

GAZETA LEKARSKA.

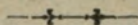
I. WSKAZANIA DO LECZENIA OPERACYJNEGO

PRZEWLEKŁYCH SPRAW ROPNYCH W UCHU ŚRODKOWEM.

[Referat, przedstawiony na Zjeździe Lekarzy i Przyrodników Polskich
w Krakowie w Lipcu 1900 r.]

Przez

D-ra Teodora Heimana.



Szanowni Panowie!

Do niedawna jeszcze, głęboko zakorzeniony przesąd wśród publiczności lekarskiej i nielekarskiej i podniesiony niejako do znaczenia dogmatu pogląd, że nie należy zwalczać ropienia w uchu, ponieważ ono służy do wydalenia z ustroju niezdrowych soków, dzięki rozpowszechnieniu się zdrowszych pojęć naukowych posiada coraz mniej zwolenników. Niestety, rzesza adeptów tak błędnych poglądów jest jednak dość liczną i obecnie jeszcze spotkać można niejednego lekarza — nie mówię o publiczności nielekarskiej — który ropienie z ucha uważa za sprawę naturalną, zbawienną dla ustroju, której nie należy leczyć, gdyż przez wyleczenie ropotoku można sprowadzić bardzo groźne i zgubne następstwa dla życia osobnika. Taki pogląd wyłonił się prawdopodobnie kiedyś z niedostatecznego odróżnienia zastoju lub zatrzymania się ropy od jej zniknięcia po wygaśnięciu samowolnem lub usunięciu choroby zasadniczej, która ropienie to sprowadziła. Doświadczenie przekonało, że nagle zatrzymanie się ropy może rzeczywiście stać się zgubnem dla ustroju; wyleczenie ropienia do czynników zbawiennych zaliczyć należy. Z biegiem czasu przekonano się też, że do wyleczenia zastarzałego ropienia w uchu środkowem bardzo często nie wystarczały środki farmaceutyczne, że ropienie w wielkiej liczbie przypadków było wywołane takimi sprawami, których usunięcie było możliwem tylko na drodze operacyjnej. Lecz jak to już nieraz bywało z rozmaitemi metodami i środkami leczniczymi, tak i leczenie operacyjne przewlekłego ropienia z ucha, nie ugruntowane na ścisłych wskazaniach, zaczęto stosować bez wyboru i z jednej ostateczności wpadnięto w drugą: od lekceważenia ropienia usznego do przesadnego przecenienia jego i szukania wpływu jego tam, gdzie go

w rzeczywistości nie było i być nie mogło; od obojętnego traktowania jego różnemi, najczęściej mało skutecznemi, a nawet szkodliwemi sposobami leczenia, do przesadnego wykonywania rozmaitych rękoczynów chirurgicznych, nieraz bardzo poważnych, które w rzeczywistości okazały się nieraz zbytceznemi.

Spory, tyżące się wyboru metody leczniczej przy ropieniach przewlekłych ucha środkowego, dotąd nie zostały zakończone i zdaje się, że wobec różnorodności spraw chorobowych w uchu środkowym, wywołujących sprawę ropną, wobec rozmaitego umiejscowienia się tych spraw chorobowych w jamie bębenkowej i sąsiadujących z nią jam, oraz wobec indywidualnych własności rozmaitych osobników i odporności ich na sprawy ropne w narządzie słuchowym, nie tak rychło dojdziemy do należytego postawienia wskazań, jaką w każdym przypadku poszczególnym wybrać należy metodę leczniczą, t. j. czy metodę bezkrwawą, zachowawczą, czy też drogę chirurgiczną i jaką.

Ponieważ przewlekłe zapalenie ropne ucha środkowego, a raczej jego następstwa, leczone są dziś operacyjnie przez przedstawicieli ogólnej chirurgii, jako też przez lekarzy usznych, stojących na stanowisku chirurgicznym; dla tego zdaje mi się być na czasie, ażeby kwestya tak ważna, jak wskazania do leczenia chirurgicznego spraw ropnych, przewlekłych ucha środkowego, omawianą była wspólnie przez lekarzy usznych i chirurgów, ażeby przez wzajemną wymianę zdań i wspólne doświadczenie kwestyę tę, stanowiącą często o życiu człowieka, posunąć naprzód. Będę prawdziwie zadowolony, jeżeli Wy, Panowie Chirurgowie, zechcecie zwrócić uwagę na dzisiejszy mój referat i nie odmówicie poparcia i uznania mojej dobrej woli przez odpowiednią dyskusyę nad wprowadzonym przezemnie tematem.

Nie ulega najmniejszej wątpliwości, że istnieje pewien szereg spraw ropnych, przewlekłych w uchu środkowym, które, pozostawione bez wszelkiego leczenia, lub też leczone środkami farmaceutycznymi, po pewnym czasie ustępują same przez się, lub pod wpływem takiego leczenia. Są też przypadki ropienia przewlekłego, mające za podstawę anatomiczną takie zmiany, których usunięcie na drodze bezkrwawej zdaje się być wyłączone, a pomimo to przypadki takie, jak cholesteatomy, próchnienie kości, czasem zagajają się samowolnie, lub pod wpływem leczenia bezkrwawego. Doświadczenie przekonało też, że groźne następstwa w przewlekłych sprawach ropnych ucha środkowego, a zwłaszcza w przypadkach, będących pod kontrolą lekarską, są w rzeczywistości niezmiernie rzadkie; nie widzimy ich zaś prawie nigdy, gdy ropienie zależnem jest od zajęcia samej błony śluzowej jamy bębenkowej. Ludzie z wyciekami przewlekłym ropnym z ucha środkowego mogą nawet dojść do najpóźniejszej starości; o takich przypadkach wspomina BERGMANN. Z drugiej strony, wskazania do leczenia operacyjnego nie są dotąd ściśle ustanowione i skutkiem tego, a nieraz i skutkiem niedostępności zasadniczej sprawy chorobowej, niejedno postępowanie lecznicze na drodze chirurgicznej nie zostaje uwieńczone pomyślnym skutkiem i, pomimo najstaranniej i najracjonalniej wykonanej operacyi, ropienie nie ustępuje wcale, lub tylko na czas krótki. Nadto okres leczenia pooperacyjnego bywa bardzo długi i omal nie dłuższy, od tego, jaki często potrzebaby było na wyleczenie choroby drogą bezkrwawą. Prócz tego

sama operacya, jako taka, lubo nie przedstawia niebezpieczeństwa, może jednakże w pewnych razach, które z góry przewidzieć się nie dają, stać się punktem wyjścia dla zakażenia ogólnego lub śmiertelnych powikłań ze strony jamy czaszkowej. Nie można też lekceważyć i tego punktu, że rzadko osobnik, któremu nie dolega, a całą jego chorobę stanowi lekka wydzielina ropna z ucha, której znaczenia nie rozumie, podda się operacyi, bądź co bądź w pewnych razach ciężkiej. Może są ludzie pochopniejsi do operacyi w innych krajach; u nas nietylko, że tacy chorzy wyjątkowo dadzą się operować, ale nawet tam, gdzie operacya jest konieczną, lecz na razie choroba nie zagraza życiu, przychodzi się nieraz lekarzowi zwalczać różne trudności, zanim zdoła chorego lub otaczających przekonać o niezbędności rękoczynu chirurgicznego. Przeciwnicy kierunku operacyjnego zachodzą tak daleko, że leczenia operacyjnego nie tylko nie uważają za konieczne, ale utrzymują, że usiłowanie zagojenia ropienia, nie ustępującego pod wpływem leczenia zachowawczego, nie jest znowu tak bardzo koniecznem, jeśli tylko nad chorym czuwać będziemy i postawimy go w odpowiednich warunkach. LUCAE powiada, że lekarz, zamiast chwalić się liczbą wykonanych operacyi, powinien być dumniejszy z tego, ilu chorych wyleczył bez niej. GRADENIGO i EEMAN są za operacyą tylko w ciężkich przypadkach. F. FAULDER WHITE [Coventry] żałuje, iż panuje dość powszechny pogląd, że tylko operacya może sprowadzić wyleczenie, a tymczasem wiele przypadków da się bez niej wyleczyć.

Wszystkie teokoliczności skłoniły mię od lat wielu rozpoczynać leczenie przewlekłych spraw ropnych ucha środkowego od stosowania środków farmaceutycznych, skoro tylko niema bezpośrednich, jasnych wskazań do natychmiastowej interwencyi chirurgicznej, którą uważam za *ultimum refugium*. Że nie stoję odosobniony na takim stanowisku, łatwo przekonać się można z prac wielu lekarzy usznych. Mogę nawet twierdzić na pewno, że taka myśl przebija się prawie bez wyjątku u wszystkich lekarzy usznych, a po części i u chirurgów. Dla przykładu przytaczam zdanie BERGMANN'a, *par excellence* chirurga, który od lat wielu śledzi za ruchem otyatrów na tem polu i sam dał nam wiele cennych wskazówek w kwestyi leczenia przewlekłego ropienia z ucha i jego powikłań. Autor ten powiada: „Nie każde ropienie z ucha wymaga operacyi, tylko to, które wyraźnie postępuje, które objawia się raprzemian poprawami i pogorszeniami, napadami gorączkowemi i zapaleniami na i nad wyrostkiem sutkowym“ [*Die chir. Beh. der Hirnkrankheiten*, wyd. III. str. 552].

Przyjawszy wszelako za zasadę, że przewlekłe zapalenia ropne z ucha środkowego, jako grożące nie dającemi się z góry obliczyć następstwami, powinny być wyleczone, musimy też uznać zasadniczość leczenia operacyjnego. Ten bowiem fakt, że znaczna liczba ropień z ucha nie ustępuje przy leczeniu zachowawczem, nie może ujęć niczyjej uwagi, kto się przedmiotowo na tę sprawę zapatruje. Nie można zawsze leczenia operacyjnego stawiać w zależności od bezskuteczności metody zachowawczej. Tam, gdzie mamy pewne dane, oparte na obrazie klinicznym i na zmianach anatomicznych tego rodzaju, wykazujące, że nie może być mowy o wyleczeniu na drodze zachowawczej,

postępowanie zachowawcze, prowadzone przez wiele miesięcy, a nawet lat, będzie bez celu i nie może być usprawiedliwionem. Nie mówię już o tych przypadkach, w których istniejące objawy wymagają bez wszelkich zastrzeżeń natychmiastowej interwencji chirurgicznej.

W przypadkach, w których podejmujemy leczenie zachowawcze, niepodobna oznaczyć czasu, kiedy je zaniechać i kiedy przystąpić należy do leczenia operacyjnego. Najtrudniejsze są te przypadki, gdy jest podejrzenie na różne ogniska ropne; można przeto przy operacji nie odnaleźć ich wszystkich, przez co widoki wyleczenia stają się niepewne. Zbyt długo nie powinniśmy prowadzić leczenia zachowawczego, jeżeli, pomimo najracjonalniejszego postępowania lekarza i odpowiedniego zachowania się chorego, nie otrzymujemy żadnych lub prawie żadnych wyników. Choremu więcej przysłużymy się, gdy go uwolnimy od ogniska ropnego, lub też uprzystępnimy sobie dla następczego leczenia miejsce chore przez odpowiednią operację. W takich przeto razach możemy choremu doradzić operację, jako środek zapobiegawczy przeciw niepożądanym następstwom przewlekłego ropienia usznego; za bezwzględnie wskazaną i konieczną w danej chwili uważać jej nie można.

