

GAZETA LEKARSKA.

I. O WSTĘPUJĄCEM ZWYRODNIENIU NERWU TWARZOWEGO.

[Rzecz czytana na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego w d. 5. XI. 1895].

Podał

D-r med. L. E. Bregman,

ordynaator kliniki terapeutycznej w szpitalu Ś-go Ducha.

— † — † —

Z pośród różnych metod, używanych w anatomii patologicznej układu nerwowego, najlepszą dla rozpoznania zwyrodnienia wtórnego włókien nerwowych jest bezwarunkowo metoda, podana przez MARCHIE'go. Gdy we wszystkich innych rozpoznajemy włókna zwyrodniałe przeważnie z tego, że odczyn barwienia w nich nie następuje sposobem MARCHIE'go, to wyróżniamy je znakomicie jako szeregi czarnych kulek na jednostajnym, żółto-brązowym tle otoczenia. Przypomnę w kilku słowach, na czem sposób ten polega: preparat w całości kładzie się na kilka dni do 2½% roztworu *kali bichromici*, następnie krajemy go na drobniejsze, o ile można, kawałki i pozostawiamy jeszcze w *kali bichromicum* przez 5—8 dni [dłuższe do 3 miesięcy pozostawanie w nim nie stanowi przeszkody], przekładamy następnie do płynu MARCHIE'go, t. j. płynu przygotowanego z 2-ch części 2½% roztworu *kali bichromici* i 1 części 1% roztworu *acidi osmici*. W płynie tym preparat pozostaje mniej więcej przez tydzień, t. j. tak długo, póki nie nabierze barwy ciemno-brązowej, następnie przepłukuje go się w wodzie, odwadnia się w alkoholu i zatapia się w fotoksylinie lub celloidynie. W ciągu niespełna 3 tygodni preparat jest gotów do krajania. Skrawki, umieszczone w płynie MARCHIE'go, muszą być możliwie małe, gdyż w przeciwnym razie otrzymujemy charakterystyczny odczyn jedynie na powierzchni preparatu, nie zaś w głębi.

Pewną niedogodność metody stanowi, że w prawidłowym układzie nerwowym spotykamy rozsiane, czarne punkty, podobne do tych, które są charakterystyczne dla włókien zwyrodniałych. OBERSTEINER, badając rdzeń straconego przestępcy w godzinę po śmierci, był w stanie stwierdzić obecność rzeczonych punktów na całym przekroju. W niektórych miejscach, np. w *raphe*, nagromadzić się one mogą nawet w większej nieco ilości. Pochodzenie ich nie jest

jeszcze zupełnie wyjaśnione; być może, że są one wyrazem tego, iż w prawidłowym układzie nerwowym część włókien stale ulega zwyrodnieniu. Trudności, stąd wynikające dla oceny wyników patologicznych, nie są zresztą zbyt wielkie, gdyż zazwyczaj punkty te są mniejsze od kulek zwyrodnienia i nie nagromadzają się nigdy w tak wielkiej ilości, jak to bywa, kiedy mamy przed sobą pęczek zwyrodniałych włókien.

Dodać wreszcie muszę, że metoda MARCHIE'go daje wyniki zupełnie zadowalające w tych jedynie przypadkach, w których zwyrodnienie jest względnie świeżej daty, gdyż polega ona na barwieniu się mas rozpadowych, na które rozkłada się otoczka myelinowa: tam, gdzie te masy myelinowe, jak to w starym zwyrodnieniu bywa, zostały już wessane, charakterystycznego odczynu otrzytać naturalnie nie możemy. Termin, w którym to następuje, nie jest prawdopodobnie dla różnych części układu nerwowego jednakowym, z tego względu więc już jest trudnym do oznaczenia. W każdym razie termin, podany przez DÉJERINE'a 3 tygodnie, wydaje mi się za krótkim, gdyż jestem w posiadaniu preparatów doświadczalnych zwyrodnienia 57-dniowego, które pod względem zupełności nie pozostawiają nic do życzenia.

Preparat, który mam zaszczyt przedstawić Szan. Panom, pochodzi od chorego, 38 lat, który w d. 4. III. 1895 wstąpił do szpitala Ś-go Ducha i u którego rozpoznaliśmy *phthisis pulmonum*. Chory ten od dłuższego czasu cierpiał na ropotok z lewego ucha i, jak twierdził, mniej więcej na 4 tygodnie przed przybyciem został dotknięty porażeniem lewej połowy twarzy. Porażony nerw i mięśnie dawały zupełny odczyn zwyrodnienia. Chory ten zmarł w d. 16. IV. r. z., t. j. w 2½ miesiąca po wystąpieniu porażenia. Oględziny pośmiertne, dokonane przez kol. ZIELIŃSKIEGO, wykazały w jamie bębnekowej niewielką ilość cuchnącej ropy, kostki słuchowe były całkowicie zniszczone, również przepona bębnekowa. *Pars mastoidea* była nietknięta. Nerw twarzowy okazał się w kanale FALLOPIUSZA poniżej kolana bardzo ścięńczonym, tak, że przy preparacji się rozerwał i powierzchnia jego była w tem miejscu mętna.

Opierając się na wynikach moich doświadczeń na królikach, które wykazały, iż po wyrwaniu nerwu twarzowego z kanału FALLOPIUSZA lub po przecięciu go przy wyjściu z tegoż kanału następuje zwyrodnienie korzeni jego wewnątrz pnia mózgowego aż do samego jądra, postanowiłem przekonać się, jak w danym przypadku włókna te się zachowują. Że ciągłość nerwu nie tylko pod względem funkcyjnym, ale i pod względem odżywczym została przerwana, tego dowodem odczyn zwyrodnienia, stwierdzony przezemnie za życia; z tego względu więc przypadek ten postawiony być musi na równi z mojami doświadczeniami. Różni się jednak od nich tem, że przyczyną przerwania nie był uraz, ale *neuritis*, spowodowana przejściem zapalenia z ucha średniego. Rozprzestrzeniając się w nerwie w obu kierunkach, wstępującym i zstępującym, zapalenie mogło w obchodzącym nas ośrodkowym odcinku wywołać zmiany, które zamaskowały zwyrodnienie, spowodowane przerwaniem nerwu. Przejście jednak *neuritidis* na korzenie nerwu wewnątrz pnia mózgowego, których zbadanie, jak wspomniałem, miałem przedewszystkiem na celu, z góry już było mniej prawdopodobnem. Zastosowany przezemnie sposób MARCHIE'go i z tego względu

ma ogromne znaczenie, gdyż umożliwia w tym przypadku rozpoznanie, ponieważ nerw, będący w stanie zapalnym, charakterystycznego odczynu nie daje.

Przedstawiony preparat jest skrawkiem z mostu WAROL'a na wysokości t. z. kolana korzeni nerwu twarzowego: włókna tego nerwu są w tem miejscu związane w jeden pęczek, który trafiony tu jest na przekroju poprzecznym, tak, że wszelkie w nim zmiany są łatwo dostrzegalne. Z lewej strony widzimy w nim liczne czarne kulki, z prawej zaś kulek tych niema. Na zewnątrz od kolana odchodzi t. z. zstępujący odcinek korzeni nerwu twarzowego, który również po stronie lewej zawiera liczne charakterystyczne kulki. Zwyrrodnienie w przypadku tym nie jest zresztą bardzo silne, a zwłaszcza jest słabszem, aniżeli w sąsiednim preparacie, wziętym od królika, któremu nerw twarzowy z kanału FALLOPIUSZA wyrwałem, lub w trzecim, przedstawiającym zwyrrodnienie wstępujące korzeni nerwu oko-ruchowego po przecięciu go na podstawie czaszki. Słabszy stopień zwyrrodnienia tłumaczy się 1) tem, że jest ono zależne od wieku osobnika: w danym przypadku mamy do czynienia z osobnikiem starszym, gdy natomiast do doświadczeń moich brałem przeważnie zwierzęta młode; 2) stopień zwyrrodnienia zależy też od miejsca, w którym ciągłość nerwu została przerwana; im bliżej ośrodka tem ono jest wyraźniejsze. Gdy się wyrwa nerw z kanału FALLOPIUSZA, przyczem urywa się on zwykle w miejscu wstąpienia do pnia mózgowego, zwyrrodnienie bywa silniejsze, aniżeli wtedy, gdy się go przecina przy wyjściu z kanału FALLOPIUSZA. U naszego chorego nerw był przerywany w dolnej części kanału FALLOPIUSZA, t. j. również bardziej obwodowo, dlatego zwyrrodnienie jego korzeni nie jest bardziej rozwinięte.

W literaturze dotychczasowej znajdujemy 2 tylko przypadki, w których u człowieka stwierdzono wstępujące zwyrrodnienie nerwu twarzowego, opisane przez DARKSZEWICZA [w r. 1893] i BIKELES'a w r. 1894. W obu, również jak i w naszym, porażeniu nerwu było następstwem cierpienia ucha średniego. DARKSZEWICZ miał możność zbadania samego nerwu twarzowego [w naszym przypadku, niestety, sam nerw został zagubionym]: w odcinku ośrodkowym, nie dochodząc do *ganglion geniculi*, znalazły się zmiany, odpowiadające *neuritidi parenchymatosae*, reakcja MARCHI'ego w tem miejscu się nie udawała. Odtąd począwszy zaś, tak nerw, jak i korzenie wewnątrz mózgu dawały obraz wtórnego zwyrrodnienia.

Spostrzeżenia te, również jak i podane przezemnie, dowodzą, że u człowieka zupełnie tak samo, jak u zwierząt, w następstwie przerwania nerwu twarzowego zjawia się zwyrrodnienie ośrodkowego odcinka tegoż nerwu. Zwyrrodnienie to nazywamy wstępującem w przeciwieństwie do zstępującego, któremu ulega obwodowa część przeciętego nerwu; zdaje się jednak, że ani jedno, ani drugie określenie nie jest dosyć ściśłem. Już co do kierunku t. z. zstępującego zwyrrodnienia zdania są podzielone: gdy np. RITTERA twierdzi, że w obwodowej części przeciętego, mieszanego nerwu włókna czuciowe wyrodniają w kierunku dośrodkowym, ruchowe zaś odśrodkowo, poczynając od miejsca urazu, CENI w nowej swej pracy utrzymuje, że zwyrrodnienie następuje jednocześnie na całym przebiegu włókien, a niejednakowe zajęcie ich na przekroju poprzecznym nerwu tłumaczy różnicą oporności, pozostawiając nierozstrzygniętem,

czy różnicy tej odpowiada też i różność czynnościowa. Co się tyczy t. z. wstępującego zwyrodnienia nerwów ruchowych, to wstępujący kierunek jego nie jest zgoła dowiedzionym; niektóre zaś dane wprost przeciw niemu przemawiają. Z doświadczeń NISEL'a wynika, że bardzo prędko, bo już w 24 godziny po wyrwaniu nerwu twarzowego, dają się zauważyć zmiany w komórkach jego jądra. Doświadczenia te czynią prawdopodobnym, że i w innych przypadkach pierwszym następstwem przerwania nerwu są zaburzenia w odnośnej komórce, zwyrodnienie zaś włókna wtórnie dopiero następuje. Zdanie to podziela też MARIE. DARKSZEWICZ we wspomnianym wyżej przypadku wstępującego zwyrodnienia u człowieka, barwiąc karminem, stwierdził znaczne zmiany w komórkach jądra nerwu twarzowego; dobrze zachowanych komórek było mało; przeważna część ich uległa zanikowi, przedstawiając się albo jako komórki pozbawione wyrostków, albo też, przy znaczniejszym stopniu zaniku, jako bezkształtne kawałki protoplazmy. W pracy swej, wydrukowanej w Pamiętniku tego roku, wykazałem, że u tych zwierząt, u których zwyrodnienie wstępujące wskutek krótkiego czasu, jaki przeszedł między rękoczynem a śmiercią zwierzęcia, nie dosięgła znaczniejszego stopnia, jest ono bardziej zaznaczone w części włókien przyległej do jądra, aniżeli w tej części ich przebiegu, która jest od jądra bardziej oddaloną. Fakt ten w zestawieniu z wczesnym pojawieniem się zmian w komórkach przemawia niewątpliwie za tem, że t. z. wstępujące zwyrodnienie odbywa się w kierunku wprost przeciwnym, t. j. zstępującym.

