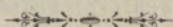


KRONIKA LEKARSKA,

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

O PADACZCE.



Patogeneza i etiologia.

(Rzecz wygłoszona na IX Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie).

Napisał

Dr. med. Ludwik E. Bregman.

Ordynator szpitala.



(Ciąg dalszy).

Przechodzimy do *etyologii* padaczki. Jakie są przyczyny tych gwałtownych wybuchów energii nerwowej, które przedstawiają nam się pod postacią napadów epileptycznych?

Z punktu widzenia najogólniejszego podzielić je możemy w sposób następujący: 1) wrodzone anomalie budowy ośrodków nerwowych, które powodują zmieniony stan ich pobudliwości; 2) czynniki oddziaływające bezpośrednio szkodliwie na ośrodki nerwowe; 3) czynniki działające na mózg pośrednio, w drodze odruchowej; 4) zaburzenia przeróbki materii, które powodują zmiany w cieczy odżywczej zasilającej ośrodk.

Ad 1) punkt 1-szy prowadzi nas do rozpatrzenia znaczenia *dziedziczności* w padaczce. Dawniejsi autorzy nie byli zgodni w swych

zapatrywaniach na tę kwestyę, ponieważ niejednakowo pojmowali dziedziczność. Nowsi dochodzą na podstawie statystyki do wniosków bardzo zbliżonych, to też więcej niż w połowie przypadków znajduje się usposobienie odziedziczone (Bourneville 66,8%, Binswanger 61,7%). To usposobienie odziedziczone może być następstwem:

a) *Obarczenia neuro- lub psychopatycznego* (w 35—40% Binswanger). Obarczenie to może być *prostem i jednoimiennem*, t. j. jedno z rodziców miało padaczkę; o wiele częściej jednak nie jest jednoimiennem — gdy rodzice dotknięci byli innymi chorobami nerwowymi lub umysłowymi — a często nawet nie jest w linii prostej, lecz bocznej (indirecte Vererbung). Wraz z Binswangerem rozróżniamy: α) *obarczenie zwykłe*, przy którym objawy kliniczne są mniej więcej te same, jak i w padaczce niedziedzicznej, a choroba występuje tylko w wieku wcześniejszym, pod wpływem czynników dla ustroju zdrowego zupełnie nieszkodliwych. β) *obarczenie degeneracyjne*, które znajdujemy najczęściej przy pokrewieństwie obarczonych rodziców, lub powikłaniu obarczenia pijaństwem rodziców. Tu znajdujemy u chorego i jego rodzeństwa liczne oznaki zwyrodnienia, somatyczne i psychiczne, zaburzenia rozwoju — idyotyzm — różne choroby nerwowe i umysłowe, które na tle zwyrodnienia powstawać zwykły. Znajomość tej postaci dziedziczności jest ważną ze względu na pojmowanie stosunku idyotyzmu do padaczki. Nie ulega wątpliwości, że padaczka sama przez się właściwie przy częstych napadach prowadzić może do znieożęznienia umysłowego, o wiele częściej jednak oba są objawami współzrzednymi zwyrodnienia dziedzicznego.

b) Powtóre, przyczyną usposobienia dziedzicznego mogą być *inne choroby rodziców*, które wpływać mogą ujemnie na plasma zarodkowe (Keimplasma). Tu wymienić należy w 1-ej linii — przymiot, gruźlicę, alkoholizm chroniczny. Ten ostatni właśnie odgrywa, jak się zdaje, rolę dość ważną (Déjérine w 51,6%, Féré u mężczyzn 38,3, u kobiet 46,9%, Voisin 31% wszystkich przypadków).

c) Po trzecie należą tu przypadki, w których usposobienie wrodzone polega na *zaburzeniach rozwoju wewnątrzmacicznego*, spowodowanych chorobą matki w czasie ciąży, lub wstrząśnieniem moralnym (przestrach), urazem i t. p. We wczesnym okresie ciąży czynniki te sprowadzają najczęściej zaburzenia ogólne rozwoju lub śmierć zarodka, w późniejszym działaniu ich ogranicza się często do ośrodków nerwowych.

Zauważyć wreszcie należy, że niezbyt rzadko te różne przyczyny usposobienia dziedzicznego wikłają się w jednym i tym samym przypadku.

Ad 2) W drugiej grupie przyczyn padaczki spotykamy czynniki oddziaływające bezpośrednio szkodliwie na ośrodki nerwowe. Tu należą: a) uraz. Ze względów praktycznych p. urazową rozpatrywać będziemy później wraz z innymi wyróżniającymi się pod względem etyologicznym postaciami.

b) Różne cierpienia mózgowe zakończone pomyślnie lecz z pozostawieniem blizny, która przez ciągłe podrażnienia sąsiednich i coraz dalszych części mózgu sprowadza zmiany ogólne stanu pobudliwości a w ich następstwie padaczkę. Tu w pierwszej linii wymienić należy t. zw. porażenia mózgowe dziecięce, skutki encephalitis w wieku dziecięcym, które bardzo często padaczką się wikłają. W przypadkach tych niekiedy przesledzić można, jak w początku napady zdradzają wyraźny związek z ogniskiem, czy to w postaci aury ruchowej, czy w przewodzie lub ograniczeniu się skurezu tonicznego lub drgawek do jednej połowy ciała, a później padaczka staje się bardziej niezależną i ślady tego związku coraz bardziej się zacierają. To samo, choć rzadziej znacznie, spostrzega się w analogicznych cierpieniach wieku dojrzałego (przy sprawach zapalnych, ogniskach przymiotowych, rozmiękzeniach, torbielach).

c) Choroby zakaźne i intoksykacje są jednym z najważniejszych momentów etyologicznych. Działanie jadu na mózg sprowadza napad epileptyczny, który ma znaczenie symptomatyczne tylko i bynajmniej jeszcze nie może być nazwany padaczką. Doświadczenie jednak pokazuje, że na tem tle w następstwie powstaje dość często prawdziwa padaczka. Zdaje się, że pierwszy napad padaczkowy oddziałuje modyfikująco na stan pobudliwości mózgu i umożliwia powtórzenie podobnych wyładowań pod wpływem przyczyn zkadinał nieznacznych. Największe w tym względzie znaczenie mają choroby zakaźne wieku dziecięcego, gdyż mózg dziecięcy najłatwiej się tego rodzaju (bahnen-de) wpływowi poddaje, a czynności tamujące kory mózgowej są jeszcze zbyt słabe. Szkarlatyna, tyfus, krztusiec — oto najważniejsze z nich pod względem etyologicznym.

Do tej grupy zaliczyć należy również padaczkę przymiotową i wysokową, ponieważ jednak zachodzą tu stosunki bardziej powikłane, postaci te rozpatrywać będziemy później bardziej szczegółowo.

Ad 3) Trzecią grupę stanowi padaczka odruchowa. Cierpienie nerwu lub narządu obwodowego wywołuje podrażnienie, które udziela się rdzeniowi kręgowemu i powoduje objawy ruchowe, podobne do odruchów, naprzód w części ciała będącej punktem wyjścia sprawy odruchowej a następnie i w innych częściach w porządku wskazanym przez rozprzestrzenianie się odruchów w rdzeniu (Reflexkrämpfe).

Przy dalszem rozprzestrzenianiu się podrażnienia na mózg powstają prawdziwe napady padaczkowe.

Ad 4) Wreszcie w grupie czwartej łączymy przypadki, w których padaczka jest następstwem zaburzeń w przeróbce materii. Zaburzenia te powodować mają peryodycznie nagromadzenie się we krwi substancji trujących; napad epileptyczny zaś jest wynikiem działania tych ostatnich na mózg (antointoksykacji). Co się tyczy samootrucia w padaczce zdania nie są jeszcze ustalone; wielu autorów zapatruje się sceptycznie na jego znaczenie etyologiczne. Zwolennicy teorii chemicznej przytaczają argumenty następujące:

a) Badanie moczu i krwi epileptyków. Krainsky stwierdził, że na 24—48 godzin przed napadem ilość kwasu moczowego w moczu się zmniejsza, zwiększa zaś się po napadzie. Im więcej kwasu moczowego w ustroju zatrzymano, tem napady są częstsze i silniejsze. Średnia ilość wynosić ma 0,25 p. die.

Przedtem już stwierdził to samo Haig, później kilku innych autorów. Voisin i Petit znaleźli, że siła trująca (toxicité) moczu epileptyków jest zmniejszoną przed i w czasie napadów, a zwiększoną po napadach (to samo Bleile, Ferrarini); jako istotę trującą wykryli oni bezkształtną masę o zapachu silnie amoniakalnym.

Krew epileptyków wzięta przed napadem lub w czasie stanu epileptycznego, ma również, według Krainskiego, własności trujące, gdy natomiast krew wzięta w okresie międzynapadowym lub w czasie napadów lżejszych nie wykazuje żadnego działania. Jako istotę trującą autor ten uważa *ammonium carbaminicum*, substancją, która w warunkach prawidłowych przechodzi w kwas moczowy, a pozostając niezmienioną we krwi staje się przyczyną napadu padaczkowego. Zastrzykując ją do krwi, otrzymuje się prawdziwą padaczkę. Zawartość jej we krwi trującej epileptyków jest dość znaczną, w okresie międzynapadowym zaledwie ślady jej się znajduje. Własności trujące krwi potwierdził Cololian, wyniki ujemne otrzymali Herter, Mairet i Vires.

Nie będą przytaczał innych jeszcze — bardzo licznych badań nad krwią, moczem, i in. wydzielinami — potem, sokiem żołądkowym i t. d. — epileptyków, gdyż wyniki tych badań są w wielu punktach sprzeczne i dla kwestyi naszej żadnego znaczenia nie mają. Nadmienię tylko jeszcze, że Covreur w klinice Binswanger'a, powtarzając badania opisane przez Krainskiego, w mniejszej części przypadków tylko znalazł zmniejszanie się ilości kwasu moczowego w moczu przed napadami, powiększanie się zaś tej ilości następowało

zazwyczaj dopiero w kilka dni po napadzie. Kilkakrotnie spostrzegaliśmy zmniejszenie ilości kwasu moczowego bez następczego napadu.

b) Niektóre fakty kliniczne przemawiają za możliwością samotrucia. Przedewszystkiem t. zw. objawy *prodromalne*, dalsze zwiastuny napadu w odróżnianiu od aura, która jest już początkiem napadu. Zwiastuny te nie są wcale tak rzadkie, jak przypuszczali dawniejsi autorzy; jako objawy ogólne i mniej ciężkie bywają one często zapoznawane zarówno przez chorych jak i przez lekarzy. Są to: uczucie zmęczenia, niezdolność do pracy, niemożność skupienia myśli, wielka drażliwość, przygnębienie, dreszczyki, zaburzenia trawienia, zaburzenia angioneurotyczne — słowem szereg objawów, które istotnie nasuwają myśl o otruciu ustroju, są bardzo podobne do objawów inkubacyjnych niektórych chorób zakaźnych.

Dalej, zaburzenia żołądkowo-kiszkowe mają wielkie w padaczcze znaczenie. Widzimy nietylko, że wskutek błędów dyetetycznych, ciężko strawnych pokarmów lub zbyt obfitej strawy, katarze żołądka lub kiszki napady stają się częstsze albo, jeśli ustały przedtem, na nowo się wracają, ale nieraz i pierwszy początek padaczki łączy się bezpośrednio z podobnymi zaburzeniami.

Wspomnieć należy również o wielkiej roli przypisywanej w etiologii padaczki pasorzytom kiszkowym. Wszystkie te przypadki zaliczano przedtem do padaczki odruchowej, wobec tego jednak, że towarzyszą mu zawsze nieprawidłowe sprawy chemiczne w przewodzie pokarmowym, przypuszczenie samozatrucia ustroju jest najzupełniej usprawiedliwione.

c) Po trzecie, na korzyść teorii intoksykacyjnej przytoczono zmiany anatomiczne, znajduwane u chorych zmarłych w stanie padaczkowym (*status epilepticus*): świeże stłuszczenie serca, nerek, wątroby, przekrwienie dna 4-tej komórki, krwotoki w rdzeniu przedłużonym — słowem zmiany, które spotyka się dość często przy ostrym otruciu.

Wszystkie przytoczone tu momenty przemawiają za możliwością samozatrucia jako przyczyny padaczki. Ponieważ jednak ani zaburzenia przemiany materii, ani zmiany we krwi i w moczu, ani zaburzenia kiszkowe, ani objawy zwiastunowe, ani wreszcie zmiany anatomiczne — nie są bynajmniej stałymi, trudno się zgodzić na uogólnienie i zastosowanie teorii chemicznej do wszystkich postaci padaczki. Możliwym jest, że w pewnej grupie przypadków, którą nawet być może wypadnie jako oddzielną — pod względem etiologicznym i terapeutycznym, postać wyodrębnić — peryodyczne nagromadza nie się substancji trujących we krwi wskutek zaburzeń przeróbek

materyi staje się przyczyną napadów epileptycznych; pomimo to w innych postaciach przyczyny odmienne powodować mogą takie same ładowania i wyładowania ośrodków nerwowych.

Prócz tego, co się tyczy specjalnie zmian we krwi i w moczu, w chemizmie ustroju i tę jeszcze możliwość uwzględnić należy, że zaburzenia te być mogą wtórnymi w zależności bądź to od patologicznych spraw mózgowych, którym towarzyszyć muszą niewątpliwie i nieprawidłowe sprawy chemiczne, bądź to od patologicznie zwiększonej czynności układu mięśniowego.

Sz. P.! Przedstawiwszy Wam 4 główne drogi, które prowadzą do powstawania padaczki, chcę teraz możliwie krótko przed Wami przeprowadzić kilka poszczególnych postaci tej choroby, które pod względem etyologicznym, a niemniej i terapeutycznym, zasługują na szczególną uwagę. Są to: 1) padaczka wysokokowa, 2) p. przymiotowa, 3) p. urazowa, 4) p. odruchowa, 5) p. późna i starcza.

ad 1) Znaczenie alkoholu w padaczce było przedmiotem badań licznych autorów, których wyniki są bardzo sprzeczne. Gdy jedni (Gowers, Delasiauve, Féré, Sommer, Wildermuth, Wartmann) uważają p. alkoholową za względnie rzadką i, co najwyżej, przyznają wyskokowi znaczenie „agent provocateur“, inni (Modi, Galle, Jolly) widzą w nim jedną z najgłówniejszych przyczyn tej choroby. Sprzeczność ta wynika stąd, iż istotnie alkohol stosunkowo rzadko sam przez się padaczkę wywołuje, najczęściej zaś współdziałają z nim inne jeszcze ważne przyczyny: uraz, przymiot, a przede wszystkim dziedziczne usposobienie neuropatyczne, które usposabia w równej mierze do alkoholizmu jak i do padaczki.

W pojedynczym przypadku, rzecz prosta, trudno jest orzec, któremu z tych czynników główną winę przypisać należy. Niemniej dlatego rola alkoholu w etiologii padaczki jest bardzo ważną: nie tylko jest to jeden z najgłówniejszych czynników, wywołujących padaczkę, ale prócz tego daje on bardzo często bezpośredni powód do wybuchu choroby; w wielu razach każdy napad poprzedzony bywa przez nadmierne użycie napojów wysokokowych, albo po zupełnem ustaniu napadów choroba zostaje wskrzeszoną dzięki użyciu alkoholu. Napady epileptyczne pod wpływem alkoholu stają się gwałtowniejsze, a następstwa ich cięższe. U tych chorych spotykamy też najczęściej stan upojenia patologicznego z całkowitą amnezją.

Według Bratya należy rozróżnić 2 postaci napadów epileptycznych u pijaków: w jednej grupie padaczka rozwija się na tle dawnego alkoholizmu, zwykle po 40-tym roku życia, prawdopodobnie w następstw zmian (arteriosklerotycznych?) w mózgu — t. j. nawy-

kowa padaczka pijaków, postać samoistna, w której nawet zupełna abstynencya skutku nie odnosi; w drugiej grupie napady epileptyczne nie są niczem innym jeno jednym z objawów otrucia przewlekłego wyskokiem na równi z delirium tremens, któremu zresztą nierzadko towarzyszą. Tu rokowanie jest o tyle pomyślniejsze, że po zaprzestaniu użycia alkoholu napady ustają. Niestety wiemy dobrze, jak trudnem jest osiągnięcie tej wstrzemięźliwości, tembardziej, że wielka część tych chorych, czy to wskutek dziedzicznego usposobienia, czy złego otoczenia okazuje niepowściągliwą skłonność do wyskoku.

W tych warunkach zaś to, co z początku było tylko otruciem wyskokowem, przechodzi łatwo w nawykową padaczkę. Krótko streszczając, powiedzieć możemy:

1) Alkohol ma wielkie znaczenie w etyologii padaczki jako przyczyna choroby, lub jako powód wywołujący 1-szy (i następne napady).

2) Spór o tem, czy alkohol sam przez się może być przyczyną prawdziwej padaczki, ma znaczenie teoretyczne, gdyż w praktyce współdziałają zawsze inne czynniki, a szczególnie usposobienie dziedziczne.

3) Napad epileptyczny wywołany przez alkoholizm nie jest jeszcze padaczką. Pod warunkiem abstynencyi napady mogą ustać, przypadki takie uważać można jako otrucie wyskokiem.

4) Bardzo często jednak na tem tle czy to wskutek usposobienia ustroju, czy to niestatecznej abstynencyi powstaje cierpienie przewlekłe, które w niczem się nie różni od padaczki zwykłej.

5) I w tych razach jeszcze wstrzymanie się od alkoholu, choć napadów nie usuwa, wpływa jednak dodatnio, używanie zaś alkoholu czyni napady gwałtowniejszemi i źle wpływa na charakter chorego.

Padaczka przymiotowa. W obrazie klinicznym przymiotu mózgu, napady drgawkowe zajmują miejsce bardzo wybitne. Większa część ich wszelako należy do t. zw. padaczki symptomatycznej, t. j. pozostaje w zależności od cierpień ogniskowych i wraz z nimi zostaje usunięta: te przypadki nie należą do padaczki sensu stricto, która jedynie nas tu zajmuje. Mają one o tyle tylko dla nas znaczenie, że na tem tle rozwija się dość często p. samoistna: przy dłuższem trwaniu cierpienia i najczęściej we wczesnym wieku — dlatego głównie przy lues cerebri hereditaria — pozostać może trwale zmieniony stan pobudliwości mózgu, przejawiający się w samoistnych napadach epileptycznych (które mają tylko patogenetyczny związek z dawnymi ogniskami sifilicznymi).

