

MEDYCYNĄ.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
 dla lekarzy-praktyków.

TREŚĆ. **Prace oryginalne.** Krytyczny przegląd ostatnich pojęć o istocie i leczeniu drgawek porodowych, jako dopełnienie prac własnych poprzednich. Napisał Dr. S. Rybicki. (Ciąg dalszy).—**Streszczenia i wyciągi.** 61. Trzy przypadki niedrożności jelit, przedstawiające kilka możliwych błędów w rozpoznaniu. 62. Rozpoznanie zwężenia cewki moczowej.—**Krytyka i Bibliografia.** Dr. W. F. Loebisch. O nowszych sposobach leczenia otyłości. Spraw. Dr. F. Arnstein. (Dokończenie).—**Odcinek.** Sprawozdanie z ruchu chorych w warszawskim szpitalu zapasowym w ciągur. 1887. Ułożył Dr. W. Szumlański.—**Wiadomości bieżące.**—**Ogłoszenia.**

KRYTYCZNY PRZEGLĄD OSTATNICH POJĘĆ O ISTOCIE I LECZENIU DRGAWEK PORODOWYCH (*Eclampsia parturientium*)

jako dopełnienie prac własnych poprzednich.

Napisał Stanisław Rybicki,

Lekarz powiatu i szpitala Ś-go Stanisława w Skierniewicach, Członek-korrespondent Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

(Ciąg dalszy.—Zobacz Nr. 36).

Długo przeciągający się rękoczyn kilku palcami jednej ręki, tak dalece siłę ich wyczerpał iż do dalszego rozszerzania musiałem z kolei użyć palców drugiej ręki (lewej), potem znowu prawej i t. d. aż po dwu godzinnem mniej więcej działaniu zdołałem rozszerzyć ujście do rozmiarów dziesięcio-złotówki srebrnej. Pęcherz płodowy podczas bólów dość silnie się napinał, główka zaś zaczęła potylicą wstępować w próżnię małej miednicy; wobec więc ciągle powtarzających się napadów drgawkowych, pragnąc jaknajspieszniej ukończyć poród i tą drogą wpłynąć na ich przerwanie, zdecydowałem się pęcherz płodowy przerwać: wypłynęła niewielka ilość wody płodowej, główka zaś przedstawiała się dostatecznie ustaloną do założenia kleszczy. Przy dość wązkim jeszcze otworze ujścia, wprowadzenie łyżek kleszczowych (zwłaszcza zaś drugiej) było dosyć trudnem, udało mi się wszakże założyć je i ująć niemi dokładnie główkę. Zdawało się iż teraz wszystko śpiesznie powinno by się ukończyć; tymczasem pomimo użycia znacznej siły, pociągnięcia kleszczami okazały się bezskutecznymi tak, iż po półgodzinnych usiłowaniach i znacznych wysiłkach z mej strony, główka ani na jotę nie ruszyła z miejsca na jakim pozostawała przed założeniem kleszczy. Po bezskutecznych jeszcze wysiłkach, wyczerpany fizyczną pracą, przyszedłem do przekonania iż należy dalszych w tym kierunku prób zaniechać; niewyjmując więc kleszczy a natomiast poleciwszy akuszerce przytrzymywać niemi główkę, dokonałem wymóżdżenia perforatorem NAEGELE'GO. Część mózgu zaczęła wypływać, ja zaś zacząłem na nowo pociągać za kleszcze i pozornie zdawało mi się iż główka się obniża: pokazało się jednak iż wydłużała się tylko pod uciskiem łyżek kleszczowych, które też wkrótce obsunęły się zupełnie, wyciskając znaczną część mózgu z czaszki. W trak-

cie tego chora oddała bardzo znaczną ilość moczu bezwiednie. Nie wypadło nic innego jak założyć kranioklast, co też natychmiast uczyniłem, przy pociąganiu jednak tem narzędziem, część kości czaszkowych wraz z skórą czaszki oderwała się, główka zaś nie ruszyła z miejsca; założyłem jeszcze raz kranioklast lecz znowu z tymże samym skutkiem. Wówczas przez wysledzenie rodzącej przekonałem się, iż jakkolwiek główka, wsparta o kości łonowe, pozostała na miejscu, to jednak przez zniszczenie sklepienia czaszki i dokonane wymóżdżenie, podczas którego odeszła też dość znaczna ilość wody płodowej, można będzie, choć z trudnością przeprowadzić rękę celem zrobienia obrotu na nóżki. Zdrętwiała od kilku-godzinnych wysiłków rękę prawą, wprowadziłem zwolna od tyłu do macicy, przewyciężenie zaciśnięcia dolnego odcinka macicy było najtrudniejszym, dla ręki zwłaszcza tak już osłabionej, stopniowo jednak udało mi się tę trudność pokonać, poczem zdołałem uchwycić i sprowadzić do sromu nóżkę lewą; wówczas też obrót sam i ekstrakcja dziecka z wszelką łatwością dokonaniem zostały. Po wprowadzeniu ręki do macicy dla dokonania obrotu przekonałem się iż łożysko było już w znacznej części odklejone. Podczas wyciągania dziecka rodząca ponownie oddała znaczną ilość moczu. Po dokonaniu operacji natychmiast wydobyłem z pochwy oddzielone już łożysko, macica zaś dokładnie zaraz się skurczyła. Zupełne rozwiązanie rodzącej nastąpiło mniej więcej o godzinie 2½ w nocy; przy wydobywaniu łożyska wystąpił 22-gi z kolei napad drgawkowy. Położnicę obmyto i ułożono na łóżku zwyczajnem, nie przestając okładów lodowych na głowę; była ona zupełnie nieprzytomna i nieczuła na wszystko, tętno jej mocno przyspieszone i drobne, źrenice zwężone, na światło nie oddziaływały. Pół godziny przeszło spokojnie, tak iż sądziłem że z rozwiązaniem ciężarnej napady drgawkowe ustana zupełnie; oczekiwanie jednak moje nie ziściło się, wystąpił bowiem jeszcze jeden napad drgawek (23-ci) po którym natychmiast zastrzyknąłem ¼ gr. morfiny; odtąd już ani jednego więcej napadu nie było. Poleciłem zatem położnicę zostawić w zupełnym spokoju nie zaniehbując okładów na głowę, gdyby zaś mogła przełknąć, radziłem podawać jej od czasu do czasu łyżkę lekarstwa z chloralem które jej poprzednio kol. W. przepisał; to jednak okazało się w następstwie niemożliwem.

D. 25 Grudnia rano stan chorej był bez zmiany: senność ciągła, oddech chrapliwy (*resp. stertorosa*), zupełna nieprzytomność. Odchody krwawe w umiarkowanej ilości, polykanie niemożliwe. Zaleciłem okład na głowę lodowaty i enemę wypróżniającą. Upuszczony cewnikiem mocz przedstawiał się przesyconym a po zagotowaniu okazał średnią tylko zawartość białka. D. 26 Grudnia rano zupełna bezprzytomność, rżenia trachealne, tętno drobne prawie niewymagalne, źrenice rozszerzone. Mocz bledszy, w nim już tylko ślady białka. Chora zmarła o godzinie 9-tej rano t. j. w 30 godzin po ostatnim napadzie drgawkowym.

