

GAZETA LEKARSKA.

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

Cena w Warszawie: rocznie 5 rs., na prowincyi, w Cesarstwie i za granicą: rocznie 6 rs. Cena ogłoszeń: Trzy pierwsze po kop. 15 za wiersz drobnem pismem, lub za jego miejsce, następne po kop. 10; ogłoszenia zagraniczne po kop. 18 za wiersz drobnem pismem lub jego miejsce.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. Gajkiwicz Władysław. Wydawca: Dr. Kondratowicz Stanisław.

Adres Redaktora: Marszałkowska Nr. 115. Adres Wydawcy: Marszałkowska Nr. 119.

Treść: I. L. NENCKI. Metylmerkaptan (CH_3SH) nowo otrzymany gaz z kiszek ludzkich. — AL. FABIAN. II. Kilka uwag nad przymiotem układu nerwowego. — III. WŁ. WRÓBLEWSKI. Wyrośle adenoidalne w nosowej części gardzieli. *Vegetationes adenoideae in parte nasali pharyngis* [Dalszy ciąg]. — *Notatki lekarskie.* J. ANDRZEJOWSKI. 10. Nagłe zejście śmiertelne w przebiegu choroby plamistej WERLHOF'a. — *Dział sprawozdawczy.* 48. LUCAS-CHAMPIONNIERE i DANION. Leczenie elektrycznością włókniaków macicy. 49. PRUDDEN i NORTHRUP [Nowy Jork]. Badania nad etyologią zapalenia płuc przy błonicy u dzieci. — Wiadomości bieżące. — Ogłoszenia.

APTEKA SKŁAD WÓD MINERALNYCH NATURALNYCH,

WPROST ZE ŹRÓDEŁ SPROWADZANYCH,
pod firmą

D^R T. HEINRICH

w WARSZAWIE

przy rogu ulic Wierzbowej i Senatorskiej N. 473b istniejąca.

Jest stale zaopatrywaną we wszystkie wody mineralne świeżego czerpania, jak również w lekarstwa specjalne zagraniczne i środki lekarskie w ostatnich czasach w użycie wprowadzone

52—31

APTEKA WENDY I WIOROGÓRSKIEGO

Krakowskie-Przedmieście № 47 w Warszawie,

posiada na składzie:

Wszelkie do użycia wchodzące alkaloidy. Nowe przetwory lekarskie. Barwniki i przetwory do badań mikroskopowych. Niektóre preparaty rzadko używane, do celów naukowych. Odezynniki. Płyny mianowane. W ogóle we wszystko, co tylko nauka nowego przynosi w zakresie środków lekarskich, apteka nasza, o ile można, w krótkim czasie jest zaopatrzona.

0—5

FRANCISZKA JÓZEFA WODA GORZKA

Dyrekcja w Buda - Peszcie

ma honor podać poniższą analizę do wiadomości pp. Doktorów z uprzejmą prośbą ażeby raczyli wodę tę zalecić sposobem próby, jeżeli tego dotychczas nie uczynili.

Wody tej dostanie we wszystkich Aptekach składach wód mineralnych.

W 100 Gr. Franciszek Józef 45.99 siarczanów i 2.41 Nat. bicarb.

— Hunyadi Janos 31.92 „ i 0.79 „

— Friedrichshall 11.20 „

Stuttgart w Marcu 1882.

6—4

Radca Tajny von Fehling.

Przetwory chemiczne i farmaceutyczne — Nowe środki lekarskie — Barwniki D-ra G. Grüblera z Lipska, oraz wszelkie przetwory, używane przy badaniach mikroskopowych

poleca

Apteka J. RUTKOWSKIEGO, dawniej E. Wenera,
w Warszawie, ul. Długa N. 16.

52—31

D-r W. MAYZEL wykonywa w swej prywatnej pracowni dla celów dyjagnostyki lekarskiej rozbiory chemiczne, mikroskopowe i bakteryjologiczne, analizy moczu, badania płwociny, nasienia, krwi, mleka kobiecego i t. d.. Poszukiwania mikroskopowe i bakteryjologiczne w najszerszym zakresie.

Ulica Szkolna 7 (od Marszałkowskiej 142).

0—6

Antipiryna D-ra Knorr'a,

środek wypróbowany i zalecany przez autorytety lekarskie przeciw chorobom gorączkowym, bólowi głowy, nerwobólom, kokluszowi, migrenie, gośćcowi stawowemu, tańcowi S-go Wita (*chorea*), bywa przygotowywany z upoważnienia i pod kontrolą wynalazcy przez

Fabrykę farb (dawniej) Meister Lucius et Brüning, w Höchst nad Menem.

W Aptekach żądać należy wyraźnie

Antipiryny D-ra Knorr'a

z Fabryki (dawniej) Meister Lucius & Brüning.

Każde pudełko winno być zaopatrzone w fac-simile podpisu D-ra Knorr'a.

26—21

GAZETA LEKARSKA.

Z PRACOWNI CHEMICZNO-LEKARSKIEJ SZPITALI WARSZAWSKICH.

I. METYLMERKAPTAN

(CH₃SH)

NOWO OTRZYMANY GAZ Z KISZEK LUDZKICH.

Podał

Leon Nencki.

Z poszukiwań PLANER'a i RUGE'go nad gazami kiszki ludzkiej wiadomo dotychczas tylko, że zarówno w cienkich jak i grubych kiszki gazy te złożone są głównie z kwasu węglanego, gazu błotnego i wodoru i że jednocześnie zawierają małe ilości siarkowodoru.

W roku bieżącym wykazał brat mój, prof. MARCELI NENCKI, z Bernu, że przy gniciu białka bez dostępu powietrza wytwarza się także, i to względnie w znacznych ilościach, metylmerkaptan, który nie jest, jak to mylnie zaznaczają w pracach swoich DUMAS, PELIGOT, GREGORY i OBERMAYER, przy zwyczajnej ciepłocie „płynem wrzącym przy 21° C.“, ale, jak to niedawno PIOTR KLASON dowiódł, gazem, dającym się przez oziębienie skroplić na płyn ruchliwy, silnie światło łamiący, a wrzący przy 5,8° C. przy ciśnieniu barometrycznym 752 mm. rtęci. Zapach metylmerkaptanu różni się od siarkowodoru i przypomina wonię cebulę, lub zgniłą kapustę.

Ponieważ pokarmy w kiszki naszych, szczególnie zaś w kiszki grubych, ulegają w znacznej części rozkładowi, wywołanemu przez bakteryje, i to rozkładowi bez przystępu powietrza, przeto przypuścić można było, że tak samo w kiszki ludzkiej metylmerkaptan powstawać musi, jak się tworzy przy gniciu białka po za ustrojem ludzkim. Przeprowadzone w tym celu doświadczenia potwierdziły też w zupełności słuszność mego przypuszczenia powyższego.

W braku na razie odpowiednich przyrządów do zbierania i rozbioru wprost z kiszki odchodowej uchodzących gazów, zastosowałem przy moich doświadczeniach, mających na celu wykazanie metylmerkaptanu w kale ludzkim tę samą metodę, za pomocą której poprzednio brat mój dowiódł obecność

metylmerkaptanu w zgniłych roztworach białka. Wskutek obranej drogi, z góry nie liczyłem na to, abym mógł otrzymać poszukiwane ciało w znaczniejszych ilościach; ponieważ powstający przy gniciu białkanów w kiszkiach metylmerkaptan jako ciało lotne, tak samo jak i siarkowodór, głównie z gazami z nich się wydostawać musi, a zatem tylko mała część jego w kale pozostać może.

Świeżo wydalony kał [wzięty poczęści od zdrowych, poczęści od chorych, znajdujących się w Szpitalu Ś-go Ducha] roztarto z małą ilością wody przekroplonej w mózdzierzu, tak, aby cała ta masa nie była zbyt gęstą, a pomieściwszy ją w ilościach po jednym kilogramie w 5 litrowej kolbie z tubusem, po dodaniu 15 grm. kwasu szczawowego, poddano destylacji. Przy ogrzewaniu kolby na kąpieli piaskowej, uchodzące gazy przeprowadzono najprzód przez chłodnik LIEBIG'a, następnie przez małą kolbkę, która służyła do zatrzymania ulatniającej się pary wodnej, w końcu zaś przez roztwór cyjanku rtęci $[\text{CN}]_2\text{Hg}$, zawarty w dwóch kulkowych aparatach LIEBIG'a, używanych zwykle do spalen organicznych.

Początkowo głównie kwas węglany $[\text{CO}_2]$ się wydobywał, a tylko w małej ilości wywiązywały się zarazem gazy, które początkowo roztwór $[\text{CN}]_2\text{Hg}$ barwiły na kolor żółty, a następnie wywołały w nim czarny osad. Ilość tego osadu była jednak bardzo małą, chociaż tak długo ogrzewałem, jak tylko się gazy wywiązywały, a ilość przekroplonego płynu nie zawierała więcej, niż 100 ctm. sześć. Po przerobieniu przeszło trzech kilogramów ludzkiego kału, otrzymany z cyjankiem rtęci osad, przesączyłem na sączku, przemyłem wodą, a następnie jeszcze wilgotny z małą ilością wody i nadmiarem kwasu solnego ogrzałem w maleńkiej kolbce ERLERMAYER'a. Uchodzący gaz wprowadzałem do świeżo przygotowanego roztworu octanu ołowiu $[\text{C}_2\text{H}_3\text{O}]_2\text{Pb}$, w którym utworzył się żółty, krystaliczny osad; ten ostatni pod drobnowidzem przedstawił się w postaci żółtych tablic i pryzm. Roztwór ołowiany nabrał też owego nader charakterystycznego zapachu metylmerkaptanu, tak, iż o obecności tego gazu nie można było wcale powątpiewać. Ilość otrzymanego osadu w roztworze cyjanku wogóle była bardzo małą, a większą część jego stanowił siarek rtęci $[\text{HgS}]$.

Działanie metylmerkaptanu na ustrój ludzki jest dotychczas nieznanie. Prawdopodobnie gaz ten, tak samo jak siarkowodór, posiada trujące własności.

Związek ten łatwo jest otrzymać, działając metylsiarkowym potażem $\text{SO}_2 \begin{cases} \text{O}-\text{CH}_3 \\ \text{O}-\text{OK} \end{cases}$ na wodań siarku potasu $[\text{KSH}]$ i oczyszczając następnie surowy produkt metodą KLASON'a.

Niemniej interesującym byłoby poszukiwać teraz dalej metylmerkaptanu w zawartościach kiszki przy katarach przewodu pokarmowego, oraz przy innych infekcyjnych chorobach.

II. KILKA UWAG NAD PRZYMIOTEM UKŁADU NERWOWEGO.

Skreślił

Aleksander Fabian.

[Rzecz, czytana na posiedzeniach Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego].

Szanowni Panowie!

Pozwoliłem sobie zapisać na porządek dzienny kilka uwag nad przymiotem układu nerwowego. Rzecz sama przez się, tego chyba dowodzić nie potrzebuje, pod wielu względami pierwszorzędnej jest wagi. Od lat też blisko trzydziestu posiada już w nauce bardzo obszerną literaturę.

