

# GAZETA LEKARSKA.

Z ODDZIAŁU OFTALMICZNEGO D-RA Z. KRAMSZTYKA W SZPITALU STAROZAKONNYCH

## I. O PRZYCZYNACH ZAPALNYCH POWIKŁAŃ

PO OPERACYI ZAĆMY.

Napisał

**Juljusz Mutermilch.**

— 1 —

Na pytanie: jakie są przyczyny zapalnych powikłań po operacji zaćmy i jak im zapobiedz? każdy postępowy okulista da mniej więcej taką odpowiedź.

Podczas operacji lub wkrótce po niej dostają się przez ranę do gałki pasożyty chorobotwórcze, które wywołują zapalenie tęczy, ciała rzęskowego lub *panophthalmitis*; by więc uniknąć tych groźnych powikłań, należy dokładnie wysterylizować narzędzia, sumiennie, podług wszelkich praw antyseptyki, przemyć łącznicę, brzeg powiekowy, kanał nośno-łzowy, oczyścić stół, na którym leży chory i t. d.. Bardziej wymagający lekarz pomyśli jeszcze o odpowiednio urządzonej pokojni, o zaokrągleniu jego kątów...

Odpowiedź ta, pomimo że stanowi logiczny wynik najnowszych zdobyczy naukowych, nie zadawalnia nas jednak. Nie wątpię, rozumie się, że pasożyty ropotwórcze stanowią, jeżeli nie jedyną, to w każdym razie najważniejszą przyczynę niepożądanych powikłań, o których mowa; nie zgadzam się tylko na skuteczność proponowanych i ogólnie przyjętych środków zaradczych. Uważam najbardziej nawet scisłą antyseptykę terenu operacyjnego za niewystarczającą i zbyt mało wpływającą na ostateczny rezultat operacji.

Do wniosku takiego przyszedłem na zasadzie obserwacji, powszechnie zresztą znanej, a mianowicie: opieram się na niezmiernie rzadko spostrzeganych zapalnych powikłaniach po irydektomii. Pomimo że przy tej operacji wszystkie warunki, sprzyjające dostaniu się drobnoustrojów do komórki przedniej, nie różnią się od tych, jakie mamy przy operacji zaćmy, gdyż jak w jednym, tak i w drugim przypadku łączymy powierzchnię gałki z jej wnętrzem za pomocą szczeliny jednakowej prawie rozciągłości, nigdy jednak nie mamy najłżejszych zapalnych objawów po wycięciu tęczówki. Ja osobiście przynajmniej ani razu nie spostrzegałem w oddziale oftalmicznym szpitala starozakonnych po tej operacji żadnych powikłań. Wprawdzie rozpocząłem swoją działalność lekarską już po wprowadzeniu do okulistyki zasad antyseptyki; ale, co dziwnem

i niepojętem prawie wydać się może, i D-r KRAMSZTYK, który w tym oddziale wiele operował za czasów, kiedy w okulistyce jeszcze się nie przyjęły zasady LISTER'a, również nie miał ani jednego przypadku *panophthalmitidis* po irydektomii. Pamiętam sporo chorych takich, u których pewne warunki bardzo sprzyjały rozwojowi pooperacyjnego ropnego zapalenia, np. irydektomia była wykonywaną u osobników z poważnem cierpieniem łącznicy lub worka łzowego, wynik operacji był jednak zawsze jak najlepszy.

Z drugiej strony bardzo często przypadkowe, lekkie zranienie tęczy igłą, szydłem, lub innem jakimś ostrem, lecz niewyjałowionem narzędziem, prowadzi do ropnego jej zapalenia, a nieraz nawet do *panophthalmitidis*.

Te sprzeczne zjawiska wytłomaczyć możemy sobie tylko w sposób następujący: po otwarciu komórki przedniej natychmiast wypływa, nieraz dość gwałtownie, ciecz wodna, która nie tylko wyprowadza pasożyty, jakie dostać się mogły razem z nożem niedostatecznie wyjałowionym do komórki przedniej, ale i zmywa brzegi rany, mieszczącej się w sklerze lub rogówce. Wycięcie części tęczy, która wypadła podczas operacji, lub wyciągniętą została pensetą, usuwa z gałki tkankę, która mogłaby się stać ogniskiem zarażenia, jeżeli również była dotkniętą niewyjałowionem narzędziem. Z drugiej strony szybkie, natychmiastowe właściwie, wytwarzanie się cieczy wodnej, która, dopóki brzegi rany, prowadzącej do gałki, nie skleiły się, wydostaje się stale na zewnątrz, stanowi idealny sposób dezynfekcyi tkanek, które podczas operacji były narażone na zakażenie.

Wszystkie te warunki, zapobiegające dostaniu się drobnoustrojów po operacji do oka i sprzyjające wyprowadzeniu z niego wszelkich zanieczyszczeń, jakie się podczas operacji wytworzyły, wpływają na bezpieczeństwo irydektomii.

Przy zranieniu tęczy przypadkowym, lub wogóle przy zwyczajnem nawet przekłuciu rogówki, ile razy ranka rogówki jest małą, szybko się zamyka i wcale lub w słabym stopniu tylko przepuszcza ciecz wodną, niebezpieczeństwo wytworzenia się ropnego zapalenia tęczy znacznie się zwiększa. Z tych samych prawdopodobnie względów tak mała operacja, jak rozerwanie igłą wtórnej katarakty, pociągnać za sobą może ciężkie zapalne powikłanie.

Przy irydektomii więc mamy do czynienia z prądem cieczy, wydostającej się nieprzerwanie przez czas dłuższy lub krótszy z wewnątrz na zewnątrz. Dodać należy, że operację tę wykonywamy najczęściej przy podniesionem ciśnieniu wewnątrz-gałkowym; warunek ten jest niezmiernie ważnym, gdyż ułatwia przenikanie cieczy wodnej do worka łącznicowego i przeszkadza wytworzeniu się prądu o kierunku przeciwnym.

Przy operacji zaemy, wskutek znacznego zmniejszenia się zawartości gałki, co nie ma miejsca przy irydektomii, ekspiracyjna, że tak powiem, siła gałki znacznie musi się zmniejszyć. Czasem lekarz obserwuje zjawisko wprost przeciwne temu, jakie ma miejsce po irydektomii, a mianowicie: wyraźną skłonność oka do aspiracyi. Objaw ten, który wyraża się przez dostanie się do przedniej komórki mniejszych lub większych pęcherzyków powie-

trza, daje się zauważyć czasem natychmiast po wypłynięciu cieczy wodnej, częściej jednak występuje po wydobyciu zaćmy. W zjawisku tem, w tej własności oka do wchłaniania powietrza i, co jest niuniknionem, płynu z worka łącznicowego [składającego się z resztek środka antyseptycznego, którym splukaną była łącznica, z łez i cieczy wodnej] tkwi niebezpieczeństwo dla operacji zaćmy.

W niektórych, niebardzo zresztą rzadkich, przypadkach zmniejszenie się ciśnienia wewnątrz-gąłkowego dochodzi do tak znacznych rozmiarów, że cała rogówka wprost zapada się, tworząc coś w rodzaju lejka, którego wierzchołek odpowiada źrenicy. Wtedy naturalnie brzegi rany nie stykają się ze sobą i worek łącznicowy bezpośrednio komunikuje się z zawartością gąłki, gdyż rana przedstawia się w formie szczeliny, nieraz dość szeroko rozwartej. Jak groźne to może pociągnąć za sobą następstwa dla oka operowanego, zrozumieć łatwo.

Zdawałoby się, że nietrudno jest zaradzić złemu, że wystarcza dokładnie i niejednokrotnie przemyć możliwie najenergiczniejszym środkiem antyseptycznym worek łącznicowy, brzegi powiekowe i drogi łzowe, aby zabezpieczyć się od powikłań zapalnych. Tymczasem tak proste na pozór zadanie nie daje się żadną miarą wykonać w praktyce.

Dokładne badania niektórych okulistów [PETRESCO, FRANKE i innych] wykazały istnienie na łącznicy zupełnie zdrowej mnóstwa różnego gatunku pasożytów, pośród których często znajdują się i ropotwórcze. O ile łatwym jednak jest zabicie tych drobnoustrojów w próbówce, o tyle trudnym, a właściwie wprost niemożliwym jest ono na łącznicy. W licznych i dość znacznych zagłębieniach, jakie wytwarza na jej powierzchni nabłonek, pasożyty znaleźć mogą bezpieczne schronienie, do którego nie są w stanie dotrzeć zwykle używane przez nas środki antyseptyczne. Zresztą ze względu na ujemne działanie na tkanki sublimatu, którym najczęściej się posilkujemy w celu wyjałowienia pola operacyjnego, nie możemy uciekać się do jego rozczynów stężonych i zwykle używamy względnie słabych, mniej energicznie działających. Prócz tego okres czasu, przez który tkanki, podlegające wyjałowieniu, znajdują się pod wpływem antyseptycznego działania sublimatu, jest z wielu względów bardzo krótki.

Wszystko to naturalnie nie pozwala nam operować w warunkach zupełnie dla oka bezpiecznych. Twierdzenie moje opieram nie tylko na rozumowaniu teoretycznym, ale również na badaniach FRANKE'go, który po najściślejszej dezynfekcyi znajdował jeszcze w worku łącznicowym drobnoustroje chorobotwórcze. Tylko wtedy osiągnąć będzie można najzupełniejsze wyjałowienie] terenu [operacyjnego, kiedy będziemy w posiadaniu nie tylko bardzo energicznego i szybko działającego środka antyseptycznego, lecz w dodatku takiego, który [posiadać będzie zdolność całkowitego przepojenia wszystkich warstw łącznicy bez szkody dla elementów tkankowych.

Dostanie się pasożytów do oka, nawet złośliwych, nie jest absolutnie niebezpieczne we wszystkich bez wyjątku przypadkach. Nie ulega wątpliwości,

że niejednokrotnie, np. przy zranieniach, drażących do wnętrza gałki, niepożądana inwazyja drobnoustrojów zostaje zwyciężko przez narząd ten odpartą. Być może, że i objawy niczem niedającego się wytłomaczyć podrażnienia, spostrzeganego w niektórych przypadkach nawet w okresie pooperacyjnym irydektomii, stanowią reakcyę wewnątrznych tkanek gałki ocznej na grożące im zakażenie. Przy operacyi jednak zaćmy w oku zachodzi pewna okoliczność, wpływająca ujemnie na jego odporność względem pasożytów.

Prawie po każdym wydobyciu zaćmy pozostaje poza tęczą mniej lub więcej resztek kataraktalnych, stanowiących ciało martwe, które nie tylko nie posiadają odporności na szkodliwe czynniki, tej stałej i jednej z najważniejszych cech żywych tkanek, ale w dodatku przedstawiają, dzięki swoim własnościom fizycznym i chemicznym, doskonały odżywczy grunt dla drobnoustrojów. Pasożyty ropne, któreby się dostały podczas lub po operacyi do pozostałych resztek zaćmy, rozmnożą się w nich niewątpliwie bardzo szybko, nie natrafiając na te przeszkody, jakie zwykle napotykają wśród normalnych elementów organizmu<sup>1)</sup>. Słusznie więc twierdzi D-r KRAMSZTYK, że te zmartwiałe części soczewki sprzyjają prawdopodobnie rozwojowi zapalnych powikłań po operacyi zaćmy; z poglądem tym trudno się nie zgodzić. Na niebezpieczeństwo, jakie jest połączone dla oka z pozostawieniem znacznej ilości resztek kataraktalnych, zwrócili uwagę i dawniejsi lekarze, którzy operowali w epoce, kiedy o antyseptyce mowy jeszcze nie było; tylko że przyczynę rozwijających się powikłań upatrywali oni w podrażnieniu mechanicznem, z którem połączone jest pęcznienie tych resztek.

Wszystkie te względy zmuszają nas by szukać w celu uniknięcia *panophthalmitidis* po za antyseptyką, stosowaną w możliwie szerszych dla nas granicach, innych jeszcze środków zaradczych. Znajdujemy je po części w metodzie i technice operacyjnej.

Przedewszystkiem zdaje mi się, że przy odpowiedniem postępowaniu możemy ograniczyć do *minimum* aspiracyę podczas samej operacyi. Trzeba pamiętać, że gałka posiada fizyczne własności elastycznej gumowej piłki; po każdym nacisku, na nią wywartym, natychmiast przyjmuje ona poprzednią kulistą postać. Jeżeli nacisk wywieramy na oku, posiadającym ranę drażącą, to z przerwaniem jego, wskutek nagle powiększającej się objętości tego narządu, powstać może aspiracya, której wielką szkodliwość poprzednio zaznaczyliśmy. Im częściej nacisk taki był powtarzany, tem więcej narażamy się na wprowadzenie do komórki przedniej niebezpiecznej zawartości z worka łącznicowego.