Leczenie metodą zachowawczą nie ogranicza się tylko do cierpienia jamy bębnekowej, lecz wpływ swój wywiera i na przylegające do niej jamy, i dla tego zajęcie tych jam i do pewnego stopnia niedostępność ich dla środków leczniczych nie jest miarodajną wskazówką, ażeby nie stosować metody zachowawczej.

Skoro więc istnieje tyle warunków, przemawiających za leczeniem zachowawczem przewlekłych spraw ropnych w uchu środkowem, musimy sobie zadać pytanie, kiedy i w jakich warunkach wskazane jest postępowanie operacyjne? Nawet najzagorzalsi przeciwnicy tego postępowania, jeżeli chcą pozostać na wysokości panujących poglądów naukowych i nie lekceważyć zdobytych dotąd wyników, przyznają, że leczenie zachowawcze nie zawsze wystarcza, że jest znaczna liczba przypadków, w których, gdyby lekarz zaniedbał leczenia operacyjnego, popełniłby nieraz ciężki błąd i bardzo obarczyłby swoje sumienie.

Zanim zastanowimy się nad poszczególnymi wskazaniem do leczenia operacyjnego spraw ropnych, przewlekłych w uchu środkowem, co do których dotąd niema zgodności zupełnej między autorami, musimy zastrzedz się, że nie idzie nam tu bynajmniej o te rękoczyny chirurgiczne, jakie wykonywamy przez przewód słuchowy zewnętrzny, jak oto: odejmowanie ziarniny i polipów, rozszerzanie otworów zbyt ciasnych w błonie bębnekowej lub przecinanie jej, wyskrobywanie pewnych ognisk próchniejących na ścianach jamy bębnekowej, a nawet wyjęcie kostek słuchowych, lecz głównie o operację otwierania wyrostka sutkowego i o otworzenie wszystkich jam ucha środkowego, czyli o t. zw. operację radykalną. Pomniejsze rękoczyny chirurgiczne, przedsiębrane od strony przewodu słuchowego, za wyjątkiem wyluszczenia kostek słuchowych, mają wskazania ściśle określone, podane w każdym podręczniku otytrycznym i dlatego zbytecznym byłoby powtarzać o nich na tem miejscu.

Co się tyczy usunięcia dwóch pierwszych kostek słuchowych, będącego niejako pierwszym etapem na drodze operacyjnego leczenia przewlekłych spraw ropnych w uchu środkowym, to przez operację tę udaje się czasem nie tylko usunąć „ognisko próchnicowe“, podtrzymujące ropienie, lecz przez otwarcie przestrzeni, które przy obecności kostek słuchowych są niedostępne lub mało dostępne, ułatwiamy i przystępniamy sobie leczenie przez przewód słuchowy zewnętrzny. Operacja ta, w miarę bogacenia się naszego doświadczenia, ulega jednak coraz większemu ograniczeniu, ponieważ przekonywamy się coraz bardziej, że próchnienie samych tylko kostek słuchowych stanowi rzadko wyłączną przyczynę spraw ropnych w uchu; zwykle jednocześnie współcierpią otaczające lub sąsiednie ściany kostne. Przy nieznacznem zajęciu ścian kostnych, usunięcie kostek słuchowych może czasem ułatwić gojenie się tamtych. Podobnie, jak w wielu razach należy leczenie spraw ropnych przewlekłych ucha środkowego zacząć od leczenia zachowawczego, tak też niektórzy radzą, ażeby przed przystąpieniem do operacji doszczętej spróbować wprzódy wyluszczenia, kostek słuchowych. Dokładne wskazania do usunięcia kostek słuchowych postawił SCHWARTZE i podług niego należy operację tę przedsięwziąć tylko przy próchnieniu samych kostek; tam zaś, gdzie istnieje cholesteatomat, lub próchnienie w jamie sutkowej, jest ona bezcelową. Wyjęcie kostek słuchowych przez przewód słuchowy zewnętrzny przedstawia i tę ujemną stronę, że pozbawia nas możności odkrycia utajonych ognisk ropnych w jamie czaszkowej. [D. n.]

PRZYPADEK PORAŻENIA BROWN-SEQUARD'A.

ORAZ

Rzut oka na nowsze poglądy w sprawie przewodnictwa czuciowego i ruchowego
w rdzeniu.

[Rzecz, czytana na IX Zjeździe Lekarzy i Przyrodników Polskich w Krakowie].

Podał

Józef Skłodowski,

Ordynator szpitala Dzieciątka Jezus.

— † — † —
[Dokończenie. — Patrz Nr. 2].

Ponieważ objaśnienie dyssocjacji czuciowej w syringomyelii stało się następnie niejako punktem wyjścia, wzorem, według którego starano się tłumaczyć wzmiankowany objaw i we wszystkich innych chorobach organicznych rdzenia, musimy więc przypomnieć tutaj w krótkości jego podstawy anatomiczne.

Zdaniem większości autorów współczesnych wrażenia czuciowe przebiegają w rdzeniu po dwojakiej drodze. Pierwszą z nich jest droga czuciowa

bezpośrednia, która po długich włóknach wstępujących sznurów tylnych prowadzi wrażenia wprost do samej opuszki, skąd dopiero — w jądrach *nucl. gracilis et cuneati* — rozpoczyna się dalsze przewodnictwo czuciowe II-go porządku. Po tej drodze przebiegać mają czucia mięśniowe i dotykowe. Druga droga — pośrednia, która przewodzić ma wrażenia bólu i temperatury, prowadzi poprzez substancję szarą, w której — w komórkach sznurowych — rozpoczyna się jej przewodnictwo czuciowe II-go porządku. Długie wyrostki tych komórek, skrzyżowane w spoidle przednim, ciągną ku mózgowi w pęczkach sznurów przedniobocznych [i GOWERS'a?] i oplatają w pniu mózgowym pierwiastki jądra wielkokomórkowego KOELIKER'a, od których rozpoczyna się dalej przewodnictwo III-go porządku. Możliwym też jest, że nie tylko włókna sznurowe długie służą jako ogniwa przewodnictwa czuciowego w rdzeniu, ale, że i włókna krótkie [krótkie wyrostki komórek sznurowych, oraz bocznice] pośredniczyć mogą w rzeczonyj czynności, lecz w sposób przerywany, etapowy, przez stopniowe włączanie coraz to wyżej leżących komórek sznurowych ¹⁾.

Powyższy szemat przebiegu szlaków czuciowych w rdzeniu tłumaczy nam łatwo rozszczepienie czucia w syringomyelii. Ponieważ' zmiany anatomiczne rozpoczynają się tu i szerzą głównie w istocie szarej, nie więc dziwnego, że zniszczeniu ulegają drogi czuciowe pośrednie, przewodzące wrażenia bólu i ciepłoty, podczas gdy drogi [bezpośrednie pozostają przeważnie nie-
tknięte.

Podobny sposób rozumowania był stosowany i do tych wszystkich, nielicznych, jak mniemano, przypadków innych chorób, w których rozszczepienie czucia niewątpliwie zostało stwierdzone. Tak np. odnośnie do wiądnę powoływano się na niezbyt rzadkie w tej chorobie zajęcie substancji szarej, przylegającej do sznurów tylnych. W zaniku postępowym mięśni nietrudno było przypuścić rozszerzenie się sprawy z przednich okolic substancji szarej ku tyłowi. Również i MINOR ²⁾ głównie na podobieństwie obrazu klinicznego z syringomyelią oparł swoją naukę o hematomyelii centralnej. Wreszcie, nawet w pewnych przypadkach porażenia BROWN-SÉQUARD'a, powstałych na skutek bezpośredniego urazu rdzenia, uszkodzenie mogło nie być ściśle połowiczne, mogło oszczędzić drogę czuciową bezpośrednią.

W ostatnich wszakże paru latach daje się zauważyć pewien zwrot w poglądach na znaczenie i przyczyny dysocjacji syringomyelicznej. Przede wszystkim coraz więcej mnoży się dowodów, że objaw ten nie jest ani tak rzadki w innych chorobach rdzenia, ani tak wyłączny dla syringomyelii, za jaki pospolicie uważano go dawniej. Tak np., do faktów przedtem już wiado-

¹⁾ Porównaj atlas FLATAUA [Wyd. drugie. 1898. Berlin].

²⁾ MINOR. Beitrag zur Lehre von Hämato. und [Syringomyelie. Neurologisches Centralblatt. 1890. Nr. 16.

— Centrale Hämatomyelie. Archiv f. Psychiatrie u. Nerven-Krankheiten. T. XXIV. 1892.

-- Klinische Beobachtungen über centrale Hämatomyelie. Ibidem. T. XXVIII. 1896.

mych przybyły nowe oświadczenia PICK'a ¹⁾, MINOR'a ²⁾ i MARINESCO ³⁾, dowodzące, iż analogiczne zachowanie się czucia daje się spostrzegać niekiedy w zapaleniu rdzenia (*myelitis*). Szeregiem licznych i przekonywujących prac wywalcza MINOR od lat 10 poważne znaczenie temu objawowi w obrazie klinicznym hematomyelii.

I. H. SCHLESINGER ⁴⁾ w swej wyczerpującej monografii, poświęconej nowotworom rdzenia także zwraca uwagę na fakt, że zjawisko dysocjacji syringomyelicznej występować może zarówno w guzach wewnątrzrdzeniowych, jak i zewnątrzrdzeniowych. Lecz większą jeszcze wagę posiada spostrzeżenie MANN'a ⁵⁾, który na mocy 6-ciu własnych przypadków oraz starannego zestawienia literatury, wykazał, że w porażeniu BROWN-SÉQUARD'a, bez względu na ich etiologię, dysocjacja syringomyeliczna nie jest bynajmniej faktem wyjątkowym, lecz owszem uważana być może jako prawidłó.

Zastanawiając się nad tem swoim spostrzeżeniem, MANN dochodzi do wniosku, że ściśle rozgraniczenie dróg czuciowych dla dotyku z jednej, a dla bólu i temperatury z drugiej strony, w tej formie w jakiej dotąd je przyjmowano, nie jest możliwe. O ile bowiem da się ono pogodzić z faktem dysocjacji czucia w chorobach o umiejscowieniu mniej lub więcej stałym, jak syringomyelia, pojedyncze przypadki wiađu, albo wreszcie hematomyelia centralna MINOR'a, to natomiast następują się nieprzewyciężone trudności w podciągnięciu pod ów stary szemat chorób o umiejscowieniu wypadkowym, dowolnem, do jakich zwłaszcza należą przypadki porażenia BROWN-SÉQUARD'a na skutek bezpośredniego urazu rdzenia. Stojąc na gruncie hipotezy o ściśle rozgraniczonych drogach czuciowych, niepodobna zrozumieć, dlaczego we wszystkich chorobach rdzenia rozszczepienie czucia występuje zawsze w postaci syringomyelicznej, a nigdy w odwrotnej.

Wobec tego proponuje MANN następującą hipotezę: Między dotykiem a innymi rodzajami czucia niema różnicy jakościowej, tylko ilościowa. Silniejsze bodźce mechaniczne i termiczne wywołują wrażenia swoiste ucisku, bólu, temperatury, — słabsze bodźce, tej samej kategorii, wywołują wrażenia prostego dotyku. Dotyk może więc poniekąd być uważany za niższy stopień czuć swoistych. Już przez to samo wydaje się prawdopodobnem, że drogi, przeznaczone dla czuć swoistych, przewodzić mogą również i wrażenia dotykowe. Inaczej bowiem, w razie stopniowego wzmaganiasię lub słabnięcia podniety, przewodnictwo wrażenia w pewnym danym momencie musiałoby przeskakiwać nagle na inną zupełnie drogę.

