

MEDYCINA.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

Warunki przedpłaty: w Warszawie rocznie rs. 6, półrocznie rs. 3. Z przesyłką pocztową, rocznie rs. 7, półrocznie rs. 3 kop. 50. **Cena numeru pojedynczego kop. 15.** **Cena ogłoszeń:** Za wiersz jednoszpaltowy drobnem pismem lub za jego miejsce kop. 10. Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracya „Medycyny”. — W Paryżu C. Adam 38 Rue de Valenciennes 38.

Adres Wydawcy: Jasna Nr. 6.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE. Przypadek bezpośredniego zranienia mostu Varola przy nieuszkodzonej czaszce. Podał d-r med. St. Orłowski. — Przyczynek do kazuistyki rzadkich przypadków przepuklin jelita grubego. I. Hernie par glissement. II. Hernia cruralis processus vermicularis. Podał d-r med. Ludwik Krause. (Dokończenie). — **WYKŁADY KLINICZNE.** Pasożyty ziemny. — Z **TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO.** Posiedzenie z dnia 18 czerwca r. b. — III Zjazd przyrodników i lekarzy czeskich. Sprawozdanie z posiedzeń sekcji lekarskiej. — O ruchu chorych w szpitalu miejskim św. Stanisława za czas od 14 czerwca do 14 lipca r. b. — **DROBNIEJSZE WIADOMOŚCI RÓŻNEJ TREŚCI. — WIADOMOŚCI BLEZĄCE. — OGŁOSZENIA.**

„MEDYCINA“

GAZETTE MEDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r St. Orłowski — Un cas de plaie immédiate de la protuberance annulaire du cerveau sans lésion du crane. 2) L. Krause — Contribution à la casuistique des cas rares des hernies du colon.

Redaction: Dr. M. Sadowski, Varsovie — Rue Krak-Przedm. 7.

„MEDYCINA“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r St. Orłowski — Ein Fall von unmittelbarer Verwundung der Varolschen Brücke bei unvorletztem Schädel. 2) D-r L. Krause — Ein Beitrag zur Kasuistik seltener Fälle von Dickdarmhernien.

Redaction: Dr. M. Sadowski, Warschau — etc. Krak-Przedm. 7.

ZE SZPITALA EWANGELICKIEGO W WARSZAWIE.

Przypadek BEZPOŚREDNIEGO ZRANIENIA MOSTU VAROLA przy nieuszkodzonej czaszce *).

Podał

d-r med. Stanisław Orłowski.

Cierpienia ogniskowe mózgowia budzą zawsze w klinicyście pewne zajęcie, stwierdzając tę lub ową część nauki o umiejscowieniu ośrodków w układzie nerwowym, nauki tak wysoce ciekawej, a pod wielu względami niedostatecznie wyjaśnionej. Z omawianego punktu widzenia jeszcze bardziej interesujące są przypadki bezpośredniego zranienia układu nerwowego ośrodkowego, szczególnie w tych miejscach, gdzie na niewielkiej przestrzeni skupione są rozmaite ważne w znaczeniu czynnościowem ośrodki i tory.

*) Chory był przedstawiony na posiedzeniu Warsz. Tow. Lek. 30 kwietnia 1901 r.

Przy pewnych sprzyjających warunkach obraz chorobowy przedstawia się tak czystym, jak gdyby był następstwem doświadczenia fizyologicznego, przytem doświadczenia, wykonanego na ustroju nie zwierzęcym, lecz ludzkim.

Z tego też powodu sędzę, że niżej przytoczone spostrzeżenie, wyjątkowe i niezwykłe pod względem kazuistycznym, może szerszy ogół lekarski zainteresować,

Sz. G. 21 lat mający, mechanik, przyjęty do szpitala Ewangelickiego do oddziału chirurgicznego (D-ra Stankiewicza) dnia 14-ego kwietnia r. b.

Na $\frac{1}{2}$ godziny przed przyjęciem do szpitala pacjent został zraniony w bójce ulicznej. Gdy, uciekając przed napastnikiem, na wpół schyłony, starał się schować za dorożkę, otrzymał cios nożem w okolice karku. Upadł, poczuwszy osłabienie nóg, później stracił przytomność. Pierwszą pomoc podał mu lekarz pogotowia ratunkowego, który, po nałożeniu opatrunku przewiózł pacjenta do szpitala.

W chwili przyjęcia świadomość nieco przyćmiona; chory uskarża się na gwałtowny ból głowy i karku; tętno wolne (66 na minutę), pełne. Po zdjęciu opaski, na karku na wysokości płatka ucha, na 3 ctm w prawo od linii pośrodkowej, okazała się rana cięto-kluta, długości 1,5 ctm., idąca w kierunku ukośnym z góry i zzewnątrz ku dołowi i ku wewnątrz. Na ranę bardzo głęboką nałożono szew.

Przy badaniu dokładniejszym, dokonanem częściowo nazajutrz, częściowo też i później, znaleźliśmy co następuje.

Porażenie prawego n. twarzowego we wszystkich gałęziach: prawa połowa twarzy wyglądzona, usta przeciągnięte w lewą stronę; zmarszczyć czoło, podnieść brwi, zamknąć oka chory nie jest w stanie. Podniebienie miękkie z prawej strony nieco zwisa, języczek zbacza w lewo.

Pobudliwość prawego n. twarzowego na obydwie prądy zniesiona zupełnie, w mięśniach prąd przerywany skurczu nie wywołuje, prąd stały wysokiego natężenia wywołuje w niektórych mięśniach (*mm. zygomatici, m. levator anguli oris*) słaby i opieszawy skurcz (działanie anody przeważa).

Przy wysuwaniu języka koniec jego wydaje się zwróconym w prawą stronę; zboczenie to jednak jest tylko pozorne: złudzenie ustaje, gdy palcem odciągniemy prawy kąt ust w stronę porażenia.

Prawa gałka oczna zwrócona nieco ku linii pośrodkowej; ruch jej ku zewnątrz możliwy, lecz ograniczony; chory uskarża się na dwojenie w oczach. Przy ruchach gałek ocznych bardzo wybitne bieganie ich (*nystagmus*) w kierunku poziomym; od czasu do czasu wiercenie gałek ocznych (*nystagmus rotatorius*).

Żrenice jednakowej wielkości; odruchy ich na światło i nastawienie zachowane.

Mięśnie zwacze sprawne po obu stronach. Na prawej połowie twarzy czucie bólowe i ciepłotne wyraźnie obniżone, szczególnie wybitne jest to upośledzenie w dziedzinie pierwszej (górnjej) gałęzi nerwu trójdzielnego. Znieczulenie prawej łącznicy i rogówki, dotknięcie ich odruchu powiek (mrukania) nie wywołuje.

Na prawe ucho upośledzenie słuchu bardzo znaczne; ani głosu, ani zegarka, przyłożonego do samego ucha, chory nie słyszy zupełnie; dźwięk kamertonu, szczególnie wysokiego, słyszy, lecz o wiele gorzej i krócej, niż z lewej strony.

Przewodnictwo kostne z prawej strony obniżone, jednak w mniejszym stopniu, niż powietrzne.

Chory nie jest w stanie ani siedzieć, ani stać; gdy się go próbuje postawić lub posadzić, pada w prawą stronę.

Ruchy lewych kończyn wszystkie wykonalne w zakresie normalnym, lecz siła ich w porównaniu do prawych znacznie obniżona. Ruchy prawych kończyn, dostateczne co do siły, wykonywane są jednak niezręcznie; jeśli choremu polecić dotknąć końca nosa palcem wskazującym, to zadanie to spełnia on lewą ręką zupełnie dokładnie, prawą zaś trafia najczęściej w policzek; chory nie jest również w stanie zakreslić prawą ręką lub nogą prawidłowego koła; przy jedzeniu posilkuje się lewą ręką. Gdy jednak prawa ręka jest na czem oparta, np. na stole, to ruchy jej stają się prawidłowymi, pisze chory zadawalniająco.

Znaczne obniżenie czucia skórniego na lewych kończynach i lewej połowie tułowia; najbardziej dotknięte jest czucie bólowe i ciepłotne, najmniej dotykowe. Zmysł mięśniowy nienaruszony, zarówno w prawych jak i lewych kończynach.

Odruchy ścięgniste nieco osłabione, szczególnie prawy kolanowy. Skórne prawidłowe.

Przez 12 godzin było zatrzymanie moczu, później czynność pęcherza była prawidłowa.

Przebieg. W stanie chorego przez miesiąc obserwacji szpitalnej nastąpiły zmiany wybitne.

Rana zagoiła się przez rychłozrost bardzo szybko, już po tygodniu chory z niewielką suchą blizną przeniesiony został do oddziału wewnętrznego (d-ra Babińskiego) Zaburzenia ze strony układu nerwowego też w znacznym stopniu ustąpiły.

30-go kwietnia, gdy chory był przedstawiony na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego, mógł on już stać o własnych siłach, a przy pomocy obcej zrobić parę kroków; przy tem widocznem jednak było, jaką trudność sprawiało choremu zachowanie równowagi: ciągnęło go stale wprawo, i przy chodzeniu trzeba go było z tej strony bardzo silnie podtrzymać. Lewe kończyny odzyskały stopniowo swą siłę; upośledzenie czucia skórniego stało się w nich mniej wybitnem, ale było jeszcze wyraźne. Odruchy kolanowe były nawet wzmożone.

Niedowład prawego nerwu odwodzącego wyrównał się; objawy porażenia twarzowego zmniejszyły się w nieznacznym stopniu.

Na prawem oku rozwinęło się zapalenie łącznicy z obfitem ropieniem; wkótce wokół oka wystąpił obrzęk skóry.

Przez następne dwa tygodnie chód chorego stawał się prawidłowszym; czucie skórne na lewej połowie ciała jeszcze się nieco poprawiło, ruchy prawych kończyn stały się zręczniejszymi, tak że chory zaczął przy jedzeniu używać prawej ręki. Zaburzenia ze strony nerwów czaszkowych pozostały już bez zmiany.

Sprawa chorobowa w oku rozwijała się pomimo wszelkich środków coraz dalej, wkrótce przyłączyło się zapalenie ropne rogówki, zmętnienie jej tak znaczne, że na oko to chory przestał widzieć zupełnie.

W takim stanie chory dnia 16-go maja opuścił szpital.

(D. n.).

Przyczynek do kazuistyki rzadkich przypadków przepuklin jelita grubego.

I. *Hernie par glissement.*

II. *Hernia cruralis processus vermicularis.*

Podał

D-r med. Ludwik Krause.

Ordynator oddziału chirurg. w szpit. Starozakonnym w Warszawie.

(Dokończenie—Zob. Nr. 28).

Prócz przypadku, spostrzeganego przez siebie, FRÖLICH w pracy swej zacytował jeszcze 20 przypadków przepukliny jelita grubego *par glissement*, spostrzeganych przez różnych autorów, 10 razy spostrzegano tę postać przepukliny podczas operacji przepukliny uwięzłej, 10 razy przy operacji doszczętniej. Razem więc z przypadkiem FRÖLICH'a i moim spostrzegano ją dotychczas 22 razy z wynikiem następującym: z 10 operowanych wskutek przepukliny uwięzłej zmarło 5, wyzdrowiało 5; dwa razy utworzyła się przetoka kałowa, a dwa razy miało miejsce zapalenie otrzewny. Z 12 przypadków, w których przedsięwzięto operację doszczętną, żaden nie zakończył się śmiercią; w 4 przypadkach utworzyła się przetoka kałowa, która się zagoiła, w dwóch przypadkach kiszki odprowadzić nie można było, w jednym przypadku trzeba było wyciąć jądro i 47 ctm. kiszki, w jednym 49 ctm., a w moim przypadku 40 ctm. kiszki.

