

GAZETA LEKARSKA

I. Z PRACOWNI I AMBULATORIUM DRA REJCHMANA.

O WYMIOTACH KRWAWYCH U TABETYKÓW.

Podał

dr W. Róbin.

W przebiegu władu rdzenia znane są oddawna napady gwałtownych bólów w okolicy żołądka, połączonych z obfitymi wymiotami; napady te noszą nazwę „*crises gastriques*“, trwają najczęściej kilka dni i cechują się zazwyczaj znacznym natężeniem objawów i brakiem wszelkich objawów podmiotowych ze strony żołądka w czasie wolnym od napadów.

Nie zawsze atoli *crises gastriques* przebiegają typowo: zarówno bowiem u różnych chorych, jak i u tego samego chorego, spostrzegać możemy wybitne różnice w typowym obrazie klinicznym. Tak więc może braknąć zupełnie bólów i wówczas na pierwszy plan występują uporeczywe wymioty, mogą występować wyłącznie silne bóle w okolicy żołądka, nie prowadzące do wymiotów, czas trwania napadu może być niezwykle długi lub też napady mogą być krótkotrwałe, lecz powtarzać się codziennie i t. d.

Wymioty w czasie *crises gastriques* najczęściej bywają początkowo pokarmowe, a następnie śluzowo-żółciowe; czasem tylko, przy dużych wysiłkach dają się spostrzegać w ostatnich wymiocinach ślady świeżej krwi. Do niezwykłych atoli rzadkości należą wymioty krwawe podczas *crises gastriques*.

W literaturze przynajmniej znajdujemy tylko 4 opisane przypadki wymiotów krwawych w przebiegu *crises gastriques* u tabetyków. I-szy przypadek tego rodzaju ogłosił VULPIAN (1) w r. 1879, II-gi CHARCOT (3) w r. 1889, III-ci F. RAYMOND (5), IV-ty GOLDFLAM (17) w r. 1891. Inni zaś autorzy, mający nieraz do czynienia z olbrzymią liczbą przypadków *crises gastriques* u tabetyków, zaznaczają wyraźnie, że nie spotykali ani razu napadu z wymiotami krwawymi.

Przypadki tego rodzaju są jednakże niezmiernie ważne pod względem praktycznym, gdyż na zasadzie krwotoku żołądkowego lekarze skłonni są rozpoznawać wrzód lub raka żołądka, tembardziej, że częstokroć owe napady bó-

łów w żołądku z wymiotami stanowią jedyny, bardzo wczesny objaw wiału rdzenia. VULPIAN (1) naprz. podaje, że chory jego leczony był przez długi czas w szpitalu na wrzód żołądka, również u chorego RAYMOND'a (5) rozpoznawano w ciągu 10-iu miesięcy wrzód żołądka.

Spostrzegając od roku zeszłego tabetyka, u którego podczas *crises gastriques* występują właśnie krwotoki żołądkowe i mając możność dokładnego obserwowania tegoż chorego tak w czasie napadu, jak i w okresie beznapadowym, podajemy opis tego przypadku,—tembardziej, że chory przedstawiał w czasie napadu i inne ciekawe objawy i że zarówno owe wymiociny krwawe, jak chemizm i mechanizm żołądka zostały wielokrotnie badane, czego w dotąd ogłoszonych przypadkach nie uskuteczniliono.

Dnia 3. IX. 1902 r. zgłosił się do mnie, skierowany łaskawie przez dra REJCHMANA, pan E. P., lat 37, kawaler, skarżąc się na napady nudności i wymiotów. Napady te datują od 4-eh lat. Przed 17-tu laty chory zaraził się przymiotem, leczony był kilkakrotnie frykcyami, po raz ostatni wcierania stosował przed 4-ma miesiącami. W początku miewał co 2—3 miesiące napady silnych bólów w dolku z wymiotami pokarmomo-żółciowemi bardzo obfitemi; w czasie wolnym od napadu czuł się zupełnie dobrze.

Od 3-eh miesięcy charakter napadów uległ zmianie: bólów gwałtownych chory już nie doznaje, natomiast występują nagle uporczywe nudności i wymioty, trwające 2—3 dni; nudności te są nadzwyczaj męczące: chory rzuca się na łóżku, krzyczy, nie może sobie miejsca znaleźć, stara się wszelkimi sposobami sztucznie wywołać wymioty i w tym celu kładzie palec do ust, pije wodę sodową i t. p. Wymioty sprowadzają ulgę, ale tylko na bardzo krótki przeciąg czasu, poczem znów powtarza się powyższy obraz: męczące nudności, sztuczne wywoływanie wymiotów i bardzo obfite wymioty. Te ostatnie w początku napadu składają się z pokarmów, przyjętych bezpośrednio przed napadem, następnie chory wymiotuje olbrzymie ilości płynu ciągnącego się, żółtawego, gorzkiego [po 1/2 miski naraz], ostatnie wreszcie wymiociny przedstawiają czarne masy, mające zupełne podobieństwo do fusów kawowych; te ostatnie nie są tak obfite [po 1/2—1-eh szklanki naraz], mogą powtarzać się kilka razy, poczem dopiero następuje widoczna ulga: nudności ustają zupełnie i chory wpada w głęboki sen, z którego wstaje wolny od wszelkich dolegliwości.

W czasie międzynapadowym chory cieszy się dobrem łaknieniem, nie doznaje żadnych bólów po jedzeniu, nigdy nie wymiotuje, ani w wypróżnieniach krwi nie zauważył; uskarża się tylko na zaparcie stolca. Od roku wystąpiły bóle strzelające w łydkach i kostkach obudwu nóg, w klatce piersiowej i w lewym boku. Widzi źle, dwojenia przed oczyma nie ma, uczucia poduszki pod stopami nie doznaje. Na zaburzenia w oddawaniu moczu nie uskarża się; od kilku lat cierpi na suchy, spazmatyczny kaszel.

Badanie przedmiotowe wykazuje co następuje: odżywienie chorego średnie, w narządach wewnętrznych nie nieprawidłowego nie można wykryć. Odruchy kolanowe zniesione zupełnie, również odruch ze ścięgna Achillesa. Objaw ROMBERG'a występuje. Żrenice nierówne, prawa szersza, objaw ARGYLL-ROBERTSON'a występuje. Czucie zachowane, z wyjątkiem lewej dłoni i całej

twarży. Ataksyi niema. W moczu nie nieprawidłowego nie wykryto. Kol. JAKUBOWICZ, który następnie zbadał szczegółowo układ nerwowy, stwierdził prócz tego osłabienie wzroku, znaczne osłabienie erekcyi, znieczulenie skóry na piszczelach i stopach i nadczułość skóry na grzbiecie od 5-go kręgu grzbietowego do 3-go lędźwiowego; wreszcie—zniesienie odruchu z gardzieli i z łąznic, skłonność chorego do płaczu i pochop do sugestyi.

Badanie wymiocin barwy fusów kawowych wykazało, co następuje: wymiociny z dnia poprzedniego podczas napadu, w ilości 80 ctm. sz., z zawieszonymi czarnymi strzępkami, bez resztek pokarmowych, odczynu kwaśnego, nie zawierają wcale wolnego HCl; ogólna kwasność wynosi 45; związany HCl=25. Kwasu mlecznego niema. Pepsyny 60%, [według metody HAMMERSCHLAG'a]. Pod drobnowidzem stwierdziłem znaczną liczbę czerwonych krążków krwi, barwnik czarny, nieliczne leukocyty i nabłonki płaskie.

Po zebraniu powyższych danych zasięgnąłem zdania dra REJCHMANA co do istoty owych napadów. Po naradzie doszliśmy do wniosku, że owe napady nudności i wymiotów zależne tu są wyłącznie od władu rdzenia, t. j. są pochodzenia ośrodkowego i że mamy zupełne prawo wykluczyć w danym przypadku istnienie jakiegokolwiek cierpienia miejscowego żołądka [wrzód, rak], któreby mogło powodować występowanie podobnych napadów. Przeciwno organicznym sprawom chorobowym żołądka przemawiał tu przedewszystkiem brak wszelkich objawów podmiotowych w okresie międzynapadowym, następnie owo peryodyczne występowanie długotrwałych napadów nieprzewyciężonych nudności z uporczywymi wymiotami, czego nie spostrzegamy nigdy w obrazach klinicznych wrzodu okrągłego lub raka żołądka.

Badanie chemizmu i mechanizmu żołądka naszego chorego, dokonane w czasie wolnym od napadu, dało wyniki następujące:

8. IX. N a c z c z o żołądek okazał się pustym. Przełuczyny w ilości 80 ctm. sz., zielonawo zabarwione, z drobnoziarnistym osadem, odczynu obojętnego; pod drobnowidzem wykrywają się liczne leukocyty większe i mniejsze, ziarnisto i tłuszczowo zwyrodnione [po 50—30 w polu], nieliczne erythrocyty odbarwione i nieco nabłoneków płaskich.

9. IX. Po śniadaniu próbnem wydobyto 90 ctm. sz. zawartości żółtawej, niedokładnie strawionej, ze śluzem, odczynu kwaśnego. Wolny HCl=2; ogólna kwasność = 40; związany HCl = 22. Albumozy wykrywają się. Pepsyny 72%.

Tak więc czynność ruchowa żołądka okazała się prawidłową, wydzielanie natomiast kwasu solnego upośledzonym; prócz tego wobec stwierdzenia obecności śluzu i dość dużej ilości leukocytów w czczym żołądku, należało przypuścić istnienie w żołądku sprawy nieżytowej przewlekłej.

Wyniki dokonywanych następnie badań czynności żołądka podajemy w poniższych tablicach—z tego mianowicie powodu, że one przedstawiają wiele ciekawych faktów, o których poniżej kilka słów powiemy.

[Patrz tablicę na str. 506 i nast.].

Prócz tego dokonane zostało jeszcze powtórne badanie wymiocin podczas jednego z późniejszych napadów.

A. N a c z c z o.

N ^o	Data	Ilość zawartości w cfm. sz.	Barwa	Resztki pokarm.	Śluz	Odczyn	Badanie brobnowidzowe	Uwagi
1	28. X	20	Budno-zie- lona	—	+	Obojętny	Leukocyty i nabł. płaskie	10 dni po napadzie
2	17. XI.	20	Szara	—	+	"	jak wyżej	7 dni po napadzie
3	6. XII.	30	Bezbarw.	—	+	Alkaliczny	" "	—
4	12. I.	15	"	—	+	Kwaśny (L=0. A=5)	—	3 dni po napadzie
5	20. I.	100	Budno- szara	+	+	Alkaliczny	Włókna mięsne, laseczniki długie, leukocyty	11 dni po napadzie
6	22. I.	120	Trawiasto- zielona	—	+	"	Świeże czerw. krążki krwi	13 dni po napadzie
7	33. I.	40	Żółta	—	+	"	Cząstki błony śluz. żołądka z ko- mórkami gruczoło- wymi	14 dni po napadzie
8	24. I.	60	Budno- szara	—	+	"	Leukocyty, kon- glomeraty nabł. ślupkow.	15 dni po napadzie
9	26. I.	100	Zielona	—	+	"	<i>Oidium albicans</i> , drożdże, pleśń.	17 dni po napadzie
10	27. I.	40	Szara	—	+	"	cząstki błony ślu- zowej	18 dni po napadzie

B. Po śniadaniu próbnem.

Nr	Data	Ilość zawartości w ctm. sz.	Barwa	Odczyn	Wolny HCl	Ogólna kwasność	Związany HCl	Album.	Pepsyna	Uwagi
1	21. X.	85	Jasno-bru- natna	Kwaśny	6	30	10	+	72%	3 dni po napadzie
2	27. X.	120	"	"	6	36	14	+	66,6	9 dni po napadzie
3	29. X.	100	Żółtawa	"	15	43	13	+	—	11 dni po napadzie
4	31. X.	35	Jasno-bru- natna	"	12	42	—	+	54	13 dni po napadzie
5	3. XI.	140	"	"	22	55	15	+	—	16 dni po napadzie
6	12. XI.	65	"	"	0	20	—	+	17,4	2 dni po napadzie
7	14. XI.	40	"	"	0	18	—	+	21	4 dni po napadzie
8	17. XI.	65	"	"	0	21	—	+	60	7 dni po napadzie
9	20. XI.	60	"	"	0	16	—	+	—	10 dni po napadzie
10	24. XI.	170	Żółtawa	"	0	25	—	+	33	14 dni po napadzie
11	28. XI.	100	Jasno-bru- natna	"	2	40	—	+	—	18 dni po napadzie (od 2 dni przyjmuje 2×0,01 morfiny)
12	13. I.	70	"	"	+ (b.słabo)	26	—	—	—	4 dni po napadzie
13	28. I.	130	"	"	0	24	—	—	—	19 dni po napadzie

Wymiociny z I-go dnia napadu zielonawo zabarwione, bez resztek pokarmowych, z ziarnistym osadem, odczynu obojętnego. Pod drobnowidzem—dość liczne leukocyty (5—10 w polu), nieliczne czerwone krążki krwi odbarwione i bardzo liczne nabłonki płaskie.

