

GAZETA LEKARSKA.

PISMO TYGODNIOWE
POŚWIĘCONE WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

Od 1-go Stycznia r. 1893 Cena Gazety Lekarskiej wynosi w Warszawie: rocznie 7 rs., półrocznie 3 rs. 50 kop., na prowincyi, w Cesarstwie i za granicą: rocznie 8 rs., półrocznie 4 rs. Cena ogłoszeń. Trzy pierwsze po kop. 15 za wiersz drobnem pismem, lub za jego miejsce, następne po kop. 10. ogłoszenia zagraniczne po kop. 18, za wiersz drobnem pismem lub jego miejsce.

Redaktor odpowiedzialny Dr. Gajkiewicz Władysław. Wydawca Dr. Kondratowicz Stanisław.

Adres Redaktora: Marszałkowska Nr. 115 Adres Wydawcy: Marszałkowska Nr. 119.

Rachunki, odnoszące się do honorarium za artykuły, załatwiać można codziennie u Wydawcy od 9-10 rano.

Wszystkie artykuły są płatne. Koszta odbitek obciążają honorarium.

Treść: I. F. KIJEWSKI. O ropniach podprzeponowych (*abscessus subphrenicus*). — II. A. CIA-GLIŃSKI. Przypadek t. zw. choroby LITTLE'a. Przyczynę do anatomii patologicznej porażen mózgowych u dzieci. — III. A. SOKOŁOWSKI. Kilka słów w kwestyi stosowania kreozotu przy leczeniu suchot płucnych. — *Dział sprawozdawczy.* 1 E. SONNAG. O HEGAR'owskim znaku rozpoznawczym ciąży. — 2. ROYET i COLLET. O cierpieniu systemowem mózdzku i części rdzenia przedłużonego oraz mostu WAROL'a w związku z nim będących. — *Wiadomości terapeutyczne* — *Wiadomości bieżące.* — Ogłoszenia.

Pilulae ferri oxydulati. Pilulae ferri oxydulati cum chinino sulphurico.

Liczne poszukiwania tak dawniejszych jako i współczesnych klinicystów oraz farmakologów wykazały, iż nie wszystkie przetwory żelaza zarówno są skuteczne, i że pomimo podawania jednakowych ilości tego pierwiastku zawartego w rozmaitych związkach, rezultaty lecznicze bywają jednakże różne (BLAUD, NIEMEYER, VALLET, HUSEMANN, BINZ i wielu innych). Przyczyny tego faktu szukać należy w tem, że nie wszystkie przetwory żelaza z równą łatwością są przez organizm przyswajane, oraz że gdy jedne nawet w znaczniejszych ilościach mogą być zadawane, inne drażnią przewód pokarmowy i już w niedługim czasie muszą być zaniechane. Ze wszystkich dotąd wypróbowanych przetworów najbardziej odpowiada celowi *wodan tlenku żelaza*, gdyż najłatwiej ulega przyswojeniu i wybornie nawet słabe żołądki go znoszą. W obec tych jego szacownych własności, przygotowanie wszelkich form farmaceutycznych z powyższego przetworu ma, jak sądzę, wszelką rację bytu i pierwszeństwo przed innymi. Mając to na uwadze, już oddawna zająłem się wyrobem pigulek zawierających już to czysty *per se*, przetwór, o którym mowa jako: *pilulae ferri oxydulati*, już też z dodatkiem chininy jako *pilulae ferri oxydulati cum chinino sulphurico*. Każda pigułka zawiera około pół grana bezwodnego tlenku żelaza (ściśle biorąc nieco więcej bo 0,6 grana). Ilość chininy (w pigułkach drugiego rodzaju) wynosi 1/2 grana na sztukę.

Kilkakrotne badania nad działaniem powyższych pigulek, dokonane z najlepszym skutkiem w warszawskich szpitalach, jak o tem przekonywają wydane mi przez powagi lekarskie świadectwa, pedantyczna dokładność w przygotowaniu tak nieodbitnie potrzebna jak wiadomo, aby dany przetwór nie ulegał rozkładowi, a wreszcie, dostępność ceny: dają mi jak mierniam zupełne prawo do konkurencji z podobnymi wyrobami zagranicznymi, które zawierająca przetwory niezawsze wytrzymujące krytykę ze stanowiska farmakologicznego, oraz będąc w stosunku do swej rzeczywistej wartości nieproporcjonalnie drogiemi, daleko stoją niżej do swego krajowego wyrobu.

M. Mutniański.

APTEKA,
SKŁAD WÓD MINERALNYCH
NATURALNYCH,

WPROST ZE ŹRÓDEŁ SPROWADZANYCH,

pod firmą

D-R T. HEINRICH

w WARSZAWIE

przy rogu ulic Wierzbowej i Senatorskiej N. 473b istniejąca.

Jest stale zaopatrywana we wszystkie wody mineralne świeżego czerpania, jak również w lekarstwa specjalne zagraniczne i środki lekarskie w ostatnich czasach w użycie wprowadzone.

13—1

Egzystująca od 1825 roku
w Warszawie
PAROWA FABRYKA
PERFUM, MYDEŁ TOALETOWYCH I KOSMETYKÓW
FRYDERYKA PULS
Sprzedaż hurtowa i detaliczna
w Składzie Głównym
Plac Teatralny Nr. 11.

CONTREXÉVILLE SOURCE DU PAVILLON

Jedynie uznane za ogólnie
pożyteczne.

Sezon od 20 Maja do 20
Września.

Nieocenione przeciw
następującym chorobom:

Gościec, Kamica, Moczówka,
Choroby wątroby dróg
moczowych.

**AVOIR SOIN DE BIEN PRÉCISER
LA SOURCE DU PAVILLON**

0—7

Skład Główny w Warszawie, w Aptece W. Karpińskiego — Elektoralna 39.

GAZETA LEKARSKA.

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

Wydawana przez następujących lekarzy: Andersa Ludwika, Biernackiego Edwarda, Chołchowskiego Kazimierza, Chrostowskiego Bronisława, Ciąglińskiego Adama, Ciechomskiego Andrzeja, Dmochowskiego Zdzisława, Dunina Teodora, Eisenberga Antoniego, Fabiana Aleksandra, Gabszewicza, Antoniego, Gajkiewicza Władysława, Gepnera Bolesława, Grosterna Wiktora, Herynga Teodora, Hoyera Henryka, Jakowskiego Maryana, Jasińskiego Romana, Jawdyńskiego Franciszka, Kamockiego Walentego, Kijewskiego Franciszka, Kondratowicza Stanisława, Kornilowicza Edwarda, Kramsztyka Zygmunta, Kwietniewskiego Stanisława, Malinowskiego Alfonsa, Matlakowskiego Władysława, Mayzla Wacława, Mutermilcha Juljusza, Nenckiego Leona, Nussbauma Henryka, Pawińskiego Józefa, Peszkiego Józefa, Pruszyńskiego Jana, Przewoskiego Edwarda, Przybylskiego Jana, Puławskiego Arkadiusza, Rejchmana Mikołaja, Rupperta Henryka, Sawickiego Bronisława, Sokołowskiego Alfreda, Wróblewskiego Władysława, Zielińskiego Edwarda, Zweigbauma Maksymiljana i Żerę Teofla.

Wydawca Kondratowicz Stanisław.

Redaktor odpowiedzialny Gajkiewicz Władysław.

Rok XXIX.

Serja II. Tom XIV. Numerów 52.

str. CCLXXXVII+1419, tablica litografowana 1, tablica fotodrukowana 1, tablic z drzeworytami 4, fotodruków 3, drzeworytów 60.

WARSZAWA

Druk K. Kowalewskiego, ul. Mazowiecka N. 8.

1894



**Дозволено Цензурою.
Варшава, 19 Декабря 1894 года.**

SPIS RZECZY

zawartych w T. XIV Seryi II Gazety Lekarskiej z r. 1894.

I. PRACE ORYGINALNE.

1. AKUSZERYA I GINEKOLOGIA.

	<i>Stron.</i>
Kraków Kazimierz. Przypadek ostrej rzeźączki w połogu	632
Neugebauer Franciszek. Rzadki preparat anatomiczny jaja płodowego, poronionego w 8 tygodniu w sposób niezwykły	280
Rapczewski F. (Turzyska). Przyczynek do symptomatologii drgawek porodowych	744
Rosenthal Jakób Przypadek utworzenia się kamienia w jamie pęcherzowo-pochwowej po zupełnem zeszyciu przewodu pochwowego (<i>colpocleisis</i>)	311
Sawicki J. W. (Grajewo). Przypadek wypadnięcia kiszki prostej, sztucznie wywołanego w ostatnim okresie porodu	1128
— — — — — Przypadek pęknięcia szyjki macicznej i tylnego sklepienia pochwy podczas porodu. Wydobyte płodu z jamy otrzewnej przez pochwę za pomocą pociągania płodu za nóżki. Wyleczenie.	1128
Warman Mikołaj (Kielce). Przyczynek do leczenia poronień osnuty na tle 250 przypadków	53, 79, 117

2. ANATOMIA PATOLOGICZNA.

Dmochowski Zdzisław. O wtórnem cierpieniu jamy nosogardzielowej u suchotników	27, 61, 85
— — — — — Hydrops antri Highmori pochodzenia zapalnego	519
— — — — — i Janowski Władysław. Rzadki przypadek całkowitego torbielowego zwyrodnienia wątroby	141
Leśniowski Antoni. Hydrops inflammatorius antri Highmori	1230
Luxenburg Józef. Przypadek jam w rdzeniu kręgowym (<i>Hydro-et syringomyelia</i>)	327

3. CHIRURGIA.

Essigman Stanisław. Przyczynek do sprawy krwotoków po wyrwaniu zęba	152
Gliksman Edward. W sprawie doszczętnego operowania przepuklin sposobem Bassiniego	627, 667
Gotard Henryk. Tężec po podwiązaniu hemoroidów	1331
Kijewski Franciszek. O ropniach podprzeponowych (<i>Abscessus subphrenicus</i>) 1, 39, 67, 91, 123 O rozszczepieniu krtani (<i>Laryngofissura</i>)	733, 762, 792
Korybut Daszkiewicz (Siedlce). Przyczynek do kazuistyki ciał obcych w pęcherzu	966
— — — — — Przyczynek do leczenia mięszonego zapalenia gardła	635
Leśniowski Antoni. Przypadek jęczmienia, zakończony śmiercią	470
Lubliner L. Przypadek chłoniaka języka (<i>lymphangioma linguae</i>)	1119
Niedzielski Kazimierz. Przypadek posokowatego zapalenia szpiku piszczeli, powikłanego zgorzelą kości i ropnicą	499
Przedborski Ludwik (Łódź). Przypadek uwięźnięcia obcego ciała w przestrzeni podgłówniowej krtani	931
Sawicki Bronisław. Przypadek rozdarcia kroczu u noworodka	846
Sędziak Jan. Rozpoznanie skrytych postaci ropotoków (<i>empyema</i>) zatok bocznych nosa (<i>Highmora</i> , czołowych i klinowych)	397, 419, 445

Troczewski Antoni (Kutno). Ciężki przypadek ropnego zapalenia czterech stawów w przebiegu płonicy, zakończony zupełnym wyzdrowieniem z zachowaniem prawidłowych czynności w stawach	200
Wróblewski Władysław . O t. zw. ostrych ropniach przegrody nosa, (<i>Abscessus septi narium</i>)	1147
Zaleski Karol (Leonów). Przyczynek do leczenia wodogłowa przewlekłego (<i>hydrocephalus chronicus</i>) zapomocą przekłucia	1347
Żołędziowski M. Przyczynek do kazuistyki traumatycznych pęknięć wątroby	1009

4. FARMAKOLOGIA, TOKSYKOLOGIA i TERAPIA OGÓLNA.

Bączkiewicz Jan. O surowicy antydyfterytycznej	1366
Bronowski Szczęśny. Błękiet metylenowy przy suchotach płucnych	345
Chełmoński Adam. Stanik hydratyczny	372
— — — — — Badania kliniczne nad działaniem bodźców zewnętrznych miejscowych	713
Danysz J. (Paryż). Leczenie dyfteryty surowicą we Francji. Przygotowanie surowicy w instytucie PASTEUR'a. Stosowanie tego środka w szpitalach paryskich i w prywatnej praktyce lekarskiej	1175
Dąbrowski Witosław. Dalsze spostrzeżenia nad działaniem błękitu metylenowego w zimnicy	355
Kuczyński Antoni. Tani i prosty aspirator	759
Neufeld J. (Sosnowice). Pyoktanina w cholerye azjatyckiej	1180,
Rejchmann Mikołaj. Badania doświadczalne nad bezpośrednim wpływem dwuwęglanu sodu na wydzielanie soku żołądkowego	1035, 1068 1093
Sękowski Władysław (Wilno). O zatruciu kwasem karbolowym w następstwie przestrzykiwań pochwy	1122
Szumło J. Przyczynek do klinicznego stosowania niektórych związków grupy aromatycznej. II. Parachlorfenol	308
Szman Leon. Spostrzeżenia nad narkozą eterową	981
Wieczorkiewicz M. D. (Dąbrowa-Górnicza). Trzy przypadki leczenia błonicy surowicą BEHRING'a	1246

5. FIZYOLOGIA, CHEMIA LEKARSKA i HYGIENA.

Biernacki Edmund. W kwestyi wzajemnego stosunku czerwonych ciałek i osocza we krwi krążącej	274
Jasieński Tadeusz. O wykrywaniu małych ilości cukru w moczu	895
Mierzyński Zdzisław. Oznaczenie ilościowe kwasu solnego w zawartości żołądka bez użycia wagi i rozczyńców mianowanych	1063
Nencki Leon i Karpiński Józef. Kilka słów o oczyszczaniu wody	301, 337
Nencki Marcell (Petersburg). O kwasie soku żołądkowego i rola soli nieorganicznych w ustroju	599
— — — — — O t. zw. popiołach ciał białkowych	1203
Neufeld J. (Sosnowice). Parniki odkażające	177, 205, 235, 260, 285
Perkahl Z. (Płock). Błękiet metylenu jako odczynnik na żółć	1127
Sergiejew M. (Kazań). Wpływ niektórych nerwów mózgodzeniowych na krążenie krwi w migawce (<i>Membrana nicticans</i>) u żaby: <i>Rana esculenta</i>	867
Sobierański Wacław (Marburg). O czynności nerek	1257
Wróblewski A. (Bern). O serniku kobiecym. Różnice chemiczne pomiędzy mlekiem kobiecym a krowim	951, 988

6. OFTALMOLOGIA i OTYATRYA.

Feinstein Leon. Wrzody łącznicy pochodzenia ospowego	57
Kramsztyk Zygmunt. O przyzwyczajaniu w czynnościach oka	1007
Mutermilch Juliusz. Kilka uwag krytycznych w kwestyi wstrzykiwań sublimatu pod łącznicę oka	817
Noiszewski Kazimierz. Metoda badania dyfferencyonalnego i integralnego widzenia	503
Popławska Stanisława. Podwinięcie powieki i wzrost rzęs, powstawanie i leczenie	220
Spira. (Kraków) O patologii i leczeniu nieżyty przewlekłego ucha średniego	659, 688, 720, 766, 801

7. PATOLOGIA OGÓLNA i BAKTERYOLOGIA.

	<i>Stron.</i>
Bujwid Odo (Kraków). W kwestyi hodowania prątków błonicy na agarze moczowym	336
Dmochowski Zdzisław . Przyczynę do własności chorobotwórczych pneumokoka FRIED- LAENDER'a	194
Jakowski Maryan . Kilka uwag w kwestyi badania bakteriologicznego błon dyfteryty- cznych	1178
Markusfeld St. i Steinhaus J. Przyczyna śmierci i zmiany w ustroju królików przy prze- grzewaniu ich uszu	1091
Ronthaler Stefan (Petersburg). Porównawcze bakteriologiczno-chemiczne badania nad stosunkiem lasecznika cholery Massawskiej do wiryonu ptasiego MIECZNIKOWA i przecinkowca Kocn'a	491, 523, 557, 579
Sędziak Jan . Przyczynę do etyologii t. zw. angina follicularis	813

8. PATOLOGIA WEWNĘTRZNA.

Arnstein Feliks (Kutno). Rzadki przypadek bradykardii wysokiego stopnia	642
— — i Troczewski Antoni . Ciężki przypadek plamicy krwotocznej, wywoła- nej zakażeniem miejscowem, wikłajacem ranę kłutą stopy	147
Bajerkiwicz Wacław . Kilka słów o leczeniu zanikowej marskości wątroby	257
Biernacki Edmund . Typhus exanthematicus sine exanthemate	562
— — Analgesia nerwu łokciowego jako objaw wiałdu rdzenia	35
— — Leukocytoza w cholercie azjatyckiej	1339
Bregman E. Przypadek paramyocloni multiplicis	841
Ciągliński Adam . Przypadek t. zw. choroby LITTLE'a	7
Ciągliński Kazimierz (Siedlce). Przypadek wrodzonego zwiężenia aorty	740
Czajkowski Józef (Sosnowice). Kilka uwag z powodu t. zw. gorączki gruczołowej	787, 826
Fidler H. (Radom). Czy hyperaemia cerebri apoplectiformis?	879
Goldbaum Józef . Przypadek niezwykłych wahań w wydzielaniu soku żołądkowego i w mechanizmie żołądka	655
Grodecki Franciszek (Preny). Epidemia tyfusu brzuszego poronnego w Prenach i okolicy	903
Higier Henryk . Polyneuritis et poliоencephalitis anterior	435, 472, 530
— — Hysterja jako symulacja i kombinacja wiałdu rdzenia oraz przyczynę do różniczkowego rozpoznania objawów podrażnienia ruchowego przy wiałdzie, hysterji i t. zw. nerwicach urazowych	1284, 1315, 1319
Jaworski Józef . Moczówka cukrowa u półtorarocznego dziecka	707
— — i Nencki Leon . Zakażenie karbunkułowe, pod postacią choroby WERL- nor'a przebiegające	1158
Karpiński Józef (Rejowice). Ascaris lumbricoides w guzie pachwinowym prawym	1103
— — Ciało obce w ścianie brzusznej	1104
— — Hernia inguinalis sinistra incarcerata; gangraena, anus praeternaturalis, sanatio spontanea	1105
Łukaszewicz (Błaszki) i Zucker M. (Kalisz). Sprawozdanie z przebiegu cholery w Błasz- kach	1373
Olechnowicz Władysław (Lublin). Przypadek akromegalii	113
Pechkrauc Stanisław . Kilka słów o kurczach mięśniowych (crampus) w cholercie azjaty- ckiej	956
— — Dwie szczególne postacie zaburzeń nerwowych po cholercie azy- atyckiej	1039
— — O etyologii i leczeniu cholery	1237, 1264, 1294, 1326
Pietkiewicz Michał (Baku), Przyczynę do kazuistyki zgorzelowego zapalenia przełyku	641
— — Przypadek przepukliny płuc (pneumocele)	1312
Pisarzewski Gracyan (Częstochowa). Przypadek t. zw. obrzęku historycznego prawego ramienia i symetrycznej zgorzeli obu kończyn dolnych	409, 441
Pruszyński Jan . Posocznica w następstwie ropnego zapalenia miedniczek nerkowych i nerek	453
Puławski Arkadyusz . Poliomyelitis anterior czy neuritis multiplex	463
— — Obrzęki skóry w przebiegu błednicy, przyczynę do leczenia teźje	637
— — Tuberculum solitare w prawej odnodze mózgu	639
Rychliński Karol . Przyczynę do t. zw. dystrophia musculorum progressiva	362
Sokołowski Alfred . Kilka słów w kwestyi stosowania kreozotu przy leczeniu suchot płucnych	14
— — Przyczynę do patologii i terapii przewlekłego zapalenia przerosto- wego krtani	545, 583, 613