<sup>1)</sup> Na dowód, że resztki kataraktalne mogą służyć za punkt wyjścia dla pooperacyjnych powikłań, przytoczę przypadek *panophthalmitidis*, spostrzegany przed rokiem przez D-ra KRAMSZTYKA. U osobnika z dojrzałą zaćmą po zdjęciu opatrunku nazajutrz po operacyi [z powodu skarg chorego na nieznaczny zresztą ból oka] można było dokładnie zauważyć w źrenicy i trochę po za tęczą szarawy nalot, którego wygląd wzbudzał pewne podejrzenie. Ze względu jednak na brak wszelkich objawów chorobowych ze strony tęczy wynik operacyi zdawał się być zadawalający. Po paru dniach jednak wystąpiło ropne zapalenie tęczy i naczyńiówki. Jasnym więc jest, że drobnoustroje zaczęły się tu rozmnażać pierwotnie wśród resztek zaćmy i stąd dopiero przedostały się na tęczę.

Ze względu więc na te poważne okoliczności należy najważniejszy moment operacji, a mianowicie wydobycie zaćmy, wykonać przez jeden stały, nieprzerwany nacisk. Daje się to bardzo łatwo skutecznie, jeżeli szpadełkiem, łyżeczką DAVIEL'a, lub jakimkolwiek innym odpowiednim narzędziem będziemy naciskali na rogówkę w okolicy dolnego brzegu soczewki, a w chwili zjawienia się jej górnego brzegu w ranie, nie zmniejszając siły nacisku, będziemy posuwali po powierzchni rogówki szpadełek ku ranie aż do możliwie zupełnego wydostania się katarakty na zewnątrz. Po dokonaniu tego aktu nie przerywamy nacisku raptownie, lecz stopniowo i dzięki temu zmniejszamy możliwość wytworzenia się aspiracji do *minimum*. W tym samym kierunku znakomicie pomaga nam elastyczność skłery, która po wydostaniu się soczewki, *resp.* po znacznym zmniejszeniu się zawartości oka, niewątpliwie ulega pewnemu skurczeniu i przystosowuje się do nowych rozmiarów gałki. Gdyby sklera własności tej nie posiadała, to spostrzegalibyśmy w każdym bez wyjątku przypadku po operacji zaćmy zapadanie się rogówki, marszczenie się samej skłery, a być może i oderwanie siatkówki.

Zmniejszenie się zawartości oka wskutek wydobycia zaćmy w warunkach prawidłowych natychmiast prawie wynagradza się również i wytworzeniem się cieczy wodnej. Przyczynę zaś znacznego zmniejszenia się wewnątrzgałkowego ciśnienia, objawiającego się przez pofałdowanie lub nawet zapadanie rogówki, upatrywać należy z jednej strony w powolnym wytwarzaniu się cieczy wodnej wskutek starczych, przeszkadzających szybkiej filtracji, zmian w ścianach naczyń, a z drugiej w utracie do pewnego stopnia i elastyczności tkanki skłery.

Drugim momentem operacyjnym, sprzyjającym powstawaniu aspiracji, jest wydalanie resztek soczewki za pomocą przerywanego, miarowego nacisku, który wywieramy na rogówkę palcami przez powiekę. Sposób ten, być może jest najwygodniejszy i daje doskonale wyniki, jeżeli jest stosowany przez wprawnego operatora; ze względu jednak na to, że podczas takiego manewrowania narażamy oko na wysianie płynu z worka łącznicowego, należy uciekać się do takiego sposobu pozbycia się resztek możliwie rzadziej. Tam, gdzie mamy do czynienia z jakimś odłamem zaćmy, lepiej jest posiłkować się odpowiednią łyżeczką, której jednorazowe wprowadzenie nie raz wystarczyć może.

Co się tyczy pozostawienia miękkiej substancji korowej w oku, to możliwym jest to tylko tam, gdzie podczas operacji zaszły jakieś przeszkody ze strony bardzo niespokojnego chorego, lub gdzie rana w rogówce była zbyt małą. Warunki te zawsze mogą być przewidziane przez lekarza i zapobiedz im łatwo: niepewnego chorego trzeba uspić, a ranę zawsze robić raczej za dużą niż za małą.

Zostać może jednak po operacji dużo resztek w tym razie, kiedy się ma do czynienia z niedojrzałą zaćmą, ale wtedy nawet najbardziej wyćwiczony operator przez rytmiczny nacisk palcami nie lub prawie nie wydobędzie.

Kierując się czysto technicznymi względami, powyżej przytoczonymi, niejednokrotnie unikniemy zapalnych powikłań po operacji zaćmy, zależnych od aspiracyjnych własności gałki. Gdybyśmy posiadali jeszcze możliwość pod-

niesienia ciśnienia wewnątrz-gąłkowego po tej operacji i umieli wpłynąć na szybkie i obfite wydzielanie się cieczy wodnej, to przekonany jestem, że nigdy nie mielibyśmy poważnych powikłań po wydobyciu zaćmy, jak nie mamy ich i po irydektomii. Do pewnego stopnia w kierunku tym pomaga nam atropina, stosowana przed operacją. Jak to już zaznaczyłem w artykule: „Operacja zaćmy na oku atropinizowanym“, po otwarciu komórki przedniej rozszerzona źrenica zwęża się dość energicznie w większości przypadków, co zależnem jest od nagłego przyływu krwi i limfy do naczyń, poprzednio do *maximum* zwężonych wskutek skurczu tęczy. Przyływ krwi nieraz bywa tak gwałtownym, że na tęczy tworzą się drobne wybroczyny, a czasem krew zbiera się nawet i w komórce przedniej. Otóż, jest pewnem chyba, że tak silne przekrwienie tęczy wpływa dodatnio i na wytworzenie się cieczy wodnej, która nie tylko powiększy tym razem ciśnienie wewnątrz-gąłkowe, ale odda i niezaprzeczone usługi, jako środek idealnie aseptyczny i przepłukujący komórkę przednią, dzięki przenikaniu przez ranę do worka łącznicowego. Dodać jeszcze mogę, że od czasu, kiedy zaczęliśmy operować na oczach poprzednio atropinizowanych [1½ roku], rzadziej obserwujemy po wydobyciu zaćmy znaczne zmniejszenie się wewnątrz-gąłkowego ciśnienia, które charakteryzuje się marszczeniem rogówki.

[D. n.]

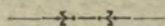
## II. ZAPALENIE PŁUC KOMÓRKOWE

pod względem klinicznym, etyologicznym i anatomicznym.

Podał

**D-r med. Józef Czajkowski,**

lekarz szpitala Tow. Sosnowickiego.



[Ciąg dalszy, — Patrz Nr. 2].

**Spostrzeżenie II.** Anna Stol..., 57 lat, przybywa do szpitala dnia 3. III. 1893, skarżąc się na znaczne osłabienie ogólne, kłucie w rozmaitych miejscach klatki piersiowej i kaszel. Zachorowała w nocy z 27 na 28 lutego na dreszcze i ból głowy. Dotąd pacjentka miała być zupełnie zdrową.

Chora gorączkuje, jest silnie osłabiona, apatyczna; oddecha prędko i powierzchownie; 32 oddechów na minutę. Tętno przyspieszone, mocne, 114 uderzeń na minutę. Odgłos opukowy klatki piersiowej w lewym szczyście nieco stłumiony, w pozostałych częściach klatki piersiowej — prawidłowy. Oddech w szczyście płuca lewego nieokreślony; slyszec się dają drobne rżężenia trzeszczące. W pozostałych częściach oddech prawidłowy. Inne narządy wewnętrzne zmian żadnych nie przedstawiają. Kaszel częsty; plwocina w małej ilości, rdzawa, pienista.

Dnia 5. III. Zmiany w szczyście płuca lewego wyraźniejsze, oddech wyraźnie oskrzelowy. W dolnej części klatki piersiowej na linii dolnego kąta łopatki lewej — stłumienie odgłosu opukowego, wielkości dłoni dorosłego czło-

wieka; oddech w okolicy stłumienia oskrzelowy; drobne rżenia wilgotne. Kaszel męczący, płwocina w małej ilości, śluzo-ropna, pienista. Tętno przyspieszone, twarde, 126 uderzeń na minutę.

Dnia 8. III. Ciepłota spadła do prawidłowej. Oddech w szczycie lewym nieokreślony; odgłos opukowy prawie prawidłowy. Sinica twarzy. Płwocina śluzo-ropna, w małej ilości. Kaszel męczący.

Dnia 11. III. W nocy dreszcze. Chora bezustannie kaszle, prawie nieprzytomna zupełnie. Sinica twarzy i kończyn. Oddech ciężki. Tętno prędkie, słabe; 120 uderzeń na minutę. Rżenia wilgotne w obu płucach. Stłumienie odgłosu opukowego w dolnej części lewej strony klatki piersiowej rozszerza się na zewnątrz. Płwocina w małej ilości, śluzo-ropna, pienista, nieco obfitsza.

Dnia 13. III. Chora nieprzytomna; obrzęk twarzy i kończyn. Tętno małe, przyspieszone, 114 uderzeń na minutę. Stłumienie odgłosu opukowego z tyłu w dolnej części klatki piersiowej ze strony lewej powoli rozszerzało się coraz dalej, tak, że 23. III stłumienie odgłosu można było wykazać nad całym dolnym płatem płuca lewego, tak z przodu, jak z tyłu. Oddech w nim oskrzelowy z drobno-pęcherzykowymi rżeniami. Płwocina w małej ilości, śluzo-ropna, zawiera: śluz, komórki nabłonkowe, ciała ropne, a z drobnoustrojów: *diplococum pneum.* FRAENKEL-WEICHELBAUM'a i *staphylococum pyog. aureum.* Sinica bardzo nieznaczna, obrzęków niema zupełnie. Tętno małe, 132 uderzeń na minutę. Tony serca głuche.

Stan ten trwał bez zmiany prawie aż do śmierci chorej w d. 28. III. roku zeszłego. Śmierć nastąpiła w stanie śpiączki.

Badanie zwłok nie mogło być dokonane ze względów odemnie niezależnych.



Daleko częściej zapalenie płuc komórkowe występuje jako sprawa wtórna, jako powikłanie tej lub owej ostrej choroby zakaźnej, jak: grypy, odry, pńonicy i t. d. i w tych jednak przypadkach zachowuje swe cechy charakterystyczne, pozwalające odróżnić je od innych postaci zapalenia płuc ostrego.

W podanych niżej spostrzeżeniach zapalenie płuc komórkowe występuje jako powikłanie grypy; jest to t. zw. zapalenie płuc grypowe, tyłokrotnie opisywane przez autorów, a które prof. Dr FINKLER z całą słusznością zalicza do grupy zapaleń płuc komórkowych.

**Spostrzeżenie III.** Cypryan Piąt.... lat 19 wieku liczący, robotnik kopalni węgla, dnia 18. I. r. b. zachowywa nagle, przy dreszczach i wymiotach; silny ból głowy, klucie i ściskanie w piersiach i ból krzyża. Ciężota gorączkowa. Śledziona powiększona, nie wyczuwalna; górna granica tępości zaczyna się na VIII żebrze.

Stan ten trwał przez dwa dni następne. Dnia 21. I. chory, czując się coraz więcej słabym, zapisuje się do szpitala.

Dnia 22. I. Chory mocno osłabiony robi wrażenie tyfusowego: nieco odurzony, odpowiada na pytania niechętnie; śledziona powiększona, wyczuwalna, przy ucisku bolesna. Wątroba również bolesna, obrzmiała. Łaknienie małe; stolec zaparty. Tętno przyspieszone, słabo napięte, 120 uderzeń na minutę. Chory często kaszle, odpluwając czasami trochę pianistej, śluzowo-ropnej plwociny.

Przy badaniu klatki piersiowej znaleziono: odgłos opukowy ze strony lewej prawidłowy; oddech pęcherzykowy, czysty. Ze strony prawej od szczytu do V żebra z przodu i do łopatki z tyłu silnie stłumiony. Oddech w okolicy stłumienia odgłosu opukowego z odcieniem oskrzelowym, w okolicy zaś podgrzebieniowej łopatki prawej wyraźnie oskrzelowy. W dolnej części klatki piersiowej zmian fizykalnych nie znaleziono. Drżenie klatki piersiowej w górnej części klatki piersiowej ze strony prawej — wzmożone.

Dnia 23. I. Kaszel mocny, plwocina w małej ilości, zabarwiona krwią; w plwocinie znaleziono lasecznika grypy i łańcuszkowca ropotwórczego w czystych hodowlach.

