

MEDYCYNĄ.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

TREŚĆ. D-r Władysław Matlakowski. (Wspomnienie pośmiertne). — **Prace oryginalne.** O leczeniu wżłobień jelitowych, przez prof. L. Rydygiera. — Przypadek padaczki częściowej ciągłej, podał D-r Stanisław Orłowski. (Ciąg dalszy). — **Wykłady kliniczne.** O rozpoznawaniu i leczeniu zapalen jajowodów. — **Wiadomości bieżące.** — **Ogłoszenia.**

„Medycyna“

GAZETTE MEDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) Prof. L. Rydygier—Du traitement de l'intussusception intestinale. 2) D-r S. Orłowski—Un cas d'épilepsie partielle continue.

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

„Medycyna“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) Prof. L. Rydygier— Ueber die Behandlung der Darmin-tussus-ception. 2) D-r S. Orłowski —Ein Fall von anhal-tender partieller Epilepsie.

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

D-r WŁADYSŁAW MATLAKOWSKI

(Wspomnienie pośmiertne).

Dnia 26 czerwca r. b. zmarł we wsi Zbijewie Doktor Władysław MATLAKOWSKI. Śmierć MATLAKOWSKIEGO, chociaż zdawna przewidywana, odbiła się żałobnem echem wśród naszego społeczeństwa lekarskiego. Utraciliśmy w Nim nie tylko dzielnego chirurga, szlachetnego człowieka, ale przede wszystkim niepospolitego pisarza, który we współczesnej literaturze lekarskiej zajmował stanowisko pierwszorzędne.

Ś. p. MATLAKOWSKI urodził się 19 listopada 1851 roku w Warce nad Pilicą, wydział lekarski ukończył w Warszawie w roku 1875; w roku następnym został ordynatorem kliniki chirurgicznej profesora Kosińskiego, gdzie pozostawał do końca roku 1881. Już pierwsze prace, wyszłe z tej kliniki, a drukowane w „Medycynie“ za redakcyi D-ra Rogowicza, odznaczały się sumiennnością i umiejętną obserwacją, były pisane językiem i stylem pięknym; już te prace zapowiadały, że naszemu piśmiennictwu lekarskiemu przybyła nowa siła niepowszednia. I rzeczywiście obok wielkich zdolności, usilnej pracy, gorącego serca, pełnego entuzjazmu do wszystkiego, co wielkie, piękne i szlachetne, posiadał MATLAKOWSKI wybitny talent pisarski, który się ciągle rozwijał i nie małą się płodnością odznaczał.

W tym pierwszym okresie, oprócz spostrzeżeń, czynionych w klinice prof. KOŚNIEWSKIEGO, przekładów chirurgii KOENIG'a (tom II) do wydawnictwa GIRSZTOWTA, anatomii PAULET'a, sprawozdań z działu chirurgii w Rocznikach medycyny polskiej, napisał obszerniejsze studium krytyczne o metodzie Listerowskiej, gdzie gorącym i pełnym zapału młodzieńczego słowem bronił metody od zarzutów przeciw niej wymierzonych.

Wkrótce po wyjściu z kliniki, bo już w końcu roku 1882 doczekał się konkursu, na którym otrzymał posadę ordynatora oddziału chirurgicznego w szpitalu Dz. Jezus. Dostawszy się na stanowisko samodzielne, odpowiednio przygotowany pięcioletnią pracą w klinice, gdzie w ciągu trzech lat ostatnich, w miesiącach wakacyjnych niemało dokonywał operacji, rozpoczął szerszą działalność chirurgiczną, pomimo przeszkód, jakie mu stawiała zaśnieżona rutyna i bezmyślna oszczędność szpitalna. Te starcia gorącego serca z zimną obojętnością i bezwładnością wywoływały nieraz na jego usta gorzkie słowa wyrzutów.

Samodzielna działalność chirurgiczna odbiła się szybko w drukowanym słowie; zaczęły się ukazywać zrazu mniejsze przyczynki i spostrzeżenia, a następnie obszerniejsze zestawienia krytyczne całych szeregów laparotomii i innych operacji. Nie możemy nateraz na tem miejscu omawiać szerzej tych prac tak licznych, ale winniśmy zaznaczyć, że najwięcej z nich cenimy prace o tętniakach szyi, o ciąży zewnątrzmacicznej, o bąblowcu sieci i o wycięciu kiszki ślepej.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie miało w MATLAKOWSKIM dzielnego mówcę i nieustrudzonego pracownika. Oprócz rzeczy naukowych umieszczał w pismach lekarskich pięknym językiem pisane życiorysy, korespondencje (z Pragi Czeskiej), polemiki (z CHMIEŁOWSKIM i OCHOROWICZEM) i w tych pracach jaśniej w całej pełni prawdziwy talent literacki, który był istotną ozdobą czasopism.

Tak piękną działalność chirurgiczną i lekarsko-piśmienniczą przerwała przed kilku laty złowroga choroba; zmuszony opuścić Warszawę, udał się MATLAKOWSKI do Zakopanego, ale i tu nie pozostał bezczynnym. Wykończywszy rozpoczęte prace chirurgiczne, oddał się z właściwym Mu zapałem badaniom etnograficznym i estetycznym, wynikiem których było oprócz artykułów, помещanych w „Wiśle”, dzieło, wydane w roku 1892 nakładem Akademii Umiejętności w Krakowie p. t. „Budownictwo ludowe na Podhalu”, tekst z tablicami i rysunkami, a następnie praca p. t. „Ornamentyka ludowa na Podhalu”. Ale nie na tem koniec; w ostatnich jeszcze miesiącach, już znękany chorobą, wydał nowy przekład własny Hamleta SZEKSPIRA i opatrzył wstępi, wyjaśnieniami i obszernymi przypisami.

Umarł MATLAKOWSKI, ale pamięć o nim pozostanie na długo, bo zostawił piękną i bogatą spuściznę w swych pracach drukiem ogłoszonych; byłoby jednak ze wszech miar pożądanem, by się ukazał w oddzielnej książce wybór cenniejszych pism chirurgicznych MATLAKOWSKIEGO. Byłby to najpiękniejszy pomnik, jaki Mu wystawić mogą wielbiciele; bo nie wszyscy, nasi następcy, wyszukiwać będą rozrzucone po różnych rocznikach czasopism prace MATLAKOWSKIEGO, a znać je i cenić powinni wszyscy ¹⁾).

¹⁾ Spis prac lekarskich D-ra MATLAKOWSKIEGO drukiem ogłoszonych podajemy na str. 579

O leczeniu wgłobień jelitowych,

przez prof. RYDYGIERA.

Odczyt wygłoszony na 24 zjeździe chirurgów niemieckich w Berlinie r. 1895.

Panowie! Upływa właśnie 10 lat od czasu, kiedy BRAUN¹⁾ w tem towarzystwie odczytał swoją bardzo zajmującą pracę o wgłobieniach. Od tego czasu postąpiliśmy bardzo znacznie w chirurgii jelit w ogólności, a w szczególności nabraliśmy niemało doświadczenia w sprawie wgłobień. Zachęcony ciekawości spostrzeżeniami kilku własnych przypadków, uczyniłem wzmiankę krótką o tej sprawie na zjeździe przyrodników w Wiedniu. Dziś jestem w tem szczęśliwem położeniu, dzięki udzieleniu mi materiału przez bardzo licznych kolegów, że mogę uzupełnić część statystyczną, wyprowadzić pewniejsze wnioski dla leczenia i oprzeć je na szerszej podstawie.

Z przyjemnością korzystam ze sposobności, aby podziękować wszystkim kolegom za ich uprzejmość. W ten sposób dali mi oni możność uzupełnienia statystyki BRAUN'a dalszymi 75²⁾ przypadkami, pochodzącymi z ostatnich lat 10.

Z wielkiej grupy uwięzień wewnętrznych wybrałem na ten raz umyślnie tylko wgłobienia, ponieważ łatwiej jest porozumieć się na polu bardziej ograniczonym, a powtóre dlatego, ponieważ tu właśnie wyniki lecznicze są złe i mało zachęcające, a postępowanie nasze chwiejne i niepewne.

Skąd to pochodzi? Raz stąd, jak myślę, że chociaż rozpoznanie wczesne nie bywa rzeczą trudną, mimo to chorzy zgłaszają się do chirurgów zawsze późno. Toż samo zaznaczył z naciskiem SCHOENBORN w r. 1885 na zjeździe chirurgów niemieckich, kiedy to bardzo słusznie powiedział, że wgłobienia stoją na równi z uwięzieniem pętli w przepuklinie, a przecież nie przyjdzie żadnemu internście na myśl leczyć przepuklinę uwięzioną. Bezwątpienia nie każde wgłobienie należy natychmiast operować; chirurg powinien także naprzód spróbować środków bezkrwawych, a spostrzegając przypadek o ile możliwości od samego początku cierpienia, jest w stanie obrać stosowną do operacji chwilę. Ponieważ w ogólności nie każdy przypadek niedrożności wewnętrznej da się z góry jako taki rozpoznać, powinno się zasięgnąć rady chirurga w tych przypadkach, gdzie tylko podejrzenie niedrożności wewnętrznej istnieje, aby wspólnie z internistą wybrać chwilę odpowiednią do operacji.

Jak chwiejne poglądy co do oznaczenia stosownej do operacji chwili mają nawet najdoświadczeńsi internści, daje wymowny tego dowód BAUER³⁾, w znakomitej swojej pracy z kliniki LIEBERMEISTER'a. Przytacza słowa samego LIEBERMEISTER'a wyrzeczone 15 maja: „teraz po 4-tygodniowym trwaniu należy odstąpić od operacji“. Jednakowoż chory nie umiera, stan jego się nie polepsza, mimo kilkakrotnych wlewań, mimo makowca i morfiny; przeciwnie pogarsza

¹⁾ BRAUN. Ueber operative Behandlung der Darminvaginationen. Verhandlungen der deutsch. Gesellschaft f. Chirurg. 1885. XIV Congress.

²⁾ Już po wykładzie moim dowiedziałem się o dalszych 11 przypadkach, tak, że liczba nowych przypadków wynosi 86. Zliczywszy przypadki BRAUN'a i moje, uzyskamy wcale pokaźną liczbę 152. Przy wyprowadzeniu wniosków korzystałem jedynie z nowszego zestawienia, ponieważ przypadki BRAUN'a odnoszą się do czasu, kiedy to technika i doświadczenie w operacjach jelit dopiero rozwijać się począły.

³⁾ BAUER. Beobachtungen neber Darminvagination. Berlin. klin. Woch. 1892.

się, a wtedy 22 maja, a więc w 7 dni później mówi: „ponieważ bez operacji należy się spodziewać wkrótce śmierci, zawezwano BRUNS'a i chorego przeniesiono do kliniki chirurgicznej“. Oczywiście, że wynik operacyjny w takich warunkach łatwo przewidzieć.