	<i>Stron.</i>
Sterling Seweryn (Łódź). Przyczynę do kwestyi poszukiwania lasecznika gruzliczego w płwocinie	183
Szurło Jan. Przypadek mięsaka gruczolów pozaotrzewnowych z przerzutami w wątrobie i śledzionie	553
Troczewski Antoni (Kutno). Sprawozdanie ze szpitala dla chorych cholerycznych (chrześcijan) w Kutnie w r. 1894	1371
Uliński Henryk. Przyczynę do leczenia wymiotów pochodzenia nerwowego	875
— — Przypadek niezwykłego umiejscowienia gruczolicy prosówkowatej	907
— — Przypadek raka pęcherzyka żółciowego i wątroby, przedstawiający duże trudności rozpoznawcze	934
Wizel Adam. Przypadek amaurozy histerycznej, powstałej w przebiegu choroby usznej	370
— — i Rychliński Karol. Przyczynę do nauki o padaczce Jackson'a 923, 962, 1019, 1047, 1074	573, 607
Zieliński Edward, Nencki Leon i Karpieński Józef. Tenonitis czyli zapalenie torebki Tenon'a, a t. zw. nosacizna u psów	573, 607

9. SYFILIDOLOGIA i DERMATOLOGIA.

Arnstein Feliks (Kutno). Dwa przypadki bardzo uporczywej i długotrwałej świerzbiączki skóry (pruritus, prurigo), uleczonej zapomocą systematycznego użycia antypiryny	1298
Elsenberg Antoni. Choroba Bright'a pochodzenia syfilitycznego	167
— — Leczenie wilka parachlorfenolem	248
— — Przypadek gumatów syfilitycznych mięśni krtani	381, 414
— — Gumat oczodołu	681
Halpern Jakób. O zależności przebiegu syfilisu od źródeł zakażenia	684

II. STRESZCZENIA ZBIOROWE.

Puławski Arkadyusz. Etiologia i leczenie obrzęku śluzowego (<i>myxoedema</i>). O leczeniu płynami tkankowymi w ogólności (<i>Gewebssafithérapie</i>). 808, 831, 848, 882	808, 831, 848, 882
---	--------------------

III. STRESZCZENIA.

Angioma arteriale racemosum—leczenie. Siegmund, [ref. Łapiński]	590
Basedow'a choroba i gruczol tarczowy. Eulenburg, [ref. St. Mutermilch]	1301
Basophobia. Grasset, [ref. Janowski]	1086
Bąblowiec wątroby, powikłany otorbionym wysiękiem ropnym otzewnej. Schandein, [ref. Weisblat]	511
Błonica. Udział mleka zwierząt dojnych w etiologii błonicy. Władimirow [ref. Bączkiewicz]	1113
— Zmiany w układzie nerwowym pod wpływem jadu błoniczego. Szczerbak, [ref. Jasiński]	747
— Zapalenie rdzenia, wywołane doświadczalnie przez toksyny dyfterytyczne. Enriquez B. L. Hallion, [ref. Jasiński]	748
Chloroformu własności, zanieczyszczenia i rozkładanie się. Biltz, [ref. Zweigbaum]	130, 157
Ciąża. Hegar'owski znak rozpoznawczy. Sonntag, [ref. Zweigbaum]	20
— jajowodowa i leczenie krwotoków do jamy brzusznej, spowodowanych ciążą. Dührssen, [ref. Weisblat]	347
Cucenie noworodków w stanie asfiktycznym. Prochownik [ref. Kraków]	507
Cukromocz trzustkowy. Seelig, [ref. Weisblat]	211
Drżączka porażenna. Objawy wstępne. Gravitz, [ref. F. Świeżyński]	1088
Elektryczność przyczyną śmierci. Kratter, [ref. Karłowicz]	1087
Endoskopia pęcherza kobiecego. Pawlik, [ref. Wizel]	889
Erytromelalgia. Lewin i Benda, [ref. Wizel]	428
— Eulenburg, [ref. Wizel]	431
Febris intra partum. Krönig, [ref. Lebensbaum]	970
Gastroenterostomia. Schroeter, [ref. Łapiński]	750
— plicatio. Brandt, [ref. Sawicki]	775
— rhapsia. Weir, [ref. Sawicki]	774
Glandula earotica. Nowotwory. Kopfstein, [ref. Idzikowski]	749
Gonococcus i jego stosunek do sprawy rzeżączkowej. Touton, [ref. Biro]	911
Gorączka. Rola osłabienia nerwowego w powstawaniu gorączki. Bouchard, [ref. S. Sterling]	672

	Stron.
Gościec mięśniowy (patologia). Leube, [ref. St. Mutermilch]	212
Gruźlica płuc. Zakażenia wtórne. Huguinin, [ref. Pruszyński]	936
Hemoglobina i jej pochodne, jako gleba dla drobnoustrojów chorobotwórczych. Filipowski, [ref. Karpiński]	1079
Immunizacyjna redakcyja laseczników tyfusu brzuszego. Pfeiffer (ref. Grostern)	1342
Intubacya. Znaczenie zepchnięcia błon przy intubacyi i zatankaniu rurki. Bókai [ref. Sawicki]	753
Jajowodu ropień. Leczenie operacyjne. de Seigneux, [ref. Staniszewski]	183
Jajowodowe worki. Kisch, [ref. Weisblat]	318
Jądra skręcenie się. Lauenstein, [ref. Niedzielski]	752
Kamienie żółciowe uwięzione. Sposób ich usunięcia. Kehr, [ref. Minkiewicz]	854
Kiszki grubej badania topograficzno-kliniczne. Curschmann, [ref. Żurakowski]	1268
Krew. Zmiany krwi, zachodzące u dzieci w przebiegu zapalenia płuc krupowego. Monti i Berggrün, [ref. Winiarski]	568
Kręgów zapalenie ostre. Morian, [ref. Leśniowski]	200
Krystalizacya cząsteczkowa białka kurzego. Bądziński i Zoja, [ref. Pruszyński]	349
Macica. Amputacya nadpochwowa macicy zajętej septyczną sprawą połogową. Sippel, [ref. Lebensbaum]	969
— Cierpienie części pochwowej macicy (postać nieznana). E. Fraenkel, [ref. Kozicki]	592
— Leczenie miejscowe jamy macicy. Sänger, [ref. Kraków]	1023
— Rozpoznanie i leczenie raka macicy. Calderini, [ref. Weisblat]	570
— Wypadnięcie macicy i pochwy (leczenie) Koehrer, [ref. Wołkowicz]	313
— — — — — u kobiet, które nie rodziły. Schramm, [ref. Zucker]	912
Miednicy złamanie. Rochs, [ref. Minkiewicz]	1081
Mięsaki ramienia; wyluszczenie barku. Naasse, [ref. Łapiński]	504
Mięsak nadnercza u dziecka 9-miesięcznego. Cohn, [ref. Weisblat]	565
Mięsienie wewnętrzne błon śluzowych. Bogdán, [ref. Żurakowski]	515
Mózg. Obrażenia. Herhold, [ref. Żurakowski]	1028
— Guz duży mózgu bez bólu głowy, bez wymiotów i bez zmian na dnie oka. Pel, [ref. Weisblat]	395
— Zniszczenie urazowe mózgu bez uszkodzenia czaszki. Zeller, [ref. Weisblat]	564
Mózdzku, części rdzenia przedłużonego oraz mostu Warol'a cierpienie systemowe. Royet i Collet, [ref. Gajkiewicz]	22
Myxoedema powstałe po operacyi. Hopmann, [ref. Weisblat]	376
Naczyniaki pierwotne w mięśniach ruchu dowolnego. Muscatello, [ref. Żurakowski]	643
Nerek zapalenie przy szkarlatynie. Bagiński i Stamm, [ref. Winiarski]	373
— — — — — błonicy. Bagiński, [ref. Winiarski]	478
Nerwu błędnego jednostronne przecięcie i wycięcie (u ludzi). Widmer, [ref. Weisblat]	290
Nerwoból nerwu trójdzielnego. Boenecken, [ref. Weisblat]	187
Odbyt sztuczny w okolicy kości ogonowej przy zarośnięciu odbytnicy. Kehler, [ref. Weisblat]	1078
Odbytnicy wypadnięcie, spowodowane urazem. Hirschberg, [ref. Weisblat]	593
Odprowadzenie zastarzałych zwichnięć urazowych w stawie biodrowym. Volkmann, [ref. Łapiński]	516
Odruchy ścięgnięte i ich znaczenie dla patologii układu nerwowego. Sternberg, [ref. Wizel]	45, 74
Osteomyelitis acuta u dzieci poniżej lat dwóch. Aldibert, [ref. Sawicki]	727
Pachymeningitis interna haemorrhagica traumatica. Kühl, [ref. Weisblat]	161
Padaczki leczenie operacyjne. Salzburg, [ref. Biro]	1082
Paraliż rzekomo opuszkowe pochodzenia mózgowego. Galaville, [ref. Wizel]	318
Pasożyty, zawarte w komórkach i ich hodowanie. Busse, [ref. Janowski]	909
Pepsyny określenie ilościowe. Hammerschlag, [ref. Mintz]	1355
Plastyka pęcherza moczowego. Rosenberg, [ref. Żurakowski]	512
Polioomyelitis anterior acuta infantum. Redlich, [ref. Gajkiewicz]	620
Popołogowe zakażenie śmiertelne, spowodowane przez <i>Bacterium coli commune</i> . Eisenhart, (ref. Zaborowski)	1333
Porażenia wskutek nałożenia opaski Esmarch'a. Frey, [ref. Niedzielski]	887
Przegrody pęcherzowo-pochwowej brak. Herczel, [ref. Łapiński]	648
Przepony defekt. Abel, [ref. Weisblat]	351
Przepuklina nadbrzusna. Bohland, [ref. Weisblat]	995
— przeponowa. Neumann, [ref. Niedzielski]	1052
— zawierająca wątrobę. Kuźmin, [ref. Weisblat]	77
Raka histogeneza. Ribbert, [ref. Żurakowski]	566
Ropne sprawy w szczelinie podpepkowej. Fischer, [ref. Wołkowicz]	536
Schulzke'go metoda wobec złamania obojczyka u noworodka nieoddechającego. Schultze, [ref. Kraków]	427
Stopa płaska i pocenie się nóg. Lesser, [ref. Weisblat]	160
Stulejki operowanie. Trnka, [ref. Leśniowski]	167



Szankra miękiego i dymienicy szankrowej badanie bakteryologiczne. Dubreuilh i Lasnet, [ref. Elsenberg]	98
Szyna do chodzenia Bruns'a. Garre, [ref. Niedzielski]	856
Szpiku kostnego zapalenie; wczesne oporowanie. Küster, [ref. Sawicki]	1243
Tętniak kostny. Oehler, [ref. Weisblat]	515
— samoistny tętnicy ramieniowej jako skutek ostrego zapalenia jej ścian. Le Gendre i Beaussehat, [ref. Niedzielski]	506
Tężec. Uodpornienie człowieka przeciwko tężcowi. Buschke, [ref. Leśniowski]	292
Trąd i syringomyelia. Düring, [ref. Puławski]	459
Trzustki chirurgia. Nimier, [ref. Niedzielski]	508
Varicocele — leczenie operacyjne. Koehler, [ref. Wołkowiez]	214
Vulvitis pruriginosa. Sängner, [ref. Zweigbaum]	396
Wiad rdzenia — anatomia patologiczna i fizyologiczna. Leyden, [ref. Wizel]	941
Wlewania solne do naczyń przy otruciach. Gordon, [ref. Biro]	908
Wyrostka robaczkowatego anatomia normalna i patologiczna Ribbert, [ref. Żurakowski]	456
Zator powietrzny przy poprzedzającym łożysku. Freudenberg, [ref. Zucker]	913
Zgorzel samoistna w następstwie urazu nerwu łokciowego. Löbel, [ref. Żurakowski]	647
Żołądek. Leczenie chorób żołądka. Fleiner, [ref. Pechkrane]	1185, 1211
— Leczenie operacyjne raka żołądka. Kappeler, [ref. Niedzielski]	1216
— Rozpoznanie raka żołądka. Cohnheim, [ref. Frenkel]	571
— Rozszerzenie ostre żołądka. Boas, [ref. St. Mutermilch]	425
— Zapalenie ciężkie żołądka. Rosenheim, [ref. Mintz]	1220
Żyły udowej wspólnej uszkodzenie. Niebergall, [ref. Łapiński]	646

IV. WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE.

Referent Grostern.

Acidum gymnemicum	241	Kali hypermanganicum jako środek przeciwko niemiłej woni skóry	973
Alkoholu absolutnego zastrzykiwania miąższowe	1033	Kokaina przeciw uporeczywej czkawce	973
Antispasmodium	623	Kwas salicylowy, stosowany zewnętrznie przy gościecu stawowym	163
Antidiphtherinum Klebsii [ref. Puławski]	296	Lactopheninum	836
Antydifterytyczna surowica — Leczenie dyfterytu	1136, 1164, 1180, 1275	Loretinum	246
Apocynum cannabinum	352	Neurydinum	50
Argentaminum	863	Para jako środek hemostatyczny	621
Brom i adonis vernalis jednoczesnego stosowania skutki [ref. Stróżewski]	1417	Pyoktanina przeciwko dyfterytowi	245
Chloralolum	323	Resorbinum	352
Dulcinum	595	Salacetol	23
Epiderminum	1002	Simaruba	947
Ferratinum	377	Tannalum	352
Gwajakol; Działanie przy cukrzycy	244	Tannigenum	974
— przy tyfusie brzuszny	244	Terpentynowy olejek jako środek odwanający przy mimowolnem oddawaniu moczu	972
— w chorobach gorączkowych; zastosowanie wewnętrzne	189	Thermodinum	51
Haemoglobinum	405	Thioformium	542
Ichtyol przeciwko gruźlicy płuc	405	Thyreoidium	890
Jurubeba	972	Trikreosotum	214

V. ODCINEK.

Kramsztyk Zygmunt. O doświadczeniu lekarskiem	1106
— — Służba lekarska w szpitalu w świetle nowej ustawy	1376, 1410.

VI. ZJAZDY NAUKOWE.

VII Zjazd lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie	913, 1029
---	-----------

	<i>Stron.</i>		<i>Stron.</i>
Choleryczny oddział w szpitalu starozakonnym 837, 865, 892, 920, 948, 977, 1004, 1034, 1060, 1090, 1118	977, 1118	Jakowski redaktorem P. W. T. L.	1146
Chondrosarcoma na bliźnie kostnej (Haberera)	77	Jasińskiego „Dyagnostyka chirurgiczna“	433, 544
Coeliotomia vaginalis (Duchrssen)	1050	Jądra zgorzel w przebiegu trypra (Bogdan)	920
Cukier jako środek pobudzający skurcze macicy (Mosso)	1202	Jejunotomia (Albert)	461
Delirium w następstwie zranień (LeDentu)	758	Jelita biodrowego rozerwanie (Faulhaber)	812
Drenowanie rany i opatrunek stały (Kronacher)	489	Języka guzy wrodzone (Herzfeld)	300
Dyfteryt przewodu usznego zewnętrznego (Treitel)	407	Jod przy gruźlicy (Durante)	757
Dyfteryt w Berlinie (Philipp)	298	Jodofenina (Schüller)	758
Elektrycznego prądu działanie na pasożyty (Charrini)	465	Jubileusz Jurkiewicza	1118
Epilepsia parasymphilitique (Fournier)	490	„ Schiffa	193
Escherich następcą Heubner'a	1146	„ Uniwersytetu w Halli	758
Eteryzacja (Poppert)	78	Kanalizacja Powiśla	247
Eulenburg i Schwalbe redaktorami „Deutsche Med. Wochenschr“	326	Kandydaci na katedrę po Billroth'cie, Madurowiczu i Stellwag'u	544
Fajerslein referentem w Biologisches Centralblatt	922	Kassa wsparcia lekarzy	1062 1090
Flatau'a Atlas des menschlichen Gehirns und des Faserverlaufes	407	Kaszel, jako środek, dopomagający odprowadzeniu przepuklin uwięźniętych (Wherry)	705
Fosforescencya bakterii wodnych (Kutscher)	380	Koklusz. Badanie bakteriologiczne płwociny przy kokluszu (Cohn i Neumann)	406 40
Garre następcą Madelung'a	922	Kolonie letnie	1118
Gastroenterostomia z powodu krwotoku z żołądka (Knester)	785	Komitet Lister'owski w Anglii	1118
Gesellschaft f. Geburtshilfe und Gynäkologie	544	Kongres chemików i mikroskopistów w Wiedniu	1118
Gliceryna przy kolce wątrobianej (Ferrand)	654	— chirurgów francuzkich	758
Gruzoł tarczowy do wewnątrz przy wolu (Bruns)	1310	— francuzki I dla medycyny wewnętrznej w Lyonie	840
Gruźlica otrzewnej; iniekcye naftolu kamforowego (Rendu)	52	— LXVI lekarzy i przyrodników niemieckich w Wiedniu	1061
„ stawu biodrowego; leczenie (Ménard)	1228	— dla medycyny wewnętrznej w Monachium odwołany	52
Zakażenia mieszane (Pasquale)	947	— XII międzynarodowy w Moskwie	840
Grzybica torbieli sieciowej (Ris)	77	XI międzynarodowy w Rzymie	112 273
Guzy krtani złośliwe (Gluck)	407	— VIII — — — — — higieniczny w Peszcie	5
Handbuch der speciellen Therapie innerer Krankheiten Penzoldt'a i Stizling'a	300	— VII międzynarodowy dla oftalmologii w Edynburgu	139 544
Heryng współpracownikiem czasopisma „La tuberculosi“	1229	— I niemiecki „für Jugend und Volksspiele“ w Berlinie	139
Heubner dyrektorem kliniki pediatrycznej w Berlinie	78	— IV niemieckiego Tow. dermatologicznego	78
Hewelke ordynatorem	113	— V psychiatrów i neurologów francuzkich w Clermond-Ferrand	78
Hoyer (ojciec) emerytem	1174	— talassoterapii w Boulogne sur Mer	840
Hoyer (syn) profesorem U. J.	1174	Konitz członkiem honorowym W. T. L.	52 166
Ichtyol przy różycy (Felsenthal)	543	Konkurs chirurgiczny	1002
Incontinentia urinae; leczenie operacyjne (Hofnastle)	706	Kostanecki następcą Teichmana	810
Instytut Pasteura	1311	Kraniektomia przy małogłowie (Tellmans)	785
„ szczepienia wścieklizny w Tunisie	758	Krauze doktorem medycyny	490
Jahresbericht über die Leistungen und Fortschritte der gesammten Medicin	326	Krew. Fermentacyjne własności krwi przy leukocytozie (Berestimief)	1145
Jajowodów i jajników guzy (Arendt)	379	Krwotoki z nosa w wieku dziecięcym (Vernell)	757
		Kwas cytrynowy w stosunku do łaseczników błonicy (Laser)	490
		— karbolowy; leczenie otrucia (Schnell)	706
		— pikrynowy dla opatrunków przy operacjach (Fillent)	705



