

MEDYCYNĄ.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
 dla lekarzy-praktyków.

Warunki przedpłaty: w Warszawie, rocznie rs. 6, półrocznie rs. 3. Na prowincyi i w Cesarstwie z przesyłką, rocznie rs. 7, półrocznie rs. 3 kop. 50. **Cena numeru pojedynczego kop. 15.** **Cena ogłoszeń:** Za wiersz jednoszpaltowy drobnym pismem lub za jego miejsce kop. 10. Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracja „Medycyny”. — W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 38.

Adres Wydawcy: Nowo-Zielna Nr. 47.

Adres Redaktora: Oboźna Nr. 5.

TREŚĆ. Prace oryginalne. O leczeniu ran zakażonych, zwłaszcza zgorzeliowych, tak zwaną gliceryną terebenową, podał Szymon Kossobudzki. — Koellotomia vaginalis posterior, opisał Ksawery Jasiński. (Dokończenie). — **Wykłady kliniczne.** Kossmann. O leczeniu poronień. — **Streszczenia i wyciągi.** 109. Przyczynę do poznania osteomalacji i organoterapii. 110. Rozpoznanie różniczkowe między *lues cerebro-spinalis* a *sclerosis multiplex*. 111. Przypadek *sclerosis disseminatae cerebro-spinalis syphiliticae* oraz uwagi w sprawie zwyrodnienia wtórnego włókien nerwowych przedniej odnogi mózdzka (*Kleinhirnschenkel*), ośrodkowego pęczka czepkowego (*Haubenbündel*) oraz warstwy węzłowej (*Schleifenschicht*). 112. Przyczynę do rozpoznania różniczkowego między stwardnieniem rozsianem (*sclerosis multiplex*) a przymiotem mózgodzeniowym. 113. Przyczynę do nauki o stwardnieniu mózgodzeniowym rozlanem (*sclerosis multiplex*). 114. O zmianach w kłóskach przy zwięźleniu lub zamknięciu ich światła i o przechodzeniu drobnoustrojów przez ściany kłósek. — **Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.** Posiedzenie z dnia 25 maja r. b. — O ruchu chorych w szpitalu Zapasowym za m. lipiec r. b. — **Drobniejsze wiadomości różnej treści. — Ogłoszenia**

„Medycyna“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE

destinée aux médecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r S. Kossobudzki—Sur le traitement des plaies infectées en particulier des plaies gangrenées par la glycérine terebenée. 2) D-r K. Jasiński—„Koellotomia vaginalis posterior“.

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

„Medycyna“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r S. Kossobudzki—„Ueber die Behandlung infectirter insbesondere gangrenöser Wunden mit dem sogenannten Terebenglycerine“. 2) D-r K. Jasiński—„Koellotomia vaginalis posterior“.

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

II. Z KRAJOWEGO (ZIEMSKIEGO) SZPITALA W LIPÓWCE (gub. Orłowska, pow. Bołchowski).

O leczeniu ran zakażonych, zwłaszcza zgorzeliowych, tak zwaną gliceryną terebenową,

podał **Szymon Kossobudzki**, lekarz krajowy.

Zastosowanie antyseptyki i aseptyki zapewniło chirurgii olbrzymi rozwój i świetne wyniki. Obecnie chirurg nie obawia się różnych powikłań przyrannych, gdyż ranom chirurgicznym zazwyczaj zapewnić może zagojenie przez rychłozrost.

W leczeniu ran już zakażonych, a zwłaszcza zgorzeliowych, chirurgia nie może się pochwalić tak znakomitemi wynikami.

Świadczy o tem chociażby niezwykle obfite projektowanie coraz to innych środków opatrunkowych, oraz mnogość sposobów leczenia ran zakażonych. Tak np. na zebraniach ogólnych przyszłego międzynarodowego zjazdu lekarskiego w Moskwie przemawiać będą w tej sprawie: BRAATZ, CRÉDÉ, KUZNIECOW i PREOBRAZENSKIJ.

Wszystkie prawie środki zalecane do opatrywania ran, działając mniej lub więcej skutecznie, mają tę jedną bardzo złą stronę, że przy użyciu w odpowiedniej ilości lub w roztworze odpowiedniej siły, kiedy działanie ich winno być stanowcze, powodują często zatrucie ogólne lub bardzo niepożądane i niekorzystne zmiany miejscowe.

Wobec tego niektórzy, jak ZEIDLER, poprzestają na leczeniu aseptycznym i możliwie dokładnem drenowaniu pewnej kategorii ran zakażonych, a mianowicie ran ropnych ¹⁾).

Należy więc uważać za najzupełniej usprawiedliwione zwrócenie uwagi na środek poniżej opisany, tembardziej że przemawia za nim bezwzględna nieszkodliwość.

Naczelný lekarz gubernialnego krajowego szpitala w Orle, RADUŁOWICZ ²⁾), pracując jeszcze w r. 1869 nad utlenianiem terpenów w powietrzu w obecności wody, przyczem wytwarza się w wodzie dwutlenek wodoru, wpadł na myśl używania tak zwanej przezeń wody terpentynowej lub terebenowej do odkażania ran zgorzeliowych. Wodę terpentynową, terebenową ³⁾ lub inną, stosownie do użytego terpenu (olejek terpentynowy, eukaliptusowy, tereben i t. p.) otrzymać można w sposób następujący. Bierze się butlę szklaną, zawartości 3 — 6 litrów, z kranem szklanym u dna. Do butli wlewa się jednakowe ilości terebenu i wody, korkuje i przez korek wprowadza do butli dwie rurki szklane. Jedna z nich idzie do dna, druga kończy się nad płynem. Od czasu do czasu przez pierwszą rurkę wciąga się z mieszki powietrze. Po pewnym czasie w wodzie zbiera się dwutlenek wodoru, powstały przy utlenianiu terebenu. W razie potrzeby dolną warstwę płynu, zawierającą wodę utlenioną, wypuszczamy przez kran, gdy tereben, stanowiący warstwę płynu wierzchnią, zostaje w naczyniu.

RADUŁOWICZ używał w ogóle do doświadczeń terebenu, który okazał się najdogodniejszym dla otrzymania wody utlenionej. Pochłania on tlen dwa razy prędzej od olejku terpentynowego, a przy podwyższeniu ciepłoty własność ta jeszcze wzrasta. Równoległe do tego idzie wytwarzanie się dwutlenku wodoru.

Do r. 1885 rany drętwe i zgorzeliowe w szpitalu orłowskim opatrywano w sposób następujący: przemywano je wodą terebenową, poczem przykrywano muslinem posmarowanym maścią z 10—15 kropel terebenu lub eukaliptolu, 90 gr. wazeliny i 2 gr. balsamu peruwiańskiego. Na to nakładano warstwę waty, którą zwilżano terebenem.

W ten sposób rana przez pewien czas była w zetknięciu z wodą utlenioną, a zresztą znajdowała się w atmosferze terebenu, który, utleniając się, sprzyja powstawaniu dwutlenku wodoru. Dla określenia ilości dwutlenku wodoru wystarcza sposób kolorymetryczny. Polega ona na tem, że pewna objętość wody utlenionej w obecności kwasu chromnego zabarwia równą objętość eteru na kolor mniej lub więcej niebieski. Należy wziąć 5 cm. sz. badanego płynu i tyleż eteru, poczem dodawać mieszaniny roztworu dwuchromianu potasu z kwasem siarczanym dopóty, dopóki wzmacza się zabarwienie eteru. Stosownie do ilości dwutlenku wodoru otrzymujemy zabarwienie od blade-liliowego do ciemno prawie nieprzezroczysto-niebieskiego. Przy zawar-

1) Centralblatt f. Chirurg. Nr. 14. 1895, ref. w „Medycynie“ Nr. 19. 1895.

2) O niektórych warunkach obrazowania pieroksi wodoru przy utlenianiu terpenów. Żurn. Russk. Chlm. Obszcz. 1882 r.

3) Tereben otrzymuje się z terpentyny przez działanie na nią $\frac{1}{20}$ części kwasu siarczanego i przez następne przekroplenie.

tości 0,001 gr. dwutlenku wodoru w 1 cm. sz., płynu zabarwienie jest prawie nieprzezroczyste niebieskie, przy 0,00025 do 0,0003 ciemno-niebieskie przezroczyste; przy 0,00015—0,0002 liliowe. Jednakże wprawne oko uważa zabarwienie wywołane mniejszą ilością dwutlenku wodoru.

W ten sposób otrzymaną wodę utlenioną można rozłożyć na tlen i wodę zapomocą platyny, suchej sproszkowanej krwi, dwutlenku ołowiu i t. p.

W r. 1885 przekonał się RADUŁOWICZ, że gliceryna przechować może dwutlenek wodoru, powstający przy utlenianiu terpenów. W ten sposób powstała zalecana przezeń jako środek opatrunkowy gliceryna terebenowa. Otrzymuje się ona w sposób podobny, jak woda terebenowa. Do szklanej butli z rurkami i kranem (jak to już opisaliśmy) nalewa się 7 części gliceryny, 4 terebenu, jedną część wody przekroplonej i stawia się w zwykłej ciepłocie pokojowej co najmniej na dwa tygodnie, często płyny mieszając lub też przepuszczając powietrze zapomocą mieszka. Zbyteczna dodawać, że wszystko to odbywać się winno przy zachowaniu ostrożności odpowiedniej, aby płyny nie uległy zanieczyszczeniu. Naczynie winno być wyjałowione, woda przekroplona i wyjałowiona, korek szczelnie przystawać, rurki stale winny być zatkane watą.

Przy wtłaczaniu powietrza zapomocą mieszka baczyć należy, aby było ono wolne od kurzu, który rozkłada dwutlenek wodoru. W tym celu otwór, przez który mieszek nabiera powietrze, należy zatkać watą. Wkrótce dolna warstwa płynu, wodny roztwór gliceryny, zaczyna tracić przezroczystość a nabierać wyglądu mętnawego. Przy niezbyt częstem klóceniu płynów po 2 tygodniach, a przy wtłaczaniu powietrza prędzej, w dolnej mętnej warstwie zbiera się dwutlenek wodoru, który wykrywamy kolorymetrycznym, wyżej opisanym sposobem. Jeżeli otrzymujemy mniej lub więcej ciemno-niebieskie zabarwienie, preparat jest gotów. Wtenczas w miarę potrzeby wytaczamy go, lub też wypuszczamy zupełnie do szczelnie zakorkowanej butelki. Jest to płyn słodki, lepki, mętnawy, z bardzo przyjemnym eterycznym zapachem i smakiem terebenu. Taką glicerynę terebenową zaczął RADUŁOWICZ⁴⁾ stosować w sposób następujący: ranę przemywał wodą terebenową, poczem kładł ośm warstw muslinu napojonego gliceryną terebenową, na to szła wata i bandaż muslinowy, niekiedy zwilżany terebenem. Podobny opatrunek stosował on przy zgorzeli i ranach zgorzelinowych, drętwych, u starców, przy odmrożeniach trzeciego stopnia, przy amputacjach, gdzie płaty brnąć trzeba z tkanek zgniecionych, przy wąglikach i wogóle tam, gdzie życiowa działalność tkanek była zmniejszona.

Przy ranach czystych w owym czasie stosowano opatrunek naftalinowy. RADUŁOWICZ zauważył, że przy zetknięciu gliceryny terebenowej z raną powstaje przekrwienie nawałowe, odżywianie tkanek wzmacnia się, ziarnina wytwarza się szybko, rana nabiera barwy zdrowej.

Podług R. przyływ krwi sprzyja tworzeniu się naczyń; tkanki, które nie straciły zdolności do życia, ożywiają się, zgorzel się ogranicza, ziarnina szybko powstająca przyspiesza odpadanie strupa i wydzielanie się martwaków. R. sądzi, że dwutlenek wodoru zawarty w glicerynie terebenowej z jednej strony przyczynia się do utleniania ptomain, powstających w ranie, z drugiej strony działa przeciwnie. Przeciwnie działanie zależeć może poczęści i od terpenów.

⁴⁾ Protokoł ekstrennowo zasiedania Obszcz. Orłowsk. Wracz. 14. XII. 1895 r.

O działaniu przeciwnieśniennej wody terebenowej przekonał się R. w sposób następujący. Jedną część krowianki mieszał z wodą terebenową zawierającą 1 gr. dwutlenku wodoru w litrze, drugą część mieszał z czystą gliceryną, poczem dzieciom szczepił na jednej ręczce jeden preparat, na drugiej drugi. Na 363 szczepień dokonanych limfą, na którą woda terebenowa działała w przeciągu minuty, ospa przyjęła się tylko w trzech przypadkach; na 242 szczepień krowianką z gliceryną przyjęło się 187.

