopodobnie zależy od jednoczesnego zajęcia jąder w rdzeniu przedłużonym.

KRAUSE, jako wczesny objaw przy tem cierpieniu spostrzegał bezgłos skurczowy (*aphonia spastica*), t. j. fonacyjny skurcz głośni. Często przy *sclerosis disseminata* spostrzegano drżenie strun głosowych, występujące przy próbach fonacji.



Przypadki tego rodzaju spostrzegali GERHARDT, KRAUSE, COLLET (43), KRZYWICKI (44), LOERI i t. d. BATTEN i HORN (45) spostrzegali przy tem cierpieniu znieczulenie błony śluzowej podniebienia i krtani. Na 8 przypadków tego cierpienia, w jednym z nich znalazłem porażenie mięśni zwieraczy, głównie *m. transversi*. W 2-im przypadku istniało prawostronne porażenie *m. postici*.

Wreszcie w 4 przypadkach miałem sposobność spostrzegać drżenie strun, zwłaszcza bardzo wyraźnie u 34-letniej chorej na oddziale D-ra EDW. ZIELIŃSKIEGO w szpitalu na Pradze, a w dwóch nie byłem w stanie wykryć żadnych zaburzeń w krtani.

W ostatnich czasach w praktyce prywatnej miałem sposobność spostrzegać jeszcze jeden przypadek prawdopodobnej *sclerosis disseminatae* [histerya?] u 20-letniej panny [drżenie gałek ocznych — tremor intencyjny w kończynach i t. d.], u której znalazłem całkowite porażenie lewego nerwu zwrotnego (*positio cadaverica* struny głosowej lewej).

### III. Rdzeń i jego opony.

1. Zapalenie opony twardej i miękkiej (*pachymeningitis spinalis ext. Leptomeningitis spinalis acuta*). Przy tych cierpieniach LOERI widywał obustronne porażenie nerwu zwrotnego.

2. Zapalenie mlecza pacierzowego przewlekłe, (*Myelitis chr. transversa*). Z 8 przypadków tego cierpienia, jakie spostrzegałem, w jednym u 50-cio-letniej chorej na oddziale D-ra BABIŃSKIEGO w szpitalu Ewangelickim znalazłem prawostronne porażenie nerwu zwrotnego. W 4-ech innych przypadkach istniało porażenie całkowite, lub częściowe prawego *m. postici*.

### 3. Syfilis i guzy rdzenia.

W 1 przypadku KRAUSE (46) spostrzegał *paralysis postici dextri*.

W jednym z 3-ech, spostrzeganych przeze mnie przypadków syfilisu rdzenia znalazłem prawostronne porażenie *m. postici* a raz jeden lekkie porażenie zwieraczy. Wreszcie w jednym przypadku [64-letni chory na klinice w szpitalu Ś-go Ducha, D-r DYDYŃSKI] z podejrzeniem na nowotwór rdzenia znalazłem prawostronne porażenie mięśnia obrączko-nalewkowego tylnego.

[D. n.]



### III. KILKA UWAG O POZOSTAWIANIU CIAŁ OBCYCH W JAMIE BRZUSZNEJ

[z powodu sprawy prof. Kosińskiego i D-ra Solmana].

Podal

**Francoiszek Kijewski.**

[Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 21].

W roku 1898 na posiedzeniu Towarzystwa położniczego w New-Yorku HERMAN BOLDT <sup>1)</sup> wygłosił rzecz „O ciałach obcych, pozostawionych w jamie brzusznej po laparotomiach“. BOLDT opisuje dwa swoje własne spostrzeżenia i załącza znaną mu kazuistykę.

W jednym własnym przypadku po całkowitem usunięciu macicy rakowato zwyrodniałej, założył do miednicy tampon gazowy z zastrzeżeniem, aby ordynujący lekarz po upływie 3 dni usunął go *per vaginam*; otóż niewiadomo, co się stało, tampon podobno usunęli, lecz nie pamiętali, czy nowy założono. W kilka tygodni potem chora opuściła szpital. Po operacji pozostały bóle i zaparcie stolca; stan taki trwał dwa miesiące, poczem chora oddała *per rectum* wraz z kałem tampon. Nastąpiło wyzdrowienie.

W drugim znow przypadku B. skutkiem włókniaka macicy wykonał *hysterectomiam* w roku 1897. Po operacji powstało ropienie w ścianie brzusznej, gojenie szło wolno i po upływie pewnego czasu rana się zabiłżniła. Pozostały bóle nad pępkiem. W październiku B. wyczuł guz w brzuchu, a 3 listopada 1897 r. otworzył ponownie jamę brzuszną, lecz natrafił na obszerne zrosty, a skutkiem złego nader stanu chorej, operacji nie przedłużał i brzuch zaszył. Po zabiegu tym powstała przetoka kiszkowa. Dnia 10 stycznia 1898 r. po raz trzeci przystąpił do operacji. Guz w brzuchu stanowiły mocno pozrastane ze sobą pętlice kiszki, przy oddzielaniu których w kilku miejscach B. skaleczył kiszki. W jednej z takich rozszerzonych pętlic znajdowała się serweta z gazy. Chora zmarła skutkiem shocku po upływie 2—3 godzin po operacji.

B. w zebranej przez siebie kazuistyce, oprócz przypadków już nam znanych, przytacza jeszcze spostrzeżenie Dr. HENRY C. COE, który w r. 1897, (*The New York Polyclinic for April*) w artykule o wytrzymałości otrzewnej na aseptyczne ciała obce, opisał przypadek po *histerectomia vaginalis* pozostawienia w brzuchu gąbki; po 36 godzinach dopiero dowiedziano się, że gąbka zginęła przy laparotomii; powtórnie otworzono brzuch i znaleziono ją po długich poszukiwaniach pod wątrobą. Wyzdrowienie.

Dr. COE dodaje, że zna jeszcze 5 przypadków pozostawienia gąbki, wszystkie zakończone śmiercią skutkiem septycznego zapalenia otrzewnej. Przypadki te należały do 4-ch operatorów i nie były ogłoszone.

<sup>1)</sup> HERMAN BOLDT. Foreign bodies accidentally left in the abdominal cavity during the course of coeliotomies. Amer. gynecol. and obstetr. journal. 1898.



Dr. W. T. BULL również przytacza przypadek śmierci skutkiem pozostawienia gąbki w brzuchu po laparotomii.

H. BOLDT mówi jeszcze, że prosektor anatomii patologicznej opowiadał mu o 2 przypadkach pozostawienia ciał obcych, znalezionych na sekcji, w jednym—gąbki, a w drugim—klampa; o klamp ten upominał się operator, gdyż pozostawienie go w muzeum stanowiłoby ujmę dla chirurgii. B. również dowiedział się, że było jeszcze w New-Yorku 5 przypadków podobnych, wszystkie zakończone śmiercią, szczegółów jednak nie przytacza.

Jedno z ciekawszych spostrzeżeń zakomunikował Dr. MORESTIN w Towarzystwie anatomicznem w Paryżu 1898 r..

W sierpniu 1894 r. wykonano laparotomię u 29-letniej kobiety skutkiem ropnego zapalenia jajowodu, usunięto wtedy z obu stron jajniki wraz z jajowodami. W kilka dni po operacji zjawilo się ropienie w ścianie brzucha, co stawiano w zależności od szwów.

Po upływie 6 tygodni od operacji chora opuściła szpital z raną niezupełnie zagojoną, pozostała przetoka na brzuchu; chora uskarżała się przystem na bóle krzyża i brzucha. W okolicy pachwinowej lewej powstało *phlegmone*, skutkiem czego chora ponownie zapisała się do szpitala NÉCKER'a. Dr. LE DENTU wykonał operację i do rany założył dreny. Stan chorej szybko się poprawił, w tem utworzył się nowy ropień w bliźnie po pierwszej operacji, powstała w tem miejscu przetoka kałowa. LE DENTU otworzył szeroko ogniska ropne, oczyścił i przedrenował przez pochwę. Szybko nastąpiła poprawa, chora opuściła szpital, lecz wkrótce doń wróciła, gdyż z pochwy zaczął wypływać mocz; utworzyła się przetoka pomiędzy ogniskiem ropnem w miednicy, a pęcherzem moczowym. W sierpniu 1896 r. przetoka ta się zagoiła i chora opuściła szpital. W marcu 1897 r. znowu zjawia się skutkiem ponownego wypływu moczu przez pochwę, a w kwietniu t. r. przedsięwzięto nową operację z przyczyny *phlegmone* w prawym dole pachwinowym. Po pewnym czasie ze względną poprawą pojechała do domu.

Niedawno przed komunikatem MORESTIN'a chora przybyła do szpitala z radosną wieścią, że wszystkie przetoki się zagoiły i wszelkie dolegliwości ustąpiły; taki szczęśliwy zwrot w jej chorobie nastąpił przed 15 dniami, kiedy ze stolca wyszły szczypczyki, które chora przedstawiła. Cztery zatem niemal lata szczypczyki te, pozostawione po pierwszej operacji w brzuchu, sprawiały takie dolegliwości chorej a ustrój wytężał wszystkie siły, aby się ich pozbyć<sup>1)</sup>.

W roku 1899 na 28 Zjeździe chirurgów niemieckich w Berlinie [5—8 kwietnia] REHN opisał przypadek niedrożności jelit, spowodowanej przez kompres z gazy. U jednej z jego chorych w ciągu 4-ch miesięcy po laparotomii, dokonanej skutkiem *pyosalpinx*, występowały bóle częste i nader silne; badanie chorej wykazało w brzuchu guz dosyć ruchomy. Przy powtórnej laparotomii stwierdzono, że guz ten stanowią pętlice Kiszek pozarastane ze sobą.

<sup>1)</sup> La Médecine Moderne. 1898. 18 czerwca, oraz Wracz. Nr. 26. 1898.