Dalej, w okresie wtórnym syfilisu, spostrzega się niekiedy napady drgawkowe (secundär-syphilitische Epilepsie), którym również symptomatyczne tylko znaczenie przyznać możemy: powstają one wskutek drażniącego działania jadu syfilitycznego na ośrodki nerwowe, najczęściej u osobników z usposobieniem neuropatycznym, bądź dziedzicznym, bądź nabytym. Tak samo jak przy innych otruciach, przy alkoholizmie, przy chorobach zakaźnych, na tle tej padaczki intoksykacyjnej powstać może później p. samoistna.

W przymiocie dziedzicznym spostrzegamy również nieraz napady epileptyczne równocześnie z objawami syfilitycznymi na skórze i błonach śluzowych, t. j. w okresie, w którym przypuścić można bezpośrednio trujące działanie jadu na mózg: są to zatem przypadki analogiczne do grupy poprzedniej.

W innych znowu przypadkach przymiotu dziedzicznego brak wszelkich objawów syfilisu, zarówno na skórze i błonach śluzowych, jak i mózgowych. Padaczka, będąca więcej samoistną, jest następstwem li tylko ujemnego działania jadu syfilitycznego na plasma zarodkowe, a stąd mniej prawidłowego rozwoju ośrodków nerwowych. Towarzyszyć jej mogą: ogólne charłactwo, upośledzony rozwój umysłowy, jako objawy współrzędne, ale bardzo często brak tych ostatnich, a padaczka jest jedynym wyrazem odziedziczonego przymiotu. Początek choroby jest taki sam jak zwykle w p. idyopatycznej, t. j. w dzieciństwie lub w wieku dojrzewania płciowego, rzadko później.

W przymiocie nabytym spotykamy, prócz p. ogniskowej i p. intoksykacyjnej drugiego okresu, przypadki, w których napady zjawiają się w okresie późniejszym. Innych objawów syfilisu mózgu brak, napady same nie różnią się niczem od zwykłej padaczki; prócz wielkich mamy zazwyczaj i napady małe (petit mal)— słowem, padaczka ma charakter zupełnie samoistny i zasługuje najbardziej na miano *parasyfilitycznej*. Bardzo często jednak nie jest ona w tych razach niczem innym jeno zwiastunem paraliżu postępującego, którego objawy wcześniej czy później, niekiedy po wielu latach dopiero na jaw wychodzą.

Streszczając o *stosunku przymiotu do padaczki*, dzielimy przypadki na 2 główne grupy:

I. Padaczka symptomatyczna przy cierpieniach ogniskowych (gumatach) lub przy zmianach naczyńniowych:

- a) w przymiocie nabytym;
- b) „ „ dziedzicznym.

II. Padaczka niezależna od wyraźnych zmian anatomicznych:

- a) w przymiocie nabytym;

- α) intoksykacyjna w okresie wtórnym;
- β) parasyfilityczna w okresie późniejszym, najczęściej jako zwia-
stun paraliżu postępującego;
- b) w przymiocie dziedzicznym;
- α) wraz z objawami skórными i t. d., a zatem również przez
bezpośrednie działanie jadu;
- β) jako wykaz dyskrazji ogólnej.

2) W pierwszej grupie rokowanie jest lepsze, ponieważ leczenie specyficzne daje lepsze wyniki, ale i w przypadkach należących do drugiej grupy powinniśmy je zastosować, gdyż niemożliwym jest wykluczyć z absolutną pewnością zmiany syfilityczne w mózgu.

3) Na tle p. symptomatycznej powstaje często przy warunkach sprzyjających p. samoistna.

Padaczka urazowa. Co się tyczy znaczenia urazu w padaczce, to zrobić należy pewne zastrzeżenie podobnie jak przy wysokoku. W bardzo wielu przypadkach prócz urazu znajdujemy inne jeszcze ważne momenty etyologiczne (usposobienie dziedziczne, alkohol). Nawet gdy padaczka się rozwija po urazie bezpośrednio a wahać się jeszcze możemy, czy uważać go mamy za przyczynę choroby, czy zaś tylko za moment wywołujący ją (auslösende Ursache). Prócz tego wraz z urazem działa najczęściej schoc psychiczny, który również w pewnej — nie dającej się bliżej określić — części przyczynia się do powstawania padaczki.

Działanie urazu na mózg może być: 1) ogólne — przez wstrząśnienie; 2) ograniczone — przy uszkodzeniu pewnej części czaszki i mózgu.

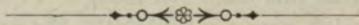
ad 1) Znaczenie wstrząśnienia mózgu dowiedzionem zostało doświadczalnie przez Westphala, który przez opukiwanie czaszki (świnek morskich) otrzymał prawdziwą padaczkę. (Że i u człowieka samo wstrząśnienie bez miejscowego uszkodzenia i bez współdziałania innych przyczyn wywołać może padaczkę, dowodzą przypadki przytoczone przez Nothnagla i Binswängera).

ad 2) O wiele ważniejsze znaczenie mają przypadki, w których się znajduje uraz lokalny, gdyż tu najczęściej zachodzi kwestya wskazań do leczenia operacyjnego. Zauważyć należy przedewszystkiem, że i tu ma miejsce wstrząśnienie ogólne, które, niewątpliwie, przyczynia się do zmian pobudliwości mózgu. Prócz tego mamy działanie miejscowe — ucisk przez wkleśnięcie kości, lub przez krwotok w oponach, lub zmiżdżenie pewnej części mózgu i t. d. Wskutek ograniczonego podrażnienia kory w przypadkach tych spotykamy najczęściej postać Jacksonowską padaczki, którą wyżej opisaliśmy.

Drgawki zaczynają się w części odpowiadającej uszkodzonemu ośrodkowi a stąd rozprzestrzeniają się na inne części w porządku wskazanym przez topografię kory ruchowej. Rzecz godna uwagi, jednak: w pewnej części przypadków (według G r a f a 14 na 92) punkt wyjścia napadu padaczkowego nie odpowiada zajętej części kory. W innych znowuż przypadkach, w których uraz dotknął części położonych po za obrębem okolicy ruchowej, napad zaczyna się nie od drgawek, a od objawów podrażnienia odnośnych ośrodków korowych: napad drgawkowy niema już wtedy charakteru wyraźnie Jacksonowskiego, a zbliża się raczej do typu ogólnego. Ale i w padaczce Jacksonowskiej wcześniej czy później zatracić się może charakter korowy napadów: obok lub w miejsce napadów p. częściowej pojawiają się wtedy inne, nie różniące się w niczem od p. samoistnej. Następuje to najczęściej tam, gdzie współdziałają inne jeszcze momenta mogące wywołać padaczkę.

Według statystyki B e r g m a n n a na 98 przypadków kontuzji czaszki w 9-ciu wystąpiła padaczka, a na 29 przypadków wyjęcia odłamków kości w 14-tu. Pod względem rokowania ważne znaczenie ma, w którym okresie padaczka się rozwija. Wczesne wystąpienie jej, wkrótce po urazie, daje widoki pomyślniejsze: po usunięciu przyczyny ucisku — odłamka kości, krwiowylewu — napady zwykle ustają i już więcej się niepowtarzają. O wiele mniej pewne są wyniki w przypadkach, w których większy przeciąg czasu padaczkę od urazu oddziela, choć i tu jeszcze zupełne wyleczenie osiągnąć się daje. W każdym razie z oceną wyników operacji w przypadkach tych należy być bardzo ostrożnym, ponieważ bardzo często bezpośrednio po operacji napady ustają, później jednak niekiedy dopiero po 3—5 latach nanowo powracają. Przyczyną nawrotu może być ponowne powiększenie ciśnienia wewnątrz czaszkowego, lub blizna pooperacyjna, lub wreszcie pewna samoistność padaczki (zwłaszcza po dłuższem trwaniu jej przed operacją). Ze względu na pierwszą ewentualność znakomity chirurg w Bernie, K o c h e r radzi nie zamykać otworu trepanacyjnego w czaszce i utrzymuje, iż na tej drodze wyniki były znacznie trwalsze.

(Dok. nast.).



II. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Patologia i Medycyna wewnętrzna.

366. P. Borysoff. **Wpływ światła i ciemności na skład krwi.** (Jeżeniedielnik № 12. 1900).

Doświadczenia swe B. przeprowadził nad szczeniętami miesięcznymi, pochodzącymi z jednego pomiotu. 2 z nich pomieścił w pokoju widnym (wielkie okno, sufit i ściany wybielone), a 2 — w ciemnym (bez okna, sufit i ściany czarne), gdzie światło wpadało jedynie przez czas krótki — przy podawaniu jedła, ważeniu i sprzątaniu — lecz i na ten czas przed drzwiami stawiano czarny ekran. Krew dla badania brano w jasnym pokoju, przenosząc tam zwierzęta na 5 minut (3 razy w ciągu miesiąca). Szczeniętom dawano jednakowe jedło i w równych ilościach, a składające się z mleka, kaszy z młkiem i mięsa. Psy zamknięte w jasnym pokoju łapczywie rzuciły się zawsze na jedzenie i wylizywały miskę do cna, raz jeden tylko pozostawiły 137,00 kaszy, gdy szczenięta z ciemnego pokoju często obojętnie przyjmowały podawany pokarm i niedojadały wszystkiego. Przez czas doświadczeń (31 dni) nie dojadły 956,00 kaszy.

Wyniki tych doświadczeń streszczają się w następujących punktach:

- 1) Pod wpływem światła wzmaga się spalanie w organizmie.
- 2) Szczenięta zamknięte w widnym pokoju zyskały na wadze więcej, niż trzymane w ciemnym, chociaż u nich przemiana materii odbywała się w słabszym stopniu.
- 3) Światło i ciemność nie wykazały żadnego wpływu na ilość zarówno czerwonych jak i białych ciałek krwi, jak również hemoglobiny.
- 4) W przypadkach wzmózonego wytwarzania się krwi, wytwarzanie się ciałek postępuje energiczniej, aniżeli wytwarzanie się hemoglobiny.
- 5) Chociaż pod wpływem światła wzmózona jest przemiana materii, to jednak wtedy tak się zwiększa apetyt, niż odżywianie poprawia się znacznie.

W. Cennère.

367. Dr. Determann. **O ruchomości serca przy zmianach położenia ciała.** (Deutsche Med. Woch. № 15. 1900).

Serce posiada pewną ruchomość, co daje się stwierdzić zapomocą opukiwania, oraz zdjęć röntgenowskich. Zwykle u ludzi zdrowych przy położeniu ciała na boku lewym serce przesuwa się na 2¹/₂ ctm.

na lewo i na 1 ctm. ku górze; przy położeniu ciała na boku prawym — na $1\frac{1}{2}$ ctm. na prawo i $\frac{1}{2}$ ctm. ku górze. Czasami zaś ruchomość dochodzi do cyfr dość znacznych (do $6\frac{1}{2}$ ctm. na lewo i do 4 ctm. na prawo), nie wywołując żadnych dolegliwości.

Zwiększoną ruchomość autor znajdował u ludzi wątłych, źle odżywianych, przy opuszczeniu kiszek, blednicy (7 ctm. na lewo, $4\frac{1}{2}$ ctm. na prawo), neurastenii, wadach serca pochodzenia organicznego i zaraz po porodzie (9 ctm. na lewo i znacznie mniej na prawo).

Zmniejszona ruchomość bywa u ludzi dobrze odżywianych, przy napełnieniu żołądka, silnem naprężeniu mięśni, podczas ciąży, przy rozedmię, przy wzdęciu kiszek gazami i przy przesiekach w jamie brzusznej.

Zwiększona ruchomość serca zależy od wiotkości tkanki łącznej sprężystej. Wiotkość tę spotykamy bardzo często przy zmianach w dużych naczyniach krwionośnych naprzykład przy blednicy, przy miażdżycy tętnic; może być, że i wiotkość tkanek spotykana przy neurastenii zależy od zmian w naczyniach.

Przy położeniu ciała na boku lewym zbytnia ruchomość serca u jednych nie wywołuje żadnych zaburzeń, u innych zaś może powodować bicie serca, duszność, uczucie bólu i ściskania w okolicy serca, a przy wadach serca nawet tętno częstsze i niemiarowe; chory wtenczas zmuszony bywa zmienić pozycję ciała. Zwiększona ruchomość serca bywa często przyczyną nerwicy serca; neurastenicy mogą uświadczać ruchy serca, szczególnie jeżeli wiedzą, że ruchomość serca jest u nich zwiększoną.

Przy leczeniu podobnych przypadków autor zaleca staranie o poprawę odżywiania ogólnego przez zastosowanie odpowiednich środków odżywczych i farmaceutycznych, (Fe, As), hydroterapię, elektryzację, masaż, Br. zabrania używać alkoholu, tytoniu i kawy.

Stanisław Zawadzki.

368. F. Aporti i P. Figaroli. **Badania doświadczalne w kwestyi topografii wysięków osierdzia o charakterze ostrym.** („Zur Lage der akut entstandenen Ergüsse im Herzbeutel. Experimentelle Untersuchungen“. Centrbl. f. in. Med. № 29. 1900).

Ponieważ ani patologia ani dyagnostyka nie podają prawideł, podług których możnaby napewno rozpoznać pericarditis exsudativa ac., przeto autorzy przedsięwzięli szereg doświadczeń na trupach, którym zastrzykiwali 1% agar do osierdzia (przekłuwając IV-e międzyżebro o $1\frac{1}{2}$ cm. zewnątrz lin. parasternalis). Jest to uzupełnienie badań Damsch'a, czynionych przez rezekeję żeber (Zeitsch. f. Kl. Med. 1899. T. 38. p. „Kron. Lek.“ r. b. str. 119). Rozprzestrzenianie się płynu w jamie osierdzia stosuje się do prawa najmniejszego oporu (Riva), zatem zależy znacznie od stanu serca i okolicznych tkanek i narządów, również od położenia chorego. Dopiero powyżej 200 cm.³ płynu występuje minimalna różnica wypukowa, a około 400 cm.³ te-

goż potrzeba, by módz wykazać rozszerzenie tępości serca. Tępość ta przy poziomem położeniu zwiększa się we wszystkich kierunkach (in toto), przy pionowym zaś — bardziej w okolicy wierzchołka i kąta wątrobowo-sercowego. W pierwszym razie pozostaje przednia powierzchnia serca częściowo niezakryta, w drugim może być zupełnie pokryta przez wysięk.

Dalej, przy poziomem położeniu już nieznaczne ilości wysięku wystarczają do pokrycia naczyń, gdy tymczasem przy pionowem nawet wielkie ilości tegoż nie zalewają podstawy serca. Najwyższa ilość płynu, jaka się może zebrać w osierdziu, wynosi, podług autorów, 650—700 cm.³.

J. Piotrowski.

369. Deschamps. **O ostrem zatruciu kałowem.** („Intoxication fécale aigue“. Arch. gén. de med. Maj 1900).

Masy kałowe wprowadzone do ustroju przez przewód pokarmowy np. z wodą do picia stać się mogą przyczyną poważnych zaburzeń, które w jednych przypadkach zależą od obecności w kale różnorodnych zarazków chorobotwórczych (gorączka tyfoidalna, cholera, biegunka krwawa i t. d.), w innych znów od toksycznego działania części składowych kału, jako to: skatolu, indolu, merkaptanów, toksalbumin, związków amoniakalnych, kwasów i t. d. Ta druga kategoria, którą zwać trzeba właściwem zatruciem kałowem, jest jak dotychczas mało bardzo zbadaną. Autor przytacza trzy przypadki pomorkowego zatrucia wodą, zawierającą kał w znacznej ilości.

Jeden z nich wydarzył się w styczniu r. b. w szkole wojskowej w S.-Cyr, drugi w r. 1884 w przytułku dla sierot w Asnieres, trzeci wreszcie w Barrême w r. 1893.

Po rozbiórce dokładnym przypadków tych ze strony symptomatologicznej, autor wyraża zdania, że aczkolwiek w natężeniu objawów chorobowych przy ostrem zatruciu kałem zachodzą ogromne wahania, zależne od ilości wprowadzonej do żołądka wody, zawierającej masy kałowe, konstytucyi osobnika, obecności grzybków chorobotwórczych i t. d., wszelako wszystkie zaburzenia te sprowadzić się dają do 2 typów. W pierwszym przeważają objawy nieżytu żołądka i jelit pochodzenia toksycznego, zbliżonych do objawów spotykanych przy zatruciu nieświeżemi produktami spożywczezi; zresztą w niektórych przypadkach przebieg choroby jest powolniejszy i zbliżony do tyfusu. W innych znowu przypadkach zatrucia kałem przeważają objawy choleryczne, co nieraz może być powodem omyłki dyagnostycznej, jak np. podczas epidemii w Barrêmes. Wreszcie, jest rzeczą możliwą, że do zatrucia kałem przyłącza się jeszcze zakażenie swoiste, np. cholera, co utrudnia rozpoznanie i czyni rokowanie daleko mniej pomyślnem.

Cz. Jankowski.

370. A. Doerfler. **Pzyczynek do symptomatologii cierpień trzustki.**
(Münch. med. Wochensh. № 8. 1900).

Cierpienia trzustki należą do najmniej zbadanych dotąd pod względem klinicznym, wszelkie więc odnoszące się tu spostrzeżenia winny być skrzętnie notowane. Z tego punktu wychodząc, autor podaje swą obserwację, tyzącą się 50-letniej kobiety, zamężnej, lecz bezdzietnej, która zwróciła się do niego o poradę z powodu nagle powstałych nadzwyczaj silnych bólów w okolicy kręgów lędźwiowych, które promieniowały w obiedwie kończyny dolne. Nie znalazłszy żadnych innych ani przedmiotowych, ani podmiotowych objawów. D. rozpoznał obustronny nerwoból kulszowy. W kilka jednak dni do powyższego obrazu przyłączyły się: utrudnienie oddechu i uczucie ciężkości w żołądku.

Ciepłota w prostnicy 38^0 — $38,8^j$, twarz bardzo blada, z lekkim sinicowym odcieniem, tętno 96—100. Zresztą nic osobliwego nie znaleziono — ucisk, nawet dość silny na brzuch, — nie wywoływał nigdzie bólu. Wkróce potem wystąpiły wymioty i zaparcie. Chora sprawiała wrażenie jak po obfitym krwotoku wewnętrznym, lecz badanie przeprowadzane w tym kierunku nie dostarczyło danych do takiego rozpoznania.

Zalecono lawatywę, olej rącznikowy i morfinę podskórnie — rezultatu żadnego nieotrzymano. duszność się zwiększała, a tętno stawało się coraz częstsze i drobniejsze. W moczu wykryto nieznaczna ilość białka i dużo cukru.

Przytomność zupełna. 7-go dnia choroby tętno nitkowate i chora zmarła przy objawach zapaści. Szybki przebieg choroby i znaczna ilość cukru w moczu wzbudziły podejrzenie w autorze, że miał przed sobą cierpienie trzustki.