Dnia 24. I. Obszar stłumienia odgłosu opukowego z przodu bez zmiany, z tyłu sięga do dolnego kąta łopatki. Oddech w okolicy stłumienia odgłosu wyraźnie oskrzelowy, szczególnie pomiędzy łopatką a kregosłupem, przyczem słyszeć się dają wyraźne rżenia trzeszczące; w pozostałej części płuca rozrzucone rżenia suche. Tętno przyspieszone, niemiarowe, około 90 uderzeń na minutę. Serce i naczynia krwionośne żadnych zmian chorobowych nie przedstawiają. Plwocina śluzowo-ropna, trochę rdzawa.

Dnia 26. I. Stłumienie odgłosu opukowego na stronie prawej nie tak wyraźne; oddech oskrzelowy. Na stronie lewej stłumienie odgłosu opukowego od szczytu do III żebra z przodu, a do  $\frac{1}{2}$  łopatki z tyłu. Oddech w górnym płacie płuca lewego z odcieniem oskrzelowym; drżenie klatki piersiowej w okolicy stłumienia wzmożone. W całym górnym płacie słychać wyraźne rżenia trzeszczące. Tętno małe, 72 uderzeń na minutę. Chory bardzo osłabiony. Kaszle często; plwocina rdzawa, w małej ilości, pianista.

Dnia 27. z. Ze strony lewej odgłos opukowy stłumiony tylko w okolicy łopatki, w innych okolicach prawidłowy; oddech w okolicy stłumienia zaostrozony. Ze strony prawej stłumienie odgłosu w górnej części klatki piersiowej z przodu i z tyłu, wyraźny oddech oskrzelowy. W prawym szczycie z przodu rżenia drobno-pęcherzykowe, dźwięczne. Plwocina w małej ilości, śluzoropna. Tętno małe, 80 uderzeń na minutę.



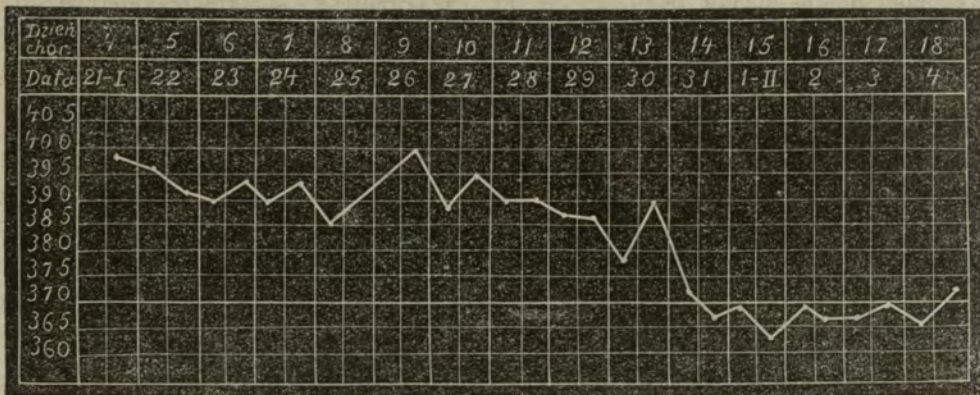
Dnia 23. II. Nieznaczne stłumienie odgłosu opukowego w dolnej części klatki piersiowej ze strony lewej z tyłu; oddech oskrzelowy. W innych miejscach, bez zmiany. Tętno małe, łatwo dające się ucisnąć; 96 uderzeń na minutę.

Dnia 29. I. W okolicy między II a III żebrą na linii sutkowej prawej odgłos opukowy z odcieniem *bruit des pôts fêlés*; oddech jamisty; wyraźne przelewania. W całym górnym płacie płuca prawego liczne rżenia drobno-pęcherzykowe. W dolnej części płuca lewego oddech nieokreślony. Kaszel męczący, częsty; plwocina śluzo-ropna w małej ilości. Chory skarży się na duszność.

Dnia 31. I. Odgłos opukowy ze strony lewej prawidłowy, tak z przodu, jak z tyłu; ze strony prawej ograniczone stłumienie z przodu w szczycie, w pozostałych częściach odgłos opukowy prawidłowy. W okolicy stłumienia oddech jamisty; z tyłu w okolicy łopatki nieokreślony. W szczycie płuca prawego nieco rżeń wilgotnych, szczególnie z przodu; w pozostałych częściach płuca oddech pęcherzykowy; rżeń żadnych. Plwocina śluzo-ropna w małej ilości.

Od dnia 1. II. Chory zaczął się poprawiać: powoli wróciło łaknienie; kaszel zmniejszał się coraz bardziej; zmiany w płucach powoli wyrównały się, tak, że w dniu wypisania chorego [15. II r. z.] można było wykazać nieznaczne tylko stłumienie odgłosu opukowego i nieokreślony oddech w szczycie płuca prawego z przodu, szczególnie w tem miejscu, w którym mieliśmy przez długi czas do czynienia z objawami jamistymi.

Krzywa ciepłoty w danym przypadku przedstawia się, jak niżej:



W plwocinie, badanej kilkakrotnie w przeciągu choroby, znajdowałem stale łasecznika grypy i łańcuszkowca ropotwórczego w czystej prawie hodowli, obok zwykłych składników plwociny śluzo-ropnej.

**Spostrzeżenie IV.** Franciszek Majch..., 24 lat, robotnik kopalni węgla, przybywa do szpitala dnia 5. I. r. z. po upływie trzech dni od chwili zachorowania, które, wedle słów chorego, nastąpić miało przy napadzie dreszczów i bólu głowy.

Dnia 6. I. Chory skarży się na mocne osłabienie ogólne, suchy kaszel i ból głowy. Przy badaniu znaleziono: odgłos opukowy klatki piersiowej wszędzie prawidłowy; oddech pęcherzykowy; w płucach rozrzucone rżenia świszczą-

ce i średnio-pęcherzykowe. Serce zmian chorobowych nie przedstawia. Śledziona powiększona, bolesna, niewyczuwalna; górna granica tępości na VIII żebrze. Wątroba nie powiększona, przy ucisku bolesna, nie wyczuwalna. Brzuch nieco wzdęty. Stolec prawidłowy. Łaknienie małe. Tętno mocne, trochę przyspieszone, 90 uderzeń na minutę.

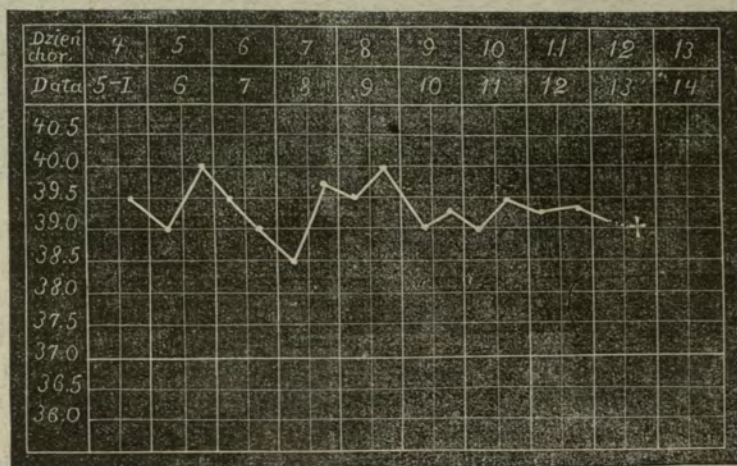
Dnia 7. I. Odgłos opukowy klatki piersiowej ze strony prawej—prawidłowy; ze strony lewej—stłumienie odgłosu z przodu do wysokości sutki lewej; z tyłu—do dolnego kąta łopatki. W okolicy stłumienia oddech z odcieniem oskrzelowym. Tętno pełne, 84 uderzeń na minutę. Chory się pocił. Ciepłota wśród dnia 37,5° C.

Dnia 8. I. Chory skarży się na ból w okolicy potylicowej. Białka oczu nieco zabarwione na żółto. Język suchy, obłożony. Stolec zaparty. W płucach bez zmiany. Chory kaszle mało; mocno osłabiony. Tętno przyspieszone, 100 uderzeń na minutę.

Dnia 9. I. Ból głowy mniejszy; chory mocno osłabiony, stan durzycowy. Tętno słabe, przyspieszone, 108 uderzeń na minutę. W dolnym płacie płuca lewego oddech z odcieniem oskrzelowym; odgłos opukowy nad nim prawidłowy.

Dnia 10. I. Wyraźne stłumienie odgłosu opukowego nad dolnym płatem płuca prawego, oddech w tymże oskrzelowy. Oddechanie powierzchowne, przyspieszone, 30 oddechów na minutę. Chory prawie wcale nie kaszle. Wątroba znacznie powiększona, wystaje z pod łuku żebrowego na dwa palce poprzeczne, przy ucisku bardzo bolesna. Wyraźne żółtaczkowe zabarwienie skóry i błon śluzowych. Stolce blade, lecz zabarwione. Tętno prędkie, małe. Chory zupełnie nieprzytomny.

Dnia 11. I. Osłabienie coraz większe. Tętno małe, skaczące, 118 uderzeń na minutę. W górnym płacie płuca lewego i w dolnym—prawego drobne rżenia pęcherzykowe. Oddech oskrzelowy. Kaszel mały, plwocina w małej ilości śluzo-ropna, pienista.



Dnia 12. I. [Osłabienie] coraz większe. Obfite, wilgotne rżenia w obu płucach. Tętno nitkowate. Język suchy, obłożony. Stolce mimowolne.

Dnia 13. I. Chory przy objawach wyczerpania serca umarł, nie odzyskawszy przytomności.

W płwocinie badanej kilkakrotnie znajdowałem stale łasecznika grypy w czystej hodowli.

Badanie zwłok, wykonane na drugi dzień po śmierci, wykazało:

Klatka piersiowa. Płuca niecałkowicie zapadnięte, nie wystają jednak z klatki piersiowej. Oba płuca na powierzchni ciemno-szarym koloru. Płuco prawe w dolnej części przyrośnięte do klatki piersiowej i do przepony brzusznej. Dolny płat płuca prawego pokryty świeżymi złożami włóknika, zabarwionego żółcią na kolor pomarańczowy. Górny i średni płat płuca wielkości prawidłowej, dolny powiększony. Tkanka płucna w płacie górnym i średnim niejednakowo odporna, w dolnym płacie na dotyk twardsza od prawidłowej, łatwo daje się rozrywać, lecz nie krucha, nie łamliwa. Przy krajanii słyszeć się daje lekkie trzeszczenie. Powierzchnia przekroju pstra, marmurkowata, gładka; z powierzchni przekroju zeszkrobuje się mętny, ciemnego koloru płyn. Oskrzela rozszerzone, wypełnione tym samym mętnym płynem, tkanka łączna naokoło oskrzeli zgrubiała. Cała powierzchnia przekroju przedstawia to różowawe, lub ciemno-czerwone, to żółtawe nieprawidłowej formy wysepki, twardsze na dotyk, wśród zawierającej powietrze obrzękłej tkanki płucnej. W dolnym, a w części w średnim i w górnym płacie spotykają się rozmaitej wielkości: od bobu do orzecha włoskiego, ciemno-brunatnego, lub czarnego koloru, ogniska, w środku mniej lub więcej rozmiękczone. Niektóre z tych ognisk przedstawiają się w postaci niewielkich jam, o nierównych, trochę twardszych ściankach, wypełnionych burą, mętną cieczą. Pozostała tkanka górnego i średniego płata obrzękła. Płuco lewe w dolnej części przyrośnięte do klatki piersiowej za pomocą świeżych błon włóknika, również jak w płucu prawym, zabarwionego żółcią. Znalezione w płucu zmiany w niczem prawie nie różnią się od zmian w płucu prawym.

W jamie osierdzia niewielka ilość surowiczego płynu. Lewa połowa serca prawie zupełnie próżna, w prawym przedsionku i komorze prawej wielka ilość płynnej, ciemnej krwi. Wsierdzia i zastawki sercowe żadnych zmian chorobowych nie przedstawiają.

Jama brzuszna. Wątroba mocno powiększona, twarda, powierzchnia jej gładka; na przekroju muszkatołowa. Śledziona dwa razy większa od prawidłowej, twarda, powierzchnia jej gładka, na przekroju ciemno-wiśniowego koloru. Żołądek i кишки żadnych zmian chorobowych nie przedstawiają. Nerki prawidłowe.