<i>Stron.</i>	<i>Stron.</i>		
Laparotomia próbna przy cierpieniach żołądka (Terrier)	919	Sadowski doktorem medycyny	625
Lekarzy niemieckich liczba w r. 1893	112	Sadowski ordynatorem	758
Lipuria medicamentosa (Schlossmann).	1090	Schnabl następcą Mauthner'a	1338
Luciani następcą Moleschott'a	112	Sclerosis disseminata po influenzy (Massalongo i Silvestri)	26
Mathew's medical Quaterly	300	Seitz'a „Grundriss der Kinder Heilkunde“	273
Mauthner następcą Stellwag'a	1061	Sokolowski referentem w „Internationales Centralblatt f. Laryngologie“	758
Mięsak pierwotny kiszki cienkiej u noworodka (Stern)	1202	Sobierański Wacław docentem	922
Mięśniak jelita biodrowego (Faulhaber).	812	Sobierańskiego „Leczenie cholery“	1001
— tylnej ściany macicy (Dührsen)	1202	Spina bifida (Schon)	371
Moczowodu wycięcie częściowe (Penrose)	704	Staphylococcus citreus jako przyczyna endocarditidis ulcerosae aentae Jeseerand i Roux	78
Morowe zarazy lasecznik (Kitasato)	758	Stellwag v. Gasior emerytem	840
Nadtlenku wodoru rozkład przez bakterye (Gottstein)	920	Stirling „Zabiegi zapobiegawcze przy chorobach zakaźnych“	518
Narkosenlähmung (Braun)	166	Sterlingk „Pielęgowanie chorych“	141
Nencki Leon nagrodzony	679	Stomatitis aphosa po ciniinie (Landgraf)	693
Neugebauer kandydatem na profesora	300	Stopa psska. Postępowanie operacyjne sposobem Gleich'a (Brunner)	1086
Niedrożność jelit; leczenie (Gersuny)	408	Strontio własności lecznicze (Drasche).	812
Nossig'a „Einführung in das Studium der sozialen Hygiene“	786	Struma congenita u noworodka (Schimbusch)	488
Odczyty kliniczne 78, 166, 273, 380, 490, 894, 1146, 1256	894, 1146, 1256	Stwardnianie preparatów (Zeuker)	1317
Oddział chorób krtani w Krakowie	326	„Szczegółowy przewodnik adresowy“	1256
Oderfeld ordynatorem	193	Szpital dla chorych zakaźnych w Budapeszcie	1229
Oesophagitis dissecans (Selazunos)	219	— — suchotników pod Thun.	1229
Oppenheim'a „Lehrbuch der Nervenkrankheiten“	922	— — Starozakonných na Czystem	598
Pfeiffer profesorem Hygieny w Rostoku	1061	Sublimat przy gorączce połogowej (Kézmarszky)	1229
Plange'o „Die Infections Krankheiten ihre Entstehung ihr Wesen und ihre Bekämpfung“	140	Sublimatu rozkładanie się (Tanret)	125
Płuc zapalenie w następstwie zakażenia lasecznikiem tyfusowym (Du Casal)	78	Sublimatu wstrzykiwania wewnątrzżylnie (Bacelli)	407
Polak nagrodzony	1146	Święciecki współpracownikiem rocznika Frommel'a für Geburtshilfe und Gynécologie“	78
Pomnik Bernard'a	1311	Symfiziotomia zamiast cięcia cesarskiego (Mueller i Noorden)	489
— Braun'a	112	Szpital na wystawie w Chicago	273
— Brücke'go	112	Tchórznicki lekarzem miejskim w Warszawie	518
— Marion Sims'a	1146	Teichmana wykład pożegnalny	786
— Villemain'a	—	Teratoma ovarii u dziecka (Doranth)	354
Porażenie połowiczne ciała po uspieniu (Senger)	1202	Teukryna przy ropniu zimnym (Kahane)	488
Poronienie podczas ospy (Auché)	219	Tętnie katetyzowanie przy zgorzeli kończyn (Severeanu)	705
Przegląd chirurgiczny	625	Tętniak aorty piersiowej; leczenie (Gerhardt)	326
— lekarski	229	Torbiel jajnika podczas ciąży (Feilchenfeld)	354
Przeistoczenie błoniaste błony śluzowej macicy (Quénn)	298	Towarzystwo lekarskie Warszawskie 26, 625, 626, 680	626, 680
Przeszczepianie błony śluzowej (Lapeschko)	785	— pedyatryczne międzynarodowe	434
Pseudodiverticulum dwunastnicy (Pillchner)	1201	Towarzystwo przyjaciół nauk w Poznaniu	78
Rawitz'a „Grundriss der Histologie“	140	Trionalem zatrucie (Hacker)	1156
Resekcyja żołądka i kiszek; wpływ na odżywianie (Filippi)	1364	Trzustki przeszczepianie (Thirolaix)	165
Reymond następcą Charcot'a	518	Typhlitis; zabieg operacyjny (Buruey)	1338
Ropnie zimne pozagardzielowe. Technika operacyjna (Révérdin)	1229	Thyreodectomia. Zmiany anatomiczne (Rosenblat)	1117
Różyczki. Okres wylegania (Michaelis).	757		
Rozmiękczenie kości poporodowe (Weisz)	784		
Rozmiękczenie kości i leczenie za pomocą fosforu i ciepłych kąpiel (Fischer)	1386		



	<i>Stron.</i>		<i>Stron.</i>
Ustawa szpitalna nowa	1282	— Przyborowskiego	1338, 1418
Verein zur Errichtung eines Sanatoriums für unbemittelte Lungenkranke, Spessars	758	— Solmana	1090
Wakcyna (Buttersack)	653	Zareniko „Die Krankheiten der Nase“	273
Wątroby zranienie (Brenner)	919	Zębów liczba nadmierna (Hilderbrandt)	77
Wiad rdzenia istota i patogenezą (Obersteiner)	353	Zęby sztuczne. Niebezpieczeństwa przy ich użyciu (Könlera)	433
Wicharkiewicz profesorem tytularnym	300	— Wpływ kwasów przy użyciu (Hefelmang)	795
Wiener laryngologische Gesellschaft	1365	Zgorzel samoistna (Zeller)	299
Włókniaki macicy i rak sieci (Landau)	300	Zieniec następcą Thumasa	1069
Wydział lekarski we Lwowie	1093	Zjazd Balneologów w Berlinie odwołany	112
— — w Linz	219	— VII chirurgów polskich	434
Wystawa higieniczna w Warszawie	732	— VIII lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie 193, 330, 434, 461, 758	433
Xanthoma tuberosum multiplex (Blaschko)	1227	— XI międzynarodowy w Rzymie	433
Zakład Benniego i Guranowskiego	758	Żołądek. Zawartość żołądka u ludzi zdrowych (Martins)	1228
— Kępińskiego i Garlińskiego	598		

XII. NEKROLOGIA.

Aleksandrowicz	78	Landowski	518
Bidder	1006	Luecke	273
Beneden	1311	Madurowicz	78
Biberstein	598	Michalski	849
Billroth	166	Mundy	1090
Bojasiński	922	Podowski	866
Brown—Sequard	380	Rewkowski	219
Bukowski	950	Rolle	112
Cytwic	518	Rollet	1099
Danielsen	480	Rosenfeld	518
Desormaux	1311	Rossbach	1146
Fraentzel	1062	Rutsch	518
Guttman S.	52	Schmidt A.	380
Helmholtz	979	Schmidt K.	518
Hirsch	166	Stolnikow	922
Hyrzl	786	Tetz	1338
Kosiewicz	518	Ziencina	598
Kowalewski	1062		

XIII. ODPOWIEDZI REDAKCYI.

1006.

SPIS AUTORÓW

których prace woryginalie lub streszczeniu pomieszczono:

- Atel 357.
Achard 166.
Albert 461.
Aldibert 727.
Arendt 379.
*Arnstein 642, 1298.
Bacelli 407.
Bagiński 354, 373, 478,
*Bajerkiewicz 257.
*Bączkiewicz 1366, 1403.
*Bądryński 349.
Beaussenat 506.
Benda 428.
Berggrün 568.
Berestenief 1145.
*Biernacki 35, 244, 562, 1339
Biltz 130, 157.
Blaschko 1227.
Boas 425.
Boeneken 187.
Bogdań 515, 920.
Bohland 995.
Bókai 753.
- Bouchard 672.
Brandt 775.
Braun 166.
*Bregman 841.
*Bronowski 345.
Brunner 1089.
Bruns 1310.
*Bujwid 336.
Burney 1337.
Buschke, 292.
Busse, 909.
Buttersack, 653.
Calderini, 570.
Charrini 165.
*Chełmoński, 372, 713.
*Ciagliński A., 7.
*Ciagliński, K. 740.
Cohn, 406, 565.
Cohnheim, 571.
Collet, 22.
Curschmann, 1268.
*Czajkowski, 787, 826.
*Danyś, 1175.
- *Dąbrowski, 355.
*Dmochowski, 27, 61, 85,
141, 194, 519.
Doranth, 354.
Drasche, 812.
Dubereilh, 98.
Du Casal, 78.
Dührssen, 347, 1060, 1202.
Düring, 459.
Duraute, 757.
Eisenhart, 1333.
*Elsenberg, 167, 248, 381,
414, 681.
Engel, 490.
*Essigman, 152.
Eulenburg, 431, 1302.
Faulhaber, 812.
Feilchenfeld, 354.
*Feinstein, 57.
Felsenthal, 543.
Ferrand, 654.
*Fidler, 879.
Filipowski, 1079.

Objaśnienie. Dodanie gwiazdki oznacza autora polaka, rozstawienie czcionek—autora artykułu oryginalnego.



- Fillent, 705.
 Filippi, 1364.
 Fischer, 536, 1365
 Fleiner, 1185, 1211.
 Fournier, 26.
 Fränkel, E., 592.
 Freudenberg, 913.
 Frey, 887.
 Galavielle, 318.
 Gamer, 408.
 Garré, 856.
 Gersuny, 408.
 *Glikman, 627, 67.
 Głtck, 407.
 *Goldbaum, 655.
 *Goldscheider 380.
 Gordon, 908.
 *Gotard, 1331.
 Gottstein, 920.
 Grasset, 1086.
 Gravitz, 1088.
 *Grodecki, 903.
 Guérin, 1228.
 Haan, 379.
 Haberera, 77.
 Hacker, 1146.
 Hallion, 748.
 *Halpern, 684.
 Hammerschlag, 1355.
 Helferich, 706.
 Herczel, 648.
 Herlhold, 1928.
 Herzfeld, 300.
 *Higier, 435, 472, 530, 1284
 1315, 1349.
 Hilderbrandt, 77.
 Hirschberg, 593.
 Hofmokl, 706.
 Hopmann, 376.
 Hufelmann, 705.
 Huguenin, 936.
 Huysse, 379.
 *Jakowski, 1178.
 *Janowski, 141.
 *Jasiński, 895.
 *Jaworski, 707, 1158.
 Jesserand, 141.
 Kahane, 488.
 Kappeler, 1216.
 Karwoski, 272.
 *Karpiński (Sejowiec), 1103,
 1106, 1105.
 *Kárpínski (Warszawa), 301
 337, 573, 607.
 Kehr, 854.
 Kehrer, 1078.
 Kézmarzsky, 1229.
 *Kijewski, 1, 39, 67, 91, 123,
 733, 762, 792.
 Kisch, 348.
 Kitasato, 758.
 Koehler, 214.
 Koehrer, 313.
 Kroenlein, 433.
 Komrer, 913.
 Kopfstein, 749.
 *Korybut-Daszkiewicz
 635, 966.
 *Kraków, 632.
 *Kramsztyk Z., 969, 996, 1007,
 1376, 1410.
 Kratter, 1087.
 Kroenig, 970.
 Kronacher, 489.
 *Kuczyński, 759.
 Kuehl, 161.
 Kuester, 515, 785.
 Kutscher, 407.
 Kuźmin, 77.
 Landau, 300.
 Landgraf, 653.
 Lapeschko, 785.
 Laser, 490.
 Lasnet, 98.
 Lanenstein, 752.
 Le Gendre, 506.
 Le Dentu, 758, 1228.
 *Leśniowski, 470, 1230.
 Lesser, 160.
 Letbe, 212.
 Lewin, 428.
 Leyden, 941.
 Löbel, 647.
 *Lublinter, 1119.
 Luther, 111.
 *Luxenburg, 327.
 *Łukaszewicz, 1373.
 *Markusfeld, 1091.
 Martins, 1228.
 Massalongo, 26.
 Ménard, 1228.
 Michaelis, 757.
 *Mierzyński, 1063.
 Monel, 380.
 Monti, 568.
 Morsan, 204.
 Mosso, 1202.
 Müller, 489.
 Muscatello 643.
 Naasse, 504.
 *Nencki L., 301, 337, 573,
 607, 707, 1158.
 *Nencki M., 599, 1253.
 *Neufeld, 177, 205, 235, 260,
 285, 1180, 1206.
 *Neugebauer, 280.
 Neumann, 406, 1052.
 Niebergall, 646.
 *Niedzielski, 499.
 Nimier, 508.
 *Noiszewski, 503.
 Noorden 589.
 *Olechnowicz, 113.
 Pasquale, 947.
 Pawlik, 889.
 *Pechkranc, 956, 1039, 1237,
 1264, 1294, 1326.
 Penrose, 704.
 Pel, 395.
 *Perkahl, 1127.
 *Pękosławski, 1394.
 Pfeiffer, 1332.
 Philippi, 298.
 *Piętkiewicz, 641.
 Pilehner, 1301.
 *Pisarzewski, 409, 441.
 *Popławski, 320.
 *Poppert, 1146.
 Prochownik, 507.
 *Pruszyński, 453.
 *Przedborski, 931.
 *Puławski, 463, 637, 639.
 Quénu, 299.
 *Rapczewski, 743.
 Redlich, 620.
 *Rejchman, 1035, 1068, 1093.
 Renault, 166.
 Rendu, 52.
 Révérdin, 1229.
 Ribbert, 456, 566.
 Ris, 77.
 Robin, 112.
 Rochs, 1081.
 *Ronthaler, 791, 523, 557, 529
 Rosenberg, 512.
 Rosenblatt, 1117.
 Rosenheim, 1220.
 *Rosenthal, 311.
 Roux, 708.
 Royet, 22.
 *Rychliński, 362, 923, 962,
 1019, 1047, 1074.

- Salzburg, 1082.
 Sänger, 396, 1023.
 *Sawicki Br., 846.
 *Sawicki J. W. 1128.
 Schandeln, 511.
 Schimmelbusch, 488.
 Schlossmann, 1090.
 Schnell, 706.
 Schon 376.
 Schramm, 912.
 Schröter, 750.
 Schüller, 758.
 Schultze, 427.
 Schlazumos, 219.
 Seelig, 211.
 Seigneux, 188.
 Sergiejew, 887.
 Severeanu, 705.
 *Sekowski, 1022.
 *Sedziak, 382, 419, 445, 813.
 Siegmund, 500.
 Silvestri, 26.
 Sippel, 969.
 *Sobierański, 1257.
 *Sokołowski, 14, 545, 583, 613.
 Sonntag, 26.
 Stamm, 373.
 *Spiro, 654, 688, 720, 766, 801.
 *Steinhaus, 1091.
 *Sterling, 183.
 Stern, 1291.
 Sternberg, 45, 74.
 Szczerbak 747.
 Szmurło, 308, 553.
 Szuman, 981.
 Torret, 165.
 Terrier, 919.
 Thiroloix, 165.
 Tillmans, 785.
 Tonton, 911.
 Treitel, 407.
 Trnka, 160.
 *Troczewski, 147, 200, 1371.
 Uliński, 875, 907, 934.
 Verneil, 787.
 Vigneron, 812.
 Volkmann, 516.
 *Warman, 53, 74, 117.
 Weir, 774.
 Weisz, 784.
 Wherry, 705.
 Widmer, 290.
 *Wizel, 370, 923, 962, 1019, 1047, 1074.
 *Wiczorkiewicz, 1246.
 Władimirow, 1113.
 *Wróblewski A., 951, 988.
 *Wróblewski Wł., 1147.
 *Zaleski, 1347.
 Zeller, 299.
 Zenker, 1311.
 *Zieliński E., 573, 607.
 Zoja, 349.
 Zucker, 1373.
 *Żołądzowski, 1009.

GAZETA LEKARSKA

Z KLINIKI CHIRURGICZNEJ PROF. KOSIŃSKIEGO W WARSZAWIE.

I. O ROPNIACH PODPRZEPONOWYCH (*abscessus subphrenicus*).

Podał

Franciszek Kijewski,
ordynator kliniki chirurgicznej.