Sekcja wykazała, co następuje: otrzewna zupełnie normalna, w małej miednicy nieznaczna ilość krwawego płynu; poprzecznicą, i występująca część kiszki grubej nadzwyczaj wzdęte, gdy zstępująca część przedstawia się zupełnie spadniętą i przewiązki nigdzie nie znaleziono. Tkanka luźna z przodu trzustki — infiltrowana ceglasto-czerwonego koloru. Trzustka znacznie powiększona i w kilku miejscach wyczuwać się dają stwardnienia. Na przekroju poprzecznym — liczne wybroczyny krwawe. Drobnowidzowe badanie gruczołu wykazało zgorzel tkanki i miejscami śródmiąższowe nacieczenie ropne.

W przypadku powyższym zwracają na siebie uwagę owe bóle silne, które od samego początku choroby dominującą odgrywały rolę w klinicznym jej obrazie. Dotąd objawu ten nie spostrzegano w żadnym przypadku zapalenia trzustki. Rozcięcie $\frac{2}{3}$ grubej kiszki również zasługuje na wyróżnienie.

Autor powyższe zjawisko objaśnia w ten sposób, iż zapalenie z trzustki przeszło na tętnice górne kiszkowe i na idące razem z nimi nerwy, wywołując pośrednio porażenie ścian tych części kiszki, które są przez nie unerwione, a więc porażenie poprzeczniczy

i części wstępującej (dolna tętnica kreskowa, zasilająca część zstępującą kiszki grubej leży znacznie niżej i nie jest pokryta trzustką).
W. Cennère.

371. J. Loew. **O krwotokach występujących w końcowym okresie życia.** („Zur Klinik der terminalen Blutungen“. Wien. Med. Woch. № 22, 23. 1900).

W praktyce lekarza zdarzają się często przypadki chorób, zakończonych krwotokami śmiertelnymi, które trudno sobie wyjaśnić osobliwie, gdy nie można zrobić sekeyi. Okoliczność ta daje autorowi pobop do opisania 4 przypadków, gdzie przyczyna krwotoku została dokładnie wyjaśniona na stole sekcyjnym.

A. Pacjentka 30-letnia w 5 miesiącu ciąży zachorowała przed 2 tygodniami na ból głowy, osłabienie, wymioty. Przed 5 laty chora przebyła zapalenie płuc i od tego czasu trapi ją kaszel. Badanie wykazało: Silne osłabienie t. 38,2°. Tętno 108 z lekka niemiarowe. Bolesność i sztywność karku, sztywność kręgosłupa. Lewy kąt ust opuszczony, fałda lewa między nosem i wargą rozciągnięta, lewa gałka oczna przy zwracaniu oczu na lewo nie porusza się, brak odruchu rzepkowego z lewej strony. W prawym wierzchołku płucnym słumienie i oddech oskrzelowy ze współdzwięcznymi rżenieniami. Po 4 dniach silne bóle w okolicy żołądka, wzdęcie brzucha, odgłos wykukowy na brzuchu słabo bębenkowy, słumienie wątroby znikło, bolesność brzucha niewielka. Następnego dnia obfite wymioty kawowe, wzdęcie brzucha, mimowolne oddawanie kału i moczu, śmierć. W wymiocinach próba gwajakolowa wykazała krew.

Rozpoznano meningitis basilaris, tuberculosis pulmonum. Szybkie wzdęcie brzucha naprowadzało na myśl peritonitis, sprzeciwiała się jednakże takiemu rozpoznaniu mała bolesność przy naciskaniu brzucha. Wobec wymiotów krwią można było przypuścić ulcus ventriculi, ale przy wrzodzie okrągłym krew w wymiocinach bywa czerwono-brunatna, mało zmieniona. Nie można także przypuścić przedziurawienia wskutek wrzodu i wtórnego zapalenia otrzewny, gdyż w takim razie zawartość żołądka przedostawałaby się do jamy brzusznej i nie byłoby wymiotów.

Autor wyjaśnia zmiany chorobowe w sposób następujący. Zwykle przy gruźliczem zapaleniu opon mózgowych zapadnięcie brzucha nieckowate powodowane jest przez skurcz mięśni wskutek podrażnienia ośrodków. Ale podobnie jak tętno w początkach choroby zwolnione, pod koniec bywa przyspieszone, tak też i mięśnie, początkowo podległe skurczowi, mogą w końcu uleść porażeniu, co wywoła w naszym przypadku wzdęcie. Pozostają wymioty krwawe. Wiadomo, że podczas konania ściany żołądka ulegają szeregowi zmian, wynikających wskutek działania soku żołądkowego na niedokrwistą błonę śluzową. Tak znajdujemy galaretowate brunatne zmięczenie żołądka lub tylko nadżarcia krwawiące, możemy nawet erozyi takich nie

znaleść w żołądku i w takim razie obecność krwi trzeba objaśnić zmianami zaszłymi w ścianach naczyń. Sekeya potwierdziła rozpoznanie. Znalaziono gruźlicę płuc, zapalenie opon gruźlicze, ogromne wzdęcie żołądka i kiszek, masy krwawe w żołądku, ściśle trzymające się ściany, po zmyciu widoczne są nadżarcia.

Drugi przypadek. Pacjent przechodził influencę, gościec stawowy, zapalenie płuc i opłucny. Od 17 miesięcy bóle w brzuchu, especially w okolicy żołądka, zwykle po jedzeniu i w nocy, biegunka, brak łaknienia.

Brzuch lekko wzdęty, odgłos opukowy bębnowy. Na lewo od linii środkowej, 3 palce poprzeczne nad pępkiem guz twardy, nieporuszający się przy oddechu, złożony z kilku kulistych części, nad nim odgłos bębnowy. Wątroba i śledziona nie są powiększone. Ciałek białych 8500.

Po 3 tygodniach choroby, podczas której biegunka pod wpływem makowca ustąpiła, a zresztą stan chorego pozostawał prawie bez zmiany, wystąpiły nagle obfite wymioty krwią ciemno-czerwoną, mało zmienioną i wkrótce śmierć.

Siedlisko guza, o ile można było sądzić z nieprzesuwalności jego i z odgłosu bębnowego, było za otrzewną; umiejscowienie przy kręgosłupie i wzgórkowata powierzchnia naprowadzały na myśl, że to jest zbiór gruczołów chłonnych zaotrzewnowych. Z kolei należało wyjaśnić przyczynę zmian w gruczołach. Białaczkę wykluczały wyniki badania krwi. Przeciwno białaczce rzekomej przemawiało umiejscowienie; nigdzie więcej nie dały się wymacać przerośnięte gruczoły, brak był obrzmienia śledziony. Przeciwno lymphosarcomatosis przemawiało także umiejscowienie i niepowiększenie się guza w przeciągu 3 tygodni, z drugiej strony gruczoły mięsakowo zwyrodniałe, wrastając jeden w drugi, względnie w krótkim czasie musiały by się zlać w jedną całość. Pozostało przypuszczenie gruźlicy gruczołów.

Następują objawy żołądkowe. Wykluczamy obecność ukrytego raka na zasadzie braku charłactwa, młodego wieku pacjenta (20 lat), dużej ilości mało zmienionej krwi w wymiocinach, podczas gdy przy raku krwawienia bywają miąższowe, nieznaczne i krew w wymiocinach bywa silnie zmieniona, kawowa. Przeciwnie obfite krwotoki żołądkowe przemawiają za wrzodem okrągłym, spowodowanym zaburzeniami w krwi obiegu w ścianie żołądka; sprawa chorobowa, rozwijająca się w gruczołach, dotknęła jednej z tętnic, zasilających ścianę żołądka.

Wynik sekey: Tuberculosis chronica glandularum lymphaticarum, bronchialium, retroperitonealium et mesenterialium sub forma pseudoleukaemiae. Tuberc. miliaria pulmonum, lienis, hepatitis et renis. Uleus ventriculi rot. ad cardiam perforatum, subsequente abscessu ichoroso retroperitoneali cum erosione art. lienalis.

3-cie spostrzeżenie. Pacjentka od 3 lat kaszle, brak łaknienia, chrypka, klucie w prawej połowie piersi, wychudzenie. Badanie wykazało w lewym płucu u góry stłumienie, oddech oskrzelowy, rzężenia drobno-pęcherzykowe, z prawej strony oddech szorstki. Lewo-

stronne porażenie nerwu zwrotnego. W 2 tygodnie później 2 silne krwotoki i śmierć. Rozpoznanie gruźlicy płuc było tutaj niewątpliwie. Porażenie n. zwrotnego wzbudziło podejrzenie tętniaka aorty. To samo przypuszczenie nasuwało gwałtowność krwotoku; krwotok tej miary z płuc byłby możliwym tylko przy wielkich spustoszeniach gruźliczych w tym narządzie, czego w przypadku spostrzeganym nie było. Przy sekcji poza gruźlicą prosówkowatą płuc znaleziono: haemorrhagiam ex erosione aortae et venae pulm. sin. per cavernam glandulae lymph. ad hilum pulmonis sin. tuberculosae in bronchum sin. perforatae.

4-te spostrzeżenie. Pacjentka 60-letnia, alkoholiczka, znajduje się w stanie odurzenia (sommolentia). Ciepłota 38,5°—39,2°. Oddech przyśpieszony. Czynność serca nieprawidłowa. Brzuch lekko wzdęty. Śledziona obrzmiała. W moczu obfita ilość białka, cylindry. Na drugi dzień krwawe stolce, to samo dnia trzeciego, powiększająca się bezkrwistość, śmierć.

Na zasadzie gorączki, odurzenia, obrzmienia śledziona, krwawienia kiszki rozpoznano tyfus brzuszny. Na sekcji znaleziono: Septicaemia ex thrombophlebitide venae jugul. et venae anon. dextrae. Tumor lienis acutus. Nephritis ac Myodegeneratio cordis. Haemorrhagia parenchymatosa intestini crassi.

W przypadku tym, gdzie żadnych owrzodzeń w ścianach kiszki nie znaleziono, należy uznać zmiany w ścianach naczyń. Tak tłumaczy Nothnagel krwawienia kiszki, występujące u suchotników pomimo braku jakichkolwiek zmian na błonie śluzowej kiszki. Spotyamy to samo u osób głodzonych, przy chorobach zakaźnych, zatruciach, stanach ciężkich bezkrwistości, białaczce, gnilecu, plamicy, żółtaczce zakaźnej, ciężkiej zimnicy. We wszystkich takich przypadkach błona śluzowa jest albo nastrzyknięta (wskutek przekrwienia tętniczego lub zastojów żylnych) albo zupełnie blada.

St. Muszyński.

372. A. Gautier. **O lokalizacji, wydzielaniu i pochodzeniu arszeniku w ustroju zwierzęcym.** (La tribune méd. № 7. 1900).

Odczyt wygłoszony przez A. Gautier w Paryskiej Akademii lekarskiej o powyższym tytule posiada wielkie znaczenie dla fizjologii i toksykologii, tembardziej, iż w nim poraz pierwszy ustanowione zostały źródła pokarmowe arszeniku w ustroju.

Co do lokalizacji, to siedliskiem arszeniku, według G., są następujące narządy: gruczoł tarczowy, skóra, sierść, włosy, rogi, sutki, mleko, kości i mózg.

U człowieka na 100,00 świeżego tarczowego gruczołu znajdujemy 0,75 mlgrm. As. tak w stanie normalnym gruczołu, jak i chorobowym. W gruczołach tych u psa, świni i owcy arszeniku bywa mniej, aniżeli u człowieka. Skóra, pozbawiona tkanki tłuszczowej i wło-

sów zawiera mało As. niewiele też znajduje się As. we włosach: 42,00 włosów 26-letniego blondyna, który nigdy uprzednio nie zażywał tego środka — dały w aparacie Marsch'a ślad tego metaloidu, 150,00 oczyszczonych byczych rogów dają obrączkę wagi mniej, niż $\frac{1}{20}$ mlgrm. Ztąd Gautier czyni przypuszczenie, że wydalanie arszeniku z ustroju odbywa się przez szerść, włosy i t. p. rogowe twory.

U młodych chorych, którym zastrzykiwano podskórnie kwas kadowy — zauważono wzmożony wzrost włosów. Ponieważ arszenik spotyka się w niektórych narządach płodu lub młodych zwierząt podczas karmienia ich mlekiem, przeto interesującym jest, czy As. w tych przypadkach dostaje się od matki bezpośrednio (podczas brzemienności), czy też przez mleko (po urodzeniu).

Zbadane wymię 4-letniej krowy, zabitej *nie* podczas karmienia dało na 300,00 sutki obrączkę wagi 0,4 mlgrm. Mleko w ilości 2-litrów, tylko co zdojone, wykazało zaledwie ślady As.

W 200,00 świeżych kościach baranich, pozbawionych szpiku znaleziono jedynie ślady tego metaloidu. Gautier przypuszcza, iż arszenik zawsze znajduje się w różnych ilościach w kościach w zależności od odpowiedniego odżywiania.

W mózgu nowonarodzonego, zupełnie donoszonego, lecz zmarłego wskutek asfiksyi, znaleziono na 300,00 — 0,4 mlgrm. As., co stanowi 0,133 mlgrm. na 100,00 świeżego mózgu. W mózgu innego donoszonego noworodka na 280,00 znaleziono wyraźne ślady As., w 3-im mózgu martwo-urodzonego na 320,00 nie znaleziono ani śladu arszeniku; nie znaleziono go również ani w mózgu przypadkowo zabitej 44-letniej alkoholiczki i cyrrotyczki, ani też w mózgu 50-letniej kobiety nagle zmarłej w szpitalu na wadę serca.

Narządy wogóle pod względem zawartości arszeniku można uszeregować w następującym porządku (w mlgrm. na 100,00 świeżej tkanki): *gruczoł tarczowy, sutki, mózg, grasicca, włosy, szerść, rogi, skóra, mleko, kości*. Nie znaleziono arszeniku: *w wątrobie, nerkach, śledzionie, mięśniach, nasieniu, trzustce, śliniankach, nadnerczach, szpiku kostnym, krwi i moczu*. W kale — na 260,00 — okazały się minimalne ślady As., prawdopodobnie, pochodzące z pokarmu, gdyż ani ściany, ani sok kiszki metaloidu nie zawierają. Największa więc część arszeniku wydziela się przez skórę, włosy, szerść, paznokcie i t. p. Jaką drogą arszenik dostaje się do organizmu? Wyłącznie z pokarmami. Z roślin ślady arszeniku zawierają: brukiew, kapusta, kartofel i niektóre zboża.

Z pokarmów zwierzęcych metaloid ten znajduje się: w mleku, grasicy, skórze i mózgu.

Arszenik odgrywa w organizmie niewiadomą jeszcze, lecz ważną funkcję i cierpienia takich narządów, jak gr. tarczowy, grasicca, sutki — nigdy nie przechodzą dla organizmu bezkarnie.

Z punktu widzenia sądowo-lekarskiego należy zaznaczyć, iż prócz gr. tarczowego, sutek i grasicy, arszenik w ustroju ludzkim znajduje się w minimalnych ilościach, i że (nie licząc mózgu) nie można znaleźć najmniejszych śladów tego metaloidu w narządach tworzących całą masę ciała (mięśnie, wątroba etc.).

Jeżeli więc w tych narządach znajdujemy wydatne ślady arszeniku, to bezwątpienia środek ten podany był za życia albo w celach leczniczych, lub też zbrodniczych. Wątpliwość może być jedyna w przypadkach późnej ekshumacyi, kiedy można przypuszczać, iż arsenik z gruczołu tarczowego i grasicy pod wpływem gnicia rozprzestrzenił się w całym trupie. Lecz wszystek arsenik ciała ludzkiego waży 0,34 mlgrm. — jeżeli go podzielić średnio na 68 kilo wagi trupa, to otrzymamy rozezyn $\frac{1}{200,000,000}$ grm., tymczasem zaś najbardziej dokładnym sposobem Gautier'a możemy wykryć $\frac{1}{20,000,000}$ grm. t. j. ilość 10-razy większą. *W. Cennère.*

373. R. Beck. **O niepewności pod względem sanitarnym sopluczek napełnionych materiałem suchym.** („Ueber die sanitäre Unzulässigkeit von mit Trockenmaterial gefüllten Spuckkästchen“. Wien. Med. Woch. № 27. 1900).

Unieszkodliwienie płwociny jest rzeczą bardzo ważną w walce z gruźlicą. W wielu miejscach już zabraniają płuć na ziemię, ale rzadko gdzie stawiają sopluczki, te ostatnie zwykle są napełnione suchym piaskiem, lub czemś podobnem. Na sam widok takiej sopluczki przychodzi myśl do głowy, że w niej płwocina może wyschnąć i być uniesiona z pyłem w powietrze. Rzadko widzimy sopluczki napełnione wodą lub rozezynem karbolu czy sublimatu.

Ważną jest rzeczą upewnić się, jak długo raz zmoczony piasek utrzymuje wilgoć, gdyż już Naegeli wykazał, że laseczniki z powierzchni wilgotnej nigdy nie mogą być uniesione ani prądem powietrza ani przez parowanie.

Autor przeprowadził szereg badań nad grudkami płwociny pomieszanej z piaskiem, poddając je działaniu wiatru rozmaitej siły, możliwej w pokoju. Doświadczenia te dowodzą, że prąd powietrza nie może unieść najmniejszej cząstki płwociny w przeciągu 12 godzin, gdyż w takim przeciągu czasu grudka płwociny zachowuje swoją wilgoć. Natomiast po 24 godzinach cząsteczki, znajdujące się bliżej obwodu, są już o tyle suche, że mogą być uniesione w powietrze. Ztąd wnioskować można, że sopluczki należy napełniać świeżym piaskiem conajmniej co 24 godziny. *St. Muszyński.*

II. Choroby nerwowe.

374. L. Bruns. **Obecny stan wiedzy o stosunkach anatomicznych mózdzku do reszty układu nerwowego i znaczenie tych danych anatomicznych dla objawów i rozpoznania chorób mózdzku.** (Der heutige Stand unserer Kenntnisse von den anatomischen Beziehungen des Kleinhirns zum übrigen Nervensystem und die Bedeutung derselben für das Ver-

ständniss der Symptomatologie und für die Diagnose der Kleinhirnerkrankungen. (Berl. Klin. Woch. № 25 i 26. 1900).

Z rdzeniem kręgowym i przedłużonym łączy się mózdzek zapomocą dróg dośrodkowych i odśrodkowych stanowiących łuk zwrotny zamknięty.

Najdawniej poznane drogi dośrodkowe są: 1) *Boczne pęczki mózdzkowe* Flechsig'a (Kleinhirnseitenstrangbahnen); 2) *pęczki Gowersa* i 3) *włókna z tylnych pęczków rdzenia* przechodzące przez jądra tylnych pęczków.