R. resekował 40 ctm. kiszki i wydobył z niej wielki kompres z gazy, który zatykał światło kiszki. Przy badaniu nie mógł wykryć blizny, któraby wskazywała drogę, jaką kompres dostał się do światła jelita.

KADER [z Wrocławia] opowiada o podobnym przypadku. Po laparotomii 10 dnia wystąpiły bóle w brzuchu i wszystkie objawy niedrożności. Zwolna przypadłości te uspokoiły się, rana zagoiła się, lecz w ciągu 6 miesięcy chora często miewała objawy ze strony przewodu pokarmowego, wskazujące na przeszkodę jakąś w kiszkach. Po pewnym czasie wyszedł przez kiszkę stolcową kompres, wielkości chustki od nosa. Później nieco powtórzyła się nagle *occlusio*, wybuchnęło ogólne zapalenie otrzewnej, zapalenie płuc i śmierć. Na sekcji można było stwierdzić na jednej z pętlic kiszek znaczną bliznę, która powstała prawdopodobnie w miejscu przejścia kompresu do kiszki<sup>1)</sup>.

Oto mniej więcej wszystkie przypadki pozostawienia ciał obcych w jamie brzusznej po laparotomiach. Jest jeszcze w literaturze kilka przypadków, ale ponieważ mi nie chodzi o ścisłą cyfrę, pomijam je przeto. Mocno jestem przekonany, że to co zebrałem stanowi tylko małą część tej liczby, jaka się w rzeczy samej zdarza, lecz która dla powodów wyłuszczonych na początku niniejszego artykułu, z prawdziwą szkodą dla chirurgów do druku się nie dostaje. Jak widzimy takie „nieszczęścia chirurgiczne“ zdarzają się u Niemców, Francuzów, Anglików, Włochów, zdarzają się nie tylko w Europie, ale wszędzie, gdzie tylko wykonywają laparotomię.

U nas pod tym względem nie dzieje się lepiej, wszystko czynimy, aby ustrzedz się od podobnych nieszczęśliwych wypadków, ale pomimo to mamy je.

Profesor anatomii patologicznej na uniwersytecie warszawskim, PRZEWO-SKI mówił mi, że podczas swojej prosektury kilkakrotnie znajdował na sekcji ciała obce, pozostawione w brzuchu [po laparotomiach]. Trzy tylko przypadki pamięta lepiej, raz znalazł wielką serwetę, a dwa razy tampony, za każdym razem przedmioty te były starannie otoczone przez kiszki, pozlepiane ze sobą.

Wiem o kilku podobnych przypadkach na oddziałach naszych chirurgicznych, ale szczegółów ich nie znam.

Jeden z moich przyjaciół, wyborny znawca chorób kobiecych, zakomunikował mi następujące spostrzeżenie. W roku 1893 operował on pewną śpiewaczkę i tancerkę jednego z mniejszych teatrów warszawskich, zrobił jej laparotomię w celu usunięcia włókniaka macicy, zajmującego tylną ścianę, który sprawiał chorej bóle w krzyżu i przeszkadzał w tańcu. Operacja nie przedstawiała trudności, guz podsurowiczy z łatwością dał się usunąć. Do operacji użyto oznaczoną liczbę serwet muslinowych [12], przed zaszcyciem brzucha operator trzykrotnie zapytywał, czy są wszystkie narzędzia i serwety i za każdym razem otrzymywał odpowiedź twierdzącą, z całym też spokojem nałożył szew na powłoki brzuszne. Przebieg pooperacyjny był wyborny aż do siódmego dnia, wtedy wystąpiły bóle w brzuchu, wymioty, ciepłota się podniosła. Przy obma-

---

<sup>1)</sup> Deutsche medicin. Wochenschr. 1899. Nr. 19. p. 116. Congress des Deutschen Gesellschaft f. Chirurgie.—La semaine medicale 1899. p. 133.



cywaniu brzucha w lewym podżebrzu wyczuć można było guz wielkości pięści, i w tem właśnie miejscu chora uskarżała się na największą bolesność. Przedewszystkiem przyszło na myśl operatorowi, czy guz ten nie jest ciałem obcym, nie mając jednak pewności, nie zdecydował się zaraz na ponowne otworzenie jamy brzusznej i postanowił zachować się wyczekująco, aż nastąpią mocne zrosty i ograniczą owe podejrzone ognisko.

Stan taki trwał dwa tygodnie, chora ciągle gorączkowała, zaczęła chudnąć; należało na seryo pomyśleć o czynnej interwencji, gdy nagle przy oddawaniu stolca wyszła z kiszki serweta z gazy. Bóle, gorączka i wszystkie przypadłości ustąpiły, chora szybko wracała do zdrowia i wkrótce oddała się swoim zwykłym zajęciom.

Przeprowadzono staranne śledztwo, aby wykryć z czyjej winy pozostała serweta, kiedy przed zaszyciem rany trzykrotnie pytano o narzędzia i serwety i przy trzykrotnem sprawdzeniu nie wykryto żadnego braku. Serwety przeznaczone do operacji przed samą laparotomią przeliczono i wrzucono do sterylizatora, po operacji ponownie przeliczono, liczba była też sama. Okazało się, że dwie serwety skutkiem mocnego sprasowania tak mocno się trzymały siebie, że przy rachowaniu przed sterylizacją były przyjęte za jedną, w aparacie wyjaławiającym nastąpiło rozklejenie tych serwet i ztąd powstała pomyłka w liczbie, — serwet podczas operacji mieli o jedną więcej, aniżeli przypuszczali.

Wypadek zakończył się szczęśliwie, chora wyzdrowiała. Zdawało-by się, że wszystko w porządku. Tymczasem otworzyło się pole do eksploatacji operatora. Po 6 latach pacjentka owa, cudzoziemka, ośmielona widocznie echem obecnie toczącej się sprawy z prof. Kosińskim, występuje przeciwko operatorowi z procesem o odszkodowanie o wcale pokaźną summę, twierdząc, że operacja, wykonana przez niego pozbawiła ją możności zarobkowania, gdyż już tańczyć nie może.

W czasie mojej asystentury na klinice chirurgicznej prof. Kosińskiego, gdzie dokonywaliśmy całe setki laparotomii, kilkakrotnie jeszcze przed zaszyciem brzucha na skutek zawiadomienia instrumentaryusza wydobywaliśmy bądź narzędzia, bądź serwety z jamy otrzewnej. W roku 1888 zdarzył się wypadek pozostawienia szczypczyków hemostatycznych. Chora 40-letnia wieśniaczka, przybyła na klinikę z przetoką kałową w okolicy pępka oraz z guzem brzucha, który się okazał torbielą jajnika, znacznych rozmiarów. Dnia 31 października 1888 roku przystąpiono do operacji; *ovariotomia*, zrosty licznie odseparowano, część pętlicy kiszki czezej (*ilei*) resekowano, szew kiszkowy. Rana pooperacyjna nie zagoiła się w całości, w dolnej części szwu powstało ropienie i wytworzyła się ponownie przetoka. Przy badaniu zgłębnikiem owej przetoki określono obecność ciała obcego, twardego. Ponowne sprawdzenie wszystkich narzędzi wykazało brak szczypczyków hemostatycznych. 20. II. 1889 przystąpiono do powtórnej laparotomii. W rzeczy samej znaleziono szczypczyki hemostatyczne, naokoło otoczone mocno rozrośniętą tkanką łączną i pętlicami kiszek. Po usunięciu tych szczypczyków nastąpiło zabliznienie się rany i chora uleczona opuściła klinikę 12. V. 1888.



Przypadek, który obecnie był przedmiotem rozpraw sądowych dotyczył 50-io-kilkoletniej kobiety, niezmiernie otyłej z torbielą jajnika lewego znacznych rozmiarów. Na początku grudnia 1897 r. chora dostała nagle bólu w brzuchu, wymiotów, gorączki — słowem wstąpiły wszystkie objawy ograniczonego zapalenia otrzewnej, co stawiano w zależności od skręcenia się nózki torbieli. W celu poddania się operacji, chora umieściła się w prywatnym domu zdrowia SOLMANA, gdzie też ją prof. Kosiński operował 22. XII. 1897.

Torbiel usunięto z nadzwyczajnymi trudnościami, ze względu na zrosty liczne i obszerne. Prawy jajnik również był torbielowato przeistoczony, a zatem i ten jajnik wycięto. Operacja trwała długo. Przed zaszyciem brzucha prof. K. pytał, czy narzędzia i serwety są wszystkie. Po otrzymaniu twierdzącej odpowiedzi, brzuch zaszył. Po kilku dniach chora zaczęła gorączkować i uskarżać się na ból w dolnej części brzucha i w lewym boku. Badanie wykazało naciek w brzuchu. Przypuszczano obecność ropnego ogniska na miejscu, odpowiadającym szypule po podwiązaniu nózki torbieli. Na tej zasadzie w pierwszej połowie stycznia 1898 r. przystąpiono do nowej operacji, zrobiono cięcie w bliźnie; po otworzeniu powłok brzusznych napotkano zrosty kiszek znaczne, chelbotania nie wyczuwano; z obawy też, aby nie uszkodzić jelita i nie zakazić całej jamy otrzewnej, do przypuszczalnego ogniska ropnego prof. Kosiński nie dotarł, a ranę wytamponował. Przez ranę nie wyczuwał żadnego ciała twardego. Wtedy już przy sprawdzeniu całego inwentarza narzędzi, używanych do laparotomii, zauważono brak 2 szczypczyków hemostatycznych. W tym czasie dokonano kilka laparotomii i tylko ta jedna chora gorączkowała po operacji i uskarżała się na bóle w brzuchu, a badanie wykazywało obecność nacieku w jamie brzusznej.