Nazajutrz, w II-im dniu napadu, wymiociny barwy czarnej kawy, ze śluzem, odczynu kwaśnego, z zawieszonymi czarnymi strzępkami, bez wolnego HCl. Ogólna kwasność = 42. Związany HCl = 27. Kwasu mlecznego niema. Pod mikroskopem—czerwone krążki krwi, barwnik, nabłonki płaskie.

Przechodząc do oceny wyników badania czynności żołądka u naszego chorego, widzimy przedewszystkiem, że czynność ruchowa okazywała się prawidłową 10 razy na 11 badań, gdyż 10 razy nie mogliśmy stwierdzić zaległości pokarmowych na czczo; raz tylko jeden, 20. I. wydobyliśmy na czczo 100 cm. sz. zawartości z nielicznymi resztkami pokarmowymi, składającymi się przeważnie z włókiem mięsnych. Mechanizm żołądka należy uważać przeto za prawidłowy, a jednorazowo wykrytą nieomogę ruchową za przejściową, tembardziej, że w następnych badaniach, dokonywanych codziennie, już resztek pokarmowych ani razu wykryć nie zdołaliśmy.

Co się tyczy czynności wydzielniczej żołądka, to na czczo wydobywaliśmy stale 15—120 cm. sz. zawartości ciekłej, mętnej, śluzowej, brudno-szarej lub żółtawej, odczynu obojętnego lub najczęściej alkalicznego; trzykrotnie wydobyliśmy na czczo cząstki błony śluzowej z zachowanymi gruczołami żołądka; w zawartości czczej najczęściej wykrywaliśmy pod drobnowidzem dość liczne leukocyty, nieliczne erytrocyty świeże i odbarwione, śluz i nabłonki słupkowe i płaskie; raz tylko jeden stwierdziliśmy obecność laseczników długich, mianowicie wówczas, gdy okazały się na czczo resztki mięsa i kwas mleczny.

Powyższe dane pozwalają sądzić, że błona śluzowa żołądka u naszego chorego uległa sprawie nieżytowej przewlekłej; gruczoły żołądkowe zostały jeszcze zachowane.

Po śniadaniu próbnem otrzymaliśmy wyniki dość zmienne, cyfry bowiem wolnego HCl wahały się między 0—22, cyfry ogólnej kwasności między 16—43. Na 13 badań wszakże najczęściej spostrzegaliśmy zupełny brak wolnego HCl (w 6-ciu badaniach),—w 5-ciu otrzymywaliśmy b. małe ilości wolnego HCl, w 2-ch tylko badaniach ilość wolnego HCl zbliżała się do normy. Na tej zasadzie możemy twierdzić, że wydzielanie HCl u naszego chorego było upośledzone, jakkolwiek istniało. Wydzielanie pepsyny było również zachowane, lubo także przedstawiało znaczne wahania, zależne prawdopodobnie przedewszystkiem od zasadniczego cierpienia chorego.

Gdy przyjrzymy się jeszcze tablicy B, to zauważymy ciekawy szczegół, że im bardziej chory oddalał się od napadu, tem większej poprawie ulegała czynność wydzielnicza żołądka; tak, gdy w 3 dni po napadzie $L=6$, $A=30$, w 11 dni— $L=15$, $A=43$, w 16 dni— $L=22$, $A=55$. W 2 dni po następnym napadzie już znowu $L=0$, $A=20$; lecz następnie wolny HCl wystąpił dopiero po 18-stu dniach od napadu.

Tak więc rozpoznanie w naszym przypadku brzmiało: *tabes dorsalis „crises gastriques avec vomissements noirs [CHARCOT]“, gastritis chronica subacida.*

Jak wspominaliśmy wyżej, pierwszy, zwrócił uwagę na występowanie wymiotów krwawych u tabetyków VULPIAN (1) w r. 1879. Wobec szczególnej rzadkości tego rodzaju spostrzeżeń, podajemy w streszczeniu przebieg choroby w przypadku VULPIAN'a. „God., lat 28, od 15-stu lat doznaje bólów w okolicy żołądka; przed 11-u laty zaraził się przymiotem. Od 5-ciu lat miewa napady bólów żołądka, połączonych z silnymi bólami głowy i wymiotami żółciowemi, czasem wymioty przybierają barwę fusów kawowych (*quelquefois d'une couleur marc de café*), rzadziej są pokarmowe, bywały i czarne wypróżnienia (*des garde robes noires*). Napady te trwają od 12—24 godzin i powtarzają się prawie co tydzień. Przyjęcie pokarmu nie tylko nie wzmacnia bólów, lecz owszem zmniejsza je. Przed 4-ma laty leczony był na wrzód żołądka; w ciągu ostatnich 5 lat 3 razy był krwimocz. 31 maja wymioty czarne, poczem okolica żołądka nader wrażliwa 13 czerwca znowu wymioty czarne, 21 czerwca—napad z wymiotami śluzowemi; 4-go lipca wymioty czarne, 10-go lipca napad bólu w okolicy żołądka, w końcu którego chory zwymiotował około litra czarnego płynu“ i. t. d.

W naszej literaturze jedyny przypadek wymiotów krwawych w przebiegu *crises gastriques* u tabetyka opisany został przez GOLDFLAMA (17) w roku 1891 w pracy p. t. „Kliniczny przyczynek do etyologii wiądu rdzeniowego.“ Niezmiernie ciekawy ten przypadek spostrzegany był przez autora w ciągu 6-ju lat i cechował się różnorodnością objawów, towarzyszących podstawowemu cierpieniu. Podajemy z pracy tej opis napadu *crises gastriques* u wzmiankowanego chorego. „W lecie 1888 r. pierwszy napad gastralgiczny (*crises gastriques*), od tej pory bóle strzelające znacznie zelżały. *Crises g.* powtarzają się odąd dość często, co parę miesięcy, bez żadnej widocznej przyczyny. Są to t. zw. „czarne wymioty“ (*vomissements noirs des tabétiques*) i dlatego opiszę jeden taki napad, ostatni, d. 12. IV. — 1891: od kilku dni chory doznawał co rano nudności, które jednak wkrótce przechodziły, dziś przyłączył się do nich silny dreszcz bez podniesienia ciepłoty, a potem wymioty naprzód wodnisto-śluzowemi masami (o silnie kwaśnym odczynie), później wymiociny stały się zupełnie podobne do fusów z kawy. Bólów przytem nie było żadnych, zato czkawka i obfity ślinotok. Tętno 60, niemiarowe, również jak i oddech, kończyny zimne, twarz blada, brzuch wciągnięty, ale nigdzie nie bolesny, silne pragnienie. Wymioty zrazu obfite, potem skąpe, podobnie jak i zapad, przeciągnęły się do dnia następnego. 14. IV. 91 nastąpiły wymioty czysto krwawe, wśród płynnej krwi pływały miękkie, czarne skrzepy, poczem dopiero chory uczuł ulgę, ślinotok i czkawka ustały. Tętno 120, miarowe. Daleko większe ilości krwi odeszły przez kieszkę odchodową. 15. IV. 91 rano kilka razy fusowe wymioty z czkawką. 16. IV. już tylko czkawka, 17. IV. bóle strzelające na łokciowej stronie przedramienia i koniec napadu.“

Autor zaznacza dalej, że „krwawe wymioty mogłyby zrodzić przypuszczenie, że oprócz wiądu mamy jeszcze do czynienia z wrzodem okrągłym. Przeciwn takiemu pojmowaniu rzeczy przemawiają jednak ważne względy, jak zupeł-

ny brak bólów w okolicy żołądka nagły początek objawów żołądkowych, bez żadnych uprzednich zaburzeń w trawieniu.“

Jak tedy należy tłumaczyć sobie krwawe wymioty u tabetyków w czasie napadu? Na powstawanie krwawienia żołądkowego u tego rodzaju chorych rzuca pewne światło szczegół, spostrzegany w czasie napadu zarówno przez nas, jak i przez niektórych autorów. Mianowicie I-go dnia napadu, gdy chorynasz wśród nieprzewycięzonych nudności wymiotował masami pokarmowymi, a następnie śluzowo—żółciowymi, zjawiały się na ciele (w okolicy żołądka i wyżej) plamy czerwone wielkości 2 cm., które w tym stanie zachowywały się przez cały czas napadu i natychmiast po napadzie zniknęły. Plamy te przy bliższym badaniu okazały się wybroczynami krwawymi.

Podobne fakty, jakkolwiek względnie rzadko podczas *crises gastriques* są spostrzegane, ale są opisane przez różnych autorów jako zaburzenie naczynioruchowe w przebiegu władu rdzenia. Tak, VULPIAN (1) podaje, że u jego chorego podczas każdego napadu bólu żołądka, połączonego z wymiotami krwawymi, występowała również na całym ciele lub tylko na tułowiu wysypka w postaci zlewających się różowych plam; wysypka ta utrzymywała się kilka godzin i zniknęła przed końcem napadu.

PIERRET spostrzegał tabetyka [przypadek ten został ogłoszony przez PUTNAM'a (6)] z bólami strzelającymi w ucho, u którego podczas tych bólów ucho czerwieniało, stawało się gorące i nader wrażliwe, tak że chory zwrócił się do autora, sądząc, że dotknięty został różą lub innym zapaleniem ucha; objaw ten nagle zniknął. Podobne spostrzeżenia ogłosili: FRIEDREICH, BERGER (7), DUCHENNE. Do rzędu zaburzeń naczynioruchowych zaliczają autorzy również napady migreny u tabetyków w okresie preataktycznym (OPPENHEIM).

STRAUSS (8) zebrał wszystkie spostrzeżenia, dotyczące się wybroczyn krwawych w czasie silnych bólów u tabetyków i twierdzi, że wybroczyny te cechują się różnością form, że natężenie ich idzie w parze z natężeniem samego bólu, że umiejscawiają się zazwyczaj nieco wyżej miejsca bolesnego, a jeśli ból jest jednostronny, to po tej samej stronie. Fakty te są jednak, zdaniem autorów, względnie bardzo rzadkie. Th. KELLER (9) naprz. na mnóstwo przypadków władu rdzenia spostrzegał tylko raz takie wybroczyny.

Istnienie u tego rodzaju chorych zaburzeń naczynioruchowych, których wyrazem są w naszym przypadku owe wybroczyny krwawe na skórze, dawało do myślenia niektórym autorom, czy podobne wylewy krwawe nie następują również i w narządach wewnętrznych? Za tem przypuszczeniem przemawiają ciekawe spostrzeżenia niektórych autorów. Tak, RAYMOND wspólnie z OULMONTE'm spostrzegali tabetyka z napadowymi bólami w cewce moczowej (*crises d'uréthralgie*); w końcu napadu chory oddawał z moczem kilka kropel czystej krwi, następnie zaś w ciągu całego dnia mocz był krwawy, chory ten zmarł w szpitalu i został poddany przez tychże autorów autopsji, na której stwierdzony został zupełny brak wszelkich zmian w drogach moczowych; autorzy dochodzą do wniosku, że krwiomocz był tu pochodzenia czysto naczynioruchowego, a mechanizm powstawania krwiomoczu tenże, co przy wybroczynach krwawych u tabetyków.

Czy tedy i krwotoki żołądkowe nie następują u tabetyków na tej samej drodze, t. j. są następstwem zaburzenia naczynio-ruchowego? Naszem zdaniem, jest to chyba jedyne możliwe objaśnienie w tego rodzaju przypadkach.

Wobec stwierdzenia u naszego chorego upośledzonej czynności wydzielniczej żołądka, zaintesowaliśmy się kwestyą, jak wogóle zachowują się według autorów czynności żołądka u tabetyków, nie wymiotujących krwią. Otóż okazuje się, że do roku 1885 żadnych w tym względzie danych nie ogłoszono. Pierwszy SAHLI (10) poddał badaniu wymiociny tabetyka podczas *crise gastrique* i stwierdził w nich znaczną ilość wolnego HCl, w następnych wszakże napadach ilość wolnego HCl okazywała się już mniejsza.

M. ROSENTHAL (11) badał 2 przypadki: w czasie napadu autor stwierdził w wymiocinach również duże ilości wolnego HCl (0,30%), w następnych wszakże dniach po napadzie cyfry HCl spadły do 0,10—0,095%.

SIMONIN (12) potwierdził powyższe wyniki i wyraził nawet zdanie, że nie tylko nadkwaśność jest stałym objawem *crises gastr.* u tabetyków, lecz cyfra wolnego HCl wzrasta odpowiednio do natężenia napadu.

Wreszcie HOFFMAN (13) przeprowadził u jednego tabetyka 42 badania wymiocin w czasie *crises gastriques* i wykrywał wybitną nadkwaśność (do 0,42); po napadach atoli autor chemizmu żołądka nie badał.

