

MEDYCYNA.

CHASOPISMO 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 drobnem pismem lub za jego miejsce kop. 10. Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracja „Medycyny”. — W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 38.

Adres Wydawcy: Złota Nr. 14.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ. Prace oryginalne. Uwagi o rozpoznawaniu klinicznym nerwic urazowych oraz ich udawania (symulacji). Podał A. Tumpowski (Łódź). — Rzadkie spostrzeżenie automatycznej rytmicznej czynności serca 14-tygodniowego płodu ludzkiego aż 3 godziny po śmierci jego trwającej. Podał Fr. Neugebauer. — **Streszczenia i wyciągi.** 169. Sprawozdanie z przypadków dżumy, zaszłych w Wiedniu. 170. Pierwotna gruźlica nerki. 171. Guzy przynerkowe. 172. Sprawy ropne trzustki i ich leczenie. 173. Przyczynek do nauki o „ischochymii” (rozstrzeni żołądka). 174. O rozpoznawaniu rzeżączki u kobiet. — **Drobniejsze wiadomości różnej treści.** — **Ogłoszenia.**

„Medycyna“

GAZETTE MEDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r A. Tumpowski — Sur le diagnostic des neuroses traumatiques et leur simulation. 2) D-r Fr. Neugebauer — Une observation rare d'une automatique et rythmique action de coeur chez un fœtus de 14 semaines durant 3 heures après la mort de celui-ci.

Redaction: Dr M. Sadowski. Varsovie — Rue Kr. k. Przedm. 7.

„Medycyna“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r A. Tumpowski — Ueber die klinische Diagnose der traumatischen Neurosen und ihre Simulation. 2) D-r Fr. Neugebauer — Eine seltene Beobachtung automatischer rhythmischer Herzthätigkeit bei einem 14-wöchentlichen Fœtus, welche 3 Stunden nach dessen Tode anhält.

Redaction: Dr. M. Sadowski. Warschau — str. Krak.-Przedm. 7.

UWAGI O ROZPOZNAWANIU KLINICZNEM NERWIC URAZOWYCH oraz ich udawania (symulacji).

Podał

A. TUMPOWSKI (Łódź).

(Według odczytu wygłoszonego na posiedzeniu Łódzkiego Towarzystwa Lekarskiego d. 5. X. 1898).

W obszernym dziale cierpień nerwowych czynnościowych najdonioślejsze może pod względem praktycznym znaczenie mają przypadki, które ze względu na swe pochodzenie zostały wyodrębnione w oddzielną grupę pod nazwą „nerwic urazowych”. Jak już nazwa sama, bardzo ogólna i zbiorowa, wskazuje, mamy tu do czynienia ze stanami zaburzeń czynnościowych układu nerwowego, bardzo rozmaicie się przedstawiającymi pod względem objawów i przebiegu; łączą się one jedynie wspólnem pochodzeniem, mianowicie, powstawaniem pod wpływem mniej lub więcej gwałtownego urazu fizycznego, połączonego z wstrząśnieniem duchowem. Praktyczna doniosłość tych przypadków dla lekarza polega na tem, iż pełni on zarazem wobec chorych tych czynność rzeczoznawcy i od wydanego przezeń orzeczenia zależy często w znacznym stopniu los uszkodzonej osoby. Ze względu na to znaczenie nerwic urazowych pozwolę sobie zwrócić uwagę Sz. Panów na tę postać

chorobową, której jeden przypadek opisałem przed niespełna rokiem („Medycyna“ Nr. 51, z r. 1897). Przedewszystkiem zaś postaram się dokładniej zilustrować obraz kliniczny tego cierpienia opisem kilku nowych spostrzeganych przeze mnie przypadków.

Spostrzeżenie 1. Paweł H., 20-letni robotnik, był u mnie po raz pierwszy d. 24. VIII. r. b., uskarżając się na drżenie lewej ręki, przeszkadzające mu w pracy i powstałe podobno po podniesieniu przed 8 miesiącami znacznego ciężaru. Zaczął wtedy odczuwać ciągnięcie i drętwienie dłoni i przedramienia, od 3 zaś miesięcy wystąpiło drżenie lewej górnej kończyny, wskutek którego od 5 tygodni nie może już pracować. Dotychczas nigdy nie chorował, tylko przed kilku laty cierpiał na bóle głowy, które zmusiły go na pewien czas porzucić pracę. Dziedzicznie obciążony nie jest, nadużyć wyskokowych nie popełniał.

Status praesens. W lewej górnej kończynie występują niemal bez przerwy drgawki kloniczne, zmniejszające się, gdy chory opiera rękę o stół lub kolano, lub gdy uwaga jego jest skierowana na coś innego, np. podczas rozmowy. Przy wykonywaniu ruchów dowolnych drgawki nie ustają, stają się jednak słabsze. Drgawkom ulegają wszystkie mięśnie kończyny: występują one naprzemian i bez żadnej prawidłowości w mięśniach barku, ramienia, przedramienia i dłoni, wywołując zbliżanie lub oddalanie się ramienia od tułowia, zginanie lub wyprostowywanie przedramienia, dłoni i palców, ruchy nawrotne i wywrotne dłoni i t. d. Skurcze są szybkie, oscylacje wykonywanych ruchów rozmaitej wielkości. Kończyna górna lewa żadnych zaników mięśniowych, ani zmian odżywczych na skórze nie przedstawia; paluszek jest odprowadzony od pozostałych palców i nie może być do nich zbliżony. Czucie dotykowe, bólowe i ciepłotne na dłoni lewej prawie zupełnie zniesione, znacznie też osłabione na przedramieniu, nieco mniej, lecz również wyraźnie na ramieniu, w jamie nad- i podobojczykowej i na górnej części łopatki lewej. Gruba siła mięśniowa kończyny tej znacznie zmniejszona, przyczem owo osłabienie ogarnia w jednakowym stopniu mięśnie ramienia, przedramienia, dłoni i palców. Po za opisanymi zmianami brak zaburzeń czucia, ruchu i narządów zmysłów wyższych. Odruchy kolanowe i Achilles’a z obu stron znacznie wzmożone; po lewej stronie występują nawet mocne drgawki kloniczne stopy przy rozciąganiu ścięgna Achilles’a (*Fussclonus*).

Na skórze piersi i grzbiecie występuje wybitna dermatografia: litery, napisane rączką młotka perkusyjnego występują wypukłe i czerwono i pozostają widoczne przez kilkanaście minut.

Tętno prawidłowe, dość miękkie, około 100 uderzeń na minutę.

Badanie prądem faradycznym wykazuje prawidłowe oddziaływanie mięśni i nerwów kończyny górnej lewej. Prąd galwaniczny wywołuje skurcze prawidłowe, lecz po stronie lewej trzeba zastosować mocniejszy prąd dla wywołania minimalnych skurczów, tak np. z punktu ERB’a po prawej stronie skurcz odpowiednich mięśni zjawia się przy 1 MA, a po lewej przy 2 MA, od nerwu promieniowego prawego przy 3 MA, lewego przy 5 MA. od mięśnia naramiennego prawego przy 3 MA, lewego przy 4 MA.

Mocz białka ani cukru nie zawiera.

Dominujący u chorego objaw stanowią więc drgawki kloniczne górnej lewej kończyny, podobne na pozór do płasawicznych, których jednak ze względu na towarzyszące im objawy ogólne i miejscowe (pareza i znieczulenie kończyny, wzmożenie odruchów, dermatografia), nie można zaliczyć do płasawicy,

ani do t. zw. *myclonus* lub drżączki porażennej, ani wreszcie postawić w zależności od jakiegokolwiek cierpienia ośrodków nerwowych natury organicznej (stwardnienie rozsiane, padaczka częściowa). Są one bezwątpienia pochodzenia czynnościowego, ze względu zaś na bezpośrednią przyczynę należy je zaliczyć do nerwicy urazowej lub, dokładniej się wyrażając, histeryi urazowej. Podobny do opisanego jest przypadek SCHNABL'a; u przedstawionego przezeń chorego po podniesieniu ciężaru zjawiły się drgawki mięśnia mostkoobojczykosutkowego i mięśni brzusznych. U naszego chorego występuje też w obrębie zajętej sprawą chorobową kończyny osłabienie pobudliwości galwanicznej, które RUMPF uważa za znamioną cechę nerwic urazowych, jest ono jednak w naszym przypadku zbyt słabo wyrażone, aby mu można było znaczenie takie przypisywać.

Sp o s t r z e ż e n i e 2. Luiza J., 24-letnia robotnica, była u mnie 8.VIII. 1898 r., uskarżając się na osłabienie prawej górnej kończyny, wskutek czego trudno jej pracować. Przyczynę tego osłabienia chora upatruje w tem, iż przed 4 miesiącami spadła ze schodów; potłukła sobie wtedy prawy łokieć i jak mówi, zaraz po wypadku wystąpiło jakieś wgłębienie (?) nad obojczykiem prawym. Zarazem zaczęła doznawać w tej ręce uczucia „obumarcia“ i zdrętwienia, która trwa dotychczas. Po za tem wywiady nie dostarczają nic godnego uwagi.

Status praesens. Prawy bark jest nieco opuszczony w porównaniu z lewym; żadnych jednak zmian w stawie, kościach, mięśniach i skórze w okolicy tego stawu wykryć nie można. Siła mięśniowa kończyny prawej znacznie mniejsza, niż lewej. Przy wykonywaniu ruchów biernych z oporem chora odczuwa ból w kończynie. W płucach zmian niema. Pierwszy ton u wierzchołka serca nie zupełnie czysty, wymiary serca prawidłowe, tętno 70—80 na minutę. Wątroba i śledziona nie wymacują się.

Badanie czucia wykazuje znaczne obniżenie czucia dotykowego i bólowego na całej prawej połowie ciała włącznie z kończynami. Narządy zmysłów wyższych funkcjonują prawidłowo. Pobudliwość mechaniczna mięśni kończyn górnych wzmożona: lekkie uderzenie wywołuje energiczny skurcz mięśni. Odruchy kolanowe wzmożone. Przy badaniu prądem elektrycznym nerwy i mięśnie zachowują się prawidłowo.

Sp o s t r z e ż e n i e 3. Władysław K., lat 30, zgłosił się do mnie dnia 19. IV. 98. z powodu niezdolności do pracy, powstałej wskutek wypadku, który miał miejsce w fabryce 3 miesiące temu. Mianowicie korek u kotła lokomotywy wyskoczył i wydobywająca się pod ciśnieniem 9 atmosfer para oparzyła mu głowę, twarz, obie ręce. K. po oparzeniu upadł i stracił przytomność. Dwa tygodnie leżał w szpitalu aż do zagojenia się oparzeń. Gdy zaczął znowu pracować, wystąpił ból głowy, szum i zawrót, drżenie, bezsenność, bicie serca, uczucie omdlewania, ciągnięcie w łydkach; po nocach budził się często z uczuciem strachu i doznawał wrażenia, jakby go coś uderzało w piersi z gwałtowną siłą. Wszystkie te objawy występowały najmocniej podczas pracy. Przed kilku tygodniami skaleczył sobie paluch lewej ręki o pas transmisyjny i obecnie nie może ruszać tym paluchem.

Chory jest żonaty, ma dwoje dzieci, dziedziczością chorobową obarczony nie jest. Przed 5 miesiącami cierpiał na kaszel z krwiopluciem i z tego powodu przez pewien czas nie pracował. Gdy objawy te minęły, został przeniesiony do oddziału fabryki, w którym praca była lżejsza. Obecnie wcale, po-

dobno, pracować nie może. Łaknienie ma słabe, stolec co drugi dzień, mocz musi natychmiast oddać, gdy poczuje potrzebę.

Status praesens. Wygląd cierpiący, odżywianie upośledzone. Przy dłuższem wpatrywaniu się w jeden punkt występuje zawrót głowy. Obustronne koncentryczne zwężenie pola widzenia na kolor biały, znalezione bez badania perymetrem. Ruchy gałek ocznych prawidłowe; źrenice równe, oddziałują prawidłowo. Drżenie powiek przy zamykaniu oczu. Twarz symetryczna. Bolesność przy opukiwaniu prawej połowy głowy, w obrębie której występuje też obniżenie czucia dotykowego i bólowego. Brak odruchu gardzieli. Prócz tego na całej lewej połowie tułowia i na lewych kończynach istnieje obniżenie czucia dotykowego i bólowego, najwyraźniejsze na dolnej kończynie. Odruchy kolanowe i stopowe są znacznie wzmożone, po obu stronach występuje wybitny *Patellarclonus* i *Fussclonus*. Odruchów podeszwowych nie można wywołać. W sercu, płucach i narządach jamy brzusznej zmian nie odnaleziono. Tętno 100—120 uderzeń na minutę. Mocz nie zawiera białka.