Jest to jeden z najcięższych przypadków eklampsyi przezemnie spostrzeżanych, a pod względem operacyjnym bezwarunkowo najmżozolniejszy w szeregu licznych przypadków akuszeryjnych jakie miałem w praktyce. Odnosnie do

eklampsyi następcza on następujące uwagi. Wystąpiła ona u kobiety prawidłowo zbudowanej, dobrze odżywionej, nie pierwiastki wprawdzie ale takiej, która po raz pierwszy donosiła płód do 9-go miesiąca ciąży, poniekąd więc, do rzędu pierwiastek zaliczoną być może; poprzednie bowiem jej ciąże, zbyt wczesnie przerwane, nie mogły u niej doprowadzić zmian ustrojowych do tej wysokości, jaka do eklampsyi usposabia. Brak obrzmięń ciała i krótkotrwały bo wkrótce po rozwiązaniu niktący białkomocz, wykluczają przyjęcie w danym przypadku mocznicy lub zakażenia amonowego, jako przyczynę wywołującą wybuch choroby. Jakkolwiek otaczające chorą kobiety, utrzymywały iż ona przed wystąpieniem napadów parę razy mocz oddawała, wydaje mi się jednak prawdopodobnem, że owo opróżnienie narządów moczowych było tu niedostatecznem, a być może że były to tylko parcia, kilkakrotnie powtarzające się, które wzięto za rzeczywiste odawanie moczu; sama chora, gdyby była mogła, lepiej by mię zapewne w tym względzie objaśniła. Że w każdym razie oddawanie moczu nie było w obecnym przypadku prawidłowem potwierdza ten fakt, iż tylko w trakcie porodu i to właśnie w chwilach dokonywania operacyi, mogących doraźnie znieść ucisk główki na narządy moczowe, uryna naraz w znacznej ilości przez rodzącą oddaną została. Żałuję iż w obecnym przypadku przed dokonaniem rozwiązania nie założyłem cewnika, uważałem to jednak za zbyt czonne: raz z powodu oświadczenia że ciężarna urynowała, powtore dla tego iż przy badaniu jej pęcherz nie wydał mi się być wypełnionym i w niezem nie przeszkadzał dokonaniu zamierzonych operacyi położniczych. Z powyższego łatwo domyśleć się, iż wielce skłonny jestem przyjąć tu jako przyczynę wywołującą napady drgawkowe, ucisk moczowodów: ustaniem jego przez operacyjne rozwiązanie rodzącej, przyczyna usuniętą została i napady drgawkowe ustały. (*Patrz tablice na str. 600*).

III.

Uwagi i dopełnienia.

a) Uwagi dotyczące objawów choroby.

Drgawki porodowe są chorobą właściwą kobietom zajętem sprawą płodzenia i posiadają swój typ odrębny, wyróżniający je od innych chorób również drgawkami się objawiających. Takie było, mniej więcej, określenie dane przez zemnie, w pracy przedmiotu tego dotyczącej z r. 1870. Obraz tych charakterystycznych drgawek opisałem też tam obszernie i tutaj nie mam zamiaru powtórnie go kreślić; wszakże, trzymając się wytkniętego założenia, napisania dopełnień prac poprzednich, zmuszony jestem zanotować tu to wszystko, cokolwiek uzupełnić może obraz choroby przezemnie dawniej skreślony.

W opisie napadu drgawek porodowych rozróżniłem przed laty, trzy okresy: 1) *Stadium tetanicum*, 2) *Stad. convulsivum*, 3) *Stad. comatosum*. Dziś wyznaję, iż podział taki nie jest zupełnie dokładnym; trzeci bowiem okres (*Stad. comatosum*) wprowadzony przezemnie jako cechujący napady drgawek porodowych, nie należy właściwie do samego napadu, lecz jest bezpośredniem jego następstwem. Za to w opisie moim, nie zwróciłem dostatecznej uwagi na krót-

ki wprawdzie, ale stale napad drgawek poprzedzający objaw, ogólnego wstrząśnienia, ujawniającego się drobnem drzeniem członków i mięśni twarzy, po przejściu którego, następuje kilka sekund trwająca przerwa, a dopiero po niej okres tężcowy drgawek. Tak więc zaznaczam obecnie iż napad eklampsyi charakteryzuje się trzema następującymi okresami: 1) wstrząśnienia lub krótkotrwałego drzenia; 2) objawów tężcowych; 3) objawów drgawek właściwych. Wszystko to razem trwać może dłużej lub krócej (od 1 do kilku minut), a w następstwie przechodzi w okres śpiączki, będącej wynikiem napadu.

Na ten szczegół dotyczący charakterystyki napadu drgawek porodowych, zwrócił uwagę jeden z nowszych autorów P. BAR (*Annales de Gynecologie*. Sierpień 1880): za pomocą stosownego przyrządu, przystosowanego do ramienia eklampptyczki, wykazał on, iż pierwszy z trzech wymienionych okresów, trwał 7 sekund, poczem następowała przerwa 2 sekundowa; po niej rozpoczynał się okres tężcowy który w ciągu 8 sekund dochodził do najwyższego natężenia utrzymywał się na niem przez 11 sekund, poczem natężenie w ciągu następujących 3 sekund słabło; wreszcie występował okres trzeci drgawek właściwych, i ten trwał 45 sekund. Ogółem cały napad drgawek porodowych w przypadku spostrzeganym przez P. BAR'A trwał 76 sekund.

Mówiąc o charakterystyce napadów eklampsyi, dodać winienem iż jakkolwiek zdarzają się przykłady skręcania głowy chorej, w okresie tężcowym, w stronę prawą i jakkolwiek podzielałam opinią kol. STYPIŃSKIEGO (z Wiskitek) iż objawowi skręcania głowy, w czasie napadu w tę lub ową stronę, trudno przypisać znaczenie patognomoniczne, to jednak zaznaczyć należy, iż przy eklampsyi w największej liczbie przypadków, skręcanie głowy w pomienionym okresie następuje w stronę lewą. (Z dawniejszych autorów KRAUSE utrzymywał, iż objaw ten jest stałym).

O stosunku eklampsyi do białkomoczu i wogóle do cierpień nerkowych pomówimy obszernie nieco niżej; tu jednak z powodu wypowiedzianego przed laty, przez FRERICHS'A zdania że prawdziwa eklampsya występuje tylko przy obecności choroby BRIGHT'A zaznaczyć winienem, iż drgawki rodzajowych we wszystkich przypadkach i bez względu na obecność lub nieobecność choroby BRIGHT'A stale przedstawiają charakter jednaki; że więc tego rodzaju wyróżnienie jest zupełnie nieuzasadnionem.

J. W. BALANTYNE (*Edimb. med. journ.* Maj 1885) spostrzegał przy pomocy sphygmografu, iż tętno ciężarnych dotkniętych białkomoczem wogóle, a eklampsyą wszczególe, przedstawia się drobnem lecz jednocześnie wykazuje silne napięcie tętnicze, które podczas napadów dochodziło do *maximum* w okresie tężcowym drgawek.

W szeregu dopełnień obrazu choroby, zaznaczyć winienem iż dopiero w ostatnich czasach zwrócono uwagę na zachowanie się ciepłoty ciała wobec napadów eklampsyi: PROCHOWNIK (*Centralblatt f. Gynäkologie* r. 1872. Nr. 12) opisuje przypadek, w którym ciepłota podczas napadów dochodziła 39,4° a po zelżeniu ich opadała dość szybko, wracając do normalnej. BOURNEVILE (*Le mouvem. méd.* Nr. 15. 1872) a z nim BUDEN (*Gaz. des hôp.* Nr. 145.