Dopiero badania NOORDEN'a (14) z r. 1890 zmieniły ówczesne poglądy na sprawę zachowywania się czynności wydzielniczej żołądka u tabetyków. NOORDEN bowiem na podstawie 7-iu przypadków *crises gastr.* u tabetyków i znacznej ilości przeprowadzonych u nich badań chemizmu żołądka tak w czasie napadu, jak w okresie międzynapadowym, doszedł do wniosku, że ścisłego związku pomiędzy *crises gastr.* u tabetyków, a wydzielaniem HCl niema, — że przeciwnie, przypadki nadkwaśności u tabetyków zdają się być wogóle rzadkie, częściej zaś występuje upośledzenie czynności wydzielniczej żołądka.

Z pośród swoich 7-iu przypadków NOORDEN stwierdził w 5-ciu przypadkach zupełny brak wolnego HCl i małą bardzo ogólną kwaśność, wynoszącą 0,02—0,12, w 2-eh zaś przypadkach—nadkwaśność, lecz tylko w czasie napadu. Zwłaszcza ciekawe są wyniki 7-iu seryi badań u jednego chorego, przeprowadzonych w pewnych odstępach czasu:

w I	seryi badań	podczas	napadu	nadkwaś.,	po nap.	nizka kwaśn.
w II	„	„	„	norm. kw.	„	brak HCl.
w III	„	„	„	brak HCl.	„	nizki kw.
w IV	„	„	„	norm. kw.	„	norm. kw.
w V	„	„	„	nizka kw.,	„	nizka kw.
w VI	„	„	„	brak HCl,	„	nizka kw.
w VII	„	„	„	różna kwaś.	„	norm. kw.

Z powyższego widzimy, jak zmienną może się okazać czynność wydzielnicza żołądka u tabetyka we wzgl. krótkim przeciągu czasu i że podczas napadu *crises gastriques* możemy u tego samego chorego znajdować najrozmaitsze cy-

fry wolnego HCl, t. j. normalną ilość, nadkwaśność i zupełny brak wolnego HCl; chemizm zaś żołądka po napadzie nie odpowiada chemizmowi w czasie napadu i również może ulegać znacznym wahanom.

Z nowszych autorów BASCH (15) ogłosił wyniki badania czynności wydzielniczej żołądka u 5-ciu tabetyków w czasie *crises gastriques*. W jednym przypadku wolny HCl występował słabo, w drugim—papierek Congo dawał niebieskie zabarwienie, a ogólna kwaśność wynosiła 42, w III Congo+, w IV—Congo+, w V—og. kwaś.=25. Prócz tego autor, odwiedzając wielu tabetyków na mieście w czasie napadu, badał wymiociny na obecność wolnego HCl i otrzymywał różne wyniki, bardzo często jednakże stwierdzał zupełny brak wolnego HCl.

Zatem przypadek nasz pod względem zachowywania się czynności wydzielniczej żołądka nie różnił się od przypadków władu rdzenia, przebiegających bez wymiotów krwawych,— wykazywał bowiem upośledzoną czynność wydzielniczą żołądka tak w czasie napadów, jak i w okresie międzynapadowym.

L I T E R A T U R A



- 1) A. VULPIAN. Maladies du syst. nerveux. Paris. 1879.
- 2) CHARCOT. Leçons sur les mal. du syst. nerv. Paris. 1880.
- 3) CHARCOT. Des crises gastr. tabétiques avec vomissements noirs. Gaz. Méd. de Paris. 1889.
- 4) FOURNIER. Leçons sur la période préataxique du tabes d'orig. syphil. Paris. 1885.
- 5) F. RAYMOND. Dictionnaire encyclopédique. Paris. Artykuł o „tabes dors.“. Tom XV.
- 6) PUTNAM. Recherches sur les troubles fonction. des nerfs vasomot. Th. de Paris. 1882 (u RAYMOND'a).
- 7) O. BERGER. Zur Symptom. d. Tab. dor. Neurol. Centr. 1884.
- 8) STRAUSS. Des ecchymoses tabét... Arch. de Neurol. 1880.
- 9) TH. KELLER. Des ecchymoses cutan... Revue de Méd. 1884 (u RAYMOND'a).
- 10) SAHLI. Ueber d. Vorkommen... Corresp. f. Schw. Aerz. 1885.
- 11) M. ROSENTHAL. Ueber nervöse Gastroxie. Wien. Med. Presse 188 (u NOORDEN'a).
- 12) SIMONIN. Etude... Thèse de Lyon. 1886 (u NOORDEN'a).
- 13) HOFFMAN. Beitrag. zur Aetiolog... Arch. f. Psych. 1888 (u NOORDEN'a).
- 14) C. v. NOORDEN. Zur. Path. d. Tab. dor. Charité-Ann. 1890.
- 15) BASCH. Beitrag z. Kenntniss d. gastr. Krisen. Arch. f. Verdauungs. 1899.
- 16) WŁ. JANOWSKI. Semiotyka ogólna wymiotów. Odez. Klin. Nr. 157—8—9.
- 17) S. GOLDFLAM. Kliniczny przyczynek do etyologii władu rdzeniowego. Przegl. Lek. 1891.

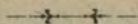
Kilka przypadków wągrów i bąblowca mózgu

ORAZ

uwagi o częstości różnych tasiemców w Warszawie.

Podali

Józef Winiarski i Władysław Żenczykowski.



[Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 21].

Przechodzimy do opisu przypadków, spostrzeganych na oddziale:

Przypadek pierwszy. 32-letni krawiec przybył na oddział 24. I. 1898 r. z objawami niedowładu połowicznego lewostronnego. Choroba zaczęła się przed rokiem stopniowym osłabieniem ręki lewej i obu nóg, oraz drżeniem w tychże kończynach. Od tegoż czasu chory przestał pracować, a od 2-ch miesięcy chodzi z wysiłkiem. Podczas choroby raz miał napad epileptyczny. Żonaty od lat czterech, bezdzietny, żona raz ronila. Przed 8-iu laty wrzód na członku.

W grudniu 1897 roku leżał przez kilka tygodni na oddziale dra T. DUNINA, gdzie był leczony wcieraniami szaruchy [32] i wypisał się przed tygodniem. Znajdowano tam: nierówność źrenic, lewa źrenica węższa i nie oddziaływała na światło, opuszczenie powieki górnej (*ptosis sinistra*), niedowład nerwu twarzowego lewego; niedowład lewej kończyny górnej, a w nieco mniejszym stopniu i dolnej; nieco bezładu [ataksyi] kończyn górnych i dolnych, zwłaszcza lewej dolnej. Objawy spastyczne w kończynach górnych i dolnej lewej. Odruchy ścięgnowe wzmożone, objaw stopowy po stronie lewej. Ze strony pęcherza i odbytu zaburzeń nie było.

Po wyjściu ze szpitala wystąpiły zaburzenia w oddawaniu moczu [moczociek] i z tego powodu zapisał się ponownie na nasz oddział.

Budowy średniej, odżywienia miernego, cery bardzo bladej. Uderzeń tętna na minutę 64, oddechów 20. Świadomość zamglona. Opuszczenie powieki górnej lewej. Niedowładu nerwu twarzowego niema. Źrenice równe, na światło nie oddziaływają, na przystosowanie—prawidłowo. Chód niepewny. Niedowład kończyny lewej górnej i dolnej. Objawy spastyczne w kończynach lewych i prawej dolnej. Odruchy ścięgnowe i skórne znacznie wzmożone; z obu stron objaw stopowy; odruch prawy mosznowy silniejszy niż lewy. Objaw ROMBERG'a. Czucie wyraźnie nie zmienione. Mocz jasno-żółty, odczynu obojętnego, cięż. wł. 1019, białka nie zawiera. Częsty moczociek.

Rozpoznano przymiot mózgu, zalecono jodek potasu, potem wstrzykiwania sublimatu.

Dnia 6. II. Od tygodnia nie chodzi. Zupełny bezwład lewej kończyny górnej i nerwu twarzowego. Wymioty.

Dnia 7. II. Wieczorem wymioty powtórzyły się. Ból głowy. Mocz odaje często, w nocy częściej [co 1½ godz.], zawsze pod siebie. Przytomność nieco zamglona. Po południu silne drgawki. Od 8. II.—5. III. codziennie częste napady drgawek w lewej połowie twarzy i w lewej kończynie górnej, a często i w lewej kończynie dolnej—bez utraty przytomności. Od 13-go do 17-go lutego napady drgawek powtarzały się co kilka minut, ale trwały bardzo krótko—pół minuty. Potem stopniowo stawały się rzadsze i słabsze, ale trwały dłużej. Podczas napadu drgawek chory skręcał silnie głowę na lewo i zataczał gałki oczne w lewo (*ad maximum*). Lewa kończyna górna, zgięta we wszystkich stawach, wykonywała drobne i szybkie drgania, największe w śródreżcu (*flexio ulnaris*). Lewa kończyna dolna w drgawkach przyjmowała słabszy udział i była raczej wyprostowana. Wielki palec i paluch u nogi wyprostowane, paluch przywiedziony do 3-go palca. Inne palce zgięte w stawach śródreżco- i śródstopo-palcowych.

Z ustąpieniem drgawek 6-go marca skonstatowano: odleżyna; *gingivitis mercurialis*; zupełne porażenie lewostronne twarzy i kończyn; prawa źrenica węższa od lewej, obie źrenice oddziałują na światło i przystosowanie; przykurczenie kończyn lewych porażonych; stan psychiczny lepszy; chory pamięta miesiące, daty i wylicza je.

Dnia 12. IV. Zawroty głowy. Biegunka. Stolec czasami oddaje pod siebie.

Dnia 29. IV. Po południu drgawki całego ciała trwały około 10 min.

Dnia 15. VI. Zaledwie ślady niedowładu nerwu twarzowego lewego. Zupełny bezwład kończyn lewych, połączony z silnem ich zesztynnieniem. Objawy spastyczne i w kończynach prawych. Odruchy kolanowe i stopowe z obu stron żywe. Czucie po stronie lewej ciała nieznacznie osłabione. Upar-
ta biegunka.

Dnia 5. VIII.—21. VIII. Napady drgawek.
Biegunka nie ustawała. Śród coraz większego upadku sił chory zmarł dnia 3. IX. 1898 r.

Przy badaniu pośmiertnem [prof. PRZEWOŚKI] znaleziono: gruźlicę płuc i kiszek, dyzenterję, zapalenie ropne pęcherza i wstępujące ropne zapalenie nerek, *endocarditis verrucosa subacuta*. Opona twarda mózgowa nie naprężona. W zatoce podłużnej (*sinus longitudinalis*) skrzepy agonalne. Ilość płynu mózgodzeniowego powiększona. Na powierzchni wewnętrznej opony twardej mózgo-
wej w okolicy *ossis bregmatis* znajdują się błonki, usiane znaczną liczbą mniejszych i większych wylewów krwawych. Z prawej strony błonki starsze; w niektórych miejscach zachodzą one na *falx cerebri* (*pachymeningitis haemorrhagica interna*). Komory boczne w trójnasób rozszerzone i wypełnione płynem przezroczystym; ependyma zgrubiała. W jamie komory czwartej znajduje się wąż wielkości orzecha laskowego. Ependyma, odpowiadająca umiejscowieniu węża, zgrubiała.

W przypadku tym zasługują na podkreślenie: zmienność objawów, drgawki charakterystyczne dla wągrów mózgu, wreszcie powikłanie *pachymeningitide haemorrhagica int.*

Przypadek drugi. 65-letni S. F., przybył na oddział dnia 3. XII. 1898 r. zupełnie nieprzytomny z objawami przewlekłego zapalenia nerek bez obrzęków [białka 0,5‰, wałeczki ziarniste i szkliste], miażdżycy naczyń i zapalenia płuc charłaczego w obu dolnych zrazach.

Żrenice równe, oddziaływają na światło. Lewa fałda noso-wargowa wygładzona. *Opisthotonus* i silna sztywność mięśni tułowia i kończyn. Porażeń kończyn niema. Objawy znacznej sztywności w kończynach górnych i dolnych. Odruchy ścięgnowe żywe. Odruchy brzuszne słabe, mosznowych niema, podszwowe żywe. Pobudliwość mechaniczna mięśni bardzo wzmożona. Czućcie bólu zachowane. Mocz i kał oddaje pod siebie.

W ciągu kilku dni pobytu w szpitalu przytomność nie wróciła. Sztywność kończyn górnych ustąpiła, dolnych zmniejszyła się.

Chory zmarł dnia 8. XII. 1898 r.

Badanie pośmiertne [prof. PRZEWOSKI] oprócz rozedmy, zapalenia obustronnego płuc i zapalenia przewlekłego nerek, wykazało: pod wsiardziem w lewej komorze kilka wągrów, pod wsiardziem komory prawej — jeden. Opona miękka mózgu nieco obrzękła. Komory boczne rozszerzone. Ependyma zgrubiała. Istota mózgu na przecięciu pokrywa się kroplami tłuszczu. Komora trzecia i *septum pellucidum* silnie rozciągnięte. Komora czwarta rozciągnięta. *Plexus chorioideus* i *fornix* nic szczególnego nie okazują. U wzgórków czworaczych (*corpora quadrigemina*) nad wodociągiem Sylwiusza (*aqueductus Sylvii*) znajduje się wągr, a główka jego tkwi w samym wodociągu Sylwiusza.