Wiadomo, iż według najpopularniejszej dziś teoryi rdzeń nie jest prostym przewodnikiem czuć bólowych, lecz, że one poniekąd w nim samym się wyrażają na skutek t. zw. „sumowania się podniety“ w komórkach sznurowych istoty szarej, przez które prowadzi droga czuciowa pośrednia.

¹⁾ Neurologisches Centralblatt. 1898. Nr. 12.

²⁾ Ibidem. Nr. 18.

³⁾ Semaine medicale. 1898. Nr. 20.

⁴⁾ Beiträge zur Klinik der Rückenmarks und Wirbeltamoren. Jena 1898.

⁵⁾ MANN. Deutsche Zeitschrift f. Nervenheilkunde. T. X. 1897.

Otóż, jak przypuszcza MANN, ta droga czuciowa pośrednia może służyć zarówno czuciom bólowym, jak i dotykowym. Pierwsze „sumują się“ w komórkach, drugie wprost przez nie przechodzą. To samo przypuszczenie rozszerza MANN i na wszelkie inne rodzaje czuć swoistych. W warunkach normalnych słabe bodźce ciepłe, mechaniczne i t. d. wywołują tylko wrażenia dotykowe, silniejsze zaś potęgują się w rdzeniu, dając początek wrażeniom swoistym.

Wogóle NANN skłonny jest przypuszczać, że wszystkie drogi dośrodkowe, niezależnie od innego swego przeznaczenia, przewodzić mogą czucia dotykowe. Czy zaś istnieje jaka wyłącznie dla nich przeznaczona droga, tego nie przesądza.

Uznając dla wrażeń dotykowych tak rozległe drogi przewodzące, możemy z łatwością pojąć, dlaczego, w razie przerwy w przewodnictwie rdzenia, jeśli wogóle jeszcze cośkolwiek ocalaje z przewodnictwa dośrodkowego, to będzie to zawsze zdolność do przenoszenia czuć dotykowych.

Inny sposób objaśnienia mógłby być tylko taki, że czucia dotykowe przebiegają w rdzeniu po dwojakiej drodze: skrzyżowanej i nieskrzyżowanej. Lecz w takim razie, przy czystym uszkodzeniu połowicznym nie mogłoby nigdy nastąpić całkowite zniesienie wszystkich rodzajów czucia. Tymczasem takie fakty niewątpliwie są znane.

Za rozlanem przewodnictwem czuć dotykowych przez wszystkie drogi dośrodkowe przemawia jeszcze, zdaniem MANNA, często spostrzegane upośledzenie dotyku [pewna tępość doznawanych wrażeń] w porażeniu BROWN SEQUARD'a. Byłoby to naturalnem następstwem zawieszenia lub upośledzenia czynności pewnej części dróg dośrodkowych.

Równoległe, lecz do pewnego stopnia niezależnie od poglądów na dysocję syringomyeliczną, rozwijało się pojęcie o t. zw. porażeniu czucia „uciskowem“. Początek tej nauce dało spostrzeżenie HERZEN'a, że w członkach zdrtwiałych wskutek niedogodnej pozycji, powodującej ucisk pnia nerwowego, stwierdzić można zniesienie wrażliwości na zimno, podczas gdy czucie ciepła jest jeszcze zachowane. Wykrycie pomienionego faktu skłoniło GOLDSCHIEDER'a do badań eksperymentalnych nad uciskiem nerwu ramieniowego. Wkrótce potem, bez znajomości prac poprzedników, wykonał badania swoje BIERNACKI nad nerwem łokciowym. Wyniki GOLDSCHIEDER'a i BIERNACKIEGO były prawie zupełnie jednakowe: Po krótkim okresie nadczułości na ciepło i ból, a znieczulenia na zimno, następuje stopień wrażliwości bólowej oraz czucia ucisku. Natomiast prosty dotyk jest zachowany, według BIERNACKIEGO zupełnie, według GOLDSCHIEDER'a nieraz w pewnej tylko mierze. I BIERNACKI zresztą zaznacza, że jego chorzy, aczkolwiek odczuwawali najłżejsze dotknięcia, to jednak inaczej, niż normalnie, „tępo, jakby przez płótno lub papier“, co wspomniany autor, bez dalszych motywów, przypisuje osłabieniu czucia ucisku.

Według BIERNACKIEGO uciskowe porażenie czucia, choć bardzo podobne do syringomyelicznego, posiada pewne cechy odrębne, po których można je

rozpoznać. W typowej formie dysocjacji syringomyelicznej cały dotyk jest zachowany, nie wyłączając czucia ucisku; natomiast w porażeniu uciskowym czucie ucisku zawsze ma być osłabione. Drugą ważną cechą rozpoznawczą dla porażenia uciskowego ma być, według BIERNACKIEGO, zachowanie wrażliwości bólowej na prąd faradyczny, pomimo bezczułości na inne bodźce bólowe.

Opierając się na kilku spostrzeżeniach klinicznych, rozciąga BIERNACKI wyniki powyższych doświadczeń na patologię centralnego układu nerwowego i wypowiada myśl, iż zapewne większość przypadków rzekomej dysocjacji syringomyelicznej, spostrzeganych poza właściwą syringomyelią, odnieśćby należało do rzędu porażień uciskowych.

Prace nad porażeniem uciskowym niewątpliwie bardzo rozszerzają widnokrąg naszych wiadomości o częściowych porażeniach czucia. Dowodzą one przedewszystkiem, że zjawisko nader podobne do dysocjacji syringomyelicznej powstawać może pod wpływem przyczyn przejściowych i ustępować po ich usunięciu. Nie widziałbym również dostatecznego powodu, aby nie uwzględnić wyników, tą drogą otrzymanych w patologii układu nerwowego. Natomiast trudno jest zgodzić się z BIERNACKIM na ściśle rozgraniczenie—ze stanowiska klinicznego—porażenia uciskowego i dysocjacji syringomyelicznej. Cechy różniczkowe, podane przez BIERNACKIEGO, nie są bowiem ani dość ściśle ani dość znamienne. Co się naprzód tyczy zachowania czucia ucisku, to fakt ten nie jest bynajmniej stałym w syringomyelii. Owszem znane są przypadki, gdzie było ono znacznie upośledzone, pomimo dobrego zachowania dotyku. Należy tu np. przypadek ROTH'a [cyt. u SCHLESINGER'a]. Podobnie wykazał SCHLESINGER¹⁾, wprawdzie zapomocą specjalnej metody badania, znaczne obniżenie czucia ucisku w samej skórze, pomimo zachowania go w częściach głębszych. Zresztą, i sam fakt stałości rozważanego objawu w doświadczeniach z uciskiem wymagałby jeszcze potwierdzenia.

I co do drugiej cechy rozpoznawczej, proponowanej przez BIERNACKIEGO, zachodzą nader poważne wątpliwości. Tak np., w przypadkach MANN'a, z których żaden nie należał do syringomyelii i które, idąc za propozycją BIERNACKIEGO, wypadałoby niewątpliwie zakwalifikować do obrazu dysocjacji rzekomej, uciskowej, nawet maksymalne prądy faradyczne nie wywoływały bólu po stronie nieczulonej.

Wogóle podział BIERNACKIEGO nie zdaje się opierać na dość silnych podstawach, a więc, zwłaszcza w zastosowaniu do celów dyagnostycznych, należałoby z nim zachować wielką ostrożność. Tymczasem zaś w przytoczonych doświadczeniach nad uciskiem nerwów uderzyć nas raczej powinny, nie tyle problematyczne różnice, ile właśnie podobieństwo zaburzeń czuciowych do dysocjacji syringomyelicznej. Mamy w nich bowiem nowe potwierdzenie znanego już skądinąd faktu, że w razie niezupełnej przerwy w przewodnictwie nerwu obwodowego, zdolność przewodnictwa czuć dośrodkowych zanika w tym samym porządku, jaki poznaliśmy we wszelkiego rodzaju uszkodzeniach rdzenia.

¹⁾ SCHLESINGER H. Die Siringomyelie. Leipzig und Wien, 1895.

Fakt powyższy nie jest, jak widzimy, w żadnej sprzeczności z hipotezą MANN'a, według której czucia dotykowe posiadają w rdzeniu najrozsleglejsze drogi przewodnictwa.

Ze strony sfery ruchu zasługuje w naszym przypadku na uwagę niejednakowe upośledzenie władzy w różnych mięśniach porażonych kończyn. Stosuje się to zwłaszcza do kończyny dolnej, w której zginacze uda i goleni, oraz mięśnie, unoszące stopę ku górze, prawie zupełnie były bezwładne, podczas gdy antagonistyczne im grupy mięśniowe stosunkowo znaczną zachowały władzę.

Podobna niejednostajność zajęcia mięśni w porażeniu połowicznym, zarówno mózgowego, jak i rdzeniowego pochodzenia oddawna była znana uważniejszym praktykom; niejednokrotnie też spotykamy się z nią w opisach klinicznych. Wszakże przedmiotem bardziej szczegółowego rozbioru uczynił ją dopiero WERNICKE w r. 1899-ym. Autor ten wykazał, że w hemiplegii mózgowej porażenie, które obejmowało z początku wszystkie mięśnie kończyny dolnej, stałe ogranicza się następnie do pewnych, ściśle określonych grup mięśniowych, do t. zw. przez niego „Prädilectionsmuskeln“.

Wkrótce potem zauważył WERNICKE, że prawo to stosuje się nie tylko do hemiplegii mózgowej, lecz do wszystkich wogóle przypadków uszkodzenia przewodnictwa dróg piramidalnych na jakim bądź ich poziomie, zarówno w mózgu jak i rdzeniu. Niekiedy porażenie kończyny występuje od razu w takiej postaci „rezydualnej“. Z uwagi na ich czynność podczas aktu chodzenia, można rozdzielić mięśnie kończyny dolnej na 2 grupy: na „wydłużające“ i na „skracające“ kończynę. Wskutek uszkodzenia dróg piramidalnych bezwładowi ulega tylko grupa ostatnia [MANN]

Pierwszą hipotezą, jaka bezwzględnie nasunęła się WERNICKE'mu, była myśl o dwustronnej innerwacji tych mięśni, które władzy nie tracą. Później wszakże przypuszczenie to wydało mu się bezpodstawnem wobec faktu, że zupełnie analogiczne zjawisko występuje po obu stronach w spastycznym porażeniu rdzenia (*spastische Spinalparalyse*) na skutek obustronnego zwyrodnienia dróg piramidalnych. Ztąd wywnioskował WERNICKE, że owe mięśnie nie stoją pod zarządem kory mózgowej, lecz otrzymują bodźce od niższych części mózgu, po innych drogach, jak piramidalne ¹⁾. Podobną teorię wygłosił i FLECHSIG ²⁾, starając się podciągnąć rzeczzone zjawisko pod prawo ogólniejsze, według którego zniszczenie kory mózgowej powodować ma zanik tylko takich ruchów, które służą czynnościom zmysłowym. Otóż, według FLECHSIG'a, te mięśnie, których czynność się zatracza w porażeniu hemiplegicznym, konieczne są do „wyczuwania gruntu pod nogami (*zum Abtasten des Fussbodens*)“, pozostają więc w służbie zmysłu dotyku.

Według MANN'a ³⁾ hipoteza jednostronnej, ściśle zlokalizowanej drogi.

1) Deutsche Medic. Wochenschr. 1895. N. 47.

2) Odczyt: „Gehirn und Seele“. Lipsk. 1896.

