

MEDYCYNĄ.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
 dla lekarzy-praktyków.

TREŚĆ. Prace oryginalne. Torbiel żołądka wielokomorowa (*Cystoma multiloculare ventriculi*), podał prof. Julian Kosiński. — Przyczynek do etyologii i semiotyki drgawek u dzieci, podał D-r Władysław Papiewski (z Radomia) (Dok.). **Streszczenia i wyciągi.** 51. Badania kurzu na laseczniki gruźlicze. 52. O leczeniu aseptycznym spraw ropnych. — Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego. Posiedzenia z dnia 17 i 23 kwietnia r. b. — W sprawie przemywania żołądka po laparotomii, z powodu art. kol. Grundzacha p. t. „O bezwładzie żołądka i kiszek zwłaszcza po laparotomii, napisał G. Wawelberg. — Odpowiedź na art. kol. Wawelberga. Kilka słów o bezwładzie żołądka i przepłukiwaniach tego narządu po laparotomii, podał Ignacy Grundzach. — Od Zarządu wystawy higienicznej. — Drobniejsze wiadomości różnej treści. — Wiadomości bieżące. — Zmarli. — Ogłoszenia.

„Medycyna“
GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux médecins-praticiens.
Sommaire des articles originaux: 1) Prof. J. Kosiński — Un cas de tumeur cystique multiloculaire de l'estomac. 2) D-r Wł. Papiewski — Contribution à l'étiologie et à la sémiotique des convulsions des enfants.

Redaction: Dr H. Dobrzycki. Varsovie — Rue Oboźna 5.

„Medycyna“
MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.
Inhalt der Originalabhandlungen: 1) Prof. J. Kosiński — Ein Fall von multiloculärem Magencystom. 2) D r Wł. Papiewski — Beitrag zur Aetiologie und Semiotik der Kinderkrämpfe.

Redaction: Dr H. Dobrzycki. Warschau — Oboźna str., 5.

Torbiel żołądka wielokomorowa

(*Cystoma multiloculare ventriculi*).

podał **Prof. Julian Kosiński.**

Do niezwykłych przypadków guzów torbielowych, wyrastających w jamie brzusznej, należy przypadek, który poniżej opiszę. Zasługuje on na szczególną uwagę nie tylko pod względem nadzwyczajnej rzadkości swojej, lecz i pod względem objawów klinicznych oraz trudności i, powiedzieć trzeba, prawie niemożliwości rozpoznania.

Historia przypadku tego jest następująca.

Czypa Lew, 30 lat wieku licząca, pochodząca, jak mniema, od zdrowych rodziców, przybyła do kliniki chirurgicznej 5 listopada 1894 r. W dzieciństwie chorowała na odrę, w 18-tym roku na zimnicę, a w 20-tym na tyfus brzuszny, trwający 8 tygodni. Po tej ostatniej chorobie ogłuchła i przez cały rok nie mogła odzyskać słuchu. W 15-tym roku zaczęła miesiączkować dość prawidłowo, a przed 6-ciu laty wyszła za mąż. Dwa razy była w ciąży i urodziła dwoje donoszonych dzieci. W początkach drugiej ciąży, przed trzema laty, zaczęła doznawać pewnych objawów ze strony przewodu pokarmowego, mianowicie zaparcia stolca i bólów w brzuchu, które chwilami stawały się niezmiernie dokuczliwe. Po urodzeniu dziecka miała bardzo znaczny krwotok maciczny. Bóle w brzuchu i nieprawidłowe stolce (zwykle zaparcie) pozostały w tym samym stopniu, jak i podczas ciąży. Nadto zaraz po urodzeniu dziecka i po krwotoku zaczęła miewać kurcze nerwowe (jak z opisu chorej zrozumieć można), mające cechę padaczkowych. Od roku jednak wszystkie powyżej opisane objawy chorobowe znikły lub osłabły w takiej mierze, iż chora uważała się za względnie zdrową.

Dziesięć miesięcy temu chora dźwignęła ciężki garnek, napełniony wodą, i poczuła, jak wyraża się, że coś jej pękło w dolnej części jamy brzusznej, a po paru tygodniach wymacała około pępka guz, który odtąd stopniowo się powiększał. Radziła się lekarzy, którzy orzekli, iż operacja jest potrzebna. W tym celu przybyła chora do naszej kliniki.

Chora średniego wzrostu, budowy szczupłej i wątłej, bardzo chuda, mięśnie wiotkie, tłuszcz podskórny w zaniku, fizyczne siły w wielkim upadku, łaknienie małe, trawienie niezłe, czynności serca, płuc i nerek żadnych zmian nie okazują. W jamie brzusznej znajduje się guz wielkości głowy, który, z powodu znacznej cienkości ścian brzusznych, w leżącym położeniu chorej doskonale daje się widzieć w postaci wielkiej kuli, wypukłej okolicę śródbrzuszną. Macanie wykazuje, że guz ma powierzchnię gładką, jest mocno naprężony i chęłbocący; ściany guza nie wszędzie jednakową okazują odporność, w pewnych miejscach wydają się być grubsze, w innych cieńsze, tam też chęłbotanie wyraźniejsze. Guz z wielką łatwością daje się przesuwac we wszystkich kierunkach: ku górze do przepony, ku dołowi do miednicy, gdzie część jego dolna schodzi aż za spojenie łonowe; na prawo i na lewo można go przesunąć ku lędzwiom. Opukiwaniem znajdujemy, iż guz daje odgłos tępy na całej swojej powierzchni; obwód guza otoczony jest narządami, dającymi odgłos bębnowy. Badając przez pochwę i przez kışzkę prostą, nie mogliśmy palcem wymacać guza pomimo możliwego usunięcia go na dół. Zgłębniem, wprowadzonym do pęcherza, guz daje się wyczuć przez górną ścianę pęcherza. Przy wszystkich powyższych rękoczynach chora doznaje znacznego, przykrego bólu i prosi o skrócenie badania.

Wobec opisanych objawów niemożliwe było rozpoznanie narządu i miejsca, z którego guz wyrastał i z którym w ścisłym anatomicznym znajdował się związku. Brak wszelkich danych twierdzących dawał pole do najszerszych przypuszczeń. Przypuszczać zatem można było, że guz ten, który niewątpliwie był torbielą, przedewszystkiem może być torbielą jajnika o bardzo długiej i cienkiej szypule; a jakkolwiek szypuły, nawet przy największem przesunięciu guza do góry, przez ścianę brzuszną wyczuć nie mogliśmy, pochodzić to mogło stąd, iż była ona przykryta pętlicami jelit. Następnie można było mniemać, iż torbiel wyrasta w wielkiej sieci (*omentum*); przypuszczenie to nie spotykało żadnych, coprawda, dowodów przeciwnych, te chyba jedynie, że torbiele sieci należą do bardzo rzadkich guzów jamy brzusznej. Dalej – torbiel krezki można było, na zasadzie opisanych objawów, z równem prawdopodobieństwem przypuszczać, chociaż torbiele krezki mniejsze więcej bywają pokryte pętlicami jelit, większe jednak uwalniają się z otoczenia i stają się bardziej powierzchowne, przylegające bezpośrednio do przedniej ściany brzusznej. Z równem więc niemal prawdopodobieństwem można było rozpoznawać w naszym przypadku torbiel jajnika, torbiel sieci i torbiel krezki, a jak się pokazało po otworzeniu brzucha, żadne z tych przypuszczeń nie sprawdziło się. Co do innych torbieli, spotykanych w jamie brzusznej, mogliśmy brać pod rozwagę, przy niepewnem naszym rozpoznaniu, jeszcze torbiel trzustki, torbiel nerki, lub wreszcie torbiel, pochodzącą z tkanki komórkowatej pozaotrzewnowej, lecz tę grupę torbieli, jako mającą w opisanych objawach naszego przypadku więcej przeczących, niż twierdzących danych, wyłączyliśmy stanowczo z naszego przypuszczalnego rozpoznania.

Ponieważ położenie torbieli w jamie otrzewnowej było powierzchowne, bezpośrednio za ścianą brzuszną; guz był ruchomy we wszystkich kierunkach

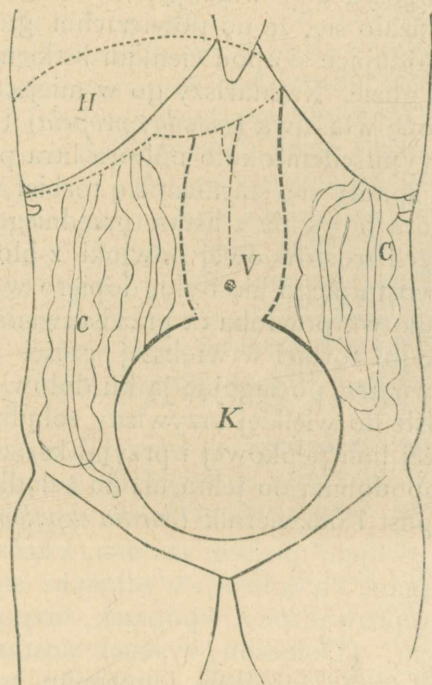
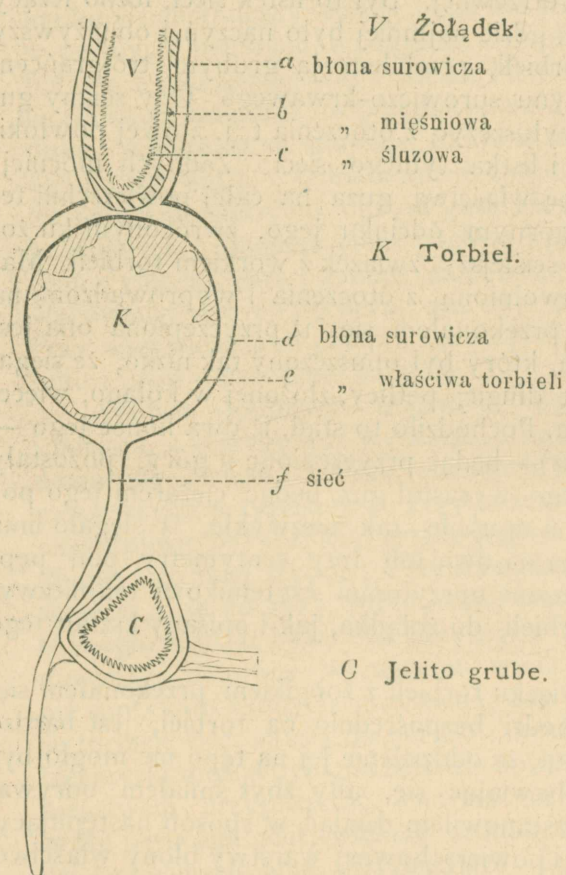
i nie mógł przedstawiać wielkich trudności do oddzielenia go od otoczenia, nie widziałem więc żadnych przeciwwskazań do zabiegu operacyjnego i postanowiłem przystąpić do otworzenia brzucha, aby tą drogą guz usunąć. Nie uważałem za stosowne robienia poprzedniego nakłucia, które mogłoby zresztą wykazać nam tylko, z jakim płynem mamy do czynienia, lecz prawdopodobnie nie wyjaśniłoby wątpliwości naszej ani co do istotnej natury guza, ani co do miejsca pochodzenia jego, gdy tymczasem mógłby ten, napozór niewinny zabieg powikłać sprawę, przez wylanie się zawartości torbieli do jamy otrzewnej.

Operację wykonałem 10-go listopada r. z. Cięcie ściany brzusznej — jak przy owaryotomii, pomiędzy pępkiem i spojeniem łonowem, 10 centymetrów długości, odpowiadające środkowej części guza. Po otworzeniu jamy otrzewnej okazało się, że po powierzchni guza przebiegały liczne naczynia krwionośne, znajdujące się pod cienkim listkiem otrzewnej. Był to listek sieci, luźno leżący na guzie. Naddarłszy go w miejscu, gdzie najmniej było naczyń, i obnażywszy błonę właściwą (*membr. propria*) torbieli, przebiłem ją grubym trójgrańcem i wypuściłem około półtora litra płynu surowiczego-krwawego. Gdy ściany guza spadły się, starałem się torbiel wyłuszczyć z otoczenia t. j. z owej powłoki, która powstała z listka przedniego i listka tylnego sieci. Żadnych mocniejszych zrostów owej powłoki z błoną właściwą guza na całej powierzchni tego ostatniego nie było; dopiero w górnym odcinku jego, zwróconym ku żołądkowi, powłoka ta przedstawiała ściślejszy związek z workiem torbieli. Mając już torbiel w większej części uwolnioną z otoczenia i wyprowadzoną na zewnątrz, pociągając ją ku dołowi, przekonałem się, iż przyczepiona ona jest ściśle do wielkiej krzywizny żołądka, który był opuszczony tak nisko, że sięgał niżej linii pępkowej i przyjął kształt długiej pętlicy, złożonej w kolano, więcej popodobnej do jelita, niż do żołądka. Pochodziło to stąd, iż dwa końce jego — wpust i odźwiernik (*cardia et pylorus*) — będąc przyczepione u góry, pozostały w swoim miejscu; zaś dno, z którego wyrastał guz, będąc ciężarem jego pociągane ku dołowi, wydłużyło się i opuściło tak niezwykle, iż sięgało linii, przeprowadzonej wpoprzek brzucha na dwa lub trzy centymetry pod pępkiem. (Dołączony rysunek dostatecznie uprzytomni czytelnikowi ten niezwykle obraz położenia i stosunku torbieli do żołądka, jak i opisany kształt tego ostatniego). (Patrz rys. str. 396).