Ze ściśle naukowego punktu widzenia, stwierdzenie zależności rozlicznych chorób nerwowych od specyficznego zakażenia czyni przecież zadanie jednemu z najważniejszych lekarskich postulatów: stawia bowiem obok klinicznego obrazu i anatomicznego rozpoznania, dyjagnozę przyczynową. A niemniejszą też jest doniosłość praktyczna tak osiągniętego przyczynowego rozpoznania. Wobec wielkiej uporczywości wielu cierpień nerwowych obwodowych, a rozpaczliwie smutnego rokowania większej części przewlekłych cierpień ośrodkowych, samo już wykrycie zakażenia przymiotowego, jako przyczyny, wielokrotnie deskę zbawienia stanowi. Pozwala nam ono w wielu przypadkach, na pozór nawet całkiem zrozpaczonych, osiągnąć całkowite lub częściowe wyleczenie, kiedy tymczasem formy chorobowe, klinicznie takież same, lecz polegające na innej patologicznej przyczynie, za niechybnie stracone uważać często przychodzi. O przykłady nie trudno; odkąd na ten przyczynowy związek baczniejszą zwrócono uwagę, mnożą się one niemal z dniem każdym.

Oczywiście, dla osiągnięcia tak pomyślnych wyników potrzeba, ażeby rozpoznanie było możliwie wczesnem i możliwie dokładnem — późne, już na zwyrodnieniu lub zbliźnowaceniu tkanki nerwowej polegające sprawy opierają się naturalnie nawet energicznemu leczeniu; to też, jeżeli gdzie, to wobec cierpień nerwowych ośrodkowych nabiera pierwszorzędnej wagi zasada: „*principiis obsta*“, a jej niezbędnym, podstawowym warunkiem jest przecież: „*principia cognoscas*“.

Nowego znaczenia nabrał rzeczony moment przyczynowy, wobec świeżo rozbudzonej za przewodem HORSLEY'a i WHITE'a chirurgii mózgowej, niedawno i w naszym Towarzystwie szczegółowo roztrząsanej z okazji proponowanej przez kol. GAJKIEWICZA operacji dla uleczenia padaczki korowej w jednym przypadku, oraz z powodu opisu takiejże operacji, dokonanej przez kol. KRAJEWSKIEGO na chorym kolegi DUNINA. Możliwie ściśle i oględne rozpoznanie różniczkowe, o ile na to dany przypadek pozwala [nawiasem mówiąc, rzecz niekiedy nader trudna], między cierpieniem przymiotowem mózgowia, a innemi klinicznie podobnemi, wywołującemi bezpośrednio lub pośrednio objawy ogniskowe, może do pewnego stopnia z jednej strony utrwalić, a z drugiej ograni-

czyć rzetelne wskazania dla śmiałego i świetnego rękoczynu chirurgicznego. Tak mi łatwo przychodzi, Szanowni Panowie, uzasadnić wybór tematu mego dzisiejszego przemówienia, gdyż jego niepoślednia i wielostronna ważność sama za nim mówi, gdy zaś chodzi o obronę *pro me ipso* rzecz nieco smutniej mi się przedstawia.

Spostrzeżenia moje ograniczają się wyłącznie do praktyki prywatnej; materiałem mój przeto, jak dość słusznie twierdzą, z wielu względów nie tyle jest przydatny, a nadto i niezbyt obfity.

Nie kuszę się też bynajmniej w tym krótkim wykładzie o wyczerpanie obrazu tak rozległego i tak różnorodnego, pragnę jedynie pod dyskusyję Waszą poddać kilka pytań ogólniejszych, spodziewając się po tem poruszeniu kwestyi, że Ci z kolegów, którzy rozporządzają zarówno wielkim materiałem ka-
zuistycznym jak i głębszą rzeczy znajomością, zechcą przyjsć mi z pomocą, rozjaśniając wątpliwości, uzupełniając braki, a prostując niesłuszne mniemania i usterki.

Przypuście zapewne Panowie, że stając przed Wami z tą kwestyją postarałem się choćby cokolwiek zapoznać z jej historycznym rozwojem i jej współczesną literaturą; wszakże ze względu na praktyczny przedewszystkiem cel mego przemówienia, ledwie jej pobieżnie dotknąć mogę. Prace o tym przedmiocie, zwłaszcza ostatnimi czasy, nadzwyczaj są liczne, a monografie niektóre już się przedstawiają w postaci okazałych tomów, że tylko wspomnę z dawniejszych: LAGNEAU młodszego ¹⁾, GROS i LANCEREAUX ²⁾, ZAMBACO ³⁾, a z nowszych: prace HEUBNER'a ⁴⁾, WUNDERLICH'a ⁵⁾, FOURNIER'a ⁶⁾, RUMPF'a ⁷⁾.

Nie mówię już o tem, że w ostatnich latach we wszystkich niemal towarzystwach lekarskich oraz na zjazdach narodowych i międzynarodowych, kwestyja przymiotu układu nerwowego była przedmiotem obszernych roztrząsań i wyczerpujących odczytów, z pomiędzy których przytoczę tylko prace kongresu lekarskiego w Londynie i w Kopenhadze, niemieckiego kongresu medycyny wewnętrznej w Wiesbaden, oraz świetne wykłady M. CALL ANDERSON'a w lekarsko-chirurgicznym Towarzystwie w Glasgowie w d. 10. XII. 1886, LAUDON CARTER GRAY'a w neurologicznym w Filadelfii d. 26. IV. 1887 i ostatnio GOWERS'a w Styczniu r. b. w Londyńskim lekarskim jako *Lettso-*

¹⁾ LAGNEAU. „Maladies syphilitiques du système nerveux“. Paris. 1860. [Pracę LAGNEAU starszego, również syflograficzną posiadamy w polskim przekładzie WILHELMA MALCZA z r. 1823, pod tytułem: „Wykład zjawień choroby wenerycznej i rozmaitych sposobów jej leczenia“.

²⁾ LEON GROS et LANCEREAUX. „Les affections nerveuses syphilitiques“. Paris. 1861.

³⁾ ZAMBACO. „Des affections nerveuses syphilitiques“. Thèse, Paris. 1862.

⁴⁾ HEUBNER. „Dieluetische Erkrankung der Hirnarterien“. Leipzig. 1874 i

„Die Syphilis des Gehirns und übrigen Nervensystems“ w ZIEMSEN'a Handbuch der speciellen. Pathol. T. XI. część I-sza.

⁵⁾ WUNDERLICH. „Dieluetischen Erkrankungen des Gehirns und des Rückenmarks. 1875 [w VOLKMAN's Sammlung. klin. Vorträge].

⁶⁾ FOURNIER. „La syphilis du cerveau“ leçons cliniques. Paris. 1879. „De la pseudo-paralysie générale syphilitique“, „De l'ataxie locomotrice d'origine syphilitique“. Paris. 1882. „Leçons cliniques sur la syphilis étudiée plus particulièrement chez la femme“.

⁷⁾ RUMPF. „Die syphilitischen Erkrankungen des Nervensystems“. Wiesbaden. 1887.

mian lecture. Z polskich prac w tym kierunku wymienić mi wypada odczyt DOMAŃSKIEGO na III-cim Zjeździe lekarzy i przyrodników w Krakowie.

Pierwsze wiadomości o przypadkach nerwowych w przebiegu przymiotu sięgają, jak powszechnie wiadomo, czasów bardzo dawnych, bo znajdujemy je już w dziełach, wydanych wkrótce po pierwszych epidemijach przymiotu w Europie, lecz, oczywiście, są to raczej przygodne wzmianki, bliższe zaś dane pochodzą dopiero z czasów większego rozwoju anatomii patologicznej, a właściwy związek przyczynowy zrozumiano i oceniono dopiero w ostatnich dziesiątkach lat, kiedy współcześnie nauka o patologii nerwów i o biologicznych warunkach zarazka przymiotowego szybkim postąpiła krokiem.

Między innymi więc już LEONICENUS⁸⁾ mówi o przymiocie trzewowym, a ULRICH VON HUTTEN⁹⁾ zna wpływ przymiotu na porażenia i apopleksję, MIKOŁAJ MASSA¹⁰⁾ spostrzega pierwszy nerwobóle przymiotowe, a PARACELS przypisuje zarazkowi przymiotowemu zdolność sprowadzania rozmaitych cierpień wewnętrznych, wyraża się wszakże o nich wielce niejasno.

MUSSA BRUSSEVOLUS¹¹⁾ w połowie XVII wieku, dzieląc przymiot na rozmaite rodzaje, jako rodzaj czwarty opisuje *ochiarella*, co podług AUSPRITZ'a ma oznaczać amaurozę.

Znakomity ojciec polskiej syfilografii, dotąd, niestety, bez godnego naukowego potomstwa pozostały, OCZKO zna już i opisuje k a d u k, czyli padaczkę, lub wogóle utratę przytomności u chorych, dotkniętych przymiotem, a bezsenność i zadumę wprost między objawami choroby wymienia¹²⁾.

Anatomo-patologicznie najwcześniej opisano takie zboczenia mózgowe przymiotowego pochodzenia, których punktem wyjścia były kości czaszki; podaje je już BOTALLI. Pierwszy zaś opis gumatu mózgowego znajduje się wszakże dopiero u BALLONIUS'a¹³⁾, przed 1616 r. [data śmierci tego uczonego]. Mówi on, jako o ciekawym przypadku, że znalazł w *corpora mamilaria*, guzy „*abscessus quos melicerides vocare possis, quamquam ad scirrhum proxime accedant*“ i odnosi je do utajonego zarazka przymiotowego; MORGAGNI¹⁴⁾ znowu jest pierwszym, który przy oględzinach pośmiertnych widział i opisał gumaty mózgowe w zwłokach chorego, zmarłego po dłużej trwającej padaczce, powstałej w następstwie przymiotu. Co do tych dziejowych danych znaleźć można ich potwierdzenie u HENSLER'a¹⁵⁾, RITTMANN'a¹⁶⁾, HECKER'a¹⁷⁾ i HEUBNER'a (*l. c.*).

W dziele ASTRUC'a¹⁸⁾ z połowy XVIII wieku, już się znajdują całe rozdziały, poświęcone wyłącznie opisom przymiotowych chorób nerwowych, które

8) NICOLAI LEONICENI. *Vingentini de epid. ect. libellus.*

9) ULRICH VON HUTTEN. *De Guajaci medic. et morbo gallico. Cap. III. 1519.*

10) NICOLAI MASSAE. *Liber de morbo gallico. Cap. VII, 1532.*

11) MUSSA BRASSEVOLUS. *Liber aphor. de morbo galico.*

12) OCZKO WOJCIECH. *Przymiot i Cieplice. Wydanie jubileuszowe. 1881.*

13) BALLONIUS. *Paradigmata w jego Opera omnia. T. II, pag. 525.*

14) MORGAGNI. *De sedibus et causis morborum. Epist. IX, art. 23, Ceb. I.*

15) HENSLER. *Geschichte der Lustseuche. Altona. 1783.*

16) RITTMAN. *Culturhistorische Abhandlungen. I, II, III, Heft. 1878.*

17) HECKER. *Die grossen Volkskrankheiten des Mittelalters.*

18) ASTRUC. *De morbis veneris, lib. IV, Cap. 9. 1740.*

stara się on anatomicznie objaśnić. Następcy jego wszakże, mianowicie CARRÈRE, VAN SWIETEN, a zwłaszcza też SWEDIAUR poszli za daleko, zaczęli wszelkie choroby przewlekłe, a między nimi i nerwowe, wywodzić od zakażenia przymiotowego.