Francuzi wprowadzili dla zwyrodnienia tego rodzaju nazwę „*dégénération rétrograde*“, określając tem mianem wszystkie te przypadki, w których wbrew prawu WALLER'a zwyrodnieniu ulega część włókna, pozostająca w związku z komórką odżywczą. Nasze zwyrodnienie wstępujące nerwu twarzowego jest tylko pojedynczym przypadkiem tej *dégénération rétrograde*. Do tej samej kategorii należy zwyrodnienie tylnych korzeni i tylnych rogów po przecięciu mieszanego nerwu obwodowego, np. nerwu kulszowego, zwoju rdzeniowego i przyległej doń części po przecięciu tylnego korzenia, zwyrodnienie zstępujące (*Ruban de Reil*) w cierpieniach mózgowych bardziej ośrodkowo położonych i t. d.. Za dalekoby mnie zaprowadziło, gdybym chciał dłużej na tem miejscu nad tym przedmiotem się zatrzymać obszernie; choć nieco tendencyjne, zestawienie wszystkich odnoszących się tu faktów znajduje się w *Revue de Méd.* b. r. przez KLIPPEL'a i DURANTE'a.

Skonstatowanie zwyrodnienia wstecznego, sprzeciwiającego się przyjętym poprzednio zasadom, zeszło się niezupełnie może przypadkowo z rozwojem nowej nauki o budowie układu nerwowego, mianowicie nauki o neuronach. Koincydencji tej dlatego nie uważam za przypadkową, gdyż istotnie zdaje mi się, że rzeczy te znakomicie nawzajem się wspierają. Przedtem, gdy sądzono, że komórki nerwowe łączą się ze sobą *per continuitatem*, przez anastomozy między ich wyrostkami protoplazmatycznymi, zwyrodnienie wsteczne było trudniejszym do zrozumienia, aniżeli teraz, gdy wiemy, że każda komórka wraz ze swoimi dendrytami, z wyrostkiem nerwowym i jego rozgałęzieniami stanowi odrębną tak pod względem anatomicznym, jak i pod względem czynnościowym i troficznym, niezależną jednostkę. Komórka jest ośrodkiem odżywczym

tej jednostki, ale wszelkie znaczniejsze cokolwiek uszkodzenie tej ostatniej na obwodzie nie pozostaje bez wpływu na stan ośrodka i sprowadza wcześniej lub później zupełny lub częściowy jego zanik. A gdy ośrodek troficzny został dotknięty, nastąpić musi zwyrodnienie pozostałej części neuronu. Czy zaś zwyrodnienie to, jak to wyżej wyłuszczyłem, od komórki rozprzestrzenia się stopniowo ku obwodowi, czy też w myśl hipotezy, wypowiedzianej przez ERB'a, część neuronu najbardziej obwodowa najspierw mu ulega, jest już kwestyą drugorzędną i dla samej istoty rzeczy nie ma znaczenia decydującego.

Jak powstaje ów wpływ obwodu na stan ośrodka, trudniej jest wytłomaczyć. Dla neuronów czuciowych, w których pobudki czynnościowe również od obwodu ku ośrodkowi przebiegają, można przyjąć objaśnienie, dane przez MARINESCO, że mianowicie pobudki te są niezbędne, ażeby czynność troficzną komórki wywołać: wraz ze zniesieniem pobudek czynność ta również ustaje. Do nerwów czysto ruchowych jednak, jak np. twarzowy, objaśnienie to zastosować się nie da; zdaje mi się jednak prawdopodobnem, że i tu zanik komórek w związku być musi z bezczynnością fizyologiczną.

Na zakończenie pozwolę sobie zwrócić uwagę Sz. Panów na to, że pewna część tylko włókien nerwu twarzowego w przypadku naszym uległa zwyrodnieniu. To samo stwierdzić mogłem u wielu operowanych przezemnie królików. Dlaczego jedne włókna wcześniej, inne zaś później wyrodnieją i czy temu odpowiada jaka odrębność czynnościowa, nie wiemy. Rzecz ta posiada jednak, być może, i pewne znaczenie praktyczne; należy bowiem przypuszczać, że w cięższych przypadkach reumatycznego porażenia twarzowego również ma miejsce częściowe zwyrodnienie wsteczne i od ilości zajętych włókien zależeć może, czy czynność nerwu będzie mogła powrócić, lub nie.

II. NAPADY CZĘSTEGO ODDECHANIA.

(*Polypnoe (Tachypnoe) paroxysmale*).

ZE STANOWISKA KLINICZNEGO

opracował

D-r Med. J. Pawiński,

starszy ordynator szpitala Ś-go Ducha w Warszawie.

— 2 —

[Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 7].

W spostrzeżeniach, które poniżej będą przytoczone, zobaczymy, w jakich kombinacjach występuje *polypnoe paroxysmale* w późniejszych okresach chorób serca i naczyń i jakie sam ustrój wytwarza warunki w celu uwolnienia się od trującego działania substancji toksycznych (*autointoxicatio*).

Spostrzeżenie XI. *Angina pectoris. Polypnoe paroxysmale. Arteriosclerosis. Myocarditis. Diathesis arthritica. Adipositas.*

Pan G., lat 62 liczący, obywatel ziemski, zgłosił się do mnie po poradę 28 września 1892 r z powodu gniecienia w dolnej części mostka i ciężkości

w piersiach. Przez 15 ostatnich lat miewał kilka razy do roku silne bóle artrytyczne z obrzmiewaniem stawów, wskutek czego odbywał corocznie kurację w Karlsbadzie, a następnie w Teplitz. Od 3 lat nie pił wody Karlsbádskiej, a przeciw bólowi—używał *natr. salicylic.* i kąpeli ciepłych z dodatkiem terpentyny. Przed kilku laty został wdowcem, przed rokiem zaś ożenił się z bardzo młodą kobietą. Gospodarstwem zajmował się energicznie, miał dużo zmartwień rodzinnych. Palił dużo, żywił się przeważnie mięsem, napojów wysskokowych nie nadużywał. Przed tygodniem, położywszy się po południu na drzemkę, uczuł nagle gwałtowny ból w okolicy serca, a mianowicie na wysokości III—IV żebra przy lewym brzegu mostka. Ból ten rozpromieniał się na lewe ramię, lewą łopatkę, lewą połowę szyi i na okolicę nadbrzuszną; trwał zaś kilkanaście minut i był odmiennym od dawnych bólów artrytycznych. Wieczorem tegoż dnia ból znowu wystąpił, minął jednak niedługo po przystawieniu papierków synapizmowych, zjawiał się wszakże w nocy z większem jeszcze natężeniem, co zmusiło chorego do zawezwania lekarza. Tenże zalecił środki czyszczące i przyszczydła na okolicę serca. Cały następny dzień ból nie wracał, później zjawiał się znowu, lecz tylko w postaci jakiegoś gnecenia w dolnej części mostka i w okolicy *epigastrii*, czemu uczucie jakby ciągnięcia w kończynach górnych i dolnych, a nawet w twarzy towarzyszyło. W czasie samego napadu chory duszności nie doświadczał, jakkolwiek od pewnego czasu przy prędszem chodzeniu uczuwał krótki oddech; w ostatnich zaś dniach zauważył, iż ruch sprzyjał występowaniu napadów.

Status praesens. Budowa znakomita. Wzrost wysoki. Tkanki tłuszczowej dużo. Tętno 100, miarowe, mocno napięte, duże, twarde, oddechów 24.

W płucach nic nieprawidłowego nie znaleziono. Uderzenia wierzchołkowego niepodobna wymacać. Tępość serca powiększona nieco w kierunku na lewo, co jednak trudno ściśle oznaczyć z powodu dość znacznego wzdęcia brucha; prawa granica znajduje się przy lewym brzegu mostka. W okolicy wierzchołka serca, a zwłaszcza na zewnątrz od linii sutkowej lewej słychać szmer skurczowy, a nawet i słaby rozkureczowy, który prawie bezpośrednio, bez żadnej pauzy, łączy się ze szmerem pierwszym. W pozycji stojącej chorego szmery te stają się silniejszymi. U podstawy tony są czyste, 2-gi ton aorty wzmocniony. W położeniu leżącym serce uderza w rytmie zbliżonym do rytmu cwałowego, zwłaszcza w okolicy wierzchołka.

Brzuch duży. *Plethora abdominalis.* Wątroba wystaje na szerokość 3 palców z pod prawego podżebrza. Skłonność do zaparcia stolca. Mocz wydziela się w ilości 1400—1600 ctm. sześć., ciężaru właściwego 1020, oddziaływa kwasno, białka, ani cukru nie zawiera. W osadzie kwas moczowy i szczawian wapnia.

Choremu zalecono codziennie zrana 2 łyżki *mistur. anglic. acid.* i 3 razy dziennie po 6 kropel nalewki strofantu.

30. IX. Chory czuje się lepiej, napady bólu w dolnej części mostka, łączące się niekiedy z uczuciem wyciągania w kończynach, zjawiają się rzadziej. Codziennie kilka obfitych wypróżnień. Tętno 80, mniej napięte, jakby nieco skaczące. W objawach wysłuchowych serca znaleziono tę różnicę, iż u wierz-

chołka szmer skurczowy jest słabszy; szmer zaś rozkurczowy słyhać o wiele wyraźniej, nie u wierzchołka, lecz z prawej strony mostka na wysokości III żebra, jak również na rękojeści mostka. Szmer ten wystąpił jednocześnie ze wzmożeniem czynności serca, a początek swój zawdzięczał niedomykalności zastawek półksiężycowych; szmer zaś słyszalny u wierzchołka należało odnieść do *insufficiencia v. mitralis*.

Ponieważ w następnych dniach pomimo używania jodku potasu, nalewki strofantu, pastylek z nitrogliceryny, amylnitrytu, bóle stenokardyalne występowały z coraz większą gwałtownością, postanowiliśmy wstrzyknąć choremu morfinę. I ten wszakże środek zawiódł nasze oczekiwania. Ostatni napad trwał kilka godzin zrzędu. Z tego względu na naradzie, odbytej z prof. BARANOWSKIM i D-r NATANSONEM, zaleciliśmy, jako już *ultimum refugium*, wyłącznie mleczną dyetę, na której chory pozostawał w ciągu 8 dni; wypijał zaś dziennie około 2½ do 3 litrów mleka, przyczem oddawał na dobę 1400—1600 ctm. sześć. moczu, o ciężarze właściwym 1015—1018. Już po pierwszej dobie rezultat był bardzo pomyślnym, bóle stenokardyalne zmniejszyły się znacznie, a przy dalszem użyciu mleka ustąpiły zupełnie. Tętno stało mniej napiętem i rzadszem [80]. Z powodu jednakże wystąpienie stanu gastrycznego z podniesieniem ciepłoty do 38,6°, ograniczyliśmy ilość mleka do 1 litra, podając jednocześnie inne płynne pokarmy. Stan ten minął w ciągu kilku dni, wśród których chory na nic nie narzekał, jednakże bez widocznego powodu zaczął źle sypiać, otaczający tylko zauważyli, iż przy wszelkim nawet nieznacznym ruchu, oddech chorego przyspiesza się. Jednocześnie opukiwanie wskazywało na pewne powiększenie tępości serca w wymiarze poprzecznym, co skłoniło nas do przepisania bendżwinianu kofeiny w ilości 2 proszków 4 granowych, a to w celu podniesienia energii serca. Ilość moczu, po 3 dniach stosowania leku, wzmożła się znacznie i doszła nawet do 2400 ctm. sześć., tępość serca zmniejszyła się, tętno stało się bardziej napiętem, a jednak chory czuł się niedobrze, noce przepędzał bezsennie, każdy ruch męczył go bardzo. Wreszcie pewnej nocy wystąpił napad częstego oddechania [50—60 na minutę], połączony z uczuciem duszności, przy wzmożonej czynności serca i przy znacznem ciśnieniu w układzie tętniczym. Tętno było bardzo silne, uderzało około 120—140 razy, miarowe. W płucach, oprócz pewnego obniżenia granic i zaostrego oddechu, nic więcej nie byliśmy w stanie stwierdzić. Cała powierzchnia oddechowa wolną była od rzeżeń, świstów i t. p. Przed mojem przybyciem napad trwał około ¼ godziny, ustąpił zaś po wstrzyknięciu morfiny w ilości ⅙ grana, po upływie kwadransa. Po napadzie chory następne dwa dni czuł się wprawdzie osłabionym, jednak duszności nie doznawał, oddechanie było prawidłowem. Następnie zaczął znowu źle sypiać, był rozdrażnionym, sam jednak nie mógł sobie dokładnie zdać sprawy ze swego stanu, powodu wskazać nie mógł. Po upływie tygodnia od ostatniego napadu, wystąpił w nocy o godzinie 2-jej nowy napad *polypnoe* wśród snu, bez widocznej przyczyny. Podobnie jak poprzednio, oddech był bardzo częstym—60 na minutę, tętno uderzało bardzo mocno, o rytmie przyspieszonym, lecz miarowym. Po upływie 20 minut, kiedy napad zdawał się słabnąć, wskutek czego wstrzymałem się z morfiną, wystąpił groźny obrzęk płuc z bardzo licznymi

rządzeniami. Po 10 minutach oddechanie stało się znowu częstszem, jak również i tętno, ciśnienie boczne w naczyniach większem, a na twarzy wystąpiła sinica. Chory cały oblany potem, zrywał się z łóżka, wołając o powietrze. Wobec tego wstrzyknąłem choremu najprzód około 4 gran bedźwinianu kofeiny, a w kilka minut później morfinę, poczem napad z wolna ustępował, chory zaczął odpluwać pienistą, ze krwią zmieszaną płwocinę, tętno stało się mniej napiętem, a oddech spokojniejszym, następnego dnia wystąpił umiarkowany obrzęk kończyn dolnych; chory jednak na duszność nie narzekał, zaczął lepiej sypiać, ilość moczu, bez żadnego leku, w ciągu kilku dni zwiększyła się do 2000 ctm. sześć. Okres ten względnej poprawy trwał około 2 tygodni, poczem tętno stało się znowu bardziej napiętem i częstszem, a czynność serca energiczniejszą; pomimo tej wzmożonej pracy ośrodka krążenia, chory z każdym dniem czuł się gorzej, zaczął znowu mniej sypiać i narzekać na ciężar w piersiach. Środki nasercowe, jakkolwiek wpływały na zwiększenie dyurezy [która nie była wszakże małą], nie były w stanie usunąć różnych przykrych objawów, a zwłaszcza duszności i niepokoju serca (*anxietas*). Chory całe noce przepędzał bezsennością, nie mogąc sobie znaleźć pozycyi, w którejby choć na krótko mógł spokojnie oddechać. Wśród takiego stanu występuje w nocy napad *polyppnoe*, lecz nietypowy [50 na minutę], gdyż oprócz częstego oddechu, któremu i uczucie duszności towarzyszyło, jak również i obrzęku płuc średniego natężenia, zjawiały się silne bóle, przypominające dusznicę bolesną. Serce i tętno w czasie napadu uderzało silnie.