Po dokładnem rozpatrzeniu związku torbieli z żołądkiem przekonałem się, że błona surowicza żołądka przechodzi bezpośrednio na torbiel, jest bardzo zgrubiała i tak mocno z nią zrosnięta, że oddzielenie jej na tępo nie mogło być w żaden sposób uskutecznione. Obawiając się, aby zbyt śmiałem odrywaniem nie przedziurawić żołądka, postanowiłem działać w sposób następujący: wykroilem płat z błony surowiczej i powierzchownej warstwy błony właściwej torbieli, poniżej linii granicznej, dzielącej torbiel od żołądka, i odseparowałem torbiel od błony mięśniowej żołądka, a przeszedłszy na drugą stronę (tylną) torbieli, wypreparowałem drugi takiż płat, z tychże warstw tylnej części torbieli. Przy tej czynności zraniono tętnicę wieńcową żołądka (*art. coron.*) i na obu końcach podwiązano. Po oddzieleniu w ten sposób torbieli, na dnie żołądka pozostała rana, której dno stanowiła błona mięśniowa żołądka, zaś brzegi — owe dwa płaty, wykrojone z błon ściany torbieli. Przestrzeń dna rany miała około 12 centymetrów w średnicy długiej i 6 centymetrów w średnicy poprzecznej czyli przednio-tylnej. Złożywszy owe dwa płaty, którymi dokładnie dno rany dało się pokryć, zeszyłem je ścisłym szwem krawieckim. W końcu, oczyściwszy jamę brzuszną ze skrzepów krwi i podwiązawszy parę dro-

bnych tętnic krwawiących, przekonałem się, że poprzecznicą (*colon transv.*) była zepchnięta bardziej na prawą stronę i leżała z tyłu i u dołu guza, że pozostałe po torbieli miejsce znajdowało się w tej części sieci, która znajduje się pomiędzy krzywizną wielką żołądka i poprzecznicą, że tylna ściana t. j. tylne listki tej części sieci pozostały nietknięte, w przednich zaś listkach znajdował się otwór, przez który torbiel została wyjęta. Ponieważ otwór ten przez zbliżenie się listków sieci i brzegów cięcia nie wymagał sztucznego połączenia, zostawiłem go więc bez założenia szwu i zamknąłem jamę brzuszną zwykłym szwem węzłkowym.

• Żołądek i torbiel
w profilu.

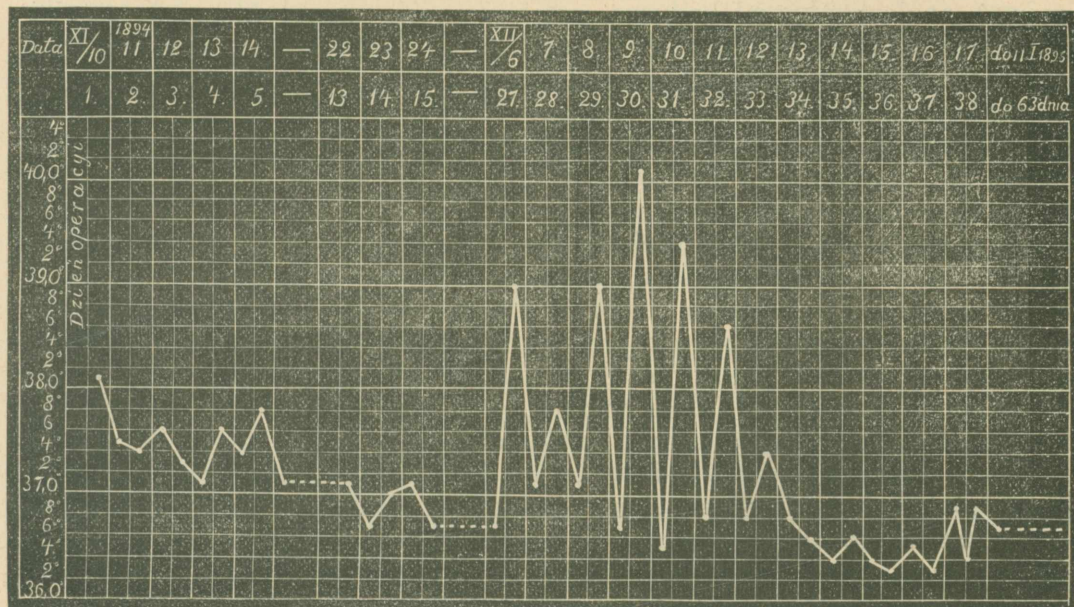


V Żołądek.
K Torbiel.
H Wątroba.
C C Jelito grube.

Zakończywszy w ten sposób operację, zaleciłem podawanie chorej lodu do ust i ławatyw odżywczych przez pierwsze dwa dni. Podskórną, w trzy godziny po operacji, zastrzyknięto morfinę. 3-go dnia chora zaczęła dostawać mleko, rosół, herbatę.

Stan chorej po operacji był ze wszech miar zadawalający. Gorączki, wymiotów ani wzdęcia brzucha nie było. Na szósty dzień operowana dostała trzy łyżeczki oleju rycynowego, poczem miała parę rzadkich stolców. Szew ścienny zdjęto 7-go dnia. Przy pożywniejszych pokarmach wygląd chorej widocznie stawał się lepszy.

6 go grudnia, a zatem 27-go dnia po operacji, wśród tak prawidłowego powrotu do zdrowia, kiedy chora zaczęła już podnosić się z łóżka i przechadzać się, dostała bez widocznej przyczyny dreszczów, a ciepłota ciała podniosła się do 39° . Stan gorączkowy z podniesieniem i obniżeniem ciepłoty, z wahaniami o typie przepuszczającym trwał cały tydzień i przy użyciu chininy ustąpił całkowicie. Wtedy chora już bez przerwy poprawiała się i, czując się zupełnie uleczoną, opuściła naszą klinikę 11 go stycznia 1895 r.



(D. n.).

Przyczynę do etyologii i semiotyki drgawek u dzieci,

podał **D-r Władysław Papiewski** (z Radomia).

(Dokończenie.—Zob. Nr. 18).

Opisany tu przypadek uważam za zajmujący z wielu względów. Przede wszystkim nastroczały się w nim znaczne trudności rozpoznawcze. Już 28. I. podwyższenie ciepłoty kazało się domyślać jakiegoś powikłania, bo istniejący dotąd krztusiec z nieżytem oskrzeli przebiegał bezgorączkowo. Przyczynę tego podwyższenia ciepłoty upatrywałem w obostrzeniu się sprawy płucnej, co stwierdzał więcej charakter tętna i oddechu, niż dane badania fizycznego płuc, które pozostały prawie bez zmiany, częściowo nawet niezrozumiałe (stłumienie w prawym płucu). Drgawki, jakie wystąpiły 30. I. wśród ciągle wzrastającej gorączki, czyniłem zależnemi pierwotnie od podejrzewanego zajęcia tkanki płucnej, lecz charakter ich dnia następnego, częstość powtarzania się, długość trwania, obok wyrażonych innych objawów zajęcia mózgu (zrenice, wzrok, sztywność karku i kończyn), wyradzały mocne podejrzenie nowej sprawy mózgowej. Na odbytej wówczas naradzie lekarskiej wystąpiły pewne różni-

ce w zapatrywaniu się na jej charakter. Ponieważ jedni koledzy utrzymywali, że mamy do czynienia li-tylko z zapaleniem drobnych oskrzeli, uważali więc objawy mózgowe za rozpoczynającą się samoistną sprawę w oponach, zapewne natury gruźliczej; przeciw temu inni występowali, przyjmując raczej sprawę na wypukłej części mózgu, w każdym razie nie gruźliczej natury. Spór o rozpoznanie różniczkowe pomiędzy zapaleniem oskrzeli a bronchopneumonią u dzieci ma, zdaniem mojem, czysto akademickie znaczenie, które badanie zwłok tylko, a raczej badanie drobnowidzowe rozstrzygnąć jest w stanie. Ponieważ zapalenie płuc włóknikowe, przebiegające i dające klasyczne objawy fizyczne, u ssawców bodaj wcale nie istnieje ⁵⁾, trudno byłoby wymagać tych objawów w danym przypadku; od zapalenia drobnych oskrzeli do zajęcia pęcherzyków płucnych, czy przyjmujemy teorię v. BUHL'a, czy BARTELS'a i v. ZIEMSEN'a, nie będzie żadnego skoku; przytem charakter oddechu i tętna oraz sinica zdawały się przemawiać za bronchopneumonią. Przeciwno podejrzewaniu w danym przypadku sprawy gruźliczej na podstawie mózgu przemawiało wiele danych. Jakkolwiek zapalenie opon mózgowych gruźlicze nigdy prawie nie rozpoczyna się wśród zupełnego zdrowia, a krztusiec jest istotnie chorobą, silnie usposabiającą do rozwoju tegoż zapalenia, to z drugiej strony *meningitis basilaris* nigdy nie zaczyna się wysoką gorączką: z 29 przypadków, zestawionych przez ROSENBLATTA ⁶⁾, niema ani jednego, któryby się od wysokiej gorączki rozpoczynał. Dla początku charakterystyczniejsze są wymioty i ból głowy, który uprzednio trwa zwykle długo. Że na ból głowy dziecko nie cierpiało, o tem świadczą wywiady co do jego usposobienia przed chorobą, wymiotów nie było nawet zupełnie, co, zdaniem niektórych autorów, zupełnie przypuszczenie gruźlicy wyłącza. Następnie drgawki bynajmniej nie należą do objawów wczesnych, raczej do późniejszych. Zdaniem BARTHEZ'a i RILLIET'a, wczesne i uporczywe ich występowanie jest właściwe gruźelkom pojedynczym (*tuberculum solitaire*), lecz nigdy gruźlicy na podstawie mózgu. To samo twierdzi HENOCHE, dodając, że gwałtowny przebieg *meningitidis basilaris* tam tylko jest dopuszczalny, gdzie występuje on wtórnie przy rozwiniętej już sprawie gruźliczej innych narządów. Nakoniec nie mieliśmy nic znamiennego ze strony tętna lub oddechu: typ bowiem CHEYNE-STOKES'a występował tylko podczas drgawek, gdy przy *meningitis basilaris* jest stałym.

Przerzynanie się naówczas zębów mogłoby stanowić też jeden z punktów etyologii zjawisk mózgowych i było brane pod rozwagę przy naradzie, popierane tem, że po przecięciu się zębów drgawki już się nie powtórzyły. Jakkolwiek przyczyna zaburzeń nerwowych w danym przypadku dostatecznie, jak mniemam, w następstwie się ujawniła, w kwestyi wpływu ząbkowania trudno ogólne zdanie wypowiedzieć. Pomimo, że tacy klinicyści, jak HENOCHE lub CADET de GASSICOURT ⁷⁾, oświadczają się za możliwością wpływu ząbkowania na przekrwienie mózgu, naśladujące *meningitis*, jednak wyznają, że lepiej przekonywują mnie przeciwnie poglądy KASSOWITZ'a ⁸⁾. Zbiór opisanych objawów przemawiałby raczej za rozpoznaniem *meningitis purulenta*; ostry bowiem początek z wysoką gorączką i drgawkami właściwy jest tej właśnie postaci zapalenia opon; lecz wobec tego, że nie mieliśmy przyczyny prawdopodobnej,

⁵⁾ Porównaj: MILLER „Ueber Lungenentzündung bei kleinen Kindern“, Jahrbuch für Kinderheilkunde, Tom XXXVII, 1894.

⁶⁾ „Właściwości przebiegu i objawów zapalenia opon mózgowych gruźliczego u dzieci“. „Przegląd Lekarski“. 1892.

⁷⁾ Traité clinique des maladies des enfants, 1880, tom I.

⁸⁾ Vorlesungen über Krankheiten im Alter der Zahnung, 1892.

któraby go wywołać mogła (*otitis, insolatio, trauma*), przypuszczenie to należało wykluczyć.

Rozpoznanie więc musiało się ograniczyć narazie do ogólnika: podrażnienie zapalne opon mózgowych.

Meningitis, rozpoczęte drgawkami tak gwałtownymi, doprowadziłoby do śmiertelnego zejścia 3—5-ego dnia, a po drgawkach wtórnych stan przygnębienia powiększałby się stale. Zwolnienia tętna nie mieliśmy w naszym przypadku. Temu ostatniemu BARTHEZ i RILLIET nadają znaczenie szczególnie doniosłe, acz z drugiej strony HENOCH zaprzecza mu prawa patognomonicznej nieomyślności. Charakter oddechu, bardzo często przedstawiający typ CHEYNE-STOKES'a, nie był dość przekonywający. Przyspieszony oddech zdarza się zarówno w porażeniach oskrzeli i pęcherzyków płucnych, jak w pewnych przypadkach ostrego zapalenia opon mózgowych, znaczenia więc rozpoznawczego, jak słusznie zaznaczają BARTHEZ i SANNÉ⁹⁾, mieć nie może. Ważniejsze znaczenie mogłby mieć kaszel i charakter wydechu, który przemawia za zapaleniem płuc; niestety, podczas trwania objawów mózgowych kaszel ustał prawie zupełnie, a oddech był tylko przyspieszony i powierzchowny. Skądinąd sztywność karku i kończyn, stale się w pierwszych dniach utrzymująca, podejrzenie *meningitidis* wzmagala.

Zresztą spadek ciepłoty, ustąpienie drgawek, stopniowe znikanie innych objawów mózgowych upewniało nas, że do zapalenia właściwego opon nie dojdzie, przyczyna jednak tego zapalnego podrażnienia mózgu nie była jasna, aż do chwili badania dna oka: ono dopiero wykazało przekrwienie bierne mózgu, powodujące tarczę zastoinową.

Zastanówmy się nad patogenezą danego przypadku, t. j. związkiem krztuśca z objawami mózgowymi, głównie drgawkami.

HAGENBACH¹⁰⁾, rozbierając objawy mózgowe w przebiegu krztuśca, zwraca szczególną uwagę na stan narządów oddechowych, upatrując w nich główną przyczynę tychże. Zgadza się z nim BIERMER, zaznaczając, że objawy ze strony płuc łatwo przeoczone być mogą. RILLIET i BARTHEZ widzą związek sprawy płucnej ze szczególnem usposobieniem do drgawek, zależnem od młodego wieku chorych: nie spotykali oni też ich u dzieci starszych nad lat 5, główną masę zaś dawały ssawce. U nich to podług WEST'a przy napadzie silnego kaszlu występuje sinica i następują drgawki, zależne od zatrucia krwi CO₂.