Zmiany anatomiczne w tkance płucnej, przy badaniu drobnowidzowem, przedstawiają rozmaite—zależnie od rodzaju, a raczej od okresu rozwoju—ogniska zapalne. Na skrawkach z ognisk zapalnych, pochodzenia świeżego, różowo zabarwionych, mniej lub więcej twardej konsystencji, znajdujemy: pęcherzyki płucne wypełnione dosyć znaczną ilością włóknika, w postaci grubej siatki, w okach której znajduje się duża ilość leukocytów, komórek nabłonkowych i trochę czerwonych ciałek krwi; przegrody pęcherzyków płucnych mocno zgrubiałe, bardzo silnie nacieczone leukocytami. Im dalej od środka

ogniska zapalnego, tem mniejszem jest nacieczenie i tem mniej wyraźne zgrubienie przegród łączno-tkankowych. Rozrost i nacieczenie nie dotyczy tylko tkanki łącznej przegród pęcherzykowych, lecz rozciąga się także na tkankę łączną okolo-naczyniową i około-oskrzelikową. W świetle oskrzeli najczęściej nie znajdujemy żadnej zawartości, w innych zaś spotykamy korki z włókniaka skrzepłego i *bb. influenzae*. Te same drobnoustroje spotykamy i w pęcherzykach płucnych, a szczególnie w tkance łącznej, której szczeliny nieraz całkowicie są nimi wypełnione.

Odmienne przedstawia się obraz drobnowidzowy ognisk zapalnych w stanie zgorzelinowym. Z pęcherzyków płucnych pozostały tylko ślady: przegrody jakby powygryzane, strzępiaste, mikroskopijne jamy, powstałe wskutek tego, wypełnione drobnoziarnistym rozpadem, w którym nie można rozpoznać ani jednej nieraz komórki. Na pograniczu ogniska zapalnego sprawa posiada więcej podobieństwa do poprzedniej, z tą jednak różnicą, że włókniaka spotyka się mniej, a więcej leukocytów i komórek nabłonkowych w pęcherzykach płucnych.

Sprawa zatem w tym przypadku przedstawiała się jako ostre śródmiąższowe zapalenie płuc, pochodzenia zakaźnego, a mianowicie wywołane przez lasecznika grypy, którego w danym razie jedynie spotykałem tak w tkance płucnej, jak i w płwocinie za życia chorego.

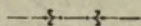
[C. d. n.]

### III. TRZY PRZYPADKI SYFILISU MÓZGOWIA.

Opisał

**Władysław Gajkiewicz,**

ordynator oddziału nerwowego w szpitalu starozakonnym.



[Dokończenie. — Patrz Nr. 2].

#### **Przypadek II. *Epilepsia Jaksoni syphilitica.***

Nuchym E., wieku lat 53, handlujący, zapisał się do mego oddziału d. 4 lipca 1893 r. W 28 r. życia chory miał trypra, w przebiegu którego dostał silnego bólu w stawie łokciowym i w palcach kończyny górnej lewej, przyczem stawy były opuchnięte i ruchy ograniczone [reumatyzm tryprowy]. Cierpienie to trwało 8 tygodni. Innych chorób podobno nigdy nie przechodził. Jest żonaty i dietny; żona nie ronila, dzieci są zdrowe. Na 3 tygodnie przed zapisaniem się do szpitala, chory dostał bez innych zwiastunów, jak bólu głowy, drgawek klonicznych w kończynie dolnej lewej, po których zostało się jej osłabienie. W 8 dni później przyszedł drugi napad drgawek, które również, jak za pierwszym razem, rozpocząć się miały w kończynie dolnej lewej, lecz do niej się nie ograniczały, ale zajęły następnie mięśnie kończyny górnej lewej i mięśnie twarzowe lewe, a wreszcie uogólniły się i wówczas chory stracił przytomność „na kilka godzin“. Napadowi temu towarzyszyły i wymioty. Następnych dni napady drgawek powtórzyły się kilkakrotnie, były jednak słabe,

ograniczały się tylko do kończyny dolnej lewej i nie pozbawiały chorego przytomności.

Przy badaniu chorego w szpitalu znalazłem na powierzchni przedniej prawej goleni cztery charakterystyczne gumaty; innych zmian na skórze, błonach śluzowych i w szkielecie nie było. O czasie pojawienia się tych guzów chory nie może nic powiedzieć pewnego. Sen ma dobry. Ani bólu głowy, ani zawrotu nie miewa. Wszystkie czynności organów w porządku. Mięśnie oczne, twarzy i języka funkcjonują dobrze. Źrenice szerokie, jednakowe, reagują dobrze na światło i akomodację. Oftalmoskop wykrywa tylko lekkie *staphyloma posticum*. Kończyną górną lewą chory wykonywa wszystkie ruchy, lecz znacznie słabiej i niezgrabniej, niż prawą. Siła mięśni rąk, mierzona dynamometrem, znacznie mniejsza na lewo. Więcej, niż w górnej, osłabione są ruchy w kończynie dolnej lewej, gdyż palcami i w stawie golenio-stopowym nie porusza chory nic, a w innych stawach znacznie słabiej, niż na prawo. Osłabienie to mięśni i ograniczenie ruchów jeszcze widoczniejszym jest przy chodzeniu, przy czem chory musi być silnie podtrzymywany. Czucie na dotyk, ból i mięśniowe wszędzie jednakowe. Odruch kolanowy silny.

Chociaż chory zaprzeczał, by kiedykolwiek miał cierpieć na syfilis, to jednak wobec niewątpliwych dowodów istnienia jego [gumaty na goleni], nie ulegało wątpliwości, iż napady drgawek miały tenże powód, a mianowicie były wywołane ograniczonym cierpieniem syfilitycznym opon mózgowych (*pachymeningitis gummosa circumscripta*) na wysokości ośrodka mięśni kończyny dolnej lewej.

W przypadku tym uderza brak prawie zupełny bólu głowy, zazwyczaj tak charakterystyczny dla tego cierpienia i stanowiący zwykle—jak w I naszym przypadku—największą skargę chorych, a nadto, iż w przypadku tym cierpienie było ulokalizowane na wysokości ośrodka kończyny dolnej, co wielu autorów, między innymi i CHARCOT, uważają za rzadkość.

Chorego poddano leczeniu swoistemu. Wtarto mu 30 dawek szaruchy [12 po 3s, 18 po 3j]; na gumaty położono *emplastrum de Vigo*, a do wewnątrz podawano codziennie od 3s—j jodku potasu z 2 razy większą ilością bromku potasu. Leczenie to musieliśmy kilkakrotnie na pewien czas wstrzymać z powodu silnego rozwolnienia.

Chory z początku miewał jeszcze od czasu do czasu lekkie drgawki w kończynie dolnej lewej, lecz już po 9 wtarciach więcej się one nie pojawiały. Sprawność mięśni i siła ich powoli się zwiększały.

Przez miesiąc wrzesień t. r. obserwował chorego w mojem zastępstwie kol. RYCHLIŃSKI, który zalecił mu ponownie wcierania półdrachmowe, a w końcu września wypisał go ze szpitala jako zdrowego. Gumaty na goleni zniknęły znacznie wcześniej.

### Przypadek III. *Syphilis mostu Warol'a. Syndrom Millard-Gubler'a.*

Hipolit B., pisarz więzienia, lat 38 mający. Ojciec jego umarł na *anthrax*; matka—z raka żołądka; nerwowi nie byli. W r. 1888 B. zaraził się syfilisem przechodził tylko 1 raz leczenie wcieraniem szaruchy. W r. 1882 ożenił się, ma

troje zdrowych dzieci; żona nigdy nie roniła. Innych chorób chory nie przechodził. Pijał umiarkowanie.

Przez 3 tygodnie przed rozpoczęciem się obecnej choroby doznawał silnych bólów głowy, bez stałego siedliska i był rozdrażniony. Przed 10-ciu dniami przyszły wymioty i utrata przytomności, która, wedle opowiadania żony chorego miała trwać godzinę. Bliższych szczegółów o tej przypadłości niepodobna było się dowiedzieć. Przywołany lekarz zalecił przeniesienie chorego do szpitala Wolskiego, w którym pozostawał kilka dni.

Chorego widziałem po raz pierwszy 4 czerwca 1894 r., to jest zaraz po wypisaniu go ze szpitala Wolskiego. Był zupełnie przytomnym, wyżej przytoczone szczegóły choroby sam opowiedział; w toku myśli nie mogłem zauważyć żadnego zboczenia, był tylko silnie rozdrażnionym, przełknięm, co się odbijało w sposobie opowiadania. Badanie wykryło wówczas osłabienie ruchów w kończynie górnej i dolnej lewej; wszystkie ruchy niemi były jeszcze możliwe, lecz bardzo słabe. Chory chodzić nie mógł, gdyż nie był w stanie utrzymać się w równowadze. Mięśnie twarzy były zupełnie bezwładne, tak górne, jak i dolne, lecz po stronie prawej, a więc przeciwnej niż kończyny. Znalazłem nadto silne osłabienie mięśnia prostego zewnętrznego oka prawego, tak, iż chory dowolnie gałkę oczną prawą zaledwie po za linię środkową i to z trudnością mógł na zewnątrz obrócić. Chory zapisał się na mój oddział w szpitalu żydowskim tego samego dnia.

Dnia 5 czerwca badanie wykryło na skórze chorego dużo charakterystycznych blizn. Przytomny był zupełnie. Mowa o tyle zmieniona, o ile to bywa przy bezwładzie nerwu twarzowego. Łącznica gałek ocznych mocno nastrzyknięta krwią. Mięsień prosty zewnętrzny oka prawego funkcjonuje bardzo słabo; inne mięśnie proste oczu działają dobrze. Lewa źrenica nieco szersza. Źrenice oddziałują dobrze na światło i akomodację. Oftalmoskop nie wykrył nic nieprawidłowego na dnie oczów. Język zbacza nieco na lewo, ruchy nim w górę i na boki—zachowane. Smak niezmieniony. Słuch dobry. Wszystkie mięśnie twarzowe prawe w stanie zupełnego bezwładu. Badanie elektrycznością wykazuje brak oddziaływania tak nerwu twarzowego, jak i mięśni twarzowych na strumień faradyczny i galwaniczny. Kończyną górną lewą chory nie może zrobić żadnego ruchu. Kończynę dolną lewą obraca nieco na wewnątrz w stawie biodrowym, zgiąć jej w kolanie nie może, lecz zgiętą może wyprostować. Czucie na twarzy, na kończynach niezmienione. Odruch łokciowy silny; przy uderzeniu młotkiem w górną grzbietową okolicę przedramienia, w mięśnie wyprostne, następuje mocne wyprostowanie palca średniego i utrzymanie go kilka chwil w tem położeniu; odruch kolanowy zachowany, lekki *clonus pedis* na lewo. Chory nie ma bólu głowy, śpi i je dobrze; tętno 80, moczu oddaje dużo, a rozbiór chemiczny jego nie wykrył nic patologicznego.

Dnia 8. VI. z. r. stan ogólny pogorszył się: chory leży, nie odpowiada na pytania, tętno słabe, 88 na minutę. *Strabismus convergens* bardzo wyraźny. Silne nastrzyknięcie łącznic. Następnego jednak już dnia objawy te przeszły; stan subiektywny chorego był dobry.

Chory od pierwszego dnia pobytu w szpitalu poddany był leczeniu rtęciojodowemu. Zrobiono mu 40 wcierań, z początku po 3s szaruchy, a potem po 3j; podawano choremu od 3s—j jodku potasu, a nadto kol. ELSENBERG zrobił mu kilka wstrzyknięć w okolicę pośladków *hydrargyri sozojodolici* [więcej chorey nie mógł znieść, gdyż mu sprawiały bardzo silne i długotrwałe bóle]. Już po 10 wtarciach zauważono, iż mięśnie twarzowe lekko się kurczą pod wpływem woli, język nie zbacza. W stanie kończyn osłabionych i mięśnia prostego zewnętrznego — żadnej różnicy. Żrenica lewa ciągle szersza, niż prawa. Nastrzyknięcie łącznie znikło. Później poprawa następowała bardzo powoli. Zaledwie po miesiącu można było dostrzedz polepszenie ruchów kończyn lewych, mianowicie dnia 10 lipca zanotowano na karcie szpitalnej, iż chory może poruszyć lekko kończyną dolną lewą w stopie, kolanie i biodrze, a kończyną górną lewą tylko palcami. Mięśnie twarzowe prawe kurczyły się wówczas dobrze dowolnie, a znacznie słabiej, niż lewe, pod wpływem strumienia elektrycznego.