Oznaczenie czasu stosownego do operacji jest jednym z najważniejszych momentów w leczeniu wgłobień. Leczenie zależy w wielkiej części od tego, czy mamy do czynienia z wgłobieniami ostrymi, czy też przewlekłymi. Ponieważ od tej okoliczności zależy nierzadko rodzaj operacji, a bardzo często wynik operacyjny, przeto musimy omówić z osobna wgłobienia ostre i przewlekłe.

Załączona statystyka wykazuje dowodnie wpływ tej okoliczności.

W 42 ostrych przypadkach było 31 razy zejście śmiertelne, a tylko 11 wyleczeń, a więc 73,8% śmierci.

W 27 przewlekłych przypadkach nastąpiła tylko 7 razy śmierć, a 20 razy wyzdrowienie, a więc tylko 25% śmierci.

Uwzględniwszy późniejsze przypadki, otrzymamy następujące liczby:

W 44 ostrych przypadkach 33 razy wynik śmiertelny, a 11 razy wyleczenie, więc właśnie 75% śmiertelności

W 29 przewlekłych 7 razy zejście śmiertelne, a 22 razy wyleczenie, więc tylko 24% śmiertelności.

Co się tyczy wgłobień ostrych, to dziś przeważna część chirurgów zgodzi się pewnie ze mną na to, aby operować jaknajwcześniej, skoro środki lecznicze bezkrwawe, jak prąd elektryczny, pompa żołądkowa, wlewania płynów lub gazów do odbytnicy w położeniu kolanowo-łokciowym, mięsienie wgłębokiem uspianiu przez powłoki brzuszne, celem odgłobienia, pozostaną bez skutku. Jak w uwięźnięciu pętli jelitowej zaraz po nieudanej próbie odprowadzenia (*taxis*) przystępujemy do operacji krwawej, tak samo powinno się po daremnem usiłowaniu odprowadzenia pętli jelitowej na drodze bezkrwawej, natychmiast, ile możliwości nawet podczas tej samej narkozy, przystąpić do zabiegu krwawego. Od operowania przepuklin uwięźniętych nie powstrzymuje nas dziś ten wzgląd, że zdarzają się bardzo rzadkie przypadki, gdy po daremnych kilkakrotnych próbach odprowadzenia nakoniec udało się od czasu do czasu je odprowadzić; ani ten wzgląd, że może się wytworzyć dobrowolnie *anus praeternaturalis*, niejako samoistne wyleczenie; tak samo nie powinien nas powstrzymać od operacji ten wzgląd, że tu i owdzie udało się później odgłobić (dezinwaginować) pętlę, albo że po jakimś czasie pętla wydzielila się ze stolcem dobrowolnie.

Aby się upewnić, że zabiegi niekrwawe napewno nie prowadzą do skutku, urządzam jeszcze raz wlewania w mojej obecności, nie spuszczając się na to, że już to samo przedtem robiono, ponieważ skutek zależy bardzo wiele od tego, w jaki sposób zabieg ten się wykonywa: *si duo faciunt idem, non est idem*.

Dobrowolne wydzielenie się jelita jest rzeczywiście bardzo pomyślnem zdarzeniem. Ma to miejsce u dzieci, u których wgłobienia najczęściej się przytrafiają, jednakowoż nie powinno się liczyć na to, ponieważ zdarza się bardzo rzadko, a chorego naraża się na bardzo wielkie niebezpieczeństwo. Nadto wydzielenie się kiszki nie jest jeszcze wcale wyleczeniem pewnem, albowiem znajdujemy w literaturze niestety sporą liczbę przypadków, że chorzy po takim wyleczeniu umierali później skutkiem przedziurawień kiszki, zapalenia otrzewny, zwężeń i t. d.

Może mi ktoś zarzucić, że porównanie moje o tyle kuleje, że niebezpieczeństwo operacji w przepuklinach nie da się porównać z niebezpieczeństwem

otwarcia jamy brzusznej. Dzisiaj, gdy już niektórzy chirurdzy radzą w każdej przepuklinie otwierać jamę brzuszną, to porównanie jest zupełnie usprawiedliwione. Nie otwarcie jamy brzusznej jest groźne, ale wprowadzenie do jamy brzusznej pętli jelita, w której krążenie skutkiem zaciśnięcia stało się nieprawidłowe; niebezpieczeństwo leży w tem, że skutkiem zmienionego odżywiania ścian pętli mogą się rozwijać sprawy zakaźne w ścianach, a z tych przenosić się swobodnie do jamy otrzewnowej. To powinno nas raczej zachęcić, by niedopuszczać do tych zaburzeń — tembardziej, że w początkach, jak to będę miał później sposobność wykazać, można się obejść mniejszymi środkami, im późniejszą zaś jest operacja, tem jest niebezpieczniejszą.

Nadto leczenie środkami niekrwawymi nie jest wcale zabiegiem tak niewinnym, a przytem jest chodzeniem po omacku. Nie znamy bowiem ani stanu pętli wgłobionej, ani kierunku, w jakim się wgłobiła. W daleko posuniętych zmianach ścian możemy rozedrzeć je silnemi wlewaniem, a we wstecznych wgłobieniach, które na szczęście są rzadkie, możemy, zamiast odgłobić, jeszcze bardziej je zwiększyć. Z tego wszystkiego wynika: że powinniśmy jak najwcześniej przystępować do operacji we wgłobieniach ostrych, skoro tylko pozostaną bez skutku środki bezkrwawe, odpowiednio zastosowane.

Jakie mamy zabiegi krwawe i którym należy się pierwszeństwo?

Najprzód chciałbym usunąć, jako zupełnie bezużyteczną w ostrych przypadkach, operację, którą dawniej często wykonywano, którą i dziś jeszcze, zwłaszcza interniści, jako stosunkowo najniewinniejszy zabieg polecają—a jest nią założenie sztucznego odbytu. W statystyce BRAUN'a niema ani jednego przypadku, wyleczonego tym sposobem. KROENLEIN zwrócił moją uwagę w Wiedniu, że istnieje przecież jeden przypadek, wyleczony przez LANGENBECK'a. Jest to ten sam przypadek, który BRAUN podaje jako wątpliwy co do rozpoznania. W statystyce z lat ostatnich znalazłem jeden jedyny przypadek, który się szczęśliwie zakończył. Złe wyniki po tej operacji są dość łatwo zrozumiałe. Jeżeli mamy na uwadze, że nie przerwanie krążenia kału jest najbliższem i jedynem niebezpieczeństwem, ale uwięźnięcie pętli, jej zmienione odżywianie, tudzież zapalenie, które najczęściej przechodzi w zgorzel i z nią w parze idące zapalenie otrzewny, to łatwo zrozumiemy, że przez założenie odbytu sztucznego nie uzyskamy zazwyczaj żadnego wyleczenia. Wyjątkowo zdarzyć się to tylko może wtedy, kiedyby pętla jelitowa powyżej wgłobienia została opróżnioną od kału, przez co poprawiłyby się stosunki miejscowe, i gdyby część wgłobiona odeszła nazewnątrz wraz z kałem. Jeżeli więc decydujemy się na ten rodzaj operacji z powodu bardzo znacznego upadku sił chorego, a zwłaszcza z powodu wcale może niepewnego rozpoznania, aby usunąć bardzo przykre wymioty kałowe i wzdęcie brzucha, powinniśmy sobie i drugim z góry jasno to powiedzieć, że operacja ta może doprowadzić do wyleczenia wśród szczególnie sprzyjających okoliczności.

Pozostają tedy trzy sposoby operacyjne, o których myśleć możemy, otworzywszy jamę brzuszną: 1) *desincay'n it*, 2) *resectio*, 3) *entero-anastomosis*.

Entero-anastomosis w wgłobieniach ostrych chciałbym wyłączyć tak samo, jak założenie odbytu sztucznego, ponieważ ucisk na pętlę jelitową trwa dalej; jednakowoż przyznać muszę, że otwierając drogę kałowi i uwalniając kışkę od ucisku tegoż, można osiągnąć wyleczenie entero-anastomozą podo-

bnież, jak przez założenie odbytu sztucznego. W mojem zestawieniu niema atoli ani jednego, w ten sposób wyleczonego przypadku ⁴⁾).

Odgłobienie zastosujemy wtedy, kiedy da się wykonać bez szczególnych jakichś trudności; a więc zwłaszcza w przypadkach świeżych i niezbyt silnem wklinowaniu się pętli (należy wykonać zabieg bez użycia znaczniejszej siły). Ściany jelita są zazwyczaj już tak zmienione, że byłoby niebezpiecznem wpuścić pętlę do jamy otrzewny, ponieważ nie można z góry wiedzieć, czy zarazki i produkty zakaźne przez nie nie wejdą, a powtórę, nie wiadomo, czy ściany nie obumrą później. W każdym razie nie radzę zamykać jamy brzusznej, ale stosownie do miejsca wprowadzić strzęp gazy jodoformowej, albo, jak to BURCKHARDT ⁵⁾, ROSENBACH ⁶⁾ i OBALIŃSKI zrobili, wyłączyć odpowiednie miejsce z jamy otrzewnowej. W zestawieniu mojem znajdujemy na 24 przypadki udanego odgłobienia w ostrem wgłobieniu — 8 razy wynik szczęśliwy.

We wszystkich innych przypadkach pozostaje resekcyja. Jeszcze przed nie tak dawnym czasem uchodziła ona za operację bardzo niebezpieczną. W statystyce BRAUN'a znajdujemy, że wszystkie przypadki zakończyły się śmiercią; w mojem zestawieniu zaznaczone są trzy wyleczenia — na 12 przypadków.

Rozpatrując się w odnośnej literaturze, zauważyłem, że za mało uwagⁱ zwracano na pewien sposób operacyjny, który podali i wykonali KOENIG ⁷⁾, LESZCZYŃSKI ⁸⁾, SENN ⁹⁾, JESSETT ¹⁰⁾, J. ROSENTHAL, A. BARKER, BIER i inni; mam tu na myśli wycięcie samej części wgłobionej. Dotychczas zaś operację tę wykonywano przeważnie tylko w przypadkach ze specjalnem wskazaniem, jak np. KOENIG w celu wydobycia guza, wywołującego wgłobienie. Ja zaś zaleciłbym tę operację jako operację wyboru na pierwszym miejscu, bo dobrze wykonana, jest daleko mniej niebezpieczna, niż wycięcie całkowitego wgłobienia.