1872) twierdzą, iż drgawki porodowe zależne od mocznicy, charakteryzują się tem mianowicie, iż przy nich ciepłota ciała nie podnosi się i tą cechą chcą je odróżnić od drgawek innego pochodzenia. Twierdzeniu temu przeczy E. DUNCAN (*Glasgow. med. journ.* Wrzesień 1880 str. 214). MASSINI (*Sperimentale*. Kwiecień 1880) stwierdza znowu podnoszenie się ciepłoty podczas napadów drgawkowych, utrzymuje przytem że podniesienie występujące po napadach nie powinno już być odnoszonym do objawów tej choroby, lecz że jest zależnym od powikłań. H. M. CHURCH (*Edinburg. med. journ.* Styczeń 1882) podaje jednak opis ciężkiego przypadku eklampsyi z wyraźnemi jednocześnie oznakami choroby BRIGHTA i wszelkimi jej powikłaniami, gdzie mimo nader szybkiego ich ustąpienia po ustaniu drgawek, ciepłota ciała chorej w ciągu 16 godzin po napadach wzrosła do 38,8° a potem dopiero nader prędko powróciła do normy; co z jednej strony zaprzeczało by twierdzeniu MASSINI'EGO a z drugiej i opinii BOURNEVILLE'A o niepodnoszeniu się ciepłoty przy tak zwanych przez niego drgawkach mocznicowych.

DELORE (*Lyon. méd.* Październik 12. 1884) wygłaszając swą bakteriologiczną teorię o eklampsyi, w jednym z wniosków powiada, iż podczas jej napadów ciepłota ciała wzrasta stale do 39° a niekiedy i do 42° (?).

Jakkolwiek pod względem zachowania się ciepłoty ciała wobec napadów drgawkowych, brak mi dokładnych własnych spostrzeżeń, z powodu, iż w praktyce prywatnej, przy ratowaniu tego rodzaju chorych, nie czas jest robić studya nad temperaturą, to wszakże zdaje mi się iż w przypadkach odznaczających się częstym powtarzaniem i wogóle gwałtownością napadów, temperatura podnosić się zwykła; co zresztą łatwo objaśnić by można nadmiernem pobudzeniem choćby tylko czynności mięśniowej przy drgawkach, podniesioną przez to przemianą materyi. Na tej drodze można również tłumaczyć szybki powrót ciepłoty do normalnego stanu, po ustaniu napadów. (d. c. n.)

STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

61. HAROLD G. TAYLOR. Trzy przypadki niedrożności jelit, przedstawiające kilka możliwych błędów w rozpoznaniu (*Three Cases of Intestinal Obstruction illustrating some possible Errors of Diagnosis*).

Przypadek I. Przewlekła niedrożność jelit symulująca *tabes mesenterica*. W. T., chłopiec lat 16, głupkowaty, pochodzący z suchotniczej rodziny, przy końcu Sierpnia 1882 spadł bardzo z ciała, przytem uskarżał się na bóle brzucha i biegunkę. Badanie wykazało ogólne wzdęcie brzucha, nastrzyknięcie powierzchownych żył i niezbędną wodną puchlinę brzucha (*ascites*) 21/IX można było wyczuć guz w okolicy biodrowej prawej, który rozciągał się aż do okolicy podżebrowej prawej; guz był trwały, okrągławy, łatwo namacalny i dokładnie odgraniczający się od wątroby i nerki. Towarzyszące objawy były następujące: stopniowe wyniszczenie, bóle brzucha, niekiedy wymioty (które nigdy nie były obfite i długotrwałe), skłonność do biegunki, stolce ciemno-brudnego koloru. Temperatura rano była prawie normalną, wieczorami nie przechodziła zwykle 38.0 C., a niekiedy tylko dochodziła do 39.0 C. Chory zmarł 21/X przy powyższych objawach. Za życia postawiono rozpoznanie, *tuberculosis glandularum mesenteriarum*. Pośmiertne badanie wykazało, że przyczyną śmierci była niedrożność jelit. Wyczuwalny guz

za życia składał się z kłęбка ściśle połączonych z sobą kiszek zapomocą zrostów otrzewnej wypełnionego zbitą masą kału, skład którego stanowiły przeważnie łupiny z ziemniaków.

Przypadek II. Ostra niedrożność jelit symulująca choleryczną biegunkę. S. B. chłopak głupkowaty, lat 16, bardzo skłonny do biegunki. Dnia 30 Lipca 1883 najadł się dużo słodczy, któremi uczęstowali go koledzy przybyli do niego w odwiedzinę. Tegoż dnia nocą dostał ciężkiej biegunki a nazajutrz był bardzo blady i słaby; około południa, biegunka znów wystąpiła; chory był bardzo blady z pulsem prawie niewymacalnym. Położono go do łóżka i zalecono środki podniecające, wyglądał nieco lepiej, lecz biegunka nie ustawała. 1 Sierpnia był niespokojny nocą; biegunka trwa bez przerwy; stolce płynne ciemno-zielono brudnego zabarwienia. Nie uskarża się na żadne bóle, ma pragnienie, kończyny zimne, puls nie wyczuwalny, temperatura pod pachą 39°C., język zlekką obłożony. Przyjął znaczną ilość mleka i bulionu bez żadnych następczych dolegliwości. Zalecono środki wstrzymujące i podniecające i ciepły okład na brzuch. Chory dnia następnego zmarł. Pośmiertne badanie wykazało, iż śmierć była zależną od niedrożności jelit. Siedliskiem niedrożności była kiszka zgięta (*flexura sigmoidea*), wypełniona twardą masą kału (*scybalą*).

Przypadek III. Ostra niedrożność jelit symulująca choleryczną biegunkę. Artur T. chłopak 15 lat, idiota. 16 Sierpnia, 86 nocą zachorował. Jak opowiada jego niania, dostał biegunki, wypróżnienia były płynne i ciemno-zielonego zabarwienia. Chory nie przyjmował tak chętnie pokarmów, jak zwykle. 17 Sierp. objawy gwałtownie się zaostrzyły: wystąpiły wymioty, trwające dzień cały i składające się przeważnie z płynnej zawartości kiszek. Wieczorem tegoż dnia chory był mocno osłabiony, puls miał prędko i słaby, a kończyny chłodne. Natychmiast zalecono pobudzające i wstrzymujące środki lecz bez żadnego skutku. 18 Sierp. o 8 godz. wyglądał bardzo źle, oczy zapadłe, ciało zimne i wilgotne, puls wcale się nie dał wyczuć. W ciągu dnia była ciągła skłonność do wymiotu, biegunka trwała bez przerwy; wypróżnienia płynne błotniste koloru. Charakter tych wypróżnień przypominał bardzo poprzedni przypadek. Zbadano kiszkię stołcową palcem i rzeczywiście w górnej jej części udało się wymacać twardą masę kału. W celu wydalenia tej masy zalecono obfitą enemę. Bezpośrednio potem nic nie wyszło kału, dopiero po upływie mniej więcej dwóch godzin wyciągnięto palcami z kiszek stołcowej kawałek szyfru, mającego $2\frac{1}{8}$ cala długości; zaraz potem powtórzono enemę z którą wyszło: mnóstwo kawałeczków szyfra długości około cala, kilka małych patyczków, kilka kawałków gałganów i cząstki zbite wełny. Wkrótce potem chory szybko powrócił do zdrowia.

(*Lancet*, August 6, 1887). J. Drzewiecki.