3) Loc. cit.

biorącej początek z głębszych części mózgowia i przebiegającej niezależnie od piramid, nie może wystarczyć do wybawienia nas w tym razie z kłopotu. Z hemiplegicznym typem bezwładu kończyny dolnej spotykamy się bowiem nie tylko w przypadkach systemowego zwyrodnienia drogi piramidальной, lecz i w takich chorobach rdzenia, w których umiejscowienie zmian anatomicznych jest zupełnie dowolne, jak np. w zapaleniu poprzecznym lub w uszkodzeniach połowicznych. Jeżeli więc istnieje jakaś droga odrębna dla mięśni, które hemiplegiczny typ bezwładu oszczędza, to dlategoż nie spotykamy się nigdy z samoistnym porażeniem mięśni wydłużających, albo przynajmniej z przeważaniem ich porażeniem w stosunku do antagonistów.

Zdaniem MANN'a, powrócić należy do pierwotnej hipotezy WERNICKE'ego o dwustronnej innerwacji mięśni wydłużających. Tylko wobec szkopułu, dla którego sam autor ją zarzucił, mianowicie wobec stałego występowania hemiplegicznego typu bezwładu także i w dwustronnych porażeniach rdzenia, należy przyjąć, że włókna dla tych mięśni, zarówno skrzyżowane, jak i nieskrzyżowane, nie przebiegają zwartą kolumną, lecz rozsypane są po całym obszarze dróg odśrodkowych, tak jednej jak drugiej strony. Tylko w ten sposób zrozumieć jesteśmy w stanie, dlaczego te mięśnie tak długo opierają się bezwładowi przy wszelkiego rodzaju chorobach mózgu i rdzenia,—aż do chwili całkowitego zniszczenia wszystkich dróg ośrodkowych.

W naszym przypadku niejednostajny rozkład porażenia dostrzegamy nie tylko w dolnej, lecz i w górnej kończynie. Wyrażał się on głównie niezłym zachowaniem władzy w mięśniu trójgłowym ramienia [rozginanie przedramienia], oraz nieznaczną przewagą mięśni odwracających (*supinatores*) ręki i zginaczy palców nad ich antagonistami. Zachodzi tu, jak sądzę, analogia do tego, o czem mówiliśmy z powodu kończyny dolnej. Różnicy we władzy wspomnianych mięśni nie można objaśnić tu różnicą w wysokości odejścia ich włókien zaopatrujących, ognisko chorobowe bowiem leżało tu powyżej odejścia wszystkich nerwów ruchowych dla kończyny górnej.

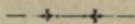
Z ODDZIAŁU D-RA B. W. SAWICKIEGO W SZPITALU DZIECIĄTKA JEZUS.

ZGORZEL TKANEK MACICY W POŁOGU.

(*metritis dissecans*).

Podał

S. Zaborowski.



[Dokończenie. — Patrz Nr. 2].

Trzecim, również ważnym, nieulegającym zdaje się wątpliwości czynnikiem, są dokonywane, nie dość zręcznie lub aseptycznie, zabiegi położnicze i zbyt energiczne lub niewłaściwe leczenie miejscowe w pierwszych dniach porożu.

W 60% naszych przypadków na chorych dokonano mniej lub więcej ciężkie zabiegi położnicze. W 12-u przypadkach chore rozwiązano za pomocą kleszczy [z tych niektóre bardzo ciężkie, przy wysoko stojącej główce płodu i po kilkakrotnych nieudanych próbach]. W 4-ch przypadkach dokonano wymóżdzenia, w 1 embryotomii, w 1 wywiązywano na końcu idącą główkę, w 6 sztucznie, ręką oddzielano łożysko [2 razy równocześnie kleszczami], 2 razy w pierwszych dniach połogu pędzlowano jamę macicy 50%-ym roztworem chlorku cynku.

Podobnie jak przy porodach przeciągających się długo, spotykamy po zabiegach położniczych uraz tkanek i większe prawdopodobieństwo zakażenia.

Takie same, równie ujemne znaczenie, przypisać należy energicznym środkom żrącym, stosowanym miejscowo, które wprost niszczą całą powierzchowną warstwę tkanek lub osłabiają jej odporność, przygotowując w ten sposób warunki podatne dla zakażenia i zgorzeli.

Prawdopodobnym wreszcie jest wpływ innych chorób, występujących współcześnie, podkopujących stan ogólny i zmniejszających odporność ustroju wogóle, jak: tyfus, wikłający połów w przypadku SYROMIATNIKOWA (20), gruźlica (21) i syfilis (22).

Dlaczego nie wszystkie przypadki ciężkich postaci zakażeń połogowych, przedstawiające przytoczone wyżej czynniki, bywają powikłane przez zgorzel tkanek macicy, odpowiedzieć trudno. Prawdopodobnie, jak dowodzą tego badania BUMM'a (23), grać tu mogą rolę: siła danego ustroju i odporność tkanek w ogóle z jednej, a rodzaj i żywotność zaszczerpionych drobnoustrojów z drugiej strony.

Objawy ogólne, otwierające obraz kliniczny tych przypadków zakażenia, w których przebiegu spostrzegano częściową zgorzel i wydzielenie obumurłych tkanek, nie przedstawiają nic, co przewidywać by pozwalało w jaki sposób przebiegać będzie choroba, jakie będzie jej natężenie, nic co różniłoby ją od innych postaci zakażenia połogowego, a nawet zakażenia wogóle.

Zwykle dość wcześnie, na 3-ci lub 5-ty, a nawet już na drugi dzień po porodzie, spostrzegano pierwsze objawy: podniesioną ciepłotę, suchy, obłożony język, wymioty i ból głowy lub nieprzytomność.

Niekiedy, dość późno, na 6-ty—10-ty dzień, występował rumień (*erythema*), podobny do pokrzywki, który spotykaliśmy i u naszej chorej. Bezpośrednio po pierwszych objawach, spostrzegano w niektórych przypadkach objawy wyraźnego zajęcia otrzewnej: wzdęty i bolesny brzuch, czkawkę, wymioty, a wślad za nimi objawy więcej miejscowe, dotyczące zajęcia śródmacicza, które, o ile przypadek kończy się pomyślnie, do końca na pierwszym pozostają planie. Są to: bolesność i niedostateczne zwijanie się macicy połogowej, otwarte ujście, cuchnąca obfita wydzielina ropna lub krwawo-ropna i niekiedy, w późniejszych okresach bóle i skurcze, poprzedzające oddzielenie się i wydalenie się płatu zmartwiałych, na skutek zgorzeli, tkanek.

Ostatni objaw naprowadzać mógłby do pewnego stopnia na myśl istnienia w macicy ciała obcego, które drażni mięsień i wywołuje skurcze. Przy zatrzymaniu się jednak części łożyska lub błon, przy rozkładającym się wewnątrz

macyi skrzepie krwi, przy nowotworach, tak samo spostrzegano gorączkę, wydzielinę, bolesność na ucisk i skurcze, niekiedy bardzo silne. Z drugiej strony przy wydalaniu się znacznych nawet części tkanki, bólów nie spostrzegano wcale. Ten więc objaw traci wartość rozpoznawczą i wyznać musimy, że w przebiegu zakażeń, kończących się zgorzelą, nie znajdujemy nic, co pozwoliłoby przewidywać zgorzel, którą rozpoznać i stwierdzić umiemy tymczasem dopiero po odłączeniu się od ściany macicy i wydaleniu nazewnątrz martwego płatu. Przeciąg czasu, dzielący poród od wydzielenia się tkanek, uległych zgorzeli, bywa rozmaicie długim. W ogłoszonych przypadkach wahał się między 9 i 47 dniami, a zależnym jest prawdopodobnie od rodzaju zakażenia, samoobrony, jaką organizm przeciwstawić może i po części od energii mięśni macicy, mieszczącej w sobie obumarły płat, który, z chwilą oddzielenia się od tkanek żywych, staje się ciałem obcym, drażniącym macicę i mogącym wywołać skurcze, wydalające go na zewnątrz. Również rozmaitą bywała wielkość wydalonych części tkanek. Podczas, kiedy w przypadkach, SYROMIATNIKOVA, GARRIQUES'a i innych, wydzielone zostały nieznaczne kawałki tkanek macicy, długie i szerokie na kilka ctm., HOECHSTENBACH widział płat, ważący przeszło $\frac{1}{4}$ funta, a GEBHARDT i PRZEWOSKI—wprost płaty w kształcie worków, odtwarzających całe wnętrze macicy, której wewnętrzna warstwa uległa zgorzeli. Badania drobnowidzowe SYROMIATNIKOVA, GRAMMATIKATI'ego, PRZEWOSKIEGO, a po części i nasze, wyjaśniły sprawę, na skutek której tkanki, uległe zgorzeli przestają być w ciągłości z tkankami, pozostałymi przy życiu. Na granicy tkanek zdrowych tworzy się warstwa nacieczona, o tkance łącznej, przepojonej białymi ciałkami, których ilość zwiększa się w miarę, jak zbliżamy się do granicy zgorzeli, w której, prócz ciałek białych, pojawiają się nekrotyczne włókna mięśniowe. W miarę zwiększania się ilości ciałek ropnych w warstwie odgraniczającej, łączność między tkankami nekrotycznymi i żywymi osłabia się, znika wreszcie zupełnie i płat obumarły zostaje odłączony. Na szczególniejszą uwagę zasługuje przypadek, podany przez GRAMMATIKATI'ego, w którym chora zmarła przed zupełnym oddzieleniem się płatu, tym sposobem spostrzegano jeszcze łączność jego z tkankami zdrowymi, płat był oddzielony występującą dopiero, wspomnianą wyżej, cienką warstwą ciałek białych i nekrotycznych włókien mięsnych, nazwaną przez GRAMMATIKATI'ego „linią demarkacyjną“, dzielącą żywe tkanki od martwych. Wyraźnego jednak nacieczenia i ciałek białych w sąsiedniej tkance żywej, o których wspominają inni autorowie, w przypadku GRAMMATIKATI'ego, podobnie zresztą jak w naszym, nie znaleźiono. Zato mniej lub więcej wyraźną „linią demarkacyjną“, czyli warstwą ciałek białych, dzielącą tkankę żywą od nekrotycznego płatu, spostrzegali wszyscy, którzy mieli możność badania drobnowidzowego odnośnych preparatów. Stanowi ona do pewnego stopnia anatomiczną cechę charakterystyczną *metritidis dissecantis*. W przypadkach, w których warstwa taka nie istniała, w których ustrój nie miał dość sił, czy dość czasu, ażeby umiejscowić zgorzel i oddzielić się od tkanek, uległych zakażeniu, ochronnym wałem ciałek białych, zakażenie rozszerza się na głębsze warstwy mięszsu macicy. Wówczas mamy do czynienia ze zgorzelą rozlaną, obejmującą niekiedy cały narząd, z t. zw.

gangraena uteri puerperalis. Różnica jednak między temi dwiema postaciami zgorzeli jest, jak zaznaczył to wyraźnie PRZEWOSKI, tylko ilościowa, a nie jakościowa.

Pochodzenie, przyczyna i przebieg są te same w obu razach, a różnym może być stopień nasilenia sprawy i jego skutki. W płatach obumarłej tkanki, wydalonej na zewnątrz, drobnowidz wykrywa mięsień maciczny w różnych okresach rozpadu. Naczynia krwionośne i chłonne, przebiegające tkanekę, zajęta przez zgorzel, wypełnione bywają bądź skrzepami krwi, bądź drobnoziarnistą bezkształtną masą rozpadową.