Po wstrzyknięciu $\frac{1}{4}$ grana morfiny powyższe objawy zaczęły stopniowo ustępować, jednocześnie ze zwolnieniem napięcia tętna i jego częstości ze 120 do 80. Cały napad trwał około godziny.

Nazajutrz zastałem chorego w znacznie lepszym stanie, wprawdzie mocno osłabionym, lecz spokojniejszym, bez duszności. To też byłem mocno zdziwionym, skoro przy badaniu klatki piersiowej znalazłem z lewej strony dość obszerne stłumienie odgłosu opukowego, sięgające blisko do dolnego boku łopatkki, które zależało od obecności przesięku w jamie opłucnej. Przekłucie próbne potwierdziło rozpoznanie. Przesięk więc wytworzył się bardzo szybko, bo w przeciągu kilku godzin i to wkrótce po ustąpieniu napadu *polyppnoe*. Dodać także wyada, iż obrzęk kończyn dolnych uległ powiększeniu i doszedł do wysokości kolan. W celu usunięcia przesięków wzięliśmy chorego na wyłączanie mleczną dyetę, na której pozostawał 18 dni. Dyurezę wykazuje następująca tablica:

Data.	Ilość dobowa moczu		Ilość wypitego mleka w ctm. sześć.
	w ctm. sześć.	Częstość tętna.	
23. X.	2360	86	2000
24	1900	84	3500
25	1860	82	2700
26	2030	78	3500
27	2060	80	4000
28	1700	78	4000
29	1560	84	3000

Data.	Ilość dobowa moczu		Ilość wypitego mleka	
	w ctm. sześć.	Częstość tętna.	w ctm. sześć.	
30	1660	88	4000	
31	1960	90	4000	
1. XI.	1160	86	3500	
2	1300	84	3250	
3	1960	78	3000	
4	1500	80	2000	
5	1560	80	3000	
6	1480	78	2750	
7	1400	84	3000	
8	1260	90	2500	
9	1230	94	3500	

Z powyższego widzimy, iż wpływ moczopędny mleka uwydatnił się głównie w pierwszym tygodniu, widocznym był jeszcze w ciągu drugiego, w trzecim tygodniu chory oddawał mniej więcej tyle moczu, ile dawniej przy dyecie mieszanej. Dodawszy nawet pewną ilość moczu, jaka odchodziła w czasie stolca, który zwykle raz dziennie, wyjątkowo tylko dwa razy, miewał po lawatywie [średnio około 200 ctm. sześć.], zawsze ilość płynu przyjętego przewyższała dobową ilość moczu. Napięcie tętna było mniejszem, niż przed kuracją mleczną, wogóle jednak było zawsze nieco większem, częstość zaś wahała się pomiędzy 78—94. Wpływ na przesieki był bardzo wydatny; płyn surowiczny z lewej jamy opłucnej ustąpił zupełnie, a obrzęk kończyn dolnych zmniejszył się do *minimum*. Oddechanie było prawidłowem, duszność zjawiała się tylko przy forsowniejszych ruchach, chory mógł sypiać w łóżku — w pozycji leżącej. Przy tak znacznej poprawie — chory noc z 8 na 9. XI. przepędził bezsennie, bez widocznej przyczyny, a w płwocinie śluzowej wystąpiła mała przymieszka krwi. Pacjent znowu czuł się mocno osłabionym. Przy badaniu serca zauważyłem, iż szmer skurczowy u wierzchołka stał się wyraźniejszym, a rytm uderzeń zbliżał się do rytmu cwałowego. Tępość powiększona tylko w kierunku na lewo. Tegoż dnia późno wieczorem wystąpił, wprawdzie niedługo trwający [około kwadransa], lecz bardzo silny napad niezmiernie częstego bicia serca (*polykardia, seu tachykardia*), przyczem przyspieszenie oddechu, jak również i duszności nie były wielkie. Nazajutrz odstawiliśmy mleko, do którego już chory czuł wstręt, tembardziej, że siły zaczęły upadać, a ilość moczu znacznie się zmniejszała [do 800 ctm. sześć.]. W dalszym przebiegu tętno stawało się mniej napiętem, niż poprzednio, częstość jego przedstawiała dość znaczne wahania [od 80—100], a tępość serca powiększyła się w kierunku poprzecznym — za prawy brzeg mostka. W prawej opłucnej wytwarzał się stopniowo przesiek. W nocy często dokuczały choremu napady mocnego bicia serca z lekkim bólem stenokardycznym i dusznością. Po naparstnicy, kofeinie, następowała nieznaczna poprawa. Wreszcie po napadzie silnej dyssystolii serca, przebiegającym ze znacznym upadkiem tętna, powstał przesiek i w lewej opłucnej, wątroba zaczęła się szybko powiększać. Pod wpływem środków pobudzających [kofeina, kamfora]

osiągnęliśmy pewną poprawę, która jednak trwała niedługo, wystąpił znowu bardzo silny napad dychawicy sercowej ze słabem tętnem, poczem *ascites* dotychczas nieznaczne, przyjęło większe rozmiary. Nastąpiła znowu, pomimo tak ciężkich warunków mechanicznych krwiobiegu, znaczna poprawa na kilka dni, duszność, bicie serca ustąpiły, łaknienie, sen powróciły, czynność serca wzmożła się, tętno stało się pełniejszym, mocniejszym. Następnie jednak wszelkie zabiegi lekarskie: wypuszczanie płynów z jam ciała, środki nasercowe, moczopędne chwilową tylko ulgę przynosiły, działalność serca, jak również i nerek słabła coraz więcej, aż w końcu przy zmianie położenia z leżącego na siedzące chory wskutek porażenia serca nagle zmarł.

Epicrisis. Spostrzeżenie powyższe zasługuje na uwagę ze względu, iż wykazuje, jaki zachodzi stosunek pomiędzy zaburzeniami cyrkulacyjnymi a sprawami toksycznymi w ustroju. Pierwotnym punktem wyjścia choroby były zmienione warunki przemiany materii [dna], miażdżycy tętnic i następce zaburzenia w krwiobiegu. Te ostatnie w dalszym ciągu dały powód do zaburzeń toksycznych, o których w poprzednich dwóch spostrzeżeniach była już mowa. Zakażenie zaś krwi nieprawidłowymi produktami przemiany materii działało pobudzająco na ośrodki oddechowe i wywoływało napady *polypnoe*, które z początku występowały w typowej postaci [podobnie jak w spostrzeżeniu IX]. Później zaś przyłączył się do nich obrzęk płuc, niepokoje serca, a w końcu w napadach zaburzeń w oddechaniu zaczęły ustępować na drugi plan, a na pierwszy występowały objawy niezmiernie przyspieszonej czynności serca (*polykardia*). Podnieść szczególnie wypada, iż napadom *polypnoe* towarzyszyła zwykle wzmóżona praca serca, mocno napięte tętno, a najskuteczniejszym lekiem okazywała się wówczas morfina. Okolicznością również na zaznaczenie zasługującą było to, iż po każdym napadzie chory przez kilka dni czuł się znacznie lepiej, wszelkie dokuczliwe dla chorego objawy ustępowały i to wówczas, kiedy np. po napadzie wytworzył się dość duży przesięk do opłucnej, lub do jamy brzusznej, a więc [kiedy przeszkody mechaniczne dla pracy serca zwiększały się i kiedy należało się właśnie spodziewać pogorszenia. Można sobie to tylko w ten sposób wytłomaczyć, iż w czasie napadu lub też wkrótce po nim następuje pewnego rodzaju jakby wyładowania ze krwi do przesięków substancjami trującymi, i że tym sposobem ważne dla życia ośrodki oddechania i krążenia krwi zostają z pod wpływu tych bodźców uwolnione, oczywiście do pewnego tylko czasu, dopóki znowu, wskutek upośledzonego krwiobiegu i nieprawidłowej czynności narządów przeróbki i wydzielniczych, nie nagromadzą się znowu we krwi. Poprawa po napadach, zwłaszcza początkowych, jest tak widoczną, że należy ją koniecznie brać w rachubę i upatrywać związek pomiędzy temi zjawiskami.

Podobnież uderzającym jest stopniowanie przygotowywania się napadu: chory sam nie wie, co mu brakuje, jest niespokojnym, rozdrażnionym, sypiać nie może, a obiektywne badanie często także nic nadzwyczajnego nie wykazuje, praca serca jest dostateczna, dyureza także bywa zazwyczaj prawidłową, niekiedy nawet zwiększoną. W ustroju zbierają się różne pierwiastki wybuchowe, a po wyładowaniu tychże, jak po burzy, następuje dopiero uspokojenie, pogoda.

Ciekawem jest również zachowanie się ciśnienia krwi w naczyniach: po napadzie tętno staje się mniej napiętem i częstość jego zmniejsza się, co wskazuje również, iż pobudzenie ośrodka naczynioruchowego, a może i nerwów, w samych ścianach naczyń znajdujących się, wraca do stanu prawidłowego z ustąpieniem trującego działania toksyn. Oczywiście wzmożone parcie w naczyniach wyższego stopnia może tylko mieć miejsce, dopóki żywotność mięśnia sercowego nie jest upośledzoną, a *vis a tergo* jest dostateczną.

Wzmożone zaś wydzielanie moczu po napadzie należy tłumaczyć sobie polepszeniem warunków krwioobiegu w nerkach, a najprawdopodobniej ustąpieniem spastycznego skurczu ich naczyń.

Co się tyczy dusznicy bolesnej, od której rozpoczęło się cierpienie chorego, to zasługuje ona również na uwzględnienie. Zdaniem naszym, było ono również toksycznego pochodzenia, powstało wskutek zatrucia gałązek splotu sercowego na wzór t. z. toksycznego zapalenia nerwów (*neuritis toxica*), jakie w ostatnich czasach stało się przedmiotem badań najpoważniejszych neuropatologów. Wy różniła się zaś od zwykłych postaci dusznicy nagłym wystąpieniem i to z niezmiernym natężeniem i swoją uporczywością. Wszelkie środki, które w innych postaciach, zależnych od miażdżycy tętnic wieńcowych, ulgę przynoszą, w naszym przypadku okazały się bezskutecznymi, nawet morfina. Dopiero mleczna kuracja była w stanie uwolnić chorego od strasznych bólów stenokardyalnych; przemawia to również za toksyczną naturą cierpienia. Wprawdzie przy podobnym leczeniu poprawiają się i warunki cyrkulacyjne, zdaje się jednak, że eliminowanie pewnych trujących pierwiastków z narządów i ze krwi, jakie wtedy ma miejsce, odgrywa pierwszorzędną rolę.

Rozumie się samo przez się, że w dalszym przebiegu, skoro już i odżywianie mięśnia sercowego wskutek złego utleniania krwi, podupadnie, włókna mięsne ulegną stłuszczeniu lub innym przemianom, to już i wessanie przesiędków jest niemożliwym; ustrój sam przez się nie jest w stanie ratować się w sposób powyżej przytoczony i prędzej, czy później ginąć musi. W tym okresie upadku bardzo ważnym, ujemnym, czynnikiem jest stopniowe wyczerpywanie się sprawności ośrodków oddechania i krążenia, za pomocą których ustrój stwarzał sobie samopomoc, bez udziału nawet środków lekarskich.

