

GAZETA LEKARSKA.

I. O NOWOTWORACH MÓZGOWIA

I LECZENIU ICH CHIRURGICZNEM.

Napisał

Władysław Gajkiewicz.

Do niedawna nowotwory mózgowia obchodziły lekarza jedynie z punktu widzenia teoretycznego. Obecnie—gdy dzięki antyseptyce z jednej strony, a postępom nauki o „umiejscowieniach mózgowych“ z drugiej strony, wyłoniła się kwestya leczenia ich chirurgicznego — mają one dla niego i znaczenie praktyczne i z tego powodu interesują one zarówno tak terapeutę, jak i chirurga.

Możność usunięcia nowotworu z mózgowia na drodze operacyjnej uwalnia terapeutę, w niejednym przynajmniej przypadku, od roli niemego świadka powolnego konania chorego i to zazwyczaj konania w strasznych—męczarniach, chirurgowi zaś daje sposobność zostania prawdziwym dobroczyńcą chorego, obu — być pośrednikiem tryumfu nauki o antyseptyce i „lokalizacjach mózgowych.“ Nie dziw więc, iż kwestya chirurgicznego leczenia nowotworów mózgowia, raz poruszona, ani na chwilę nie zeszła z porządku dziennego. Była ona niejednokrotnie dyskutowaną na różnych zjazdach i kongresach lekarskich, a bardzo często, bo niemal nieustannie, bywa poruszaną na posiedzeniach różnych towarzystw naukowych.

Zanim poznamy dotychczasowy bilans i przekonamy się, o ile metoda ta zawiadła lub urzeczywistniła pokładane w niej nadzieje, dla celów czysto pedagogicznych, musimy nieco odbiedz od przedmiotu i pomówić o kilku innych kwestiach, z główną w ścisłym jednak związku zostających.

W danym przypadku stawiają się przedewszystkiem pytania: czy jest nowotwór, w jakim miejscu mózgowia jest usadowiony i jakiej jest natury?

Guzy mózgowia z jednej strony drażnią lub niszczą elementa nerwowe [komórki, włókna] w sąsiedztwie lub na koszt których się rozwijają, z drugiej zaś strony, zwiększając zawartość czaszki, zmieniając warunki krążenia krwi i krążenia cieczy mózgo-rdzeniowej, powiększają ciśnienie wewnątrz czaszkowe. Stąd 2 rodzaje objawów: miejscowe, zależne od drażnienia lub zniszczenia [drgawki, porażenia] i ogólne, zależne od zwiększonego ciśnienia [ból głowy, zawroty, drgawki].

ki epileptoidalne, brodawka zastoinowa (*neuritis optica, papille étranglée, Stauungspapille, Shoddedisk*), wymioty, zaburzenia w tętnie [wolne, nierówne, nieregularne], zaburzenia w oddechaniu [nierówne co do głębokości, objaw CHEYNE-STOKES'a], zaburzenia w inteligencji [powolność myślenia, uwaga mniejsza, obojętność, osłabienie pamięci].

Objawy miejscowe służą do oznaczenia siedliska cierpienia, objawy zaś ogólne do rozstrzygnięcia pytania, czy w danym przypadku istnieje nowotwór w mózgowiu.

Nie zawsze jednak istnieją jednocześnie wszystkie wymienione objawy t. z. ogólne. Opisane są przypadki niewątpliwe, bo dobrze i długo obserwowane i sekcyą stwierdzone, w których, mimo istnienia guza w jamie czaszki, objawów ogólnych nie było nigdy, co się tłumaczy tem, iż guz był w ten sposób umiejscowiony, iż nie utrudniał odpływu krwi żyłnej z mózgu przez zatokę boczną (*sinus lateralis s. transversus*), iż nie tamował krążenia cieczy mózgo-rdzeniowej w przestrzeniach wewnątrz i zewnątrz-mózgowych [w komórkach mózgowych i jamie podpańczej.]

Trzy z objawów ogólnych uważane są powszechnie za kardynalne: ból głowy, wymioty i brodawka zastoinowa. Ból głowy zależy od ucisku na nerwy czuciowe opony twardej (*nervi recurrentes trigemini*), wymioty od podrażnienia rdzenia przedłużonego (*medulla oblongata*), brodawka zaś zastoinowa od ucisku nerwu wzrokowego wskutek utrudnienia odpływu krwi żyłnej z żyły ocznej (*vena ophthalmica*) do zatoki jamistej (*sinus cavernosus*), a następnie do zatoki skalistej górnej (*s. petrosus. sup.*) i do zatoki bocznej.

Łatwo sobie wyobrazić, jak wielkiego potrzeba zwiększenia ciśnienia wewnątrz-czaszkowego, by wywołać jednocześnie wszystkie te objawy, od tak różnych przyczyn zależne; bywa to tylko wtedy, gdy nowotwór dosięgnie wielkich rozmiarów, lub gdy uciska główne odpływy krwi żyłnej z mózgowia. Niekiedy istnieje 1 lub 2 tylko z tych objawów kardynalnych, jako następstwo obecności guza wewnątrz jamy czaszkowej, a który z nich wystąpi, zależy to w znacznej części i od siedliska guza. Najstalszy np. objaw zwiększonego ucisku wewnątrz-czaszkowego, brodawka zastoinowa, tem łatwiej i prędzej występuje, tem silniejszego jest natężenia, im guz leży bliżej zatok żylnych, przez które krew z gałek ocznych wlewa się do zatoki bocznej, im więcej je uciska. Z tych powodów brodawka zastoinowa bywa często i rozwija się wcześniej przy guzach w tylnym dole czaszkowym [w którym leży zatoka jamista i boczna], a więc w mózdzku, dalej przy guzach leżących blisko podstawy czaszki, a więc blisko skrzyżowania (*chiasma*) lub szlaku (*tractus*) nerwów wzrokowych [np. przy guzach powierzchni dolnej zraza czołowego lub skroniowego], mniej zaś stale i późno brodawka zastoinowa pojawia się przy guzach powierzchni górnej półkul mózgowych, jak np. w przypadku PEL'a, w którym włókniak (*fibroma*), wielkości jaja w korze zraza ciemieniowego, niczem się nie zdradzał oftalmoskopowo.

Charakterystycznym dla istnienia nowotworu w mózgowiu jest tylko stopniowy rozwój i stopniowe, powolne zwiększanie się objawów, tak jakościowe, jak i ilościowe. Z początku np. chory doznaje tylko niezwykłych sensacji (*paraesthesiae*) w palcu ręki, potem drgawek w mięśniach poruszających tenże paluch,

potem drgawki pojawiają się w mięśniach przedramienia i ramienia, a następnie w mięśniach kończyny dolnej tejże samej strony, powoli przyłącza się do nich osłabienie kończyny górnej, a jednocześnie występuje brodawka zastoinowa. Tłumaczy się to ciąglem rośnięciem guza, drażnieniem lub niszczeniem coraz większej przestrzeni mózgowia, z czem w parze idzie coraz więcej wzmagający się ucisk wewnątrz-czaszkowy, coraz większe wodogłowie (*hydrocephalus, hydroops ventriculorum*).

O siedlisku anatomicznem guza w mózgowiu, wnosimy, jak to powiedziliśmy, z objawów t. zw. miejscowych, ogniskowych, do czego niezbędnie potrzebną jest znajomość anatomii i fizjologii mózgu. Dla guzów najdośćniejszych dla noża chirurga, a więc dla guzów, leżących w substancji korowej półkul mózgowych, dyagnoza siedliska stała się możliwą od chwili, gdy fizyologowie i klinicyści dowiedli, iż substancja ta korowa nie jest czynnościowo w całej swej rozciągłości jednakową, lecz że jest niejako federacją kilku organów.

Przytoczenie wszystkich faktów anatomo-fizjologicznych przekroczyłoby granice naszej pracy. Co najwyżej, pozwalamy sobie przypomnieć kilka danych, bliżej nas w tej pracy obchodzących, a więc danych z anatomii i fizjologii, dotyczących części mózgowia, przylegających do czaszki, dostępnych dla noża chirurga. Najlepiej jest znaną część mózgu, przewodniczącą ruchowi dowolnemu i mowie.

Część ruchową mózgu stanowią zawoje mózgowie, przylegające do rowka ROLAND'a, t. z. pośrodkowe (*gyrus centralis anterior s. frontalis ascendens et g. centralis posterior s. parietalis ascendens*) i idące od nich włókna białe nerwowe, które, biegnąc przez substancję białą półkul mózgowych (*centrum ovale*) i torebkę wewnętrzną (*capsula interna*) do odnogi mózgowej (*pedunculus cerebri*) i do piramid, zachowują swą indywidualność anatomiczną i niezależność funkcyjną. Kora mózgowa wymienionych zawojów, wchodząca w skład tej części ruchowej mózgu, jak wykryły badania doświadczalne i kliniczne, mieści w sobie kilka mniejszych t. zw. ośrodków (*centri*), lub, jak je anglicy zowią, ognisk (*foci*), będących w związku z pojedyńczymi częściami ciała, a każdy z nich kilka jeszcze mniejszych ośrodków, kierujących ruchami pewnych grup mięśniowych.

W $\frac{1}{4}$ górnej tych zawojów pośrodkowych leży ośrodek dla ruchów kończyny dolnej strony przeciwnej [a w nim mniejsze dla ruchów palucha (najwyżej), stopy, goleni, uda]. W $\frac{2}{4}$ środkowych tychże zawojów znajduje się ośrodek dla ruchów kończyny górnej strony przeciwnej [w którym wyodrębniono mniejsze dla ruchów w barku (najwyżej), w łokciu, napięstka, palców]. Wreszcie $\frac{1}{4}$ część dolna tychże zawojów jest środkiem dla mięśni twarzy [najwyżej], języka, gardzieli i krtani [najniżej].

Ośrodek mowy znajduje się zazwyczaj tylko w półkuli lewej; obejmuje on dość znaczny obszar jej powierzchni, bo tylną część zawoju czołowego dolnego lewego przylegającą do zawojów ruchowych, tak zwaną *pars opercularis*, w której znajduje się centr ruchowy mowy, a nadto lewą wyspę REIL'a, część tylną zawoju skroniowego górnego lewego, część zawoju ciemieniowego dolnego lewego [a mianowicie t. zw. *gyrus angularis*] i przyległą część zrazu potylicowego lewego—w których leży ośrodek zmysłowy mowy.

Część przednia zawoju skroniowego górnego jest ośrodkiem dla wrażeń słuchowych.

W zrazie potylicowym mózgu, a mianowicie w części jego znajdującej się na powierzchni wewnętrznej półkuli [w zraziku trójkątnym, leżącym między szczeliną ciemienio-potylicową (*fissura parieto-occipitalis*) a *fissura calcarina*, w t. zw. *cuneus*], leży ośrodek dla wrażeń wzrokowych.

Czynność pozostałych części kory mózgowej jest mniej znaną, lub nawet zupełnie jest niewiadomą.

Część zraza ciemieniowego przylegająca do zawojów ruchowych, ma być w związku z czuciem mięśniowem; wedle innych, czucie to ma ośrodek wspólny z ośrodkiem ruchu.

Niektóre czynności ruchowe nie bywają wcale lub bardzo nieznacznie dotknięte przy cierpieniach ogniskowych kory mózgowej, gdyż kierujące niemi mięśnie mają być innerwowane jednocześnie przez obie półkule mózgowe.

Zrazy czołowe mózgu są powszechnie uważane za ośrodek czynności psychicznych, a cierpienie ich ma powodować zaburzenia w inteligencji. Zdaniem STARR'a, przy guzach zraza czołowego następuje zniesienie wpływu hamującego, jaki *psyche* stale wywiera na wszelkie czynności ciała [odruchy] i afekta, a więc utrata samokontroli, stąd zmiana charakteru i skłonności [torpor psychiczny, powolność mowy i myślenia]. BRUNS jednak słusznie twierdzi, iż codzienna obserwacja nie potwierdza tego, aby guzy zrazów czołowych powodowały zaburzenia psychiczne. Daleko częściej widzimy wówczas wesoły nastrój chorego, zadowolenie, euforyę, skłonność do dowcipkowania (*Witzelsucht*), jak to zauważyli WERNICKE, JASTROWITZ, BECK, co jest w sprzeczności z ciężkimi innymi objawami chorego. Jeśli guz znajduje się w lewym zrazie czołowym, to z powodu niemoty, objawu tego stwierdzić nie można.