Drobnoustroje, wyłącznie prawie ropne, znajdowano w skrzepach, wypełniających światło naczyń, w drobnoziarnistej masie rozpadowej i swobodnymi koloniami wprost na powierzchni śródmacicza. W przypadkach, w których warstwa ciałek białych była znaczną i wyraźną, drobnoustrojów na zewnątrz od niej nie znajdowano. Sprawa zapalna była umiejscowiona. Tam przeciwnie, gdzie „linia demarkacyjna“ była wyrażoną słabo, miejscami poprzerzywaną, drobnoustroje, prawdopodobnie przez naczynia krwionośne i chłonne, przenikały głębiej, rozszerzały się na cały miąższ macicy lub dalej, dając obraz zapalenia otrzewnej lub posocznicy ogólnej. Zgorzel tkanek, znajdujących się po za warstwą odgraniczającą, powstaje wskutek zamknięcia naczyń i braku odżywiania i wskutek wpływu wytwarzających się toksyn. W pewnych przypadkach, w których drobnoustroje przeniknąć zdołały warstwę ciałek białych i opanowały głębsze warstwy mięśnia, wytworzyć się może druga „linia demarkacyjna“ i drugi strup obumarłej tkanki.

W ten sposób zgorzel zająć może całą grubość ściany macicy, a rozmiar zniszczenia tej ostatniej zależy będzie od ilości tkanki, która uległa zgorzeli. GARRIQUES np. spostrzegł dziurę, drążącą w ścianie macicy nawylot, zamkniętą przez przyklepioną kiszkę, która dwoma małymi otworami łączyła swe światło z jamą macicy. Raz oddzielony od macicy, płat wydalony zostaje następnie bądź z wydzieliną, jeśli jest niewielki, bądź wskutek skurczów, które w tym okresie cierpienia spostrzegano wielokrotnie.

Rokowanie odnośnie życia chorych, u których spostrzegano częściową zgorzel ściany macicy, nie zdaje się być wiele gorszem od rokowania w innych ciężkich postaciach zakażenia połogowego. Na 43 przypadki bez wyjątku ciężkie, chorych zmarło 14, t. zn. 32%. Z pomiędzy tych ostatnich, 4 przedstawiały obraz kliniczny wyraźnej posocznicy, 8 zaś umarło z powodu przedziurawienia macicy i następnego zapalenia otrzewnej. W 6 przypadkach przedziurawienie powstało jakoby zupełnie samodzielnie, bez wpływów postronnych, na skutek wypadnięcia części obumarłej ściany. W 2 przypadkach, bezpośrednio winnem było przemywanie macicy za pomocą kateteru BOZEMAN'a, podobnie jak w naszym przypadku, w którym użycie prawdopodobnie zgłębnika wystarczyło do przerwania wyżartej zgorzelą ściany.

Zwykle jednakże, z chwilą oddzielenia się i wydalenia płatu, stan chorych poczyna się poprawiać; ciepłota opada i wydzielina ustępuje. Niezawodnie, przy wcześniejszem, dokładnem rozpoznaniu, a szczególnie, co zresztą idzie

zatem, przy ściślejszych wskazaniach leczenia, procent ten polepszyć by się mógł znacznie.

Nierównie gorzej przedstawia się rokowanie co do zupełnego powrotu do zdrowia i co do sprawności płciowej tych kobiet, które przebyły częściową zgorzel macicy.

U wszystkich bez wyjątku chorych, które powyższy objaw przedstawiały, a które następnie spostrzegano jeszcze czas jakiś po wyzdrowieniu [od 9 miesięcy, do 3 lat], zgorzel macicy pozostawiła zmiany tak głębokie w budowie narządu, że nietylko sprawność płciowa, ale i powrót do zupełnego zdrowia stały się wątpliwe lub niemożliwe. Częściowe lub zupełne bliznowate zwyrodnienie i zanik macicy, idące wślad za tem ciężkie zaburzenia w miesiączkowaniu, krwisteki w skutek zamkniętego blizną ujścia jajowodu (24), ropne chroniczne zapalenie śródmacicza, niemożność poczęcia, lub, wrazie ciąży, niebezpieczeństwo poronienia i pęknięcia macicy w miejscach zwyrodniałych podczas porodu, pozostają jako ślady nigdy nie zatarte po przebytej zgorzeli tkanek.

Ze względu więc szczególnie na następstwa, częściową zgorzel macicy uważać należy za objaw niezmiernie ciężki, a t. zw. *endometritis dissecans*, czy, jak woli GRAMMATIKATI, *gangraena uteri partialis*, za jedną z najcięższych postaci, jakie przybrać może zakażenie połogowe.

Doradzana jednomyślnie wstrzeźliwość w leczeniu miejscowym zgorzeli macicy, przekonywa dobitnie, że kwestya terapii w powikłanych powyższym objawem przypadkach wyjaśnioną i rozstrzygniętą bynajmniej nie jest.

Jak wszędzie, gdzie do czynienia mamy z zakażeniem ustroju, mającem źródło umiejscowione, lekarz zadość uczynić powinien dwóm wskazaniom — krzepić stan ogólny i podtrzymywać ustrój w walce z zatruciem i leczyć cierpienie miejscowe, główne ognisko złego.

Środki ogólne, zbyt są znane i zbyt powszechnie używane we wszystkich zakażeniach wogóle, by je przypominać potrzeba było. Odżywianie, spokój *tonica* i *excitantia*, gdzie tych ostatnich zachodzi potrzeba.

Stosując zabiegi miejscowe, zalecane pospolicie przy połogowych zapaleniach śródmacicza, pamiętać trzeba, że kardynalnemi zasadami, obowiązującemi przedewszystkiem, są: ostrożność i wyczekiwanie. Nieliczne środki, jakimi tu rozporządzamy dotąd, a takimi są: przemywanie jamy macicy roztworami środków przeciwnilnych, usuwanie w pewnych przypadkach powierzchownej warstwy tkanek za pomocą łyżeczki i używane jeszcze niekiedy pędzlowanie *endometrium* środkami przyżegającymi, ograniczyć jeszcze lub odrzucić należy, wobec najłżejszych poszlak, każących przypuszczać zgorzel, drażącą tkankę macicy. Działanie tych zabiegów, wątpliwe przy zwykłym zapaleniu śródmacicza, stać się może łatwo zgubnem w przypadkach, powikłanych powyższym objawem.

Rękoczyn, na pozór tak niewinny, jak zwykle przemycie macicy, wystarczył jednak w dwóch przypadkach do przedziurawienia, osłabionej zgorzelałą tkankę, ściany macicy i sprowadził śmierć. Dlatego, w przypadkach, w któ-

rych przemywanie macicy połogowej, zmienionej zapalnie, wydać się może koniecznym, o możliwości podobnego powikłania pamiętać zawsze należy i, co z tego wypływa, zabiegu powyższego dokonywać z największą ostrożnością, posługując się jedynie przyrządami, dającymi prąd słaby i zapewniającymi zupełny, swobodny odpływ wprowadzonego płynu. Postępując inaczej, narażamy się zawsze na nieobliczone następstwa rozdarcia osłabionej i ściętej macicy o ścianach, które niezdolne są wytrzymać zbyt silnego ciśnienia.

Większa jeszcze ostrożność i wstrzemięźliwość przestrzeganą być powinna w przypadkach, w których, wobec zapalnego stanu macicy, zastosować chcemy zgłębnik lub łyżeczkę, których zaniechać raczej wypada tam, gdzie przypuszczać możemy mniej lub więcej obszerną zgorzel tkanek, a w każdym razie używać jedynie narzędzi zakończonych możliwie tępo, o dużej średnicy. Na karb uprzednich zmian, drażących ścianę macicy, w rodzaju zropiałych skrzepów w naczyniach, lub zgorzeli tkanek, położyć należy znaczną część t. zw. perforacyi macicy, spostrzeganych po użyciu łyżeczki lub zgłębnika.

Mimo wszystko, co mówiono i pisano o tym przedmiocie, nie dziurawi się tak łatwo ściany macicy, grubej na 1,5—2,0 ctm., nawet, jeśli w skutek zapalenia, ta ostatnia utraciła zwykłą swą oporność i spistość. Inaczej rzecz mieć się oczywiście będzie tam, gdzie zgłębnik czy kiureta trafią do jamy, drażącej już całą grubość ściany narządu, oddzieloną od jamy brzucha cienką warstwą nacieczonych i rozpulchnionych tkanek lub, jak w naszym przypadku, zaledwie otrzewną. O możliwości więc częściowej zgorzeli pamiętać należy zawsze, wprowadzając narzędzie do jamy zakażonej i zmienionej zapalnie macicy, jeśli nie chcemy narazić się na ciężkie powikłania podczas zabiegów tak niewinnych, jak przemywanie macicy, lub usuwanie łyżeczką pozostałych części błon lub łożyska. Tem ostrożniejszym należy być w przypadkach, w których mamy do czynienia ze sprawą, trwającą już od dłuższego czasu, przy której głębsze zmiany w tkankach są więcej jeszcze prawdopodobne.

Wyniki zabiegów miejscowych, używanych dotąd w przypadkach zgorzeli macicy, nie były snąć pomyślnie, ani rokowały wielkich nadziei na przyszłość, skoro wszyscy lekarze, którzy objaw ten spostrzegali, jednomyślnie zalecają wyczekiwanie i ograniczenie lub zupełne zaniechanie rękoczynów wewnątrzmacicznych. Powikłania, które podano i statystyka przekonywają, że rady te są uzasadnione.

W naszym przypadku, macicę, dotkniętą zgorzelą tkanek, usunięto do szczętnie i chora wyzdrowiała. Wobec ujemnych wyników, jakie dawały stosowane dotychczas sposoby leczenia i wyczekiwanie, wobec bezradności, w jakiej stoimy przy ciężkich postaciach zakażenia połogowego, powikłanych częściową zgorzelą macicy, nasuwa się pytanie, czy w podobnych przypadkach zabieg, którego u chorej naszej dokonaliśmy do pewnego stopnia przypadkowo, zmuszeni obawą powikłań ze strony otrzewnej otwartej nagle i połączonej z zakażonym narządem, nie zasługuje wogóle na uwzględnienie jako metoda, czy nie bywa wskazanym częściej.

Niezawodnie wycięcie macicy jest, samo przez się, zabiegiem ciężkim, zwłaszcza kiedy operować wypada chore już zakażone i gorączkujące, tem

cięższym, że w tych razach usuwamy macicę kobietom przeważnie młodym, będącym w pełni życia płciowego, często w pierwszym połogu. Grożące jednak w skutek zgorzeli tkanek powikłania i samo rokowanie co do życia chorych, uczą wyraźnie, że nie zawsze wystarczy sposób z wyboru i często, wprost dla uratowania życia, wypadnie poświęcić sprawność płciową kobiety i uciec się do całkowitego usunięcia zakażonej macicy, który to sposób pozostanie zawsze sposobem z konieczności, ostatecznym. Prawdopodobnie pewien procent chorych, które zmarły wskutek przedziurawienia macicy i zapalenia otrzewnej lub w skutek uogólnionego zakażenia, ocaliłoby się udało, usuwając w porę źródło złego.

Zresztą radykalne wycinanie macicy z powodu zakażenia, zagrażającego ustrojowi, nie jest sposobem nowym. PRYOR w Ameryce (25) pierwszy usunął macicę w przypadku ciężkiego, umiejscowionego zakażenia połogowego, bez zgorzeli tkanek. Chora, będąca poprzednio w stanie rozpaczliwym, wyzdrowiała.

