

GAZETA LEKARSKA

I. Z AMBULATORIUM I Z PRACOWNI PRZY SZPITALU ŚW. ŁAZARZA W WARSZAWIE.

GRANULOSIS RUBRA NASI (JADASSOHN).

Podał

Robert Bernhardt,

ordynator tegoż Szpitala.

Chwalebne usiłowania, dążące do coraz większej subtelności w skreślanii obrazu klinicznego różnych chorób skórnych, prowadzą między innymi też i do tego, iż niekiedy pewien zbiór objawów siłą rzeczy wyodrębniony być musi z danej grupy i ustalony jako oddzielna postać chorobowa. Miało to właśnie miejsce z tą formą kliniczną, którą po raz pierwszy opisał LUTHLEN¹⁾ w 1900 r., a której odrębność została potwierdzona i, że tak powiem, uprawomocniona przez dalsze poszukiwania JADASSOHN'a²⁾, HERMANN'a³⁾ i W. PICK'a⁴⁾. Rzecz dotyczy cierpienia, ściśle umiejscowionego na nosie i polegającego na zaczerwienieniu skóry, wytwarzaniu drobniotkich guziczków i niezmiernie obfitem wydzieleniu potu na miejscu schorzałem [rzadziej i w daleko słabszym stopniu na twarzy wogóle]. Cierpienie to, nazwane przez JADASSOHN'a: *Granulosis rubra nasi*, posiada znaczenie przeważnie kosmetyczne i spostrzegane bywa wyłącznie u osobników w wieku dziecięcym i pachołęcym. Nie jest ono naturalnie „nowem“. Najoczywiściej przyjmowano je za pryszczycę, czasem za coś podobnego do „wilka pospolitego“, najczęściej jednak za trądzik czerwony. O ile jednak sądzić można z dotychczasowych opisów, obraz kliniczny omawianego cierpienia jest o tyle wyraźny, iż prawidłowe rozpoznanie nie powinno

1) F. LUTHLEN. Ueber eine eigenthümliche Form von Aene mit Schweissdrüsenveränderungen. Festschrift f. KAPOSÍ. 1900, str. 709.

2) J. JADASSOHN. Ueber eine eigenartige Erkrankung der Nasenhaut etc. Archiv f. Dermat. u. Syph. T. 58, str. 145.

3) H. HERMANN. Eine eigenthümliche mit Hiperhidrosis etc. Ibid. T. 60 str. 77.

4) W. PICK. Ueber Granulosis rubra nasi. Ibid. T. 62 str. 105.

przy pewnej uwadze napotykać zbyt wielkich trudności. Zaznaczyć jednak należy, że studia nad tym przedmiotem zostały dopiero niedawno podjęte i dlatego brak nam jeszcze wielu danych co do wczesnych faz tego cierpienia, co do przebiegu, etyologii i anatomii patologicznej. Nie wypracowano też jeszcze odpowiedniej metody leczniczej. Wszystkie te kwestye będzie można rozstrzygnąć dopiero na zasadzie większego materiału; dlatego też zbieranie dalszych spostrzeżeń uważane być winno za rzecz konieczną. Poniżej podaję właśnie dwa przypadki tego cierpienia o tyle jeszcze ciekawe, iż spostrzegane były u rodzeństwa. Jeden z nich dostarczył mi też materiału do badań histologicznych.

Przypadek I-szy. Dnia 24. VIII. r. b. zgłosiła się do mojego ambulatoryum przy Szpitalu św. Łazarza 10-letnia A. P. z wysypką na twarzy, istniejącą mniej więcej od tygodnia. Rozpoznałem *impetigo contagiosa* i zastosowałem odpowiednie leczenie, jednocześnie zwróciłem jednak uwagę na szczególne zaczerwienienie skóry nosa, pokrytej obfitymi kroplami potu. Jak się później okazało z opowiadań matki, A. P. ma czerwony nos już od 3—4-go roku życia. Czy najpierw wystąpiło zaczerwienienie, a potem dopiero pocenie się, czy też rzecz się miała odwrotnie, tego matka powiedzieć nie umie. Zaznacza tylko, iż zaczerwienienie od całego szeregu lat stale się trzyma tych samych granic i bynajmniej się nie zmienia, wahaniom podlegać ma tylko liczba oraz wielkość guziczków.

Z chorób dziecięcych A. P. przechodziła odrę, zaś w 5-ym roku życia cierpiała na moknącą pryszczycę głowy i twarzy. Ojciec jej umarł na gruźlicę płuc w wieku 46 lat; matka, 44-letnia kobieta, cieszy się jak najlepszym zdrowiem. Bracia naszej pacjentki również mieli w dzieciństwie, wedle słów matki, „czerwone nosy“, przyczem u starszego [24 lata] cierpienie to obecnie samo znikło, zaś młodszy [15 lat] ma je już tylko w słabym stopniu [p. niżej].

A. P. jest szczupłą, anemiczną i nieszczególnie zbudowaną dzieckiem. Kośćciec słabo rozwinięty, mięśnie bardzo wiotkie, pokład tłuszczowy skąpy. Skóra dosyć blada, obficie uwłosiona, zwłaszcza na wyprostnych powierzchniach kończyn górnych i w przestrzeni międzyłopatkowej. Rzęsy—długie. Błony śluzowe dosyć blade. Gruczoły szyjowe i pachwinowe—umiarkowanie powiększone. W narządach wewnętrznych i w moczu nic nieprawidłowego nie wykryłem.

Zmiany, o których wyżej była mowa, mieszczą się na nosie. Zajęta jest przestrzeń, odgraniczona z dołu koniuszczkiem nosa i brzegiem skrzydeł, z boków brózdami noso-wargowemi, z góry linią, odpowiadającą mniej więcej granicy chrząstkowej i kostnej części nosa. W obrębie wskazanych granic skóra posiada dosyć równomierne, żywo-czerwone zabarwienie, niemal znikające przy ucisku i przechodzące bez ostrych granic w otaczające części zdrowe. Rozszerzonych naczyń nie widać. Skóra nie jest zgrubiała, przeciwnie—wydaje się ciekłą, delikatną, a przytem wilgotną. Na tym zaczerwienionym obszarze nosa widać liczne drobnitkie guziczki, barwy żywo-czerwonej lub ciemno-czerwonej, od wielkości punkcika do ziarnka maku, okrągłego kształtu, po większej części półkuliste, niekiedy zaledwie wzniesione ponad powierzchnię. Guziczki poroz-

rzucane są na skórze bez żadnego porządku i nie zlewają się ze sobą. Wyłotów gruczołów łojowych na guziczkach tych nie widać. W dalszym przebiegu powstawały jednak od czasu do czasu nieco większe guziczki, posiadające przeważnie kształty stożka z zaokrąglonym wierzchołkiem. I te były barwy ciemno-czerwonej, sam wierzchołek jednak był wyraźnie brudno-białawy z lekkim opalem i najzupełniej robił wrażenie drobniotkiego pęcherzyka, pokrytego dosyć grubymi powłokami naskórka. Nakłucie takiego pęcherzyka w celu otrzymania jego zawartości nie udało mi się ani razu, gdyż przy tem zawsze pokazywała się kropelka krwi. Pęcherzyki te jednak pękały niekiedy [czy samoistnie, czy też wskutek zewnętrznych uszkodzeń, tego powiedzieć nie umiem], tworząc drobne, bardzo powierzchowne nadżarcia, pokryte u brzegów strzępkami naskórka. Nadżarcia goily się, nie pozostawiając blizn.

Jak to już wyżej nadmienilem, skóra nosa naszej pacjentki jest stale wilgotna. Zależy to od nadmiernego wydzielania się potu, które częstokroć dochodzi do tego stopnia, że cała zaczerwieniona część nosa jest gęsto usiana kropelkami potu — „jak rosą“. Po dokładnem wysuszeniu skóra w krótkim czasie znowu się staje wilgotną. Odczyn potu zasadowy. O ile sądzić mogłem, wydzielanie potu odbywa się zupełnie niezależnie od wpływów psychicznych, choć widocznie się wzmacnia w obecności tych czynników (np. podczas badania, skaryfikacyi i t. d.). Skóra innych części twarzy także się poci, lecz bez porównania w słabszym stopniu.

Oprócz wymienionych zmian, innych na schorzałej skórze nosa zauważyć się nie daje. Nigdzie nie widać ani łusek lub strupków, ani owrzodzeń lub blizn. Swędzenia brak zupełnie.

Błona śluzowa nosa — bez widocznych zmian.

P r z y p a d e k II-gi. 16-letni K. P., uczeń ślusarski, rodzony brat naszej pacjentki.

Cierpienie skóry nosa, wedle słów matki, rozpoczęło się w 4-ym roku życia i początkowo było zupełnie podobne do obecnie istniejącego u siostry. Od kilku dopiero lat skóra nosa bez wszelkiego leczenia zbladła, a wydzielanie potu jest obecnie daleko słabsze.

K. P. jest dosyć dobrze zbudowanym i nieźle odżywionym młodzieńcem o bladej skórze i nieco nalanej twarzy. W dzieciństwie był podobno słabowity i miał powiększone gruczoły. Obecnie tylko szyjowe są łatwo wymacalne, inne — niepowiększone. W narządach wewnętrznych nie nieprawidłowego niewykryłem.

Zmiany skóry nosa najzupełniej odpowiadają poprzednio podanym, nie dosięgają jednak takiego natężenia. Zabarwienie skóry w określonych granicach waha się między różowem i blado-czerwonem, a najciemniejsze jest w sąsiedztwie guziczków. Liczba tych ostatnich jest wogóle umiarkowana; co zaś do ich kształtu i budowy, to nie różnią się one od wyżej wspomnianych. Nadmierne wydzielanie się potu jest i tutaj jednym ze znamiennejszych objawów, choć zauważyć należy, że występuje w daleko słabszym stopniu niż w przypadku pierwszym.

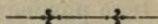
Na skórze innych części ciała nic nieprawidłowego nie znalazłem.

[D. n.].

II. O pierwotnym skurczu w obrębie nerwu twarzowego z nieustannymi ruchami włókienkowymi (Myokymia).

Przez

prof. Henryka Frenkla z Tuluzy.



W r. 1902 prof. M. BERNHARDT [z Berlina] ¹⁾ zwrócił uwagę na szczególny syndrom, cechujący się istnieniem pierwotnego skurczu tonicznego w zakresie mięśni unerwionych przez nerw twarzowy i ciągłymi ruchami włókienkowymi w niektórych z tychże mięśni. Niedawno L. NEWMARK [z San-Francisko] ²⁾ ogłosił drugi podobny przypadek. Mając sposobność spostrzegania chorej, przedstawiającej zupełnie ten sam obraz kliniczny, chcę podzielić się z czytelnikami „Gazety Lekarskiej“ jego opisem, który niewiele się różni od opisu dwóch poprzednich przypadków.

G. Anna, 22 lat, robotnica z Revel [dep. Haute Garonne, we Francji], zamężna od 4-ch lat, przyjeżdżała od miesiąca do uniwersyteckiej ocznej kliniki w Tuluzie z powodu głębokiego zapalenia rogówki i tęczówki lewego oka, gdy nagle w niedzielę 10-go maja 1903 r. dotknięta została cierpieniem w zakresie lewego nerwu twarzowego, które stanowić będzie przedmiot niniejszego opisu.