Zaburzenia inteligencji, niekiedy nawet wysokiego stopnia, mają występować wedle BRUNS'a przy guzach usadowionych w spidle wielkiem (*Balken, corpus callosum*); niszczą one bowiem włókna asocjacyjne, łączące różne okolice jednej półkuli między sobą i jedną półkulę z drugą.

Przy guzach w zrazie czołowym półkul mózgowych, dość często zdaniem BRUNS'a, istnieją zaburzenia w równowadze, podobne do tych, jakie bywają przy cierpieniu mózdzku. Ta *ataxia frontalis* ma zależeć albo od cierpienia mięśni tułowia, których ośrodek ma się znajdować w zrazie czołowym [w tylnej części zawoju czołowego górnego], byłaby to więc raczej astazyja, spowodowana niedowładem (*paresis*) mięśni tułowia, albo od wpływu z oddali na mózdzek „*durch Fernwirkung der frontalen Tumoren auf das Kleinhirn bedingt wird—eine Art chronischer Contrecoup*“.

Znając czynność oddzielnych okolic kory mózgowej, łatwo z ich zaburzeń wnosić o siedlisku nowotworu.

Najłatwiej dyagnozować anatomiczne umiejscowienie guza, gdy on znajduje się w okolicy ruchowej lub w jednym z ośrodków mowy.

Guzy okolicy ruchowej kory mózgowej wywołują drgawki tych mięśni, których ośrodek jest przez nowotwór drażniony. Drgawki te, t. zw. padaczka BRAVAIS-JACKSON'a, tem się wyróżniają, iż zawsze zaczynają się w tych

samych mięśniach i są do nich ograniczone, lub jeśli się rozszerzają, to atakują stopniowo te mięśnie, których ośrodek sąsiaduje z guzem, i w ten sposób powoli uogólniają się; dalej, iż dopóki drgawki, są ograniczone, nie powodują utraty przytomności i że po ustaniu ich mięśnie—zwłaszcza te w których drgawki się rozpoczynają—są przez pewien czas osłabione lub nawet porażone.

Drgawki zależne od zwiększenia ciśnienia wewnątrz-czaszkowego, będące więc jednym z t. zw. objawów ogólnych nowotworów mózgowia, są od razu ogólne i z utratą przytomności, i dlatego zwane są drgawkami epileptoidealnymi, gdyż dwie te cechy są właściwe i epilepsyi.

Guzy w zawoju BROCA powodują niemotę ruchową (*aphasia motoria*): chory rozumie, co się doń mówi, rozumie, co czyta, nie może jednak mówić.

Guzy w zawoju skroniowym górnym lewym zdradzają się niemotą zmysłową (*aphasia sensoriellis*—głuchota wyrazowa, *paraphasia*). Przy guzie w *gyrus angularis* przeważają zaburzenia w czytaniu i połowiczna ślepotą. Gdy guz zniszczy substancję białą zrazą potylicowego lewego, to powstaje *aphasia optica*: chory nie może nazwać tego, co widzi, nie może czytać, przepisywać.

Dla guzów zrazą potylicowego, charakterystyczną jest ślepotą połowiczna (*hemianopsia*). Guz, istniejący w zrazie potylicowym prawym, wywołuje ślepotą połowiczną lewostronną. Guz w substancji szarej korowej zrazą potylicowego lewego powoduje ślepotą połowiczną prawostronną, gdy zaś jest on usadowiony głębiej, w substancji białej tego zrazą, to wskutek udziału w cierpieniu pewnych włókien nerwowych służących dla mowy, łączących ośrodek wzroku z ośrodkiem ruchowym mowy, powstaje wówczas *aphasia optica, alexia*.

Guzy zrazą potylicowego w początkach mogą się zdradzać tylko objawami podrażnienia ośrodka wzroku, tam znajdującego się, co klinicznie objawia się pod postacią błyskawek. Tak samo guzy w przedniej części zrazą skroniowego, dopóki tylko drażnią, a nie niszczą substancji korowej, wywołują objawy podrażnienia zmysłu słuchu [szmery, piski—GOWERS], a guzy *gyri hippocampi*—objawy podrażnienia zmysłu powonienia [przykry zapach—w przypadku JACKSON'a 1888 r.].

Guzy, usadowione w okolicach kory mózgowej o czynności nieznaney, z początku nie dają żadnych objawów, dopiero gdy urosłszy, osiągną sąsiedniej części o funkcji znanej i ucisną ją lub zniszczą, to wywołują zaburzenia w sferze ruchu, mowy lub zmysłów, wyżej przytoczone.

Guzy np. zrazą ciemieniowego mózgu, jeśli osiągną pewnej wielkości i zaatakują włókna zawojów ruchowych lub torebki wewnętrznej, to spowodują zaburzenia ruchu i uczucia; jeśli zaś rosną w tył i zniszczą zrazą potylicowy, to wywołują ślepotą połowiczną; wreszcie, jeśli ucisną zrazą skroniowy lewy, to powstanie głuchota wyrazowa. Tak samo, guz w zrazie czołowym, dopiero gdy jest duży—skoro już wywołał objawy ogólne—może wskutek drażnienia sąsiednich części ruchowych mózgu wywołać drgawki, a więc przeciwnie, niż guz usadowiony pierwotnie w okolicy ruchowej; w tym ostatnim bowiem razie guz może zdradzać się przez długi czas tylko objawami miejscowymi [drgawki, porażenie], a dopiero później, gdy urosnie do dużych rozmiarów, powoduje i objawy ogólne.

Guz w spoidle wielkiem (*corpus callosum*) mózgu, gdy zniszczy tylko włókna asocjacyjne, wywoła jedynie zaburzenia w inteligencji, jeśli zaś, rosnąc, zniszczy włókna ruchowe idące od zawojów pośrodkowych, to do zaburzeń inteligencji przyłączą się objawy bezwładu z jednej lub z dwu stron (*paraparesis, paraplegia*); gdy zaś tenże guz szerzy się ku tyłowi, to może spowodować ślepotę zupełną lub połowiczną. MIKULICZ-TROJE przy guzach zraza czołowego widzieli obfite wydzielanie się śliny (*ptyalismus*).

Guzy mózdzku są zazwyczaj łatwe do rozpoznania; wywołują bowiem wprędkiem czasie objawy ogólne i to silnego natężenia: ból głowy [często w okolicy potylicowej], zawroty, uporczywe wymioty i brodawkę zastoinową. Ta ostatnia pojawia się bardzo wcześnie i dochodzi do wysokiego stopnia, gdyż w tylnym dole czaszkowym żyła wielka GALEN'a (*vena magna Galeni*) wlewa się do zatoki prostej (*sinus rectus*), stąd przy guzach, w dole tylnym znajdujących się, a więc i przy guzach mózdzku żyła ta łatwo ulega uciskowi, czego następstwem jest utrudnienie odpływu krwi żyłnej z wnętrza mózgu, zastój cieczy mózgo-rdzeniowej w komorach mózgowych, a więc wodogłowie (*hydrocephalus internus*), co się odbija i na brodawce (*papilla*) nerwu wzrokowego. Nowotworom mózdzku towarzyszą prawie stale charakterystyczne zaburzenia koordynacyjne, zmiany w statyce, w możności utrzymania równowagi (*ataxia cerebellaris*). Jeśli te ostatnie objawy ogniskowe [chwiejny chód] zjawiają się przed ogólnymi, to guz siedzi prawdopodobnie w robaku dolnym (*vermis inferior*), a jeśli po objawach ogólnych, to guz znajduje się w półkuli mózdzku. Ważnem czasem jest wiedzieć, która półkula mózdzku jest zajęta. Otóż doświadczenie uczy, iż chorzy dotknięci nowotworem półkuli mózdzku chwieją się przy chodzeniu w stronę przeciwną siedlisku guza. STARR na 20 przypadków nowotworów mózdzku widział w 16 chwieć się w stronę przeciwną, a tylko w 4 w tę samą stronę, po której siedział guz w mózdzku. Ponieważ jednak zataczanie się nie jest stałym objawem guzów mózdzku, to kierunek chwiecia się nie zawsze można użytkować dla rozpoznania, która półkula mózdzku jest cierpiącą. W takich przypadkach można niekiedy w celu rozpoznawczym posiłkować się: 1) objawami cierpienia nerwów mózgowych [zez, znieczulenie twarzy, głuchota, porażenie nerwu twarzowego lub podjęzykowego i t. d.]; nerwy te bowiem zwykle cierpią po stronie guza, lub 2) objawami, jakie wywołuje guz mózdzku, naciskając na most WAROL'a, odnogi mózdzkowe średnie lub na rdzeń przedłużony [(*paralysis alternans*)] ruchy przymusowe (*Zwangsbewegungen*), obracanie się na około osi ciała, objawy spastyczne w kończynach strony przeciwnej].

Guzy, usadowione blisko lub na samej podstawie mózgu, dają między innymi, objawy cierpienia nerwów mózgowych tam biegnących i zwykle są łatwe do rozpoznania. Nadto wywołują one, podobnie jak i nowotwory mózdzku, silną i wcześnie występującą brodawkę zastoinową. BRAUMANN twierdzi, iż jeśli guz znajduje się w podstawie zraza czołowego, to, prócz brodawki zastoinowej, zwykle są i wylewy krwi w siatkówce i naczyniówce, których ma nie bywać, gdy guz znajduje się w mózdzku. Twierdzeniu temu przeczy BRUNS. Wreszcie, przy guzach w podstawie zraza czołowego, czasami w początkach cierpienia, brodawka zastoinowa jest jednostronną.

Już z powyższego widać, iż nie zawsze łatwym jest oznaczyć siedlisko nowotworu w mózgowiu, że często jest to trudniejszym, niżby się pozornie wydawać mogło. Dwa są tego powody:

1) Jeżeli faktem jest, iż pewne czynności ruchowe lub czuciowe są w ścisłym związku z pewnymi okolicami mózgu, tak, iż z zaburzeń czynności można wnosić o siedlisku cierpienia, to musimy jednak dodać, iż odnośnie do guzów mózgowia nie jest to regułą absolutną. Z tej samej przyczyny, iż nowotwory mózgowia nie tylko niszczą lub drażnią dane miejsce mózgowia, lecz powodują i zaburzenia w krążeniu krwi i w krążeniu cieczy mózgodziennej, każdy z przytoczonych wyżej ośrodków może być dotkniętym nie tylko bezpośrednio, lecz i pośrednio, to jest drogą ucisku obocznego. Czynność, np. ruchowa mózgu może uleść zmianie nie tylko wtedy, gdy nowotwór zniszczy t. zw. część ruchową mózgu, lecz także gdy znajduje się on w sąsiedztwie np. w zrazie czołowym lub ciemieniowym, a część ruchową tylko uciska. Z tego powodu oddawna guzy były wyłączone z możliwości użytkowania ich dla celów fizjologicznych, wyciągania wniosków o czynnościach części mózgu zniszczonej przez nowotwór.

Możność powstawania zaburzeń czynnościowych przy guzach mózgu na drodze pośredniej (*Fernwirkung, à distance*) jest jedną z najczęstszych przyczyn fałszywego rozpoznania siedliska nowotworów mózgowia. Niejednokrotnie guzy dawały objawy, z których wnoszono, iż siedliskiem ich jest *zona motoria corticalis*, robiono operację, lecz nie znaleziono guza, był on bowiem w zawojach sąsiednich [czołowych lub ciemieniowych], a uciskał tylko zawoje, leżące wzdłuż rowka ROLAND'a. Dowodzi to, iż rozpoznanie siedliska nowotworu w mózgowiu nie zawsze może być zupełnie pewnym i że trepanacja czaszki może mieć niekiedy znaczenie tylko metody eksploracyjnej.

Pomimo, iż nie ma objawu, któryby przy guzach mózgowia nie mógł być wywołany cierpieniem bezpośrednim lub pośrednim więcej niż jednego miejsca tego narządu, to jednak z jakości istniejących objawów można czasami wyciągać wnioski, gdyż doświadczenie kliniczne poucza, iż pewne objawy częściowej zależą od działania bezpośredniego nowotworu, inne zaś — od pośredniego. Porażenia częściowe (*monoplegiae*), a także drgawki ograniczone do pewnych tylko okolic ciała (*epilepsia partialis s. Bravais-Jackson'i*) najczęściej zależą od zniszczenia lub drażnienia odpowiedniego ośrodka korowego bezpośrednio przez sam nowotwór, gdyż działanie jego drogą zwiększonego ucisku, na mocy prawa czysto fizycznego o przenoszeniu się ucisku, odbija się zwykle na więcej, niż na jednym ośrodku korowym.