Przepukliny jelita grubego przez wślizgnięcie tworzyć się mogą ze strony prawej, i wtedy zawartością przepukliny będzie kiszka ślepa, lub też ze strony lewej, i wtedy zawartością jej będzie zgięcie esowate. Dla utworzenia się takiej przepukliny z tej lub owej strony niezbędnym warunkiem jest, aby prócz innych danych, przy których zwykle przepukliny pachwinowe się tworzą, miały jeszcze miejsce niektóre zboczenia ze strony otrzewny, otaczającej kioskę ślepa lub jelito grube zstępujące. Wiemy, że w największej liczbie przypadków cała kiszka ślepa otoczona bywa otrzewną, w pewnej zaś tylko liczbie przypadków otrzewna obejmuje tylko ścianę przednią i boczne, ściana zaś tylna bezpośrednio przylega do dołu biodrowego. To ostatnie jest niezbędne dla utworzenia się opisanej przepukliny kiszki ślepej.

Co się tyczy jelita grubego, to wiadomo również, że dolna część zgięcia esowatego pozbawiona jest otrzewny w części tylnej i bezpośrednio przylega do tkanek miednicy. Potrzeba tylko, aby większa część kiszki, niż to bywa normalnie, pozbawiona była otrzewny na tylnej powierzchni, aby przepuklina utworzyć się mogła.

W stosunku do worka przepuklinowego jelito grube przyjmuje różne położenie. Może znajdować się w worku przepuklinowym, jeżeli ze wszech stron jelito otoczone jest otrzewną i łączy się z obok leżącymi tkankami za pomocą kiszki lub więzów szerokiego. Jeżeli zaś jelito grube otoczone jest otrzewną tylko ze strony przedniej i z jednej strony bocznej, to leży ono na zewnątrz worka i przylega bezpośrednio do tkanki łącznej pozamosznowej.

Po za kiszka w części pozamosznowej znajdują się naczynia bardzo liczne i duże, służące do odżywiania kiszki. Przecinać te naczynia podczas operacji przepukliny jest rzeczą niebezpieczną, gdyż łatwo nastąpić może zgorzel (drugi przypadek opisany przez FROELICH'a). Istnieje jednak, zdaniem niektórych autorów, poza tkanką łączną, zawierającą naczynia, powierzchnia gładka, dająca się oddzielić od tkanki pozamosznowej, do której przylega, bez przerwania naczyń. W wielu jednak przypadkach podczas operacji doszczętniej przepukliny, tej powierzchni znaleźć nie można było, i wtedy w niektórych razach nastąpiło przedziurawienie kiszki podczas oddzielenia, innym znów razem chirurg zmuszony był przerwać operację (przypadek FROELICH'a) lub kiszka wyciąć, co miało miejsce w spostrzeganym przeze mnie przypadku i w 2-ch przypadkach JULIARD'a²⁾, który zmuszony był w jednym przypadku wyciąć 47 cm., a w drugim 49 cm. kiszki.

W żadnym z dotychczas spostrzeganych przypadków w mowie będącej przepukliny nie zostały rozpoznane przed operacją. Żadnej cechy charakterystycznej dla tej przepukliny nie ma, a zbiór niektórych objawów, przez różnych autorów spostrzeganych, pozwala zaledwie przypuszczalnie rozpoznać ową postać przepukliny. W każdym przypadku istnieje absolutna nieodprowadzalność; przy obmacywaniu wyczuwają się twarde masy, pojedyncze, ruchome, pod palcami czuć jakby tarcie, rodzaj trzeszczenia, jakie się odczuwa przy uciskaniu śniegu, co wskazuje brak w częściach tych otrzewny. Podczas wypróżnienia chory odczuwa targanie, szarpanie w guzie. Często chory miewa zaparcie stolca i niekiedy przymuszony jest guz uciskać palcami, by sobie ułatwić wypróżnienie. Jeden z chorych spostrzeganych przez FROELICH'a zauważył, że rano przed pójściem na stolec guz jest większy, aniżeli po wypróżnieniu. Raz jeden rozpoznanie przypuszczalne stwierdzone zostało przez wlewanie wody do kiszki odchodowej: przepuklina powiększała się znacznie i wyczuć można było przelewanie płynu.

Na zasadzie wszystkich tych objawów trudno, naturalnie rozpoznać przepukliny jelita grubego przez wślizgnięcie, trzeba jednak pamiętać, że przy istnieniu tych objawów można taką przepuklinę napotkać, i że przy operacji doszczętniej mogą zachodzić okoliczności, utrudniające wykonanie operacji i wymagające specjalnego zastanowienia się.

Z punktu widzenia anatomicznego, klinicznego jako też leczenia, FROELICH³⁾ dzieli przepukliny *par glissement* na 3 rodzaje.

Do pierwszego rodzaju należą przypadki lekkie; kiszka gruba w zupełności pokryta jest otrzewną, istnieje przy niej krezka, zawierająca naczynia. W tych przypadkach można zawsze wyciąć worek przepuklinowy prawie w całości, kiszka grubą można odprowadzić do jamy brzusznej bez zranienia ważnych naczyń i otwór przepuklinowy zaszyć.

Do drugiego rodzaju należą przypadki, w których mniej lub więcej szeroka tkanka w formie taśmy, odchodząca od ściany kiszki, znajduje się nazewnątrz worka i przyczepia się do tkanki pozamosznowej. Można w takich razach wyciąć znaczną część worka, kiszka wraz z przyrośniętą do niej częścią worka na tępo można oddzielić i odprowadzić do jamy brzusznej.

Do trzeciego rodzaju należą przypadki, w których znaczna część powierzchni kiszki grubej nie jest pokryta otrzewną, znajduje się po za obrę-

²⁾ JULIARD. *Revue de Chirurgie*. 1895. *Congrès français de Chirurgie*. Str. 918.

³⁾ FROELICH, L. c.

bem worka przepuklinowego i przylega tak mocno do tkanki pozamosznowej, że kiszki bez rozrywania naczyń oddzielić nie można; wtedy najlepiej jest przerwać operację i odprowadzić taką część kiszki, jaką można było oddzielić lub też kiszki wyciąć i oba końce złączyć za pomocą szwu.

W naszym przypadku, jakieśmy wyżej widzieli, mieliśmy wszystkie zmiany, cechujące wyżej opisaną trzecią kategorię: kiszka gruba leżała na zewnątrz worka przepuklinowego, znaczna część była niepokryta otrzewną i mocno przylegała do tkanek pozamosznowych, od których oddzielić ją było bardzo trudno. Ponieważ kiszka podczas oddzielania pękała, wycięliśmy całą pętlę kiszki i oba końce zeszyliśmy. Chorego wprowadziliśmy od przepukliny nie uwolniliśmy, gdyż po kilku miesiącach, jak to mogłem stwierdzić, utworzyła się znów niewielka przepuklina, lecz daliśmy mu możliwość noszenia paska, którego przed operacją z powodu ucisku nosić nie był w stanie.

*

*

*

II. Dnia 27 stycznia 1901 roku sprowadzono do szpitala chorego Sz. P. 55 lat liczącego z przepukliną uwięzłą w okolicy pachwinowej prawej. Pół roku temu chory raptownie poczuł ból w pachwinie prawej; lekarz, do którego się udał o poradę, stwierdził przepuklinę bardzo niewielką i zalecił choremu nosić pasek przepuklinowy. Chory pasek taki nosił, lecz wkrótce go porzucił, ponieważ nic mu już nie dolegało, i żadnego guza już wyczuć nie można było. 10 dni temu przepuklina w temże samem miejscu znowu się pojawiła, lecz dała się z łatwością napowrót do jamy brzusznej odprowadzić. Sześć dni temu nastąpiło znów uwięznięcie przepukliny, której już odprowadzić nie można było. Ból w miejscu przepukliny bardzo był dotkliwy, wystąpiły wymioty często się powtarzające oraz brak wypróżnienia. Natychmiast przedsięwzięte zostały próby odprowadzenia przepukliny, lecz próby te zbyt gwałtowne, sprawiały choremu silne nadzwyczaj bóle, do pożądanego jednak wyniku nie doprowadziły. Przy badaniu chorego po przybyciu do szpitala stwierdzono: brzuch bardzo wzdęty, bolesny; poniżej więzła PoupART'a z prawej strony wyczuwa się guz niewielki, twardy, bardzo bolesny przy dotykaniu. Odgłos opukowy na guzie tępy, skóra niezmiennona, guz nieruchomy. Wypróżnień od 6 dni nie było. Wiatry odchodzą; wymiotów nie było od 3 dni. Stan bezgorączkowy, tętno niezłe rozwinięte, przyspieszone. Stwierdziwszy przepuklinę biodrową, zaleciłem choremu spokój, kąpiel ciepłą. Wskazania do natychmiastowej operacji nie było. Nazajutrz po przybyciu do szpitala, chory miał obfite wypróżnienie i czuje się dobrze. Brzuch miękki, ból w miejscu przepukliny jeszcze większy, niż poprzednio, chębotanie wyraźne, skóra nieco zaczerwieniona i obrzękła, tętno dobrze rozwinięte — 68 na minutę. Język suchy.

Dnia 29 stan bezgorączkowy, tętno dobre — 56. Brzuch miękki, wcale nie bolesny. Skóra na guzie więcej zaczerwieniona i silnie obrzękła, ból przy dotykaniu duży. Język wilgotny.

Ponieważ nie ulegało najmniejszej wątpliwości, że miałem do czynienia z zapaleniem tkanki podskórnej i prawdopodobnie ze zgorzelą tej tkanki i worka przepuklinowego, prócz kiszki, której ze względu na stan ogólny chorego, na obecność wypróżnień mogło w worku już nie być, przystąpiłem tegoż dnia do operacji. Po przecięciu skóry wszystkie tkanki okazały się mocno ropą nacieczonemi, przepuklina znajdowała się poniżej więzła PoupART'a, worek przepuklinowy przeszedł w zgorzel; po przecięciu worka wy-

lewała się duża ilość płynu mętnego, cuchnącego. W worku znajdował się wyrostek robaczkowy, którego dolna część na przestrzeni około 4 ctm. przeszła w zgorzel, powyżej linii demarkacyjnej widać było dalszy ciąg wyrostka niezmiennego. Zgłębnikiem można było obejść cały wyrostek, który przyrośnięty do obwodu nie był. Ponieważ miałem wyraźnie oznaczoną linię demarkacyjną wyrostka w samym kanale biodrowym, wyrostka nie wyciąłem, lecz ograniczyłem się na wycięciu worka przepuklinowego i możliwie wszystkich tkanek zgorzelinowych i wyłożyłem szczelnie całą jamę muślinem jodoformowym.

Przebieg pooperacyjny był prawidłowy. Ciepłota ani razu nie podniosła się wyżej normy, żadnych dolegliwości chory nie doznawał. Rana powoli się oczyszczała od pozostałych tkanek zgorzelinowych. 7-go dnia po operacji utworzyła się przetoka kałowa, z której wyszła glista i nieco płynnego kału. Po 6 dniach przetoka zamknęła się doszczętnie, i odtąd rana goiła się bez żadnych powikłań. Dnia 20 lutego chory wypisany został ze szpitala z małą powierzchowną ranką.

Mieliśmy więc w worku przepuklinowym biodrowym wyrostek robaczkowy, którego duża część przeszła w zgorzel. Do powstania owej zgorzeli przyczyniło się po części uwięźnięcie wyrostka a także prawdopodobnie zbyt gwałtowne próby, przedsięwzięte w celu odprowadzenia przepukliny uwięzłej.

Wyrostek robaczkowy znajduje się dość rzadko sam jeden jako zawartość przepukliny; częściej razem z wyrostkiem znajdujemy w worku przepuklinowym kiszkę ślepą i pętle кишки cienkiej. Tak opisał TACKE⁴⁾ przypadek przepukliny uwięzłej, w którym przy operacji znaleziono prócz wyrostka robaczkowego także kiszkę ślepą. Wyrostek, będący w stanie zapalnym, został wycięty, a kiszkę ślepą odprowadzono. Przytacza on jeszcze 28 przypadków, zebranych z literatury, w których prócz wyrostka znajdowały się w worku i kiszka ślepa i jelita cienkie. Wyrostek był bądź w stanie zapalnym, bądź przedziurawiony, bądź w stanie zgorzelinowym.