Czesząc się przed lustrem, chora zauważyła, że twarz jej jest jakby krzywa, że lewy policzek jakby napuchnięty. Jednocześnie zauważyła pod lewą powieką drobne ruchy, jakby lekkie drżenie. W miejscu napuchniętem uczuwała ciągnienie, bez wyraźnego bólu. Zaniepokojona tym stanem, chociaż choroba oczu znacznie się poprawiła, chora zapisała się do kliniki.

Dnia 18-go maja 1903 r. zanotowaliśmy: silna asymetria twarzy, wywołana przez zmiany w napięciu mięśni lewej połowy twarzy. Lewa szpara powiekowa jest mniejsza. Odstęp od brzegu wolnego powieki górnej do brzozy powiekowo-oczdolowej jest większy na lewo, niż na prawo. Obydwie brwi znajdują się na tej samej wysokości; fałdy na czole są jednakowe z obu stron; brzoza nosowo-wargowa wyraźniejsza na lewo niż na prawo i kąt lewy ust pociągnięty jest ku górze i na lewo. Na podbródku widać na lewo brzozę, od podbródka idącą do lewego kąta ust, co z brzozą nosowo-wargową tworzy półkole, idące od skraju nosa, koło kąta ust do podbródka, czego niema na prawo.

Mięśnie twarzy wydają się więcej naprężone z lewej strony niż z prawej, lewa połowa wygląda jakby spuchnięta. Ruchy mimiczne jednakowo dobrze

¹⁾ M. BERNHARDT. Ein ungewöhnlicher Fall von Facialiskrampf (Myokymie, beschränkt auf das Gebiet des linken Facialis). Neurologisches Centralblatt Nr. 15, 1902, str. 689.

²⁾ L. NEWMARK. Ein Fall von primärem tonischen Gesichtskrampf etc. Tamże. Nr. 10, 1903, str. 461.

wyrażone są z obydwóch stron, może trochę mniej na lewo niż na prawo. Chora może gwizdać, nadać policzki, zmarszczyć skrzydła nosa i zamyka oczy z jednakową siłą z obydwu stron. Ze strony mięśnia podskórnego szyi (*platysma myoides*) nie szczególnego nie widać. Mięśnie: czołowy i brwi zachowują się normalnie.

Oprócz powyższych objawów, zależnych od skurczu tonicznego mięśni unerwionych przez nerw twarzowy, można zauważyć pod lewą powieką rodzaj drzenia skóry, falowania, spowodowanego przez ruchy włókienkowe w mięśniach tej okolicy twarzy. Ruchy te są nieustanne i trwają przez cały dzień, nieustając ani na chwilę. Jak one się zachowują podczas snu, rozstrzygnąć nie mogliśmy, albowiem gdyśmy je zaczęli obserwować podczas snu, ruchy te już ustały, a skurcz mięśni znacznie się zmniejszył [30 maja]. Ruchy te włókienkowe były najwidoczniejsze w mięśniu okrężnym powiek, mniej w mięśniu licowym (*zygomaticus*) a jeszcze mniej w mięśniu bródkowym. W innych mięśniach, zależnych od nerwu twarzowego, nie zauważyliśmy tych ruchów podczas pobytu chorej w klinice.

Przy uderzaniu palcem różnych mięśni lewej strony twarzy wywołać można szybkie i krótkie skurcze kloniczne, których nie należy mieszać z ruchami włókienkowymi nieustannymi, jakie widać pod lewym okiem. Te ostatnie ruchy nie wpływają na kurczenie się mięśnia, co wraz z ich bezustannym trwaniem łatwo pozwala odróżnić je od spazmów klonicznych, jakie można dowolnie wywołać.

Pobudliwość mechaniczna mięśni zdaje się być zwiększona. Prócz tego, badając porównawczo lewą i prawą stronę twarzy, stwierdzić można pewne zmniejszenie pobudliwości mięśni na prąd faradyczny, zmniejszenie najlepiej wyrażone w mięśniu licowym; co się tyczy pobudliwości nerwu, to jest ona w dolnej gałęzi lewego nerwu twarzowego zmniejszona i to znacznie niż pobudliwość mięśni. Wreszcie, prąd galwaniczny nie wykrywa zmiany jakościowej.

Brak bólów i punktów, których nacisk wywoływałby ból lub przerywałby ruchy włókienkowe. Cucie jednakowo jest zachowane z obydwu stron twarzy. Brak zaburzeń ze strony nerwów naczynio-ruchowych, ze strony odżywiania skóry, mięśni lub kości.

Języczek zbacza lekko na lewo, lecz ruchy jego podczas wydawania dźwięków swobodne. Chora słyszy ruch zegarka na odległość 85 centymetrów z każdej strony ucha. Niema ropienia, ani szumu w uszach. Badanie na zawrót voltaiczny daje ten sam wynik z każdej strony. Zęby jednakowo zepsute po lewej i prawej stronie. Podczas jedzenia twardych pokarmów, chora czuje czasem ciągnięcie w lewym kącie ust, lecz nigdy nie uczuwa ruchów włókienkowych.

Na szyi widać powiększenie prawego zrazu gruczołu tarczowego, tętnienie tętnicy domózgowej, ale żadnego śladu ruchów włókienkowych w mięśniu podskórnym. Ze strony nerwów czaszki, ruchów i czucia kończyn nic nieprawidłowego. Brak stygmatów historycznych i objawów tej nerwicy w anamnezie chorej,

Dane anamnestyczne są następujące: chora jest naturalnem dzieckiem, matka jej cierpi na migrenę, sama zawsze była zdrowa, miała tylko blednicę w wieku dojrzewania. Miesiączkę dostała po raz pierwszy w 14-ym roku życia i od tego czasu zawsze miesiączkuje regularnie. Wyszła za mąż w 18-ym roku życia, nie miała dzieci, nie roniła.

W styczniu roku 1903 chora zauważyła, że nie widzi dobrze na lewe oko. W klinice przedstawiła się 19-go marca 1903 r., gdzie w prawym oku znaleziono stosunki normalne [$V=1$], w lewym zaś nastrzyknięcie naczyń łącznicy gałkowej i około rogówki. W tej ostatniej przy bocznem oświetleniu mnóstwo drobnych punkcików w głębi tkanki rogówki, szczególnie w dolnej jej części. Przednia komórka trochę powiększona, lecz nie zawiera wysięku. Żrenica dobrze oddziaływała na światło. Po rozszerzeniu źrenicy przez atropinę, okazuje się, że tęczówka nie rozszerza się w dolnej części, przez co źrenica staje się nieregularną. Tęczówka ma trochę zmienioną barwę. Przy bocznem oświetleniu i spojrzeniu na dół, widać na przedniej powierzchni torebki soczewki odłożony barwnik. Dna oka nie można szczegółowo obejrzeć z powodu nieprzezroczystości rogówki. Siła wzrokowa przed zapuszczeniem atropiny: chora liczy palce na 50 centymetrów, po atropinizacji: na $2\frac{1}{2}$ metra.

Przepisano chorej wcierania rtęciowe, jodek potasu do wewnątrz i krople z atropiną miejscowo. Nad wpływem tego leczenia nastrzyknięcie okołorogówkowe powoli znikło, rogówka się przejaśniła, wzrok poprawił się. Po 2-ch miesiącach leczenia, 19-go maja 1903, $V=1/3$. Prawe oko zawsze było i zostało zdrowe.

Dodać jeszcze należy, że chora zimową porą i głównie w nocy, cierpi na bóle reumatyczne w lewym barku. Zwracamy wreszcie uwagę na to, że chora nigdy nie miała paralizu nerwu twarzowego przed pojawieniem się obecnej choroby.

Dnia 28-go maja 1903 r. stwierdziwszy dobre skutki wcierań rtęci na stan oka i jakkolwiek sprawa w nerwie twarzowym pokazała się w chwili, kiedy oko było prawie zdrowe, uważaliśmy za stosowne przedłużyć leczenie specyficzne, a mianowicie zastrzykiwaliśmy w miesiąc pośladkowy codziennie 1 centygram będzwinianu rtęci. Zrobiono zastrzyknięć 8. Skurcz mięśni twarzowych prawie znikł, lecz ruchy robaczkowe trwają bez zmiany w okolicy podoczołowej i policzkowej lewej. Stan ogólny dobry i gdyby nie te ruchy chora uważałaby się za wyleczoną.

Dnia 30-go maja 1903 r. Ruchy włókienkowe mięśni prawie znikły. Można je uwydatnić, każąc chorej zamknąć silnie lewe oko; wówczas po otwarciu oka widać ruchy włókienkowe w dolnej połowie mięśnia okrężnego powiek.

E p i k r y z a. Przypadek nasz, można powiedzieć, skalkowany jest z przypadków BERNHARDT'a i NEWMARK'a: jest to pierwotny skurcz, ograniczony do nerwu twarzowego, któremu towarzyszą ciągle drżenia włókienkowe, jakich nie widzi się zazwyczaj w przypadkach skurczu tonicznego tej okolicy. Podobieństwo naszego przypadku z dwoma już znanymi polega na następujących danych: nasza chora ma 22 lat i lewostronny skurcz, chora BERNHARDT'a ma 27 lat i lewostronny skurcz; w przypadku NEWMARK'a u 23-letniego studenta

był skurecz prawostronny. Jak w 2-ch poprzednich przypadkach, drżenia włókienkowe są ciągle i najwyraźniejsze w okolicy podoczołowej; istnieją one tak długo, jak sam skurecz a nawet dłużej. Są jednak i różnice między moim a 2-ma innymi przypadkami: tam oddziaływanie nerwu i mięśni na elektryczność było normalne, gdy w naszym przypadku, prócz powiększenia pobudliwości mechanicznej mięśni, istniało jeszcze słabe zmniejszenie pobudliwości faradycznej mięśni a głównie nerwu, bez zmian jakościowych na prąd galwaniczny. W przypadku BERNHARDT'a znaleziono *otitis media sclerotica sinistra* z zajęciem nerwu słuchowego, u naszej chorej nerw słuchowy i wewnątrz ucha były niezmięnione.

Co się tyczy etyologii, to chora BERNHARDT'a miewała migreny, chory zaś NEWMARK'a miał się przeziębć wieczorem przed wybuchem choroby. Nasza chora ma wprawdzie zepsute zęby, ale nie zdaje nam się, by mogły one być punktem wyjścia refleksu, albowiem zęby są zepsute z obydwóch stron, a skurecz istniał tylko z lewej strony. Zato zasługuje na bliższą uwagę fakt, iż sprawa w nerwie twarzowym rozpoczęła się podczas konwalescencji z zapalenia głębokiego rogówki i tęczówki, które były wyleczone dopiero przez dwumiesięczne specyficzne leczenie. Czy można przypisać skurecz mięśni twarzowych tej samej przyczynie, co zapalenie rogówki i tęczówki? Jest to pytanie, na które nie mamy dosyć danych, by odpowiedzieć.

Prof. BERNHARDT przypomina, że cierpienie to przedstawia pewne podobieństwo z *myokymią*, opisaną przez KNY¹⁾ i tak nazwaną przez SCHULTZE'go²⁾. Choroba ta umiejscowia się w łydkach, w mięśniach kończyn i tułowia. Myokymia może istnieć przez lata, nie przynosząc żadnej szkody ogólnemu stanowi zdrowia. Nasz obraz kliniczny byłby myokymią, ograniczoną do nerwu twarzowego. BERNHARDT cierpienie opiswane uznaje za nerwicę. U chorego NEWMARK'a po kilku napadach skurczu mięśni twarzowych z drżeniem włókienkowem w dwa lata wystąpił obraz choroby organicznej systemu nerwowego, prawdopodobnie *sclerose en plaques* i od której umarł w trzy lata później.