62. GUYON. Rozpoznanie zwężeń cewki moczowej. Rozpoznanie podług autora ma się ograniczać nie tylko do określenia istnienia zwężenia, jego rodzaju, miejsca ilości i odporności, ale powinno jednocześnie dać wskazówki, jak należy postępować w danym przypadku. GUYON zwraca uwagę na zbyt często popełniane błędy w rozpoznaniu i twierdzi, że zawsze można tego uniknąć uwzględniając 2 główne punkty 1) że osobnik nie mający w swej przeszłości zaburzeń ze strony organów moczowych, jako to rzeżączki, urazu, lub wrzodu swoistego mało przedstawia prawdopodobieństwa, aby mógł mieć zwężenie, 2) że nie można napewno określić charakteru zwężenia, dopóki lekarz zgłębnikiem nie przejdzie przez cały kanał cewki moczowej. Z tego względu lekarz powinien od chorego zebrać dokładną anamnezę co do tego, czy miał rzeżączkę, w jakim czasie po raz pierwszy ją dostał, co jest ważnem, gdyż prawdziwe zwężenia organiczne wskutek rzeżączki nigdy się szybko nie zjawiają; powinien dowiedzieć się, czy nie było jakiego urazu w okolicy kro-

czowej członka powikłanego z krwawieniem z cewki, gdyż zwężenia po urazach daleko szybciej się zjawiają i tem się różnią od tych, które powstają na tle rzeźączki. Należy się dowiedzieć, czy osobnik badany miał kiedy wrzód swoisty w pobliżu ujścia cewki lub wewnątrz kanału. Zwężenia na tle rzeźączkowym zwykle są mnogie, mają najczęściej postać obrączkową i spotykają się w całej przedniej części cewki aż do okolicy opuszko-kroczonej; tam są one najwięcej odporne i najczęściej się trafiają. Zwężenia pochodzenia urazowego najczęściej są pojedyncze, i przeważnie znajdują się w środkowej części członka, a powstające po zablżnieniu wrzodów swoistych znajdują się albo u wylotu cewki, albo w dołku łódkowym. W okolicy gruczołu krokowego nigdy się nie zjawiają zwężenia organiczne. Wywiady co do zaburzeń w samym moczeniu, w zmianach rzutu i wielkości strumienia znacznie mniejszą wagę posiadają przy rozpoznaniu zwężenia. Większą nieco uwagę zwrócić należy na u s i ł o w a n i a jakie chory czyni w czasie samego aktu moczenia, co bywa przy zwężeniu, gdy tymczasem u tak zwanych prostatycznych, usiłowania te występują z początku, a u mających kamień na końcu. Co się tycze objawu niemożności trzymania moczu, to przy zwężeniu bywa ono albo czasową zaraz po oddaniu moczu wskutek rozszerzenia kanału powyżej miejsca zwężonego, albo ciągłą; w ostatnim razie bywa ono tylko w późnych okresach zwężenia, z początku w dzień, a później i w nocy czem się różni od nietrzymania moczu u prostatycznych, u których bywa odwrotnie. Jak wywiady co do zaburzeń w moczeniu, tak i anamneza chorego pozwalają tylko przypuszczać z wielkiem prawdopodobieństwem istnienie zwężenia. Bezpośrednie badanie rozstrzyga stanowczo. Do badania najlepiej używać zgłębnika miękkiego z kulką oliwkową na końcu, rozpoczynając od Nr. 18; przejście powyższego numeru przez kanał wyklucza zwężenie; w razie przeciwnym używa się coraz cieńszych zgłębników aż do chwili, w której zgłębnik przechodzi do pęcherza, i wtedy dopiero można określić stopień zwężenia, jego jakość i ilość i miejsce. Jeżeli zgłębnik zatrzymuje się u wylotu lub w dole łódkowym, to najczęściej w skutek zwężenia po zablżnieniu wrzodów swoistych, jeśli natrafia na przeszkody dosyć odporne, i liczne w okolicy jamistej członka, to najprawdopodobniej w skutek zwężenia pochodzenia rzeźączkowego, pojedyncza przeszkoda spotkana w okolicy opuszko-kroczonej przemawia na korzyść zwężenia pochodzenia urazowego. Wyjątkowo spotyka się zwężenie w części błoniastej po złamaniach kości łonowych powikłanych ze zranieniem cewki. Do tego wewnątrz-cewkowego badania dołącza się jeszcze i zewnątrz-cewkowe polegające na obmacaniu dokładnem dolnej ścianki kanału, i wysledzeniu guzowatości, które często pozostają po obrażeniach cewki. Zdarza się i nie rzadko nawet, że zgłębnik przy wejściu do pęcherza zatrzymuje się, i czyni złudzenie zwężenia; jest to zależnem od skurczu w części błoniastej, który towarzyszy wielu różnorodnym cierpieniom dróg moczowych powikłanych z zaburzeniami i bólami przy oddawaniu moczu, a także bywa i u cierpiących na przewlekłe zapalenie mleczca pacierzowego. Skurcz ten łatwo odróżnić od zwężenia na podstawie wyżej cytowanych danych, które dowiodły, że zwężenia organiczne w tem miejscu się nie zjawiają; przytem przy istotnem zwężeniu zgłębnik z powrotem czuje te same przeszkody co i przy wchodzeniu, a w razie skurczu z powrotem zgłębnik nie natrafia na żadną przeszkodę. Skurcz ten często się zdarzając przy wprowadzaniu wszystkich cewników, ustępuje zazwyczaj wobec metalowych np. Beniquet'a. Rozpoznawszy zwężenie, należy ocenić, czy można go usunąć za pomocą rozszerzania, czy też odrazu należy przystąpić do krwawej operacji. GUYON zaleca przy zwężeniach na znacznej długości, utworzonych przez wielką ilość obrączek wykonać z początku cięcie cewki wewnętrzne, z następczem ciągłym rozszerzaniem, a przy zwężeniach zajmujących nie wielką przestrzeń ograniczyć się na rozszerzaniu postępującem.

KRYTYKA I BIBLIOGRAFIA.

Dr. W. F. LOEBISCH prof. in Insbruck. *Ueber die neuen Behandlungsweisen der Fettleibigkeit*. O nowszych sposobach leczenia otyłości. (*Wiener Klinik* zeszyt 1 i 2 1887 str. 76).

Sprawozdawca F. Arnstein w Kutnie.

(Dokończenie.—Zobacz Nr. 36).

Dla zmniejszenia ilości płynu w ustroju Oertel obok zmniejszonego dowozu płynu stara się o zwiększenie wydzielania płynu przez skórę i płuca za pomocą ciągłych ruchów ciała, chodzenia po górach. W przypadkach znacznego osłabienia i niemożności odbywania czynnych ruchów ciała, Oertel stara się o zwiększenie wydzielania przez skórę za pomocą rzymskich kąpeli lub zastrzykiwań pilokarpiny. Na skutek zwiększonego wydzielania płynów nie długo czekać trzeba; szybko bowiem znikają obrzęki skóry i zastoje w płucach, a uderzenia serca stają się silniejsze.

Chodzenie po górach wypełnia też i drugie zadanie, zmusza ono mięsień sercowy do energiczniejszych skurczów. Zapomocą tedy uregulowania ilości przyjętego przez ustrój płynu, ruchu mięśniowego i odpowiedniej diety odtłuszczającej, następuje podług Oertla wyrównanie zbieżeń w krążeniu, a jednocześnie ogólne odtłuszczenie. Zadaniem dalszem leczenia jest przeszkodzić nowemu odkładaniu się tłuszczu. Chorzy, którzy od otyłości wyleczeni zostali mogą wprawdzie przyjmować nieco więcej płynu, lecz skoro tylko wystąpią dawniejsze objawy otyłości niezwłocznie winni wrócić do dawniejszego trybu życia. W tem miejscu musimy wspomnieć, że i zwiększony dowóz płynów był zaleconym przeciw otyłości (L. Landois).