Ponownie widziałem K. po upływie 4 miesięcy. Część tego czasu spędził na wsi, gdzie czuł się lepiej. Od miesiąca zaczął znowu pracować w fabryce i wskutek tego dawne dolegliwości wróciły ze zwiększoną siłą. K. czuje się słabym, absolutnie niezdolnym do pracy i takie też wrażenie wywiera na pierwszy rzut oka. Badanie nie dostarcza nowych danych: czucie jest bardziej zmienione, niż 4 miesiące temu; przy drażnieniu podeszwy stopa się nie porusza, lecz występuje energiczny skurcz mięśnia trójgłowego uda. Badanie prądem stałym i zmiennym nie wykazuje zmian żadnych. Podczas badania K. zbladł, wargi mu zbielewały, zachwiał się i niemal upadł z krzesła; przypisuje on to osłabieniu i objaśnia, iż ostatnimi czasy miewał kilkakrotnie takie napady.

Chory ten, jak widzimy, dotknięty jest poważnemi i uporczywemi zaburzeniami czynności układu nerwowego, które jeśli nie w całości, to bezwątpienia w znacznej części powstały w następstwie opisanego wypadku fabrycznego i odebrały choremu możność oddawania się pracy. Na obraz chorobowy złożyły się w tym przypadku objawy histeryi (zwężenie pola widzenia, znieczulenie dotykowe i bólowe) oraz neurastenii (osłabienie ogólne, bóle i zawroty głowy, wzmożenie odruchów, brak łaknienia i t. d.), a wreszcie zaburzenia psychiczne w postaci prześladowającej go reminiscencji wypadku.

Możnaby ten przypadek zgodnie z niezbyt zresztą udatną klasyfikacją STRÜMPELL'a zaliczyć do nerwic urazowych ogólnych, gdy dwa poprzedzające przypadki bardziej odpowiadają nerwicom miejscowym tego autora.

Podobne do poprzedniego jest też spostrzeżenie 4. Dotyczy ono 40-letniego kowala, który, podniósłszy przed 4 laty znaczny ciężar, poczuł trzaśnięcie i mocny ból w krzyżu. Wskutek tego musiał się do łóżka położyć na 4 tygodnie, poczem ból zmniejszył się i poszkodowany wrócił do pracy. Po upływie pół roku, gdy znowu podnosił ciężar, ból się na nowo wzmógł i na 3 tygodnie pozbawił go możliwości pracy. Od tego czasu dotychczas zupełnie zdrowy i atletycznie zbudowany mężczyzna wciąż doznaje tego bólu, który mu przeszkadza w ruchach, i czuje się znacznie słabszym. Nigdy dawniej nie chorował. Od wielu lat pija codziennie po 2—3 kieliszki wódki, a niekiedy i piwo. Widziałem go po raz pierwszy d. 3. IX. 98 r.

Status praesens. Budowa silna, odżywianie umiarkowane. Twarz niezupełnie symetryczna, mianowicie prawa brózdka nosowargowa płytsza. Powieki mocno drżą przy zamykaniu oczu. Odruch gardzieli osłabiony. Język wyciągnięty drży. Górne kończyny, wyciągnięte przed siebie, podlegają również

drzeniu; siła ich względnie do budowy osobnika jest znacznie zmniejszona. Odruchy kończyn górnych żywe. Tętno stale około 120 na minutę. Narządy wewnętrzne bez zmian. Odruchy stopowe i kolanowe są wzmożone, po obu stronach występuje wyraźny *Patellarclonus*. W obrębie czucia wykazać się daje ogólna nadczułość bólowa, najwybitniejsza w dolnej części kręgosłupa, która na przestrzeni od 8 do 11 kręgu grzbietowego jest mocno bolesna przy ucisku. Ruchy kręgosłupa nie są ograniczone, lecz towarzyszą im mocne bóle w wymienionej jego części.

Mocz nie zawiera białka ani cukru. U powyższego chorego, do bólów neuralgicznych, czy też myalgicznych, powstałych po urazie, przyłączyły się następnie objawy ogólnej nerwowości (osłabienie, drżenie języka, powiek i rąk, wzmożenie odruchów, zmiany czucia i t. d.), przy wytwarzaniu się których współdziałał prawdopodobnie do pewnego stopnia i alkoholizm, uraz zaś odegrał tylko rolę przyczyny wywołującej.

Przytoczone cztery spostrzeżenia wykazują dostatecznie, iż zaburzenia czynnościowe układu nerwowego, powstające po urazie, nie przedstawiają cech tak znamienych, abyśmy z nich mogli zaczerpnąć podstawę do utworzenia oddzielnej grupy klinicznej nerwic urazowych. Przyznać raczej należy słuszość autorom francuskim, którzy odrębności tej przeczą, wpadają natomiast w inny błąd, który popełnia też MÖBIUS, utożsamiając nerwice urazowe z histeryą, gdy do obrazu nerwic urazowych wchodzi też niemniej często objawy neurastenii oraz objawy czysto psychiczne. Wychodząc z tego samego założenia NONNE proponuje do tych przypadków stosować nazwę histeryi urazowej lub neurastenii urazowej, pozostawiając nazwę nerwicy urazowej dla tych tylko przypadków, których objawy nie dadzą się objąć żadną z tych nerwic. Sprawa odrębności klinicznej nerwic urazowych, której gorliwym rzecznikiem był i jest OPPENHEIM, była przed laty dziesięciu przedmiotem ożywionej dyskusji na zjazdach i w prasie lekarskiej.

Zdanie OPPENHEIM'a znalazło mało poparcia, i przeciwko niemu wypowiedzieli się nie tylko autorzy francuscy, ale i wielu niemieckich uczonych, jak SCHULTZE, SEELIGMÜLLER, MENDEL i inni. Sam termin jednak został ogólnie przyjęty w sensie, określonym niedawno przez STRÜMPFEL'a, jako zbiorowa nazwa dla rozmaitych cierpień (histerya, neurastenia i in.), powstających na tle urazu, nie zależnych jednak od bezpośredniego mechanicznego działania tego czynnika, tylko od wywoływanych przezeń stanów zaburzenia świadomości. Jedyny niemal objaw, roszczący sobie prawo do pewnej odrębności, stanowią zmiany oddziaływania elektrycznego, znalezione przez RUMPF'a i nazwane przezeń odczynem traumatycznym. Występowanie tych zmian nie jest jednak bezwątpienia prawidłem w nerwicy urazowej i sądzę nawet, iż są one bardzo rzadkie: co do mnie, u żadnego z opisanych chorych, ani też u 3 innych nie mogłem stwierdzić tego objawu. Niektórzy wspominają o charakterystycznych dla nerwicy urazowej zmianach psychicznych, nie są one jednak bynajmniej stałe ani typowe i w większości przypadków nie różnią się niczem od nastroju histerycznego lub neurastenicznego. Stałości i uporczywości objawów nerwic urazowych nie można również uważać za właściwe dla tej tylko grupy zaburzeń czynnościowych, gdyż i objawy czysto histeryczne mogą być bardzo uporczywe: przykurczenia i porażenia histeryczne są zwykle bardzo długotrwałe, i wogóle histerya u mężczyzn traci tę cechę kapryśności i zmienności, jaką się odznacza to cierpienie u kobiet.

(C. d. n.).

Z ODDZIAŁU GINEKOLOGICZNEGO WARSZAWSKIEGO SZPITALA EWANGIELICKIEGO.

RZADKIE SPOSTRZEŻENIE
AUTOMATYCZNEJ RYTMICZNEJ CZYNNOŚCI SERCA
14-tygodniowego płodu ludzkiego
aż 3 godziny po śmierci jego trwającej.

Podał

FRANCISZEK NEUGEBAUER

Ordynator oddziału.

Niedawno profesor Marburskiego uniwersytetu AHLFELD w Nr. 13 czasopisma: „Zeitschrift für praktische Aerzte“ ogłosił cztery spostrzeżenia oddechania noworodków po zaprzestaniu czynności serca, dodając że fenomenowi tego do dziś dnia jeszcze nikt inny nie spostrzegął, gdy dalsze trwanie czynności serca po zaprzestaniu oddechania ma być zjawiskiem dosyć pospolitem*).

Otóż niedawno i ja miałem sposobność spostrzegania rzadkiego również dla fizjologa, jak i dla każdego lekarza ciekawego zjawiska, dotyczącego płodu ludzkiego.

W lipcu 1898 r. zapisała się do oddziału ginekologicznego szpitala Ewangelickiego 45-letnia dotąd bezdzietnie zamężna chora, u której rozpoznałem ciążę zamaciczną około 14 tygodni z żyjącym płodem.

Płód był nader wyraźnie wyczuwalny przez prawostronne boczne sklepienie pochwy, można nawet było dokładnie wymacać główkę jego i, naciskając palcem, wywołać wklęsnięcie kości czaszki—wklęsnięcie to wnet wyróżniało się pod palcem przy zaprzestaniu ucisku, a nawet można było przy tem słyszeć szmer odpowiedni, który zdemonstrowałem moim asystentom. Jama macicy była próżna, zgłębnik wykazywał długość jej 10 ctm. Miesiączki nie miała chora od przeszło trzech miesięcy, do szpitala zaś przybyła wskutek ustawicznych bólów po stronie prawej brzucha przy oddawaniu moczu, stolca i t. d. Obok macicy po prawej stronie wyczuwał się guz wielkości pięści, nieruchomy, bolesny na dotyk i jakby chęlboczący. Macica była uniesiona ku górze, tak że nad spojeniem łonowem przewyższała guz. Macica mało ruchoma, odsunięta ku stronie lewej, *in lateroversione sinistra*. Z wywiadów nie mogłem się dowiedzieć, czy nie odeszła czasem przez pochwę błona doczesna. Ściany brzuszne były bardzo otyłe, nie było zaś rozejścia się mięśni prostych brzucha, ponieważ chora nigdy nie rodziła dotąd. W dzień wyjazdu mego za granicę musiałem przystąpić do operacji, ponieważ chora się gwałtownie domagała interwencji, aby nareszcie pozbyć się bólów. Przystąpiłem zatem do cięcia brzuszego przy ułożeniu chorej w położeniu obwisłem

*) Według Milne Edwards'a (Leçons sur la Physiologie et l'Anatomie comparée de l'homme et des animaux. Tome IV, p. 144. Paris. 1859) u psów, otrutych jadem upas antlar, ustaje czynność serca, a jednak oddechanie trwa dalej, u żaby po otruciu cupro sulfurico również ustaje czynność serca, a trwają dalej ruchy kończyn, a nawet występują silne dławkowe ich ruchy.

TRENDELENBURG'a. W jamie brzusznej ujrzelismy macicę powiększoną, całe *cavum Douglasii* było zakryte przez pętle кишки cienkiej, z tylną ścianą macicy na wysokości jej dna pozrastane. Przydatki lewej strony prawidłowe. Przydatków prawej strony nie można było ujrzeć, ponieważ leżały w głębi miednicy, a na nich leżał krwistek niedawnego pochodzenia. Widoczny był jedynie szczyt tego krwisteku w kształcie pasma około 7 ctm. szerokości. Krwistek ten sklejał pętle кишки cienkiej z tylną ścianą macicy i tylną powierzchnią więzu szerokiego. Dostęp do pola operacyjnego był jaknajgorszy, pomimo położenia TRENDELENBURG'a, wskutek otyłości ścian brzusznych i skurczów mięśni prostych brzucha; wobec niedobrej w dodatku narkozy, co chwila przerywanej wymiotami— nie próbowałem wcale iść dalej drogą górnego cięcia brzuszego, tembardziej, że kilka lat temu, operując w równie niekorzystnych warunkach, chorą jedną przy również żywym płodzie zamacicznym niestety straciłem. Wiadomem jest, że niebezpieczeństwo krwotoku jest zupełnie inne i nierównie większe, jeśli operować przy żywym płodzie, niż gdy płód już obumarł, i krążenie krwi w łożysku już ustało, o czym miałem dosyć sposobności przekonać się, gdyż dokonałem przeszło trzydzieści pięć operacji w ciąży zamacicznej w najróżniejszych okresach ciąży, przy najróżniejszym umiejscowieniu jaja płodowego i t. d. Ponieważ dalej nigdy prawie z góry przed otworzeniem jamy brzusznej z zupełną dokładnością rozpoznać nie możemy, gdzie łożysko się znajdzie usadowionem, tembardziej wypada przy operowaniu ciąży zamacicznej przy żywym płodzie postępować jak najostrożniej. Otóż, opierając się na własnem bogatym doświadczeniu w takich przypadkach, zdecydowałem się jamę brzuszną odrazu zaszyć, nie próbując nawet oddzielania kiszek od przydatków macicznych i tylnej ściany macicy, sądząc, że niebezpieczeństwo operacji będzie mniejsze przy wydobyciu płodu przez pochwę i ewentualnem pozostawieniu łożyska *in situ* dla samowolnej późniejszej eliminacji jego—podobnie jak postąpił kolega BORYSSOWICZ w roku zeszłym, operując wspólną naszą pacjentkę panią X. w 6 miesiącu ciąży zamacicznej, jak się okazało, międzywiewądlowej. Kolega BORYSSOWICZ wtenczas cięciem na bocznem sklepieniu pochwy odrazu natrafił na główkę przeszło 5-miesięcznego płodu — co prawda niespodziewając się tego. Wytrysk mózgu z rany dopiero ujawnił, że zrobiono bezwiednie wymóżdżenie płodu. Płód wydobyto w całości i jamę jaja czyli legowisko płodu wytamponowano. Łožysko powoli się wydzieliło w następstwie, i chora bardzo szczęśliwie przeżyła cały okres pooperacyjny.