Obecnie w szpitalu orłowskim w wyżej wymienionych przypadkach chorobowych także używa się gliceryny terebenowej z tą tylko różnicą, że przemywania ran wodą terebenową zaniechano, ponieważ bez niego obejść się można najzupełniej.

Kiedy jako lekarz krajowy zacząłem w praktyce spotykać często rany zakażone, nie mogłem z różnych powodów od razu zastosować gliceryny terebenowej. Używałem jodoformu, roztworu jodu w glicerynie, naftaliny, przemywałem rany roztworem sublimatu, kreoliny, lecz wyniki wogóle były niezadowolające. Po przyrządzeniu gliceryny terebenowej zmieniłem sposób opatrywania ran zakażonych. Rany otwarte pokrywam muslinem wyjałowionym, napojonym gliceryną terebenową, na to idzie wyjałowiona wata drzewna i takiż bandaż muslinowy. Jeżeli rana jest głęboka, kłóta lub też, jeżeli umyślnie zrobiony, czy też samodzielnie powstały otwór prowadzi do jamy, wypełnionej tkanką zgorzelinową, to po lekkim, ostrożnym wyciśnięciu zawartości, wprowadzam knot napojony gliceryną terebenową, na to kładę muslin zmoczony nią, a dalej zwykły opatrunek. Z początku prócz tego przemywałem rany roztworem sublimatu 1‰, lizolu 1% lub roztworem soli (surowicą sztuczną). Obecnie stosuję to w przypadkach wyjątkowych, w razie np. zanieczyszczenia rany naleciałościami obcemi.

Podobny sposób opatrywania ran wydał tak dobre wyniki, że ośmieliło mnie to do zwrócenia uwagi kolegów na glicerynę terebenową, jako na zupełnie niewinny, a nader skuteczny środek opatrunkowy. Na dowód przytaczam kilka opisów choroby.

I. Nr. 183 dziennika. T. M. lat 33. Zapalenie tkanki łącznej szyi LUDWIG'a. Zwrócił się do ambulatoryum z powodu bólu gardła. Migdały obrzmiały i czerwone, gruczoły podszczękowe powiększone. Przepisano płókanie i na szyję okład rozgrzewający. Chory miał przyjść na trzeci dzień, tymczasem zjawił się dopiero dnia dziesiątego. Przez cały czas robił okłady. Wygląd bardzo cierpiący, twarz szaro-siną, obrzmiała. Ogólne osłabienie w tak silnym stopniu, że ledwie może mówić. Ból gardła mniejszy, chociaż połykanie śliny jest dosyć bolesne. Tętno przyspieszone, ciepłota 38°3. Z ust przykry zapach, usta otwiera z trudnością, migdały i łuki trochę obrzmiały, mocno czerwone. Na przedniej powierzchni szyi pomiędzy mostkiem i brodą, trochę na prawo głębokie owrzodzenie z powygryzаныmi i podminowanymi brzegami. Skóra dookoła barwy granatowo-czerwonej. Z owrzodzenia sączy się brudno-szaro-zielona, gęsta, cuchnąca ropa. Na dnie znajduje się dość duży kłębek zmartwiałej tkanki, złożonej jak gdyby z dwóch połówek. Po przestrzyknięciu całej jamy roztworem sublimatu oddzieliłem nożyczkami tkanki obumarłe, poczem podwiązałem 3 dosyć duże tętnice, o ile mi się zdaje, tarczową dolną prawą i tarczowe lewe dolną i górną. Po przecięciu tych naczyń cały strzęp zmartwiałej tkanki został usunięty i jama jeszcze raz przestrzyknięta sublimatem. Na dnie widać było wewnętrzne części mięśni obojczyko-mostko-sutkowych i mostko-tarczowe. Założono muslin napojony gliceryną terebenową.

Na to opatrunek zwykły. Do płókania jamy ustnej *ac. borie* 5%—200,0, *t-rae jodi gtt. XX, creosot gtt. X.*

28. VIII. Zmiana opatrunku. Wydzielina ropna, obfita, bez zapachu. Z prawego dołu nadobojczykowego wycisnąć się dało dużo ropy. Barwa mięśni jasno-czerwona. Przestrzyknięcie sublimatem. Gliceryna terebenowa.

30. VIII. Rana oczyściła się. Obrzęk dokoła znikł. Chory ma się dobrze, żyła swobodnie. Zmiana opatrunku.

3. IX. Rana wydziela znacznie mniej; czysta.

5. IX. Brzegi podminowane miejscami przyrosły. Wydzielina ropna skąpa.

W ten sposób gojenie postępowało szybko. Rana pokryła się piękną ziarniną.

10. IX. Glicerynę terebenową zastąpiono jodoformem, ponieważ brzegi rany silnie poczerwieniały i wyglądały jak oparzone*). Wkrótce nastąpiło zagojenie.

(D. n.).

Z PRYWATNEGO ZAKŁADU CHIRURGICZNO-GINEKOLOGICZNEGO W ŁODZI.

Koeliotomia vaginalis posterior,

opisał **KSAWERY JASIŃSKI.**

(Dokończenie.—Zob. Nr. 33).

Według WERTHEIM'a nowotwory lub guzy pochodzenia zapalnego narządów przylegających do macicy łatwiej dają się usuwać przez sklepienie przednie, ponieważ szypułę można utworzyć z mniejszą trudnością, gdy utworzenie szypuły przy zabiegach przez sklepienie tylne daje się uskuteczyć jedynie przy znacznej ich długości; nawet wielkie torbiele jajników, nie mieszczące się w małej miednicy, łatwiej mogą być osiągnięte, opróżnione z zawartości i wydobyte przez sklepienie przednie, gdyż ta ostatnia droga jest o wiele krótsza; duże nowotwory macicy — mięśniaki, włókniaki — również dostępne są do podzielenia na części (*morcellement*) i usunięcia, a w wielu razach jedynie przez przednie sklepienie mogą być wydobyte.

Techniki rękoczynu przez sklepienie przednie nie uważa WERTHEIM za złożoną i MACKENRODT według niego przecenia jej trudności. Nie należy jedynie przy oddzielaniu pęcherza moczowego od szyi macicznej trzymać się zanadto tej ostatniej, gdyż palce przedzierające zbite tkanki macicy natrafiają na silny opór, a jednocześnie odpychając fałdę otrzewny ku górze, utrudniają jej odnalezienie i otwarcie. Dół pęcherzowo-maciczy, jako rzadko dotknięty cierpieniami zapalnymi, zwykle nie bywa zarośnięty, co często zda-

*) Tylko w tym jednym przypadku, nie mając jeszcze butli szklanej, użyłem mieszaniny terebenu z gliceryną. Przy stosowaniu gliceryny terebenowej nie widziałem nigdy podrażnienia skóry; na błonie śluzowej pochwy w jednym przypadku wystąpiło niewielkie zaczerwienienie.

rza się w dole DOUGLAS'a, którego otwarcie wówczas nie udaje się wcale.

Przednia fałda, według WERTHEIM'a, daje się również łatwo zaszywać jak tylna, jeżeli nie została otworzona w miejscu przyczepu do macicy. Należy w tym celu otwierać fałdę więcej ku przodowi. W razie potrzeby założenia sączków WERTHEIM nie widzi przeszkody do wprowadzenia ich przez otwór w sklepieniu przednim; blizny w przednim sklepieniu są w następstwie zupełnie nieznaczne.

Na zakończenie swoich wywodów WERTHEIM, oddając pierwszeństwo zabiegowi operacyjnemu przez sklepienie przednie, nie odmawia jednakże i tylnemu cięciu racyi i uważa drogę tę za wskazaną w celu opróżnienia jamy otrzewny z nagromadzonych w niej płynów: ropy, krwi, zawartości pękniętych torbieli i t. p. Również przy krwisteku zamacicznym i otorbionych ropniach w dole DOUGLAS'a radzi stosowanie cięcia tylnego. Torbiele i mięśniaki, wypełniające tylne sklepienie i odpychające macicę ku przodowi, mogą lecz nie muszą być tą drogą usuwane.

WERTHEIM widzi wreszcie możność kombinowania obydwóch zabiegów w razie potrzeby.

Wobec tak zasadniczej różnicy zdań dwóch fachowców stajemy wobec dylematu, często zresztą spotykanemu w nauce, komu słusność przyznać należy i jakiej drogi trzymać nam się wypada.

Jakkolwiek trudno bezwzględnie przyznać słusność wszystkim twierdzeniom WERTHEIM'a, należy mu oddać sprawiedliwość, iż w sądach swoich jest o wiele mniej krańcowy niż MACKENRODT. WERTHEIM odrzuca wyższość metody stosowanej przez MACKENRODT'a, lecz nie odmawia jej racyi bytu, ograniczając tylko znaczenie jej wskazania, gdy MACKENRODT, zapalając się do raz obranej drogi, tylko dla stosowanego przez siebie zabiegu widzi wielką przyszłość.

Pomimo woli nasuwa się myśl, iż prawdy pośrodku szukać wypadnie i że w tym razie, zarówno jak w całej działalności lekarskiej, przy wyborze tego lub owego zabiegu należy przede wszystkim mieć na względzie dobro chorego, nigdy zaś dla wykazania wyższości tej lub owej metody nie można narażać na szwank życia osobnika leczzonego.

Wychodząc z tej zasady, w jednych przypadkach zastosujemy laparotomię, w innych operować będziemy przez pochwę, wybierając sklepienie tylne lub przednie w miarę wskazań, otrzymanych drogą dokładnego badania, mając przytem na względzie, iż zabieg operacyjny przez sklepienie tylne jako taki stanowczo uważać należy za mniej narażający życie i zdrowie operowanej, jako technicznie łatwy i nie pozostawiający po sobie w większości przypadków żadnych następstw.

Laparotomii, jako zabiegowi dającemu największą możność udostępnienia pola operacyjnego i posiłkowania się nie tylko dotykiem lecz także i wzrokiem, oddałbym pierwszeństwo: 1) przy wielkich guzach położonych wysoko w jamie brzusznej, zwłaszcza gdy zawartość ich nie jest płynna; 2) przy guzach mniejszych, lecz silnie zrosniętych z otoczeniem; 3) przy silnych zrostach przytwierdzających macicę wraz z narządami przylegającymi do tylnej lub bocznych ścian miednicy; 4) w przypadkach daleko posuniętej (po za 3-ci miesiąc) ciąży zamacicznej.

W przypadkach guzów mniejszych rozróżniałbym wskazania w miarę tego, czy guzy są ruchome, na długiej szypule, czy też zrosnięte z otoczeniem. Przy guzach ruchomych stanowczo skłaniałbym się do wyboru cięcia przez sklepienie tylne, uważając ten zabieg za najłatwiejszy dla operującego i najmniej groźny dla chorej.

Przy guzach przydatków luźno zrosniętych z otoczeniem, gdy są wszelkie szanse, iż oddzielenie uda się łatwo, powodowałbym się w wyborze drogi umiejscowieniem guzów. Guzy położone bliżej sklepienia przedniego usuwałbym przez przednie, leżące zaś ku tyłowi—przez sklepienie tylne.

W razach wątpliwych próbowałbym zawsze rękoczynu przez sklepienie tylne, jako nie wyłączającego zabiegu przez przednie, gdyby ten ostatni okazał się niezbędnym. Tej samej zasady trzymałbym się przy ciąży zamacicznej nawet w obecności krwisteku.

Nowotwory samej macicy tylko w takim razie próbowałbym usunąć przez sklepienie tylne, gdyby były małych wymiarów, rosły na tylnej ścianie i wypukły dół DOUGLAS'a. Wszystkie inne, w miarę wielkości, usuwałbym przez laparotomię lub sklepienie przednie.

Oddaję zaś pierwszeństwo w tym razie sklepieniu przedniemu ze względu na możność wydobycia trzonu macicy nazewnątrz, a więc operowania pod kontrolą oka, co przez sklepienie tylne mogłoby się udać jedynie przy małej macicy i więzadłach bardzo podatnych.

Przy zrostach unieruchamiających macicę ku tyłowi, przy których laparotomia nie byłaby konieczna, a więc takich, które, tworząc silne pasma, nie powodują zarośnięcia dołu DOUGLAS'a, próbowałbym rozerwania przy pomocy zabiegu SCHULTZE'go, w razie zaś bezowocności tego rękoczynu wybrałbym drogę przez sklepienie tylne. Przednie sklepienie uważam w tych przypadkach za drogę zupełnie nieodpowiednią, gdyż dostęp do zrostów bez uprzedniego wydobycia macicy jest szalenie trudny, a próby wydobycia macicy z tyłu do pochwy przymocowanej, połączone są z ciężkimi skaleczeniami tego narządu, mogącymi zmusić operatora do wycięcia zupełnego poszarpanej macicy.