Technika jeszcze dotąd nie jest ustalona. Każdy prawie operator inaczej postępuje. Z tego powodu podjąłem cały szereg doświadczeń na zwierzętach, celem ustalenia sposobu najprostszego, najszybszego, przytem najpewniejszego operowania. Zaproponowałbym postępowanie następujące, które najwięcej zbliża się do sposobu JESSETT-BARKER'a. Po otworzeniu jamy brzusznej i odszukaniu wgłobienia zakłada się szew kuśnierski dokoła szyjki wgłobienia według sposobu LEMBERT'a, aby zapobiedz wysliznięciu się wgłobionego rąbka, na wypadek, gdyby zlepienie się nie było dość silne, albo gdyby się rozluźniło skutkiem poprzednich usiłowań odgłobienia. Można przytem nieco powiększyć wgłobienie, zwłaszcza wtedy, gdybyśmy spostrzegli na szyjce miej-

⁴⁾ Wśród dodatkowo otrzymanych przypadków są 3 zaznaczone wyleczenia, jednakowoż w 2 przypadkach było wgłobienie przewlekłe a w 1 przypadku czas trwania nie uwidoczniiony.

⁵⁾ H. BURCKHARDT. *Invagination des unteren Theiles des Ileum und Colon ascendens in das Colon transversum etc. Bericht über die chir. Abtheilung v. Ludwig-Spithals-Charlottenhilfe*, N. 1884.

⁶⁾ Fr. ROSENBACH. *Ein Fall von Laparotomie bei Invagination des Colon desc.* Berl. kl. Woch. 1885. N. 41.

⁷⁾ KOENIG. *Lgbek. Arch.* 1890. t. XL.

⁸⁾ LESZCZYŃSKI. *Pamiętnik II zjazdu chirurgów polskich.* 1890.

⁹⁾ SENN. *Surgical treatment of intussusception. Quadrian pract.* 1891.

¹⁰⁾ JESSETT. *The Lancet* 1891, u BOIFFIN'a w *Arch. prov. de chirurg.* T. I. N. 4, p. 313.

sca podejrzanę, aby mieć do zeszcicia zupełnie zdrowe ściany. Założenie szwu tego jest koniecznie potrzebne, jak to w ostatnim przypadku naocznie się przekonałem, gdyż istnieje po odcięciu wgłobionej części wielka dążność do wycofania się kikuta, mianowicie w okolicy krezki silnie zaciągniętej i wskutek tego napiętej. Następnie na 5 ctm. od miejsca zagięcia się jelita przecina się wzdłuż osi podłużnej na wypukłej stronie pętlę wPOCHWIAJĄCĄ na takiej długości, aby później można było wydobyć nazewną część wgłobioną. Obecnie mamy uwolnioną część wPOCHWIONĄ w pobliżu wgłobienia. Przecinamy poprzecznie oba pokłady, rozpoczynając od strony wypukłej, aż blisko do przyczepu krezki (mniej więcej $\frac{2}{3}$ obwodu). Przez zrobiony otwór wprowadzamy gruby zgłębnik albo lepiej jeszcze palec wskazujący ręki lewej do wewnętrznego światła, a to celem przekonania się o drożności w szyjce, a powtóre kontrolowania podczas zakładania szwu, aby nim zbyt głęboko nie zachwytywać. Zakłada się poprzecznie przez całą grubość obu pokładów 4 szwy, i to najprzód na stronie wypukłej jeden, następnie dwa po bokach, na koniec w dolnej części w ten sposób, aby zaciskał wciągniętą kreskę, a zarazem służył jako podwiązka (zob. fig. I). Następnie odcina się ostatecznie resztę wgłobioną

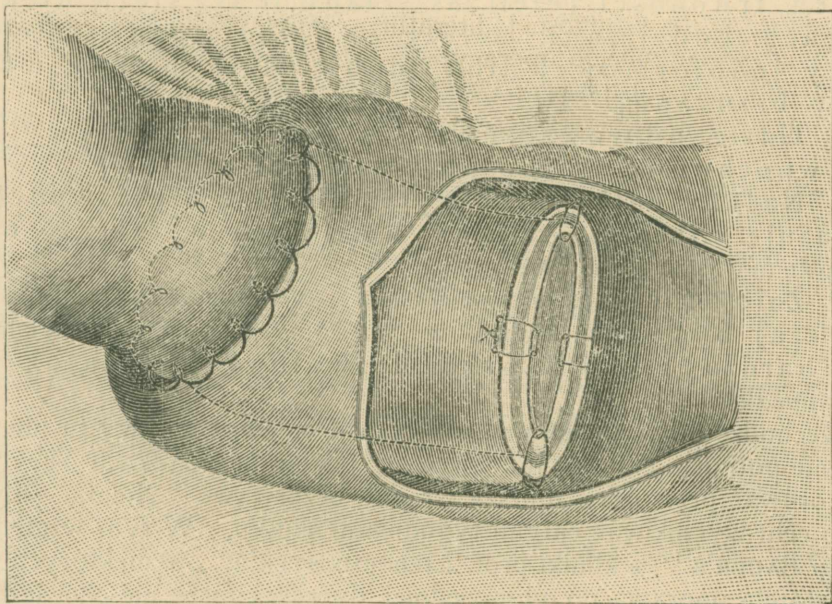


Fig. I.

części poniżej szwu. Gdyby się krew sączyła z przeciętej krezki, należy ją podwiązać. Po doświadczeniu w ostatnim moim przypadku, zalecałbym dodatkowo jeszcze jeden szew kuśnierski przez całą grubość przeciętych ścian kikuta, bo 4 szwy, w powyższy sposób założone, niezupełnie dokładnie łączą brzo- gi, gdyby się kikut choć częściowo miał wycofać. Na koniec wyciąga się od- ciętą część wgłobioną. Gdyby się to nie udało, z powodu znacznej jej długo- ści, to należy ją pozostawić, jak to zrobił LESZCZYŃSKI, aby się później sama uwolniła od połączeń i ze stolcem nazewną wydaliła, albo siłą wyciągnąć przez odbył. Na koniec zaszywamy otwór podłużny na pętli wPOCHWIAJĄCEJ szwem jelitowym CZERNY'ego. Jeżeli się nie udaje połączyć brzegów rany części wPOCHWIAJĄCEJ, ponieważ — jak często u psów —

kikut pozostały obrzęka mocno, natenczas należy zeszyć poprzecznie sposobem HEINECKE-MIKULICZA — a wtedy z łatwością się to uda.

Wyższość tej operacyi nad całkowitą resekcją uderza od razu: 1) nie poświęca się tyle jelita, bo część wPOCHWIAJĄCA pozostaje; 2) krezka podwiązuje się, że się tak wyrażę, za jednym zamachem, co przy zwyczajnej resekcyi zajmuje немало czasu; 3) szew daje się założyć tak pewnie i szybko, że szybciej nie można połączyć brzegów rany ani sposobem SENN'a ani MURPHY'ego.

Mimo tych zalet musimy się jednakowoż uciec do resekcyi całkowitej, skoro tylko ślady zgorzeli na części wPOCHWIAJĄCEJ spostrzeżemy.

Jak już powiedziałem, wykazuje ta operacya nieco lepsze wyniki w ostatnich czasach, zwłaszcza w przypadkach, w których dość wcześnie operowano. Przychodzę tedy do wniosków następujących.

1) W wgłobieniach ostrych powinniśmy operować jak najwcześniej, skoro tylko wszystkie zabiegi bezkrwawe, dokładnie wykonane, pozostały bez skutku.

2) Po otworzeniu jamy brzusznej zasługuje na pierwszeństwo odgłobienie, jeżeli się da wykonać bez szczególnych trudności. Jeżeli zaś ściany okażą się w niektórych miejscach podejrzane, należy aż dotąd wprowadzić strzępki gazy jodoformowej albo odpowiednie miejsce wyłączyć z jamy brzusznej.

3) Gdzie odprowadzenie się nie udaje, należy wyciąć część wPOCHWIONĄ w sposób wyżej opisany.

4) Należy całkowicie wyciąć, jeżeli część wPOCHWIAJĄCA okazuje silniejsze zmiany na ścianach, tak, że obawiać się możemy przedziurawienia.

5) Założenie *anus praeternaturalis* i *entero-anastomosis* nie powinny zazwyczaj być stosowane w wgłobieniach ostrych; jedynie w bardzo silnej zapaści dozwolone jest założenie *anus praeternaturalis*.

Przechodzę do wgłobień przewlekłych. Ponieważ objawy tu nie są gwałtowne, nie potrzebujemy się tak śpieszyć, jak w przypadkach ostrych, i możemy stosować przez czas dłuższy środki bezkrwawe. Niema jednakowoż żadnego celu wyczekiwać całymi tygodniami skutku. W tym względzie złote są uwagi BAUER'a ¹¹⁾ z kliniki prof. LIEBERMEISTER'a: „w niektórych przypadkach nastąpiła poprawa po odpowiedniej dyecie; chorzy nie chcieli dłużej pozostać w klinice, a w domu skutkiem nagłego pogorszenia poumierali“. POHL ¹²⁾ opisuje przypadek z kliniki w Halli, gdzie nawet po 11-letnim trwaniu wgłobienia śmierć nastąpiła skutkiem *peritonitis perforativa*.

Ze względu na dobre wyniki po operacyach w wgłobieniach przewlekłych, lekkie i długotrwałe wyczekiwanie jest nie do darowania.

Jeżeli CREDÉ ma słuszość, mówiąc, że powinno się operować w przewlekłych zwężeniach jelit w czasie wolnym od napadów, ponieważ, jak miałem sposobność niedawno sam o tem się przekonać, operuje się wśród najlepszych warunków, a operacya jest, że się tak wyrażę, rzeczą prawie niewin-

¹¹⁾ D-r M. BAUER. Beobachtungen ueber Darminvagination. Berl. klin. Woch. 1895. N. 33 i nast.

¹²⁾ POHL. Prager med. Woch. 1883. N. 21.

ną, to tembardziej wskazane jest nie wyczekiwać w przewlekłych wgłobieniach pogorszenia, bo natenczas operacja tak samo jest niebezpieczna, jak gdyby wgłobienie od razu przebiegało ostro.

Która z operacji zasługuje tu na pierwszeństwo?

Rzecz prosta, że i tu odgłobienie ma pierwszeństwo, jeżeli da się wykonać. Czy często da się wykonać w przypadkach przewlekłych, to dopiero pokaże dalsze doświadczenie. W statystyce BRAUN'a i swoim uzupełnieniu znajduję cztery przypadki, gdzie po otworzeniu jamy brzusznej odgłobienie się udało, chociaż cierpienie trwało od paru miesięcy: w moim przypadku pierwszym od 6 miesięcy, w drugim od 9 miesięcy; w przypadku CZERNY'ego od 6 miesięcy, w przypadku OBALIŃSKIEGO od 10 tygodni; we wszystkich przypadkach nastąpiło wyleczenie. W ostatnich dniach operowałem jeszcze jeden przypadek, w którym wgłobienie trwało 6 tygodni. Po wykonanej laparotomii udało się odgłobienie i przypadek ten zakończył się wyzdrowieniem.