We wszystkich trzech ogłoszonych przypadkach łatwo wyłączyć histerję, płasawicę włókienkową MORWAN'a i t. d.

Wprawdzie NEWMARK przytacza DELPRAT'a, jako autora, który już mówił o drgawkach włókienkowych w skurczu hysterycznym nerwu twarzowego, ale łatwo przekonać się, że zjawisko, opisane przez DELPRAT'a, nie ma nic wspólnego z naszym³⁾. U pewnej hysteryczki z dwustronnym skurczem nerwu twarzowego, pod wpływem bólu zębów powstałym, po silnem tarciu wargi palcami skurecz mięśni ustawał prawie odrazu. Po kilku jednak sekundach spokoju pojawiło się drżenie włókienkowe w mięśniu unoszącym wargę górną; każde drżenie pozostawiało po sobie trochę więcej skurczu, aż nareszcie mięsień przechodził w stan skurczu prawie zupełnego i stałego.

1) KNY. Archiv für Psychiatrie und Nervenheilkunde. 1888. T. XIX, str. 577.

2) FR. SCHULTZE. Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde. 1894. T. VI str. 65 i 167.

3) C. C. DELPRAT. Contracture faciale bilatérale hystérique. Nouv. Iconographie de la Salpêtrière. 1892, str. 40.

Większa liczba przypadków podobnych rozstrzygnięć, czy cierpienie to jest autonomiczne, jaka jego jest przyczyna, może znajdziemy prawdziwą, poznamy rokowanie, które, jak dotychczas, nie wydaje się złem.

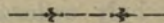
III. Powstawanie i przebieg spraw zapalnych dróg żółciowych oraz wskazania do zabiegów chirurgicznych.

Napisał

Dr Jan Pruszyński,

ordynator szpitala św. Rocha w Warszawie.

[Odczyt, miany na XIII-ym Zjeździe chirurgów polskich w Krakowie].



[Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 36].

Czy marskość wątroby przerostowa żółtaczkowa HANOT'a daje powód do zabiegów chirurgicznych, dotychczas jest to kwestya nierozstrzygnięta, jużchoćby dlatego, że etyologia tego cierpienia nie jest jeszcze dokładnie znana. Wiadomo, że podstawą tej choroby jest zapalenie przewodów żółciowych drobnych i średniego kalibru, przyczem komórki wątrobowe w pierwszych okresach pozostają nietknięte, a nawet mogą uleść hiperplazji. Czynność ich tedy nie tylko jest zachowana, ale nawet bywa wzmożona, o tyle, o ile chory nie zostanie dotknięty ciężką żółtaczką, lub też wtórnem zakażeniem wstępującem. Co do zejścia marskości przerostowej wątroby to CHAUFFARD powiada, że „w przypadkach typowych nigdy nie widziano, aby zniknęła żółtaczką, chory odzyskał siły, choćby przy zachowaniu przerostu wątroby. Leczenie wewnętrzne jest zazwyczaj bezskuteczne“.

To też i w tej dziedzinie próbowano leczenia chirurgicznego. TERRIER pierwszy w dwu przypadkach wzmiankowanej żółtaczkowej marskości wątroby dokonał cystostomii z następnym sączkowaniem dróg żółciowych. Operację tę niesłusznie przypisują DELAGÉNIÈRE'owi, chyba dlatego, że, o ile dotychczas wiadomo, dokonał jej 7 razy, z wynikiem dodatnim. GUILLOT zebrał do r. 1901 13 przypadków w ten sposób operowanych; w tej liczbie mieści się dobrze nam znany przypadek BOSSOWSKIEGO.

Jeżeli twierdzenie o zakaźnem pochodzeniu marskości wątroby HANOT'a stwierdzi się w myśl poglądu GUILLOT'a, który kilkakrotnie w tym razie wyosabniał z dróg żółciowych lasecznika okrężnicy, natenczas sączkowanie tych dróg nawet teoretycznie będzie zupełnie uzasadnionem.

Jaki jest stosunek zakażenia do powstawania złożeń i kamieni w drogach żółciowych, pomimo licznych w tym kierunku badań, sztucznego wytwarzania

kamieni przez MIGNOR'a i MIYAKE'go, a nawet wykrycia bakterii w jądrze kamieni, kwestyę tę dotychczas jeszcze nie można uważać za rozstrzygniętą; z dotychczasowych badań można tylko jeden wyprowadzić wniosek, że na odkładanie się składników żółci wpływa zastój żółci i zakażenie, przeważnie lasecznikiem okrężnicy i pasożytami ropotwórczymi.

Według NAUNYN'a tworzenie kamieni, zwłaszcza najczęstszych—cholestearynowych, poprzedzają zmiany w nabłonku błony śluzowej pęcherzyka żółciowego.

W początkowych okresach choroby w komórkach nabłonkowych zauważył NAUNYN krople myelinowe, które wychodząc z komórek, łączą się w większe grudki, zawierające cholestearynę, zmieszane z wydzielającymi się jednocześnie osadami bilirubiny. To strącanie się bilirubiny następuje, według NAUNYN'a, pod wpływem soli wapiennych, wydzielających się przy rozpadzie komórek i w obecności białka, jako składnika wysięku. Tworzący się przy tem osad bilirubinianu wapnia z domieszką cholestearyny (około 25%) daje początek pierwotnym kamykom. Kamyki te, wielkości orzecha laskowego, posiadają jądro ciastowate, w środku którego można wyróżnić komórki rozpadłe, oraz skorupkę wielowarstwową z soli wapiennej bilirubiny. Wskutek odkładania się cholestearyny na powierzchni, a następnie przenikania jej i wykrystalizowania, wreszcie odkładania się węglanu wapniowego powiększa się i stęży kamień. A więc pierwotnym źródłem dla tworzenia się kamieni ma być zapalenie dróg żółciowych złuszczone (*angiocholitis desquamativa*); przyczyną tego zapalenia mogą być drobnoustroje, przenikające ze krwi do żółci, lub z dwunastnicy do dróg żółciowych. Leczenie zapalenia to może również powstać wskutek działania szkodliwego składników żółci w pęcherzyku, którego ściany wskutek zastojów żółci i zaburzeń w ukrwieniu znacznym ulegają zbieżeniom w odżywianiu.

Za udziałem ściany pęcherzyka żółciowego w tworzeniu się kamieni przemawia organizowany szkielec kamienia, inkrustacja fałd, przypadki przyrostu kamienia do ściany pęcherzyka, wreszcie tworzenie się kamieni w rozszerzonych gruczołach błony śluzowej pęcherzyka. MUELLER na mocy badań anatomicznych doszedł do wniosku, że liczba kamieni idzie w parze z liczbą gruczołów, które w normalnym pęcherzyku są bardzo nieliczne.

Według innej teorii, humoralnej, istnieje dla tworzenia się kamieni żółciowych pewne usposobienie, podobnie jak to ma miejsce przy odkładaniu się stężyń moczanowych. Według BOUCHARD'a, kamica żółciowa należy do jednej grupy chorób zaburzeń w odżywianiu wspólnie z kamica nerkową, podagrą, cukrzycą, gośćcem stawowym przewlekłym, różnymi postaciami wyrzutów skórnych, astmą i t. d. Podstawa cierpienia tkwi w nadmiarze kwasów w ustroju, niedostatecznie przeobrażonych lub spalonych, które dają rozpuszczalne związki wapniowe. Te ostatnie tworzą w żółci wapienne sole kwasów żółciowych, strącające cholestearynę. Zaburzenie w odżywianiu poprzedzają zapalne zmiany w drogach żółciowych. „Aby mieć kamień w pęcherzyku żółciowym, trzeba mieć zakażenie żółciowe, na to mogę się zgodzić“, powiada BOUCHARD, „choć nie jestem tego zupełnie pewien, lecz twierdzić mogę na pe-

wno, że trzeba być artrytykiem, t. j. trzeba należyć do grupy ludzi, którym przeznaczone jest cierpienie artrytyczne w szerokim znaczeniu tego słowa“.

Udział nadmiaru kwasów w ustroju, niedostatecznie spalanych przy tworzeniu się złogów żółciowych jest możliwy, aczkolwiek nieudowodniony. Wiadomo, że kwasy niespalone wylugowują zasady, jako to: amoniak, sole potasowców i ziem alkalicznych, a ponieważ żółć zachowuje jednakie stężenie cząsteczkowe, jak krew, czego dowodzą niedawno ogłoszone badania STRAUSS'a, być może, że na tej drodze omawiana kwestya uzyska pewne wyświeślenie.

Wszystkie badania, dążące do udowodnienia bezpośredniego wpływu bakteryi na odkładanie się złogów w pęcherzyku żółciowym, nie doprowadzą do bardziej pozytywnych wniosków dopóty, dopóki bakteryologowie, nie zadowolając się widokiem kamienia w kilka miesięcy po wprowadzeniu drobnoustrojów do pęcherzyka żółciowego, nie wnikną bliżej w istotę sprawy, choćby przez jednoczesne badanie składu żółci i zmian w komórkach wątrobowych.

Jak zmiana miąższu wątroby wpływa na skład żółci, dowodzą tego rozbiory żółci w dwóch przypadkach przetoki żółciowej, dokonane w mojej pracowni przez drów B. ŻEBROWSKIEGO i F. MAJEWSKIEGO.

W przypadku przetoki, dokonanej przez dra CIECHOMSKIEGO z powodu uwięźnięcia kamienia w przewodzie żółciowym wspólnym, ilość części stałych wynosiła 11,2‰, w tem 6,1‰, t. j. przeszło połowa soli nieorganicznych; w przypadku niezagojonej przetoki z oddziału d-ra KIJEWSKIEGO ilość części stałych w żółci wynosiła 32,5‰ w tem sole nieorganiczne 8,7‰; w przypadku pierwszym części organiczne [kwasy, barwniki żółciowe, cholestearyna] stanowiły 27‰, w II 64‰ części stałych; w pierwszym nastąpiła śmierć, a badanie mikroskopowe wykryło zwyrodnienie tłuszczowe komórek wątrobowych, w nadzwyczajnym stopniu rozwinięte, oraz nagromadzenie gronkowców w drogach żółciowych, w II-im sprawa zakończyła się wyzdrowieniem po zamknięciu przetoki.

Organiczne składniki, cechujące żółć, jak barwniki i kwasy żółciowe, tworzą się w wątrobie i są następstwem utlenienia tak, jak i mocznik powstaje, jeżeli nie wyłącznie, to przeważnie w wątrobie, jako produkt utleniania związków amidowych przy udziale komórki wątrobowej.

Tworzenie się barwników żółciowych przy udziale żywej komórki wątrobowej dostatecznie objaśniają znane nam badania prof. BROWICZA, o tworzeniu się zaś kwasów w tych samych warunkach świadczą doświadczenia KALMAYER'a, dokonane w pracowni AL. SCHMIDT'a. Co do bilirubiny, to można przypuszczać, że tworzy się pod wpływem enzymu hydrolitycznego; w sprawie powstawania kwasów żółciowych, *resp.* ich podstawy—kwasu cholowego utlenianie jest znaczenia pierwszorzędnego.