— † — † —

Pyothorax subphrenicus, pyopneumothorax subphrenicus, abscessus subphrenicus, empyema hypophrenicum, abcès sous-diaphragmatique gazeux — otok ropny, otok ropno-powietrzny podprzeponowy — są to nazwy, służące dla oznaczenia ogniska czysto ropnego lub z gazami, pomieszczonego bezpośrednio pod przeponą, która wtedy stanowi jedną ze ścian owego zbiornika. Różnorodność nazw bynajmniej nie przyczynia się do wyjaśnienia kwestyi, nader też odpowiedniem wydaje mi się proste miano „ropnia podprzeponowego“, i tem też w pracy mojej posilkować się będę.

Ropnie podprzeponowe były znane od dawna anatomo-patologom i klinicyzom; w 1844 r. nawet BARLOW rozpoznał taki ropień za życia chorej, lecz cierpienie to, jako odrębna forma kliniczna, ujęte w ścisłe ramy, znane jest dopiero od roku 1879, w którym LEYDEN ¹⁾ ogłosił pierwszą pracę w tej kwestyi i na zasadzie 4 własnych spostrzeżeń [3 rozpoznanych za życia, jedno z PHUL'em] i kilku zebranych z literatury ugrupował cały szereg cech, służących do rozpoznania przy łóżku chorego takich ropni. LEYDEN pierwszy wprowadził nazwę *pyopneumothorax subphrenicus*, która aż nadto dobrze wykazuje, że objawy kliniczne przy tem cierpieniu muszą być łądząco podobne do cech prawdziwego otoku ropno-powietrznego, umieszczonego nad przeponą w jamie opłucnej (*pyopneumothorax verus*). W rzeczy samej ropnie podprzeponowe należą do szeregu tych cierpień, które nie tylko niezbyt często są spotykane, ale w większości przypadków zupełnie nierozpoznawane, albo też przyjmowane za inne cierpienia, przedstawiające z nimi niejaki podobieństwo, jako to: zapalenie opłucnej, zapalenie około-płucne, odma piersiowa i t. d..

¹⁾ LEYDEN. Ueber Pyopneumothorax subphrenicus. Zeitschrift für klin. Medicin.

LEYDEN opierał swoje wnioski zaledwie na kilku spostrzeżeniach; w roku 1889 SCHEUERLEN ¹⁾ już przytacza znanych mu 34 przypadków, a NOWACK ²⁾ w 1891 r. zebrał z literatury rozmaitych narodów 58 spostrzeżeń, oprócz tego zaś przytacza 22 obserwacje z oddziałów FIEDLER'a [16] i STELZNER'a [6] w Dreźnie, sam jednak zaznacza, że od czasów LEYDEN'a dotąd znanych jest 63 spostrzeżeń, które on wzbogaca jeszcze o 22.

W statystyce NOWACK'a do 1891 r. nie są pomieszczone wszystkie ogłoszone już wtedy spostrzeżenia; brak naprzykład przypadków OBRAZCOWA ³⁾, MATLAKOWSKIEGO, DEBOVE'a i RÉMOND'a ⁴⁾; przypuszczam, że takich spostrzeżeń jest więcej, przeto obliczenie NOWACK'a nie jest ścisłe; od tego zaś czasu przybyło jeszcze mnóstwo prac, znacznie powiększających kazuistykę ropni podprzeponowych.

Przypominam tu przypadki: MAYDL'a [4] ⁵⁾, DE ANGELIS MANGANO [1] ⁶⁾, RAMADAN'a [1] ⁷⁾, KÖRTE'go [7] ⁸⁾, LEYDEN'a i RENVERS'a [2] ⁹⁾, VANLAIR'a [1] ¹⁰⁾, MELTZNER'a [1] ¹¹⁾ i innych. Nie mam bynajmniej zamiaru zebrania wszystkich spostrzeżeń, gdyż to niepomrotnie utrudniłoby mi pracę, a bardzo mało przyczyniłoby się do powiększenia jej wartości. Głównie staram się uwzględnić rzeczy większej wagi.

W naszej literaturze posiadamy nader mało prac obszerniejszych w tej kwestyi, mamy za to szereg spostrzeżeń. W 1889 r. MATLAKOWSKI ogłosił w [Nowinach lekarskich] „Przypadek ropnia podprzeponowego“, w 1892 r. GRÜNBAUM w „Medycynie“ № 20 i 21 „Dwa przypadki ropnia podprzeponowego“, w 1893 r. WŁ. BRUNER podał „Przypadek ropnia podprzeponowego, oraz o ropniu i otoku ropno-powietrznym podprzeponowym wogóle“ [Medycyna № 6 i 7], w tymże roku [w № 9 Medycyny] spotykamy krótką notatkę EHRLICH'a: Ropień wątroby z na-

1) SCHEUERLEN. Ueber Pyothorax subphrenicus. Charité-Annalen. 1889 r.

2) NOWACK. Die hypophrenischen Empyeme. 1891, str. 73—94 i 200—221. SCHMIDT's Jahrbücher.

3) OBRAZCOW. Dwa słuźcują pieczenocznych gnojnikow, [k uczeniu o poddiafragmaticznych narywach]. Wracz. 1888. Nr. 23 i 24.

4) DÉBOVE et A. RÉMOND. Des abcès gazeux sous-diaphragmatiques par perforation des ulcères de l'estomac. Gazette des hôpitaux. 1890, str. 1150.

5) MAYDL. Ueber subphrenische Abscesse. Verhandlungen des X internationalen medicinischen Congresses. 1890. Bd. III. p. 141.

6) DE ANGELIS MANGANO. Un caso di ascesso epatico con consecutive ascesso subfrenico ed empiema. Rif. med. 1891, september. Centralblatt. f. Chir. 1891. Nr. 50.

7) RAMADAN. Du pyopneumothorax sous-phrénique. Thèse de Paris. 1891. Centralblatt f. Chir. 1893. Nr. 5.

8) KÖRTE. Ueber die Chirurgie der Gallenwege und der Leber. Sammlung klinischer Vorträge. Nr. 40. 1892.

9) LEYDEN und RENVERS. Ueber Pyopneumothorax subphrenicus und dessen Behandlung. Berliner klinische Wochenschr. Nr. 46. 1892.

10) VANLAIR. Contribution à l'étude des abcès sous-diaphragmatiques gazeux. Revue de Médecine. 1893. Nr. 7.

11) MELTZNER. Ueber subphrenische Abscesse. Internationale klin. Rundschau. 1893. Nr. 29, 31, 34.

stępczym ropniem podprzeponowym, a w № 26 i 27 „Medycyny“ wyborną pracę WŁ. BIEGAŃSKIEGO: Przyczynek do różniczkowego rozpoznawania ropni podprzeponowych.

Oprócz tego w 1889 r. kol. JAWDYŃSKI na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego 25 czerwca mówił o 2 przypadkach ropni podprzeponowych, operowanych przez siebie z zejściem pomyślnem. W sprawozdaniach zaś Towarzystwa Lekarskiego Wileńskiego z 1891 r. znajdujemy, że kol. JUNDZIŁŁ operował 2 przypadki ropni podprzeponowych, również zakończonych wyzdrowieniem. Jeden z nich dotyczy 30-letniego mężczyzny, u którego JUNDZIŁŁ rozpoznał *abscessus subphrenicus dexter*; choroba rozpoczęła się przed 8 miesiącami; przypadek ten demonstrował kol. KOHAN; drugi przypadek JUNDZIŁŁ nazywa *perihepatitis ichorosa acuta*, dotyczy on 33-letniego mężczyzny, u którego cierpienie rozpoczęło się przed 2 tygodniami; z całego opisu choroby sądzić można, że był to ropień podprzeponowy powietrzny (*pyopneumothorax subphrenicus dexter*).

Ogółem zatem posiadamy 12 spostrzeżeń ropni podprzeponowych, z których 6 zakończyło się śmiercią; badanie pośmiertne jednak było dokonane w jednym tylko przypadku. Chociaż z przytoczonych tu prac i spostrzeżeń można się zapoznać z omawianem cierpieniem, nie stanowi to jednak przeszkody do zakomunikowania szerszemu kołu czytelników moich wniosków, opartych na ścisłym badaniu chorych z ropniami podprzeponowymi w klinice prof. KOSIŃSKIEGO.

Miałem sposobność spostrzegania 5 przypadków ropni podprzeponowych; w tym czasie 6-ty był również operowany w szpitalu Ś-go Ducha, jednak sam go nie obserwowałem, szczegóły zaś spostrzeżenia tego zaczerpnąłem z karty szpitalnej i uzupełniłem wiadomościami, zebranymi od lekarzy, którzy opiekowali się tym chorym [SZTEYNER, SOLMAN].

Zanim przejdę do opisu moich spostrzeżeń, postaram się pokrótce objaśnić, co właściwie nazywamy ropniem podprzeponowym. Jak to już wyżej zaznaczyłem, jest to ognisko ropne, którego jedną ze ścian stanowi przepona brzuszna. Takie wysięki ropne zbierają się bądź z prawej, bądź też z lewej strony w jamie brzusznej i mogą być zewnątrzotrzewnowe lub wewnątrzotrzewnowe; te ostatnie spotykamy częściej. Wewnątrzotrzewnowe ropnie podprzeponowe NOWACK nazywa *empyema hypophrenicum*, a dla zewnątrzotrzewnowych (*retroperitoneales*) utrzymuje nazwę *abscessus hypophrenicus*.

Jeżeli ropień utworzy się z prawej strony pomiędzy przeponą a wątrobą, to przedstawia pewne podobieństwo, jak to zaznacza BIEGAŃSKI, do stożka, zwróconego wierzchołkiem ku tyłowi, a podstawą ku przodowi, skutkiem czego przylega na znacznej przestrzeni do przedniej ściany klatki piersiowej. Warunkuje się to budową samej przepony i przyczepem tylnego brzegu wątroby. Przy zbieraniu się wysięku wierzchołek kopuły przepony unosi się ku górze i przodowi, a wątroba opuszcza się głównie przednią swoją częścią. Górną granicę ropnia stanowić wtedy będzie przepona, boczną zewnętrzną — ściana klatki piersiowej, do której przylega przepona, od przodu — klatka piersiowa, a nawet ściana brzuszna, na lewo — *ligam. suspensorium*, a ku dołowi wątroba,

Jeżeli wysięk jest pod przeponą z lewej strony jamy brzusznej, to dolną granicę może stanowić żołądek i *colon transversum*, na prawo wątroba, na lewo śledziona i ściana klatki piersiowej, a od góry przepona. Naturalnie, granice te mogą się zmieniać, stosownie do tego, z kąd cierpienie bierze swój początek, w jaki sposób się szerzy i t. p..

Niekiedy ropnie takie odsuwają znacznie wątrobę ku linii środkowej, same zaś opuszczają się głęboko w jamę brzuszną, dochodząc niemal do dołu pachwinowego; granice ich są wtedy bardzo rozmaite.

Istnieją spostrzeżenia, z których się okazuje, że ropnie podprzeponowe ograniczają się do środkowej części, mieszczą się naprzykład w jamie, zamkniętej pomiędzy przeponą, lewym płatem wątroby i żołądkiem ¹⁾. W innych znów razach zdarza się, że u jednego osobnika występują jednocześnie ropnie podprzeponowe z lewej i prawej strony; najczęściej jednak spotykamy je z prawej strony.

Zawartość tych ropni bywa rozmaita; raz znajdujemy w nich ropę—*pyothorax*, ropę z gazami—*pyopneumothorax*, innym znów razem posokę, ropę zmieszaną z żółcią, lub też z zawartością żołądka albo kiszek, co w zupełności zależy od punktu wyjścia cierpienia.

Ropnie podprzeponowe występują jako cierpienia wtórne, o czym obszerniej postaram się mówić poniżej.

MATLAKOWSKI podaje wprawdzie przypadek *peritonitidis tuberculosae sacculatae* z obrazem klinicznym ropnia podprzeponowego, który wytworzył się po urazie. Ale spostrzeżenie to bynajmniej nie przekonywa, jak to chce mieć BRUNER ²⁾, aby sprawa mogła powstać pierwotnie. Badanie pośmiertne [sekcji w tym przypadku nie dokonano] mogłoby wykryć pierwotne ognisko, nawet gruźliczej natury, w jakimkolwiek z sąsiednich narządów jamy brzusznej, lub w samej klatce piersiowej.

Tyle przedwstępnych wiadomości o ropniach podprzeponowych, a teraz przechodzę do moich spostrzeżeń.

Spostrzeżenie I. *Peritonitis. Pyopneumothorax subphrenicus dexter.*

Dnia 14. VI. 1892 r. przyniesiono do szpitala Św. Ducha na oddział chorób wewnętrznych Augusta K., 36-letniego, robotnika, który od 2 dni już pozostawał w łóżku, wskutek pobicia w kłótni ze swoimi kolegami. Największym obrażeniem uległa jama brzuszna: chory uskarżał się wyłącznie na nadmierne bóle brzucha, co też zniewoliło go do zapisania się do szpitala. Bójka miała miejsce przed 2 dniami, i K. bezpośrednio od niej zaznacza początek swojego cierpienia. Chory przybył w stanie gorączkowym, z ciepłotą wieczorną 38,6°, tętnem 120. Przy badaniu w płucach i sercu nie wykryto zmian. Brzuch znacznie wzdęty, niezmiernie bolesny na dotyk na całej przestrzeni, wymiotów jednak nie było; od 2 dni brak stolca. Rozpoznawano z a p a l e n i e o t r z e w n e j. Po zastosowaniu głębokich wlewań do kiszek nastąpiło wypróżnienie; wzdęcie i bolesność brzucha zmniejszyły się, ciepłota jednak

1) NOWACKI l. c.

2) BRUNER l. c.

utrzymywała się na tej samej wysokości. Po upływie 7 dni chory wyraźnie zaznaczał, że ból głównie ograniczył się do okolicy wątroby, a 14 dnia od czasu przybycia do szpitala zauważono z prawej strony klatki piersiowej od dołu stłumienie, po próbnym przekłuciu którego okazało się, że w miejscu tem jest wysięk ropny. Z tego też powodu chorego przeniesiono zaraz do kliniki chirurgicznej.

Znaleźliśmy wtedy brzuch cokolwiek wzdęty, niezbyt bolesny, całe prawe podżebrze i okolicę wątroby obrzmiałe i wyraźnie wypukłone. Przy opukiwaniu klatki piersiowej z prawej strony wykryliśmy stłumienie, od przodu sięgające do IV żebra, na linii pachowej do VI-go, odtąd zaś granica stłumienia zniża się stopniowo do kręgosłupa, a tym sposobem cała linia tworzy rodzaj łuku, wypukłą częścią obróconego ku górze. Przy położeniu poziomem chorego otrzymujemy na przedniej ścianie klatki piersiowej na pewnej przestrzeni przy opukiwaniu wyraźny odgłos bębnowy; toż samo zjawisko występuje przy zmianie położenia chorego w tych miejscach, w których pierwej mieliśmy stłumienie.

Wysłuchiwanie klatki piersiowej części górnej i poniżej obojczyka wykazuje oddech pęcherzykowy; na miejscu stłumienia oddechu nie słycać, również zniesiony jest *fremitus*, przy wstrząsaniu słycać szelest, przy jednoczesnym zaś opukiwaniu i wysłuchiwaniu rozróżnić można przydźwięk metaliczny.

Strona lewa klatki piersiowej nie przedstawia zbyt wyraźnych zmian; granice płuc cokolwiek podniesione ku górze.

Rozmiary serca nie powiększone, tony czyste.

Brzuch wzdęty, opukiwanie przeto utrudnione. Wątroba znacznie opuszczona ku dołowi, brzeg jej wyraźnie wyczuć można na wysokości pępka. Poniżej łuku żebrowego z prawej strony chełbotanie wyraźne. W miejscu tem na przedłużeniu linii sutkowej zrobiliśmy przekłucie próbne i otrzymaliśmy ciecz szarą, cuchnącą.

Chory gorączkuje, uskarża się na ból w prawym boku, nie kaszle jednak, na chorym boku nie leży, lecz tylko na grzbiecie.

Biorąc pod uwagę wszystkie przytoczone objawy, przyszliśmy do przekonania, że mamy do czynienia z ogniskiem o zawartości ropnej, pomieszanej z gazami, które zajmuje jednak przestrzeń pomiędzy przeponą i wątrobą — *pyo pneumothorax subphrenicus dexter*.

Po zachloroformowaniu chorego, zrobiliśmy w miejscu największego chełbotania poniżej łuku żebrowego cięcie szerokie, równoległe do łuku i od razu otworzyliśmy jamę ropną, z której wydzielila się znaczna ilość szarej cieczy, niezmiernie cuchnącej, wraz z gazami. Palcem, wprowadzonym do jamy, można było wyczuć od dołu powierzchnię wątroby. Jama szła głęboko do tylnej ściany. Ponieważ w położeniu leżącym chorego całkowita zawartość z jamy nie mogła się wylewać, przeto należało zrobić otwór od tyłu. Na linii kąta łopatki wyresekowaliśmy część IX żebra, otworzyliśmy opłucną, w której jamie nie było wysięku, do brzegów rany przyszyliśmy szczelnie przeponę, przez co oddzieliliśmy jamę opłucnej, a następnie cięciem, poprowadzonym przez przeponę, otworzyliśmy ową jamę ropną, do której wprowadziliśmy grube sączki.

Przebieg pooperacyjny bardzo ciężki: stan gorączkowy, wydzielina obfita i cuchnąca, znaczny upadek sił. Po upływie 3 dni po operacji w jamie prawej opłucnej wykryć można było obecność wysięku. Przez ranę, zrobioną przy pierwszej operacji, otworzyliśmy jamę opłucnej, wypuściliśmy surowiczo-ropny wysięk i założyliśmy sączki. Stan chorego zupełnie się nie poprawił. Gorączka ciągła, wydzielina nader obfita i cuchnąca, trudność oddechania, niezmiernie osłabienie, a 13 dnia po operacji śmierć przy objawach zapaści—16. VII. 1892.

B a d a n i e z w ł o k w y k a z a ł o: *pleuritis purulenta dextra, abscessus subphrenicus dexter*, a oprócz tego *peritonitis purulenta* z licznymi zrostami kiszek pomiędzy sobą i z sąsiednimi narządami.