Dnia 21 lipca, mięsień prosty zewnętrzny oka prawego działa dobrze. Żrenice równe. Kończyną górną lewą porusza tylko palcami; ruchy w napiętku, łokciu i barku niemożliwe. Przy silnem wyprostowaniu ręki lewej — drżenie jej. Ruchy zginania w kolanie i stopą lewą jeszcze niemożliwe. Chory skarży się, iż mu chwilami sztywnieje kończyna dolna lewa. Odruch łokciowy i kolanowy lewy bardzo silne. *Clonus pedis* wyraźny na lewo. Chory może stanąć, gdy go się podtrzymuje.

Dnia 29 lipca chory może stać o własnej sile, a z pomocą może zrobić kilka kroków. Ruchy kończyną górną lewą coraz swobodniejsze, może ją chory odsunąć nieco od tułowia i zgiąć lekko w łokciu. Osłabienie lekkie mięśni twarzowych prawych wyraźne tylko podczas śmiechu. Nerw twarzowy prawy oddziaływa słabiej na strumień elektryczny, niż lewy. Lewa żrenica znowu szersza, niż prawa.

Dnia 1 sierpnia. Ruchy kończynami lewymi z każdym niemal dniem obszerniejsze, siła mięśni coraz większa. Ręka lewa nieco obrzmiała; na powierzchni jej grzbietowej na ścięgnach mięśni wyprostnych znaczne zgrubienie podługowate [zmiany troficzne].

W takim stanie chory zażądał wypisania go ze szpitala [11 sierpnia]. Widziałem go później jeszcze 2 razy. Wydatne były tylko objawy spastyczne [zwiększony *tonus* mięśni, zwiększony odruch łokciowy i kolanowy lewy, lekki *clonus pedis* na lewo]. *M. abducens dexter* funkcjonował prawidłowo. W mięśniach twarzowych prawych lekki ślad osłabienia.

W przypadku tym rozpoznanie natury cierpienia i umiejscowienia go nie było trudnem. Porażenie kończyn z jednej strony, a twarzy i mięśnia okoruchowego zewnętrznego z drugiej strony, to jest: tak zwana *hemiplegia alternans inferior*, czyli syndrom MILLARD-GUBLER'a, pozwalały twierdzić, iż siedlisko cierpienia znajduje się w miejscu pomiędzy skrzyżowaniem włókien nerwów ruchowych, udających się do kończyn, a skrzyżowaniem się włókien nerwu twarzowego. Pierwsze, jak wiemy, odbywa się w *medulla oblongata* (*decussatio pyramidum*), a drugie w dolnej części mostu WAROL'a. Ognisko chorobowe, w tem

miejscu usadowione, uciskając na włókna piramidalne, wywołało bezwład kończyn, a uciskając nerw twarzowy i nerw okoruchowy zewnętrzny, które wychodzą z mózgowia na granicy między mostem WAROL'a a rdzeniem przedłużonym, wywołało porażenie tych nerwów po stronie ucisku. Porażenie nerwu twarzowego miało cechy cierpienia obwodowego, to jest: zajęte były jego gałęzie górne i dolne i nie oddziaływały na elektryczność. Brak zaburzeń czuciowych w danym przypadku przemawiał za tem, iż ognisko cierpienia musiało być umiejscowionem więcej powierzchownie, gdyż włókna czuciowe w moście WAROL'a biegną w warstwie jego głębokiej [wentralnej], bliżej powierzchni komórki czwartej. Ogniskiem tem musiał być gumat, za czem, prócz anamnezy, mówi i wynik swoistego leczenia <sup>1)</sup>).

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

### 5. Emil Rossa [Graz]. O znaczeniu i etyologii przedwczesnego odejścia smółki.

Przy porodach, które przeciągają się jużto wskutek zwężenia miednicy, jużteż z powodu nieprawidłowego wstawienia się główki lub innych okoliczności, widzimy niekiedy, że odpływające wody płodowe przyjmują nieco zielonawe zabarwienie z powodu domieszki smółki; jednocześnie można stwierdzić, że płody, których tony serca na początku porodu były prawidłowe, w podobnych okolicznościach rodzą się nieżywe lub też w stanie pozornej śmierci i jeśli przytem baczyliśmy na tony serca, to mogliśmy zauważyć, że stają się one słabsze, rzadsze, a w końcu bardzo częste. Ponieważ takie same objawy widziny i przy wypadnięciu sznurka pępkowego, połączonem z uciskiem, i przy innych patologicznych stanach, w których życie płodu znajduje się w niebezpieczeństwie, nie więc dziwnego, że w przedwczesnem odejściu smółki widziano jeden z bardzo ważnych objawów, wskazujących na zagrażające życiu płodu niebezpieczeństwo. Prawie wszyscy autorowie [SCHROEDER, C. BRAUN, KLEINWAECHTER, ZWEIFEL, KUESTNER i inni] widzą w wydzielaniu się smółki podczas porodu *periculum in mora* dla dziecka, a często i wskazanie do dokończenia porodu. Tylko bardzo nieliczni akuszerowie [JENE, AHLFELD, PORAK] przypisują przedwczesnemu odejściu smółki nieco mniej wagi. Opierając się na dosyć dużym materiale, autor przychodzi do wniosku, że wydzielanie się smółki w czasie porodu samo przez się bynajmniej nie wskazuje na grożące porodowi niebezpieczeństwo i odmawia stanowczo temu objawowi tego prognostycznego znaczenia, jakie mu dotychczas powszechnie przypisywano. Autor obserwował 521 porodów [odliczone są porody pośladowe, poprzeczne, płodów macerowanych], a z pomiędzy nich w 85 przypadkach widział przedwczesne odejście smółki, której obecność w wodach płodowych stwierdzał autor przez własność jej zabarwienia wód lub też w wątpliwych przypadkach za pomocą prób ROSENBACH'a. Stosunek pierwiastek do wielorodek wynosił 225:349, a w 37,5% przypadków miednica była zwężoną. Autor podzielił swój materiał na cztery grupy.

<sup>1)</sup> Sprostowanie. W N-rze 2 str. 38, wiersz 6 od dołu zamiast 1843 powinno być: 1893.



Do 1-ej grupy zalicza 43 przypadki, w których wody płodowe już przy pęknięciu pęcherza płodowego zawierały smółkę; z dzieci: 36 urodziły się żywe, 6 w lekkiej asfiksyi i tylko 1 nieżywe. W ostatnich 7-u przypadkach asfiksyja zaczęła się dopiero później, gdy nastąpiły w przebiegu porodu zaburzenia, które spowodowały pogorszenie w czasie odejścia wód jeszcze zupełnie normalnych tonów serca [w 5 u przypadkach zwężenie miednicy, w 1-m długotrwały poród, w 1-m *rigiditas cervicis*, zmuszająca do *craniotomiae* przy *febris intra partum*].

W 2-ej grupie pomieszcza autor 10 przypadków, w których już po odejściu wód [najwcześniej w godzinę] zaczęła się pokazywać smółka [4 chore miały zwężoną miednicę]—z dzieci: 5-o urodziło się żywych, 4 w lekkiej i 1 w głębokiej asfiksyi [ostatnie nie dało się docucić]. Zmiana tonów serca była spostrzeżona przed pokazywaniem się smółki w 2-ch; w 6-u przypadkach tony serca były zupełnie prawidłowe.

3-a grupa obejmuje 32 przypadki, w których smółka pokazywała się dopiero w odpływających po urodzeniu się dziecka wodach płodowych; poprzednio smółka nie wydzielala się. Z dzieci: 26 urodziło się żywe, 5 lekko i 1 głęboko asfiktyczne. Tony serca były zmienione w 31 przypadkach.

Z pomiędzy 85 przypadków, w których wody płodowe zawierały smółkę, w 67 dzieci urodziły się żywe, w 15 była lekka, a w 2 głęboka asfiksyja, w 1 dokonana została *craniotomia*. Na zasadzie takiej statystyki, autor wbrew powszechnemu mniemaniu dochodzi do wniosku, że bardzo często pojawia się przy porodzie smółka, a noworodek bynajmniej nie okazuje śladów uduszenia. Ważne są tony serca. Jeśli tony serca przy odejściu smółki są prawidłowe, możemy z wielkim prawdopodobieństwem być bez trwogi i troski o losy dziecka; jeżeli dadzą się jednak stwierdzić jednocześnie i zmiany w tonach serca, wtedy możemy na pewno powiedzieć, że życie płodu znajduje się w niebezpieczeństwie. Autor zestawia jeszcze jedną [4-ą] grupę, obejmującą 10 przypadków, w których podczas całego porodu smółka nie odchodziła, a jednak 5-ro dzieci urodziło się w głębokiej, 5-ro w lekkiej asfiksyi, w czterech przypadkach tony serca były ilościowo zmienione. Gdyby pokazywanie się smółki było jedną w najwcześniejszych oznak uduszenia, to w tych przypadkach wobec zmian w tonach serca należałoby się spodziewać obecności smółki w wodach płodowych - tu jednak to miejsca nie miało. Co się tyczy kwestyi, co wywołuje wydzielanie się smółki, to pod tym względem nie pewnego powiedzieć się nie da; istnieją tylko przypuszczenia. Przypuszczenia SCHWARTZA: bierny ucisk na brzuch przy przejściu przez drogi porodowe, zwolnienie zwieracza odbytu skutkiem słabości życiowej lub śmierci płodu, czynne współdziałanie ustroju [przedwczesne ruchy wdechowe i skurcz ścianek kiszek].

SZULTZE mniema, że smółka wydziela się skutkiem ruchów oddechowych, SCHROEDER skutkiem zwolnienia zwieracza odbytu przy poczynającym się *sopor*. KLEINWAECHTER uważa za przyczynę ruchy robaczkowe kiszek, PREYER—skurcz i ucisk przepony brzusznej przy zwolnieniu zwieracza odbytu, KUESTNER—zwolnienie zwieracza odbytu pod wpływem kwasu węglanego. Bardzo nieprawdopodobnym jest, aby smółka miała odchodzić skutkiem ucisku na zawartość brzuszną przy przejściu przez drogi porodowe; ucisk ten bowiem jest wszechstron-

ny, a zatem dotyczy również i odbytu; jeśliby zaś to miało miejsce już po urodzeniu się główki, to zdarzałoby się daleko częściej, aniżeli to rzeczywiście ma miejsce. Przypuszczenie, że smołka wydziela się skutkiem porażenia zwieracza odbytu, również nie ma racji bytu, gdyż porażenie takie możliwem jest tylko w bardzo wysokim stopniu uduszenia, co jednak w naszych przypadkach niezawsze miało miejsce, a często go wcale nie było. Pozostaje tylko jedna przyczyna, a mianowicie powiększenie ruchów robaczkowych kiszek.

Poszukując etyologii przedwczesnego wydzielenia się smołki, autor zaznacza w swoich przypadkach następujące uwagi godne momenty:

- 15 razy miało miejsce okręcenie sznurka pępkowego,
- w 5-ciu przypadkach przeciągał się okres pierwszy (*Eröffnungsperiode*),
- „ 2-ch „ przeciągało się pęknięcie worka płodowego,
- „ 20-u „ okres ostatni (*Austreibungsperiode*) przeciągał się,
- 4 razy miały miejsce nader żywe ruchy płodu,
- 2 „ częste zmiany położenia podczas ciąży,
- 2 „ krwawienie z macicy przed pęknięciem pęcherza płodowego,
- 3 „ matka zachorowała przed porodem,
- w 1-ym przypadku były zmiany patologiczne łożyska,
- 2 razy poród był opóźniony (*Spätgeburt*).

W reszcie przypadków autor nie godnego uwagi nie znalazł.

Przypadki, w których skutkiem długotrwałego porodu [przeciągający się pierwszy i ostatni okres, 27 przypadków] smołka wydzielała się przedwześnie, można sobie wyjaśnić w ten sposób, że skutkiem nadmiernej pracy porodowej zaopatrywanie płodu w tlen było niewystarczającym i jeśli nie doszło do uduszenia, to w każdym razie warunki życiowe płodu były o tyle zmienione, że zaczęła się wydzielać smołka. To samo da się powiedzieć o 15-tu przypadkach, w których miało miejsce okręcenie sznurka pępkowego i o 2-ch, w których jeszcze przed pęknięciem pęcherza [częściowe odklejenie się łożyska] zaczęło krwawić. W tych wszystkich przypadkach możeby się dało poniekąd mówić o uduszeniu. 4 przypadki, w których podczas ciąży można było subiektywnie i obiektywnie stwierdzić nader żywe ruchy płodu, dałyby się wytłumaczyć w ten sposób, że warunki życiowe płodu doznały w jakibądź sposób pewnych zmian; przyczyny tychże należy szukać w podrażnieniu, mającem swe źródło w krwi matczynej. Na kwestyę tę rzucają poniekąd światło doświadczenia RUNGE'go i PORAK'a, które wykazały, że jeśli dawać ciężarnym chininę, to prawie w połowie przypadków wody płodowe już przy pęknięciu pęcherza będą zawierały smołkę. Podobne wyjaśnienie da się zastosować do 3-ch przypadków, w których matki były przed porodem chore, do 2-ch, w których położenie płodu podczas ciąży często się zmieniało i do 2-ch porodów opóźnionych [wzmoczone funkcyje wogóle, a zatem i przewodu pokarmowego]. Wniosek ostateczny: wydzielenie się smołki podczas porodu w większej części przypadków nie oznacza bynajmniej uduszenia.