Po powtórnej operacji nastąpiła poprawa, chora przestała gorączkować i na początku lutego 1898 r. opuściła zakład i leczyła się we własnym mieszkaniu, bóle jednak w brzuchu i w lewej nodze trwały ciągle. Kiedy w kwietniu 1898 prof. Kosiński badał chorą, przez bliźnię w okolicy pępka wyczuł jakoby ciała twarde, a mając na uwadze, że w zakładzie zginęły 2 szczypczyki hemostatyczne, powstało w umyśle jego podejrzenie, że naciek i twardość, wyczuwana w brzuchu, mogą zależeć od obecności ciała obcego, ztąd też radził powtórny operację, lecz chora się jej nie poddała, a za radą innych lekarzy pojechała do Ciechocinka. D. 6 lipca wracała z Ciechocinka i pod Warszawą na kolei przy zdejmowaniu z półki swoich rzeczy, uczuła w brzuchu raptowny ból i potrzebę oddania stolca.

Wypróżnienia okazały się krwawymi i to skłoniło chorą do szukania natychmiastowej pomocy lekarskiej. Kiedy wypróżnienia krwawe się ponawiały, a upadek sił był znaczny, po 2-ch dniach już nie prof. K. a prof. WASILJEW przystąpił do ponownej operacji, przy której wydobył z jamy brzusznej 2 szczypczyki hemostatyczne, lecz chora zmarła z krwotoku na stole operacyjnym. Po upływie kilku tygodni skutkiem żądania rodziny zmarłej o odszkodowanie w dosyć pokażnej sumie, oskarżyciel publiczny nakazał ekshumację zwłok i badanie ich. Badanie to wykazało, że w kiszce ślepej znajduje się otwór; na lewej *art. iliaca externa* w pobliżu więzu POUPART'a również otwór około 5 mm. szeroki. Z tej to tętnicy nastąpiło krwawienie. Otwory te sta-



nowiły następstwo ucisku szczypczyków na kiszkę i tętnicę. Pierwej musiało nastąpić przedziurawienie kiszek. Krew wylewała się do jamy, w której znajdowały się szczypczyki, a z jamy tej dostawała się do kiszek i ztąd pochodziły te częste, krwawe wypróżnienia.

Naokoło jamy, w której leżały szczypczyki, znaleziono znaczny rozrost tkanki łącznej. Kiszki otaczały i okrywały całe to ognisko. Zapalenia rozlanego otrzewnej nie było.

Sąd w tym przypadku po 3-dniowych rozprawach i wysłuchaniu zdania, aż 6 ekspertów, uwolnił od wszelkiej odpowiedzialności tak prof. KOSIŃSKIEGO jak i d-ra SOLMANA.

[D. n.]

## STAN I POTRZEBY

### SZPITALI WARSZAWSKICH.

[Dalszy ciąg.— Patrz Nr. 18].

Projekt łączenia razem dziś istniejących niewielkich oddziałów szpitalnych w duże oddziały, zostające pod zarządem ordynatorów starszych, jest tem dziwniejszy, że obecnie praktykowany jest kierunek wręcz przeciwny. We wszystkich prawie szpitalach widzimy ciągle tworzenie nowych ordynatur, przyczem niewielkie nawet oddziały zostają na drobne cząstki dzielone. Dziś doszło do tego, że niektóre oddziały mają tylko po kilka łóżek. W celu dokładniejszego przedstawienia tej kwestyi, postaramy się przytoczyć dane, dotyczące większości szpitali warszawskich.

Szpital Dzieciątka Jezus, po potrąceniu klinik, posiada 8 oddziałów wewnętrznych, 3 chirurgiczne i 1 ginekologiczny. Oddziały wewnętrzne mają łóżek: 14, 18, 20, 23, 26, 31 i dwa po 32. Oddziały chirurgiczne mają łóżek: 37, 42 i 47. Wreszcie oddział ginekologiczny ma 32 łóżka.

Szpital Ś-go Ducha, poza klinikami, posiada cztery oddziały wewnętrzne, z których jeden ma 8 łóżek, jeden 18 łóżek [w t. z. pokoikach] i dwa po 30 łóżek.

Szpital pracki posiada trzy oddziały wewnętrzne, mające: 22, 34 i 40 łóżek, oraz dwa oddziały chirurgiczne, mające: 22 i 29 łóżek.

Szpital Starozakonnych posiada następujące oddziały: pięć wewnętrznych, zawierających łóżek 12, 18, 24, 24 i 32. Dwa oddziały nerwowe, mające 8 i 16 łóżek. Cztery oddziały chirurgiczne, mające 12, 18 i dwa po 24 łóżka. Oddział laryngologiczny z 6 łózkami. [Podług nowego projektu dwa oddziały chirurgiczne mają posiadać po 18 łóżek i dwa po 24 łóżka, natomiast oddział laryngologiczny ma być zredukowany do 3 łóżek]. Dwa oddziały weneryczne, mające po 23 i 34 łóżka. Dwa oddziały ginekologiczne, mające 6 i 12 łóżek. Jeden oddział akuszerski z 10 łózkami. Dwa oddziały okulistyczne, mające 9 i 13 łóżek.

Szpital Ś-go Rocha posiada dwa oddziały wewnętrzne, mające 27 i 28 łóżek oraz trzy oddziały chirurgiczne, mające 13, 21 i 24 łóżka.

Szpital Ewangelicki posiada trzy oddziały wewnętrzne, z których jeden ma 10, a dwa po 18 łóżek; oddział chirurgiczny ma 18 łóżek i oddział ginekologiczny 12 łóżek.

Szpital Wolski posiada dwa oddziały wewnętrzne, mające: 37 i 38 łóżek zimą, a po 30 łóżek każdy latem.

Szpital Zapasowy posiada 80 łóżek, podzielonych pomiędzy trzema ordynatorami.



Szpital oftalmiczny, poza kliniką, posiada sale ogólne oraz t. zw. pokoiki w ilości 8 z 16 łózkami. Pokoiki specjalnego ordynatora nie mają, lecz są obsługiwane przez wszystkich. Natomiast w salach ogólnych jest trzech ordynatorów, z których jeden ma 13 a dwóch po 15 łózek. W ostatnich czasach uznano podobno konieczność stworzenia jeszcze czwartej ordynatury, by w ten sposób oddział składał się tylko z 9 łózek.

Szpital Ś-gno Łazarza posiada siedm oddziałów [łącznie z t. zw. sekretnym], z których jeden liczy 37 łózek, jeden 38, dwa po 40, jeden 48, dwa po 57.

Z powyższego wykazu widzimy, że ilość łózek, tworzących oddział szpitalny, waha się u nas od 57 do 6, przeważnie zaś nie dosięga 30. Wiele oddziałów uległo podziałowi w ostatnich czasach, przyczem niektórzy ordynatorowie dostali zaledwie po kilka lub po kilkanaście łózek. Być może, iż zarząd szpitalny, widząc znaczną liczbę wyczekujących a uzdolnionych ludzi, radby im dać odpowiednie pole do pracy i tem przyczynić się do rozwoju szpitalnictwa. W rzeczywistości jednakże takie rozdrobnianie oddziałów przynosi więcej szkody, niż korzyści. Komplikuje ono i utrudnia administrowanie szpitalem, często powiększa wydatki szpitalne, a przynosi mało korzyści zarówno chorym, jak i ordynatorom. Ordynator na kilku łózkach, przy największej zapobiegliwości, ma tak mały materiał, iż niewiele może zdziałać dla nauki, a nawet niewiele może się wyrobić w kierunku praktycznym. Z drugiej strony i dla chorych ztąd powstaje korzyść niewielka. Chcąc choć częściowo zrównoważyć małą liczbę łózek większą liczbą chorych, ordynator z konieczności unika przypadków powszednich, długo leżących, stara się zaś wybierać sobie możliwie to, co go najbardziej interesuje. Wskutek tego wytwarza się stosunek nieprawidłowy, tak że oddział więcej służy ordynatorowi, niż ordynator oddziałowi. Nie chcemy tem twierdzić, by się tak działo na wszystkich oddziałach mniejszych, lecz wyrażamy tylko przekonanie, że łatwo tak się stać może.

Na mocy praktyki zarówno obcej, jakoteż i swojej, uważamy za najodpowiedniejsze w naszych stosunkach oddziały, liczące 30—40 łózek. Każdy oddział powinien stanowić, jak to dziś ma miejsce, do pewnego stopnia odrębną całość i pozostawać pod zarządem niezależnego ordynatora. W szpitalach dużych, posiadających znaczną liczbę oddziałów, ze względów oszczędnościowych można dopuścić wspólność niektórych urządzeń. Tak więc naprzykład, możnaby urządzać wspólne pracownie podręczne, z których jednakże każda służyłaby co najwyżej dla paru oddziałów. Po za tem w każdym szpitalu, posiadającym kilka oddziałów chirurgicznych, należałoby urządzać wspólny zakład sterylizacyjny dla wyjaławiania materiałów opatrunkowych. Zakład taki winien pozostawać pod bezpośrednim zarządem jednego, odpowiednio uzdolnionego lekarza. Tego rodzaju urządzenia, zaprowadzone w Paryżu, okazały się wielce praktycznymi, upraszczając oraz czyniąc dokładniejszą i tańszą sterylizację. Natomiast uważamy za najzupełniej nieodpowiednie urządzenie wspólnych dla paru oddziałów sal operacyjnych. Wymagania dzisiejszej chirurgii wyłączają wszelką możliwość rządzenia dwóch osób w jednej sali operacyjnej, ponieważ prowadzi to tylko do nieładu, gmatwaniny, przeszkadza porządnej i systematycznej pracy, dezorganizuje personel służbowy. Przekonali się o tem przedewszystkiem anglicy, którzy w starych szpitalach mają dotąd jeszcze takie wspólne sale operacyjne. W Hamburgu [Eppendorf], gdzie pe ustąpieniu SCHEDE'go podzielono oddział pomiędzy dwóch dyrektorów, wspólne użytkowanie z sal operacyjnych często bywa uciążliwe zarówno dla ordynatorów, jak i dla służby. A przecież tam szpital posiada trzy duże sale operacyjne, mieszczące się wraz z salami do narzędzi, dla bandarzy i t. p. w zupełnie oddzielnym pawilonie, narzędziami chirurgicznymi tych sal możnaby śmiało



obdzielić trzy lub nawet więcej naszych oddziałów chirurgicznych. Wspólne dla kilku oddziałów sale operacyjne posiadają także niektóre szpitale w Cesarstwie [np. szpital miejski w Odesie]. Otoż tam stwierdzono, że tego rodzaju współka prowadzi tylko do nieporządku w szpitalu, do nieporozumień wzajemnych pomiędzy lekarzami.