Zdaniem TACKE'go, przepukliny wyrostka robaczkowego mogą być wrodzone lub też nabyte. Wrodzone powstawać mogą w ten sposób, że albo w następstwie zapalenia otrzewny u płodu wyrostek zrasta się z jądrem i podczas procesu opuszczania się jądra do moszny razem z nim wychodzi z jamy brzusznej, lub też wyrostek robaczkowy przypadkowym sposobem dostaje się do niezamkniętego wyrostka pochwowego otrzewny. Daleko trudniej sobie objaśnić powstawanie przepuklin nabytych. Niełatwo bowiem sobie wyobrazić, aby taki słaby wyrostek mógł wypuklić otrzewną i wytworzyć przepuklinę, trzeba więc przypuścić, że worek przepuklinowy został poprzednio wytworzony w sposób, w jaki zwykle się tworzy, a wyrostek przy okolicznościach sprzyjających (nisko położona kiszka ślepa, bardzo długi wyrostek) dopiero później się doń dostał.

Rozpoznanie, czy w worku przepuklinowym znajduje się wyrostek robaczkowy, czy też inna jakaś część кишки, jest dość trudne i przed operacją prawie że niemożliwe. Występują tu najrozmaitsze objawy, czasem bardzo burzliwe nawet wtedy, gdy uwięźnięcie sam tylko wyrostek. Jedynie tylko brak wymiotów i obecność wypróżnień w niektórych przypadkach daje do

4) TACKE, Epityphlitis im Bruchsack. Beitr. z klin. Chirurg. 1900.

myślenia, że ma się tu do czynienia nie ze zwykłą przepukliną. W niektórych przypadkach objawy są tak małoznaczne, że o przepuklinie wcale się nie myśli.

Również niemożliwym jest do rozpoznania, czy mamy do czynienia z uwięzieniem wyrostka robaczkowego, czy też z zapaleniem wyrostka w worku przepuklinowym, gdyż objawy, cechujące jedną i drugą formę chorobową, jak wiemy, niewiele się między sobą różnią. Niema to jednak wielkiego znaczenia pod względem leczenia, gdyż w jednym i drugim przypadku jedynie tylko operacja jest wskazana.

Zachodzi jeszcze pytanie, jak należy postępować z wyrostkiem robaczkowym, znajdującym się w worku przepuklinowym. Według BRIEGER'a ⁵⁾ należy wyrostek odprowadzić, jeżeli okazuje się niezniezionym, w razach zaś wątpliwych należy go wyciąć. Jestem jednak zdania, że w każdym razie należy wyrostek robaczkowy wyciąć nawet wtedy, gdyby się napozór okazał zupełnie prawidłowym. Wiemy wszak dobrze, że wyrostek robaczkowy może na pozór nie przedstawiać żadnych zmian, lecz na błonie śluzowej może się znajdować małe owrzodzenie, niczem się nie zdradzające nazewnątrz; taki wyrostek, wprowadzony napowrót do jamy brzusznej, może w przyszłości przy pewnych okolicznościach spowodować ciężkie cierpienie. Wycięcie zaś wyrostka, choćby zdrowego, żadnej szkody choremu nie wyrządzi.

Jeżeli wyrostek przeszedł w zgorzel, i mamy linię demarkacyjną, widoczną jeszcze w samym kanale, jak to miało miejsce w naszym przypadku, najlepiej jest nie wycinać wcale wyrostka, lecz całą jamę wyłożyć muślinem jodoformowym. Tkanki zgorzelinowe wkrótce oddzielają się same, a przetoka kałowa, która się tworzy po oddzieleniu się części zgorzelinowej wyrostka, w krótkim bardzo czasie sama przez się zagaja się. Wszelka manipulacja około takiego wyrostka, leżącego w kanale pachwinowym czy biodrowym, komunikującym się z jamą brzuszną, mogłaby z łatwością przyczynić się do przeniesienia zarazka do jamy brzusznej i wywołać zakażenie ze wszelkimi groźnymi następstwami.

WYKŁADY KLINICZNE.

G. MAURER.

Pasorzyty zimnicy⁶⁾.

Większość badaczy rozróżnia już oddawna rozmaite gatunki pasorzytów zimnicy, gdy ich odkrywca, LAVERAN, dotychczas jeszcze upatruje w nich tylko odmiany jednego pasorzyta. Autor na podstawie bardzo bogatego materiału, spostrzeganego w ciągu wielu lat na Sumatrze (Deli), skłania się do pierwszego zdania. Pasorzyty zimnicze dzielą się na dwie główne grupy: 1) pasorzyty, wytwarzające półksiężyce, 2) nie wytwarzające ich. Do pasorzytów drugiej grupy, lagodnych, należą dwa gatunki: pasorzyt czwartaczkowy, wywołujący gorączkę o typie czwartaczkowym, i pasorzyt trzeciaczkowy, wywołujący typ tej samej nazwy. Wielu autorów i w pierwszej grupie wyodrębnia, idąc za przykładem pisarzy włoskich, kilka podgatunków; tak np. MANNABERG odróżnia tu 3 postaci:

⁵⁾ BRIEGER. Die Hernien des Processus vermiformis. Arch. Lang. 1892. Nr. 45.

⁶⁾ Odczyt wygłoszony w Związku lek. w Monachium.

zabarwionego pasorzyta gorączki codziennej, niezabarwionego pasorzyta gorączki codziennej i złośliwego pasorzyta trzeciackowego. Autor nie mógł przekonać się o konieczności dzielenia pierwszej grupy na podgatunki, skutkiem czego wymienia jednego tylko przedstawiciela tej grupy: pasorzyta złośliwego. Ten właśnie pasorzyt wywołuje we Włoszech zimnicę letnio-jesienną o typie trzeciackowym.

Że panujące w strefach podzwrotnikowych postaci zimnicy są identyczne z formami europejskimi, zostało to już dawno dowiedzione przez różnych badaczy, a ostatnio także przez R. Kocir'a. Wymienione wyżej 3 gatunki pasorzytów zimniczych — czwartackowy, trzeciackowy i złośliwy — są morfologicznie tak charakterystyczne, że z łatwością dają się od siebie odróżnić. Rozwój wszystkich tych pasorzytów odbywa się podług jednakowego wzoru.

Pasorzyty młodociane, skoro tylko stały się wolnymi, przylegają do czerwonych krążków krwi; ich pierwotny kształt kulisty zmienia się na płaski. Możemy wówczas na preparacie barwionym (sposobem ROMANOWSKIEGO) rozróżnić następujące części składowe: część niezabarwioną, jądro, jeden lub 2 intensywnie czerwone punkty, jąderka, oraz cienki na niebiesko zabarwiony pasek, zaródź. Części zabarwione, zaródź i jąderka, otaczają część niezabarwioną, jądro, w postaci pierścienia; stąd nazwa tych pasorzytów młodocianych: postaci pierścieniowe. Po krótkim przebywaniu na powierzchni krążka pasorzyt przenika wгłęb i rozrasta się tu na koszt gospodarza. Początkowo skąpa zaródź szybko rośnie i wkrótce znacznie prześciga jądro co do objętości; przytem jąderko także szybko się rozrasta i wypełnia całe jądro, tak że z części niezabarwionej już nic nie pozostaje. Loszedłszy do pewnego wieku i określonych rozmiarów, jądro dzieli się na kilka części, a za niem dzieli się także zaródź. Powstałe w ten sposób nowe ustroje leżą tuż obok siebie i stanowią t. zw. zarodniki (spory), formy sporulacyjne.

Z substancji czerwonego krążka pasorzyty zimnicze wytwarzają barwnik ciemno-brunatny, ziarnisty, który nagromadzają w swem ciele (zarodzi) i zachowują aż do okresu tworzenia zarodników. Wtedy skupiają się rozsiane dotychczas ziarna barwnikowe w jedną lub kilka głybek, które podczas dzielenia zarodzi zostają wydalone z ciała pasorzyta. Widzimy wówczas barwnik, jako ciemno-brunatną masę zazwyczaj w środku gromady zarodników.

Postać sporulacyjna stanowi najwyższy punkt rozwoju pasorzytów zimniczych. Zarysy czerwonych krążków, wypełnionych zarodnikami, są jeszcze dość wyraźne. Lecz wkrótce następuje chwila, kiedy czerwony krążek pęka, młode pasorzyty oswabadzają się i rzucają na czerwone krążki, w których znów przechodzą opisane już okresy rozwoju. Barwnik, który również uwolnił się przy pękaniu krążków czerwonych, zostaje pochłonięty przez białe ciała krwi. Zarodniki, uwolniwszy się z krążków, krążą we krwi tylko przez czas bardzo krótki, gdyż na barwionych preparatach niezmiernie rzadko udaje się je znaleźć w osoczu.

Uwalnianie się zarodników przejawia się klinicznie w postaci napadów gorączki. Wraz z zarodnikami i barwnikiem uwalniają się zapewne przy pękaniu erytrocytów także inne substancje, jadowite wytwory przemiany materii, które wywołują podniesienie ciepłoty.

Podług powyższego wzoru rozwijają się i rozmnażają we krwi ludzkiej wszystkie gatunki pasorzytów zimniczych. Każdy jednak gatunek okazuje stałe i typowe osobliwości, które przejawiają się najwyraźniej: 1) w zewnętrznym kształcie pasorzytów podczas różnych okresów rozwoju, 2) w czasie trwania tego

rozwoju oraz 3) w działaniu pasorzytów na krążki czerwone. Najmniej różnic okazują formy młodociane, pierścieniowe, tak, że nawet najdoświadczeńszy badacz nie jest w stanie z ich zewnętrznego wyglądu wyciągnąć wniosków o przynależności ich do tego lub owego gatunku pasorzytów; przy rozpoznawaniu różniczkowym kierować się należy lepiej zróżnicowanymi postaciami starszemi, które prawie zawsze znajdują się we krwi obok postaci młodych.

Pasorzyty czwartaczkowe rosną powolnie, a ruchy ich we krwi żywej są opieszale. Barwnik, przez nie wytwarzany, jest gruboziarnisty. Osiągnąwszy rozmiary umiarkowane, pasorzyty te leżą często w postaci taśmy, poprzecznie przeciągniętej przez krążek czerwony. Rozwój ich trwa 3 dni. Pasorzyt ten wytwarza od 6 do 12 stosunkowo dużych zarodników. Jeśli we krwi znajduje się tylko jedno pokolenie, to co 4-ty dzień występuje gorączka. Krążek czerwony pozostaje przez cały czas rozwoju pasorzytów zupełnie niezmieniony.

Pasorzyt trzeciaczkowy odznacza się wielką ruchliwością, co wyraża się na preparatach barwionych często w bardzo dziwnym ukształtowaniu się zarodki. Barwnik jego jest drobnoziarnisty. Rozwój trwa dwa dni, skutkiem czego napady gorączki zjawiają się co trzeci dzień, jeśli we krwi krąży nie więcej, niż jedno pokolenie. Wytwarza od 15 do 20 zarodników. Oddziaływanie tego pasorzyta na napastowany krążek czerwony jest swoiste: w miarę wzrostu pasorzyta krążek czerwony powiększa się, blednieje i okazuje, przy zabarwieniu metodą SCHUFFNER'a lub ROMANOWSKIEGO, dużą liczbę drobnych czerwonych punkcików, opisanych po raz pierwszy przez SCHUFFNER'a pod nazwą „Tüpfel“ („centki“). Im większy staje się pasorzyt, tem większe rozmiary przybierają te centki, skutkiem czego czerwony krążek staje się wielce podobny do komórki eozynochłonnej. Po opuszczeniu czerwonego krążka przez zarodniki pozostaje pusty czerwono-centkowany woreczek, który często daje się spostrzegać na preparatach.