Za udziałem utleniania w powstawaniu składników żółci przemawia bardzo wielka ilość wydzielających się z nią CO₂ przy śladach O, oraz minimalnych ilości Fe, Mn, Cu, które przy działaniu oksydaz odgrywają nadzwyczaj ważną rolę.

Jak różniczkować się może wpływ enzymów, przyjmujących udział w tworzeniu się z jednej strony barwników, a z drugiej kwasów żółciowych dowodzą tego przypadki acholii barwnikowej, opisane przez RITTER'a i ROBIN'a,

oraz przypadki podane przez HOPPE-SEYLER'a, w których przy badaniu żółci, nie można było wykryć barwników żółciowych.

Jeżeli możemy mieć do czynienia z tak wybitnymi różnicami w składzie żółci, to niewątpliwie muszą istnieć szeregi przejściowe. Ale sprawa wikała się jeszcze bardziej, skoro uprzytomniliśmy sobie, że żółć jest cieczą, wydzielaną przez komórki żywe, i że własności jej tylko reakcjami biologicznymi określić się dać. Stąd też wszystkie wnioski z dotychczas przeprowadzonych doświadczeń, stwierdzających bezpośredni wpływ zakażenia na powstawanie kamieni, uważać należy za zupełnie nieuzasadnione.

Teorya BOUCHARD'a, oparta na doświadczeniu klinicznym, daje nam ostateczny wynik zboczonych czynności ustroju, teorya pasożytnicza — jeden tylko z czynników. Że zakażenie odgrywa ważną rolę w powstawaniu kamieni na drodze pośredniej, nie ulega wątpliwości; ale nie można się zgodzić na to, aby było ono jedyną przyczyną kamicy żółciowej.

Według wszelkiego prawdopodobieństwa przed powstawaniem kamieni cierpią komórki wątrobowe, zupełnie tak samo, jak zboczenie czynności utleniających wątroby jest przyczyną, dlaczego przy podagrze kwas moczowy nie spala się dostatecznie.

To krystalizowanie się kamieni w pęcherzyku żółciowym zwykle przebiega skrycie, nie dając znać o sobie żadnymi objawami subiektywnymi; gdy kamień utworzy się, może pozostawać w pęcherzyku również niepostrzeżony lata całe lub dziesiątki lat nawet, a dopiero niespodziewanie wykryty bywa na stole sekcyjnym. Jeden lub kilka kamieni otorbiają się w skurczonym i zamkniętym pęcherzyku, tak jak ciało obce, po wywołaniu zapalenia odczynowego wklinowuje się wśród rozrosłej tkanki łącznej. Czasami w skąpej, zwykle śluzowej zawartości płynnej, można wykryć nawet drobnoustroje, które nie mają wpływu chorobotwórczego, jak to ma np. miejsce w zwapniałych i otorbionych ogniskach serowatych. Jak często istnieje kamica żółciowa bez objawów klinicznych, o tem wiedzą najlepiej anatomowie-patolodzy i ci mogą nam dać statystykę tego cierpienia. Jeżeli istotnie kamica żółciowa występuje w 5 — 10% ludności, to śmiało można powiedzieć, że co najmniej w 50% przebiega skrycie, nie oddziałując wcale lub w bardzo nieznacznym tylko stopniu na stan ogólny ustroju. Byłaby więc to najłagodniejsza ze znanych chorób, a przynajmniej o wiele łżejsza od pokrewnej jej skazy moczowej. Są to stany, których najbiedniejszy klinicysta rozpoznać nie jest w możności; lecz je sama natura. Przewód pęcherzykowy bywa wtedy najczęściej drożny, a kamyki omywa żółć; może jednak się zdarzyć zamknięcie przestrzeni pęcherzykowej bez wywołania stanu zapalnego, któryby prowadził za sobą kolkę wątrobową. W każdym razie przestrzeń zamknięta nie stanowi koniecznego warunku dla kolki wątrobowej, o ile tym kluczem nie jest kamień, dążący do przebicia się przez przewód pęcherzykowy.

Objawy chorobowe uwidoczniają się zazwyczaj dopiero wtedy, gdy kamień zaczyna wciskać się do przewodu pęcherzykowego. Według jednych, to przesuwanie się kamienia powstaje na drodze odruchowej wskutek silnego podrażnienia uległej zapaleniu błony śluzowej pęcherzyka. Pęcherzyk żółciowy, jak wiadomo

mo jest regulatorem ciśnienia w przewodach żółciowych. Według doświadczeń DOYON'a, drogi żółciowe posiadają układ nerwowy, połączony z ośrodkami opuszkowymi, kurczą się one na podobieństwo innych narządów [żołądek, kiszki], zaopatrzonych w gładkie włókna mięsne. Skurcz pęcherzyka następuje przy podrażnieniu ośrodkowego odcinka nerwu błędnego przy jednoczesnym rozkurczu mięśnia okrężnego ODD'ego. Odwrotny skutek otrzymać można przy podrażnieniu nerwów trzewowych. Podrażnienie dróg żółciowych jednocześnie wywiera wpływ na ich sferę ruchową i czuciową.

To właśnie podrażnienie nadzwyczaj wrażliwej błony śluzowej, któremu towarzyszy ból, jest siłą leczniczą przyrody; pod wpływem jej wzmagają się ruchy robaczkowe przewodów żółciowych i osłabia się czynność zwieracza ODD'ego, który znajduje się stale w napięciu pod wpływem zwojów, umieszczonych tuż przy połączeniu przewodu żółciowego z dwunastnicą. Nadto na wydalanie żółci podczas napadu wpływa wzmożona inspiracja, wywołana skurczem odruchowym naczyń płucnych.

Według RIEDEL'a, napad kolki zależy od sprawy zapalnej i występuje wskutek szybkiego nagromadzenia się cieczy wysiękowej (*hydrops inflammatorius vesicae felleae*).

Prawdopodobnie oba te czynniki odgrywają rolę przy przemieszczeniu kamienia, podstawą jednak jest wzmożenie stanu zapalnego ściany pęcherzyka. Różne przeszkody ma kamień przy swojej wędrówce: najpierw fałdy, tworzące panewkę w szyjce pęcherzyka, następnie fałdy przewodu pęcherzykowego, pozostałości po zastawce spiralnej HEISTER'a, znacznie zgrubiałe pod wpływem zapalenia, wreszcie wąskość przewodu pęcherzykowego, którego średnica wynosi 2—3 mm. Wprawdzie średnica przewodu żółciowego wspólnego dosięga 6—7 mil. w części nadwunastnicowej, zwęża się jednak przy przejściu przez miąższ trzustki, a w przejściu w brodawkę VATER'a średnica jego równa się średnicy przewodu pęcherzykowego.

Lecz drogi żółciowe są bardzo rozciągliwe, i tem można sobie objaśnić fakt, że przez nie przedostać się mogą kamienie wielkości orzecha laskowego, nawet większe.

Taki napad całkowicie skuteczny, oprócz charakterystycznych bólów, połączonych z zawrotami i osłabieniem, żadnych innych objawów może nie wywoływać wtedy, gdy przejście kamienia odbywa się szybko. Często jednak towarzyszy mu gorączka i żółtaczka. Gorączka o cechach przepuszczających (*f. intermittens*), połączona z dreszczami, czasami poprzedza, a zazwyczaj towarzyszy napadom. Tę postać gorączki, którą CHARCOT nazwał *fièvre hépatalgique*, BAMBERGER, uważał za następstwo odruchowego podrażnienia ośrodków regulujących ciepło ustrojowe. Czy przy tem odgrywa rolę wprowadzenie do krwi obiegu substancji pyrogenetycznych, czy też jest to pewien stopień zakażenia w słabszym stopniu, jak to przypuszczał CHARCOT, ta gorączka, towarzysząca kolce wątrobowej, jak o tem świadczy doświadczenie kliniczne, nie przedstawia niebezpieczeństwa dla chorego.

Również żółtaczka przy prawidłowej kolce jest przemijającą i może być następstwem albo zapalenia dróg żółciowych [żółtaczka za-

palna RIEDEL'a], albo, jak twierdzi NEUSSER, — zboczenia czynności wydzielniczej komórek wątrobowych, które prawdopodobnie, jak i czynności innych gruczołów, zależą od systemu nerwowego.

Doświadczenia, w tym kierunku dotychczas przeprowadzone, nie doprowadziły do wniosków bardziej pozytywnych, ale choćby fakt, stwierdzony przez BOCHFONTAINE'a, że porażenie, *resp.* przecięcie nerwów trzewowych, przy którym, jak wiadomo, następuje przekrwienie narządów jamy brzusznej, prowadzi za sobą wzmożone wydzielanie się żółci, pozwala przypuszczać, że w pewnych razach żółtaczka przemijająca następuje wskutek przekrwienia wątroby, *resp.* podrażnienia komórki wątrobowej w myśl teorii powstawania żółtaczki prof. BROWICZA.

Jest również prawdopodobnem, że i bezpośrednio pod wpływem podnieć nerwowych komórka wątrobowa może do większej czynności być pobudzoną.

Kolka wątrobowa, może trwać bardzo długo, może być nawet z najrozmaitszymi połączona objawami, jak oto: wymiotami, kurczami żołądkowymi, opisanymi przez REJCHMANA, rozszerzeniem komory prawej serca w następstwie skurczu odruchowego naczyń płucnych i t. d.

Gdy kamień przeniknie do przewodu żółciowego wspólnego, a nie przebije się wkrótce przez otwór w brodawce VATER'a, w przypadkach pomyślnych następuje krótkotrwała żółtaczka, która ma pierwotne źródło w zatrzymaniu odpływu żółci: jest to żółtaczka pochodzenia mechanicznego. Znika ona po nowej kolce, chory doznaje uczucia błogiego, mocz wydziela się w zwiększonej ilości (*urina spastica*), wątroba się kurczy; po kilku dniach w wypróżnieniach wykryć można nawet kilka kamieni.

Taki napad zupełnie skuteczny i prawidłowy zdarza się tylko przy kamieniach małych, może się powtarzać ilekroć nowy kamień przechodzi w pewnych, nie dających się określić okresach czasu, ale nigdy nie możemy powiedzieć, że to jest napad ostatni, ani nawet, że wszystkie napady będą jednakowego natężenia i jednakowo skuteczne.

Gdy kamień zatrzyma się w szyjce pęcherzyka, lub w przewodzie pęcherzykowym, albo ściany jego zrastają się w następstwie owrzodzenia odleżynowego, które pozostało po poprzednim napadzie skutecznym, natenczas, jeżeli pęcherzyk nie jest zakażony, żółć ulega wessaniu, a jednocześnie zbiera się śluz z licznych powiększonych gruczołów błony śluzowej; powstaje *hydrops vesicae felleae*. Jeżeli niema zapalenia części otaczających, niema zrostów, pęcherzyk może dojść do znacznych rozmiarów i być doskonale wyczuwalny.

Lecz często ściany pęcherzyka wskutek przebytych zapaleń grubieją, pęcherzyk kurczy się, jakby obrasta kamienie; już wtedy najczęściej wyczuć się nie daje i zwykle bywa zrosnięty z narządami otaczającymi.