Zabieg zalecanym był kolejno i stosowanym z różnem powodzeniem przez WINTREBERT'a (26), WETTERILL'a (27), CARTELEDGE'a (28), a TUFFIER (29) ogłosił 33 przypadki, w których, z powodu zakażenia, mniej lub więcej umiejscowionego, usunął macicę. Rezultaty T. nie były zachęcające, bo na 33 operowane 13 zmarło. TUFFIER niepowodzenia kładł na karb nieodpowiedniej techniki [operował przeważnie przez laparatomie] i chwiejności w stawianiu wskazania do zabiegu. Operował z tego powodu zapóźno, kiedy u wielu chorych wystąpiły wyraźne objawy ze strony otrzewnej i ogólne zakażenie. Wobec ustalonych już dzisiaj poglądów co do różnicy w rokowaniu, po zabiegach, dokonywanych przez laparatomie i przez pochwę, TUFFIER osiągnąłby niezawodnie lepsze rezultaty, wybierając ostatnią drogę. Dlatego zdaje się, że w pewnych ciężkich przypadkach zakażenia, wychodzącego ze śródmacicza, usuwanie chorego narządu jest wogóle uzasadnionem i przy dokładniejszym określeniu wskazań doczeka się szerszego zastosowania.

Powracając do zajmującej nas kwestyi leczenia zakażeń, powikłanych zgorzelą, zaznaczyć musimy raz jeszcze, że sam fakt istnienia powyższego objawu pogarsza rokowanie co do życia, jak tego dowodzi znaczny procent zejść śmiertelnych.

Po za tem chore, które na razie wyszły z niebezpieczeństwa, podlegały następnie ciężkim przypadłościom, powodującym ciężkie kalectwo a nawet śmierć (30).

Gdyby więc opierać się na materyale, zebrany dotychczas, wycięcie macicy uważałoby można za wskazane w każdym przypadku częściowej zgorzeli.

Tak daleko jednakże iść nie śmiem i wskazania do zabiegu stawiam w zależności od natężenia objawów. Za bezwarunkowo wskazany uważałbym go w przypadkach, w których po wydzieleniu się znaczniejszej ilości tkanek, objawy zakażenia nie ustępują, oraz w przypadkach, w których stwierdzonem zostało przedziurawienie macicy do jamy otrzewnej. Ze wskazaną warunkowo uważałbym operację radykalną tam, gdzie chore wyszły wprawdzie z bez-

pośredniego niebezpieczeństwa, lecz w następstwie przebytego cierpienia wystąpiły objawy zbyt uciążliwe, jak zanik macicy, bliznowate zwyrodnienie, połączone z bólami, ciężkie zaburzenia w miesiączkowaniu i t. p. lub objawy, wprost zagrażające życiu chorych, jak krwisteki jajowodów, prawdopodobne pęknięcie macicy w czasie porodu i t. p. Ob szerniejsze zresztą doświadczenie i obfitszy materyał pozwolą może ustalić lepiej i dokładniej powyższe wskazania.

L I T E R A T U R A.



- 1) DÖDERLEIN. Gynäkologie v. Veit. T. II. s. 305. — 2) SYROMIATNIKOW. Arch. f. Gyn. T. XVII. s. 156. — 3) SYROMIATNIKOW. Loc. cit. — 4) BEKMAN. Wracz. 1900. Nr. 1, 2, 3. — 5) GRAMMATIKATI. Centralbl. f. Gyn. 1885. s. 436. — 6) HOECHSTENBACH. Arch. f. Gyn. T. XXXVII. s. 175. — 7) GARRIQUES. 1. New-York. Med. Record. 1882 październik — 2. Arch. of Med. 1883. T. IX. Nr. 2. — 8) DOBBERT. St. Petersburg. Med. Wochenschr. 1890. Nr. 23. — 9) KUBASSOW. Zeitschr. f. Gyn. T. IX. s. 310. — 10) BEKMAN. Loc. cit. — 11) SCHRENK. St. Petersburg. Med. Wochenschr. 1894. Nr. 14. — 12) WOROBJEW według REEKMAN'a loc. cit. — 13) WEINSTEIN. ibid. 14) DASZKIEWICZ. Wracz. 1899. Nr. 6. — 15) GEBHARDT. Zeitschr. f. Gyn. T. XXII. — 16) RUGE. Centralbl. f. Gyn. 1891. p. 477. — 17) WALTHER. Münchener med. Wochenschr. 1894. nr. 2. — 18) PRZEWOSKI. Pam. Warsz. Tow. Lek. 1895. Z. I. s. 154. — 19) TUFEIER et BONAMY. Revue de Gynecologie 1899. nr. 4. — 20) SYROMIATNIKOW. loc. cit. — 21) BEKMAN. Wracz. 1900. Nr. 2. — 22) SYROMIATNIKOW. loc. cit. — 23) BUMM. Arch. f. Gyn. T. XL. s. 1891. — 24) KUBASSOW loc. cit. 25) PRYOR. American Journal of Obstetrics. 1895. s. 156. — 26) WINTREBERT Th. de Paris. 1895. — 27) WETTERILL. American Journal of Obstetrics. 1893. p. 437. — 28) CARTELEDGE. American. Gyn. Journal. 1896. styczeń. — 29) TUFFIER. Bulletin de la Societé de Chirurgie. 1899. T. XXV. s. 800. — 30) KUBASSOW. l. c.

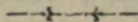
ZABURZENIA INNERWACYJNE I CYRKULACYJNE W CHOROBACH ZAKAŹNYCH

(*influenza, infectio streptococc. diplococc. etc.*)

Napisał

Dr. Med. Józef Pawiński,

starszy ordynator szpitala św. Ducha w Warszawie.



[Dokonzenie. — Patrz Nr. 2].

Napewno tylko powiedzieć można, że warunki indywidualne organizmu odgrywają w zakażeniu najważniejszą rolę; potwierdzają to w zupełności nasze spostrzeżenia. Osobniki, które właśnie uległy tym zaburzeniom ośrodków innerwacji i cyrkulacji, stanowiły jakby przygotowaną glebę do wybuchu choroby. W spostrzeżeniu I-szem dziedziczne, neuropatyczne usposobienie, wzmożona praca umysłowa, zwłaszcza na kilka dni przed zaślubieniem; w II-im suggestya na tle choroby i śmierci brata [tętniak aorty]; w III-cim wreszcie wzruszenia,

często powtarzające się, chloroformowanie się na tydzień przed wybuchem choroby, nadużycie nikotyny od lat dawnych, powiększenie gruczołu tarczowego z nieznacznym przerostem serca — oto warunki, sprzyjające zakażeniu.

Na jedną jeszcze okoliczność zwrócić uwagę winniśmy. W pierwszych dwóch przypadkach burzliwe objawy mózgowe ustąpiły zupełnie po zjawieniu się w pierwszym zrazowego zapalenia płuca, z charakterem influenzowym, a w drugim folikularnego zapalenia migdałków. Fakty tego rodzaju można by w dwojaki sposób tłómaczyć: 1) albo mieliśmy do czynienia z jednym zakażeniem: bakterye, *resp.* ich toksyny, krążyły we krwi, wywołując różne objawy ogólne [ośrodki mózgowe], aż wreszcie natrafiwszy na grunt dla siebie odpowiedni, dały początek miejscowym zmianom chorobowym. Słowem, objawy pierwsze należałoby odnieść do okresu zwiastunego choroby (*stadium prodromorum*), drugie zaś—do rozwiniętej już, właściwej choroby.

2) Albo—że istniało tak zwane z a k a ż e n i e m i e s z a n e. Groźne zaburzenia w ośrodkach nerwowych trzeba by uważać jako rezultat głównego zakażenia—lasecznikiem PFEIFFER'a, zapalenie zaś płuca, migdałków, byłoby zaś następstwem zakażenia innemi drobnoustrojami np. streptokokami, diplokokami. Tak też i często bywa. Tkanki, osłabione działaniem jednego pasożyta, są bardzo usposobione do przyjęcia drugiego, jak to np. zdarza się w gruźlicy i dyfterycie. W influenzy tem łatwiej możnaby przypuścić istnienie takich zakażeń mieszanych ze względu, iż w płwocinie, w wysiękach osobników, uległych tej chorobie, obok lasecznika PFEIFFER'a znajdujemy zwykle i inne drobnoustroje: *diplococcus pneumoniae*, *streptococcus*.

W naszych spostrzeżeniach, a zwłaszcza w pierwszym, skłonni bylibyśmy do przyjęcia pierwszego tłómaczenia. Zaburzenia w czynności ośrodków nerwowych i zmiany w lewym płucu były rezultatem działania jednego i tego samego drobnoustroju [lasecznika PFEIFFER'a]. W tkance płucnej znalazł on dogodniejsze warunki dla swego rozwoju, aniżeli w mózgu i dał powód do powstania rozległych zmian patologicznych. Że pomiędzy ustąpieniem objawów, zależnych od zaburzeń ośrodkowego układu nerwowego, a wytworzeniem się sprawy miejscowej [zapalenie płuca, zapalenia migdałków], istnieje pewien związek przyczynowy — na to wskazują różne spostrzeżenia kliniczne. Znać jest ginekologom znikanie ogólnych, często bardzo przykrych objawów, niekiedy nawet zmniejszanie się gorączki, z chwilą wytworzenia się *parametritis*—w zakażeniach streptokokowych. To samo ma miejsce w chorobach wysypkowych ostrych zakaźnych (odra, szkarlatyna, ospa], z wystąpieniem wysypki na skórze.

Wreszcie powołać się mogą na fakt, który często spostrzega się w chorobach serca i nerek, iż niepokój, bezsenność, a zwłaszcza duszność, znikają po wytworzeniu się przesieków do jam ciała lub do tkanki podskórnej. Dzieje się to prawdopodobnie wskutek przenikania pewnych związków trujących [toksyn], krążących wo krwi do miejsc, z których później, przy poprawie warunków cyrkulacyjnych, mogą one być, za pomocą różnych wydzielin [zwłaszcza przez nerki], wydalonemi z ustroju. A chociaż spostrzega się to zwykle w chorobach niezakaźnych, sądzimy wszakże, że porównanie nasze nic na tem

nie traci, gdyż istota rzeczy polega na powstawaniu ciał trujących we krwi, bez względu na to, czy są produktem drobnoustrojów, czy też innych spraw biologicznych.

Co się tyczy zaburzeń w innerwacji serca i naczyń, to najwydatniejszymi były one w spostrzeżeniu III. Podzielić je moż na na dwie kategorie:

W pierwszej—w początku choroby mieliśmy do czynienia z objawami znacznego upadku działalności całego układu nerwowego, co prawdopodobnie mogło zależeć od chwilowego zawieszenia czynności ośrodków nerwowych krwiobiegu. Skoro pod wpływem środków pobudzających krążenie krwi zaczęło się poprawiać, wystąpiły niesłychanie silne bóle stenokardyalne, które z małemi przerwami kilkanaście godzin dokuczały chorej. Bóle te, ze względu na ich charakter i rozprzestrzenianie się, możnaby tylko odnieść do kategorii tych, jakie cechują *anginam pectoris*.

Druga kategoria obejmuje objawy nie porażenia, lecz pobudzenia układu naczyniowego z częstym, dużym tętnem i energiczną działalnością serca. Stanowi temu towarzyszyły niezmiernie silne bóle w bocznych i dolnych częściach klatki piersiowej, jak również utrudnione i bardzo bolesne oddechanie. Robiło to wrażenie, jak gdyby oprócz zaburzeń w czynności nerwów błędnych, a zwłaszcza ich gałęzi płucnych, i nieprawidłowa czynność przepony w tej szczególniej duszności udział przyjmowała.