1) Pęczki boczne mózdzkowe, stanowią najkrótszą drogę dośrodkową, idącą przez corp. restiformia.

2) Pęczki Gowersa stanowią dłuższą drogę, przechodzącą przez odnogi mózdzkowe.

3) Włókna z tylnych pęczków mózgowych przez jądra tylnych pęczków w części skrzyżowane, w części nieskrzyżowane za pośrednictwem fibrae arciformes dochodzą do mózdzku.

Wszystkie te przewodniki dośrodkowe *kończą się w korze górnego robaka (vermis superior)*; żadna zaś z dróg doprowadzających rdzeniowych niedosięga półkul mózdzku (Brucee). Wszystkie te drogi po przecięciu ulegają zwyrodnieniu wstępującemu, służą zaś dl przewodnictwa czucia mięśniowego i stawowego, czyli czucia położenia członków, a nadto włókna z tylnych pęczków przewodzą czucie dotykowe i uciskowe.

Ważnem jest nadto, że pęczek Gowersa powstaje z komórek lędźwiowo-krzyżowych rdzenia, jest zatem drogą przewodnictwa od kończyn dolnych, pęczek zaś boczny mózdzkowy Flechsig'a powstaje z kolumn Clarke'a w grzbietowym odcinku rdzenia, podczas gdy od górnych kończyn drogą przewodnictwa przechodzi przez boczne jądra tylnopęczkowe (laterale Hinterstrangskerne). Nadto każda oliwa ma skrzyżowane połączenie z corp. dentatum cerebely. Lecz w ogóle anatomiczne połączenia dośrodkowe i odśrodkowe oliw nie są jeszcze ustalone.

Ważniejszą natomiast jest 4-ta droga dośrodkowa t. zw. *nervus vestibularis*, który z kanałów półkulistych (organu obwodowego równowagi) idzie do jądra Deitersa i za jego pośrednictwem, prawdopodobnie, według Bruce'a dosięga do kory robaka.

Tyle o drogach dośrodkowych.

Zaledwie w ostatnich czasach poznano drogi odśrodkowe opisanego łuku zwrotnego, czyli ruchowe przewodniki, idące od mózdzku do rdzenia.

Powstają one *z obu nuclei tegmenti*, idą do jąder Deitersa, w części krzyżują się. Z jąder Deitersa wychodzą dalej 2 drogi: jedna, zwana *tractus vestibulo-spinalis Bruce'a* biegnie przez corp. restiform. do rdzenia resp. bulbis i dzieli się tam na drogę biegnącą w przednich i drogę biegnącą w przednio-bocznych pęczkach rdzenia, obie zaś końcowymi rozgałęzieniami oplatają komórki przednich rogów po tejże stronie. *Druga droga* przebiega pod podłogą 4-tej ko-

mórki i kończy się w części w jądrach *n. obducentis* po tejże stronie. w części zaś dzieli się na włókna wstępujące i zstępujące, które udają się do jąder *n. oculomotorii*, po obu stronach; włókna zaś zstępujące biegną do przednich pęczków i kończą się, oplatając komórki rogów przednich po obu stronach.

Dzięki tym połączeniom może mózdzek za pośrednictwem każdego jądra Deitersa działać na ruchy mięśni ocznych po obu stronach i na komórki rogów przednich przeważnie po tejże stronie. Połączenie między kory robaka górnego (*vermis sup.*), a *nuclei tegmenti* dopełniają t. zw. *fibrae sagittales*. One zamykają opisywany łuk zwrotny mózdkowo-rdzeniowy. W łuku tym czuciowe bodźce z kończyn i tułowia dosięgają kory robaka, ruchy zaś przenoszą się na jądra mięśni ocznych i na ośrodki ruchowe tułowia i kończyn.

II. Daleko mniej znane są połączenia mózdku z mózgiem.

Znaną jest droga domózgowa od *corpus dentatum cerebelli* do *nucleus ruber* po str. przeciwnej (*corp. dentatum* ma wspólny według Edingera początek rozwojowy z robakiem i jest organem równowagi).

Dość również pewnemi są połączenia *nuclei rubri* z różnemi częściami *thalami optici*.

Nie jest znanem lecz prawdopodobnym istnienie 3-go neuronu, udającego się do okolicy ciemieniowej kory mózgowej.

Znane są również drogi przewodnictwa między kory okolic skroniowo-ciemieniowej i czołowej, idące w zewnętrznych i wewnętrznych odcinkach podstawy odnog mózgowych do górnych jąder mostu *Varol'u* po tejże i po przeciwnej stronie (Bechterew) a ztąd przez średnie odnogi mózdkowe do kory półkul mózdku. Z tych dróg szczególnie ważnym jest pęczek czołowo-mostowy (*frontale Grosshirnrindenbrückenbahn*).

Przypuściwszy możliwe połączenie wewnątrzmożgowe między mózgowymi zakończeniami dróg idących z *corp. dentatum* a pęczkiem czołowo-mostowym, który pochodzi w części z okolicy ruchowej kory otrzymamy drugi łuk zwrotny mózdkowo-mózgowy (*arc. cerebello-cerebralis*), wstępujący z mózdku do półkuli mózgowej po stronie przeciwnej i powracający ztamtąd do mózdku.

Oba opisane łuki zwrotne z fizjologicznych względów prawdopodobnie są z sobą połączone anatomicznie.

Na podstawie zatem powyższych danych możemy sobie działalność mózdku przedstawić w następujący sposób:

Do kory robaka dochodzą częściowo mięśniowe pobudzenia z rdzenia kręgowego i przedłużonego przez pęczki tylne, pęczki boczne mózdkowe i pęczki Gowensa, a nadto przez nerwy przed-sionkowe (*vestibular.*). One to informują o położeniu w danej chwili kończyn i głowy, dalej całego ciała w przestrzeni, i względem siebie, o stopniu napięcia mięśni i stawów. Na podstawie tych informacyi reguluje mózdzek, o ile potrzeba położenie i ruch członków, głowy, tułowia, oczów na drodze: *fibrae sagittales* do *nuclei tegmenti*, ztąd do jąder Deitersa, z jąder Deitersa do jąder *n. ruchowych* ocznych i przez *corp. restiformia* i przednie i przednioboczne pęczki do komórek rogów przednich.

Ten łuk (*arc. spino-bulbo-cerebellaris*) działa automatycznie t. j. poniżej progu świadomości, w celu utrzymania równowagi ciała. Znajduje się jednak w połączeniu z mającym nad nim władzę zwierzchnią łukiem *cerebello-cerebralis*. Z mózdzku przeważnie po drodze przednich odnóg mózdzkowych otrzymują półkule mózgu informacje z nagromadzonych w mózdzku wrażeniach odnoszących się do położenia ciała w przestrzeni i położenia oddzielnych części odnośnie do całości. Wrażenia te przerabiają się w mózgu na świadome wyobrażenia i mózg (być może specjalnie odcinek czołowy) może, odpowiednio do tych wyobrażeń, po drodze czołowo-mostowego pęczka oddziaływać kontrolująco i regulująco na automatyczną czynność ośrodka równowagi w mózdzku. Żeby zaś mięśnie do utrzymania równowagi potrzebne mogły być z mózgu dowolnie w ruch wprowadzone, czyli, żeby mózg mógł wspierać mózdzek musi od okolicy ruchowej iść jeszcze inną ruchową drogą do tych mięśni. Przechodzi ona jak wiadomo przez torebkę wewnętrzną i tworzy pęczek piramidalny.

Na przebiegające po tej dowolnej drodze odśrodkowe bodźce i w zwykłych warunkach wpływać i regulować je muszą przynoszone z mózdzku do mózgu, po odcinku czuciowym łuku mózdzko-mózgowego, informacje o statycznych warunkach ciała w danej chwili.

Doświadczenie kliniczne i fizyologiczne wykazują, że w uszkodzeniach i chorobach mózdzku najstalej występują następujące objawy: 1) Ataxia cerebellaris. 2) Zawrót. 3) Zmiany położenia osi ocznych nystagmus a nawet porażenia okoruchowe. 4) Osłabienie mięśni w jednostronnych uszkodzeniach występujące po tejże stronie.

Najcharakterystyczniejszymi objawami dla cierpień mózdzku są: ataxia i zawrót.

ad 1) Ataxia, jak wykazał Nothnagel, bywa w cierpieniach robaka, lecz może jej brakować np. w guzach rosnących zwolna i powodujących raczej nacieczenie niż zniszczenie elementów nerwowych. Przyjętem jest, że tylko choroby tylnych i tylno-dolnych części robaka wywołują ataksję. Choroby zewnętrznych części półkul o ile nie dotyczą przewodników wchodzących w skład łuku zwrotnego rdzeniowo-mózdzkowego, a także dróg wstępujących łuku mózdzkowo-mózgowego mogą nie powodować ataksji.

Również guz, umiejscowiony w środkowej linii robaka, więcej uciskający niż niszczący, długi czas może istnieć bez ataksji. Większą część bowiem przewodników wstępujących od rdzenia i niekrzyżujących się się, oraz drogi zstępujące od mózdzku do rdzenia rozsuwa on tylko. Również zachowuje się i względem *corp. dentata* i idących zeń przewodników przez przednie odnogi mózdzkowe.

Przeciwnie guz niszczący elementy nerwowe robaka bardzo łatwo niszczy również cały wewnątrz-mózdzkowy odcinek rdzeniowo-mózdzkowego łuku, a nadto w sąsiedztwie leżące *corp. dentata* i idące od nich drogi wstępuje. Również guzy półkul sięgające do *corp. dentata* łatwo zniszczyć mogą część dróg łuku rdzeniowo-mózdzkowego, również i drogi ruchowe między *nucl. tegmenti* a jądrami

Deitersa — tractus vestibulo-spinalis Bruce'a, powodować więc mogą znaczne naruszenie równowagi ruchowej.

Na mocy tych danych anatomicznych objaśnia się nietylko ataksję wogóle lecz i specjalne jej rodzaje. W ataksyi podobnej do tabetycznej ulegają zajęciu głównie przewodniki wstępujące ze rdzenia.

W chodzie pijackim cierpią przewodniki zstępujące, a w postaciach mieszanych i jedne i drugie.

Również fakt, że ataksya mózdkowa odbywa się głównie na kończynach dolnych i tułowiu a najmniej na górnych objaśnia się tem, że od dolnych kończyn prowadzą pęczki Gowersa, od tułowia boczne pęczki mózdkowe, górnym zaś kończyom brakuje takich przewodników specjalnych.

ad 2) Zawrót. Chorzy mają złudzenie, że wszystko dokoła nich się kręci lub, że oni obracają się w przestrzeni. Bardzo jest ten zawrót podobny do zawrotu Menière'a, polega zatem, prawdopodobnie, na cierpieniu n. vestibularis. N. słuchowy pozostaje w związku z jądrem Deitersa. Drogi od jądra Deitersa do nucl. tegmenti uważa Bruce za ruchowe, Bechterew zaś za akustyczne do nucl. tegmenti wstępujące. Jeśli Bechterew ma rację to przy naruszeniu ich w tractus cerebello-vestibularis będą także objawy (zawrót) jak w naruszeniu n. acustici na podstawie lub w kanałach półkulistych. Tym sposobem objaśnia się zawrót w chorobach robaka. A ponieważ guzy na doln. pow. mózdku lub między jego półkulami łatwo dotykają nerwu słuchowego i wywołują objawy zawrotu nie dziwnego, że zawrót jest częstszym objawem, niż ataksya i występuje także we wczesnych okresach chorób półkul mózdku.

ad 3) Nystagmus, i parezy m. ocznych zależą od połączeń jąder Deitersa z jednostr. jądrem abducentis i z drugostronnem jądrem oculomotorii. Może też być, że nystagmus w guzach mózdku jest objawem obocznym, zależnym od jąder abducentis we wzgórkach czerwonawych.

ad 4) Osłabienie mięśni, jako prosta paresis jednostronna zależy może od zajęcia po tejże stronie tractus cerebello vestibularis, jądra Deitersa i idących do rogów przednich przewodników.

Połowiczne jednak porażenia z przykurczeniami zależą raczej od ucisku guza na drogi pyramidalne i mogą występować i po przeciwnej stronie.

Należy jeszcze dodać, że ataksia z mózdkową identyczna może występować w chorobach innych odcinków układu nerwowego, jako to w chorobach rdzenia t. zw. ataxia Friedreicha w chorob. bulbi, pontis i wzgórków czworacznych, a nawet w guzach zrazów czołowych.

We wszystkich tych przypadkach dotknięte są drogi w związku z mózdkiem np. w ataksyi Friedreicha dotknięte są pęczki boczne mózdkowe i pęczki Gowersa; — tylne pęczki rdzeniowe łączą się przez ich jądra z mózdkiem. Zajęcie tylnych pęczków może również wywołać cierpienie bulbi za pośrednictwem corp. restiformia lub innem.

Ataksia w cierp. corp. quadrigemina zależy od naruszenia dróg idących z corp. dentatum do skrzyżowanego jądra czerwonego i talam. optici, które pod wzgórkami czworaczemi przebiegają.

W chorob. zrazu czołow. od naruszenia pęczka czołowo-mostowego. Że więc ataksję mogą cierpienia odległych części mózgu wywolywać, niezaprzecza to prawa uznawania ataksyi za objaw móźdzkowy.

Lecz odmienniej się rzecz przedstawia, jeśli idzie o ocenę ataksyi dla rozpoznania, i że ten objaw sam przez się w rozpoznaniu niewystarcza. To samo jednak odnosi się do większej części t. zw. miejscowych objawów ośrodkowych.

Rzeczniowski.

III. Choroby dzieci.

375. Ausset. Zapalenie opłucny. („Les pleurésies“. Annales de médecine et chirurgie infantiles № 7. 1900.

Zapalenie opłucny u dzieci, zdarza się często, chociaż rzadziej, niż u dorosłych. Najczęściej jest ono zjawiskiem wtórnem, mającem źródło w chorobie płuc, góścicu, influenzy i t. d. W przeciwieństwie do dorosłych zapalenie opłucny u dzieci wyjątkowo tylko jest pierwszym objawem gruźlicy, nawet i wtórne zapalenie opłucny gruźlicze jest nader rzadkie.

Znacznie rzadziej zdarza się u dzieci zapalenie opłucny surowiczow włóknikowo, niż ropne. U dzieci nie znajdujemy silnego dreszczu i kłucia w boku, co u dorosłych ułatwia rozpoznanie, tak, że pozostają tylko objawy fizykalne, często niestałe, niepewne, sprzeczne i fałszywe. Klatka piersiowa często bywa rozszerzona po stronie przeciwnej wysiękowi, co zależy od wyrównawczego rozdęcia płuca po stronie zdrowej. Zresztą to rozszerzenie bywa często tylko pozornem wskutek zapadnięcia, skurczenia klatki piersiowej na boku chorym, co można objaśnić w ten sposób, że zrosty biorą górę nad wysiękiem. Macanie (palpation) u dzieci mniejszych nie daje żadnych skutków. Wypukiwać Ausset radzi bardzo lekko, aby nie wprowadzić w drzenie głębszych warstw płuca. Również niepewne są objawy wysłuchowe.

Ausset zwraca uwagę na dużą wartość rozpoznawczą przekłucia próbnego, radioskopii i „signe du sou“. Przekłucie zwykle usuwa wszystkie wątpliwości, chociaż zdarzają się przypadki (prawda, że rzadkie), w których przekłucie jest bezskuteczne pomimo niewątpliwego istnienia wysięku ropnego. Stosowanie tego zabiegu jest ze wszech miar pożądanę, ale w praktyce napotyka często trudności ze strony bojaźliwych rodziców.

Radioskopia daje wyniki zupełnie zadawalniające, za jej pomocą możemy określić ściśle umiejscowienie wysięku. Na nieszczęście wymaga ona urządzeń kosztownych, możliwych tylko w wielkich miastach lub w szpitalach.

Pozostaje „signe du sou“. Sposób jest następujący: Przykładamy „sou“ (moneta miedziana, trochę mniejsza od dwukopiejkowej

monety ref.), do pewnego miejsca na klatce piersiowej jakby plesy-metr. Drugim miedziakiem, który stanowi młotek, uderzamy w pierwszy. Gdy będziemy wysłuchiwać w miejscu symetrycznym po chorej stronie klatki piersiowej (zatkawszy uprzednio ucho drugie), to usłyszymy dźwięk jasny, czysty srebrzysty, jakby uderzenie nastąpiło pod samym uchem, w razie jeżeli pod miedziakiem jest wysięk. Jeżeli będziemy próbowali tego sposobu na płucu bez wysięku, to otrzymamy odgłos głuchy, daleki, bez metalicznego oddźwięku (résonance).

Ropne zapalenia opłucny bywają częściej u dzieci, (osobliwie między 1 i 6 rokiem), niż u dorosłych, według niektórych autorów stanowią 10—20% wszystkich pleurytów dziecięcych i zdarzają się częściej, niż surowiczowo-włóknikowe zapalenia. Częstość ta związana jest z częstym występowaniem u dzieci zapalenia płuc, odry, krztuśca. Choroby te osłabiają organizm, a na słabszym podłożu łatwiej się mogą rozwijać paciorkowce, pneumokoki, które zawsze znaleźć można w ustach i w początkach dróg oddechowych. Według Nette-ra, pneumococcus może być wykryty w wysięku ropnym w 7½ procentach przypadków, streptococcus był znaleziony 4 razy na 27 spostrzeżeń, lasecznik gruźliczy 3 razy na 27.

Wysięk ropny z pneumokokami zjawia się albo w czasie zapalenia płuc albo częściej pod koniec pneumoniae, a nawet w okresie zdrowienia. Wysięk czasem jest w początku surowiczowo-włóknikowy i z czasem dopiero staje się ropny. Ropa jest gęsta, zielankowa, często wskutek gęstości nie może przejść przez rurkę. Na wykryciu pneumokoka nie można się ograniczać, należy robić hodowle, które wykazały istnienie jeszcze innych ważniejszych dla rokowania mikro-bów (paciorkowiec, lasecznik Kocha).

W przewlekłych ropnych zapaleniach opłucny, które występują wskutek zapalenia płuc, spotykamy często zapadnięcia klatki piersiowej, spowodowane przez zrosty. Pleuryty takie mają skłonność do otorbiana się wysięków.

W ropnych wysiękach z licznymi zrostami „signe du sou“ nie jest już tak czysty i staje się więcej oddalony.