Spostrzeżenie XII. *Arteriosclerosis ex abusu spirituosorum. Insufficiencia v. mitralis. Dyspnoe cardiale. Polypnoe.*

Pan W., lat 44, rzeźnik, przed rokiem zaczął doznawać krótkiego oddechu przy chodzeniu, pełności w brzuchu. Cierpienie swoje odnosił do nieprawidłowości w czynności przewodu pokarmowego, w czym go jeszcze więcej upewnił lekarz, zwróciwszy jego uwagę na istniejące powiększenie wątroby. Po upływie kilku miesięcy duszność znacznie się wzmogła i zaczęła występować w postaci napadów, poczem wkrótce zjawił się obrzęk kończyn dolnych. Wezwany wtedy kol. Chrosowski zalecił naparstnicę, środki czyszczące i spokojne zachowanie się, co bardzo pomyślnie na usunięcie objawów chorobowych wpłynęło. Na wiosnę r. p. stan chorego znacznie się pogorszył, gdyż nie zachowywał przepisów higieniczno-dyetycznych, chodził dużo, narażał się na wysiłki

fizyczne, unosił się bez potrzeby, słowem, ani pod względem psychicznym, ani też fizycznym nie szanował się. Dawniej robił znaczne nadużycia w przyjmowaniu napojów wysokowych, pijał w ciągu wielu lat po 8—10 kufli piwa i 6—8 kieliszków mocnej wódki dziennie. Syfilisu nie przebywał. Obecne pogorszenie zdrowia rozpoczęło się od uporczywego kaszlu i duszności. Chorego widziałem po raz pierwszy 1 lipca razem z kol. CHROSTOWSKIM.

Budowa dobra. Odżywianie średnie. Skóra z odcieniem nieco żółtawym. Tętno 76, mocno napięte, duże, twarde. Oddech 28, przy wszelkim, nawet nieznacznym ruchu staje się częstszym i dochodzi do 34 na minutę. Nieznaczny obrzęk stóp. W dolnych częściach płuc słycać nieco rzężeń; kaszel przeważnie suchy.

Uderzenie wierzchołkowe znajduje się w V międzyżebżu na 2—3 cent. na zewnątrz od *l. m. s.*, jest ono silne, widzialne, unoszące palce. Tępość serca powiększona w obu wymiarach, głównie w wymiarze podłużnym. Górna granica rozpoczyna się na III żebże, prawa dochodzi do środka mostka, lewa zaś przechodzi znacznie za linię sutkową. W okolicy wierzchołka, a zwłaszcza w *lin. parastern.* słycać głośny szmer skurczowy. W aorcie wstępującej występuje również szmer systoliczny, lecz z innym odcieniem, niż szmer u wierzchołka słyszalny. Silna akcentuacja 2 tonu aorty.

Wątroba duża, dochodzi dolnym swym brzegiem do linii pępkowej. Śledziona nieco powiększona. Język czysty. Zaparcie stolca zdarza się często. Mocz wydziela się w ilości dostatecznej [średnio około 1500 ctm. sześć.], odczyn posiada mocno kwaśny, białka, cukru, ani też wałeczków nerkowych nie zawiera. Choremu zaleciliśmy strofant i wyjazd do Ciechocinka, licząc na to, iż pod wpływem oględnie branych kąpeli słonych i zachowania spokoju, którego w domu, z powodu swego zajęcia i usposobienia mieć nie mógł, stan jego poprawi się. I rzeczywiście, kąpiele, stosowane z przerwami, bardzo korzystnie na organizm wpłynęły: zyskał on na siłach, mógł znacznie więcej chodzić bez duszności, bicie serca rzadziej występowało. W skutek jednak zmęczenia, na jakie się naraził, odbywając dłuższą drogę za granicę, dostał zawrotów głowy i kilka razy nawet zemlał. Po powrocie do Warszawy czuł się znacznie gorzej. Widziałem go na początku września r. p., narzekał wówczas na silną duszność, nawet przy spokojnem zachowaniu się, w nocy zaś z powodu tejże zupełnie nie mógł sypiać. Kończyny dolne były mocno nabrzmiałe. Tętno silnie napięte, twarde, duże — uderzało około 100 na minutę. Uderzenie wierzchołkowe znajdowało się niżej, niż poprzednio, a mianowicie w VI międzyżebżu. Tępość serca znacznie powiększona w wymiarze podłużnym i poprzecznym w kierunku na lewo. Wątroba, ogromnych rozmiarów, dochodziła na 2 palce pod linię pępkową. Mocz skąpy, białka nie zawiera, tylko duży osad, z moczanów złożony.

Po środkach czyszczących i użyciu naparstnicy z eterem osiągnęliśmy małą poprawę. Lepiej działała kofeina z kamforą. Najlepszy wszakże rezultat otrzymaliśmy przy zastosowaniu diuretyny. Pod wpływem tej ostatniej, podawanej w ilości około 40 gran. *pro die*, stan chorego zaczął się poprawiać, ilość moczu zwiększyła się znacznie do 2000—2500 ctm. sześć., obrzęk nóg zaczął

ustępować, oddech stał się swobodniejszym, trzeszczenia z dalszych odcinków płuc znikły. Poprzeczny wymiar serca doszedł do zwykłej wielkości. Wątroba znacznie się zmniejszyła, płyn z jamy brzusznej, który jednak był w niewielkiej ilości, znikł zupełnie. Chory, poprzednio całe noce przepędzający z powodu duszności w fotelu, mógł już wygodnie w łóżku sypiać. Czując się zupełnie zdrowym, powrócił do zwykłego zajęcia. Stan ten trwał około 2—3 tygodni, poczem wobec braku obiektywnych danych, mogących wskazywać na utratę zrównoważenia, przy dostatecznej dyurezie, zaczęły występować, zwłaszcza w nocy, napady innego, niż poprzednio, rodzaju, a mianowicie: bardzo mocne bicie serca, niemiarowość rytmu, straszny niepokój, ogólne osłabienie, ziębnięcie kończyn, upadek tętna. Musiano go wtedy silnie pobudzającymi środkami do życia przywracać. Stan taki trwał około tygodnia. Co mogło spowodować wystąpienie podobnych napadów w sferze innerwacji serca i nerwów naczyńioruchowych, nie wiadomo, gdyż chory zachowywał się wtedy bardzo spokojnie, z domu zupełnie nie wychodził. Obok środków czyszczących, które zawsze najwięcej ulgi pacjentowi sprawiały, zaleciliśmy użycie waleryany, bromu i t. p. Zaznaczyć wypada, iż w czasie wspomnianych napadów, żadnych zaburzeń ze strony oddechu nie zauważyliśmy. Po niedługim czasie zaczęły w nocy zjawiać się jakieś napady, bliżej mi nieznane, o których tylko żona chorego wspominała mi, a w czasie których występuje jakieś zeszytywnienie, wyprężenie ciała, obfity pot i utrata przytomności. Napadów takich było kilka, trwały zaś mniej więcej około kwadransa.

Na początku stycznia r. b. stan chorego znowu pogorszył się; tym razem zaczęły występować zaburzenia głównie w sferze oddechania: przy zmianie pozycji, ubieraniu się, oddech nieproporcjonalnie przyspieszał się, zjawiał się uporczywy kaszel, jakby nerwowy, z nieznaczną, śluzową plwociną. Wkrótce w dolnej części prawego płuca wystąpiły trzeszczenia. W nocy chory źle sypiał, już to z powodu kaszlu, który się powiększał, skoro chory położył się do łóżka, już to w skutek częstego przebudzania się przy usiłowaniu zaśnięcia; w czasie zaś snu, który dopiero nad ranem zjawiał się, oddech był niejednostajny, przypominający typ. CHEYNE-STOKES'a. Po upływie tygodnia chory całe już noce przepędzał bezsennie w fotelu; oprócz stale przyspieszonego oddechu zaczęły występować napady *polyпноe*, połączone z dusznością, przyczem tętno uderzało niezmiernie silnie, z częstością 120 na minutę, oddech wynosił 50—60. W czasie samego napadu ilość rzężeń w płucach nieznaczna, oddech mocno zaostrozony, po ustąpieniu tegoż słychać rozrzucone świsty. Prócz tego zdarzały się jednak napady inne, przypominające dusznicę oskrzelową, w czasie których tętno było względnie mniej napiętem i rzadszem. Pomimo tak ciężkich zaburzeń w sferze oddechania, nie byliśmy w stanie zauważyć rozszerzenia jam serca, zwłaszcza prawej komórki, ani też innych objawów, świadczących o niedostatecznej sprawności serca. Obrzęk nóg był bardzo nieznaczny, dyureza dostateczna [około 1600 ctm. sześć.]; w moczu zaś, poddanym ponownemu badaniu, znaleziono tylko ślady białka i nieliczne blade, szklistawe wałeczki nerkowe. Wątroba tylko znajdowała się w stanie znacznego zastoju i zarysowywała się bardzo wyraźnie, zwłaszcza w okolicy *epigastrii*. Pomimo podawania naparstnicy samej

lub z kofeiną, która wywierała wyraźne moczopędne działanie [niekiedy ilość dobową moczu dochodziła do 2000—2300 ctm. sześć.] i pomimo silnej akcji serca, *polypnoe* i duszność nie ustępowały. Chory około 6 nocy literalnie oczu nie zamknął, doprowadzony do rozpaczki błagał o jak najprędszą pomoc. Środki czyszczące, bańki, przyszczydła tylko chwilową przynosiły ulgę. Wobec tego na naradzie, odbytej z kolegą MALCZEM, który w ostatnich czasach miał chorego w o-piece, postanowiliśmy zmienić plan działania. Biorąc pod uwagę obojętny wpływ dotychczas stosowanych leków nasercowych i moczopędnych, a z drugiej strony przypuszczając, że mamy do czynienia z silnem [pobudzeniem ośrodków oddechania trującymi substancjami, zwróciliśmy się do zastosowania terapii uspakajającej układ nerwowy. Mielśmy przedewszystkiem na względzie morfina, będąc już przekonanymi o dodatnim jej działaniu w podobnych przypadkach; chory jednak czuł do niej wielki wstręt, a to z powodu niekorzystnego jej wpływu na ustrój w czasie pierwszego jej zastosowania przed kilku tygodniami w celu usunięcia silnego kaszlu [chory po użyciu jej czuł się naza-jutrz mocno rozstrojonym, doznawał częstych nudności]. Pozostał nam do wyboru makowiec i chlorał, który też podaliśmy choremu, mając na względzie tę okoliczność, iż ludzie, nadużywający napojów wysokowych, znoszą go zazwyczaj dobrze. Na inne słabsze leki, jak sulfonal, trional i t. p., trudno było liczyć. Wynik ten okazał się bardzo pomyślnym: chory po wyżyciu 15 gran wodanu chlorału w roztworze przespał całą noc doskonale, a zrana czuł się bardzo dobrze. Oddechanie z 50 spadło do 26, a tętno z 110 do 80; ciśnienie zaś boczne w naczyniach znacznie się zmniejszyło, dyureza w następnych dniach stopniowo, bez żadnego leku, wzrastała. Ilość rzężeń w płucach—bardzo niewielka.

Od tego czasu zaczęła się stopniowo poprawa, trwająca około 4 tygodni czasu. Chory codziennie przyjmował 10—20 gran. chlorału, noce przepędzał spokojnie, bez duszności, w łóżku, miewał tylko nieznaczny kaszel w ciągu dnia, wzmagał się na siłach tak, iż w 4 tygodniu uważał się za zdrowego i miał zamiar wrócić znowu do zajęcia. Na kończynach dolnych żadnego obrzmienia nie było, tętno było miarowem i, jak zwykle, stosunkowo dość napiętem: tylko w jamie brzusznej pozostało więcej płynu, niż dawniej bywało. Temu zwiększeniu się przesięku odpowiadało zmniejszenie się wymiarów wątroby. Pod koniec 4 tygodnia bez znanego powodu ilość moczu, pomimo użycia naparstnicy z octanem potasu, zaczęła się znacznie zmniejszać, a jednocześnie czynność serca wzmo-gła się, ściany tętnic powierzchownych były więcej napięte, a tony serca gło-sne, dźwięczne. Chlorał, brany na noc, nie wywierał uspokajającego działania—przeciwnie nawet wywoływał pewne pobudzenie w układzie nerwowym i cyrku-lacyjnym (*anxietas praecordialis*). Z tej przyczyny chory sam czuł jakiś wstręt do niego i brać go nie chciał w ostatnich dniach. Wreszcie ostatniego dnia przed wybuchem napadu, o którym zaraz mówić będziemy, zaczęła ujawniać się sen-ność, a późno wieczorem wystąpił niezmiernie silny kaszel, kilka godzin trwa-jący, jakiego już dawno chory nie pamiętał. Nad ranem dopiero zasnął na kil-ka godzin, poczem obudził się z ciężką głową i w celu zwiększenia dyurezy wy-pił w pewnych odstępach czasu 2 szklanki lekkiej herbaty i 1 szklankę mleka.