Gdym w Berlinie na 22 zjeździe chirurgów niemieckich zdawał sprawę z drugiego swego przypadku, KOENIG wyraził się, że mu się wydaje rzeczą zbyt niebezpieczną odprowadzać jelito i wpuszczać do jamy otrzewny po 6 miesięcznym trwaniu wgłobienia. KOENIG ma słuszość, jeżeli chodzi o zrosty silniejsze. Odłączyć zrosty nożyczkami i nożem, jak to wielu czyni i poleca, uważam również za rzecz niebezpieczną; jednakowoż w przypadkach, gdzie, jak w moim, odgłobienie udaje się bez wszelkich trudności, nie jest ono niebezpieczne i owszem bardzo zalecenia godne.

Jakie mamy zabiegi krwawe?

Jeżeli pętli odgłobić się nam nie uda, natenczas najbardziej się poleca wyciąć część w pochwioną w sposób wyżej opisany. Tu właśnie, gdzie ściany nie albo mało są zmienione, nie powinno choremu zagrażać żadne niebezpieczeństwo po tak nieznacznym zabiegu. Zalety operacji tej podniosłem dokładnie, omawiając wgłobienia ostre. Porównyując zalety tej metody ze zaletami entero-anastomoz, podanej przez SENN'a, nie widzę w tej ostatniej żadnej wyższości, nie jest bowiem mniej niebezpieczną, a posiada tę niekorzyść, że niewiadomo napewno nigdy, czy pozostawiona w jelicie część wgłobiona nie sprowadzi następnie jakich zaburzeń. Entero-anastomozę można zastosować tylko przy bardzo rozległych zrostach lub wskutek szczególniejszego wskazania. Przypadek BRAUN'a oraz kilka innych z ostatnich czasów pouczają nas, że właśnie w wgłobieniach przewlekłych możemy się spodziewać dobrego wyniku po operacji.

Wskazanie do założenia *anus praeternaturalis* nigdy nie jest dostatecznie uzasadnione, ponieważ nikt nie uważa tegoż za środek leczący wgłobienie, a tylko za służący do usunięcia przykrych objawów wgłobienia ostrego, wymiotów kałowych i wzdęcia brzucha,—objawów, które w wgłobieniach przewlekłych tak gwałtownie nie występują, a przeto nie wymagają leczenia operacyjnego. Nie mogę się też zgodzić z drugim wskazaniem BOIFFIN'a¹³⁾, który chciałby założyć *anus praeternaturalis* „dans les cas chroniques irreductibles, quand la portion basse du colon est invaginée dans la partie supérieure du rectum, où il est impossible de faire une résection ou une entero-anastomose“. W takich przypadkach można wykonać *resectio invaginati*.

¹³⁾ A. BOIFFIN. Du traitement chirurgical de l'invagination intestinale chronique. Arch. provinc. de Chirurg. Tome I. N. 4. pag. 310.

Rzecz całą o leczeniu wglóbień przewlekłych streszczam w następujących wnioskach:

1) W wglóbień przewlekłych powinniśmy próbować najprzód środków bezkrwawych usilnie i kilkakrotnie, ale nie przez całe tygodnie.

2) Najbardziej zaleca się operacya w czasie wolnym od napadu.

3) Po otworzeniu jamy brzusznej należy próbować i tu odgłobienia. Jeżeli się nie uda, to resekcya części wPOCHWIONEJ zasługuje na pierwszeństwo przed wszystkimi innemi operacyami.

(D. n.).

Przypadek padaczki częściowej ciągłej,

podał **D-r Stanisław Orłowski**, Ordynator Kliniki chorób nerwowych Un'w. Moskiewskiego.

(Rzecz czytana na posiedzeniu Towarzystwa Neuropitologów i Psychiatrów przy Uniwersytecie Moskiewskim, w dniu 24 marca 1895 r.; z przedstawieniem chorego).

(Ciąg dalszy. — Zob. Nr. 26).

W danym przypadku przedewszystkiem zwraca naszą uwagę różnorodność drgawek. Podzielić je można na 3 grupy: 1) typowe napady padaczki z utratą świadomości; 2) ciągle, nawet we śnie trwające drgawki: drganie twarzy i drżenie ręki lewej; 3) drgawki, występujące napadami, lecz nadzwyczaj częste: a) w całej prawej połowie ciała; b) miejscowe: w twarzy i szyi, w ręce prawej, w nodze prawej, w języku, w przełyku, w krtani, a w ostatnich czasach i w ręce lewej.

Co do pierwszej grupy, to niema wątpliwości, że jest to padaczka JACKSON'a: w napadach, które opisują krewni chorego, zarówno jak i w spostrzeganym przezemnie, drgawki zaczynały się zawsze w kończynach prawych, następnie przechodziły i na lewe, w pewnym określonym porządku; zaraz na początku napadu chory tracił przytomność, wpadał potem w sen głęboki i nie pamiętał faktów minionych. Jak w przypadkach prof. KOŻEWNIKOWA, tak i tutaj takie napady padaczki były w początkach choroby bardzo częste, a występowały w dalszych jej okresach coraz rzadziej i traciły na sile; w ciągu 4 miesięcznego pobytu swego w klinice chory miał jeden tylko napad typowy w czasie ostrego zapalenia opłucnej; na kilka godzin przed napadem ciepłota podniosła się do 39,4°.

Jakkolwiek napady padaczki są dosyć ciężkie, jednakże w danym przypadku są one niemal bez znaczenia wobec pozostałych drgawek; chory nie wie wcale, że miewa padaczkę; widzi tylko, że drgawki ustawiczne w przerwach między napadami robią zeń kalekę zupełnego.

Literatura, dotycząca padaczki JACKSON'a, jest nadzwyczaj bogata, zebrany materiał kazuistyczny bardzo wielostronny, a jednak, prócz w artykule prof. KOŻEWNIKOWA, nie spotykamy się prawie z opisem takich drgawek, występujących w przerwach między napadami.

Niektórzy autorowie zwracali coprawda uwagę na tę kwestyę; BROWNING²⁾, na przykład, w pracy o objawach padaczki, spostrzeganych w przerwach między napadami, wspomina o zaburzeniach ruchowych: o drżeniu, lekkich drganiach, trzęsieniu, ruchach płasawicznych i niepokoju ogólnym („*a habit of never sitting still*“). Zdaniem BROWNING'a z pośród tych zaburzeń jedynie charakterystycznym dla padaczki JACKSON'a jest trzęsienie — zjawisko czysto drgawkowe, zależne najprawdopodobniej od zwyrodnienia zstępującego dróg piramidalnych. W całym jednak obrazie chorobowym zaburzenia podobne nie grały żadnej roli; w kazuistyce padaczki częściowej wspominają o nich też tylko mimochodem. W przypadku ROLLER'a³⁾, na przykład, chora w przerwach między napadami nie mogła czasami pokazać języka; przy każdej próbie w tym kierunku występował w języku kurcz połowiczny.

W jednym z przypadków FÉRÉ⁴⁾ zjawisko to występowało wyraźniej: chory z padaczką prawostronną miał drgawki ustawiczne w języku na prawo, prócz tego występowały dość często drgawki w wardze dolnej.

W większości przypadków objawy podobne wiązały się jakoś z napadami typowymi padaczki: były ich zwiastunami lub trwały po nich czas jakiś, a potem słabły i znikaly. To też FÉRÉ (l. c. p. 22) wnioskuję, że często zamiast napadów typowej częściowej padaczki występują napady drgania lub trzęsienia, trwające niekiedy całymi dniami.

Niezmiernie ciekawy, lecz mocno zawily przypadek opisuje ZIEHEN⁵⁾ w pracy: Ueber Myoclonus und Myoclonie. Chłopiec pewien miewał przez lat kilka napady typowe padaczki; następnie charakter drgawek zmienił się: występowały one częściej w jednej połowie ciała; prócz tego w przerwach między napadami zjawiały się niekiedy drgawki dwojakiego rodzaju: 1) kloniczne — częściej w jednej połowie ciała, lecz przechodzące niekiedy i na drugą (w porządku ośrodków), — nazywa je autor „*myoclonus corticalis*“, zaznaczając tym sposobem, że siedliskiem ich jest kora mózgowa; 2) drgawki rytmiczne i symetryczne typu paraplegicznego, częściej w obu rękach, rzadziej w obu nogach — „*paramyoclonus*“, według autora pochodzenia rdzeniowo-mózgowego. ZIEHEN przypuszcza tu wrodzoną lub nabytą w dzieciństwie wadę rozwojową mózgu, głównie okolicy ruchowej półkuli lewej. Ale i w tym przypadku drgawki ustawiczne trwały tylko 10 dni: przez ten czas i napady typowe padaczki były bardzo częste, prócz tego chory był nieprzytomny, miewał omamy i bredził; następnie rozwinęło się stępienie umysłowe, drgawki znikły, zostało po nich tylko drżenie rąk (chory wypisał się po 2 miesięcznym pobycie w klinice). Dlatego też, chociaż ZIEHEN zaznacza, że ten „*myoclonus*“ był objawem padaczki, byłoby właściwiej cały ten okres określić mianem: *status epilepticus*.

Zupełnie co innego spostrzegamy w przypadkach prof. KOŻEWNIKOWA i w naszym: typowe napady padaczki z utratą świadomości stają się coraz rzadsze lub zupełnie ustają, a ciągle drgawki trwają z siłą jednakową. Nie mamy prawa zastosować tu nazwy *status epilepticus*: pominąwszy nawet ru-

²⁾ BROWNING. The epilepsie interval, its phenomena and their importance at a guide to treatment. The Journal of nervous and mental disease 1893. p. 530.

³⁾ ROLLER. Ein Fall von partieller Epilepsie. Neurologisches Centralblatt, 1889, N. 16 i 17.

⁴⁾ Ch. FÉRÉ. Les epilepsies et les epileptiques. Paris. 1890. Observation VI. P. 21

⁵⁾ Th. ZIEHEN. Ueber Myoclonus und Myoclonie. Archiv f. Psychiatrie XIX. Bd. II H. str. 482—490.

chy ustawiczne w twarzy naszego chorego, nie możemy nawet tych napadów drgawek w całej prawej połowie ciała, które powtarzają się co 5—10 minut, uznać za zwykłe napady padaczki JACKSON'a.