W wysięku nie znajduje się zwykle drobnousrojów; stąd RIEDEL uważa w tych razach stan zapalny pęcherzyka nie za następstwo zakażenia, lecz raczej za zapalenie wskutek podrażnienia pęcherzyka przez ciało obce (*perialienitis, perixenitis*).

Jeżeli jednak zakażenie nie wygasa przy zatknięciu przewodu pęcherzykowego, lub w razie gdy pęcherzyk dotknięty zostaje zakażeniem, wystąpić może otok pęcherzyka (*empyema vesicae felleae*), przyczem pęcherzyk rzadko

bywa rozszerzony; najczęściej kurczy się, ściana jego grubieje, i w tych razach mamy do czynienia ze zrostami rozległymi z otoczeniem.

Taki pęcherzyk żółciowy leży wtedy głęboko pod wątrobą; zdradza się tylko lekkim bólem przy ucisku. Sprawa przebiega bez gorączki, a przedziurawienia zdarzają się niezmiernie rzadko.

Niezawsze jednak sprawa przebiega tak łagodnie. Proces zapalny przejść może na ściany pęcherzyka, na otrzewną i na najbliższe otoczenie, wywołując, jak przy zapaleniach niekamicowych, *peri—i paracholecystitis*; lub też zakażeniu od samego początku towarzyszą groźne objawy z dreszczami, obfitymi potami, gorączką przepuszczającą, która występuje w postaci napadów jakby malarycznych co dzień, co drugi, a nawet parę razy dziennie. Nie jest to gorączka, która towarzyszy kolce wątrobowej, bo od niej jest zupełnie niezależna; powstaje wskutek zakażenia dróg żółciowych. Jest to *fièvre hépatique* CHARCOT'a, *fièvre bilioseptique* CHAUFFARD'a. Tutaj interwencja chirurgiczna musi być jak najszybsza, zwłaszcza jeżeli gorączka w dalszym przebiegu choroby przybiera charakter remitujący lub stały; tego pochodzenia gorączka o cechach stałych daje zwykle rokowanie najgorsze. [D. n.]

ODCINEK.

Uwagi nad piśmiennictwem lekarskiem polskim.

[Dokończenie. — Patrz Nr. 36].

Jeżeli na zasadzie przytoczonych powyżej danych porównamy stan obecny nauki lekarskiej u nas ze stanem przed laty 40-u, nie zawachamy się stwierdzić, że poczyniony przez ten czas postęp wprawia nas poniekąd w zdumienie. Wprawdzie i za granicą nauka posunęła się przez ten czas naprzód o krok olbrzymi, własny nasz postęp stanowi w istocie tylko odzwierciedlenie wszechświatowego postępu, ale w każdym razie nauka polska nie pozostała znacznie w tyle poza przodującymi w tym względzie narodami. Nie ma ona do zapisanania w kronice dziejów nauki wiekopomych odkryć, [jeżeli pominiemy doniosłe badania M. NENCKIEGO, których na wyłączną swą własność reklamować nie może], ale nagromadziła powoli okazały zasób spostrzeżeń, mniej lub więcej cennych, wcielonych w ogólny skarbiec nauki. W pracowniach uniwersyteckich w Krakowie i Lwowie dokonywają się stale samodzielne badania; w Warszawie tylko niektóre takie zakłady okazują więcej ożywioną czynność. Przy oddziałach szpitalnych istnieją pracownie, w których uskuteczniają się również badania naukowe, ale w ogóle twórczość podobna mogłaby w samej rzeczy być rozleglejszą i bardziej ożywioną, gdyby ubieganie się za praktyką nie pochłaniało zbyt dużo czasu, a przed pracownikami otwierały się widoki kariery naukowej. O znaczeniu samodzielnego badania dla wzbudzenia zmysłu krytycznego i ustalenia niezależności myśli, wspomniałem obszerniej już w innem miejscu. Zre sztą zaznaczyć tu należy, że conajmniej znaczna część naszych lekarzy pod

względem gruntownej znajomości swej specjalności stoi na wysokości nauki, a w wykonywaniu różnych trudnych manipulacji nie ustępuje autorytetom zagranicznym. Czuję się uprawnionym do stawiania takiego twierdzenia na zasadzie obznajmienia się z pracami, ogłaszanymi w naszych pismach lekarskich, i przysłuchiwania się wykładom i dyskusjom na posiedzeniach Towarzystwa Lekarskiego.

Stwierdziwszy takim sposobem rzetelny i stały postęp medycyny krajowej, stawiałem sobie wielokrotnie pytanie, jaką drogą uskutecznią się i utrzymuje się ten radosny wynik? Możliwy przypuścić, że to jest dzieło wyższego zakładu naukowego. Ale uniwersytet daje tylko materiał elementarny, poucza, jaką drogą wytwarza i ustala się nauka, przyzwyczajają do krytycznego rozbioru wyłożonych twierdzeń, olbrzymi zaś zasób niezbędnych wiadomości szczegółowych z całego obszaru nauki zdobyć jedynie można przez natężoną pracę własną. Należy przewertować co najmniej kilka dzieł specjalnych i szereg zasadniczych monografi, a dla zjednania sobie doświadczenia i wprawy praktycznej popracować przez dłuższy czas w klinikach i laboratorjach zagranicznych. Taką też drogą większość naszych specjalistów zdobywa wprawę i zasób niezbędnych wiadomości, a dla utrzymania się na odpowiednim poziomie nauki zniewoloną się czuje do pilnego przeglądania ważniejszych archiwalnych pism zagranicznych, odnoszących się do jej specjalności. Pierwsze przygotowanie i wskazówki do należytego orientowania się w swym przedmiocie otrzymują ci „asystenci” od kolegów starszych i doświadczonych, kierujących zwykle odpowiednimi oddziałami szpitalnymi i, jak to już wyżej wskazałem, pilnujących ważnych i zbawiennych tradycji medycyny krajowej.

Jeżeli wogóle tak się dzieje, należy postawić pytanie, po co wydajemy tak liczne pisma peryodyczne i jakie ostatnim należy przyznać znaczenie? Otóż najpoważniejszy dział literatury naukowej obejmują t. z. wydawnictwa archiwalne, stanowiące istotne skarbcze danych, stwierdzonych przez ścisłe badania. Liczba takich pism, obejmujących zwykle tylko specjalne działy nauki, zwiększa się w miarę rozszerzania się granicy pewnych gałęzi i mnożenia się odpowiedniej produkcji, albo też ustalenia się nowych kierunków badań. Tak np. od archiwów dla anatomii i fizjologii odzeczpiły się z czasem specjalne pisma dla histologii, anatomii porównawczej, od archiwów chirurgicznych—okulistyka, laryngologia i t. d. Patrząc na takich pism specjalnych nie daje się dotkliwiej uczuć tam, gdzie nie tylko wytwórczość dość jest skąpa, ale i liczba czytelników zbyt ograniczona. Istniejące u nas pisma odpowiednie w zupełności wystarczają na pomieszczenie rozpraw z różnych działów nauki. Archiwum wyłącznie anatomiczne, fizjologiczne, histologiczne lub embryologiczne nie miałyby u nas ani racji bytu, ani szans utrzymania, a nawet byt istniejących obecnie wydawnictw archiwalnych umożliwiony jest jedynie przez specjalne fundusze, np. z dochodów Akademii Nauk. Na utrzymanie *Pamiętnika Towarzystwa Lekarskiego* wydaje rocznie około rb. 2300, gdy tymczasem prenumerata przynosi tylko rb. 270. A jednak twórczość naukowa stanowi niezbędny warunek dla utrzymania umysłowej niezależności narodu, dla rozwinięcia jego zdolności do krytycznego rozbioru różnych spostrzeżeń i poglądów naukowych. Uważne zapoznanie się ze znakomitymi dokumentami działalności badawczej u różnych narodów stanowi najpewniejszy i najskuteczniejszy środek do przyswojenia sobie prawdziwie naukowej metody. Dla tych samych celów niezbędną przedstawia się samodzielna praca badawcza, dokonywana bądźto w specjalnych pracowniach, bądź też w oddziałach klinicznych. Ostatnia powinna mieć na widoku [obok wyleczenia pacjenta] wyjaśnienie różnych zjawisk w biegu pewnej sprawy chorobowej i leczniczej lub ustalenie spostrzeżeń, ułatwiających dyagnozę i t. d.

Nader ważną rolę w rozpowszechnianiu wiadomości i aukowych i praktycznych odgrywają referaty z poważnego piśmiennictwa różnych narodów, w szczególności zaś z wymienionych wyżej wydawnictw archiwalnych i z oddzielnie zjawiających się monograficznych rozpraw. Mniejsze znaczenie przypisać należy większości drobnych artykułów, publikowanych w pismach tygodniowych. Prócz w centralnych bibliotekach wielkich stolic, nigdzie nie można spotkać kompletu literatury pojedynczych gałęzi nauki. Żaden człowiek nie jest też w stanie przewertować wszystkich pism, odnoszących się choćby tylko do jego specjalności. Z tego wynika niezbędna potrzeba pism referujących, czyli podających streszczenia bądźto z całego zakresu pewnej nauki, bądź też z pewnych tylko jej gałęzi. Miałem sposobność przeglądania całego szeregu takich wydawnictw, ale nie byłbym w stanie wymienić choćby jednego, w którym nie spotkałem wielkich braków. Prace najpoważniejsze bywają tam nader często zupełnie pominięte, zato szpalty są wypełnione referatami z artykułów o podrzędnej lub wątpliwej wartości. Nader trudno zebrać grono współpracowników, mających dość wolnego czasu dla przejrzenia większej liczby pism i rozpraw, a prócz tego nie każdy referent umie należycie ocenić wartość artykułu albo też zwięźle zestawić istotną jego treść. Jedynie t. z. roczne sprawozdania (*Jahresberichte*) zestawiają w przybliżeniu całość rocznej literatury pojedynczych gałęzi nauki, ale takie wydawnictwa posłużyć tylko mogą do zebrania pełnej literatury, odnoszącej się do określonej kwestyi, przy pisaniu rozpraw lub podręczników, lecz nie kwalifikują się do zwykłego czytania w celu obznajmienia się z najnowszymi postępami nauki. Tak np. wydawnictwo SCHWALBE'go, obejmujące wszechświatową literaturę z całego zakresu anatomii, wypełnia tomy o 60 i więcej arkuszach druku. O rocznym Przeglądzie piśmiennictwa lek. polskiego, wydawanym przez Towarzystwo Lek. Warsz., już wyżej była mowa.