## 6. Olshausen. O leczeniu wewnątrz-macicznem głównie za pomocą skrobaczki.

Niebezpieczeństwa, z którymi w czasach przedantyseptycznych połączone były wewnątrz-maciczne sposoby leczenia, zmniejszyły się w wysokim stopniu po wprowadzeniu antyseptyki, jakkolwiek nie zostały jeszcze w zupełności usunięte. Nawet najdokładniejsza dezynfekcja pochwy przed wprowadzeniem zgłębnika do macicy nie zabezpiecza od zakażeń, gdyż szyja maciczna może zawierać zarazki chorobotwórcze, dla tego też użycie zgłębnika macicznego trzeba ograniczyć do *minimum*, a i wtedy należy starać się, aby rękoczyn ten odbył się bez uszkodzenia błony śluzowej. Zastrzykiwanie płynów leczniczych: czy to nalewki jodowej, czy to roztworu chlorku cynku lub azotanu srebra i t. d., z powodu własności przeciwniejących tych płynów nie przedstawia wielkiego niebezpieczeństwa. To samo tyczy się przemywań macicy. Często jednak występują po wstrzykiwaniach kolki maciczne, które rozpoczynają się w jakie 5 — 10 minut po rękoczynie, a których można uniknąć, jeśli postarać się, aby płyn wprowadzony do macicy miał swobodny odpływ. Kolki te tem różnią się od bólów otrzewnowych, że ostatnie występują najczęściej dopiero po kilku godzinach, są połączone z bolesnością w okolicy zewnętrznego ujścia jajowodu, a niekiedy towarzyszy im lekkie podniesienie ciepłoty ciała. Bóle otrzewnowe powstają skutkiem przedostawania się płynu do jajowodu, a stamtąd do jamy brzusznej. Niekiedy przy tym rękoczynie zawartość chorobotwórcza jajowodów skutkiem skurczów tychże dostać się może do jamy brzusznej i wywołać tam groźne objawy. Wprowadzanie płynnych środków leczniczych do jamy macicznej udaje się tylko bardzo rzadko za pomocą owiniętego w watę zgłębnika PLAYFAIR'a; przy wąskim kanale macicznym nadaje się dobrze zgłębnik SAENGER'a, który daje się wprowadzić bardzo łatwo i bez użycia kulociągów. Następnie autor przechodzi do kwestyi sztucznego rozszerzenia macicy, które uskutecznia albo za pomocą *laminaria* albo też gazy jodoformowej. Gąbka prasowana, ponieważ użycie jej połączone jest z wielkim niebezpieczeństwem, została już dawniej i słusznie zarzuconą; tępe rozszerzacze HEGAR'a, FRITSCH'a, SCHULTZE'go i t. p. nadają się tylko tam, gdzie ujście wewnętrzne już nieco było rozszerzone; krwawe zaś rozszerzenie za pomocą rozcinania części pochwowej aż do sklepienia stosować należy w tych przypadkach, w których polip wewnątrz-maciczny wypełnia szyję maciczną, utrudniając w ten sposób operację. Rozszerzamy przy raku ciała macicy, przy polipach wewnątrz-macicznych lub mięśniakach pošluzowych, głównie dla celów rozpoznawczych; przy zatrzymaniu się resztek po poronieniu rozszerzenie za pomocą *laminaria* lub gazy winno być zaniechane [wystarczy tu wprowadzenie kilku coraz grubszych zgłębników]. Ponieważ zupełne wyjałowienie pochwy i szyi macicznej nigdy nie daje się osiągnąć, przeto nic dziwnego, że i przy rozszerzaniu macicy nieraz zdarzały się przypadki zakażenia i to w najcięższej postaci. [Autor sam obserwował w przeciągu 7 lat 3—4 przypadki najcięższego zakażenia po rozszerzeniu macicy za pomocą gazy]. Autor uważa rozszerzenie macicy za pomocą gazy jodoformowej za najlepszą, gdyż najmniej niebezpieczną metodę; *laminaria* bo-

wiem trudno należycie zdezynfekować i do tego ranią łatwo błonę śluzową. Co się tyczy wyskrobywania macicy, to autor kładzie nacisk, iż widzi tylko dwa ściśle wskazania do użycia skrobaczki [nie mówiąc o poronieniu]: jedno w celach rozpoznawczych, a drugie w celach leczniczych przy nadmiernem bujaniu błony śluzowej macicy, połączonem z uporczywemi, acz nie bardzo obfitemi krwawieniami. Cierpienie ostatnie, przy którym wydzielina nigdy nie bywa zbyt obfitą, niema nic wspólnego z czysto nieżytowemi sprawami w jamie macicy; w tych razach autor nigdy nie stosuje łyżeczki. Przy ropnej wydzielinie lub rzeżącze wyskrobywanie najmniejszej nie przynosi korzyści, niekiedy widziano nawet z tego smutne następstwa; prędzej nadają się tu przepłukiwania [ewentualnie po uprzedniem rozszerzeniu wewnętrznego ujścia] lub wstrzykiwania płynów leczniczych i t. d.. Stosowanie skrobaczki przy nieżytach szyi macicznej winno być zaniechane choćby z tego względu, że żadna skrobaczka nie jest w stanie przeniknąć pomiędzy zagłębienia *arboris vitae*. Przedziurawienia macicy, zdarzające się niekiedy przy stosowaniu zgłębnika lub łyżki, nie pociągają za sobą złych następstw, jeśli uszkodzenie zostało natychmiast spostrzeżone i wszelkiego dalszego leczenia zaniechano. Przedziurawienia macicy należy się obawiać, jeśli ścianki maciczne są bardzo cienkie lub kruche, a więc w macicach populogowych, następnie przy opóźnionym wstecznym rozwoju macicy (*subinvolutio*), niekiedy przy mięśniakach macicy, gdzie jedna ściana może być nader cienką. Przed wykonaniem rękoczynu należy przekonać się o długości jamy macicznej. Zwierciadła i kulociągi są zbyteczne; pierwsze utrudniają rękoczyn sam; przy użyciu ostatnich może łatwiej nastąpić przedziurawienie [kulociągi są potrzebne przy bardzo silnem przodozgięciu macicy i małym ujściu wewnętrznem]. Uprzednie rozszerzenie szyi jest prawie zawsze zbytecznem, jeśli tylko posiłkować się łyżeczkami małego kalibru.

Autor przestrzega przed używaniem nie giętkich, stalowych narzędzi, jako to: ostrej łyżeczki i skrobaczki Roux'a. Przy *endometritis fungosa* nie wystarcza samo wyskrobywanie; ażeby uniknąć recydywy, należy jeszcze po wyskrobaniu robić wstrzykiwania płynów do jamy macicznej, najlepiej 10—15—20 procentowego roztworu chlorku cynku.

Na zebraniu Towarzystwa Lekarskiego, na którym OLSHAUSEN odczyt ten wygłosił, podnieśli głos w tejże samej sprawie MARTIN, FALK, L. LANDAU, DUEHRSEN, BROESE, CREMPINI i VEIT. MARTIN poleca gorąco skrobaczkę Roux'a; co się tyczy kulociągu, to M. wprawdzie zaleca ostrożność, uważa go jednak za narzędzie, dające się stosować z najlepszym wynikiem przy poronieniach w pierwszych miesiącach. FALK zarzuca wstrzykiwania płynów leczniczych do jamy macicy przy przewlekłym nieżycie błony śluzowej, jako nader niebezpieczne. Wylicza 15 przypadków śmierci wskutek takich wstrzykiwań [przejście płynu przez patologicznie rozszerzone zewnętrzne ujście jajowodu, bezpośrednie przejście do otwartych naczyń, wyparcie chorobotwórczych zarazków z jajowodu do jamy brzusznej]. F. używał do wewnątrz macicznego leczenia t. zw. antroforów, które jednak również mogą wywołać objawy otrzewnowe. W każdym razie nie radzi nigdy stosować wewnątrz-macicznego leczenia ambulatoryjnie. L. LANDAU przestrzega przed skrobaczką Roux'a, która

w rękach niedoświadczonych nieraz spowodowała przedziurawienie macicy. Główne niebezpieczeństwo przy wewnątrzmacicznym leczeniu grozi ze strony jajowodów skutkiem wzbudzania przeciwbaczkowych ruchów. Niektóre środki, jak *liq. ferri sesquichlor.*, mogą wywołać zatory i w najkrótszym czasie śmierć.

Ponieważ nigdy nie możemy być pewni, co do natury zawartości jajowodu, przeto leczenie wewnątrz maciczne bardzo często połączone bywa z niebezpieczeństwem, które jednak w znacznym stopniu się zmniejsza, gdy macica jest rozszerzoną [po porodzie, poronieniu lub sztucznym rozszerzeniu]; strzykawki BRAUN'a L. nie używa; rozszerza za pomocą gazy jodoformowej. Do wyłyżeczkowania L. używa giętkiej skrobaczki, wprowadzonej przez OLSHAUSEN'a. Za wskazanie do wyłyżeczkowania uważa *endometritis hyperplastica*, nigdy nieżył błony śluzowej lub zaniedbane poronienie. Cztery ciężkie przypadki, jakie OLSHAUSEN otrzymał po rozszerzeniu macicy gazą jodoformową, L. tłumaczy tem, że szło tu o resztki mięśniaków, które same przez się mają skłonność do rozpadu.

DUEHRSEN widzi świetne wyniki po wyłyżeczkowaniu przy *endometritis catarrhalis*; leczenie to łączy następnie z przyżeganiem 50% chlorku cynku, wprowadzonym do jamy macicy za pomocą zgłębnika PLAYFAH'a. Do rozszerzenia szyi D. używa gazy jodoformowej, a tamponowanie macicy samo przez się uważa za wyborny środek leczniczy i przy *metritis* skutkiem powstających przy tym rękoczynie skurczów macicznych.

BROESE zarzuca w zupełności strzykawkę BRAUN'a, uważa ją za przyrząd niebezpieczny; do przyżegań po wyłyżeczkowaniu stosuje elektrolizę. Przy *endometritis catarrhalis* B. tylko wtedy leczy całą jamę maciczną, kiedy leczenie samej szyi macicznej pozostało bezowocnem. Za wskazanie do stosowania łyżeczki B. uważa tylko pozostałe po poronieniu resztki i *endometritis fungosa*, kiedy inne środki okazały się przeciwko krwawieniu bezskutecznymi. CREMPIN twierdzi, że, mając przed sobą wydzielinę maciczną, należy przedewszystkiem przekonać się, czy nie ma się do czynienia li tylko z cierpieniem szyi macicznej, następnie należy zwrócić uwagę, czy części przydatkowe nie są zajęte, gdyż wewnątrzmaciczne leczenie w tych warunkach pociągnąć może za sobą smutne następstwa. Przy krwawieniach macicznych lepiej nie stosować przyżegań jamy macicznej, gdyż to nie prowadzi do celu, a przystąpić do innego leczenia, ewentualnie do wyłyżeczkowania. Przyżegania radzi C. rozpocząć od 10 lub 25 procentowych roztworów chlorku cynku lub od nalewki jodowej, a dopiero później przejść do roztworów mocniejszych. VERT używa do rozszerzania macicy gąbki prasowanej, a jeśli idzie o rozszerzanie większe, np. przy guzie macicy, V. uskutecznia je sposobem krwawym, a mianowicie: po oddzieleniu pęcherza moczowego od szyi macicznej rozcina przednią ściankę szyi od ujścia zewnętrznego aż do przyczepu otrzewnej. V. twierdzi, że przy leczeniu *endometr. catarrh.* często występuje recydywa z tego powodu, że u kobiet zamężnych przyczyna, wywołująca to cierpienie, trwa dalej. Po dokonaniu wyskrobania należy stosować przyżegania jamy macicznej.

(*Berliner klinische Wochenschrift.* 1894. 50. 51) M. Lebensbaum.

## TOWARZYSTWO LEKARSKIE WARSZAWSKIE

Posiedzenie kliniczne z d. 11 XII 1894.