W danym przypadku mieliśmy zatem do czynienia z ropniem podprzeponowym, który powstał bezpośrednio [w szybkim bardzo czasie] po urazie. Człowiek zupełnie zdrowy został pobity, otrzymał kontuzję brzucha, czego następstwem było zapalenie otrzewnej, z którym też we 2 dni po przypadku przybył do szpitala. Skutkiem uderzenia w brzuch [nogą lub kijem] mogła uleść uszkodzeniu, ewentualnie pęknięciu, kiszka, a przez otwór z niej wydostała się zawartość jelit do jamy otrzewnej i spowodowała jej zapalenie. Otwór ten mógł się zasklepić przez zrosty z innymi pętlcami kiszek lub częściami otaczającymi, i dlatego zawartość w dalszym ciągu nie wydobywała się; zrosty te kiszek, spowodowane zapaleniem otrzewnej, mogły przeszkadzać do wykrycia uszkodzenia jelita przy badaniu pośmiertnym, tembardziej, jeżeli weźmiemy pod uwagę, że śmierć nastąpiła w 5 tygodni po przypadku. Objawy, z jakimi chory przybył do szpitala — nadmierna bolesność brzucha, znaczna bębnicza, niezmiernie szybko wytworzona, tętno powyżej 100, ciepłota podniesiona do 39° C. — również pozwalają wnioskować, że kiszka uległa uszkodzeniu i spowodowała zapalenie otrzewnej. Skoro raz przypuścimy przedziurwienie kiszki, łatwo już można objaśnić powstanie *pyopneumothoracis subphrenici*.

Rozpoznanie otoku ropno-powietrznego tym razem nie było zbyt trudne. Oprócz wywiadów mieliśmy tak wybitne objawy, że pod tym względem nie można było mieć wątpliwości. Charakterystyczna linia stłumienia na klatce piersiowej, objawy *pneumothoracis*, wypuklenie pod łukiem żebrowym, opuszczenie się wątroby, wreszcie przekłucie próbne—wszystko to wskazywało, z czem mamy do czynienia. Chory wcześniej się dostał pod opiekę lekarską, jednak zabiegi nasze nie odniosły pożądanego rezultatu. Pomijam zupełnie kwestję leczenia zapalenia otrzewnej, a zwracam się wprost do postępowania przy ropniu podprzeponowym, gdyż już z ropniem tym dostaliśmy chorego. Wobec znacznie posuniętego zapalenia otrzewnej rokowanie nigdy nie było pomyślne, po operacji zaś ciężkiej wystąpiło powikłanie ze strony opłucnej, co ostatecznie do reszty wyczerpało siły chorego, i tak już wyniszczonego ciężkiem cierpieniem.

[C. d. n.]

II. PRZYPADEK T. ZW. CHOROBY LITTLE'A. PRZYCZYNEK DO ANATOMII PATOLOGICZNEJ PORAŻEŃ MÓZGOWYCH U DZIECI.

Podał

D-r Med. Adam Ciągliński,

b. pomocnik prosektora przy katedrze anatomii patologicznej, lekarz ambulatoryum chorób nerwowych przy szpitalu Dzieciątka Jezus.

— 3 —

W marcu r. b., dzięki uprzejmości kolegów ANDERSA i KAMIĘŃSKIEGO, miałem sposobność dość dokładnie spostrzegać przypadek choroby LITTLE'A; ponieważ przypadek ten zakończył się śmiercią i dostarczył mi materiału do poszukiwań anatomo-patologicznych, skorzystałem przeto z łaskawego pozwolenia użytkownika tego materiału, by go tu choć w krótkości przytoczyć.

Żochowki Wacław, lat 2, miesięcy 4, został umieszczony w szpitalu Dzieciątka Jezus na oddziale kol. ANDERSA d. 13 marca 1893 roku.

Budowa wątła, odżywianie marne; mięśnie rozwinięte słabo, tkanki tłuszczowej ilość bardzo mała. Wysokość chłopca 90 ctm.. Obwód główki 44 ctm., obwód klatki piersiowej 47 ctm.. Waga 7750 grm.. Wyraźne objawy krzywicy: zgrubienie nasady kości długich, paciorkowate zgrubienie chrząstek żebrowych. Badany przedstawia się jako idyota: nie mówi, nie rozumie, co się do niego mówi. Wyraz oczu błędny. Zez zbieżny.

Wyraźna sztywność mięśni karku; ani stać, ani siedzieć o własnych siłach nie może.

Badany w pozycji leżącej przedstawia następujący układ kończyn:

Kończyny górne zgięte w stawach łokciowych i przyciągnięte do klatki piersiowej; przedramiona w lekkim położeniu nawrotnem; piąstki zaciśnięte.

Kończyny dolne zgięte w stawach biodrowych i kolanowych; kolana silnie przystają do siebie i przyciągnięte są do brzucha.

Czynnych ruchów podczas badania nie spostrzegamy; w karcie jednak szpitalnej, pod datą 15. III., zaznaczono, że malec w kąpieli wyciągał obie ręce i nogi ¹⁾.

Przy usiłowaniu wykonania ruchów biernych kończyn natrafiamy na opór z powodu bardzo znacznego napięcia mięśni.

Prócz tego, próby wyprostowania kończyn są widocznie dla chorego bolesne.

Co się tyczy czucia, to o dokładnem zbadaniu w tym kierunku mowy być nie mogło. Można było tylko wnosić, że uczucie bólu istnieje napewno.

Badanie odruchów ścięgnistych, z powodu znacznej sztywności mięśni, było bardzo utrudnione; wyczekawszy jednak odpowiedniej chwili, można było skon-

¹⁾ Dane, dotyczące przebiegu choroby, jak również i wyniki pomiarów dziecka, były mi łaskawie zakomunikowane przez kol. ST. KAMIĘŃSKIEGO, za co mu niniejszem najserdeczniej dziękuję.

statować bardzo silne wzmoczenie odruchów tak kolanowych, jak i stopowych. Uderzanie młotkiem po ścięgnach sprawiało malcowi wyraźny ból.

Odruchów skórnych żadnych wywołać nie byliśmy w stanie.

Mięśnie, jak to już wyżej wspomnieliśmy, w ogóle słabo rozwinięte; wyraźnych zaników nigdzie stwierdzić nie było można.

Stolce i mocz oddaje chory pod siebie, akty te jednak odbywają się niezupełnie nieświadomie; łyka z trudnością, zachłystuje się przy karmieniu. Żadnych danych anamnestycznych co do urodzenia dziecka, jak również co do pierwszych miesięcy jego życia, aż do chwili oddania go do szpitala, zebrać nie było można. Z krótkiej historii choroby wyjmujemy jeszcze jeden szczegół: w nocy z 15 na 16 marca mały pacjent wydawał dość głośne krzyki i miał drgawki padaczkowe.

Dnia 4. IV. przyłączyła się krwawa biegunka, która prędko, bo na trzeci dzień, przecięła pasmo życia nieszczęśliwego idyoty.

Badanie zwłok wykonałem nazajutrz, dnia 8 kwietnia. Z protokołu sekcyjnego wyjmuję następujące szczegóły. Kości czaszki twarde i nieproporcjonalnie grube; opona twarda u wierzchołka czaszki bardzo silnie przyrośnięta do kości i daje się oddzielić od nich tylko za pomocą noża; również silnie przyrośnięta wewnętrzna powierzchnia opony twardej w okolicy zrazu ciemieniowego mózgu do opony miękkiej; cała wyżej wspomniana część błony twardej zgrubiała; po odseparowaniu jej od opony miękkiej, widzimy po obu stronach szpary mózgu, w okolicy rowka ROLAND'a, utratę tkanki mózgowej, przedstawiającą się w postaci zagłębień o konturach nieregularnych i głębokości niejednakowej.

Zniszczenia te zajmują w prawej półkuli mózgowej górne części zwojów: środkowego tylnego, środkowego przedniego, tylną część zwoju czołowego, oraz górną część *lobuli paracentralis*. Szerokość tego zniszczenia, licząc od szpary podłużnej mózgu, ma w przybliżeniu 15 milimetrów.

Zniszczenie w lewej półkuli jest nieco mniejsze: zajmuje ono mianowicie tylko jedną część zwoju środkowego tylnego i przedniego — górną część *lobuli paracentralis*; szerokość tego zniszczenia nie przenosi 10 milim., co się tyczy głębokości tych zniszczeń w rozmaitych miejscach, to wynosi ona od 4 do 8 milim.. Sądząc z powyższych danych i mając na uwadze, że grubość substancji korowej człowieka dorosłego ma od 2 do 5 milim. grubości, wnosić by należało, że substancja korowa w ośrodkach ruchowych w górnych częściach zwojów środkowych w danym przypadku została zniszczoną doszczętnie.

Pozostałe części mózgu dla gołego oka zmian żadnych nie przedstawiają. Toż samo powiedzieć można o oponach, jakoteż i o samej tkance rdzenia.

Prócz tego nadmienić muszę, że badanie narządów wewnętrznych stwierdziło, iż przyczyną śmierci były zmiany wrzodziejące w dolnej części kiszki grubej.

Mózg i rdzeń zostały zachowane w płynie MUELLER'a i po upływie 6-ciu miesięcy poddane badaniu drobnowidzowemu.

*

*

*



Do badania drobnowidzowego wzięto części mózgu makroskopowo najwięcej zmienione, mianowicie: górne części obu zawojów środkowych prawej półkuli, oraz oddzielne odcinki mostu, rdzenia przedłużonego i rdzenia na rozmaitych wysokościach. Pooddzielane odcinki, po wydobyciu ich z płynu MUELLER'a, poddane zostały możliwie dokładnemu przepłukaniu w wodzie bieżącej [pod kranem wodociągowym] w ciągu 24—28 godzin, a następnie przeprowadzone przez spirytus, olejek anilinowy, ksylol i zatopione w parafinie.

Skrawki grubości 0,01 milim., przygotowywane na mikrotomie SCHANTZE-ALTMANN'a, barwiono podług metody zmodyfikowanej ADAMKIEWICZA w 2% roztworze wodnym safraniny 0 w ciągu 1—3 dni, a następnie podbarwiano nasyconym wodnym roztworem *anilinblau* w ciągu 1—2 minut ¹⁾. Pewną część preparatów barwiłem także roztworem pikrokarminu, bez wielkiego jednak powodzenia.

Badanie preparatów, pochodzących ze zwoju środkowego tylnego prawej półkuli mózgu, dało, co następuje:

Opona miękka mózgu zachowana na całej długości preparatu, ściśle przylega do górnej jego powierzchni, opisując wraz z tą ostatnią, w miejscach zagłębienia, łuk wypukłością zwrócony ku dolnej części preparatu; naczynia opony miękkiej o ścianach niezmienionych wypełnione są dobrze zachowanymi i silnie barwiącymi się safraniną krążkami krwi. Gdziekolwiek między pojedynczymi włóknami opony miękkiej, lub pod nią, napotykamy niewielkie skupienie krążków krwi; i te, również jak znajdujące się w świetle naczyń, są zachowane zupełnie dobrze i również dobrze zabarwione. Nietrudno przekonać się, rozpatrując uważniej preparat, że te krążki krwi przypadkowo tylko, przy preparowaniu, wypadły ze światła sąsiednich naczyń i zajęły najbliższe miejsce na oponie lub pod nią.

Tuż pod oponą mięką, na całej długości preparatu, znajdujemy zachowaną w całości najbardziej powierzchowną warstwę kory mózgowej, mianowicie warstwę ubogą w komórki nerwowe [*Neuroglia-schicht* MEYNERT'a]. Pod nią z łatwością rozróżnić możemy pozostałe cztery warstwy MEYNERT'a. Tak więc na preparacie mamy całą korę mózgową; grubszych zniszczeń w niej nie znajdujemy. Wybitniejszych zmian w komórkach kory również nie byłam w stanie stwierdzić; jedno, co mogę zauważyć, to brak prawie zupełny na moich preparatach skupień olbrzymich komórek piramidalnych, które w zwojach środkowych zwykle grupują się w dolnej części warstwy większych komórek piramidalnych.

Badanie preparatów, przygotowanych ze zwoju środkowego przedniego, dało wyniki najzupełniej z poprzednimi analogiczne.

A zatem owe „utrąty tkanki mózgowej, przedstawiające się w postaci zagłębień o konturach nieregularnych i głębokości niejednakowej“, jak głosi protokół sekcyjny, nie były w rzeczy samej utratami tkanki, lecz istotnie tylko zagłębieniami. Rzecz prosta, przyczyna, która zagłębienia te wywo-

¹⁾ Po szczegóły tej metody odsyłam do artykułu mego: Przyczynek do techniki mikroskopowej rdzenia i nerwów peryferycznych. Kronika Lekarska. Nr. 1. 1891 r.

łała — a wiemy ze spostrzeżeń analogicznych, we wcześniejszych okresach dokonywanych, że bywa nią zwykle wylew krwi międzyoponowy, podczas porodu powstający — nie może pozostać bez wpływu na dalszy rozwój mózgu; stąd też powstała cała suma objawów klinicznych, o których jeszcze nieco niżej powiem słów kilka.

Badanie preparatów drobnowidzowych, przygotowanych z mostu, rdzenia przedłużonego i rdzenia, wykazało zupełnie normalny stan tych narządów, z wyjątkiem tylko dróg piramidalnych [*resp.* pęczków piramidalnych bocznych], które na całym przebiegu od mostu do *conus medullaris* przedstawiały pewne, dość wyraźne dla oka, zmiany. Zmiany te polegały na rozroście neuroglii w pęczkach piramidalnych, oraz na obecności w tych pęczkach znacznej liczby włókien nerwowych, bardzo ubogich w myelinę. Tuż obok dobrze wytworzonego włókna nerwowego z wyraźnym cylindrem osiowym i z dobrze uwarstwioną myeliną widzimy tu po kilka i więcej wyraźnych, ciemno zabarwionych punktów. Przy znaczniejszych powiększeniach (*Zeiss Im. Ol. 1/12 Oc. 3*) możemy dopatrzeć się na około tych punktów cieniutkiej obwódki, zabarwionej safraniną na czerwono.

Nie ulega wątpliwości, że owe ciemne punkty są to poprzeczne przecięcia cylindrów osiowych, zabarwionych na kolor ciemno-niebieski, wokoło których tylko w bardzo niedostateczny sposób wytworzyła się myelina. Zmiany te dróg piramidalnych są, rzecz prosta, zmianami wtórnymi, zależnymi od pierwotnych zmian w korze mózgowej. Mamy tu więc do czynienia z pewnego rodzaju niedorozwojem włókien nerwowych w drogach piramidalnych, wraz z kompensacyjnym rozrostem neuroglii, włókna te otaczającej.

Wynik badania pośmiertnego, a zwłaszcza poszukiwań drobnowidzowych mózgu w naszym przypadku, zasługuje na szczególną uwagę. Być może, że nieraz, gdy makroskopowo rozpoznajemy powierzchowne zniszczenia substancji korowej mózgu, badania drobnowidzowe przekonają nas, że mamy do czynienia tylko z zagłębieniami powierzchownych warstw mózgu, powstałymi w pierwszych chwilach życia, z następczem powstrzymaniem lub zakłóceniem prawidłowego tych warstw rozwoju. Być może, że fakt ten stanowić będzie jeden z podstawowych rysów anatomicznych choroby LITTLE'a, odróżniających ją od innych form porażień mózgowych u dzieci.

Choroba LITTLE'a jest jedną z najczęstszych postaci porażień mózgowych u dzieci. Charakterystycznymi cechami tej choroby są: przewaga sztywności mięśni nad ich porażeniem [stąd też nazwy: *allgemeine cerebrale Starre, rigidity spasmodique congénitale des membres*], oraz pewnego rodzaju zahamowany wpływ mózgu [*resp.* woli] na wyzwolenie ruchów dowolnych: dotknięte tą chorobą dzieci bardzo powoli tylko uczą się władać członkami, bardzo późno są w stanie nie tylko chodzić, ale i siedzieć.

Na te dwie wybitne cechy zwrócił pierwszy uwagę badacz angielski LITTLE w pracach swych z roku 1853 (*Deformities of human braine*). Ten to mianowicie

wzgląd, jak również i wybitne cechy, odróżniające tę postać porażenia mózgowego dzieciennego od innych t. zw. mózgowych diplegii lub obustronnych hemiplegii, skłoniły mnie do zachowania nazwy choroby LITTLE'a, zaproponowanej przez RUPRECHT'a i przyjętej przez DÉJÉRINE'a (*Maladie de Little. Revue mensuelle des maladies de l'enfance. 1892. Avril*), a ostatnio przez FREUD'a.

Najbardziej zbliżonym do LITTLE'owskiej formy jest obustronne połowiczne porażenie (*hemiplegia duplex, diplegia cerebralis*). Nie wchodząc w bliższe szczegóły etyologiczne i anatomo-patologiczne, którymi postacie te różnią się między sobą, zaznaczę tu tylko wybitniejsze cechy kliniczne, odmienne w obu postaciach chorobowych.

W obustronnych porażeniach połowicznych przeważającym objawem jest porażenie kończyn wraz z porażeniem dolnej gałęzi nerwu twarzewego. Pamiętać przytem należy, że w hemiplegiach podwójnych, podobnie jak to ma miejsce w połowicznym jednostronnym porażeniu, noga zwykle dotknięta jest w nierównie słabszym stopniu, niż ręka, a mięśnie karku i tułowia zwykle zostają oszczędzane. Zupełnie odwrotnie rzecz się ma w postaci LITTLE'a: dominującym objawem jest skurecz spastyczny mięśni, sztywność ich, najsilniej wyrażona w kończynach dolnych, słabiej już w kończynach górnych. Mięśnie karku i tułowia okazują również sztywność bardzo wydatną.

Dłaczego w porażeniach mózgowych dzieciennych, wbrew temu, co zwykle widzujemy u dorosłych, nie mamy do czynienia z porażeniami jednostronnymi, lecz przeciwnie, obie połowy ciała dotknięte bywają w stopniu prawie zupełnie równym, a jeżeli istnieją pewne różnice co do natężenia zmian chorobowych, to tylko między górną i dolną połową ciała?

Odpowiedź na to pytanie dadzą nam badania anatomiczne zmian, w mózgu znajdujących, jak również i dokładne zrozumienie przyczyn, zmiany te wywołujących.

Podobnie jak w naszym przypadku, podstawą anatomiczną porażen mózgowych u dzieci są wylewy krwawe międzyoponowe w okolicy szpary podłużnej mózgu, mniej więcej w blizkości rowka ROLAND'a.