Największą liczbę prenumeratorów i czytelników mają u nas pisma tygodniowe o treści mieszanej, które obok artykułów oryginalnych podają także referaty z literatury cudzoziemskiej, rozbierają kwestye, dotyczące szpitalnictwa, sanatoryów, stanu lekarskiego i t. d. Liczba ich stosunkowo bardzo znaczna, a byt na pozór zupełnie zabezpieczony przez prenumeratę, ale zdaje się nie ulegać wątpliwości, że nawet i te „poczytne“ pisma pokrywają koszta wydawnictwa tylko dzięki ofiarności pewnych kół koleżeńskich. Za granicą pojawia się również wielka liczba podobnych czasopism lekarskich o nader różnym zakresie i poziomie: obok prawdziwie poważnych i cennych, wydawane są świstki, stanowiące w istocie tylko narzędzia reklamy dla przedsiębiorstw przemysłowych. Poważne pisma mieszane czynią zapewne zadość potrzebom większości czytelników, wypełniają stawiane im zadania, ale pomimo to należy zastanowić się nad pytaniem, jakie to właściwe ich zadania, czy w samej rzeczy przyczyniają się u nas do podźwignięcia medycyny albo przynajmniej do utrzymania jej na odpowiednim poziomie? Pytania takie narzucają się mimo woli człowiekowi, gdy przysłuchuje się stale powtarzającym się narzekaniom na „jałowość“ naszej literatury peryodycznej, na brak artykułów „żywotnych“ i interesujących, zdolnych wzbogacić rzetelnie nasze wiadomości naukowe. Nie potrzebuję chyba zaznaczyć, że pisma lekarskie nie są wydawane dla rozrywki czytelników, owszem każdy zapewne przyzna, że cel ich jest poważnie d y d a k t y c z n y, ale nie w pojęciu, jakie żywił wspomniany wyżej mój współpracownik z T y g o d n i k a L e k a r s k i e g o. Znaczną część takiego zadania wypełniają artykuły informacyjne, podające wiadomości o nowych postęпах w dziedzinie teorii i praktyki lekarskiej. Zwyczajne referaty zwykle stosunkowo małe przynoszą korzyści z powodów wyżej szczegółowiej wyłuszczonych. Nierównie większą wartość i znaczenie przyznać należy referatom zbiorowym, ułożonym przystępnie i z dokładną znajomością przedmiotu. Poczuję się do obowiązku zaznaczenia tu, że w ostatnich latach pojawił się w G a z e t e L e k a r s k i e j cały szereg wybornie skreślonych referatów zbiorowych.

Tak zwane „artykuły oryginalne“ w naszych pismach tygodniowych nie tylko świadczą o samodzielnej twórczości i zdolności do naukowego badania autorów, nie tylko przyczyniają się do wzbogacenia wiedzy, ale osławiają także skutecznie licznych praktyków z metodami naukowego badania, ze sposobami wykazania rzetelności dostrzeżonych faktów, a przez to stają się również „pouczającymi“.

Nie może tedy ulegać wątpliwości, że przyczyniają się do rozpowszechnienia i ustalenia naukowych poglądów, ale z drugiej strony wydaje mi się, że znaczenie ich się przecenia. Artykuły, kreślone dorywczo i bez wzajemnego pomiędzy sobą związku, mogą wprawdzie rozbudzić interes dla nowych poglądów i spostrzeżeń, zwrócić uwagę na nowe metody badania i leczenia, ale prawdziwy i skuteczny postęp może być osiągnięty tylko przez staranne i wytrwałe zgłębianie obszerniejszych dzieł i rozpraw, rozbierających wyczerpująco pojedyncze działy nauki. W razie zjawienia się doniosłych odkryć, otwierających zupełnie nowe poglądy i kierunki badań, pismo mieszane może w znacznym stopniu przyczynić się do rozpowszechnienia odpowiednich wiadomości, do ustalenia się tych poglądów pośród ogółu lekarzy. Tak np. *Gazeta Lekarska* po przejściu na własność nowego grona wydawców nie mały wpływ wywarła na rozpowszechnienie w kraju nauki o powstawaniu chorób zakaźnych przez pewne mikroby, na ustalenie się przy operacjach metody aseptycznej i t. d. Również i przyjęcie udziału w dyskusjach nad znajdującymi się na porządku dziennym kwestyami może przynieść wielki pożytek. Ale w czasie wolniejszego i równomiernego przebiegu pracy badawczej tylko artykuły, stawiające umiejętnie pytania, dotyczące ciemnych jeszcze stron w patologii i terapii, wskazujące drogi ku możliwemu ich rozwiązaniu, wyświetlające znaczenie nowych metod badania i t. d. mogą rozbudzić ogólniejszy interes i nadać pismu większą „żywność“.

Stawiane było już niejednokrotnie pytanie, czy stosunkowo wielka liczba pism o jednakowym zakresie, jaka się zjawia w języku polskim, ma istotną rację bytu, czy przynosi prawdziwą korzyść, czy nie byłoby pożytecznijszem przynajmniej kilka z nich połączyć w jeden wspólny organ, który rozporządzając bogatszymi środkami materialnymi i intelektualnymi, mógłby podawać rozprawy o większej wartości naukowej i skuteczniej wypełnić słuszne wymagania czytelników. Osobiście uważałbym takie postanowienie za bardzo odpowiednie i pożądane, ale doświadczenie uczy, że zamiary, teoretycznie najzupełniej uzasadnione, w praktyce okazują się często niewykonalnymi. Można być pewnym, że po zlaniu się kilku istniejących obecnie pism zjawi się w krótkie kilka nowych o istotnie jednakowym kierunku. W piśmiennictwie odgrywają taką samą rolę interesy osobiste, różne przekonania i zamiary ambitne, jak w przemyśle i kupiectwie; ograniczenie konkurencji wogóle nie jest możliwe.

Dziwnem wydawało mi się zawsze praktykowane przez redaktorów psim zachęcanie do „napisania“ artykułu, albowiem nie pojmuję, jak można zabrać się do podobnej pracy na zamówienie, a nie z własnego wewnętrznego popędu. Uległość cudzemu wpływom stanowi jednak także jedną ze stałych właściwości natury ludzkiej. Z niej wypływa też nieraz pobudka do założenia nowego czasopisma; choć niema właściwie widoku do wypełnienia jego szpałt zasługującym na uwagę materiałem, to wydawca pociesza się jednak nadzieją, że „jakoś to będzie“, i w samej rzeczy udaje mu się przez namowę skupić dostateczną liczbę artykułów dla zadrukowania arkusza. Ale zapytujemy się słusznie, czy takie wydawnictwo sztucznie wypielęgnowane może istotnie mieć większą wartość, czy odpowiada rzeczywistym potrzebom, czy po pierwszym powodzeniu zdoła i nadal utrzymać się na właściwym poziomie?

Będąc przez długi szereg lat świadkiem rechu umysłowego w kraju, radowałem się dostrzeżeniem stałego oczywistego postępu nauki w ogóle, a w szcze-

gólności medycyny. Zajmując się przez dłuższy czas także wykonywaniem praktyki lekarskiej, miałem też wielokrotną sposobność przekonania się, jakie szkody wyrządza często bezmyślna rutyna. Nie zdecydowałbym się nigdy w razie choroby własnej i bliższych mi osób zasięgnąć porady kolegi, nie opiekującego swego postępowania na naukowo uzasadnionej dygnozie i terapii. Znajomość działalności środków lekarskich wprawdzie oparta jest jeszcze w znacznej części na dość grubej empirii, ale przynajmniej nie stosujemy środków, których skuteczność nie została stanowczo stwierdzona przez wielokrotną ścisłą obserwację. Skrajnych rutynistów stawiałem zawsze na równi ze znachorami. To też w ostatniej poważnej chorobie, jaką niedawno przebyłem, leczony byłem wyłącznie tylko „racyonalnie“; przeciwko wszelkim nie wymotywowanym należycie środkom byłbym założył energiczny protest. Otóż niech mi wolno będzie przy zakończeniu niniejszego przeglądu, do którego ułożyłem plan podczas choroby, wyrazić najserdeczniejsze podziękowanie wszystkim zacnym kolegom, którzy poświęcili mi tyle trudu, starań i drogiego czasu. Czuję się też nie mniej zobowiązany drogim kolegom, którzy okazali szczerą uwagę dla mego wyzdrowienia. Postaram się wszystkim wywdzięczyć przez szczerą pracę dla nauki polskiej i społeczeństwa lekarskiego, dopóki mi jeszcze sił starczy.

H. Hoyer.

WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE.



23. Anaesthesinum. Anestezyna.

Środek znieczulający, otrzymany przez RITSERT'a, jest pod względem chemicznym eterem etylowym kwasu para-amidobenzoesowego.

Przedstawia się pod postacią proszku białego, bez smaku i zapachu. Rozpuszcza się z trudnością w wodzie zimnej, nieco łatwiej w wodzie gorącej, a za to bardzo łatwo w alkoholu, eterze, chloroformie, acetonie, w tłuszczach i w olejach. Anestezyna, rozpuszczona w tłuszczach, a zatem w postaci maści, doskonale się utrzymuje, zupełnie nie ulegając rozkładowi. Jako proszek, daje się bardzo łatwo rozpylać.

Anestezyna działa znieczulająco, podobnie jak ortoform, do którego jest zbliżona pod względem chemicznym; różni się zaś od tego ostatniego tem, że nie wywiera żadnego działania drażniącego i że nie jest trującą.

Z doświadczeń prof. BINZ'a wypada, że małe i średnie dawki nie wywierają żadnego szkodliwego wpływu na organizm króliczy, dopiero bardzo duże dawki wywołują methemoglobinemię.

Prof. KOBERT, na mocy doświadczeń, również uważa anestezynę za substancję nietrującą.

Prof. NOORDEN stosował anestezynę wewnątrznie w postaci proszku dwa lub trzy razy dziennie po 0,3—0,5 przedewszystkiem w przypadkach nadciśnienia i żółtaczki [ból, wymioty i t. d.], a zatem w dyspepsji nerwowej, we wrzodzie żołądka i po większej części otrzymywał zadowalające wyniki. Anestezynę w proszku należy w tych razach podawać na 10—15 minut przed przyjęciem pokarmu.

Prócz tego poleca prof. NOORDEN anestetykę w postaci pastylek przeciwko podrażnieniu kaszlowemu i utrudnionemu polykaniu, t. j. przeciwko objawom zbytniego podrażnienia, mającego swe źródło w gardzieli lub w górnej części krtani. Przeciwno zaś nadczułości wewnętrznych części krtani stosowano z pożytkiem w dychaniu (*inhalatio*) roztworu anestetyny, albo z a-py-l-a-n-i-e (*pulverisatio*) krtani wprost proszkiem anestetyny.

Przeciwno w wydymaniu (*tenesmi*), bolesnym guzom hemoroidalnym stosowano czopki anestetyczne (*suppositoria*), które okazały się bardzo skutecznymi w przypadkach bolesnego obrzmienia guzów hemoroidalnych, ale zawodziły w przypadkach wydymania bolesnego.

W kilku przypadkach parcia pęcherza moczowego u kobiet laseczki (*bacillus*) anestetyczne, wkładane do cewki moczowej, zupełnie usuwały wzmiankowany przykry objaw.

Doskonale wyniki dawała anestetyka w pewnych rodzajach swędzenia (*pruritus*). Szczególniej skuteczną okazała się anestetyka przeciwko swędzeniu sromu (*pruritus vulvae*) w przypadkach cukrzycy; bywały przypadki, w których wszystkie stosowane środki zawodziły, gdy tymczasem anestetyka — w postaci maści — zupełnie usuwała ten objaw, tak do-kuczliwy.

Również wpływ pomyślny wywierała maść anestetykowa w swędzeniu, zeleźnem albo od pryszczycy przewlekłej (*eczema chronicum*), albo od świeżego wyprzenia (*intertrigo*).

I w innych formach swędzenia, jak np.: w żółtacze, w zapaleniu nerek, u starców, maść anestetykowa okazała się bardzo skuteczną.

Spostrzeżenia kliniczne DUNBAR'a wykazały, że anestetyka, stosowana w postaci zastrzykiwań podskórnych (*injectio subcutanea*) i zaskórnych (*injectio intracutanea*), jest doskonałym środkiem miejscowo znieczulającym i może służyć do wykonywania małych powierzchownych operacji.