Poruszając sprawę oddziałów szpitalnych, nie możemy pominąć milczeniem zwyczaju, praktykowanego w szpitalu Ś-go Łazarza. Oprócz lekarza naczelnego, który stale trzyma się jednego oddziału, reszta ordynatorów w ilości sześciu zmienia swe oddziały. Ma to jedną dobrą stronę: nikt nie może się czuć pokrzywdzonym, gdyż wszyscy kolejno obchodzą wszystkie oddziały. Po za tem jednakże taki stan rzeczy musi do pewnego stopnia ujemnie wpływać na stosunki szpitalne. Ordynator, czując się przechodniem w oddziale, nie może myśleć o jakichś stałszych zmianach, szczeni swych środków na ulepszenia w oddziale, wreszcie nie może odpowiednio wyrobić niższej obsługi, która co rok musi się przygotowywać do wymagań nowego zarządu. Toteż usprawiedliwiając do pewnego stopnia warunkami miejscowymi takie dorożne wędrówki ordynatorów w szpitalu Ś-go Łazarza, który, poza leczeniem chorób wenerycznych i skórnych, dotąd jeszcze służy za schronienie dla nieuleczalnych rakowatych, musimy jednakże w zasadzie oświadczyć się za bardziej stałym łączeniem ordynatora z oddziałem. Wprawdzie w Paryżu dotąd istnieje zwyczaj przenoszenia zarówno internistów, jakoteż i chirurgów ze szpitala do szpitala, jednakże tam ma to inne znaczenie. W miarę ustępowania z posad lekarzy starszych, mających swe oddziały w środku miasta, na ich miejsce bywają przenoszeni lekarze młodszy, pracujący w szpitalach bardziej od środka miasta odległych. W ten sposób istnieje ciągły ruch ordynatorów w kierunku od krańców miasta ku jego środkowi. Nie mniej przeto niektórzy lekarze, zwłaszcza wybitniejsi [jak np. PÉAN, GUYON, TERRIER, TERRILLON, CHARCOT i inni] pozostawali i pozostają stale na jednym miejscu. U nas, gdzie oddziały szpitalne dźwigają się w znacznym stopniu pracą i ofiarnością materyalną ordynatorów, pożądane jest jak najściślejsze zadzierzgnięcie węzła łączności pomiędzy ordynatorem a oddziałem. Samo się przez się rozumie, iż, mówiąc to, mamy na widoku zasadę a nie wypadki wyjątkowe.

[D. c. n.]

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

— \* — \*

### 54. Escherich [Grac]. Znaczenie drobnoustrojów w etyologii chorób przewodu pokarmowego niemowląt.

Nadzwyczajna obfitość i różnorodność drobnoustrojów, spotykanych w przewodzie pokarmowym dziecka, utrudnia niezmiernie badania w dziedzinie etyologii chorób przewodu pokarmowego pochodzenia zakaźnego. Autor zawdzięcza rezultaty, do jakich doszedł na tej drodze, głównie trzem czynnikom: 1) stosowaniu metody barwienia WEIGERT'a i dobarwianie roztworem wysokowym fuchsyny, co ogromnie pomaga w różniczkowaniu spotykanych w stoleu patologicznym drobnoustrojów, 2) przeprowadzaniu badań bakteriologicznych moczu, krwi i płynu mózgo-rdzeniowego, 3) stosowaniu odkrytego przez GRUBER'a odczynu surowiczego, co specjalnie przyczyniło się do wyjaśnienia roli *bacter. coli commune* w chorobach przewodu pokarmowego niemowląt.

Przed przystąpieniem do właściwego tematu autor uważa za konieczne rozstrzygnięcie pytania, co należy rozumieć przez normalną vegetację drobnoustrojową w przewodzie pokarmowym niemowlęcia? Wbrew twierdzeniu



SUCKSDORFF'a, że należy przez to rozumieć ilość przypadkowo wraz z pokarmem dostających się do przewodu pokarmowego drobnoustrojów, autor zwraca uwagę na fakt, że nawet w stolcu dziecka, piersią karmionego, czyli otrzymującego pokarm możliwie wolny od drobnoustrojów, znajdujemy mnóstwo drobnoustrojów i jest zdania, że normalna vegetacja drobnoustrojowa w przewodzie pokarmowym niemowlęcia i podtrzymywany przez nią rozkład węglo-wodanów jest to stała i swoista właściwość kanału kiszki niemowlęcia; właściwość ta wytwarza samoobronę przed obcymi przybyszami. W razie zatracenia tej właściwości, przewód pokarmowy dąży do odzyskania jej. Można to obserwować dokładnie, badając systematycznie stolce dziecka, dotkniętego chorobą przewodu pokarmowego; w miarę powrotu do zdrowia obraz bakteryologiczny stolców powraca do swego normalnego wyglądu. Im dziecko jest mniejsze, im krótszy jego przewód pokarmowy, tem owa samoobrona jest mniejszą. Przy wszelkiem osłabieniu tej samoobrony, wskutek choroby jakiegokolwiek innego narządu, następuje zaburzenie i w normalnej vegetacji drobnoustrojowej przewodu pokarmowego, znajdujemy w stolcu obraz odmienny, nie dowodzi to jednak, by spotykane w tym razie drobnoustroje miały być przyczyną istniejącej choroby. Chodzi też w etyologii chorób przewodu pokarmowego o takie tylko przypadki, w których zmiana normalnej vegetacji drobnoustrojowej następuje pierwotnie i nagle i staje się punktem wyjścia dla chorób kizek.

Jako przyczynę tej nagłej zmiany podawano różne czynniki; w pierwszym rzędzie karmienie dzieci mlekiem krowim, za czem przemawiałoby wzmaganie się zaburzeń przewodu pokarmowego u niemowląt podczas lata, gdy mleko podlega pręcej psuciu, a z drugiej strony dodatnie rezultaty, otrzymane po wprowadzeniu w użycie mleka wyjałowionego [aparatus SOXLETH'a i inne]. Autor nie odrzuca wpływu etyologicznego tego czynnika, uważa jednak, na zasadzie przeprowadzonych w tym kierunku badań bakteryologicznych, że wpływ zewnętrznych, t. j. na zewnątrz ciała przebiegających spraw rozkładowych, na etyologię zaburzeń przewodu pokarmowego bywa przeceniany. Gdyby rzeczywiście ilość i rodzaj wprowadzanych do przewodu pokarmowego w mleku krowim drobnoustrojów miały takie decydujące znaczenie, to różnice pomiędzy sztucznie a piersią karmionymi dziećmi byłyby stokroć większe i rezultaty, otrzymane po wprowadzeniu w użycie mleka wyjałowionego, daleko jeszce wyraźniejsze.

Autor przypomina o dwóch jeszce zbiornikach drobnoustrojów, przez które przejść musi mleko, chociażby nie zawierające ani jednej bakterii, mianowicie o jamie ustnej i żołądka. Wpływ dezynfekcyjny soku żołądkowego, jak z badań wynikło, był nadto przeceniany, żołądek wywołuje pewne zmiany w vegetacji drobnoustrojowej, zmniejsza ilość bakterii, posiada swoistą vegetację drobnoustrojową. Dlatego też nadzwyczajną wagę posiada opróżnienie żołądka przed przedostaniem się doń nowego pokarmu, a właśnie u dzieci i to w szczególności u sztucznie karmionych, jak to wykazały badania PFAUNDLER'a pod tym względem istnieją nadzwyczaj częste zaburzenia, mianowicie upośledzenie wydalania (*hypovivensis*), co pociąga za sobą nadmierne sprawy rozkładowe w żołądka, które nie tylko drażnią miejscowo, lecz wprost mnóstwo bakterii i toksyn przenoszą do kizek. Pozostają sprawy rozkładowe, zachodzące już w samych kizekach: tu mamy do czynienia z bezwzględnie bezpowietrznymi drobnoustrojami (*obligat anaerob*) i szczególnie przy przedwczesnem podawaniu krochmalu, którego cząsteczki ulegają rozkładowi dopiero pod wpływem soków kizekowych i bakterii. W tym przypadku podrażnienie objawia się biegunką, gdy przeciwnie przy karmieniu mlekiem pierwsze objawy występują ze strony żołądka [dyspepsya]. Autor zakażenie to w przeciwstawieniu do zakażenia, spowodowanego przez mleko, rozkładające się przed wprowadzeniem do żołąd-



ka, oznacza mianem zakażenia wewnętrznego (*endogene Chymusinfektion*). Zakażenie to różni się od t. zw. zewnętrznego i swymi objawami i mniej burzliwym początkiem i przebiegiem powolnym. Podlegają mu i dzieci karmione piersią, lecz najwięcej naturalnie dzieci karmione sztucznie.