Nie dziw, że przeciw temu zaoponował gorąco wielki HUNTER, lecz, niestety, wpadł on w drugą ostateczność, twierdząc: „że ani w mózgu, ani w nerkach, sercu, lub innych trzewach nigdy zmian przymiotowych nie widział, aczkolwiek je inni autorowie opisywali“¹⁹⁾, czem dał pochop licznym bezkrytycznym następcom do całkowitego odrzucenia istnienia przymiotu trzewowego wogóle, a mózgowego w szczególności. Lecz, ściśle biorąc, pewnie nie w tem osławionem wyrzeczeniu wielkiego reformatora lekarskiego szukać należy jedynie przyczyny, że na czas pewien kwestyja umiejscowień przymiotu pogrzebana została; powody leżą niezawodnie gdzieindziej, choć niewątpliwie wpływ takiego uczonego, jak HUNTER, na długie lata zaważyć musiał na szali poglądów naukowo-lekarskich.

Spór o przyrodę zarazka przymiotowego, a zwłaszcza o tożsamość lub nietożsamość jadu tryprowego, rozpoczęty już za czasów HUNTER'a, w którym on sam tak wybitny, a niestety i tak niefortunny wziął udział — zaprzeczenie wszelkiej swoistości zarazkom wenerycznym przez BROUSSAIS'go i jego szkołę, a po zwalczeniu tego poglądu przez RICORD'a, nowa sprzeczność, do dziś dnia jeszcze ostatecznie nierozstrzygnięta co do jadu wenerycznego [szankra miękkiego] a syfilitycznego, dalej dyskusyja o dziedziczności i zaraźliwości objawów wtórnych, o syfilizacji, przymiocie zwierząt i przymiocie szczepnym wogółności: oto były tematy, któremi przez całe lat dziesiątki zajmowały się umysły specjalnych badaczy, tak wyłącznie, że zabrakło im czasu na spokojne przedmiotowe badanie umiejscowień przymiotu, zwłaszcza też nerwowego, wobec niepewnych jeszcze zresztą wiadomości o czynnościach narządów ośrodkowych.

Nowy ruch w tym kierunku rozbudzony został przez anatomopatologów z jednej, a neuropatologów i fizjologów z drugiej strony: VIRCHOW przedewszystkiem wymienia DITTRICH'a, jako pierwszego, od którego badań [1848] nad przymiotem wątroby rozpoczynają się dokładniejsze spostrzeżenia gumatów trzewowych wogóle. Odtąd ze wszech stron mnożyły się kazuistyczne przyczynki anatomiczne, aż wreszcie sam VIRCHOW obszerniejszą swą pracą²⁰⁾ o naturze cierpień przymiotowych ogólnych [1858 r.] rzucił nowe podstawy dla całej tej nauki, podzieliwszy cierpienia rzeczzone na dwie grupy: wprost przerostowe i swoiste gumatowe, stosownie do tego, czy one były wynikami prostego podrażnienia tkankowego, czyli też heterologicznego nowotworzenia.

Nieco wcześniej już SCHÜTZENBERGER²¹⁾ i jego strasburscy uczniowie, mianowicie BEDEL²²⁾, ogłosili byli prace kliniczne nad przymiotem mózgu,

¹⁹⁾ HUNTER. Abhandlung über die venerische Krankheiten. 1787.

²⁰⁾ VIRCHOW. Ueber die Natur der constit. syphilit. Erkrankungen. Arch. 1858.

²¹⁾ SCHÜTZENBERGER. Syphilis simulant les troubles encéphaliques. Gaz. méd. de Strassbourg. 1850 r..

²²⁾ BEDEL. De la syphilis cérébrale. Dissert. Strassbourg. 1851.

a wkrótce po nim [1861 r.] konkurs, ogłoszony o nagrodę CIVRIEUX'ego, wywołał wydanie wspomnianych już prac LAGNEAU, GROS et LANCEREAUX i ZAMBACO. Badania STEENBERG'a ²³⁾, a przedewszystkiem HEUBNER'a (*l. c.*) nad zmianami w naczyniach przy zakażeniu przymiotowem rzuciły nowe światło na anatomiczne stosunki cierpień swoistych w ośrodkach nerwowych.

Na te same niemal czasy przypada rozszerzenie naszych wiadomości o anatomicznej budowie ośrodków nerwowych i czynności narządów ośrodkowych, przedewszystkiem zaś mózgu, a zwłaszcza jego kory i ośrodków na jej powierzchni rozmieszczonych, a później również i rdzenia kręgowego. Doświadczenia na zwierzętach i kliniczne obserwacje przyjęły równy niemal udział w tych dociekaniach. Rozpoznanie chorób mózgu i rdzenia mogło tym sposobem olbrzymim krokiem posunąć się naprzód, wsparte przytem znakomicie badaniem nad zmianami ocznemi przy chorobach mózgu, oraz użyciem oftalmoskopu.

Nauka o przymiocie układu nerwowego, oczywiście, pod wpływem takich czynników rozwinęła się szybko i dziś śmiało rzec można, że układ mózgowodzeniowy wraz ze swemi oponami i naczyniami należą do tych okolic ciała, w których sprawa przymiotowa pomimo wielkiej zmienności objawów za życia i mniejszej różnorodności zmian, pośmiertnie stwierdzonych, klinicznie i anatomicznie zbadaną jest, bogdaj, najdokładniej. Zawdzięczamy to znakomitym badaniom anatomicznym, doświadczalnym i klinicznym CHARCOT'a, FERRIER'a, HITZIG'a, NOTHNAGEL'a, BERNHARDT'a, NAUNYN'a, GOWERS'a, WERNICKE'go, JACKSON'a, FOURNIER'a, HEUBNER'a, BAUMGARTEN'a, WAGNER'a, FRIEDLAENDER'a, MOXON'a, ALBUTT'a, GREIFF'a, ZIEMSEN'a, GRASSET'a, WESTPHAL'a, LEYDEN'a, WUNDERLICH'a, BUZZARD'a, MURRI'ego, BARDUZI'ego, RUMPF'a i wielu, wielu innych.

Na polskiej niwie literackiej plon w tej naukowej dziedzinie jest, niestety, szczupły. Piękne prace GAJKIEWICZA o umiejscowieniach mózgowych i anatomiczne poszukiwania ADAMKIEWICZA ²⁴⁾ oraz KADYJ'a ²⁵⁾ nad ukrwieniem rdzenia, aczkolwiek dla ogólnego rozpoznania chorób nerwowych nadzwyczaj ważne i cenne, naszego tematu dotyczą, by tak powiedzieć, tylko pośrednio; toż samo powiedzieć musimy o ciekawych przyczynkach ADAMKIEWICZA do nauki o chorobach rdzenia ²⁶⁾, GOLDFLAMA o wieloogniskowem zapaleniu nerwów i „o rozsiażanem wieloogniskowem stwardnieniu mózgu i rdzenia“, oraz ROSENTHALA ALBERTA „o porażeniu ogólnem postępowem“. Poszukiwania BIESIĄDECKIEGO ²⁷⁾ nad zachowaniem się naczyń limfatycznych przy przymiocie dotyczą jedynie stwardnienia pierwotnego, wszakże dla nauki o szerzeniu się zakażenia swoistego mają niepomierne znaczenie.

²³⁾ STEENBERG. Den syphil. Hjernelideloefs. Kopenhaga. 1860.

²⁴⁾ ADAMKIEWICZ. Die Blutgefässe des menschl. Rückenmarks. Sitzungsbericht der Wiener Akad. der Wiss. Bd. 86. Naturw. Cl. 1881.

²⁵⁾ KADYJ-HENRYK. Naczynia krwionośne rdzenia. Roczniki Akad. Um. w Krakowie. T. XV. 1896. Toż samo po niemiecku. 1889.

²⁶⁾ ADAMKIEWICZ. Die degenerativen Krankheiten des Rückenmarks. 1888.

²⁷⁾ BIESIĄDECKI. Zachowanie się naczyń limfatycznych we wrzodzie kiłowym twardym. Przegl. Lekarsk. 1871.

Pozostaje nam z czysto syfilidologicznych prac, do naszego przedmiotu się odnoszących, jedynie DOMAŃSKIEGO: „O kile układu nerwowego“ [1880], obejmująca większą całość kwestyi [rzeczą niemal całą przeszła do syfilografii KRÓWCZYŃSKIEGO]; resztę stanowią drobniejsze jedynie przyczynki kazuistyczne, lub też pobieżniejsze, albo więcej przygodne wzmianki. Wymieniam z pomiędzy nich: CHOMĘTOWSKIEGO „O chorobach umysłowych przez syfilis wywołanych“ [Tyg. lek. Warsz. 1864 r.], oraz „Przypadek padaczki w następstwie choroby syfilitycznej“ [Pam. Tow. Lek. 1865], HELBICHA „Porażenie syfilityczne“ [Pam. Tow. Lek. Warsz. T. 46], TARNOWSKIEGO „Afazyja syfilityczna“ [Pam. 1868], KLINKA „Przypadek spóźnionego przymiotu dziedzicznego“ [Medycyna 1876], ROSNERA „Kilka uwag nad znaczeniem przypadków późnej kiły i ich stosunku do rtęciocy“, SKOBLA STANISŁAWA „Przypadki w rdzeniu przedłużonym u chorego dotkniętego kiłą wczesną“ [Przeł. Lek. 1882], ZAREWICZA „Obrzęk kiłowy na podstawie czaszki“ [Przeł. Lek. 1872], SOKOŁOWSKIEGO „Przypadek *arteriitidis syphiliticae cerebri*“ [Gaz. lek. 1883], oraz „Przyczynek do kazuistyki i leczenia wiądu rdzenia“ [Tamże 1883], gdzie rozbiera stosunek tej choroby do przymiotu. [C. d. n.]

II. WYROŚLE ADENOIDALNE W NOSOWEJ CZĘŚCI GARDZIELI.

Vegetationes adenoideae in parte nasali pharyngis.

Opisał

Władysław Wróblewski,

ordynator kliniki terapeutycznej szpitalnej.

[Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 34].

Nietylko jamy nosa zwięzają się, lecz i części miękkie, nie będąc unoszonymi przez powietrze, zanikają i nos staje się wązkim i małym.

Oddechanie niefizjologiczne, t. j. przez usta, wywiera i bezpośredni ujemny wpływ na gardziel. Powietrze, wdechane przez nos, ogrzewa się oczyszcza się i przyjmuje wilgoć — wdechane zaś przez usta pozbawione jest tego dodatniego wpływu błony śluzowej jamy nosowej i jam sąsiednich. Prace PASTEUR'a, TYNDALL'a, a niedawno THOST'a dowiodły, jak ważną rolę gra nos we względzie oczyszczania powietrza. Nie mówiąc już o pyłach, dymie i t. d., tak obficie osiadającym na błonie śluzowej nosa z wdechane go powietrza, THOST¹⁾ znajdował w najzdrowszym nosie liczne bakteryje chorobotwórcze, a najczęściej pneumokoki FRIEDLAENDER'a. Żeby się przekonać o mnóstwie pyłu, który osiada w nosie, dosyć jest wytrzeć nos po powrocie z jakiegoś balu, koncertu, spaceru: wtedy śluz na chusteczce będzie koloru brunatnego, lub nawet czarnego. Wszystkie te nieczystości z powietrza wpadają wprost do gardzieli,

¹⁾ Ueber den Zusammenhang zwischen Erkrankungen der Nase und der Lungen. Deutsch. Med. Woch. 1887. Nr. 35.

krtani i płuc dzieci, nie mogących oddechać nosem; gdy dodamy do tego, że powietrze wdechane jest chłodnem i suchem, zrozumiemy łatwo cały szereg szkodliwości, jakim ulegają narządy oddechowe. Błona śluzowa gardzieli ochładza się i wysusza, a będąc w ten sposób stale drażnioną, znajduje się w stanie ciągłego niezytu. *Pharyngitis granulosa*, stały prawie towarzysz wyrosli adenoidalnych, zależy zapewne po części od tegoż drażnienia, więcej jednak od związku anatomo-histologicznego, o którym wspominałem wyżej.