Przypuszczano, że przez zwiększony dowóz płynu soki trawienne zostają rozcieńczone, a przeto dostarczone ustrojowi pokarmy trudniej się wsysają. Lecz z drugiej strony z doświadczeń Voita wiadomo, że zwiększony dowóz płynów do ustroju sprzyja rozpadowi ciał białkowatych, z czego wynika, że leczenie otyłych polegające na zwiększonym dowozie płynów, musi wpłynąć na zmniejszenie ciał białkowatych, w które ustrój otyłego i tak jest ubogim, co naturalnie musi być uważanem za szkodliwe. Z powiedzianego wynika, że z jednej strony przy zwiększonym dowozie płynów odtłuszczenie albo jest niemożliwym albo przedstawia nieprzewyciężone prawie trudności; z drugiej zaś ograniczenie ilości płynów sprzyja odtłuszczeniu przy zastosowaniu naturalnie odpowiedniej diety i ruchów. W gruncie rzeczy doświadczenia dotyczące się przemiany materii, t. j. rozpadu pojedynczych części składowych ustroju pod wpływem najrozmaitszych warunków, nie objaśniają nam szkodliwego wpływu zwiększonego dowozu płynów. Pod tym względem pozostaje do zapewnienia luka. Idzie o wykazanie na drodze doświadczalnej wpływu wprowadzonego z pokarmami płynu na odkładanie się i rozpad tłuszczu.

Również i podstawy, na mocy których zmniejszony dowóz płynu do ustroju przeszkadza odkładaniu się tłuszczów są nam zupełnie nieznaną, chociaż sam fakt już dawno znanym jest nietylko lekarzom lecz i laikom. Że zaś zmniejszenie ilości płynów jest potężnym środkiem pomocniczym dla odtłuszczenia, pokazuje praktyka tak zwanych angielskich i amerykańskich trainers (sport), którzy przy pokarmach bogatych w węglowodory mało piją wody.

OERTEL opowiada o przypadkach otyłości i stłuszczenia serca, w których bez zmniejszenia ilości pokarmów i bez wielkich ruchów mięśniowych, jedynie przez ograniczenie ilości płynów udawało się zmniejszyć ilość tłuszczów w ustroju. OERTEL objaśnia to zmianami, jakie zachodzą w krążeniu pod wpływem zmniejszonego dowozu płynów, t. j. przyspieszeniem krążenia (TOLD i FLEMING uważają zwolnione krążenie za bardzo ważny moment sprzyjający two-

rzeniu się tłuszczu), które też jest pożądanem i w przypadkach otyłości nie powikłanych zbczeniami w krążeniu krwi. Obok tego ograniczenie ilości płynów zmniejsza uczucie głodu, co pociąga za sobą ograniczenie ilości pokarmów, moment bardzo ważny dla odfuszczenia. Ograniczenie ilości płynów jest w rzeczy samej momentem bardzo ważnym przy leczeniu otyłości, a szczególnie powikłanej zbczeniami w krążeniu. Lecz z drugiej strony nie należy zapomnieć o spostrzeżeniach Jürgensena, Banera i Fossagrives'a, które dowodzą, że nadmierne ograniczenie ilości płynów w postaci tak zwanych suchych kuracyi (Schroth) pociąga za sobą ciężkie następstwa. Jürgensen zauważył po nadmiernem ograniczeniu ilości płynów zwiększoną ilość mocznika, lecz już po kilku dniach ciepota ciała podnosiła się do 40° C. Fossagrives komunikuje, że zwierzęta, którym się przez dłuższy czas podaje suche pożywienie szybko chudną i w końcu zdychają.

Jakkolwiek więc dobroczynny wpływ ograniczenia ilości płynów przy leczeniu otyłości został powszechnie uznany, to jednak doświadczenie poucza, że przy zbyt energicznym użyciu tego środka można przynieść nie małą szkodę ustrojowi i że zatem i tu kontrola ze strony lekarza jest konieczną.

Oprócz powyżej skreślonych sposobów leczenia otyłości, najczęściej w ostatnich czasach stosowanych, jeszcze stosują leczenie zdrojowe i wodolecznictwo. Najczęściej używanymi są źródła zawierające głównie sól glauberską, Marienbad, Tarasp i Schuls, niemniej i cieplice Karlsbad, szczególnie, gdy otyłość połączoną jest z moczówką cukrową. Pod wpływem częstych wypróżnień przy jednoczesnem zmniejszeniu dowozu pokarmów, przebywaniu na świeżem powietrzu i spacerów otyły w ciągu 6 do 8 tygodni traci znaczną część ciężaru ciała. Odbywa się to głównie z jednej strony przez ograniczenie dowozu pokarmów (*Reductionscur*), z drugiej przez odejście płynu z ustroju. A i alkalia mają pewne znaczenie, jakto pokazały doświadczenia niedawno podjęte przez Curt Lehmana ²¹⁾ który zauważył, że przy wprowadzeniu alkali do żołądka lub po zastrzyknięciu tychże do żył, zużycie kwasorodu i produkcya kwasu węglanego zostają zwiększone.

Leczenie zdrojowe otyłości ma niewątpliwie wiele za sobą, nie odpowiada ono jednak wszelkim wymaganiom racjonalnego leczenia. Nie idzie bowiem przy leczeniu otyłości jedynie o zmniejszenie ciężaru ciała, lecz także o podniesienie zawartości ciał białkowatych w ustroju, a zarazem o poprawienie sprawności mięśni. Zadania te nie dadzą się naturalnie w ciągu 6 do 8 tygodni dokonać; jednakowoż przez leczenie zdrojowe szczególnie u indywiduów z zastojami (*plethorische Fettsucht*) zyskuje się dogodniejsze warunki dla późniejszego stosowania czysto dyetetycznych sposobów leczenia. W ostatnich czasach powstała dysskussya, czy i w przypadkach otyłości połączonych ze stłuszczeniem serca i zbczeniami w krążeniu leczenie zdrojowe może być stosowanem. Podczas gdy zdaniem Oertla ²²⁾ u tego rodzaju chorych wszelkie leczenie zdrojowe winno być zaniechanem, lekarze zdrojowi starają się dowodzić, że i w tego rodzaju przypadkach leczenie zdrojowe może być stosowanem.

Leczenie otyłości zimną wodą znajduje uzasadnienie w możliwości za pomocą zniesienia ciepłoty skóry pobudzenia wydzielania kwasu węglanego, a tem samem zużycia tłuszczu w ustroju. Winternitz ²³⁾ stara się w celu zużycia tłuszczu w ustroju łączyć ruchy mięśniowe z ochłodzeniem skóry. Podług Winternitza człowiek po kąpieli 12 do 14° C. trwającej 20 minut traci 500000 je-

²¹⁾ Tagebl. der Naturf. Vers. zu Magdeburg 1884 str. 186.

²²⁾ Oertel. Zusätze und Erläuterungen zur allg. Therapie der Kreislaufstörungen. Leipzig 1886.