Okolo godziny 2 po południu zasnął znowu i wtedy właśnie przybył kolega MALCZ, który zastał go w głębokiej śpiączce z chrapliwym, nierównym oddechem, z niezmiernie mocnym, silnie napiętym, częstem [100] tętnem. W obecności też kolegi M. [15 lutego] wystąpił napad klonicznych drgawek w lewej górnej kończynie i w lewej połowie twarzy na podobieństwo epilepsji lub eklampsji. Na twarzy wystąpiła znaczna sinica, język był jakby nabrzmiąły, ku tyłowi wciągnięty tak, że należało go siłą ku przodowi wyciągać, aby nie dopuścić do zaduszenia, zwłaszcza wobec licznych grubych rzeżeń w górnych drogach oddechowych i licznych trzeszczeń w dolnych i tylnych częściach płuc. Po zastosowaniu różnych środków odciągających i pobudzających, chory odzyskał przytomność, nie zdając sobie jednak sprawy z tego, co zaszło. Wkrótce po napadzie, który trwał około 20 minut, sam wstał na stolec i oddał dość obficie mocz. Wieczorem widziałem chorego. W całym wyglądzie żadnego śladu przebytego ciężkiego napadu, tętno tylko rzadsze, 60 na minutę, co nigdy nie zdarzało się. Oddech spokojny; w dolnych płatach obu płuc, głównie w prawym, liczne trzeszczenia. Od napadu do godziny 9 wieczór chory oddał przeszło litr moczu, w którym znaleziono tylko ślady białka, nieco cylindrów szklistawych, prostych, miernie grubych. Oddziaływanie słabo kwaśne, ciężar właściwy 1016, mocznika mało [18,2‰].

Epicrisis. Przypadek powyższy w patogeniezie swych zaburzeń cyrkulacyjnych i toksycznych podobny jest do poprzedzającego. I tu i tam zaburzenia odbywały się głównie w narządzie oddechania i w pewnej mierze w krwiobiegu. Zaburzenia te (*polypnoe*) występowały w postaci napadów, które wybuchały w krótszym lub dłuższym odstępie czasu i to w okresie dostatecznej sprawności serca, przy dużym napięciu naczyniowym i z wyjątkiem ostatniego napadu, przy dostatecznej ilości moczu. Wyładowanie się substancji trujących miało miejsce w drogach oddechowych [lecz nie w postaci prześięku do opłucnych, jak to było w poprzednim spostrzeżeniu], przeważnie zaś do jamy brzusznej, a to ze względu na *locus minoris resistentiae*, jaki wątroba, *resp.* jama brzuszna u alkoholików przedstawia. Ostatnia zaś eliminacja odbywała się do błon i komórek mózgowych, wywołała podrażnienie tychże i stała się powodem t. zw. częściowej epilepsji JACKSON'a. Oczywiście, iż na ciężkość ostatniego napadu złożyła się także anurya, której w poprzednich przypadkach nie mieliśmy. Ta zaś mogła powstać już wskutek t. zw. następczego samozatrucia organizmu (*autointoxicatio secundaria*). Zaslugują też wreszcie na uwagę ciężkie napady zaburzeń w innerwacji serca, jakie chorego męczyły w ciągu tygodnia, a które zjawiały się wśród względnej poprawy chorego, przy braku innych objawów dyskompensacji. Były one niewątpliwie ośrodkowego pochodzenia, a zawdzięczały swój początek podrażnieniu ośrodku krwiobiegu, *resp.* nerwa błędnego i nerwów naczynioruchowych.

[C. d. n.]

III. POMYSŁY DO NOWYCH ZABIEGÓW CHIRURGICZNYCH,

MAJĄCE NA CELU

ZAPOBIEGANIE I LECZENIE

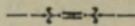
PRZEPUKLIN BRZUSZNYCH ŚRODKOWYCH I OBWIŚLEGO BRZUCHA.

[Podług odczytu, wygłoszonego na VII zjeździe chirurgów polskich w Krakowie 17. VII. 1895 r.]

Napisał

Maksymilian Wołkowiez,

b. asystent przy katedrze chir. oper. Warsz. Uniw.



[Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 7].

ROZDZIAŁ II.

Projekt operacyjnego leczenia brzucha obwisłego.

(*Venter propendens. — Hängebauch*).

Przy opracowaniu rozdziału niniejszego korzystałem z prac następujących:

- 1) E. BOUVERET. *Traité des maladies de l'estomac*. Paris. 1893. Str. 361—380. (*L'entéroptose ou maladie de Glénard*).
- 2) FRANCISZEK CHŁAPOWSKI. O rozpoznawaniu niektórych zboczeń w położeniu jelit i o zapobieganiu ich skutkom. *Nowiny Lekarskie*. 1889. №№ 11 i 12.
- 3) TEODOR DUNIN. O habitualnem zaparciu stolca, jego przyczynach i leczeniu. *Odczyty kliniczne*. № 24. Warszawa. 1890.
- 4) W. JAWORSKI. *Podręcznik chorób żołądka*. Str. 163 — 169. Kraków. 1893 r.
- 5) LEOPOLD LANDAU. *Die Wanderleber und der Hängebauch der Frauen*. Berlin. 1885.
- 6) P. LESSHAFT. *Ueber die Bedeutung der Bauchpresse für die Erhaltung der Baucheingeweide in ihrer Lage*. *Anatomischer Anzeiger*. 1888. №№ 27 i 28. Str. 823 i następane.
- 7) HELMODOR ŚWIĘCICKI. Tłocznia brzuszna i jej znaczenie w ginekologii. *Nowiny Lekarskie*. 1889. № 12.
- 8) JÓZEF ZAWADZKI. O zaparciu stolca oraz o t. z. chorobie GLÉNARD'a. *Kronika Lekarska*. 1894. №№ 10, 11 i 12.
- 9) W. ZIELIŃSKI. O chorobie GLÉNARD'a. *Pamiętnik Tow. Lek. Warsz.* 1895. Str. 229—271 i str. 691—707.

Kilka słów wstępnych. W literaturze lekarskiej spotykamy się z dwoma, prawie identycznymi pod względem klinicznym, pojęciami. Pojęcia te: obwisły brzuch (*Hängebauch, venter propendens*) i opadnięcie trzew, czyli

choroba GLÉNARD'a (*enteroptosis, l'entéropose*), mają się jednak do siebie w stosunku przyczyny do skutku, a zarazem i części do całości. Jako jednostki kliniczne, zostały one w swoim czasie [1885] gruntownie opracowane przez LANDAU'a i przez GLÉNARD'a. Prace tych autorów, choć pod różnymi tytułami, ukazały się w druku prawie równocześnie, niezależnie jedna od drugiej.

LANDAU i GLÉNARD pierwsi zaakcentowali zależność pewnej grupy objawów, tak podmiotowych, jak i przedmiotowych, od nieprawidłowych warunków statyki trzew brzusznych.

Kiedy GLÉNARD, mówiąc o opadnięciu trzew, pomiędzy rozmaitemi przyczynami, je wywołującami, wymienia także i zwióczenie ścian brzusznych, z tych lub owych przyczyn powstałe, wtedy LANDAU znów, mówiąc o obwisłym brzuchu, do następstw jego zalicza opadnięcie, *resp.* przemieszczenie trzew brzusznych, za przyczynę zaś uważa—również zwióczenie ścian brzusznych, z tych lub owych przyczyn powstałe.

„Opadnięcie trzew“ jest tedy pojęciem obszerniejszem, niż „obwisły brzuch“, a przytem ten ostatni jest zarazem jedną z najczęstszych przyczyn pierwszego.

W rozdziale niniejszym mówić będę jedynie tylko o leczeniu obwisłego brzucha w znaczeniu, używanem przez LANDAU'a, *resp.* zwióczenia ścian brzusznych skutkiem zbytńskiego ich rozciągania [nie zaś opadnięcia trzew w ogólności, które, poza zwióceniem ścian brzusznych, może, według GLÉNARD'a, mieć także za przyczyny: życie siedzące, dźwignięcie ciężaru i inne, według ZIELIŃSKIEGO zaś jeszcze i takie, jak np. suchy, długotrwały kaszel, stany zapalne kiszki grubej, zwyczaj niewypróżniania się w porę i t. d.] — a mianowicie tej jego postaci, która — mówiąc słowami LANDAU'a: „występuje u kobiet nieciężarnych i stanowi już dla oka widoczne zбочzenie, sprawiające, że brzuch, a szczególnie jego część dolna, w pionowej postawie chorego, przedstawia się w postaci większego lub mniejszego zwieszającego się ku dołowi worka, zupełnie prawie wygladzającego się w leżącym położeniu chorego“. Nie będziemy więc tu wcale mówili o innej, niemniej znanej powszechnie postaci brzucha obwisłego, która występuje jedynie tylko podczas ciąży, czy to u kobiet, które wiele rodziły, czy też u tych, które wązką miednicę mają“. [Patrz LANDAU *l. c.* str. 59].

Obok stosowanych powszechnie przy leczeniu obwisłego brzucha zabiegów wodo leczniczych, mięsienia i t. d., pierwszorzędną, jak dotąd, rolę odgrywa odpowiednio zrobiony pas brzuszny. Obejmując mocno brzuch i unosząc jednocześnie w górę dolną część przedniej ściany brzusznej, unosi on też zarazem i zwieszające się w przestronnej jamie brzusznej trzewa i utrzymuje je w miejscu; bierze na siebie tym sposobem bierną rolę ścian brzusznych. Czynnej ich roli, *resp.* właściwej tłoczni brzusznej, pas brzuszny zastąpić nie może; a pomimo to jednak przyznać należy, że uwalnia on chorych nieraz od wielu dolegliwości, z obwisłym brzuchem związanych.

Tle razy mowa jest o leczeniu obwisłego brzucha, tyle razy podnoszoną bywa niemożność przywrócenia dawnej, a utraconej sprężystości ścian brzusznych. LANDAU ¹⁾ w monografii swojej: „O wątrobie wędrującej i o brzuchu obwisłym u kobiet“ mówi między innymi w ten sposób:

„Ponieważ powstawanie obwisłego brzucha zależnem jest—z punktu anatomico-fizyologicznego — tak od utraty sprężystości skóry i otrzewnej, jak i utraty kurczliwości i pobudliwości mięśni brzusznych, połączonej z zaburzeniami w odżywianiu tych ostatnich, czyli, krótko mówiąc, zależy od zwiótczenia powłok brzusznych, przeto, w celu doszczętnego leczenia omawianego cierpienia, należałoby starać się o przywrócenie powłokom brzuszным ich dawnej jędrności, trwałości i sprężystości. Nie posiadamy jednak, niestety, środka, przy pomocy którego moglibyśmy na nowo uczynić sprężystem ciało organiczne, które, wskutek nadmiernego rozciągania, sprężystość swoją straciło. Nie możemy również wpłynąć i na to, ażeby po części przesunięte i zanikłe, rozciągnięte zresztą, a nawet i bezwładne mięśnie mogły na właściwe swoje miejsce i do dawnego stanu napięcia (*tonus*) powrócić“.

„A więc zmuszeni będziemy — w daleko posuniętych przypadkach obwisłego brzucha — już z góry z wszelkich prób doszczętnego leczenia dać za wygrane“.

„W przypadkach natomiast świeżych, przy niezbyt daleko posuniętem cierpieniu, okazać się bezwarunkowo skutecznymi te środki, które, jak nas uczy doświadczenie, dodatnio wpłynąć mogą na miejscowe odżywianie i na kurczliwość właściwych tkanek. Do środków tych należą: prąd przerywany, natryski miejscowe, mięsienie, a także i leczenie ogólne, mające na celu poprawę odżywiania i wzmocnienie całego ustroju“.

Pomiędzy jednak świeżymi przypadkami brzucha obwisłego, w których pomocnymi się okazują: strumień przerywany, mięsienie i zabiegi wodolecznicze, a przypadkami, w których nastąpił już zanik mięśni brzusznych, znajduje się jeszcze wiele przypadków, w których wyliczone wyżej środki pozostają bez skutku, a którym zanik mięśni brzusznych dopiero grozi—z powodu beczynności, na jaką skazane są mięśnie ścian obwisłego brzucha.