Ausset wskazuje na jeden jeszcze zaniedbywany zwykle objaw, a który w chorobie tak trudniej do rozpoznania ma ważne znaczenie. Jest to zniekształcenie hippokratyczne palców, występujące w starszających przypadkach. Ropne pneumokokowe zapalenie opłucny, leczone zawczasu, rokuje pomyślny wynik, po wypuszczeniu ropy płuco szybko się rozszerza. Zdarza się jednakże, że płuco zamknięte zrostami nie może wrócić do dawnego stanu, wtedy jama pozostała po ropie wypełnia się ziarniną, która powoli zamienia się na tkankę łączną, klatka piersiowa z odpowiedniej strony się zapada, słup kręgowy wygina się, przepona podnosi ku górze. Im więc świeższy jest przypadek, tem łatwiej go wyleczyć. Ważne powikłanie zdarza się ze strony serca. Mianowicie często występuje zapalenie osierdzia.

Leczenie zapalenia włóknikowego w początkach choroby ogranicza się do stosowania środków czyszczących, leżenia w łóżku, żywienia mlekiem, dawania napoi moczopędnych, stosowania środków

odciągających na chory bok. Jeżeli choroba rozwija się na tle gościcowem, dobrze robi salicylan sodu.

Ausset nie stosuje u dzieci środków energiczniej odciągających, zadawalnia się jodyną.

W świeżych przypadkach zapalenia ropnego pneumokokowego, autor radzi spróbować próbnego przekłucia. jednakże przy gęstej ropie przekłucie może się nie udać, tembardziej, że bardzo grubej rurki nie możemy używać z obawy zakażenia opłucny przez duży otwór. Jeżeli po przekłuciu ropa znowu się wytwarza, albo wcale nie można jej było usunąć z powodu gęstości, to należy wykonać pleurotomia. Ausset radzi cięcie wykonywać trochę po za linią pachową w szóstej przestrzeni międzyżebrowej. Zresztą zależne to jest od umiejscowienia wysięku w poszczególnym przypadku. Wycięcie kawałka żebra Ausset radzi stosować tylko w przypadkach zastarzałych, gdzie nie można liczyć na prędkie wyleczenie. Autor po operacji stosuje tylko jednorazowe przemycie rany nadmanganianem potasu (0,25⁰/₁₀₀).

Przy obecności wysięku, spowodowanego przez paciorkowiec (ropa więcej płynna, bez zielonkawego odcienia) z powodu niebezpieczeństwa rozszerzenia się dalszego choroby należy, nie zwlekając, wykonać rozległe cięcie z wycięciem żebra i stosować przemywania.

St. Muszyński.

376. Marfan. **Leczenie gorączki tyfoidalnej u dzieci za pomocą zimnych kąpeli.** („Sur le traitement de la fièvre typhoïde chez les enfants, particulièrement par les bains froids“. Ann. de Méd. et de Chir. infant. № 7. 1900).

Autor stosował w wielu przypadkach tyfusu chininę i zauważył skutek pomyślny (t. j. obniżenie ciepłoty o 1 stopień, wolniejsze tętno, spokojniejsza noc) w pewnej części tylko przypadków, natomiast blisko $\frac{2}{3}$ dzieci nie oddziaływało na lekarstwo; to go pobudziło do stosowania kąpeli zimnych. Prof. Marfan postępuje mianowicie tak:

Gdy między 4 — 5 godz. po południu ciepłota w kiszce prostej przewyższa 39⁰, dziecko (mające więcej niż 5 lat) dostaje 0,75 chininy w trzech dawkach co pół godziny. Jeżeli na drugi dzień rano skutek jest pomyślny, to dziecko jest leczone w dalszym ciągu chininą w sposób powyżej wskazany, póki ciepłota trzyma się wyżej 39⁰. Jeżeli zaś chinina nie powoduje zaraz pierwszego dnia obniżenia ciepłoty i nie uspokaja nerwów, to należy stosować kąpiele zimne.

Pierwsza kąpiel ma 32⁰, trwa 8 do 10 min. Po 3 godz. mierzymy ciepłotę w odbytnicy, jeżeli przenosi 39⁰, to dajemy drugą kąpiel 30⁰ i t. d., obniżając ciepłotę wody aż do 25⁰, jeżeli niema przeciwwskazań. Jeżeli po kąpeli w 3 godziny ciepłota spada niżej 39⁰, to czekamy z kąpielą następną, mierząc co 2 godz. temperaturę.

Śmiertelność chorych na tyfus, leczonych w przeciągu 6-ciu lat, w sposób powyżej wskazany w klinice chorób dziecięcych wynosiła 7%.

Stawiają następujące zarzuty przeciw stosowaniu kąpieli zimnych u dzieci.

Popierwsze, kąpiel zimna nie obniża z taką pewnością ciepłoty u dzieci, jak u dorosłych; autor na podstawie doświadczenia przeczy temu

Powtórę twierdzono, że dziecko, wsadzone w zimną wodę, może przestać oddychać. Autor spostrzegł to tylko raz, dziecko wyjęte z wody zaczęło oddychać nanowo — pod wpływem uderzeń wilgotnym ręcznikiem.

Wreszcie, dziecko po kąpeli ma wolno się rozgrzewać i okazuje objawy zapadu. Według autora, objawy te ograniczają się do dreszczu w ciągu kilku minut, do sinicy kończyn i warg, co bywa również i u dorosłych. Zresztą autor zawsze starał się być obecnym przy pierwszych kąpielach, by udzielać potrzebnych wskazówek.

Prof. Marfan w 2 przypadkach, gdzie już i kąpiele zimne nie skutkowały, osiągnął wyleczenie zapomocą wstrzykiwań surowicy sztucznej.

St. Muszyński.

377. Schwarz. O wysyłaniu dzieci dotkniętych kokluszem. („Ueber das Verschicken keuchhustenkranker Kinder“. Wien. Med. Woch. № 27. 1900).

Ogólnie przyjęto wysyłać dzieci, chore na koklusz, z miejsca stałego zamieszkania, ponieważ zmiana powietrza ma oddziaływać na takie dzieci uzdrawiająco. Autor odczytu stara się dowieść na zasadzie przytoczonych spostrzeżeń z własnej praktyki, że zdanie to jest mylne, że zmiana powietrza bynajmniej nie leczy i nawet nie skraca choroby. Z drugiej strony przewożenie dzieci, częstokroć kolejami, staje się źródłem szerzenia choroby, gdyż dziecko zostawia plwocinę w wagonie na ławkach i ścianach, tak, że przewożenie dziełki kokluszowych sprzeciwia się najzwyczajszym prawidłom zapobiegawczym.

Potrzenie, wysyłanie dzieci chorych na koklusz do miejsc leczniczych, letnisk, gdzie zbierają się rok rocznie tłumy publiczności, może bardzo zaszkodzić interesom tych zakładów, gdyż niejeden będzie się obawiał przywieść zdrowych dzieci do takich miejscowości.

Autor radzi zatrzymywać dzieci chore na koklusz w mieszkaniu, ale ściśle je odosobnić od reszty mieszkańców.

W rozprawie, która się wywiązała z powodu odczytu, wziął udział dr. Weisz, który napomknął o potrzebie urządzania uzdrowisk dla dzieci chorych na koklusz.

St. Muszyński.

IV. WIADOMOŚCI POMNIEJSZE.

378. **O kokainizacji rdzenia.** Siccard (1898) dowiódł pierwszy drogą doświadczalną na zwierzętach możności zastrzykiwania większych ilości płynów (do 300 grm.) do opon w celach leczniczych. Jako drogę najlepszą wskazał on już punkcye lumbalną. Dla osiągnięcia efektu leczniczego wymagane są dawki o wiele mniejsze niż przy zastrzykiwaniach podskórnych lub żylnych. Ośrodki lędźwiowe ulegają działaniu wprowadzonych leków w największym stopniu, wyższe ośrodki rdzeniowe znacznie mniej.

Równocześnie niemal Jaboulay zastrzyknął w przypadku choroby Parkinsona i w przypadku przykurzeń ogólnych surowicę tężcową do jamy podpajęczej. Wynik był ujemny, ale zabieg okazał się nieszkodliwym.

Jakob zastrzykiwał roztwory jodu i chloralhydratu i dowiódł również, że przy większej nawet ilości płynu ciśnienie w kanale kręgowym się nie powiększa, a substancje zastrzyknięte zostają istotnie wessane.

Wielkie zasługę położył Bier, wskazując na ważne zastosowanie nowego zabiegu w praktyce chirurgicznej. Na 6-ciu przypadkach klinicznych oraz na sobie samym i swoim asystencie dowiódł on, że zastrzykując małą dawkę (0,005—0,01) kokainy do opon osiągnąć się daje (po 5 do 8 minutach) zupełne znieczulenie kończyn dolnych, które później stosownie do dawki i do wzrostu chorego rozprzestrzenia się wyżej, aż do piersi lub nawet do głowy. Po 45 minutach znieczulenie dosięga szczytu i później znika. Czucie dotykowe zostaje z początku zachowane, w następstwie i ono zmniejszyć się musi. Czucie ciepłoty pozostaje niezmienionem, również czynności ruchowe. Sam autor nazajutrz po zabiegu poczuł silny ból głowy, zawrót głowy, nudności i przez 9 dni pozostać musiał w łóżku. Te same objawy, ale o wiele słabiej wystąpiły u asystenta oraz u 3-ch chorych operowanych. Zdaniem Biera są one spowodowane przez wprowadzenie obcej substancji do jamy podpajęczynowej. Autor zaleca swoją metodę w przypadkach, w których narkoza ogólna nie jest dozwoloną.

Po zastrzyknięciu należy igłę przez parę minut pozostawić w miejscu, celem zapobieżenia odpływowi cieczy rdzeniowo-mózgowej. Chory po zabiegu powinien zostać w łóżku.

Seldowicz stosował metodę Biera w 4-ch przypadkach. Dawka wynosiła w 2-ch przypadkach 0,01 (w 2-ch porcjach z przerwą 2-minutową), w 3-cim 0,006, w 4-ym 0,009. Analgezya była zupełną. Sekcja dokonana w 1-ym przypadku nie wykryła żadnych zmian ani w rdzeniu ani w oponach. Jako objawy poboczne S. spostrzegł, prócz wyżej wspomnianych, rozszerzenie źrenic, suchość-

w ustach, dreszcz i gorączkę do 40°, objawy, które uważa jako skutki otrucia kokainą.

Tuffier stosował nową metodę nie tylko, jak poprzedni autorzy, przy operacjach na kończynach dolnych, ale i przy hysterektomii przez pochwę oraz przy laparotomii, spowodowanej dużą kiłą pachwinową; wynik był dobry wobec przykrych objawów ubocznych, jednak zarówno Tuffier i Bouchard zalecają przy stosowaniu nowego zabiegu wielką ostrożność. Uczeń Tuffiera Cadol podaje 23 operacji, dokonanych przy znieczuleniu nowym sposobem w tej liczbie prócz cierpień kończyn dolnych znajdujemy 3 hysterektomie pochwowe, otwarcie pyosalpinx przez tylne sklepienie pochwowe, dwie herniotomie, dwa zeszcycia krocza, operację radykalną fistuły kiszki stolcowej, wycięcie zwężonej przez bliznę kiszki prostej, wreszcie cystotomię przy gruźliczem cierpieniu pęcherza. 0,01 kokainy sprowadza anestezją sięgającą do pępka i trwającą około 35 minut; po zastrzyknięciu 0,015—0,025 trwa ona 1—1½ godziny. Znieczulenie zjawia się w 4—7 minut po iniekcji, u dzieci wcześniej, u starców później. Objawy poboczne nie były ani razu zbyt ciężkie i ustępowały zawsze w tym samym dniu. Roztwór powinien być zawsze świeżo przygotowany, ½ — 1%, ciepłoty ciała. Cadol mniema, że działanie znieczulające zależy od bezpośredniego oddziaływania kokainy na rdzeń, skutkiem czego przewodnictwo czucia bólowego zostaje zniesione.

W późniejszej pracy Tuffier sam donosi aż o 63 operacjach ze znieczuleniem rdzeniowym: 25 kończyn dolnych, 7 narządów płciowych męskich (1 Nephrotomia, 1 Nephrektomia), 14 narządów płciowych żeńskich, 7 — kiszki prostej, 10 — przewodu kiszkiowego (5 kił, 5 zapaleń wyrostka robaczkowego). We wszystkich przypadkach przebieg dobry, znieczulenie zupełne; objawy poboczne, mało znaczące wprawdzie, wystąpiły w 50-ciu przypadkach. U dzieci i u hysterików kokainizacja rdzenia jest przeciwwskazana.

Z listu Biera do Tuffiera dowiadujemy się, że zastrzyknięcie roztworów solnych (solutions salines) sprowadza również znieczulenie.

Jacoboulay zastosował kokainizację rdzenia w przypadku zapalenia rdzenia (Myelitis) z przykurzeniami, wraz z kokainą zastrzykiwał on morfinę i osiągnął tym sposobem znieczulenie, trwające 60 godzin oraz ustąpienie przykurzeń w ciągu dni 8. Pęcherz i odbytnica były w tym samym czasie porażone. Jacoboulay usiłował za pomocą zastrzykiwań podpajęczynowych wpłynąć na bóle strzelające u dotkniętych władem rdzenia: po zastrzyknięciu 0,01 bóle ustępowały na kilka godzin, ale powracały później z niezmnieszoną siłą. Takie same doświadczenia robili Siccard i Gasue w klinikach Raymonda i Brissanda. Znieczulenie głowy, błony śluzowej jamy ustnej otrzymał Siccard u zwierząt przy zastosowanie, większych dawek kokainy.

(Centralblatt für die Grenzgebiete der Medizin und Chirurgie № 10 i 11. 1900).

Bregman.

379. **Objawy nerwowe przy krztuścu** według Hockenjosa mają najrozmaitsze pochodzenie. Zależą one nie tylko od toksycznego dzia-

lania zarazka, nietylko od zatrucia kwasem węglanym, lecz również od organicznych zmian w mózgu np. wynaczyńień, które autor przy badaniu pośmiertnem znajdował.

(Jahrb. f. Kinderherlkund 5/IV 1900).

K. W.

380. **Przymiotowy wiąd rdzenia** winien być według Leduc'a leczony tylko wewnątrzmięśniowemi zastrzykiwaniami sublimatu. Rtęć podawane zewnętrznie, jak wcieranie szaruchy nie dają zazwyczaj żadnego rezultatu.

(Zjazd. międzynarodwy w Paryżu. 1900).

K. W.

000. **Etiologia polipów śluzowych.** Barrago Ciarello na podstawie badań anatomopatologicznych nad polipami śluzowemi nosa przyszedł do przekonania, że w powstawaniu ich grają rolę pasorzyty z rodzaju blastomyces, które autor znajdował w bardzo wielu z badanych przez siebie polipach. Pasorzyty te mają postać drożdży, barwią się raz słabiej, to mocniej, leżą wewnątrz komórek polipa albo też i zewnątrz ich w przestrzaniach łącznotkankowych.

(Arch. für Laryng. et Phinol. „Wracz“ 35). r. X. O. H.

381. **Karmienie w czasie ciąży.** Dr. Poux w „Arch. méd. de Toulouse“ podaje następane wyniki swych własnych spostrzeżeń oraz innych autorów:

1) Mleko kobiety brzemiennej nie stanowi trucizny dla dziecka, które dotąd karmiła, jak to sądzi publiczność. 2) Zajście w ciążę karmiącej nie jest bezwarunkowem przeciwwskazaniem do przerwania karmienia, zwłaszcza, jeżeli karmi swe własne dziecię. 3) Jeżeli istnieją okoliczności (choroby gorączkowe, ząbkowanie, pora letnia i wczesny wiek dziecka), przy których odstawianie od piersi jest niepożądane i niebezpieczne, to matka powinna przedłużyć karmienie pomimo ciąży i 3—6 miesięcy i dłużej; chyba, że wejdą w grę inne przeciwwskazania.

Zdarza się, że u niektórych kobiet w chwili zajścia na nowo wydajność mleka się zmniejsza. Nie należy się tu jednak rządzić pozorami, a sprawdzić bezskuteczność mleka przez systematyczne ważenie dziecka. W danym razie można dokarmiać mlekiem wyjąłowionem. Dane te powinny uchronić znaczną liczbę dzieci od szkodliwych zmian mamek i od sztucznego karmienia, a przez to i wpłynąć na zmniejszenie śmiertelności wśród ssawców.

(„Wracz“ 35).

O. H.

382. **Niebezpieczeństwo irygacji pochwy.** M. Theilhaber z Monachium rozpatruje ujemne strony tak rozpowszechnionych przemysłań pochwy i wylicza pośród nich: 1) zjawiska nudności, dreszczu, omdlenia, wstrząsu u kobiet wrażliwych — po zbyt zimnych lub zbyt gorących wlewaniach; 2) pogorszenie istniejącego już zapalenia otrzewny — przez podrażnienie zbyt wypinającemi się sklepieniami; 3) przenikanie płynów do kanału szyjowego, do macicy, a nawet do jamy otrzewny; przypadki te pociągają za sobą ciężkie przypadłości subiektywne i obiektywne.

Przychodzeniu do skutku przenikania płynów do jamy macicy sprzyjają obecnie używane kanki, mające otwór na końcu oliwki

Tego rodzaju instrumenty mogą znajdować się tylko w rękach lekarzy. Do użytku dla chorych powinny służyć rury, których oliwki nie mają otworu na końcu, ale kilka bocznych otworków u podstawy oliwki.

(„W. M. Pres.“ 37).

O. H.

383. **Wpływ środków przeciwnięlnych na trawienie.** Według Halliburtona: Używane w celu konserwacji środków spożywczych: kwas borny, boraks (dwuboran sodowy) i formaldehyd wpływają szkodliwie na różne fermenty i przez to przeszkadzają prawidłowemu biegowi trawienia. Kwas borny (0,05—0,15%) nie okazuje wpływu na trawienie podpuszczkowe (Labferment), boraks wstrzymuje je nawet w stosunku 1 na 1000 mleka. 0,5% formaldehydu wstrzymuje zupełnie czynność sztucznego soku żołądkowego; 0,05% — zwalnia ją znacznie. Fermenty trzustyki są jeszcze wrażliwsze: przy obecności 0,05% formaldehydu trwanie fermentacji przedłuża się trzykrotnie; 0,1% wstrzymuje ją zupełnie.

(Br. Med. J. lipiec „Wr.“ 35).

O. H.

384. **Mór we Wschodniej Mongolii.** Dr. Zabolutny, członek wyprawy rosyjskiej dla badania moru, wybrał się przez Pekin do Toungkia-yng-tzem, gdzie według doniesień dr. Matingnon i misionarzy katolickich miała wybuchnąć zaraza. Zaludnienie tego kraju składa się z chińczyków z nieznaczną domieszką Mongołów. Ludność zna dobrze chorobę oraz bezskuteczność swych środków przeciw niej, to też z ufnością odnosi się do pomocy okazywanej jej przez cudzoziemców. Z drugiej strony są to głęboko przekonani fataliści i wiadomość o śmierci, której mają uleść za dni kilka lub parę godzin, zupełnie ich nie wzrusza.