Połowiczne osłabienie lub połowiczny bezwład ciała (*hemiplegia*) nie wiele pomaga do rozpoznania miejsca cierpienia (*diagnosis localis*), co najwyżej wskazać nam może, która półkula mózgowa jest cierpiącą, co czasami może mieć także znaczenie. Jeśli jednak bezwład połowiczny jest bardzo silny, jeśli po pewnym czasie przyłączą się doń t. z. objawy spastyczne [sztywność kończyn, zwiększenie odruchów ścięgniętych, objaw stopowy i t. d.], to wskazuje to na bezpośrednie cierpienie pęczka piramidального, zwyrodnienie jego wtórne, na ognisko głębokie, we wnętrzu części ruchowej mózgu leżące, bo ognisko powierzch-

chowne rzadko wywołuje bezwład połowiczny zupełny i dużego stopnia, gdyż rzadko nowotwór powierzchowny jest tak duży, by zniszczył wszystkie ośrodki ruchowe korowe.

Do objawów, powstających częściej na drodze bezpośredniego cierpienia danego ośrodka, należą także różne rodzaje niemoty, połowiczna ślepotą, jednostronna głuchota [przy braku zmian obiektywnych w uchu]. Zaburzenia czucia bardzo mało nadają się pod tym względem do lokalizacji siedliska nowotworu mózgowia. Mięśnie oczne cierpią bardzo często przez ucisk ich ośrodek nerwowego przy ogólnem zwiększonym ciśnieniu wewnątrz-czaszkowem; porażenia tych mięśni bywają przy różnem ulokowaniu guza, nie są więc najczęściej objawem miejscowym.

2) Drugim powodem trudności określenia siedliska nowotworu mózgowia jest to, iż względnie tylko małej części kory mózgowej, *resp* wnętrza mózgu, znane nam jest znaczenie fizjologiczne. Guz może być usadowionym powierzchownie, kwalifikować się przez to samo do interwencji chirurgicznej, a jednak o istnieniu jego przekonywa nas dopiero sekcyja pośmiertna, gdyż za życia nie zdradzał się on albo żadnymi objawami, albo tylko ogólnymi, z których można rozpoznać istnienie, lecz nie siedlisko nowotworu.

Z tego, cośmy powiedzieli, wynika, iż najłatwiejsze do rozpoznania są guzy okolicy ruchowej mózgu, zwłaszcza gdy są małe, gdy nie wywołują zupełnie lub tylko niewielkiego natężenia objawy ogólne i objawy ucisku sąsiednich części; wówczas bowiem objawy zależne od miejscowego drażnienia lub zniszczenia jasno występują i nie są maskowane objawami zależnymi od zwiększonego ciśnienia i od ucisku obocznych okolic. Największa też liczba nowotworów mózgowia dotąd operowanych w tej okolicy była usadowioną. Guzy, znajdujące się w obrębie ruchowym korowym (*zona motoria corticalis*), zwłaszcza gdy są małe, dają, jakśmy to już wyżej rzekli, najprzód objawy ogniskowe [drgawki lub porażenia częściowe], a dopiero później, gdy nowotwór dojdzie do dużych rozmiarów, przyłączają się i objawy ogólne. Stąd ważność anamnezy o chronologicznem powstawaniu objawów: czy pierwiej pojawiły się objawy miejscowe, czy ogólne. Z kolejnego też pojawiania się objawów, można wnosić i o tem, czy nowotwór powstał pierwotnie w okolicy ruchowej, czy w sąsiedniej; jeśli bowiem guz rozwinął się w okolicy sąsiadującej z okolicą ruchową, a dopiero z biegiem czasu zajął tę ostatnią, to wywołuje on z początku objawy zależne od zniszczenia czynności pierwotnie zajętego miejsca, np. niemotę zmysłową lub ślepotę połowiczną a dopiero po pewnym czasie przyłączają się do nich drgawki lub porażenia ruchu, zależne od cierpienia okolicy ruchowej mózgu. Lecz i pod tym względem może nastąpić pomyłka, a mianowicie jeśli punktem wyjścia nowotworu jest okolica o czynności nieznaney. W przypadku np. ALDIBERT'a (*Revue de chirurgie*. 1895) początek choroby drgawkami w mięśniach kończyny górnej, a następnie bezwład tej kończyny kazał mniemać, iż guz znajduje się w średniej części zawojów pośrodkowych. Skoro trepanacya nie wykazała w tem miejscu guza, sądzono, iż popełniono omyłkę w rozpoznaniu; tymczasem sekcyja wykryła mięsaka w tylnej części zawoju czołowego średniego, a więc w okolicy sąsiadującej z ośrodkiem kończyny górnej.

Można czasem odróżnić, czy guz okolicy ruchowej korowej jest powierzchowny [gdy wyrasta np. z opon mózgowych] i tylko drażni, czy też jest głęboki i niszczy zawoje pośrodkowe. W pierwszym razie po przejściu drgawek, t. zw. padaczki JACKSON'a, cechujących cierpienie drażniące tę okolice, niema porażień ruchu stałych, co najwyżej istnieje tylko osłabienie ruchu chwilowe, przemijające, od wyczerpania elementów nerwowych, w drugim zaś razie prócz drgawek istnieją bezwładnie stałe tychże mięśni i powoli rozwijają się w nich objawy spastyczne, wskutek zwyrodnienia włókien białych nerwowych, poniżej nowotworu leżących.

Za małym wyjątkiem guzy szarej substancji korowej i najbliższej jej substancji białej powodują takie same objawy, tak, że odróżnienie ich z objawów jest prawie niemożliwe.

Guzy, powierzchownie w substancji korowej półkul mózgowych leżące, z powodu drażnienia opony twardej, wywołują bolesność czaszki przy opukiwaniu jej na wysokości guza, a nadto czasami odgłos tympaniczny lub rozbitego garnka (*bruit de pot fêlé*, Scheppern—BRUNS), gdy pokrywa kostna jest ścięczoną; niekiedy w tych razach istnieje i obrzmienie ograniczone skóry na miejscu bolesności (*oedema locale*). Objawy te są czasem jedynymi znakami, z których można postawić rozpoznanie siedliska guza. Przy guzach, usadowionych w dole średnim czaszkowym, bolesną bywa niekiedy ściana górna, strop gardzieli.

Wreszcie do rozpoznania, czy guz w mózgu leży powierzchownie, czy głęboko, posłużyć może niekiedy znajomość natury guza, gdyż — jak zobaczymy — pewne nowotwory mają predylekcyę do osiedlania się na obwodzie mózgu.

[C. d. n.]

Z KLINIKI CHORÓB DZIECIĘCYCH PROF. A. CZERNY'EGO W WROCŁAWIU.

II, BADANIA CHEMICZNE I KLINICZNE NAD T. ZW. MLEKIEM TŁUSTEM GÄRTNER'A (*Gärtner'sche Fettmilch*).

[Rzecz czytana na posiedzeniu Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego d. 17. IX. 1895].

Przez

D-ra Władysława Papiewskiego,
lekarza chorób dziecięcych w Radomiu.

— † — † — † —
[Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 45].

Przypadek XVIII. Friedrich Now..., 10 tygodni, syn szewca, od urodzenia karmiony sztucznie [mleko i woda *â*], co 2 godziny, od 8-go dnia życia wymioty, brzydkie, niestrawione stolce. Przyniesiony do polikliniki 1. VI, przedstawiał obraz dziecka w zaniku (*atrepsie Parrot*), o nędznie rozwiniętym kośćcu, dużym, guzowatym, twardym brzuchu, obrzmiałych gruczołach, słabem sercu i objawach rozległego nieżyty obu płuc. Chłopiec, karmiony mlekiem

tłustem w ciągu dni 15, jak widzimy z cyfr poniżej podanych, ciągle staczał się po pochyłości, do śmierci prowadzącej: wymioty występowały niezbyt często; natomiast liczne stolce [do 8 na dobę], pomimo dołączenia do mleka odwarów śluzowych, nie przestawały być płynnymi i niestrawionymi, objawy ze strony płuc i serca wzmagaly się aż do śmierci, która nastąpiła przy stracie 400 grm. w ciągu 2 tygodni. Jeszcze jeden przykład, że poprawienie zbyt upośledzonego trawienia mlekiem GAERTNER'a jest niemożliwe.

	1	czerwca,	waga:	2760.	Pojone herbatą. 2 płynne stołeczki.
2 i 3	"	"	"	—	Kleik.
4	"	"	"	2750.	Odtąd dawano $\frac{1}{2}$ litra mleka G.
5	"	"	"	2690.	2 stołeczki dyspeptyczne.
6	"	"	"	2650.	3 stołeczki gliniaste, białawe.
7	"	"	"	2590.	2 razy wymioty po ml.; 4 stoł. gliniaste, żółte.
8	"	"	"	2560.	$\frac{1}{4}$ litra mleka i $\frac{1}{4}$ litra odwarów śluzowych 6 stoł. gliniastych, żółtych.
9	"	"	"	2570.	$\frac{1}{2}$ litra mleka. 4 stołeczki dyspept., żółte.
10	"	"	"	2540.	$\frac{1}{3}$ litra mleka. 6 stołeczków dyspept., żółte.
11	"	"	"	2490.	$\frac{1}{2}$ " " 8 " " "
12	"	"	"	2350,	Pojone kleikiem. 2 stołeczki.
13	"	"	"	2330.	$\frac{1}{2}$ litra mleka. 4 stołeczki dyspept., zielone.
14	"	"	"	2360.	$\frac{1}{3}$ " " 5 stoł. dyspeptycznych, żółtych.
15	śmierć.				

Przypadek XIX. Hugo Müc .., 2 miesiące, syn kapelusznika, karmiony od urodzenia mlekiem krowim w rozcieńczeniu 1:3, często wymiotował, miewał początkowo stolce żółte, potem zielone, lecz zawsze zbyt płynne. Leczony poliklinicznie przez 40 dni mlekiem krowim, obok podawania kwasu solnego, przechodził znaczne wahania wagi ciała, tak, że w rezultacie pozostała waga ciała w mierze na 3280 grm., pomimo wprowadzenia w końcu mleka koziego. Przy badaniu 4. VI. znalazłem dziecko znacznie wyniszczone z obrzękłymi, twardymi gruczołami i guzowatym [zwyrodnienie narządów mięsnych] brzuchem. 18 dni karmienia mlekiem GAERTNER'a, jak przedstawiają niżej podane cyfry, sprowadziły początkowo poprawę: w ciągu dni 10 waga wzrosła o 300 grm., wymioty ustąpiły, stolce były gliniaste, przeważnie białe, lecz następnie w ciągu 7 dni nastąpił gwałtowny spadek wagi [do 700 grm.] wskutek wymiotów i licznych niestrawionych stolców, których nie zdołało powstrzymać ani kakao, ani dyeta śluzowa. Upadek działalności serca doprowadził do śmierci, jeszcze raz stwierdzającej, że na mleko GAERTNER'a w przewlekłych niezbyt kiszkowych niezbyt liczyć można.

	23	kwietnia,	waga:	3270.	Żywno mlekiem krowim w rozcieńczeniu 1:3. Wymiotuje często.
24	"	"	"	3280.	3 stołeczki dyspeptyczne, zielone.
25	"	"	"	3210.	
27	"	"	"	3180.	2 stołeczki normalne.
29	"	"	"	3200.	2 "
30	"	"	"	3260.	1 stołeczek prawidłowy.

1	maja,	3280.	2 stołeczki płynne, dyspeptyczne.
2	"	3300.	2 stołeczki prawidłowe.
3	"	3210.	Nie było stołeczka.
4	"	3160.	
6	"	3170.	
10	"	3110.	
11	"	3140.	2 stołeczki prawidłowe.
12	"	3150.	Nie było stołeczka.
13	"	—	1 stołeczek gliniasty, białawy.
14	"	3230.	
17	"	3400.	1 stołeczek prawidłowy.
20	"	3410.	

Od d. 31 maja pojono mlekiem koziem.