Przypadek trzeci. 59-letni wyrobnik, S. F. przybył na oddział dnia 21. V. 1894 r. Chory zawsze był zdrów, przed laty przechodził tylko tyfus. Od roku zaczął niedomagać z powodu bólów i brzęknięcia rąk i stóp. Jeszcze przed pięcioma miesiącami pracował. Od dwóch miesięcy bardzo powoli i stopniowo zaczął słabnąć umysłowo, doznawać senności; jednocześnie spostrzeżono osłabienie ręki lewej. Majaczeń, wymiotów, bólów głowy nie było. Głównie rzucała się w oczy otaczającym utrata pamięci. Od dwóch tygodni leży w łóżku, stracił przytomność i zaczął oddawać kał i mocz pod siebie. *Abusus in baccho* nie było. Żona dwa razy ronila.

Na pytania chory odpowiada z trudnością i często bezsensownie. Usiąść, wstać może. Niedowład połowiczny lewostronny w stopniu miernym. Chodzi małymi krokami, chwiejąc się, choć siła nóg jest w nich niezła. Jeść sam nie może wskutek drżenia i nieporadności rąk. Silne zeszywnienie obu nóg; ruchy bierne znacznie utrudnione. Odruchy ścięgnowe wzmożone. Tętno 72, niezbyt twarde, oddechów na minutę 11, stan bezgorączkowy. W narządach wewnętrznych nic szczególnego nie znaleziono.

Podejrzowano przymiot mózgu i zalecono jodek potasu i wcierania szarychy.

Chory zmarł dnia 13. II. 1894 r.

Przy badaniu pośmiertnym [dr DMOCHOWSKI i prof. BRODOWSKI] znaleziono w głębi brzdów mózgowych w miękkich oponach obydwóch półkul liczne wągry,

wielkości małego orzecha laskowego; kilka ich było na powierzchni, więcej na podstawie mózgu, a nadto po jednym w komorach bocznych obydwóch półkul na splotach naczyniowych (*plexus chorioidei*), a mianowicie w komorze bocznej półkuli prawej znajdował się wąż, wielkości orzecha laskowego, w lewej zaś komorze bocznej, również na *plexus chorioideus* znajdował się wąż, wielkości pestki od wiśni. Wągrzy te przedstawiały się w postaci pęcherzy groniasto rozgałęzionych, były to t. zw. *cysticerci racemosi*. Nazwę taką nadał w r. 1882 ZENKER wążrom, znajduwanym na podstawie mózgu, a przedstawiającym się w postaci pęcherzy groniastych i rozgałęzionych, rozwijających się w przestworach pomiędzy miękkimi oponami mózgowymi; wążry takie obrastają nerwy i naczynia podstawy mózgu, niekiedy rozwijają się i w komorach mózgowych, a w rzadkich bardzo razach i na powierzchni mózgu. [Dawniejsi autorowie za VIRCHOW'em opisywali wążry takie jako „*Traubenhydatiden*“ miękkiej opony mózgowej].

Groniastą i rozgałęzioną postać zawdzięczają one, zdaje się, temu, że rozwijają się w przestrzeni ograniczonej, ścieśnionej [zwłaszcza na podstawie mózgu] nerwami, naczyniami i włóknami łączno-tkankowymi miękkich opon mózgowych. *Cysticercus racemosus* wyglądem swoim tak się różni od zwykłych wążrów mózgu, że można byłoby podejrzewać, czy nie chodzi tu o inny gatunek tasiemca.

W wążrach takich względnie rzadko udawało się znaleźć główkę, ale, ilekroć się to udało, to zawsze okazało się, że wążr pochodził od tasiemca samotnego.

P. JÓZEF EJSMOND, kandydat nauk przyrodniczych, był o tyle uprzejmym, że zajął się zbadaniem wążra, znalezionego w naszym przypadku w prawej bocznej komorze i znalazł wewnątrz wążra główkę wraz z haczykami i 4-ma przyssawkami, czyli i w tym przypadku stwierdzono, że *cysticercus racemosus* pochodził od tasiemca samotnego (*Taenia solium*). [D. n.].

III. POWIKŁANIA PRZY OPERACYI WYROŚLI ADENOIDALNYCH.

[Rzecz, odczytana na posiedzeniu laryngologiczno-otyatrycznym dnia 31-go grudnia 1902 r. w Warszawskiem Towarzystwie Lekarskiem].

Podał

Dr Maurycy Hertz.

— → — — ← —

[Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 21].

C. H. KNIGHT ¹⁾ spostrzegł przypadek, gdzie u 9-letniej dziewczyny we 20 godzin po operacyi, wykonanej kiuretą GOTTSTEIN'a wystąpiły objawy *torticollis*. Po lewej stronie na szyi tuż przy samych kręgach wyczuwa się bo-

¹⁾ Handbuch der Laryngologie HEYMANN'a.

lesne na dotyk miejsce. Autor przypuszcza, że w danym przypadku zranione zostały włókna nerwowe, przebiegające w błonie śluzowej gardzieli, co odruchowo wywołało podrażnienie i skurcz włókien mięśniowych. Po tylnej ścianie jamy nosogardzielowej należy, zdaniem КНИГНТ'a, bardzo ostrożnie manipulować kiuretą, gdyż warstwa tkanki adenoidalnej w tem miejscu jest bardzo cienka.

MACKERNON ¹⁾ również opisuje przypadek *torticollis* po operacji wyrosli adenoidalnych, który podług niego zależy może od stanu zapalnego gruczołów retrofaryngealnych lub też od zapalnego obrzmienia *musculi recti capitis*.

SĘDZIAK ²⁾ opisuje dwa przypadki malaryi, która wystąpiła po operacji wyrosli adenoidalnych. U dwojga dzieci we dwie godziny po operacji wystąpił malaryczny napad, który powtarzał się codziennie (*febris quotidiana*) i trwał kilka dni. Napady ustąpiły po chininie. SĘDZIAK zaznacza, że i inni członkowie rodziny mieli w tym czasie malaryę.

Dosyć często występują po operacji wyrosli adenoidalnych powikłania ze strony uszu. Jednym z powikłań jest zranienie wylotów trąbek Eustachyusza, co przy manipulowaniu instrumentami w wąskiej względnie jamie nosogardzielowej bardzo łatwo przytrafić się może [najczęściej zdarzało się to przy operowaniu kiuretą HARTMANA]. Zranienie takie pozostaje często bez szkody dla uszu.

GRADENIGO ³⁾ widział podobny przypadek. Podczas operacji kiuretą GOTTSTEIN'a ścięte były wyloty trąbek Eustachyusza z obydwóch stron. GRADENIGO miał możność obserwowania dalszego przebiegu i przekonał się, że nie wywołało to żadnego wpływu na drożność trąbek Eustachyusza. Podczas operacji lub też po operacji przy silnem wycieraniu nosa może dostać się trochę krwi a z nią śluzu a nawet i ropy, której nieraz sporo jest w jamie nosogardzielowej, przez trąbkę Eustachyusza do ucha średniego i wywołać zapalenie ropne ucha środkowego. Toż samo może nastąpić przy przestrzykiwaniu nosa po operacji, stosowanym przez niektórych lekarzy, co stanowczo jest bardzo szkodliwe. Ropienie przejść może nieraz na wyrostek sutkowy i uczynić konieczną trepanację wyrostka.

G. BACON ⁴⁾ opisuje przypadek, gdzie u chorej 30-letniej jakiś lekarz usunął podobno palcami kawałek wyrosli adenoidalnych, a nazajutrz dokończył operacji kleszczami [chora cierpiała wtedy na ból gardła]. We dwa dni później wystąpiło zapalenie ucha prawego z zejściem w ropienie. Stan ucha poprawił się, ale w tydzień później zjawily się objawy ze strony wyrostka sutkowego, utworzył się ropień podokostnowy, który trzeba było otworzyć. Wprawdzie chora miała zalecone przemywania nosa po operacji rozczynem karbolu.

¹⁾ Handbuch der Laryngologie HEYMANN'a.

²⁾ SĘDZIAK. Nowiny Lekarskie, 1898. Nr. 5.

³⁾ GRADENIGO l. c.

⁴⁾ G. BACON. Ref. w Centralblatt, 1893.

BAR ¹⁾ również opisuje przypadek ropnego zapalenia ucha z następczem zajęciem wyrostka sutkowego. Przed operacją robiono choremu irygacye nosa kwasem bornym. Operacja wykonana była podczas epidemii influenzy.

SĘDZIAK widział dwa razy powikłania ze strony ucha średniego po operacji.

Nie należy operować wyrosli adenoidalnych podczas ostrego lub podostrego zapalenia ucha średniego lub też podczas obostrzenia chronicznego ropienia dla uniknięcia możliwości ciężkich powikłań ze strony uszu.

BECKMAN ²⁾ wprawdzie operuje i w ostrych ropieniach z ucha i nie miał nigdy złych następstw.

HESSLER ³⁾ operuje, o ile przeszedł najwyższy punkt sprawy zapalnej ucha, ale jednak jeszcze w okresie zapalnym, co ma zdaniem jego dodatnio wpływać na przebieg sprawy usznej.

Do drobniejszych powikłań po operacji wyrosli adenoidalnych należą obrzmienia w gardzieli, przemijająca pareza miękkiego podniebienia i t. p. — powikłania te zależą od drobnych uszkodzeń podczas operacji. Naturalnie, przy niezręcznym, brutalnym operowaniu zdarzyć się mogą takie przypadki, jak oderwanie języczka, a nawet całego miękkiego podniebienia. Uszkodzenie języczka zdarzało się dawniej częściej przy operowaniu wyrosli kleszczami starej konstrukcji, przy dzisiejszej modyfikacji przyrządów zdarza się to bardzo rzadko.

Przy operowaniu kleszczami, gdy chory odrzuci gwałtownie głowę w tył, można odłamać lemiesz; operujący, czując przy zamykaniu kleszczy coś twardego, powinien raczej wyjąć kleszcze, aniżeli siłą starać się przewyciężyć opór. Przy zbyt ostrej kiurecie zdarzyć się może, że ostrze przejdzie przez wyrosle, przetnie je, ale odcięty kawałek wyrosli zostaje w jamie nosogardzielowej; należy go wyjąć kleszczami; nieraz odcięty kawałek wyrosli przez choany dostać się może do nosa; wystarczy w takich razach kazać choremu mocno dmuchnąć przez nos.

Jako powikłanie, utrudniające operację, są pewne właściwości w budowie anatomicznej jamy nosogardzielowej. Na tylnej ścianie jamy nosogardzielowej, na miejscu odpowiadającym przedniej powierzchni dwóch górnych kręgów szyjowych znajduje się kostna wyniosłość [t. zw. *vertebra prominens*], kończąca się na wysokości podstawy *uvulae*; nieraz jest ona tak duża, że nie pozwala obejrzeć lusterkiem jamy nosogardzielowej. Wyniosłość taka znacznie utrudnia operację, tembardziej że zranienie w tem miejscu wywołać może obfite krwawienie.

KAHN ⁴⁾ opisuje przypadek, gdzie podczas operacji u 5-letniego dziecka otrzymał duże krwawienie. W wyciętych kiuretą GOTTSTEIN'a wyrosłach znalazł płaski twór kostny; prawdopodobnie ścięty został wspomniany grzebień kostny. Tegoż wieczora u dziecka było następcze krwawienie tak obfite, że trzeba było zatamponować jamę nosogardzielową.

1) M. BAR. Revue hebdomadaire de Laryngologie. 1896.

2) BECKMANN. Ref. w Centralblatt. 1898.

3) HESSLER. Monatschrift für Ohrenheilkunde. 1898. Nr. 2.

4) KAHN. Revue hebdomadaire de Laryngologie. 1897.

W drugim przypadku u dziecka małego [8 mies.] uczył KAHN twardą przeszkodę przy wprowadzaniu kiurety do jamy noso-gardzielowej; zmuszony był wprowadzać przyrząd bokiem dla ominięcia tej wyniosłości.

Możemy mieć powikłania podczas operacji wyrosli adenoidalnych i ze strony przyrządów; nastąpić może podczas operacji złamanie przyrządu. Przypadek taki miał GRADENIGO ¹⁾. Operował 10-letnią dziewczynkę kiuretą, zmodyfikowaną przez RUAULT'a. Wobec ogromnej liczby wyrosli zmuszony był kilkakrotnie wprowadzić przyrząd. Po 3—4 razach [operował lekko bez użycia zbytnej siły] wyjął rączkę bez ostrza. W wyciętych wyrosłach i w jamie noso-gardzielowej nie mógł znaleźć ostrza; prawdopodobnie dziecko je połknęło, bez szkodliwych jednak następstw.

Wobec stosowania przez niektórych specjalistów ogólnej narkozy przy operacji wyrosli adenoidalnych, zwrócić należy uwagę i na powikłania z tej strony. W pierwszych latach powstania operacji wyrosli adenoidalnych wszyscy bez wyjątku operowali pod ogólną narkozą.