LANDAU porównywa obwisły brzuch z taśmą gumową, która, „utraciwszy raz sprężystość swoją, nie jest już w stanie napowrót ją odzyskać“. Porównanie to jest jednak tylko w części słuszne. Tak samo, jak taśma owa zupełnie jednak już bezużyteczną nie jest, tak samo możeby się udało jeszcze jako tako i zwiótczałe ściany brzuszne zużytkować—z korzyścią dla chorego, a to tembardziej, że wszak nie zawsze jest mowa o zupełnej utracie sprężystości taśmy owej, a tem mniej jeszcze—ścian obwisłego brzucha. Tkanki, które skutkiem nadmiernego rozciągania właściwą sprężystość swoją straciły i na stałe się wydłużyły [czy to była taśma gumowa, czy też ściana brzuszna], możnaby wszak jeszcze w pewne warunki postawić, w którychby jaką taką sprężystość okazywały i w pewnym choć stopniu jeszcze użytecznymi były.

¹⁾ L. c. str. 131.

Cóż robimy np. z podwiązką gumową, która straciła pierwotną sprężystość swoją i na nodze się już dobrze nie trzyma? Albo nakładamy ją wtedy na grubsze miejsce nogi, albo podwiązkę skracamy, albo też wreszcie obwijamy nią nogę w dawnym miejscu więcej, niż raz: $1\frac{1}{4}$, $1\frac{1}{2}$ lub więcej razy.

Chcąc więc użytkować należycie ciało, które, choć swą dawną sprężystość straciło, lecz jednak jaką taką jeszcze posiada, należy je: albo a) zastosować do powierzchni większej, względnie—bardziej wypukłej, albo też b) ciało to skrócić, albo też wreszcie c) punkty przyczepu jego oddalić. W każdym tym przypadku staramy się, ażeby w nowej swej postaci ciało to leżało na danym przedmiocie gładko—niepomarszczone.

Porównanie LANDAU'a nie jest także zupełnie słuszne i z tego powodu, że prawidłowa ściana brzuszna—prócz sprężystości—jeszcze i kurczliwość posiada; a ostatnia ta własność pod względem fizyologicznym jest powiemy nawet ważniejsza, niż pierwsza; i gdyby nie ona, to sprężystość ścian brzusznych z pewnością by się nadzwyczaj prędko wyczerpywała. Mięśnie ścian brzusznych—w samej rzeczy—wspierają i zarazem oszczędzają sprężystość innych tkanek, w ścianach brzusznych zawartych; nie dają im zbyt się rozciągać, rozciągniętym pomagają napowrót się ściągnąć i do stanu prawidłowego powrócić, a następnie jeszcze stałym napięciem swoim (*tonus*) w tym stanie je utrzymują. One to, ściśle mówiąc, stanowią zwykle o sprężystości ścian brzusznych i z chwilą, kiedy ich częściowo brak, lub kiedy one kurczliwość swoją z tego lub innego powodu tracą, ściana brzuszna wcześniej, czy później podlega zmianom, które się zwykle kładzie na karb utraty jej sprężystości. Są wprawdzie miejsca w ścianach brzusznych, jak np. prawidłowa smuga biała, które w stanie prawidłowym wiele sprężystości okazują i długo ją, aczkolwiek bez pomocy mięśni, nieraz zachowują, jednakże te same właśnie miejsca, raz zbyt rozciągnięte, nie doznając pomocy mięśni, do prawidłowego stanu nieraz powrócić nie mogą, a natomiast w dalszym ciągu coraz bardziej się jeszcze rozciągają, służąc za punkt wyjścia rozstępowi mięśni prostych brzucha (*diastasis m. rectorum*), albo też przepuklinom.

A przy brzuchu obwisłym — coż się właściwie ze ścianami brzuszniemi dzieje?

Z powodu ciąży, guzów, wysięków lub t. p. były one przez jakiś czas rozciągnięte, a uwolniwszy się od tej zawartości, nie powróciły do stanu prawidłowego, t. j. nie skurczyły się, nie ściągnęły się dostatecznie napowrót do tego stopnia, ażeby z pożytkiem mogły fizyologiczne swe czynności pełnić, a mianowicie: utrzymywać na miejscu trzewa brzuszne, odpowiedni ucisk na nie wywierać i t. d. i t. d. Ściany brzuszne nie przylegają już do trzew, jak się należy; jednym słowem — wiszą na nich. [Stąd też powstała nazwa obwisłego brzucha]. Dzieje się więc z nimi to, co się zwykle z podwiązką dzieje, która sprężystość swoją straciła i pończochy na nodze utrzymać już nie może. Wskazywałem już wyżej, w jakich warunkach jednak podwiązka taka jeszcze użyteczną być może. Gdyby więc możebnym było wytworzyć analogiczne warunki dla ścian obwisłego brzucha, wtedy należy się spodziewać, że i te ostatnie mogłyby, choć w części, do fizyologicznych swoich czynności po-

wrócić, a to tembardziej, że, gdyby się w warunkach tych znalazły pomiędzy innymi i mięśnie brzuszne, wtedy praca ich stałaby się bardziej produkcyjną, ściany zaś brzuszne odzyskałyby tym sposobem właściwą kurczliwość swoją: nie kurczliwość „*in posse*“, jeno kurczliwość „*in esse*“.

Nadmiernie wydłużone mięśnie ścian obwisłego brzucha w początkowych okresach wszak przez długi jeszcze czas kurczliwość zachowują; jest to jednak tylko kurczliwość „*in posse*“: mięśnie te, aczkolwiek na prąd przerywany odpowiadają, kurczami jednak żadnego ucisku na trzewa brzuszne wywierać nie mogą, i z powodu tej swojej bezużyteczności narażone są na zanik, któremu też rzeczywiście w mniejszym lub większym stopniu z czasem ulegają. Gdyby te same mięśnie gładko i ściśle do trzew brzusznych przylegały, wtedy kurczliwość ich ze stanu „*posse*“ przeszłaby w stan „*esse*“, czyli, inaczej mówiąc, kurczliwość ich stałaby się produkcyjną i mięśnie brzuszne mogłyby już właściwy ucisk na trzewa brzuszne wywierać.

Już na drodze naturalnej zdarzają się stany, czy to fizyologiczne, czy też patologiczne, w których ten niewłaściwy stosunek pomiędzy ścianami a zawartością brzucha obwisłego ustępuje miejsca stosunkowi korzystniejszemu. Kiedy zawartość brzucha obwisłego z tego lub innego powodu się powiększa, wtedy powstają warunki, wyżej już przewidziane, a określone jako korzystne dla ciał, które sprężystość swoją straciły [patrz str. 216 pod literą *a*]; ściany tedy obwisłego brzucha będą w stanie użytkować produkcyjnie dla trzew brzusznych sprężystość i kurczliwość swoją, których wszak absolutnie jeszcze nie utraciły. Czy to będzie ciąża, czy też otyłość [na skutek której nagromadzać się będzie tkanka tłuszczowa w kreskach, w sieci, w tkance podsurowiczej jelita i ścian brzusznych i w innych], czy też rosnąć będzie guz jaki w jamie brzusznej, czy też wysięk będzie się zbierał: w każdym z tych przypadków zawartość jamy brzusznej zwiększać się będzie i ściany obwisłego brzucha skutkiem tego będą ją lepiej obejmowały, a tem samem znajdują się w korzystniejszych warunkach wykonywania fizyologicznych czynności swoich względem trzew, w jamie brzusznej zawartych.

Na poparcie wywodów powyższych możemy się tu powołać na spostrzeżaną już nieraz, tak podmiotową, jak i przedmiotową poprawę podczas ciąży u kobiet, które poprzednio bardzo wiele z powodu obwisłego brzucha cierpiały: że przytoczę tu tylko spostrzeżenia odpowiednie LANDAU'a i ZIELIŃSKIEGO.

LANDAU ¹⁾ spostrzegł u kilku kobiet, dotkniętych obwisłym brzuchem i wątrobą wędrującą, prócz poprawy podmiotowej, jaka przy każdej ciąży występowała, także i poprawę przedmiotową: wątroba unosiła się podczas każdej ciąży stopniowo ku górze i ruchomość jej jednocześnie znacznie się zmniejszała; gdzie zaś poprzednio istniała nerka wędrująca, tam powracała ona podczas ciąży na właściwe miejsce swoje i już przez cały czas ciąży tam pozostawała.

¹⁾ L. c. str. 99 i 101.

ZIELIŃSKI również spostrzegał poprawę u kobiet podczas ciąży, obwisłym brzuchem dotkniętych. [Obserwacye 12 i 29 ²⁾].

Co do jednego z tych przypadków [obserwacya 29], dowiadujemy się, że „ponowne zajście w ciążę położyło kres bólom i zaparciu, które już więcej nie zjawiały się nawet po położeniu“ [1]. [„Opadnięcie trzew“, jakie w tym przypadku miało miejsce po 2 przebytych już poprzednio ciążach, odpowiadało zupełnie temu stanowi, który się za następstwa „obwisłego brzucha“ powszechnie uważa]. Wyleczenie w tym przypadku tłumaczy sobie ZIELIŃSKI w ten sposób, „że ciąża, unosząc poprzecznicę ku górze w ciągu paru miesięcy i rozpulchniając tkanki, może w pewnych razach sprzyjać dodatnio nie tylko na zniknięcie chwilowe objawów [obserwacya 12], lecz nadto na wytworzenie się sklejeń i wreszcie trwałe umocowanie okrężnicy do przylegających narządów“ ³⁾. Co do mnie, to nie zgodziłbym się na to, ażeby wyleczenie w tym przypadku należało tłumaczyć sobie przez możliwość wytworzenia się zrostów, boć: 1-o trudno przypuścić, ażeby w prawidłowym przebiegu ciąży mogły się one wytworzyć i 2-o, gdyby się to już zresztą stało, powinnyby one w takim razie nie tylko umocować okrężnicę, lecz i inne narządy, przy opadnięciu trzew ku dołowi opuszczone [jak np. wątrobę, żołądek i inne]. Czyby nie należało w danym przypadku prędzej przypuścić mechanizmu, analogicznego do tego, jaki miewa miejsce u bardzo wielu kobiet, u których, pomimo przebytych porodów, opadnięcia trzew, *resp.* obwisłego brzucha, skonstatować nie można? Odpowiednie zachowanie się tych kobiet po położeniu, odpowiednie pielęgnowanie ścian brzusznych i całego ustroju najpewniej chroni je od złego i przywraca ścianom brzusznych ich dawną jędrność, trzewom zaś brzusznych nie daje zbyt ku dołowi się opuszczać. W przypadkach, podobnych do obserwacyi 29 ZIELIŃSKIEGO, gdzie sprawa widocznie nie była jeszcze daleko naprzód posunięta, należy przypuścić, że okrężnica i inne trzewa, uniesione ku górze przez cały czas ciąży, po położeniu na właściwym prawidłowym miejscu pozostają i już się potem więcej nie opuszczają, a to zapewne dzięki tej okoliczności, że chore te bywają odpowiednio pielęgnowane [po położeniu zbyt wcześnie nie wstają z łóżka, ani gorsetu zbyt wcześnie nie wkładają, lecz natomiast brzuch przy pomocy odpowiedniego pasa przez pewien pas podtrzymują i t. d. i t. d.]. Chora ZIELIŃSKIEGO [29], jak się dowiadujemy, „utyla bardzo, tak, że przez zgrubiałe od tłuszczu ścianki brzuszne nic wyczuć nie można“. Ta okoliczność również tylko sprzyjać mogła utrzymaniu na miejscu trzew brzusznych, którym dawniej u kobiety szczupłej w jamie brzusznej było zbyt przestrono.

Należy się spodziewać, że w przypadkach podobnych do tylko co opisanych [LANDAU, ZIELIŃSKI] ściany brzuszne powinny się i podczas porodu należycie, jako tłoźnia brzuszna, sprawować.

Czy poprawa, notowana po niektórych operacyach, dokonywanych na narządach płciowych kobiecych z powodu chorób, współcześnie z obwisłym brzuchem istniejących i z tych samych przyczyn, co ten ostatni, najczęściej powsta-

¹⁾ L. c. str. 255 i str. 267.

²⁾ L. c. str. 269.

łych, również zależy od poprawionego stosunku ścian brzusznych do trzew brzusznych, odpowiedzieć nie podejmuję się. Bądź co bądź, jednak po zeszytciu pochwy przedniemi tylnem (*colporrhaphia anterior et posterior*), dokonaniem w celu usunięcia wypadnięcia pochwy i macicy, macica, a za nią i trzewa brzuszne zostają uniesione ku górze i ku przodowi. To samo mniej więcej ma też miejsce po odprowadzeniu macicy tyłozgiętej (*taxis uteri retroflecti*) i utrzymaniu jej na miejscu przy pomocy wianka (*pessarium*). Kto wie — a może już to stosunkowo nieznaczne przemieszczenie trzew ku górze i ku przodowi korzystnie wpływa na stosunek ścian do trzew brzusznych? Jakkolwiek jednak jest, o faktach powyższych pamiętać należy i w odpowiednich przypadkach obwisłego brzucha, powikłanych wspomnianemi dopiero co cierpieniami, należy te ostatnie, o ile możności, usuwać. Tak samo należałoby zawczasu też zeszyć i stare pęknięcie krocza (*perineorrhaphia*), gdyby ono jednocześnie, choć niezależnie od obwisłego brzucha, istniało. Po wszystkich tych operacjach—macica, powtarzam, zostaje uniesioną ku górze, i tym sposobem nie dozwala, jak się powszechnie przypuszcza, zapadać się odpowiednim trzewom brzuszny do jamy małej miednicy, przez co niezawodnie i pewna grupa przy-
[C. d. n.]