Wyrosłe adenoidalne wydzielają bardzo dużo śluzu, który spływa po tylnej ścianie gardzieli i przysycha tam, tak, że z wielką tylko trudnością mogą go dzieci ztamtąd odplunąć, a zwłaszcza z rana. Najczęściej polykają to wszystko razem ze śniadaniem. Z powodu tej obfitości śluzu spostrzegamy u chorych ciągle prawie chrząkanie. Stale też prawie spostrzegamy mniej lub więcej duży przerost migdałów, którym przypisywano zwykle wszystkie zaburzenia, o których mówiłem wyżej. Objaw ten występuje często na pierwszy plan i chorzy tacy bywają kierowani do specjalistów dla wycięcia migdałów a dopiero po bliższem zbadaniu okazuje się, że przyczyną takiego powiększenia jest przerost gruczołu LUSCHKA'İ. W tych razach wycięcie migdałów do celu nie prowadzi i przynieść może bardzo tylko małą ulgę. Nigdy nie obserwowano, aby wycięcie migdałów wpłynęło na zmniejszenie się wyrosli adenoidalnych, gdy przeciwnie usunięcie doszczętne tych wyrosli sprowadza znakomite zmniejszenie migdałów i często czyni wycięcie migdałów zbytecznem.

Wyrosłom adenoidalnym towarzyszy zawsze niezyt nosa przewlekły, w większości zaś przypadków przerostowy. Tyłne końce muszel brzmią niekiedy tak, że przedstawiają się w postaci guzów, które wymagają specjalnego postępowania chirurgicznego. Częściej jednak niezyt nosa zwykły ustępuje wkrótce po usunięciu wyrosli, przerostowy zaś — po przypaleniu błony śluzowej kwasem chromnym, lub żegadłem galwanicznym.

Z powodu nie oddechania przez nos, a po części z powodu obrzmienia błony śluzowej nosa, skarżą się tacy chorzy na brak powonienia i smaku.

Najczęstszym powodem, dla którego przyprowadzają takie dzieci do lekarza, jest „brzydkie przyzwyczajenie spania z otwartymi ustami i chrapania we śnie“ — ten objaw jest prawie stałym. Objasnić go można w ten sposób, że podniebienie miękkie, *resp.* języczek zwykle przy tem cierpieniu mało sprężysty, przylega do podstawy języka, każdy więc wdech i wydech powoduje jego unoszenie się i opuszczanie, co jest połączone z pewnym szmerem. Gdy dodamy jeszcze do tego, że samo oddechanie odbywa się bardzo głośno przez gardziel, zwężoną obrzmieniem całej błony śluzowej, powiększonymi migdałami i nader obfitą, mocno przylegającą wydzieliną, łatwo zrozumiemy owo chrapanie podczas snu.

W przypadkach zupełnej niemożności oddechania przez nos, instynkt samozachowawczy uczy takich chorych oddechania przez usta ciągle otwarte. Zdarza się jednak, zwłaszcza u dzieci małych, które nie przyzwyczyły się jeszcze dostatecznie do tego rodzaju oddechania, iż zamkną usta podczas snu; wtedy następują różnego rodzaju napady duszenia się. Dzieci budzą się raptownie, z krzykiem, mocno wystraszone i oblane potem; wtedy wystarcza

kilka głębokich wdechów, aby przyszły do siebie. W przypadkach jednak więcej posuniętych napady takie powtarzają się bardzo często i zamieniają się na napady typowej dusznicy. Poglądy autorów różniły się pod tym względem, czy wyrosłe adenoidalne mogą powodować astmę zwrotnego pochodzenia, czy nie ¹⁾. Obecnie, t. j. od czasów, gdy teoria nerwic zwrotnych HACK'a zyskała w nauce prawo obywatelstwa, nikt o tem, zdaje się, nie powątpiewa. Na zasadzie kilku przypadków, przezemnie spostrzeganych, jestem przekonany, że wyrosłe adenoidalne mogą pośrednio spowodować napady dusznicowe zwrotnego pochodzenia, ustępujące zupełnie po usunięciu przyczyny. Przypadki te opiszę poniżej.

NIEMAYER uważa za najczęstszą przyczynę fałszywego krupu, oddechanie przez usta i dlatego też dzieci, mające wyrosłe adenoidalne, są więcej skłonne do tego. Pomijając już takie napady gwałtowne i mniej lub więcej niebezpieczne, musimy zwrócić uwagę na to, jak szkodliwie muszą wpływać wyrosłe adenoidalne, *resp.* oddechanie niefizjologiczne, na rozwój klatki piersiowej i płuc, a co za tem idzie i na ogólne odżywianie dziecka. Klatka piersiowa jest płaska, zapadnięta i w stosunku do całego ustroju za mało rozwinięta, co się od razu rzuca w oczy. LOEWENBERG objaśnia to tem, że we wczesnych okresach choroby, póki dziecko nie nauczy się jeszcze oddechać przez usta, odbywa się oddechanie przez niezupełnie jeszcze zatkany nos, ilość jednak powietrza jest za małą, wskutek czego klatka piersiowa nie rozszerza się dostatecznie, a że okoliczność ta przypada na czas najszybszego rozwoju organizmu, rozwój klatki upośledzonym zostaje.

Z tego, cośmy dotąd mówili o oddechaniu, wypływa objaśnienie, dlaczego dzieci takie zapadają tak często na nieżyty krtani i oskrzeli, bardzo uporczywe i bardzo często powtarzające się. Leczenie ogólne sprowadza bezwątpienia i w tych razach poprawę lecz chwilową i nigdy nie jest w stanie usunąć skłonności do nieżyków, których przyczyny są fizycznymi.

Charakterystyczną jest też mowa takich dzieci. Mowa ta jest bezdźwięczna, monotonna, niewyraźna z odcieniem nosowym. MEYER słusznie nazwał ją „*totde Sprache*“. Dzieci te nie mogą wymawiać „m“ i „n“, a zamiast tych dźwięków używają spółgłosek „b“ „p“ „d“.

Jak wspominałem już wyżej, ucho średnie łączy się z gardzielią nosową za pomocą przewodów EUSTACHIJUSZA, nie więc dziwnego, że sprawy patologiczne z gardzieli bardzo łatwo mogą się przenosić i na ucho. Dla tego też większość cierpiących na wyrosłe adenoidalne doświadcza różnych dolegliwości i ze strony ucha. LOEWENBERG mówi, że $\frac{3}{4}$ takich chorych cierpi na uszy. W. MEYER na 175 przypadków rozrostu migdałka LUSCHKA' i widział 130 razy powikłanie uszne. WOAKES twierdzi, że najwyżej 5% takich chorych nie cierpi na uszy. MICHEL widział 92 przypadki, operował 72, z których 36 było głuchych. MICHEL nawet przypuszcza, że wszyscy ci chorzy bywają mniej lub więcej głuchymi i z wiekiem dopiero, gdy jama nosogardzielowa powiększa

¹⁾ SCHAEFER. Chirurg. Erfahr. aus der Rhinologie etc. 1885 r., str. 56. Spostrzegał i wyleczył 5 razy astmę na 270 przypadków wyrosłych adenoidalnych. SCHECH I. c., COLLET I. c. etc..

się, rozrost migdałka gardzielowego zaczyna mniej przeszkadzać swoją objętością. Zresztą częstota spostrzegania tych powikłań zależy i od specjalności, której się lekarz poświęca: otyjatrzy spostrzegają je bardzo często, laryngologowie o wiele rzadziej.

Według LOEWENBERG'a, wpływ wyrosli adenoidalnych na ucho jest dwojaki:

1) Podtrzymują one stan zapalny błony śluzowej gardzieli i zapalenie to przenosi się na ucho średnie.

2) Zatrzymują mechanicznie wylot trąbek EUSTACHIJUSZA przez rozrost tkanki adenoidalnej sąsiedniej (*glandula tubalis Gerlachii*).

Powstaje wtedy *otitis media catarrhalis chronica* z częstymi obo strzeniami, lub nawet *otitis media purulenta* z przedziurawieniem błony bębenkowej i obfitym wypływem ropnym. Niesłuchanie doniosły fakt podaje PEISSON ¹⁾, który badał 100 uczniów w Paryzkim Instytucie głuchoniemych i znalazł więcej niż u połowy z nich wyrosłe adenoidalne, którym przypisuje nadzwyczaj ważną rolę w etiologii głuchoniemoty. Twierdzi on, że w przypadkach dziedziczności tego kalectwa nie należy szukać przebytego zapalenia opon lub zapalenia opon i labiryntu, które bynajmniej nie są dziedzicznymi, lecz wyrosli adenoidalnych. Objasnić to można w ten sposób, że wyrosłe w takich przypadkach rozwijają się w bardzo wczesnem dzieciństwie i umiejscawiając się przeważnie naokoło wylotu trąbki EUSTACHIJUSZA, pozbawiają zupełnie słuchu. Dziecko więc, które zupełnie nie słyszy, nie odbiera tą drogą żadnych wrażeń i przez to nie może nauczyć się mówić. Fakt ten wymaga jeszcze dalszych spostrzeżeń i badań; w każdym razie należałoby na niego zwrócić więcej uwagi, niż to się dotąd robi, a być może, byłibyśmy w stanie choć jakąś część nieszczęśliwych uwolnić od tak przykrego kalectwa.

Do częstszych również objawów tego cierpienia należą skargi chorych na ból głowy, ciężar w czole, a niekiedy na migrenę i nerwoból nadoczodołowy. Większość takich dzieci bywa ociężałą, leniwą, do nauk niezdolną. Przy chodzeniu męczą się łatwo. W zabawach rówieśników udziału nie przyjmują.

Oprócz wszystkich, wyżej przytoczonych, objawów, jest jeszcze jeden bardzo ważny, na który zwrócił uwagę Prof. GUYE ²⁾ z Amsterdamu i nazwał go *aprosexia*. Ponieważ jest to termin nieznan i nowy, przytoczę więc tutaj w krótkim streszczeniu tę ważną pracę.

Wiadomo powszechnie, że nawet przy ostrym niezycie nosa bywa ból i ciężkość głowy, jakoteż trudność myślenia.

Przy sprawach zaś przewlekłych w nosie, a zwłaszcza, gdy oddechanie odbywa się otwartymi wciąż ustami, twarz przyjmuje wyraz głupowaty, co wskazuje do pewnego stopnia na zaburzenia czynnościowe mózgu. Na dowód przytacza GUYE następujące spostrzeżenia.

¹⁾ Thèse de Paris. 1883.

²⁾ Ueber Aprosexia [von προσέχειν τὸν νοῦν], die Unfähigkeit seine Aufmerksamkeit auf einen bestimmten Gegenstand zu lenken, als Folge von nasalen Störungen. Deut. Med. Woch. 1887 r., Nr. 43.