Pasorzyt złośliwy spotyka się we krwi obwodowej zazwyczaj tylko w postaci pierścieniowej. Formy młodociane powiększają się w naczyniach obwodowych w dwójnasób, tak że mogą tu osiągnąć $\frac{1}{4}$ — $\frac{3}{8}$ części średnicy krążka czerwonego. Zajęte przez pasorzyty krążki czerwone mało zmieniają się, stając się z lekka centkowanymi. Osiągnąwszy pewnych rozmiarów, znikają ze krwi obwodowej i dalszy rozwój odbywają w narządach ośrodkowych: śledzionie, szpiku kostnym, mózgu. Gdy jednak krew zawiera znaczną ilość pasorzytów, to występują postaci starsze i formy sporulacyjne także we krwi obwodowej. W postaciach zarodnikowych niepowiększony czerwony krążek krwi jest wypełniony całkowicie lub częściowo zarodnikami, grupującymi się naokoło środkowej skibki barwnika. Pasorzyt złośliwy kończy swój rozwój w dwa dni, wywołując napady gorączki o typie trzeciaczkowym.

Jakkolwiek pasorzyt ten rozmnaża się głównie w narządach wewnętrznych, to jednak udaje się zawsze we krwi obwodowej spostrzegać mniejsze postaci, nawet podczas gorączki. Zależy to od tego, że nie wszystkie osobniki jednocześnie wchodzą w okres sporulacji, tak że w naczyniach obwodowych zawsze napotykamy pasorzyty, które albo jeszcze nie zdążyły przejść do narządów wewnętrznych, albo dopiero się stamtąd uwolniły. Tak samo z pasorzytami czwartaczkowymi i trzeciaczkowymi: nigdy przy nich nie spotykamy osobników jednego wieku, lecz obok młodszych spotykamy także formy starsze o 6 i więcej godzin, które dają nam możliwość rozpoznania odnośnego gatunku.

Główna cecha pasorzytów złośliwych polega, jak się rzekło, na wytwarzaniu półksiężyców. Jeśli we krwi znajdujemy chociażby jeden półksiężyc, to najzupełniej uprawnieni jesteśmy do rozpoznania zimnicy złośliwej. Na mocy swego

doświadczenia wyraża autor przekonanie, że w początkowych okresach zimnicy złośliwej zawsze brak półksiężyców. Występują one: 1) gdy zakażenie trwało już przez pewien czas; 2) gdy chory przyjmuje chininę, szczególnie zaś, gdy przyjmuje ją w czasie niewłaściwym. Fakty te autor stale stwierdzał w swoich przypadkach. Półksiężyce mogą przez długi czas krążyć w stanie niezmiennym we krwi i przy nastąpieniu warunków przyjaźniejszych rozwijać się dalej i wytwarzać zarodniki. Chinina zabija, jak to wiadomo, tylko postaci młodociane pasorzytów, póki te przylegają tylko do krążków czerwonych. Gdy pasorzyty przenikły już do wnętrza krążków, natenczas są one już odgraniczone od zawierającego chininę osocza, nie są zatem już dostępne działaniu tego środka. Należy tedy przy leczeniu zimnicy złośliwej starać się o to, ażeby natrafić na odpowiednią chwilę, t. j. ażeby w czasie wytwarzania zarodników chinina była obecna we krwi. Jeśli spóźnimy się z tym lekiem, to cały szereg pasorzytów przybiera kształt półksiężyców zupełnie niedostępnych działaniu chininy, miast rozwinąć się dalej do form sporulacyjnych. Póki półksiężyce krążą we krwi, chory ciągle jest wystawiony na nowe napady gorączki, gdyż półksiężyce czekają tylko na chwilę, sprzyjającą ich dalszemu rozwojowi, prowadzącemu do wytwarzania zarodników. Przyspieszająco na tę sprawę działają gorące kąpiele, kuracya karlsbadzka oraz wysiłki cielesne.

Z uwolnieniem się młodego pokolenia powstają, naturalnie, nowe napady gorączki, która odznacza się zupełną nieprawidłowością.

Półksiężyce posiadają na preparatach, zabarwionych podług metody ROMANOWSKIEGO, czerwone, ziarniste lub włókniste jądro, które leży zazwyczaj w środku ciała pasorzyta i otoczone jest grubymi ziarnami barwnika. Często zawierają 2, a nawet 3 jądra. Przez długi czas uważano półksiężyce za twory, pozbawione jądra, za pasorzyty jałowe, zwyrodniałe, które stawiano w tym samym rzędzie, co bezjądrowe postaci pasorzytów czwartaczkowych i trzeciaczkowych, które tak często dają się spostrzegać. Pochodziło to ztąd, że jądra półksiężyców bardzo trudno się barwią i tylko przy użyciu intensywnego barwienia ROMANOWSKIEGO udaje się je uwydatnić. Nadmienić jednak należy, że, podobnie jak między pasorzytami czwartaczkowymi i trzeciaczkowymi, zdarzają się i między półksiężycami formy bezjądrowe, niezdolne do dalszego rozwoju.

Przy określonych postaciach wszystkich 3 gatunków pasorzytów widać niekiedy na preparacie ze krwi w kilka minut po uktuciu t. zw. ciała z biczykami. Ciała te grają wielką rolę w rozwoju pasorzytów nazewnątrz ciała ludzkiego. Nowsze poszukiwania wykazały, co następuje. Moskity wysysają z ciała chorych na zimnicę wraz ze krwią także pasorzyty. Te w żołądku jednych gatunków moskitów giną, u innych zaś (*Anopheles*) znajdują warunki, sprzyjające dalszemu ich rozmnażaniu, przyczem ciała z biczykami pełnią funkcje plemników. Młode zarodki nagromadzają się w jadonośnych gruczołach moskitów i zostają zaszczeplone człowiekowi przy ukąszeniu.

Najwydatniejszym przejawem klinicznym zakażenia zimniczego jest gorączka, której występowanie zbiega się w czasie z wytwarzaniem zarodników (*sporulation*). Jeśli we krwi znajduje się kilka pokoleń pasorzytów, co zdarza się często, a w zimnicy złośliwej jest nawet prawideł, to każde z nich przy sporulacji wywołuje napad gorączki, skoro tylko liczy dostateczną liczbę przedstawicieli. Skutkiem tego powstawać mogą rozmaite typy, prawidłowe i nieprawidłowe, gorączki. Tak np. *febris intermittens quotidiana* powstać może zarówno przy obecności we krwi 3 pokoleń pasorzytów czwartaczkowych, z których jedno starsze jest

od drugiego o 24 godz., jak i przy 2 różniących się od siebie o dobę pokoleniach pasorzytów trzeciaczkowych lub złośliwych. A więc charakterystykę zimnicy stanowi nie typ gorączki, lecz gatunek pasorzyta.

Zakażeniem zimniczem mieszanem nazywamy takie, w którym kilka gatunków pasorzyta krąży we krwi. Zakażenia mieszane nie są rzadkie. Najczęściej pasorzyty *quartanicus* przylączają się do pasorzytów *tertianus*, rzadziej już jeden z tych gatunków do pasorzyta zimnicy złośliwej.

Z pomiędzy objawów klinicznych autor omawia dwa: zachowanie się śledziony i śpiączkę (*coma*). Obrzmienie śledziony jest prawie stałym objawem zimnicy. Gdy w zimnicy złośliwej obrzmienie śledziony jest często bardzo nieznaczne lub nawet wcale nie występuje, osiąga ono w zimnicy trzeciaczkowej w krótkim czasie znacznych rozmiarów. Być może, pasorzyt ten oddziaływa na miąższ śledziony w podobny sposób, jak na krążek czerwony krwi, t. j. wywołuje rozrost (*hyperplasia*). Drugi objaw, śpiączka, dość często występuje w zimnicy złośliwej (*malaria comatosa*). Zdaniem autora, objaw ten zależny jest od zatkania naczyń włosowatych mózgu formami sporulacyjnymi. Na poparcie swego poglądu autor przytacza odpowiednie preparaty.

Rozpoznanie pasorzytów zimniczych i odróżnienie poszczególnych gatunków na barwionych preparatach jest dość łatwe. Pasorzyta czwartaczkowego rozpoznajemy wówczas, gdy obok postaci pierścieniowych lub bez nich znajdujemy większe postaci pasorzytów, które pozostawiły krążek czerwony zupełnie niezmiennym.

Pasorzyta trzeciaczkowego przyjmujemy przy stwierdzeniu centkowatości krążków. Wreszcie, gdy na preparacie widzimy same pierścienie, to mamy prawdopodobnie do czynienia z pasorzytem złośliwym; prawdopodobieństwo to przechodzi w pewność, gdy uda się nam znaleźć półksiężyc lub gdy w 6 godzin po pierwszym badaniu znajdziemy we krwi znów same pierścienie.

Badanie świeżej krwi daje pewne wyniki tylko w rękach doświadczonych. Nie wystarcza ono do rozpoznania gatunku pasorzyta i posiada nadto wiele stron ujemnych, jak np. trudność odszukania pasorzytów, gdy te znajdują się we krwi w małej ilości, większą łatwość popelnienia błędu w rozpoznaniu, pomijając już okoliczność, że chorego trzeba zawsze mieć w bliskości.

Wszystkim wymaganiom zadość czyni jedynie badanie zabarwionych suchych preparatów. Z pomiędzy wielu metod barwienia autor opisuje dwie: SCHÜFFNER'a i ROMANOWSKIEGO. SCHÜFFNER wyciąga z preparatu wysuszonego na powietrzu barwnik krwi za pomocą wody studziennej, poddaje stwardnieniu w formalinie i barwi hematoksyliną. Odbywa się to w porządku następującym:

- 1) Przygotowanie cienkiej warstwy krwi na szkiełku przedmiotowym.
- 2) Suszenie na powietrzu w miejscu ciemnym przez 6—30 godz., albo ostrożne i powolne ogrzewanie wysuszonego preparatu nad płomieniem.
- 3) Włożenie szkiełka przedmiotowego z preparatem, obróconym ku dołowi, do płaskiego naczynia z wodą, zawierającą 1% formaliny i 5% gliceryny; jeden brzeg szkiełka spoczywa na brzegu naczynia; w tym płynie preparat zostaje przez 5—10 min.
- 4) Ostrożne włożenie do wody studziennej na $\frac{1}{4}$ —1 min.
- 5) Barwienie hematoksyliną, stosownie do jej siły, przez 1—10 min.
- 6) Odwodnienie.
- 7) Osuszenie, balsam kanadyjski.

Metoda ta jest bardzo prosta i daje bardzo ładne obrazy, posiada jednak tę wadę, że nie barwi jąder starszych pasorzytów. Do tego ostatniego celu dosko-

nale nadaje się metoda barwienia ROMANOWSKIEGO. Autor szczegółowo opisuje swoją modyfikację tej metody.

Przeciw wszystkim postaciom zimnicy najlepszym lekiem jest chinina, a z rozmaitych przetworów tej ostatniej — *chininum murialeum*. Podajemy chininę tak, ażeby obecna była we krwi w czasie tworzenia zarodników, gdyż chinina zabija tylko młode osobniki. W zimnicy złośliwej mogą już obok młodych osobników istnieć półksiężyce, albo te powstają dopiero pod wpływem chininy ze starszych postaci. Wówczas musimy trzymać chorego pod ciągłą kontrolą i postępować rozmaicie, stosownie do wyników badania krwi: dopóki we krwi znajdują się półksiężyce, nie stosujemy chininy, z chwilą jednak pojawienia się postaci młodych, podajemy ten lek. Jeśli codzienne badanie chorego jest niemożliwe, to autor radzi podawać choremu co 3 dni lub dwa razy na tydzień 1 gm. chininy zrana, gdyż napady zjawiają się zazwyczaj w południe.

U dzieci zamiast bardzo gorzkiej chininy stosować można mniej gorzką i również dobrze działającą euchinę albo też *chininum murialeum* w tabletkach à 0,5. Najlepszy jednak sposób stosowania chininy polega na wstrzykiwaniu wewnątrzmięśniowem np. w okolicy pośladków; wstrzykiwania podskórnego autor unika, gdyż często przytem widywał zgorzel nawet przy zupełnie bezgnilnem postępowaniu. Płyn do iniekcji składa się z równych części wody przekroplonej i gliceryny, w których chininy rozpuszcza się tyle, ażeby z ctm. sz. mieszaniny zawierały 1 gm. chininy. Wstrzykiwania są zupełnie bezbolesne i nie wywołują żadnych guzów na miejscu zastrzyknięcia. Wstrzykiwania do mięśni robi się w samym początku napadu, a więc wówczas, gdy we krwi znajdują się postaci sporulacyjne i bardzo młode pierścienie. Przy stosowaniu wewnętrznem chinina winna być podawana na 3—5 godz. przed spodziewanym napadem. Największa dawka, jaką autor stosował, nie przekraczała 2 grm. *pro die*. Podawał zwykle 1 gm. zrana i 1 gm. wieczorem, bardzo rzadko 2 grm. w ciągu 2 godz. Za pomocą tych dawek udawało się autorowi zwalczyć najcięższe zakażenia z najgroźniejszymi objawami.