Przytomność jest zupełna pomimo najsilniejszych drgawek w twarzy; a zdaniem większości autorów (CHARCOT, BRISSAUD, FÉRÉ) utrata przytomności towarzyszy zawsze drgawkom, nie ograniczającym się do kończyn, lecz występującym i w twarzy ⁶⁾. Drgawki nie występują w porządku ośrodków korowych; napad ogarnia naraz i twarz i kończyny, właściwie tylko środkowe części tych ostatnich. Prócz tego, jeśli przy padaczce częściowej zdarza się taki stan, podczas którego napady powtarzają się co $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ godziny, to towarzyszy mu zwykle zły stan ogólny, podniesienie ciepłoty i po dniach kilku kończy się on śmiercią. Nasz chory miewa drgawki już całe 4 miesiące, mimo to stan ogólny jest niezły — w ostatnich czasach nawet dobry, a ciepłota prawidłowa.

Nazwy padaczki: „częściowa“ i „korowa“, są synonimami; setki spostrzeżeń klinicznych i anatomicznych stwierdzają zależność tej postaci padaczki od podrażnienia okolicy ruchowej kory mózgowej.

Przyznać trzeba, że niektóre spostrzeżenia przeczą nieco temu pogładowi. DUFLOCQ ⁷⁾, naprzykład, opisuje szczegółowo przypadek ciężkich napadów drgawek padaczkowych w lewej połowie twarzy, w języku i w mięśniach łopatkowo-ramiennych lewych; wobec ciężkiego stanu ogólnego (napady powtarzały się co godzina, nawet co pół godziny) zrobiono trepanację, lecz kora mózgowa okazała się zupełnie prawidłową. Po 2 dniach zejście śmiertelne; przy badaniu pośmiertnem znaleziono wylew krwawy w dolnej części zwoju przedniego centralnego prawego w istocie białej; wylew ten oddzielony był od kory mózgowej warstwą niezmiennionej istoty białej. Na tej zasadzie DUFLOCQ przypuszcza możliwość istnienia padaczki częściowej przy podrażnieniu istoty białej mózgu i godzi się poczęści ze zdaniem VULPIAN'a, który sądzi, że przy padaczce podrażnienie przechodzi tylko przez korę mózgową na niżej leżące włókna.

Przypadków takich ogłoszono kilka ⁸⁾ ⁹⁾; ciekawe jest spostrzeżenie SEPILLI: typowa padaczka JACKSON'a, przy badaniu zaś pośmiertnem zniszczenie zupełne ośrodków korowych ruchowych po stronie przeciwnej wskutek rozmiękania. Znane są też przypadki padaczki typowej częściowej bez żadnych widocznych zmian ogniskowych w mózgu ¹⁰⁾ ¹¹⁾. Są to jednak dotąd pojedyncze spostrzeżenia, nie obalające ogólnie przyjętego zapatrywania. Istnieje bar-

⁶⁾ BRISSAUD. *Maladies de l'encephale. Traité de medecine* publié sous la direction de Charcot, Bouchard, Brissaud. T. VI, str. 78.

⁷⁾ DUFLOCQ. *De l'épilepsie partielle d'origine souscorticale. Révue de medecine* 1891, p. 102.

⁸⁾ CHARLES MILLS. *Subcortical hemorrhagic cyst beneath the arm and leg areas. Journal of nervous and mental disease* 1891, str. 803.

⁹⁾ W pracy DUFLOCQ'a (l. c.) przypadki Osier'a (*Am. jour. of medic. science* 1885, str. 31), Taddeo de Hyeronimis (*Rif. med.* 1887), Bouveret (*Lyon med.*). W pracy Ranvier: *de l'épilepsie Jacksonienne* (*Sém. med.* 1893 N. 1): spostrzeżenia Parker'a (dwa przypadki przy guzach w *corpus striatum*), Jackson'a (przy guzach w *centrum semiovale*).

¹⁰⁾ D. VENTRA. *Sur valore semiologico della epilepsia Jacksoniana. II. Manicamio*, 1888. IV. str. 81.

¹¹⁾ L. KRAMER. *Beitrag zur Lehre von der Jackson'schen Epilepsie etc.* (*Jahrbuch. f. Psychiatr.* 1892, str. 91),

dzo wiele badań doświadczalnych nad patogenezą padaczki częściowej; służyły do nich nie tylko zwierzęta, lecz i ludzie. Znanie jest doświadczenie lekarza amerykańskiego BATHOLOW¹²⁾, dziwne trochę z etycznego punktu widzenia, który u trepanowanego osobnika wywołał ciężki napad padaczki częściowej, drażniąc korę mózgową prądem elektrycznym. DANA¹³⁾ kilka miesięcy temu zrobił następujące doświadczenie: przez twardą oponę mózgową wkławał trepanowanemu osobnikowi „mózgowe” elektrody mniej więcej na głębokość pół cala i wywoływał w odpowiedniej kończyźnie drgawki, które przechodziły często w ogólny napad padaczkowy.

Zresztą w ostatnich czasach i chirurdzy¹⁴⁾ używają tego sposobu; jeżeli po trepanacji nie są pewni, co należy usunąć, „usuwa” tę część kory mózgowej, która przy drażnieniu prądem przerywanym wywołuje drgawki, spostrzegane poprzednio u chorego. Mimo to jednak nie wszystkie drgawki, należące do napadu padaczki, są jedynie pochodzenia korowego. Ogólnie wiadomo, że przy napadach padaczki występują drgawki kloniczne i toniczne; pierwsze są bezwątpienia korowe; zdaniem większości autorów, sumując się, drgawki kloniczne przechodzą w toniczne. Otóż badania ostatnich czasów (przytoczyć tu trzeba przede wszystkim sumienne i przekonujące prace ZIEHEN’a¹⁵⁾) dowiodły, że drgawki toniczne nie zależą wcale od klonicznych, lecz powstają wskutek podrażnienia ośrodków podkorowych: wzgórkę wzrokowego, ciała prążkowanego, ciałek czworaczych tylnych; jeśli usuniemy okolice ruchową kory mózgową, to niepodobna wywołać drgawek klonicznych; toniczne zaś wystąpią przy drażnieniu wymienionych ośrodków podkorowych (l. c. p. 896). Do wyników podobnych doszedł także prof. BECHTEREW¹⁶⁾.

W naszym przypadku widzimy wielką przewagę drgawek klonicznych, toniczne występują rzadziej i tylko w twarzy i szyi; wnosić stąd trzeba, że drgawki u naszego chorego są przeważnie pochodzenia korowego, a ponieważ trwają one nieustannie, więc przypuścić należy stałe silne podrażnienie kory mózgową.

To jest właśnie najciekawszą kwestyą w przypadkach padaczki korowej ciągłej, że trudno je podciągnąć pod ogólnie przyjętą hipotezę powstawania częściowych napadów padaczkowych. Hipotezę tę, wypowiedzianą najprzód przez LIVEING’a i JACKSON’a, formuluje CHARCOT¹⁷⁾ w sposób następujący: wskutek ciągłego drażnienia gromadzi się w komórce nerwowej energia, która wyładowywała się od czasu do czasu w postaci wybuchów bezładnych napadów drgawkowych po stronie przeciwnej. Po takim wyładowaniu następuje natychmiastowe wyczerpanie, uwydatniające się w bezwładzie czasowym tych grup mięśniowych, w których były drgawki.

Trudno uważać drgawki u naszego chorego za takie przejawy nagromadzonej energii,—należałoby wówczas przypuścić, że od 4 miesięcy trwa u niego *status epilepticus*, a to, jak dowiedliśmy wyżej, jest niemożliwe. Zresztą

¹²⁾ RANVIER. De l'épilepsie Jacksonienne (Sém. med. 1893 N. 1).

¹³⁾ J. SOURY. La localisation cérébrale de la sensibilité generale. (Révue gener. des sciences 1894. N. 8, str. 277).

¹⁴⁾ Streszczenia w Neurologisches Centralblatt. 1894. N. 3. Przypadek Parker’a i Gotch’a, przypadek Bidwell’a i Sherrington’a.

¹⁵⁾ Th. ZIEHEN. Zur Physiologie der infracorticalen Ganglien und über ihre Beziehungen zum epileptischen Anfall. Arch. f. Psychiat. XXI. H. 3).

¹⁶⁾ BECHTEREW. Izsledowania nad razwitiem paducznych pristupow. Newrolog. wiestnik 1894 T. II. Z. III.

¹⁷⁾ J. M. CHARCOT Oeuvres complets. T. 2. str. 391.

prócz napadów drgawek w prawej połowie ciała, ma on ciągle, trwające i w śnie drgawki w twarzy i ręce lewej. Jak je wytłomaczyć? CHARCOT powiada, że po takim wybuchu następuje wyczerpanie się komórki; w naszym przypadku nie widać tego wcale. Nasz chory miał wprawdzie bezwład połowiczny prawostronny, lecz poprzedził on wystąpienie objawów padaczki częściowej i przeszedł bardzo prędko, gdy drgawki nie tylko nie osłabły, lecz nawet się wzmogły.

Rozwijając w ostatnich czasach dalej swoją teorię, wspomina JACKSON¹⁸⁾ o badaniach BERAU LEWIS'a, podług których ośrodki korowe, odpowiadające małym mięśniom ciała (np. twarzy, palców), zajmują względnie większą część kory mózgowej i zawierają daleko więcej drobnych komórek, niż ośrodki dużych mięśni. Ma to dla odżywiania ważne bardzo znaczenie: w drobnych komórkach przemiana materii odbywa się znacznie prędzej, ale też są one o wiele wrażliwsze na każdą niedokładność w odżywianiu. Dlatego też napady padaczki zaczynają się zwykle od mięśni twarzy lub palców i bywają tu tak silne, gdyż wyładowanie energii nerwowej w drobnych komórkach jest nader gwałtowne, — wybuch prochu droбноziarnistego jest o wiele silniejszy od wybuchu prochu gruboziarnistego.

Zastosować tej teorii do naszego przypadku nie możemy; chory ma wprawdzie drgawki w mięśniach twarzy (przeważnie ciągle, pozbawione owego wybuchowego charakteru), lecz przy najgwałtowniejszych nawet ruchach kończyn niema drgawek w częściach obwodowych, t. j. w drobnych mięśniach; podrażnienie nerwowe nie działa na te tak wrażliwe komórki i nie wywołuje w nich wyładowania energii.

Co się tyczy umiejscowienia sprawy chorobowej, to bezwątpienia szukać jej trzeba głównie w okolicy ruchowej kory półkuli lewej. Najbardziej zajęta jest część kory około dolnego końca bruzdy ROLAND'a, mianowicie podstawa zwoju centralnego przedniego — ośrodek mięśni języka¹⁹⁾ — i podstawa tylnego zwoju centralnego, gdzie w ostatnich czasach BRISSAUD bardzo dokładnie umiejscowił ośrodek mięśni twarzy, górnych i dolnych²⁰⁾. Prawdopodobnie zajęta jest i ta część podstawy zwoju centralnego przedniego, która leży bezpośrednio za *fiss. praecentr. inf.* i odpowiada ośrodkowi krtani (DEJERINE).