Doświadczenie, którego nabralismy wtenczas przy operacji przez kolegę BORYSSOWICZA dokonanej, przydało mi się teraz. Czując jaknajwyraźniej główkę płodu oddaloną od światła pochwy zaledwie warstwą tkanek kilku milimetrów grubości, mogę powiedzieć, że główka jakby prosiła się o to, aby ją przez pochwę usunięto. Czy legowisko płodu znajdowało się *in cavo Douglasii*, czy też chodziło teraz o ciążę międzywiewądlową, czy miało miejsce pęknięcie trąbki ciężarnej poprzednio, czy też po prostu jajo wypadło na drodze tak zwanego jajowodowego poronienia do zatoki DOUGLAS'a, tego stanowczo orzec nie można było, przypuszczalnie jednak prawdopodobnie jajo nie leżało *in cavo Douglasii*, wobec lokalizacji guza w ustroniu przymacicznym bocznem prawem. Krwistek, w jamie brzusznej znaleziony poprzednio, dowodzi, że miało miejsce krwawienie do jamy brzusznej. Krwawienie to jednakowoż również nie może rozstrzygnąć sprawy, czy miało miejsce ongi pęknięcie trąbki ciężarnej, czy też nie towarzyszył krwotok po prostu wyparciu jaja płodowego

lub płodu z niepokniętej trąbki. Wiadomem jest, jak trudno zlokalizować dokładnie usadowienie jaja zamacicznego na preparacie, przez operację zdobytym, a coś dopiero bez rezekcji przydatków macicy w sprawie interesownych. Po odpowiednim ułożeniu chorej, ma się rozumieć, uśpionej jak poprzednio, jednym cięciem przeciąłem ścianę pochwy w bocznym sklepieniu prawem, przechodząc, o ile potrzeba, na sklepienie tylne, po tem na brzegi cięcia nałożyłem, jak zwykle, kilka szwów, pozostawiając nitki długimi, aby takimi cugłami zastąpić kleszczyki MUZEUX'a. Następnie na tępo palcem odseparowałem tkanki aż do ściany legowiska płodu, przebiłem sondą ostrą ścianę legowiska oraz główkę płodu. W tej chwili wylały się wody płodowe, a z czaszki wypływał mózg płodu. Staralem się wydobyć płód przez cięcie nie zbyt wielkie — pociągając teraz kleszczykami za główkę, niechcący ją urwałem, główka zaś wyrwała całuteńki mlecz z kolumny pacierzowej. Mimo-woli więc wyszło na embryotomię. Urwała się jedna kończyna górna, urwała się druga, tak samo i jedna kończyna dolna, nareszcie wydobyłem tułów z pozostałą z nim w związku drugą kończyną dolną. Po podwiązaniu pępowiny i przecięciu, wprowadziłem palec do jamy legowiska płodu i przekonałem się, że łożysko siedzi u samego szczytu tej jamy — wobec czego stało się prawdopodobnem, że siedzi ono w samej trąbce prawej. Ponieważ nie było krwawienia żadnego, a zatem nie było wskazania do natychmiastowego usunięcia łożyska, spokojnie wytamponowałem całą jamę energicznie gazą białą wyjałowioną i na tem operację zakończyłem. Co kilka dni tampon ten zmieniał kolega KRAKÓW po moim nazajutrz po operacji wyjeździe. Po tygodniu już zaczęły częściami wydzielać się łożysko i błony płodowe, i chora wkrótce w dobrym stanie opuściła szpital. Podczas eliminacji łożyska i błon ciepłota nieznacznie była podwyższona, okres zdrowienia jednak był jaknajlepszy, tak że chora 28 dnia po operacji do domu powróciła, Jamę jaja przy opatrunkach za każdym razem wypłukiwano.

En bloc biorąc sposób leczenia tej ciąży zamacicznej, mogę powiedzieć, że traktowałem ją, jak zwyczajny ropień, i tego nie żałuję. Taką operację można by nawet zrobić bez uśpienia chorej, gdyby nie to, że z góry nie wiadomo, jak będzie z łożyskiem. Operacja drogą pochwową może być bardzo łatwa i prosta, lecz można natrafić i na warunki tak fatalne, że wypadnie dodać czempredzej cięcie brzuszne, czyli górne.

Po ukończeniu operacji przystąpiliśmy do obejrzenia *corporis delicti*. Trup dziewczynki, czyli płodu żeńskiego, niespełna czteromiesięcznego. *Genitalia* prawidłowe. Lewa nerka zdrowa, prawa torbielowato zwyrodniała i wdwójnasób powiększona. Pozostałe narządy jamy brzusznej prawidłowe. Oględziny te, nie wiem dla jakiej przyczyny, musiałem przerwać, i kontynuował je kolega Jerzy BRUNNER, który raptem kazał mnie zawołać, ponieważ po otworzeniu klatki piersiowej dostrzegł bicia serca u tego płodu bez głowy i mlecza. Nie małe było zdumienie moje, gdy po raz pierwszy w życiu ujrzał fenomen taki u ludzkiego płodu. Powiększyłem cięcie osierdzia, po ucięciu żeber tak, że całe serce było widoczne. Skurcze serca były rytmiczne, powtarzające się co 2—3 sekundy, następowały również przy podrażnieniu serca przez dotykane się sondą, wykalaczką. Lecz co się zdaje niezwykle, skurcze te miały wszelkie cechy antypcrystaltyki. Prawie cały personel lekarski szpitala wspólnie ze mną oglądał fenomenalne to zjawisko, które zresztą trwało od godziny 12 i minut 10 aż do godziny trzeciej i minut kilkanaście. Skurcze stały się coraz to słabsze i występowały w coraz to większych odstępach cza-

su, aż nareszcie ustały zupełnie, przy tem jednak ustały najprzód skurcze komór, następnie dopiero przedsionków. Przy tej czynności serca można było dokładnie obserwować zmianę postaci serca, skrócenie osi podłużnej i zgrubienie przedniotyłnej, zmianę położenia oraz wykręcanie się wierzchołkiem ku stronie prawej. Przedsionki podczas skurczu wyglądały tak, jak policzki na twarzy stają się wklęsłymi, jeśli przy mało rozwartych ustach wciągać powietrze. Nie śmiem twierdzić, że w danym przypadku mieliśmy rzeczywiście do czynienia z antyperystaltyką, a nie raczej z wrzekomą antyperystaltyką wskutek zmiany pauzy pomiędzy skurczem komór i przedsionków, przypominam jednak fakt znany fizyologom, że w chwili konania często spostrzegano antyperystaltykę w działaniu serca, u żab naprzykład.

Już HARVEY wiedział o tem, że czynność serca trwa jeszcze jakiś czas na wyciętem sercu, a podług fizyologa LANDOIS (*Lehrbuch der Physiologie des Menschen*. Wien. 1883, pg. 104) nawet już CLEANTHES — w czasie HEROPHILUS'a na 300 lat przed urodzeniem Chrystusa miał już o tem wiadomości. LANDOIS pisze: „Bei Kaltbluetern dauert diese Bewegung laenger selbst Tage lang, bei Warmbluetern sehr viel kuerzer. Doch sieht man die letzten Spuren der Herzaktion bei Kaninchen noch nach 15 $\frac{1}{2}$ Stunden (PANUM), bei der Maus noch nach 46 $\frac{1}{2}$ Stunden, beim Hunde noch nach 96 $\frac{1}{2}$ Stunden (VULPIAN), bei einem dreimonatlichen menschlichen Embryo 4 Stunden (RAWITZ). Reizungen bringen in diesem Zustande eine Verstaerkung und Beschleunigung hervor. Weiterhin wird zuerst die Kammeraktion geschwaecht, und es zeigt sich ferner, dass nicht jeder Vorhofscontraction eine Kammerystole folgt: auf zwei oder mehrere der ersteren folgt nur eine schwacchere Ventrikelbewegung. Dabei ist die seltnere Bewegung der Kammern zugleich auch eine langsamer sich vollziehende, gewissermassen muhsam schleppende. Dann ruhen die Kammern voellig, nur die Vorhoeft schlagen noch schwaecher weiter, doch ruft eine directe Kammerreizung, etwa ein Stich, eine Systole derselben hervor. Im weiteren Verlaufe ruht dann der linke Vorhof, der rechte schlaegt noch weiter und an ihm ist es wiederum das rechte Herzhohr, welches wie schon GALEN und CARDANUS (1550) angegeben, am laengsten schlaegt. Auch bei Hingerichteten ist diese Thatsache beobachtet worden“.

O ile wiem z opowiadania ś. p. Ojca mego, to BOCHDALEK w Pradze miał sposobność spostrzegania trwającej po śmierci czynności serca u człowieka, straconego przez powieszenie, przy dokonaniu sekcji zaraz po skonstataowaniu śmierci skazańca.

Gdy już ustała czynność serca, jeszcze po jakimś czasie można ją powtórnie wywołać przez bezpośrednie podrażnienie (HARVEY), szczególnie przez działanie ciepła. Najwięcej na nie reagują przedsionki serca i uszy sercowe. Wiadomy jest wpływ prądu elektrycznego, chemicznych i termicznych czynników.

BISCHOFF: („Ueber die Lebenszaehigkeit des Foetus bei Warmbluetern“ PFLUEGER's Archiv Bd. XV. pg. 50) spostrzegał u młodych płodów zwierząt ssących długotrwałą czynność serca pośmiertną, u psa przez 5 godzin trwającą po wyjęciu płodu z macicy; u 17-dniowego płodu morskiej świnki jeszcze na drugi dzień po wyjęciu płodu z macicy czynność serca trwała. BISCHOFF przy końcu swego artykułiku pisze: „Ich habe dieser, ja auch von dem Huehnerembryoherzen bekannten Thatsache in meinen Vorlesungen bei der Besprechung der Frage nach der Ursache der Herzbewegungen stets als des