²³⁾ Winternitz. Wiener Medizinische Presse 1886. Nr. 1, 2, 4, 6.

dnostek ciepłika. Dla odzyskania tej ilości ciepłika 50 gramów tłuszczu najmniej musi się utlenić. Systematyczne leczenie hydropatyczne, pobudzenie potów i praca mięśniowa podnosząc fizyologiczne zużycie tłuszczu, mogą w pewnych przypadkach otyłości niepowikłanych, niewątpliwie dodatni wpływ wywrzeć w leczeniu otyłości przy jednoczesnem uwzględnieniu przepisów dyetetycznych.

W ostatnich czasach na nowo podniesioną została przez THOMASA ²⁴⁾ konieczność leczenia zapobiegawczego otyłości. Już IMERMAN zwrócił uwagę na ważność leczenia zapobiegawczego u dziedzicznie usposobionych. Polegać ono głównie powinno na zwiększeniu dowozu białka zapomocą odpowiedniego pożywienia i metodycznych ćwiczeń ciała. Autor zwraca uwagę na palenie tytoniu, które jużto w celu zapobiegawczym, a nawet w leczeniu otyłości przynajmniej w niektórych przypadkach należałoby ograniczyć. Jakkolwiek u niektórych indywidualów palenie cygara przed samym obiadem odbiera chęć do jedła, to znowu doświadczenie z drugiej strony poucza, że osoby wiele palące są zdolne o każdej porze jeść i że wielu palaczy jest zarazem polifagami, co autor tłumaczy tem, że u wielu po paleniu powstaje w żołądku nieprzyjemne uczucie, które ustępuje po przyjęciu pokarmu.

Ogólne wnioski jakie autor w końcu wyprowadza streścić się dają w następujący sposób: Jakkolwiek przyczyny nadmiernej otyłości powiększej części są nam znane, to jednak racjonalne leczenie otyłości jest zadaniem bardzo trudnem; zdarzają się nawet przypadki w których sztuka lekarska nie zrobić nie może. W przypadkach dostępnym leczeniu, a szczególnie leczeniu dyetetycznemu, musi być zawsze przedewszystkiem uwaga zwróconą na specjalną przyczynę otyłości.

Dotychczas podjęte doświadczenia i spostrzeżenia pozwalają na dostarczenie otyłym wszelkich substancji pokarmowych; wszelako ilość tłuszczów i węglowodorów musi być zawsze ograniczoną. Im większą jest różnica między substancjami bezazotowemi wprowadzonymi do ustroju a ich zużyciem, tem szybciej przy jednakowej ilości białka nastąpi odtłuszczenie. W żadnym razie nie powinno ograniczenie substancji bezazotowych w stosunku do ilości białka dojść do tego stopnia, by ustroj był zmuszonym ponieść stratę w białku. Ponieważ ważenie przy leczeniu otyłych tylko nas poucza o wielkości straty na wadze ciała, a bynajmniej nie objaśnia, jakie części składowe ustroju uległy redukcji, przeto zawsze pożytecznem będzie mierzenie siły mięśniowej za pomocą dynamometru Mathieugo. Dla jeszcze ściślejszego przekonania się o zachowaniu się ilości białka należałoby przed rozpoczęciem, jakoteż podczas leczenia określać ilość azotu w moczu, w ten sposób możnaby się przekonywać, czy ilość białka w ustroju się zwiększa.

W miarę postępu leczenia i dyeta musi być odpowiednio do zmienionego składu ustroju chorego modyfikowaną, a to w celu utrzymania ilości białka i sprawności ustroju w należytych stanie. Że oprócz uregulowania diety i wszelkie inne czynniki sprzyjające rozpadowi tłuszczów w ustroju, jak ruch, niżenie ciepłoty skóry za pomocą zimnych obmywań, pobyt w górach są nadzwyczaj ważne przy leczeniu otyłości, zdaje się nie ulegać wątpliwości.

Lekarz chcący przeprowadzić leczenie odtłuszczające, winien zawsze oprzeć swe postępowanie na podstawie praw odżywiania, w przypadkach jeszcze dostępnym leczeniu, skutek zawsze odpowie oczekiwaniu.

²⁴⁾ Ueber Körperwägungen. Versammlung deutscher Naturforscher und Aertzte in Berlin 1886. Section für innere Medizin.

ODCINEK.

SPRAWOZDANIE Z RUCHU CHORYCH w Warszawskim szpitalu Zapasowym w ciągu roku 1887 z opisem kilku ciekawych spostrzeżeń.

Ułożył Witold Szumlański, lekarz miejscowy tegoż szpitala.

(Ciąg dalszy.—Zobacz Nr. 36).

II. Spostrzeżenia.

I. Feliks M. Rymarz, lat 22, przybył do szpitala 3 Lutego. Z anamnezy dowiedzieliśmy się, iż choroba obecna rozpoczęła się przed dwoma tygodniami, dreszczami, bólem w krzyżu, kończynach górnych i w karku; ból ten nie był stały; zjawiał się codziennie około godziny 4 po południu i zmuszał chorego do porzucenia zajęcia, które znów rozpoczynał na drugi dzień rano; po kilku dniach bóle umiejscowiły się wyłącznie w okolicy potylicowej, wkrótce jednak ustąpiły po kilkakrotnem penzlowaniu nalewką jodową. Mimo to stan ogólny stopniowo się pogarszał, tak iż wreszcie chory zmuszony był przed dwoma dniami położyć się do łóżka; w przeddzień przybycia do szpitala miał dosyć obfite wymioty.

Od dzieciństwa kaszle, zwłaszcza w porze zimowej, przed 5 laty pluł krwią w ciągu 4 miesięcy; w następnym roku było również w ciągu miesiąca krwiopłucie, potem powtarzało się to znów kilkakrotnie przez ciąg kilku miesięcy, wreszcie na tydzień przed wstąpieniem do szpitala była przy kaszlu domieszka krwi w płwocinie. Usposobienia dziedzicznego do suchót niema.

Przy badaniu znaleziono co następuje: Ciepłota 39°5. Tętno 88; ogólne odżywianie nędzne, wgłębienia nadobojczykowe dosyć znaczne. Oddech zastrzony z obfitemi suchemi rżężeniami. Kaszel mocny, płwocina śluzowa bez domieszki krwi. Tony serca czyste.

Brzuch nieco bolesny; odgłos wypukowy bębniasty, wysoki. Wypróżnienia były po przyjętych w domu środkach przeczyszczających. Język obłożony, wilgotny. Śledziona niewyczuwalna.

Choremu przepisano: 2 czterokątne proszki kalomelu, potem łyżkę oleju rzącznikowego, 20 baniek suchych na plecy. Porcja ścisła.

4/II. C. 39°4. T. 80. Wypróżnienia były obfite. Śledziona nie wyczuwa się; górna jej granica pod 7 żebrem. Na skórze brzucha kilka drobnych różowych plamek, ginących przy ucisku palcem. Kaszel mocny. Wieczorem: C. 39°7. Tętno 84.

Rozpoznano: *Typhus abdominalis*. *Bronchitis catarrhalis exacerbata*. Zalecono: *Infus. Ipecacuanhae* z wyskokiem. Dyeta mleczna.

5/II. C. 39°2. T. 72 pełne. Wysypka obfitsza. Wypróżnienia kilkakrotnie wodniste. W okolicy kiszki ślepej przy ucisku przelewianie. Mocny ból głowy. Kaszel męczący. Wiecz. C. 39°4. T. 84. Zalecono prócz *Inf. Ipecac.* suche bańki na plecy.