W przebiegu mózgowej postaci zapalenia płuc, o czym już wspominaliśmy, mogą drgawki wystąpić na plan pierwszy, lecz w rzeczywistości nieskomplikowany i wyrażający się li-tylko drgawkami przebieg bywa, zdaje się, u dzieci bardzo rzadkim. THOMAS¹¹⁾ wcale go nie spostrzegał, a cytowane u ZIEMSEN'a przypadki (POLITZER'a, BAAS'a, REISLAND'a, LEWISSON'a) obok zapalenia płuc mają zwykle inne przyczyny. Natomiast, gdy występują przy tem ostatniem drgawki, spotykamy na zwłokach albo sprawę w oponach jako powikłanie, lub tylko przekrwienie opon czynne (tętnicze), jak to spostrzegał GERHARDT¹²⁾.

⁹⁾ *Traité clinique et pratique de maladies des enfants*, 1884, tom I.

¹⁰⁾ „*Keuchhusten*“ w *Handbuch der Kinderkrankheiten* v. Gerhardt. 1877, tom II.

¹¹⁾ „*Croupöse Pneumonie*“ w *Handbuch der Kinderkrankheiten* von Gerhardt, 1878, tom III, 2-ga połowa.

¹²⁾ *Lehrbuch der Kinderkrankheiten*, 1861.

Jeżeli połączymy współcześnie istniejące obie wymienione sprawy—krztusiec i zapalenie płuc, jakie miały miejsce w moim przypadku, to przekrwienie mózgu jest tem łatwiej zrozumiałe.

Przekrwienie mózgu żyłne następuje fizyologicznie przy każdym wydechu i znika przy wdechu. Ma ono miejsce do pewnego stopnia przy leżeniu lub przy silnym ucisku przepony brzusznej. Bezpośrednie przekrwienie w żyłach mózgowych powodują stany, przeszkadzające odpływowi krwi przez też żyły. Tu więc należą guzy na szyi (u dzieci najczęściej żołądowe) lub w *mediastinum*, uciskające żyłę szyjową lub bezimienną, dalej choroby serca i jego zastawek (głównie *insufficiencia valv. tricuspidalis*) i choroby narządu oddechowego. Każda wogóle przeszkoda w oddechu działa w kierunku, upośledzającym krążenie wewnątrzczaszkowe. Już prosty kaszel to sprowadza, a poważniejsze choroby krtani (*spasmus glottidis*), oskrzeli (*bronchitis*) i płuc (*pneumonia interstitialis*, *emphysema pulmonum*, *pleuritis exsudativa*) w tem większej mierze. Jedni tłumaczyli objawy mózgowe mechanicznym uciskiem nacieczonych górnych płatów płucnych na idące przez górny otwór klatki piersiowej wielkie pnie żyłne, drudzy takimże uciskiem na nerw współczulny. Nakoniec i bez mechanicznego ucisku przy chorobach, połączonych z długotrwałem nadymaniem, a więc przy kaszlu krztuscowym, przekrwienie takie bardzo łatwo występuje. Drgawki ogólne, jako objaw przekrwienia mózgu, u dorosłych oczywiście nie będą występowały tak łatwo, jak u dzieci. ANDRAL¹³⁾, rozbierając objawy przekrwienia mózgu pod względem klinicznym, wylicza do 8 jego postaci, z których cefalalgiczna, psychiczna i apoplektyczna właściwe są dorosłym, konwulsyjna zaś prawie wyłącznie dzieciom. Ostrzega on przed możliwą pomyłką rozpoznawczą, objawy tu są bowiem bardzo zbliżone do tęcza lub zapalenia opon.

Przy rozpoznawaniu różniczkowem szczególną uwagę zwracać należy na ciemniaczko napięte, lecz nie tętniące i obraz dna oka, dający od samego początku tarczę zastoinową.

Myślę też, że przekrwienie bierne mózgu, w rodzaju podanego przezemnie przypadku, nie zdarza się u dzieci tak rzadko, jak mniema Jaccoud¹⁴⁾. Jeżeli zważymy wieloliczność przyczyn, jakie wywołać je mogą, z jednej strony, a skłonność dzieci do drgawek z drugiej, to często powinniśmy sobie tłumaczyć objawy mózgowe li tylko przekrwieniem mózgu biernem (rzadziej czynnem), nie zaś—rozpoznając cierpienie zapalne, ewentualnie gruźlicze, na oponach, mnożyć bałamutną statystykę wyleczeń tegoż lub zyskiwać łatwe, acz niesłuszne laury w praktyce prywatnej.

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

51. M. KIRCHNER. **Badania kurzu na laseczники gruźlicze.** Od czasu pracy CORNET'a, który udowodnił doświadczalnie obecność w kurzu laseczników gruźliczych, sprawa powstawania cierpień gruźliczych dróg oddechowych, właśnie na drodze wdechania tak „zanieczyszczonego” kurzu, przestała być niemal sporną. Wprawdzie późniejsze badania KRUEGER'a i innych przyniosły nam tę pocieszającą wiadomość, że kurz zawiera wspomniane laseczniki tylko wtedy, gdy istnieją warunki do wysychania i rozpylania się płwociny suchotników, a więc gdy zbywa na odpowiednich ściśle stosowanych przepisach zapobiegawczych, i że tym sposo-

¹³⁾ Clinique médicale, 1833, tom V.

¹⁴⁾ Wykład patologii szczegółowej, wydanie VII, 1884, tom I.

hem jesteśmy w posiadaniu środków, które rzeczywiście są w stanie zażegnać to straszne niebezpieczeństwo, nie osłabiły one jednak bynajmniej samej groźby.

Praca KIRCHNER'a jest jak gdyby dalszym ciągiem wspomnianych badań, ma jednak może tę wyższość nad innemi, że wyszła nie z jakiegoś idealnie urządzonego szpitala, ale z wojskowej pracowni higienicznej, przy lazarecie X korpusu armii niemieckiej, a więc z pośród warunków, gdzie się z pewnością nie sypie garściami pieniędzy.

Od czasu urzędzenia w tym lazarecie specjalnego oddziału dla chorych gruźliczych, a więc od r. 1890, nie spostrzegął autor ani jednego przypadku doraźnego przeniesienia się gruźlicy na otaczających, pomimo, że przez ten czas przeszło 200 chorych na oddziale się znajdowało. Zawdzięcza to autor tej szczególnie staranności, z jaką doglądał wszystkiego, co tylko miało jakikolwiek związek z nieszkodliwem usuwaniem plwociny chorych. Przypominano chorym na każdym niemal kroku, by soplali w pokojach tylko do szklanek, na podwórzach — tylko do flaszek DETTWEILER'a, na błoniach — tylko do napełnionych wodą (w ostatnich czasach torfem) spluwaczek; pomieszczenia dla chorych były opróżniane w pewnych stale określonych odstępach czasu, odkazane i następnie w ciągu kilku dni przewietrzane. To właśnie opróżnianie sal przez chorych i niezbędne przemieszczanie ich wskutek tego na inne oddziały, zwróciło uwagę autora na przypuszczalną możliwość przenoszenia zarazy tą drogą i popchnęło go wreszcie do przeprowadzenia badań w tym kierunku.

Te ostatnie poprzedza autor opisem analizy kurzu, z mieszkania pewnego wojskowego, który zmarł na gruźlicę. Wkrótce potem zachorował na gruźlicę pisarz, który również do tego samego mieszkania uczęszczał. Wtedy autor zebrał kurz z rozmaitych miejsc tego mieszkania, zapomocą gąbek wyjałowionych, wielkości ziarenka fasoli i wprowadził kawałki gąbek 16 świnkom morskim do jamy otrzewny (laparotomia). Już CORNET wykazał, jaki skutek wywierają podobne doświadczenia z kurzem na zwierzęta. Co najmniej 50% zwierząt zdycha wskutek spraw przyranych: obrzęku złośliwego, tężca i t. d. W doświadczeniach autora śmiertelność była jeszcze znaczniejsza (72,2%); 11 świnek padło w ciągu pierwszych 6 dni, 5 pozostało przy zupełnym zdrowiu, a gąbki, wyjęte po kilku miesiącach z jamy otrzewnej, okazały się jałowemi; brak było nawet śladu jakichkolwiek zapaleń. Badania więc te właściwie nie doprowadziły do żadnych wyników.

Trochę lepiej powiodło się autorowi w następnych doświadczeniach z kurzem z wyżej wspomnianego oddziału dla chorych gruźliczych. Brał tutaj K. kurz z dwóch sal: z chodników, parapetów okien, z gzęsów pieców, ze ścian i z desek łóżek, zajmowanych przez chorych. Na 8 rozbiórów, wykonanych według podanej metody (z wyjątkiem 1 doświadczenia, w którym K. zastrzyknął śwince do otrzewny zawieszinę kurzu w bulionie wyjałowionym), w 6 wypadły wyniki ujemne (brak laseczników swoistych); odsetka jednak śmiertelności zwierząt wogóle była również znaczna (68,8%).

Badania te powtórzył autor jeszcze raz, z tą tylko różnicą, że zaniechał zupełnie dawniejszego sposobu wprowadzania gąbek do otrzewny, a zastrzykiwał natomiast do otrzewny zawieszinę kurzu po wymyciu gąbek w jałowym bulionie. Wszelkie sprawy przyranne znikły raz na zawsze. Na 7 zwierząt doświadczalnych, 1 tylko padło wskutek kataru kiszek; w kurzu okazał się zupełny brak laseczników gruźliczych; natomiast 1 świnka, której zastrzyknięto do otrzewny brud ze stolikae który stał obok łóżka pewnego suchotnika, padła wskutek zakażenia gruźliczego.

Wyniki te są rzeczywiście pocieszające, wykazują one bowiem, że powietrze, pomieszczeń, zamieszkałych przez chorych gruźliczych, zarówno jak i unoszący się w niem kurz są zupełnie nieszkodliwe, pod warunkiem jednak, że plwocina będzie w odpowiedni i ściśle stosowany sposób zbierana i usuwana. Wskazują one prócz tego konieczność ścisłego odkazania wszystkiego, co się styka z naczyniami, przeznaczonemi do zbierania plwociny, nie mówiąc już naturalnie o samych naczyniach; grozi wreszcie tym wszystkim, którzy, mając do czynienia z takimi chorymi, nie pamiętają bezustannie o konieczności ścisłego i możliwie częstego odkazania swych rąk.

Pozwolę sobie na zakończenie przytoczyć, ze względu na ważność omawianej sprawy, słowa autora, które on w końcu swej pracy zamieścił: „obecność chorych na gruźlicę nie jest dla otaczających niebezpieczna, a możliwość rozproszenia się

laseczników z kurzem w powietrzu jest wyłączona, jeżeli plwocina i wszelkie inne wydaliny (np. płynne stolce) będą starannie zbierane i nieszkodliwie usuwane, a służące po temu naczynia skutecznie odkażane. Ta ostatnia czynność powinna być stosowana nie tylko względem zawartości naczyń, ale i względem miejsc, które zajmują, i najbliższego ich otoczenia. Jak mało zatem pracy kosztuje prawie zupełne zabezpieczenie się od zakażenia gruźlicą!

(*Zeitschrift f. Hygiene u. Infektionskrankheiten*. Bd. XIX. II. I). W. Orłowski.

52. ZEIDLER. O leczeniu aseptycznym spraw ropnych. Stosowanie aseptyki w świeżych ranach pooperacyjnych jest obecnie zasadą ustaloną; nierozstrzygnięciem pozostaje pytanie, czy rany zakażone koniecznie muszą być odkażane, czy też i dla nich wystarcza opatrunek aseptyczny. Badania doświadczalne SCHIMMELBUSCH'a, REICHEL'a, HAENEL'a wykazują, że wartość odkażania ran zapomocą środków przeciwnilnych jest wielce wątpliwa. HELFREICH, BRAATZ, JAFFE dowodzą, że polewanie karbolem lub sublimatem przy sprawach ropnych jest zbyt szkodliwym. Z powyższymi zapatrywaniami zgadza się ZEIDLER, przytaczając wyniki aseptycznego leczenia zakażonych ran, wyłącznie stosowanego w szpitalu Obuchowskim. Zazwyczaj postępowano w sposób następujący: oczyszczenie pola operacyjnego podług ogólnie przyjętych zasad; podczas trwania zabiegu chirurgicznego i po jego ukończeniu wysuszanie rany muslinem wyjałowionym, nie polewając lub też w razach koniecznych opłukując ranę wyjałowionym roztworem soli kuchennej 0,6%; staranne, lecz niezbyt silne wytamponowanie rany gazą wyjałowioną, opatrunek powierzchniowy z mchu lub włóków wyjałowionych. Przy zmianie opatrunku—obmycie skóry wokoło rany eterem lub benzyną, a następnie wypełnienie rany, pokrytej ziarniną, zapomocą gazy wyjałowionej, nie przepłukując wcale. Gdy chodzi o nałożenie wilgotnego opatrunku, wystarczy zmaczać muslin i jedną warstwę waty w roztworze soli kuchennej. ZEIDLER przekonał się, że w działaniu niema różnicy pomiędzy powyższym wilgotnym opatrunkiem z roztworem soli kuchennej, a wilgotnym opatrunkiem karbolowym lub sublimatowym; wyłączne działanie posiada jedynie wilgotny opatrunek z octanem glinu, wpływając bardzo korzystnie na rany obficie ropiejące i pokryte wybujałą ziarniną. Tamponowanie muslinem jodoformowym ran ropiejących i zakażonych nie przynosi żadnego osobliwego pożytku. Przy badaniach doświadczalnych przekonał się Z., podobnie jak SCHLANGE, że przeciwnilne materiały opatrunkowe nie posiadają działania powstrzymującego lub niweczącego rozwój bakterii. Przebieg gojenia się ran zakażonych przy aseptycznym sposobie opatrywania jest o wiele lepszy, niż przy stosowaniu metody przeciwnilnej; ropienie zazwyczaj jest mniej obfite; ogólny odczyn ze strony ustroju również mniejszy, a ziarnina wytwarza się nader prawidłowo. Częstość nawet przy pozostawieniu aseptycznego opatrunku przez dni osiem nie występowały cechy gnilnego rozkładu wydzielin. Chcąc, by przebieg gojenia się ran zakażonych był prawidłowym, należy dbać szczególnie, aby wydzieliny mogły swobodnie wypływać; stąd konieczne są rozległe cięcia. Odkażanie rany jest nie tylko zbyt szkodliwe, lecz nawet szkodliwe.