Beweises gedacht, dass, wie abhaengig auch die Herzthaetigkeit von dem Centralnervensystem, von den Herzganglien, von dem Blute, von dem Athemprocess etc. sein moege, dennoch die letzte Ursache fuer die Thaetigkeit und selbst fuer den Rhythmus dieser Thaetigkeit in dem Herzmuskel selbst zu suchen sei. „Ich habe sodann diese Thatsache der so lange sich erhaltenden Bewegung eines einfachen organischen Gebildes immer als eines der schoensten Beispiele fuer das Verstaendniss einer organischen Bewegungserscheinung ueberhaupt, als des Effektes bei der Umsetzung organischer Substanz frei gewordener Spannkraefte betrachtet und als solches dem Nachdenken meiner Zuhoerer empfohlen“. PFLUEGER: „Die Lebensfaehigkeit des menschlichen Foetus“ (PFLUEGER's Archiv fuer Physiologie. Bd. VXIV. pg. 628) pierwszy spostrzegal czynność serca pośmiertną u płodu ludzkiego. W roku 1861 akuszerka HIRSCHFELD przyniosła mu wieczorem jajo poronione ludzkie, około 18—20 dni liczące. Poronienie miało jakoby nastąpić wskutek tańca. PFLUEGER z powodu, że już wieczór nadszedł, odłożył zbadanie preparatu do dnia następnego, ułożył jajo pomiędzy dwoma szkiełkami od zegarka i zamknął w szufladzie komody w pokoju nieogrzewanym. Nazajutrz ostrożnie przeciął błony jaja płodowego, wyjął zarodek i ułożył go na płycie obiektywnej mikroskopowej. Pępek sterczał wysoko, po obu stronach mlecza leżały kręgi pierwotne, widać było dokładnie linię spojenia mlecza („Schliessungsspalte des Rueckenmarks“), a u szczytu mlecza primordyalne pęcherze mózgowe; części te ucierpiały cokolwiek wskutek przypadkowego zmiążdżenia. Serce w kształcie esowato zagiętej rurki („Schlauch“) wisiało poniżej główki płodu. PFLUEGER nie chciał dać wiary oczom swoim, gdy nagle spostrzegł, że serce powoli się kurczyło, tak jak to nieraz widział u młodych zarodków kurczenia. Tętnienie tego serca płodowego powtarzało się w odstępach 20 do 30 sekund, później odstępy stały się coraz to większymi, po godzinie PFLUEGER zaprzestał obserwacji. Spostrzeżenie to zrobił on w pokoju ogrzewanym i przypuszcza, że może czynność serca, poprzednio już nie istniejąca, ponownie wystąpiła wskutek działania ciepła. PFLUEGER spostrzeżenie to opisał, aby zwrócić na nie uwagę lekarzy, którzyby mieli sposobność badania tylko co obumarłych płodów. „Diese Thatsachen zeigen uns, dass ein so verletzbares Geschoepf, wie der Mensch in seinen allerjuengsten Zustaenden, an Lebenstenacitaet kaum den niederen Thieren oder gar deren Keimen nachsteht—wie in der morphologischen Entwicklung so auch in der funktionellen Entfaltung seinen Stammbaum bezeugend. Nicht obgleich, sondern weil der erwachsene Mensch zu den verletzbarsten aller Geschoepfe gehoert, behauptet er siegreich den ersten Platz im Kampfe um das Dasein unter den lebendigen Wesen. Denn die ausserordentliche Labilitaet der Materie, aus der er, aus der sein Gehirn gebaut ist, und vermoege welcher ein so leicht erregter Stoff und Kraftumsatz in diesem moeglich wird, bedingen des Menschen physische Arbeit, das zum Siege unfehlbare Mittel im Kampf um das Dasein“.

MILNEEDWARDS (l. c. pg. 12) pisze: Już HARVEY wiedział o trwaniu czynności serca przez jakiś czas po śmierci. LEEUWENHOECK spostrzegal kilka godzin trwającą czynność serca u węgorza, REDI przez 9 godzin trwającą u trzęsawca, MONTANUS przez 24 godziny trwającą u łososia. U płazów i żmij fenomen ten trwa jeszcze dłużej. U zwierząt ssących i u ptaków, czynność serca po wycięciu go z ciała zwykle trwa tylko kilka minut. Serce żaby, wycięte z ciała, pracuje jeszcze przez kilka godzin, pod działaniem kwasu węglanego zaś ustaje już po 5—6 minutach, pod wpływem działania chloru już po

1 minucie. Czynność serca ryb i płazów po wycięciu serca z ciała trwa dłużej niż u ssaków, a również trwa dłużej u płodu, niż u osobnika starszego. TEMPLER wyciął serce dwóch jeźów i ułożył je na talerzu. Serca te pracowały jeszcze przez dwie godziny, skurcze stawały się coraz to wolniejszymi, lecz odrazu wzmocniły się po ukluciu naprzykład serca szpilką. Przez kwadrans zdawało się, że nareszcie czynność serca zupełnie już zgasła, gdy po działaniu ciepła ponownie wystąpiła.

U zwierząt, śpiących przez zimę, wiele zależy od tego, kiedy zrobić doświadczenie. Podczas letargu mianowicie automatyczna czynność serca trwa dłużej, niż gdy dokonać doświadczenia w porze nieletargicznej. MANGILI (patrz MILNEEDWARDS l. c. pg. 193) widział u świszczka jeszcze trzy godziny trwającą czynność serca przy dokonaniu doświadczenia podczas letargu, po za letargiem zaś czynność serca trwała zaledwie 50 minut. Doświadczeń dokonał on po dekapitacji zwierząt.

Podług dzisiejszych zapatrywań fizyologii automatyczna czynność serca a nawet każdego włókna mięsnego serca nie ulega żadnej już wątpliwości, czynność ta zjawia się w zupełnej niezależności od ganglii sercowych. FANO, jak mi zakomunikował łaskawie profesor fizyologii wszechnicy Berlińskiej ENGELMANN, którego z powodu danej sprawy pozwoliłem sobie odwiedzić podczas pobytu w Berlinie — powycinał pojedyncze kawałki z serca i nawet na nich spostrzegał rytmiczne skurcze. Chociaż więc fakt automatycznej czynności serca nawet pośmiertnej znany jest i przez liczne doświadczenia sprawdzony, to jednak doświadczeń takich na sercu ludzkim bardzo mało dotychczas zrobiono. O ile wiem, to nasze spostrzeżenie jest dopiero czwarte z rzędu. PFLUEGER opisał jedno powyżej cytowane, RAWITZ drugie. Trzecie spostrzeżenie miał zrobić VEIT w Berlinie w roku 1881 lub 1882 — jak mi raczył zakomunikować profesor MARTIN przy rozmowie o tej kwestyi. Fizyolog *eo ipso* nie posiada materiału klinicznego dla takich doświadczeń na sercu ludzkim. Ponieważ zaś każdy ginekolog często ma sposobność spostrzegania i zrobienia sekcji żywo urodzonego zarodka ludzkiego przy poronieniach, przy operacji ciąży zamacicznej, lub też płodu donoszonego wskutek jakichkolwiek przyczyn zaraz po porodzie obumierającego, wartoby było zwrócić uwagę specjalną na powyżej opisany fenomen automatycznej czynności serca nawet pośmiertnej w celu dokładniejszego zbadania poszczególnych objawów, faz tej czynności i t. d., tembardziej że natychmiastowa sekcja zwłok dorosłego człowieka dotychczas nie bywa dokonywana, chyba z wyjątkiem przypadku natychmiastowej sekcji naukowo-badawczej zwłok skazanego na śmierć człowieka zaraz po straceniu go.

Przy końcu przytaczam jeszcze, że skurcze serca antyperystaltyczne w chwili konania u ciepłokrwistych zwierząt a także u żab spostrzegane były już, mianowicie między innymi przez profesora ENGELMANN'a: gdy podczas pauzy podrażnić sztucznie wierzchołek serca, w tej chwili występuje skurcz antyperystaltyczny serca.

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

169. A. PICK (Wiedeń). **Sprawozdanie z przypadków dżumy, zaszłych w Wiedniu.** Wiadomo, że w roku zeszłym cesarska akademія nauk w Wiedniu poleciła lekarzom: ALBRECHT'owi i GHON'owi, asystentom przy instytucie anatomo-patologicznym w Wiedniu, oraz d-rowi H. F. MUELLER'owi docentowi prywatnemu i asystentowi w klinice prof. NOTHNAGEL'a, jako też d-rowi POECH'owi, asystentowi w klinice M. NEUSSER'a misję naukową, mającą na celu zbadanie dżumy w Indyach angielskich. Członkowie tej misji, aby mózż robić dalsze poszukiwania naukowe po powrocie z Bombaju, przywieźli z sobą hodowle lasecznika dżumy i w roku zeszłym w maju rozpoczęli doświadczenia w pracowni, odpowiednio ku temu urządzonej, pod kierunkiem GHON'a.

Przed 6 tygodniami poszukiwania zostały ukończone. W pracowni, gdzie wszelkie czynności odbywały się z należytą ostrożnością, nie pozostało już nic prócz kilku szczurów, uodpornionych przeciw dżumie, na których czyniono jedynie doświadczenia kontrolujące.

15 października zachorował Franciszek Barisch, posługacz laboratoryjny, który karmił zwierzęta i oczyszczał pracownię; chorego przyjęto do kliniki i z samego początku znaleziono u niego zapalenie płuc. Ze względu na jego zajęcia natychmiast go odosobniono i poddano płwocinę badaniu drobnowidzowemu i bakteriologicznemu. Znaleziono bakterye podobne do laseczników dżumy, przypuszczano swoiste zarażenie, a cały przebieg choroby i ostatni dzień tejże, potwierdził rozpoznanie. Jednakże zaznaczyć wypada, że badanie drobnowidzowe w pierwszych dniach choroby wykazało postać laseczników nietypową. Szczepienie zwierzętom dawało wyniki ujemne. Chory zmarł 18 października wieczorem, badania zwłok nie dokonano. Dotąd nic pewnego nie wiadomo, w jaki sposób w tym przypadku nastąpiło zarażenie.

19 października zachorowała jedna z dwóch dozorczyń które pielegnowały Barischa; przez wzgląd na bezpieczeństwo przeniesiono ją do szpitala Franciszka Józefa. Druga dozorczyńa czuła się również nie dobrze, lecz pozostała w szpitalu ogólnym, dopiero po południu przewieziono ją również do tegoż, co pierwszą szpitala. Dano dla każdej oddzielny pokój, w oddziale dla chorób zakaźnych.

D-r MUELLER, który pielegnował Barischa, podjął się leczenia dwóch dozorczyń, któremi opiekowały się siostry z Sacré-Coeur.

U pierwszej chorej objawy dość słabe powoli zaczęły ustępować, u drugiej zaś—Albertyny Pecha, ciepłota zaraz bardzo się podniosła w nocy i doszła do 41,2°.

W piątek 21 października w południe dano znać do władz sanitarnych miejskich, że d-r MUELLER zasłabł, zmuszony położyć się do łóżka. W ciągu dnia stan jego znacznie się pogorszył; ale pomimo gorączki i krwioplucia, ciągle się powtarzającego, żadnych innych zaburzeń nie było. O 11 godzinie wieczorem ciepłomierz wskazywał 40,6°. Na drugi dzień w południe ciepłota spadła; o 1-ej ciepłota 38°, tętno 117, chory czuł się bardzo osłabiony, ilość płwociny obfita. Następnie zaznaczono chwilowe nieznaczne polepszenie, ciepłota spadła do 38°, zaburzenia w sferze psychicznej zmniejszyły się. Niestety, ten stan chorego trwał nie długo; ciepłota podniosła się do 39,8°, tętno 128, liczba oddechów 59. Cokolwiek później ciepłota znów spadła, wystąpiła sinica i bredzenie, a o 2 godzinie zrana chory życie zakończył.

D-r MUELLER nie tylko, że nie opuszczał pierwszego chorego, ale sam był obecny przy dezynfekcyi pokoju, w którym zmarł Barisch.

U dozorczyni Pecha ciepłota 21 października rano wynosiła 41°, w ciągu dnia wystąpiło krwioplucie i bredzenie. W sobotę wieczorem ciepłota 41°, na drugi dzień rano toż samo, w południe 38,6°, tętno 104, liczba oddechów 32. Chora przytomna i skarży się na ból w prawym boku, wymiotów nie było, ilość płwociny umiarkowana.

W poniedziałek w południe ciepłota 38,6°, kaszlu ani wymiotów nie było, wieczorem ciepłota 39,9°, tętno 100; o północy nieznaczny spadek ciepłoty. 25-go października ciepłota 40°, przytomność zupełna, w nocy zastrzyknięto chorej 60 ctm. sz. surowicy przeciwdżumowej; w południe ciepłota 40°. Od tego dnia rano płwocina nieco zaróżowiona, stan psychiczny dobry¹⁾.

W płwocinie chorej Pecha, jako też i d-ra MUELLER'a badanie wykazało obecność laseczników dżumy.

U drugiej dozorczyni Joanny Hochegger 22 października ciepłota wieczorem 38,5°, o 9-ej 39°. Ponieważ chora ta ma zajęty wierzchołek płuca, a więc być może, iż dlatego gorączkuje. Badanie płwociny dało wynik ujemny.

W niedzielę rano stan dobry, we środę 25 ciepłota prawidłowa, płwociny nie wykrztusza, ogólny stan dobry. W niedzielę w nocy jedna zakonnica Stillfrieda zaczęła się skarżyć na bicie serca i lekkie ogólne podniecenie; ciepłota 37°. W poniedziałek w południe ciepłomierz wskazywał 37,3°, w nocy zastrzyknięto jej 20 ctm. sz. surowicy przeciwdżumowej. Ciepłota 37,8°, rano 37,2°, w południe czuła się lepiej, a ciepłomierz wskazywał 37,3°.

W poniedziałek wieczorem jedną z dozorczyń — Maryę Gösche, ze względów ostrożności przeniesiono również do szpitala Franciszka Józefa. O północy ciepłota była 37,4°, rano 37,3°, wymioty dwukrotnie. W południe ciepłota 37,2°, skarży się na ból głowy.