Te krwi wylewy powstają z rozerwanych naczyń żylnych, wychodzących z opony miękkiej i wpadających do zatoki podłużnej opony twardej mózgu. Przyczyną zaś rozerwania tych naczyń jest, podług zapatrywania VIRCHOW'a, WEBER'a i KUNDRAT'a, zachodzenie kości ciemieniowych jednych na drugie przy trudnym porodzie; momentem pomocniczym przy wywoływaniu tych krwotoków jest znaczny zastój krwi żyłnej, wskutek szybko odbywającego się porodu i niemożność przystosowania się mózgu do stale i szybko wzrastającego ciśnienia.

Rzecz prosta, że wylewy międzyoponowe we wspomnianem miejscu przede wszystkim zagrażać muszą zawojom środkowym (*gyrus centralis anterior, g. centr. posterior, lobulus paracentralis*), czyli innymi słowy: ośrodkom psychoruchowym.

Natężenie tych zmian bywa rozmaite: od lekkiego ucisku do zupełnego zniszczenia tkanki korowej; w każdym razie natężenie zmian najsilniejsze jest u samego stropu mózgu i słabnie w miarę oddalenia się od linii środkowej.

Tego, cośmy tylko co powiedzieli, wystarcza, by zrozumieć, dlaczego w porażeniach mózgowych kończyny dolne [których ośrodek ruchowy jest najwyżej położony] bywają najsilniej dotknięte, oraz dlaczego stan spastyczny mięśni zwykle przeważa nad ich porażeniem.

Co się tyczy tego ostatniego punktu, to przytoczone racje mają bardziej charakter wyjaśnień ujemnych, niż dodatnich; tłumaczą nam, dlaczego po dość obfitych wylewach krwi nie mamy do czynienia z porażeniem mięśni kończyn, nie tłumaczą nam jednak wcale wzmożonego w tak znacznym stopniu napięcia mięśni.

Ten ostatni objaw wiązano zwykle ze zwyrodnieniem pęczków piramidalnych rdzenia. W ten to mianowicie sposób tłumaczą sobie zeszytywnienie mięśni, po porażeniach połowicznych powstałe; w takiż sam sposób objaśniano porażenia spastyczne pochodzenia rdzeniowego (*tabes spasmodique* CHARCOT'a, *Lateralisklerose* ERB'a).

W rzeczy samej i w naszym przypadku, jak i w niewielkiej znanej liczbie spostrzeżeń analogicznych, znajdowano pewien rodzaj zwyrodnienia, a raczej niedokształcenia pęczków piramidalnych rdzenia. Drobnowidzowo zmiany pęczków piramidalnych przedstawiają się nieco inaczej, niż przy zwykłych zstępujących zwyrodnieniach, po porażeniach połowicznych u dorosłych powstałych i wygląd ten w zupełności związany jest ze sposobem wytwarzania się tych zmian.

Jak wykazały badania FLECHSIG'a, włókna pęczków piramidalnych otrzymują później, niż inne, swe obłonki myelinowe, tak, że nawet u dzieci donoszonych, w chwili przyjścia ich na świat, myelina tylko cienką bardzo warstewką otacza cylindry osiowe. Ponieważ ośrodki ruchowe kory mózgowej są także i ośrodkami odżywczymi dla pęczków piramidalnych, nie więc dziwnego, że zniszczenia lub uszkodzenia tych ośrodków odbić się z konieczności muszą na odżywianiu pęczków piramidalnych; ztąd też i niedokształcenie ich (*agenesia*) jest faktem łatwo zrozumiałym.

Niestety, nie tłumaczy ona wszystkiego. Już przy sprawdzaniu anatomicznem przypadków, rozpoznawanych za życia jako pierwotne zwyrodnienia pęczków piramidalnych bocznych, natrafiano na różne choroby mózgu lub nerwów przy zupełnie niezmienionych pęczkach piramidalnych rdzenia [przypadek SCHULTZ'a, ZACHER'a, BRIEGER'a, MADER'a — cytowane w pracy SCHUELE Ad. D. *Die Lehre von der spastischen Spinalparalyse. Deut. Zeit. f. Nervenheilk. IV Bd. 3 i 4 Heft. 1893*].

Takąż samą niespodzianką, zadającą kłam powyżej przytoczonym teoryom, było spostrzeżenie RAILTON'a, który przy sekcji trzechletniego dziecka, zmarłego przy objawach wybitnego zeszytywnienia mięśni, znalazł w okolicy rowka ROLAND'a u stropu mózgu wyraźne zmiany, polegające na zmętnieniu i zgrubieniu błony miękkiej i pajęczkiej, na pewnem zagłębieniu w zwojach środkowych i w zraziku paracentralnym, gdy tymczasem pęczki piramidalne dolne na całym ich przebiegu w moście, rdzeniu przedłużonym i rdzeniu były zupełnie normalne. [RAILTON, *Birth Palsy. (Manchester Patholog. Society 10 Februar. 1892) British. med. J. 27 Februar*].

Przytoczone spostrzeżenia najwyraźniej zdają się mówić, że mogą istnieć porażenia spastyczne mięśni w zupełności niezależne od zwyrodnień pęczków piramidalnych bocznych. Podobne przekonanie wypowiada również jeden z uczniów CHARCOT'a, bardzo w sprawach badań anatomicznych narządu nerwowego biegły, mianowicie BLOCQ, w pracy: *Des contractures* (Paris. 1888), na bardzo bogatym materiale opartej.

Wobec powyższych danych FREUD, któremu zawdzięczamy bardzo ładną i wyczerpującą monografię o porażeniach mózgowych u dzieci (*Zur Kenntniss der cerebralen Diplegien des Kindesalters. Leipzig u. Wien. 1893*), dla objaśnienia przyczyny zwiększonego napięcia mięśni przy cierpieniach kory mózgowej, ujrzał się zmuszonym zwrócić do hipotezy ADAMKIEWICZA o stosunku działania unerwiającego rdzenia do takiegoż działania mózgu. Rdzeń sam, uwolniony od działania hamującego mózgu, wywołuje w mięśniach wzmożenie ich napięcia. Rzecz prosta, działanie to przypisać należy komórkom rogów przednich, które pozostają pod kontrolującym działaniem mózgu za pośrednictwem pęczków piramidalnych. Jeżeli to hamujące działanie mózgu ustaje, czy to wskutek zniszczenia ośrodków ruchowych kory mózgowej, czy też wskutek zwyrodnienia pęczków piramidalnych, natenczas komórki rogów przednich, nie krępowane z góry, wywołują wzmożone napięcie w mięśniach.

I to tłómaczenie jednak nie może być uważane za zupełnie wystarczające; znane są bowiem przypadki rozległych zniszczeń kory mózgowej, połączonych z idyotyzmem, bez sztywności mięśni kończyn. Akta sprawy tej uważać przeto musimy po dziś dzień jeszcze za niezamknięte, a ostatecznego rozwiązania oczekiwać musimy nie tylko od fizjologii, ale i od kliniki i patologii.

Z pozostałych objawów chorobowych, kilka słów powiedzieć należy o stanie umysłowym dziecka, o drgawkach i o zezie.

Dwa pierwsze objawy, pochodzenia czysto korowego, nie potrzebują bliższych omawiań. Często napotykanie u dzieci, chorobą LITTLE'a dotkniętych, powstrzymanie rozwoju inteligencji w mniejszym lub większym stopniu, dochodzące do zupełnego idyotyzmu, można łatwo wytłómaczyć niepomyślnymi warunkami rozwoju i odżywiania kory mózgowej, zwłaszcza przy nieco rozleglejszych jej zniszczeniach, przekraczających granice ośrodków sfery ruchowej. Z drugiej znowu strony drgawki padaczkowe dotkniętych porażeniem spastycznym kończyn są bezpośrednim wynikiem drażnienia samych ośrodków ruchowych kory mózgowej i dla rozpoznania mają znaczenie nader ważne.

Nieco bardziej złożoną przedstawia się sprawa pochodzenia zez. Nieprawidłową czynność mięśni ocznych starano się objaśnić [FER — cytowany u FREUD'a] zwiększonym ich napięciem i upatrywano w tem zupełną analogię z ogólnym stanem mięśni całego organizmu. Powyższe przypuszczenie ma tylko pozorną słuszność za sobą: kończyny, których mięśnie znajdują się w stanie zwiększonego napięcia, są wskutek tego stanu prawie nieruchome, gdy tymczasem ruchy gałek ocznych zezowatych są najzupełniej swobodne.

Sposób rozumowania FREUD'a jest zupełnie odmienny. Wychodzi on z tego założenia, że oczy zezowate od urodzenia lub też od wczesnego dzieciństwa okazują się zwykle przy badaniu dotkniętymi niedoślepem (*amblyopia*).

Jakkolwiek odnośnych badań przy wrodzonych porażeniach mózgowych nie robiono, dla FREUD'a nie ulega jednak wątpliwości, że i w tych przypadkach istniał niedoślep i że on to mianowicie był przyczyną zez.

Niedoślep ten przyjmował początkowo FREUD za objaw pochodzenia centralnego, zależący mianowicie od zmian kory w ośrodkach widzenia, względnie w zraziku klinowym dolnym (*lobus cuneus*). Zaburzenia wzrokowe, na tej drodze powstałe, przejawiają się głównie pod formą widzenia połowicznego (*hemianopsia*), nie ulega jednak wątpliwości [tak przynajmniej twierdzi CHARCOT wraz ze swymi uczniami], że mogą się one przejawiać i pod innymi postaciami, mianowicie w formie niedoślepu skrzyżowanego. Badania anatomiczne rozwiąły jednak i te przypuszczenia. Niejednokrotnie spostrzegano za życia zez w przypadkach, w których badania pośmiertne wykazywały jak najlepszy stan wymienionych ośrodków korowych.

Nieco odmienne światło na powstawanie niedoślepu u noworodków rzucają badania KOENIGSTEIN'a (*Untersuchungen an den Augen neugeborener Kinder. Medicinische Jahrbücher. 1881*) i SCHLEICH'a (*Mittheilungen aus der ophthalmologischen Klinik zu Tübingen. 1882*). Obaj ci okuliści zwracają uwagę na wylewy krwi do siatkówki, które mogą później ulegać wessaniu, pozostawiając wszakże niedoślep. Rzecz prosta, że owe wylewy krwawe do siatkówki, napotykanne podług tych autorów u 10% do 18% noworodków, przytrafiają się częściej przy porodach przedwczesnych lub trudnych, co nam tłumaczy pośrednio związek ich następstw z objawami choroby LITTLE'a.

III. KILKA SŁÓW W KWESTYI STOSOWANIA KREOZOTU PRZY LECZENIU SUCHOT PŁUCNYCH.

Podał

D-r Med. A. Sokołowski,

ordynator szpitala Św. Duch.

— § — § —

Kol. HEWELKE na jednym z ostatnich posiedzeń Tow. Lek. Warsz. bardzo słusznie podniósł kwestyę, o ile kreozyt, tak szeroko i powszechnie w ostatnich czasach stosowany przy leczeniu suchot płucnych, zasługuje na tę reputacyę, którą mu liczni autorowie przyznają, tembardziej, że w ostatnich czasach istnieje szereg spostrzeżeń wiarogodnych autorów, odrzucających w zupełności doniosłość leczniczą kreozytu. Kol. H. na podstawie swych doświadczeń jest skłonny popierać poglądy tych ostatnich autorów. W sprawie tej, bardzo żywo ogół lekarzy-praktyków obchodzącej, pozwalam sobie wypowiedzieć kilka słów, opartych na doświadczeniu osobistem, zaczerpniętem tak z praktyki szpitalnej, jako też i prywatnej.

Kreozyt, stosowany przy leczeniu suchot płucnych w ciągu ostatnich lat piętnastu, nie musiał okazywać się stale dodatnio działającym środkiem, skoro obok niego wprowadzano ciągle całe szeregi różnorodnych nowych leków, jakoby wybornie działających, *resp.* wyleczających suchoty płuc-

ne. Wszystkie te jednak leki, które wyliczać nawet pobieżnie uważam za zbyt liczne, szybko straciły swą sławę leczniczą i uległy zapomnieniu; jeden kreozot tylko przetrwał całe lata, a ta jego mniemana reputacja, zdaje mi się, polega na bardzo słusznym orzeczeniu BOUCHARD'a, zreasumowanym w tych słowach: „*Parmi tous les remèdes proposés contre la phthisie pulmonaire ce que nous avons de moins mauvais—c'est la créosote*“. Rzeczywiście, porównując wpływ kreozotu na organizm suchotnika w porównaniu z takimi lekami, wielce zalecanymi i zachwalanymi w ostatnich czasach przeciw gruźlicy, jak: sublimat, kalomel, inhalacje *bacterium termo*, wdechania gorącego nadmiernie powietrza, wstrzykiwania kochiny, kantarydyny i t. p., a których wpływ szkodliwy, na szczęście, zbyt szybko przy leczeniu suchot płucnych się ujawnił, zrozumieć można, dlaczego kreozot odniósł zwycięstwo nad powyższymi licznymi lekami; do niego bowiem typowo da się zastosować aforyzm Hipokratesa: *πρωτον μη βλαπτειν*“.

Jeżeli więc kreozot jest środkiem stosunkowo nieszkodliwym przy leczeniu suchot, rodzi się drugie poważne pytanie: czy jest pożytecznym, a przede wszystkim, czy wywiera działanie specyficzne na sprawę gruźliczą? Otóż, pod tym ostatnim względem doświadczenia szpitalne, robione w ciągu szeregu lat ostatnich w różnorodnych szpitalach europejskich, jak to wykazał kol. HEWELKE, doprowadziły do zupełnie ujemnego rezultatu; do podobnegoż wyniku doprowadziły mnie moje spostrzeżenia szpitalne w ciągu dziesięciu lat ostatnich, bo chociaż od czasu do czasu widywało się u chorych, nawet w daleko posuniętych okresach suchot będących, czasowe poprawy, wybitnych jednakże przypadków uleceń, w większej liczbie spostrzeganych, nie mogłem skonstatować przy stosowaniu kreozotu w różnorodnych formach i dawkach. Sądzę, że tego rodzaju ujemny wynik mógł być u chorych szpitalnych *a priori* przypuszczalnym: w szpitalach bowiem naszych, jak to zresztą ma miejsce we wszystkich wielkich miastach Europy, spostykamy przeważnie suchotników, w ostatnich okresach choroby będących; sprawa gruźlicza znajduje się u nich szeroko rozwiniętą w wielu bardzo narządach, a w większości przypadków mamy do czynienia z prawdziwą kacheksyą gruźliczą, *resp.* zakażeniem całego organizmu. Każdy zaś, ktokolwiek częściej szczegółowo rozpatrywał pośmiertne zmiany, napotyka w organach u takich chorych, łatwo mógł wyprowadzić wniosek logiczny, że chyba lek taki się nie znajdzie, który byłby w stanie tego rodzaju skombinowane zmiany patologiczne uleczyć, lub choćby tylko powstrzymać w rozwoju. Sądzę przeto, że u tego rodzaju chorych nie tylko kreozot, lecz żaden inny środek do tak zwanych prób terapeutycznych nie powinien być stosowanym.

Rzecz się zupełnie przedstawia inaczej u suchotników, chodzących jeszcze i będących w leczeniu w praktyce prywatnej. Tutaj to mamy do czynienia z chorymi, z których bardzo wielu, szczególnie w latach ostatnich zasięgało mojej porady lekarskiej, nieraz już w bardzo wczesnych okresach choroby. U tych to chorych, z których zaledwie tylko pewna bardzo mała część była w stanie odbywać różnorodne, kosztowne kuracje klimatyczne, stosowałem przeważnie leczenie metodyczne, kreozotem lub jego prze-

tworami. I tutaj w większości przypadków kreozot nie wykazał swego widocznego specyficznego działania: każdemu bowiem z praktyków, podobnie jak i mnie, znane są wybornie przypadki, w których kreozot stosowany od samego początku rozwoju sprawy gruźliczej, nieraz nawet wówczas, gdy jeszcze w płwocinie łaseczników wykazać się nie dawało, bynajmniej nie uchronił organizmu od stopniowego rozwoju niszczącej sprawy; specyfik zaś istotny winien zawsze, a szczególnie w pierwszych okresach działać skutecznie na podobieństwo chininy przy zakażeniu zimniczem.

W większości jednakże przypadków, spostrzeganych w praktyce prywatnej zrobiono doświadczenie, że kreozot, metodycznie stosowany, działa dodatnio na sprawę gruźliczą, ograniczając ją w rozwoju, lub też wywołując nieraz jej zatrzymanie. Czy jednakże ów wynik dodatni przypisywać należy działaniu kreozotu, jest to dla mnie wielce wątpliwem. Okres stosowania kreozotu zeszedł się jednocześnie z chwilą racjonalnego higieniczno-dyetycznego leczenia suchot. Poglądy BREHMER'a i jego uczniów zaczęły zaledwie w ostatnich latach przenikać w szerokie warstwy lekarskie, a chorym tejże kategorii, obok kreozotu, zalecano konsekwentne leczenie klimatyczno-dyetyczne, a nawet w praktyce miejskiej zaczęto stosować szeroki system higieniczno-dyetyczny, przestano więzić suchotników w ciasnych i gorących pokojach, jednym słowem: młodsze pokolenie lekarskie zmieniło kardynalnie zasadnicze podstawy dawnego leczenia suchot.

Nie więc dziwne, że zaczęto spostrzegać na szeroką skalę dodatnie wyniki, a które umysł lekarski, skłonny do przypisywania tego wyniku danemu leкови, na kurb specyficznego działania kreozotu policzył. Należy jeszcze nie zapominać i o jednej okoliczności, że z chwilą spopularyzowania ważności badania płwociny na obecność łaseczników gruźliczych, dyagnostyka wczesnych okresów suchot stała się dla ogółu lekarzy bardziej przystępną, leczenie więc ogólne higieniczno-dyetyczne zaczęto stosować w tych okresach i postaciach, w których zejście pomyślnie najwięcej przedstawia widoków. Z drugiej strony lekarze, zachęcani szeroko ogłaszanymi wynikami dodatnimi terapii kreozotowej, zaczęli bliżej badać i interesować się chorobą, którą d tychczas za zupełnie nieuleczalną zwykli byli uważać. Ów wynik spostrzeżeń klinicznych doprowadził ich do tego wniosku, znanego oddawna tylko szczupłemu gronu lekarzy bliżej studyjących suchoty płucne, że żadna z chorób przewlekłych nie przedstawia tej dziwnej tendencji do zatrzymania się w rozwoju nawet w daleko posuniętych okresach, jak suchoty płucne. Naturalnie i te pojedyncze przypadki zatrzymania sprawy w okresach późnych leczeniu kreozotowemu bezwarunkowo przypisywano. To są, zdaniem mojem, bliższe warunki entuzjazmu dla kreozotu, który wyszedł przede wszystkim z kół lekarzy nieszpitalnych. Ja zaś osobiście, który w epoce jeszcze niestosowania kreozotu widywałem przy leczeniu klimatyczno-dyetycznem u bardzo wielu chorych wyniki dodatnie, nie mogę w żaden sposób i w tej ostatniej kategorii przypadków, t. j. spostrzeganych w praktyce prywatnej, przypisywać wynik dodatni kreozotowi; widywałem je bowiem

zarówno przy użyciu kreozotu, jako też gwajakolu lub też tam wszędzie, gdzie zastosowaniem było racjonalne leczenie higieniczno-dyetyczne u tych chorych, u których istniały dotychczas bliżej nam nieznanne warunki organizmu, przedstawiającego naturalną tendencję do zatrzymania się sprawy gruźliczej w rozwoju.