Wobec bardzo powikłanego obrazu chorobowego, na jaki złożyły się najrozmaitsze objawy ze strony układu nerwowego i cyrkulacyjnego, uważałbym, że silenie się na zbyt dokładne rozpoznanie nie byłoby właściwem, mogłoby tylko doprowadzić do mało prawdopodobnych hipotez. Ograniczę się więc tylko do powiedzenia, iż zgubny wpływ zakażenia odbił się nie tylko na środkach mózgowych, lecz i na zwojach i nerwach obwodowych (*plexus cardiacus, pulmonalis, n. phrenicus* i t. p.)

Co się tyczy patogenetyki zaburzeń w ośrodkach innerwacji, a zwłaszcza naczynioruchowych, to w tym względzie nie tylko klinika, lecz i bakteriologia dostarczyła nam w ostatnich cza sach sporo materiału. Okazało się, że istnieją mikroby, których wydzielinę wywierają swoisty wpływ na aparaty wazomotoryjne. I tak CHARRIN i GLEY zauważyli, że po wstrzyknięciu do żył pewnej ilości produktów lasecznika zielonej ropy, pobudliwość *n. depressoris*, jak i wogóle całego aparatu rozszerzającego naczynia, zmniejsza się lub nawet zupełnie zostaje zniesioną. Inne toksyny, jak dyfterytyczna, wstrzyknięte do żył, wywołują znaczny spadek ciśnienia [ENRIQUEZ et HALLION], zdaje się skutek porażenia ośrodków zwężających naczynia, znajdujących się w rdzeniu przedłużonym [PASSLER, ROMBERG]. Niektórzy autorowie twierdzą [PACHON, MOLINIER], że to zmniejszenie ciśnienia krwi nie zależy ani od porażenia nerwów zwężających naczynia, ani od pobudzenia nerwów rozszerzających je, lecz ma swą przyczynę w osłabieniu czynności serca i niedostatecznem napełnianiu się krwią jego jam [wpływ toksyn na sam mięsień serca].

Sprawność układu naczynioruchowego odgrywa w patologii niezmiernie ważną rolę. Wiadomo, że reakcyjne zapalenie, powstające na skórze w miejscu wnikięcia bakterji, polega przedewszystkiem na napływie krwi. Ten

właśnie miejscowy nawał stanowi nieodzowny warunek dla powstawania wysięku, przenikania białych ciałek krwi przez ścianki naczyń i t. p., a więc i dla wytworzenia się zapalenia. Jeżeli więc rozszerzenie naczyń [jak mówi CHARRIN i GLEY], będące pierwszym warunkiem pomyślnego oddziaływania ze strony organizmu, nie przyjdzie do skutku, ustrój będzie z trudnością walczył przeciwko zakażeniu.

Tam zaś, gdzie zarazek chorobotwórczy przedostał się już do wnętrza organizmu, do prądu krwi i do narządów, tam losy zakażenia zależeć będą w znacznej mierze od stopnia sprawności aparatów naczynio-ruchowych. Żyw-sza, energiczniejsza czynność tych ostatnich wpłynie korzystnie na zwiększenie czynności narządów wydzielniczych [nerek, płuc, skóry i t. p.]. Tym sposobem i produkty chorobotwórcze bakterii mogą być łatwiej usuniętymi z ustroju.

Jeśli więc mechanizmy nerwowe, wazomotoryjne nie działają zupełnie prawidłowo jeszcze przed wybuchem zakażenia [jak to miało miejsce u naszych chorych], lub jeśli siła zakażenia drobnoustrojów jest bardzo znaczna, porażająca ośrodki naczynio-ruchowe, wówczas łatwo się domyśleć, jakie mogą zajść poważne zaburzenia w układzie serco-naczyniowym.

C o d o l e c z e n i a, to w przypadkach, podobnych jak nasze, najważ-niejszem wskazaniem będzie przeciwdziałać astenii nerwowej, osłabieniu serca i obniżeniu ciśnienia [kofeina, kamfora, waleryana, sporysz, strychnina i t. p.].

Po ustąpieniu napadów należy dopomagać wydalaniu się toksyn z ustroju, mając przedewszystkiem na względzie utrzymanie w sprawności czynności wątroby i nerek, jak również skóry. Z pokarmów najodpowiedniejszym będzie mleko, jako środek odżywczy i moczopędny, wreszcie zalecać trzeba chorym pozostanie w łóżku, dopóki organizm nie zyska sił i odporności.

U w a g a. Już po napisaniu powyższej pracy dowiedziałem się o artykule Dra SZCZEGOLEWA z Moskwy (*Ueber einige Fälle von Diplokokkeninfluenza und anderen Diplokokkenkrankungen. Deutsche Medizinische Zeitung. Nr. 99. 1900*). Podnosi również kwestyę zakażeń influenzowych i pokrewnych im, więcej jednak pod względem etyologicznym [bakteryologicznym], niż klinicznym. Autor ten obserwował dość znaczną liczbę zapaleń gardła, płuc, nieżytów ogólnych o wysokiej gorączce, kilka zapaleń błon mózgowych, w których, przy badaniu drobnowidzowem, znajdował wyłącznie diplokokki, albo też w przeważnej ilości, w porównaniu z innymi drobnoustrojami. Pod względem morfologicznym, jak również co do rozwoju, ich na podłożach są one prawie identyczne z pneumokokkami FRAENKEL'a. Zdaniem S. diplokokki te posiadają zdolność wywoływania różnorodnych postaci chorobowych: w tym właśnie tkwi podobieństwo wielkie do laseczników, cechujących influencję. JAKSCH (*Ueber pseudo-influenzartige Erkrankungen. Berl. klin. Woch. Nr. 20. 1899*) w 20 przypadkach o influenzowym przebiegu nie znalazł ani razu lasecznika PFEIFER'a, lecz tylko same streptokoki, lub razem z diplokokkami. W dalszym ciągu swej pracy S. zaznacza podobieństwo, jakie istnieje pomiędzy obrazami chorobowemi, wywoła-

nemi zakażeniem diplokokami z jednej, łańcuchowcami i gronkowcami z drugiej strony.

Tylko co przytoczone dane, osiągnięte z badań bakteryologicznych, posiadają dla nauki o chorobach zakaźnych bardzo ważne znaczenie. Być może, że w przyszłości doprowadzą one do wytworzenia oddzielnych postaci chorobowych, które będą mogły być pomieszczone w odpowiednich działach patologii i terapii szczegółowej.

Tymczasem wszakże, lekarz-praktyk, który rzadko jest w możności przedsięwzięcia odpowiednich badań bakteryologicznych, a jednak rozpoznanie i rokowanie zmuszony jest szybko czynić, powinien w przypadkach, podobnych do naszych, ograniczyć się do zaznaczenia, że należą one do kategorii grypy — grypowatych cierpień [jeśli się tak wyrazić można]. Wszak o chorobach, zbliżonych pod względem przebiegu do tyfusu, mówimy jako o tyfoidalnych. Sądzę, że wyrażenia takie — dla użytku praktycznego — w stosunkach z publicką, są odpowiedniejszymi, niż „zakażenie“, które zaniepaka ja w wysokim stopniu chorego jak również jego otoczenie.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. P. Pawłow [Petersburg]. Praca gruczołów trawiennych.

[Dokończenie. — Patrz Nr. 2].

V.

Na zasadzie powyższego rzecz można, że „apetyt—to sok“, innemi słowy, że sok zjawia się tylko wówczas w żołądku, jeśli zwierzę świadomie pożądało pokarmu. Jeżeli zaś przez przetokę żołądkową wprowadzimy zwierzęciu mięsa lub chleba, tak, aby zwierzę nie zauważyło tego, t. j. usuniemy wpływ świadomego pożądanego pokarmu, to wówczas okaże się, że żołądek wcale nie będzie wydzielał soku, zwłaszcza, jeżeli wprowadzimy chleb. Mięso zaś wywoła tylko nieznaczny wydzieliny soku i to o niskiej sprawności trawiennej. Jeżeli jednak przedtem pokażemy zwierzęciu to, co mu następnie wprowadzimy przez przetokę do żołądka [chleb, mięso], to tym razem będzie się wydzielał sok w znacznej ilości i trawienie pójdzie prawidłowym trybem.

Dotychczas było szeroko rozpowszechnionem w nauce mniemanie, że mechaniczne drażnienie błony śluzowej żołądka wystarcza, aby pobudzić ją do obfitej wydzieliny soku. Doświadczenia PAWŁOWA doprowadzają do wniosku wprost przeciwnego. U zwierzęcia niegłodnego drażnił on paleczką lub piórem doskonale wypłukany przedtem żołądek. Okazało się, że błona śluzowa żołądka nie oddziaływała wcale na drażnienie mechaniczne i że niebieski papierek lakmusowy, wprowadzony do żołądka zwilżał się tylko, ale nie czerwienił. To samo następowało wówczas, kiedy drażniono błonę śluzową żołądka prądem piasku, wypuszczonego na powierzchnię błony tej pod znacznym ciśnieniem ze specjalnego przyrządu. Wbrew tedy powszechnemu mniemaniu, w warunkach prawidłowych mechaniczne drażnienie błony śluzowej żołądka nie powoduje bezpośrednio wydzielania się soku żołądkowego. Fałszywe wnioski dawniejszych autorów PAWŁOW objaśnia błędami w doświadczeniach, jak np. niedokładnym przemywaniem żołądka, niedokładnym odizolowaniem go od śliny i t. p.

Prawdopodobnie jednak impulsy dotykowe od błony śluzowej żołądka mogą czasem wpływać podniecająco na apetyt („*l'appetit vient en mangeant*“) i jego następstwa dla wydzielania soku żołądkowego, naturalnie tylko drogą pośrednią, mianowicie przez wywołanie świadomego aktu pożądania strawy, co w następstwie wywołuje sokotok żołądkowy. I ta okoliczność była może źródłem błędnego wnioskowania z doświadczeń autorów, którzy w banalnym i prostym drażnieniu błony śluzowej żołądka widzieli już bezpośredni i całkowicie wystarczający bodziec do wydzielania się soku żołądkowego.

VI.

Co się tyczy wpływu rozmaitych ciał na wydzielanie soku żołądkowego, to PAWŁOW doświadczenia swoje w tym kierunku zaczyna od wody. Po wprowadzeniu do „dużego“ żołądka przez jego przetokę większych ilości wody [400—500 ctm. sz.], żołądek mały zaczyna wydzielać niewielkie ilości soku i to nawet u zwierząt z przeciętymi nerwami błędnymi. To dowodzi, że woda w ilościach większych wpływa drażniąco na błonę śluzową żołądka i pobudza ją do sekrecyi.

Części składowe mineralne [popiół] mięsa, sól kuchenna, kwas solny nie mają żadnego wpływu na gruczoły trawienne błony śluzowej żołądka. Roztwory sody [0,05—1%] działają nawet hamująco na czynności gruczołów, do tego stopnia, że małe ilości sody powstrzymują drażniący wpływ wody, w której są rozpuszczone.

Płynne białko jaja kurzego, rozcieńczone do połowy wodą, nie wywoływało obfitszej wydzieliny, niż czysta woda w tej samej objętości. Niezwykły ten fakt stwierdzony był niejednokrotnie przez autora i jego uczniów.