JANOWSKI miał odczyt p. t. „Dzisiejszy stan leczenia błonicy za pomocą surowicy krwi“. Rzecz ta ukaże się wkrótce w „Odczytach klinicznych“.

W dyskusyi BĄCZKIEWICZ mówił, co następuje: „Ponieważ w podróżach moich w celu zbadania sprawy leczenia dyfterytu omawianą metodą miałem się z kol. JANOWSKIM, a zatem niezależnie jeden od drugiego obserwowaliśmy w różnych okresach czasu różny materiał kliniczny, z tego to powodu chciałbym i ja zaznaczyć swoje wrażenie, jakie wyniosłem, widząc stosowanie nowej metody na chorych w Paryżu i Berlinie.

Nim jednak do tego przystąpię, chciałbym choć w kilku słowach wyjaśnić, jak jest pojmowane działanie lecznicze surowicy.

Na podstawie faktu, że toksyna dyfteryczna, zmieszana w pewnym stosunku z surowicą antydyfterytyczną, *resp.* z antytoksyną i że wstrzyknięta ta mieszanina świnie morskiej nie wywołuje żadnych objawów, ani miejscowych, ani ogólnych, BEHRING przypuszcza, że surowica posiada wpływ, niszczący toksynę, lecz dopóty, dopóki ta toksyna u danego chorego krąży we krwi, jeżeli zaś jad dyfterytyczny już wniknie w komórki organiczne, to działanie surowicy już nie występuje.

Roux jednak się przekonał, że jeżeli powyższą mieszaninę zastrzyknąć nie świnie morskiej, lecz królikowi, to występuje w miejscu iniekcji obrzmienie; nadto jeżeli powyższą mieszaninę wstrzyknąć królikowi nie pod skórę, a wprost do żyły, to zwierzę pada, a zatem działanie niszczące surowicy na jad dyfterytyczny jest po za ustrojem pozorne, lub przynajmniej niezupełne.

Dla tego to Roux wypowiada przekonanie, że surowica czyni tylko komórki organizmu niewrażliwemi na jad dyfterytyczny.

Przechodząc do sprawy klinicznej, muszę się zastrzedz, że żadnych wywodów statystycznych z obserwowanego przezemnie materiału przytaczać nie będę; obok bowiem chorych nowoprzybywających przy mnie na jedną z sal, mniej więcej będącą w warunkach, spotykanych w naszych szpitalach, notowałem jeszcze te przypadki, które mnie więcej interesowały, a więc przypadki krupu i inne. Gdybym więc wyprowadzał dane statystyczne z tak wybranego materiału, mogło by to wypaść na niekorzyść niesłuszną danej metody.

Zaznaczyć to muszę, że stosowanie nowej metody w szpitalach francuskich, a także w niektórych niemieckich jest prowadzone obok użycia innych środków farmaceutycznych, jak: płukania kwasem bornym, pendzlowania kwasem salicylowym, wstrzykiwania do rurek tracheotomijnych oliwy mentolowej, lub stosowanie do płukania preparatów jodowych. Warunki takie nie sprzyjają czystej obserwacji. Jeżeli Roux się przekonał, że sublimat i karbol szkodliwie działają przy stosowaniu surowicy, to czemuż są stosowane inne środki, co do których zjawia się wątpliwość, czy również szkodliwie nie działają, lub też jeżeli działają dodatnio, to mogą podnosić wartość rzeczywistą nowej metody leczenia surowicą.

Chociaż więcej szczegółowych obserwacji posiadam z górą 40, jednak wrażenie swoje co do wpływu leczniczego surowicy opieram na znaczniejszym materiale, bo w samym Paryżu w szpitalach znajduje się blisko 100 łóżek w oddziałach, gdzie stosowana jest nowa metoda.

Wpływ miejscowy surowicy na ograniczanie sprawy i oddzielanie się błon najwidoczniejszy jest w zapaleniach gardła przy zakażeniu czystym, nie jest on jednak tak wybitny, szczególnie w formach zakażenia mieszanego.

KOSSEL nazywa surowicę „*Antipyreticum ersten Grades*“; o ile na podstawie mojej obserwacji sądzić mogę, bynajmniej tak nie jest. Jeżeli rzeczywiście w przypadkach zakażenia czystego lasecznikiem już po pierwszym lub drugim zastrzyknięciu następuje wyraźny spadek ciepłoty wraz z jednoczesnym spadkiem częstości tętna, to jednak nie jest to prawidłem, a szczególnie w przypadkach zakażenia mieszanego. W notatkach własnych posiadam przypadki, w których nie tylko ciepłota po zastrzyknięciach nie spada, lecz się podnosi. Bardzo często po dokonanej intubacji lub tracheotomii następuje podniesienie ciepłoty; nie chcę jednak tego w zupełności uważać za ujemny wpływ surowicy, bo i bez stosowania jej spostrzegałem to bardzo często u moich chorych. Na gorączkę, zależną od komplikacji, jak: zapalenie płuc, *otorrhoea*, ropienie gruczołów i surowica również żadnego wpływu zdaje się nie zawierać.

Natomiast muszę wspomnieć o dwóch dodatnich wpływach surowicy, jakie zauważyłem: przedewszystkiem uderzył mnie przy tak wielkim materiale klinicznym brak groźniejszych objawów ze strony gruczołów limfatycznych, szyjowych. Obrzmienie to wprawdzie gruczołów w pojedynczych przypadkach istnieje; nie jest jednak ani tak częste, ani tak wybitne, jak to często bywa. Jako drugi dodatni wpływ uważam dobry ogólny wygląd dzieci; spodziewałem się przy tak wielkim materiale znaleźć więcej przypadków, już na pierwszy rzut oka świadczących o ciężkości danej sprawy.

Białkomocz nie należy do rzadkości w przypadkach leczonych surowicą; w większości przezemnie obserwowanych przypadków miała ona miejsce w większym lub mniejszym stopniu. Pokazywano mi w Berlinie przypadki albuminury powrotnej.

Muszę też wspomnieć i o ujemnych ubocznych działaniach surowicy. Najczęstszą jest wysypka, występująca niekiedy wcześniej, niekiedy dopiero około 8—9 dnia i później po rozpoczęciu leczenia. Ma ona charakter różny: to się przedstawia jako pokrzywka, to jako odra lub szkarłatyna, to znów jako *erythema polymorphe*; powszechnie wysypki te uważane są za łagodną komplikację. Nie sądzę jednak, aby je zawsze uważać można było za objaw obojętny, skoro często przebiegają z gorączką. Przypuszczają, że w surowicy końskiej znajdują się ciała, które później wchłaniają się niż antytoksyny i powodują wysypki. Są konie, których surowica szczególniejsze posiada własności tego rodzaju.

Druga poważniejsza może ujemna strona działania surowicy jest występowanie niekiedy już w rekonwalescencji ostrych zapaleń stawów z wysoką gorączką i zajęciem stanu ogólnego. Jeden obserwowałem tego rodzaju przypadek, w którym 8 dnia wystąpiło obrzmienie w stawie goleniostopowym prawym; przebieg tej sprawy był umiarkowanego natężenia, podawano chorej *natr. salycilicum*,

Zdarzają się po wstrzykiwaniach i flegmony, wprowadzie nie często; jeden taki przypadek miałem sposobność obserwować.

Pozostaje mi jeszcze zastanowić się nad statystyką. W pierwszej seryi chorych, leczonych surowicą, otrzymał Roux śmiertelność 26,5%, obecnie na oddziałach dyfterytycznych podano mi śmiertelność 14%; nie sądzę, ażeby wynik ten wyłącznie przypisać można było działaniu surowicy, przypuszczam, że tu i inne czynniki miały wpływ na obniżenie procentu śmiertelności. Skoro Roux się przekonał w pierwszej seryi swych prób klinicznych, że najcięższy przebieg mają przypadki o zakażeniu mieszanem, w urzędzeniu oddziałów do dalszej seryi obserwacyi na chorych postarano się uczynić wszystko, ażeby unikać tego zakażenia mieszanego; zastosowano więc dokładnie środki dezynfekcyi, a przedewszystkiem zwrócono baczną uwagę na segregacyę i izolacyę chorych. Ponieważ o wszystkich tych urządzeniach pisałem w mych korespondencyach, nie będę więc tu tego powtarzał. Sądzę jednak, że podobne warunki musiały wpłynąć na obniżenie śmiertelności. Skoro sława lecznicza nowej metody została rozpowszechnioną, nie dziwnego, że ani lekarz, ani rodzice nie chcieli przy najmniejszych objawach ze strony gardła ryzykować zdrowia dziecka i oddawali go chętnie do szpitala, bo tam tylko wyłącznie nowy środek był stosowany. Wskutek tego przybywało do szpitali dużo przypadków lżejszych [co się widziało], których by w zwykłych przypadkach może i nie oddano do szpitali. Przypadki te lżejsze nie tylko dostały się do szpitali, ale i do statystyki, co znów nie może być bez wpływu na obniżenie śmiertelności. Nakoniec przy ogólnem zainteresowaniu się nową metodą naturalną rzeczą się wydaje, że i opieka nad chorymi tak ze strony lekarzy, jak i dozoru staje się lepszą.

Powyższe wyniki, sądzę, mieć mogą pewny wpływ na procent śmiertelności.

Zobaczmy teraz, o ile lasecznik dyfterytyczny rozstrzyga kwestyę przyczyny choroby dyfterytu klinicznego; wszak wiadomo, że istnieje szereg form klinicznych dyfterytu, wywołanych przez inne bakterye, jak paciorkowce. Departament sanitarny New-Yorku na 6000 z górą chorych na objawy dyfterytu, badanych bakteriologicznie, wykazał lasecznik dyfterytyczny tylko w 58,5%.

Pomimo jednak tego, że obecna metoda leczenia surowicą nie może rozstrzygać kwestyi leczenia dyfterytu klinicznego, bo oparta jest na biologii tylko lasecznika dyfterytycznego, uważam jednak, że sprawą tą należy się najgoręcej zająć ze względu na te widoki naukowe i praktyczne, jakie rozwinięcie tej metody mieć może w przyszłości".  
(Autoreferat).

JUL. KRAMSZYK jest zdania, że kwestyę skuteczności nowej metody leczenia dyfterytu prelegent przedstawił w zbyt różowem świetle. Doświadczenia, przeprowadzone w Niemczech, nie dają zbyt zachęcających wyników. Statystyka wyzdrowień nie jest zupełnie pewną podstawą do oceniania nowych metod leczniczych; śmiertelność przy dyfterycie w ostatnich kilkunastu latach wahała się w bardzo obszernych granicach i wynosiła od 25—60%. Sam mówca stosował surowicę antydyfterytyczną w 2 przypadkach ciężkiego dyfterytu gardzieli; jeden z nich zakończył się śmiertelnie. Jako skutek wstrzykiwania, zauważył nadzwyczaj łatwe oddzielanie się błon, mających nawet po kilka centymetrów grubości i szybkie znikanie obrzmienia gruczołów chłonnych; na-



tomiast w jednym z tych przypadków stwierdził na miejscu wstrzyknięcia ty-  
pową pokrzywkę wielkości dłoni i niezwykle wielką ilość białka w moczu, które  
to białko wystąpiło nagle po wstrzyknięciu.

## List otwarty do Redakcyi Gazety Lekarskiej.

### Redakcyi Gazety Lekarskiej.

Gub. Piotrkowska, Kłobusko d. 10. 1. 1895.

SZANOWNY REDAKTORZE!

Przed chwilą przeczytałem artykuł kol. PĘKOŚLAWSKIEGO, w N-rze 52 Gazety Le-  
karskiej umieszczony. Za obowiązek uważam zwrócić uwagę na mylną nomenkla-  
turę chemiczną, która w pewnym stopniu obniża wartość bardzo sumiennego bada-  
nia. Już poprzednio raz jeden w „Medycynie“, drugi raz w rozmowie z jednym z ko-  
legów zauważyłem, że dwa związki chemiczne, zupełnie różne, t. j. błękit metyle-  
nowy i fiolet metylowy (*pyoctaninum coeruleum*) bardzo często uważane są myl-  
nie za jedno i toż samo ciało. *Pyoctaninum coeruleum* (*methylviolet*) STILLING'a—  
fiolet metylu i błękit metylenowy (*methylenblau*) należy, o ile mi wiadomo z che-  
mii, do grup zupełnie odmiennych: pierwszy jest pochodnym fuksyny *resp.* rozanili-  
ny, drugi zaś zawiera siarkę i jest jednym z tak zwanych barwników LAUTH'a. Oba  
preparaty niezależnie od siebie istnieją w handlu i nawet ostatniego z nich w ro-  
ku ubiegłym, według zaleceń EHRlich'a, GUTTMAN'a i naszego kolegi DĄBROWSKIEGO,  
używałem *larga manu* przy zimnicy, o czem przy sposobności doniosę. Że są to rze-  
czy różne, dowodem na to prace STILLING'a, CARL'a, EHRlich'a i innych, słownik VIL-  
LARET'a, w literaturze zagranicznej—a w naszej podręcznik chemii ZEISSL'a, „Wiadomości  
terapeutyczne“ GROSTERN i t. d..