Dla wyjaśnienia istoty sprawy rozkładowej, jaka zachodzi w tych przypadkach w przewodzie pokarmowym, autor przytacza prawo HIRSCHLER'a: gdy węglowodany, wprowadzone z pokarmem nie są wessane, powodują fermentację kwaśną, która doprowadza do nagromadzenia się kwasów organicznych nienormalnych pod względem ilości i jakości, z posród których, jak dotąd, jedynie obecność kwasu masłowego wykazać się daje wyraźnie. Podrażnienie, wywierane przez te kwasy na ścianę kiszek, pociąga za sobą wzmożony ruch robaczkowy, sekrecję i łuszczenie się nabłonka. Fermentacja ta nie jest wywołaną przez jakiś swoisty rodzaj drobnostrojów. Autor spotykał najrozmaitsze vegetacje w stolcach niemowląt, dotkniętych tem cierpieniem (*bact. lactis aërogenes* pleśnią, prątki podobne do *bac. butyricus* PRAŻMOWSKIEGO i t. d.).

Autor rozpatruje dalej warunki powstawania w przewodzie pokarmowym niemowlęcia gnicia białkowego. W stolcach podobnych autor widywał vegetację, podobną do vegetacji *meconium*: prątki podobne do tęczowych, *proteus Hauseri*, *streptococcus coli gracilis*. W sprawie rozkładu białka biorą udział często przez autora w tych warunkach spotykane *bact. coli commune* i *bac. faecalis alcaligenes*. Białka wprowadzone do ustroju z pokarmem nie podlegają rozkładowi zbyt łatwo, wiemy jednak z badań BAGINSKY'ego i STADTHAYEN'a, że może to mieć miejsce przypuszczalnie dzięki bakterjom peptonizującym FLUEGGE'go. Autor pomimo, iż widywał te bakterye czysto nawet w stolcach dzieci karmionych piersią, a nader obficie w stolcach dzieci karmionych sztucznie, nie mógł stwierdzić, by one wywoływały jakieś poważne zaburzenia.

Powyżej rozstrząsane wewnętrzne i zewnętrzne zakażenia przez długi czas uchodziły za jedyne przyczyny chorób przewodu pokarmowego niemowląt; ujemny wynik badań co do wyraźnej *materia peccans bacteriosa*, spowodował CZERNY'ego do odrzucenia decydującej roli bakteryi w chorobach przewodu pokarmowego niemowląt. CZERNY przyczynę widzi w nienormalnej przemianie materyi (*Säureintoxication*). Fakt, przytaczany przez CZERNY'ego, że z zawartości przewodu pokarmowego nie można otrzymać substancyi toksycznie działających np. na króliki, nie jest dla autora dowodem, by te same substancye działały obojętne i na nadzwyczaj wrażliwą ścianę kiszek niemowlęcia. Wrażliwość ta, obserwowana przy najmniejszej zmianie w pokarmie jest, zdaniem autora, rzeczywiście częstą przyczyną zaburzeń w czynnościach przewodu pokarmowego niemowląt. Nie może więc autor z tego względu zgodzić się na wywody prof. CZERNY'ego, jakkolwiek z drugiej strony nie może się zgodzić i z teorią BAGINSKY'ego, wyłożoną w jego monografii chorób przewodu pokarmowego dzieci (*Die Behandlung der Verdauungsstörungen im Säuglingsalter*), stawiającą tę wrażliwość jako jedyną i główną przyczynę wymienionych chorób u niemowląt. Niemowlę bowiem obok tej wrażliwości posiada poważne środki samoobrony przeciw tworzącym się w zawartości kiszek kwasom i toksynom—w szybkim wypróżnieniu fermentujących mas za pomocą wzmożonego ruchu robaczkowego, w obfitej sekrecyi silnie alkalicznego płynu; brak łaknienia i wymioty chronią znowu od ponownych prób wprowadzania pokarmu.

Występowanie chorób przewodu pokarmowego w nader ciężkich formach, czysto w formie epidemii nawet śród dzieci, karmionych piersią [EPSTEIN'a badania w domu podzrutków w Pradze], a tembardziej śród niemowląt, karmionych sztucznie [LESAGE, ROSSI, FINKELSTEIN], sprawia na autorze wrażenie, że część i być może niebezpieczniejsza część chorób przewodu pokarmowego niemowląt powstaje przez działanie chorobotwórczych, może nawet swoistych



drobnoustrojów, które, niezależnie od sposobu karmienia, osiedlają się w przewodzie pokarmowym i korzystają z tegoż, jako z punktu wejścia, by następnie szerzyć swe dzieło zniszczenia w usposobionym już ku temu ustroju.

Autor jest zdania, że należy baczniejszą zwracać uwagę na badanie drobnoustrojów w zawartości jelit i narządach chorych niemowląt i sądzi, że z czasem ta jednostojna *species* chorobowa *cat. intestini* rozpadnie się na bliżej z etyologicznego punktu widzenia okraślone postaci chorobowe. Przeprowadzone na tem polu badania są to wprawdzie pierwsze kroki dopiero, jednakże o ile np. przypisywana przez niektórych autorów francuskich *bact. coli* rola czynna i swoista w biegunkach niemowląt, lub też podział CZERNY'ego na dyspepsyę i przez ogólne zakażenie ustroju manifestującą się *gastroenteritis*, nie znalazły wielu zwolenników, o tyle znowu badania CZERNY'ego i FISCHL'a wyświełiły nyleżycie nadzwyczajną wrażliwość niemowląt na zakażenie septyczne, specjalnie na zakażenie, wywołane przez łańcuszkowce. Dzięki badaniom MARFAN'a, BOOKER'a i FAVEL'a zyskaliśmy pojęcie o *Streptocococenteritis*. Pierwsze klinicznie i anatomicznie dokładnie określone przypadki zostały ogłoszone z kliniki prof. ESCHERICH'a. Właściwość patognomoniczną podobnych przypadków stanowi obecność w stolcu, ewentualnie w moczu, krwi i narządach wewnętrznych, kokków, biologicznie najbliższych stojących do pneumokoków FRAENKEL'a, a ze względu, i w ustroju człowieka tworzą one łańcuszki, objętych przez autora ogólną nazwą *enteritis streptococci*. Objawy kliniczne są różne, zależnie od umiejscowienia sprawy w jelicie cienkiem [stolce nadzwyczaj płynne, obfite, tryskające, w nich kokki, często wodny węgiel, nabłonek, ciałka krwi i śluz—*geformter Schleim* — ESCHERICH], rokowanie w tym razie zwykle dobre, lub też w jelicie grubym (*colitis*)—rokowanie zawsze gorsze, często fatalne wskutek częstego właśnie przy tej formie zakażenia ogólnego, [w stolcach nie obfitych, pokrytych śluzem ropa i krew, ciężki stan ogólny].

Autor wspomina dalej o zakażeniu łańcuszkowcowem wtórnem, przyłączającym się do już istniejących zaburzeń przewodu pokarmowego, co przypisuje pewnemu usposobieniu w wieku niemowlęcym do zakażenia przez łańcuszkowce; następnie o zakażeniu z mleka niewyjałowionego, w którym autor obserwował rozwinięcie się tych kokków i zakażeniu przeniesionem z jamy ustnej lub przez smoczki, szmatki do wycierania ust i ręce dozorczyń.

Oprócz łańcuszkowców znajdował autor w stolcach niemowląt z zaburzeniami przewodu pokarmowego *staphylococcus pyogenes aureus et albus*, oraz *bac. pyocyaneus*, wywołujący nawet małe epidemie.

Wymienione bakterye wywołują na błonie śluzowej jelit podobne zmiany, jak na innych błonach śluzowych, a że właśnie błona śluzowa jelit jest u niemowlęcia tak częstem *locus morbi* i tak łatwo prowadzi do powikłania, uważać to należy za swoistą cechę ustroju dziecięcego.

Co do roli patogenetycznej *bact. coli com.* autor jest zdania, iż aczkolwiek ani znajdowanie bakteryi tych w narządach, jako objaw pośmiertnej inwazyi, ani w stolcach [znajdujemy je nawet w stolcach dzieci zupełnie zdrowych], nie ma znaczenia, jednak wyraźne własności zakażne *bact. coli* i podobieństwo do lasecznika tyfusowego dają wiele do myślenia co do jego roli, co jeszcze większego nabiera prawdopodobieństwa wobec faktu, iż w szpitalach spostrzegano epidemicznie występujące zaburzenia kiszkowe, w których drobnowidzowo i drogą hodowli otrzymywano wyłącznie *bact. coli commune*.

Czynnikiem decydującym w badaniu roli etyologicznej *bact. coli* stało się odkrycie GRUBER'a i jako jego „dalszy” wynik próba WIDAL'a. W tym kierunku na klinice w Gracu przeprowadzone były badania z wynikiem dodatnim przez D-ra PFAUNDLER'a przy *colicystitis* u dzieci, cierpieniu opisanem pierwotnie z kliniki w Gracu („*Fudenreaction*“). Badania przy zaburzeniach przewodu pokarmowego za pomocą próby WIDAL'a przez długi czas były bezowocne



i dopiero po długim szeregu badań udało się autorowi spostrzeżać 3 przypadki kliniczne [dzieci 11 mies., 17 mies., 2½-letnie], w których hodowle *bact. coli* z surowicą odnośnych chorych dawały wyraźną [aż do 1 : 150] próbę WIDAL'a. Te przypadki i inne [FINKELSTEIN'a] skłaniają autora do wypowiedzenia przypuszczenia, że mamy w tych razach do czynienia z jedną i tą samą etyologicznie, a symptomatycznie do dyzenterji podobną postacią chorobową, występującą już to sporadycznie, już epidemicznie, której autor nadaje miano *colitis infectiosa, resp. colicolicitis*.