Dziś zdania co do potrzeby ogólnej narkozy przy operacji wyrosli adenoidalnych, jak i co do wyboru środków usypiających są ogromnie podzielone: jedni są za ogólną narkozą, drudzy zaś—za miejscowem znieczuleniem kokainą. Zwolennicy ogólnej narkozy wychodzą z tej zasady, że doszczętne usunięcie wyrosli adenoidalnych możliwe jest tylko przy zupełnie spokojnem zachowaniu się chorych, a chodzi wszak prawie zawsze o dzieci, zachowujące się niespokojnie często niesfornie, nie umiejące nad sobą zapanować. W kwestyi tej jednak daje się zauważyć pewna różnica zdań; jedni radzą stanowczo wszystkie dzieci do lat 15-tu operować pod narkozą, inni zaś jak np. NICOLESCU, robią wyjątek dla dzieci grzecznych, w każdym razie starszych nad lat 10. GRADENIGO w ostatniej obszernej swej monografii o wyrosłach adenoidalnych (*Die Hypertrophie der Rachenmandel*) poświęca kwestyi tej sporo miejsca. Radzi on ogólną narkozę koniecznie stosować u dzieci starszych nad 4—5 lat, ponieważ dzieci takie siłą całą sprzeciwiają się operacji. Następnie niezależnie od grzeczności i zachowania się, a nawet i wieku chorych radzi GRADENIGO stosować narkozę koniecznie w tych przypadkach, gdzie ze względu na poważne zaburzenia, wywołane obecnością wyrosli adenoidalnych, chodzi o doszczętne usunięcie ich, co jedynie pod ogólną narkozą jest możliwe. U dzieci starszych nad lat 15 stosuje GRADENIGO 10%-wy roczyn wodny kokainy. Stając więcej po stronie ogólnej narkozy przy operacji wyrosli adenoidalnych, zwraca GRADENIGO główną uwagę na fakt, że przy operowaniu bez narkozy dzieci ulegają zbyt wielkiemu wrażeniu. Widok przyrządów, leżących na stole, wprowadzanie kilkakrotne przyrządów do gardła, trzymanie dzieci za ręce przez pomocnika, pewien akt gwałtu, czyniony nad dzieckiem—wszystko to razem, podług GRADENIGO, zbyt wstrząsa systemem nerwowym dziecka, wywierając na niem traumę psychiczną—*shock* nerwowy. Obrażenie to jest bardzo szkodliwe dla dziecka, tembardziej że najczęściej chodzi o dzieci limfatyczne, nerwowe, bardzo wrażliwe na ból. Naturalnie, GRADENIGO również i doszczętne usunięcie wyrosli adenoidalnych uwa-

¹⁾ GRADENIGO I. c.

za za możliwe jedynie w narkozie. GRADENIGO robi pewne wyjątki, pozwalając operować bez narkozy dzieci grzeczne i gdy nie chodzi o doszczętne usunięcie wyrosli.

Ze środków usypiających naturalnie najczęściej stosowany bywa chloroform. Zwolennicy chloroformu przytaczają cyfry bardzo pomyślne, dowodzące nieszkodliwości tego środka. [D. n.]

IV. Z ODDZIAŁU DRA MED. T. DUNINA W SZPITALU DZ. JEZUS W WARSZAWIE.

TRZY PRZYPADKI POŁOWICZNEGO ZANIKU JĘZYKA. (HEMIATROPHIA LINGUAE).

Podał

Henryk Landau,

asystent oddziału.

— † — † —

[Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 21].

Wreszcie należy wspomnieć jeszcze o kilku opisanych w literaturze przypadkach [ERB'a, MONTESANO'y, MARINA'y, HOFFMANN'a, z tych przedostatni stwierdzony autopsyjnie], w których zanik połowiczny języka nastąpił jużto jednocześnie, już też w następstwie zapalenia gardzieli z obrzmieniem gruczołów szyjowych po stronie, odpowiadającej zanikowi. Do kategorii tych przypadków należy również przypadek, opisany niedawno przez kol. PAŃSKIEGO.

Jako przyczynę sprawy chorobowej w przypadkach tych należy uznać bezpośrednio przejście zapalenia z tkanek otaczających na nerw podjęzykowy, albo też przyjąć, do czego skłania się w swoim przypadku ERB, idyopatyczne izolowane zapalenie nerwu podjęzykowego, które na wzór podobnych zapaleń nerwu twarzo wego odnieść można do rzędu neurytów „reumatycznych”¹⁾.

¹⁾ HOFFMANN, a w ślad za nim PAŃSKI wykluczają zupełnie w przypadkach swoich drugą z wymienionych tu możliwości, uważając natomiast we wszystkich przypadkach tego rodzaju zajęcie nerwu podjęzykowego jako wtórne. Ze zdaniem tem trudno wszakże zgodzić się bez zastrzeżeń. I przeciwko temu tłumaczeniu bowiem przemawia przedewszystkiem to, że zajęcie *hypoglossi* jest w tych razach zawsze jednostronne, gdy zapalenie gardzieli bywa zazwyczaj obustronne, jak również niezrozumiałem pozostaje, dla czego sprawa zapalna przechodzi wyłącznie na nerw podjęzykowy, a oszczędza inne nerwy [błądny], które tu wraz z nim przebiegają. Że zresztą możliwe jest zapalenie idyopatyczne nerwu podjęzykowego, dowodzi tego niezbieżnie wynik autopsji, dokonanej w przypadku MARINA'y. W przypadku tym, w którym

Z powyższego widać, że mniemanie autorów francuskich [CHARCOT'a oraz jego szkoły], jakoby połowiczny zanik języka zdarzał się prawie wyłącznie przy wadzie rdzenia, któremu to mniemaniu dał wyraz BALLEZ, twierdząc, że „wobec hemiatrofii języka, zwłaszcza jeżeli towarzyszą jej inne objawy opuszkowe, należy myśleć przedewszystkiem o tabesie”, nie odpowiada istotnemu stanowi rzeczy. Jeżeli wszakże wad rdzenia nie jest jedynem cierpieniem, przy którym się zdarzać może połowiczny zanik języka, to z drugiej strony nie ulega najmniejszej wątpliwości, że względnie najczęstszą jego przyczyną jest przymiot, co potwierdza również statystyka ASCOLI'ego, który przyczynę tę znalazł w 36% wszystkich opisanych przypadków połowicznego zaniku języka.

W tych względnie nielicznych przypadkach połowicznego zaniku języka, w których zostało dokonane badanie anatomiczne odnośnych części układu nerwowego, znajdowano, jak to łatwo się domyśleć, zmiany różne, zależnie od istoty cierpienia. W 3-ch przypadkach, w których połowiczny zanik języka towarzyszył wadowi rdzenia, znaleziono [RAYMOND i ARTAUD, KOCH i MARIE, WESTPHAL] mniej lub więcej zupełny zanik już to całego jądra *hypoglossi*, już też ograniczony tylko do pewnej części tego ostatniego wraz ze zstępującem zwyrodnieniem nerwu oraz zakończeń jego, w mięśniach zaś odpowiedniej połowy języka—zanik prosty z obfitą tłuszczową infiltracją, zajmującą jedynie przestrzenie pomiędzy włóknami mięsnymi i nie wnিকającą do samych włókien. Z innych przypadków należy jeszcze wyróżnić przypadek MARINA'y, w którym badanie pośmiertne wykazało *neuritis* [idyopatyczne], ograniczone do pewnej części tylko pnia *hypoglossi*, a mianowicie środkowej $\frac{1}{3}$, czemu odpowiadały też objawy częściowego zaniku odnośnej połowy języka za życia; przypadek ten dowodzi, że należy być nader ostrożnym przy różniczkowaniu pomiędzy pochodzeniem centralnem a peryferycznem będącego w mowie cierpienia.

Co się tycze poszczególnych objawów, spostrzeganych przy połowicznym zaniku języka, to należy tu zwrócić uwagę przedewszystkiem na charakterystyczny układ języka, spotykany prócz bardzo nielicznych wyjątków prawie stale przy tem cierpieniu. Układ ten przedstawia się tak, jak to opisaliśmy go we wszystkich 3-ch naszych przypadkach i jak to widać na załączonych zdjęciach fotograficznych [p. rys. 1-szy i 2-gi] a mianowicie: gdy język

autor za życia przypuszczał jeszcze możliwość zjęcia wtórnego nerwu podjęzykowego, tłómacząc to sobie bezpośrednio przejściem sprawy zapalnej z błony śluzowej gardzieli na rozsiante tu zakończenia *hypoglossi*, oraz rozwijającym się następnie *neuritis ascendens*. badanie pośmiertne wykazało [p. niżej] zwyrodnienie zapalne tego nerwu, ograniczone do środkowej $\frac{1}{3}$ jego, gdy część jego, leżąca dalej ku obwodowi [wraz z zakończeniami], jak również część centralna były bardzo mało lub też prawie wcale nie zajęte. To też M., ogłaszając wyniki tego badania w 4 lata po ogłoszeniu samego przypadku (*Neurol. Centralbl.* 1900. Nr. 3), w drugiej swojej pracy o możliwości wypowiedzianej za życia wcale nie wspomina, natomiast traktuje swój przypadek wprost jako *neuritis hypoglossi idiopatica*. Wyniki tego badania, których HOFFMANN, rzecz prosta, uwzględnić nie mógł, gdyż ogłosił swój przypadek na rok przed śmiercią chorego MARINA'y, a o których nie znajduję również żadnej wzmianki i w artykule kol. PAŃSKIEGO, jakkolwiek autor omawia dość szeroko przypadek M., rzucają jednak, naszem zdaniem, wiele światła na sprawę będącą tu w mowie.

leży na zewnątrz jamy ustnej, odchyła się ku stronie chorej, niezależnie zaś od tego zbaczania języka *in toto*, wierzchołek jego zagina się również w stronę zanikłej połowy, skutkiem czego linia środkowa języka (*raphe*) nie tylko przebiega ukośnie do środkowej linii ciała, lecz tworzy również łuk, wklęsłością zwrócony ku stronie chorej. Natomiast przeciwnie znajdując się w jamie ustnej, język zbacza ku stronie zdrowej. Zbaczanie języka wysuniętego wraz z zaginaniem się jego wierzchołka ku stronie chorej zależy od działania *m. genioglossi* po stronie zdrowej, który to mięsień, kurcząc się, zagina, zwłaszcza zapomocą przednich swych pęczków, przyczepiających się do podbródka i przebiegających ukośnie ku przodowi i na zewnątrz do wierzchołka języka, wierzchołek ten ku stronie przeciwległej. O ile na to ukośne położenie języka wpływa również porażenie mięśni, unoszących grdykę ku górze (*m. geniohyoideus*), jak to mniema BIDDER, orzec trudno. Niektórzy [BIECK, DINKLER] opisują odmienny nieco układ języka przy wysuwaniu tegoż, a mianowicie: zbaczanie języka w stronę zanikłą przy jednoczesnem haczykowatym zakrzywieniu wierzchołka w stronę przeciwną, wskutek czego *raphe* przyjmuje kształt litery S. DINKLER uważa to haczykowane zakrzywienie wierzchołka ku stronie zdrowej za objaw stały dla początkowych okresów zaniku języka, przypisując je działaniu pewnego bliżej przezeń nie wyodrębnionego pęczka mięśniowego, położonego na brzegu tej samej [zdrowej] połowy języka i będącego ze względu na działanie swe antagonistą *m. genioglossi*; dopiero w późniejszych okresach w miarę zwiększania się zaniku chorej połowy języka i coraz większej przewagi *m. genioglossi* po stronie zdrowej, to haczykowane zakrzywienie języka ku stronie zdrowej ma ustępować i język cały wraz ze swym wierzchołkiem zbacza coraz więcej w stronę zaniku. Również porażeniu *m. genioglossi* przypisuje TRAUMANN spostrzegane przez siebie znaczne wypuklenie się nasady języka, zwłaszcza chorej jego połowy ku tyłowi, skutkiem czego *epiglottis* po tej stronie jest o wiele więcej zbliżone do tylnej ściany gardzieli, aniżeli po stronie przeciwległej.

Co się tyczy drugiego z wymienionych objawów, a mianowicie zbaczania języka, znajdującego się w jamie ustnej ku stronie zdrowej, to ten nie może zależeć, jak to mniemają niektórzy, od działania mięśnia podłużnego (*m. longitudinalis*) języka, działanie bowiem podobne nie odpowiada wcale kierunkowi przebiegu pęczków tego mięśnia, lecz jedynie od skurczu mięśni, przyczepiających się z tyłu i na zewnątrz od języka, z tych zaś głównie od *m. styloglossus*.