Żaden z zaleconych w ostatnich czasach środków nie może wytrzymać konkurencji z chininą.

Niema zimnicy bez pasorzytów we krwi. Gdzie kilkakrotne badanie krwi obwodowej dało wynik ujemny, tam najczęściej można wyłączyć zakażenie zimnicze. Przekłucie śledziony w celach rozpoznawczych jest połączone z niebezpieczeństwem i winno być zupełnie zarzucone.

Starą nomenklaturę rozmaitych postaci zimnicy należy zupełnie wykreślić z podręczników i rozpoznawać tylko, stosownie do znalezionych przy badaniu krwi pasorzytów, *malariae quartanae, tertiana, perniciosae* oraz postaci mieszane. (München. medic. Woch. Nr. 9, 1901). Pechkranc.

Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Póśiedzenie z dnia 18 czerwea r. b.

PREZÓ: 1) A. KOZERSKI — przedstawienie chorego z wilkiem, leczonym pomyslnie za pomocą kwasu arsenawego. 2) W. SZTEYNER — przedstawienie chorego po wycięciu i zeszyciu kolistem okrężnicy zstępującej. 3) L. BREGMAN — przedstawienie dwóch chorych z zajęciem stożka rdzeniowego, jednego chorego ze stwardnieniem wielogniskowem o ciekawej etiologii i jednego z nietypową postacią dystrophiae musculorum progressivae. 4) St. KOCZYŃSKI — przedstawienie chorego z wyłowem krwi do stożka rdzeniowego i do kanału kręgowego z nieksem ogona końskiego (haematomyelia con medullaris et compressio caudae equinae). 5) J. PIETZ — „Przyczynek do badań nad szlakami óśrodkowymi nerwów obwodowych“.

1) Kol. KOZERSKI przedstawił męczyznę lat 37, u którego w lutym r. b. K. stwierdził na zewnętrznej powierzchni prawego skrzydła nosa nowotwór wielkości dużego bobu o wybijających niepodminowanych twardych brzegach i zapadłem, owrzodzonem, strupami pokrytem dnem. Skóra dolnej prawej połowy nosa przekrwiona, nacieczona, usiana prosówkowatymi, czerwonymi guzikami, tu i ówdzie owrzodzonymi. K. rozpoznał raka w wilku i całą chorą powierzchnię smarował 2—3 razy tygodniowo zawiesiną kwasu arsenawego w 50% spirytusie. Wkrótce nowotwór przemienił się w suchy strup, który odpadł po tygodniu. Owrzodzone guziki wilka zablizniły się i pozostało tylko bladorożowe zabarwienie skóry. Nowotwór z badań kol. DANCOWSKIEGO okazał się czystym wilkiem. K. zaleca wobec tego wypróbowanie w podobnych przypadkach kwasu arsenawego.

2) Kol. SZTEYNER przedstawił chłopca 15-letniego, wyleczonego po wycięciu i zeszyciu kolistem okrężnicy zstępującej. Chory ten uległ wypadkowi zgniecenia w maszynie bocznej części brzucha i przybył do oddziału S. z powiniący w parę tygodni po wypadku bardzo wycieńczony, gorączkujący, z odbytem nieprawidłowym w okolicy lędźwiowej i zatokami ropnemi. Potwierzano najpierw zatoki, znaleziono obnażenie kości biodrowej, wyrostków poprzecznych i kręgow lędźwiowych, nadto stwierdzono, że odbyt nieprawidłowy prowadzi do okrężnicy zstępującej. Kiedy zatoki się pogoiły, stan ogólny się poprawił, S. przystąpił do laparotomii z przodu i z boku, wspiął koniec okrężnicy i zeszył kolisto. Zagojenie pomimo trudności operacji nastąpiło bez powikłań.

2) Kol. BREGMAN przedstawił czterech chorych.

a) Pierwszy chory przedstawiał typowy przypadek *haematomyelie con terminalis*. Chory przed 6 miesiącami spadł z wysokości 5 łokci na pośladki. Natychmiast wystąpiło porażenie zupełne kończyn dolnych ruchowe i czuciowe, zatrzymanie moczu i kału. Bólów nie było. W chwili obecnej: porażenie zginaczy i rozginaczy palców; mięśnie piszczelowe działają niezłe. Prawa kończyna bardziej porażona, niż lewa. Zaburzenia czucia na pośladkach, na tylnej powierzchni uda, na zewnętrznej stronie stopy i podeszwy, w części rozszczepienie czucia. Niemożność zatrzymania moczu i kału. Brak odruchów ze ścięgien ACHILLEŚA i podeszwowych, lekkie wzmoczenie kolanowych, przyczem lewy żywszy od prawego. Parestezye w okolicy odbytnicy. W mięśniach porażonych odczyn zwyrodnienia. *Potentia virilis* zachowana, ale *ejaculatio* słabe. Rozpoznanie wylewu krwi do rdzenia do dolnego jego odcinka nie ulega wątpliwości. Na uwagę zasługuje lekko wyrażony typ porażenia BROWN-SEQUARD'A.

b) Drugi chory przedstawia porażenie ruchowe również głównie mięśni poruszających palce i zginających stopy. Na lewej stronie bezwład zupełny i odczyn zwyrodnienia, na prawej tylko niedowład. Zaburzenia czuciowe, jak w pierwszym przypadku. Parestezye w okolicy odbytu dość silne. Niemożność zatrzy-

mania moczu i kału. Brak odruchów ze ścięgien ACHILLES'a, brak odruchów podszwowych (prawy bardzo słaby), wzmoczenie odruchów kolanowych. Chory przed dwoma laty spadł z bryczki i zwichnął sobie lewe udo. Objawy obecne wystąpiły dopiero po roku. Biorąc pod uwagę znaczną asymetrię porażenia, brak rozszczepienia czucia, silniejsze, niż w 1-szym przypadku parestezye w okolicy odbytnicy, B. przypuszcza cierpienie ogona końskiego na tle prawdopodobnie gruźliczem.

e) Przypadek trzeci przedstawia stwardnienie wieloogniskowe u 24-letniego mężczyzny, ciekawe ze względu na etiologię. Chory, będąc na Kaukazie, wielokrotnie zapadał na zimnicę. Objawy nerwowe wystąpiły przed dwoma miesiącami, a mianowicie: zawroty głowy, drżenie zamiarowe rąk i nóg, głowy, drżenie gałek ocznych, wzmoczenie odruchów ścięgnistych, chód chwiejny. Zdaniem mówcy, związek cierpienia z malaryą nie ulega tu wątpliwości.

d) Przypadek czwarty dotyczył 33-letniego mężczyzny z porażeniami i przykurczeniami kończyn dolnych i silnym szczękociskiem. Chory zaczął chodzić dopiero w 8 roku życia, „bujając się“, później około 18 roku nogi osłabły, rozwinęły się przykurczenia kolan i bioder. Od pół roku szczękocisk. Mięśnie kończyn dolnych oddziałują dobrze na prąd elektryczny, odruchy kolanowe zachowane, na kończynach górnych silnie wzmoczone. Zdaniem mówcy, jest to przypadek postępującego zwyrodnienia układu mięśniowego lub nerwowego z wielką skłonnością do przykurczeń; być może, jest to niezwykła postać t. zw. *dystrophiae muscularum progressive*.

4) Kol. Korczyński Stanisław przedstawił chorego z wylewem krwi do stożka rdzeniowego (*haemorrhagia coni medullaris*) i do kanału kręgowego z uciskiem ogona końskiego (*compressio caudae equinae*), z uciskiem rdzenia (*compressio medullae spinalis*) i zajęciem nerwów obwodowych (*neuritis traumatica*).

Chory Franc. J. lat 22, robotnik fabryczny, przechodząc przez most praski, został przetrzucony przez baryerę i wpadł do Wisły na piasek. Rybak zawiózł go na brzeg, a Pogotowie do szpitala św. Rocha. Od chwili upadku chory poczuł silny ból i drętwienie w okolicy odbytnicy, nogami nie mógł zupełnie poruszać, moczu nie mógł dowolnie oddawać przez dwa tygodnie, stolca nie oddawał przez dni 10. Chory przez 6 tygodni leżał w gorsecie, stan jego się poprawił znacznie. W grudniu chory przybył do kliniki chorób nerwowych w szpitalu św. Ducha, skarżąc się na utrudniony chód i na drętwienie w okolicy odbytu.

Przy badaniu przedmiotowym znaleziono zwichnięcie (złamanie?) dolnych kręgów grzbietowych, pewne zniekształcenia kości krzyżowej i ogonowej, porażenie niemal zupełne zginaczy i rozginaczy stopy z wyjątkiem dobrze działających mięśni piszczelowych z odczynem zwyrodnienia w porażonych mięśniach, znieczulenie zupełne na mosznie, prąciu, międzykroczu, pośladkach, tylnych częściach uda i goleni, na piętach i zewnętrznych powierzchniach stóp. Objaw LASSEGUE'a. Odruchy kolanowe żywe, ze ścięgien ACHILLES'a brak, z cremaster i podszwowe bardzo słabe. Przez długi czas brak było erekcyi i ejakulacyi. Obecnie po 5 miesiącach obserwacyi siła mięśniowa na nogach się nieco poprawiła, zaburzenia czucia po dawnemu *).

Na mocy wymienionych objawów, mówca przyjmuje porażenie stożka rdzeniowego, górnych odcinków krzyżowych i piątego odcinka lędźwiowego. W czwartym odcinku lędźwiowym leżą grupy komórek, unerwiających mięśnie piszczelowe, w danym przypadku nietknięte. Z drugiej znów strony bóle silne

*) Oprócz tego chory ma mydriasis saltans po lewej stronie; lewa źrenica bywa co pewien czas bez widocznej przyczyny 1½ raza szersza, niż prawa, niekiedy znów staje się nieco mniejsza

w okolicy odbytnicy i w kierunku nerwów kulszowych zwłaszcza wskazują ucisk ogona końskiego. Dalej wzmożone odruchy kolanowe i opisane wyżej zniekształcenie kręgosłupa wskazują ucisk rdzenia. Objaw LASQUE'a (bolesność nerwów kulszowych przy zgięciu w biodrze wyprostowanej nogi), bolesność pni nerwowych wskazują zajęcie urazowe nerwów obwodowych. Objasnienia swe mówca ilustrował rysunkami szematycznymi dolnych części rdzenia, zdjętymi podług GOWERS'a i RAYMOND'a.

5) Kol. PILTZ wygłosił rzecz p. t. „Przyczynek do badań nad szlakami ośrodkowymi nerwów okoruchowych“ i przedstawił szereg rysunków odpowiednich. Pracę swą mówca rozpoczął w Zurychu w r. 1898. Wycinał on te miejsca kory mózgowej, których podrażnienie wywołuje ruchy oczu, i otrzymywał zwyrodnienia wtórne. Wyniki badań swych mówca streszcza w następujących słowach.

I) Po wycięciu czołowego ośrodka okoruchowego, zwyrodnienia wtórne spotykamy w zwojach sąsiednich, w spoidle wielkim, w torebce wewnętrznej, w *lamina medullaris nuclei lenticularis*, *stratum intermedium* i w wewnętrznej grzbietowej połowie *pedis pedunculi*. W przecięciach, idących przez przednie wzgórki czworacze, na wysokości jąder 3 pary, widać włókna zwyrodniałe, wychodzące ze stopy nóżki mózgowej. Przeszedłszy przez czarną istotę SOEMERING'a, włókna te idą w kierunku jąder nerwów okoruchowych. Czarne punkciki widać było i w *fasciculus longitudinalis posterior*.