Jeśli więc doświadczenie moje zgodnie z wynikami wielu innych autorów odmawia kreozotowi nawet w okresach wcześniejszych suchot swoistego działania, zdaje się więc, że prostym i logicznym wnioskiem byłoby odrzucenie zupełnej terapii kreozotowej, jako zupełnie bezcelowej i nieużytecznej, jak to i wielu autorów proponuje w ostatnich czasach. Tak jednakże nie jest, a bezstronna liczna obserwacja tak prywatna, jako i szpitalna, utwierdziła mnie w stanowczym przekonaniu, że chociaż kreozot nie działa specyficznie na gruźlicę, to jednakże w bardzo wielu przypadkach jest środkiem, nader korzystnie działającym przy leczeniu suchot płucnych, środkiem, wielokrotnie wybornie wspomagającym, szczególnie w praktyce miejskiej, terapię higieniczno-dyetyczną.

Pomyślne działanie kreozotu ujawnia się u suchotników w różnorodnym kierunku:

1) U bardzo wielu chorych wpływa on, np. użyty w niezbyt wysokich dawkach, stanowczo na poprawę łaknienia. Jest to fakt, który najstalej obserwowałem u moich chorych, tak w praktyce prywatnej, jak i szpitalnej, u chorych będących w różnorodnych okresach choroby. Jest to jeden, można powiedzieć, z najdonioślejszych punktów w działalności leczniczej kreozotu; tą bowiem drogą zyskujemy podstawę do należytego odżywiania, wpływając tym sposobem pośrednio na sprawę wyleczenia, czy też zatrzymania w rozwoju suchot płucnych. Fakt poprawy łaknienia pod wpływem kreozotu u wielu chorych, dla mnie nie ulegający najmniejszej kwestyi, z kąd inąd obserwowany przez wielu autorów, daje się wytłómaczyć w różnorodny sposób: u jednych bowiem kreozot musi pobudzać błonę śluzową żołądka do wzmoczonego wydzielania soku żołądkowego; u innych chorych, a szczególnie znajdujących się w dalszych okresach rozwoju suchot, plujących, a tem samem połykających wiele płwociny, kreozot, jako wyborny antyseptyk, wpływa na powstrzymanie spraw fermentacyjnych, wywołanych połkniętą płwociną¹⁾. Że działanie kreozotu w tych razach nie jest tylko fikcyjnem, za dowód służą liczni chorzy z klasy inteligentnej, dobrze siebie obserwujący, którzy stale fakt ten mi zaznaczali, że z chwilą przzerwiania kreozotu stanowczo łaknienie ich podupadało, a tem samem i stan ogólny. U pewnej grupy chorych spostrzegałem również wpływ dodatni kreozotu na trawienie kiszkowe. Preparat ów regulował u niektórych wypróżnienia stol-

1) Od kilku lat stosuję kreozot również w nieżytach oskrzelowych, natury ropiasto gnilnej (*bronchitis putrida*). Jak wiadomo, większość tych chorych ma lechy apetyt z powodu zgniłej wo ni, a prawdopodobnie i okoliczności wyżej wzmiankowanej, t. j. dużej ilości przełkniętej płwociny. U tych to chorych w większości przypadków zauważyć się daje poprawa łaknienia przy użyciu kreozotu.

cowe, zmniejszał wzdęcia, działając prawdopodobnie drogą ograniczenia nienormalnej fermentacji kiszkowej.

Nie u wszystkich jednakże suchotników kreozot działa podobnie pomyślnie na funkcję trawienia. U wielu z nich, a szczególnie w dalej posuniętych postaciach, nie ma wpływu dodatniego absolutnie żadnego, a niezbyt znów rzadko daje się spostrzegać fakt odwrotny, t. j., że chorzy, jakie takie łaknienie posiadający, przy użyciu kreozotu, szczególnie w większych ilościach, tracili łaknienie w zupełności. U wielu chorych występuje nieprzyjemne odbijanie kreozotem, całe godziny trwające; u innych znowu występował ból i gniecienie w dołku; inni wreszcie, przy dłuższem i upartem użyciu kreozotu, tracili zupełnie łaknienie, które powracało znowu z chwilą zaprzestania jego użycia. Fakt tej ostatniej kategorii, t. j. zaburzenia w trawieniu u moich chorych, którym zazwyczaj zalecam niewielkie dawki kreozotu, spotykałem stosunkowo rzadko, natomiast widywałem to częściej u chorych, którym zalecano wielkie dawki kreozotu i to w kapsułkach, a nie w większem rozcieńczeniu. Z faktem tym praktycy, zdaniem mojem, powinni się przeważnie liczyć, nie forsując użycia kreozotu nigdzie tam, gdzie chorzy po pierwszodniowych próbach zaczynają się uskarżać na zaburzenia w trawieniu. Widywałem i to dość znaczną ilość chorych, którzy szybki upadek ogólnego stanu z pewną słuszością przypisywali forsownej kuracyi kreozotowej.

2) W pewnej grupie przypadków kreozot działa skutecznie na pobudzenie wydzieliny oskrzelowej, jest więc pośrednio dobrym lekiem wykrztuśnym. Spostrzega się to szczególnie w okresach niezbyt daleko posuniętych suchot. Wielu z pomiędzy mych chorych, dobrze obserwujących siebie, notowało stanowczo przy użyciu kreozotu łatwiejsze odpluwanie, a nawet zmniejszoną pobudliwość do kaszlu. W późniejszych okresach, szczególnie w praktyce szpitalnej, tego rodzaju dodatni wpływ kreozotu rzadko daje się spostrzegać; w tych okresach kreozot w żaden sposób narkotyków wyrugować nie jest w stanie, natomiast, jak to wyżej wspominałem, w okresach niezupełnie jeszcze rozpaczliwych suchot jesteśmy w stanie kreozotem, ułatwiającym kaszel i wykrztuszanie, na długo chorego uchronić od eutanazyjnej terapii narkotycznej. Wyznać jednakże muszę otwarcie, że to dodatnie działanie kreozotu na kaszel i odpluwanie daje się spostrzegać stosunkowo rzadko; chorzy bowiem mają najczęściej zalecane obok kreozotu różnorodne środki kojące, a ztąd i wnioski wyprowadzane częstokroć bywają fałszywe. Nie należy również zapominać o tem, że u niektórych chorych, szczególnie z klasy inteligentnej, wpływ sugestyjny może pewną rolę czasową odgrywać. Chory, słysząc i czytając o fenomenalnych wynikach po użyciu kreozotu w suchotach płucnych, czas pewien łudzi się sam stanowczo, a tem samem pośrednio wpływa na wyprowadzanie fałszywych wniosków przez lekarza. W każdym razie, pomimo że kreozot nie może rościć sobie prawa do specyfiku, powyższe jego własności, a przede wszystkim pobudzanie u wielu chorych łaknienia wskazuje, że w wielu przypadkach suchot płucnych z korzyścią może i powinien być stosowanym, szczególnie zaś u ogromnej kategorii chorych, przebywających w wielkich miastach przez zimę, z których większość jednocześnie oddaje się różnorodnym mniej

lub więcej ciężkim profesjonalnym zajęciom. Ta to olbrzymia falanga ludzi, będących na granicy *lasciate ogni speranza*, szuka gwałtownie ratunku; u większości z nich kreozot, jak to wyżej mówiłem, jako środek jeden z najmniej szkodliwych, będzie w stanie niejednokrotnie w różnych kierunkach działać pomyślnie, chroniąc ich nieraz na długo przed użyciem narkotyków. Inaczej rzecz ma się zupełnie z chwilą nastania pory letniej. Wówczas, jeśli tylko to możliwe, chorzy tacy, co zresztą szczegółowo na innem miejscu rozebrałem, winni być wysyłani do stacyi klimatycznych ¹⁾, lub też w razie niemożności tego, na wieś, a podczas pobytu tamże powinni być, zdaniem mojem, zwolnieni od użycia kreozotu i innych podobnych przetworów; świeże bowiem powietrze, a szczególnie górskie lub nadmorskie jest jednym z najpotężniejszych czynników, pobudzających łaknienie, przemianę materyi, a znanym jest powszechnie fakt, że suchotnik, często po całych tygodniach i miesiącach nic prawie nie jedzący, już w drodze do miejscowości leczniczej nabiera łaknienia, jedząc niezbyt strawne, restauracyjne potrawy; o tem zaś, jak suchotnicy znakomicie zyskują na łaknieniu w górach, zbytecznym jest obszernej się rozwódzić. Dlatego też uważam za właściwe na niniejszem miejscu zaprotestować przeciw niewłaściwemu zwyczajowi, który się praktykuje przez wielu lekarzy w różnorodnych, a szczególnie naszych stacyach klimatycznych, że wysyłanym tamże na leczenie czysto-klimatyczne chorym na nowo przepisują kreozoty, gwajakole, arseniki i t. p. przetwory i to nieraz w kolosalnych dozach, a które to, w braku lepszych środków, zmuszeni byliśmy stosować w praktyce miejskiej przez zimę. Tym sposobem doniosłość leczenia klimatycznego sami ci lekarze, mający w rozporządzeniu niczem nie zastąpiony czynnik naturalny, redukują znacznie, prowadząc leczenie *quand même* farmaceutyczne, którego rezultat, niestety, bywa ten, że chorzy tracą łaknienie, podupadają w stanie ogólnym i wielokrotnie z pobytu w górach, zamiast polepszenia i korzyści, wracają do domu z utratą na wadze, przypisując całą winę lekarzowi domowemu za niewłaściwy wybór stacyi klimatycznej.

Na zakończenie tych, może nieco za długich, uwag, chciałem powiedzieć o dozie i formach, w jakich kreozot stosuję. Wychodząc z wyżej powiedzianego założenia, t. j. nie widząc w kreozocie przy leczeniu gruźlicy specyfiku lecz tylko wyborny w różnych kierunkach działający środek symptomatyczny, stosuję go w ostatnich czasach tylko w małych dawkach: zazwyczaj 4—6, najwyżej do 10 grn. dziennie, zalecając go nie w kapsułkach, lecz w mocno rozcieńczonym roztworze wina [kropla jedna do dwóch w dużym kieliszku wina czerwonego, lub też na pół szklanki gorącego mleka]. W tych dozach i postaci chorzy kreozot zazwyczaj wybornie znoszą i nie doznają żadnych ujemnych wpływów.

¹⁾ Patrz mój Odczyt kliniczny: „O leczeniu klimatycznym suchot płucnych“. Warszawa. 1892 r..

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

— — — — —

I. E. Sonntag. O Hegar owskim znaku rozpoznawczym ciąży.

W 1884 roku HEGAR zrobił spostrzeżenie, że dolny odcinek ciężarnej macicy mięknie tak znacznie, iż daje się w wysokim stopniu ścisnąć między palcami przy badaniu dwuręcznym. W tej szczególnej własności dolnego odcinka macicy spoczywa, według HEGAR'a, bardzo cenny, bo zupełnie pewny, znak ciąży. Na objaw ten mało dotychczas zwracano uwagi, a jednak zasługuje on na szersze uwzględnienie z powodu wielkiej swej wartości rozpoznawczej. Objaw to bardzo wyraźny i stały. Dolny odcinek trzonu macicy ciężarnej daje się ścisnąć między palcami podczas śledzenia dwuręcznego do tego stopnia, że badający otrzymuje wrażenie, jak gdyby trzymał między palcami cienką warstwę grubości kilku milimetrów lub nawet tylko karty. W przypadkach szczególnie wydatnych palcom badającego wydaje się wskutek tego, jakoby wszelki związek między szyją a trzonem macicy był zniesiony. Na to trzeba zwrócić uwagę, że wrzekomy ten rozdział ujawnia się nie w granicach szyi macicznej, lecz dopiero ponad ustami wewnętrznymi w najdolniejszych częściach trzonu macicy.

Badanie na objaw HEGAR'a może być utrudnione, a nawet stać się niemożliwym zupełnie wskutek bojaźliwości i wzbraniania się ciężarnej, jakoteż wskutek naprężenia powłok brzusznych, a także obfitości w nich tłuszczu. Pod wpływem jednak uspienia można zwykle łatwo stwierdzić ponad twardszą i węższą szyją maciczną miękkość i ściśliwość (*Zusammendrückbarkeit*) szerszego dolnego odcinka trzonu macicy, które to własności pośrodku wydatniają się wyraźniej, podczas gdy ku bokom tkanka znowu nieco grubsza się wydaje. Dwuręczne to badanie wykonać się daje w sposób następujący. Jeśli położenie ciężarnej macicy jest prawidłowe [przodopochylenie], to palec wprowadzony do pochwy umieścić należy przed częścią pochwową w przednim sklepieniu i na przedniej ścianie trzonu macicy, palce zaś drugiej ręki, badającej od zewnątrz przez ścianę brzuszną, na tylnej ścianie macicy. Jeśli zaś mamy do czynienia z tyłopochyleniem macicy ciężarnej, to bada się w ten sposób, że palec, umieszczony w pochwie, poprowadzić należy poza część pochwową do tylnej ściany macicy, palce zaś drugiej ręki, badające zewnętrznie, na przedniej ścianie macicy opierać się winny. Celem dokładniejszego zbadania w tym razie posługiwać się też można badaniem *per rectum*, przy czem trzeba koniecznie koniec palca śledzącego wprowadzić do odbytnicy wysoko, ponad przyczepy więzów maciczno-krzyżowych, aby w ten sposób osiągnąć tej części macicy, która leży ponad ustami wewnętrznymi, a prócz tego należy jednocześnie wprowadzić wielki palec tej samej ręki do pochwy i dojsz nim aż do części pochwowej celem umożliwienia kontroli nad szyją maciczną. [W oryginale znajdują się 3 rysunki, ilustrujące te trzy rodzaje badania dwuręcznego].

Od czego zależy ta szczególna ściśliwość dolnego odcinka trzonu ciężarnej macicy? Zależy ona nietylko od rozmięknienia i rozpulchnienia ścian macicy

wskutek ciąży, lecz i od tego, że zawartość trzonu macicy — całe jajo płodowe — może być, przy ścisaniu macicy między palcami śledzącymi, wyciśnięte z dolnego do górnego jego odcinka; lecz i ta możliwość nie wyklucza się, że przez ścisanie dolnego odcinka macicy część worka płodowego, pod nim leżąca, ulega także ściśnieniu, a zawartość jego — woda płodowa i płód — podobnie jak w piłce gumowej nie zupełnie wodą napełnionej, może zostać wypełnioną ku części górnej worka.

Objaw HEGAR'a może mieć praktyczne znaczenie tam zwłaszcza, gdzie z jakichkolwiekby powodów rozpoznanie początku ciąży ze zwykłych znaków domniemalnych lub prawdopodobnych jest utrudnione. Zdarza się to np. przy umyślnem lub mimowolnem ze strony ciężarnej wprowadzaniu w błąd lekarza co do zachowania się odpływów miesięcznych, zdarza się też przy istnieniu obok ciężarnej macicy guzów tego narządu lub sąsiednich. Zwłaszcza zaś pamiętać należy o objawie HEGAR'a tam, gdzie się podejrzewa istnienie ciąży zewnątrz-maciczej; nieradko bowiem się zdarza, że szyję maciczną, dotkniętą przerostem, przyjmuje się przy badaniu za pustą macicę, trzon zaś macicy z zawartem w nim jajem płodowem, jako worek miękki i wiotki — za jajo płodowe, rozwijające się na zewnątrz macicy. Jeśli w tym razie zwróci się baczną uwagę na objaw HEGAR'a, to się uniknie błędu, bo będzie można łatwo się przekonać, iż rozdział między temi częściami jest tylko pozorny i że między przerostą szyją maciczną a wiotkim i miękkim trzonem macicy istnieje związek przez pośrednictwo dolnego odcinka macicy, który w sposób charakterystyczny dla ciąży daje się ścisnąć w wysokim stopniu między palcami.

Są pewne stany patologiczne nieciężarnej macicy, przy których stwierdzić się daje, w mniejszym wprawdzie stopniu, lecz jednak wyraźnie, ściśliwość dolnego odcinka trzonu macicy. Tu należą znaczne tyłopochylenia, a zwłaszcza tyłozgięcia macicy, przy których również istnieje znaczne rozmięknienie ścian trzonu macicy, najwyraźniej występujące tuż ponad szyją maciczną. Tak więc mniejsze stopnie ściśliwości dolnego odcinka trzonu macicy nie mogą służyć za zupełnie pewną oznakę ciąży. Zato wysokie i najwyższe stopnie objawu HEGAR'a są niezawodnym jej dowodem. Zauważyć jeszcze trzeba, że ten wysoki stopień ściśliwości dolnego odcinka trzonu ciężarnej macicy istnieje tylko tak długo, dopóki jajo płodowe rozwija się bez przerwy; skoro zaś ciąża przerwana zostanie i objawy poronienia wyraźnie się zaznaczą, wtedy miękkość i zarazem ściśliwość dolnego odcinka znika bezpowrotnie. W macicy zaś połogowej miękkość ta i ściśliwość powracają na nowo, lecz nie ograniczają się już wtedy li tylko do ścian trzonu macicy, a rozszerzają się stale i na szyję maciczną, która, nawet w przypadkach wysokiego stopnia ściśliwości ścian trzonu macicy połogowej, nie bywa nigdy twardszą, aniżeli te ostatnie, lecz przeciwnie nieradko nawet miększą się wydaje.