1	czerwca, waga:	3280.	3 stołeczki dyspeptyczne, żółte.
3	"	3280.	3 stołeczki gliniaste, białawe.
4	"	3290.	Odtąd otrzymuje po $\frac{1}{2}$ litra mleka G. na dobę. 4 stołeczki gliniaste, białe.
5	"	3310.	5 " " "
6	"	3360.	4 " " " Odtąd po $\frac{3}{4}$ l. ml.
7	"	3370.	3 " " "
8	"	3400.	4 " " "
9	"	3380.	3 " " białawe.
10	"	3390.	3 " " "
11	"	3430.	3 " " "
12	"	3540.	3 stołeczki dyspeptyczne, żółte.
13	"	3510.	2 " " zielone.
14	"	3580.	3 stołeczki gliniaste, żółte.
15	"	3410.	1 raz wymioty po mleku. 6 stoł. dyspep., zielonych, płynnych.
16	"	3280.	6 stoł. dyspeptycznych, zielonych, płynnych.
17	"	3050.	Dziecko dostaje kleik i herbatę. 5 stołeczków dyspeptycznych, płynnych.
18	"	2980.	1 razy wymioty po kleiku. 4 stołeczki dyspeptyczne, zielone
19	"	3010.	Po $\frac{1}{4}$ litra mleka i $\frac{1}{4}$ kleiku. Raz jeden wymioty po kleiku. 4 stołeczki dyspeptyczne, zielone, śluzowe.
20	"	2990.	4 razy wymioty po kleiku. 4 stołeczki dyspeptyczne, śluzowe.
21	"	2920.	5 razy wymioty po kleiku i herbacie. 4 stołeczki dyspeptyczne, śluzowe, zielone. Śmierć.

Przypadek XX. Frieda Wrychn..., 7 miesięcy, dziecko nieprawe. Pierwsze 3 tygodnie karmione piersią matki, następnie mlekiem krowim w rozcieńczeniu 1:3 co 2 godziny i częściej. Przechodziła influencę z zapaleniem płuc, mając 2 miesiące, od tego czasu wymiotuje mlekiem lub żółtym śluzem, stołecz-

czki miewa naprzemian płynne lub twarde, źle strawione. Przy badaniu 27. V. znalazłem ją bardzo wychudłą [waga 3800 grm.], z obrzmiałymi gruczołami pachwinowymi, dość słabą działalnością serca, lecz prawidłowemi płucami. Mleko GAERTNER'a, podawane w ciągu 15 dni, jak widać z niżej podanej tablicy, nie usunęło ani wymiotów, które bywały dalej do 6 razy na dobę, nawet po przemyciu żołądka, ani nie zmieniło charakteru wypróżnień, zawsze niestrawionych, płynnych, zawierających dużo śluzu, acz nie wzmożonych ilościowo. W ostatnich dniach życia rozwinęło się zapalenie prawostronne płuc, które w połączeniu z upadającą działalnością serca było bezpośrednią przyczyną śmierci.

27	maja,	waga: 3800.	
28	"	" 3710.	1/4 litra ml. G.. 1 stołeczek śluzowy, dyspeptyczny, płynny.
29	"	" 3750.	1/4 litra ml. G.. 1 stołeczek śluzowy, dyspeptyczny, płynny.
30	"	" 3770.	1/4 litra mleka G.. 1 stołeczek śluzowy, dyspeptyczny, płynny.
31	"	" 3720.	Przemyto żołądek. 1/2 litra mleka G. 5 razy wymioty po mleku.
1	czerwca,	waga: 3660.	Dostaje herbatę.
2	"	" 3050.	Odtąd dostaje po 1/4 litra mleka G.. 3 razy wymioty po mleku. 3 stoł. dyspeptyczne, płynne.
3	"	" 3620.	1/3 litra ml. 1 razy wymioty po mleku. Nie było stołeczka.
4	"	" 3610.	1 raz wymioty po mleku., 2 razy śluzowe, 1 stołeczek śluzowy, dyspeptyczny, płynny.
5	"	" 3570.	2 razy wymioty śluzem. 1 stołeczek śluzowy, dyspeptyczny, płynny.
6	"	" 3540.	Przemyto żołądek. Herbata, po której wymioty sześciokrotne. 1 stołeczek dyspept., śluzowy.
7	"	" 3490.	1/4 litra ml. i 1/4 litra kleiku. 2 razy wymioty, 1 raz wymioty śluzem; nie było stołeczka.
8	"	" 3390.	1/4 litra mleka i wody kakaowej 1/4 litra. 4 razy wymioty śluzem.
9	"	" 3290.	1/3 litra mleka i 1/3 litra kakao. Raz jeden wymioty po mleku. 1 stołeczek gliniasty, żółty. Śmierć.

Przypadek ten, jak i poprzednie, należy do rozpaczliwych i nie dziwnego, że mleko tłuste nie zdołało stanu rzeczy poprawić.

Grupa c: dzieci z zaburzeniami wtórnymi trawienia.

Przypadek XXI. Herman Reich..., 2 1/2 roku, syn robotnika, od urodzenia karmiony sztucznie, bez planu i nieracyjalnie, ciągle chorował na przemian na zaparcie stolca i rozwolnienie, od roku jadał wszystko z dorosłymi. Pierwszy ząb przerznął mu się w 9-m miesiącu. Przyniesiony do kliniki z powodu po-

wtarzających się drgawek i wygięcia kończyn, które od dawna matka zauważała, a które ciągle się wzmagają. Przy badaniu w dzień przyjęcia [29. III.] okazało się: dziecko bardzo niedokrwiste, na czaszce silnie rozszerzone żyły, wydatny garb (*kyphosis dorsalis et lumbalis*), głowa duża, potylicą spłaszczoną, szwy i ciemiona skostniałe, wydatny *exophthalmos* i ograniczenie ruchów gałek ocznych, prawidłowe oddziaływanie źrenic. Zęby o różnej wielkości, sieczne spróchniałe, typ:

$$\begin{array}{c|c} c & b & a' & a & | & a & a' & b & c \\ \hline c & & a' & a & | & a & a' & & c \end{array}$$

Na szyi, pod pachą i w pachwinach z obu stron obrzmiałe, twarde gruczoły. Nadłamanie [bez złamania] obu obojczyków z wygięciem na 90°, różnieniec krzywicy na żebrach, *pectus carinatum*, klatka piersiowa szeroko dolnym otworem rozwartą, znaczne krzywicowe wygięcie przedramienia i zgrubienie jego epifizów. Duży wypukłony brzuch, przez powłoki którego wyczuwa się dużo twardych, ustępujących ciśnieniu ekskrementów (*scybala*); po środku czyszczącym przez wiotką ścianę brzuszną łatwo wyczuwać można dużą śledzionę. Rozpoznano *rhachitis gravis*, *hydrocephalus internus* i trzymano dziecko w klinice 75 dni, próbując przez stosowanie różnych metod odżywczych poprawić upośledzone trawienie. Jak widzimy jednak z niżej podanej tablicy, nie osiągnęliśmy żadnej poprawy i początkowo przy podawaniu kaszki i mleka krowiego, waga nieco wzrosła, ale zupełny brak wypróżnień zmusił nas do podania oleju rącznikowego, po którym waga spadła do wysokości pierwotnej [680 grm]; następnie stolce wywoływaliśmy olejem i lawatywami, lecz były one zawsze gliniaste i białawe. Wprowadzenie do diety mlecznej szpinaku wzmogło ilość wypróżnień [1—2 dziennie] i wpłynęło na podniesienie się wagi o 800 grm. [w ciągu dni 10], lecz pomimo to wystąpił *meteorismus* i tak obfite *scybala*, żeśmy byli zmuszeni podawać olej rycynowy, a to wywołało gwałtowny spadek wagi. Mleko GAERTNER'a stosowano w ciągu ostatnich dni 12 bez żadnego skutku i stolce wprawdzie stały się częstszymi, ale charakter ich nie uległ zmianie, waga zaś z małymi wahaniami trzymała się w mierze. Należy tylko zwrócić uwagę, że pomimo tak upośledzonego trawienia białka [stolce gliniaste, białe przy mleku krowim], tłuszcz trawiony był widocznie o wiele lepiej, albowiem przy stosowaniu diety GAERTNER'a stolce były równie suche jak uprzednio, a badanie drobnowidzowe nie wykrywało w stolecu nadmiernej ilości kulek tłuszczowych.

29 marca, waga dziecka 7090. Odżywiany do dnia 22 kwietnia kaszką i mlekiem krowiem.

31 marca,	waga:	6790.	1 stołeczek.
7 kwietnia	"	6960.	
15	"	2760.	
17	"	7260.	1 stolec.
19	"	6840.	Podano olej rycynowy, po którym 3 gliniaste, mniej lub więcej białe stolce. Tegoż rodzaju wypróżnienia zauważono do d. 17 maja.
21	"	7070.	Jeden stolec.
22	"	7110.	

23	kwietnia, waga:	7040.	Lawatywa.
24	"	6890.	Olej rycynowy
25	"	6880.	1 stolec. Dostaje mleko krowie rozcieńcz. 3:4.
26	"	6840.	1 stolec.
27	"	—	1 stolec.
28	"	6940.	Lawatywa.
29	"	6540.	Olej rycynowy.
30	"	6890.	
1	maja,	7050.	2 stolce. Dostaje mleko krowie 3:4; szpinak.
2	"	7060.	
3	"	7190.	2 stolce.
4	"	7310.	2 " <i>Scybala. Meteorismus.</i>
5	"	7090.	1 "
6	"	7210.	
7	"	7430.	
8	"	7410.	
9	"	7410.	2 stolce.
10	"	7290.	
11	"	7220.	Dostaje mleko krowie w stosunku 2:3.
12	"	7440.	
13	"	7210.	
14	"	7330.	2 stolce.
15	"	7210.	3 stolce.
16	"	7310.	
17	"	7210.	
18	"	7490.	2 stolce. Lawatywa.
19	"	7310.	
20	"	7260.	
21	"	7260.	
22	"	7280.	
23	"	7160.	Lawatywa.
24	"	7180.	Olej rycynowy.
25	"	—	2 stolce.
26	"	7190.	
27	"	7050.	
28	"	7170.	
29	"	7210.	4 stolce suche, białe, niestrawione, które odtąd zauważono stale.
30	"	6960.	Lawatywa, olej rycynowy. Odtąd dostaje mleko GAERTNER'a.
31	"	6710.	
1	czerwca, waga:	6830.	
2	"	6980.	Olej rycynowy.
3	"	6710.	2 stolce.
4	"	6820.	

5	"	"	6780.	1	stolec.
6	"	"	6780.	1	"
7	"	"	6870.	1	"
8	"	"	6830.		
9	"	"	6760.		
10	"	"	6830.		

[C. d. n.]

III. TRZYDZIEŚCI OŚM PRZYPADKÓW BŁONICY, LECZONYCH SUROWICĄ.

Podał

Dr Henryk Fidler,

nadetatowy ordynator szpitala Starozakonných w Radomiu.

[Ciąg dalszy.— Patrz Nr. 45].

Grupa III.

Nr 26. W. T. 14 r. 21. II. 1895. Przed trzema dniami dostał sapki z gorączką, duszności, kaszlu, który poprzedniego dnia wieczór się zwiększył, jednocześnie duszność również się zwiększyła. Kilka dni miał rozwolnienie, które poprzedniego dnia ustało. Chłopiec niespokojnie się rzuca, drzemie. Oddech świszczący słyhać zdaleka; widoczne wciąganie *scrobiculi*, gdy skrzydła nosa międzyżebra i obojczyki spokojne. W płucach nieliczne rżenia, tony serca czyste, dość głuche. Ciepłota [3 po południu] 37°.

W gardzieli na lekko czerwonych, mało obrzękłych migdałach punkcikowaty biało-żółty nalot z obu stron. Nos zatkany bez wydzieliny. Głos ochrypły. Gruczoł podszczękowy lewy wyczuwalny i ruchomy. Prawy nie powiększony. Badanie drobnowidzowe wykazało dużo paciorkowców i gronkowców, a mało względnie laseczników LOEFFLER'a. Wstrzyknięto o 3 po południu 1500 jednostek ochronnych BEHRING'a. Zalecono inhalacye z wody słonej. O 7-ej wieczór stan bez zmiany, w płucach trochę grubo-pęcherzykowych rżeń. Podałem środek wykrztuśny.