I. Chłopiec 7-letni nie może wcale przez nos oddechać. Od roku chodzi do szkoły i ledwo przez ten czas mógł się trzech pierwszych liter abecadła nauczyć. Już w tydzień po wyjęciu masy wyrosli adenoidalnych poznał całe abecadło.

II. B., 20-letni uczeń ostatniej klasy gimnazyjum, cierpiał oddawna na szum w prawym uchu. Od 3 miesięcy niezdolność do nauki, ból i zawroty głowy; gdy tylko czytać zaczęło, z tego, co czyta, nic nie jest w stanie zrozumieć i zapamiętać. Sześciotygodniowy pobyt na wsi i leczenie ogólne stanu tego nie poprawiło. Przy badaniu: *rhinitis hypertrophica, vegetations adenoideae*. Już we dwa dni po operacji mógł się uczyć swobodnie, ból i zawroty głowy przeszły bezpowrotnie. W parę miesięcy mógł złożyć ostateczny egzamin.

III. S., 23 lat liczący, student medycyny, od dziecka sypia z otwartymi ustami i cierpi na katar nosa. Od 3 tygodni zupełna niemożność rozumienia i pamiętania czytanego lub wykładów, zmęczenie, ciężkość i zawroty, tak, że zdawało się, iż będzie musiał rzucić nauki; wyzdrowienie zupełne po zoperowaniu wyrosli adenoidalnych i przywróceniu oddechania przez nos.

Aprosexia charakteryzuje się niezdolnością zwrócenia uwagi na dany przedmiot. Spostrzegamy to codziennie u ludzi, nadmiernie zmęczonych pracą. W przypadkach wyżej przytoczonych o tem nadmiernem zmęczeniu nie może być mowy—był to stan, wywołany anatomiczną przeszkodą i ustąpił po usunięciu przyczyny. Objaw tego wrzekomego zmęczenia mózgu objaśnia GUYE tak: materyjalną podstawą zmęczenia jest wyczerpanie, spowodowane bądź zamałym dowozem materyjału odżywczego, który został zużyty na przemianę materyi, bądź też niedostatecznie wydalonymi produktami przemiany materyi. AXEL KEX i RETZIUS dowiedli, że drogi limfatyczne wychodzą z czaszki razem z włóknami nerwu słuchowego i łączą przestrzenie limfatyczne podoponowe z błoną śluzową nosa. Gdy wskutek zmian w błonie śluzowej nosa odpływ limfy od mózgu zatrzyma się, powstaje stan wyczerpania (*Retentions-Erschöpfung*), które może powodować takie same zaburzenia czynnościowe, jak i fizjologiczne wyczerpanie, t. j. zmęczenie.

GUYE słusznie radzi, aby tak nauczyciele, jak i rodzice, zwracali baczną uwagę na sposób oddechania dzieci niezdolnych, leniwych i nieuważnych, gdyż bardzo być może, że w wielu z tych przypadków znajdzie się przyczyna, mogąca być usuniętą. Tą samą przyczyną dadzą się objaśnić uporczywe bóle głowy, tak często spotykane u młodych osobników. Zdaje się, że dużo z tych przypadków, które niedawno opisał GERMAIN SÉE jako „*céphalée des adolescents*“ wskutek obciążania pracą w szkole (*surmenage scolaire*), zależy od zaburzeń w nosie. W zakończeniu swej pracy wspomina GUYE o możliwości istnienia *aproxexiae, partialis*, np.: *mathematica, historica, grammaticalis* i t. d. i przytacza jedynie spostrzegany dotąd przez siebie przypadek. Uczeń gimnazyjum nie zdał z matematyki w pierwszym roku przy innych zupełnie dobrych stopniach. W drugim roku ze wszystkich przedmiotów zdał bardzo dobrze, z matematyki jaknajgorzej. Nie było nadziei przejścia. Cierpiał on ból na głowy i kaszel, jak się okazało, pochodzenia zwrotnego. Po wyleczeniu się z choroby nosa i przywróceniu prawidłowego oddechania, chłopiec bardzo prędko stał się dobrym

uczniem w matematyce i z powodzeniem dalej się uczył. Takież dwa przypadki opisał już SCHAEFFER ¹⁾ w roku 1885, zaznaczając tylko fakt, że dzieci po usunięciu wyrosły adenoidalnych stały się znacznie zdolniejszemi. W bliższe objaśnienia SCHAEFFER nie wdaje się.

R o z p o z n a n i e.

Rozpoznanie wyrosły adenoidalnych nie przedstawia żadnych prawie trudności. Zrobić je łatwo można na zasadzie objawów, na które zwraca uwagę otoczenie chorych dzieci. W krótkich słowach zestawię te objawy: oddechanie przez usta wciąż otwarte, wyraz twarzy głupowaty, cera blada, chorobliwa; katary nosa i gardzieli; przerost migdałów; paralityczna klatka piersiowa; zła wymowa „przez nos“; chrząkanie, wielka ilość wydzieliny w gardzieli; sen niespokojny z częstym przebudzaniem się i chrapaniem, częste bóle głowy; przytępienie słuchu; wypływ z uszu i t. d.. Zupełnie pewne rozpoznanie możemy otrzymać jednak tylko za pomocą badania fizykalnego, t. j. za pomocą rynoskopii przedniej i tylnej, oraz za pomocą badania palcem.

Rynoskopiję przednią uskuteczniamy za pomocą różnego rodzaju wzierników, *resp.* rozszerzadeł przednich nozdrzy. Wzierniki te bywają najczęściej lejkowate, np. wziernik VOLTOLINI'ego, DUPLAY'a, ROTH'a, HERYNGA i t. d., lub też wprost z drutu, w ścisłym znaczeniu wyrazu rozszerzadła, np. wziernik FRAENKEL'a, JURASZA i t. d..

Słup światła słonecznego bezpośredniego, lub odbitego od reflektora, a częściej światło sztuczne [nafta, gaz] służy do oświetlenia wnętrza nosa. Jeżeli wnętrze nosa jest dosyć obszerne, muszle nie poprzerastane, można tym sposobem zobaczyć, czy tylna część jamy nosowej jest wolną, czy też zajęta przez wytwór patologiczny. Wyrosłe adenoidealne wydają nam się wtedy bladoloróżowemi, lśniącemii, dotykane zgłębnikiem łatwo krwawią. Gdy chory robi ruchy polykania, unoszą się wyrosłe do góry i opuszczają. W rzadkich jednak tylko przypadkach rozpoznanie fizykalne, tą drogą zrobione, daje nam niewątpliwe dane, gdyż pole widzenia bywa zbyt małe. Zupełnie pewne rozpoznanie można zrobić za pomocą rynoskopii tylnej. Główna zasada tego badania jest następującą. Chory otwiera usta możliwie szeroko, głowę nieco pochyla naprzód. Podczas badania języczek i miękkie podniebienie nie powinny przylegać do tylnej ściany gardzieli, gdyż zasłoniłyby tylną część jamy nosowej, dlatego trzeba kazać badanemu oddechać przez nos, wstrzymać oddech, lub wymawiać „ą“. Wtedy, przyciskając szpatlem nasadę języka jedną ręką, drugą wprowadza się nieco ogrzane lusterko krtaniowe, powierzchnią szklaną zwrócone do góry mniej więcej tak, aby tworzyło ono z tylną ścianą gardzieli kąt ostry 45°. Wtedy możemy zobaczyć w lusterku, zwolna niem poruszając na prawo i na lewo, całą część nosową gardzieli. Wyrosłe, jeżeli są, widzimy w obrazie bardzo skróconym, perspektywicznym tak, że możemy poznać tylko względną ich wielkość. Badanie to ułatwia znacznie szpatel SCHLESINGER'a, gdzie automatycznym

¹⁾ Chirurgische Erfahrungen in Rhinologie etc. D-r MAX SCHAEFFER. 1885, str. 56.

przyrządem język przyciska się do dna jamy ustne, a lusterko, stale przymocowane do aparatu, zostawia nam jedną rękę swobodną; drugą zaś za pomocą odpowiedniego przyrządu odciągamy podniebienie miękkie. Downiej używano do tego badania lusterek bardzo małych, dziś chętniej używamy dużych, krtaniowych.

Badanie to wymaga bardzo dużej wprawy, a pomimo to rzadko udaje się je u dzieci dokładnie wykonać, raz z powodu krztuszenia się i oporu ze strony małych chorych, a powtóre z powodu zmian materyjalnych w gardzieli, jakie spotykamy zwykle przy tej chorobie: zgrubienie całej błony śluzowej, znaczny przerost migdałów.

Najdokładniejszym, nigdy nie zawodzącym, jest trzeci sposób, t. j. badanie tylnej części jamy nosowej palcem. Przemawia za nim i to, że nie wymaga żadnych przygotowań [z wyjątkiem absolutnie czystych rąk] i przyrządów; może być wykonanym zawsze i wszędzie przez każdego lekarza przy jakiej takiej wprawie. Należy dziecko posadzić na krześle, stanąć z jego prawej strony — lewą ręką, położoną na tyłogłowie, pochylić główkę nieco ku przodowi; prawej ręki wskazujący palec, haczykowato zgięty, wprowadza się poza języczek i obchodzi całą gardziel nosową: t. j. ścianę górną, boczne i tylną — oryentujemy się tam zawsze nozdrzami tylnymi. Gdy dziecko jest krnąbrne i nie pozwala na podobną manipulację, należy mu włożyć w usta rozszerzadło; druga osoba trzyma dziecko za nogi. Jeżeli wyrosła nie ma, znajdziemy błonę śluzową wszędzie gładką, względnie twardą, miejsca dla ruchów palca dużo; jeżeli wyrosła są, trafiamy na masę miękką ¹⁾, mniej lub więcej wypełniającą nozdrza tylne, palec wszędzie napotyka przeszkodę dla swobodnych ruchów. Tym sposobem możemy skonstatować ilość guzów, ich konsystencyję i miejsce usadowienia. Palec w tym razie zawsze wyjmujemy zakrwawiony, a gdy spojrzymy później w gardziel, widać cieniutki strumyk krwi, spływającej po tylnej ścianie; często też i nosem nieco krwi odchodzi, o czem należy zawsze badanych i otoczenie uprzedzić. Tę metodę badania może i powinien posiadać każdy lekarz bez wyjątku i żaden przypadek wyrosła adenoidalnych nie powinien pozostać nierozpoznanym. Jedną z oznak rozpoznawczych, którą wielokrotnie sprawdziłem, jest według SEMON'a i MICHEL'a ta, że gdy przestrzykujemy nos wodą, która w zwykłych warunkach powinna wypływać drugą dziurką nosa, przy wypełnionej tylnej części jamy nosowej, wypływa po trochu przez usta, lub częściej wraca tą samą dziurką. Należy się więc bardzo wystrzegać zalecania w tych razach szprycowań nosa, gdyż bardzo łatwo można wywołać nieżyt ucha średniego ze wszystkimi jego następstwami (*perforatio membranae tympani*, wpływ ropny i t. d.). Otyjatrzy rozpoznają bardzo łatwo wyrosła adenoidalne przy kateteryzacji, gdyż dziób cewnika utyka w masę miękką, utrudniającą odnalezienie otworu trąbki EUSTACHIJSZA, cewnik bywa pokryty śluzem, niekiedy krwią. [C. d. n.]

¹⁾ CRESSWEL BABER porównywa ją do aglomeratu glist.

NOTATKI LEKARSKIE.