Właściwe funkcyje języka podlegają przy połowicznym jego zaniku zaburzeniom bardzo nieznacznym. Tak więc wszelkie ruchy języka bywają zazwyczaj zachowane zupełnie, a to dzięki kompensacyjnemu działaniu mięśni zdrowej połowy; niekiedy tylko widzujemy pewną trudność lub nawet zupełną niemożność wykonywania niektórych ruchów, szczególnie bocznych [w stronę zaniku], unoszenia języka ku górze do twardego podniebienia lub też składania języka w postaci łyżki [opuszczanie środkowej części języka przy jednoczesnem podnoszeniu obu jego brzegów ku górze]. Są to wszakże przypadki wyjątkowe. Tę możność zastępowania mięśni zanikłych mięśniami zdrowej połowy zawdzięcza język temu, że włókna mięśniowe obu jego połów krzyżują się między sobą i przeplatają; dotyczy to zwłaszcza pęczków o kierunku poprzecznym, stanowią-

cych części samoistny mięsień języka (*m. transversus linguae*), po części zaś należących do *m. styloglossus*.

Odpowiednio do zachowania funkcji ruchowej zachowane są również wszelkie czynności, do których wykonania niezbędne są ruchy języka, a więc: mowa [artykulacja], przeżuwanie oraz połykanie pokarmów. Pewne wszakże zaburzenia tych czynności są, rzecz prosta, możliwe, wskutek towarzyszącego połowicznemu zanikowi języka porażenia podniebienia, gardzieli i t. d. [mowa nosowa, zachłystywanie się, wracanie się płynów nosem]. [D. n.]

STRESZCZENIA ZBIOROWE.

Fizjologia i patologia ciśnienia tętniczego.

Podał

Kazimierz Rzętkowski.

[Dokończenie — Patrz Nr. 21].

Za sprawę o ciśnieniu *par excellence* wysokiem uważana jest przede wszystkim arterioskleroza. Tu jednak musimy zwrócić uwagę na to, że stwardniałe i nie poddające się uciskowi tętnice: promieniowa lub ramieniowa powodują błąd w pomiarach. Twardość ścianek tych tętnic pochłania część siły uciskającej, zanim nastąpi ucisk na zawartość tych tętnic, używanych po spolicie do mierzenia ciśnienia w klinice. Powstaje skutkiem tego błąd — opór ścianek — który BASCH ocenia na 5 mm, HENSEN zaś nawet na 20 mm *maximum*. Ten błąd w granicach od 5-ju do 20-tu mm należy odciągać zatem od znajdujących cyfr, skutkiem czego rzeczywista wysokość ciśnienia u arteriosklerotyków obniży się nieco. W każdym razie cyfry ciśnienia u arteriosklerotyków przewyższają zazwyczaj *maximum* normalne. Średnia, jaką znajdował POTAIN, wynosiła 19 ctm. i więcej. POTAIN odróżnia dwa rodzaje arteriosklerozy: 1) miażdżycę wielkich pni tętniczych — sprawa bez znacznej *hypertensio* tętnic drobnych, zatem o ciśnieniu stosunkowo niższem; 2) t. zw. *arteriosclerosis capillaris generalisata* — sprawa, dotykająca nie starców, jak poprzednia, lecz ludzi młodszych, której towarzyszy duży przerost serca, ogólne zwężenie średnich i drobnych tętnic, oraz mała, sklerotyczna nerka. Tu ciśnienie dochodzi do cyfr bardzo wysokich: 25, 26—31, 32 ctm. Zanim sprawy te uzewnętrzniają się dla badania, poprzedza je okres, który nie zaznacza się niczem więcej, jak tylko wzmożeniem ciśnieniem, okres, który BASCH nazwał „*latente Arteriosclerose*“. Zdaniem HASENFELD'a te przypadki arteriosklerozy dają najwyższe cyfry, które dotyczą naczyń w obrębie *nvi splanchnici*. Wysokie cyfry u arteriosklerotyków bez powikłań nerkowych znajdował również HENSEN, przyczem autor ten ostrzega, że jednorazowe badania ciśnienia u tego rodzaju chorych nie dają właściwego pojęcia o ciśnieniu u nich, ponieważ u chorych tych często wpływy postronne powodują ogromne spadki w ciśnieniu np. o 70 mm [!]. I tu zdarzają się cyfry

blizkie najniższej normy, np. u marantyków, u chorych z *myocarditis*, cierpieniami tętnic wieńcowych serca i t. p. GUMPRECHT zalicza arteriosklerozę do cierpień o wysokim ciśnieniu, mówiąc ogólnikowo, że czasem, pomimo wężykowej tętnicy ciśnienie nie dochodzi do 150 mm [R.-R.], czasem zaś ciśnienie przewyższa 200 mm, chociaż żadnych oznak arteriosklerozy nie znajdujemy: są to przypadki arteriosklerozy *in statu nascendi*, znane dobrze od czasu klasycznych prac BASCH'a. Zaznacza przytem GUMPRECHT, że wysokie ciśnienie arteriosklerotyków obniża się nieraz pod wpływem kąpieli ciepłych. To samo widział ŚWIĘTUCHOWSKI pod wpływem alkoholu. Zdaniem wreszcie RZĘTKOWSKIEGO, niskie lub normalne cyfry ciśnienia przy tętnie, które sfigmograficznie przedstawia się jako t w a r d e, świadczą o tem, że naczynia w obrębie *nvi splanchnici* nie są dotknięte miażdżycą, tak jak odwrotnie, wyższe lub normalne cyfry ciśnienia przy tętnie wyraźnie miękkim świadczą o tem, że naczynia w obrębie *nvi splanchnici* kurczą się dostatecznie [sprawy infekcyjne].

Wysokie ciśnienie znajdowano również przy zapaleniu nerek, zwłaszcza zaś przy *nephritis interstitialis* i mocznicy. GUMPRECHT zaznacza, że w tych przypadkach ciśnienie może osiągnąć cyfry 270 mm [R.-R.]. POTAIN oznacza średnią na 21,6 ctm., przyczem cyfra najwyższa wynosi w tych razach 24 ctm. HENSEN w czystych przypadkach „*Schrumpfniere*“ znajdował ciśnienie od 185—250 mm, średnio około 240, cyfra, którą podaje również i BASCH. Co się tyczy mocznicy, to ZIEMSSSEN za charakterystyczne dla tej sprawy uważa wysokie ciśnienie. To samo zaznaczają HENSEN, WIESNER [275 mm !! *eclampsia* R.-R.], A. LAQUEUR [tonom. GAERTNER'a] oraz GROSS, który przypuszcza, że być może owo wzmoczenie się ciśnienia przy mocznicy wskazuje na obecność w ustroju w tych razach jakiegoś „jadu“, podnoszącego ciśnienie. Faktem jest, że przy poprawie ciśnienie obniża się w tych przypadkach. Co się tyczy innych zapalnych spraw w nerkach, to tym nie towarzyszy zazwyczaj podniesione ciśnienie [HENSEN: *neph. parench. chron.*, POTAIN: *nephrit. „catarrhalis“*, CHRISTELLER i in.].

Do spraw, przebiegających z bardzo wysokim ciśnieniem, zalicza POTAIN również cukrzyce. *Maximum* ciśnienia P. oznaczał w tej sprawie na 26,5, *minimum* 17,5, średnio 22,5 ctm.—cyfra, przewyższająca nawet *maximum* przy uremii. W czystych [t. j. niepowikłanych arteriosklerozą lub *neph. intrest.*] przypadkach zatrucia ołowianego znajdowano również wysokie ciśnienie [140—175]; ciśnienie wzrastało podczas kolki ołowianej i opadało po jej ustąpieniu [HENSEN, CHRISTELLER]. Wysokie cyfry ciśnienia znalazł HENSEN u 25-letniego chorego na przewlekłe zatrucie nikotyną [robotnik w fabryce tytoniu]: 200—220 mm przy nieregularnem i nierównem tętnie i powiększeniu serca. Wreszcie u chorych na chorobę BASEDOW'a ciśnienie bywa zazwyczaj wysokie: GROSS [7 przyp.], HENSEN [1 przyp.]. GROSS zaznacza tu znaczne wahania w wysokości ciśnienia u chorych podczas ich dłuższej obserwacji. Niepokój ciągły, jaki charakteryzuje tych chorych wogóle i co do innych czynności ustrojowych, odbija się i na ciśnieniu krwi. We wzmoczeniu ciśnienia krwi przy chorobie BASEDOW'a współdziała zarówno wzmoczona energia skurczów sercowych, jak i wzmoczenie oporu na obwodzie — *angiospasmus*. J. DONATH znajdował [tonom. GAERTNER'a, przyrz. BASCH'a] w mniejszości przypadków choroby BASEDOW'a ciśnienie niższe, w większości — normalne lub wzmoczone.

Na zakończenie — słów kilka o zachowaniu się ciśnienia tętniczego przy wadach serca organicznych. I w tym kierunku dotychczasowe badania wcale prawie nie doprowadziły do jakichś stałych wniosków. To pewna, że w większości przypadków skompensowanych wad serca organicznych ciśnienie tętnicze bywa normalne. Czasem widziano nieco wyższe cyfry w świeżych przypadkach [BASCH, HENSEN], czasem znowu notowano niezwykle dla normy wahania w ciśnieniu jednego i tego samego chorego.

I t. zw. dyskompensacya nie zawsze przebiega z nizkiem ciśnieniem, chociaż obniżanie się ciśnienia u chorego ze skompensowaną wadą serca może poprzedzać rozwinięcie się dyskompensacyi. Niedostateczność zastawek aorty jest tą wadą, przy której starano się najbardziej zwracać uwagę na ciśnienie. Już krzywa sfigmograficzna, wybiegająca swym wierzchołkiem wysoko ponad normę, pozwałała spodziewać się pewnych zmian w ciśnieniu. Okazuje się istotnie, że wszyscy notują ciśnienie przy *insuff. aortae*, jako nieco wyższe niż normalnie [POTAIN, BASCH, HENSEN]: jest to oczywiście ciśnienie, odpowiadające skurczowemu *maximum*. Z badań HENSEN'a wynika, że różnica w ciśnieniu pomiędzy skurczowem *maximum* a rozkurczowem *minimum* jest bardzo znaczna; wynosi ona jakieś 50—150 mm [!], skutkiem czego o średnim ciśnieniu, panującym w układzie tętniczym przy tej wadzie serca, niemożna sądzić z maksymalnego—wbrew temu, cośmy dla innych przypadków przyjęli. Kombinacya niedostateczności zastawek aorty ze zwężeniem jej ujścia powoduje zazwyczaj obniżanie się ciśnienia. Zaznaczyć należy, że owe wahania w ciśnieniu bez poznawalnej przyczyny zdarzają się właśnie najczęściej przy niedostateczności aorty.

Oto w najogólniejszych zarysach obraz współczesnego stanu nauki o ciśnieniu tętniczym u ludzi w stanie zdrowia i choroby. Zaznaczyć należy, że klinicznie nauka o ciśnieniu tętniczym u ludzi jest rzeczą nową, rzeczą, która ma przed sobą dużą przyszłość, zwłaszcza wobec wyborczego przyrzędu RIVA-ROCCI, którym dziś rozporządzamy. Być może, że w przyszłości potrafiemy rozwikłać ów termin złożony: „ciśnienie tętnicze“ na jego składowe części, zwłaszcza zaś na ciśnienie, spowodowane pracą serca i ciśnienie, spowodowane współdziałaniem kurczliwych ścianek tętniczych. Będzie to niewątpliwie wielkim krokiem naprzód. Pamiętać tylko winniśmy, że „ciśnienie“ jest czynnością najbardziej *labile* ze wszystkich czynności ustroju, że zależy od bardzo wielu momentów, działających już w obrębie fizyologicznym [np. psychika], że przeto z danych, otrzymanych drogą klinicznego badania, należy tu właśnie więcej niż gdzie indziej ostrożnie i rozważnie wyciągać wnioski ogólne.

L I T E R A T U R A

[prace nowsze].



- TIGERSTEDT. Lehrb. der Physiol. des Kreisl. 1893. (HAUS str. 321, MÜNZEL str. 334, POISEUILLE str. 321, CHAUVEAU, MARSY, FICK str. 325, FAIVRE, ALBERT str. 329).
- BASCH. Der Sphygmomanometer i t. d. Berl. klin. Woch. 1887; Ueber d. Messung der Blutdr. beim Mensch. Zeitschr. f. klin. Med. 2; Einig. Ergebn. i t. d. Zeitschr. für klin. Med. 3.
- POTAIN. La pression artérielle... Paris. Masson 1902. str. 191.
- RIVA-ROCCI. Originały po włosku w Gazetta medica di Torino (Un nuovo sfigmomanometro 1896. La tecnica del sfigmomanometro 1897); omówienie przyrzędu w pracach HENSEN'a, MASING'a, GUMPRECHT'a, RECKLINGHAUSEN'a i t. d.
- GAERTNER. Ueber einen neuen Blutdruckmesser (Tonometer) Wien. med. Woch. 1899. Nr. 30 (oraz WEISS. Münch. Med. Woch. 1900).
- RECKLINGHAUSEN. Ueber Blutdruckmessung b. Menschen. Arch. f. exper. Pathol. u. Pharmacol. 46, 105.
- HENSEN. Beiträge zur Physiologie und Pathol. des Blutdruckes (bardzo źródłowa praca!). Deut. Arch. f. klin. Med. 1900 str. 436—530.
- MASING. Ueb. das Verhalten des Bl.-druckes des jungen und des bejahrten Menschen bei Muskelarbeit 1902. Deut. Arch. f. klin. Med. str. 253.