22. II. o godz. 10 rano. Oddech daleko gorszy, wciąganie podżebrzy z obu stron się zwiększyło, również międzyżebra dolnych. Skrzydła nosa w ciągłym ruchu, lekka sinica. W płucach oddech zaostrozony, szczególnie w prawem u góry piłujący, mało grubych rżeń. W gardzieli na obu migdałach obszerne naloty błonicowe na żywo-czerwonej błonie. Tętno szybkie, słabe. Wstrzyknięto ponownie 1500 jednostek ochronnych BEHRING'a o godz. 3 po południu. Stan ten sam. Oddech wysoce utrudniony, tętno słabe. Sińce pod oczami. Dziecko apatycznie leży u matki na rękach. Kaszel suchy. Zadecydowano wykonać tracheotomię.

Godz. 6 po południu ciepłota ciała prawidłowa. Sinica na całej twarzy, oddech wysoce utrudniony, tętno słabe. Wykonano tracheotomię. Po operacji dziecko oddechało lżej. Sinica ustąpiła. W nocy, wskutek częstego zatykania

rurki płynną, ropną wydzieliną, musiano co godzina przetykać rurkę. Inhalacye z wody słonej.

23. II. Ciepłota rano 39°. Oddech jeszcze utrudniony. Sinicy niema. Jeszcze trochę pozostało wciągania międzyżebrzy i *scrobiculi*. Przy kaszlu wydziela się przez rurkę dość dużo gęstej ropy. W płucach obfite grubo-pęcherzowe, wilgotne rżęzenie. Silne pragnienie. W gardzieli błona śluzowa obu migdałów znacznie bledsza, na prawym — pozostały dwa punkcikowate naloty, na lewym nalot o $\frac{1}{2}$ mniejszy, płaski, koloru żółtego. 8-a wieczór ciepłota 39°. Dziecko spokojniejsze. Oddech znacznie lżejszy, wciąganie *scrobiculi*, międzyżebrzy bardzo niewielkie. Rżężenia grubo-pęcherzowe. Tętno dobre.

24. II. Ciepłota wieczorem 36,7°. Dziecko zupełnie spokojne. W gardzieli błona śluzowa blada. Na lewym migdale pozostał lekki, powierzchowny, szarawy nalot. Prawy migdał wolny. Chłopiec spał spokojnie. Wykrztusza obfitą, ropną plwocinę i kawałki błon.

Wskutek mego wyjazdu obserwacyę przerwałem. Po przyjeździe dowiedziałem się, iż 17. III. pomimo głośnego płaczu i możności oddechania bez rurki usunięcie jej dotychczas nie było możebnem, albowiem dziecko nie wykrztuszało przez usta. Dopiero dzisiaj wyjęto rurkę i dziecko oddecha dobrze.

18. III. Rana zamknięta, w nocy oddech utrudniony, obfita wydzieliną śluzo-ropna.

19. III. Rana doskonale pokryta ziarniną. Oddech dobry. Dziecko przy płaczu nieco wciąga.

Epicrisis. Ponieważ dziecko przybyło z dobrem tętnem i bez sinicy, przeto nie przystąpiono od razu do tracheotomii, licząc, iż pod wpływem surowicy uda się i bez operacyi usunąć cierpienie. Tymczasem oczekiwania zawiodły. Po 1-em wstrzyknięciu złogi w gardzieli nawet się powiększyły, rozszerzyły, a objawy zwężenia były coraz silniejsze. Po drugiem wstrzyknięciu zwężenie pozostało bez zmiany, co zmusiło do wykonania tracheotomii. Za to naloty w gardzieli w 16 godzin po drugiem, a w 40 po pierwszym wstrzyknięciu zaczęły znikać, gdy tymczasem krtani wróciła do stanu prawidłowego dopiero po upływie 4-ch tygodni. Ta pierwsza dawka surowicy nie powstrzymała pochod choroby, należało powtórna dawkę zastosować, by sprawa w gardzieli okazała dążność do wstecznego rozwoju i musiano wykonać operacyę, by usunąć mechaniczne przeszkody w oddechaniu. Niezupełnie zrozumiałem jest dla mnie podniesienie ciepłoty po operacyi, które trwało 24 godziny pomimo dobrego względnie stanu dziecka.

№ 27. M. M., 4 lata, 5. III. 1895. Przed 5 dniami zaczął grubo kasłać, gorączkował. Od 3 dni występowały chwilowo objawy zwężenia krtani [duszność]. 3. III. jeden z kolegów widział chorego i znalazł: ciepłota 38°, zaczerwienienie i obrzmienie w gardzieli, nalotów żadnych, oddech równy, spokojny; kaszel gruby, szczekający, w płucach nieliczne rżężenia. Następnego dnia wieczorem tenże kolega znalazł ciepłotę 39°, naloty na tylnej ścianie gardzieli, objawy silnego zwężenia krtani, sinicy nie było. Wciąganie międzyżebrzy i dołka podsercowego. Dzisiaj rano widziałem dziecko; na tylnej ścianie gardzieli

3 punkcikowate naloty. Cała błona śluzowa gardzieli zaczerwieniona i obrzękła. Sinica na całej twarzy, obfity pot, bardzo znaczne wciąganie międzyżebrzy i dołka. Duszność silna. Tętno słabe. Ciepłota ciała zdawała się, być podniesioną.

O godz. 6 wieczór wykonano tracheotomię i wstrzyknięto 2000 jednostek ochronnych surowicy ARONSON'a. W gardzieli przy złem oświetleniu błona śluzowa obrzękła i zaczerwieniona; nalotów dojrzeć nie można. Ciepłota 38°. Po operacyi wydzielilo się dużo błon w części zropiałych.

6. III. Ciepłota rano 37,4°, wieczorem 37°. W nocy chory gorączkował [38°], spał spokojnie, o ile rurka się nie zatykała. Tętno słabe. Dziecko obecnie spokojne, chętnie pije mleko, siedzi i bawi się. Silne pragnienie. Oddech równy, spokojny. W gardzieli na tylnej ścianie z prawej strony duży, gruby nalot, z lewej mniejszy. Błona śluzowa blada, nieobrzękła. W płucach trochę grubych rzeżeń. Miejsce wstrzyknięcia na dotyk bolesne.

7. III. Ciepłota rano 36,8°. Dziecko ma się dobrze. Siedzi i bawi się. Oddecha równo, głęboko; w gardle błona śluzowa blada, żadnych złogów niema. Rana czysta. Dużo ropiasto-śluzowej wydzieliny. Bez rurki oddecha z trudem; wykrztusza przez usta zropiałe błony.

10. III. Wyjęto rurkę, oddecha dobrze, rana czysta, znacznie wciągnięta.

Epicrisis. Wskutek silnego zwężenia krtani wykonano [tracheotomię. Wstrzyknięto jednocześnie surowicę. Wprawdzie przy wieczornem oglądaniu przy złem świetle nie można było dojrzeć nawet tych nielicznych błon, jakie były rano, lecz musiały one być, gdyż nazajutrz rano znaleźliśmy wyraźną, dużą błonę na tylnej ścianie gardzieli na zupełnie bladej błonie śluzowej. Nalot ten odpadł po 40 godzinach od chwili wstrzyknięcia. Przebieg pooperacyjny był pomyślny, rurkę wyjęto 6 dnia.

№ 28. G. G., lat 8, 29. III. 1895. Zachorowała przed 5 dniami. Uskarża się na bóle w piersi. W dwa dni potem uskarżała się na ból gardła. Poprzedniego dnia o godz. 1-ej w południe jeden z kolegów widział blado-żółte naloty na prawym migdale. Na lewym migdale w dolnej części nalot wielkości $\frac{1}{2}$ centa. Błona śluzowa gardzieli czerwona i mało obrzmiała. Połyka trudno. Obok tego kaszel suchy, szczekający z małym wciąganiem międzyżebrzy. Stan ogólny dobry. Ciepłota prawidłowa. Zastosowano sublimat do tuszowania. *Tart. stib.* do wewnątrz i inhalacye.

Dzisiaj rano o godz. 7-ej znalazłem: błona śluzowa gardzieli blada, nieobrzmiała. Na prawym migdale parę punkcikowatych nalotów, na lewym niema nic. Ciepłota 38°. Kaszel suchy, szczekający. Oddech piszczący, wciąganie międzyżebrzy, *scrobiculi*, sinica pod oczami, oddechów 38, tętno 120, miękkie. Pod drobnowidzem laseczniaki LOEFFLER'a i gronkowce. Wstrzyknięto 2000 jednostek ochronnych BEHRING'a.

O godz. 5-tej po południu. Ciepłota 39°, tętno 150, oddech 42. Silne zwężenie, mocniejsze wciąganie międzyżebrzy, *scrobiculi* i *juguli*; *alae nasi* w ciągłym ruchu.

O godz. 10-tej wieczór. Ciepłota 37,5°. Stan ten sam. Sinica silna. Wykonano tracheotomię. Po operacji wydziela się z rany mnóstwo ropnej płwociny. Oddech spokojny.

30. III. 10-rano. Ciepłota 38,5°, wieczorem 37,6°, tętno 150, oddech 36. W nocy spała niespokojnie wskutek kaszlu. Dziecko obecnie wesołe, wygląda dobrze, żadnych zmian w płucach. Małe wciąganie dolnych międzyżebrzy. W gardzieli błona śluzowa biała bez nalotów.

31. III. Ciepłota rano 38°, wieczorem 37,4°, tętno 132, oddechów 30. Spała, do 12-ej w nocy, płwocina łatwo odchodzi. O 5-ej rano wykrztusiła błony. Oddech równy. Kaszel wilgotny.

3. IV. Rurkę wyjęto. Stan dobry.

Epicrisis. Prawdopodobnie gdyby surowicę wstrzyknięto o 24 godziny wcześniej, gdy tylko poczynają występować objawy zajęcia krtani, operacja byłaby zbyt późną. Jednak wskutek oporu rodziców surowicę zastosowano dopiero wtedy, gdy już się rozwinęły silne objawy zwężenia, które nas zmusiły do wykonania tracheotomii w 15 godzin po wstrzyknięciu, gdyż stan się pogorszył. Naloty zeszyły w 24 godziny. Przebieg pooperacyjny był pomyślny, a 7 dnia rurkę wyjęto.

№ 29. E. R., 5 lat, 24. V. Przed 18 dniami miała powiększony gruczoł podszczękowy prawy, przyczem gorączkowała. Po posmarowaniu jodyną obrzmienie znikło. W parę dni potem wystąpiło obrzmienie gruczołu podszczękowego lewego, które również znikło. Gdy chora była u felczera przed 9 dniami, tenże zauważył, iż ma ona gardło zaczerwienione. Przed 6 dniami jeden z kolegów widział chorą w stanie następującym: nalot na obu migdałach, który pokrywał większą część migdałów. Tylna ściana gardzieli i jęczyczek wolne. Dziecko gorączkowało, lekka *bronchitis* i objawy zwiastujące odrę. Tego samego dnia w nocy wysypała odra, która trwała trzy dni. W 2 dni po przebytej odrze było lepiej, gdyż naloty w gardzieli poczęły schodzić. Poprzedniego dnia chora poczęła grubo kasłać, zachrypła, a w gardzieli zajęta już była i tylna ściana. W płucach nic. Ciepłota wieczorem [o 8 godz.] 39,5°, tętno 148, oddechów 48.

Oddech chrapliwy. Dziecko leży apatycznie, ciężko oddechając. Od czasu do czasu duszący, suchy kaszel. Wciąganie mierne międzyżebrzy, dołka i *juguli*. Sinicy niema. Twarz czerwona. W gardzieli: cały lewy migdał oraz cała tylna ściana wytapetowane grubym szaro-żółtym nalotem. Tylna część prawego migdała oraz oba brzegi jęczyczka obłożone takim samym nalotem. Reszta niezajętej błony śluzowej prawego migdała i jęczyczka mocno czerwone i obrzmiałe. Gruczoły podszczękowe niezajęte. W lewym płucu pod kątem łopatki odgłos wypukowy stępiony, oddech mocno zaostroszony. Wydech z podmuchem oskrzelowym, nieliczne trzeszczące rżenia. Wreszcie w płucach mnóstwo świstów. Badania drobnowidzowego nie dokonano. Wstrzyknięto 1000 jednostek ochronnych ARONSON'a.