Na zakończenie przytoczę opis przypadku torbieli skórzastej prawego jajnika, wydobytej przezemnie w dniu 27-ym marca r. b. przez sklepienie tylne.

Helena K. lat 35, rodziła osiem razy, ostatni raz trzy lata temu. Poroziła przed dwoma laty. Z powodu krwawienia następczego poddała się wyskrobaniu macicy, poczem miesiączkowała przez czas pewien prawidłowo. Od października roku minionego do połowy grudnia nie miesiączkowała wcale, poczem pojawił się krwotok obfity, trwający przez 26 dni; w pierwszych dniach odchodziły skrzepy, poczem nastąpiła przerwa w krwawieniu trwająca sześć tygodni; od 10 marca ponowne krwawienie, nie dające się niczem zatamować, aż do dnia operacji. Na żadne inne dolegliwości chora nie uskarżała się. Badanie podjęte w dniu 25-ym marca dało wyniki następujące.

Kobieta wzrostu niskiego, krępa, dosyć otyła. Narządy piersiowe i brzuszne bez widocznych zmian chorobowych. Powłoki brzuszne wiotkie, bliznami po przebytych porodach pokryte; znaczny pokład tłuszczowy. Boleśność przy ucisku w okolicy prawego podbrzusza. Przy badaniu przez pochwę po wydobyciu dużych skrzepów krwi znaleziono opuszczenie ścian pochwy, zwłaszcza tylnej, macicę wysoko ułożoną, przodozgiętą, nieco na lewo odchyloną, ruchomą, rozmiękczoną i w całości powiększoną; część pochwo-wa znacznie zgrubiała, gładka. Kanał macicy łatwo zgłębnik przepuszczał,

długość kanału 9 cm. Jama macicy obszerna, ściany, głównie tylna i lewa, pokryte nierównościami. Ściany macicy grube. Lewe przydatki macicy nie przedstawiały żadnych zmian namacalnych. Prawy jajnik, leżący tuż obok macicy i naprawo od niej wielkości małej pięści o powierzchni gładkiej, nie chęłbocący, łatwo daje się usunąć od macicy i poruszać w różnych kierunkach.

Na zasadzie badania rozpoznanie brzmiało: *Endometritis decidualis post abortum. Kystoma ovarii dextrae*.

Dnia 28-go uspienie eterem; po wyłyżeczkowaniu macicy, poprowadziłem w sklepieniu tylnym cięcie poprzeczne, długości 8-iu cm. i drugie prostopadłe 4 cm. długie. Przez otwór w dole DOUGLAS'a powstały i swobodnie dwa palce przepuszczający można było dokładnie wymacać macicę i narządy przylegające przy jednoczesnem współdziałaniu prawej ręki przez ściany brzuszne. Macica ruchoma, przy silnem pociągnięciu części pochwowej ku górze stosunkowo mało się poddaje; lewy jajowód i jajnik zupełnie prawidłowe. Od prawego górnego kąta dna macicy poczyna się długa szypuła, idąca ku górze i łącząca się z twardym, mało elastycznym, o gładkiej powierzchni guzem, w zupełności przypominającym postać i spoistością torbiel skórzastą jajnika. Przysunięty ku otworowi w dole DOUGLAS'a ręką prawą, guz cofa się ku górze; ponieważ szypuły uchwycić nie można było, po ustaleniu przez asystującego kolegę guza w otworze sklepienia tylnego, uchwyciłem kleszczykami RICHELOT'a dolny odcinek guza, który wówczas pękł a przez otwór wypłynęła do pochwy zawartość mazista pomieszana z pęczkami włosów. Po opróżnieniu guz z łatwością wydobyłem nazewnątrz, a po przewiązaniu szypuły trzema przewiązkami katgutowymi, obciąłem; szypułę, wsunąłem do jamy otrzewny. Zapomocą ośmiu szwów poprzez wszystkie warstwy zamknąłem ranę w sklepieniu tylnym, pozostawiając otwór, palec przepuszczający, do którego wprowadziłem sączek z gazy jodoformowej. Do pochwy założyłem tampon z gazy jodoformowej. Wydobyty guz o grubych wewnątrz gładkich ścianach miejscami porośniętych włosami zawiera jeden mały ząb, postacią do zęba siecznego zbliżony.

Przebieg pooperacyjny był nadzwyczaj gładki, z nader nieznacznymi dolegliwościami dla chorej połączony. We dwie godziny po operacji chora raz wymiotowała i narzekała na lekki ból w podbrzuszu. Drugiego dnia po operacji wieczorem ciepłota ciała 37,9°, tak samo rano trzeciego dnia, wieczorem zaś 38,1°. Z pochwy brunatny, dosyć obfity wypływ. Od tego czasu stan bezgorączkowy. Piątego dnia sączek z otworu w dole DOUGLAS'a usunięty. Sączek przesieknięty lepką żółtawą wydzieliną. Założony nowy sączek do pochwy. Tegoż dnia po ławatywie obfite wypróżnienie. Ósmego dnia sączek z pochwy usunięty. Wypływ żółtawy, skąpy. Dwunastego dnia po operacji pierwsze badanie przez pochwę. W dole DOUGLAS'a otwór wielkości ziarnka grochu wydziela nieco lepkiego płynu. Na piętnasty dzień po operacji otwór zupełnie zablizniony. Blizna w dole DOUGLAS'a niewielka. Macica przodozgięta, nieco ku tyłowi odchylona; okolica prawego brzegu macicy niebolesna; żadnych nierówności, blizn w tej okolicy badanie nie wykazuje. Pierwsza miesiączka po upływie 4 1/2 tygodni od czasu operacji trwała pięć dni, nie była nader obfita. Bólów żadnych nie było. Po sześciu tygodniach od dnia operacji macica zupełnie prawidłowo ustawiona; ślady białego wypływu z pochwy. Operowana czuje się zupełnie zdrową.

Na zasadzie danych przytoczonych, gdy porównamy stan pooperacyjny chorej ze stanem osób po laparotomii, stosowanej w podobnych przypadkach, musimy przyjść do przekonania, iż zabieg dokonany w danym razie nie-skończenie mniejsze pozostawia po sobie następstwa zarówno miejscowe jak i ogólne. Tu nieznaczna blizna w pochwie, tam zaś blizna powłok brzusznych niepożądana chociażby ze względów kosmetycznych, nie mówiąc już o grożącej w następstwie przepuklinie brzusznej. Tutaj po upływie sześciu tygodni zupełny powrót do zdrowia, tam zaś długie zdrowienie, konieczność noszenia opaski brzusznej przez czas dłuższy i wystrzegania się różnych szkodziwości.

Sądzę, iż to wszystko wystarcza, aby w przypadkach analogicznych przy wyborze metody operacyjnej przechylić szalę na korzyść drogi pochwowej.

WYKŁADY KLINICZNE.

KOSSMANN.

O LECZENIU PORONIEŃ.

Przedewszystkiem należy rozstrzygnąć pytanie, czy poronienie da się jeszcze powstrzymać, czy nie. Jeśli wywiady z całą pewnością wykazują, że wody płodowe już odeszły, a ujście wewnętrzne macicy przepuszcza palec, w takim razie i mowy być nie może o utrzymaniu ciąży. Przy zamkniętem ujściu wewnętrznem macicy i niedowiedzionem odejściu wód płodowych lub płodu samo krwawienie nie może być wskazaniem do przerwania ciąży i uśmiercenia płodu. W tym ostatnim przypadku zalecamy: zupełny spokój i podawanie w dość znacznych dawkach makowca w celu uspienia rozpoczynającej się pracy porodowej.

Jest rzeczą wiadomą, że w razie bardzo obfitego krwawienia ujście wewnętrzne macicy szybko się rozszerza, a więc przychodzimy do przekonania, że poronienie nie da się powstrzymać. Jedynem naszym staraniem w tym razie będzie wstrzymać krwawienie w sposób ułatwiający jednocześnie samo poronienie.

Skuteczność jednak większości zalecanych w tych razach środków zależy od tego, czy całe jajo jest zatrzymane w macicy, czy też części jego już odeszły. W razie niepewności należy tak działać, jak gdyby całe jajo było jeszcze w macicy. Jednym z takich środków wstrzymujących krwawienie jest zatamponowanie pochwy, które polega na tem, że sklepienia i górną część pochwy wypełniamy szczelnie watą lub gazą. Używamy gazy jodoformowej lub zwyczajnej, zmoczanej i wyżętej w jednym z płynów odkażających. Autor używa roztworu chinozolu. O ile jest rzeczą ważną, aby górna część pochwy była mocno wypchana, o tyle zbyt czułą i przykrą dla chorej — tamponowanie dolnej części z powodu bólów i utrudnienia w oddawaniu moczu.

KOSSMANN nie jest zwolennikiem odkażania pochwy przed tamponadą. Tampony radzi pozostawiać najwyżej 24 godziny, jednakże lepiej wyjąć je po 12 godzinach.

Pod względem pewności wstrzymywania krwotoków przy poronieniu kol. peurynter stoi o wiele niżej niż tamponada watą. Użycie tego przyrządu jest przedewszystkiem bolesniejsze dla chorej, a następnie nie jesteśmy w stanie przeszkodzić przesączaniu się krwi pomiędzy nim a ścianami pochwy.

W celu wywołania skurczów macicznych zaleca KOSSMANN zastrzykiwania do kanału szyi kilku gramów gliceryny; z uwagi jednak, że działanie tego środka prędko ustaje, należy jeszcze wytamponować i pochwę. Takież działanie wywierają ciała twarde pęczniejące, wprowadzone do kanału szyi. Najczęściej używane są paleczki z liści *laminariae digitatae*. W tym celu chorą układamy w położeniu grzbietowem na stole, krocze odciągamy ku tyłowi, chwytamy kulociągami przednią wargę maciczną, a ściągawszy ją do wejścia do pochwy, wsuwamy paleczkę tak daleko, żeby część jej wystawała poza ujście wewnętrzne; po zdjęciu kulociągu wkładamy kilka kawałków waty do pochwy, aby przeszkodzić wysunięciu paleczki przed napęcznieniem.

W podobny również sposób postępujemy przy zakładaniu gazy do kanału szyi. Wprowadzamy pasek gazy jodoformowej szerokości 5 cm. za pomocą wpychacza (Stopfer). Dla wzmocnienia działania można pasek takiej gazy przed włożeniem zmoczyć w wyjałowionej glicerynie.

Przy całkowitem zatrzymaniu jaja płodowego rzadko tylko bywa wskazane usunięcie palcem lub narzędziami; zwykle pracę tę skuteczniają mięśnie macicy. Krwawienie również nie powinno być wskazaniem, z wyjątkiem tych przypadków, kiedy nastąpiło ono do jamy macicy.

Daleko prędzej zmuszą nas do szybkiego opróżnienia jamy macicznej palcem lub narzędziami wypływ cuchnący, wstrząsające dreszcze i nadzwyczaj mocne bóle, które, trwając przez czas dłuższy, szkodliwie oddziałują na stan chorej. Autor zwraca uwagę na tego rodzaju bóle, jakie chore niekiedy miewają przy tamponadzie macicy lub szyi, a czasami i po wytamponowaniu pochwy: bóle te bywają niekiedy tak przykre, że chore kręcą, wiją się w łóżku i krzyczą całemi godzinami. Otóż niezwykle ta bolesność jest wskazaniem do zabiegu czynnego.

Sposób, w jaki mamy opróżnić jamę macicy, będzie zależny od okresu ciąży i od przepuszczalności palca przez kanał szyi. W przypadkach 3—4 - miesięcznej ciąży jest rzeczą możliwą jajo odkleić na pewnej przestrzeni od ściany macicy bez pęknięcia worka, a następnie, uciskając dno macicy od strony ściany brzusznej, wycisnąć jajo płodowe całkowicie. W razie pęknięcia worka przy tych zabiegach należy dokończyć odklejania przez pociąganie worka ku dołowi.

Począwszy jednak od 4—5 miesiąca, przez ujście maciczne, przepuszczające palec, ani płód, ani łożysko w całości nie przejdą. W tym razie należy worek palcem przedrzeć, uchwycić nóżkę i pośladki przyciągnąć do kanału szyi. Postępując w ten sposób, ujście maciczne szybko rozszerzamy, płód się rodzi, łożysko zaś wygniatamy stosując rękoczyn CREDE'go. Jeśli ujście nie przepuszcza palca, możemy dokonać rozszerzenia w kilka minut za pomocą rozszerzadła.