Pozwalam więc sobie zwrócić uwagę, że, z mylnej nomenklatury rosną dla  
lekarzy, „*par force*“ środki nowe stosujących, wcale nieprzyjemne nieporozumie-  
nia. Wiadomo mi na przykład, że jeden z kolegów zniechęcił się do błękitu metyleno-  
wego przy zimnicy, nie otrzymując opisywanych rezultatów i nic to dziwnego, bo prze-  
pisywał pyoktaninę, sądząc, że to synonim. Podobnież kolega P. przenosi wnioski  
o szkodliwości błękitu metylenowego na pyoktaninę i stara się tego dowieść doświad-  
czalnie! Gdyby to miało miejsce w piśmie ogólnem, prędzej może wpadłoby w oko  
chemikowi; w tym jednak wypadku błąd może się utrwalić i przejść niepostrzeżonym:  
dla tego za słusne uważałem prosić Sz. Redaktora o sprawdzenie tego szczegółu  
i podanie go do wiadomości Sz. Kolegów.

Źródła moje są:

- 1-o. Słownik VILLARET'a, wydanie ruskie.
- 2-o. ZEISSL Tłóm. FLAUM'a, str. 706—708—721.
- 3-o. Gazeta Lekarska. GROSTERN. 464. 1890.
- 4-o. Gazeta Lekarska. GROSTERN. 524. 1890.
- 5-o. Gazeta Lekarska. JASIŃSKI. 768. 1890.
- 6-o. BURGHARD. *Treatment of inoperable malignant Disease by injection of Me-  
thylviol.*
- 7-o. *Revue de médecine.* 1892. Nr. 4.  
i t. d. i t. d.

A w końcu najważniejszy dowód, że, co jest niebieskie, nie może być fioletem,  
Z szacunkiem.

Władysław Brzozowski,

## Wiadomości bieżące.

— Do roku 1884 uważano powszechnie wietrzną ospę za chorobę bez znaczenia i złych następstw. Ogłoszone wówczas przez HENOCII'a przypadki zwróciły uwagę na możebność następczego zapalenia nerek i białkomoczu, a nawet zejścia śmiertelnego po tej, tak pozornie niewinnej chorobie. Od owego czasu ogłoszono już 25 ciężkich przypadków *varicellae* [CLAUSEN, HOFFMANN, HAGENBACH, DEMME, CASSEL i inni], CASSEL opisuje 6 przypadków ospy wietrznej z bardzo ciężkim przebiegiem i powikłaniami; trzy z nich zakończyły się śmiertelnie. We wszystkich sześciu przypadkach już 4-go—5-go—6-go dnia po wysypaniu się pęcherzyków zauważono białko w moczu, które w przypadkach pomyślnie zakończonych wydzielalo się przez 1—5 dni, w przypadkach śmiertelnych aż do ostatniego dnia życia pacjentów. Nadto w dwóch przypadkach [śmiertelnych] na 4 *resp.* 6 dzień przebiegu ospy wietrznej na miejscu poprzednich pęcherzyków wytworzyły się plaskie, okrągłe owrzodzenia o suchym żółtem dnie. W jednym z tych przypadków naskórek obficie się złuszczał w dużych płatkach; a jak wiadomo, przy tej chorobie nigdy dotychczas nie spostrzegano łuszczenia. W drugim przypadku nie było łuszczenia, lecz oprócz opisanych owrzodzeń wystąpiła także zgorzel skóry w okolicy podbrzuszej prawej na przestrzeni wielkości miedzianej dziesiątki. W 6 dni po wystąpieniu tych powikłań oboje dzieci umarły. Sekcyi w żadnym z tych przypadków nie udało się zrobić. Przypadki te powinny skłonić lekarzy do badania moczu podczas przebiegu wietrznej ospy i do stawiania nieco ostrożniejszego rokowania; niepodobna bowiem przewidzieć, który z przypadków weźmie cięższy obrót. (*Arch. f. Kinderheilkunde, 1894. T. XVII. Str. 371—378.*)

D-r L. Wotberg.

— Prof. D-r R. KOEHLER z Berlina leczył w ostatnich czasach 25-letnią kobietę, dotkniętą niezwykle co do pochodzenia słuźoobrzękiem. Z wywiadów, których chwilami nieprzytomna, nieruchoma i obojętna na wszystko chora udzielała nader niechętnie, przekonano się, że operowaną już była pięciokrotnie z powodu ponawiających się ropni na przedniej powierzchni szyi, oraz, że od roku prawie cierpi na obrzmienie twarzy i kończyn, które powstało w ciągu trzech miesięcy od początku choroby. Przy badaniu, prócz zmian w nastroju duchowym, stwierdzono niewyraźną z przyczyny obrzmienia języka wymowę, wydatne obrzmienie twarzy, warg i kończyn, osobiwie zaś dłoni i stóp, dalej nadzwyczajną suchość szorstkiej i łuszczącej się skóry, wreszcie umiarkowanie twardą, rozlaną guzowatość, sięgającą od brzegu dolnego chrzątki obrączkowej do rękoięści mostka i pokrytą sinawą, cienką, gdzie nigdzie owrzodziła skórą. Niezwłocznie dokonane wyłyżczkowanie i przypalenie owrzodzeń miało jedynie skutek przemijający; w krótkim bowiem czasie w tych samych miejscach pojawiły się chelbocące guzy, po otwarciu których znaleziono w ropiastej tychże zawartości grzybek promienicy. Wycięto tedy doszczętnie zmienioną skórę wraz z częścią zwyrodniałego gruczołu tarczowego, poczem pole rękoczynowe wyskrobano i przypalono żegadłem. Przebieg gojenia był całkiem pomyślny; po pewnym czasie dokonano z dobrym wynikiem przeszczepienia naskórka na istniejące braki, wreszcie, dzięki zapewne niecałkowitemu zwyrodnieniu gruczołu tarczowego, i w stanie ogólnym chorej otrzymano wybitną poprawę, obrzmienia bowiem znikły, mowa stała się wyraźniejszą, władze umysłowe i pamięć wróciły, a waga ciała, pomimo wessania się przesieków, stale powiększa się. Chora zresztą pozostaje jeszcze w kuracji, która, jak do chwili obecnej, daje wyniki ze wszech miar zadawalające. Grzybek promienicowy był, zdaniem autora, czynnikiem w powyższym przypadku słuźoobrzęk wywołującym. Ponieważ w ziarninie, znajdującej się na dżąsłach chorej, owego grzybka nie znaleziono wcale, przypuszczenie zaś przerzutu z bardziej oddalonego swoistego ogniska, wobec braku tegoż, nie jest prawdopodobnem, objawy przeto słuźoobrzęku były tu zapewne następstwem bezpośrednim pierwotnej promienicy skóry. (*Berlin. klin. Wochenschr. 1894.*)

K. Niedzielski.

Wydawca, D-r St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny, D-r Wl. Gajkiewicz.

Дозволено Цензурою, Варшава 5 Января 1895 г.

Друк. К. Ковалевського, Mazowiecka 8

Opuścił prasę:

# KALENDARZ LEKARSKI

D-ra J. Polaka.

Treść stanowią: Spis środków lekarskich, ich postać, dawka i użycie. Taxa laborum. Nowa taksa aptekarska. Informacye ogólne kalendarzowo. Ratowanie pozornie zmarłych. Otrucia. Najwyższe dawki środków mocno działających. Rozpuszczalność przetworów chemicznych. Ilość kropeł różnych płynów w gramie i skrupule. Dawkowanie wstrzykiwań podskórnych. Kąpiele lecznicze. Tablica brzemienności. Taksa lekarska. *Nowe wiadomości terapeutyczne* (uzupełnione) wedle kategorii chorób. *Ludność gubernji i powiatów Król. Polskiego*, gęstość zaludnienia, podział według wyznań, liczba miast, osad i gmin w gubernjach. *Przestrzeń i ludność* wszystkich powiatów, miast i osad Królestwa, według wydanych w roku bieżącym danych statystycznych. Kalendarz z nowem oznaczeniem dni galowych. Notatnik z wykazaniem posiadzeń lekarskich: warszawskiego, lubelskiego, piotrkowskiego i kaliskiego. Listy lekarzy wszystkich gubernji oraz oddzielnie lekarzy warszawskich i łódzkich (z adresami domów).

Cena egzempl. w ozdobnej oprawie w płótno angielskie r. 1 k. 20, z przesyłką rub. 1 kop. 40.

Najlepiej nabywać w redakcji „Zdrowia“ 25 Świętokrzyszka w Warszawie (można za zaliczeniem pocztowym), również nabywać można w księgarniach i za pośrednictwem „Gazety lekarskiej“.

W redakcyi „Zdrowia“, jest do nabycia mała liczba egzemplarzy drugiej części Kalendarza z roku zeszłego, zawierającą nową ustawę szpitalną i obowiązujące paragrafy dawnych ustaw. Cena kop. 40 (wraz z przesyłką). 0 - 5

## MYDŁO ICHTYOLOWE.

Od czasu zastosowania ichtyolu w chorobach skórnych, przy których środek ten, dla cennych swych własności, coraz obszerniejsze zdobywa sobie uznanie, starano się w rozmaity sposób ułatwić i uprzyjemnić sposób jego użycia. Otóż jedną z najprostszych, a jednocześnie najwygodniejszą i pewnie działającą postacią jest — połączenie go z mydłem leczniczem, które już samo z siebie posiada rzadkie zalety, wpływające na prawidłowe odżywianie skóry. Mydło ichtyolowe więc, jest to mydło lecznicze zawierające w swoim składzie 10% ichtyolu.

Z pomiędzy chorób skórnych, przy których użyte mydło ichtyolowe, świetne dało rezultaty — są rozmaite postacie trądzika (*acne*). Z powodu umiejscowienia swego, choroba ta przedstawia wiele trudności dla odpowiedniego i dokładnego leczenia. Trudność tę, jeżeli nie znosi w całości, to usuwa w znacznej części użycie mydła ichtyolowego. Codziennie lub co drugi dzień dokonywane zmywania mydłem ichtyolowem odpowiednich miejsc skóry, dotkniętych cierpieniem, już w krótkim przeciągu czasu sprowadza znakomitą poprawę.

W wypadkach uporczywszych należy namydloną pianę pozostawić na noc, aby w dniu następnym zmyć ją samem już tylko mydłem leczniczem.

Dalej mydło ichtyolowe wyborym jest środkiem zapobiegającym wypadaniu włosów, mianowicie przy tych postaciach cierpienia cebulek włosowych, które rozwijają się na podstawie w ostatnich dopiero czasach bliżej zbadanych grzybków pasorzytniczych. Nawet przy wypadaniu włosów zależnem od nadmiernego nagromadzenia się łupieżu, mydło ichtyolowe również pożądaną pomoc przynosi. Zmywanie głowy mydłem ichtyolowem skutecznia się w ten sam sposób, jak mydłem zwyczajnem, albo też, po namydleniu głowy, pozostawia się pianę do dnia następnego.

Nakoniec mydło ichtyolowe stosować można we wszystkich tych postaciach chorób skórnych, gdzie wskazane są przetwory siarkowe i żdziegielowe w formie, działania łagodniejszej.

E. Jarnuszkiewicz.

Liquor Ferri albuminati 0,4<sup>o</sup>/<sub>o</sub> Fe.

Liquor Ferri peptonati 0,4<sup>o</sup>/<sub>o</sub> Fe.

Liquor Ferro-Mangani peptonati 0,6<sup>o</sup>/<sub>o</sub> Fe i 0,1 Mn.

## Chloroformium purissimum

do operacyi

flaszki oranżowe, objętości 60, 90, 180 i 360 gramów.

## PREPARATY D<sup>ra</sup> HEBRA

Ungt. diachil. Hebrae, Tr Rusci v. Waldheim i Tr Rusci  
własna Ol., Rusci spissum i Ol. Rusci liquidum.

## Wszystkie wina lecznicze.

## TRANY LEKARSKIE

oprócz białego i żółtego Lofoden z następującymi  
środkami: z jodem, z jodkiem żelaza, z tlenkiem  
żelaza, z fosforem i z jodkiem potasu.

**Apteka H. BIERTÜMPFLA**

Marszałkowska róg Ś-to Krzyskiej. 13-2