(*Centralblatt f. Chirurgie* N. 14. 1895).

T. Solman.

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z dnia 17 kwietnia r. b.

TREŚĆ: 1) BREGMAN—przedstawienie chorego z syringomelią. 2) RAUM—przedstawienie chorego po gastroenterostomii. 3) J. ZAWADZKI—przedstawienie mięsaka kiszek cienkich z przerzutem w mózgu.

1) Kol. BREGMAN przedstawił 27-letniego mężczyznę, który przed 11 laty uważał, że ręka lewa przy myciu nie odczuwa wody zimnej i nie jest w stanie określić różnych stopni ciepła. Równocześnie pojawiły się bóle w tej samej kończynie, a zwłaszcza bardzo dokuczliwe palenie. Od 3-ich lat przyłączyły się bóle i palenie w lewej części tułowia. Przy pracy pocila mu się bardzo ręka lewa i lewa połowa tułowia, gdy tymczasem strona prawa pozostawała suchą. Pod wpływem zimna ręka lewa sinieje mocno i oziębia się bardziej, aniżeli prawa. Przymiotu chory nie miał. W 15-m roku życia miał wysypkę, która mocno świerzbiała i która również na stronie lewej ciała się umiejscowiła.

Badanie układu nerwowego, w grudniu r. z. przeprowadzone, wykazało zniesienie uczucia bólowego, zimna i ciepła, przy zachowaniu wszystkich innych gatunków uczucia w kończynie górnej lewej i lewej części tułowia, począwszy od linii, odpowiadającej mniej więcej 10-mu żebru. Od 2-go międzyżebra znieczulenie pod względem bólu, ciepła i zimna nie jest zupełne. Twarz, błony śluzowe oka i jamy ustnej, język nie są zajęte. Na kończynie górnej lewej kilka blizn. Zaniku mięśni, zaburzeń ruchowych niema wcale. Odruchy ścięgniste kończyn dolnych są nieco wzmożone. W lutym r. b. bez przyczyny widocznej powstało *hygroma bursae olecrani dextri*.

Na zasadzie powyższych danych Br. rozpoznaje istnienie jam w rdzeniu (*syringomyelia*) w części szyjowej i grzbietowej górnej, i zaznacza, że przeciw historii przemawiają: stałość i długotrwałość zaburzeń czuciowych, umiejscowienie na przestrzeni ograniczonej, brak znamion historycznych. Inne cierpienia: zapalenie nerwów obwodowych, zwyrodnienie korzeni, *pachymeningitis*, próchnienie kręgów i wreszcie trąd, przy których spotykają się zaburzenia czuciowe, przytoczone powyżej wyniki badania pozwalają wyłączyć.

W rozprawach kol. BIERNACKI zaznaczył, że zaburzenia uczucia są niewątpliwie bardzo ważnym objawem rozpoznawczym dla syringomyelii, lecz one same, bez innych, nie dają pewnego rozpoznania tego cierpienia. W danym przypadku mamy zniesienie uczucia bólowego i ciepłoty przy zachowanym zmysle dotyku, mamy więc ten typ, który może istnieć i przy innych cierpieniach, o których już mówił i kol. BREGMAN. Dodać tu chyba tylko można przypadki podobnego zaburzenia uczucia, jakie spostrzegali BIERNACKI w porażeniach świeżych po udarze. We wszystkich tych cierpieniach nie mamy jednak czystej dysocjacji syringomyelicznej, lecz zwykle spotykamy stałe upośledzenie uczucia ucisku, czyli spotykamy ten typ, który B. przed kilku laty nazwał „uciskowym porażeniem uczucia“ i wtedy zaznaczył, że zależne ono jest od ucisku dróg czuciowych. W przedstawionym przypadku nie mamy tego uciskowego typu, zgodzić się przeto z mówcą B. może na tym punkcie, że w danym przypadku umiejscowienie anatomiczne cierpienia nie jest zewnątrzrdzeniowe.

Ze badanie tego porażenia uczucia ucisku jest ważne, świadczy przypadek, który B. spostrzegł pospół z kol. PUŁAWSKIM, gdzie przy objawach zupełnie analogicznych z tymi, jakie widzimy u przedstawionego chorego, było i porażenie uciskowe, na zasadzie czego przypuszczano porażenie nie wewnątrzrdzeniowe i, podejrzewając przymiot, zastosowano jod z wynikiem bardzo dobrym.

W syringomyelii, obok upośledzenia zmysłu bólowego i ciepłoty, może występować upośledzenie uczucia ucisku, jak podaje SCHLESINGER. Bywa to jednak rzadziej.

Z drugiej strony rzeczywiście dysocjacja syringomyeliczna, jak wykazują badania tych spraw przez BIERNACKIEGO, występować może w wiądzie rdzenia, chociaż w tej chorobie częściej spotykamy typ uciskowy. W danym przypadku przeto, zaznacza B., zjawia się pytanie, czy dysocjacja uczucia jest pochodzenia syringomyelicznego, czy też tabetycznego. Rozstrzygnąć to można, zdaniem B., drogą porównania dysocjacji syringomyelicznej przy wiądzie i przy syringomyelii. Przy pierwszym cierpieniu porażenia uczucia są więcej rozlane, przy drugim występują segmentami, odcinkami. W okazanym przypadku, jak wnosi B. z dokonanego przez siebie badania, zmiany uczucia są rozlane i mamy tu analgezję nerwu łokciowego, objaw swoisty dla wiądu rdzenia. To dwa objawy, w zestawieniu z historią choroby, skłaniają B. do przypuszczenia, że u przedstawianego chorego mamy do czynienia z wiądem rdzenia szyjowym (*tabes dorsalis cervicalis*).

Kol. RYCHLIŃSKI zwrócił uwagę, że z punktu widzenia anatomo-patologicznego dany przypadek nie jest tak łatwy do rozstrzygnięcia. Podejrzewać możemy sprawę gliomatyczną na ograniczonym miejscu szyjowej i górnej grzbietowej części rdzenia i jamy pochodzenia rozpadowego, co z góry w danym razie wyłączyć możemy ze względu na młody wiek pacjenta i na dobry stan naczyń, jaki w danym razie mamy. Co się zaś tyczy gliozy, to nasuwa się jedno pytanie: czy ognisko gliomatyczne, które według mówcy umiejscowiło się gdzieś w tylnej części rdzenia, może przez 11 lat nie podlegać zmianie? Przypuszczać prędzej moglibyśmy, że przez tak długi przeciąg czasu bujanie tkanki gliomatycznej powinno być znaczniejsze i porażenie, zależne od niego, również większe, chociażby nie wytworzyły się jeszcze jamy, a więc chociażby nie nastąpił rozrost tkanki łącznej. Wobec tego i po wyłączeniu możliwości hydromyelii, R. jest zdania, że w danym razie prędzej możemy przypuszczać istnienie ogniska stwardnienia w okolicy pęczków tylnych z zajęciem nieznacznej części tylnych rogów.

Kol. BREGMAN odpowiada, że zaburzenia czuciowe w syringomyelii nie odpowiadają rozgałęzieniu nerwów pojedynczych, a obejmują, jak przy histeryi, odcinki, linią okrągłą odgraniczone. W przypadku przedstawionym to samo można stwierdzić, gdyż wobec hipalgезji pierwszych międzyżóbrzy i szyi, zupełna *analgesia i thermaesthesia* górnej lewej kończyny odgranicza się linią okrągłą, przeprowadzoną przez *acromion*. Co się tyczy umiejscowienia zmian w rdzeniu i charakteru sprawy patologicznej, to mówca sądzi, że dotknięty być musi tylko róg tylny, nie zaś pęczek tylny. Przypuszczenie *tabes cervicalis*, zdaniem mówcy, upada. Przewlekły zaś przebieg dla gliozy jest charakterystyczny i dlatego B. podtrzymuje poprzednio wypowiedziane zdanie, że mamy do czynienia w danym przypadku z *syringomyelia* pochodzenia gliomatycznego.

2) Kol. RAUM przedstawił 21-letniego wiośniaka z Siedleckiego, który w dniu 27 stycznia r. b. przybył do oddziału kol. R., skarżąc się na bóle w górnej części brzucha i wymioty, występujące wkrótce po przyjęciu pokarmów. Z wywiadów okazało się, że przed dwoma laty chory spadł z konia, poczem bezpośrednio uczuł silny ból w podżebrzu prawem, trwający z pół godziny. Po miesiącu wystąpiły następujące objawy: pokarm przyjęty sprawia ból w okolicy górnej brzucha; w ciągu krótszego lub dłuższego czasu po spożyciu pokarmów następują wymioty. Łaknienie zachowane. Objawy powyższe zczasem tak się wzmogły, iż w końcu chory znosił tylko niewielkie ilości mleka. Wypróżnienia miewał co trzy, a często co ośm dni. Jednocześnie chory począł chudnąć, słabnąć, a w końcu, z powodu wyniszczenia stał się niezdolnym do pracy, co zmusiło go do wstąpienia do szpitala. Przy badaniu R. znalazł: chory średniego wzrostu, skóra barwy ziemistej, wychudnienie, znaczne osłabienie. Brzuch zapadły, granica dolna żołądka sięga poniżej pępka na 3 palce, ruchy robaczkowe żołądka widoczne. Przyjęty pokarm wywołuje bóle, a następnie wymioty. R. wykonał operację. Cięcie poprowadzono od wyrostka mieczykowatego do pępka na linii środkowej, w smudze białej. Odźwiernik, unieruchomiony w głębi z powodu zrostów, okazał się niedostępnym, z tego też powodu zamierzona pyloroplastyka była w danym przypadku niewykonalna i R. przystąpił do gastroenterostomii. W tym celu uchwycił najbliższą część kiszek cieukiej, zrobił w ścianie jej, jakoteż i w ścianie przedniej żołądka otwór długości 5 cm., równoległy do osi podłużnej tych narządów. Brzegi rany żołądka z brzegami rany kiszkiowej zeszyto, nakładając dwupiętrowy węzłkowy szew. Przed zeszyciem rany, palcem, włożonym w otwór rany żołądkowej, można było wyczuć zwężenie bliznowate odźwiernika, nie przepuszczające palca wskazującego. Ściany brzucha zaszyto sposobem zwykłym. Przebieg pooperacyjny był prawidłowy. W pierwszym tygodniu po operacji chory dostawał ławatywy odżywcze, w drugim wrócił do zwykłej porcy szpitalnej. Obecnie czuje się zupełnie dobrze, siły powróciły i chory uważa się za zdolnego do poprzedniej swej pracy. Granica dolna żołądka znajduje się powyżej pępka. Chory je wszystko. Stolec miewa codziennie.

3) Kol. J. ZAWADZKI przedstawił okaz mięsaka kiszek i mózgu, pochodzący od 34-letniej kobiety, która przybyła do szpitala Św. Ducha d. 2. XII. r. z. Pochodziła z rodziny zdrowej; przed kilku laty zauważyła na szyi guzik niewielki, który zwiększał się powoli, nie sprawiając jednak bólu. Na 5 tygodni przed wstąpieniem do szpitala wystąpiły bóle w brzuchu, zaparcie stolca, wymioty i bóle głowy. Badanie wykazało: chora źle odżywiana, apatyczna; w płucach, sercu, wątrobie i śledzionie nie nieprawidłowego nie znaleziono. Na szyi po stronie lewej, w okolicy mięśnia sutko-objęczykowego i poza nim guz wielkości jaja gołębiego, pokryty skórą niezmienioną. Brzuch zapadły, bolesny na ucisk. Granice żołądka prawidłowe. W zawartości żołądka po śniadaniu EWALD'a znaleziono kwas solny. 31. XII. zauważono niedowład lewej połowy ciała, szczególnie ręki. Zjawilo się też i rozwolnienie. 17. I. zauważono wyciek ropny z ucha i obrzęk ręki prawej. Wyciek trwał do 30. I. i przez ten czas chora leżała jakby w śpiączce. 2. II. wystąpił nagle napad drgawek klonicznych w lewej połowie twarzy. Po napadzie pozostał niedowład lewego nerwu twarzowego. Drgawki powtórzyły się jeszcze raz, osłabienie coraz się wzmagało i chora 8. II. zmarła. Z. za życia wobec drgawek i objawów porażenia przypuszczał istnienie nowotworu w korze mózgowej. Badanie pośmiertne, wykonane przez kol. E. ZIELIŃSKIEGO, wykazało: powierzchnie półkul mózgowych blade, zraz czołowy po stronie prawej nieco spłaszczony, ku przodowi od zwoju środkowego zabarwienie mózgu nieco ciemniejsze, konsystencja miększa; na przekroju widać guz okrągły, w środku rozmiękczony, ciemno zabarwiony, drążący głęboko w istotę białą mózgu i zajmujący całą część korową.

Prócz tego znaleziono wgłobienie jelita czczego na przestrzeni 20 ctm. aż do zastawki BAUHIN'a. Blona śluzowa części wpochwionej obrzękła, czerwona, z owrzodzeniami nieżyłotowemi. Na początku wgłobionej кишки widać guz okrągły, owrzodzony, przedstawiający się tak samo, jak i guz mózgowia. Takież guz znaleziono w dwunastnicy. Gruczoły krezkowe niepowiększone. Guz na szyi pochodził z gruczołu chłonnego i posiadał te same cechy. Badanie drobnowidzowe guza wykazało: *lympho-angiosarcoma parvicellulare*. Z. nie może orzec, gdzie był guz pierwotny. W końcu zastanawia się nad objawami przy mięsaku kiszek i, powołując się na prace MADELUNG'a, BESSL-HAGEN'a, KRAUS'a i innych, zaznacza, że często nowotwory te nie mogą być za życia rozpoznane.

Posiedzenie z dnia 23-go kwietnia r. b.