6/II. C. 39°0. T. 84. Rano chory zauważył krew w płwocinie i od tego czasu ciągle dosyć obfite krwiopłucie. Plamy na ciele jeszcze liczniejsze. Wypróżnienia płynne; język obłożony. Śledziona pod 8 żebrem; niewyczuwalna. Zalecono: *Infus. Ipec. c. Morphio acet.* (gr. $\frac{1}{12}$ p. dosi). Okład lodowy na piersi. Pokarmy zimne. Wieczorem: C. 39°3. Krwiopłucie znacznie mniejsze.

7/II. C. 39°5. T. 88. Nieznaczna ilość krwi w płwocinie. Stan ogólny nieco lepszy. Przytomność zupełna. C. wieczorna 38°3. T. 100 pełne, twarde. W płwocinie nieznaczna domieszka krwi.

8/II. C. 39°7. T. 100 mniej pełne. Kaszel umiarkowany, płwocina zawiera

zaledwie ślady krwi. Wiecz. C. 40.0. T. 100. Zalecono: *Infus. Ipecac. c. Elixiere acido Halleri.*

9/II. C. 39¹. T. 96. Kaszel znów silniejszy; płwocina bez domieszki krwi. Wypróżnienie jedno w ciągu dnia. Wysypka na skórze zbladła. Wiecz. C. 39². T. 100. Mocny napad suchego kaszlu, który uspokoił się po przyjęciu przez chorego 5 gran proszku Dovera.

16/II. C. 39⁶. T. 112. Chory chwilami nieprzytomny, bredzi; na twarzy z obu stron wypieki. Kaszel mocny, męczący; wykrztuszanie trudne, w małej ilości. Oddech mocno zaostrozony, zwłaszcza u szczytów; obfite świsły. Płwocinę zbadano sposobem Neelsen'a, przyczem laseczników gruźliczych nieznaleziono. Zalecono: Roztwór apomorfiny z kodeiną; suche bańki na plecy i piersi. Wieczorem: C. 39⁹. T. 100. Kaszel mniej męczący; bezgłos. Zalecono zapenzlowanie nalewką jodową w okolicy krtani.

11/II. C. 39⁵. T. 100. Stan półprzytomny; źrenice zwężone. Kaszel mniejszy, głos ochrypnięty. Badanie wewnątrz-krtaniowe było niemożliwe ze względu na stan ogólny chorego. O god. 2 w południe C. 40⁰. Wiecz. C. 39⁰. T. 96, drobne, nikłe. Zalecono: *Det. Senegae c. Liq. Ammoui anis.* i wino.

12/II. C. 39¹. T. 108 nieco pełniejsze. W nocy obfity krwotok płucny, który powstrzymano po natychmiastowem zastosowaniu odpowiednich środków; obecnie krwi w płwocinie niema. Wypróżnienie jedno w ciągu dnia; język drżący, obłożony. Stan półprzytomny. Wiecz. C. 40¹. T. 120 pełne. Płwocina bez krwi. Zalecono: 10 gr. *Chinini sulf.*

13/II. C. 37⁴. T. 104. Kaszel mocny, suchy. Głos ochrypnięty. Wypróżnienia prawidłowe. Wiecz. C. 39⁷. T. 104. Zalecono: 5 gr. *Chinini sulf.*

14/II. C. 39⁸. T. 112. Kaszel przeważnie suchy; oddech mocno zaostrozony z obfitemi rżenieniami. Wiecz. C. 40 6. T. 130 pełne. Zalecono: 10 gr. *Chin. sulf.*

15/II. C. 38⁶. T. 110. Od rana częste wodniste wypróżnienia. Kaszel mniejszy, przytomność zupełna. Płwocina badana powtórnie; laseczników gruźliczych nie znaleziono. Zalecono: *Emuls. Amygdalarum c. T-rae opi.* Wiecz. C. 38³. T. 104 małe, nikłe. Znaczny upadek sił; stan apatyczny. Od 3-iej w południe stolca nie było. Wstrzyknięto pod skórę eter z kamforą i zalecono co godzinę łyżkę wina z 25 kroplami *T-rae Valerianae.*

16/II. C. 37³. Tętno nitkowate. Twarz i kończyny zimne, sine; robiono częste wstrzykiwania podskórne eteru z kamforą. Chory zmarł o godz. 11 rano. Badanie pośmiertne, dokonane nazajutrz w obecności kol. SZWAJCERA wykazało zmiany następujące:

Trup męczyzny średniego wzrostu, budowy prawidłowej, znaczny stopień wychudnienia; skóra blada; tkanki tłuszczowej podskórnej zanik prawie zupełnie; mięśnie czerwone.

Płuca, zwłaszcza górny płat prawego, przyrośnięte do ścian klatki piersiowej za pomocą łatwo rozrywających się zrostów. Lewe płuco na całej przestrzeni puszyste, po brzegach nieznaczny stopień rozedmy; na przekroju tylne części nieco przekrwione, pozostałe prawidłowe. Górny płat prawego płuca stwardniały; prócz tego w głębi wyczuwać się dają liczne drobne stwardnienia; płat środkowy i dolny puszyste. Na przekroju widać w płacie górnym obfite pasma łączno-tkankowe; przekroje drobnych oskrzeli wystają po nad powierzchnię przekroju tkanki płucnej. Na granicy płatu górnego i środkowego znajdują się trzy zagłębienia, wielkości wiśni, wypełnione brudnym, gęstym płynem ropnym. Błona śluzowa oskrzeli pokryta w obu płucach gęstym śluzem, przekrwiona; widać na niej wyraźne prążki podłużne i poprzeczne. Błona śluzowa krtani blada, wiotka, pokryta znaczną ilością przezroczyściego, lepkiego śluzu.

Serce w chwili skurczu; mięsień czerwony, zastawki prawidłowe. Sledziwna około 4 razy powiększona, miękka; na przekroju mocno czerwona; od uciśku palcem bardzo łatwo rozrywa się. Wielkość wątroby prawidłowa; budowa

zrazikowa wyraźna. Nerki zmian żadnych nie przedstawiają. Otrzewna ścienna i trzewiowa mocno przekrwiona, pokryta strzępkami włókniaka, którym zlepione są także oddzielne pętle kiszki; połączenia te rozrywają się bardzo łatwo.

Kiszki. W jelicie biodrowym (ileum) tuż przy zastawce Bauchini'ego znajdują się trzy owrzodzenia, z których największe, długości około 5 cm. idzie w kierunku podłużnym; dwa pozostałe okrągłe, wielkości srebrnej złotówki; dno owrzodzeń zagłębione, dochodzi prawie do błony surowiczej; brzegi wyniosłe, miękkie wiotkie. W środku owrzodzenia, leżącego najbliższej od zastawki Bauchini'ego znajduje się otvorek wielkości małego łebka od szpilki, prowadzący z kiszki do jamy otrzewnej. Przy ucisku na kiszkę przed otwarciem wydziela się przez otwór zawartość kiszki—płynny kał. W dalszym ciągu kiszki biodrowej owrzodzeń niema, blaszki Peyer'a i gruczolę odosobnione nacieczone. Błona śluzowa kiszki grubej blada, pokryta płynną zawartością. Gruczolę chłonne krezkowe powiększone, miękkie. Jama czaszki nie była otwierana.