Co się tyczy kończyn prawych, należy zwrócić uwagę na następujące dane kliniczne. 1) Jakkolwiek drgawki w nich są słabsze, niż w twarzy, nie można jednak twierdzić, że występują one, jak przy padaczce częściowej typu twarzowego, wtedy dopiero, kiedy podrażnienie przeszło z ośrodka twarzy na ośrodek kończyn. Drgawki te występują albo jednocześnie z drgawkami w twarzy, albo samodzielnie, bez udziału mięśni twarzy. 2) Nigdy niema drgawek w częściach obwodowych kończyn prawych.

Z danych powyższych wnioskować należy, że sprawa chorobowa umiejscowiona jest: w najwyższej części zwoju centralnego przedniego (ośrodek biodra) i w górnej części środkowej okolicy obu zwojów centralnych, która rządzi ruchami ramienia. Prócz tego jest prawdopodobnie zajęta i tylna część pierwszego zwoju czołowego (niezupełnie dowiedziony ośrodek ruchów tułowia).

¹⁸⁾ Sem. médicale 1890. № 15 str 118. „Lumleian lectures“. Conference de Hughling's Jackson.

¹⁹⁾ BRISSAUD. Localisations cérébrales. Traité de méd. T. 6. str. 13.

²⁰⁾ BRISSAUD. Localisation corticale des mouvements de la face. Prog. médic. 1893 № 52.

Tym sposobem między dwoma ogniskami, odpowiadającymi: 1) ośrodkom twarzy i języka i 2) ośrodkom górnych części kończyn prawych, została widocznie część zdrowej kory mózgowej — okolica, zawiadująca ruchami ręki i przedramienia.

W ostatnich czasach wystąpiły u chorego drgawki i niedowład w ręce lewej; dowodzi to udziału półkuli prawej w sprawie chorobowej. Jaki jest ten udział? Według badań MURATOW'a²¹⁾ przy cierpieniu organicznem jednej półkuli występują w drugiej następnie zmiany czynnościowe, które mogą uwydatnić się pod postacią padaczki. Czy można w danym przypadku uważać, że objawy w ręce lewej zależne są od takich zmian czynnościowych? Byłoby to dość sztuczne, trzęsienie bowiem i niedowład spostrzegamy tutaj tylko w ręku i palcach t. j. w tej okolicy, która ze strony prawej nie jest zajęta. O wiele logiczniejsze jest przypuszczenie, że w półkuli prawej utworzyło się nowe ognisko w części środkowej okolicy ruchowej.

Prócz drgawek, chory przy wstępowaniu do kliniki miał i inne zaburzenia, przede wszystkim niedowład kończyn prawych, który obecnie zupełnie minął. Najprawdopodobniej był on wywołany przez tę samą sprawę chorobową w korze mózgowej; przemawia za tem umiejscowienie niedowładu; osłabienie, również jak i drgawki, dotyczyło tylko części środkowych kończyn i było w nodze silniejsze, niż w ręce. Tę samą równoległość umiejscowienia i natężenia spostrzegamy między objawami drgawek i niedowładu w ręce lewej. (D. n.).

WYKŁADY KLINICZNE.

LABADIE-LAGRAVE i L. BASSET.

O rozpoznawaniu i leczeniu zapaleń jajowodów.¹⁾

I.

Historia zapalenia jajowodów i jajników jest względnie nowa. Prawie do ostatnich czasów główna uwaga autorów (ASTRUC, LIEUTAUD, ARAN, BERNUTZ, SIREDEY GALLARD) skierowana była na zapalenia naczyń chłonnych okolicznych, na zapalenia naciekowe więzadeł; stan chorobowy jajowodów i jajników przyjmowano jako cierpienie wtórne, zależne od wymienionych stanów chorobowych. Łatwo to objaśnić tem, że przypadki śmierci są rzadkie, a rozbiór zwłok wykazuje tak wielki udział rozmaitych tkanek w sprawie chorobowej, że tylko badanie drobnowidzowe może określić istotę cierpienia.

Trudności w ścisłym określeniu i rozróżnieniu cierpień przypadków macicznych od innych cierpień małej miednicy jeszcze dotąd nie są zupełnie usunięto i, jak mówi LANDAU, byłoby wielkiem zwycięstwem dla nauki, gdybyśmy mogli tak dokładnie za życia rozpoznawać rozmaite cierpienia jajowodów i jajników, jak je określamy na zwłokach. Byłoby nawet pożądanem określenie samego cierpienia w ogólności, bez uciekania się do szczegółów; ale, jak dotąd, zaledwie tylko przy laparotomii możemy dokładnie rozpoznać chorobę.

Należy jednakże przyznać, że dopiero LAWSON TAIT rzucił pewne światło na tego rodzaju cierpienia, chociaż pierwsze cięcie brzuszne dla uleczenia zapalenia jajowodów

²¹⁾ MURATOW. Wtoreczynja pierewidenja pri oczagowych stradanjach dwigatelnoj sfery mozgowej kory. Dyssert 1893.

¹⁾ La semaine médicale 1895. №. 2.

wykonał HEGAR. On pierwszy określił charakter cierpienia i powiązał ze zmianami patologicznymi pewne określone objawy, które dotąd były fałszywie tłumaczone. Rzeczywiście razem z DELBET'em można powiedzieć, że dopiero chirurgiczne leczenie tego cierpienia rzuciło pewne światło na jego istotę.

Leczenie chirurgiczne czyli tak zwane doszczętne angielskich głównie chirurgów, chociaż bardzo przyczyniło się do wyświetlenia patogenii zapaleń miedniczych, jednak nie było bardzo zachęcające, gdyż wiele kobiet, pomimo dokonanej operacji, nie pozbywało się swoich cierpień, które na drodze tak zwanego leczenia zachowawczego albo zupełnie dawały się usuwać, albo doznawały znacznego polepszenia.

Nadużycie postępowania chirurgicznego musiało w końcu wywołać reakcję, i rzeczywiście od lat kilku widzimy, że poprzednio wielcy zwolnicy *salpingo-oophorectomiae* zaczęli ograniczać się w pewnych przypadkach na opróżnieniu ropy przy otoku ropnym (*pyosalpinx*), na zniszczeniu zrostów, na odbudowaniu lejka jajowodowego, aby tylko chorej niepozbawiać nadziei macierzyństwa (MARTIN, POZZI etc.). Inni, jak LANDAU, VULLIET, LAROYENNE, przekłuwają i drenują od strony pochwy. Na zjeździe ginekologiczno-akuszerskim w Brukseli 1892 roku, pomimo silnej obrony histerektomii pochwowej przez SEGOND'a i PÉAN'a, laparotomii zaś przez chirurgów angielskich, większość ginekologów oświadczyła się za leczeniem zachowawczem.

Daleką jest od nas myśl odrzucania zupełnie pomocy chirurgicznej; okaże się ona konieczną jako histerektomia i salpingektomia w niektórych przypadkach, jakoto: w obszernych zapaleniach miedniczych, powikłanych licznymi ogniskami ropnymi i zatkami, licznymi zmianami otrzewny. Lecz obok tego mamy pewną kategorię cierpień: nieżytowe zapalenia jajowodów, otok wodny i ropny, nawet otoczony wysiękiem, które, zdaniem naszym, można wyleczyć postępowaniem zachowawczem. Celem naszej pracy jest przedstawienie wyników, jakieśmy osiągnęli w ciągu lat sześciu w oddziale Maternité, stosując przy tego rodzaju cierpieniach sposoby zachowawcze.

II.

Jeżeli przyjmiemy podług M. BOULLY'ego, że pierwotne cierpienie jest zawsze jednakowe, że różne odmiany tego cierpienia rozwijają się następczo, zależnie od siły zarazka, od większej lub mniejszej odporności samych tkanek, od sposobu nawet leczenia, czyli innemi słowy, że zapalenie jajowodów z początku przedstawia się jako czysto nieżytowe lub ograniczony otok ropny, to leczenie zachowawcze, przy możliwości rozpoznania cierpienia w tym jego okresie, powinno prawie zawsze dawać wyniki dodatnie.

Bywają przypadki wskutek zakażenia połogowego lub rzeżączkowego, że cierpienie jajników, jajowodów, tkanki łącznej miedniczej rozwija się nagle, z nagłym podniesieniem ciepłoty (do 40°), silnymi bólami, utratą sił, łaknienia i t. d., nawet z następczem zapaleniem otrzewny. Objawy tego ostrego zapalenia zdarzają się i w przewłocznym okresie jako zaostrzenie danego cierpienia. Oprócz tego dostrzegamy tutaj objawy ucisku odbytnicy (*constipatio, tenesmus*), jak również i pęcherza moczowego (*dysuria*). Bóle mają charakter sobie właściwy; z początku mało wyraźne, promieniują w okolice nerek i ku biodrom, chora odczuwa pewnego rodzaju ciężar w podbrzuszu; do tego przyłączają się nudności i wymioty. Po czterech do pięciu dni bóle te przyjmują charakter napadu; to są właśnie kolki jajowodowe (LANDAU). Chora zgięta wedwoje, trzyma ręce na dolnej okolicy brzucha lub w okolicy nerek i doświadcza uczucia jakby łamania. Po przejściu napadu następuje osłabienie ogólne; kolki jajowodowe, z początku często, następnie pojawiają się coraz rzadziej. Przy pierwszych napadach niema żadnego wpływu z pochwy, po pewnym jednak czasie jajowody opróżniają się podczas napadu. Zwykle ma to miejsce przez macicę i pochwę i tworzy to, co nazywamy „*une vomique salpingienne*”; zdarza się jednakże wydzielenie się

zawartości i do jamy otrzewnowej, przynoszące natychmiastową i trwałą ulgę, jeżeli płyn jest niezaraźliwy, lub ograniczone czy też rozlane zapalenie otrzewny, zależne od siły zarazka, zawartego w wydzielonym płynie. Ustąpienie kolok jajowodowych może mieć miejsce i bez opróżnienia zawartości w razie porażenia ścian mięśniowych jajowodów.