25. V. W nocy spała spokojnie. Około 5-ej rano wykrztusiła kawałek gęstej płwociny.

Godz. 12. Ciepłota 38,6°. Wydziela dużo śluzo-ropnej płwociny przy kaszlu. Oddecha spokojniej, wciąganie jak poprzedniego dnia większe *juguli*, niż dołka. Nalot po lewej stronie cieńszy, na tylnej ścianie gardzieli błona poczyna przeświecać.

Godz. 6-a wieczór. Ciepłota 38°, tętno 138, oddechów 60. Silniejsze wciąganie dolnych średnich międzyżebry, zarówno dołka i *juguli*. Sinicy niema. Kaszel po południu bardziej suchy. Oddech chrapliwy. W gardzieli błony oddzielają się strzępami. Naloty mleczno-białego koloru. Z obu migdałów prawie w połowie zeszczyły. Błona śluzowa obrzmiała i czerwona. Na tylnej ścianie gardzieli nalot również o połowę mniejszy, mleczno-białego koloru. Stępienie pod lewą łopatką także samo. Oddech z podmuchem oskrzelowym. Wreszcie płuc oddech słyszalny, mnóstwo świstów. Głos ochryply.

W tej chwili stan gardzieli jest o wiele lepszy, aniżeli poprzedniego dnia, lecz natomiast duszność się zwiększyła prawdopodobnie wskutek zatkania tchawicy już oddzielonemi, lecz jeszcze niewykrztuszonemi błonami. Sądzę o tem przez analogię z wyglądem błon w gardzieli.

O godz. 7-iej wieczór dziecko dostało ataku asfiktycznego, zsiniało i prawie było bez życia. Ocucono dziecko. W pół godziny potem przybył kolega, który wraz ze mną obserwował dziecko i znalazł stan następujący: tętno 160, dziecko blade, wyczerpane, chłodne, sinicy nie było. Oddech ciężki, wciąganie to samo. Po podaniu moszusu i paru łyżek *tart. stib. z ammonium muriat.* dziecko przyszło do siebie, lecz oddech pozostał niezmienny. Zrobiono inhalacje, poczem dziecko wykrztusiło 2 kawałki twardej i grubej błony.

O godz. 11-iej wieczór. Ciepłota 38,3°, tętno 120, oddechów 48. Dziecko siedzi spokojnie na ręku u matki. Oddech równy, spokojny, acz przyśpieszony. Nie wciąga ani dołka, ani międzyżebry, trochę *jugulum*. Oddech niechrapliwy. W płucach żadnych świstów, oddech słyszany na całej przestrzeni. Na miejscu oskrzelowego podmuchu pod łopatką oddech zaostroszony. W gardzieli, o ile można dojrzeć przy skąpem świetle i oporze dziecka, nalotów, zdaje się, niema, lecz widać tylko rozpalnioną, czerwoną błonę śluzową. Stan ogólny znacznie lepszy. Głos czyściejszy.

26. V. O godz. 12 w południe ciepłota 38,3°, tętno 144, oddechów 30. Do godz. 5-ej rano spała spokojnie, poczem oddech stał się chrapliwym. O 6-iej wykrztusiła znowu kawał błony twardej o wiele większej, aniżeli poprzedniego dnia i parę małych kawałków. Oddech obecnie niechrapliwy, słabe wciąganie dolnych międzyżebry i *juguli*. Dziecko dość rześkie, bawiło się. W gardzieli: na obu migdałach żółte, zropiałe naloty, w połowie jeszcze pokrywające przednią powierzchnię. Na tylnej ścianie gardzieli smugi zropiałych błon, między którymi błona śluzowa jeszcze czerwona. Wydziela przy kaszlu dużo ropnej płwociny. W płucach świsty niezbyt liczne, w dolnym płacie prawego płuca grube rżęzenie, w dolnym płacie lewego stępienie, oddech wyraźnie oskrzelowy bez rżężeń. Głos czyściejszy, acz ochryply bardziej, aniżeli poprzedniej nocy. Ogólny stan dobry.

O godz. 8-iej wieczór ciepłota 40°.

27. V. 6-a rano ciepłota 40°. Niepokój, małe wciąganie dolnych międzybrzy, głos ochrypli. W gardzieli jeszcze smugi biało-żółtych, ropnych nalotów w mniejszej ilości, aniżeli poprzedniego dnia. Błona śluzowa jeszcze zaczerwieniona. Kaszel wilgotny; dziecko odpluwa mnóstwo żółtej plwociny. Trochę bawiło. W lewym płucu w dolnym i średnim płacie wyraźne zapalenie płuc.

Godz. 2½ po poł. Ciepłota 39,3°, tętno 150, oddechów 42.

Godz. 8-a wieczór. Ślady nalotów. Dziecko się bawiło. Oddech nieco przyspieszony. Wciąganie bardzo słabe.

28. V. Ciepłota rano 37,2°. Dziecko zdrowe. W gardzieli ani śladu nalotów, ani zaczerwienienia. W lewym płucu rżenia trzeszczące. Od tej pory dziecko się poprawiało i jest zupełnie zdrowe.

Epicrisis. Dziecko, co najmniej, 6-go dnia choroby otrzymało surowicę w stanie bardzo ciężkim, gdyż z silnym zajęciem gardzieli, tchawicy i zapaleniem płuc. Przypuszczałem, że nie unikniemy tracheotomii, jakkolwiek wierzyłem w pomyślne zejście sprawy w gardzieli, jednak stan tchawicy i płuc budził poważne obawy. Wpływ surowicy uwidocznił się po 24 godzinach, gdy błony w gardzieli poczęły schodzić, najwidoczniejszy wpływ był zaś po 40 godzinach, gdyśmy znaleźli już tylko część zropiałych nalotów. Tymczasem w tchawicy nastąpiło pozorne pogorszenie, gdyż po 24 godzinach gwałtowny napad asfiktyczny o mało co nie przyprowadził dziecka o śmierć. Dopiero wykrztuszone błona jedna i druga uwolniła dziecko od duszności i od tej pory datuje się stanowczy zwrot w sprawie dyfterytycznej. Ów napad spowodowany był prawdopodobnie zatkaniem światła tchawicy już oddzielonemi, lecz jeszcze nie wykrztuszonemi błonami. To przypuszczenie stwierdziło się po chwili, gdy silniejszy napad kaszlu spowodował wyrzucenie na zewnątrz owej przeszkody. Ciepłota nie spadała gwałtownie, lecz przyczyną tego była sprawa w płucach. Zapalenie to dosięgło swego szczytu 3-go dnia obserwacji, gdy ciepłota podskoczyła do 40°, a objawy zapalenia płuc wyraźnie wystąpiły. Czas trwania dyfterytu od chwili zastosowania surowicy wynosił 4½ doby przy tak kolosalnych zmianach w gardzieli i krtani, które w innych razach prowadziłyby: 1-o do tracheotomii, a 2-o prawdopodobnie sprowadziłyby śmierć. [C. d. n.]

ODCINEK.

W KWESTYI PROFILAKTYKI CHOROÓB ZAKAŻNYCH.

[Dokończenie. — Patrz Nr. 45].

Trudniejsza sprawa z chorobami zakaźnemi przewlekłemi. Najbardziej na drodze przechodzenia zarazka z osobnika na osobnik groźną chorobą jest u nas syfilis.

Wkrótce ma się odbyć zjazd osób kompetentnych ze sfer lekarskich i administracyjnych, dla obmyślenia środków, mogących ograniczyć szerzenie się sy-

filisu. Sądząc z rozmów z niektórymi szanownymi kolegami oraz z niektórych odgłosów prasy, obawiamy się, aby i na tym punkcie nie dano się unieść zbyt wyłącznie idei bezpieczeństwa zdrowia cielesnego.

Słyszeliśmy przez ludzi poważnych głoszone propozycje, aby osoby, zwłaszcza płci niewieściej, do pewnych zajęć [posługa domowa, bufetowe w sklepach spożywczych, kelnerki i t. d.] dopuszczane były jedynie po przedstawieniu odpowiedniego świadectwa zdrowia i aby w ogóle granice dopuszczalności sprawdzania stanu zdrowia młodych niewiast były znacznie rozszerzone. Proponowany środek przedstawiania świadectwa nie ma wartości praktycznej; nowo zgodzona kelnerka, może wprawdzie świadectwo przedstawić, ale to tylko świadectwo, nie banderola. Świadectwo to absolutnie traci swoją wartość już w trzecim dniu pełnienia jej obowiązków. Za to większą niż niepraktyczność tego sposobu, jest jego niemoralność. Rozumiemy to dobrze, że w sprawie obrony zdrowia publicznego nie można pozostawić cennemu prawu wolności osobistej absolutnej nietykalności, ani też stajemy na stanowisku Yves Guyot'a, który jest przeciwnikiem absolutnym wszelkiej kontroli państwa nad prostytucją, wychodząc z zasady, że: „wszelka choroba fizyczna, choćby jak najcięższa i liczne tworząca ofiary, mniej jest niebezpieczną od choroby moralnej, poddającej połowę ludności samowoli policyi i wpajającej w człowieka przekonanie, że rozpustne jego życie powinno być osłonięte opieką socyalną“.

Liczne badania statystyczne w rozlicznych krajach dowiodły dostatecznie, że sanitarna opieka państwa nad prostytucją jawną, z obowiązkowemi oględzinami i obowiązkowem leczeniem, wpływa znakomicie na zmniejszenie chorób wenerycznych w danej miejscowości. Niewątpliwie szkodliwszą daleko, odnośnie do szerzenia syfilisu, jest prostytucya tajemna, niż jawna. Tu wszakże nierównie większe przedstawiają się trudności. Autorowie, zajmujący się tym przedmiotem, proponują, aby: kobiety znane powszechnie, jako oddające się nierządowi pokątnemu, zmuszane były do poddawania się oględzinom, narówni z zostającymi pod kontrolą prostytutkami; MARTINEAU [„Prostytucya potajemna“] nie żąda przytem zapisania ich w rejestry policyjne pod kategorią jawnych nierządnic. Nie chcemy się tu wdawać w rozbiór ślizkiego pojęcia: „znane powszechnie“... powiadamy ślizkiego, o ile tu bowiem ku jednej granicy wzmaga się pewność, o tyle ku drugiej pewność ta słabnie, aż do narażenia niewinności zupełnej albo przynajmniej libertynizmu, nie wkraczającego wszakże w granice niebezpieczeństwa publicznego pod względem sanitarnym. Rzecz cała pozostawiona być musi taktowi i obowiązkowości dobrze zrozumianej służby policyjno-sanitarnej. Są tu zresztą drogi utarte: podejrzanymi być mogą najprzód zakłady, jak pewne restauracje, piwiarnie, hotele, dystrybucje i t. p.; dalej pewni mężczyźni, jako stręczyciele, wyzyskiwacze kobiet, a potem dopiero kobiety, w częstych stosunkach z powyższymi zakładami lub ludźmi pozostające.

Pojęcie nierządniczy tajnej jest niezmiernie względnem; rozciąga się ono, ze stanowiska lekarsko-policyjnego—pomijamy tu naturalnie traktowanie kwestyi z punktu widzenia etyki—do kobiet, które na sprzedaż, w celach zysku materialnego, oddają swe ciało, a w zetknięciu z wielu mężczyznami w krót-

kim przeciągu czasu, więc np. w czasie trwania owrządzenia syfilitycznego, lub w okresie lepieży, stają się groźnym rozsądnikiem choroby.

Cała dziedzina życia płciowego kobiet, po za szrankami legalnego małżeństwa—jakkolwiek ze stanowiska etyki surowo je sądzilibyśmy i nawet srodze potępiali—nie może przenigdy stać się prawnie przedmiotem kontroli sanitarnej; byłoby to zbyt doniosłe targnięcie się na wolność osobistą człowieka, bez względu na to, czy człowiekiem tym jest kobieta, czy mężczyzna. A gdyby jaki namiętny czyszciciel obyczajów lub zapamiętały opiekun zdrowia publicznego sądził, że w imię moralności lub zdrowia godzi się państwu posuwać cenzurę życia jednostek do ostatecznych granic, to śmielibyśmy zapytać, ażali ci zwolennicy bezwzględnej kontroli państwowej pragnęliby ją widzieć zastosowaną do wszystkich dziedzin obrażanej moralności, choćby tylko wszystkich dziedzin, stanowiących o zdrowiu publicznem?