Wszystkie inne osobniki, poddane obserwacyi z powodu ich bezpośrednich stosunków z podejrzanymi osobami, mają się dotychczas dobrze. Ciepłota poniżej 37°.

(*La Semaine med. Nr. 54. 1898 r.*)

J.

170. ISRAEL. **Pierwotna gruźlica nerki.** Wbrew mniemaniu, panującemu wśród chirurgów, autor twierdzi, że pierwotna gruźlica nerki jest cierpieniem częstym (ze wszystkich chorych, operowanych przez autora wskutek cierpienia nerek, w 10% miał on do czynienia z omawianą postacią chorobową), i że zarówno jak gruźlicze zapalenie przyądrza może i gruźlica nerki powstać samoistnie na drodze krwiopochodnej. Pomiedzy przypadkami, w których uciekamy się do leczenia operacyjnego, jest bez kwestyi więcej przypadków pierwotnej, niż wtórnej gruźlicy nerki: na 21 chorych z gruźliczem cierpieniem nerek, w 16 spostrzegał autor gruźlicę pierwotną. U kobiet spotykamy się z tem cierpieniem częściej, niż u mężczyzn (75%), różnica ta daje się wytłumaczyć większą częstością u mężczyzn wstępującej gruźlicy nerek, która rzadko podlega leczeniu operacyjnemu. Współistnienie gruźlicy narządów płciowych i moczowych u kobiet nie spotyka się.

Leczeniu chirurgicznemu podlega tylko przewlekła gruźlica nerek; przy ostrych tego rodzaju sprawach mamy do czynienia z ogólną gruźlicą prosówkową. W przeważnej ilości przypadków gruźlica nerki umiejscawia się po jednej stronie; obustronne cierpienie spotykał autor tylko w 12,5% swoich przypadków.

¹⁾ Chora Pecha zmarła dnia 30 z. m.

Rozróżniamy 3 postacie przewlekłej gruźlicy nerek:

- a) zwykłą rozpadową z tworzeniem się jam (81% wszystkich przypadków).
- b) nader rzadką—pierwotne owrzodzenie brodawek, wystających do kielichów nerkowych; klinicznie mamy w tej postaci długotrwałą i obfity krwimocz.
- c) przebiegającą z tworzeniem się w miększu narządu różnej wielkości gruzelków baz jam; rokowanie w takich przypadkach jest niepomyślne.

W pierwszej postaci cierpienie zaczyna się zwykle w jednym, zwykle dolnym końcu nerki; przy tak umiejscowionej gruźlicy usunięcie chorej części nerki daje dobre wyniki (w jednym z przypadków autora). W parze z tą postacią gruźlicy nerki idzie zwykle cierpienie powłok nerki, które znów może przebiegać: 1) jako zgrubienie torebki tłuszczowej i zrośnięcie się jej z powłoką właściwą, co powoduje konieczność pozostawienia obu powłok przy wyluszczeniu nerki; 2) jako ostry lub przewlekły ropień okołonerkowy natury gruźliczej lub nieswoistej; ropień taki powstaje albo wskutek pęknięcia w kierunku powłok ogniska ropnego nerki albo na drodze naczyń chłonnych; 3) jako grzybowate narośle między nerką i zmianionymi chorobowo powłokami; 4) najrzadziej, jako oddzielne zserowaciale duże gruzelki w powłoce tłuszczowej nerki.

Pozostawiona sama sobie gruźlica nerki rozprzestrzenia się zawsze przez moczowód na pęcherz; następuje przy tem zgrubienie ścian moczowodu wraz ze zwężeniem ich światła i przyrośnięcie do otaczających tkanek, wskutek czego przy wyluszczeniu nerki łatwo powstają uszkodzenia sąsiednich narządów. Przy gruźliczym zapaleniu moczowodów znajdujemy za pomocą wziernika gruzelki w okolicy ujścia moczowodów lub też owrzodzenie soczewicowate na obrzmiałej brodawce moczowodu, lub nakoniec zupełnie zniszczone przez owrzodzenie ujście moczowodu. W pęcherzu moczowym gruźlica rzadko opuszcza się niżej miejsca odpowiadającego ujściu moczowodów.

Gruźlica pęcherza nie stanowi przeciwwskazania do wyluszczenia nerki; daleko większą rolę odgrywa tu stan drugiej nerki. Ze wszystkich operowanych przez autora przypadków gruźlicy nerki w 14,3% cierpienie było obustronne; w przypadkach pierwotnej gruźlicy nerki odsetek ten zniża się do 12,5%. Między śmiertelnymi przypadkami gruźliczego zapalenia nerek w 45% cierpiały obie nerki. Prócz gruźlicy należy brać pod uwagę przy stawianiu wskazania do wyluszczenia narządu zwyrodnienie skrobiowate i zapalenie przewlekłe przeciwległej nerki. Rozpoznanie obustronnego cierpienia jest nader trudne pomimo badania wziernikiem moczowodów.

Należy zawsze pamiętać, że nerka może być jedynym punktem umiejscowienia gruźlicy; wygląd chorego może być jaknajlepszy (chorzy ISRAEL'a ważyli do 200 funtów); wspólnym objawem u chorych takich jest bledźść błon śluzowych.

Obraz kliniczny. Cierpienie rozpoczyna się zwykle zboczeniami w oddawaniu moczu, rzadziej spotyka się zmętnienie moczu przy braku zaburzeń w oddawaniu moczu, bardzo ważnym objawem klinicznym jest krwimocz, który autor napotkał 4 razy na 16 przypadków pierwotnej gruźlicy nerki; czas trwania krwimoczu jest zazwyczaj niedługi, z wyjątkiem pierwotnej gruźlicy brodawek nerkowych, gdzie krwawienie może trwać do 4 tygodni i przytem w znacznej ilości. Bardzo rzadko zjawiają się bóle, któreby wskazywały cierpienie nerek lub moczowodów. Zaburzenia w oddawaniu moczu w gruźlicy nerek nie stoją w żadnym związku z cierpieniem pęcherza, który może pozostać bez wszelkich zmian anatomicznych (50% wszystkich przypadków autora). Nerka, dotknięta gruźlicą pierwotną, zwykle jest powiększona; bolesność jej nieznaczna. W moczu takich, chorych, o ile pęcherz pozostaje nietknięty, znajdujemy tylko laseczniczki gruźlicze;

Tłuszczaki lub włókniako-tłuszczaki, guzy o wiele częściej opisywane, wystają w otoczkę tłuszczowej, zwykle z jednej strony, niezależnie od nerki. Powiększając się powoli, przemieszczają one nerkę, obrastają ją, przrastają do niej, lub nawet wrastają w nią, powodując w mniejszym lub większym stopniu zanik substancji; widziano przyrost również do kiszki. Dochodzą one do wielkości głowy dorosłego człowieka, mogą ważyć 4—11 kilo, mogą wreszcie prawie całkowicie zappełnić jamę brzucha; dając uczucie chęłbotania, z łatwością mogą być wzięte za guz torbielowaty jajnika.

Do względnie powszednich guzów należą włókniaki, a właściwie włókniako-mięśniaki, powstające z otoczki właściwej nerki, a wyjątkowo i z więzu szerokiego. Są to zwykle guzy bardzo duże, słabo unaczynione; odpychają one nieuszkodzoną nerkę ku dołowi lub przodowi. Kształtem swym przypominają one czasami nerkę; wyglądem zewnętrznym, spoistością odpowiadają włókniako-mięśniakom macicy.

Równie częstymi są mięsaki, już-to czyste, już-to mieszane, jako śluzako- lub włókniako-mięsaki. Powstają one przeważnie z właściwej otoczki nerki, rzadziej z tkanki łącznej przedkręgowej lub pobliskich gruczołów chłonných; dochodzą one do wielkości głowy dorosłego człowieka i jeszcze większej. Pozostają zazwyczaj w daleko bliższym stosunku do nerki, niż guzy poprzednio wymienione, tudzież zlewają się z mięśniami, położonymi od tyłu, z aortą, z żyłą, z moczowodami, kiszkami; są one znacznie lub bardzo unaczynione, kształt, oraz granice mają częstokroć nader niewyraźne. Widywano i guzy mieszane, a więc włókniako-kostniako-mięsaki, mięśniako-mięsaki, przeważnie u dzieci.

PAWLIK opisał przypadek torbieli pozaotrzewnowej, wziętej początkowo za lewostronne wodonercze, o zawartości surowiczej, o nierównej, guzowatej powierzchni, która szerzyła się od sklepienia przepony aż do odpowiedniego dołu biodrowego, powodując guzowatość w okolicy lędźwiowej. Badanie i zawartości i ściany torby nie pozwoliło jednak wykryć właściwej natury guza. Widziano tu również torbiele o zawartości krwawej.

Uogólniając powyższe, rzec można, że guzy przynerkowe najczęściej powstają z otoczki właściwej lub tłuszczowej nerki, że mogą one dochodzić do niezwyklej wielkości, że zazwyczaj nie pozostają w bezpośrednim związku z tkanką nerki, zaś mogą ją przemieszczać lub obrastać dokoła. U osobników młodych częściej trafiają się mięsaki i guzy mieszane, u dorosłych — włókniako-mięśniaki i tłuszczaki. U kobiet częściej widziano tego rodzaju guzy, niż u mężczyzn.

Obraz kliniczny cierpienia przedstawia się dość rozmaicie, a to w zależności od objętości oraz natury guza. Na początku, wobec braku bólów, przebiega cierpienie skrycie. Zyskując na objętości, poczyną guz dolegać już to poprostu mechanicznie, swoją masą, już to wywierając ucisk na sąsiednie narządy; powstają w ten sposób obrzęki kończyn dolnych, tępe bóle w lędźwiach, szerzące się w biodra, w narządy płciowe zewnętrzne, *varicocoele* objawowe, czasami przesieki do jamy otrzewny, uciśnięcie kiszki stolcowej. Mocz jednak pozostaje prawidłowym, tylko w przypadkach uciśnięcia moczowodu lub nawet pęcherza moczowego mogą powstać objawy zatrzymania moczu w nerce.

Brzuch, powoli zwiększa się z jednej strony. Obmacując, znajdujemy tu guz, częstokroć bardzo duży, o nader rozmaitym kształcie i spoistości, o rozmaitej powierzchni; przypomina on czasami kształtem swoim niezwykle dużą nerkę, przeważnie jest miękki, prawie chęłbocący, tak iż z łatwością naśladuje wielokomorową torbiel jajnika. Na początku zajmuje on miejsce nerki, mianowicie dół lędźwiowy; następnie szerzy się we wszystkich kierunkach, odsuwając wątrobę

wykrycie ich jednak w takich przypadkach jest dość trudne. Wąleczki moczowe znajdujemy rzadko; białko występuje w ilości nie przekraczającej $\frac{1}{2}\%$, często zaś nie występuje wcale; zawsze w pierwotnej gruczolicy nerek znajdujemy czerwone ciała krwi.

Co się tyczy ogólnego stanu chorych przy omawianem cierpieniu, to pierwotna gruczlica nerki przebiega w 75% przypadków bez podniesienia ciepłoty ciała, w przypadkach zaś, gdzie znajdujemy jako powikłanie cierpienie pęcherza, podwyższenie ciepłoty występuje w 80%. Chorzy zwykle tracą na wadze, niekiedy nader szybko; ilość czerwonych ciałek krwi znacznie się zmniejsza (ilość hemoglobiny spada do 50%). W narządzie trawienia zwraca uwagę biegunka, ustająca po wyłuszczeniu chorej nerki (niezależna więc od zmian swoistych).

Z operacyjnych zabiegów w 20 przypadkach ISRAEL zastosował wyłuszczenie chorej nerki (*nephrectomia*), w jednym zaś tylko—częściowe jej wycięcie.

Nefrotomię autor odrzuca, zostawiając ją dla przypadków, gdzie przy cierpieniu obu nerek następuje zatrzymanie się ropy w jednej nerce, lub gdzie wskutek ubocznych przyczyn operacyę należy ukończyć jaknajprędzej.

Wynik leczenia operacyjnego pierwotnej gruczolicy nerki, według ISRAEL'a jest nader zachęcający. Z 21 leczonych przez niego chorych zmarło tylko 3, (14,2%) wskutek operacyi (wstrząs, gruczlica i przewlekłe cierpienie drugiej nerki). W pozostałych przypadkach, o ile gruczlica była umiejscowiona tylko w nerce, nastąpiło zupełne wyzdrowienie; w przypadkach zaś, gdzie gruczlica nerki była powikłana przez cierpienie pęcherza, zupełnego wyleczenia w anatomicznem znaczeniu nie można było stwierdzić, następowało natomiast znaczne polepszenie.