Objawy przedmiotowe z początku są mało wyraźne: brzuch wzdęty, w dolnej okolicy brzucha odporność ciastowata, sklepienia pochwy wygładzone, macica nieruchoma; jest trudność w rozpoznaniu części przydatków, zajętych sprawą zapalną. Według LANDAU'a większa część zapaleń przewlekłych ma zawsze początek ostry, czego z własnego doświadczenia powiedzieć nie możemy. Zwykle osoba, która poprzednio już przechodziła zapalenie rzoączkowe części rodnych, w następstwie porodu lub poronienia ma lekkie podniesienie ciepłoty ciała, występują odchody cuchnące, które po pewnym czasie znikają pod wpływem przostrzykiwań przeciwnilnych. Jednakże wkrótce zjawiają się po jednej lub drugiej stronie brzucha, w dolnej jego okolicy, bóle rozmaitego charakteru, męcząco chorą więcej przez swą uporczywość, niż przez natężenie; w końcu przechodzą ono w uczucie ciężaru, które znika podczas spokoju, aby zjawiać się przy chodzeniu, zmęczeniu, spółkowaniu. Dolegliwości powiększają się przy zbliżaniu się miesiączki i trwają u niektórych kobiet podczas całego okresu miesiączkowania (*catamenium*); u innych przeciwnie podczas miesiączki następuje ulga. Bolesci te promieniują w stronę ud i bioder, krzyża, a szczególnie podług BOUILLY'ego w okolicę stawu krzyżowo - biodrowego (część górna i wewnętrzna). Bolesność kości ogonowej również nie jest rzadką (*coccygodynia*), jakoteż i rozprzestrzenienie się bólów w stronę pęcherza i odbytnicy, których opróżnienia chora unika, obawiając się powiększenia bólów. Czasami bóle dochodzą do takiego natężenia, że chore nie są w stanie bardzo długo opuścić łóżka, w którym przepędzają większą część swego życia.

Zaburzenia w miesiączkowaniu zwykle na parę miesięcy poprzedzają wybuch silniejszych objawów: miesiączka wstrzymuje się w ciągu paru miesięcy, lub przeciwnie mamy obfite krwawienia, pojawiające się coraz częściej. W przerwach pojawia się wydzielina ropna lub surowicza, mniej lub więcej obfita, jako wynik częściowego lub zupełnego opróżnienia jajowodu pod wpływem skurczu mięśni gładkich (kolki jajowodowe) (*Hydrops tubae profluens* FROBIE'ra). POZZI, TERILLON, BOUILLY, SEGOND objaśniają wpływ ten nieżytem błony śluzowej jamy macicy, jednakże badania takich ginekologów, jak LANDAU, HANSEMAN, MARTIN, stwierdzają znaczne zmniejszenie lub nawet zniknięcie guzowatości po takim odpływie. ROUTIER przytacza przypadek ropnego otoku jajowodu, opróżniającego się przy ucisku od zewnątrz; również znane jest wydzielanie się zawartości jajowodów przy wyprostowywaniu zapomocą zgłębnika rozmaitych zgięć macicy, ze znaczną następową ulgą w cierpieniach.

W miarę trwania choroby rozwijają się rozmaite zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego: *gastralgia*, *flatulentia*, *dyspepsia*, rozdęcie żołądka, bolesność w jego okolicy, prawie zawsze zaparcie stolca. TERILLON opisuje stały punkt bolesny, w okolicy wyrostka robaczkowego, w razie gdy ten przyrośnięty jest do zmienionego jajowodu. Objawy czysto nerwowe również nie każą długo czekać na siebie: pojawiają się bóle w rozmaitych okolicach ciała, okresy pobudzenia i przygnębienia nawzajem się zmieniają, *neurasthenia* i *hysteria* władną chorą, która już z niechęcią zaczyna opuszczać łóżko.

Niewielki otok wodny i ropny jajowodów zwyczajnie pozostaje bez wpływu na ogólny stan zdrowia. Przeciwnie znaczne nagromadzenie ropy w jajowodzie, dochodzące czasami do kilkuset gramów płynu, wywołuje gorączkę trwającą ze wszelkimi jej następstwami, jak dreszcze, poty, rozwolnienie, zabarwienie ziemiste skóry i t. d.

Badanie brzucha nie daje nam pewnych danych; mamy wzdęcie, czasami bolesność po jednej lub drugiej stronie macicy, która jednakże nie jest również zależna od jajnika,

szczególnej u osób nerwowych. Tylko w przypadkach znacznego obrzmienia jajowodów, otoczonych zrostami, wyczuwamy guzowatość o niewyraźnych granicach.

Badanie wewnętrzne również nie daje pewnych danych. Znajdujemy macicę nieruchomą w razie obustronnej sprawy zapalnej i znacznych zrostów. Gdy *salpingitis* istnieje po jednej stronie lub obrzęk jest większy z jednej strony, to i macica jest odsunięta w stronę przeciwną — szyja zmienia swoje położenie; sama macica jest powiększona (*endometritis*) i bolesna, szczególnie, gdy staramy się podnieść ją ku górze. Ból, wywołany dotykiem palca przez pochwę u podstawy obrzmienia jajowodowego, jest bardzo silny. Badanie to pozwala również określić mniejszą podatność skłopienia i obecność guzowatości z niejasno zarysowanymi granicami.

W przypadkach świeżych, gdy nie ma jeszcze dużych zrostów z otrzewną, pokrywającą otaczające narządy, można doskonale wyczuć powrózek nierównej grubości, idący od rogu macicy i przechodzący w mniej lub więcej powiększony jajnik, ściśle zespolony z tym powrózkiem. Ten to powrózek, mniej lub więcej skręcony, grubszy przy końcu zewnętrznym, jest jajowodem w stanie zapalnym; odznacza się również silną bolesnością. Jajnik i jajowód, ze sobą sklezione, często opuszczają się do zagłębienia tylnego po za macicę (*fossa DOUGLASI*) lub do przodowego, między pęcherzem a macicą, i okrążają szyję macicy w kształcie półksiężyca. W innej postaci zapalenia jajowodów, gdy ono trwa czas dłuższy, rozwija się prawdziwy guz; mamy wtedy do czynienia z wodo- lub ropotokiem jajowodu (*hydro-pyo-salpinx*).

Przy badaniu dwuręcznem wyczuwamy z jednej lub drugiej strony w podbrzuszu guz chleboczący rozmaitej wielkości, od orzecha do pomarańczy, owalny lub gruszkowaty, jakby zawieszony na szypułce, wychodzącej z rogu macicy, o nierównej powierzchni, niejednakowej odporności. Bardzo często jajowód i jajnik stanowią jedną całość, otoczoną wysiękiem zapalnym, która dochodzi do takich rozmiarów, że odsuwając macicę w stronę przeciwną i przylegając do niej, nie tworzy charakterystycznej szypułki, a tylko bruzdę, która je rozdziela i wskazuje, że guz nie jest zależny od macicy. Badanie przez odbytnicę u dziewic również dokładnie objaśnia nas o rodzaju choroby.

Trzecia odmiana zapalenia jajowodów jest ta, gdy jajowód olbrzymio powiększony zajmuje całą miednicę małą, zlepiony z przydatkami zapomocą nowowytworzonych błon, z macicą nieruchomą, jakby wmurowaną w małej miednicy, przez zapalenie otrzewny; do tego dołączają się ogniska ropne w tkance łącznej otaczającej; badanie fizyczne wykazuje tylko *pelviperitonitis*. Jednakże i tutaj rozpoznać można zapalenie jajowodów, jeżeli weźmiemy pod uwagę i przyczyny i postępujący rozwój choroby.

Objawy zapalne otrzewny tłómaczą nam późniejsze wytwarzanie się wypocin i zrostów, a zarazem przypominają, że za każdym razem kilka kropel ropy dostaje się z brzuszego wylotu jajowodu do jamy brzusznej. W tej właśnie postaci zapaleń głównie występują objawy ogólne, jak gorączka peryodyczna, zaburzenia w przewodzie pokarmowym, upadek odżywiania i t. d. Ropny otok jajowodu może otworzyć się i wylać swoją zawartość do jamy otrzewny, кишки prostej, pęcherza, pochwy, macicy.

Zbadanie całego ustroju i wywiady o dziedziczności mogą wzbudzić podejrzenie gruźliczej natury cierpienia. Zmiany w płucach, które prawie zawsze równolegle się rozwijają, znalezienie laseczników gruźliczych w wydzielinie z macicy, potwierdza nasze rozpoznanie. We wczesnych okresach choroby również zapomocą drobnowidza oznaczyć można rzeźgawkowe pochodzenie zapalenia.

(D. n.).

Spis prac lekarskich D-ra Matlakowskiego, drukiem ogłoszonych.