Jednakże stosując powyżej podane sposoby, nie zawsze zupełnie opróżnimy macicę; dość często pozostają drobne cząsteczki, które mogą powodować krwawienie. Wprawdzie możnaby, stosując sporysz, przestrzykiwania gorące i t. d., przyspieszyć wydalenie resztek z jamy macicy, lecz tego rodzaju metoda wyczekująca leczenia po większej części krzywdę chorej przynosi, gdyż wywołać może małopokrwistość, niedostateczne uwsteczniczenie macicy, polipy łożyskowe, rozkład pozostałych resztek i wreszcie objawy zakażenia. Z tego powodu przy niezupełnem poronieniu należy jaknajprędzej pozostałe resztki jaja wydalić. Najlepszym w takich razach narzędziem będzie palec, który, jeśli tylko szyja pozwala, przenika do jamy macicy, uwalnia ją od pozostałych resztek i wydala je. W pierwszych 2—3 miesiącach ciąży jest to rzeczą dość łatwą.

W późniejszych okresach ciąży niezupełne poronienie polega albo na samem odejściu wód płodowych i częściowem odklejeniu łożyska, lub też na odejściu płodu z zatrzymaniem łożyska. W pierwszym razie ściągamy nóżkę płodu, poczem

zwykle poronienie samo przez się postępuje; w razie zatrzymania łożyska stosujemy rękoczyn CREDÉ'go, a gdy ten się nie udaje, wtedy jednym lub dwoma palcami wchodzimy do jamy macicy, odklejamy łożysko i ściągamy ku dołowi, stosując jednocześnie zabieg CREDÉ'go.

Przy zamkniętem ujściu macicznym najlepiej stosować rozszerzadła w postaci walcowatych zgłębników coraz grubszych HEGAR'a, SCHRÖDER'a, FRITSCH'a i t. d. Zaczynamy rozszerzanie od numeru najcieńszego i po $\frac{1}{2}$ —1 minuty przechodzimy do grubszego; w ten sposób w krótkim czasie kanał szyi rozszerzamy do grubości palca. Uśpienie dużo w tych razach pomaga.

Zdarzają się jednak przypadki, że rozszerzenie kanału szyi na grubość palca okazuje się niemożliwe z powodu małej podatności tkanki, lub też pozostałe części jaja płodowego mogą być tak duże, że ani palcem, ani narzędziami przez tak mało rozszerzony kanał wydostać ich nie możemy. Najlepiej byłoby w tych razach, według autora, cięciem podłużnem otworzyć sklepienie przednie, następnie palcem na tępo odsunąć pęcherz moczowy poza ujście wewnętrzne i przeciąć podłużnie przednią ścianę szyi a niekiedy i tylną. Po wyjęciu resztek jaja brzegi ran następnie starannie zeszywamy. Rozumie się, że operację tego rodzaju może dokonać tylko ten lekarz, który przynajmniej choć raz miał możność widzenia jej w klinice.

W końcu omawia autor sposoby opróżnienia macicy zapomocą narzędzi. Oprócz kleszczy z ramionami w postaci łyżek, używanych w klinice OLSHAUSEN'a, a których KOSSMANN nie zaleca, stosują się przyrządy w postaci pętli lub łyżki. Ważną jest rzeczą postać łyżki, własność jej brzegów, stosunek wymiaru poprzecznego do podłużnego i wreszcie niepodatność lub giętkość rękojeści. KOSSMANN używa kuretę ROUX'a; jest to łyżka wyciągnięta wzdłuż, o brzegach bocznych prostych, autor zaś kazał porobić w nich owalne otwory dla łatwiejszego zahaczania błon płodowych. KOSSMANN używa trzy numery: 6, 8 i 10 mm. średnicy. Dla wydobywania resztek jaja dostateczne są brzegi tępe łyżki, przy leczeniu zaś zapalenia błony śluzowej należy mieć łyżki o brzegach ostrzejszych. Łyżki te są o tyle lepsze i praktyczniejsze od innych, że tu możemy korzystać z długich bocznych brzegów w celu odklejenia pozostałych resztek jaja od ścian macicy; przytem jest prawie niepodobieństwem łyżkami tego rodzaju przedziurawić macicę. Tylko dno i kąty macicy skrobiemy samym wierzchołkiem i wtedy niebezpieczeństwo przedziurawienia jest takie, jak i przy innych łyżkach.

Łyżka RECAMIER'a jest to pętla z wąskiej listewki metalowej, wygiętej nieco nakształt łopaty; brzeg tej listewki jest dość ostry. Rękojeść i pętla kurety powinny leżeć w jednej płaszczyźnie a wstęga metalowa tworząca pętlę powinna być prostopadła do tej płaszczyzny. W przeciwnym razie pętla mogłaby jak pług zaorywać się w muskulaturze macicy i wyskrobywać paski błony mięsnej. Rękojeść w żadnym razie giąć się nie powinna.

Przy wyskrobywaniu macicy radzi KOSSMANN najusilniej usypiać chorą. Wyłyżeczkowanie najlepiej robić łyżką możliwie szeroką, ponieważ wtedy znakomicie zmniejszamy niebezpieczeństwo przedziurawienia macicy. Przesuwając łyżkę w macicy ku górze, należy ją trzymać luźno, żeby przy każdym oporze mogła się swobodnie poruszać między palcami. Po wyskrobaniu przemiywa autor jamę macicy rozczytnem formaliny lub chinozolu.

Jeżeli poronienie jest zupełnie ukończone, t. j. resztek jaja stanowczo w macicy nie pozostało, to i nasze zabiegi lecznicze są prawie żadne. Krwawienia atoniczne bywają w tych razach bardzo rzadko.

(Berl. Klin. 1897. Maj).

Fr. Stepkowski.

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

109. H. SENATOR. **Przyczynek do poznania osteomalacji i organoterapii.** Różne teorie, wyjaśniające istotę osteomalacji opierają się na zubożeniu kości w wapno. Pierwotnie sądzono, że zubożenie to zależne jest od zbyt małej ilości wapna; gdy jednak dowiedzione zostało, że ustroj ludzki potrzebuje mniej związków wapnia, niż je zawiera najędzniejsza nawet strawa, powstała nowa teoria, utrzymująca, że przy osteomalacji wapno spożywane nie zostaje przyswajane, lub też dzięki zbyt nieznacznej zasadowości krwi wapno tkanek kostnych zostaje rozpuszczone i przez świeże zastąpione być nie może. Jako przyczynę takiej właściwości krwi wskazywano tworzenie się w ustroju nadmiernej ilości kwasu mlecznego, znajdowanego jakoby w kościach i moczu chorych na osteomalację. Doświadczenia HOFMEISTER'a, SIEDAMGROTZKY'ego i wielu in. wykazały błędność tego twierdzenia, kwas mleczny znajdowano bowiem w moczu osobników zdrowych i nie zawsze u chorych na osteomalację, z drugiej zaś strony nie można wywołać osteomalacji u zwierząt przez podawanie im znacznych nawet ilości kwasu mlecznego; BECK znalazł wreszcie w moczu chorych bardzo małą ilość amoniaku, co również przeczy możliwości tworzenia się w ustroju nadmiaru kwasów wydalanych zazwyczaj z ustroju w związkach amonowych. Doświadczenia LEUBE'go nad działaniem rozcieńczonego kwasu mlecznego na świeże prawidłowe kości wykazały, że rozpuszczają się pod jego wpływem fosforany w znacznie mniejszej ilości niż węglany, w osteomalacji zaś stosunek ich jest jednakowy.

Nowa teoria FEHLING'a objaśnia powstawanie choroby odruchowym wpływem jajników (osteomalacja u mężczyzn zdarza się bardzo rzadko) na przemianę materii, szczególnie w kościach. Związek jajników z kośćmi wykazały doświadczenia CURATULO'a i TARULLI'ego; wobec zmniejszenia ilości wydalanych fosforanów po obustronnem wytrzebieniu suk należy przypuszczać, że jakaś wydzielina jajników wpływa dodatnio na utlenianie organicznych związków fosforu, z których powstają sole wchodzące w skład kości.

Autor zbadał dokładnie w jednym przypadku osteomalacji przemianę materii i wpływ na nią różnych środków leczniczych. Spostrzeżenie trwało trzy miesiące, podczas których pożywienie było zawsze jednakowe, środki zaś lecznicze różne, mianowicie przez pierwsze 3 tygodnie leczenie żadne, przez następne sześć tygodni preparaty gruczołu tarczowego (od 3—25—3 tabletek KNORR'a dziennie); po tygodniowej przerwie przez 11 dni preparaty ooforyny (4—6 tabletek *pro die*). Przez następny miesiąc, gdy już badania nie było, chora otrzymywała tran fosforowy w dawce zwykłej. Badana była krew, mocz i kał.

Drobnowidzowe badanie krwi wykazywało zawsze zmiany, zachodzące zazwyczaj przy nieznacznej blednicy lub niedokrwistości; odczyn krwi badany raz jeden w pierwszym okresie spostrzegania wykazał 976 mg. NaHO (prawidłowo 300—400); ponieważ JAKSCH, REURI i WINKEL znajdowali zasadowość zmniejszoną, LIMBECK i FEHLING zaś prawidłową lub zwiększoną, wobec tego zdaje się zatem, że odczyn krwi zależy od okresu choroby, a zmniejszenie zasadowości jest raczej wynikiem złego odżywiania, niż objawem swoistym osteomalacji.

Mocz był badany około stu razy na ciężar gatunkowy, ogólną ilość kwasu moczowego, fosforowego, wapnia, związków allosurowych, oraz na białko i kwas mleczny, których to składników nigdy nie znaleziono. Wyniki badań wykazuje tablica (liczby przeciętne).

Okres	Ilość	Cieźar gatunkowy	N	P ₂ O ₅	CaO	Azot aloksur.
I	760	1017	6,42 (10 badań)	0,96 (8 badań)	0,154 (6 badań)	0,277 (1 badanie)
II (tyreoldyna)	1080	1015	7,32 (22 badania)	1,944 (21 badań)	0,192 (15 badań)	—
III	1730	1011	5,91 (4 badania)	1,4525 (4 badania)	0,172 (3 badania)	0,299 (3 badania)
IV (ooforyna)	2760	1010	8,29 (8 badań)	1,424 (8 badań)	0,271 (5 badań)	0,384 (5 badań)

Kał był badany jednokrotnie w każdym z 3-ch pierwszych okresów i zawierał CaO *pro die* w okresie 1-ym 1,385, 2-gim 1,923. Na wadze przybyło chorej w 1-ym okresie 2 kilo, w drugim ubyło trzy, w trzecim ubyło 1,5, w czwartym ubyło jeden kilo; przez następny miesiąc chorej przybyło 12,5 kg. wagi.

Pomimo jednak utraty na wadze w okresie 2-im i 4-ym stan chorej znacznie się polepszył zarówno przedmiotowo jak i podmiotowo, co należy przypisać raczej warunkom higienicznym i dyetetycznym, w jakich się chora znajdowała, niż preparatom gruczołu tarczowego lub jajników. Polepszenie stanu zdrowia chorej jest tembardziej godne uwagi, że traciła ona wówczas dużo mocznika oraz bardzo dużo soli wapiennych i fosforanów. Wynika stąd, że możliwa jest poprawa przy osteomalacji bez zmniejszenia ilości wydalanego wapna, że jest to zatem ogólna choroba przemiany materii, rozmiękczenie zaś kości jest tylko jednym z jej typowych objawów; w chorobie biorą udział również mięśnie (FRIEDBERG, FRIEDREICH) i nerwy (KÖPPEN).

Przemiana materii w przypadku autora w okresie 2-im i 4-tym spostrzegania wykazuje ogromne podobieństwo z przemianą materii podczas głodzenia się (CETTI, SUCCI, BREITHAUPT), jedyna różnica polega na tem, że chora wydalała więcej azotu bezwzględnie, niż przedtem, przy głodzeniu się stosunek zachodzi odwrotny.

Wpływ ooforyny na przemianę materii nie był dotychczas znany. Zauważywszy w jednym przypadku wpływ tego preparatu na ilość wydalanego moczu oraz jego części składowych, robił autor doświadczenia z ooforiną i w przypadkach choroby BASEDOW'a, chorób serca oraz nerek, którym towarzyszyły obrzęki i przesieki, a wynik tych badań jest następujący: diureza bardzo rzadko się wzmacnia, ilość mocznika się zwiększa lecz w bardzo różnym stopniu; tak samo ma się rzecz ze związkami alloksurowymi oraz wapiennymi. Wogóle ooforyna działa o wiele łagodniej niż gruczoł tarczowy oraz jego preparaty, ponieważ zaś nie powoduje żadnych przykrych objawów pobocznych i jest dobrze znoszona, można ją śmiało zalecać do dalszych doświadczeń.