We wszystkich przypadkach pierwotnej gruczolicy nerki bądź umiejscowionej, bądź powikłanej przez gruczlicę pęcherza, należy operować jaknajprędzej; we wtórnej zaś gruczolicy — tylko wtedy, jeżeli cierpienie, wpływa znacznie na ogólny stan chorego lub sprawia mu znaczne dolegliwości.

Według statystyki VIGNERON'a ilość śmiertelnych przypadków przy operacyjnem leczeniu pierwotnej gruczolicy nerki jest 29%, a więc dwa razy większa, niż według ISRAEL'a.

(Odczyt w stowarzyszeniu chirurgów berlińskich d. 12. VII. 98, zamieszczony w *Deutsche med. Wochenschrift*. Nr. 28. 1898). *Ant. J. Goldman.*

171. CESTAN. **Guzy przynerkowe.** W okolicy nerki dają się spostrzegać guzy o budowie łącznotkankowej, powstające już to z otoczki włóknistej lub tłuszczowej nerki, już to z rozmytych narządów, tkanki łącznej, oraz gruczołów chłonnych, leżących w przestrzeni pozaotrzewnowej; mając wspólne umiejscowienie, wspólne poniekąd cechy kliniczne, noszą one ogólne miano guzów przynerkowych. Liczba przypadków tego rodzaju guzów, spostrzeganych dotychczas, jest nader szczupła, być może dlatego, że łatwo mogą one być brane za guzy samej nerki lub nadnerczą; bądź co bądź, ściśle odróżnianie guzów przynerkowych od guzów ostatniego rodzaju ma pod względem praktycznym bardzo poważne znaczenie, bowiem rozstrzyga, czy w danym przypadku możemy usunąć tylko guz, czy też musimy wyciąć i nerkę.

Pod względem budowy guzy przynerkowe, jak to już wspomniano wyżej, należą do nowotworów typu łącznotkankowego, a więc są to mięsaki, śluzaki, włókniako-mięśniaki, tłuszczaki, często nowotwory mieszane, bardzo rzadko torbiele surowicze lub krwawe.

Czyste śluzaki spostrzegają się rzadko; w przypadku LOTHEISSENA masa guza leżała niezależnie od nerki pomiędzy tą ostatnią, a otoczką nadnerkową; częściej widziano śluzako-mięsaki.

i przepone ku górze, śledzonę nazewnątr i ku przodowi, poprzecznice ku górze lub ku przeciwniejszej stronie; może wreszcie dotrzeć do dołu biodrowego — wówczas trudną jest, zaiste, rzeczą rozpoznać właściwe miejsce powstania guza. Z wyjątkiem mięsaków są one dość ruchome. Niektóre tłuszczaki w chwili przesuwania dawały uczucie tarcia. Wraz ze znacznym powiększeniem się objętości guza powstają poważne zaburzenia już to w stanie ogólnym chorych, już to miejscowe, zależne od uciśnięcia tego lub owego narządu.

Ścisłe rozpoznanie sprawy chorobowej następcza zazwyczaj liczne trudności, bowiem guz, jak to widać z powyższego, łatwo może być brany za nowotwór wątroby, śledziony, krezki, jajnika, macicy, wreszcie — samej nerki. Dla rozpoznania różniczkowego musimy pamiętać, że guzy ściany brzucha, mało ruchome, nie towarzyszą ruchom oddechowym; guzy krezki, przeciwnie — niezwykle ruchome, szczególnie w kierunku poprzecznym, leżą w okolicy pępka, nieco na prawo, nie są w żadnym stosunku do okolicy lędźwiowej; daleko trudniej jest wyłączyć guz, pochodzący z narządów płciowych kobiecych, szczególnie wobec braku objawów ze strony nerek. Nowotwory wątroby muszą stanowić bezpośredni dalszy ciąg samej wątroby; powodują one słumienie odgłosu wypukowego, zaburzenia czynnościowe, wreszcie odznaczają się brakiem balottowania; często jednak możemy nie znaleźć wszystkich rzeczonych tu objawów. Powiększona śledziona ma kształt jajowaty, o nierównoległych brzegach; oś jej zdąża ku pępkowi, a więc ku wewnątrz i ku dołowi; nie pozostaje ona w bliższym stosunku do okolicy lędźwiowej, nie balottuje. Bardzo dobre usługi do dokładnego rozpoznania charakteru guza może wyświadczyć fonendoskop.

Co się tyczy leczenia, to w przypadkach mięsaków omawianej okolicy wypada usuwać i nerkę; w innych natomiast przypadkach należy wszystkimi siłami starać się pozostawić ją nietkniętą, zaś gdy guz jest przyrośnięty do jednego bieguna owego narządu, a naczynia i moczowód są wolne, możemy wraz z guzem usunąć odpowiednią część nerki.

(*Gazette des Hopiteaux* Nr. 42. 1898).

Ant. Leśniowski.

172. SIKORA. **Sprawy ropne trzustki i ich leczenie.** Ropa gromadzi się w trzustce już to dotychczas zdrowej, a więc pierwotnie, już to wtórnie w trzustce, dotkniętej innem cierpieniem, które może być ostrem — a więc ostrem zapaleniem tego narządu, przejawiającem się burzliwymi napadami bólów brzucha, napięciem i bębnicą tegoż, zaparciem stolca, częstymi wymiotami żółciowemi, gorączką i zabijającem chorego w ciągu dni kilku, lub też przewlekłem — tu należy wymienić: raka trzustki, kamienie trzustkowe, torbiel trzustki.

Przypadki ostatniego rodzaju dały powód do uważania sprawy ropnej trzustki za cierpienie przewlekłe; jest to niesłuszne: przewlekłe jest tu cierpienie pierwotne, zaś dołączające się wtórnie ropienie zabija chorych nader szybko. W ropie tego rodzaju ropni znaleziono rozmaite drobnoustroje. Przedostają się one do trzustki: 1) za pomocą przewodów trzustkowych, a więc na drodze wstępującej, 2) za pomocą naczyń krwionośnych, wreszcie 3) ropień szerzy się na trzustkę z sąsiedniego, uszkodzonego narządu.

Co do przewodów trzustkowych, to tu, podobnie jak i do przewodów śliniankowych, żółciowych, moczowodów mogą przedostawać się drobnoustroje z jam, do których wpadają owe przewody, bowiem same one w warunkach prawidłowych pozostają zupełnie jałowymi. Przedostawanie się takie jest uwarunkowane już to rozwarciem się samego przewodu, co ma miejsce wówczas, gdy jest on niewystarczająco wypełniony wydzieliną w przypadkach raka lub przewlekłego zapalenia trzustki, już to istnieniem zwężenia przewodu w pobliżu ujścia, które na początku

powoduje nadmierne gromadzenie się wędzelniny powyżej miejsca zwężenia, a następnie jej zakażenie. Zwężenie takie powodują 1) sprawy, umiejscowione w samej ścianie: rak przewodu, obrzmienie śluzówki tegoż wskutek nieżyty, szerzącego się z dwunastnicy; 2) przeszkody, położone w samym świetle przewodu: kamienie trzustkowe, żółciowe, wreszcie 3) sprawy chorobowe, istniejące na zewnątrz od przewodu, i uciskające go. Dodać należy, że aczkolwiek rzadko, może być zaniesione zakażenie do górnego odcinka przewodu trzustkowego przez glizdy, pochodzące z dwunastnicy.

Co się tyczy zakażenia za pomocą naczyń krwionośnych, to następują one tu dwie możliwości: 1) sprawa ropna w trzustce jest jednym z licznych umiejscowień ognisk ropnych w ropnicy, powstającej w przebiegu chorób zakaźnych, w okresie popołogowym, po zabiegach chirurgicznych, 2) ropne zapalenie trzustki jest następstwem ropnego zapalenia żyły; mianowicie, widziano ropienie w trzustce w przypadkach sprawy zatorowej w żyłę wrotnej; możnaby jednak przypuszczać że pierwotną nie jest tu sprawa w żyłę, lecz wprost przeciwnie, w trzustce, i dopiero wtórnie, za pomocą żyły śledzionowej przenosi się ona na ową żyłę.¹ Szerzenie się sprawy ropnej z sąsiedniego, uległego urazowi narządu, widziano w przypadkach owrzodzeń żołądka i dwunastnicy.

Prócz okoliczności, bezpośrednio wywołujących ropienie w trzustce, musimy mieć na uwadze i okoliczności, sprzyjające powstawaniu spraw w mowie będących; musimy tu wymienić wszelkie nadużycia, płeć — mężczyźni są bardziej skłonni do tego cierpienia, niż kobiety, wreszcie wiek — najczęściej ulegają mu ludzie w wieku 35—45 lat.

Badanie ropy co do istniejących w niej drobnoustrojów wykazuje, że zawiera ona zazwyczaj kilka postaci tychże, pozwala ono jednocześnie sądzić, że najbardziej przyczynia się do wywołania tu sprawy ropnej, jak i w innych przypadkach ropienia kiszki pochodzenia, lasecznik poprzeczny. Doświadczalne wprowadzanie chorobotwórczych drobnoustrojów do trzustki pozwoliło wywołać ropienie tejże; wykazało ono, że w zależności od miejsca wprowadzenia owych drobnoustrojów, od ilości oraz złośliwości ich zależy rozmaity stopień natężenia powstającej sprawy.

Najłatwiej udaje się wywołać ropne zapalenie, wprowadzając lasecznik poprzeczny wprost do trzustki; wprowadzanie do przewodów trzustkowych lub dwunastnicy daje ropienie już to tylko w przewodach, już to i w samym gruczole. Prócz lasecznika poprzecznego i inne środki mniej drażniące są w stanie wywołać ropienie trzustki: tuberkulina, papaina, olej kretonowy i t. d. Jeżeli podrażnienie jest bardzo mocne, wywołuje ono rozlane, krwotoczne zapalenie trzustki, przy mniejszym natężeniu — daje dość ściśle ograniczony ropień; jeżeli wreszcie, działa ono umiarkowanie, otrzymujemy rozrost tkanki łącznej, co odpowiada opisywanym postaciom przewlekłego zapalenia trzustki z rozszerzeniem przewodów i nawet z wytwarzaniem się kamieni trzustkowych.

Zmiany anatomo-patologiczne, zależne są od sposobu przedostawiania się drobnoustrojów do trzustki. Gdy zjawiają się one w niej wskutek ropnicy, widzimy wówczas liczne, drobne, tu i owdzie rozsiane ropnie, jeżeli zakażenie jest bardzo złośliwe, lub mniej liczne, natomiast duże, często łączące się ze sobą w przypadkach zakażenia o mniejszej złośliwości. Gdy drobnoustroje wkraczą do trzustki przez przewody trzustkowe, wówczas możemy rozróżniać dwie możliwości: 1) tkanka gruczolu była dotychczas zupełnie prawidłowa. W przypadkach tego rodzaju powstają liczne drobne ropnie dokoła rozgałęzień przewodów, oczywiście w miejscach mniej odpornych; 2) tkanka trzustki była już poprzednio zmieniona

(kamienie, zapalenie przerostowe); powstaje wówczas ropienie wewnątrzkanalowe; ropieje cały układ przewodowy; tu i owdzie przewód może zarosnąć, zaś powyżej zarosnięcią rozszerzyć się torbielowato. Do zmian w trzustce dołączają się zmiany w narządach sąsiednich: otrzewnie, żołądku, dwunastnicy i t. d.

Badania histologiczne są dotychczas nader szczupłe; udało się jednak stwierdzić, że najbardziej zmienionymi są części środkowe trzustki; im bliżej ku powierzchni, tem natężenie sprawy chorobowej jest mniejsze.

Objawy zajmującego nas tu cierpienia nie są, niestety, wystarczająco charakterystyczne. Możemy jednak wyodrębnić: 1) objawy, wskazujące umiejscowienie zakażenia w trzustce. Najbardziej stały jest ból brzucha, mianowicie w okolicy nadbrzusza; może on promieniować w podżebrze, lub w okolicę międzyłopatkową. Może on być czasami najbardziej dotkliwy w okolicy śledziony lub wątroby, skoro do ropienia trzustki dołączyło się ropienie wymienionych narządów. Czasami znów ból bywa rozlany, niewyraźny. Co do charakteru swego, bywa on nader dotkliwy, napadowy, lub też tępy, słaby. Rzadko bardzo spostrzega się zupełny brak tego objawu.