10. Nagłe zejście śmiertelne w przebiegu choroby plamistej Werlhof'a.

W dniu 15 Czerwca późnym wieczorem pan W. po całodziennej podróży w przejeździe do majątku, odległego jeszcze od Kobrynia o wiorst 16, wstąpił do mnie dla poradzenia się. W., lat 23 liczący, wzrostu średniego, krępy, wyglądu czerstwego, mający układ mięśniowy dobrze rozwinięty, oprócz zwykłych chorób w dzieciństwie, żadnym ważniejszym cierpieniem nie podlegał. Z wyjątkiem kilku lat, przebytych w szkołach, stale mieszkał w majątku rodzinnym na wsi, a od lat paru znajdował się na praktyce w fabryce tkackiej, w dobrach p. S. w powiecie pińskim, żądał właśnie powracał do domu. Zajęcia w fabryce nie były uciążliwe, przeważnie nadzorcze, ograniczały się do kilku godzin dziennie. Mieszkanie zajmował suche i widne, stół miał wspólny z właścicielem fabryki i dóbr — a więc bardzo dostatni i zdrowy.

Od dwóch tygodni W. zauważył na ciele, przeważnie na kończynach dolnych, małe ciemne plamki, które, zmieniając barwę, znikały, a na ich miejsce nowe występowały. Z czasem plamy zaczęły zajmować skórę całego ciała z wyjątkiem twarzy. Poprzedniego dnia pojawiła się krew w ślinie, a w dniu przybycia do mnie chory zauważył niezwykle, czerwone zabarwienie moczu. Ani przed zwróceniem uwagi na występujące na ciele plamy, ani w przeciągu ostatnich dwóch tygodni w zdrowiu swoim W. nie zauważył żadnej różnicy. Łaknienie, sen, zwykła rzeźkość przez cały ten czas nie opuszczały go i obecnie, pomimo całodziennej podróży [głównie koleją], nie czuł żadnego zmęczenia, a tylko niezwykle zabarwienie moczu skłoniło chorego do zasięgnięcia mojej rady.

W., jak już wspominałem, nie miał pozoru człowieka chorego. Na powierzchni skóry, szczególnie na kończynach dolnych, mnóstwo plam od ciemnej, prawie czarnej barwy, aż do zielonawej, żółtej, wielkości od główki szpilki aż do grochu polnego i nieco większe. Kilka plam prawie czarnych znalazłem na tułowiu. Twarz zupełnie wolna. W jamie ustnej: na błonie śluzowej policzków, na dziąsłach, języku, na podniebieniu twardem i miękkim niezbyt liczne ciemne plamy różnej wielkości; na niektórych plamach nabłonek podniesiony w postaci strzępków; plamy te przy lekkim ucisku krwawią. Błona śluzowa dziąseł przy nasadzie zębów nie nabrzęka. Plamy moczowe na bieliźnie mają krwawe zabarwienie. Ciężota ciała 37.2. Tętno pełne 75 uderzeń na minutę. Przy badaniu serca, płuc i narządów jamy brzusznej zmian żadnych nie znalazłem.

Choremu dalszej podróży odradziłem, a prosiłem o zawiadomienie rodziny i pozostanie na czas jakiś pod moją obserwacją.

Obok odpowiednich przepisów dyjetetycznych, z leków zaleciłem kwas nieorganiczny w odwarze chinowym (*D-ti Chinae ex* ʒs—ʒvj, *Elix. acid. Halleri* ʒj, *Syr. cort. Aurant.* ʒs. Co dwie godziny łyżkę].

Nazajutrz około 9 godziny zrana przez posługacza hotelowego zostałem zawiadomiony, że W., przebudziwszy się przed godziną, uczuł silny ból głowy, do czego przyłączyły się wymioty i że prosi o niezwłoczne odwiedzenie, co też uczyniłem. Stan W. znalazłem następujący: chory znacznie zmieniony, twarz i błony śluzowe blade, chory pogrążony jest w głębokiej śpiączce, ciężota nie podniesiona, tętna 80 uderzeń, mniej pełnych niż wczoraj, oddechów 16 na minutę, oddech chrapliwy, jak u człowieka mocno śpiącego. Ilość plam na ciele w porównaniu z dniem poprzednim bez przesady powiększyła się w trójnasób. Cała powierzchnia skóry na kończynach i tułowiu ma wygląd pstry.

Moczu nie zachowano, ale na koszuli widoczne są plamy krwawe. Wydaliny wymiotne również są ciemno zabarwione. Zrenica prawego oka rozszerzona, lewego zwężona. Przy użyciu środków trzeźwiących chory, jakby prze-

budzony, wymawia kilka niezrozumiałych wyrazów, poczem znowu zapada w śpiączkę. Przeniesiono chorego do miejscowego szpitala, gdzie niebawem wystąpił tężcowy przykurcz górnych i dolnych kończyn, twarz i błony śluzowe przyjęły trupa błądłość, nowe wybroczyny w skórze prawie w oczach pojawiały się, na niektórych naskórek jakby podminowany i te przy ucisku krwawily.

Chory przy stopniowo słabnącej działalności serca, drgawkach ogólnych w godzin kilka życie zakończył.

W danym przypadku skażenie krwotoczne wystąpiło w ustroju zupełnie zdrowym, u człowieka, żyjącego w możliwie dobrych higienicznych warunkach; przed pojawieniem się cierpienia i w czasie dwutygodniowego przebiegu chory zmian żadnych w ustroju swoim nie doświadczał. Choroba w przeciągu ostatniej doby przyjęła niezwykle ostry charakter; zjawiska, spostrzegane na skórze, występować musiały jednocześnie na błonach śluzowych i surowicznych, czego dowodem szybko postępująca niedokrwistość. Wylanie się krwi do opon mózgowych przyspieszyło zejście śmiertelne. Przejście w przeciągu godzin kilkunastu z pozornego wprawdzie zdrowia u młodzieńca pełnego czerstwych sił do stanu bez wyjścia, który zakończył się śmiercią, skłania mnie zejście to nazwać nagłym, a zarazem przypadkiem tym podzielić się z szerszym gronem Szanownych Kolegów; gdyż w każdym razie pod względem powstania, przebiegu jest on niezwykłym i służyć może za przestrożę, że w plamicy krwawej należy być ostrożnym w rokowaniu co do najbliższej nawet przyszłości.

Jan Andrzejowski [Kobryń].

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

48. Lucas-Championnière i Danion. Leczenie elektrycznością włókniaków macicy.

Leczenie elektrycznością włókniaków macicy uważają jedni za stanowczy prawie środek, mogący wszelkie inne sposoby leczenia zastąpić; inni odrzucają go zupełnie. Aby zdać sobie dokładną sprawę z wyników, jakie można otrzymać przy pomocy pomienionego środka, LUCAS-CHAMPIONNIÈRE wspólnie z DANION'em zajął się badaniem chorych w szpitalu św. Ludwika. Badania te są jeszcze zbyt świeże, aby można było już zawyrokować o ostatecznych wynikach nowej metody; w danej chwili można jedynie ocenić bezpośrednio wyniki. Te ostatnie są czysto objawowe: krwotoki i bóle nagle ustają. Tak często dotkliwie uczucie ociężałości zmniejsza się; chora chodzi łatwiej. Objętość brzucha zdaje się zmniejszać. Chora, która w czasie przerw między krwotokami miewała obfity odpływ ciemnego płynu, spostrzega, jak objaw ten ustępuje pod wpływem leczenia elektrycznością. Stan ogólny również zyskuje na tej poprawie pojedynczych objawów, przy czem ulgi doznaje chora nadszybczej szybko, najczęściej po czwartym już posiedzeniu. Zmniejszenie się objętości włóknika jest niewątpliwem i następuje bardzo prędko. Czy tu elektryczność działa wprost na sam guz włóknisty, czy na macicę, czy też na naczynia, lub wysięki, trudno powiedzieć; nie ulega jedynie wątpliwości fakt zmniejszania się guza. Zmniejszanie się to jednak nie dochodzi do zupełnego zniknięcia nowotworu, a nawet, jeśli chora potem pozostawiona jest samej sobie, włóknik odzyskuje znów wkrótce pierwotną objętość.

Sposób stosowania elektryczności, jakiego używali CHAMPIONNIÈRE i DANION, znakomicie się różni od sposobu, uświęconego przez APOSTOLI'ego. Do-

świadczenie uczy, że można bez różnicy manipulować w kanale szyjki, lub w jamie macicy. Nowy sposób polega na częstej przemianie biegunów podczas elektryzacji. Otrzymywano w ten sposób często skutki natychmiastowe. W każdym razie należy zaczynać od dodatniego bieguna. Jednym słowem: jest to sposób leczenia, którego za stanowczy uważać nie można, jedyna jego wartość polega na złagodzeniu objawów. Sposób ten stosowanym być musi uporczywie, w ciągu całych miesięcy, bez przerwy, gdyż w przeciwnym razie objawy chorobowe znów powracają. Najbardziej widoczną ulgę spotyka się w tych przypadkach, gdzie klimakterya jest blizką.

W jaki sposób działa tu elektryczność, wyjaśnionem jeszcze nie zostało, lecz LUCAS-CHAMPIONNIÈRE sądzi, że elektryczność ma tu wpływ taki, jak wody mineralne. Stosowanie tych ostatnich, a w szczególności wód, zawierających chlorki, z korzyścią może być z elektrycznością łączone. Ważnem jest, aby nie zanadto uogólniać pomienionego środka, gdyż każdy sposób leczenia winien znaleźć odpowiednie zastosowanie i należy w tym celu dobrze postawić wskazania.

BOUILLY, LUCAS-CHAMPIONNIÈRE przychodzą ostatecznie do wniosku, że wyniki, otrzymywane przy leczeniu elektrycznością, są czysto objawowe. Otóż, zdaje się, że nawet i w tym względzie należy być bardzo ostrożnym, raz mając na uwadze samoistne przemiany włókniaków, powtórne na podstawie wyników, jakie BOUILLY otrzymywał przy stosowaniu elektryczności.

Ktokolwiekby obserwował kobiety, u których rozwinęły się włókniaki macicy, ten mógł się przekonać, że pewne objawy zjawiają się bez powodu i znikają w tenże sam sposób. Bywają tu przemiany nagłe i chwilowe, które mogą być powodem błędnego ocenięcia skuteczności stosowanych środków. Daje się to zauważyć często u kobiet w wieku blizkim klimakteryi; otóż, w tym właśnie okresie leczenie elektrycznością najskuteczniejszym się okazuje. BOUILLY widział, jak pod wpływem spokoju i ciepłych przymiwań ustępowały zupełnie, lub zmniejszały się krwotoki, bóle i sama dążność guza do rozrastania się. Taką ulgę można otrzymać przy pomocy jakiegobądź środka. Zadziwiające zmiany widziano po dwóch już razach stosowania elektryczności, a to jest jednym więcej powodem, aby przyjść do przekonania, że podobne zmiany możnaby wywołać, stosując jakikolwiekby sposób leczenia. BOUILLY miał możność obserwować cztery chore, które leczono elektrycznością o znacznem napięciu. Po chwilowem polepszeniu, u chorych tych znów powróciły też same objawy, które wtedy również z wszelką łatwością ustąpiły pod wpływem zwykłych leczniczych środków. Spotykano również i uporczywe krwotoki, pomimo leczenia elektrycznością. U pewnej kobiety, liczącej 50 lat wieku, z włókniakiem wielkości główki płodu i wydłużeniem guza do tylnego sklepienia, miały miejsce bolesne objawy i zaparcie stolca, co BOUILLY objaśniał istniejącem jednocześnie zapaleniem (*parametritis*). Ponieważ nie było krwotoków, DANION przystąpił do elektryzowania chorej przez tylne sklepienie jedynie. Po kilku posiedzeniach ulga była tak znaczną, iż możliwem się okazało zastosować do jamy macicy elektryczność o znacznem napięciu.