II. Po wycięciu dość znacznej części pola F razem z ośrodkiem ciemieniowym, włókna zwyrodniałe spotyka się w zwojach sąsiednich, w *cingulum*, w spoidle wielkim, w torebce wewnętrznej, w *corpus Luys'i*, w polu H. FOREL'a i wreszcie w stopie nóżki mózgowej, w zewnętrznej jego połowie. Na przecięciach przez przednie wzgórki czworacze widać, jak włókna zwyrodniałe pod postacią czarnych sznurków, składających się z szeregu czarnych punkcików, opuszczają stopę nóżki mózgowej, dążąc do zewnętrznej strony wzgórków czworaczych. Główna ich część biegnie do głębokiej warstwy istoty białej.

Na preparatach swych mówca przekonał się, że po ekstyrpacji kory w zrazie ciemieniowym na przecięciach przez tylną część przednich wzgórków czworaczych widać, jak zwyrodniałe włókna wychodzą ze stopy nóżki mózgowej, otaczają jego część boczną i w dalszym przebiegu przecinają najpierw istotę szarą, leżącą pomiędzy *ruban de Reil median* i tylnem ramieniem, a także pomiędzy *tegumentum pedunculi* i wewnętrznym ciałem kolankowatym. Jest to właśnie *pes lemniscus profundus* DEJERINE'a. W końcu mówca zaznacza, że doświadczenia podobne robili w r. 1899 SILEX w Berlinie i GERWER w klinice prof. BECHTEREW'a w Petersburgu.

W dyskusyi kol. FLATAU zapytuje prelegenta, czy włókna, idące od ośrodka czołowego, mógł prześledzić do jądra nerwu blokowego, i czy włókna, biegnące od ośrodka tylnego, szły tylko do *substentia gelatinosa*, otaczającej wodociąg mózgu, czy też do ośrodków nerwu okoruchowego. Dalej zaznacza, że było rzeczą bardzo ważną określić stosunek anatomiczny, zachodzący pomiędzy odciwkami komórek różnych grup jąder nerwów okoruchowych i ośrodkami korowymi.

Kol. FLATAUOWI mówca odpowiada, iż zwyrodnienia, idącego od ośrodka czołowego wprost do jądra nerwu blokowego pod postacią włókien, nie widział; włókien zwyrodniałych, idących od ośrodka ciemieniowego przez *commissura posterior* bezpośrednio do jąder nerwów okoruchowych, też nie widział.

Kol. Wł. JANOWSKI zapytuje, dlaczego prelegent używał w swym odczycie stałe wyrażenia „centr nerwu okoruchowego“ zamiast „centry“. Wiadomo

wszak, że chodzi tu o 7 grup komórek fizyologicznie różnych. J. zapytuje więc prelegenta, czy jest to tylko niedokładność wyrażenia, czy też rozmyślne zapoznawanie tej sprawy, i jakie wogóle jest zapatrywanie prelegenta na kwestyę jąder nerwu okoruchowego.

Prelegent na to odpowiada, że centrem nerwu okoruchowego nazywa wszystkie jądra. Zbadanie faktu, czy włókna, idące od czołowego ośrodka korowego biegną do przednich, czy do tylnych części jąder tego nerwu, nie było celem jego badań.

Kol. GAJKIEWICZ również podnosi sprawę ważności badania poszczególnych jąder nerwu okoruchowego, a przynajmniej przednich i tylnych jego części, i żąda, że mówca tego nie uczynił. Następnie G. podnosi sprawę dwóch oddzielnych ośrodków okoruchowych w korze mózgowej, przedniego i tylnego, i rolę każdego z nich.

Mówca odpowiada, że nie chodziło mu o to, czy włókna zwyrodniałe są okoruchowe, lecz o to, jakie zwyrodnienia wytwarzają się po wycięciu przedniej i tylnej Augenregion MUNK'a.

St. Kopyziński.

III ZJAZD PRZYRODNIKÓW I LEKARZY CZESKICH.

(Sprawozdanie własne).

Sprawozdanie z posiedzeń sekcji lekarskiej.

Do sekcji tej, obejmującej ogólną i doświadczalną patologię, anatomię i histologię patologiczną, bakteryologię, choroby wewnętrzne, psychiatryę, choroby dziecięce, medycynę sądową i balneologię, zgłoszono 81 odczytów. Przewodniczącym sekcji był prof. MAIXNER, na prezesów zaś honorowych podczas posiedzeń sekcji wybrano z Polaków profesorów GLUZIŃSKIEGO i OBRZUTA ze Lwowa i prof. EISELTA.

Prof. EISELT zajmuje tak wybitne stanowisko w dziejach wznowionego czeskiego uniwersytetu i medycyny czeskiej, że niepodobna nie powiedzieć o nim słów paru, temwięcej, że on jest głównym inicjatorem III Zjazdu. Prof. EISELT to patriarchy doktorów, nestor profesorów. W r. 1855 skończył on medycynę w uniwersytecie niemieckim w Pradze, a w 1860 r. zaczął jeden z pierwszych wykładów po czesku w klinice chorób wewnętrznych. Rozpoczął więc swą pracę w najcięższych latach dla Czech, w latach przebudzenia się ducha, życia narodowego. Od tej chwili pracuje bez wytchnienia i mimo podeszłego wieku nie ustępuje z placówki. Trudno byłoby wyliczyć wszystkie zasługi, jakie ten niezamordowany pracownik położył na polu medycyny i życia społecznego, wychowując nie tylko całe szeregi zdolnych lekarzy, ale i dobrych ludzi, zacnych obywateli kraju, więc ograniczę się na wymienieniu paru faktów.

W 1860 r. położył kamień węgielny dla literatury medycznej czeskiej, zakładając pierwsze pismo fachowe „Casopis lékařů českých“, wydając dzieła medyczne, jak ogólną patologię i terapię, dał fundament życiu organizacyjnemu lekarzy, tworząc „Spolek (stowarzyszenie) českých lékařů“. Uroczysty jubileusz, jaki obchodził w 1895 r., ogólna cześć i sympatya, jakimi się cieszy między profesorami—dawnyimi swymi uczniami i obecnymi studentami, najwymowniej świad-

czą o jego zasługach. W sekcji tej całe grono prelegentów składało się z uczniów prof. EISELT'a, który sam wystąpił również ze swą pracą, dając odczyt o „*Parachorea i chorea marantica*“. Autor odczytu opiera na 20 letnich studiach swych i doświadczeniu; w tym przeciągu czasu obserwował 350 przypadków (136 mężczyzn i 214 kobiet), z których 5 śmiertelnych (3 m. i 2 k.). Po większej części zaatakowane były wszystkie mięśnie (*chorea minor*), w nieznacznej liczbie zjawiała się *hemichorea*, *parachorea*, *monochorea*. Zmiany sekcyjne są bardzo mało znane: hyalin. degeneracja tętnic mózgowych (KLEBS), przekrwienie pewnych części mózgu albo *encephalitis diffusa* prawdopodobnie embolicznego pochodzenia. Prelegent zauważył w 4 przypadkach *endocarditis verrucosa* lewego serca i przekrwienie mózgu; w jednym razie *atrofia rubra* mózgu i mózdzku.

Wbrew twierdzeniom dawnych lekarzy, że zwykle następstwem płasawicy bywa zidyocenie i wady mózgu, autor dowodzi, że po większej części następuje zupełne wyzdrowienie, a niekiedy tylko w późnym dopiero wieku pojawiają się powtórne objawy choroby. Uleczalna *chorea* nie może polegać na anatomicznym nadwyrężeniu; tutaj przyczyny szukać należy w zmianach bądź w odżywianiu, co się znów da naprawić, lub w krwiobiegu (*hyperaemia*, *venostasis* mózgu lub rdzenia). Nieuleczalne i śmiertelne przypadki płasawicy polegają na większych zmianach całego mózgu lub też pewnej części kory mózgowej, albo wreszcie szarej substancji.

Pod *chorea marantica* autor rozumie przypadki, gdy *chorea* objawia się przy większych nadwyrężeniach mózgu, obejmując całe ciało — tutaj należy *chorea magna*, *haereditaria*, *adultorum*, *morbis Huntingtoni*. Choroba ta bywa dziedziczna, pojawia się późno (od 30 do 50 lat), zaczyna się, jak każda *chorea*, mimowolnymi ruchami, które w pierwszych stadyach choroby opanować się dadzą silną wolą. We śnie ustrój jest spokojny, czynność fizyologiczna bez przeszkód. Odżywianie za to skutkiem odruchów bardzo cierpi, prowadzi po latach paru do ogromnej inanicyi, *marasmus praecox*. Wielu chorych, z rozpaczyny nad swym nie do zniesienia stanem, odbiera sobie życie. Autor chorobę tę nazywa *chorea marantica* — dyagnoza zaś kliniczna brzmić winna: *encephalitis progrediens chronica, subsequente chorea*.

Następnie podaje prof. E. ciekawy opis jedyne go przypadku, jaki spostrzegł podczas swej blisko 50-letniej praktyki lekarskiej. P. S. żona urzędnika, 50 lat licząca. Rozpoznanie kliniczne: *chorea haereditaria magna subsequente inanitione excessiva, pneum. bilat. lob. infer. encephalitis cerebelli chron.*

Według danych, udzielonych przez lekarza, ojciec chorej cierpiał na taką samą chorobę i jedna siostra również, która skończyła samobójstwem. Troje dzieci chorej chowają się dobrze i są zdrowe. Obecna choroba trwa lat 6; przedtem nie chorowała wcale. Chora jest słabo zbudowana, niezwykle chuda. Kontury kości po całym ciele nadzwyczaj widoczne, z oczu obficie lzy się leją; mięśnie szyi i język w nieustannym ruchu, skutkiem czego mowa prawie niezrozumiała. Szyja cienka, *sternocleidomastoidens* z obydwóch stron niezwykle widoczny, klatka piersiowa wklęsła, oddech ciężki, nieprawidłowy. Uderzenia serca w 5 międzyżebrow wewnątrz od lewej brodawki. Brzuch wpadnięty nie bolesny. Mięśnie całego ciała w ciągłym ruchu. Chora wciąż głodna i ma pragnienie; żucie i połykanie nadzwyczaj uciążliwe skutkiem odruchów odpowiednich mięśni. Waga ciała 20. VI. 25 kilo 500 grm. Ciężota przez cały czas jednakowa: rano 36,8° C., wieczorem 37° C. Podczas pierwszego badania płuca i serce normalne, żadnych zmian w wątrobie i śledzionie, mocz białka nie zawiera, ani cukru. Czu-

cie wszędzie prawidłowe; oczy, uszy bez zmian, słuch i wzrok dobry. Chora uczuwa wciąż wielki głód i często żąda jeść i pić. Chce mleka, wina, wody nie przyjmuje. Jedzenie musi być uprzednio pokrajane w drobnutki kawałeczki, a następnie włożone do ust chorej, przyczem głowa i całe ciało chorej musi być mocno trzymane, gdyż przy ciągłych miotaniach potrawa wypada z ust. Pomimo najusilniejszych starań, dolna szczęka przy jedzeniu nie pracuje wcale. Wszystko rozumie, co mówią do niej, i daje logiczne odpowiedzi. Czasami monotonicznie powtarza jedno zdanie „dajcie jeść”. 22. VI. Czynności narządów pokarmowych i moczowego prawidłowe. Mocz oddaje przy stolcu tylko; kał normalny, przy oddawaniu stolca również trzeba chorą trzymać, bo i cały pas miedniczy jest w ciągłym ruchu. W nocy chora śpi spokojnie bez miotań. 27. VI. Apatya. W kątach łopatek szmery w płucach i rżenie. 28. VI. Oddech oskrzelowy, w kącie łopatki prawej, przy perkusji skrócony oddźwięk; na lewej oddźwięk skrócony, oddech oskrzelowy dochodzi do połowy łopatki. Chora nie kaszle, wciąż apatyczna. 29. VI. Śmierć. 30. VI. Rozpoznanie przy sekcji: *Atrophia cerebri et cerebelli rubra; hydrocephalus intern., atrophia pigmentosa musc. cordis; arteriosclerosis univers. cum atrophia; pneumonia lobularis confluens pulm. lat. sin. et inf. lat. dextr., pleuritis adhesiva chronica praecipue supra apicem dextr.*

Z ogólnej liczby 350 przypadków zauważył prof. E. sześć przypadków niekoordynowanych ruchów, ograniczających się do kończyn dolnych, i przyszedł do wniosku, że choreatyczne ruchy powstać mogą same przez się w dalszych kończynach narówni z tymi, które pochodzą ze zmian w mózgu lub które ograniczają się na rdzeniu tylko — chorobę tę autor nazywa *parachorea*. Ponieważ pacjentki wyzdrowiały, nie może być mowy, według słów prelegenta, o nadwyrężeniu tkanki rdzenia, lecz tylko o zmianach w krwiobiegu. Może to być przekrwienie przypadkowe, skutkiem upadku nawznak, lub też wenostatyczne zmiany przejściowe.