Przechodząc do leczenia zaburzeń przewodu pokarmowego pochodzenia zakaźnego, autor w pierwszym rzędzie stawia leczenie ochronne: oprócz unikania mleka niewyjałowionego, autor zwraca uwagę jeszcze na unikanie przekarmiania, zachowywanie ściśle przerw i nieprzekraczanie oddzielnych porcji ilościowo.

W zaburzeniach, wywołanych przez wprowadzenie zepsutego pokarmu—leczenie, jak przy innych zatruciach. Przy t. zw. zakażeniu wewnętrznym (*chymusinfektion*) z fermentacją kwaśną—opróżnienie żołądka, dieta herbaciana, unikanie pokarmów zawierających cukier. Wogóle autor radzi radykalną zmianę pokarmu: jeżeli np. zaburzenie nastąpiło przy pokarmie mlecznym, podawać należy kleiki: owsiany lub ryżowy, gdy zaś przeciwnie nadużywano przedtem pokarmów mącznych, można ostrożnie zacząć podawać rozcieńczone mleko. Chwali autor zupę LIEBIG'a w przypadkach gnicia białkowego. Natomiast małe znaczenie przypisuje działaniu środków dezynfekujących.

Jako środki ochronne zaleca autor dbałość o czystość i dostateczną ilość powietrza w pomieszczeniu dla niemowląt, możliwe odseparowywanie osobników dotkniętych cierpieniem przewodu pokarmowego pochodzenia zakaźnego, specjalne przedmioty do użytku dla każdego pacjenta. Autor wyraża nadzieję, że przy podobnym postępowaniu wyniki staną się podobne wynikom otrzymanym w ten sposób w walce z gorączką połogową.

(*Deutsche med. Woch.* 1898. str. 40—41.

J. Brudziński [Grac].

### 55. Pfaundler (Grac). Nowa forma odczynu surowiczego na zakażenie, spowodowane przez *bact. coli commune* i *proteus*.

Autor w swej pracy przeprowadził badania nad odczynem surowicznym z krwi chorych, dotkniętych zakażeniem, spowodowanym przez *bact. coli. com.* i *proteus* czyli t. zw. *coli resp. proteusbacillosis*. Autor zebrał i przytoczył literaturę danego przedmiotu; własne jego doświadczenia rozciągają się na 10 przypadków klinicznych, spostrzeganych na klinice pedyatrycznej w Gracu u dzieci od 3 miesięcy do 7 lat wieku, wśród których 8 *colibacillosis* (6 *colicystitides*, 1 *enteritis*, 1 *peritonitis*), 1 *proteusbacillosis* (*morbus Weillii*) i jedno zakażenie, spowodowane przez *bact. lactis aërogenes* [ESCHERICH].

Odnośne zakażenia stwierdzono ściśle bakteryologicznie; od każdego z chorych autor za pomocą wene-sekcyi otrzymywał pewną ilość krwi dla odczynu WIDAL'a. Wykonanie tego odczynu było następujące: otrzymana przez wene-sekcyę krew poddawana była centryfugowaniu w celu oddzielenia czystej surowicy. Odnośne bakterje otrzymywał autor z 24-godzinnej czystej hodowli agarowej, z której około 3 cząstek, wziętych pętlą platynową, skrzętnie rozbełtywał w próbówce z buljonem aż do otrzymania równomiernej emulsyi. Emulsyę tę mieszał autor z surowicą w stosunku 10:1, 30:1, 50:1, 100:1. Z każdej tych mieszanin kropelkę brał po kolei na szkiełko pokrywkowe wraz z kropelką emulsyi dla kontroli i badał bez immersyi. Cała waga doświadczeń autora polega na tem, że otrzymywał on, prócz zwykłej aglutynacyi, charakterystyczny, a dotąd nie opisany odczyn — tworzenia się po 24 godzinach jakby poplątanych nici z bakteryi, autor też nazywa ten odczyn „*Fadenreaction*“. Według autora jest to



wyższy stopień aglutynacji, nadzwyczaj ciekawy teoretycznie, w praktyce mający o tyle znaczenie, że odczyn surowicy jest tu bijący w oczy, niezaprzeczalny. Z doświadczeń autora wynika jedno jeszcze ciekawe spostrzeżenie, że *bact. coli*, *proteus* i *bact. lactis aërog.* posiadają własności indywidualizujące, elektywne, mianowicie surowica danego chorego daje odczyn aglutynacji i tworzenia się nici tylko z bakteriami, wychodowanymi z tego samego przypadku. Autor wywody swoje popiera licznymi, sumiennie ugrupowanymi doświadczeniami, jak również „Fadenreaction“ dwoma rysunkami z preparatów.

(„Centralblatt f. Bacteriologie, Parasitenkunde u. Infectionskrankheiten“. I Abtheilung XXIII B. 1898 № I, II, III, IV. J. Brudziński (Grac).

### 56. S. Blum. Przypadek zakażenia przez *bac. pyocyaneus* z następczem zapaleniem wsierdza tegoż pochodzenia.

Autor opisuje przypadek, który obserwował i opracował na klinice prof. ESCHERICH'a. Za godny ogłoszenia uważa autor ten przypadek zakażenia, wywołanego przez *pyocyaneus* z tego względu, iż miał do czynienia z pewnym nie opisanem dotąd powikłaniem, mianowicie z zapaleniem wsierdza pochodzenia zakaźnego, wywołanem przez *pyocyaneus*.

Doświadczalnie dowiedziono, że sama obecność drobnoustrojów we krwi nie wystarcza jeszcze do wywołania zapalenia wsierdza, zmienia się jednak postać rzeczy, gdy wskutek wyczerpujących chorób organizmu wszystkie organy i tkanki, a co za tem idzie i wsierdzie, tracą swoją zwykłą odporność. Jako dowód służyć może przypadek następujący: J. R. 2 $\frac{1}{2}$  mies., dziedziczny przymiot, z którego objawami i skutkami [niedokrwistość] przyjęty na klinikę 8. X. 1898 r. Z przebiegu choroby przytoczę tu tylko stan z dnia 20. X. 1898 r. Ciepłota 39, 4°. Szyja wygięta w tył. Twarz barwy nadzwyczaj bladej. Brzuch wzdęty i napięty. Na dużym palcu nogi prawej świeżo powstały dość duży, z zawartością krwawą pęcherz. Na drugim palcu podobny mniejszy pęcherzyk. W okolicy uderzenia koniuszczkowego serca słychać wyraźny szmer systoliczny. Tętno napięte. Głos ochryply. Biegunka. 21. X. Zejście śmiertelne. Od 8. X do 18. X przebieg choroby bezgorączkowy, od 19. X stała wysoka gorączka. Wynik sekcji—*pneum. lobul.*, *catarrhus intestin. chron.*, *hepatitis interstit. luetica*. Zastawki dwudzielne o brzegach nieco zgrubiałych. Na powierzchni zastawek, bliżej brzoju, dość liczne prosówkowate guziczki.

Z krwi, otrzymanej przez punkcję serca w 1 $\frac{1}{2}$  godziny po zgonie, przygotowano preparaty mikroskopowe i hodowle. W preparacie krwi, zabarwionym błękitem metylowym, prątki krótkie, grube. W hodowlach — pyszny rozrost *bac. pyocyaneus*, hodowla czysta. Wygląd mikroskopowy identyczny z wyglądem prątków, znalezionych bezpośrednio we krwi. We krwi, wziętej do badania w przeddzień śmierci, znaleziono podobne prątki. W skrawkach mikroskopowych z organów prątki identyczne.

Nader ciekawe wyniki dało badanie skrawków zastawek dwudzielnych — znaleziono na tle zmian histologicznych krótkie, grube prątki, wyżej wzmiankowane, jednym słowem, obraz zapalenia wsierdza brodawkowatego [*endocarditis verrucosa*], spowodowanego przez *bac. pyocyaneus* [za życia jeszcze stwierdzono wadę zastawki dwudzielnej].

W danym przypadku miała właśnie miejsce osłabiona odporność narządów, względnie wsierdza, w skutek długiej wyczerpującej choroby dziecka, osłabionego już przez dziedziczny przymiot.

Doświadczenia na zwierzętach wykazały znaczną siłę toksyczną *bac. pyocyaneus*, wychodowanego przez autora z krwi wymienionego dziecka. Jako punkt wyjścia zakażenia uważa autor przede wszystkim kiszki, czego potwierdzenie znajduje w opisywanych przez francuskich pedyatrów biegunkach, wywołanych



przez *pyocyaneus* u dzieci, następnie w obserwowanym przez siebie przypadku autor wykazał obecność *bac. pyocyan* na powierzchni jelita cienkiego, i w najgłębszych warstwach błony śluzowej. Z hodowli *bac. pyocyan*, autor wywołał doświadczalnie zapalenie wsierdzia brodawkowate [*endocarditis verrucosa*]. Autor nakłół u królika zastawki aorty, by tym sposobem wytworzyć niezbędne *locus minoris resistentiae*, w godzinę potem wstrzyknął 0,5 ctm. 24-godzinnej buljonej hodowli *bac. pyoc.* w żyłę uszną. Królik padł po 2 dniach. Przy sekcji znaleziono w prawej zastawce aorty otwór o brzegach wyraźnie zgrubiałych. Badanie mikroskopowe i bakteryologiczne dało wyniki zupełnie zgodne z wynikami, opisanymi powyżej.

(*Centralblatt f. Bacteriologie, Parasitenkunde u. Infections - Krankheiten.*  
XXV. Band 1889. № 4). J. Brudziński.

### 57. Th. Escherich. Zakażenia u niemowląt, spowodowane przez *bac. pyocyaneus*.

Przypadek, podany przez BLUM'a, to pierwszy przypadek zakażenia, spowodowanego przez *pyocyaneus* na klinice w Gracu. Za nim poszły dalsze i do piero po dokładnej dezynfekcyi sali małych dzieci, w której to miało miejsce położono tamę dalszemu szerzeniu się zakażenia. Prof. ESCHERICH podaje jeszcze 4 przypadki zakażenia podobnego.