Czy zgodzili-by się ci panowie na to np.: aby urzędnik państwowy, nie ograniczając się do regulowania czynności zakładu, więc np. do zamykania winiarni we właściwej godzinie lub we właściwym dniu, kontrolował ilość butelek wina lub kieliszków koniaku, wypijanych przez biesiadników i stopień rozgrzania ich mózgu, aby w danym razie stawiał *veto* odnośnie dalszego ucztowania i wreszcie aby, idąc dalej w duchu opieki nad bezpieczeństwem zdrowia przyszłych pokoleń, miał prawo wzbronić małżonkowi zbliżenia się do swej połowicy w stanie podchmielonym, albowiem potomność, poczęta w stanie podchmielenia jednego z rodziców, bywa neuropatyczną, epileptyczną lub psychopatyczną? Czy zgodzili-by się ci panowie, aby urzędnicy państwowi, karać byli władni małżonków za sztuczne pożycie—wszakże to podkopuje własne ich zdrowie, a kraj odludnia?

Zapewne, że nikt by nie uważał życia tego za warte udziału w niem, gdyby szczęście w niem było okupywane taką nieustającą kontrolą woli i czynów, a przedewszystkiem trzeba by stworzyć kontrolę kontrolerów, czy ci ostatni w duchu prawdziwej moralności jednych ścigają, drugich puszcza-ją mimo.

Nie chcemy przez to przeczyć, iż opieka państwa jest jednym z koniecznych i nieodzownych warunków porządku publicznego, hamulcem skutecznym wybuchających zbroczeń w życiu społecznem i warunkiem szczęścia ludów. Ale każdy, zdrowo a trzeźwo patrzący na rzeczy przyzna, że kontrola państwowa życia jednostek musi przez samo państwo i w jego interesie być umiejętnie w odpowiedni ramy wtłoczona.

Kontrola państwowa nad nierządem jawnym to rzecz, samą naturą instytucji, ujęta w ramy i granice. Pożyteczność jej jest niewątpliwą, a słuszność mają ci, którzy napominają, iż ma odbywać się gorliwie, ściśle i stanowczo, ale niemniej humanitarnie i łagodnie, aby przez zbytnią surowość nie przyczyniała się pośrednio do wzrostu prostytucji pokątnej.

Kontrola państwowa nad nierządem tajnym, już jest rzeczą znacznie trudniejszą, ramy jej muszą być elastyczne, ale strzedz należy jak najusilniej, aby one, rozszerzając się, nie zagarniały terenu do niej nie należącego i aby spełniające ją narzędzia nie grzeszyły prostytucją w innym kierunku, t. j. nie sprze-

dawały za zyski materialne swojego obowiązku, ani nie pomagały świadomie szantażowi i niewyczerpanej w środkach ludzkiej złości powodowanej uczuciem zemsty, zawiści i t. p..

Bardzo będzie wielkiem i niełatwym zadaniem komisji wypracowanie odpowiedniego w tej materji regulaminu.

Ale jeżeli kontrola nierządu pokątnego, pomimo jej niewątpliwego pożytku, musi być obwarowaną bardzo umiejętnie dla unikania niezasłużonego krzywdzenia prawa wolności osobistej, a przez wielu autorów była wprost potępianą, to cóż powiedzieć o barbarzyńskim iście projekcie, w głowach lekarzy jednakże mieszkającym, o projekcie poddawania kontroli sanitarnej, t. j. oględzinom lekarskim, ze względu na syfilis, całych pewnych zawodów, spełnianych przez kobiety, np. robotnic fabrycznych, służby domowej, kelnerek, bufetowych w składach pieczywa, wędlin i t. p..

Następujące zarzuty projektowi temu można postawić.

Panowie, którzy sądzą, iż wystarcza jednorazowe zbadanie lekarskie i wydanie odpowiedniego świadectwa, na mocy którego można dopiero dać odpowiednie zajęcie kandydatce, po małym zastanowieniu się przyznają chyba sami, iż byłaby to czeza i bezcelowa formalność, któraby dla wielu wielką była przykrością, a dla zagroźnienia rozszerzania się syfilisu żadną zaporą; bo, jak rzekliśmy wyżej, świadectwo takie ma wartość kilkudniową zaledwie, z czego wynika, że stan zdrowia wszystkich do powyższych kategorii należących kobiet powinien by być zaświadczany przynajmniej dwa razy na tydzień. Chodzi więc nie o jednorazowe poświadczenie, ale o kontrolę stałą lekarską, ze wszystkimi następstwami sądowo-karnymi za uchylanie się, obejście władzy, opór władzy i t. d.. Rzucają się tu wszakże w oczy następujące trudności.

Po 1-sze. Trudność w ścisłym określeniu podchodzącego pod dane prawo zawodu. Co to są np. robotnice fabryczne? Czy robotnice przędzalni lub fabryki tabaczej, czy także robotnice fabryki gorsetów i rękawiczek lub bielizny, albo okryć damskich, kopert i t. d.?

Co to jest sklep z pieczywem? Czy ten tylko, gdzie chleb i bułki sprzedają, czy i ten gdzie obok bułek i ciasta sprzedają, lub gdzie obok ciast i bułek kupić można. Od sklepu lub piekarni bułek do cukierni pierwszorzędnych takie są stopniowe przejścia, że nie wiadomo, czy prawo kontroli do wszystkich tych instytucji ma być stosowanem. Nieporozumienie w określeniu charakteru instytucji w sprawach podatkowych to rzecz niewielka, pozostaje tu sąd, apelacya, wreszcie powrót nadebranego podatku, ale w sprawie oględzin lekarskich—żaden sąd nie może uczynić niebyłym raz spełnionego pogwałcenia poczucia wstydu i godności niewieściej.

Po 2-ie. Nie tylko że ścisłe określenie instytucji, podchodzącej pod prawo kontroli, jest trudnem, ale i osób samych w tych instytucjach. Czy sklepi-czarką jest tylko kobieta najemna, czy właścicielka sklepu bułek, lub jej córka, pieczywo sprzedająca, czy właścicielka restauracyi, cukierni, mleczarni lub zakładu kumysowego, lub jej córka, posługująca gościom, równie jak kelnerka lub bufetowa najemna podchodzą lub nie podchodzą pod obowiązek świadczenia zdrowia? *Census* tu chyba będzie stopień wykształcenia lub stopień za-

możności. *Risum teneatis amici*, boć to nie żarty. Ależ co za pokusy na cnotę urzędniczą i jaka rozległa otwiera się arena dla prostytutcy wziętkowej!

Pewien procent uczciwych kobiet w zawodach, podchodzących już niewątpliwie pod kontrolę, istnieje w każdym razie, biorąc rzeczy nawet najpesymistyczniej. Czyż może państwo dopuścić, aby nawet dla ochrony społeczeństwa poświęcano jedną z największych i najpiękniejszych cnót niewieścich: poczucie honoru i wstydu, aby ciągłą moralną krzywdą części społeczeństwa usiłowano zapelniać szczyby czynione zdrowiu przez inną jego część?

Kontrola sanitarna całych grup zawodowych przyniesie natomiast wprost przeciwne rezultaty. Wpłynie ona na obniżenie powszechnej moralności w ogóle, moralności płciowej w szczególności i narazi moralne i fizyczne interesy społeczeństwa jeszcze bardziej.

Stała kontrola sanitarna całych grup imputuje im urzędowo niejako winę, a że kontrola nie pociąga za sobą bynajmniej kary, imputowanie to ogółowi winy wychodzi na winy tej tolerowanie, owszem staje się niemal skądinąd ze strony państwa, że liberynizm płciowy jest zjawiskiem niejako koniecznym, którego istnienie rozumie się samo przez się. Że oględziny lekarskie na równi z winnymi niewinnymi dziewczętami są naturalnym popychaniem tych ostatnich do grzechu—to jest aż nadto jasnym.

Wprowadzenie kontroli sanitarnej całych grup zawodowych kobiecych, dla zapobieżenia szerzeniu się syfilisu byłoby okrutnym, oburzającym zamachem bezpośrednio na moralność, pośrednio na zdrowie społeczeństwa, byłoby to energiczne ścieranie brudu z ciała wraz z płatami żywej skóry.

W ogóle pamiętać należy nam lekarzom o tem, że jakkolwiek wielką doniosłość jest sztuki lekarskiej i higieny, jakkolwiek nam lekarzom przede wszystkim wysoce cenić należy dwie te umiejętności, to jednakże przeceniać znaczenia ich bądź, co bądź, nie godzi się.

Świat ludzki stanął na wyżynie świata ożywionego — i dzięki warunkom naturalnym i siłom władającym w przyrodzie, ani drabina, po której wznosiły się ku coraz wyższemu rozwojowi istoty ożywione nie załamała się przez długi szereg tysiącleci, ani rozwój życia nie został powstrzymany. I świat ludzki, jakkolwiek świadom siebie, istnieje i doskonali się cieleśnie i duchowo, istnieć będzie, że się tak wyrazimy, z woli potęgi i siły wyższej. Nie objawiamy się tedy zbyt często ani o jego ztratę, ani o skarłowacenie. Bezwątpienia, kultura z jej wytworami, jej środkami ratunkowymi i pomocami jest również siłą w naturze, ale naturalnym jej sternikiem to krytyka zdrowego rozsądku. Nie w szukaniu zapamiętałem lepiej i owrzodzeń na nymfach niewieścich leży zbawienie ludzkości od degeneracji syfilitycznej, jeżeli *nota bene* zwyrodnienie takie w istocie grozi, ale w podniesieniu oświaty, moralności, zmniejszeniu nędzy i t. d.. Najlepszym tego dowodem, że dziedziczne degeneracje zależne od syfilisu, dotyczące całych mas ludności, t. zw. syfildy, spotykamy tylko w okolicach oddalonych od wielkich ognisk cywilizacji, najczęściej w zapadłych wioskach dalekiej północy [Szkocya, Norwegia, Jutlandya, Kurlandya, Syberya] lub w mało cywilizowanych miejscowościach Dalmacyi, Serbii, Grecyi.

Groza syfilisu to sprawa bardziej socjalna, niż lekarska. Społeczeństwa, jak zawsze, z ostateczności wpadają w ostateczność, tak w sprawie profilaktyki chorób zakaźnych od szkodliwej obojętności i niedbalstwa; broniących się fatalizmem, wpadają w przesadzoną trwogę wszelkiej choroby, dochodzącą do pewnego rodzaju małodusznego tchórzostwa, stawającą się, jeśli się nie mylimy, do pewnego stopnia chorobliwą manią skłoną do tworzenia ofiar dla zapobiegania ofiarom.

Miarkować tendencje ku wszelakiej ostateczności jest obowiązkiem trzeźwej inteligencji. N.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

91. Jordan. Przypadek jednostronnego zstąpienia obu jąder. (*Ectopia testis transversa*).

Na klinikę prof. CZERNY'ego w Heidelbergu przybył 8-letni chłopiec, w celu wyleczenia się z wrodzonej lewostronnej przepukliny pachwinowej. Przy badaniu dziecka, prócz przepukliny, wykryto nie zauważone przez rodziców przemieszczenie ujścia zewnętrznego cewki moczowej, która otwierała się u podstawy moszny (*hypospadiasis*), a dalej niezwykle wymiary prawej połowy moszny, brak w niej jądra, oraz powiększone jądro lewe i bardzo dużych rozmiarów lewą połowę moszny. Po zachloroformowaniu chorego, odprowadzeniu jelita i przecięciu worka przepuklinowego, stwierdzono, że wyrostek pochwoy był niezarośnięty, a na dnie jego było widać dwa okrągławe, podobne do jądra twory, od których podotrzewnowo ciągnęły się dwa sznurki ku kanałowi pachwinowemu. Wobec niejasnych stosunków anatomicznych, ograniczono się na zaszyciu worka i rany, poczem otrzymano dość rychło zrost zupełny, co zresztą nie zabezpieczyło od nawrotu, przed wystąpieniem którego zoperowano choremu zboczenie cewki sposobem THIERSCH'a. Podczas 2-ej operacji po rozcięciu worka i odprowadzeniu pętlicy kiszkiowej znaleziono w nim również owe dwa, wielkości jaja gołębiego, mające pozór jąder, twory, obecnie przez złogi włóknikowe sklezione. Oddzielenie i wyosobnienie obu tworów, przechodzących w powrózek, poszło dość łatwo. W dalszym ciągu, w celu zamknięcia otrzewnej, poprzecznie nadcięto otrzewną na obwodzie tylnym szyi worka przepuklinowego i na pewnej przestrzeni oddzielono ją od tkanek, poniżej leżących; wobec tego, że uprzedzenie recydywy przy nader szerokich, przepuszczających dwa palce wrotach przepuklinowych i stosunkach anatomicznych zawartości moszny, byłoby niemożliwym, z uwagi zaś na wygląd, spoistość i położenie jąder, o ich sprawności fizyologicznej myśleć nie było można, zawartość moszny wyluszczoneo całkowicie, przyczem przecięto sznurek nasienny na wysokości wrót przepuklinowych. Tym sposobem odsznurowaną całkowicie szyjkę wepchnięto do jamy brzusznej, wreszcie zaszyto wrota przepuklinowe i skórę. Zagojenie poszło prawidłowo.