1) Wycięcie krtani, dotkniętej rakowcem. Medycyna 1877. 2) Ganglion cruris. Gaz. Lek. 1878. 3) Przypadek bardzo ostrego gośca z objawami mózgowymi i śmiertelnem zejściem. Medycyna 1878. 4) Wypilowanie żeber przy ropniach pozażebrowych. Medycyna 1878. 5) Naczyniak jamisty przedramienia (*angioma cavernosum antibrachii*). Medycyna 1879. 6) Zapalenie stawów rzeżączkowe (*arthritis gonorrhoeica*). Uwagi nad powikłaniami stawowymi rzeżączki. w ogóle. Medycyna 1879. 7) Kilka przypadków zakażenia przymiotem przy obrzezaniu Medycyna 1880. 8) Chłoniako-mięsak. Nowotwory wtórne w trzewach. Podwyższenie ciepłoty po stronie guza w porównaniu z odpowiednim miejscem po drugiej stronie ciała. Medycyna 1880. 9) Dwa przypadki pewnej postaci przewlekłego zapalenia krtani, zwanej *chorditis vocalis inferior hypertrophica*. Medycyna 1880. 10) Czy mgła antyseptyczna jest niezbędną częścią sprawy antyseptycznej? Rzecz, która miała być czytana na zjeździe lekarzy i przyrodników w Krakowie w r. b. Medycyna 1881. 11) Dwa przypadki kostniaków mnogich. Pam. Tow. Lek. Warszawsk. 1880. 12) Mięsak jądra prawego. Pam. Tow. Lek. Warsz. 1881. 13) O zatruciu kwasem karbolowym. Pam. Tow. Lek. Warsz. 1881. 14) Obecne stanowisko metody Listerowskiej z uwzględnieniem głównie zarzutów przeciw niej wymierzonych. Gaz. Lek. 1881. 15) O zatruciu kwasem karbolowym. Gaz. Lek. 1881. 16) Przyczynek do nadłamań kości. Gaz. Lek. 1881. 17) Uwięznięcie w oskrzelu szczoteczki odłamanej przy czyszczeniu rurki tracheotomicznej. Gaz. Lek. 1882. 18) Kilka spostrzeżeń złamań, powstałych bez udziału siły zewnętrznej. Gaz. Lek. 1882. 19) Kilka spostrzeżeń przepuklin i uwagi nad nimi. Pam. Tow. Lek. Warsz. 1882. 20) O przewlekłym i ropnym zapaleniu okostnej. Rozprawa czytana na II zjeździe lekarzy i przyrodników czeskich w Pradze 1882 r. (Oznamenovateli II sjezda 1882). 21) Ograniczone ropne zapalenie kości, czyli tak zwany przewlekły ropień kości. Trepanacja. Gaz. Lek. 1882. 22) *Ectopia vesicae urinariae*. Gaz. Lek. 1882. 23) *Occlusio tractus intestini*. Nakłucie kiszki. Wlewania Hegarowskie. Wyzdrowienie. Gaz. Lek. 1883. 24) Przyczynek do kazuistyki guzów prącia. Przewlekły ropień prącia. Gaz. Lek. 1883. 25) Naftalina jako środek opatrunkowy. Gaz. Lek. 1883. 26) Przypadek przepukliny pachwino-przedotrzewnowej; herniotomia; wyzdrowienie. Uwagi nad przepukliną pachwino-przedotrzewnową (*hernia inguino-properitonealis*). Gaz. Lek. 1883. 27) Uderzenie pięścią. Zaniemówienie. Gaz. Lek. 1883. 28) Wydobycie szpilki podwójnej (od włosów) przez rozszerzoną cewkę moczową. Gaz. Lek. 1883. 29) Pęknięty wianek maciczny w pochwie, zmiany przezeń wywołane. Gaz. Lek. 1884. 30) Dwa przypadki wycięcia (*osteotomia*) kości piszczelowej zapomocą osteotomu SROLI'a przy zapaleniu kości gruźliczem. Gaz. Lek. 1884. 31) Ciało ruchome w jamie kolanowej. Gaz. Lek. 1884. 32) Torbiele jajnika, tkwiące w więzach szerokich. Wyłuszczenie obu torbieli (*ovariotomia duplex*). Gaz. Lek. 1884. 33) Kilka spostrzeżeń radszych postaci zwichnień i złamań. Gaz. Lek. 1885. 34) Torbiel masłowa w sutce. Gaz. Lek. 1886. 35) Kilka uwag o zmianach zachodzących w jelicie, zaciśniętem w przepuklinach uwięzionych. Gaz. Lek. 1886. 36) Trzydzieści sześć przypadków przetok moczowych. Gaz. Lek. 1886. 37) Wycięcie odbytnicy przy jej wypadnięciu oraz rzadki przypadek brodawczaka (*papilloma*). Gaz. Lek. 1887. 38) Jaką powinna być sala operacyjna. Gaz. Lek. 1887. 39) O twardzieli nosa (*Rhinoscleroma Hebrae*) (współ z JAKOWSKIM). Gaz. Lek. 1887. 40) Zestawienie 25 przypadków otwarcia jamy otrzewnowej przy chorobach narządów rodzajnych kobiecych, niezapalnego pochodzenia. Gaz. Lek. 1887. 41) Skrócenie więzów okrągłych, czyli t. zw. operacja ALEKSANDRA wobec wypadnięcia macicy. Przegl. Lek. 1887. 42) Przypadek wycięcia nerki przy t. zw. *phthisis renalis*. Gaz. Lek. 1888. 43) *Aneurysma traumaticum arteriae carotidis communis dextrae*, oraz uwagi o sposobie Antylla. Gaz. Lek. 1888. 44) Dwa przypadki zapalenia otrzewny pochodzenia pógowego, leczone zapomocą laparotomii. Gaz. Lek. 1888. 45) Zestawienie 25 przypadków i t. d. (jak wyżej) (szereg drugi). Gaz. Lek. 1888. 46) Przypadek wyleczonej promienicy (*actinomyces hominis*). Gaz. Lek. 1889. 47) Dwa przypadki osteoplastycznej operacji stopy. Gaz. Lek. 1889. 48) Przyczynek do chirurgii żołądka. Gaz. Lek. 1889. 49) Prztykający palec. Gaz. Lek. 1889. 50) Trzy przypadki podwiązania tętnic tarczowych, dokonanego przy woli sposobem DROBNIKA. Gaz. Lek. 1889. 51) *Periurethritis disse-cans*. Gaz. Lek. 1889. 52) Podwiązanie tętnicy pośladowej prawej w jamie miednicy z powodu rany klutej. Gaz. Lek. 1889. 53) Przyczynek do ciąży zamacicznej. Gaz. Lek. 1889. 54) Zestawienie 25 przypadków i t. d. (jak wyżej) (szereg trzeci). Gaz. Lek. 1889. 55) Przypadek ropnia podprzeponowego (*pyothorax subphrenicus*). Nowiny Lek. 1889. 56) Nowy sposób przytwierdzania wypadłej lub w tył pochyłonej macicy zapomocą przeszczepiania więzów obłych. Przegl. Lek. 1889. 57) Togoczesny sposób operowania raka sutki. Odczyty klin. wydaw. p. red. Gaz. Lek. 1889. Ser. I. Zeszyt 11. 58) O bąblowcu sieci z punktu chirurgicznego z opisaniem własnego przypadku bąblowca pojedynczego sieci i krezki. Gaz. Lek. 1890. 59) Zakrzepcy

zył jako następstwo influenzy. Gaz. Lek. 1890. 60) Zestawienie 25 przypadków i t. d. (jak wyżej) (szereg czwarty). Gaz. Lek. 1890. 61) Główniejsze rodzaje szwu chirurgicznego. Kron. Lek. 1890. 62) Kilka myśli w przedmiocie chirurgii dróg żółciowych. Gaz. Lek. 1891. 63) Przyczynki do lepszego poznania t. zw. torbieli-mięśniaków macicy (współ z PRZEWOSKIM). Gaz. Lek. 1891. 64) O szczególnej zawartości torbieli skórzastych. Gaz. Lek. 1891. 65) Wycięcie żyły podskórnej odgoleniowej przy żyłakach i wrzodach goleni. Now. Lek. 1891. 66) On the treatment of traumatic aneurisms, with report of a cured case of traumatic aneurism of the right common carotid artery. Annals of Surgery. 1891. 67) Dwa dalsze przypadki ciąży zamiacznej. Gaz. Lek. 1892. 68) O wycięciu kiszki ślepej wobec zwięzienia rakowego i bliznowatego. Przegl. Lek. 1892. 69) Ueber Resection des Blinddarmes bei carcinomatöser und narbig-ger Stenose. Deutsche Zeitsch. f. Chirurgie. 1892. 70) Pięć przypadków wycięcia kiszki z natchmiastowem doraźnem jej zeszyciem. Gaz. Lek. 1893.

Wiadomości bieżące.

Komitet redakcyjny „Medycyny“ na rok 1895-ty stanowią: a) Członkowie stali: Redaktor, Wydawca, oraz: prof. IGNACY BARANOWSKI, WŁADYSŁAW BIEGAŃSKI, prof. ODO BUJWID, prof. JULIAN KOŚCIŃSKI i JAKÓB ROGOWICZ. b) Członkowie z wyboru: MICHAŁ SADOWSKI zastępca redaktora, tudzież koledzy: BORYSSOWICZ TEODOR, BRUNER WŁADYSŁAW, GEPNER BOLESŁAW RYSZARD, GOLDFLAM SAMUEL, KOSMOWSKI WIKTORYN, KRAMSZTYK JULIAN, MAJKOWSKI JULIAN, MARKIEWICZ STANISŁAW, MAZARAKI KAZIMIERZ, OŁTUSZEWSKI WŁADYSŁAW, PALMIRSKI WŁADYSŁAW, PRZYBOROWSKI ADAM, RAUM JAN, SOLMAN TOMASZ, SREBRNY ZYGMUNT, SZTEYNER WŁADYSŁAW, SZWAJCER JAKÓB i ZAWADZKI WŁADYSŁAW.

— W dalszym ciągu zgłoszono się z następującymi wykładami na Zjazd chirurgów polskich w Krakowie, w dniach 16 i 17 lipca r. b. odbyć się mający, a mianowicie: 1) Prof. GLUZIŃSKI. Przyczynki do symptomatologii przedziurawienia jelit. 2) Prof. OBALIŃSKI. O modyfikacji postępowania operacyjnego, podanego przez GLEICH'a celem leczenia bolesnego płaskonogu (z demonstracją). 3) BOGDANIK. O operacjach na woreczku żółciowym. 4) DROBNIK (z Poznania). Dalsze doświadczenia nad przeniesieniem i rozdzielaniem czynności mięśni przy porażeniach dziecięcych. 5) Tenże. Leczenie operacyjne głowy skręconej (*caput obstipum*). 6) Tenże. Sposób powstawania i leczenie operacyjne torbieli trzustki. 7) Tenże. Operacyjne leczenie wrodzonego zwichnięcia w stawie biodrowym (*luxatio congenita coxae*), z przedstawieniem preparatów. 8) D-r GABRYSZEWSKI (z Krakowa). O operacjach upiększających. 9) Tenże. Zmiany stawowe w syringomyelii. 10) Tenże. O bólu w chirurgicznym znaczeniu. Prócz tego zapowiedziano wykład JASIŃSKIEGO o antro-attykotomii z demonstracją operacji na trupie.

— Na pomnik dla d-ra WOYCIKOWSKIEGO złożono dotąd 1,254 franki. D-r ROLLAND zadecydował postawienie pomnika w postaci piramidy, mającej 3 metry wysokości, metr u dołu, a 0,40 metra u wierzchołka obwodu. Pomnik ten wykończono w grudniu r. z., zwłoki zaś D-ra

WOYCIKOWSKIEGO przeniesiono staraniem prof. BROUSSOLLES w Dijon w maju roku zeszłego na nowy cmentarz i pochowano w miejscu, udzielonem na ten cel bezpłatnie przez radę municypalną. Napis na pomniku ma obejmować krótkie wspomnienie zasług zmarłego i nazwiska głównych ofiarodawców składek na pomnik; brakuje dotąd jednak pieniędzy na wyrzycie napisu i dlatego D-r ROLLAND prosi, aby na ten cel przysłać jeszcze po $\frac{1}{4}$ franka od litery wyrazów, obejmujących imię, nazwisko, tytuły i miejsce pobytu ofiarodawców.

— W początkach roku bieżącego w Berlinie utworzono komitet w celu postawienia pomnika v. HELMHOLTZ'owi. Obecnie komitet zmienił się na międzynarodowy; odezwa, przez tenże komitet wystosowana, podpisana została przez 180 uczonych i działaczy społecznych, zarówno ze strony Niemiec, jak i innych państw.

— Francuska Akademia Nauk (Institut de France) obchodzić będzie w roku bieżącym pomiędzy 24 a 27 października stuletni jubileusz swego założenia.

— Na jednem z ostatnich posiedzeń Izby Deputowanych w Paryżu przyjęto w pierwszym czytaniu projekt do prawa, nakazującego wynagradzać właścicieli zwierząt, dotkniętych gruźlicą, o ile po zabiciu mięso z nich okaże się niezdatnem do użycia.

— Na miejsce prof. TRENDLENBURG'a w Bonn powołany został prof. MIKULICZ z Wrocławia.