1) Paula, 7 tygodni [przytaczam tylko odnoszące się do przedmiotu ustępy z historii choroby]. Wrzód na biodrze, na którego wierzchołku skóra zabarwiona czarno. Przy zmianie opatrunku rzuca się w oczy niebieskawo-zielone zabarwienie gazy; mikroskopowe i bakteryologiczne badanie ropy wykazało obecność *pyocyaneus* [lasecznik błękitnej ropy], daremnie jednak szukano go w stolcach, we krwi i płynie mózgodzeniowym. Mocz jałowy. Śród zjawisk zapalenia płuc i posuwającej się, pomimo leczenia miejscowego, pleśniawki [*soor*] dziecko 22. XI umiera. Wynik sekcji *soor, atrophia, cat. intest. chron., pneum. lobul. dextra*. W skrawkach, jak również w hodowlach z płuc — *bac. pyocyan*.

2) Anna, 2 miesiące, z objawami *cat. intest., soor*. Ciepłota 38,5°. Na skórze tułowia *exanth. haemorrh.*, nieco naprawo od pępka pęcherzyk krwisty. Stolce biegunkowe. Zgon w nocy. Na sekcji — *soor oesophagi, cat. ac. intest. ten.*, w dolnej części jelita grubego owrzodzenia. Niedostateczne krzepnięcie krwi. W danym przypadku, pomimo skrzętnych badań, nie wykazano obecności *bac. pyocyan*. ESCHERICH uważa jednak, że względu na tak charakterystyczne dla zakażenia *pyocyan*. występowanie na skórze napełnionych krwią pęcherzyków, i ten przypadek za zakażenie błękitne.

Dwa ostatnie przypadki dotyczą dzieci, które były już przez dłuższy czas na klinice i naraz wystąpiły objawy biegunki ostrej, zgon po paru dniach.

3) Emmerich, 11<sup>1</sup>/<sub>2</sub> mies., w stolcu mikroskopowo-liczne krótkie łańcuszkowce. W hodowli ze stolca na agarze na płytkach 8 — 10 kolonii *pyocyan*. Wyniki sekcji: *gastroenteritis acuta, degeneratio adiposa hepatis et renum*. Krew w sercu niedostatecznie skrzepła.

4) Maria, 3 mies., zejście wśród objawów ciężkiego niezytu ostrego kiszki cienkich. W hodowlach ze stolca na płytkach *pyocyaneus* w pierwszym rozcieńczeniu. Na sekcji — *oedema meningum, cat. intest. ten. acutus*. Krew nawet przy dłuższem staniu nie krzepnie. W krwi, śledzionie i nerce prątki, barwiące się za pomocą metody GRAMA. *Pyocyaneus* nie obecny.

Opierając się na dodatnich wynikach badań bakteryologicznych stolców, ESCHERICH skłonny jest uważać i te dwa przypadki za zakażenie ropą błękitną, z tem zastrzeżeniem, że tu *pyocyaneus* znajdował się przypadkowo w kiszki wskutek panującego już w sali zakażenia i rozwinął się li tylko dzięki zmniejszonej odporności organizmu, nie wywołał jednak objawów swoistych.



E. uważa, że zakażenie nastąpiło drogą pośrednią; przenoszenie bezpośrednio można wykluczyć, że każde dziecko posiada zupełnie oddzielne przedmioty do użytku własnego w specjalnej szafeczce, pozostają jednak ręce dozorczyń i powietrze sali.

Bakteryologiczne badanie powietrza wykazało na płycie agarowej pewną ilość zarodków o zielonej fluorescencji. Sali opróżniono i zdezynfekowano dokładnie metodą LINGNER'a. Odtąd badania bakteryologiczne nie wykazywały już ani razu *bac. pyocyaneus*, nie spostrzegano również ciężkich klinicznych objawów tego zakażenia.

(*Centralblatt f. Bacteriologie, Parasitenkunde u. Infections-Krankheiten.* XXV Band. 1899. № 4).  
J. Brudziński. [Grac].

## WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE.

### 9. Mercuriolum. Merkuryol, nowy przetwór rtęci metalicznej.

Przetwór ten przygotowany został przez BLOMQUIST'a (*Arch. f. Dermat. u. Syph. T.* 48. Zesz. 1. 1899) według nowej, wykrytej przezeń metody rozdzielania rtęci.

Metoda BLOMQUIST'a opiera się na nieznanym przedtem fakcie, że amalgamaty metali ziem alkalicznych oraz metali litu, glinu i magnezu dają się niezmiernie łatwo rozprowadzić we wszelkich substancjach obojętnych, półstałych lub płynnych. We wspomnianych amalgamatach rtęć jest bardzo luźno związana, łatwo się zatem z nich wydziela, gdy metal amalgamowany pod wpływem pary wodnej i powietrza ulega utlenieniu.

Merkuryol przedstawia szary, mialki, nieco lepki proszek, zawierający rtęć metaliczną w stanie niezmiernie subtelnego rozdzielania. Zawartość w nim rtęci metalicznej dochodzi do 40%, można jednak przygotować merkuryol z zawartością 50—60—80% rtęci. Pod względem fizycznym wyróżnia się od wszystkich innych przetworów rtęci metalicznej tem, że oglądany pod drobnowidzem nie okazuje, nawet przy powiększeniu 200 razy, żadnych kuleczek rtęciowych.

Merkuryol składa się z mieszaniny amalgam aluminium i magnezu, rozartej z kredą. W celu zwiększenia lepkości merkuryolu i przeszkodzenia zbyt szybkemu utlenieniu metali amalgamowanych, proszek merkuryolowy zmieszany jest z niewielką ilością tłuszczu. Ponieważ rtęć w merkuryolu jest bardzo równomiernie i subtelnie rozdzielona, przeto znacznie powiększa się powierzchnia ulatniania rtęci, co jest bardzo ważne szczególnie wówczas, gdy chodzi o wziewanie pary rtęciowej.

Podług MERGER'a, WELANDER'a i innych, przenikanie rtęci do wewnątrz ustroju, przy zewnętrznem jej stosowaniu, odbywa się głównie drogą narządu oddechowego, przyczem rtęć przy podobnem stosowaniu winna być możliwie subtelnie rozdzielona i nie być zawarta w tłuszczu, gdyż ten, otaczając cząsteczki rtęci, utrudnia ulatnianie się jej.

Działanie lecznicze merkuryolu zostało wypróbowane na licznych materiale przez AHMAN'a, asystenta kliniki syfilidologicznej prof. WELANDER'a w Stockholmie.

Na mocy długiego szeregu doświadczeń doszedł WELANDER do wniosku, że wcieranie maści rtęciowej stanowią właściwie kurację inhalacyjną. Wychodząc z tego założenia, stosował on przez szereg lat w szpitalu St. Göran



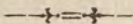
nie wcierania, lecz smarowanie skóry maścią rtęciową [t. zw. *Ueberstreichungskur*], przyczem otrzymał wyniki niegorsze, niż przy wcieraniach. Postępując konsekwentnie, zrobił WELANDER jeszcze jeden krok naprzód w tym kierunku i, zamiast stosowania maści na skórę, rozprowadzał ją cienką warstwą po wewnętrznej powierzchni worka [50 ctm. długości, 40 ctm. szerokości] bawełnianego lub wełnianego, który chorzy przez pewien przeciąg czasu [30—40 dni] noszą na gołym ciele. Skutki lecznicze mają być przytem doskonałe, a wydzielenie rtęci przez mocznik znaczne (WELANDER. *Ueber eine einfache therapeutisch kräftige Methode der Anwendung von Ung. hydrargyri Arch. f. Derm. u. Syph. T. XI. 1897*). Ten sposób leczenia odznacza się wielką dogodnością i czystością, wymaga nadto znacznie mniejszego personelu służby w szpitalu i mniejszej liczby kąpielni. Przedstawia on wszakże pewne niedogodności: jeśli w ciągu dłuższego czasu smarować codziennie „woreczek“ maścią, to, z jednej strony, brudzi się on coraz bardziej od nagromadzającego się tłuszczu, z drugiej — tłuszcz przesiąka materję woreczka i czyni go nieprzepuszczalnym dla powietrza, skutkiem czego przeziw skórny zostaje utrudnionym i skóra woreczkiem przykryta jest często wilgotna od potu. Okoliczność ta skłoniła AHMAN'a do zastąpienia maści proszkiem i to takim, aby rtęć w nim była możliwie subtelnie rozdzielona w celu powiększenia powierzchni ulatniania rtęci.

Co się tyczy dawkowania merkuryolu, to AHMAN rozprowadza 5 grm. merkuryolu po wewnętrznej powierzchni woreczka codziennie w ciągu pierwszych 5—10 dni następnie zaś co 2-gi dzień. Przez cały czas leczenia [30—40 dni], wystarcza jeden woreczek.

Podjęte przez AHMAN'a badania moczu na rtęć u kilkudziesięciu chorych, leczonych merkuryolem według „metody woreczkowej“ WELANDER'a, wykazały, że rtęć wydziela się z moczem w znacznych ilościach i że wydzielenie to jeszcze po upływie 8—10 tygodni po skończonej kuracyi jest dość duże. Wyniki lecznicze tą drogą otrzymane nie ustępują, zdaniem AHMAN'a, wynikom osiąganym przy stosowaniu innych metod leczenia. W żadnym z przytoczonych przez AHMAN'a przypadków nie doszło do poważniejszego zatrucia rtęciowego. Działanie miejscowe jest bardzo nieznaczne, skutkiem czego nawet przypadki z rozległą pryszczycą nie stanowią przeciwwskazania do stosowania tej metody.