(*Berliner klinische Wochenschrift* Nr. 6 i 7 1897) Maksymilian Bernstein.

110. H. OPPENHEIM. Rozpoznanie różniczkowe między *lues cerebrospinalis* a *sclerosis multiplex*. Dziwna zaiste rzecz, jak mało uwzględniano dotychczas rozpoznanie różniczkowe między przymiotem układu nerwowego, a stwardnieniem rozsianem. Mając zawsze na względzie klasyczną *sclérose en plaques*, uważano w mowie będące rozpoznanie różniczkowe za rzecz bardzo łatwą, gdy jest ona, jak nas doświadczenie kliniczne poucza, jedną z najtrudniejszych w neuropa-

tologii. Z nowszych autorów względnie najobszerniej ją omawiali GILBERT, LION, REINHOLD, SOTTAS, ostatnio UTHOFF, MARIE i BECHTEREW. Bardziej szczegółowo i wszechstronnie od poprzedników swoich omawia sprawę tę prof. OPPENHEIM w monografii o przymocie mózgu, opartej na bardzo obfitym własnym materiale klinicznym i anatomo-patologicznym. Tem większej wagi nabiera zdanie autora, który niejedną wartościową pracą wzbogacił odnośnie działy piśmiennictwa lekarskiego, znakomicie przyczyniając się do ustalenia nozografii.

Lues cerebrospinalis i *sclerosis multiplex* posiadają bardzo wiele cech wspólnych; zarówno przy jednej, jak drugiej chorobie spotykamy wszelkie możliwe objawy ze strony rdzenia, mózgu i nerwów obwodowych; zarówno przy jednej jak drugiej widzimy wahania ciągle w przebiegu klinicznym, przelotność i niestałość objawów pojedynczych, przemijające zaostrzenia, znaczne, dłużej lub krócej trwające poprawy, często wyleczenia pozorne. Zasadnicza różnica między nimi polega przede wszystkim na tem, że stwardnienie rozwija się przeważnie w samej istocie mózgowej, podczas gdy *lues* rozpoczyna się na obwodzie, od opon lub korzeni; stwardnienie przejawia się wyłącznie w postaci ognisk ograniczonych, przymiot stanowi natomiast sprawę rozlaną.

Gdzie więc objawy chorobowe są charakterystyczne dla zapalenia opon, zapalenia korzenia lub mięczaka (ból głowy, wymioty, drgawki ograniczone lub ogólne, afazja, aleksya, napady choroby umysłowej, ból neuralgiczne i nadczułość w kończynach i tułowie), tam należy z wielkiem prawdopodobieństwem podejrzewać przymiot. Inaczej się rzecz ma, jeżeli zamiast wspomnianych objawów spotykamy inne, wspólne dla obu chorób, jak zawroty głowy zaburzenia wzroku, porażenia mięśni ocznych, napady udarowe i zajęcie *sensorii*.

Ślepotą przemijającą oraz wszelkie odmiany stałej lub przelotnej półwzroczności (*hemianopsia bitemporalis* lub *binasalis*, *continua*, *fugax*, *oscillatoria*) są obce stwardnieniu, częste przy przymocie. Zupełny lub bardzo wybitny zanik nerwów wzrokowych spotyka się przy stwardnieniu również rzadko, jak jedno lub obustronną tarczę zastoinową. Częściowa i niezbyt wyraźna *atrophia n. optici* jest typowa dla stwardnienia, brak bowiem zwyrodnienia zstępującego z ogniska stwardniałego *n. optici* na tarczę. Wyższe stopnie upośledzenia wzroku przemawiają za przymiotem, natomiast skotomat środkowy za stwardnieniem. Porażenia mięśni ocznych przy stwardnieniu noszą zazwyczaj cechę skojarzonych (*associerte*), t. j. rozoczny jednego, wewnętrzny drugiego oka, gdy przy przymocie zostaje porażony lub niedowładem dotknięty cały nerw okoruchowy z jednej lub z obu stron. Przy stwardnieniu cierpi częściej *abducens*, przy przymocie częściej *oculomotorius*. Brak odruchu źrenicy, zwężenie lub rozszerzenie zbyt nie źrenicy, te zwykłe objawy przymiotu, są obce stwardnieniu. Zupełne porażenia mięśni ocznych, stałe lub przemijające, są nader rzadkie przy stwardnieniu rozsianem. Zajęcie *sensorii*, śpiączka, w przebiegu przymiotu mózgowego często spotykane, przy stwardnieniu należą do objawów wyjątkowych, towarzyszących jedynie względnie rzadkim napadom udarowym. Drżenie zamiarowe (*Intentionszittern*) jest cechą wyłącznie przy stwardnieniu spotykaną. Oczopląs (*nystagmus*), objaw stały przy stwardnieniu, spostrzega się przy przymocie wyjątkowo rzadko (na 250 przypadków 4 razy). Skandowanie jest cechą wyłączną stwardnienia, mowę powolną (*bradyphasia*) spotyka się jednakowo często przy obu cierpieniach, wybitną dyzartryę o wiele częściej przy sprawach przymiotowych w moście i opuszcze.

Co się tyczy objawów rdzeniowych, to pomijając ból neuralgiczne i ciężkie zaburzenia ze strony narządów płciowych, pęcherza i odbytnicy, które świadczą raczej za przymiotem porażenie nie znamionuje żadnej z chorób w mowie

będących: przy stwardnieniu i przymiocie spotykamy odmianę kliniczną zapalenia mlecza ograniczonego i zupełnego, czyli poprzecznego, porażenia rdzeniowego ERB'a, porażenia połowicznego BROWN-SÉQUARD'a, porażenia spastycznego ERB-CHARCOT'a i t. d. Stwardnienie częściej rozpoczyna się od objawów rdzeniowych, przymiot układu nerwowego od objawów mózgowych. Gdzie znaczna poprawa bezpośrednio po leczeniu swoistem następuje, należy pamiętać o przymiocie, aczkolwiek zwolnienia są bardzo częste i przy stwardnieniu. Że choroby te również mogą współistnieć, nie trzeba chyba dowodzić. Przekonywającego spostrzeżenia odnośnego dotychczas brak.

Pomimo tak licznych cech różniczkowo-rozpoznawczych, kończy OPPENHEIM, rozpoznanie w wielu przypadkach aż do śmierci chorego pozostać może nierozstrzygniętem i jedynie oględziny pośmiertne pouczają nas, czy mieliśmy do czynienia ze stwardnieniem rozsianem czy też z przymiotem rozsianym wieloogniskowo.

(*Die syphilitischen Erkrankungen des Gehirns. 1896. Wien. str. 148—152*).

111. W. BECHTEREW. **Przypadek *sclerosis disseminatae cerebro-spinalis syphiliticae* oraz uwagi w sprawie zwyrodnienia wtórnego włókien nerwowych przedniej odnogi mózdzku (*Kleinhirnschenkel*), ośrodkowego pęczka czepkowego (*Haubenbündel*) oraz warstwy węzłowej (*Schleifenschicht*).** Stwardnienie wieloogniskowe w zwykłym tej nazwy znaczeniu nie ma pod względem przyczynowym nic wspólnego z przymiotem: nie występuje ono nigdy ani jako cierpienie natury przymiotowej, w rodzaju np. zapalenia rdzenia pochodzenia przymiotowego, ani też jako cierpienie meta- czyli parasyfilityczne, w rodzaju np. bezładu metasyfilitycznego. Co do tego punktu zgodni są prawie wszyscy klinicyści poważniejsi, a pojedyncze przypadki, opisywane jako *sclerosis multiplex syphilitica* (CHARCOT-GOMBAULT'a, MONCORVO'a, KAHLER'a, REINHOLD'a), przy rozbiórze dokładniejszym okazują się niezwykle postacią przymiotu mózgardzeniowego o ogniskach rozsianych.

Do tej bardzo szczupłej grupy spostrzeżeń należy ciekawy przypadek autora, który zarówno za życia, jak przy oględzinach pośmiertnych naśladował zwykłą *scélérose en plaques*. Historia choroby następująca. W rok po zakażeniu osobnik zostaje dotknięty niedowładem spastycznym kończyn dolnych, połączonym z mrowieniem, zaburzeniami pęcherza i bolesnością kręgosłupa. Po krótkotrwałej poprawie powrót niedowładu, upośledzenie mowy, przypominające skandowanie, zez i dwojenie, do których się w przebiegu choroby przyłączają napady udarowe, śmiech mimowolny, porażenie nerwu trójdzielnego i ślepotą połowiczna lewostronna. Po 2½ latach zejście śmiertelne. Na stole sekcyjnym znalezione ograniczone kępki (*plaques*) barwy szarej, rozsiane w moście, tylnych ciałach czworaczych, w górnym odcinku lewej odnogi mózgowej i na przedniej powierzchni mlecza.

Przy dokładniejszym jedynie badaniu drobnowidzowem udało się tę pozorną *scélérose en plaques* zaliczyć do porażań przymiotowych mózgardzeniowych. Wiele cech histologicznych, niezwykle przy stwardnieniu pospolitem, przeważało w danym obrazie anatomo-patologicznym. Każde ognisko stwardniałe miało związek z naczyniem patologicznie zmienionem. Obok naczynia zgrubiałego w ognisku wybitne było zwyrodnienie cylindrów osiowych oraz bujanie tkanki łącznej i składników ziarninowych. Niektóre ogniska były na obwodzie rozmiękczone, w innych zwyrodnienie wtórne było daleko posunięte. Zmętnienie opony miękkiej oraz wyraźna *arteriitis basilaris* uzupełniały swoisty obraz rozlanego i rozsianego przymiotu układu nerwowego.

Rozbiór szczegółowy objawów klinicznych również czynił, zdaniem autora, nieprawdopodobnem przypuszczenie zwykłego stwardnienia rozsianego *resp.* któ-

rejkolwiek z jej postaci nietypowych, poronnych. „*Im gegebenen Falle, wnioskuje BECHTEREW, haben wir somit mit einer multiplen oder disseminirten, syphilitischen Sclerose als einer besonderen Art der gewöhnlichen oder disseminirten Sclerose zu thun (atypische Sclerose)*“.

Rozpoznanie różniczkowe, jakie przeprowadza autor na zasadzie spostrzeżenia własnego i spostrzeżeń zaczerpniętych z literatury między *sclerosis multiplex* a przymiotem mózgodzeniowym w głównych zarysach zgadza się ze znacznie więcej wyczerpującą pracą OPPENHEIM'a w nowszej monografii jego o przymiocie mózgu. Odsyłamy przeto czytelnika do referatu poprzedniego.

(Przyp. Spraw. Wobec przytoczonych wyżej danych trudno zrozumieć, dla czego autor artykuł swój zatytułował „*sclerosis disseminata syphil.*“: wprowadza się bowiem przez to niepotrzebny zamęt do terminologii i podsuwa się nieuprzedzonemu czytelnikowi myśl zwykłego stwardnienia rozsianego na tle przymiotu powstałego. Stosowniejsza byłaby nazwa: *pseudo-sclerosis disseminata*. Wprowadzając do nozologii grupę powyższą, moglibyśmy odróżnić obok zwykłych mięczaków mózgu i rdzenia 3 zasadnicze postaci przymiotu mózgodzeniowego: postać przymiotu rozlaną, zazwyczaj oponową (*meningoencephalitis et meningomyelitis syphil. circumscripta et diffusa*), skombinowaną czyli pozornie systemową (*pseudotabes syphil.*), rozsianą czyli wieloogniskową (*pseudosclerosis multiplex syphil.*). Że wszystkie te postaci sprowadzają się ostatecznie do pierwotnego zapalenia opon lub naczyń, tego chyba dowodzić nie potrzeba).

(*Archiv für Psychiatrie. T. 28. Z. III. 1896*).

112. R. CASSIRER. **Przyczynek do rozpoznania różniczkowego między stwardnieniem rozsianem (*sclerosis multiplex*) a przymiotem mózgodzeniowym.** Omówiwszy na wstępie zdania pojedynczych autorów w sprawie rozpoznania różniczkowego między przymiotem mózgodzeniowym a stwardnieniem rozsianem, CASSIRER przytacza dla ilustracyi trudności rozpoznawczych 3 odnośne przypadki z polikliniki OPPENHEIM'a w Berlinie, przypadki z wielu względów ciekawe, aczkolwiek jedynie klinicznie spostrzegane.