Z 16 przypadków, jakie Z. obserwował, było w 7 zapalenie płuc morowe, 8 razy postać dymienicowa, 1 — posocznicowa, 4 przypadki zakończyły się pomyślnie, co autor przypisuje wpływowi surowicy. Dr. Z. uważa sprawę za epidemiczny mor i widzi możliwość łatwego rozszerzenia kłęski na większe przestrzeni na kraju, a nawet Syberyę, zwłaszcza w obecnych czasach, gdzie nie może być mowy o przedsięwzięciu środków zaradczych.

Pojawienie się moru wśród ludzi poprzedzone zostało — jak to podobno jest regułą, przez epidemię gryzoniów, bardzo ciężką, zaraźliwą, a w swych objawach zbliżoną do dżumy.

Autor radzi stosować surowicę przeciwmorową w dużych dawkach — 60—100 c. sz. na raz i następnie powtarzać zastrzykiwania 4—5 razy stosownie do przebiegu.

Oprócz powyżej opisanych postaci dr. Z. obserwował tu postać moru, jakiej nie spotykał w Indyach; można by jej dać nazwę krostowej, czyrakowej, ponieważ występują w niej małe, przezroczyste pęcherzyki, otoczone czerwoną obwódką.

(Annales de l'inst. Pasteur 1899). („W. M. Pres.“ 37. 1900).

O. H.

385. **Ryby jako rozsadniki dżumy.** W Tokio po odpływie morza znaleziono na brzegu mnóstwo nieżywych ryb. Szczury, które żywiły się temi rybami, zachorowały i prędko zdychały. Badanie wykazało w rybach obecność lasecznika dżumy. („Wracz“ 30). W.

386. **Gruźlica i małżeństwo.** Prof. Queirel (z Marsylii) — w lekcyi dla studentów wypowiedział się z całą stanowczością za postulatami Peter'a: 1) że suchotniczki nie powinny wychodzić za mąż; 2) suchotniczki zameżne nie powinny zachodzić w ciążę; 3) te zaś, które urodzą — nie powinny w żadnym razie karmić.

Queirel uważa za obowiązek wywoływanie poronienia u suchotniczek w pierwszych okresach ciąży. Wyczekiwać do końca ciąży można tylko wtedy gdy ta posunięta jest już zbyt daleko, lub gdy suchoty są tak rozwinięte, że niema żadnej nadziei na uratowanie chorej.

(Marseille-Méd. lipiec „Wracz“. 35).

O. H.

V. Lubelskie Towarzystwo Lekarskie.

Posiedzenie zwyczajne z dn. 18-go maja 1900 r.

1. M. Biernacki przedstawia chorego lat 35, z wtórorzędny-
mi objawami tabetycznymi w kościach miednicy (ubytek kości w ga-
lezi poziomej k. łonowej).

2. M. Biernacki przedstawia chorego lat 40, z przesiękiem
do otrzewny (ascites) przy wadzie serca.

3. A. Majewski przedstawia chorego lat 18, z guzem na
szyi, który rozpoznaje jako chłoniak jamisty (lymphangioma caver-
nosum).

Chory w najbliższych dniach będzie operowany, a na przyszłym
posiedzeniu podany będzie szczegółowy opis przypadku.

4. J. Talko przedstawia chorego lat 12, żyda, z obustronne-
mi *zaćmami warstwowymi* (*cat. zonularis*), który zaledwo liczył palce
na 2—3 stopy i to przy mydryazie atropinowej. Upośledzony umy-
słowo i mający bardzo niewyraźną wymowę (do 8 lat zaledwo bęł-
kotał); chłopak posługuje się palcami, jako organem dotyku. Przez
pierwsze 1/2 roku dziecko było zdrowe, potem miało konwulsye przez
cały rok, nieraz 2—3 razy na dzień; u 1 1/2 rocznego dziecka kon-
wulsye ustały i dotąd nie powtarzały się więcej. Czaszka malca sto-
sunkowo mała; zębów 21 (u dołu 10), bardzo rzadkie, emalia żółta,
niegładka i pościerana przy dość szerokich jak na malca szczękach,
nie były to zęby Hutchinsonowskie, lecz więcej rachityczne czyli —
jak nazwał pewien detysta — skrofaliczne. Mielśmy tu więc kom-
pleks objawów. Obustronna zaćma warstwową, konwulsye w dzie-
ciństwie, bęłkotanie i niewyraźna wymowa (przedwczesne skostnienie
szwów czaszki?) i rachityczne zęby, — na które już w podobnych
przypadkach zwrócono uwagę przez powagi naukowe, jak czytamy
w operacyjnych podręcznikach oftalmologicznych.

Poprzednio kol. T. wykonywał u podobnych chorych irydektomię lub iridodesię (jednego takiego pacyenta pokazywał na posiedzeniu), u demonstrowanego chorego zamierza zniszczyć całą soczewkę, jak część zmętniała tak i przezroczystą przez wesanie po dokonanej discisio i, o rezultacie zakomunikuje Towarzystwu.

5. K. J a c z e w s k i przedstawia osobnika lat 24, chorego na *cooperitis*.

J. daje obraz kliniczny cierpienia i opisuje cztery odnośne przypadki, spostrzegane przez siebie.

6. C z e r w i ń s k i przedstawia macię, wielkości głowy dorosłego człowieka, z licznymi mięśniakami śródmiąższowymi i jednym podśluzowym. Preparat pochodzi od 33-letniej izraelitki B. F., która od dłuższego czasu krwawiła przy obecności guza macicy, sięgającego powyżej pępka. Przed tygodniem przy pomocy cięcia brzuszego kol. Cz. wydobyl macię nazewnątrz i, po nałożeniu elastycznej podwiązki na szyjkę, amputował cały trzon. Chora do dnia dzisiejszego ma się zupełnie dobrze. Z powodu powyższego przypadku Cz. przedstawia szczegółowo obecny stan nauki o leczeniu mięśniaków macicy wogóle, w szczególności zaś zaś zwraca uwagę na wskazania do radykalnej operacji i na rokowanie przy takowych. Wskazania te w przeciągu i w ostatnich lat znacznie się zmieniły dzięki zmianie poglądów na charakter mięśniaków: sama przez się obecność mięśniaka rzadko kiedy zagraża życiu chorej, a wskutek tego nie może być wskazaniem po radykalnej operacji.

Następujące warunki są wskazaniem do wykonania operacji: a) nadmierna wielkość guza; b) obfite i długotrwałe, nie dające się inną drogą usunąć krwawienia maciczne; c) szybki wzrost guza szczególnie w młodym wieku; d) zmiany wywołane przez guz w ogólnym stanie chorej; e) rzadko ciąży i rozpad mięśniaka.

Co się tyczy rokowania przy radykalnych operacjach mięśniaków macicy to statystyka wykazuje, że przy operacjach wykonywanych przez pochwę % śmierci = 0, przy całkowitem usunięciu macicy przez cięcie brzuszne = 10%, a przy amputacji nadpochwowej (per coeliot.) = 22%.

7. M. S e i d e m a n n wygłasza odczyt:

„Operacja wyluszczenia worka łzowego i innych sposobów leczenia chorób dróg łzowych“ (będzie pomieszczony w n-rze przyszłym w dziale chorób ocznych).

Dyskusya. Talko: Operacja extippatio sacci lacrymalis nie jest nową. Pierwszy wykonał ją Platner w r. 1724. Wznowił ją Berlin w r. 1868.

Ja wykonywam dość często już oddawna przy dacryocystitis osobliwie skoro ściany worka są rozszerzone i wydzieliny obfite. Te ostatnie wywołują hypopion keratitis przy owrzodzeniach i ranach rogówki, fakt znany każdemu okuliście. Ztąd więc słuszna obawa zakażenia gronkowcem i łańcuszkowcem rany rogówkowej przy wydobyciu zaćmy per corneam, nieco mniejsza przy modyf. ekstrakcyi Graefe'go, gdzie ranę zakrywa płat spojówkowy (O. Becker). Naturalnie przed oper. ćmy, a nawet przed irydektomią należy zba-

dać drogi łzowe; niektórzy jak Neese w Kijowie — zawsze je przed temi operacyami przestrykuje sublimatem i wewn. kąt oka zasypuje jodoformem *kilka razy dziennie*, — i radzi, w razie śluzo-ropnych wydzielin worka albo użyć przyżegania żegadłem tego ostatniego, albo obliterować kanałki łzowe elektrolizą, albo też ekstyrpować ściany worka łzowego, co się wykonywa nie bez trudności, bo wycięcie całkowite dość trudne, a przytem pole operacyjne bezustannie zakrywane jest krwawieniem. Nie godzę się na twierdzenie prelegenta, że przy tej operacyi mamy nieznaczne krwawienie, a również uważam, że peryod gojenia się rany (6 tygod.) podany jest cokolwiek za długi. W każdym razie wdzięczni jesteśmy, że kol. S. również stwierdził fakt periculum in mora dla gałki ze strony chorobliwych wydzielin worka łzowego, na które powinien pilnie baczyć operator, gdy ma na celu przywrócenie utraconego ale nie zniszczonego wzroku pacjenta. Pod tym względem w r. z. mieliśmy w szpitalu 2 pouczające przypadki: gdy u młodego włościanina (*atrophia bulbi s., leucoma adh. d.*), po irydektomii, pomimo ścisłej antyseptyki nastąpiło ropne zakażenie rany dzięki podejrzanemu stanowi dróg łzowych, u włościanki (*atrophia bulbi d., leucoma adh. sin.*), irydektomia dała świetny wynik po poprzednim przyżeganiu elektrolizą kapalików łzowych, przez które wydzielał się śluz z ropy, dzięki którym oboje chorzy utracili przed laty wzrok, na jednym oku bezpowrotnie (zanik gałki), na drugim częściowo, uleczalnie (*leucoma adhaerens*). Przy *discisio* mniej obawy w podobnych przypadkach: niedawno w szpitalu wykonałem, przy pomocy kol. Seidemann'a *discisio* miękkiej zaćmy u 24-letniego starozakonnego, pomimo, iż stan worka łzowego pozostawiał wiele do życzenia, — rezultat pomimo to był bardzo świetny, bez żadnych objawów ze strony przekłutej igłą rogówki.

Na tem posiedzenie zakończone.

Adam Mujewski.

Posiedzenie z dnia 5-go czerwca 1900 r.

I. C. Czerwiński przedstawia chorą Agnieszkę Matysiak, 31 lat, u której z powodu całkowitego wypadnięcia macicy i pochwy wykonał w dniu 1 czerwca b. r. operację Müllera (*amputatio part. vag. uteri supravaginalis cum extirpatione part. vaginae*).

Przebieg pooperacyjny był zupełnie pomyślny: rana zagoiła się przez rychłozrost.

Obecnie wejście do pochwy i sama pochwa przepuszcza swobodnie palce; macica utrzymuje się wysoko pomimo, że chora od tygodnia chodzi.

Dwie inne chore, u których 1½ rokiem Cz. wykonał tenże zabieg, nie zgłaszały się, z czego można wnosić, że rezultat tej operacyi jest o wiele pomyślniejszy od innych zabiegów operacyjnych przy wypadaniu macicy.

II. A. Majewski przedstawia chorego, wyleczonego ze zgorzeli jelita w przepuklinie pachwinowej przez pierwotne wycięcie kiszki z doraźnym zeszcyciem.

Marcin S. lat 65, włościanin, ze wsi Zadębie pod Lublinem.

Od lat dwóch miał w lewej pachwinie guz wielkości kurzego jaja, nie dający się odprowadzić, nie bolesny.

Dnia 4 kwietnia r. b. o godz. 5-tej zrana niosąc ciężkie wiadra z wodą poczuł w pachwinie ostry ból; guz przytem nagle się powiększył i doszedł do wielkości jabłka. Chory poczuł wzdęcie brzucha i silne w nim bóle i dostał zaraz wymiotów, które powtarzały się co parę minut i silnie go męczyły. Wobec tego odwieziono chorego do szpitala Ś-go Wincentego w Lublinie, gdzie tegoż dnia o godz. 3-ciej popołudniu M. znalazł co następuje:

Osobnik budowy średniej wychudzony o twarzy silnie pomarszczonej, bladej z oczami wpadniętymi; głos ochrypnięty, słaby przechodzący w szept; słuch — silnie przytępiony. Wywiadów od samego chorego dowiedzieć się niepodobna.

Język suchy, obłożony, częsta czkawka, wymioty kałowe. Tętno 112, małe, miękkie, nierytmiczne. Ciepłota — $36,4^{\circ}$. Brzuch silnie wzdęty; odgłos brzucha bębnekowy. W lewej pachwinie poniżej więzła Pouparta guz wielkości pomarańczy, twardy, umiarkowanie bolesny; odgłos miejscami bębnekowy.

Skóra nad guzem ruchoma, niezmieniona.

Zaraz po przybyciu chorego do szpitala o godz. 3-iej popołudniu, w 10 godzin po uwięźnięciu przepukliny — przy łaskawym współudziale kol. Dobruckiego i Tymińskiego przystąpiłem po znieczuleniu miejscowem skóry sposobem Schleicha — do operacji.

Po przecięciu powłok i mocno zgrubiałej ściany worka, weszliśmy do jamy worka. Znajdowała się tam sieć, przekrwioną, zrosniętą ze ścianą worka i — odcinek jelita (kiszka cienka) długości 13 cmt., w części wolnej ciemnoczerwony, a w miejscu zaciśnięcia w zewnętrznym kącie pierścienia — szarozółty, zapadający się.

Otwór pierścienia był bardzo wąski, z trudnością przepuszczał cienki zgłębnik.

Wobec tego M. pierścień przepuklinowy przeciął, kiszkę wydobyl nazewnątrz i, zacisnąwszy ją w częściach zdrowych uciskadłami Doyen'a, wyciął odcinek długości 18 cmt., poczem zaraz nałożył na kiszkę szew dwupiętrowy kuśnierski, jedwabiem. Część sieci wraz z workiem wyciął; do jamy wprowadził tampon jodoformowy.

Chory operację zniósł dobrze, nie skarżąc się na silne bóle. W nocy po operacji odeszły wiatry. Na drugi dzień czkawka kilkakrotnie, wymioty niekałowe. Ciepłota $36,3^{\circ}$. Tętno 100, nierytmiczne.

Dnia 6 kwietnia chory miał obfity stolec, wymioty ustały po przemyciu żołądka. Ciepłota normalna.

Dnia 7 kwietnia stan bez zmiany.

Dnia 8 kwietnia ciepłota podniosła się do $38,2^{\circ}$. Rozwolnienie (4 stolce półpłynne). W ranie pokazało się nieco płynnego kału.

Dnia 9 kwietnia tętno 124, małe, miękkie, nierytmiczne. Ciepłota 37,2°. Silne osłabienie. Do wewnątrz Tinct-Strophanti, podskórnie — kofeina.

Dnia 10 kwietnia — ciepłota normalna. Tętno 140, ledwie dające się liczyć; upadek sił wielki; pięć stolców w ciągu dnia; w ranie kilka kropel płynnego żółtego kału. Do wewnątrz digitalis i bismut z makowcem.

Dnia 11 i 12 kwietnia przy ciepłocie niepodniesionej stan ciężki bez zmiany na lepsze; 2—3 stolce dziennie; w ranie trochę kału.

Dnia 13 kwietnia tętno 108, silniejsze; arytmia mniejsza.

Dnia 14 kwietnia arytmia przeszła; tętno — 96. Stolec jeden półtwardy. W ranie do dnia 17 kwietnia t. j. w ciągu dni 10-ciu pokazywały się krople płynnego żółtego kału; stolce jednak odchodziły przez cały ten czas przez odbył. W d. 17 kwietnia przetoka się zamknęła.

Obecnie — w miesiąc po zabiegu — chory jest zdrow zupełnie; tętno — 76—84 stolce ma normalne, codzienne; w miejscu rany operacyjnej twarda wgłębiona blizna.

III. A. Majewski mówi o chłoniakach i przedstawia chorego po operacji wyluszczenia *chłoniaka jamistego* szyi (lymphangioma cavernosum).

Benedykt Szydł. z Łukowca lat 18; w 10-tym roku życia spostrzegł na szyi z prawej strony guzik wielkości jabłka; od lat 2-eh guz ten ciągle się powiększał; w ostatnich kilku tygodniach znacznie urosł; przed kilku laty po przekłuciu przez felezera ciekła zeń ciecz biaława.

Osobnik budowy prawidłowej, dobrze odżywiany. W narządach wewnętrznych zmian chorobowych nie okazuje.

Na szyi po stronie prawej znajduje się guz wielkości pięści. Granicę górną guza stanowi brzeg szczęki dolnej, po za którą guz częściowo się kryje; u dołu kończy się on na palec poprzeczny powyżej obojczyka; na przodzie prawie dochodzi do linii środkowej szyi, z tyłu przechodzi po za brzeg m. mostkosutkoobojczykowego.

Skóra, pokrywająca guz, ma wygląd prawidłowy, jest wolna i łatwo przesuwalna; tylko w części tylnej ma zabarwienie czerwonawe, jest zrośnięta z podstawą i posiada na powierzchni nieznaczną bliznę. Powierzchnia guza w części przedniej gładka, w tylnej — kryje się po za silnie napięty mięsień mostkosutkoobojczykowy; zbitość w przedniej części miękka, elastyczna; w tylnej twarda, chrząstkowata. Guz jest mocno złączony z podstawą. Podczas ruchów polykowych nie porusza się; przez ucisk nie daje się zmniejszyć; chębotanie przy ucisku głębokim wyczuwa się w przedniej części guza. Przekłucie próbne strzykawką wykazuje wewnątrz guza płyn przezroczysty, blade-żółtawy.

Zabieg wyluszczenia guza M. wykonał przy współudziale kol. Czerwińskiego i Tymińskiego w uspieniu chloroformem w dn. 21-ym marca.

Poczynając od tylnego brzegu mięśnia mostkosutkoobojczykowego M. poprowadził cięcie półkoliste, zwrócone wypukłością ku dołowi, sięgające prawie aż do linii środkowej szyi.

Po przecięciu skóry i powięzi powierzchownej i odciągnięciu ich wraz ze ślinianką podszczękową ku górze, ukazała się torebka guza, w tylnej części bardzo gruba i zrosnięta z otaczającymi tkankami, w przedniej nieco cienka, mało napięta, fałdująca się.

Po oddzieleniu przednich i bocznych zrostów M. ścianę guza szeroko przeciął; przyczem okazało się, że składa się on z dużej torebki wielkości pomarańczy, zawierającej mnóstwo przestrzeni jami-
stych, rozmaitej wielkości i kształtu, wypełnionych płynem blade-
żółtawym i łączących się z sobą; płynu było stosunkowo niewiele.