TREŚĆ: Profesor Marceli NENCKI [z Petersburga] odczyt: „O produktach rozkładu białka pod wpływem trzustki i o ich znaczeniu przy tworzeniu się barwników w organizmie.“

Już od dawna znany jest fakt, stwierdzony przez GMELIN'a, że przy trawieniu trzustkowym powstaje produkt, który pod wpływem chloru i bromu przybiera czerwono-fioletowe zabarwienie, a następnie tworzy czerwony osad. Produkt ten dokładnie nie został zbadany, a w analizach STADELMANN'a dał wyniki nieczgodne. W celu otrzymania tego ciała mówca poddał trzustkę własnemu trawieniu bez dodatku włókniaka. Do 1500 gr. trzustki, pozbawionej tłuszczu, dodano 3 litry wody i w celu zabezpieczenia od gnicia 15—20 ctm. sześć. chloroformu.

Po 3-ch dniach mieszaninę tę przesączono przez płótno i zagotowano do wrzenia w celu usunięcia białka. W pozostałości otrzymano ksantynę, guaninę, hypoksantynę, adeninoksantynę i pięciowodumetyleniak (*pentametylendiamin*), tyrozynę, amidokwasy grupy tłuszczowej i t. d.. Nadto pod wpływem octanu tlenu rtęci wydzielił mówca proteinochrom [które nazywa ciałem bromowem] w postaci ziarenek, które przy szczególnem badaniu nie okazały się zupełnie czystymi, lecz składały się z 2-ch ciał. Pierwsze z nich posiadało barwę czerwoną i zawierało ślady siarki, drugie natomiast barwy brunatnej zawierało 2,8% S.

Porównyując skład tych barwników z jednej strony z hematoporfiryną, z drugiej zaś z barwnikami czarnymi [z hippomelaniną, kwasem hippomelaninowym, z czarnym barwnikiem włosów], mówca znajduje wielkie pomiędzy nimi podobieństwo i stąd dochodzi do wniosku, że przy trawieniu trzustkowym wytwarzają się substancje macierzyste dla barwników w ustroju. Za tem zdają się przemawiać i produkty rozkładu barwników ustroju i ciała bromowego. Przy stapianiu heminy i hematoporfiryny z wodanem potasu powstaje pyrrol i skatol; jeżeli zaś topić ciało bromowe z KOH, wydziela się z początku pyrrol, następnie amoniak, siarkowodór, merkaptan metylowy, skatol i indol. Poznanie tych macierzystych substancji dla barwników ustroju może posiadać w przyszłości wielkie znaczenie nie tylko dla fizjologii, lecz dla patologii, a może być i dla terapii. Otoż przy błednicy prawdopodobnie następują zmiany w trawieniu trzustkowym z upośledzeniem wytwarzaniem się proteinochromogenu. Również ciekawem byłoby zbadać, jaki wpływ posiadać może drugi barwnik, zawierający siarkę, na kolor włosów. Barwniki te przechodzą z krwią żyłą wrotną do wątroby, gdzie z nich wytwarzają się barwniki ustroju, tak, jak i amoniak w tym również narządzie stanowi materiał do tworzenia się mocznika. Badania, przeprowadzone w tym kierunku, przekonały mówcę, że amoniak, przechodzący przez żyłę wrotną, zależy od czynności gruczołów trawiennych. Najwięcej przechodzi amoniaku w cztery godziny po podaniu pokarmu; wtedy krew z układu żyły wrotnej zawiera go 7—10 mgr., gdy tymczasem krew z innych żył 1—3 mgr. Największą ilość amoniaku stwierdzić można w ścianach żołądka, 50—60 mgr., gdy tymczasem w zawartości żołądka 16 mgr. na sto.

**„W sprawie przemywania żołądka po laparotomii“,
z powodu artykułu kol. Grundzacha p. t.
„O bezwładzie żołądka i kiszek, zwłaszcza po laparotomii“.**

napisał G. Wawelberg.

W artykule „O bezwładzie żołądka i kiszek, zwłaszcza po laparotomii“ (Medycyna № 9 i 10 z r. b.) kol. GRUNDZACH poruszył doniosłą sprawę powstawania i leczenia niedowładu żołądka i kiszek, występującego po zabiegu chirurgicznym, zwłaszcza po laparotomii.

Niektóre zauważone przeze mnie w powyższym artykule niedokładności chciałbym na tem miejscu sprostować.

Przedewszystkiem myli się kol. G., sądząc, „że się tak mało wie lub pamięta o tem (t. j. o powstającym po laparotomii niedowładzie), pomimo to, że ten objaw jest bardzo ważny zarówno pod względem leczniczym, jakoteż i pod względem klinicznym i patologicznym“. Jest to rzecz oddawna ginekologom i chirurgom znana. W literaturze z ostatnich lat paru istnieje dość pokaźna liczba prac, które tę sprawę omawiają z całem zrozumieniem rzeczy. Już w roku 1885 August MARTIN w swym „Podręczniku chorób kobiecych“ wspomina o tem cierpieniu i podaje odpowiednie leczenie. Samuel Pozzi w dziele swem „*Traité de gynécologie clinique et opératoire*“ (wyd. z roku 1892) odróżnia to powikłanie od porażenia kiszek pochodzenia septycznego i od zamknięcia światła kiszek (*ileus*), z którem ma wiele podobieństwa. „*Il faut se garder de prendre pour ileus cet ensemble symptomatique, qui le simule parfois à s'y méprendre, et qui est une atonie de l'intestin, survenant à la suite d'intervention chirurgicale*“.

Pozzi wspomina nawet, że OLSHAUSEN w dziele swem „*Die Krankheiten der Ovarien*“, VERCHÈRE w „*Compte rendu du 3-me Congrès français de chirurgie. Mars 1888*“ i SÄNGER w „*Centralblatt für Gynäkologie*“ 30 Juni 1888, naukowo rozbiegają tę sprawę. W zeszłym roku w grudniu wyszedł przekład francuski dzieła kapitalnego p. t. „*Chirurgie abdominale*“ J. GREIG SMITH'a, w którym powikłania tego nie pominęto. Autor twierdzi, że „bębniaca w niewielkim stopniu może być wywołana wprost przez nagromadzenie i zatrzymanie gazów w przewodzie pokarmowym, jedynie wskutek zmniejszenia ciśnienia wewnątrzbrzusznego, nie zaś wskutek porażenia kiszek“.

Przytoczyć jeszcze muszę przeoczony również przez kol. G artykuł w *Semaine Médicale* № 2 z roku bieżącego pod tytułem: „*Du traitement de la peritonite septique et de l'atonie intestinale postopératoire*“. Sprawa powstawania i leczenia atonii żołądka i kiszek, powstającej po operacjach brzusznych, została poruszona w dniu 2 stycznia z r. b. w Londyńskim Towarzystwie Ginekologicznem przez M. J. SHAW i przedyskutowana przez SHAW, ALBAN DORAN'a, HORROCKS'a, ROUTH'a, SKENE KEITH'a, GIBBON'a i HERMAN'a. ROUTH przypomina nawet, że MALCOLM niedowład kiszek, występujący po laparotomii, przezwiał „*pseudoileus*“.

Alie nie tylko w dziełach, poświęconych chirurgii i ginekologii, lecz również w specjalnych podręcznikach chorób żołądka „to rzadkie cierpienie“ znajduje uwzględnienie, gdyż naprzykład w „*Traité des maladies de l'estomac*“ przez DÉBOVE'a i RÉMOND'a str. 347 czytamy: „*Ces dilatations (sans causes mécaniques), qui semblent être primitives, peuvent être aiguës ou chroniques. Les premières reconnaissent pour cause soit un traumatisme, soit une intervention chirurgicale (laparotomie), soit une maladie grave*“.

Wspomina o tem cierpieniu i THIÉBAUT w swej „*Thèse de Nancy 1884*“; szeroko o tem mówi również i BOUVERET, często przez kol. G. cytowany; w jednym miejscu, między innemi, mówi: „*L'atonie primitive peut-être produite par un traumatisme de l'abdomen*“. („*Traité des maladies de l'estomac*“, str. 304).

Nie nowem jest to cierpienie i dla lekarzy praktycznych, kiedy bowiem uczęszczałem na oddział ginekologiczny D-ra Jakóba ROSENTHALA, sprawa leczenia i pochodzenia niedowładu żołądka nieraz tam omawiana była. Na tym to oddziale pierwszy raz widziałem zastosowanie zgłębnika żołądkowego przy wymiotach, występujących po laparotomii, i to przeważnie z dobrymi wynikami, i zachęcony tym przykładem, później w odpowiednich przypadkach przemywałem żołądek w naszym Domu Zdrowia. W czterech przypadkach (1-szy *Peritonitis tuberc. cum ascitide*, 2-gi *Cystoma dermoidale ovarii*, 3-ci *Sarcoma ovarii*, 4-ty *Cholecystostomia idealis* wskutek kamieni pęcherzyka żółciowego (przypadek prof. KOŚCIŃSKIEGO i D-ra REJCHMANA), przeze mnie dokładnie spostrzeganych, wymioty, które wystąpiły po operacji, po przemyciu jednorazowem żołądka ustąpiły natychmiastowo i bezpowrotnie.

Niewłaściwą wydaje mi się w artykule kol. G. i sama nazwa „*gastroplegia*“. Z historii choroby, dosyć pobieżnie przytoczonej przez kol. G., okazuje się, że kol. G. miał do czynienia nie

z rzadkiem cierpieniem gastroplegii, t. j. zupełnem porażeniem żołądka, za jakie chce je mieć, lecz jedynie z powikłaniem po laparotomi, dosyć często spostrzeganem przez lekarzy, a mianowicie z atonią czyli myastenią żołądka i kiszek. W żadnym z naszych przypadków porażenia żołądka nie mogliśmy stwierdzić. Nie stwierdzono również porażenia w przypadku kol. G. Co do przytoczonych przypadków HAHN'a, to ich podciągnąć pod gastroplegię w żaden sposób nie można, gdyż w 5 tych przypadkach niema tego, co głównie cechuje porażenie żołądka i kiszek. Dla dokładniejszego zrozumienia całej sprawy różniczkowego rozpoznania atonii i gastroplegii, pozwolę sobie przytoczyć w krotkości słowa BOUVERET'a.

BOUVERET pod gastroplegią opisuje cierpienie, w którym „kurczliwość (*contractilité*) ścian żołądka jest zupełnie zniesiona, w którym mamy do czynienia z zupełnem i stałem porażeniem (*complète et durable*), gdzie żołądek rozciągnięty przyjmuje postać worka beczynnego (*inerte*), dochodzącego do kolosalnych rozmiarów. Wymioty, występujące przytem, powstają jedynie dzięki skurczom mięśni brzucha, żołądek nie przyjmuje w nich żadnego udziału. Ostre to porażenie żołądka wikała się ciężkimi bardzo objawami ogólnymi, głównie upadkiem sił, zapaścią (*collapsus*); może ono symulować ogólne zapalenie otrzewny lub ostre zamknięcie światła kiszek“.

We wszystkich przypadkach kol. G., kol. BORYSSOWICZA, HAHN'a i naszych, wprawdzie były wymioty, wzdęcie i upadek sił, lecz nie stwierdzono znacznego rozszerzenia żołądka, nie było również dowiedzionem, ażeby w opisanych przypadkach żołądek faktycznie utracił wszystkie swe czynności, jak to chce widzieć kol. GRUNDZACH, a mianowicie, że było zupełne porażenie wszystkich czynności: ruchowej, wydzielniczej i chłonniczej.

Niesłusznie też czyni kol. G., opisując na zasadzie swego jedyne, i to niedokładnie spostrzeganego przypadku, etyologię, istotę, objawy, przebieg i leczenie „tak rzadko spotykanego cierpienia“, jakim jest gastroplegia.

Pozwolę sobie nadmienić jeszcze kilka słów w sprawie leczenia omawianego cierpienia, a głównie jednego objawu, mianowicie wymiotów pooperacyjnych. Leczenie tego objawu, jak każdy przyzna, stanowi dotychczas jeszcze jedną z najsłabszych stron nowoczesnej terapii. Nie będę rozbiegał w tem miejscu wartości leczniczej całej masy leków, zalecanych dotychczas przez wielu autorów i którymi się prawie wszyscy posługują. Chciałbym głównie zwrócić uwagę chirurgów na przemywanie żołądka przy niustających wymiotach po operacjach brzusznych, które nam dawało zawsze dobre wyniki, a ua które, jak się przekonałem, z taką obawą patrzą nawet wytrawniejsi chirurgowie; przemywania te, w swoim czasie zastosowane, niejednemu operowanemu życie uratowałyby mogły.

Powyżej już wzmiankowałem o przemywaniach żołądka na oddziale D-ra ROSENTHALA i w naszym Domu Zdrowia. W ostatnich kilku miesiącach zaczynamy się spotykać z wzmiankami w tej sprawie. Tak J. GREIG SMITH pisze: „Plus d'une fois, dans des cas graves, j'ai noté, que le lavage de l'estomac avec la pompe de Kussmaul avait fait grand bien“. Powyżej wspomniany przemywanie SHAW nie zgadza się z ALBAN DORAN'em, który twierdzi, że przemywanie żołądka może być śmiało zastąpione przyjęciem wewnętrznem ciepłej wody słonej, która również wywołuje wymioty, dostateczne do zupełnego opróżnienia żołądka. SHAW zaś mówi, że w wielu razach przekonał się, że wymioty, przychodzące samoistnie lub też wywołane sztucznie, nie są w stanie dokładnie i doszczętnie uwolnić żołądka od zawartości gnilnej przy zapaleniu otrzewny i niedowładzie żołądka i kiszek, występujących po operacjach brzusznych. Toteż gorąco zaleca, by w podobnych razach zawsze uciekać się do przemywania żołądka.

HAHN stwierdza to również w swych przypadkach gastroenterostomii i w gorących słowach poleca stosowanie zgłębnika żołądkowego przy wymiotach.

Odpowiedź na artykuł kol. WAWELBERGA.

Kilka słów o bezwładzie żołądka i przepłukiwaniach tego narządu po laparotomii, podał Ignacy Grundzach.