Rozpoznanie pośmiertne: *Pneumonia caseoidea dextr. superior. Bronchitis et Peribronchitis chronica. Oedema glottidis. Tumor lienis acutus. Peritonitis fibrinosa acuta. Enteritis typhosa ulcerosa c. perforatione intestini ilei.*

(Część kiszki z owrzodzeniami przedstawiono po wycięciu Prosektorowi D-rowsi PRZEWÓSKIEMU, który potwierdził, iż owrzodzenia posiadają cechy właściwe sprawie durowej).

II. Spostreżenie to dotyczy 11-letniej Emilii O., która przybyła do szpitala pod koniec 2-go tygodnia duru brzuszno, oznaczającego się ciężkim bardzo przebiegiem i niezwykle powikłaniem ze strony skóry pod postacią szczególnego rodzaju wysypki. Chora przybyła nieprzytomna i stan taki trwał, zwłaszcza w nocy, podczas całego okresu gorączkowego. Ciepłota w ciągu pierwszych dni 12 tu wahała się pomiędzy 38^o rano i 39^o5 (raz tylko 40^o) wieczorem; podczas następných dni 6-ciu był stan bezgorączkowy, potem kilkakrotnie jeszcze wznosiła się ciepłota do 39^o, wreszcie od 28 dnia pobytu chorej w szpitalu, była w ciągu trzech tygodni prawidłowa (około 37^o). Chora zaczęła już potrochu przychodzić do siebie, siły powracały i zamierzaliśmy wkrótce wypisać ją ze szpitala, gdy raptem ciepłota wzniosła się do 40^o i nastąpił powrót choroby, w którym chora, ciągle gorączkując, lecz już bez utraty przytomności, przeleżała w szpitalu jeszcze dni 17, poczem na usilne żądanie ojca zabraną została do domu i nie miałem od tego czasu żadnej o niej wiadomości.

Tętno od samego początku choroby było bardzo słabe, ilość uderzeń stale przewyższała 100, dochodząc niekiedy do 160 na minutę, było ono miękkie, drobne, tak iż często niepodobna go nawet było przeliczyć. Środki pobudzające i dyeta mleczna, a potem w okresie zdrowienia pokarmy wzmacniające, podtrzymywały siły chorej i im należy prawdopodobnie przypisać pomyslnie zejście choroby.

Głównie jednak mamy zamiar zwrócić uwagę na wysypkę, która pokazała się na skórze pośladków d. 12, II t. j. w końcu 3-go tygodnia choroby. W wzmiankowanych miejscach zauważyć można było czerwone plamy, ułożone symetrycznie, wystające nad powierzchnię skóry zdrowej, przypominające wyglądem swym plamy, spotykane przy odrze. Ilość plam szybko bardzo się zwiększała, a łącząc się wzajemnie, tworzyły mniejsze lub większe czerwone placie, wzniesione nad powierzchnię skóry zdrowej i niknące przy ucisku palcem.

Na trzeci dzień t. j. d. 14/II mieliśmy obraz następujący: Wysypka zajmuje większą przestrzeń, zaszła na tylną powierzchnię obu bioder; na pośladkach w pobliżu linii środkowej widać jednostajną rozlaną czerwoność, na obwodzie zaś znajdują się oddzielne, drobne plamki; podobna jasno-czerwona, obfita wysypka wystąpiła na skórze klatki piersiowej od przodu, w części pod posta-

cią oddzielnych plamek, w części zaś w kształcie plam większych, powstałych przez zlewanie się drobnych.

15/II. Na całym tułowiu i na kończynach nowe drobne, jasno-czerwone plamy, niknące przy ucisku; barwa dawniejszych ma odcień fioletowy i nie zmienia się przy ucisku. Wieczorem tegoż dnia wysypka jeszcze obfitsza i ciemniejsza, widać ją już na szyi i twarzy.

16/II. Wysypka obfitsza na całym ciele; im starsze plamy, tem więcej są złane i barwa ich ciemniejsza; świeższe są jaśniejsze i leżą oddzielnie. (d. n.)

Wiadomości bieżące krajowe i zagraniczne.

Krajowe. Dr. K. P. KOWALKOWSKI docent i asystent prof. DOBROSEAWINA został mianowany nadzwyczajnym professorem higieny w Warszawie.

— Plany mającego się budować w Tworkach domu obłąkanych ostatecznie przez Ministerium zatwierdzone zostały.

— Wkrótce wakować będzie posada etatowego ordynatora w szpitalu Ś-go Łazarza w Warszawie.

Zagraniczne. Z powodu mającej się odbyć wszechświatowej wystawy w r. 1889 w Paryżu, odbywać się tam kongresy i lekarski i higieniczny.

— Prof. NUSSBAUM w Monachium wykonał d. 2 Sierpnia r. b. 500-tną owaryotomią i przy tej okazji doznał tłumnej ze strony słuchaczy swoich owacyi.

— Misteryum spraw wewnętrznych w Wiedniu zakazało dalszych doświadczeń nad szczepieniem jadu wścieklizny metodą PASTEURA, które Dr. ULLMANN w klinice ALBERTA rozpoczął.

— Dr. SCHMITZ opisuje następującą metodę leczenia bezkrwawego kaszaków. Wciera się do naraśli eter i 5% roztwór kwasu karbolowego, następnie nakłówa go się i w otwór ten wtlacza się na 4 minuty sztyft potażu gryzącego. Tworzy się strup, pod którym zawartość kaszaka kurczy się i „zmydla” a po 14 dniach można ją z łatwością pinsetą wyjąć.

— Przeciwno zatwardzeniu u dzieci *Med. Record* zaleca małe dawki podofilliny w następującej formie: *Rp. Podophyllin. 0,5. Iridin. 0,3. Spir. amon. 2,0. Digere per plures dies et filtra.* Dziecku rocznemu zadaje się 1—2 kropel na kawałku cukru na noc.

Wykaz prac oryginalnych w czasopismach lekarskich polskich zamieszczonych.

W Przeglądzie lekarskim. W N-rze 35. ROSENBUCH: O podskórnem wstrzykiwaniu roczynów soli kuchennej w osłabieniu mięśnia sercowego (dok.). SMOLEŃSKI. O hydrotterapii suchót płucnych (c. d.). W *Odcinku*. PRUS. Listy z Paryża III.

W Gazecie lekarskiej. W N-rze 35. A. SOKOŁOWSKI. O zwężeniu przymiotowem (syfilitycznem) tchawicy i oskrzeli. PAWIŃSKI. Powikłanie włóknikowego zapalenia płuc zakaźnem zapaleniem wsierdzia (*Endocarditis pneumonica*) (c. d.). O. BURWID. Metoda Pasteur'a ocena prac i doświadczeń nad ochronnemi szczepieniami wścieklizny, wyniki własnych poszukiwań, oraz statystyka szczepień w Warszawie (c. d.). W *Odcinku*. O racjonalnem leczeniu.

W Pamiętniku lekarskiem. Zeszyt 2-gi. K. NOISZEWSKI. Barwikowica (*Retinitis pigmentosa*) i choroby pamięci woli i mowy (z tab. lit.). R. TRZEBICKY. O operacyjnem leczeniu ostrego zapalenia otrzewny. M. ZIELENIIEWSKI. Słownik Bibliograficzno-Balneologiczny krajowych zakładów zdrojowo-kąpielowych, wodolecznicznych, żętycznych, kumysowych i klimatycznych. Posiedzenia komitetu higieny publicznej od 15 Września 1886 r. do 23 Lutego 1887. Protokoły posiedzeń Towarzystwa od dnia 18 Maja do dnia 28 Września 1886. Bilans funduszów i własności Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego z końcem 1886 r.