SCHWARTZ podaje fakt, przemawiający na korzyść leczenia elektrycznością. U kobiety, 30 lat wieku liczącej, utworzył się włókniak wielkości główki płodu, uciskający pęcherz i wywołujący ze strony tegoż bardzo wyraźne objawy. Prócz tego ciągle krwotoki doprowadziły ją do niedokrwistości w wysokim stopniu. Znaczna ilość stosowanych tu środków pozostała bez skutku. APOSTOLI zastosował u pomienionej chorej 18 razy galwanokaustykę dodatnią [posiedzenia, trwające 5 minut, co trzy lub cztery dni]. Zaczęto od 60 miliamperów, a idąc stopniowo, doprowadzono do 100 i 130 miliamperów. Posiedzenia te chora z początku bardzo dobrze znosiła, później nieco gorzej i wobec tego wypadło porobić nieco dłuższe przerwy między posiedzeniami: skutek był nadzwyczaj zadawalający. Od roku już objawy chorobowe ustąpiły zupełnie. Macica, która

miała 11 centymetrów, zmniejszyła się do $8\frac{1}{2}$ centymetrów. Włókniak nie znikł wprawdzie, ale niewątpliwie się zmniejszył.

KIRMISSON także podaje jeden tylko przypadek. Chora, licząca 48 lat wieku, miała ogromnych rozmiarów włókniaka śródmiaższowego, który sprawiał jej gwałtowne bóle i krępował ją bardzo. Ponieważ nie było krwotoków, przeto operacja tak poważna, jak histerektomia brzuszna, nie była konieczną. Chora odbyła z APOSTOLI'm 18 posiedzeń galwanokaustyki, to dodatniej, to ujemnej. Najwyższe napięcie dochodziło do 200 miliamperów. Posiedzenia, nieco bolesne, chora dobrze znosiła. Poprawa pod względem objawów była bardzo znaczną, lecz guz nie zmniejszył objętości.

SECOND obserwował pewną liczbę chorych, leczonych elektrycznością i widział bardzo dobre skutki.

Jeden fakt nadewszystko, którym zajmował się razem z APOSTOLI'm, bardzo przekonującym mu się wydał.

Kobieta, licząca 47 lat wieku, wskutek olbrzymiego włókniaka, zupełnem kalectwem dotknięta została. Po 22 posiedzeniach z zastosowaniem galwanokaustyki dodatniej i jednym posiedzeniu z zastosowaniem galwanokaustyki ujemnej przy 80 do 230 miliamperach, poprawa była tak znaczną, iż chora mogła się wziąć do zwykłej pracy. Objętość włókniaka niewątpliwie się zmniejszyła. P. SECOND jest więc zdania, że elektryczność jest wyborynym środkiem leczniczym, nie mniej wszakże pewna liczba włókniaków musi być poddana leczeniu chirurgicznemu.

LE DENTU wypróbował sam leczenie elektrycznością na dwóch chorych. U jednej z nich, 45 lat wieku liczącej, liczne i znacznych rozmiarów, włókniste guzy wypełniały jamę brzuszną i miednicę małą. Chora w ciągu 10-u miesięcy odbyła 81 posiedzeń. Z początku napięcie prądu było nieznaczne i nie przekraczało 25 miliamperów. Po kilku posiedzeniach poprawa już była widoczną i stawała się coraz znaczniejszą. Wskutek jednak koniecznej przerwy w leczeniu, dolegliwości znów się pojawiły i chora musiała jeszcze odbyć 17 nowych posiedzeń, które usunęły wprawdzie ból, ale krwotoki już nie ustały. Chorą tę stracono z oczu.

Druga chora, młoda kobieta z włókniakiem, sięgającym na 4 centymetry powyżej pępka. Po 18 posiedzeniach dała się zauważyć bardzo znaczna ulga. U tej chorej elektrodu nie można było wprowadzić do jamy macicy, z powodu zarosnięcia szyjki. Napięcie prądu nie mogło przekroczyć 50 miliamperów, ponieważ chora cierpiała silnie przy każdym posiedzeniu. Dobrych skutków leczenia elektrycznością zaprzeczyć niepodobna. LE DENTU badał chore, które mu przedstawiał APOSTOLI. Wszystkie świadczyły o znacznej uldze i znacznej poprawie.

TRELAT prosił APOSTOLI'ego o wypróbowanie swej metody w klinice Charité. Wyniki stąd otrzymane są czysto objawowe, a oceniając je, BOUILLY podejrzewa tu prosty zbieg okoliczności. Jednakowoż zbieg ten powtarza się tak prawidłowo, że niepodobna nie uznać związku między przyczyną i skutkiem. Przypadki, zbądane przez APOSTOLI'ego, są następujące:

I. Kobieta, licząca 43 lat wieku, cierpi od 10 lat na krwotoki, które spowodowały coraz bardziej wzrastającą niedokrwistość.

Pięć lat temu już RENDU rozpoznał włókniaka macicy. Przy wejściu chorej do szpitala, oznaczono jamę macicy na 9 centymetrów, włókniak dochodził na 10 ctm. powyżej spojenia łonowego, szerokość jego wynosiła 9 ctm.. Po 18 posiedzeniach od 5 do 8 minut, przy stosowaniu strumieni od 60 do 170 miliamperów, wysokość włókniaka o połowę się zmniejszyła.

Regularność wróciła do prawidłowego stanu i chora wzięła się do zwykłej swej pracy.

II. Kobieta, 26 lat licząca, miała troje dzieci. Po ostatnim porodzie rozwinęła się *pelvi-peritonitis* i utworzył się olbrzymich rozmiarów włókniak. Jama macicy długa na $8\frac{1}{2}$ ctm.; gwałtowne bóle, niezdolność do pracy. Po 15 posiedzeniach przy stosowaniu 50 do 150 miliamperów, bóle ustały, guz zrobił się ruchomym. Wygląd chorej doskonały.

III. Kobieta, 37 lat wieku licząca, nieplodna. Od 30-go roku życia, krwotoki. następnie *dysmenorrhoea*. W Grudniu 1888 r. zauważono włókniak, przechodzącego poza pępek; 10 posiedzeń przy użyciu 80 do 150 miliamperów. Wyraźne polepszenie.

IV. Kobieta, 28 lat wieku licząca, mająca 2 dzieci. Włókniak dochodzi na 10 ctm. powyżej spojenia łonowego. *Pelviperitonitis*. Dotykanie i naciskanie bardzo bolesne. Zgłębnik maciczny przechodzi jedynie na trzy ctm.; po 5-tem posiedzeniu przechodzi na 7 ctm..

Wszystkich posiedzeń było 11 z napięciem prądu od 30 do 100 miliamperów. Znaczna ulga, włókniak obniżył się tak dalece, że sięga jedynie na 3 ctm. powyżej spojenia łonowego.

V. Kobieta, 26 lat wieku licząca. Włókniak wielkości pięści. Jama macicy ma 10 ctm.. Chora chodzi z trudnością. Po trzech posiedzeniach polepszenie takie, że chora żąda wypisania. Chora ta ma się dobrze.

VI. Kobieta, 37 lat wieku licząca, nieplodna. Włókniak, dochodzący 8 ctm. ponad spojeniem łonowym. Zmierzenie macicy niemożliwe. Po kilku posiedzeniach miała miejsce gorączka. Po rozszerzeniu jamy macicy spadła gorączka i dolegliwości ustąpiły.

VII. Kobieta, 39 lat wieku licząca. Włókniak, sięgający powyżej pępka. Obfite krwotoki. Po 6 posiedzeniach, przy zastosowaniu 80 do 150 miliamperów, stan jest taki, że chora uważa się za wyleczoną i opuszcza szpital.

Jednym słowem: nie ma ani jednego poważnego przypadku, prócz zaznaczonego pod N. VI, gdzieby powstrzymania sprawy chorobowej nie można było przypisać samej metodzie leczenia.

Wyniki lecznicze, o ile dotyczą objawów, są wyborne; TRÉLAT widzi w nich pobudkę do dalszych w tym kierunku usiłowań.

BERGER zrobił również kilka doświadczeń przy pomocy APOSTOLI'ego. Badań te dotyczyły 5 przypadków: w czterech istniały śródmiaższowe włókniaki, w jednym podśluzowy włókniak. W 4-ech pierwszych uciekano się do galwanokaustyki wewnątrz-maciczej; w przypadku polipa włóknistego zastosowano galwanopunkturę.

I. Kobieta, 48 lat wieku licząca. Od 41 roku życia krwotoki. Długość jamy macicy $13\frac{1}{2}$ ctm.. 18 posiedzeń galwanokaustyki dodatniej przy 70 do 150 miliamperach, trwających 5 do 7 minut. Ulga zaraz po pierwszych posiedzeniach. Regularność powróciła do prawidłowego stanu, bóle ustąpiły. Guz, wyczuwany w brzuchu, zmniejszył się wyraźnie, guz w małej miednicy zupełnie znikł. Ostatecznie krwotoki znów się pojawiły, lecz ustały po powtórnem zastosowaniu elektryczności.

II. Kobieta, 25 lat wieku licząca. Włókniak podotrzewnowy, połączony z krwotokami i podrażnieniem otrzewnej, co doprowadziło chorą do stanu wysokiego charłactwa. Uplawy bardzo obfite. Bolesci nadzwyczaj dotkliwe. Zastosowano galwanokaustykę dodatnią. Trudności wielkie z powodu nieznoszenia elektryzacji przez chorą. Cztery miesiące niesystematycznego nawet leczenia, posiedzenia trwające krótko z zastosowaniem 70 miliamperów najwyżej. Zamiast galwanokaustyki dodatniej, użyto ujemnej, bez większego skutku. Po kilku posiedzeniach krwotoki nieznaczne; po dwakroć objawy podrażnienia otrzewnej. Słowem: wynik niepomyślny, a mimo to włókniak się zmniejszył.

III. Kobieta, 38 lat wieku licząca. Włókniak śródmiaższowy, sięgający na szerokość trzech palców ponad spojenie łonowe. Po 6 posiedzeniach przy

zastosowaniu prądów o sile 70 do 150 miliamperów, polepszenie tak znaczne, iż chora przestała się leczyć. Włókniak znacznie się zmniejszył.

IV. Kobieta, 36 lat wieku licząca. Włókniak śródmiąższowy, dający się wyczuć na szerokość czterech palców poniżej pępka. Długość jamy macicy $10\frac{3}{4}$ centm. Leczenie trwało 6 tygodni. Posiedzenia dodatnie. Regularność wróciła do prawidłowego stanu. Włókniak na dwa 2 lub 3 zaledwie palce sięgał ponad spojenie łonowe.

V. Włókniak podśluzowy na przedniej ścianie. Od roku obfite krwotoki, które od dwóch miesięcy stały się groźnemi. Wyluszczenie byłoby bardzo niebezpiecznem ze względu na niedokrwesty stan chorej. Zastosowano 18 posiedzeń galwanopunktury dodatniej. Nie ma żadnego oddziaływania. Krwotoki ustały. Regularność prawidłowa. Nic nie wpłynęło na zmniejszenie się objętości guza.