Wyluszczone worek przepuklinowy, o 4 ctm. niemal średnicy, przedstawiał ściany modzelowato-zwyrodnione, na nim zaś znajdowały się dwa palcowate, 4 ctm. długie przydatki, których zbadaniem zajął się prof. KLAATSCH. Według tegoż, istota zбочenia polegała na obecności jednego wspólnego dla obu jąder nasieniowodu (*vas deferens*). Nasieniowód przedstawiał na przecięciu szeroki, o bardzo grubych ścianach, kanał, którego wymiary były niezwykle znaczne, jak na wiek chorego. Kanał ten, otoczony zbitą tkanką, przebiega ukośnie na lewo i ku dołowi, i w miarę opuszczania się, staje się grubszym i szerszym, a niedaleko miejsca, w którym odchodzą dwa palcowate twory, przedstawia bańkowate rozszerzenie. Tutaj nasieniowód wspólny dzieli się na dwa boczne; z tych prawy, odchodząc od pnia wspólnego pod kątem ostrym, tak co do swej wielkości, jak i dalszego kierunku, wykazywał stosunki prawidłowe, zmierzając z początku prosto, potem falisto, zaginając się ku niezwykle powiększonemu przyjądrzu, wypełniającemu niemal całkowicie odcinek końcowy przydatka prawego, t. j. worek pachwinowy prawy, osłonięty twardą, włóknistą powięzią COOPER'a. Do tej ostatniej głębiej leżące tkanki tak szczelnie przyrosły, że niepodobna było tu odróżnić ani mięśnia unoszącego jądro, ani też powłoki pochwowej wspólnej (*tun. vag. communis*). Samo jądro, dobrze rozwinięte odpowiednio do wieku chorego; przyjądrze zaś w niektórych tylko miejscach na przecięciu przedstawia prawidłowe kanaliki, pozostała część jest włóknisto zwyrodnioną.

Co do nasieniowodu lewego, będącego zrazu dalszym ciągiem wspólnego odcinka, tenże przebiegał w lekkich zakrętach ku tyłowi i brzegowi zewnętrznemu lewego worka pachwinowego, który, zamiast przyjądrza, zawierał jedynie dużą ilość tłuszczu wraz z gubiącym się w tym ostatnim końcu nasieniowodu, przyczem jądra lewego nie udało się rozpoznać wcale, a tylko pod drobnowidzem stwierdzono oddzielne wśród tkanki tłuszczowej kanaliki przyjądrza.

Powyższe nieprawidłowości zależą, być może, jedynie tylko od spraw zarastania, możliwych w obrębie powrózka płciowego (*Genitalstrang*) w okresie zarodkowym bardzo wczesnym, t. j. na długo przed rozpoczęciem zstępowania jąder, a mianowicie od połączenia się w odcinku, zwróconym ku zatoce moczopłciowej obu przewodów WOLFF'a, podczas gdy odcinek, idący ku gruczołom zarodkowym, pozostał wolnym. Nastąpiło więc tu prawdopodobnie ze strony owych przewodów w sposób nieprawidłowy to samo, co prawidłowo ze strony przewodów MUELLER'a prowadzi do utworzenia się macicy, i mniemać wypadnie, że w tym tak wczesnym okresie rozwinięte jeszcze kanały MUELLER'a u mężczyzny nie pozostały bez wpływu na to nieprawidłowe wytworzenie się stosunków. Przy rozpoczęciu nasieniowód wspólny był już gotowym, jądra oddzielić się od siebie nie mogły, a prawe, uległszy przewodzie lewego, wstąpiło do jego worka, gdzie potem rozwinęło się samoistnie; lewe jądro wreszcie, pod wpływem trudnych do wyjaśnienia czynników, uległo w okresie następczym zupełnemu zanikowi.

Przypadek ten należy do nadzwyczaj rzadkich, gdyż oprócz niego istnieje w całym piśmiennictwie tylko jedno jedyne analogiczne spostrzeżenie LENHOS-

SEK'a, który widział obecność obu jąder, mieszczących się również w lewej polowie moszny na trupie 35-letniego wyrobnika, zmarłego na tyfus.

(*Deutsche medicin. Wochenschr.* 33. 1895).

K. Niedzielski.

WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE.

21. Środki moczopędne przy chorobach serca z zaburzoną kompensatą. ZANGGER (*Correspondenzblatt f. Schweizer-Aerzte.* 1895. 20. *Deutsche med. Woch.* 1895. 45) na klinice prof. EICHHORST'a przeprowadził u 80 chorych, dotkniętych cierpieniem serca z zaburzoną kompensatą, spostrzeżenia nad działaniem środków moczopędnych i doszedł do następujących wniosków.

U wielu chorych, u których niedomoga serca zależną była od nadmiernych wysiłków cielesnych, samo pozostawanie w łóżku wystarczało do zwiększenia wydzielania moczu: u 16 chorych tego rodzaju ilość moczu zaraz w pierwszych dniach wzrosła do 1500 ctm. sześć. na dobę.

Jeżeli pod wpływem trzydniowego pozostawania w łóżku diureza nie zwiększała się, przystępowano zawsze do stosowania odpowiednich środków leczniczych, a mianowicie: albo samych przetworów naparstnicy, albo też kombinacyi przetworów naparstnicy z innymi środkami, jak: kamfora, kalomel, diuretyna. Pod względem praktycznym należy tu zaznaczyć, że bardzo często, gdy same przetwory naparstnicy zawodziły, bardzo dobre wyniki otrzymywano, stosując naparstnicę razem z innymi środkami moczopędnymi.

Naparstnicę podawano albo w proszku [0,1 — dwa lub trzy razy dziennie], albo w postaci naparu [z dodatkiem octanu potasu lub bez tego dodatku].

W niektórych przypadkach, w których inne środki zawodziły, digitalina (*Digitalinum verum* 0,06, *Spirit. vini diluti et Aqua destill. ana* 30,0. S. Trzy razy po 5 ctm. sześć.) dawała doskonałe rezultaty.

Diuretynę podawano w dawce 4—5 gramów dziennie. Wszelako w niektórych przypadkach trzeba było odstawić ten środek, gdyż wywoływał mdłości i wymioty.

Doskonałe wyniki otrzymywano wielokrotnie, stosując razem naparstnicę i diuretynę (*Fol. Digitalis pulverat.* 0,1, *Diuretini* 1,0. D. S. Trzy razy dziennie proszek).

Takie same wyniki dawały inne kombinacye, a mianowicie:

Naparstnica z kamforą (*Pulv. fol. Digitalis* 0,1, *Camphorae* 0,05 — 0,1. S. Trzy lub cztery razy dziennie).

Naparstnica z kalomelem (*Fol. Digitalis pulv.* 0,1, *Calomelanos* 0,1. S. Trzy lub cztery razy dziennie).

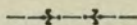
Wszelako tą ostatnią kombinację, t. j. z kalomelem, można stosować, co najwyżej, przez trzy dni, gdyż często powstają mdłości i rozwolnienie.

Strofantyna (*Strophantini Niehaus guttae* VI na 45,0 wody. Trzy razy dziennie 5 ctm. sześć.) nie wywoływała znacznego zwiększenia diurezy.

W przerwach podawano, jako *adjuvantia*: *Kalium aceticum*, *Kalium nitricum*, *Saturatio Scillae*.

Wiktor Grostern.

Wiadomości bieżące.



— COLOMBO wykonał szereg doświadczeń na psach w sprawie wpływu mięsienia na zdolności wydzielnicze gruczołów. Mięśnienie pewnych okolic wywołuje przypływ krwi do odpowiednich gruczołów [C. masował okolice żołądka, ślinianek, wątroby, nerek, jąder i t. d.] i zwiększa w nich ilość wydzieliny wraz ze wszystkimi jej częściami. (*La Semaine Médicale*. 1895. Nr. 5). W. Ł.

— Na posiedzeniu Tow. Chir. w Berlinie w czerwcu r. b. HAHN przedstawiał preparat śledziony, wycięty z powodu bąblowca. U 35 letniej kobiety wkrótce po ostatnim, ósmym porodzie powstał guz w lewej połowie jamy brzusznej; szybkim wzrostowi guza towarzyszył znaczny ubytek na wadze ciała. Przy badaniu H. znalazł w lewej połowie jamy brzusznej guz wielkości głowy dziecka, łatwo poraszalny, o powierzchni gładkiej; guz ten, cokolwiek bolesny przy obmacywaniu i chęłbocący, przy położeniu chorej na wznak chował się pod lewe podżebrze. W lutym r. b. HAHN wykonał operację: po otwarciu jamy brzusznej za pomocą zwykłego cięcia, poprowadzonego w smudze białej, H. wydobyl guz wielkości główki dziecięcej; była to śledziona zawierająca, jedną dużą torbiel. Rozpoznanie wahać się mogło pomiędzy mięsakiem torbielistym, torbielą wypełnioną krwią lub bąblowcem. Wobec niezmiernie cienkich ścian torbieli, a więc niebezpieczeństw [krwotok, zerwanie ściany torbieli, następcze zapalenie otrzewnej], jakie nastęrczać mogło przyszcycie torbieli do ścian brzusznych i jej przecięcie, H. wyciął całą śledzionę po podwiązaniu naczyń, które znajdowały się w długiej szypule śledziony. Przebieg pooperacyjny pomyślny; wyzdrowienie. Wycięta śledziona ważyła 8500 grm., długość jej wynosiła 26 ctm., szerokość 11 ctm., grubość 12 ctm.. Badanie wykazało bąblowca. Bąblowca śledziony, według odnośnych danych statystycznych, spotykamy dość rzadko: od 0,7 do 3,4% ogólnej liczby przypadków bąblowca. Przypadek autora wycięcia śledziony, dotkniętej bąblowcem, jest siódmym opisanym w literaturze z operowanych przez całkowite wycięcie narządu chorego. Z tych siedmiu przypadków dwa zakończyły się śmiertelnie; w obu przypadkach rękoczynny były niezmiernie utrudnione przez liczne zrosty śledziony z żołądkiem z pętlcami jelit, a zwłaszcza ze ścianami brzuszными oraz z siecią. Z zalecanych sposobów operowania H. za odpowiednie uważa tylko dwa, t. j.: a) wycięcie śledziony, b) wszycie torbieli do rany brzusznej oraz natychmiastowe jej przecięcie, lub też późniejsze na drugim posiedzeniu. Liczne, pomyślnie zakończone spostrzeżenia wycięcia śledziony, czy to z przyczyn urazowych, czy też z powodu torbieli, wreszcie liczne dane doświadczalne nad zwierzętami dowodzą, że ustrój dość łatwo powetować może utratę śledziony. W tych jednak przypadkach bąblowca lub torbieli śledziony, w których istnieją liczne zrosty jej z sąsiednimi narządami, H., zamiast wycięcia, radzi wszycie śledziony oraz przecięcie. Rozstrzygnąć jednak pytanie, który z zalecanych obu sposobów jest lepszym, mogą dopiero dalsze spostrzeżenia. (*Deutsche Med. Wochschrft*. 1895. 28).

W. Ł.

Wydawca, D-r St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny, D-r Wł. Gajkiewicz.

Дозв. Цензурою, Варшава, 3 Ноября 1895 г. Druk K. Kowalewskiego. Warszawa, Mazowiecka 8.