1) 51-letnia mężatka, bezdzietna, bez wzmianki o przymiocie. Przed laty dwojenie i *mydriasis sin.* Migrena. Od kilku miesięcy osłabienie kończyn dolnych oraz ramienia lewego. Napady utraty przytomności, czasem wymioty i ból głowy. *St. praes:* słabe oddziaływanie i nierówność źrenic. Lewa tarcza dna oka nieco zaczerwieniona. Mowa nosowa. Drżenie głowy. Chód spastyczno-paretyczny. Niedowład ręki lewej. Patologicznie wzmożone odruchy ścięgnaiste kończyn górnych i dolnych oraz szczęki dolnej. Drżenie zamiarowe (*Intensionszittern*) nie wybitne. Niewielkie zaburzenia ze strony pęcherza. *Hypalgesia* ogólna.

Brak przymiotu w wywiadach oraz zmian swoistych przemawia obok drżenia zamiarowego za stwardnieniem, większość pozostałych objawów raczej za przymiotem, nieruchomość odruchowa źrenic wyłącznie za ostatnim.

2) 28-letni stolarz. Do przymiotu się nie przyznaje. Przed trzema laty osłabienie wzroku, które się później na czas krótki poprawiło. Od roku zawroty głowy bez bólów i wymiotów. Od kilku dni niepewność nóg, zaburzenia pęcherzowe, uczucie opasywania i mrowienia w krzyżu i nogach. *St. praes:* *Paresis n. abducent. sin.* Trochę oczopląsu (*nystagmus*). Wgłębienie i bledź obu tarcz. S. ¹⁵/₂₀₀. Skotomat środkowy. Odruchów brzusznych i jądrowych niema. Po pewnym czasie pod wpływem jodku potasu objawy czuciowe i pęcherzowe zmniejszają się pod względem natężenia, występują natomiast inne zaburzenia: osłabienie lewej połowy ciała, upośledzenie ruchu gałek ocznych we wszystkich kierunkach, głównie w stronę lewą, *nystagmus horisontalis, clonus patellae et pedis*.

O ile w spostrzeżeniu poprzednim przeważały objawy za przymiotem przemawiające, o tyle w danym przypadku na pierwszy plan występują objawy cechujące stwardnienie. Rozpoznanie pozostaje nierozstrzygnięte wobec braku klasycznych objawów stwardnienia (skandowania, drżenia zamiarowego), a obecności wielu objawów częściej przy przymiocie mózgodzeniowym spotykanych.

3) 31-letni mężczyzna. *Lues negatur*. Przed dwoma laty początek choroby od zawrotów głowy. Po pewnym czasie nagły niedowład nogi, znikający pod wpływem częstej elektryzacji. Następnie zaburzenie pamięci, objawy psychiczne, niedowład gałek ocznych, uczucie opasania. Znaczna poprawa po leczeniu swoim. O kilka miesięcy później niedowład prawej ręki z zaburzeniem zmysłu mięśniowego, dwojenie, obustronne porażenie nerwu rozocznego (*abducens*), zawroty, niedowład spastyczny kończyn dolnych, chód mózdkowy, wzmożenie odruchów ścięgniastych i zaburzenia przemijające pęcherza. Po roku brak wielu poprzednich objawów (niedowładu połowicznego ruchowo-czuciowego), natomiast rzucają się w oczy: ośpienie, drżenie ogólne, drżenie zamiarowe, wybitny oczopląs i bladłość po stronie skroniowej obu tarcz.

Choroba, która w pierwszym roku istnienia niewątpliwie za przymiotem przemawiała, w ciągu drugiego roku przybrała pewne cechy stwardnienia wielogniskowego. Być przeto może, że z początku miało się rzeczywiście do czynienia li tylko z rozsianymi ogniskami mózgowo-rdzeniowymi, które w następstwie przeszły w kępki stwardniałe. Że możliwość tę uznać należy, dowodzi poniekąd przytoczone przez autora spostrzeżenie OPPENHEIM'a, gdzie za życia chorego wszystko za stwardnieniem zdawało się przemawiać, a przy badaniu pośmiertnem stwierdzono niewiadomego pochodzenia *encefalomyelitis disseminata* pochodzenia naczyniowego ze znacznymi zwyrodnieniami wtórnymi.

Jaki jest związek przyczynowy między przymiotem i stwardnieniem rozsianem? Zdaniem MARIE'go i SACHS'a — żaden. Gdzie choroby te współistnieją, są one od siebie niezależne. Mniej kategoriycznie wyraża się w tej sprawie CASSIRER. Zdarzają się przypadki, CHARCOT-SOMBAULT'a, KAHLER'a, REINHOLD'a, BECHTEREW'a, gdzie przymiot przejawia się klinicznie i anatomo-patologicznie jako cierpienie nie rozlane, lecz ogniskowo rozsiane. W tych atoli przypadkach przemawia przebieg kliniczny, acz nie zawsze, bardziej za przymiotem. Pewniej jeszcze rozstrzyga tę sprawę badanie anatomo-patologiczne, przy którym się znajduje zmiany, niezwykle dla stwardnienia, jako to: zwyrodnienie otoczek nerwowych wraz z cylindrami osiowymi, rozrost tkanki łącznej i zwyrodnienia wtórne. Ograniczenie ognisk również bywa niezbyt ściśle. W środku pewnych ognisk stwardniałych znajdujemy czasami rozmiękczoną masę serowatą.

(*Deut. Med. Wochenschrift*. Nr. 43. 1896).

113. H. OPPENHEIM. Przyczynek do nauki o stwardnieniu mózgodzeniowem rozsianem (*sclerosis multiplex*). Wspominając o momentach przyczynowych stwardnienia, wśród których pierwsze miejsce zgodnie z poglądem MARIE'go przyznaje chorobom zakaźnym, drugorzędną zaś rolę dziedziczności i urazowi przypisuje, OPPENHEIM zwraca uwagę na mało dotychczas uwzględniany wpływ zatruc przewlekłych. Przy dokładnie zebranych wywiadach zdołał on w znacznej ilości przypadków (na 28 w 11-tu) dowieść zatrucia rtęcią, cynkiem, ołowiem, miedzią, fosforem, aniliną, tlenkiem węgla i t. d.

Wywiady powinny być nader ściśle, a przedewszystkiem dotyczyć dalekiej przeszłości chorego, gdyż odnośni chorzy z łatwo zrozumiałych względów często zmieniają poprzednie zajęcie. Nierzadko udaje się drogą wywiadów pochwylić początki choroby układu nerwowego we wczesnem dzieciństwie, co nas zresztą

nie powinno dziwić przy cierpieniu o charakterze nawrotowym, *par excellence* przewlekłym, w napadach się rozwijającym. Do pierwszego objawu nerwowego, występującego bezpośrednio po chorobie zakaźnej w dzieciństwie lub po zatruciu, mogą się dopiero po latach przyłączyć następne objawy znamionujące stwardnienie. Choroba więc, rozpoczynająca się zwykle po 20-ym roku życia, o której LEYDEN i CHARCOT twierdzą, że początki jej widzieli już w 14-ym roku, wcale nie rzadko jest chorobą wieku dziecięcego, typowo ujawniającą się klinicznie w latach późniejszych. Że przeciętny chory, narzekający wyłącznie na drżenie rąk zamiarowe lub mowę skandowaną, nie potrafi bez specjalnego wypytywania ze strony lekarza połączyć z obecnym cierpieniem swoim dawno zapomniane porażenie obu kończyn lub przemijające osłabienie wzroku lat ubiegłych, nie trzeba chyba dowodzić. Brak badania pośmiertnego stwardnienia dziecięcego nie powinien nas zastanawiać wobec choroby bardzo przewlekłej.

W sprawie symptomatologii autor przedewszystkiem uważa powszechnie przyjęte określenie drżenie u tych chorych przez „*Intentionszittern*“ za niestosowne, gdyż bezład ten niezaszysze i nie wyłącznie przy ruchach dowolnych, zamiarowych występuje, a często również przy t.zw. współruchach (*Mitbewegungen*), przy afektach psychicznych, przy ruchach automatycznych i odruchowych spostrzegać się daje.

Choroba rozpoczyna się czasami od ostrych objawów zapalenia rdzenia lub mózgu. Najciekawsze jest stwardnienie pod postacią „*encephalitis pontis*“ się rozpoczynające. Postacie udarowe i drgawkowe są wogóle rzadkie, częstsze są postacie rdzeniowe, które przez całe życie naśladują zwykle zapalenie przewlekłe rdzenia lub „*spastische Spinalparalyse*“ ERB-CHARCOT'a. Z rzadszych objawów, wielokrotnie przez siebie spostrzeganych, wspomina O. o przemijającym ostrym obłąkaniu, o ostrym otępieniu nawrotowym, o objawie ROMBERG'a, głuchocie napadowej, wybitnych zmianach czucia oraz zaburzeniach ocznych w obrębie *n. sympathici*. Obostrzenia są często zależne od przebytego zakażenia połogowego, zmęczenia, przeziębienia i urazu.

Z licznych przykładów autora przytaczamy kilka, ze stanowiska różniczkowo-rozpoznawczego bardzo ciekawych. W 1-em spostrzeżeniu, dotyczącem malarza, który przechodził zatrucie przewlekłe ołowiem, rozpoznane za życia typowe stwardnienie okazało się przy oględzinach pośmiertnych cierpieniem systemowym rdzenia (zajęcie pęczków tylnych, mózdkowych i bocznych piramidalnych), powikłanem przez ognisko rozmiękczenia w moście. Cierpienie pochodzenia naczyniowego systemowe symulowało więc w zupełności stwardnienie wieloogniskowe. 2-gi przypadek, w którym ogromne ognisko stwardnienia znalazło się w głębi półkuli mózgowej, ciekawy był ze względu na ograniczone do jednej połowy ciała objawy chorobowe (*Forme fruste hémiplegique*) i bardzo wybitne upośledzenie zdolności intelektualnych [zniszczenie spoidła wielkiego przez stwardnienie]. W 3-im przypadku, dotyczącym 24-letniej dziewczyny, rozpoznanie choroby w 14-ym roku życia było wobec klasycznych objawów bardzo łatwe, gdy o 10 lat później znacznie mniej pewne, gdyż jedynie zmiany wziernikowe dna oka nie zgadzały się z rozpoznaniem typowego zapalenia rdzenia w okolicy grzbietowej. Opierając się na tem pośmiertnem badaniu spostrzeżenia sprawdzonego, OPPENHEIM słusznie nazywa stwardnienie rozsiane „*eine progressive Krankheit mit regressiven Erscheinungen*“.

(Berl. klin. Wochenschrift. IX. 1896).

Higier.

114. BOSC i BLANC. O zmianach w kiszkaeh przy zwężeniu lub zamknięciu ich światła i o przechodzeniu drobnoustrojów przez ściany kiszek. Zmiany makroskopowe dotyczą barwy, konsystencji i zawartości kiszek. Barwa bywa różna, od barwy

wina czerwonego do ciemno-brunatnej. Spotykają się też wybroczyny podotrzewnowe w postaci punkcików lub plam różnej wielkości, szaro - niebieskie, czarniawe lecz świejące, ponieważ są pokryte otrzewną; znajdujemy je przedewszystkiem na stronie przeciwnej przyczepu krezki. Błona śluzowa, z początku różowa, następnie usiana jest kropkowatemi a nawet dużemi krwawemi wynaczynieniami. Zczasem występują plamy czarnawo-krwawe ze spodem pozba wionym nabłonka lub owrzodzonym. Pętlica kiszki z początku rozdęta, zapada się następnie, stając się miękką i kruchą, gdy plamy stają się ciemnoczerwonemi; przedziurawienie kiszki następuje szybko, jeżeli przeszkoda istnieje nadal. Zawartość kiszki z początku zmieszana z gazami, szara, płynna staje się później podobną do krwi zabarwionej grochówki lub też jest czysto krwawa. Zmiany mikroskopowe bywają różne, zależnie od siły ucisku; sprowadzić się dają do nacieczenia, łuszczenia i w końcu zgorzeli błony śluzowej. Sprawa zgorzeli łączy się ze sprawą wylewu krwawego, a stąd wypływa znaczenie kliniczne wybroczyn krwawych podotrzewnowych. Poszukiwania nad drobnoustrojami dowiodły, że jeżeli zmiany w kiszkach są małe, bez złuszczenia nabłonka, drobnoustrojów wykazać się nie udaje ani w ścianach kiszek, ani też na powierzchni otrzewny. W razie, jeżeli istniało złuszczenie nabłonka, zgorzel błony śluzowej, można wykazać drobnoustroje w błonie śluzowej, w tkance podśluzowej, na powierzchni otrzewny i w naczyniach.