Zastrzyknięcie podskórne jednoprocetowego roztworu chlorku anestetyny (*anaesthesinum hydrochloricum*) wywołuje silne palenie; słabsze zaś roztwory, jak np. 0,25^o/_o-wy, tego objawu nie wywołują i nieźle znieczulają. Dodatek soli kuchennej zwiększa własności znieczulające anestetyny, a jeszcze wydatniej-szem staje się znieczulenie miejscowe, jeśli dodamy bardzo małą ilość morfiny. To też DUNBAR w tym celu używa do zastrzykiwań podskórnych i zaskórnych roztworu według następującego przepisu:

<i>Rp. Anaesthesini hydrochlorici</i>	0,25
<i>Natrii chlorati</i>	0,15
<i>Morphii hydrochlorici</i>	0,015
<i>Aqu. destillatae</i>	100,0

Zastrzykiwania robić należy strzykawką PRAVAZ'a zupełnie tak samo, jak wymaga metoda SCHLEICH'a.

DUNBAR zapomocą tego sposobu znieczulenia wykonywa niektóre małe operacje, jak: usunięcie stulejki (*phimosi*), usunięcie kaszaka (*atheroma*).

Anestetyka, według DUNBAR'a, ma tę zaletę, że daje się sterylizować i przytem nie rozkłada się.

LENGEMANN na klinice prof. MIKULICZA przekonał się, że anestetyka w postaci proszku do zasypywania doskonale znieczula powierzchnie ziarninowe, co ma ważne znaczenie, gdy u osób wrażliwych trzeba takie powierzchnie pocierać azotanem srebra. Bardzo dobry wpływ znieczulający wywiera również zasypywanie anestetyką miejsc oparzonych, albo wreszcie bolesnych owrzodzeń rakowatych.

Nigdy nie zauważono ani żadnego podrażnienia, ani wpływu niepomyślnego na ziarninę.

Do wywołania zupełnego znieczulenia trzeba kilku minut.

HARTMANN podaje spostrzeżenia, według których wnosić należy, że anestetyzna działa w wysokim stopniu kojąco w owrzodzeniach gruzliczych, we wrzodziejącym zapaleniu ust (*stomatitis ulcerosa*) i wogóle wszędzie tam, gdzie mamy do czynienia z ziarniną mocno bolesną.

SPIESS bardzo chwali anestetykę w kokluszu, w katarze nosa, po operacyi na migdałkach, na migdale gardzielowym, oraz podczas operacyi w krtani.

KASSEL w chorobach krtani gorąco poleca wdechania (*inhalatio*) anestetyny, które robić kaze wprost zapomocą inhalatora parowego. Chcąc zaś obok działania kojącego otrzymać i działanie lecznicze, dodaje, o ile chorzy to znoszą, mentol do roztworu anestetynowego, według następującego przepisu:

Rp. *Anaesthesini* 20,0
Mentholi 10,0—20,0
Ol. olivari 100,0

Dla uniknięcia podrażnienia mentolem oczu i błony śluzowej nosa chorzy podczas inhalacyi powinni twarz zakrywać chustką. Chorzy z początku niezbyt dobrze znoszą takie wdechania mentolowe, wkrótce wszakże przyzwyczajają się do tego. Jeśli zaś chory w żaden sposób do wzięwania mentolu nie może przyzwyczać się, to należy stosować do inhalacyi tylko roztwór 20%-owy anestetyny—w oliwie. Znieczulenie po inhalacyi takiej trwa od 2 do 12 godzin, a nieraz nawet i dłużej. Takie inhalacye mają niezmiernie ważne znaczenie dla chorych z utrudnionem polykaniem przy owrzodzeniach krtaniowych.

Dawki. Do użytku wewnętrznego przepisywać należy anestetykę w proszku po 0,3—0,5 w opłatku dwa lub trzy razy dziennie—na 10—15 minut przed jedzeniem lub pićm.

W masłach — z lanoliną — 10%.

W czopkach — 0,2—0,5 anestetyny na 2,0 masła kakaowego.

W laseczkach — po 0,3 w laseczce.

W inhalacyach — roztwory 10%—20% w oliwie.

Do zasypanych — wprost w proszku.

Do zastrzykiwań podskórnych i zaskórnych — w roztworze 0,25%.

W pastylkach — po 0,02—0,04 na pastylkę.

Największa dawka dobową wynosi 2,5 anestetyny.

L I T E R A T U R A .

- 1) Anaesthesin. Therapeutische Monatshefte, 1902. Zeszyt 6.
- 2) NOORDEN. Ueber Anaesthesin. Berliner klin. Wochenschr. 1902. 17.
- 3) DUNBAR. Ueber Anaesthesin. Deutsche medic. Wochenschr. 1902. 20.
- 4) LENGEMANN. Anaesthesin in der Wundbehandlung. Centralbl. für Chir. 1902. 22.
- 5) HARTMANN. Die Anwendung des Anaesthesins in der chirurgischen Praxis. Therapie d. Gegenwart, 1902. Zeszyt 10.
- 6) SPIESS. Anaesthesin vom Gesichtspunkte der Heilwirkung de Anaesthetica. Műuch. medic. Wochenschr. 1902. 39.
- 7) KASSEL. Zur Anwendung des Anaesthesins. Therapeut. Monatsh. 1902. Zeszyt 7.

Wiktor Grostern.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

50. E. Stadelmann. O późnych cierpieniach mózgu po urazie czaszki.

Prawo o ubezpieczeniach od wypadków i od inwalidności pobudziło lekarzy do pilniejszego zajęcia się badaniem skutków urazu. Naukowy plon tych prac okazał się już dotąd bardzo obfity i, rzec można, przeszedł wszelkie oczekiwania.

W odczycie swym, wygłoszonym w Towarzystwie dla Medycyny wewnętrznej w listopadzie r. z., autor zwraca uwagę na jedną z takich zdobyczy, a mianowicie na cierpienia mózgu pochodzenia urazowego, objawiające się dopiero w czas jakiś po urazie.

Pierwsze spostrzeżenie w tym względzie poczynił już BERGMANN w dziele o uszkodzeniach głowy. Zwraca on, mianowicie, uwagę na krwotoki następcze, późne, po urazie głowy, powstałe wskutek uszkodzenia [nadżarcia] naczyń krwionośnych przez ciała obce [odłamki kości, pociski broni palnej i t. p].

Również znane są przypadki urazów głowy, po których poszkodowani przez czas pewien po wypadku czuli się jak najlepiej, a dopiero, po upływie 8, 10, 12, 24 godzin nagle tracili przytomność i umierali przy objawach udaru mózgowego. Podobne wypadki uchrzczono mianem późnych udarów mózgowych po urazach czaszki.

Jakkolwiek istota podobnych wylewów krwi nie jest dotąd dostatecznie zbadana, przypuszczać należy, że polega na poważniejszych uszkodzeniach naczyń mózgowych, i że te ostatnie przy niewielkich nawet wysiłkach lub wstrząśnięciach—przy kaszlu np. lub kichnięciu—ulegają rozerwaniu.

To co określa się mianem wstrząśnienia mózgu po urazach głowy bez obrażenia nawet czaszki, nie jest bynajmniej wyrazem jedynie zmian czynnościowych mózgu; bardzo często wskutek takiego wstrząśnienia wytwarzają się drobne wylewy krwawe do tkanki mózgowej, albo też rozwijają się zaburzenia w odżywianiu, doprowadzające do obszerniejszych rozmięczeń tkanki ze stłuszczeniem ścian większych naczyń krwionośnych. Tak zmienione naczynia, wskutek pozornie drobnych nawet wysiłków mogą dać początek wylewom krwawym, które BOLLINGER — autor ścisłych w tym kierunku spostrzeżeń — nazwał późnymi wylewami krwawymi pochodzenia urazowego (*traumatische Spätapoplexien*).

Rzecz prosta, że właściwe ocenienie podobnego rodzaju przypadków nie należy do łatwych zadań rozpoznawczych; uwzględniony przytem być winien i stan zdrowia poszkodowanego przed wypadkiem i wywiady co do przebytych chorób lub nałogów (*lues, arteriosclerosis, alcoholismus*). Należy jednak o możliwości podobnych późnych następstw urazów czaszki wiedzieć, by bez uprzedzeń i krytycznie móz w każdym poszczególnym wypadku zdać sobie z nich sprawę.

Ogólne te uwagi ilustruje autor następującą kazuistyką:

I. Mężczyzna 45-letni, zdrowy i zdolny do pracy, żonaty, wielodzietny. Syfilisu nie przechodził, pijał codziennie wódkę (za 20 fenig.); w styczniu 1900 uderzenie ciężkim kamieniem w głowę.

Utrata przytomności trwała 15 minut. Opatrzony na miejscu, odstawiony do mieszkania, leczył się w domu. W ciągu 4—5 tygodni stan jego nie przedstawiał nic osobliwego — chory uskarżał się tylko na bóle głowy. Po upływie tego czasu wyraźna zmiana usposobienia. Do tego czasu bardzo spokojny, w szóstym tygodniu po wypadku stan silnego pobudzenia — dwukrotne nieudane próby samobójstwa.

Autor badał poszkodowanego w 2½ roku po wypadku. Znalazł wtedy objawy ogólnego przytępienia umysłowego, przy dobrej budowie, dobrem odżywieniu i zdrowych narządach wewnętrznych. Uskarżał się wtedy na bóle i zawroty głowy. Wybitne osłabienie władz umysłowych.

Na miejscu pierwotnego urazu tęga, bardzo wrażliwa blizna rnychoma, z kością nie zrosnięta, po lewej stronie między kośćmi czołową i skroniową. Kość pod blizną żadnego zagłębienia nie przedstawiała. Najrozmaitsze próby lecznicze pozostawały bezskuteczne. Skończył w pół roku po badaniu a w dwa lata po wypadku samobójstwem.

II. Mężczyzna 29-letni, dotąd zdrowy, nie pijak, syfilisu nie przechodził; został uderzony silnie w głowę. Na razie stracił przytomność, ale prędko ją odzyskał; opatrzona rana goiła się dobrze, a on zajęć swych fachowych nie przerywał. Na głowę przez cały czas się nie uskarżał. W cztery tygodnie po wypadku, po dobrze spędzonym dniu położył się zdrowy do łóżka wieczorem, a o 4-ej zrana dostał nagle ataku drgawek z utratą przytomności. Napadom podobnym nigdy nie podlegał.

Dostawiony do szpitala, odzyskał przytomność, ale świadomości o tem, co się z nim stało i gdzie jest, nie miał. W ciągu 7-dniowego przebiegu choroby podlegał stale napadom drgawek klonicznych [epilepsia]; ponieważ przy bliższym badaniu można było zauważyć, że drgawki stale rozpoczynały się od kończyny górnej lewej, a urazowi uległa okolica kości ciemieniowej prawej [blizna 2—3 ctm. długa, z kośćmi nie zrosnięta, jak również kość pod nią nie zagłębiona], chorego poddano trepanacyi [5-go dnia choroby]. Trzeciego dnia po operacyi chory zmarł.