Na zakończenie upomina autor, aby badanie ciężarnych na objaw HEGAR'a wykonywano z wszelką ostrożnością; zbyt bowiem silne i długie, a także

zbyt często powtarzane badanie w tym kierunku może stać się przyczyną poronienia.

(*Volkm. Samml. klin. Vorträge. N. F. 1892. Nr. 58*). M. Zweigbaum.

2. Royet i Collet [z Lyonu]. O cierpieniu systemowem mózdzku i części rdzenia przedłużonego oraz mostu Warol'a w związku z nim będących (*Sur une lésion systématisée du cervelet et de ses dépendances bulboprotuberantielles*).

Chory, który dostarczył materyału do pracy autorów, był przez nich obserwowany przez kilka lat. Przedstawiał on za życia objawy właściwe rozsialemu stwardnieniu ośrodków mózgo-rdzeniowych: drżenie kończyn górnych, zwiększające się, lub wyłącznie tylko przy ruchach dowolnych występujące; drżenie języka; bieganie gałek ocznych (*nystagmus*) przy ruchach oczami; zaburzenia mowy [powolna, niewyraźna]; wzmożenie odruchów kolanowych; chwilowo sztywność tetaniczna mięśni kończyn dolnych; *clonus pedis*; chwiejność przy staniu, nie zwiększająca się przez zamknięcie oczu; brak zaburzeń czuciowych; wreszcie objaw, opisywany [LOERI, KRZYWICKI] od lat kilku jako prawie wyłącznie rozsialemu stwardnieniu ośrodków nerwowych właściwy—drżenie strun głosowych.

Badanie drobnowidzowe ośrodków nerwowych w pracowni prof. PIERRET w Lyonie, po śmierci chorego dokonane, nie wykryło żadnych zmian w rdzeniu kręgowym, ani w mózgu; natomiast znaleziono stwardnienie (*sclerosis*) mózdzku, stwardnienie i zanik odnóg mózdzkowych średnich (*pedunculi cerebellares mediae*), które, jak wiemy, normalnie, opuściwszy mózdzek, biegną w poprzek mostu WAROL'a i głównie przyczyniają się do nadania mu tej nazwy. Skutkiem zaniku tych odnóg mózdzkowych średnich most WAROL'a w przypadku autorów, był bardzo ścieńczały, jakby rozplaszczony.

Zanikły nie tylko włókna nerwowe, odnogi te stanowiące, lecz i liczne nagromadzenia komórek nerwowych, normalnie między temi włóknami istniejące. Zwyródniałe i zanikłe włókna autorowie mogli śledzić między piramidami, aż do *raphe*. Nadto zwyródnieniu zupełnemu [komórek i włókien] uległy oliwki dolne [t. zw. bulbarne] i paroliwki i to z obu stron. Oliwki górne były niedotknięte. Jądra nerwów mózgowych, leżące na podstawie 4-ej komórki mózgowej, a specjalnie tych nerwów, które służą do artykulacji głosu (*nuclei nn. hypoglossi, facialis*), a także i pnie tych nerwów, znaleziono niezmiennymi.

Objawy więc, obserwowane u chorego za życia, nie zależały od rozsialego stwardnienia ośrodków nerwowych (*sclerosis disseminata*), lecz od stwardnienia mózdzku, oliwek i odnóg mózdzkowych średnich.

Podobne zwyródnienie bulbo-protuberancyjne następcze po cierpieniu mózdzku, z podobnymiż objawami za życia, opisał w roku 1872 PIERRET.

Z przypadków tych autorowie wyciągają kilka wniosków anatomicznych i klinicznych. Przedewszystkiem wnoszą o związku mózdzku z oliwkami, co wreszcie jest faktem znanym, gdyż przy zaniku lub wycięciu półkuli mózdzku zanika zawsze przeciwna oliwka; dalej, sądzą oni, iż połączenie to mózdzku z oliwką odbywa się i przez odnogi mózdzkowe średnie, lecz nie bezpośrednio, bo i komórki nerwowe między włóknami odnóg mózdzkowych średnich w war-

stwach powierzchniowych mostu WAROL'a znajdujące się, biorą w tem udział. Że zaś też komórki zanikają i przy zwyrodnieniu pęczka piramidalnego [biorącego początek w substancji korowej mózgu], mówiłoby to za tem, iż są one w związku i z mózdzkiem i z mózgiem, co jest w zgodzie z obecnymi danymi o czynności mózdzku.

Stara teorya POURFOUR DU PETIT'a, czyniąca mózdzek siedliskiem *sensorii communis*, miejscem, w którym się kończą pęczki tylne [czuciowe] rdzenia kręgowego, straciła zupełnie kredyt, na korzyść teoryi, wedle której mózdzek jest organem ruchu [centrem koordynacji ruchów—FLOURENS, LUSANA; centrem tonusu mięśni—LUCIANI].

Klinicznie przypadek autorów jest ważnym z tego względu, iż dowodzi, że pewną grupę objawów podobnych — jeśli nie identycznych — do tych, jakie cechują stwardnienie rozsiane ośrodków mózgo-rdzeniowych, może dawać stwardnienie pewnego systemu mózdkowego, a mianowicie samego mózdku — które w swym przypadku uważają autorowie za cierpienie pierwotne — odnóg mózdkowych średnich i oliwek.

Przeglądając opisy przypadków stwardnienia mózdku [PIERRET, MEYNER, SCHULTZE, MENZEL, SEPPILI i t. p.], autorowie przekonali się, iż jako objawy występujące za życia, podane w nich są: drżenie, zaburzenie mowy, *nystagmus*, zwiększenie odruchów kolanowych, sztywność mięśni i t. d., jednym słowem: objawy właściwe i stwardnieniu rozsianemu. H. SPENCER w przypadku guza w mózdku widział za życia drżenie strun głosowych, ruchów podniebieniowych i *m. constrictoris superioris pharyngis* (*nystagmus pharyngo-laryngeus*).

Dalsze obserwacje wykażą pewne właściwości, różniące stwardnienie rozsiane od stwardnienia mózdko-oliwkowego, tymczasem autorowie zwracają uwagę na *titubatio* i zaburzenia w koordynacji, tak charakterystyczne dla cierpienia mózdku, a które istniały i w ich przypadku.

(*Archives de Neurologie*. 1893. Nr. 81).

W. Gajkiewicz.

Wiadomości terapeutyczne.

—*—*—

1 **Salacetolum. Salacetol.** Prof. BOURGET z Lozanny i jego asystent BARBEY (*Terap. Monatsh.* 1893. XI) opisali w ostatnich czasach nowy przetwór salicylowy — pod nazwą salacetolu.

Salol, wytworzony w r. 1886 przez prof. NENCKIEGO, jest, jak wiadomo, związkiem kwasu salicylowego z fenolem, czyli salicylanem fenylu. Otóż, salacetol różni się tem od salolu, że zamiast fenolu wchodzi tu do związku a c e t o l.



Nowy ten związek otrzymuje się przez ogrzewanie jednochloracetonu ze salicylanem sodu. Przedstawia się w postaci delikatnego, błyszczącego, krystalicznego proszku. Bardzo trudno się rozpuszcza tak w wodzie gorącej, jako też

w zimnej. Łatwo się rozpuszcza w gorącym alkoholu, w eterze, chloroformie, benzolu. Smak ma gorzki.

W roztworze alkalicznym, np. w 0,6 procentowym ługu sodowym, salacetyl rozpuszcza się, rozszczepiając się na swe części składowe. Zupełnie tak samo, jak wiadomo, zachowuje się salol i z tej własności korzystamy, chcąc przeprowadzić dezynfekcję kiszek. W niektórych jednak szczególnych razach przy wewnętrznem stosowaniu salolu dość szybko zaczynają występować objawy otrucia fenolem. Słów kilka musimy tu poświęcić wyjaśnieniu, w jakich warunkach owo otrucie zwykło występować, a przez to łatwo zrozumiemy, na czem może polegać wyższość salacetolu nad salolem.

W kiszkaach cienkich, pod wpływem soku trzustkowego, żółci i soku kiszkowego, a więc pod wpływem roztworu alkalicznego, salol rozszczepia się na kwas salicylowy i fenol. Oddzielony kwas salicylowy przechodzi dość szybko w salicylan potasu lub sodu; fenol, czyli kwas karbolowy, podlega również pewnym przemianom i przez to staje się nieszkodliwym dla organizmu, tak, że w ten sposób organizm ludzki może bez szkody względnie dość duże dawki fenolu znosić.

Fenol [kwas karbolowy] sam przez się jest substancją trującą: u dorosłych już po 0,50, a u dzieci po jeszcze mniejszych dawkach występują najczęściej objawy otrucia, a jednakże salol można bezkarnie podawać przez dłuższy czas w dawce dziennej 8,0 — 10,0, co wynosi mniej więcej 3,0—4,0 czystego kwasu karbolowego. Że w tych razach nie następuje otrucie, to zależy od tego, iż kwas karbolowy w wątrobie, albo, już może, w błonie śluzowej kiszek dość szybko przemienia się na siarko-karbolan potasu lub sodu, a zatem na związek, który jest bardzo łatwo rozpuszczalnym, łatwo wydzielającym się z ustroju i nie trującym. W ten sam sposób organizm ludzki w warunkach prawidłowych uwalnia się od szkodliwych substancji, które się tworzą w kiszkaach cienkich wskutek rozkładu substancji białkowych przez drobnoustroje. Owe produkty rozkładu białka są po większej części trujące [fenol, skatol, indol i t. d.], ale wskutek połączenia się z siarczanami alkalicznymi stają się nieszkodliwymi i łatwo z organizmu wydalają się z moczem.

Ztąd łatwo zrozumieć, że, gdzie podobnego rodzaju związki mają się wytwarzać, tam znajdować się powinna dostateczna ilość siarczanów alkalicznych; w przeciwnym bowiem razie wessany i niezmieniony kwas karbolowy wywoła objawy otrucia.

Z drugiej strony ze znajomości tego faktu korzystamy przy otruciach karbolem, podając, jak można, najszybciej dużą dawkę siarczanu sodu. O prawdziwości tego poglądu przekonywa istotnie praktyka: przy otruciach karbolem wcześniej podana odpowiednio duża dawka siarczanu sodu [20,0—30,0 i więcej] szybko usuwa groźne objawy.

Jeżeli salol wywołuje objawy otrucia, to domyślać się należy, że ustrój nie mógł całego oswobodzonego kwasu karbolowego zamienić na siarko-fenolan alkali. W tych razach zatem należałoby jednocześnie obok salolu podawać odpowiednią ilość siarczanu sodu.

Otóż, przy stosowaniu salacetolu niema obawy otrucia. Związek ten w kiszkaach rozszczepia się na kwas salicylowy i acetyl. Kwas

salicylowy zachowuje się tak samo, jak wyżej wzmiankowano, mówiąc o salolu, a acetoł bardzo szybko wydalą się z organizmu albo w postaci acetonu, albo w postaci związków utlenionych i żadnej szkody nie przynosi organizmowi. W tem właśnie leży wyższość salacetolu nad salolem.

Po rozszczepieniu salacetolu w kiszkaeh bardzo szybko następuje wessanie kwasu salicylowego. W kwadrans po zażyciu salacetolu już w moczu można wykryć pierwsze ślady kwasu salicylowego. Salacetol, rozpuszczony w olejku rycynowym, jeszcze szybciej wydalą się z organizmu. Prawdopodobnie, że pod wpływem lekko drażniącym, jaki wywiera olejek rycynowy, soki trawienne [sok trzuskowy, żółć i t. d.] daleko obficie się wydzielają, a przez to rozszczepianie salacetolu następuje z większą energią. Zresztą wessaniu sprzyja również i zwiększony ruch perystaltyczny kizek.

Nawiasowo zaznaczyć tu należy, że mieszanina salacetolu z olejkiem rycynowym w stosunku 1:8, lub 1:6, ogrzana, a następnie ostudzona, przedstawia się jako masa skrzepła.

Wydalanie salacetolu z organizmu przychodzi do skutku względnie bardzo szybko: dwa gramy wzmiankowanej substancji w ciągu 24—36 godzin zostają zupełnie wydalone z organizmu.

Wessanie salacetolu przez skórę zależy od środka, z którym salol został zmieszany. Po wcieraniach maści z wazeliną [1:10] salacetol nie zostaje wessanym, tak, że po kilkakrotnem wtarcieiu takiej maści niepodobna w moczu wykryć ani śladu kwasu salicylowego. Jeżeli zaś zamiast wazeliny, użyjemy sadła, to w 3½—4 godzin po wtarcieiu można wykryć w moczu kwas salicylowy. Jeżeli mieszaninę salacetolu z sadłem lekko ogrzejemy i dodamy 10% olejku terpentynowego, to salacetol się rozpuści, a taka mieszanina po oziębieniu przedstawia maść dogodną i bardzo łatwą do wessania. Ten sam wynik można otrzymać, rozpuściwszy salacetol w chloroformie i zarobiwszy to na maść z sadłem, do którego dodano nieco lanolini.

Zastosowanie lecznicze. Salacetol polecić można do leczenia cierpień przewodu kizekowego; według zapewnienia BOURGET'a i BARBERE'a, jest to jeden z najlepszych i najpewniejszych środków dezynfekcyjnych dla przewodu pokarmowego. Bardzo dobre wyniki dawał wzmiankowany środek przy biegunkach, podobnych do rozwolnień cholerycznych [choleryna]. W podobnych razach dorosłym w pierwszych dwóch dniach podawano 2,0—3,0 salacetolu w 20,0—30,0 gramach olejku rycynowego. Jeżeli rozwolnienie jeszcze dalej w tem samym nateżeniu trwało i następnego dnia, to powtarzano jeszcze raz tę samą dawkę, a następnie podawano już sam czysty salacetol w ilości 2,0—3,0 na dobę.

Dzieciom należy przepisywać tyle decygramów salacetolu, ile dane dziecko ma lat.

Salacetol okazał się również bardzo skutecznym w przypadkach ostrego i przewlekłego gościeca stawów. Przy ostrym reumatyzmie stawów pierwszy efekt dawki dwugramowej salacetolu polega na tem, że ciepłota gorączkowa opada i bóle znikają, co następuje we dwie lub trzy godziny po przyjęciu leku. Jeżeli dawkę dwugramową podamy dwa lub trzy razy w cią-

gu dnia, to spadek ciepłoty gorączkowej można utrzymywać na tej samej wysokości. W największej liczbie przypadków około czwartego lub piątego dnia leczenia następował okres zdrowienia: chorzy tacy przeciętnie przyjmowali na dobę 4,0, 6,0 albo 8,0 salacetolu.

Jeszcze lepsze wyniki otrzymują BOURGET i BARBEY przy stosowaniu t. zw. metody złożonej leczenia, polegającej na tem, że chory dostaje rano i wieczorem po 1,0 salacetolu, a prócz tego w stawy, zajęte cierpieniem, wciera się maść¹⁾ według następującego przepisu:

Rp. *Acid. salicylici*
Olei Terebinth.
Lanolini aa. 10,0
Azung. 100,0
M. f. unguentum. S. Zewnętrznie.

Przy stosowaniu nawet bardzo dużych dawek salacetolu nigdy nie spostrzegano objawów zatrucia.

Przy reumatyzmie mięśniowym przewlekłym otrzymywano również znaczną poprawę wskutek stosowania salacetolu.

W kilku przypadkach kamieni żółciowych salacetol dał bardzo dobre wyniki. Dawano w tych razach salacetol przez 3—4 tygodni po dwa gramy dziennie, albo w olejku rycynowym, albo w olejku migdałowym, albo też—zwłaszcza zimą—w tranie.

W końcu zaznaczyć tu należy, że na szczególne uwzględnienie zasługuje salacetol—przy leczeniu chorób dzieci.

Wiktor Grostern.

Wiadomości bieżące.

— FOURNIER zauważył, iż w przebiegu syfilisu powstaje niekiedy postać epilepsji różna pod wielu względami od zwykłej epilepsji syfilitycznej. Tej ostatniej towarzyszą inne objawy cierpienia mózgowego, kończy się śmiertelnie szybko, lub, co częściej, leczą się pod wpływem kuracji specyficznej. Nowa postać epilepsji, przez F. wyróżniona, ma się cechować przeciwnie tem, iż nie towarzyszą jej inne objawy mózgowie, lecz epilepsya jest jedynym objawem cierpienia, i taką pozostaje do końca, iż jest cierpieniem uporczywym, iż nie ustępuje przy stosowaniu środków specyficznych, a przetwory bromowe nieco ją uspokajają. Postać tę F. nazywa „*épilepsie parasymphilitique*“.

— Znany jest stosunek przyczynowy między chorobami infekcyjnymi a rozsiańaniem stwardnieniem ośrodków nerwowych. Cierpienie to, powstałe po tyfusie, opisali: MARIE, WESTPHAL, EBSTEIN, KAHLER, CHAUFFARD, BAILLY, CLÉMENT, BOUVERET; po szkarlatynie: POLLORD; po dyfterytycie: SCHOENFELD, STADTHAGEN; po ospie: CHARCOT, BOURNEVILLE, WESTPHAL; po dysenterji: SCHWARTZ; po róży: GUBLER, JOLLY; po cholercze: JOFFROY, HIRSCHFELDER; po zimnicy: KAHLER i PICK, FORTI i ANGELINI, BIGNAMI i BARTIAVELLI; po zapaleniu płuc: FRIEDREICH, WESTPHAL, JACCOUD, RICHARD, BORDONI; po odrze: BENSI, SHEPERS; po kokluszu: SPARKS. Do tego szeregu przybywa przypadek rozsianego stwardnienia i to u 6-letniego dziecka po influenzy, spostrzegany przez MASSALONGO i SILVESTRI.

— W Warszawskiem Towarzystwie Lekarskiem na posiedzeniu d. 2 b. m. wybrani zostali: na prezesa prof. BARANOWSKI, na wiceprezesa kol. A. SOKOŁOWSKI, na sekretarza dorocznego kol. W. SZUMLAŃSKI.

) O leczeniu gośńca za pomocą zewnętrznego stosowania kwasu salicylowego będzie mowa w jednym z najbliższych numerów naszego pisma.

Do dzisiejszego N-ru dołącza się dla wszystkich prenumeratorów Katalog księgarni E. Wende go i S-ki za miesiąc Listopad r. 1893.

Wydawca, D-r S. Kondratowicz. Redaktor odpowiedzialny, D-r Wl. Gajkiewicz.

Доволено Цензурою, Варшава 24 Декабря 1893 г. Druk K. Kowalewskiego, Królewska Nr. 29