Widocznie nieuszkodzony nabłonek stanowi nieprzezwyciężoną przeszkodę dla przenikania drobnoustrojów; jeżeli ta przeszkoda zniszczona zostanie skutkiem zgorzeli, wówczas drobnoustroje z łatwością przenikają do jamy otrzewny przez błonę śluzową, wzdłuż naczyń chłonnych lub przez naczynia krwionośne.

Wylew krwawy i zgorzel powinny być uważane jako dwa pierwotne współcześnie działające czynniki przy przenikaniu drobnoustrojów do jamy otrzewny. Wybroczyny podotrzewnowe w pętlicach przepuklinowych lub w pętlicach z zamknięciem światła powinny zwrócić baczną uwagę chirurga i dostarczyć cennych wskazań do odpowiednich zabiegów.

Badania dokonane były na świeżych preparatach wziętych natychmiast po operacyi.

(*La Semaine Médicale* Nr. 42. 1896).

Oz. Sadkowski.

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z dnia 25 maja r. b.

TREŚĆ. 1) Kosiński — Przedstawienie preparatu wyciętej śledziony. 2) Ołtuszewski — Przedstawienie chorej z wrodzonym brakiem podniebienia twardego i miękkiego poddanej systematycznemu leczeniu mowy. 3) Przewoski — Jeszcze w sprawie jajnika w torbieli, spostrzeganego przez Boryssowicza. 4) Przewoski — Przedstawienie preparatów anatomo-patologicznych. 5) Groszlik — Odśolna w cewce.

1) U 40-letniej chorej prof. Kosińskiego po wypuszczeniu z jamy brzusznej 12 litrów nagromadzonego w niej płynu surowiczego można było stwierdzić olbrzymie powiększenie śledziony. Ponieważ nie podejrzewano istnienia marskości wątroby, przypuszczano przeto, że puchlina brzuszna jest następstwem albo rozlanego zapalenia otrzewnej, albowież ucisku wywieranego na naczynia przez śledzionę. Badanie krwi (kol. Nencki) wykazało tylko znaczne jej rozwodnienie, bez zmiany stosunku białych i czerwonych ciałek. W dwa tygodnie po wypuszczeniu płynu nagromadził się on w równie znacznej ilości, prof. Kosiński przeto wykonał operację wycięcia śledziony, połączoną ze z naczniemi trudnościami z powodu ol-

brzymio rozszerzonych naczyń śledzionowych. Podczas operacji przekonano się, że wątroba jest marska. Okazana na posiedzeniu śledziona waży półjedenasta funta i ma długości 36 cm.

2) Chora kol. OŁTUSZEWSKIEGO, 19-letnia dziewczyna, posiada wrodzony znaczny brak w podniebieniu twardem i miękkim, silnie rozwinięty walek PASSA-VANT'a, oraz znacznie przerosłe tylne końce dolnych i średnich muszel. Następstwem tych zboczeń była mowa niezrozumiała, z silnie nosowem brzmieniem i z brakiem głosek *w, k, g, t, d, s* oraz pochodnych od nich: *sz, ż, c, cz*. Wobec niezgodzenia się chorej na operację oraz wobec istnienia wydatnych zmian kompensacyjnych w jamie nosogardzielowej kol. OŁTUSZEWSKI przedsięwziął leczenie, polegające na stopniowem wyrabianiu brakujących dźwięków oraz na gimnastyce podniebienia miękkiego w celu usunięcia brzmienia nosowego. Trzymiesięczne takie leczenie spowodowało znaczną poprawę mowy u chorej.

3) Prof. PRZEWOSKI poruszył raz jeszcze przypadek torbieli z jajnikiem, opisywany przez kol. BORYSSOWICZA na posiedzeniu w dniu 29 września i 29 grudnia 1896 r. Ostatecznie po dokładnem rozważeniu i porównaniu wyników swych badań z wynikami badań, dokonanych przez prof. HOYERA, przyszedł on do przekonania, że cały znaleziony w ścianie torbieli twór jest jajnikiem, mało się różniącym od jajnika prawidłowego dorosłej kobiety, a tylko mocno spłaszczonym przez płyn zawarty w torbieli, zawierającym pęcherzyki pierwotne z jajkami młode i pęcherzyki starsze z jajkami, na których odróżnić już można *zonam pellucidam*, zawierającym nadto pęcherzyki GRAAF'a, *corpora lutea* a nawet *corpora fibrosa*; w niektórych tylko pęcherzykach GRAAF'a prelegentowi nie udało się odnaleźć jajek, co zresztą, jak się przekonał, zdarza się i w jajnikach zupełnie prawidłowych.

W dyskusyi kol. KRYSIŃSKI, pozostawiając na uboczu stronę morfologiczną sprawy, podnosi pytanie, zdaniem jego zasadnicze, jaką mianowicie drogą twór ten dostał się do torbieli?

Kol. BORYSSOWICZ w odpowiedzi podnosi wypowiedziane już dawniej swe przypuszczenie, że należy fakt ten uważać jako wadę rozwojową, twór zaś znaleziony na wewnętrznej powierzchni torbieli—za wynik zlania się pierwiastków jajnika z przyjajnikiem, tem więcej, że prof. HOYER oprócz części składowych jajnika znalazł w części obwodowej preparatu elementy przyjajnika.

4) W dalszym ciągu prof. PRZEWOSKI przedstawił cztery okazy anatomo-patologiczne: *a*) u zmarłej w czasie porodu dziewczynki skrócenie krezki prawego jajnika z pociągnięciem zewnętrznego końca jajowodu oraz końca wyrostka robaczkowego; w następstwie tego skrócenia prawy jajnik skutkiem obrzęku i przekrwienia biernego doszedł do wielkości dużego orzecha włoskiego oraz powstało surowiczo - włóknikowe zapalenie otrzewnej z nagromadzeniem się znacznej ilości wysięku; *b*) u 22-letniej suchotnicy z obu jajników powstały torbiele wielkości głowy dziecka. Z nich prawa skutkiem skrócenia szypuły oddzieliła się zupełnie i, przesunawszy się aż w okolice pępka, przyrosła do sieci wielkiej, której naczynia wrastały w nią i dostatecznie odżywiały; zamiast prawego jajowodu pozostał tylko krótki, zaokrąglony na końcu kikut. *c*) u 20-letniej kobiety rozwinęły się z ciałek żółtych trzy torbiele, wielkości od małego ziarnka grochu do orzecha laskowego; ściany ich twarde, grube, bladło-żółte składają się ze zbitej tkanki łącznej; wewnątrz, nie wysłane nabłonkiem, zawiera płyn surowiczy żółtawy; *d*) u 70-letniego mężczyzny z nabłonka błony śluzowej środkowej części prawego oskrzela rozwinął się rak płaskokomórkowy z wytworzeniem wielkiej ilości ciał perłowatych; rak ten wrósł do górnego zraza prawego płuca, skutkiem czego powstała jama wielkości pięści o ścianach rakowato nacieczonych; wtórny rak znajdował się

w lewej nerce; śmierć nastąpiła skutkiem przyłączenia włóknikowego zapalenia prawego płuca.

5) Kol. GROSGLIK wygłosił rzecz p. t. „Odsłoina w cewce“. Sprawa dotyczyła 26-letniego mężczyzny, u którego podczas oddawania moczu po odbytem spółkowaniu wystąpiło silne kłócie w cewce, a następnie ropny z niej wyciek, który mimo leczenia trwał w ciągu 9-ciu miesięcy. Przy badaniu znaleziono: obfity wypływ ropny, nie zawierający gonokoków; bolesne stwardnienie w okolicy kąta moszno-prąciowego; zgłębnik główkowaty elastyczny Nr. 18 nie przechodzi, zgłębnik oliwkowy Nr. 16 przechodzi po pewnym oporze; wziernikiem OBERLAENDER'a dojść do stwardnienia nie było można; zgłębnik metalowy THOMPSON'a wykrył w miejscu stwardnienia ciało obce, którego jednakże nie dało się wyciągnąć szczypczykami COLLIN'a, skutkiem czego mówca przystąpił do cięcia zewnętrznego cewki. Po uspieniu chorego i przemyciu cewki, raz jeszcze spróbował jednakże usunąć ciało obce drogą naturalną i w tym celu wprowadził zamiast kleszczyków łyżeczkę, którą też istotnie udało się wyważyć z miejsca i wydobyć nazewnątrż ciało obce, które okazało się martwakiem długim na $\frac{1}{2}$, szerokim na $\frac{1}{4}$ cala, płaskim, o ostrych nierównych brzegach. Wszystkie objawy chorobowe po dniach paru w zupełności ustąpiły. Na sposób dostania się martwaka do cewki pewne światło rzuciły dopiero wywiady. Mianowicie chory przed 12-tu laty chorował przez cały rok w następstwie silnego uderzenia w okolicę stawu biodrowego lewego, gorączkował, przyczem kończyna zgięta była w stawie biodrowym i kolanowym; stopniowo sprawność obu stawów prawie zupełnie powróciła. Po upływie trzech lat zaczęły tworzyć się ropnie na ramionach, udach i goleniach; z niektórych z nich wydzielaly się martwaki; ropnie te z biegiem czasu pogoiły się zupełnie, pozostawiając tylko zrosnięte z kością blizny. Otóż kol. G. sądzi, że w okolicy stawu biodrowego musiało istnieć zapalenie szpiku kostnego; że martwak mógł się albo odzielić z wewnętrznej powierzchni miednicy w okolicy panewki i następnie przez zrost z pęcherzem dostać się do jego wnętrza, a z niego do cewki; albowież że ogniisko zapalne istniało w okolicy spojenia łonowego i martwak w niem utworzony przedostał się do cewki. W literaturze istnieje opis siedmiu spostrzeżeń podobnych, z których w dwóch przypadkach martwak zależał od zapalenia szpiku kości miednicy, w pozostałych sprawa zapalna odbywała się w okolicy stawu biodrowego. W końcu wspomina prelegent o tych przypadkach znajdowania kości w drogach moczowych, gdzie przyczyną tego były rany postrzałowe, złamanie miednicy, torbiele skóraste zawierające istotę kostną i opróżniające się do pęcherza, wreszcie ciąża zamaciczna.

W dyskusyi kol. STANKIEWICZ uważa za niedostatecznie umotywowane uważanie wydobytej kości za martwak; równie dobrze mogła ona być wprowadzona zzewnątrż.

Kol. GROSGLIK nie odrzuca w zasadzie takiej możliwości; w danym jednakże przypadku nie sądzi, aby tak było.

Prof. KOSIŃSKI przychylił się do zdania prelegenta o powstaniu i naturze martwaka, przypuszczając zapalenie szpiku kości miednicy z objawami ropnicowemi, umiejscowione albo na wewnętrznej powierzchni miednicy mniej więcej w okolicy panewki, albo też na kości łonowej w okolicy przyczepu ciała jamistego prącia.

O ruchu chorych w szpitalu Zapasowym za m. lipiec r. b.

Pozostało z ubiegłego miesiąca chorych 49 (m. 22, k. 27); przybyło w lipcu 127 (m. 62, k. 65); wypisało się 87 (m. 44, k. 43); zmarło 17 (m. 7, k. 10), pozostało na miesiąc następny chorych 72 (m. 33, k. 39).

Ogólna liczba chorych była znacznie większa niż w miesiącu ubiegłym, głównie z powodu znacznego wzmożenia się biegunki krwawej. Chorzy przybywają ze wszystkich punktów miasta. Przebieg choroby nie jest zbyt ciężki. Biegunce krwawej jak dotychczas stale towarzyszy i tyfus brzuszny, który również znacznie częściej występował. Częściej również spotykaliśmy ospę i różę, a znacznie mniej płonicy, odry i tyfusu wysypkowego.

Najliczniejszą rubrykę stanowiła *biegunka krwawa*, której mieliśmy przypadków 34 (m. 20, k. 14), z których 4 zakończyło się śmiertelnie. Chorzy pochodzili z następujących ulic i domów: Tamka 28, Plac Warecki 3 i 8, Nowolipki 63, Łucka 28, Burakowska 11, Chłodna 11 i 3, Dzielna 83; Targowa 1, Pańska 99, Chmielna 78, Twarda 36, Trębacka 13, Podwale 17, Aleksandrya 10, Żelazna 28, Ceglana 7, Grzybowska 74, Nowolipie 67 (4 przypadki), Grójecka 12, Ogrodowa 56, Przyokopowa 17 i 8 przypadków ze wsi i okolic miasta: Tworki, Marki, Pruszków, Osinki, Tarłów, Wola, Mokotów i Koło.