Polemikę właściwą winien byłbym zamknąć w kilkunastu wyrazach. Nie ze względów natury polemicznej, lecz ze względu na sam przedmiot wysoce godny uwagi, dłużej się nieco nad nim zatrzymam, korzystając z dobrej sposobności dopełnienia pracy swojej pewnemi wyjaśnieniami, które początkowo uważałem za zbyteczne. Wobec kilku głosów, jakie mnie dochodzą, uważałem za właściwe w tem miejscu wyjaśnienia owe podać, przyczem dotknąć mi wypadnie i poglądów kol. WAWELBERGA.

W pracy swojej, którą dla lepszego zrozumienia słów tych krótko streszczę, opisałem przy-
padek gastroplegii czyli bezwładu żołądka, możliwie dokładnie zbadany, w drugiej zaś części pra-
cy opisałem z ogólnego punktu widzenia sprawę chorobową, w mowie będącą. Podaję tu w kró-
tkości objawy tego cierpienia, etyologię i istotę jego (dlatego, że wypadnie mi się na nie w dal-
szym ciągu niejednokrotnie powołać). Objawy tego cierpienia są następujące: nagle powstająca
bębniaca żołądka i kiszek, bolesne uczucie pełności i przeżenia w dołku, powiększenie rozmiarów
żołądka do granic niezwykłych, stale przebywanie w żołądku wprowadzonych pokarmów i napo-
jów i t. d., silne wskutek tego fermentacje (drożdżowa i gnilna), ciągłe zwracanie sfermentowa-
nej zawartości żołądka, ciężkie zaparcie stolca i wiatrów, częstokroć bezmocz, częstość i nikłość
tętna, znaczne nieraz obniżenie ciepłoty ciała i częstokroć groźna zapaść ogólna.

Cierpienie to występuje po wstrząśnieniu ciała (upadnięcie na grzbiet, uderzenie brzuchem
lub w brzuch), po nagłym i nadmiernym przepełnieniu żołądka, a zwłaszcza po laparoto-
mii. Istotą cierpienia jest „shock“ pochodzenia urazowego lub chirurgicznego (laparotomia),
a więc „podziałanie na ośrodki, sploty i nerwy, wchodzące w układ nerwu współczulnego brzu-
sznego, a wskutek tego ich porażenie, bezwład tych narządów, jakimi nerw współczulny rządzi
lub jakie reguluje“ (są to moje wyrazy).

Cierpienie to nazwałem za BOUVERET'em paręzą lub paraliżem żołądka (i kiszek), bezwładem
żołądka, a zgrecka gastroplegią v. gastroenteroplegią, nazwy te bowiem najlepiej określają istotę
cierpienia.

Zaraz na wstępie pisze kol. W.: „w artykule „o bezwładzie żołądka i kiszek, zwłaszcza po
laparotomii“ kol. GRUNDZACH poruszył doniosłą sprawę powstawania i leczenia niedowładu żołąd-
ka i kiszek, występującego po zabiegu chirurgicznym, zwłaszcza po laparotomii“. Podkreślone przezemnie słowa dowodzą jasno, że źle zostałem rozumiany, nigdzie bowiem tego
nie twierdziłem, żadnych zabiegów chirurgicznych, oprócz laparotomii, nie mogłem mieć i nie mia-
łem na myśli. Jak zobaczymy niżej, kol. W. twierdzi, że każdy chory, wymiotujący po opera-
cyi, a szczególnie po operacyi w jamie brzusznej, dotknięty jest bezwładem żołądka i kiszek, co się
najzupełniej zgadza z pojęciem, jakie sobie wytworzył kol. W. o etyologii tego cierpienia. Po-
wstała stąd, jak wkrótce się przekonamy, gmatwanina, gdyż kol. W. w sposób istotnie zadziwia-
jący poplątał pojęcie „wymioty pooperacyjne“ z pojęciem „bezwład żołądka i kiszek“, dwie spra-
wy najzupełniej różne. Szwankuje również kol. W. na punkcie cytatach. Zwyczaj każe w cudzy-
słowie zamykać jedynie cudze słowa. Takiego dziwola, jak: „że się tak mało wie lub pamięta
o tem (t. j. o powstającym po laparotomii niedowładzie), pomimo to, że jest ten objaw bardzo
ważny i pod względem klinicznym i patologicznym“, nikt mi w pracy mojej nie dowiedzie, bo go
tam niema. Tyle o zrozumieniu samego przedmiotu i cytatach.

Przechodzę obecnie do zarzutów. Utrzymuje tedy kol. W., że się mylę, mówiąc, iż gastro-
plegia pooperacyjna jest to przedmiot, o którym się mało pamięta lub wie. Jako dowód przy-
tacza mi kol. W. wzmianki z prac MARTIN'a, POZZI'ego, GREIG SMITH'a i względnie nową dyskusję
towarzystwa ginekologicznego w Londynie. Przypuszczać można, że przy jeszcze dłuższym a sta-
ranniejsem przeszukiwaniu rozmaitych dzieł, znalazłoby się nawet więcej owych wzmianek. Zo-
baczymy pokolei, o czem mówią ci autorowie.

W rozdziale o chorobach jajników, mówiąc o powikłaniach po laparotomiach, wspomina
A. MARTIN o niedowładzie kiszek, połączonym z wzdęciem brzucha (str. 516, wydanie 1887 roku).
MARTIN sądzi, że w przypadkach tych skłonność do atonii kiszek zależy od ilości przebytych po-
rodów, rozciągania ściany brzusznej przez guzy i t. d. Stan ten szybko występuje, tętno przy-
śpiesza się bez podniesienia ciepłoty, występują żółciowe wymioty i po długiej agonii — śmierć.
Jeżeli się uda wzmacnić kiszkę (mięsienie, faradyzacja), następują stolce, tętno wzmacnia się,
wymioty ustają i powrót do zdrowia następuje bez przeszkody. Oto wszystko, co w dziele MAR-
TIN'a znajdujemy.

Pozzi, którego dzieło jest mi nieznane, wspomina o „atonie de l'intestin, survenant à la
suite de l'intervention chirurgicale“, które radzi odróżniać od „ileus“.

GREIG SMITH w dziele swoim mówi jedynie o bębniacy kiszek i utrzymuje, że niezależnie od
porażenia kiszek, bębniaca niewielka powstać może wskutek zmniejszenia ciśnienia wewnątrzbrzu-
sznego.

A więc — dane te, jak widzieliśmy, dotyczą jedynie stanu kiszek, wzdęcia ich, bębniacy
wskutek zmniejszenia ciśnienia i t. d.; żadna z owych wzmianek, ani jednym słówkiem nie pod-
kreśla, ani zlekka choćby nie zaznacza stanu żołądka, dotkniętego tak ciężkim cierpieniem, które
pod nazwą gastroplegii opisałem za BOUVERET'em, a które przedemną stwierdzili ERDMANN, KOEBER-
LÉ, GROSS, HUNTER i inni, przezemnie zacytowani autorowie. Nie mam i nie mogę mieć pewności,
żem wszystkich autorów przytoczył; gdyby istotnie tak było, mogłoby to zaszkodzić jedynie mo-
nografii, której bynajmniej na celu nie miałem. Źródła mi dostępne przytoczyłem, a kol. W. nie
dodał do nich ani jednego. Niezmiernie interesującą jest najuowsza dyskusja towarzystwa gine-

kologicznego w Londynie. Żałuję, że jej pierwej nie znał (wyszła ona wówczas, gdy artykuł swój opracowywał), skorzystałbym z niej niewątpliwie, popiera ona bowiem zdanie moje jaknajdobitniej. Wszyscy autorowie, przyjmujący w niej udział, więc SHAW, ALBAN DORAN, HORROCKS, ROUTH, SKENE KEITH, GIBBONS i HERMAN, mówią jedynie i wyłącznie o zapaleniu otrzewny i „atonie intestinale post-operative“, o jej leczeniu i t. d. SKENE KEITH nazywa przytem słusznie cierpienie to „paresie ou paralysie de l'intestin“. Otóż w najnowszej tej dyskusji usłyszeliśmy zapewne coś o porażeniu pooperacyjnem żołądka, gdyby rzecz ta tak dobrze była znana ginekologom, jak twierdzi kol. W. Z opisu przypadków SHAW'a widać, że miał on do czynienia niewątpliwie i z bezwładem żołądka, stan ten pozostał jednakże nierozpoznany, ani jednym bowiem słowem SHAW go nie zaznacza, jakkolwiek upłynęły dwa lata od chwili, gdy rzecz tę jasno sformułował BOUVERET po HUNTER'ze, KOEBERLE'm, GROSS'ie i innych.

Bezwład żołądka, o którym wymienieni powyżej autorowie wcale nie wspominają, głównie mnie interesował; stan kiszek zaznaczyłem jedynie dodatkowo, bynajmniej nie mając zamiaru szerszej przedmiot ten opracować. Mówiąc o przyczynach, objawach, rozpoznaniu i leczeniu, miałem na myśli jedynie porażenie żołądka (w związku z porażeniem kiszek), to bowiem zostało przezemnie w przypadku moim, o tyle, o ile mogłem, dokładnie zbadane.

Nawet owa „atonia kiszek pooperacyjna“ niektórych autorów, jak zaraz zobaczymy, nie jest to „rzecz oddawna ginekologom i chirurgom znana“. Zobaczymy, co mówi słynny ginekolog FRITSCH (Krankheiten der Frauen, Berlin, 1894) w najnowszym swoim dziele. Otwieramy tedy dzieło i na str. 330, 331 w rozdziale o powikłaniach po laparotomii czytamy, że FRITSCH przyjmuje dwa powikłania: 1) *ileus*; 2) *peritonitis*. *Ileus* dzieli F. na a) obstruktiver Ileus, b) Ileus, als Symptom d. septischen Peritonitis. Do rzędu a zalicza F. przypadki, w których niema gorączki, stan ogólny i tętno jeszcze są dobre, wzdęcie brzucha niewielkie, następują wymioty, a wiatry wcale nie odchodzą. Znakomitym jest tu środkiem przepłukanie żołądka i wlewania kiskowe. Oto wszystko, co znajdujemy w najnowszym a słynnym dziele FRITSCH'a. Byłoby naiwnością przypuszczać, że przypadków takich nie widział czy FRITSCH, czy inny doświadczony ginekolog lub chirurg; nie każdy jedynie umiał sobie tłumaczyć należycie, z czem miał do czynienia. W sprawie tak ważnej, jak owo ciężkie powikłanie laparotomii, nie wystarczają tu i owdzie znajdujące się wzianki, mniej lub więcej niejasno przebiegające o niej. Mamy prawo żądać, aby każda rzecz dobrze już znana, ogólnie przyjęta i dokładnie opisana, znalazła właściwie sobie miejsce w odpowiednich podręcznikach, a więc w rozdziale o nerwicach ruchowych przewodu pokarmowego, odpowiednich rozdziałach ginekologii i chirurgii. Wtedy dopiero staje się ona własnością ogółu lekarskiego, wtedy przyswajamy ją sobie wszyscy w sposób właściwy. Skoro tak nie jest, skoro w podręcznikach polskich (JAWORSKIEGO) i wszystkich niemieckich (EWALD, BOAS, ROSENHEIM), traktujących o chorobach żołądka, w najnowszym podręczniku ginekologicznym FRITSCH'a, gdzie sprawa ta nie mogła i nie powinna być pominięta, niema najlżejszej wzmianki o bezwładzie żołądka, o jego należytym zbadaniu i właściwym zrozumieniu; skoro wreszcie specjalna w tym przedmiocie, a najnowsza (w styczniu 1895 r.) dyskusja sprawę częściowo tylko wyjaśnia; wówczas śmiało jeszcze, niż ja to uczyniłem, świadczyć można, że jest to przedmiot, o którym dotąd mało pamiętał lub wiedział nasz ogół lekarski. Źródła, z których czerpałem, zostały przezemnie podane, nie rościłem więc i nie mogłem rościć tytułu do zasługi odkrycia naukowego. Po odczytaniu więc wskazanych mi łaskawie źródeł i ich ocenie, jeszcze bardziej popieram poprzednie swoje zdanie.

Drugi kapitalny zarzut ze strony kol. W. polega na tem, że ja nie mogłem mieć do czynienia z bezwładem żołądka, jedynie zaś z „powikłaniem po laparotomii, dosyć często obserwowanem przez lekarzy, a mianowicie z atonią, czyli myastenią żołądka i kiszek“. Niektórzy autorowie właściwy stan kiszek nazywają, jak widzieliśmy, „atonie de l'intestin à la suite de laparotomie“. Przedewszystkiem sama ta nazwa nie wytrzymuje krytyki wobec tego, że atonią nazywać przywykliśmy powszechnie, banalnie niemal, przewlekłe cierpienie kiszek, polegające na osłabieniu napięcia (*tonus*) błony mięśniowej kiszek lub na osłabieniu właściwych dróg nerwowych. Nie należy wobec tego nazwy „atonia“ stosować do tak poważnego powikłania, jakim jest bezwład kiszek, krócej lub dłużej trwający, a mający inne zgoła przyczyny powstawania, inne objawy i przebieg, inne wreszcie leczenie i zejście. „Tympanisme grave d'intestin“ CAMPBELL'a uwiódł przynajmniej siłę i skutki cierpienia; „pseudoileus“ MALCOLM'a klinicznie jest słuszny, pod względem patogenicznym i nozologicznym nie wytrzymuje, mojem zdaniem, krytyki. Mniejsza zresztą w tej chwili o niewłaściwość nazwy „atonia kiszek pooperacyjna“. Nie mogłem jej tu jednak nie podać, wprowadziła bowiem ona kol. WAWELBERGA w błąd bardzo gruby. Dotąd, o ile mi wiadomo, nikomu nie przyszło nawet na myśl (a gdyby nawet przyszło, błędu by to nie zmniejszało) nazwać ciężkie cierpienie, jakim jest bezwład żołądka, zwykłą, codziennie spotykaną atonią v. myastenią żołądka. Do tego szeregu zalicza kol. W. i swoje przypadki, których wcale nie opisuje

bliżej, i przypadek kol. BORYSSOWICZA, przezemnie zacytowany. Przypadek ten, nieznanym kol. W., nie był jeszcze wcale opisany, nie przeszkadza to jednak wcale kol. W. włączyć go do szeregu atonii v. myastenii. Winien jestem kilka słów objaśnienia.