Przy tych doświadczeniach stosowano elektryczność w sposób następujący: posiedzenia powtarzano z przerwami od 3 do 8 dni; każde posiedzenie trwało 5 do 6 minut, niekiedy 10 do 11 minut. Napięcie prądu bywało z początku 50 miliamperów, potem stopniowo dla każdej chorej dochodziło do 100, 150, 170, a nawet 200 miliamperów. W przypadku pod N II nie można było przekroczyć 100 z powodu, iż chora silniejszych prądów znieść nie mogła.

Liczba posiedzeń wahała się między 15 a 18.

Jeśli nie zgodzić się na to, że gra tu rolę prosty zbieg okoliczności, otrzymane wyniki przypisać należy elektryczności, gdyż pomienionych chorych w żaden inny sposób nie leczono, nawet nie leżały one przez dłuższy czas w łóżku.

Czy wyniki te są stanowcze? Obserwacje za krótko były prowadzone, aby coś stanowczego w tym względzie wypowiedzieć było można. Jednakowoż obecnie już można stwierdzić, że elektryczność, stosowana przy leczeniu włókniaków, jest środkiem wielkiej wartości, przynoszącym ulgę chwilową. Środek ten można postawić na równi z wycięciem guza, które zresztą zawsze jeszcze przedstawia poważne bardzo niebezpieczeństwo i dlatego chirurg winien uciec się do elektryczności, zanim przystąpi do tak niebezpiecznej operacji, jaką jest hysterektomia nadpochwowa, po której umiera jeszcze $\frac{1}{5}$, a co najmniej $\frac{1}{6}$ chorych.

TILLAUX oświadcza się za leczeniem włókniaków elektrycznością, chociaż opiera się jedynie na trzech obserwacjach.

I. Kobieta, 40 lat wieku mająca. W styczniu 1888 r. TILLAUX stwierdził obecność olbrzymiego włókniaka, wypełniającego całą jamę brzuszłą. APOSTOLI przez 34 posiedzeń stosował u chorej galwanokaustykę dodatnią. W lipcu 1888 r. TILLAUX zauważył poprawę w samych objawach i zmniejszenie się włókniaka.

II. Kobieta, 35 lat wieku licząca, znajdowała się w takimże zupełnie stanie w grudniu 1887 r. W lipcu 1888 r., po zastosowaniu elektryczności, TILLAUX stwierdził również nadzwyczaj pomyślne zmiany.

III. Kobieta, 32 lat wieku licząca, leczona w oddziale TILLAUX przez APOSTOLI'ego. U chorej tej był niewielkich rozmiarów, lecz bardzo bolesny, włókniak. Elektryczności chora nie nosiła i posiedzenia przzerwane być musiały.

(Według sprawozdań z rozpraw w *Société de Chirurgie, Revue de Chirurgie*. 1889. zeszyt lipcowy).
Słupecki

49. Prudden i Northrup (Nowy Jork). Badania nad etyologiją zapalenia płuc przy błonicy u dzieci.

Najnowsze badania statystyczne [DARIER, TALAMON, SCHRACKAMP] pouczają, że w połowie śmiertelnych przypadków błonicy u dzieci znajdowano zrazikowe zapalenie płuc (*broncho-pneumonia*). NORTHROP na 195 przypadków błonicy, zbadanych na stole sekcyjnym, w 133 znalazł świeże zapalenie płuc zrazikowe. Tenże autor razem z PRUDDEN'em zbadał bakteryjologicznie 17 przy-

padków zapalenia płuc, które wystąpiło jako powikłanie błonicy krtani u dzieci. We wszystkich tych przypadkach [z wyjątkiem jednego] znaleziono w błonach dyfterytycznych drobnoustroje, znane pod nazwiskiem *streptococcus diphteriae* [LOEFLER]. Takież same streptokoki znaleziono w płucach, co stwierdzono za pomocą hodowli. W 10 przypadkach zapalenia płuc zrazikowego także u dzieci, zmarłych już to wskutek tego zapalenia, już to na inną chorobę [koklusz, charłactwo, róża], znaleziono w płucach, albo krótkie pałeczki, albo *streptococcus pyogenes aureus*; streptokoków błonicy nie znaleziono. W 5 przypadkach zapalenia płuc zrazowego znajdowano przeważnie *pneumococcus* FRAENKEL'a i WEICHELBAUM'a, niekiedy w połączeniu ze *staphyloc. pyogenes aureus*. Przy badaniu pięciu płuc dzieci, zmarłych na zaburzenia kanału pokarmowego, pasorzytów nie znajdowano wcale, albo też pasorzyty niechorobotwórcze w niewielkiej ilości.

Cheąc doświadczać zbadać chorobotwórcze działanie streptokoka błonicy na płuca, PRUDDEN i NORTHROP wprowadzali pewną ilość czystej hodowli tego pasorzyta [otrzymanej z płuc dzieci i zaszczerpionej w bulionie] do tchawicy królików, przedtem zupełnie zdrowych. Otrzymywano zawsze zapalenie płuc zrazikowe, niekiedy jednak lekkie i przemijające. Zapalenie stawało się cięższem lub śmiertelnem, jeżeli zwierzę przedtem wdechało amonijak, lub jaką inną drażniącą substancją. Jeżeli zamiast streptokoka wstrzykiwano zwierzętom do tchawicy *staphylococ. pyog. aureus*, otrzymywano również zrazikowe zapalenie płuc i znajdowano w płucach stafilocoka, ale zapalenie płuc bywało mniej rozległe, a ilość pasorzytów niewielka.

Inni autorowie, jak FLEK i GAHR, już po kilku dniach stafilocoków w płucach nie znajdowali wcale.

Z powyższych badań, bardzo zresztą dokładnych, autorzy wyprowadzają wniosek, że ostre zapalenie płuc zrazikowe, wikłające często, bo w połowie przypadków, błonicę dróg oddechowych u dzieci, przedstawia rodzaj t. zw. wdechowego zapalenia płuc, zależnego od przedostania się swoistego pasorzyta (*streptococcus diphteriae*) do oskrzeli i płuca.

Praca amerykańskich lekarzy posuwa o krok naprzód badanie ciemnej jeszcze dotychczas etjologii zrazikowego zapalenia płuc.

(The american journal of the medical sciences, 1889. June). A. Pulawski.

Wiadomości bieżące.

— W Paryżu odbyły się rozmaite kongresy lekarskie: terapeutyczny, syflografów i dermatologów, psychijatryczny, dla higieny i demografii i t. d. Inne zebrania miały charakter humanitarny: kongres dla spraw szpitalnych, na którym zapadły postanowienia rozmaite odnoszące się do stosunków francuzkich przeważnie; dalej kongres dla sprawy alkoholowej, w którym wzięły udział przez delegatów wszystkie kraje Europy i Ameryki, z wyjątkiem Austrii i Niemiec. Wreszcie kongres dla poprawy stanu ociemniałych, łącznie z wystawą przedmiotów odnoszących się do wychowania i ogólnego oraz muzycznego i rzemieślniczego wykształcenia niewidomych. Na kongresie „alkoholowym“ YVERNÈS naczelnik biura statystycznego przy ministerjum sprawiedliwości, mówił o związku między zwiększeniem konsumpcji alkoholu a zbrodniami i obłąkaniem. DUVERGIE wykladał o prawodawczych przepisach co do nadużycia alkoholu. W międzynarodowym kongresie higieny i demografii brało udział 600 osób [i kilka kobiet]. Sekcyj było 6: 1) Higiena wieku dziecięcego. 2) Higiena miast. 3) Epidemijologija. 4) Higiena przemysłu i zawodowa. 5) Przepisy międzynarodowe i policyjno-lekarskie w interesie higieny. 6) Higiena materyjalów spożywczych. Kongres dermatologów zagał 86-letni prof. RICORD [z Niemców był tylko UNNA, inni przed otwarciem zjazdu usunęli się]. Na zjeździe dla doświadczenia i leczniczego hypnotyzmu przemawiał BERNHEIM z Nancy o wartości terapeutycznej hypnozy. Doroczne zebranie francuzkiego towarzystwa oftalmologów miało charakter międzynarodowego kongresu z powodu liczego udziału obcokrajowych okulistów.

Do N-ru 34-go Gaz. Lek. dołączonym był dla wszystkich prenumeratorów bezpłatnie „Katalog dzieł lekarskich“ księgarni E. Wendego i S-ki za miesiąc Lipiec.

Oberbrunnen

Stosowane dla kuracji od r. 1601. Szczególniej skuteczne w cierpieniach narządów oddechowych i żołądka, przy zółtach, cierpieniach nerek i pęcherza, gościecu, hemoroidach i moczówce.

Wysyłka książęcych wód Mineralnych Ober-Salzbrunn
Furbach & Striebold. 26—15

Składy we wszystkich aptekach i składach wód Mineralnych.

Kurort Salzbrunn Szląsk.

Sezon kuracyjny od 1 Maja do końca Września.

„KALENDARZYK LĘKARSKI”

na r. 1890

opracowany przez: Bujwida, Dunina, Grodeckiego, Hewelkego, Kuniewicza, Matlakowskiego, Polikiera, Puławskiego

pod redakcją J. POLAKA,

wyjdzie nieodwołalnie w Październiku r. b.

Treść stanowić będą: Lista lekarzy w Królestwie (na nowo ze źródeł urzędowych ułożona), wskazówki dyagnostyczne według Seiferta i Müllera (zwłaszcza: badanie płwociny, uroskopja, badanie grzybków chorobotwórczych i t. p.), wskazówki terapeutyczne (alfabetycznie według chorób ułożone), najnowsze postępy terapii i chirurgii; spis leków, najwyższe dawki, ratownictwo, wody mineralne i stacje klimatyczne, proste sposoby badania powietrza, wody i pokarmów, prawodawstwa dotyczące lekarzy, krótkie wiadomości informacyjne i statystyczne i t. p., oraz notatnik.

Cena egzemplarza rs. i kop. 20, z przesyłką rs. i kop. 40.

Cena ogłoszeń do kalendarza tego: na całej stronie rs. 20, na 1/2 strony rs. 12, na 1/3 str. rs. 8, na 1/4 str. rs. 6; wiersz 40 kop. Od ogłoszeń opłacanych z góry ustępuje się 10%. Termin przyjmowania ogłoszeń do 25 Września r. b.

Adres: Redakcja „Zdrowia“, 25, Ś-to Krzyska w Warszawie.

0—1

Wyszło z druku dzieło pod tytułem

PSYCHIJATRIJA

czyli nauka o chorobach umysłowych:

oryginalnie napisana przez

D-ra A. Rothego

Naczelnego lekarza Zakładów dla Obląkanych w Warszawie.

Autór, znany jako gorliwy pracownik na polu psychiatrii, mając na względzie studentów prawników, oraz szerokie koło lekarzy praktyków, napisał dzieło, mogące zaspokoić wszelkie wymagania lekarzy praktyków, tak pod względem rozpoznawania, jako też pod względem leczenia chorób umysłowych. Dzieło zawiera 18 arkuszy druku.

Cena Rs. 1 kop. 80, z przesyłką Rs. 2.

Nabywać można u Wydawcy Gazety Lekarskiej Marszałkowska Nr. 119.

0 2