Ściany jam były gładkie lśniące. Wobec tego zapomocą no-
życzek Coopera M. wypreparował i wyciął ściany torbieli, pozostawiając jedynie część najgłębszą, kryjącą się po za dolną szczęką. Ranę zewnętrzną zaszyto, prócz części, odpowiadającej pozostawione-
mu uchylkowi torbieli, gdzie wprowadzono tampon aseptyczny.

Obecnie w 10 dni po zabiegu rana wypełniła się zdrową ziar-
niną i gojenie jej szybko postępuje.

Na tem posiedzenie zakończono.

Adam Majewski.

VI. BIBLIOGRAFIA.



Dr. Czesław Stankiewicz. **W sprawie operacyjnego leczenia tyłopochylenia — zgięcia macicy.** *Łódź, stron. 196.*

Autor trzyma się zasady, że każde tyłopochylenie, tyłozgięcie macicy w czynnym okresie życia płciowego bez względu na to, czy przebiega skrycie lub daje objawy właściwe, czy jest powikłane lub nie, powinno podlegać leczeniu.

Leczenie może być dwojakie: operacyjne i niekrwawe.

Kol. Stankiewicz opisuje główne metody operacyjne, przedsta-
wia ich zalety i wady ilustruje własnymi spostrzeżeniami. W końcu, w krótkości opowiada o zabiegach niekrwawych bez opisywania wła-
snych spostrzeżeń widocznie tylko dlatego, aby przedstawić sprawę leczenia tyłozgięcia macicy w całości i zestawić metody operacyjne z rękoczynami.

Podstawą całego dzieła jest 35 przypadków tyłopochylnego i ty-
łozgięcia macicy, które kol. Stankiewicz leczył operacyjnie, bądź to na oddziale chirurgicznym kol. Kruschego, bądź też w zakładzie chirurgiczno-ginekologicznym w Łodzi.

Te spostrzeżenia, odpowiednio ugrupowane i szczegółowo opisa-
ne, pozwoliły autorowi wyrobić sobie pewien sąd o każdej z metod operacyjnych tyłozgięcia macicy. Ocena tych metod w części własna, w części oparta na zdaniu powag w danej specjalności jest najważ-

niejszą częścią całego dzieła i dlatego krytyczne poglądy autora i wyniki metod operacyjnych i rękoczynów pozwolę sobie tutaj streścić.

Wszystkie operacje, przy których skracamy węzły obłe macicy autor zalicza do grupy 1-ej i w tej rozróżnia 3 metody.

a) Skrócenie węzłów obłych zewnątrz-otrzewnowe — w kanale pachwinowym — (oper. Aleksandra). Strony ujemne tej operacji są nader poważne: Węzły obłe nie zawsze dają się odnaleźć, gdyż bywają niekiedy małowzrostłe, przerywają się łatwo, jeśli są wątle lub uległy zwyrodnieniu tłuszczowemu. Czasami wychodzą nie z rogu macicy lecz niżej, bliżej szyi, skrócenie ich w tych razach sprowadza jeszcze większy stopień tyłozgięcia macicy. Gojenie się ran po operacji Aleksandra, nie bywa zawsze idealne nawet w rękach bardzo doświadczonych, co ułatwia powstawanie przepuklin następczych. Bóle w bliźnach pooperacyjnych, powstające wskutek uciesia w szew nerwu nasiennego zewnętrznego lub jego ucisku, wydzarzają się nieraz, jak w przypadku opisanym przez autora.

Wskazania do operacji Aleksandra jako zewnątrz otrzewnowej są bardzo ograniczone i dlatego, że tylko tyłozgięcia niepowikłane, ruchome mogą być tą drogą leczone.

Wobec tych wszystkich zarzutów łatwo zrozumiemy dlaczego autor ilustruje tę metodę tylko 4 przypadkami, które operował w pierwszych latach swej praktyki i tylko w 2 otrzymał doszczętne wyleczenie.

b) Skrócenie węzłów obłych, przez pochwę t. j. operację Bode-Wertheima autor stosował najczęściej, bo 23 razy (na 35 operacji) i wyrobił sobie pewną odrębną technikę: nawiązki jedwabne na wiąz obły: 1) w miejscu zlania się więzu z macicą; 2) w odległości kilku centymetrów na zewnątrz. Kol. Stankiewicz nakłada je zapomocą specjalnego klampra z otworem na końcu, w który wprowadzona specjalna igła przebija wiąz. Ma to ułatwiać nałożenie nawiązki na wiąz w jamie brzusznej in situ bez sprowadzania macicy do pochwy, co przy złem oświetleniu bywa nieraz trudnym, tak, że niekiedy wymaga oświetlenia — reflektorem elektrycznym.

Sposób operowania kol. Stankiewicza jest zbliżony do metody Bodego, a odmienny od postępowania Wertheima, który sprowadza trzon macicy do pochwy dla nałożenia nawiązek na węzły obłe.

Zalety operacji Bode-Wertheima są duże: nie pozostawia po sobie bliźn widocznych, nie usposabia do przepuklin, daje pewność odnalezienia węzłów obłych, pozwala przez jedną ranę skrócić obydwie więzy, rozerwać jednocześnie zrosty i wykonać niezbędne operacje na przydatkach macicznych, ułatwia następcze operacje plastyczne na macicy, kroczu, bez zmian w ułożeniu chorej.

Wskazania do tej operacji są bardzo obszerne, bo tylko zбочenia macicy dziewicze i starcze nie nadają się do takiego leczenia.

Na 23 przypadki operowane przez autora wyleczenie nastąpiło 21 razy (91,3%). Z pośród pacjentek wyleczonych 13 czuło się doskonale (56,5%), 7 względnie dobrze (30%) — w tem jedna z nawrotem tyłozgięcia; jedna pacjentka w dalszym ciągu miewa swe cierpienia (powikłanie histeryą) i dlatego autor rozróżnia jeszcze uleczenie pod-

miotowe, ono jest zawsze w mniejszej ilości przypadków, niż liczba tych operowanych, u których macica została przywróconą do położenia prawidłowego.

Według Halbau odsetka uleceń podmiotowych wynosi 61%, na tak niską liczbę składają się liczne objawy nerwowe i zachorzenia przydatków. Z 8 przypadków, które autor badał po roku wznowa wystąpiła tylko w jednym. U operowanych pacjentek autor spostrzegł ciążę 7 razy i 4 porody prawidłowe, co stwierdza, że operacja nie powoduje żadnych obaw, co do następczej ciąży i porodu.

c) Skrócenie węzłów obłych na drodze brzusznej — operacja Wyli'ego jest łatwa w wykonaniu i dość pewna w skutkach.

Ta metoda jest wskazana we wszystkich przypadkach, gdzie z tych lub innych powodów wykonywamy cięcie brzuszne. Autor operował tą metodą w 2 przypadkach z wynikiem pomyślnym. Frank na 17 operacji miał tylko jedną nieudaną.

Do grupy 2-giej zalicza kol. Stankiewicz operacje, oparte na wytworzeniu zrostu między trzonem macicy i narządami sąsiednimi jak pochwa, pęcherz, ściana brzuszna.

a) Przyszycie macicy do pochwy jest operacją skuteczną (wedle Dührsen'a w 83%), ma jednak tę ujemną stronę, że przebieg następczej ciąży i porodu bywa powikłany. Poronienia bywają w 25%. Przy porodach w 32% jest potrzebny zabieg operacyjny i nieraz cięcie cesarskie (7 razy na 83 przypadki). Dührsen uważa obawy co do porodu za przesadzone. Według niego, jeśli zeszywać oddzielnie fałdę otrzewnową, po uprzednim przeprowadzeniu nici przez pochwę i macicę, wtedy powstaje zrost nie zbyt mocny, co wyklucza cięższe powikłania porodowe.

Wedle kol. Stankiewicza stosowanie tej metody w czynnym okresie życia płciowego kobiety da się usprawiedliwić tylko w przypadkach wyjątkowych. Natomiast w okresie okwitania zwłaszcza przy opadnięciu pochwy i macicy zabieg ten powinien cieszyć się szerszą, niż dotąd popularnością.

W tym okresie autor operował 6 chorych w wyniku dodatnim.

b) Przyszycie macicy do powłok brzusznych kol. Stankiewicz opisuje bez własnych spostrzeżeń, wyróżniając tylko metodę Leopold-Czernego wśród innych. Do stron ujemnych operacji należy przede wszystkim zaliczyć zaburzenia w przebiegu następczym ciąży, porodu. Poronienia zdarzają się w 14—17%. Na 179 porodów tylko w 62% przebieg był prawidłowy (Kleinwächter). Następstwem tej operacji, wprawdzie dość rzadkiem, bywa wewnętrzne uwięzienie.

Wedle kol. Stankiewicza wskazania do tej operacji mogą być tylko wyjątkowe — mianowicie tam, gdzie operacja Wyli'ego nie może być wykonaną z powodu niedorozwoju lub uprzedniego usunięcia węzłów obłych.

Leczenie tyłozgięcia i tyłopochylenia macicy zabiegami niekrwawymi, stawia kol. Stankiewicz na miejscu poślednim. Wianki nie dają się stosować w wielu razach: przy krótkiej tylnej ścianie pochwy, przy krótkiej części pochwowej macicy, przy wiotkości macicy w okolicy ujścia wewnętrznego, przy opadnięciu jajników

o ile one nie unoszą się po odprowadzeniu macicy. Wskazanie— do wianków są ograniczone i z tego powodu, że do takiego leczenia nadają się tylko tyłopochylenia lub tyłozgięcia macicy ruchome pierwotne lub wtórne (t. j. po usunięciu zrostów).

Autor na 109 spostrzeżeń widział tylko 4 razy wyleczenie po usunięciu wianka i w tych razach pomyślny wynik nie trwał dłużej nad kilka tygodni—do 7 $\frac{1}{2}$ miesięcy. Sänger opisuje rezultaty lepsze, bo w 25% wyleczenie zupełne po usunięciu wianka i w 40% wyleczenie względne t. j. utrzymanie przodozgięcia macicy dopóty, dopóki pozostawał wianek, jeszcze szczęśliwszym był Bomly, który na 130 przypadków tyłozgięcia — w 80% cieszył się wynikiem pomyślnym.

Mięsienie wymaga dużej cierpliwości ze strony lekarza i pacjentki a jest przeciwwskazane u osób nerwowych, skłonnych do histeryi.

Rozrywanie zrostów metodą Schultz'ego kol. Stankiewicz uważa za zabieg niechirurgiczny, bo działany na ślepo, co stwierdzają opisane przypadki, przedziurawienia przytem tylnego sklepienia i odbytnicy. Wedle kol. Stankiewicza na skuteczność tej metody liczyć można tylko w przypadkach wyjątkowych, gdzie zrosty dotyczą wyłącznie macicy, podczas gdy przydatki są ruchome, oraz gdy zrosty są świeże.

Kolumnizacya t. j. wypełnienie pochwy wacikami napojonemi gliceryną wpływa skutecznie tylko na wygasanie stanów zapalnych przy tyłozgięciach nieruchomych macicy i może być uważana tylko jako środek pomocniczy.

Streściwszy poglądy krytyczne kol. Stankiewicza, widzimy, że autor biada nad tem, że nasze lecznictwo ginekologiczne stoi dotąd pod godłem zabiegów niekrwawych, w wielu razach z prawdziwą szkodą dla chorych, że uważa leczenie wiankami w większości przypadków za stratę czasu dla lekarza i pacjentki, że pozostawia szerokie pole dla zabiegów chirurgicznych przy tyłozgięciach i tyłopochyleniach macicy, a na pierwszym miejscu stawia skrócenie węzłów obłych przez pochwę.

Pod godłem tej operacyi kol. Stankiewicz wykonywał jednocześnie wszelkie niezbędne operacye, jakie przy coeliotomia vaginalis zrobić można: w owych 23 przypadkach było 10 razy rozerwanie zrostów, 3 razy ignipunctia jajnika, 3 razy salpingotomia, 1 raz wyłuszczenie mięśniaka, 1 raz odpalenie torbieli węzła szerokiego, 1 raz ovariotomia. Operując przy tej metodzie drogą pochwową, autor uskutecznia jednocześnie konieczne operacye plastyczne, w owych 23 przypadkach było 1 raz odcięcie szyi macicznej, 2 razy operacya Emmeta, 7 razy colporaphia antr., 4 razy colpoperineoplastica — zwyczajna i 8 razy perineoplastica — metodami odmiennymi (3 op. Franka, 3 op. Lawsonitait'a, 1 op. Fritsch'a), 1 raz wyłuszczenie torbieli pochwowej; nie zaliczyłem tutaj jeszcze wyłyżeczkowania macicy, które autor zrobił 19 razy, i rozszerzenie ujścia macicznego, które było w 1 przypadku.

W ten sposób operacya skrócenia węzłów obłych przez pochwę staje się bardzo złożoną. Ona posiada tę wielką zaletę, że pozwala

wykonać jednocześnie niezbędne operacje, ale wskutek tych operacji rzekomo dodatkowych staje się operacją dość trudną i sam autor mówi, że tylko operator obyty z techniką pochwową i brzusznią może do niej śmiało przystąpić

Zwracam uwagę na to, że mówiąc o wynikach tej operacji zawsze należy podkreślić jej złożoną naturę. Zgadzałem się zupełnie ze zdaniem autora, że w przypadkach niepowikłanych niekiedy jednorazowe odprowadzenie macicy wystarcza na to, aby ona pozostała w przodozgięciu na stałe, sądzę, że te dodatkowe operacje, jak rozrywanie zrostów, wariotomią wyuszczenie mięśniaka — same mogłyby niekiedy usunąć skrzywienie macicy, a zawsze usuwają znaczną część cierpienia pacjentki. To samo powiedziałbym o drobnych operacjach na macicy i operacjach plastycznych na macicy, pochwie i kroczu, które autor wykonywa jednocześnie, a które same mogą czasami wpłynąć na ustalenie macicy w przodozgięciu (po uprzednim jej odprowadzeniu), a we wszystkich przypadkach utrwalają rezultat operacji głównej, usuwając strony wadliwe, ułatwiające nawroty choroby.

A zatem wyniki operacji, nazwanej „skróceniem więzów obłych przez pochwę“, jako operacji złożonej należy przypisać sumie tych wszystkich operacji, jakie podówczas robimy.

W kwestyi wskazań autor mówi, że skrócenie więzów obłych przez pochwę ma nadzwyczaj obszerny zakres, szczególnie w sferze kobiet pracujących fizycznie, gdzie niemożna zalecić leczenia wiankami, jako kosztownego, wymagającego dużo czasu i niepewnego. Wychoząc z zasady, że każde tyłozgięcie i tyłopochylenie macicy w czynnym okresie życia płciowego kobiety, czy przebiega skrycie, czy wywołuje objawy właściwe, powinno być leczone — otrzymamy olbrzymią masę przypadków, które nadawałoby się do tej operacji.

Jeżeli zaś zaliczamy tę operację do kolistomii, a więc do operacji poważnych i przytem do kolistomii trudniejszych, bo autor mówi, że tylko operator obyty z techniką pochwową i brzusznią może śmiało do niej przystąpić, to w takim razie nie możemy stawić dla niej tak obszernych wskazań.

Wolno nam co prawda otwierać jąmacie brzusznią nawet w celach rozpoznawczych, ale w sprawach bardzo poważnych i groźnych. Tyłopochylenie i tyłozgięcie macicy bardzo rzadko możemy zaliczyć do rzędu chorób bardzo ciężkich i groźnych. Bóle, obfite miesiączkowanie, upławy występujące w rozmaitem natężeniu względnie do stopnia choroby i komplikacji są to dolegliwości, które niezawsze czynią kobiety niezdolnymi lub mniej zdolnymi do pracy nawet w późniejszych okresach choroby. Weźmy jeszcze pod uwagę, że z chwilą nastania climacterii, część tych objawów znika zupełnie i że spotykamy dużo takich chorych, które za lat 2—3 przejdą w ten okres.

Czy więc mamy prawo tym i tamtym, a szczególnie takim, które przy skrzywieniu macicy nie mają żadnych skarg i bólów — zalecać operacją zawsze poważną, a niekiedy dość trudną.

Wskazania różniczkowe dla rozmaitych metod operacyjnego i niekrwawego leczenia skrzywienia macicy wyrobi zapewne w przyszłości statystyka bogatsza aniżeli dotychczasowa.

Kol. Stankiewicz nie postawił tych wskazań, bo dzisiaj nikt zapewne nie mógłby ich jasno sformułować, ale wobec tego nie powinien zbyt ogólnikowo i zbyt gorąco zalecać jedynie metodę operacyjną.

Pamiętajmy o tem, że te operacje są względnie nowe i że nie mamy wyrobionego sądu o trwałości wyników tych operacji. Kol. Stankiewicz uważa za miarodajne prawidło Holbana, że doszczętnie uleczenia skrzywień macicy będzie wówczas, jeśli po upływie roku zakończenia leczenia (operacji, usunięcia wianka i t. p.), nie nastąpi od nowa. Temu warunkowi odpowiada — zpośród operowanych przez autora tylko 8 przypadków, które były badane po roku (7 wyników dodatnich, 1 ujemny) i jest to cyfra zamałą na to, ażeby na niej można było opierać wskazania ogólne.

Leczenie zabiegami niekrwawymi a głównie wiankami, które wedle statystyki Sängera dają w 25% uleczenie doszczętnie a w 40% uleczenie względne, może jeszcze w wielu przypadkach konkurować z leczeniem operacyjnem. Tak np. skrzywienie macicy zależne bardzo często od przykurczeń więzów macicznych natury zapalnej nie raz daje się usunąć leczeniem terapeutycznym (irygacje, okłady, kąpiele i t. d.), mięsieniem i wiankami i wielu razach to leczenie jest właściwsze aniżeli operacyjne.

Kol. Stankiewicz poświęca swą książkę uczestnikom sekcji ginekologicznej IX-go zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie.

Sądzę, że nie tylko uczestnicy, ale wszyscy ginekolodzy polscy powinni być mu wdzięczni za napisaną pracę. Książkę tę czyta się chętnie nie tylko dlatego, że jest to jedna z niewielu monografii, i nie tylko dla tematu, będącego na dobie, ale głównie dlatego, że kol. Stankiewicz przedstawił sprawę leczenia tyłozgięcia macicy wszechstronnie, a nie zarozwlekle, że ilustruje poszczególne metody własnymi operacjami, opisanymi zwięźle i szematycznie i, że pisze stylem potoczystym i — dobrą polszczyzną. *Grzankowski.*

KRONIKA BIEŻĄCA.