Atonią żołądka v. hypotonią v. myastenią, niedowładem żołądka nazywany cierpienie, bardzo rozpowszechnione, codziennie niemal przez lekarzy praktyków napotykanie, mające właściwą sobie etiologię, objawy, przebieg, leczenie i zejście. Sprawa chorobowa polega zwykle na wrodzonej lub nabytej wadliwości muskulatury, a właściwie na zmniejszeniu napięcia (*tonus*) mięśni i ich elastyczności, a zależy od szkodliwych wpływów nerwowych i psychicznych, nadmiernej pracy umysłowej, nadużyć wszelkiego rodzaju, zjawia się najczęściej w wieku młodym, przebiega zwykle przewlekłe, trwa lata całe i dziesiątki lat, mniej lub więcej upośledza odżywianie ogólne, kończy się zaś albo wyzdrowieniem, albo też z biegiem czasu przechodzi w rozstrzeń żołądka „*dilatatio ventriculi*“. Nie mogę się tu zbyt wdawać w szczegóły, odsyłając interesującego się tym przedmiotem czytelnika do dobrze opracowanych podręczników JAWORSKIEGO, BOUVERET'a, EWALD'a, BOAS'a i ROSENHEIM'a. W sposób jedynie bardzo krótki zaznaczę, czym się różni od siebie: atonia, rozstrzeń i bezwład żołądka.

Atonia żołądka jest to cierpienie, w którym pomimo zmniejszonego napięcia (*tonus*) i elastyczności błony mięśniowej, kurczliwość (*contractilité*) jest zachowana, praca więc żołądka mechaniczna odbywa się prawidłowo, w czasie nieco dłuższym, co pewne objawy chorobowe wywołuje: pokarm zostaje dostatecznie przerobiony i całkowicie wydalony do dwunastnicy. Rozstrzeń żołądka, oprócz zmiany napięcia i elastyczności, odznacza się jeszcze osłabieniem i zmniejszeniem kurczliwości. Żołądek taki nigdy nie wykonywa pracy swojej należycie, część pokarmów i napojów zawsze w nim pozostaje, ulegając zmianom następczym (fermentacje rozmaitego rodzaju). Gastroplegia, bezwład żołądka jest to stan chorobowy, w którym siła muskulatury żołądka równa się zeru lub bliską jest zera. Żadnej prawie lub żadnej pracy żołądek taki nie wykonywa, wszystko więc, co się doń dostanie, ulega gwałtownym fermentacyom i gnicciu.

Po opisanu powyższych różnic, jeszcze raz zaznaczę, że cierpienia, powstającego nagle (po laparotomii), a cechującego się nagle powstałym i znacznym wzdęciem żołądka, powiększeniem znacznym jego rozmiarów, stałym przebywaniem w żołądku, pomimo ciągłego zwracania, znacznych bardzo ilości płynnej zawartości, ulegającej fermentacji i gnicciu, słowem nagle powstałą rozstrzniętą natury paralitycznej, nikt i nigdzie (z wyjątkiem kol. W.) nie nazwał „atonią v. myastenią żołądka“, gdyż dowodziłoby to, przy istnieniu obecnie obowiązującej nas terminologii, całkowitego niezrozumienia rzeczy.

Przeczytajmy, co mówią o tem DÉBOVE i RÉMOND, niefortunnie zacytowani przez kol. W. Piszą oni: „ces dilatations (sans causes mécaniques), qui semblent être primitives, peuvent être aiguës ou chroniques. Les premières reconnaissent pour cause soit un traumatisme, soit une intervention chirurgicale (laparotomie), soit une maladie grave“. Uważne więc przeczytanie własnej cytaty przekonałoby łatwo, że w przypadkach tych o atonii żołądka nie może być mowy, jego o rozstrzeniu (*dilatatio*). Szkoda więc, że kol. W. nie przytoczył autora, z którego nazwę tę zaczerpnął, gdyż ja go nie znam. Ale idźmy dalej. Kol. W. pisze: „w żadnym z naszych przypadków rozszerzenia żołądka nie mogliśmy stwierdzić“. Wygląda to tak, jakby kol. W. starał się je stwierdzić, ale nie mógł. Tymczasem ani słówkiem nie zaznacza, jak starał się kol. W. stwierdzić owo rozszerzenie. Może więc istotnie nie było rozstrzenia w tych przypadkach, pewnością jednak niema, brak bowiem opisu, jaki był sposób powstawania owych „wymiotów pooperacyjnych“, ich ilość, częstość, czas trwania; brak wszelkich badań w tym kierunku (mianowicie zapomocą opukiwania), oznaczenia granic żołądka; niema również żadnych badań chemicznych lub drobnowidzowych zwracanej, zymiotowanej lub wypłukanej zawartości żołądka. A szkoda! Wszystko to pouczyłoby nas bardzo o naturze cierpienia. Pozwolę więc sobie zrobić przypuszczenie, że rozszerzenia żołądka wcale się nawet nie domyślano, a zatem go nie szukano.

Co do dwóch przypadków, o których ja wspominam (kol. DINTIGO i REICHSTEINA), przyznaję, że nie wiedziałem, iż kol. WAWELBERG przeplukał dwa te żołądki, co też niniejszem prostuję, ale nie uważam tego rękoczynu ani za bardzo trudny, ani za dowód rozpoznania sprawy chorobowej. Iluż to autorów w przypadkach „ileus“ przeplukiwało żołądek z wybornym wynikiem! Ja je zaliczam jednak do rzędu bezwładu żołądka, a to na zasadzie tego, że przy przeplukiwaniu żołądka wydobyto po kilka litrów zawartości żołądka, jak mi to opowiadał kol. DINTIGO. O innych dwóch przypadkach nic nie wiedziałem, z opisu bowiem, mniej niż niedokładnego, nic zrozumieć nie można, z wyjątkiem tego, że nastąpiła poprawa po przeplukaniu żołądka, co niczego nie dowodzi. Niektóre przypadki HAHN'a, o których wspominam, przypadek kol. BORYSSOWICZA, w którym na 6 dzień trwania cierpienia chora zymiotowała potężną ilość zgniłej i cuchnącej zawartości żołądka, poczem nastąpiła poprawa, należą również do szeregu gastroplegii.

Kol. W. utrzymuje, że „nie stwierdzono również rozszerzenia w przypadku kol. G.“ Jakich też dowodów wymaga kol. W. dla stwierdzenia rozszerzenia żołądka? Czy bębnica i powiększenie rozmiarów żołądka, brak wydalania do kiszek, a więc ciągle przebywanie w żołądku wprowadzonych płynów, ciągła a gwałtowna fermentacja zawartości żołądka, pomimo zwracania, bezmocz, straszne pragnienie skutkiem braku wody w ustroju, ciężki stan ogólny, połączony z bębnicą kiszek, brakiem stolca i wiatrów, nie są dostatecznym dowodem nagle powstałej paralitycznej rozstrzeni żołądka i bezwładu kiszek? Jeżeli te objawy nie wystarczają, stosujemy zwykle badanie zapomocą zgłębnika w 6—8 godzin po próbnym obiedzie RIEGEL'a lub w 1, 1½ godz. po próbnym śniadaniu EWALD'a, wprowadzamy twardy zgłębnik do żołądka, starając się dojść do najniższego jego punktu na wielkiej krzywiznie tak, aby można było koniec zgłębnika wyczuć przez powłoki brzuszne i t. d. Wszystkie te metody badania polecam kol. W. i radzę je zastosować w przypadkach gastroplegii po laparotomii dla dokładności rozpoznania. Dla odróżnienia atonii od gastroplegii cytuję kol. W. słowa BOUVERET'a w tłumaczeniu napozór wiernem: „gastroplegia jest to cierpienie, w którym mamy do czynienia z zupełnem i stałem porażeniem (*complète et durable*), gdzie żołądek rozciągnięty przyjmuje postać worka bezczynnego, dochodzącego do kolosalnych rozmiarów. Gdyby kol. W. nieco uważniej ustęp ten przeczytał, nie popełniłby żąjącego błędu. BOUVERET pisze: „*Dans les cas, ou la paralysie est complète et durable, l'estomac se laisse distendre à la manière d'un sac inerte. En quelques jours il peut atteindre une dimension considerable*“. To znaczy, że „w przypadkach, w których bezwład jest zupełny i trwały i t. d.“ a więc nie we wszystkich, jakby to sądzić można z błędnej cytaty kol. WAWELBERGA, który widocznie wyrobił sobie pojęcie, niezgodne z rzeczywistością, o rozmiarach żołądka, dotkniętego bezwładem. Niekoniecznie żołądek porażony sięgać powinien do spojenia łonowego, jak to było w przypadku HUNTER'a. Jak w pracy swojej zaznaczyłem, są postacie lżejsze i cięższe tego cierpienia, może paretyczne, jak to również zaznaczyłem, a przynajmniej pomyślniejsze, bo krócej trwające, mniej zagrażające życiu chorych. Wobec braku ściśle zbadanych a licznych przypadków tego rodzaju, nie wszystko da się już dokładnie stwierdzić, wiele jeszcze potrzeba badań w kierunku, na który uwagę w pracy swojej zwróciłem. Wbrew zdaniu BOUVERET'a przypuszczam, że gastroplegia, szczególnie krócej trwająca i kończąca się często, choć nie zawsze, wyzdrowieniem, jest to cierpienie wcale nie rzadkie, staranne zaś spostrzeganie chorych, a szczególnie badanie zwróconej i zwymiotowanej zawartości żołądka o tem właśnie przekonywa. W pracy swojej pisałem: „zdaje się, że wkrótce przekonamy się, iż sprawa to nie tak rzadka wogóle, jak sądzi BOUVERET, że przeciwnie gastroplegia, szczególnie *postoperativa*, jest zjawiskiem wcale nie rzadkiem. Jest to zresztą rzecz znana, że wiele niby rzadkich spraw chorobowych uchodzi uwagi naszej dlatego, że się ich do właściwej kategorii nie zalicza: są one poprostu źle tłumaczone. Jestem pewny, że podobne przypadki wielu chirurgom zdarzały się i ciągle zdarzać się będą. Dowodem — HAHN, KOEBERLE, GROSS, HUNTER. Dowodem — i mój przypadek i 3 powyżej wspomniane, dowodem wreszcie najnowsza dyskusja ginekologów, praca CAMPBELL'a i wiele innych.

Zarzuty tego rodzaju, jak: „na zasadzie jedyne go i to niedokładnie spostrzeganego przypadku“, „z historii choroby dosyć pobieżnie przytoczonej“, jako gołosłowne i bezprzedmiotowe, pomija się zwykle zupełnem a zasłużonem milczeniem.

Przechodzę obecnie do „kwestyi przemowywania żołądka“. „Pozwolę sobie nadmienić jeszcze kilka słów w kwestyi leczenia omawianego cierpienia, a głównie jednego objawu, mianowicie wymiotów pooperacyjnych“, powiada kol. W. Podkreślam te słowa, dowodzą one bowiem, jak to już stwierdziłem, niedokładnego zrozumienia rzeczy. Chory, wymiotujący po operacji, a szczególnie po laparotomii, zdaniem kol. W. dotknięty jest bezwładem żołądka, czyli t. zw. „niedowładem“. Zdanie to wystarcza za wszelkie z mojej strony dowodzenia. Dla objaśnienia dodam tylko, że leczenie wymiotów po operacjach nie było przedmiotem mojej pracy, że wymioty po operacjach nie mają nic wspólnego z bezwładem żołądka, nie są wcale jego objawem. Co się tyczy wymiotów po operacjach brzusznych, przedmiot ten w bliższym jest związku z moją pracą, nie w takim jednak, jak sobie to kol. W. wyobraża. Można wszakże wymiotować po operacjach brzusznych, a nie mieć bezwładu żołądka. Wymioty mogą być lub nie być wyrazem gastroplegii po operacjach brzusznych. Mogą one być skutkiem zatrucia chloroformowego, a więc podrażnienia ośrodków wymiotnych lub zakończeń nerwowych żołądka, pewnej wrażliwości układu nerwowego, czułego nadziałania chloroformu, mogą one dalej być wyrazem zapalenia otrzewny, zamknięcia światła kiszek pochodzenia mechanicznego lub paralitycznego (*ileus mechanicus*, *ileus paralyticus*), bezwładu żołądka i kiszek, może wreszcie wyrazem innych jakich, mniej znanych cierpień. Wyrażenie „wymioty pooperacyjne“ ma jedno tylko znaczenie w stosunku do zwykłych rękoczynów, stosowanych pod chloroformem; są to wymioty chloroformowe. Nawiasem dodam, że

i w tych wymiotach przeplukanie żołądka ma rację bytu i wywołuje poprawę. O ile zaś wyrażenie to „wymioty pooperacyjne” tyczy się operacji brzusznych, jest ono wysoce nieściśle i wcale nie przynosi zaszczytu słownictwu lekarskiemu. Termin ten nie objaśnia, żadnych wskazówek leczniczych nie dostarcza. Powiedzieć „wymioty pooperacyjne” znaczy to zasłaniać się wyrażoną nieświadomością, podstawą ich bowiem mogą być, jak widzieliśmy, najrozmaitsze stany chorobowe. Uwagi więc kol. W. o leczeniu tego „objawu” nie posiadają wcale wartości, którą niewątpliwie posiadałyby, gdyby nas kol. W. mógł pouczyć, co to były za „wymioty,” jakie to cierpienie leczył kol. W. przemywaniem żołądka. Dotąd wiemy tylko, że chorzy kol. W. wymiotowali, a po przeplukaniu żołądka zapalenie przestali wymiotować. Jest to zapewne bardzo wiele, ale i... bardzo mało jednocześnie. Przeplukiwanie żołądka wywołuje istotnie częstokroć zadziwiającą a natychmiastową poprawę w pewnych przypadkach chorobowych, w innych pozostaje bez skutku, w innych wreszcie może nawet szkodzić. Z opowiadania kol. D. wiadomo mi, że w pewnym przypadku zastosowania zgłębnika po operacji brzusznej po przeplukaniu żołądka nastąpiło szybkie pogorszenie i śmierć; w przypadku tym istniało ograniczone ropne zapalenie otrzewny. Możliwą jest rzecz, że wskutek targania podczas przeplukiwania żołądka rozerwały się często zrosty i nastąpiło rozlane zapalenie otrzewny. Bezkrzytycznie więc rękoczyn tego polecać niemożna; jak w każdej sprawie chorobowej, tak i tu należy jasne i wyraźne wynajdywać wskazania.