Sekcyja wykazała w okolicy zawoju środkowego — tylnego i przedniego ognisko krwotoczne z rozmiękczeniem tkanki mózgowej. Również ognisko rozmiękczenia z zakrzepłym wylewem krwawym w lewym płacie czołowym. Badanie drobnowidzowe stwierdziło, że mamy tu do czynienia z wylewami krwawymi do rozmięczonych, zapalnie zmienionych części mózgu. Istotę tych zmian anatomicznych tłumaczy autor w sposób następujący: wskutek urazu rozwinęły się zaburzenia krążenia w tkance mózgowej, najbardziej wyrażone w miejscu uderzenia (*coup*) i po stronie przeciwległej (*contrecoup*); zaburzenia te cyrkulacyjne doprowadziły do rozmiękczenia tkanki mózgowej, przebiegającego skrycie. Dopiero wylewy krwawe do tych patologicznie zmienionych tkanek dały początek klinicznemu obrazowi choroby.

III. Robotnik 45-letni, przy budowie domu upadł i uległ stłuczeniu prawej okolicy potylicowej. Początkowo utracił przytomność, leżał potem kilka dni w domu i leczył się zimnymi okładami. Po kilku dniach powrócił do swych zajęć, lecz nie przestawał się uskarżać na głowę. W siedm tygodni po wypadku doznał nagle dreszczów wstrząsających, gorączki, wymiotów i bardzo silnego bólu głowy; utracił przytomność, wystąpiła sztywność karku. Przekłucie łądźwiowe wykazało 42 ctm. ciśnienia. Ciśnienie to nie zmniejszyło się nawet po wypuszczeniu 15 ctm. sz. płynu mętnego, zawierającego białe, ropne kłaczkki.

Hodowle wypuszczonego płynu wykazały obecność diplokoków [pneumokoków] i gronkowców. Nazajutrz po przekłuciu łądźwiowem chory zmarł.

Sekcyja wykazała zapalenie surowiczo-ropne opony miękkiej rdzenia do wysokości V odcinka szyjowego, najsilniej wyrażone w części rdzenia łądźwiowej; ognisko rozmiękczenia w lewym i prawym zrazie czołowym, ropne zapalenie opony miękkiej mózgu w okolicy zrazów ciemieniowych i dolnej powierzchni zrazów czołowych; pęknięcie czaszki [kości potylicowej] na przestrzeni 6 ctm. bez naruszenia całości opok. Pęknięcie kości potylicowej w części swej środkowej uległo zrosnięciu kostnemu, w części dolnej — zrosnięciu łącznotkankowemu.

Zdaniem autora, uraz wraz z jego następstwami pozostawił *locus minoris resistentiae*, a zakażenie [mieszane—gronkowcami i pneumokokami] spowodowało wybuch choroby w 7 tygodni po urazie.

Wiadomości bieżące.

— Redakcja Gazety Lek. otrzymała nadesłaną z Karlsbadu rozprawę cynkografowaną pod tytułem: „O obiegu soków w organizmie zwierzęcym, o istocie większości chorób w ogólności, a choroby „skirem“ zwanej w szczególności.“ Podobne odbitki otrzymali także niektórzy lekarze, a zapewne i redakcyje innych pism lekarskich. Nazwisko swoje autor zamierza zachować w tajemnicy do czasu, aż poglądy jego zyskają ogólniejsze uznanie; zaznacza tylko, że nie jest lekarzem. Mamy tu więc do czynienia z elaboratem na wskroś dyletanckim, który rzucilibyśmy bezwarunkowo do kosza, gdyby był skreślony ze zwykłą w takich utworach pretensjonalnością i pewnością siebie. Ponieważ jednak autor występuje z pewną skromnością i przeczuwa, że nie posiada odpowiednich wiadomości dla rozprawiania o procesach chorobowych, a sądu o swoim „odkryciu“ oczekuje dopiero od instancyi bardziej kómpetentnych, więc czynimy w tym wypadku wyjątek i poświęcamy kilka wierszy w naszym piśmie wzmiance o pracy, nie przedstawiającej w samej rzeczy żadnej wartości naukowej.

Przedewszystkiem należy przypomnieć autorowi, że nauka nie buduje się na urojonych, z samego umysłu wysnutych hipotezach, ale na ścisłym przedmiotowym spostrzeganiu, opartem na dokładnej znajomości przedmiotu. Hipoteza posłużyć może za wskazówkę do badania, może nadać usiłowaniom spostrzegawczym odpowiedni kierunek, może sformułować pytania, na które przy badaniu należy zwracać szczególną uwagę, ale w tym celu powinna być dostatecznie i naukowo uzasadniona. Autor dość szeroko rozwija swe wiadomości fizyologiczne, szeroko rozprawia o obiegu krwi, ale w każdym wierszu zdradza swój dyletantyzm, brak wiadomości ściślejszych.

Nje możemy wdawać się tu w szczegółowy rozbiór wszystkich tych braków, zaznaczymy jedynie, że autor tak zwane gruczoly limfatyczne, które w istocie nie są gruczolami i obecnie oznaczają się poprawniej nazwą *g r u d e k l i m f a t y c z n y c h* (*noduli limfatici*), miesza stale z gruczolami wydzielającymi, a w grupie ostatnich nie odróżnia wydalających [ekskretornych] od oddzielających [sekretornych]. Do wszystkich gruczolów ma dochodzić limfa i tam się „oczyszczać“. Podany przez autora opis obiegu krwi w naczyniach włoskowatych zupełnie jest niedorzeczny. W pewnych warunkach mają w tych naczyniach powstawać zakrzepy, pociągające za sobą obumarcie tkanek, w których zatkane naczynia się rozgałęziają. Komórki w tych tkankach mają dalej ulegać nienormalnym zmianom, przybierać rozmiary obrzymie i tym sposobem spowodować obrzękowy twór „skira“. Autor nie ma o tem pojęcia, że w nowotworach komórki nadmiernie się mnożą, a zatem nie mogą być martwe. Część ciała nieodżywiana obumiera wprawdzie, ulega rozpadowi, zostaje oddzieloną, ale komórki w części martwej nie bujają, a zabliznienie uskutecznia się przez rozmnażanie komórek w częściach sąsiednich, niedotkniętych gangreną. Nowotwór może w samej rzeczy uleść ostatecznie częściowemu obumarciu wskutek zatkania naczyń pod uciskiem nadmiernie mnożących się komórek, lecz tu zatkanie to nie jest przyczyną „skira“, ale jego następstwem.

— W szpitalu Starozakonnym na Czystem, na posiedzeniu komitetu budowy zaprojektowano urządzenie oddziału położniczego w pawilonie, w którym górne piętro ma zajmować pracownia szpitalna [bakteryologiczna i anatomiczna]. To rażąco nieodpowiednie połączenie dwu tych instytucyj w jednym pawilonie może wielką szkodę przynieść rodzącym w tym oddziale kobietom; wierzymy więc, że jest to tylko projekt w zarodku, do którego ciało lekarskie szpitala i inspekcyja szpitali nie dopuszczają. Byłoby to urągowaniem z ostatnich zdobyczy nauki.

Sprostowanie. W № 36 na str. 859 w wierszu 2-im od dołu zamiast: 1901 powinno być: 1899.

Wydawca, Dr Jan Pruszyński.

Redaktor odpowiedzialny, Dr Wł. Gajkiewicz.

Дозволено Цензур. Варшава, 29 Авгус. 1903 Друк К. Ковалевського, Warszawa Mazowiecka 8.

Największe w świecie laborat. Parke, Davis et C-o

w Detroit, Stany Zjednocz. Północ. Ameryki.

Biura w Nowym-Jorku, Londynie, St.-Petersburgu (Zamiatin per. 4). Przygotowuje preparaty farmaceutyczne, które zyskały wszechświatową sławę, a z tych głównie znakomite.

ADRENALINA (Takamina). Chemicznie otrzymana w postaci krystalicznej, działający czynnik gruczołów nadnerkowych, środek pobudzający działalność serca wstrzymujący krwawienie i anemizujący, pozwala wykonywać niewielkie operacje szczególnie w jamach: oka, gardła i nosa, bezkrwawo. Preparat powyższy względnie mało dotąd zbadany, obiecuje wywołać radykalny przewrót w medycynie. Upraszamy panów lekarzy o zwrócenie uwagi na ostatnie artykuły odnośnie stosowania Adrenaliny (Takaminy) przy leczeniu raka (Le Presse Médicale, Paris 27 Avril 1903 i Medical Record 23 Sierpnia 1902).

W handlu pojawiły się naśladowania i podrabiania naszego preparatu adrenaliny noszące podobne nazwy, wszystkie zaś pochlebne wzmianki dotąd ogłoszone stosują się do oryginalnego preparatu Takaminy.

CHLORETON (chemiczny związek chloroformu z acetonem) środek miejscowo i ogólnie znieczulający i nasenny, znajduje znakomite zastosowanie jako środek kojący w chorobach żołądka, nudnościach, astmie, padaczce i t. d. Ma tę wyższość nad kokainą, że nie jest trujący i nieszkodliwy przy stosowaniu na błonach śluzowych.

TAKA-DIASTAZA Parke, Davis'a Środek przeciwko zaburzeniom trawienia. Zamienia na cukier w ciągu 10 minut ilość krochmalu 100 razy przewyższającą jego wagę, gdy najlepszy ekstrakt słodowy nie jest w stanie zamienić dwudziestą część tej ilości.

KASKARA-EWAKUANT Lek toniczno-przeeczyszczający przygotowany według zupełnie nowego sposobu z niegorzkiego glukozydu kory rośliny Rhamnus Purshiana. Posiada wszystkie własności naszego ekstraktu Kaskara-Sagrada, za wyjątkiem właściwego temu ostatniemu gorzkiego smaku.

ACETOZON ($C^6H^5CO. O. O. COCH^3$. Benzoyl-acetyl-hyperoxyd). Nowy środek przeciw-pasożyticzny, 1000-krotnie przewyższający wodę utlenioną i 30-krotnie chlorek rtęci, jest więc tym sposobem najsilniejszym ze wszystkich dotąd znanych środków przeciwniepalnych. Szczególnie znakomite wyniki otrzymano przy leczeniu tyfusu brzuszego. Stosuje się z dobrym wynikiem przy tryprze, chorobach oczu, cholera, dysenterji, rozwolnieniach u dzieci, sprawach ropniczych i poporodowych.

Literatura i cenniki wysyła się bezpłatnie na żądanie p.p. lekarzy i farmaceutów.
Adres dla telegramów: „Kaskara”—Petersburg. W Warszawie posiadają na składzie:
Henryk Welt i Towarzystwo Akcyjne „Motor“.

SANATOGEN

Środek wzmacniający.

Zupełnie nie drażni.

Działanie tonizujące.

P. P. lekarzom wysyła próby i broszury bezpłatnie główny reprezentant **S. KARCZEWSKI**
Warszawa, No wo-Senatorska 4.

Fabrykanci: Bauer i S-ka.

Ostrzega się przed naśladownictwem.

MAGISTRA A. BUKOWSKIEGO

Apteka i pracownia chemiczna, Marszałkowska 54. Telefon 1319.

Serum anorganicum Truneček w oryginalnych flakonach po 10 ctm. sześć. i w ampułkach po 5 ctm. sześć.

Marmurowe mydło Schleicha Funt 35 kop.

Ampules Cacodylques 5% — 7,5% — 10% w ampułkach cylindrycznych po 1 ct. sz.
Nr. 1 — Nr 2 — Nr. 3