VASCHIDE et LAHY. Arch. gen. de Med. 1902 Septembre, Octobre, Novembre (omówienie wszystkich przyrządów do mierzenia ciśnienia; obfita literatura!).

ZADEK. Die Messung d. Bl.-druckes am Mensch. Z. f. kl. Med. T. 2

FRIEDMAN wedł. HENSEN'a; ibidem HOCHHAUS, ARNHEIM, v. MAXIMOWITSCH und RIRDER, KUHE-WIEGANDT.

HASENFELD. Ueb. Herzhyperthrophie b. Artersclerose. D. Arch. f. klin. Med. T. 59.

GUMPRECHT. Exper. und klin. Prüf. des RIVA-R. Sphygmoman. Z. f. klin. Med. 1900. T. 39, 377.

O. MÜLLER. Ueb. d. Einfluss von Baed. und Douch. auf. d. Bl.-druck beim Mensch. (literatura!) Deut. Arch. f. klin. Med. 1902, 316.

A. GROSS. Zur Kenntniss der pathol. Bl.-druckeaenderungen.. D. Arch. f. klin. Med. 1902, 296 (ibid. LAQUEUR).

Z. ERENKEL. Klin. Unters. ueb. die Wirkung. i t. d. D. Arch. f. klin. Med. 1890, 46 str. 542

CHRISTELLER. Ueber Blutdruckmess. a. Mensch. unter patholog. Verh. Z. f. klin. Med. 3.

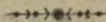
ROMBERG und PARSSIER. Untersuch. ueb. d. allgem. Patholog. und Therap. der Kreislaufstörung. bei acut. Infekt. krnkht. D. Arch. f. klin. Med. 64.

ŚWIĘTOCHOWSKI. O wpływie alkoh. na krążenie krwi. Gaz. L. 1901 (ibid. DOGIEL).

RZĘTKOWSKI. O wpływie silnego pocenia się na skład krwi. Medyc. 1903; kilka uwag z dziedziny sfigmografii i sfigmomanometrii. Przegl. Lek. 1903.

J. DONATH. Beitr. zur Pathologie und Therapie der BASEDOW. krnkht. Zeitschr. f. klin. Med. 1903, 48, I i II.

TOWARZYSTWO LEKARSKIE WARSZAWSKIE.



Posiedzenie dnia 7. IV. r. b.

1. STANISŁAW KOPCZYŃSKI przedstawił rzadki przypadek postępującego połowicznego zaniku twarzy (*hemiatrophia facialis progressiva*) u kobiety 31-letniej. Cierpienie to datuje się u niej od 10-go roku życia. Czoło po stronie prawej poorane jest licznymi zmarszczkami [25], gdy po stronie lewej są one bardzo nieliczne [5]. Przy dotknięciu czoła czuć, iż strona prawa jest zapadnięta i że brak tkanki tłuszczowej, to samo daje się spostrzedz i na policzku prawym, gdzie również jest daleko więcej zmarszczek. Barwa skóry na czole wyraźnie brunatna. K. podnosi brak wszelkich danych etyologicznych i omawia różne teorye, objaśniające tę neurozę odżywczą [VIRCHOW, BITOR, MOEBIUS i OPPENHEIM].

2. Resztę posiedzenia wypełniła dyskusya nad odczytem W. JANOWSKIEGO i KRYŃSKIEGO „O nerce wędrującej“.

J. ŚWIĄTECKI w dłuższem przemówieniu streszcza poglądy ISRAEL'a w kwestyi nerki wędrującej, pod względem leczenia zgadza się z KRYŃSKIM, iż najpierw powinno być ono ortopedyczne, a później dopiero chirurgiczne, występuje przeciw operowaniu w celach sugestyi u histeryczek. W kwestyi powstawania nerki wędrującej odmawia znaczenia przyczynom zwykle przytaczanym, przychyła się do zdania ALBARRAN'a, iż nerka wędrująca jest objawem zwyrodnienia.

EDWARD ZIELIŃSKI opierając się na badaniach własnych z r. 1891—95, podnosi, iż chorzy z nerką wędrującą mają zazwyczaj kregosłup zbliżony do typu embryonalnego, t. j. o krzywiznach mało wyrażonych, stąd u takich chorych spotyka się ową płytkość nisz nerkowych. Z. zaznacza, iż niesłusznie odmawia się otrzewnej znaczenia w powstawaniu nerki wędrującej i twierdzi, iż bez opuszczenia jelit nie może być uruchomienia nerek. Zmniejszeniu ciśnienia wewnątrzbrzusznego nie przypisuje Z. etyologicznego znaczenia. Doświadcze-

nia na trupach niczego nie dowodzą, gdyż wchodzą tu w grę inne czynniki, a zawsze pozostaje pytanie, dlaczego się najczęściej uruchomia nerka prawa, nie obie dwie. Z. przeczy twierdzeniu ISRAEL'a, jakoby *mesonefron* nie znajdowało się nigdy przy nerce wędrującej. Wreszcie zwraca uwagę na trudności rozpoznawczo-różniczkowe pomiędzy nerką ruchomą a choćby pęcherzykiem żółciowym.

PERKOWSKI podnosi znaczenie lordozy lędźwiowej dla powstawania nerki ruchomej [doświadczenie KORANY'ego] i obszerniej omawia objawy dyspeptyczne u osób, dotkniętych nerką wędrującą.

WINIARSKI omawia znaczenie przytaczanych zwykle momentów etyologicznych w powstawaniu nerki wędrującej i zaznacza trudności rozpoznawcze, jakie się niekiedy następują; najczęściej, zdaniem WINIARSKIEGO, nie rozpoznajemy nerki wędrującej, rozpoznając natomiast dyspepsyę lub katar żołądka. Objawy dyspeptyczne, nie ustępujące przy zwykłym leczeniu, ustępują po odprawieniu nerki na miejsce zwykle. GRUNDZACH potwierdza zdanie E. ZIELIŃSKIEGO co do udziału biernego okrężnicy wstępującej i dwunastnicy przy obsuwaniu się nerki.

KRYŃSKI w odpowiedzi streszcza wyrażone w wykładzie poglądy na istotę patogenezy nerki ruchomej. Dwa czynniki mają tu znaczenie decydujące: a) płytkość i kształt zagłębień nerkowych, b) brak równowagi normalnej w ciśnieniu śródbrzusznym; wszystkie inne czynniki mają znaczenie usposabiające i pomocnicze.

J. Brudziński.

Posiedzenie dnia 21. IV. r. b.

1. LEBENSBAUM przedstawił preparat macicy, wyjętej przez pochwę u 24-letniej chorej z powodu *chorionepithelioma malignum* i preparaty mikroskopowe.

2. A. LEŚNIEWSKI wypowiedział odczyt p. t. „Przyczynę do chirurgii kiszek“. Przytoczył trzy spostrzegane i operowane przez się przypadki. W pierwszym rozpoznano niewiadomej bliżej natury guz, usadowiony w wątrobowym zgięciu okrężnicy. Wydobyty przy laparotomii guz, mieścił się rzeczywiście w wątrobowym zgięciu okrężnicy i był szeroko zrośnięty ze zgrubiałą, pofałdowaną siecią. L. wyciął chorej odcinek kiszki długości 21 cm. Przy badaniu okazało się, iż ów wycięty guz powstał na tle przewlekłej dyzenteryi mieszkowej. Z wywiadów nie można było tego wykryć, gdyż chora była niemową. L. przypadek ten przytoczył dlatego, że dotychczas nie spotkał w piśmiennictwie ani jednej wzmianki o tego rodzaju guzach kiszek. Sądzi, że dość często guzy takie są brane za nowotwory złośliwe.

W drugim przypadku rozpoznano cierpienie prawej nerki i rozległą sprawę zapalną dokoła tejże. Po przeprowadzeniu cięcia bergmanowskiego okazało się, iż guz wymacał się przed nerką w jamie otrzewnej. W zgięciu wątrobowym, mocno przegiętem pod kątem ostrym wymacano okrężne zgrubienie ściany kiszki. L. miał wrażenie, że na wewnętrznej powierzchni zgięcia mieści się jakieś owrzodzenie, które trwając dłuższy czas, wywołało owo zgrubienie i zrosty. Wobec ciężkiego stanu chorej L. ograniczył się do zespolenia okrężnicy wstępującej z poprzeczną. Przebieg pooperacyjny pomyślny. L. przypuszcza, iż owrzodzenie to kiszki mogło być gruźliczej natury wobec tego, iż w wyłuszczonych następnie chorej gruczołach znalazł typowe gruzelki [L. przedstawił preparaty mikroskopowe].

W przypadku trzecim rozpoznano przewlekłe zwężenie światła kiszki. Przy laparotomii L. znalazł w kiszce cienkiej guz, który wyciął wraz z 23 ctm. kiszki. Przebieg pooperacyjny prawidłowy. Badania mikroskopowe guza, wielkości i kształtu dużego orzecha włoskiego, wykazało, że był to mięsak o dużych okrągłych komórkach [L. przedstawił preparaty mikroskopowe].

W dyskusyi KRYŃSKI zapytuje o stan nerek w drugim przypadku. CIECHOMSKI podnosi co do pierwszego przypadku znaczenie dokładnych wywiadów, znaczenie podniesionej ciepłoty, której brak przy dyzenteryi przewlekłej; co do trzeciego przypadku, zaznacza, iż niedrożność częściej się zdarza przy guzach, powstających na tle zmian zapalnych, niż przy guzach nowotworowych.

J. Brudziński.

Zjazd higienistów w Warszawie.

[Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 21].

Ostatnie posiedzenie sekcji poświęcone zostało sformowaniu wniosków własnych i przedyskutowaniu wniosków sekcji rolnej, która dezyderata swe, dotyczące walki z chorobami zakaźnymi wśród ludu, podała do kompetentnej oceny Zjazdu. Prawie wszystkie one, jako bardzo słuszne i wielce dla higieny ludu pożądane, zasłużyły sobie na uznanie obradujących i weszły do ogólnej liczby wniosków sekcji II. Do ostatecznie w ten sposób zredegowanych pragnień uczestników obrad dodano w końcu jeszcze, wskutek prośby jednego z obecnych lekarzy, przypomnienie do ogółu o potrzebie przestrzegania środków ostrożności w przypadkach chorób zakaźnych.

Wnioski, proponowane przez sekcję szczepień ochronnych i dezynfekcyi.

I. Wnioski w kwestyi stosowania zapobiegawczego surowic leczniczych¹⁾.

1. [1] Uznać za pożyteczne szczepienie zapobiegawcze surowicy dyfteryjcznej w przypadkach epidemii domowych lub ciężkich epidemii w miastach i wsiach w razie trudności obserwowania chorych i ich izolacyi.
2. [2] Koniecznym jest unormowanie kontroli nad czystością i siłą surowicy przeciwpaciorkowcowej.
3. [3] Na zasadzie dotychczasowych obserwacyi epidemii dżumy i cholery, można zalecać szczepienia ochronne tych zarazków.

II. Wnioski w sprawie szczepienia ospy ochronnej.

1. [4] Niezbędnym jest zaprowadzenie obowiązkowego szczepienia ospy ochronnej—krowianki oraz obowiązkowej rewakynacyi co lat kilka lub co najmniej w 10-ym roku życia dziecka.
2. [5] Szczepienie ospy ochronnej powinno być stosowane przez rok cały; pożądane jest, aby szczepień tych dokonywali tylko lekarze.
3. [6] Należy zestawiać dokładne wykazy podlegających szczepieniu.
4. [7] Formowanie listy dzieci, podlegających wakcynacyi, polecić szczepiającym przy współudziale administracyi gminnej [sołtysów] i urzędników, prowadzących księgi ludności [kancelarye parafialne].
5. [8] Szczepień dopełniać w kancelaryach gminnych.

¹⁾ Trzy te wnioski nie uzyskały aprobaty zebrania ogólnego Zjazdu jako, zdaniem większości, przekraczające kompetencyę Towarzystwa Hyg.

6. [9] Za bardzo złe uważać trzeba dokonywanie szczepień w karczmach lub gospodach, co się gdzie indziej zdarza.
7. [10] Przestrzegać należy przy szczepieniu ściśle aseptyki narzędzi i miejsc na ciele, gdzie się szczepi.
8. [11] Konieczną jest ścisła kontrola przez lekarza wyników wakcynacji i szczepienia poprawcze.
9. [12] Należy znieść wszelką opłatę przez matki.
10. [13] Szczepienie winno być bezpłatne, a praca szczepiących ma być wynagradzana z sum gminnych w ilości 15 kop. za osobę.
11. [14] Należy wydawać bezpłatne świadectwa szczepienia.
12. [15] Polecieć zachęcanie ludu do szczepień z ambony.
13. [16] W braku lekarzy należy powoływać do szczepień studentów wyższych kursów lekarskich.
14. [17] Uważać za pożądane, aby lekarze sami sprowadzali materiał szczepienny kosztem gmin.
15. [18] Surowo zabronić używania limfy humanizowanej.
16. [19] Potrzeba przepisów karnych dla uchylających się od szczepień.