(C. d. n.).

O ruchu chorych w szpitalu miejskim Św. Stanisława

za czas od 14 czerwca do 14 lipca r. b.

Pozostało z ubiegłego miesiąca chorych 88 (m. 39, k. 49); przybyło od 14 czerwca do 14 lipca 130 (m. 69, k. 61); wypisało się 112 (m. 49, k. 63); zmarło 13 (m. 10, k. 3); pozostało na miesiąc następny chorych 93 (m. 49, k. 44).

Ogólna liczba chorych była mniejsza, niż w ubiegłym miesiącu (146), głównie dzięki znacznemu zmniejszeniu się ospy i tyfusu wysypkowego, które są jakby na wygaśnięciu. Inne choroby, jak: róża, odra, biegunka krwawa, tyfus brzuszny trzymały się w jednej mierze oprócz płonicy, która znacznie częściej występowała.

Na pierwszy plan w ubiegłym miesiącu wystąpiła róża, której zanotowano przypadków 21 (m. 8, k. 13) z przebiegiem łagodnym. Przypadków śmierci nie było. Chorzy przybyli z ulic i domów: Kowelska 8, Lucka 19, Nowolipie 38, Stawki 59, Wronia 62, Dzielna 56, Sapieżyńska 19 (2 przypadki), Młynarska 8 i 12, Wilcza 66, Krzywe Koło 10 (2 przypadki), Św. Krzyska 11, Brzeska 11, Książęca 1, Miedowa 14, Nowy Świat 52 i Karmelicka 5.

Drugą dzbrykę zajął tyfus wysypkowy, którego przybyło dwa razy mniej, niż w ubiegłym miesiącu, t. j. przypadków 16 (m. 8, k. 8), z których jeden zakończył się niepomyślnie. Chorzy przybyli z ulic i domów: Przyrynek 3, Żelazna 23, Stare Miasto 21, Mostowa 6, Chłodna 7 i 53, Leszno 47, Wronia 32, Twarda 7, Św. Jerska 19, Moskiewska 1, Krochmalna 43, Burakowska 25, wieś Wola, Raszyn i Radziłowo.

Trzecie miejsce zajęła ospa, której zanotowano tylko przypadków 14 (m. 8, k. 6), z których śmiercią zakończyło się przypadków 4 (m. 2, k. 2) u osób niezszczepionych. Chorzy przybyli z ulic i domów: Mokotowska 53, Twarda 53, Długa 7, Tamka 38, Oboźna 7, Złota 27, Śliska 56, Wiejska 6, Żórawia 49, Ciepła 7, Marszałkowska 122, Hoża 8, wieś Czyste i Mokotów.

Znacznie więcej przybyło płonicy, przypadków 8 (m. 3, k. 5), przeważnie u dorosłych z przebiegiem ciężkim. Śmiercią zakończyły się 2 przypadki. Chorzy przybyli z ulic i domów: Tamka 44 (2 przypadki), Mokotowska 9, Zakątna 1, Zgoda 11 (2 przypadki), wieś Koło (2 przypadki).

W jednej mierze trzymała się odra i biegunka krwawa, pierwszej przybyło przypadków 8 (m. 3, k. 5) przeważnie u dorosłych z przebiegiem pomyślnym. Drugiej zaś przypadków 7 (m. 4, k. 3), z których jeden był niepomyślny. Chorzy przybyli z ulic: Ogrodowa 31, Samborska 2, Krucza 24, Nowolipie 61, Wileńska 11, Śliska 14 i wieś Mokotów.

Na zaznaczenie zasługują dosyć częste przypadki zimnicy, której zanotowano przypadków 6 u mężczyzn, z ulic: Wolska 6, Leszno 96, wieś Włochy, Żbików, Szczęśliwice i Rakowiec.

Z innych chorób gorączkowych przyjęto: 8 przypadków zapalenia gardła, 4 — zapalenia płuc w łóknikowego; po 3 — tyfusu brzuszego, (Ceglana 5, Targówek, Szczęśliwice), błonicy gardła, gruźlicy i ostrego niezłytu żołądka i kiszek oraz 1 przypadek reumatyzmu wielostawowego.

Chorych niewłaściwie do nas skierowanych było 24 (m. 15, k. 9).

Biletów odmownych chorym niekwalifikującym się do szpitala św. Stanisława wydano 8 (m. 4, k. 4).

Rewakcynacyi w ubiegłym miesiącu dokonano 34 (m. 14, k. 20).

Wszyscy chorzy przepędzili dni szpitalnych 2,680 (m. 1,356, k. 1,324).

Śmiertelność miesięczna wynosiła 5,9%.

J. Sz wajcer.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= D'ARRIGO wykonał szereg doświadczeń na świnkach celem wyjaśnienia sprawy zarażania się płodu gruźlicą za pomocą łożyska. Szczepienie gruźlicy świnkom ciężarnym powoduje zazwyczaj poronienie. W łożysku takich świnek nie znajduje się ani łaseczników, ani zarodników, lecz tylko znaczne przekrwienie, wybroczyny i zatory. Świnki gruźlicze natomiast, ulegające ciąży, rzadko ronią, i ciąża dobiega końca. W łożyskach i zarodkach świnek

gruźliczych, które zabijano 16 go dnia ciąży, autor znajdował łaseczniki i zarodniki. W pierwszej połowie ciąży zazwyczaj nie znajdował wcale łaseczników, lecz tylko zarodniki, w drugiej były wyraźne zmiany anatomiczne łożyska z mnóstwem łaseczników. U świnek, zrodzonych z matek gruźliczych, zawsze istnieją zmiany właściwe gruźlicy, szczególnie w wątrobie, jak również łaseczniki i zarodniki. Świnki te są bardzo wątłe, słabe i umierają wkrót-

ce skutkiem gruźlicy ogólnej. (Ctbl. f. Bakt. 8. 12. 900).

= W Tow. Akusz. Paryskiem TusSENBRONCK okazał preparat niewątpliwej ciąży jajnikowej. Kobieta 35 letnia w czasie 5-ej ciąży skarży się na częste omdlenia; podczas jednego z takich napadów nastąpił upadek tętna i oznaki krwotoku wewnętrznego. Natychmiast przedsięwzięte cięcie brzuszne stwierdziło obecność małego guza na miejscu jajnika, który wycięto. Guz ten zawierał zarodek 12 mm. długi. (Frauenarzt. Paßdziernik. 1900).

= KLEIN w 52 przypadkach zastosował przemywanie macicy 50% roztworem wysokoku. W 35 przypadkach wskazane ono było z powodu podniesienia się ciepłoty po porodzie; w pozostałych przemywano macicę po rękoczynach wewnątrzmacicznych (wydalanie resztek płodu, obrót). Otrzymywano stale wynik doskonały: ciepłota spadała, samopoczucie chorych poprawiało się.

= MICHEL, przy badaniu zwłok 17-letniego chłopca, zmarłego skutkiem gruźlicy płuc z jamami i przewlekłego mięszsowego zapalenia nerek, znalazł zwapnienie wątroby. Narząd ten był nieco zmniejszony, dawał obraz wątroby muszkatułowej. Na powierzchni prze-

kroju widoczne były szaro-żółte rozgałęzienia, szorstkie przy dotknięciu. Po dodaniu na skrawkach drobnowidzowych 5% HCl znikaly owe złogi wapienne, nie tworząc pęcherzyków gazowych; był to więc fosforan wapnia. Najwięcej złogów było w otoczeniu żył środkowych. Autor podobnego przypadku nigdzie w literaturze nie znalazł. (Ctbl. f. inn. Med. 3. 1901).

= UPSHUR rozpatruje krytycznie rozmaite środki nasercowe. Naparstnica, jako środek nasercowy, nie posiada — zdaniem autora — żadnej wartości, ponieważ niepodobna skontrolować jej działania; to samo dotyczy konwalaryi. O wiele lepsza jest sparteina, a zwłaszcza strofant, mianowicie w połączeniu ze strychniną, głównie w niedomogdzie serca zależnej od stanów gorączkowych. Atropina działa skuteczniej w niedomogach zależnych od nieżyty oskrzeli, a kofeina w niedomogach zależnych od zapalenia nerek. Środkiem uniwersalnym, wzmacniającym działalność serca, jest strychnina, którą można podawać również w celach zapobiegawczych np. przed chloroformowaniem. W późniejszych okresach tyfusu zaleca autor makowiec. (D. M. Ztg. 78. 1900).

P.

Wiadomości bieżące.

— Rada Uniwersytetu Helsingforskiego na prośbę swą o zrównanie praw mężczyzn i kobiet pod względem wstępowania do tej wszechnicy, jak donosi „Prawit. Wiestnik“, otrzymała odpowiedź przychylną.

— Jeszcze jeden przykład zabójczego wpływu egzaminów na młodzież podaje „Düna Zeitung“. Uczeń jednego ze średnich zakładów naukowych w Rydze nazajutrz po skończeniu egzaminów (które trwały od początku maja do

połowy czerwca) był sprowadzony do szpitala dla obłąkanych w okropnym stanie. O wyczerpaniu umysłowym uczniów daje pojęcie okoliczność, że np. 15 czerwca egzaminy ustne trwały od 9 rano do 9 wieczór!

— Zmarli. Dr Jan BUSZEK, fizyk m. Krakowa.

— W Berlinie zmarł znany chirurg prof. LANGENBUCH.

Do dzisiejszego numeru dołącza się dla wszystkich prenumeratorów broszurka „Contrexeville“.

WYDAWCA Dr. L. Garanowski.

REDAKTOR odpowiedzialny Dr. med. M. Sadowski.

Довзголено Цензурою, Варшава 5 Юля 1901 г.

Druk K. Kowalewskiego, Warszawa, Mazowiecka 8

APTEKA I SKŁAD WÓD MINERALNYCH NATURALNYCH
wprost ze źródeł sprowadzanych

POD FIRMA

D-r T. HEINRICH

w Warszawie,

przy rogu ulicy Wierzbowej i Senatorskiej Nr. 473b, nowy 11.

Jest stale zaopatrzoną we wszystkie wody mineralne tak krajowe jak i zagraniczne, jak również we wszystkie lekarstwa specjalne i środki lekarskie w ostatnich czasach w użycie wprowadzone.

WARSZAWSKIE TOWARZYSTWO AKCYJNE

„MOTOR“

Marszałkowska 23. Telefon Nr. 491.

ODDZIAŁ WÓD MINERALNYCH

dawniej

PATENTOWANY INSTYTUT SZTUCZNYCH WÓD MINERALNYCH APTEKARZY WARSZAWSKICH

Poloca wody mineralne sztucznie i napoje gazowo przygotowane na wodzie destylowanej. Sole do kąpiei mineralnych — kąpielco wydają się w łazienkach Akcyjnych na Zjeździe.

Na ządanie wysyła się wody mineralne naturalne. Woda destylowana na balony.

PERTUSSIN

Extract. Thymi saccharat. Täschner.

Nabyć można za pośrednictwem każdej **APTEKI** we flaszkiach z 250 gramami.

Literatura: Therapeut. Beilage № 7. Deutsche med. Wochenschr. i № 27 (1898) № 56, Allg. med. C. Z. (1899), № 29 All. B. I. (1899); № 17 Wiener med. B. (1900). Wiener Aerztl. Centralztg № 12 (1901).