*Stanisław Pechkranc.*

## Wiadomości bieżące.



— Dnia 28 maja r. b. liczne grono lekarzy i osób różnych sfer towarzyskich uczciło obiadem składkowym prof. JULIANA KOSIŃSKIEGO, z powodu ukończenia 35-letniej Jego działalności profesorskiej. Na uroczystość tę zjechali się uczniowie jubilatą z różnych stron kraju i zaszczylił ją prof. RYDYGIER ze Lwowa. W licznych toastach przypomniano zasługi jubilatą na polu nauczycielskim, lekarskim i społecznym. „Medycyna“, prócz medalu wybitego specjalnie dla „mistrza chirurgii polskiej“, poświęciła Mu numer 4-arkuszowy, w którym pomieścili prace koledzy: SZTEYNER, Życiorys prof. KOSIŃSKIEGO i wyliczenie 118 Jego prac, HORODYŃSKI i MALISZEWSKI. O ranach serca, SOLMAN. Dwa przypadki pneumatomii z powodu ropnia płuc. OEDERFELD. O operacyjnem leczeniu wPOCHWIEN JELIT. LEŚNIEWSKI. Przyczynek do patologii gruczołów chłonnych pachwinowych, ZEMBRZUSKI. Przyczynek do chirurgii pęcherzyka żółciowego, TYMIENIECKI. Przypadek zwichnięcia goleni w stawie kolanowym. KRAUSE. Przemieszczenie jądra pod skórę okolicy pachwinowej pochodzenia urazowego. BORSUK, Przypadek resekcyi kiszki ślepej.

— Kol. Z. DMOCHOWSKI mianowany został prosektorem przy katedrze anatomii patologicznej tutejszego uniwersytetu.



N E K R O L O G I A.

Dnia 19 maja r. b. zmarł w Radomiu D-r med. TEOFIL REWOLIŃSKI, były Inspektor lekarski gub. radomskiej. Urodzony w r. 1821 w Rawie, kształcił się w szkołach radomskich a następnie w Akademii medyko-chirurgicznej w Petersburgu. Jako lekarz wojskowy zajmował po jej ukończeniu posadę ordynatora szpitala Ujazdowskiego i Łowickiego, brał udział w kampaniach węgierskiej [1849] i krymskiej [1853—1856] Podczas tej ostatniej zarządził szpitalami polowymi w Krajowie na Multanach i w Balcie na Podolu, gdzie okazał wiele energii. Wkrótce potem opuścił służbę wojskową a po zdaniu egzaminu doktorskiego przed Radą Lekarską, oraz administracyjnego, przeszedł do służby cywilnej [1859] i kolejno urzędował jako lekarz powiatu siedleckiego [1859—1863], jako Inspektor lekarski gub. augustowskiej [1864] i radomskiej [1865—1887]. Jako urzędnik odznaczał się szerokiem i obywatelskiem traktowaniem spraw medycyny publicznej, o czem świadczą liczne prace jego i sprawozdania z dziedziny statystyki i topografi lekarskiej, drukowane w „Tygodniku“ i „Klinice“, oraz energią i konsekwencją w przeprowadzaniu swych projektów. Gubernia radomska i miasto Radom w szczególności wiele mu zawdzięczają w dziedzinie higieny publicznej. Energiczna walka, jaką prowadził z rozwieleniem w latach 1860—1870 znachorstwem i felczeryzmem, znacznie ograniczyła wyzysk ciemnego ludu w Radomskiem przez „Łukaszka“ i epigonów, zmusiła jednak ś. p. REWOLIŃSKIEGO do porzucenia praktyki lekarskiej. Wolny czas poświęcał nieboszczyk pracom na niwie archeologii i numizmatyki, w której nazwisko swe jako znawca pomiędzy najpierwszymi w kraju zapisał. Szczególniej ciekawą i jedyną w swoim rodzaju była kolekcya medalików świętych i pobożnych, w obrębie byłej Rzeczypospolitej wybitych. Monografia jego w tym przedmiocie [1887] zawiera 1500 wizerunków i opisów w znacznej części białych kruków archeologicznych, za którymi czynił dalekie wycieczki i poszukiwania po kraju i na obczyźnie. Powodowany myślą obywatelską, założył nieboszczyk w r. 1883 „Gazetę Radomską“, którą przez pierwsze 4 lata sam kierował. Wyszedłszy do emerytury, osiadł w Radomiu i tu spędził ostatnie lata życia, które Mu wiele zgotowało goryczy, nie zdołało jednak nigdy zwrócić z drogi pracy obywatelskiej.

Główne prace ś. p. REWOLIŃSKIEGO, których Kościński w słowniku swym wylicza 21, były następujące:

- 1) De abscessu frigido seu lymphatico [Dyssertacya doktoryzacyjna].
- 2) O skorbutcie, panującym w wojskach rosyjskich, rozłożonych nad Dunajem podczas oblężenia Sylistryi w r. 1854.
- 3) Opis topograficzno-lekarski Wołoszczyzny [te dwie nie były drukowane].
- 4) Odpowiedzi na pytania, umieszczone w okólniku przez komitet ustanowiony do rewizyi ustaw i organizacyi służby cywilno-lekarskiej w Królestwie—Tygodnik Lekarski, 1863 [premjowana] i Przegląd Lek. Krak..
- 5) Notatki z praktyki urzędowo-lekarskiej—*ibidem*.
- 6) Sprawozdania czynności urzędowych policyjno i sądowo-lekarskich oraz praktyki prywatnej wraz z opisem topograficzno-lekarskim powiatu siedleckiego. Tygodnik Lekarski lata 1864, 1865, 1866.
- 7) Środki, zabezpieczającej od zarazy przymiotowej. Tyg. Lek. 1864.
- 8) Oderwanie główki przy porodzie przez matkę rodzącą—*ibidem*.
- 9) Kilka uwag nad czarną krostą, z powodu artykułu o czarnej kroście na powiekach przez prof. Słowikowskiego w Krakowie—*ibidem*.
- 10) O kwestyi felczerskiej w gub. radomskiej. Klinika. № 6 z r. 1866.
- 11) Popularna rozprawa o kołtunie.
- 12) Krótki rys topograficzno- i statystyczno-lekarski gub. radomskiej.



13) Historyczny opis medalionów polskich. Kraków. 1887 in IV-to w 2 częściach.

14) Katalog medali religijnych, odnoszących się do kościoła katolickiego we wszystkich krajach dawnej Polski.

Zmarły był od roku 1869 członkiem korespondentem Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego; przyjmował żywy udział w Zjazdach lekarzy i przyrodników polskich w Poznaniu, Krakowie i Lwowie, otrzymał za prace i okazy archeologiczne dyplom uznania na ostatniej wystawie dzieł sztuki w Warszawie [1889], w r 1897 obchodził 50-lecie dyplomu lekarskiego. Liczne tłumy, jakie odprowadzały zwłoki ś. p. RĘWOLIŃSKIEGO na miejsce wiecznego spoczynku i serdeczna mowa kol. PAPIEWSKIEGO z Radomia nad trumną były ostatnim hołdem oddanym zmarlemu za liczne zasługi.

## K O N K U R S.

Od osoby, która nie pozwoliła na ogłoszenie swego nazwiska, otrzymaliśmy rb. 100 jako fundusz konkursowy na najlepszą pracę popularną [nie tłómaczenie z obcych języków] o rzeżąc z c e u m ęż c z y z n, któraby obejmowała:

1) Dokładny i dla każdego zrozumiały opis choroby, jej rozmaitych objawów, przebiegu, powikłań i następstw.

2) Praktyczne i możliwe do zastosowania przepisy higieniczne i dyetetyczne przy różnych objawach i okresach cierpienia.

3) Wskazanie środków, jakie stosować należy w początkach choroby, w razie gdy pomoc lekarska jest z jakichkolwiek powodów utrudnioną lub niedostępną.

4) Jasne przedstawienie sposobów zachowywania się podczas całego przebiegu rzeżączki.

5) Racionalne i oparte na spozteżeniach naukowych rady uchronienia się od tej choroby.

Praca nie może przenosić 5 arkuszy druku. Praca jest własnością autora. Pierwszeństwo drukowania jej ma „Gazeta Lekarska“ lub jej wydawnictwa i Odczyty Kliniczne za oddzielnem wynagrodzeniem autora. Ostateczny termin składania prac w Redakcyi Gazety Lekarskiej d. 1 czerwca 1900 roku. Skład sędziów: ELSENBERG, GABSZEWICZ, CIECHOMSKI, KIJEWSKI, ŻERA.

## ZA POŚREDNICTWEM REDAKCYI GAZETY LEKARSKIEJ

**Na sanatorium dla suchotników [salę lekarską]:**

Rb. 63 kop. 75 złożyli następujący koledzy z Częstochowy:

D-r BATAWIA, D-r BIEGAŃSKI, D-r DRABCZYK, D-r FINKELSTEJN, D-r KOHN, D-r MARCZEWSKI, D-r PIETRASIEWICZ, D-r PISARZEWSKI, D-r ROZENFELD, D-r SĘKOWSKI, D-r SZPIGIEL, D-r WASSERTHAL, D-r WRZEŃNIEWSKI, D-r REIMAN, D-r KONDRATOWICZ, D-r BRONIAŁOWSKI, D-r BRZEZIŃSKI, D-r BOGUCKI, D-r BRZOWSKI; łącznie z poprzednimi rb. 687 kop. 75.

Do dzisiejszego N-ru Gazety dołącza się bezpłatnie: „Katalog dzieł“ kasy pomocy imienia D-ra med. J. MIANOWSKIEGO.

Za Wydawcę, D-r Jan Pruszyński.

Redaktor odpowiedzialny, D-r Wl. Gajkiewicz.

Дозволено Цензурою, Варшава 21 Мая 1899. Друк Kowalewskiego, Warszawa, Mazowiecka 8.