Możemy następnie zauważyć, acz daleko rzadziej, zbiór objawów moczowych: *glycosuria*, *polyuria*, *polydipsia et polyphagia*. Nie zawsze jednak dają się objawy te spostrzegać jednocześnie. Jest rzeczą łatwo zrozumiałą, dlaczego objawy te spostrzegają się względnie rzadko; doświadczalnie przekonano się, że do wywołania rzeczzonego zbioru objawów należy usunąć całą trzustkę; tymczasem zazwyczaj zniszczeniu ulega część środkowa gruczołu, zaś jego części obwodowe pozostają mniej lub bardziej nieuszkodzonymi, zapewniając wydzielanie się soku w mniej więcej wystarczającej ilości. Ponieważ do zamieniania tłuszczów pokarmowych na mleczankę, ulegającą wchłonięciu, niezbędny jest sok trzustkowy, zaś w przypadkach ropienia trzustki ilość jego jest upośledzona, dla tego też znaczna część tłuszczów pokarmowych pozostaje niezmieniona, i stolce zawierają tłuszcze w dużej ilości. Należy do powyższych objawów dodać dość często spostrzegane niczem nie dające się powstrzymać rozwolnienie. Wynikiem tego ostatniego oraz zniszczenia substancji trzustki jest szybko postępujące wychudnięcie. Ważnym objawem jest wreszcie obecność guza płaskiego, położonego głęboko w okolicy nadbrzusza.

2) Objawy zależne od samego zakażenia. Wypadnie tu wymienić: gorączkę, dobiegającą czasami 40°, dreszcze, zapadnięcie się twarzy, suchość skóry, białkomocz. Ze strony przewodu pokarmowego mamy: mdłości, wymioty, czkawkę, rozwolnienie, rzadziej zaparcie stolca. Skóra zabarwiona żółtaczkowo. Przebiega cierpienie nader szybko, rzadko przekraczając 10 dni. Mogą zjawić się powikłania; czysto miejscowe — są zależne od zupełnego zniszczenia trzustki i od zapalenia otrzewny ograniczonego lub rozlanego; nieco bardziej odległe: zapalenie żyły wrotnej, ropień wątroby, zator żyły śledzionowej. Powikłania ogólniejsze przedstawiają się pod postacią ropnico-posocznicy.

Rozpoznanie opiera się na obecności podanych wyżej objawów, zaś głównie na umiejscowieniu bólu, na wymacaniu w głębi guzowatości chęłbocącej, na obecności gorączki. Co się tyczy umiejscowienia bólu, należy starannie wyłączyć możliwość istnienia owrzodzenia żołądka, ostrego zatrucia, zapalenia wyrostka robaczkowego, niedrożności kiszek, kolki wątrobowej i innych bolesnych cierpień wątroby.

Gorączka i bolesność pozwoli odróżnić ropne zapalenie trzustki od torbieli, raka tego narządu, wreszcie od kamieni trzustkowych.

Rokowanie w ropnem zapaleniu trzustki jest bardzo smutne; wczesne rozpoznanie oraz możliwie wczesne zastosowanie zabiegu operacyjnego może wpłynąć na polepszenie rokowania.

Istotne leczenie polega na operacji. Cięciem w smudze, ponad pępkiem, otwieramy jamę otrzewny, żołądek unosimy ku górze i kierujemy swe kroki ku trzustce. Taka jest zasada. Stanie się jednak zrozumiałem, że zabieg ten jest bardzo trudny, jeżeli weźmiemy pod uwagę istniejące zazwyczaj liczne zrosty pochodzenia zapalnego, możliwość połączenia ropnia śledziony z żołądkiem i dwunastnicą, możliwość istnienia ropni, położonych na zewnątrz od trzustki, których nieostrożne otworzenie może spowodować zakażenie całej otrzewny. Jeżeli sprawą ropną dotknięta jest tylko część trzustki— usuwamy ją wraz z ropniem. Jeżeli ropnie są liczne i rozsiane po całym gruczole, musimy pozostawić przetokę.

By zabezpieczyć resztę otrzewny od zakażenia, przyszywamy otrzewną ścieną do otrzewny, pokrywającej trzustkę, zaś ropnie w tejże wypełniamy gazą. Jeżeli istnieje ropień poza trzustką, a więc pozaotrzewnowy, dodajemy przeciwotwór w odpowiedniej okolicy lędźwiowej.

(*Gazette des Hôpitaux*, Nr. 78. 1898).

Ant. Leśniowski.

173. M. EINHORN. Przyczynek do nauki o „ischochymii“ (rozstrzeni żołądka). W ciągu ostatnich 2—3 lat E. spostrzegł wiele przypadków „ischochymii“, które można podzielić na dwa rzędy. W pierwszym rzędzie stoją przypadki, nadające się do operacyjnego leczenia, jak: 1) *stenosis pylori benigna* i 2) *sten. pylori maligna*. W drugim rzędzie znajdują się przypadki, leczone paliatywami, jak: 1) *sten. pylori benigna*, 2) zwężenie światła dwunastnicy, 3) przypuszczalna atonia żołądka i 4) *sten. pylori maligna*.

Na 6 przypadków rozstrzeni żołądka, spowodowanej przez *sten. p. benigna*, w 4 nastąpiło zupełne wyzdrowienie, w 2 — śmierć wskutek wstrząsu i słabości serca, zaś w innych przypadkach chorzy zmarli dlatego, że zbyt późno poddali się operacji.

Przytoczone przez autora przypadki złośliwego zwężenia odźwiernika dowodzą, że nawet przy braku guza i kwasu mlecznego w żołądku, można rozpoznać chorobę, i że rychło wykonana „gastroenterostomia“ może pomódz choremu; w przypadkach rozstrzeni, powstałej wskutek *sten. p. benigna* albo wskutek osłabienia mięśnia żołądka, można zmniejszyć dolegliwości za pomocą środków leczniczych. Poprawa polega na wzmocnieniu ścian żołądka i na wzmożeniu jego sprawności pomimo istnienia przeszkody ze strony odźwiernika. Rzecz prosta, że w tych razach na długotrwałą porawę liczyć niepodobna i że zawsze trzeba być przygotowanym na to, iż cierpienie powróci.

Rozpoznanie opieramy na obecności resztek pokarmów w czczym żołądku nad ranem po spożytej sutoj kolacyi. Mamy więc przed sobą cierpienie, zależne od osłabienia mięśnia żołądkowego, albo też od zwężenia odźwiernika (*sten. benigna* lub *maligna*). Prócz tego uwadze lekarza nie powinny uść niektóre objawy nader cenne, których brak nie przemawia jednak przeciwko zwężeniu. Są to: 1) zbytne oddalenie i rozmiary żołądka, 2) zgrubiały i łatwo wyczuwalny odźwiernik, 3) nieustanne ruchy perystaltyczne żołądka i 4) produkty fermentacyjne. Rozmiar żołądka uważamy za chorobowy, gdy zajmuje on cały dolny odcinek brzucha i mieści w sobie 3—4 litry płynu. Jeżeli wyczuwamy odźwiernik w postaci gladkiego owalnego guza, a choroba trwa 1½—2 lata, to przy obecności „ischochymii“ możemy stwierdzić z całą pewnością *sten. pylori benigna*. W tej formie zwężenia odźwiernika ruchy robaczkowe żołądka są wzmożone, a tworzenie się produktów fermentacyjnych (kwasu mlecznego, gazów) wychodzi na jaw; po częstem jednak

przemywaniu żołądka nie znajdujemy nic. Obecność małych ilości żółci można sobie tłumaczyć zmniejszoną zdolnością odźwiernika do zamykania się, a to wskutek pewnej sztywności jego włókien mięśniowych. Wreszcie dla ułatwienia rozpoznania autor radzi uciekać się do wziernika żołądkowego (gastroskop), który niedawno wprowadzili ROSENHEIM i KELIG.

Co się tyczy leczenia, to w *sten. maligna* robimy pyloroplastykę i gastroenterostomię, zaś w *st. benigna* dajemy środki paliatywne. Zaleca się potrawy płynne nawpół płynne, przemywania naczczu, benzonaftol, salol, bismut i rezorcynę podług przepisu następującego: Rp. *Resoreini* 4,0, *Bism. subnit.* 20,0, *Aq. destil.* 200,0. *MDS.* Na pół godz. przed jedzeniem łyżkę stołową dodawać do lampki wody 3 razy na dzień. W ciężkich przypadkach chory pozostaje w łóżku przez 3 tygodnie, odżywia go się przez odbytnicę, następnie przechodzi stopniowo do diety mlecznej.

(*Zeitsch. f. klinische Medicin, Zeszyt 35. 1898*).

Koenigstein.

174. BROESE i SCHILLER. O rozpoznawaniu rzeżączki u kobiet. W 1889 roku SAENGER w pracy swej „o tryprze u kobiet“, radzi ufać więcej objawom klinicznym, niż rozpoznaniu bakteriologicznemu. W kilka lat później BROESE (1893), omawiając tenże przedmiot, również kładzie nacisk na badanie kliniczne i wykazuje całą niedostateczność rozpoznania, opartego tylko na samej bakteriologii. NEISSER zaś utrzymuje, że tylko obecność gonokoków, stwierdzona bakteriologicznie, może dać pewność kliniczną; ten zaś, kto nie używa tego sposobu rozpoznawczego, popełnia ciężki błąd.

Obecnie BROESE i SCHILLER zbadawszy 271 przypadków rzeżączki u kobiet, ogłaszają wyniki swych poszukiwań. Brali oni do badania wydzieliny z cewki, z jamek SKENE'go, z gruczołów BARTOLINI'ego, z pochwy i szyi macicznej. Autorzy nie stosowali hodowli, ponieważ sposób ten jest mało praktyczny; w trudnych zaś przypadkach nie lepsze daje wyniki, niż badanie na szkiełku przedmiotowym.

Po starannem wytarciu suchym tamponem warg większych i ujścia zewnętrznego cewki, palcem od strony pochwy naciskano cewkę od ujścia wewnętrznego ku zewnętrznemu i w ten sposób otrzymywano dostateczną ilość płynu. Z pochwy otrzymywano płyn przez wziernik szklany za pomocą igły platynowej; w podobny sposób otrzymywano wydzielinę z szyi macicznej.

Preparaty barwiono sposobem PICK-JAKOBSON'a: wody destylowanej 20 ctm. sz. ZIEHL'a roztworu 15 kropeł, spiryt. roztworu błękitu metylenowego 8 kropeł.

Barwiono 10 sekund, następnie mieszaninę przemywano obficie wodą: ziarniaki rzeżączki barwiły się na mocno niebieski kolor, inne bakterie na niebieski, jądra komórek na jasno niebieski, protoplazma, śluz i nabłonek na różowy. Sposób ten odznacza się swą prostotą i daje pewne wyniki. Metody GRAM'a nie stosowano ponieważ w przewlekłych przypadkach rzeżączki, gdzie gonokoków jest mało, nie daje ona pewnych wyników.

Na zasadzie swych spostrzeżeń autorzy dochodzą do wniosków, że u kobiet z ostrą rzeżączką:

a) znajdują się zawsze gonokoki; jednakże ten dowód bakteriologiczny pozostaje bez korzyści dla rozpoznania, ponieważ najczęstszy objaw rzeżączki u kobiet—*urethritis*—jest w przeważającej liczbie przypadków zawsze pochodzenia gonokokowego.

b) Rozpoznanie kliniczne rzeżączki będzie jeszcze więcej ułatwione przez kombinację cierpienia cewki z cierpieniami innych narządów rodnych, jak: *urethritis* i *vulvitis*, *urethritis* i *endometritis colli*, *urethritis* i *vaginitis*, *urethritis*, *endometritis colli* et *annexitis*. Po cewce moczowej najczęstszem siedliskiem rzeżączki jest szyja

maciczna. Na 35 zbadanych przypadków 32 razy cierpiała szyja maciczna równocześnie z cewką moczową. Przydatki cierpią w 50% w ostrej rzeżączce.

e) Rozpoznanie kliniczne może być utrudnione, gdy tylko szyja maciczna będzie zaatakowana, w tym razie badanie bakteriologiczne rozstrzygnie sprawę.

W przewlekłej rzeżączce trudności rozpoznawcze są znacznie większe. Nieżyt błony śluzowej narzędzi rodnych jest tu ważnym objawem. Trudność polega nie na rozpoznaniu tego nieżytu, lecz na dowiedzeniu, że jest on pochodzenia rzeżączkowego. Na 210 przypadków, gdzie na podstawie objawów klinicznych była stanowczo rzeżączka przewlekła, BROESE i SCHILLER znaleźli gonokoki tylko 48 razy, pomimo bardzo starannych i wielokrotnych poszukiwań. W ropie z ropotoku jajowodu bardzo rzadko znajdowano gonokoki (SAENGER, WASSERMANN).