— h. — Jak wiadomo, pisma polityczne na całym świecie robią sztuczny przedział pomiędzy działem ściśle redakcyjnym a działem ogłoszeń, pozwalając na pomieszczenie w nim reklam dla ludzi i środków, których popieranie w swych szpaltach uważałyby za uwłaczające swym pojęciom obywatelskości, moralności i najprostszej wreszcie uczciwości. Dotyczy to zwłaszcza reklam różnych cudownych doktorów, znachorów, zalecań przeróżnych środków niezawodnych na jawne i sekretne cierpienia i t. d.

W oczach prostaczków, nieświadomych zasad prowadzenia pism i odnoszących się z jednakowem zaufaniem do całego drukowanego arkusza — reklamy podobne przez samo pomieszczenie ich w najpożytniejszych pismach — zyskują część tej powagi, jaką się cieszy dane pismo.

Na wielokrotnie stawiane zarzuty w tej kwestyi redakcyje zawsze wymawiały się zależnością swą od wydawców, jakby to oświadczenie w istocie przerywało ich solidarność z działem ogłoszeń i zdejmowało z ich osób odpowiedzialność moralną — za możliwe następstwa, wynikające ze świadomego polecenia złego.

Wszakże zawiedziony przez podobne reklamy czytelnik nie będzie winił zecera ani wydawcy, ale cały swój „organ“, w którym przywykł szukać, nieraz wyłącznie, rad i wskazówek w najrozmaitszych zdarzeniach życiowych. To też szanujący się współpracownicy redakcyi powinni przedewszystkiem obruszyć się na pokrywanie ich uczciwem nazwiskiem nieuczciwych obrotów finansowych oraz zmuszanie ich do solidarności w rzeczach moralnie wątpliwych.

W Niemczech, gdzie zaraza reklam z dziedziny partactwa lekarskiego rozpanoszyła się, dzięki tolerancyi dzienników, po za możliwe granice przyzwoitości publicznej, zagrażając wprost sprawie zdrowia całej masy łatwowiernych jednostek, zdaje się, że wybiła godzina opamiętania się.

Zdrowy głos oburzenia na dwulicowość w zapatrywaniach odnośnych w świecie dziennikarskim podniosła „Vorwärts“ niedarmo nosząca hasło postępu.

Pismo to to z całą stanowczością zamknęło *wszystkie* swe szpalty dla ogłoszeń, budzących podejrzenie szarlatanizmu.

Może przykład ten znajdzie powoli naśladowców. A może też naśladowanie organu krańcowego, organu bezwyznaniowców wyda się „niezręcznem“ różnym wydawcom dawnych autoramentów?

— h. — Zapis na 1-szy kurs medycyny w Warszawskim Uniwersytecie w r. b. wykazuje zaledwie 90 studentów. Wogóle zdaje się, że dotychczasowy prąd ku medycynie wśród nowowstępujących ulega znacznemu osłabieniu i to w całej Europie. W Krakowie liczba nowych słuchaczy na wydziale lekarskim jest również bardzo nieznaną. Według „Przeglądu lekarskiego“ (№ 36) obie Wszechnice galicyjskie za 4 lata wykształcą najwyżej 20 lekarzy i, że takich lat nastąpi szereg. W Odesie zapisało się na 1 kurs medycyny 60 słuchaczy, w Kijowie 103.

— h. — Jak donosi „Przegląd lekarski“ wydział krajowy bukowiński czyni starania o zbiorowe ubezpieczenie lekarzy okręgowych na starość, oraz o rentę pensyjną dla ich wdów i sierót. Koszta tego ubezpieczenia ponosiliby w równej mierze ubezpieczeni, wydział krajowy i gminy, wchodzące w skład okręgu sanitarnego. Ze względu na analogię stosunków na Bukowinie i w Galicyi redakcyja „Przeglądu“ wyraża życzenie, aby wydział krajowy galicyjski wziął też pod uwagę tę sprawę w stosunku dla Galicyi. Liczba lekarzy, sądząc z małej frekwencyi wydziałów lekarskich w kraju, może niebawem

stać się niewystarczającą na obsadę sanitarną kraju. Nie poradzi wtedy złemu podniesienie wynagrodzenia. Już dziś, przewidując tę możebność, trzeba jednać sobie kandydatów zarówno przez lepsze uposażenia, niż obecnie, a głównie przez wprowadzenie zasady powszechnego ubezpieczenia na starość i wobec przypadków losowych, co by jedynie mogło skłonić młodzież do studiów lekarskich, które w obecnych warunkach po skończeniu nie dają ani dostatecznej gwarancyi utrzymania, ani żadnej możności zabezpieczenia przyszłości sobie i rodzinie.

— h. — Nadzieje na powiększenie pensyi lekarzy wojskowych, które znalazły podstawę w niedawno postanowionem podniesieniu pensyi oficerów i duchownych służących w wojsku — nie sprawdziły się. Młodszy lekarz pułkowy pozostaje przy 50 rb. miesięcznie, t. j. pensyi jaką pobierają psalmiści (Psałomszczyki), tymczasem ma on oprócz tych odliczeń od służby, którym podlegają oficerowie, jeszcze wydatki ściśle związane z jego powołaniem — jak książki, instrumenta („Wr.“ 36). Najlepiej uposażeni są wojskowi lekarze w Anglii. Drugie miejsce zajmują Niemcy. Tu niema różnicy w stopniu i randze pomiędzy lekarzem wojskowym, a oficerem liniowym, pensye zaś lekarzy są znacznie wyższe, niż odnośnych stopni oficerskich. Wobec ciągle jeszcze niezapełnionych luk w personelu lekarskim w armii niemieckiej, w celu przyciągnięcia i zachęty lekarzy do służby w armii rząd stara się wszelkimi sposobami o podniesienie znaczenia lekarza wojskowego, zarówno pod względem wykształcenia jak i uposażenia. Dla przejścia np. z rangi lekarza sztabowego do stopnia nadlekarza sztabu (Oberstabsarzt) nie wystarcza wysługa lat, ale trzeba odbyć specjalny egzamin z kilku przedmiotów (Chirurgia, Hygiena). Prace naukowe mają duże znaczenie w karierze lekarza wojskowego w Niemczech, to też tak często spotykamy w pismach lekarskich niemieckich artykuły militärrztów, stabsarztów i t. d.

— h. — Redakcyja „Deutsche Medicinische Wochenschrift“, jednego z najlepszych pism niemieckich — wprowadziła od paru lat dział, w którym podaje przegląd artykułów z współczesnej prasy lekarskiej. W ostatnim roku w dziale tym zaczynamy spotykać i przegląd pism lekarskich słowiańskich — np. „Wręcz“, „Przegląd lekarski“.

Z własnego doświadczenia wiemy, boć „Kronika“ przez lat kilka podawała streszczenia z bieżącej literatury polskiej (p. Przegląd prac oryginalnych, pomieszczonych w czasopismach polskich „Kron. Lek.“ lata: 1892, 1893, 1894 ile pracy i energii kosztuje prowadzenie takiego działu, zwłaszcza w ramach szerokich, obejmujących literaturę międzynarodową lekarską. Najważniejszym w każdym razie warunkiem prowadzenia — będzie tu zawsze — możność znalezienia współpracowników obowiązkowych i wytrwałych w spełnieniu podjętego zadania, których dobra wola nie wyczerpuje się po kilkunastu miesiącach.

— h. — Niedawno wyższy sąd Berliński (Kammergericht) wydał następujące orzeczenie, podstawowo ważne, odnośnie wynagrodzenia lekarza. Pewien chory, który leczył się w zakładzie prywatnym

lekarza specjalisty chorób żołądkowych, nie chciał zapłacić honorarium z powodu: że 1) wynagrodzenie jest za wysokie; 2) nie chce zapłacić go wcale ponieważ nie został wyleczony, a nawet choroba jego nie była dobrze rozpoznana. Sąd przyznał lekarzowi żądana sumę w całości. Wprawdzie honorarium było obliczone według *maximum* taksy—ponieważ jednak pacjent nieuczynił żadnych zastrzeżeń, musi się zgodzić na daną wysokość. Co się tyczy wadliwego rozpoznania i leczenia, to lekarz przystępujący do przeprowadzenia kuracji nie jest obowiązany do wyleczenia, a nawet przyniesienia ulgi choremu. Powinien on jedynie leczyć chorego według prawideł sztuki lekarskiej. Oskarżony nie dowiódł, żeby rozpoznanie i leczenie były fałszywe, lekarz niepotrzebuje zaś dowodzić, że postępował prawidłowo. W wielu razach lekarz nie może odpowiadać za swą dyagnozę i nie może być nawet obowiązany do dokładnego jej postawienia. Nie powinien tylko zrobić błędu, którego przy obecnym stanie nauki możnaby uniknąć. Nawet przy najtroskliwszem badaniu uwadze leżącego może zajść fakt, który drugi lekarz zauważy, nie będzie to jednak jeszcze dowodem, aby pierwszy był winien niedbałego badania. („Allg. Med. Cent. Ztg.“, „Wracz“ 36).

— h. — Austriackie ministerium oświaty znosi wszelkie ograniczenia praw kobiet do studyów na wydziałach lekarskich w uniwersytetach i przyznaje im zupełne równouprawnienie z mężczyznami. To samo dotyczy studyów farmaceutycznych, z tem przecież zastrzeżeniem, że samodzielne zarządzanie apteką zależnem będzie od specjalnego pozwolenia ministerium.

— h. — W Berlinie otwartą została pierwsza w Europie katedra cystoskopii na którą mianowany został w stopniu profesora nadzwyczajnego docent dr. Max Nitze, znany specjalista w tym kierunku.

— h. — Panna Dr. v. Posauner, której podanie się na kandydatkę do izby lekarskiej wiedeńskiej nie zostało uwzględnione, podała rekurs do ministra. I tu otrzymała odpowiedź odmowną. Ewentualność wyboru kobiety do izby lekarskiej nie była przewidziana przy ustanowieniu regulaminu izb a zmiana odnośna może nastąpić dopiero na drodze prawodawczej przez odpowiednią zmianę ustawy.

— h. — W Pietermaritzburgu zmarł z zapalenia płuc znakomity irlandzki chirurg prof. dr. W. Stokes, czynny jako konsultant na teatrze wojny.

— h. — „Journal of Laryngology, Rhinology ana Otology“, prosi wszystkich lekarzy zajmujących się chorobami: krtani, nosa i uszów, aby podali mu swe adresy w celu pomieszczenia ich w „International Directory of Laryngologists and Otologists“. — Adres Redakcyi: 129 Shaftesburg Avenue, London. (St. Petersburg. 12 sierpnia).

— h. — Palenie zwłok w Japonii jest w użyciu od tysiąca lat przeszło, w roku 700 naszej ery było spalone — jednym z pierwszych — ciało cesarzowej Dosko. Pierwszy piec publiczny założony

został w r. 1234. W Tokio obecnie istnieją 7 krematoryów; budowa swą przypominają one model europejski Siemens'a, tylko, że do palenia używa się drzewa. Spalenie zupełne następuje w 3 godziny bez śwedu. Około $\frac{2}{3}$ zwłok wszystkich umierających podlega spalaniu. Cena z ceremoniałem około 6 rb. 75 kop., bez ceremoniału 86 kop. („Wręcz.“ 30).

— h. — Urząd policyjny miasta Pragi otrzymał oficjalne zaawizowanie z Ameryki o odbywającej się tam sprzedaży dyplomów lekarskich. Tak np. dyplomy: „Doctor chirurgiae dentariae“ — sprzedaje niejaki dr. C. A. Weil, podający się za dziekana: Cosmopolitan Postgraduate College w Chicago. Posiada on zapewne pozwolenie na założenie szkoły lekarskiej, co w Stan.-Zjedn. A. P. otrzymać może każdy, i to — bez wprowadzenia w życie tego pozwolenia, uważa za wystarczające do wydania dyplomu za dobrą zapłatę. — („Wręcz.“ 35).

— h. — Liczba instytucji pedagogiczno-filantropijnych w Petersburgu ma się zwiększyć jeszcze o jedną, pierwszą w swoim rodzaju, jaka ma niebawem być otwartą w okolicach stolicy. Będzie to ochronka dla dziewcząt sierot po lekarzach imienia d-ra Karola Szyllinga. Oddawna dawał się czuć brak takiej instytucji, wyłącznie przeznaczonej dla wychowania i początkowego kształcenia dzieci sierot, pozostałych bez środków po ojcach-lekarzach. Inicyatywa założenia ochronki należy do wdowy d-ra Szyllinga, zmarłego w Petersburgu w r. 1896.

Ś. p. Karol Szylling, po ukończeniu w r. 1859 wojenno-medycznej akademii w Petersburgu, służył początkowo w Nowgorodzie, a następnie w Petersburgu, gdzie od r. 1882 był nadwornym lekarzem Wielkiego Księcia Michała Mikołajewicza, od roku zaś 1894 pełnił obowiązki głównego lekarza 15-tej dywizji kawalerii.

Ś. p. dr. Szylling był jednym z najbardziej popularnych lekarzy w Petersburgu. Szczególniej był znany wśród biednej klasy ludności stolicy, jako wyjątkowy dobroczyńca. Serdeczny i uczynny człowiek, — zawsze śpieszył z pomocą cierpiącym, nie robiąc różnicy między pacjentem, co mieszka w pałacu i tym, co ma przytułek gdzieś na poddaszu. Chorzy, którzy nie mieli środków opłacać lekarzy, szli w godzinę przyjąć do d-ra Szyllinga, pewni, że tu otrzymają i daremną poradę i nawet lekarstwo.

Jak wielce popularny i ceniony wśród swoich pacjentów był dr. Szylling, można sądzić z tego, iż wkrótce po jego śmierci pacjenci i wielbiciele zmarłego w dowód uznania i wdzięczności, zebrałi z własnej inicyatywy 15,000 rubli i wręczyli je wdowie po ś. p. Sz. na wzniesienie mu grobowca. Znając jednak poglądy nieboszczyka męża, pani Szylling nie zechciała wydać na ten cel tak znacznej sumy; postawiła mężowi grobowiec na koszt własny, a za zgodą ofiarodawców przeznaczyła ów kapitał na założenie ochronki imienia d-ra Karola Szyllinga dla dziewcząt sierot po lekarzach bez różnicy wyznania i narodowości. Z inicyatywy pani Szylling został zorganizowany komitet, który, na mocy zezwolenia ministra spraw wewnętrznych, zbiera środki dla urządzenia ochronki.

Niedawno dla ochronki został nabyty dom w jednej z najlepszych ze względów klimatycznych okolic stolicy „Ozierki“ — w stronie Finlandyi. Oprócz tego komitet posiada obecnie do 5,000 rubli, zebranych drogą składek prywatnych, urządzania koncertów, odczytów i t. p.

Srodki komitetu są jeszcze jednak zbyt szczupłe, aby odrazu można było otworzyć ochronkę na szerszą skalę; to też komitet, zakładając ochronkę dla kilku ledwie pupilek, będzie rozszerzał zakład w miarę zwiększania się funduszków.

Jesteśmy pewni, że fundusze się znajdą i, że nasze społeczeństwo, szczególnie zaś lekarze nie odmówią swego poparcia tej dobrej sprawie.

Bliższych szczegółów o ochronce można się dowiedzieć u pani Szylling (adres: Petersburg, Ozierki, stacya kolei Nadmorskiej, dom ochronki.

H. Karpowicz.

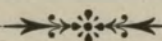
— h. — Komitet zarządzający Kasą pomocy dla osób pracujących na polu naukowym, imienia J. Mianowskiego, podaje do wiadomości, że z zapisu Jakóba Natansona, przyznane zostaną w r. 1901 dwie nagrody pieniężne.

Jedną nagrodą przyznaną będzie za najlepszą pracę z dziedziny nauk ścisłych, (matematyka, nauki przyrodnicze włącznie z biologicznymi) ogłoszoną drukiem w języku polskim w latach: 1897, 1898, 1899, 1900; druga za taką pracę w dziedzinie nauk społecznych, filozoficznych, prawnych lub tym podobnych. Zgodnie z ustawą Kasz Pomocy i stosownie do zastrzeżeń, uczynionych przez zapisodawcę, powyższe nagrody udzielone być mogą jedynie poddanym rosyjskim, mieszkańcom Królestwa Polskiego, w Królestwie urodzonym.

Komitet zarządzający Kasą własnem staraniem usiłował zebrać, dla poddania ocenie prace, ogłoszone drukiem w wymienionym okresie; dla uniknienia jednak możliwych przeoczeń, prosi o składanie prac, o których mowa, w biurze Komitetu lub na ręce jednego z członków Komitetu.

Wiceprezes Komitetu: *R. Dobrski.*

Człon. Komitetu Sekretarz: *Feliks Kucharzewski.*



SPIS RZECZY.

Prace oryginalne.

I. O padaczce. Patogeneza i etiologia — Dr. Ludwik E. Bregman — str. 753.

II. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Patologia i medycyna wewnętrzna.

366. P. Borysoff — Wpływ światła i ciemności na skład krwi — str. 763. 367. Dr. Determann — O ruchomości serca przy zmianach położenia ciała — str. 763. 368. F. Aporti i P. Figaroli — Badania doświadczalne w kwestyi topografii wysięków osierdzia o charakterze ostrym — str. 764. 369. Deschamps — O ostrym zatruciu kałowym — str. 765. 370. A. Doefler — Przyczynę do symptomatologii cierpienia trzustki — str. 766. 371. J. Loew — O krwotokach występujących w końcowym okresie — str. 767. 372. A. Gautier — O lokalizacji, wydzielaniu i pochodzeniu arszeniku w ustroju zwierzęcym — str. 769. 373. R. Beck — O niepewności pod względem sanitarnym spluwaczek napełnionych materiałem suchym — str. 771.

II. Choroby nerwowe.

374. L. Bruns — Obecny stan wiedzy o stosunkach anatomicznych mózdzku do reszty układu nerwowego i znaczenie tych danych anatomicznych dla objawów i rozpoznania chorób mózdzku — str. 771.

III. Choroby dzieci.

375. Ausset — Zapalenie opłucny — str. 776. 376. Marfan — Leczenie gorączki tyfoidalnej u dzieci za pomocą zimnych kąpiei — str. 778. 377. Schwarz — O wysyłaniu dzieci dotkniętych kokluszem — str. 779.

III. Wiadomości pomniejsze (378—384) — str. 780.

IV. Lubelskie Towarzystwo Lekarskie — str. 784.

V. Bibliografia — str. 789.

Kronika bieżąca — str. 794.

Redaktorzy: Dr. Med. Otton Hewelke i Dr. Józef Zawadzki.

Wydawcy: Dr. Med. Otton Hewelke, Dr. Konstanty Sierpiński i Dr. Józef Zawadzki.

Дозволено Цензурою. Варшава, 16 Сентября 1900года.