Następną rubrykę liczniejszą niż w ubiegłym miesiącu stanowiła *ospa*, której mieliśmy przypadków 19 (m. 12, k. 7) u dzieci i dorosłych. Śmiercią zakończyło się 7 przypadków (m. 2, k. 5), u chorych nieszczepionych. Chorzy pochodzili z ulic i domów: Sienna 38, Prosta 33, Stare miasto 26 (2 przypadki) i 1, Złota 69, Zgoda 6, Grzybowska 14, Brzozowa 37, Chmielna 2, Freta 51, Wspólna 18 i 24, Szeroki Dunaj 9, Długa 12, Celna 1 i Zakątna 1.

Znacznie więcej niż w miesiącu ubiegłym mieliśmy *różę*: przypadków 21 (m. 5, k. 16) z przebiegiem pomyślnym. Chorzy pochodzili z ulic: Chłodna 11 i 62, Hrubieszowska 3, Marszałkowska 90, Krochmalna 25, Smocza 40, Żórawia 6, Kościelna 14, Browarna 14, Nowolipie 50 i 28, Maryensztat 25, Śliska 41, Miedziana 14, Leszno 47, Orla 12, Plac Warecki (Szpital Dz. Jezus)—3 przypadki, Rybaki 6, Piekarska 12.

Częściej również występował *tyfus brzuszny*, którego mieliśmy przypadków 10 (m. 9, k. 1), z przebiegiem dosyć ciężkim. U 4 chorych zejście było niepomysłne. Chorzy pochodzili po większej części z okolic miasta: Młynarska 11, Olszowa 8, Kawęczyńska 19, Długa 10, Powązki 6, Górczewska 79, Wolska 35, Dobra 54, Mokotowska 41 i m. Ostrołęka.

Z innych chorób zakaźnych mieliśmy 3 przypadki *płonicy* (Brzozowa 43, Wolska 20 i Dzielna 25), 2 przypadki *odry*, z których jeden był niepomysłny; 4—zapalenia płuc włóknikowego; 10—zapalenia migdałów; 6—ostrego niezżytu żołądka i kiszek, oraz po jednym przypadku: *tyfusu wysypkowego* (Nowolipie 23) i *zimnicy*.

Z niewłaściwie do nas skierowanych chorych mieliśmy po 2 przypadki: niezżytu kiszek i płuc, *myocarditis* i zapalenia nerek, oraz po jednym: pokrzywki, ropnia goleni i ostrego otrucia alkoholem.

Biletów odmownych chorym niekwalifikującym się do szpitala Zapasowego wydano 23 (m. 8, k. 15).

Rewakcynacyi w miesiącu ubiegłym dokonano 81 (m. 40, k. 41).

J. Sz waj cer.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= BOISSARD wylicza środki lekarskie, które nie powinny być podawane kobietom karmiącym. Wchodzą tu środki drażniące, żółciopędne, naparstnica, pilokarpina, alkohol, szparagi, preparaty arszeniku; ostrożnym należy być z mawkowcem, rzewieniem; antypiryna może być zastosowana w koniecznym wypadku. Dyeta wyłącznie mleczna jest szkodliwa, należy ją tylko stosować w przypadkach przejściowego białkomoczu. (Journ. de pratic. V. 97).

= STRAUSS, stosując ze skutkiem mocznicznik w celach moczopędnych, wpadł na pomysł, czyby nie można było zwiększać diurezy, pobudzając ustrój do wydalania mocznika. Ponieważ organiczne sole amonu przechodzą w ustroju prawie całkowicie w mocznik, podawał S. chorem węglan amonu w dawce 10,0 — 20,0 *pro die*, przyczem ilość wydalanego moczu dochodziła do 4000 cm. dziennie. Środek ten był dobrze znoszony, tylko w kilku przypadkach chorzy skarżyli się na nudności i niesmak. (Ctrbl. f. inn. Med. Nr. 21. 97).

= W Tow. lek. parysk. ONDIN i BARTHELEMY przedstawili szereg fotografii według RÖNTGEN'a rąk i nóg chorych na dnę oraz przewlekły gościec stawowy. Prawidłowa chrząstka przepuszcza promienie X, wskutek czego końce kości przedstawione na fotografii czarno, są oddzielone w miejscach odpowiadających chrząstkom jasną smugą szerokości od 1—3 mm. U osób chorych na dnę smugi te są zachowane, w przewlekłym zaś gościcu stawowym prędko znikają. (Journ. de clinique 10. VI. 97).

= VIERORDT zachwala działanie preparatów jodu w miażdżycy i uważa za niesłuszne zaniechanie tej metody w Niemczech. Podczas pięcioletniego stosowania tego środka autor nigdy nie spostrzegł zaburzeń żołądkowych, schudnięcia, białkomoczu; stosuje V. jodek sodu początkowo w małych dawkach, po woli zaś dochodzi do 3,0 *pro die*; przerwy w leczeniu są raz na miesiąc tygodniowe. (Kongr. lek. niem. 10. VI. 97).

= ZANGGER przekonał się o dobrem działaniu małych dawek kreozotu w niezżytach jelit u dzieci; zaburzenia żołądkowe i biegunka szybko znikają. Przepisuje autor: *creosoti fagi gtt. III., alcohol. 1,0, pot.gummosae 100,0*. DŚ. łyżeczka trzy

razy dziennie bezpośrednio przed jedzeniem. (Semaine méd. Nr. 30 97).

= JACCoud zwraca uwagę na to, że salicylan sodu może sprzyjać rozwojowi chorób mózgu, dlatego też przy leczeniu gościca stawowego należy zaprzestać stosowania preparatów salicylowych z chwilą, gdy zjawia się nawet nieznaczne bredzenie. (Journ. de méd. et de chir. 10. II. 97).

= PFEIFFER i KOLLE dowiedli już, że szczepiąc ludziom cholere według metody HAFKINE'a, wywołujemy pojawienie się u nich we krwi swoistych związków bakteryobójczych (ale nie antytoksyn). Takie same związki swoiste można wykryć u ludzi, którzy przebyli tyfus brzuszny. Teraz dowiedli autorzy, że te same związki pojawiają się we krwi ludzkiej, skoro pod skórę wprowadzić osłabioną przy 56° szczepionkę bulionową. Zjawia się wtedy krótkotrwały odczyn ogólny, a krew nabywa w kilka dni swoistych własności bakteryobójczych. Kto wie, czy sposób ten nie przydałby się do masowego uodparniania ludzi wobec grożącej epidemii tyfusu np. podczas wojny. (Deut. Med. Woch. 1896. Nr. 46).

= FINCKELSTEIN spostrzegł cały szereg mniej lub więcej ciężkich zapaleń pęcherza w przebiegu rozmaitych poważniejszych chorób ogólnych u ssawców. Przyczyną był prawie zawsze lasecznik okrężnicy. Zaprzecza to przedewszystkiem mniemaniu, jakoby zapalenia pęcherza u dzieci były rzadkością, a powtórę wobec tego, że ogromną większość chorych stanowiły dziewczynki, co budzi przekonanie, że parazyty dostały się do pęcherza z pochwy, przekonywa, iż należy staranniejsz niż dotąd obchodzić się z narządami płciowymi chorych dziewczynek. (Centr. f. Bakt. XXI. Nr. 1).

= HIPPEL zaprzecza przekonaniu, by *keratitis parenchymatosa* była zawsze wynikiem zakażenia przymiotowego. Przymiot jest najczęstszą lecz nie jedyną przyczyną, niewątpliwie bowiem wywołuje to cierpienie gruźlica, rzadziej gościec i zimnica. (Centr. f. Bakt. XXI. Nr. 1).

= Odkryto nowe ognisko trądu w Europie; są to zakątki na Melwli, wyspie dalmackiej i niektóre miejscowości w

Bosnii i Czarnogórze. Jak się okazuje, niema chyba państwa w Europie, któreby było zupełnie wolne od trądu, a co więcej, z coraz liczniejszych spostrzeżeń wynika, że trąd zaczyna się rozszerzać. (Arch. f. Derm. u. Syph. T. 34. i 36.)

== AXENFELD stwierdził słuszność poszukiwań MORAX'a nad zakaźnem pochodzeniem pewnej postaci zapalenia nieżyłowego łącznicy o przebiegu przewlekłym. Cierpienie nigdy nie bywa ostre, dotyka obu oczu, choć nie w jednym stopniu i nie zawsze jednocześnie, a polega na zaczerwienieniu brzegów powiekowych, zwłaszcza u kąta wewnętrznego, gdzie też zbiera się wysięk szarozłotawy, lepki, głównie podczas nocy. Choroba nie ma skłonności do samodzielnego wyleczenia; najlepiej działają wkraplania siarczanu cynku 8,0: 100,0, lepiej od sublimatu lub azotanu srebra. Przyczynę choroby stanowią krótkie, dość grube podwójne laseczki, chętnie układające się w nitki. Hodują się ze znaczną trudnością i wyłącznie na pożywkach zawierających surowicę, najlepiej ludzką czy to ze krwi, czy z płynów wysiękowych lub przesiekowych. Laseczki nie mają otoczek i odbarwiają się według metody GRAM'a; dzięki pierwszej okoliczności łatwo je odróżnić od laseczki FRIEDLAENDER'a i pokrewnego laseczka *ozaenae*. Wyhodować je pomimo masowej obecności w worku łącznicowym niekiedy trudno z powodu tego, że rozwijają się powoli i zagłuszane bywają przez inne pasorzyty. Zwierzęta są bezwzględnie odporne. Szczepień u ludzi dokonano pomyślnie. Z ustąpieniem choroby pasorzyty znikają. W ten sposób odkryta została nowa postać zakaźnego (i zaraźliwego) zapalenia łącznicy, do których zaliczano nieżyt ostry wskutek laseczki KOCH-WEEKS'a, zapalenie rzeżączkowe i mało zaraźliwe zapalenie pneumokokowe. Opisali jeszcze dwa pasorzyty BACH i GELPKE, badania ich jednak winny być jeszcze sprawdzone. (Centr. f. Bakt. XXI. Nr. 1). Ż.

== CADIOT wykazuje, jak często wbrew powszechnemu mniemaniu chorują na gruźlicę psy. Dokładne badanie stwierdza, że cierpienia uważane u nich za raki są przeważnie gruźlicą. Koty również często ulegają gruźlicy, gdy zaś

zwrócimy uwagę, w jak ścisłym stosunku domowym znajduje się człowiek z temi zwierzętami, to łatwo pojmujemy, jak często drobne zwierzęta mogą się stać rozsądnikami zarazy. (Sem. méd. 1899 str. 462).

== RONDELLI i BUSCALIONI podają nowy sposób barwienia lasieczników gruzliczych. Zwykły cienki preparat płwociny zabarwia się płynem ZIEHL - NEELSEN'a a odbarwia wodą JAVELLE'a. Tę ostatnią przygotowuje się w sposób następujący: 6 gr. podchlorku wapnia wtrząsa się z 60 gr. wody i stawia na dwie godziny w dobrze zamkniętej flaszcze. W innem naczyniu rozpuszcza się 12 gr. węglanu sodu w 40 gr. wody, filtruje i miesza z płynem poprzednim, znów się filtruje i przechowuje w niebieskiem dobrze zatkanem naczyniu. Preparat odbarwia się dotąd, póki barwa jego nie stanie się brunatno - żółtą. Powtórnie zabarwiać nie trzeba; laseczki są czerwone na tle brunatno-żółtem. (Centr. f. Bakt. XXI. Nr. 2). Ż.

== THIELE dokonał w klinice LEYDEN'a 60 nakłóc leżdziowych u 32-ch chorych i dochodzi do wniosku, że jest to bezwarunkowo nader doniosły zabieg pomocniczy w rozpoznawaniu, prócz tego zaś ma prawdopodobnie leczniczą wartość w zapaleniach opon mózgowych z wysiękiem surowiczym lub surowiczoropnym oraz w zaburzeniach mózgowych przy błednicy. (Deut. med. Wochen. Nr. 24. 97).

== SANDER-BRUNTON zwraca uwagę na ważność częstego mierzenia ciepłoty w celu rozpoznania zapalenia wsierdza. Jeżeli krzywa temperatury podobna jest do krzywej w zimnicy z napadami codziennymi, objawów zaś zimnicy ani też ropienia niema, najprawdopodobniejsze będzie rozpoznanie zapalenia wsierdza pomimo braku śmierów sercowych. Ciepłotę należy mierzyć co cztery godziny. (Edinb. med. Journ. V. 97).

== Doświadczenia SABRAZES'a i RIVIÈRE'a wykazują, że aglutynacyjne działanie na bakterye tężca posiada surowica chorych ludzi i zwierząt oraz surowica zwierząt uodpornionych przeciw tężcowi; surowica prawidłowa ludzi i psów, surowica przeciwbłonicza i przeciwgronkowcowa działania aglutynacyjnego nie wywierają. (Soc. de Biologie. S. 26. VI. 97). M. B.