Praca moja mogłaby być pośrednio przyczynkiem do tej kwestyi, pragnąłem bowiem dowiedzieć, że część tych przypadków [bynajmniej nie wszystkie, jak mylnie sądzi kol. W.] odnieść należy bezwarunkowo do postaci chorobowej, zwanej gastroplegią, a polegającej na czasowym [krócej lub dłużej trwającym] a nagle powstałym porażeniu żołądka i kiszek. Ponieważ cierpienie to często nie bywa w sposób właściwy rozpoznawane, a przyjmowane za zapalenie otrzewny lub zamknięcie światła kiszek, podałem więc jego przyczyny, objawy, rozpoznanie, istotę i leczenie, co mi też przez kol. W. za złe poczytane zostało.

Zapewne dla zaokrąglenia liczby niedokładnych cytata z mego artykułu i z prac innych autorów, przypisuje kol. W. SHAW'owi [dyskusya ginekologów w Londynie] myśli, których autor ten wcale nie wyraził. SHAW nie mówi zgola o leczeniu wymiotów „przy zapaleniu otrzewny i niedowładzie żołądka i kiszek”, lecz najwyraźniej: „dans la peritonite et la parésie intestinale postoperative.” Kol. W. widocznie przypuszczał, że to jedno i to samo, albo też sądził, że taki niewinny dodatek sprawie szkodzić nie może.

Jeszcze jeden punkt, tym razem już ostatni, winien jestem poruszyć. „Nie nowem jest to cierpienie i dla lekarzy praktycznych, gdyż, jakem uczęszczał na oddział ginekologiczny dra Jakóba ROSENTHALA „kwestya leczenia i pochodzenia, [zapewne: pochodzenia i leczenia] „niedowładu żołądka nieraz była omawiana.” Dowiadujemy się więc, że kol. W. na oddział uczęszczał, gdzie „kwestya była omawiana.” Zwrócę tylko uwagę na to dosyć dla mnie oryginalne dowodzenie. Jeżeli tak istotnie było, a trudno mi temu zaprzeczyć w braku wszelkich danych po temu, stała się wielka krzywda, że omawianie to nie odbiło się echem w żadnym z czasopism polskich i cudzoziemskich, gdyż nietylko wówczas sprawa ta nie była znana, ale i teraz wiele w tym kierunku zrobić jeszcze należy, jak to widać choćby z artykułu kol. W. Światła nigdy pod korcem chować nie należy, ale zdobytymi wiadomościami dzielić się trzeba z ogółem lekarskim choćby dlatego, aby na zasadzie ich można było... argumentować. Nad owem tedy omawianiem sprawy na oddziale —po skreśleniu powyższej uwagi przejść mogę do porządku dziennego.

Nie chcąc więcej czasu zabierać wytrwałemu czytelnikowi i nadużywać gościnności pisma, kończę niniejszą replikę, a na zakończenie pozwolę sobie, jako przyczynek do leczenia, podać radę CAMPBELL'a, chirurga z Samaritan Hospital w Belfascie [z La Semaine Médicale Nr. 16], aby w przypadkach cierpienia, które nazwane zostało „tympanisme intestinal grave, consécutif aux opérations intraabdominales” czyli w bezwładzie kiszek wprowadzać do odbytnicy 3—4 razy dziennie po 4 grm. czystej gliceryny. Po każdym wprowadzeniu gliceryny ma wkrótce następować oddawanie wiatrów, a w ciągu 24 godzin—zupełne wyleczenie. Środek ten, łatwy w zastosowaniu, wart jest, zdaje się, wypróbowania w odpowiednich przypadkach chorobowych, a działanie jego przypisać chyba należy drażniącemu wpływowi gliceryny na nerwy i ośrodki ruchowe kiszek.

Od Zarządu wystawy higienicznej.

Zarząd ma honor uwiadomić, iż Sekcja „Higieny ludowej“ (wsi, osad i miasteczek), mająca swych współpracowników na prowincyi zamieszkałych, posiedzenia odbywać będzie, jak dotąd, w gmachu ratuszowym w Warszawie, w sali wydziału budowlanego w dniu 1-ym każdego miesiąca nowego stylu o godzinie 7-ej wieczorem.

Lubo komitet tejże sekcji, pod przewodnictwem D-ra H. DOBRZYCKIEGO pracujący, został zorganizowany, a podkomitety (komitety prowincjonalne) wkrótce skompletowane zostaną, jednakże, mając na uwadze rozległość zadania, wymagającego jaknajobszerniejszego udziału ludzi fachowych z zakresu różnych specjalności, — komitet ma honor niniejszem jaknajuprzejmiej prosić na swe posiedzenia pp. lekarzy, techników, właścicieli ziemskich i wogóle tych wszystkich, którzy współczują potrzebie poprawy warunków sanitarnych wśród ludu naszego. Współudział ten polegać może: na osobistem wzięciu udziału w obradach komitetu, wyjaśnieniu stosunków prowincjonalnych, daniu odpowiedzi na pytania kwestyonaryuszami objęte, jak również na wskazaniu osób, któreby mogły z pożytkiem grono pracowników powiększyć. W tym celu komitet prosi, aby osoby, chcące przyjąć udział w pracach, o których mowa, albo osobiście, albo też piśmiennie zechciały się zgłosić do sekretarza Sekcji D-ra J. TCHÓRZNICKIEGO (Nowolipki № 20) w Warszawie.

Komitet uważa za konieczne zwrócić się z prośbą do ogółu o pomoc za pośrednictwem pism publicznych, raz dlatego, że praca podobna po raz pierwszy jest przedsięwzięta, a powtórę, iż lubo zna wiele osób na prowincyi, które z pożytkiem dla danej sprawy pracowaćby mogły, jednak dokładniej o ich miejscu zamieszkania nie jest poinformowany.

Zarząd wystawy uprasza pisma codzienne i tygodniowe o łaskawe powtórzenie niniejszej odezwy.

Prezes Zarządu Wystawy *Prof. D-r W. Brodowski.*

Sekretarz *J. Polak.*

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

— HORNER zestawił ostateczne wyniki 172 przypadków raka sutki, leczonych zapomocą operacji; wnioski wypadły następujące: przeciętny wiek dla powstawania raka jest lat 51, 5; w 17, 09% był wpływ dziedziczny, w 15 przypadkach poprzedzało zapalenie sutki, w 14 przypadkach wpływ urazu. Cierpienie bywa zazwyczaj jednostronne. W 82% istniało zajęcie gruczołów, w 59 przypadkach znajdowano przerzuty, najczęściej w opłucnej i płucu, następnie w wątrobie. Czas od chwili powstania raka do kresu życia wynosi dla nieoperowanych 26, zaś dla operowanych 45 miesięcy. Śmiertelność po operacji 5,4%. Recydywy zauważono w 76 przypadkach, 34 razy w bliźnie, przeciętnie po 8,3 miesiącach, lecz częstokroć już w pierwszych trzech miesiącach. Dla oceny ostatecznego wy-

leczenia brano okres 3-letni, liczba wyzdrowień wypadła 19, 4% operowanych. Najlepszym sposobem leczenia raka sutki jest całkowite wycięcie raka oraz wyluszczenie gruczołów jamy pachowej. (Beitr. zur klin. Chirurg. Bd. XII. Hft. 3).
T. S.

— GIUBENET wykonał w jednym przypadku zapalenia wysiękowego worka sercowego dwukrotne przekłucie worka z zejściem pomyslnem. Za pierwszym razem wypuszczono 400, za drugim 700 ctm. szc. płynu surowiczego. G. radzi wykonywać rękoczyn ten w 4 przestrzeni międzyżebrowej w oddaleniu 2—3 ctm. od brzo- gu mostka i baczyc, ażeby nie zranić opłucnej i tętnicy sutkowej wewnętrznej. (Prot. chir. tow. Pirogowa. 1893—1894).

Wiadomości bieżące.

— Prezydent miasta Charkowa nazajutrz po pogrzebie ś. p. D-ra Wł. FRANKOWSKIEGO zwołał członków rady miejskiej celem uczczenia pamięci zmarłego, przyczem postanowiono: 1) kosztą pogrzebu pokryć z kasy miejskiej; 2) postawić pomnik na grobie; 3) wspólnie z towarzystwem lekarskiem poczynić starania o utworze-

nie stypendyów imienia D-ra Władysława FRANKOWSKIEGO; 4) pozostałej wdowie przeznaczyć dożywotnią pensję, w ilości 900 rubli rocznie, gdyż jakkolwiek nieboszczyk miał bardzo rozległą i bardzo popłatną praktykę, to jednak, zasilając hojnie biednych, nie zostawił żadnego majątku.

— W tych dniach wyszła z druku w Petersburgu i jest do nabycia w księgarniach broszura, zawierająca nową ustawę szpitalną wraz z instrukcją i dopełnieniami.

— Szósty zjazd towarzystwa ginekologów

niemieckich odbędzie się we Wiedniu między 4—7 czerwca b. r. Tematy i referaty dotyczą *endometritis* i pęknięcia macicy. Z odczytami zgłaszać się należy do profesora CHROBAK'a we Wiedniu.

— **Zmarli.** Dnia 23 kwietnia r. b. zmarł w Lipsku na influencję prof. Karol Ludwik, nestor fizyologów niemieckich, w 79 roku życia. Urodzony w Hessyi w roku 1816, studia swe odbywał w uniwersytetach w Marburgu i Erlandze. W Marburgu uzyskał w roku 1839 stopień doktora medycyny, gdzie też otrzymał w roku 1841 proseksturę przy instytucie anatomicznym. W rok później począł tamże wykładać fizyologię, a w 1846 mianowany został profesorem nadzwyczajnym anatomii porównawczej. Od roku 1849 do 1855 widziemy go na katedrze anatomii i fizjologii w Zurychu, poczem przenosi się do Wiednia, gdzie wykłada w Jozefinum fizyologię i zoologię. W r. 1865 objął profesurę fizjologii w Lipsku.

Zadnego działu fizjologii nie pozostawił odlogiem, w każdym czegoś dokonał i wydarł niejedną tajemnicę przyrodzie. Wydzielanie się moczu, endosmoza, wpływ części sztywej rdzenia na obieg krwi, badania fizjologiczne nad ciśnieniem krwi, rola nerwu czuciowego serca (*n. depressoris*), wymiana gazów we krwi i w limfie, wydzielanie gruczołów i t. d. były przedmiotem licznych prac jego, zarówno jak i uczniów jego. Główne dzieło Ludwika: „Lehrbuch der Physiologie des Menschen“ ukazało się w roku 1861 w drugim wydaniu.

Jako genialny i pracowity eksperymentator Ludwik wzbogacił metodykę fizjologiczną wieloma nowymi i cennymi przyrządami. Dostępnie jest wspomnieć tylko o kimografionie i zegarze do mierzenia szybkości ruchu krwi (Stromuhr). Jeżeli Ludwik zasługuje na wyróżnienie jako badacz, to znaczenie jego jako kierownika laboratorium jest jeszcze większe. Żaden z fizyologów nie pozostawił tylu uczniów niemal wszystkich narodowości, co Ludwik i około 200 ludzi nauki zawdzięcza mu conajmniej część swego wykształcenia. Każdy odczuwał wpływ jego czarującej osobistości.

— Dnia 28 kwietnia r. b. zmarł również w Lipsku i również na influencję znany chirurg Karol THIERSCH w 73-im roku życia. Nauki lekarskie pobierał najprzód w swym rodzinnym mieście Monachium, później w Berlinie, Wiedniu i Paryżu. W 1850 roku przyjmował udział w wojnie szlezwig-holsztyńskiej, w czasie której wywarł wielki wpływ na jego wykształcenie chirurgiczne STROMAYER. Od 1848 do 1854 był prosektorem przy katedrze anatomii patologicznej w Monachium. W 1854 roku został profesorem zwyczajnym chirurgii w Erlandze, skąd w r. 1867 w tym samym charakterze przeszedł do Lipska. W wojnie francusko-pruskiej brał czynny udział jako konsultant generalny korpusu saskiego.

Nie możemy tutaj zaznaczyć wszystkich zasług naukowych THIERSCH'a. Jeszcze jako młody profesor chirurgii, napisał pracę o nabłonniakach, w której zbił i odrzucił panującą teorię VIRCHOW'a i FÖRSTER'a o możliwości powstawania nabłonniaków w tkance i z tkanki łącznej. Również prace THIERSCH'a nad gojeniem się ran są nacechowane tą samą ścisłością anatomiczną, co i poprzednia. Jego metoda plastyki nosa, a przedewszystkiem udoskonalenie sposobu REVERDIN'a przeszczepiania skóry, świadczą o jego gruntownej chirurgicznej wiedzy i imię jego głośnem uczyniły. Musimy tutaj wspomnieć, że jednym z pierwszych niemieckich chirurgów był THIERSCH, który zwrócił należytą uwagę na prace mało znanego podówczas jeszcze LISTER'a w Glasgowie. Pracami swemi o możliwości zastąpienia fenolu przez kwas salicylowy, przyczynił się on do uproszczenia i modyfikacji metody LISTER'a.

Od Redakcyi.

Z powodu wyjazdu redaktora „Medycyny“ kol. Dobrzyckiego do Sławuty, wszelkie listy: dotyczące spraw naukowych, artykułów dla „Medycyny“ nadsyłanych i. t. d., winny być adresowane do kol. M. Sadowskiego, Krakowskie Przedmieście № 7 w Warszawie.

WYDAWCA Dr. L. Guranowski.

REDAKTOR odpowiedzialny Dr. H. Dobrzycki.

Доводено Цензурою. Варшава, 28 Апрель 1895 г. Druk K. Kowalewskiego, Warszawa, Mazowiecka 8.