III. Wnioski w sprawie dezynfekcyi w chorobach zakaźnych.

1. [20] Wpływać na lekarzy i na otoczenie chorych na gruźlicę, aby wydzieliny tychże chorych [plwocina, kał, mocza] oraz ich bielizna i pościel były obowiązkowo odkażane.
2. [21] Koniecznym jest wystąpienie z wnioskiem do odnośnej władzy, aby po chorych zakaźnych [odra, ospa, szkarlatyna, tyfus wysypkowy i t. p.] obowiązkowo była robiona dezynfekcyja przez odpowiedni personel i przy dozorze lekarskim.
3. [22] Koniecznym jest wyjednanie decyzji władz, aby przy grzebaniu ciał zmarłych na choroby zaraźliwe ostre przestrzegane były ściśle przepisy dla duchowieństwa, wydane w r. 1846 dla Królestwa Polskiego.

IV. Wnioski sekcji rolnej oddziału Warszawskiego Tow. Popierania ross. przemysłu i handlu w kwestyi zapobiegania chorobom zakaźnym, przyjęte przez sekcję szczepień ochronnych i dezynfekcyi.

1. [23] Zobowiązać sołtysów we wsiach do donoszenia do gminy o pojawieniu się choroby.
2. [24] Niszczenie odchodów chorobowych:
 - a) najlepszem jest głębokie zakopywanie zdala od mieszkań,
 - b) zwraca się uwagę na plucie nieostrożne przez chorych piersiowych.
3. [25] Dezynfekcyja:
 - a) bielizny—gotowanie, a potem pranie w szarem mydle,
 - b) palenie słomy lub siana z pod chorego,
 - c) zalecanie, aby chorych pierzynami nie przykrywano z powodu bardzo trudnej potem dezynfekcyi pierzyn.
4. [26] Izolacya chorych:
 - a) pożądaniem jest urządzenie po wsiach osobnych pomieszczeń dla chorych na zaraźliwe choroby,
 - b) przepis, aby dzieci po przejściu choroby zaraźliwej przez 4 tygodnie nie były posyłane do szkoły i do kościoła,
 - c) nadzór, aby dzieci takie po ich wypuszczeniu były w czystym, nowem lub też wyparzonem ubraniu,
 - d) przepis, aby osoby, które przeszły choroby zaraźliwe, przez czas odpowiedni nie były puszczane do łaźni i kąpeli.

5. [27] Urządzenie w każdej parafii na cmentarzu, a najlepiej w każdej wsi domku przedpogrzebowego i przepis, aby zmarli na chorobę zakaźną byli w nim składani w sam dzień zgonu.
6. [28] Zwrócenie pilnej uwagi na chorych, dotkniętych świerzbą.
7. [29] Uświadomianie szerokiego ogółu, że szlamowanie stawów w letnich miesiącach może być niebezpieczne dla pracujących przy szlamowaniu i dla najbliższych mieszkańców.
8. [30] Zwrócenie uwagi na szerzenie się chorób zaraźliwych [odra, ospa, szkarlatyna, dyfteryt i t. p.] przez artykuły spożywcze: mąka, kasza, pieczywo, mięso i t. p. Potrzebnym jest wzmocniony nadzór w młynach, piekarniach, rzeźniach, jatkach, w sklepach z artykułami spożywczymi w czasie epidemii ze względu na osoby, tam pracujące.
9. [31] Zwrócenie szczególnej uwagi na produkty nabiałowe:
 - a) utrzymanie obór w czystości,
 - b) utrzymanie krów w czystości,
 - c) utrzymanie w czystości służby, dojącej krowy i naczyń.
 - d) zwrócenie uwagi na choroby zaraźliwe w mieszkaniach, z których wychodzi służba dojąca.
10. [32] Wspólne kubki do picia wody na kolejach żelaznych nie są odpowiedniem urządzeniem.
11. [33] W razie wybuchu epidemii obowiązkowe badanie sanitarne [zwłaszcza wody do picia] w celu wykrycia i usunięcia źródła choroby.
12. [34] Wszelkie możliwe ulepszenia i dopilnowanie zachowania przepisów na jarmarkach i odpustach.
13. [35] Wydawnictwa ludowe, szerzące praktyczne poglądy o zapobieganiu chorobom.

V.

1. [36] Zwrócenie raz jeszcze uwagi lekarzy na konieczność zapobiegania zakażaniu ubrania oraz jego dezynfekcyi po zbadaniu chorego zakaźnego, a zarazem uświadomiania ogółu o konieczności ułatwiania lekarzom tego postępowania zapomocą fartuchów płóciennych i t. p.

Ignacy Landstein.

[C. d. n.].

List otwarty do Redakcyi Gazety Lekarskiej.

— DEBE —

SZANOWNY PANIE REDAKTORZE.

Jeszcze o wartości adrenaliny w chorobach uszu i nosa.

W ostatnim numerze „Gazety Lekarskiej“ dr ALFRED HEIMAN, nie dzieląc zdania większości autorów o działaniu adrenaliny w laryngo-otyatrii, dziwi się, iż radę wypróbować ten środek w „niektórych cierpieniach ucha środkowego“, bo on dr H. nie widział wyników zachęcających. Gdyby dr H. zechciał tylko przejrzeć odnośną literaturę ostatniej doby, przekonałby się rychło, iż wielu poważnych klinicystów (DELSAUX, RADZICH i inni) z lepszym skutkiem próbowali adrenaliny przy zwięzieniach trąbki Eustachyusza i nie mieli tyle działań ubocznych, co dr H. Za przykładem P. HEYMAN'a z Berlina należy brać 0,1% roztwór, którego działanie jest stalsze od roztworów, słabszych (dr H. brał 1:3000—5000), następnie co innego jest rozszerzać trąbkę zapomocą „*bougies*“, maczanych

w adrenalinie, a co innego wlewać „*per tubam*“ do jamy bębenkowej, jak to czyni kol. H.

Dalej dr H. dziwi się, iż na zasadzie 12-stu przypadków wyprowadzam wnioski. Gdyby dr H. zechciał nieco uważniej przeczytać mój artykuł, to zobaczyłby, iż przypadków było 62, w tej liczbie 23 zabiegi operacyjne, a że przytoczyłem 12 przykładów, to uczyniłem to dlatego, iż przypadki te obserwo wałem przez czas dłuższy. Pośród 62 chorych, u których stosowałem adrenalinę, przypadków z dziedziny chorób uszu było 11, a nie jeden, jak chce dr H. (porównaj przykład XII w moim artykule).

Zaiste, smutne doświadczenie nauczyło kol. H. iż adrenalina w chorobach uszu, zamiast pożytku, przynosi tylko szkodę, albowiem w dwu przypadkach, „dzięki tym eksperymentom“ (2—3 krople 1 : 3000 adrenaliny, wpuszczone przez cewnik do trąbki przy zwężeniu tejże) wywołał kol. H. ostre zapalenie ucha środkowego, które jednak „minęło szczęśliwie w parę dni bez powikłań.“ Dziwna bądź co bądź etiologia i dziwniejszy jeszcze „szczęśliwy“ przebieg („w parę dni“) ostrego zapalenia ucha środkowego! Nic dziwnego, iż wobec tego kol. H. nikomu nie radzi używać adrenaliny, a wyniki stosowania jej w nosie gołośłownie nazywa „nikłymi,“ nie przytoczywszy nawet ani jednego wykonanego w nosie rękoczynu pod adrenaliną na poparcie swego twierdzenia. Co się tyczy działania znieczulającego adrenaliny, to większość autorów (HARMER w klinice CHIARI'ego, DELSAUX, BUKOFZER i inni), prócz dra H. zgadzają się na fakt, iż anemizując błonę śluzową, sprzyja ona energiczniejszemu wessaniu kokainy, przez co jej ostatniej zużywa się mniej, niż w zwykłych warunkach, a więc pośrednio może być mowa o pewnem, acz nieznacznem działaniu znieczulającym. Pod tym względem charakterystyczny jest przykład II, gdzie dłutowanie przegrody wykonałem bez bólu pod adrenaliną i 5% -ową kokainą.

Marek Koenigstein.

Wiadomości bieżące.

— Dla uczczenia pamięci zmarłego prof. MARCEŁEGO NENCKIEGO znana współpracownica jego dr SIEBEROWA przystąpiła do wydania zbiorowego wszystkich prac nieodżałowanego naszego rodaka.

— W Akademii Paryskiej na posiedzeniu d. 19 b. m. prof. BROUARDEL odczytał w zastępstwie kol. PAWIŃSKIEGO pracę jego „o dusznicy bolesnej pochodzenia zakaźnego“.

— Od dra ADOLFA KLĘSKA, asystenta kliniki chirurgicznej w Krakowie otrzymaliśmy odezwę treści następującej: „W pracy mojej o lokalizacyi ośrodków w korze mózgowej, chciałbym o ile możności uwzględnić wszystkie przypadki polskie, tak ogłoszone, jak i nie i z tego powodu zwracam się do Szanownych Kolegów z usilną prośbą o łaskawą pomoc w formie udzielenia mi listownej wiadomości o ewentualnych spostrzeżeniach z własnej praktyki. Głównie chodzi mi o przypadki porażeń i zmian anatomicznych czysto korowych i to: 1) gdzie funkcya utracona wróciła, 2) zawód pacyenta, wiek i t. d., 3) zabieg chirurgiczny lub autopsya, 4) objawy kliniczne lub ich brak, 5) umiejscowienie rozległości i rodzaj zmiany chorobowej“.

— I Zjazd akuszerów i ginekologów rosyjskich odbędzie się w Petersburgu od 18—31 grudnia r. b.

— V Kongres międzynarodowy dermatologów odbędzie się w Berlinie od 12—17 września r. b. Na porządku dziennym postawiono: 1) syfilis narządu krążenia, 2) zmiany skórne w zaburzeniach odżywiania, 3) leczenie nałotniaków.

— W stanie Utah Stanów Zjednoczonych Ameryki Północnej uzyskał moc prawną bill, ustanawiający w roku dzień zdrowia „*Health day*“. W pierwszy poniedziałek października każdego roku obowiązkowo muszą uleść dezynfekcyi wszystkie gmachy publiczne [hotele, pensyonaty, kościoły, teatry i t. p.].

SANATOGEN

Środek wzmacniający
Zupełnie nie drażni.
Działanie tonizujące.

Panom lekarzom wysyła próby i broszury bezpłatnie główny reprezentant **S. KARCZEWSKI**, Warszawa, Senatorska Nr. 4.

Fabrykanci: Bauer i S-ka, Berlin S. W. 48.

BAD KISSINGEN

Kąpiele od 15 Kwietnia do 1 Listopada.

Znane w świecie solanki (Rakoczy, Pandus, Maxbrunnen, Bockleter Stahlwasser) z obfitą zawartością kwasu węglowego, używane do wewnątrz i do kąpeli. Wskazania szczególne: cierpienia żołądka i kiszek; choroby serca, wątroby, nerek. Blednica, otyłość, cukrowka moczowa, choroby kobiet.

Objaśnień na żądanie udziela bezpłatnie Związek kąpielowy w **Bad Kissingen**.

Przesyłkę wszystkich wód mineralnych skutecznie Zarząd wód mineralnych **KISSINGEN** i **BOCKLET**.

Cieplice BADEN (Szwajcarya)

(Wysokość ponad poziomem morza 387 metrów).

(Sezon letni i zimowy).

Oddawna znane, źródła cieplicowe zawierające siarkę, wydające dziennie więcej niż milion litrów wody zdrojowej o ciepłocie 48°C. Wskazania lecznicze: pomyślne wyniki przy chronicznym gościecu stawów, mięśni i błon surowiczych, przy nerwobólach (zwłaszcza rwie kulszowej) jakoteż przy zaburzeniach czynnościowych w następstwie złamań kości i innych obrażeń, przy katarach chronicznych, przy zaburzeniach w narządach miednicy, cierpieniach kobiecych i t. d. Doświadczeni lekarze zdrojowi.

12 hoteli w rozmaitych cenach. Urządzenia współczesne. 650 basenów kąpielowych w samych hotelach. Kąpiele całkowite, parówki, kąpiele elektryczne, borowinowe i zawierające kwas węglowy. Wcierania, tusze, masaż, użycie wody mineralnej do wewnątrz.

Kasyno w pięknym parku. Orkiestra wyborowa. Teatr etc.

Prospekta gratis i franco otrzymać można za pośrednictwem biura Towarzystwa. Kasyno w Badenie.

Tafelki siarczano-iglaste

Doktora B. S. RAFELKESA

do przyrządzania kąpeli siarczanych w domu, kąpiele przyrządzone z tych tafeltek mogą w zupełności zastąpić naturalne, siarczane kąpiele, jak np. w Kemmern, Bujsku, Piatigorsku i in. Składy główne: 1) Sejny, g. Suwalskiej, u d-ra B. Rafelkesa 2) Wilno, Dom handl. J. B. Segala. 3) Warszawa, Dom handl. Spiessa.