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

16. F. Blumenfeld. O wartości dyetetycznej tłuszczów dla suchotników.

Podstawą nowoczesnej terapii suchot płucnych jest forsowne odżywianie chorego, a to w tym celu, aby wytworzyć większą odporność komórek w walce z drobnoustrojami i powstrzymać szkodliwy wpływ tychże na cały organizm. Powstaje jednak pytanie, której z trzech wielkich grup pokarmowych—białku, wodanom węgla, czy też tłuszczom—oddać pierwszeństwo. Pod tym względem zdania terapeutów są podzielone; większość jednak stanowczo jest za pokarmem mieszanym, jako posiadającym największą wartość odżywczą. Co ma przeważać w tym pokarmie mieszanym, dotychczas pozostaje kwestyą sporną. Nowoczesna terapia wzięła rozbrat z dawniejszymi poglądami na wartość odżywczą białka, *resp.* pokarmów mięsnych. Dawniej—a nawet i obecnie—pod mianem „dyety wzmacniającej“ pojmowano powszechnie pokarmy mięsne, obfity dowóz białka. Pogląd ten teoretycznie uzasadniano tem, że znaczny dowóz substancji białkowych z zewnątrz pokrywa straty, wynikające z ciągłego rozpadu tkanek w chorobach gorączkowych, przewlekłych. Ścisłe doświadczenia RUBNER'a, HIRSCHFELD'a i wielu innych stwierdziły jednak niesłuszność takiego poglądu: nie mógł on się ostać wobec faktu, że organizm zachować może równowagę azotową, chociażby przez krótki przeciąg czasu wcale nie otrzymywał substancji białkowych, lub otrzymywał ilość znacznie mniejszą od podanej przez VORR'a. Nie zmniejsza to jednak wcale wartości odżywczej białka, tembardziej, że usunięcie lub zmniejszenie jego ilości [poniżej normy] w pokarmie mieszanym wpływa ujemnie na przyswajanie tłuszczów i wodanów węgla. Nie

słusznem tylko jest mniemanie, że pokarm jest pożywnym, ponieważ obfituje w substancje białkowe; daleko większe znaczenie posiada zawarta w nim ilość związków bezazotowych. TRAUBE, BREHMER, DETTWEILER starają się nadać tym związkom dominujące znaczenie w dyetetyce suchot płucnych. Jak silną była reakcja przeciw natężonemu odżywianiu suchotników pokarmami białkowymi, dowodzi dosadne wyrażenie M. SCHMIDT'a: „mit Fleisch und Eiern fuettert man den Phtisiker zu Tode“. Nie chciał on przez to powiedzieć, że potrawy mięsne i jajka szkodzą suchotnikom, tylko, że nadmierna ich ilość stawia ustrój w niekorzystnych warunkach odżywiania. U osobników zdrowych jedne pokarmy mogą być w pewnych granicach zastąpione przez inne w stosunku do ilości ciepłostek, wytwarzających się w organizmie przy spalaniu się tychże pokarmów. Przyjąwszy jako przeciętną wagę dorosłego człowieka 60 kilogramów, a na każdy kilogram wagi ciała—ilość pokarmów, odpowiadających 45 ciepłostkom, otrzymamy pewne *minimum* pokarmów, potrzebne dla dobrego odżywiania, a równające się 2,700 ciepłostkom. Skala wartości odżywczej białka, wodorów węgla i tłuszczów nie jest jednakowa: 1 gram białka i wodorów węgla=4,1 ciepłostek, jeden zaś gram tłuszczów=9,3 ciepł. Nawet u osobników zdrowych wybór pokarmów na zasadzie powyżej podanego stosunku nie zawsze bywa dowolnym, tem bardziej zatem wystrzegać się należy takiej dowolności u suchotników, u których prawie zawsze mamy do czynienia z upośledzonym trawieniem i łaknieniem. Z tego powodu ilość białka w pokarmie suchotnika nie powinna przewyższać 100—140 gm., co przedstawia wartość 410—590 ciepłostek; reszta zaś, czyli blisko $\frac{3}{4}$ — $\frac{1}{2}$ całkowitej liczby ciepłostek przypada na wodany węgla i tłuszcze. Gdyby wartość odżywcza tych ostatnich z fizjologicznego punktu widzenia była jednakowa, to i tak jeszcze ich stosunek ilościowy zależnym będzie od łatwości, z jaką ulegają wchłanianiu w kanale pokarmowym. Pewna i nawet dość znaczna ilość wodorów węgla w diecie suchotnika jest konieczna, albowiem ułatwia trawienie tłuszczów; w tym celu wystarczy podawać chorym 200—300 gm. wodorów węgla, co równa się 800—1.200 ciepł.; większej ilości dawać nie można ze względu na znaczną objętość owych wodorów węgla i zbytne obciążanie kanału pokarmowego. Ponieważ w dyetetyce suchot płucnych powinniśmy dążyć do tego, aby pokarmy podawane suchotnikom przy najmniejszej objętości miały możliwie wysoką wartość odżywczą, zatem temu celowi najlepiej odpowiadają tłuszcze z ich wysoką wartością kaloryjną. Zalecamy więc tran suchotnikom nie dla swoistego jego działania, lecz jako wyborowy środek odżywczy; w tym celu posługiwać się możemy również innymi tłuszczami. Jaki gatunek tłuszczów jest najodpowiedniejszym i w jakiej ilości zalecać go suchotnikom, na te punkty w odnośnych pracach dotychczas mało zwracano uwagi. Aby dać odpowiedź na te pytania, autor przeprowadził cały szereg badań klinicznych, polegających na dokładnem analizowaniu pokarmów przyjmowanych przez chorego i jego ekskrementów [t. j. kału i moczu], na zasadzie czego można było obliczyć ilość nieprzyswojonego tłuszczu. W jednym okresie [w ciągu 3 dni] dodawano do określonego pożywienia chorego 100 gm. masła, w drugim do takiegoż pożywienia 100 gm. lipaniny. Przyswajanie w obu

okresach było jednakowe. W innych okresach przewaga była zawsze po stronie masła.

Na zasadzie tych doświadczeń autor przychodzi do wniosku, że przy natężonym odżywianiu suchotnika należy zwracać uwagę na dostateczną ilość tłustych pokarmów, szczególnie zaś masła; jeżeli chory nie znosi pewnego gatunku tłuszczu, należy go zastąpić innym dobrze strawnym i nareszcie należy tłuszcz tak łączyć z wodanami węgla i białkiem, aby nie wzbudzać do nich odrazy w chorym.

(*Zeitschrift für klin. Med.* Band XXVIII, Heft V—VI, 1885). Z. Rom.

18. Ledderhose. O porażeniu połowicznym nieskrzyżowanym. (*Ueber col-laterale (ungekreuzte) Hemiplegie*).

LEDDERHOSE'mu zdarzyło się, że, mając do czynienia z porażeniem połowicznym (*hemiplegia*), zależnym od wylewu krwi podoponowego, przystąpił do trepanacji czaszki po stronie przeciwnej i nie znalazł owego wynaczynienia, a sekcyja wykazała, że znajdowało się ono po stronie tej samej, po której obie kończyny uległy porażeniu. Zajście to pobudziło LEDDERHOSE'go do napisania dużej i bardzo interesującej pracy, pomieszczonej w Archiwie LANGENBECK'a.

Chorego pobili, rzucili na ziemię i pokopali nogami w głowę; stracił przytomność i podobno miał krwotok z obu uszu. Nazajutrz przyszedł do przytomności, skarżąc się tylko na silny ból głowy i ogólne osłabienie. Dziewiątego dnia stan się pogorszył tak, że chory musiał położyć się do łóżka i zawezwał lekarza. Jedenastego dnia wystąpiło porażenie prawej połowy ciała. Dwunastego dnia badał go po raz pierwszy LEDDERHOSE i znalazł: zapaść ogólną, *respiratio stertorosa*, brak odruchów przy drażnieniu łącznicy, średnie rozszerzenie obu źrenic i zmniejszenie ich odruchu, tętno 80, nieprawidłowe; porażenie obu kończyn prawych i niedowład nerwu twarzowego prawego. Innych zmian przedmiotowych nie można było wykryć. Na zasadzie wrażliwego natężenia objawów rozpoznał autor pęknięcie tętnicy oponowej średniej po stronie lewej i tworzenie się krwisteku uciskającego na mózg przez nienaruszone opony.

[Zdaniem naszym, porażenie obu prawych kończyn i nerwu twarzowego prawego mogło zależeć od guza lub wylewu podoponowego w dole czaszkowym średnim prawym ¹⁾. Z drugiej strony stwierdzenie paraliżu, występującego dopiero w 12 dni po przypadku prędkiej zbija, niż potwierdza, przypuszczenie, iż w danym razie krwawi naczynie większego kalibru, jakim jest tętnica oponowa średnia. — *Przypisek sprawozdawcy*].

LEDDERHOSE wykonał trepanację po stronie lewej i nic nie znalazł ani nad oponą, ani pod oponami; przypuszczał tedy, że krwawienie miało miejsce w grubości lewej półkuli mózgu.

Po 24 godzinach chory umarł, a sekcyja sądowo-lekarska, dokonana przez D-ra PETRI, wykazała, że pod oponą twardą z prawej strony znajdowała się

¹⁾ Patrz: *Dyagnostyka chirurgiczna JASIŃSKIEGO*, str. 162.

dość znaczna ilość skrzeplej krwi. Zbiorowisko to rozprzestrzeniło się w dołach czaszkowych prawych (*im Allgemeinen diffus sich auch in die rechten Schädelgruben erstreckend, l. c. str. 319*); na przedniej połowie prawej półkuli leżał osobny skrzep, wielkości jaja. Źródła prawostronnego tego krwawienia nie znaleziono.

Autor cytuje między innymi taki sam przypadek MOULLIN'a (*The Lancet. 1893*). Porażenie obu kończyn prawych i nerwu twarzowego prawego po urazie. Trepanacja nad lewą *zona motoria*. Tu nic nie znaleziono.

Sekcja wykazała krwistek podpajęczy, który powstał, o ile się zdaje, z tylnej gałęzi tętnicy oponowej średniej; leżał więc także w dole czaszkowym średnim prawym.

W przypadku LAUENSTEIN'a z Hamburga taki wylew krwi do lewego dołu średniego, uciskający na miejsce sąsiadujące z podziałem tętnicy oponowej średniej na gałęzie, wywołał porażenie obu kończyn lewych, opuszczenie powieki lewej i niedowład tęczy lewej.

LEDDERHOSE przytacza w pracy swej 45 przypadków *hemiplegiae collateralis*, zebranych z literatury i dla teoretycznego objaśnienia tego zjawiska stara się rozejrzeć krytycznie następujące hipotezy:

1) Porażenie połowiczne po stronie jednoimiennej z ogniskiem w mózgu, może zależeć od niedorozwoju lub od braku skrzyżowania piramid.

2) Przypuszczenie CRUVEILHIER'a, że prawostronny np. wylew krwi tak ciśnie na mózg, iż przyciska lewą połowę jego do czaszki.

3) Czy musimy przyjąć za pewnik, że wszystkie szlaki ruchowe, udając się od półkul mózgowych do kończyn, ulegają przedtem skrzyżowaniu? Czy jedna z półkul ma pod względem ruchowym wpływ jedynie i wyłącznie tylko na przeciwnostronne kończyny, czy też i na jednoimienną stronę ciała. Czy istnieją pod tym względem u ludzi różnice indywidualne?

Trudno jest brać pod uwagę hipotezy BROWN-SEQUARD'a, choćby dla tego powodu, że autor ten tak zawziętym przeciwnikiem lokalizacji mózgowej się okazał.

GOLTZ jednak (*Pflüger's Archiv. Bd. 42, str. 424*) na drodze doświadczeń doszedł do następującego wniosku:

„Każda połowa mózgu musi być połączoną drogami nerwowymi ze wszystkimi mięśniami ciała i ze wszystkimi punktami wrażliwymi [czującymi] obu połów ciała. Zdaje się jednak, że wygodniejszymi są drogi, wiodące do części przeciwnostronnych“.

Otóż LEDDERHOSE przypuszcza, że mogą się zdarzyć ludzie, u których wykształciły się, a więc stały się wygodniejszymi drogi zazwyczaj mniej dogodne, pomimo braku nieprawidłowości anatomicznych w tych przypadkach.