Ziarniaki rzeżączki mogą zniknąć z wydzielin, a istnieć pomimo to w samej tkance. Na tej zasadzie NEISSER, w celu odnalezienia gonokoków, drażnił podejrzaną błonę śluzową azotanem srebra. Zresztą jest to fakt oddawna znany, że mocne bodźce fizyologiczne (ciąża, poród) mogą rozniecić prawie zupełnie wygasły nieżyt błon śluzowych narzędzi rodnych i powiększyć jego złośliwość. Tu to właśnie spoczywa tak ważna sprawa złośliwości podobnych wydzielin bez ujawnionych gonokoków. Dla wyjaśnienia zaś tych przypadków, gdzie jeden z małżonków ma ostrą rzeżączkę, gdy u drugiego nie ma żadnych objawów rzeżączkowych, autorzy przypuszczają pewne wrodzone usposobienie u niektórych osób do przyjęcia rzeżączki, u innych zaś pewną odporność (*immunitas*). Bądź co bądź sprawa ta zaraźliwości rzeżączką pozostaje jeszcze ciemną.

W rzeżączce przewlekłej u kobiet cewka moczowa jest najczęściej zaatakowana (na 210 przypadków można było stwierdzić *urethritis chronica* 185 razy); na 185 zaś przypadków tylko 35 razy udało się odnaleźć gonokoki. Nieżyt szyi i cierpienia przydatków towarzyszyły sobie w 23 przypadkach bez zajęcia cewki; z tych 23 przypadków raz jeden tylko udało się odnaleźć ziarniaki rzeżączki w wydzielinie szyi macicznej.

Na 26 przypadków drugiej seryi, gdzie katar szyi był jedynym objawem rzeżączki przewlekłej, dwa razy tylko znaleziono gonokoki. Autorowie dochodzą do wniosku, że twierdzenie NEISSER'a, jakoby we wszystkich przypadkach rzeżączki przewlekłej tylko badanie bakteriologiczne dawało stanowcze rozpoznanie, jest błędne.

Rozpoznanie rzeżączki przewlekłej przedewszystkiem opierać się będzie na wysłedzeniu klinicznem współczesnego cierpienia kilku narządów rodnych kobiecych. Okazuje się następnie, że *urethritis chronica* jest najczęstszym dowodem istnienia rzeżączki przewlekłej; objawy *vaginitis chronicae* są o wiele mniej pewne, chyba, że jednocześnie są objawy cierpienia macicy i przydatków. Wreszcie jest rzeczą trudną, a niekiedy zupełnie niemożliwą orzec, czy nieżyt przewlekły szyi macicy jest pochodzenia rzeżączkowego, gdy jednocześnie brak objawów cierpienia tegoż pochodzenia innych narządów rodnych.

(Berl. kl. Wochenschrift. 1898. Nr. 26, 27, 28, 29).

Fr. Stepkowski.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

== W leczeniu rzeżączki wstrzykiwaniami płynów odkażających znacznym błędem jest podług UNNA'y, że wstrzykiwania są wykonywane wyłącznie podczas dnia, gdy w nocy właściwie potęgują się czynniki, szkodliwie działające na cewkę moczową, a mianowicie: 1) wskutek nie opróżniania pęcherza moczowego nie przepłukuje się cewka oraz występuje szkodliwe naprężenie członka; 2) wskutek rozgrzania się w łóżku członka zwiększa się ropienie w cewce moczowej. Wobec tego zazwyczaj rano znajdujemy pogorszenie w porównaniu ze stanem poprzedzającego wieczora, a można otrzymać stale postępującą poprawę tylko wówczas, jeżeli wstrzykiwania wykonywać regularnie co kilka godzin, zarówno w dzień jak i w nocy. U. zaleca wstrzykiwania w pierwszym tygodniu choroby co 2 godziny, w drugim co 3, w trzecim co 4, w czwartym co 6, w piątym co 12, wreszcie raz na dobę. Jeżeli przebieg choroby jest lekki, można wstrzykiwania robić rzadziej, lecz bezwarunkowo zarówno podczas dnia jak i nocy. (Monhf. f. pr. Derm. T. 27. Z. 1).

== R. KOCH zwrócił uwagę, że do znanych dotychczas trzech siedlisk dżumy (Tybet, Mezopotania, Assyr) przybywa jeszcze czwarte, a mianowicie Juganda w Egipcie. Badał tam dżumę ZUPITZ, a przekonały o tym fakcie liczne i dokładne badania autora. (Dtsch. med. Woch. 14. VII. 98).

== W płwocinie chorych na krztusiec znajdował ZUSCH stale drobnoustroje, identyczne z opisanymi przez CZAPLEWSKIEGO; są to krótkie laseczki z zaokrąglonymi końcami, barwią się dobrze fuksyną, mieszczą się pojedynczo lub gromadnie wewnątrz lub zewnątrz komórki, rosną najlepiej na mieszaninie agaru i płynu przesiękowego. Szczepienia na zwierzętach dały autorowi wynik ujemny, sądzi on jednak, że znalezione drobnoustroje powodują krztusiec, znajduje się ich bowiem w płwocinie tem więcej, im silniejsza jest choroba. (Münch. med. Woch. 7. VI. 98).

== MUELLER opisuje przypadek nabytego przymiotu bez ogniska pierwotnego. Chory zjawił się do M. następnego dnia po podejrzanym spółkowaniu i był

pod stałą obserwacją; dopiero w dwa miesiące później M. zauważył obrzmienie gruczołów pachwinowych i następnie wtórne objawy przymiotu. Autor mniema, że istniało przy stosunku niewidoczne obrażenie skóry lub śluzówki, przez które jad przymiotowy przedostał się wprost do gruczołów chłonnych, nie pozostawiając śladu na miejscu obrażenia. (Dermat. Ztschr. T. 5. Z. 2).

== SILBERSTEIN stosował ze świetnym wynikiem w 50 przypadkach przymiotu szaruchę wewnątrz w postaci pigulek składu następującego: Rp. *Ung. Lanolin*, *Hydrarg. ciner.* 4,5, *Pulv. r. Liquir.* 5,0, *Glycer. gtt.* V, *Mucil. G. mim. q. s. ad pil.* Nr. 60 *DS.* 2 razy dziennie po dwie pigułki. Obok pigulek należy zalecać obfitujące w tłuszcze pożywienie, staranne baczenie na jamę ustną i w razie zaparcia stolca olej rycynowy. Żadnych szkodliwych ubocznych objawów S. przy tem leczeniu nie spostrzegł. (Therap. Monhf. Nr. 7. 98).

== DOEDERLEIN gorąco zachwala stosowanie gumowych rękawiczek do badań położniczych. Od czasu wprowadzenia rękawiczek w klinice D. nie spostrzegał ani razu u położnic podwyższenia ciepłoty, pomimo iż rodzącą bada zawsze około trzydziestu razy. Badanie przez rękawiczkę jest również łatwe i dokładne, jak i gołą ręką, w dodatku zaś mniej bolesne. D. używa rękawiczek, zaleconych przez FRIEDRICH'a; gotuje się je przez pół godziny we wrzącej wodzie, przechowuje w 1% roztworze lizolu. Tuzin kosztuje u ZIEGER'a w Lipsku 18 marek. (Cntrbl. f. Gynäk. 2. VII. 98).

== MARCUSE zaleca leczenie wrzodu goleni wilgotnymi opatrunkami z płynem BUROW'a. W 46 przypadkach autor otrzymał świetny wynik, pomimo iż nie wszyscy chorzy mogli przebywać w łóżku. Opatrunki powinny być często zmieniane. (Dtsch. med. Ztg. Nr. 63. 98).

== MESNIL de ROCHEMONT stosował u 28-iu chorych wyniszczonych podskórne zastrzykiwania wyjałowionej oliwy i otrzymywał stale świetne wyniki. Do zastrzykiwania posługuje się R. specjalnym przyrządem i zastrzykuje jednorazowo 100,0—200,0 w przeciągu jednej godziny, tylko bowiem przy tak powolnem zastrzykiwaniu jest ono niebolesne;

w jedno miejsce nie należy zastrzykiwać więcej ponad 60,0. Wnioski autora są następujące. 1) odżywianie zapomocą zastrzyków podskórnych oliwy jest bezwarunkowo wskazane w przypadkach znikania tłuszczu; 2) zastrzykiwana oliwa wchłania się bardzo wolno i z korzyścią dla ustroju; 3) wydalanie tłuszczu z ustroju przy takim odżywianiu jest bardzo nieznaczne. (Arch. f. klin. Med. T. 60. Z. 4 i 5).

= Doświadczenia ROHLER'a nad działaniem naftalanu w chorobach wenerycznych i skórnych doprowadziły do wniosków następujących: 1) naftalan jest świetnym środkiem w pryszczycy przewlekłej i *psoriasis vulgaris*, 2) w szankrze, rzeżączce i owrzodzeniach przymiotowych jest bezskuteczny, 3) działa dobrze w zapaleniu i nieżycie gruczołu krokowego, zastosowany przez odbytnicę. (Mon. f. prakt. Derm. T. 27).

= Tannopina — połączenie garbnika i urotropiny — przedstawia jasnobronzowy higroskopijny proszek, nierozpuszczalny w wodzie, wysoku, eterze, powolnie rozpuszczający się w słabych roztworach zasadowych. Pod wpływem soku jelit rozszczepia się tannopina na swoje składniki, dzięki czemu otrzymuje się działanie bakterjobójcze i ściągające. FUCHS stosował ten środek w ostrych i przewlekłych nieżytach jelit i pęcherza moczowego w dawce 4,0 jednorazowo i otrzymał wyniki następujące: w ostrym nieżycie jelit znika biegunka nader szybko, w przewlekłym zaś ogranicza się jedynie ilość wypróżnień, w nieżycie pęcherza moczowego tanno-

pina znacznie ustępuje urotropinie. (Heilkunde. Nr. 11. 98).

= Z doświadczeń JOACHIM'a wynika, że tannopina działa skutecznie we wszelkich postaciach nieżyty jelit i jest bezwarunkowo nieszkodliwa. J. stosuje następujące dawki: dla ssawców 0,3—0,5 cztery razy dziennie, dla dzieci starszych i dorosłych 0,5—1,0 do dziesięciu razy na dobę. (Allg. med. Centralztg. Nr. 65. 1898).

= W Tow. ginek. lond. opisał PARSONS nowy sposób leczenia wypadania (*prolapsus*) macicy; polega on na wywołaniu ograniczonego stanu zapalnego, wskutek czego tworzą się zrosty, utrzymujące trwale wprawioną macicę. Celem wywołania zapalenia wstrzykuje P. przez sklepienia w tkankę łączną miednicy po 15 kropel roztworu siarczanu chininy 0,9:3,75. Żadnego ujemnego działania tego środka P. nie spostrzegł. (Dtsch. med. Ztg. Nr. 73. 98).

= ASSELBERGS stosował w wilku, grzlicy stawów, gruczołów i okostnej zastrzykiwania kalomelu i w 23 przypadkach z ogólnej liczby 25 leczonych otrzymał zupełne wyleczenie lub też znaczne polepszenie. Zastrzykuje A. 0,05 kalomelu w pośladki początkowo co 10 dni, następnie rzadziej z powodu przykrych objawów, zazwyczaj powodowanych zastrzykiwaniami kalomelu. Znaczna poprawa następowała po pierwszych zastrzykiwaniach, następnie poprawa szła wolniej. (Ann. de dermat. 1. 1898).

M. B.

Komitet Zarządzający Kasą pomocy naukowej imienia d-ra medycyny J. MIANOWSKIEGO ma zaszczyt zawiadomić, że w wykonaniu woli Z. PIŁECKIEGO, lekarza, który na rzecz Kasy pomocy zapisał fundusz wieczysty, z przeznaczeniem procentów na coroczne wynagrodzenie autorów prac, ku pożytkowi ogólnemu drukiem ogłoszonych, z dziedziny dziejów narodu polskiego, jego języka, literatury i prawa, jak również matematyki i nauk przyrodniczych, mając do rozporządzenia kwotę rb. 750, kop. 69 z procentów za rok 1897, przyznał p. Adamowi Antoniemu Kryńskiemu nagrodę w kwocie rb. 750, k. 69 za pracę pod napisem „Gramatyka języka polskiego” w tymże roku drukiem ogłoszoną.

Prezes Komitetu H. Struve. Członek Komitetu Sekretarz Feliks Kucharzewski.

Do dzisiejszego numeru dołącza się dla wszystkich prenumeratorów „Kata log nowości lekarskich” księgarni Sennewalda za październik r. b.