Skład główny Apteka Täschnera, Berlin C. 19, Seydelstrasse 16.

Skład główny na Królestwo i Rosyę Zachodnią

Aptekarz **H. Biertümpfel**, Warszawa Marszałkowska 133.

Mag. ph. **E. van Bollon**, Aptekarz **Th. Buchardt**, Ryga, Kalkstrasse 26.



1896 r.

Nagrodzony medalami. Na Wystawie Paryskiej

Lyon
1894 r.

1900 nagrodzony medalem
i listem pochwalnym.

Bordeau
1895 r.

Naturalny Bessarabski koniak winogronowy, spirytus
i różne naturalne wina.



1897 r.

E. REJDELA w Kiszyniowie.

Naturalny koniak **E. REJDELA** wytrzymał analizę chemiczną i jest wyrabianym z najczystszych (winogronowych) win, przechowywanym zaś w specjalnie urządzonych piwnicach na sposób francuzki. Zaletami swymi nie ustępuje w niczem oryginalnym koniakom francuzkim. Z zamówieniami prosimy zwracać się **WARSZAWA, OLUGA 55.**

Cenniki na ządanie wysyłają się bezpłatnie.

Zakład Lecznicy dla chorych NA USZY

D-ra L. Guranowskiego

Chmielna 25.

przyjmuje chorych na stałe pomieszczenie za opłatą od rb. 3—5. Ambulatoryum codziennie od 11—1.

Cena biletu kop. 50.

Warszawski Zakład Ginekologiczny

Marszałkowska 45.

D-rów Boryssowicza, Brühla, Gromadzkiego, Jaskłowskiego, Kuniewicza, Natanson, Thiemego, Tyrchowskiego i Winawera. Przyjmuje osoby, dotknięte chorobami kobiecymi, jako też spodziewające się słab., za opłatą od 1.50 do 5 rs. dziennie za całkowite utrzym., leczenie, lekarstwa i t. d.

Opatrunki „chirurgiczne i ginekologiczne“ oraz wszelkie środki opatrunkowe sterylizowane (wata, gaza, ligatury, bandaże).

Z pracowni sterylizacyjnej **D-ra BORZYMOWSKIEGO** można dostać w aptekach W.W.: Baroza, Cepousza, Filloborna, Filanowicza, Habielskiego, Iwańskiego, Klickiego, Klimpla, Koziołkiewicza, Kozłowski, Lilpopy, Malinowski, Mioszczanski, Manduka, Modlińskiego, Nawrockiego, Rózyckiego, Strużynskiego i Fricke, Stypińskiego i Surzyńskiego, Welta i Zilbora, Więckowski, Wiorogórskiego, Wróblowski i Zambonhofs.

Składy główne: Karmielicka 6, m. 7. Od 1-go Lipca Solna 17 (Pracownia Sterylizacyjna) i Włodzimierska 6, m. 2 (Kantor fabryki środków opatrunkowych „Strzelecki i S-ka“, Tel. № 1341). W Lublinie: w składzie **Wl. MAGIERSKIEGO**.

Baden pod Wiedniem

Kąpiele siarczane pierwszorzędno. Lekarz zdrowy **D-r Henryk Kümmerting** (Polak) ordynuje od 1-go Maja b. r. w Baden pod Wiedniem przy **Renngasse 3** i udziela bliższych informacyj.

Wiesbaden Lekarz chorób skóry i syfilitycznych

Friedrichstrasse 16. D-r med. **Julius Müller**

* **Miejscowość kąpielowa i klimatyczna** *

Sezon:

15 Maj—1 Października.

Środki lecznicze: Źródła jodowe do picia i kąpeli, ług soli źródlanej, mydło, spirytus mydlany, inhalacje, kąpiele elektryczne
Wskazania: Żółty, syfilis, chron. metritis i endometritis, peri i parametritis, myomy, chron. cystitis i prostatitis, oczernia, psoriasis, acue, furunculosis, struma, lymphoma, chron. katary nosa, gardzieli i krtani.

Prosznaktv za pośrednictwem dyrekcji kąpielowej.

ZAKŁAD LECZNICZY

D-ra med. Z. Dmochowskiego

dla chorych na krtani, gardło i nos.

Chmielna 17.

W ambulatorjum codziennie otwartem od 10—11 i od 3—4. Porada 30 kop.

Pracownia analityczno-lekarska

D-ra Stanisława Mutermilcha

Rozbiory chemiczno-bakteryologiczne i mikroskopowe moczu, płwociny, krwi, zawartości żółtkowej, kału, wydzielin z narządów moczopłciowych, mleka kobiecego, nalotów dyfterytycznych, wysięków i t. p. do celów dyagnostyki lekarskiej.

Marszałkowska Nr. 127 (Zielna № 22).



Naturalny Koniak

„IMPERIAL“

prawdziwy produkt z wina

Zalecany przez powagi lekarskie.

Analizy Doktorów:



Nenekiego, Zawadzkiego, Haas, Prof. N. Milicera i Wars. Hygienicznego Laboratorium stwierdzają czystość Koniaku z winogron bez obcych przyntoszek.

Koniak „Imperial“ dostarcza się do kliniki terapeutycznej Warszawskiego Cesarskiego Uniwersytetu i do Szpitalnej kliniki ginekologicznej.

Sprzedaż we wszystkich lepszych handlach win w Warszawie i na prowincyi

Pomiędzy naturalnymi wodami szczawowymi zajmuje

Woda Krondorfska
alkaliczna
szczawa podług analiz
naszych pierwszych powag
jakościowo naczelné miejsce.

Główna sprzedaż: Towarzystwo Akeyjno przetworów chemicznych i aptecznych Henryk Welt, Warszawa.

w górach górnej Bawaryi 670 M. n. p. m.
z Monachium 1 1/2 godziny koleją.

* **Tölz-Krankenheil** *

Fabryki Farb

DAWNIEJ

Fryd. Bayer & C-ie., w Elberfeldzie.

Oddział produktów farmaceutycznych.

Arystol

Stosowanie: czysty lub z Acid. bor. pulv. albo jako maść 5%.

Mleko—Somatoza.

(Lacto Somatose)
zawiera 5% Taniny w połączeniu organicznem.

Creosotal

wolny od działania żrącego i trującego.

Heroina

zastępuje morfinę.

Protargol

Organiczny związek srebra zastępuje doskonale $AgNO_3$, nie drażni i nie tworzy osadu na błonie śluzowej.

Lycetol

(Winian dimetapiperazyny)
łatwo podzielny o przyjemnym smaku, nie hygroskopijny.

Epicaryna

dla użytku weterynar.

Lozofan

Kwas salicylowy. Salicylan sodu. Analgen.

Phenacetyna Bayer Aspiryna



Somatoza

związek białkowy, łatwo rozpuszczalny bez smaku i zapachu.

Duotal

Najczystszy prep. guajakola.

Chlorek heroiny

łatwo rozpuszczalny w wodzie zastępujący morfinę.

Tannigen

Zamienia taninę, rozszczepia się w кишkach przez co nie psuje apetytu.

Hedonal

Tetronal

Epicarina

Tannopin i Tann. weter.

zastępuje zupełnie kwas salicylowy i salicylan sodu, nie drażni żołądka i zostaje bez rozkładu przyswojona.

Żelazo—Somatoza

(Ferro-Somatose)
Zawiera 2% żelaza w połączeniu organicznem łatwo przyswajalnem. Bez smaku, łatwo rozpuszczalna.

Europphen

zastępuje jodoform w małej chirurgii.

Stosowanie: czysty lub z acid. boric. pulv. aa. p. w maści —10%.

Jodotyryna

działająca substancja gruczołu tarczycowego.

Salophen

zamiast kwasu salicylowego i jego soli, bez zapachu, zupełnie nieszkodliwy, wolny od wszelkich ubocznych działań.

Piperazyna

Trional

Sulfonal

Salol

ZAKŁAD LECZNICZY D-ra SOLMANA

(Chirurgia, choroby kobiet).

Warszawa, Aleja Szucha Nr. 9.
Przyjmuje chorych na stałe pomieszczenie za
opłatą od 2 rb. do 6 rb. dziennie.
Ambulatoryum od godz. 12 do 1-ej p.p.

Warszawski Zakład Ginekologiczny

Marszałkowska 45.

D-rów Boryssowicza, Brühla, Gromadzkiego, Jaskłowskiego, Kuniewicza, Natanson, Thiemego, Tyrchowskiego i Winawera. Przyjmuje osoby, dotknięte chorobami kobiecymi, jako też spodziewające się słab., za opłatą od 1.50 do 5 rs. dziennie za całkowite utrzym., leczenie, lekarstwa i t. d.

Dom Zdrowia

D-ra Fr. Stępkowskiego

Długa Nr. 8 w Warszawie
przyjmuje na stały pobyt ze wszystkimi chorobami (oprócz umysłowych). Cena w oddzielnym pokoju z całkowitem utrzymaniem wraz z leczeniem na dobę od 1 rb. 50 kop. do 3 rb. dziennie. Bliższa wiadomość w kancelaryi Zakładu.

ZAKŁAD CHIRURGICZNY

D-ra Adama Przyborskiego

w Warszawie

Sewerynow 5, róg Oboźnej.

przyjmuje chorych na stałe pomieszczenie. Ambulatoryum codziennie od 11—12 (niezamożni bezpłatnie) i od 5—6.

Wiadomość o warunkach pobytu codz. od 12—1

Zakład Leczniczy dla chorych

NA USZY

D-ra L. Guranowskiego

Bracka 20.

przyjmuje chorych na stałe pomieszczenie za opłatą od rb. 3—5. Ambulatoryum codziennie od 11—1.

Cena biletu kop. 50.

ZAKŁAD LECZNICZY

D-ra med. Z. Dmochowskiego

dla chorych na krtani, gardło i nos.
Chmielna 17.

W ambulatorjum codziennie otwartem od 10—11 i od 3—4. Porada 30 kop.

Instytut farmaceutyczny



Ludwika Wilhelma Gans

we Frankfurcie n. Menem

JODALBACID

Nazwa zastrzeżona. Patent zameld.

Literatura:

Arch. f. Dermat. u. Syph. 1893. T. XLIV. Dr. Zuelzer. „Neue Vorschläge zur Jodtherapie der Syphilis.“ Ländep. med. 21. Juni 1899. Dr. Lefort. „Étude expérimentale et clinique sur l'Jodalbacid.“

CHLORALBACID

Nazwa zastrzeżona — Patentowany.

Literatura:

Münch. med. Wochens. 1899 Nr. 1. Rada dworu Prof. Dr. Fleiner. „Ueber Chloralbacid u. seine therapeutische Wirkung bei Magenkrankheiten u. Ernährungstörungen.“

AMYLOFORM

Nazwa zastrzeżona — Patentowany.

Literatura:

Rada tajny Prof. Dr. Classen. „Ueber Amyloform. Dr. B. Longard. „Ueber den Werth des Amyloforms in der Chirurgie.“ (Therap. Monatshefte. Münch. med. Woch. 1899 Nr. 12). Dr. Heddaeus. „Ueber zwei Ersatzmittel des Jodoforms.“

Literatura i próby darmo za pośrednictwem W. Hoffmanna Moskwa. Mały Zlatoustinskij pereulok dom 11rsza.

Pracownia analityczno-lekarska

D-RA STANISŁAWA MUTERMILCHA

Kozłbiory chemiczne-bakteryologiczne i mikroskopowe mocz, płwociny, krwi, zawartości żołądkowej, kału, nalołów dyferytycznych, mleka kobiecego, wydzielnia z narządów moczowo-płciowych, kamieni moczowych i żółciowych, ropy wysięków i t. d.

Zielna Nr. 22 (Marszałkowska 127)

PRACOWNIA PATOLOGICZNA

D-ra JULJANA STEINHAUSA

ul. Wspólna № 15.

Analizy mikroskopowe i bakteriologiczne guzów, wyskrobin, płwociny, krwi, nasienia, wysięków, przesięków i t. p. dla celów dyagnostyki lekarskiej.