Gdybyśmy dla wytłómaczenia zjawiska przyjęli przypuszczenie 1-e, t. j. nieprawidłową budowę anatomiczną, lub 2-ie, to jest zgniecenie przeciwległej strony mózgu o czaszkę, to nie byłoby mowy o porażeniu po stronie jednoimiennej istotnem, lecz tylko o porażeniu po stronie przeciwnej wrzekomem, pozornem.

Jeżeli wiemy, iż dostrzeżenie porażenia połowicznego (*hemiplegia*) nie daje nam jeszcze prawa do stanowczego twierdzenia, iż w danym razie ma miej-

sce uszkodzenie mózgu po stronie przeciwnej, to musimy zadać sobie pytanie, czy nie uniknęlibyśmy pomyłki w razie, gdyby się udało odszukać z pośród innych, towarzyszących porażeniu połowicznemu, objawów, pewnych wskazańk orientujących. Z pośród tych zjawisk najważniejszym byłoby zachowanie się źrenicy i tarczy nerwu wzrokowego. Pomimo prac i spostrzeżeń GRIESINGER'a, WIESSMAN'a, BERGMAN'a HURCHINSON'a i FÜRSTNER'a nie możemy jeszcze powiedzieć, iż zachowanie się źrenicy może nam tu jakkolwiek dać wskazówkę pewną. FÜRSTNER (*Archiv f. Psychiatrie*. VIII. 1878, str. 17) pierwszy zwrócił uwagę na doniosłość rozpoznawczą obrzmienia wyłącznego lub przeważnego jednej z tarcz nerwu wzrokowego. Zdaniem LEDDERHOSE'go, takie jednostronne, wyłączne lub przeważne obrzmienie tej tarczy i poniekąd rozszerzenie źrenicy po tej stronie, po której wystąpiło porażenie połowiczne, pozwala przypuszczać, że tym razem porażenie to nie jest przeciwległem, lecz, że odpowiada uszkodzeniu mózgu z tej samej, a więc jednoimiennnej strony.

Z obowiązku sprawozdawcy muszę zwrócić uwagę Szanownych Czytelników na wyniki świetnej pracy BRAMANN'a, którą streściłem w mojej Dyagnosyce chirurgicznej na str. 165 i 166. Wyraźnie tam powiedziano, iż guz, siedzący na przednim końcu części skroniowej mózgu u nóżki trzeciego zawoju czołowego, ciśnie na jeder tylko szlak wzrokowy, a więc i naczynia jednej gałki ocznej. Przy takim umiejscowieniu guza zauważymy objawy zastoinowe tylko w jednej tarczy nerwu wzrokowego [po stronie chorej].

(*Archiv f. klin. Chirurgie v. Langenbeck. Bd. 51. H. 2. str. 316*).

R. Jasiński.

19. Quervain O pewnej postaci zapalenia przewlekłego pochew ścięgni- stych.

Oprócz napotykanego najczęściej zapalenia gruźliczego pochew ścięgni-
stych, niekiedy zdarzają się takie postaci, w których gruźlicy stwierdzić
nie można ani na mocy objawów klinicznych, ani też z punktu widzenia anatomi-
cznego; tu należy zapalenie pochew ścięgni-
stych: a) surowicze, b) moczano-
we (*tendovaginitis proliferans urica*) i c) przewlekłe suche, następujące nader
rzadko [z wyjątkiem postaci surowiczej] potrzebę wykonania rękoczynu chi-
rurgicznego. Prócz wyszczególnionych jednak rodzajów tej sprawy zapalnej,
istnieje pewna jeszcze jej odmiana, również tła gruźliczego pozbawiona i przez
KOCHER'a nazwana postacią włóknistą zwężającą (*fibröse stenosierende tendovagi-
nitis*) w związku z przerostem biernym przepracowanych ścięgien. Postać ta, jak-
kolwiek podobną jest najbardziej do postaci suchej, różni się jednak od niej zna-
cznie w przebiegu swoim i wymaga operacji niezbędnie. Dwa odnoszące się tu-
taj własne spostrzeżenia autora, dotyczą dwóch [jednej 55-letniej i drugiej 35-
letniej] pracujących fizycznie kobiet, z których pierwsza narzekała na bolesność
ruchów w paluchu prawym, stopniowo wzmagającą się i powstałą od pół roku
z przyczyny nieznaney. Badanie wykluczyło stanowczo gruźlicę, syfilis i dnę
oraz wykryło, że bolesność największa istnieje na miejscu przegrody pochwy
ścięgni-
stych, mięśnia wyprostnego krótkiego palucha i odsiebego długiego, wy-
tworzonej przez powierzchowne i głębokie włókna więzów napiętkowego
grzbietowego (*lig. carpi dorsale*). Okolica ta była lekko obrzmiała, co zauwa-

żyła też chora, lubo w kilka miesięcy dopiero po wystąpieniu bólów. Po wycięciu przegrody, wspólnej dla obu mięśni, zgrubiałej, na czem poprzestano wobec braku wszelakich innych zmian chorobowych, stwierdzonem zostało po pewnym czasie ustąpienie bólów zupełne oraz odzyskanie sprawności palucha.

W przypadku drugim, o ile przekonały wywiady, początek cierpienia był ostry, już jednak po kilku tygodniach obrzmienie i tarcie w miejscu ściśle tem samem, co i w spostrzeżeniu pierwszym, zmniejszyły się znacznie; przy badaniu zaś, dokonaniem po upływie ośmiu miesięcy, stwierdzono podobnie bolesność w paluchu prawym i tej samej przylegającej do zewnętrznego końca kości promieniowej przegrodzie pochwowo-ścięgnistej, wraz z nader słabem trzeszczeniem tamże. Brak innych zmian chorobowych oraz przebieg cierpienia i tym razem wyklucały stanowczo gruźlicę.

Przy wykonaniu operacji nie znaleziono ani wysięku, ani nawet zgrubienia pochwy ścięgnistych lub ścięgien. I tu również wynik pooperacyjny był wyoborny; chora bowiem już po dniach siedmiu powróciła do swego zajęcia [zergarmistrzostwa], które pomimo braku częściowego przegrody ścięgnistej jak najdokładniej wykonywa dotąd.

Na mocy dwóch tych—oraz kilku spostrzeżeń SANDOZ'a i KOCHER'a—autor kreśli obraz kliniczny przebiegającego przewlekłe cierpienia, które, jak się rzekło, polega na obecności mniej lub więcej dokuczliwych bólów, szerzących się od napięstka przeważnie w kierunku palucha oraz częstokroć i przedramienia, bólów niekiedy tak mocnych, że chorzy wypuszczają z rąk trzymane przedmioty. Przy obmacywaniu albo otrzymuje się wynik całkiem ujemny, lub też wyczuwa się pewne zgrubienie, zawsze bolesnej na ucisk wspomnianej przegrody, przy czem stałe umiejscowienie objawów wynika z anatomo-fizyologicznych stosunków palucha i owych dwóch pochew ścięgnistych, które narażone są najbardziej na działanie bodźców nieprzyjaznych. Trudno rozstrzygnąć pytanie co do etyologii cierpienia, nie ma atoli wątpliwości żadnej, że jednorazowe lub powtarzające się częścię urazy, jak: stłuczenie, dźwiganie ciężarów, wysiłki przy piastowaniu dzieci, przecapowanie palucha, zależne od rzemiosła i t. p., mają znaczenie czynników usposabiających. Z drugiej strony tak wynik leczenia, jak i stała bolesność przegrody zdają się nadawać tej ostatniej znaczenie odrębne, anatomo-patologiczne. Zgrubienie, albo pomarszczenie ścian przegrody czyni ją węższą, co w połączeniu z niezwykłą jej czułością staje się bezpośrednią przyczyną bólów, zniewalających, wobec bezskuteczności wielu środków [okłady, nacierania, mięsienie i t. p.], do podjęcia zabiegu chirurgicznego. Autor przystępuje do tej operacji zwykle po uprzednim wstrzyknięciu w okolicy pola operacyjnego 1% roztworu kokainy, poczem na wysokości wyrostka rylcowego kości promieniowej, t. j. na przebiegu omawianych ścięgien prowadzi cięcie skóry, około 4 ctm. długie, oszczędzając obecne w tem miejscu gałązki czuciowe nerwu promieniowego. Po obnażeniu przegrody i rozszczepieniu jej blaszki górnej, należy ścięgna z pochwy wywciągnąć i haczykiem odciągnąć na stronę, samą zaś przegrodę na przestrzeni 1—1½ ctm. wyciąć całkowicie lub [jak chce KOCHER] usunąć jedynie ścianę jej zewnętrzną. Ten rękoczyn ostatni, znosząc zwięźnienie przegrody i warunkowane przez nie tarcie, wy-

starcza również dobrze do usunięcia bólów. Wreszcie po ułożeniu ścięgien na poprzednim właściwym im miejscu i opanowaniu krwawienia, ranę zaszywa się doszczętnie.

(*Correspondenz-Blatt für Schw.-Arzt. Nr. 13. 1895*). K. Niedzielski.

List otwarty do Redakcyi Gazety Lekarskiej.

SZANOWNY REDAKTORZE!

Z upoważnienia kolegów: J. ŚMIGIELSKIEGO, Br. LASKOWSKIEGO i M. WARMAŃA, w ich i swoim imieniu, mam honor uprzejmie prosić o zamieszczenie w Gazecie Lekarskiej niniejszego protestu przeciwko bezpodstawnemu nazwaniu choroby, jakiej ofiarą padł ś. p. D-r REM. LASKOWSKI, nosacizną. Ani wywiady, ani przebieg choroby, ani badania ropy, tkanek, krwi i płwociny, przedsiębrane w różnym czasie przez Kol. MAYZŁA, JAKOWSKIEGO, PRZEWOSKIEGO i GLUZIŃSKIEGO, nie dawały nikomu prawa do tego, a ci koledzy, którzy chorego po za Kielcami mieli w obserwacji, również nie stawiali podobnego rozpoznania, a kolegami tymi byli: prof. KOSIŃSKI, prof. GLUZIŃSKI, kol. DUNIN, SOLMAN i ś. p. JAWDYŃSKI. Skąd się wzięła ta zagadkowa dla nas dyagnoza, nie chcemy przesądzać; przypuszczamy tylko, iż polega ona na prostym domyśle. Kol. LASKOWSKI na krótko przed wybuchem choroby skaleczył się w palec przy sekcji trupa noworodka, utopionego w kanale, i tu należy szukać przyczyny zakażenia, a nie w nosaciznie, z którą wcale nie miał do czynienia.

Co do ś. p. JAWDYŃSKIEGO, to rzeczywiście skaleczył się w palec przy operacji w Kielcach, ale że już w 8 godzin potem w Iwangrodzie czuł się niedobrze i miał dreszcze, to dla nas jest już dostatecznym dowodem, iż nie jad nosacizny, ale posocznicy sobie zaszczepił; jeśli jednak badanie, poparte szczepieniami hodowli, stwierdziło istnienie nosacizny, to w takim razie musiał się wcześniej zarazić, gdyż okres wylegania w nosaciznie trwa od 2 do 8 dni.

Proszę przyjąć zapewnienie koleżeńskiej życzliwości.

Kielce d. 5 lutego. 1896.

A. Czapliski.

Uwagi—będące w części odpowiedzią i na list niniejszy—oraz opis chorobowy ś. p. R. LASKOWSKIEGO, nadesłany nam przez kol. ZAWADZKIEGO z Kielc, pomieścimy w jednym z najbliższych numerów naszej Gazety.

Redakcyą.

Wiadomości bieżące.

— † = † —

— Komitet kasy Wsparcia podupadłych lekarzy oraz wdów i sierot biednych, po lekarzach pozostałych, podaje do wiadomości, że z zapisu ś. p. D-ra FELIKSA JABLONOWSKIEGO wakuje wsparcie rs. 440, w roku 1896 przyznać się mające, według brzmienia testamentu: „lekarzowi rodem z Warszawy, religii Rzymsko-Katolickiej, uczciwie i spokojnie prowadzącemu się, a przez nieszczęście lub przypadek bez pomocy zostającemu“. Do nadsyłania prośb na imię Komitetu [w Warszawie ulica Niecała N-r 7] oznacza się termin do dnia 15 czerwca [n. s.] r. b.. Przy prośbie złożyć należy: metrykę urodzenia i poświadczenie 3-ch lekarzy, Członków Kasy Wsparcia, o niezamożnym stanie kandydata i jego kwalifikacji do wsparcia z tego legatu.

Z upoważnienia Komitetu, Członek Zarządzający Kasą Wsparcia,
D-r J. Rogowicz.

Wydawca, D-r St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny, D-r Wł. Gajkiewicz.