Rosół, sok mięsny, wyciąg mięsny LIEBIG'a okazały się substancjami silnie drażniącymi gruczoły trawienne. Zwłaszcza wybitnie wyrażoną w tym kierunku własność posiada wyciąg mięsny. Czemu on to zawdzięcza, niewiadomo, ponieważ poszczególne substancje wyciągowe, jak kreatyna, kreatynina i t. d. okazały się obojętne dla błony śluzowej żołądka. Mleko i roztwór żelatyny w wodzie bezpośrednio pobudzają wydzielanie. Krochmal surowy i gotowany, zmieszany z wodą, a także cukier trzcinowy i gronowy, oraz tłuszcze, pochodzenia zwierzęcego i roślinnego, nie mają wpływu na wydzielanie żołądkowe. Mięso surowe, wprowadzone do żołądka psa, już po 15—30 minutach wywołuje wydzielanie się soku. Zawdzięcza ono prawdopodobnie tę własność związkom, rozpuszczonym w jego soku, ponieważ doskonale wygotowane przez czas dłuższy nie działa już w tym stopniu, co surowe. Jeśli jednak do wygotowanego mięsa dodać nieco wyciągu LIEBIG'a, odzyskuje ono napowrót swój wpływ drażniący. Dodanie do mięsa pewnej ilości krochmalu wzmacnia trawienną sprawność soku, podczas gdy dodatek, przed lub po spożyciu mięsa, tłuszczu, wpływa bardzo ujemnie na wydzielanie. Dzieje się to, być może, skutkiem tego, że tłuszcz pokrywa błonę śluzową żołądka i stanowi wprost mechaniczną przeszkodę do drażnienia zakończeń nerwowych w błonie śluzowej, lub też, że drogą odruchową działa drażniąco na nerwy lub ośrodki, hamujące działalność gruczołów. Autor skłania się raczej ku ostatniej ewentualności.

Nawiązując wyniki doświadczeń z tłuszczem do rezultatów doświadczeń z mlekiem, które daje sok o niewielkiej sprawności trawiennej, autor przekonał się, że zależy to od śmietanki: mleko zbierane lub też w inny sposób pozbawione tłuszczu, daje daleko większą ilość soku żołądkowego, niż śmietanka lub mleko niezbierane. Wstrzykiwania do kiszki prostej środków, silnie działających na wydzielanie soku żołądkowego, pozostawało bez wpływu na błonę śluzową żołądka, co dowodzi, że przyczyną takiego lub innego działania w tym kierunku rozmaitych substancji jest drażnienie bezpośrednie błony

śluzowej żołądka, nie zaś pośrednie, to jest za pośrednictwem układu krwionośnego i ośrodków nerwowych.

VII.

Sok trzustkowy odgrywa jak wiadomo przy trawieniu rolę ważniejszą, niż sok żołądkowy. Działa on przytem na zmienioną już w żołądku miazgę pokarmową, przeto sam musi wytworzyć sobie warunki, najbardziej sprzyjające funkcji jego fermentów. Przy badaniu rozmaitych wpływów na wydzielanie się soku trzustkowego pod względem jakościowym i ilościowym, okazało się, że kwasy są najpotężniejszym czynnikiem, pobudzającym trzustkę do działania. Prócz HCl autor badał działanie w tym kierunku i innych kwasów, przyczem okazało się, że wszystkie one [kwas fosforowy, cytrynowy, octowy, mleczny] w równym stopniu energicznie pobudzają trzustkę do pracy wydzielniczej. Czysty sok żołądkowy działa tak samo, jak roztwór HCl odpowiedniej kwasoty. Roztwory cukru, peptonu i t. d. tylko wówczas pobudzały trzustkę, jeżeli posiadały odczyn kwaśny.

Zobojętnianie soku żołądkowego podczas aktu trawienia wywoływało po kilku minutach zmniejszanie się znaczne sekrecyi trzustkowej. Ztąd widzimy, że kwas solny zawartości żołądkowej jest właśnie tem ogniwem, które wiąże trawienie żołądkowe z trawieniem trzustkowym. Idzie teraz o to, w jaki sposób się to dzieje, czy mianowicie kwas działa tu miejscowo, drażniąc zakończenia obwodowe nerwów dośrodkowych, czy też wchłonięty do krwi, drażniąc ośrodki lub same komórki organu? Jeżelibyśmy chcieli przypuścić ostatnią ewentualność, to już proste teoretyczne rozumowanie *a priori* powinno nas skierować na inną drogę. Przecież podczas trawienia, kiedy ze krwi [z NaCl] do żołądka wydziela się dużo HCl, alkaliczność krwi wzrasta, skutkiem czego nawet mocz zmienia swój odczyn. Niepodobna zatem przypuścić, aby na wysokości trawienia kwas drażnił trzustkę [lub jej nerwy] przez pośrednictwo krwi, skoro wówczas jej alkaliczność wzrasta. Zresztą, wlewanie do prostnicy kwaśnych płynów nie wpływa na trzustkę, a także bez wpływu pozostaje kwas wówczas, jeżeli nie przechodzi z żołądka do dwunastnicy [POPIELSKI]. Doświadczenia pokazały, że wydzielanie soku trzustkowego odbywa się okresowo, w miarę przechodzenia kwaśnej zawartości z żołądka do dwunastnicy. Przytem alkaliczność soku trzustkowego jest w prostym stosunku do kwasności soku żołądkowego. Robi to wrażenie, jak gdyby kwasowy element Na Cl ze krwi, jaki się wydziela w postaci HCl w żołądku, znajdował w kiszkażach zasadową pozostałość NaCl [t. j. Na] w soku trzustkowym. Co do fermentów, to te sok trzustkowy zawiera zawsze, skutkiem czego nigdy nie służy wyłącznie do zobojętniania kwasu, lecz i do trawienia pokarmów,

Kwas tedy jest specyficznym i silnie działającym bodźcem dla trzustki. Roztwory krochmalu nie wpływały znacznie na wzmoczenie pracy trzustki, natomiast wzmagały one w soku trzustkowym ilość, ewentualnie sprawność trawieniową, fermentu amylolytycznego. Sok trzustkowy, po spożyciu przez zwierzę krochmalu, posiadał daleko silniejszą sprawność amylolytyczną, niż po spożyciu mięsa. Tłuszcz, podobnie jak kwas, wzmagał działalność wydzielniczą trzustki, przytem, jak się zdaje, nie tylko powiększała się ilość soku, ale również i sprawność jego pod względem rozszczepiania tłuszczów. Następowало to jednak tylko wówczas, kiedy już tłuszcz z żołądka przeszedł całkowicie do dwunastnicy; z czego wynika, że tłuszcz działa pobudzająco na wydzielanie trzustkowe za pośrednictwem drażnienia błony śluzowej dwunastnicy. Co się tyczy wpływu momentów psychicznych [apetyt] na działalność trzustki, to i tu odgrywają one podobną rolę, co i dla żołądka i to zupełnie niezależnie od pobudzania wydzieliny żołądkowej. Woda, oraz substancje wyciągowe mięsa działały pobudzająco na czynność trzustki; roztwory zaś sody, oraz innych zasadowych i obojętnych soli alkaliu wpływały wybitnie hamująco.

VIII.

Rozpatrując na zakończenie, o ile dane z fizjologii trawienia, zdobyte drogą doświadczalną, znajdują potwierdzenie w życiu codziennem, PAWŁÓW widzi w naszych urządzeniach kulinarnych, skierowanych ku wzmoczeniu apetytu coś, co wypływa instyktownie z fizjologicznych danych co do pracy gruczołów trawiennych. Z jednej strony staramy się podczas jedzenia odsunąć od siebie to wszystko, co mogłoby hamująco wpłynąć na powstanie w nas uczucia apetytu, tak potężnie działającego na wydzielanie soków trawiennych, dbamy więc o zewnętrzną formę podawania i spożywania potraw, otaczamy się przy stole wesołym towarzystwem i t. p. Z drugiej strony przy pomocy środków, wpływających niewątpliwie na wzmoczenie apetytu [wódka, goryczki, ostre i „pikantne” przekąski], staramy się pobudzić pracę naszych gruczołów trawiennych. Autor przemawia gorąco przeciw lekceważeniu przez lekarzy tak ważnego czynnika, jakim jest uczucie apetytu. Starając się wzmacniać i pobudzać apetyt, wypełniamy niejednokrotnie nasze zadanie i leczymy rozmaite cierpienia nie tylko objawowo, ale i istotnie. Goryczki (*amara*), drażniąc zakończenia nerwów smakowych, należą niewątpliwie do kategorii chemicznych bodźców apetytu. Spożywane na początku obiadu mocne rosoly, buliony i t. p., jak to poucza doświadczenie, pobudzają wydzielanie soków trawiennych. Kwaśny odczyn naszych potraw jest bardzo pożytecznym, ponieważ z jednej strony stwarza warunki lepszego działania fermentów żołądkowych, z drugiej zaś — wzmacnia pracę trzustki. Zupełnie logicznie usuwać powinniśmy tłuszcze i potrawy tłuste z jadłospisu osób chorych na żołądek, tłuszcze bowiem hamują wydzielanie soku żołądkowego i przez to utrudniają trawienie żołądkowe białka. Mleko jest bardzo pożytecznym pokarmem i oszczędza pracę nie tylko gruczołów, ale wogóle i całego układu trawienia. Wbrew mniemaniu, rozpowszechnionemu wśród lekarzy, sole sodowe nie wpływają pobudzająco na wydzielanie soków trawiennych. Pożyteczne ich działanie w cierpieniach układu trawienia widzi autor w tem, że hamują wydzielanie soków trawiennych, przez co, w związku z odpowiednią dietą, zmniejszają pracę gruczołów trawiennych, więc wpływają oszczędzająco na układ trawienia. W tem tkwi istotna przyczyna zła-wiennego działania ich w chorobach kanału pokarmowego.

Kończy autor pracę swoją, wypowiadając zupełnie słuszne przekonanie, że lekarz praktyk powinien iść ręką w rękę z fizjologiem, ponieważ w ten tylko sposób zdobędzie racjonalne podstawy do właściwego zapatrywania się na sprawy chorobowe i leczenia ich.

* * *

Dane co do znaczenia żółci i soku kiszkiowego znajdujemy w ostatniej pracy PAWŁOWA p. t. *„Das Experiment als zeitgemässe und einheitliche Methode medicinischer Forschung“*. . . . Wiesbaden, u BERGMANN'a 1900.

Są one następujące:

U głodnego zwierzęcia żółć nie wydziela się wcale. Podczas trawienia żółć wydziela się nieustannie i ilość jej zależna jest od rodzaju pokarmów. Tak np. woda, kwasy, białko kurze, klej krochmalowy nie powodują wydzielania się żółci. Tłuszcze zaś, substancje wyciągowe mięsa, produkty trawienia białka wywołują obfite wydzielanie się żółci. Ztąd wnosi autor, że podniesiony przezeń fakt specyficzności podniet co do gruczołów trawiennych żołądka i trzustki, w całości rozciąga się i na żółć. Dalsze badania PAWŁOWA wskazały, że żółć sprzyja działaniu fermentów soku trzustkowego, w czem widzi P. właściwe znaczenie trawienne żółci. Prócz tego żółć wpływa hamująco na działanie pepsyny, przeto warunkuje przechodzenie szybsze trawienia żołądkowego w kiszkiowe.

Co się tyczy soku kiszkowego, to ten działa również jako sok pomocniczy przy trawieniu trzustkowym. Wzmaga on bardzo wybitnie własność proteolityczną soku trzustkowego, a to dzięki obecności w nim specjalnego fermentu, który PAWŁOW nazywa enterokinazą. W sprawie ruchowej działalności kanału pokarmowego, autor skonstatował, że przechodzenie miazgi pokarmowej z żołądka do dwunastnicy zależy od stopnia kwaśności tej miazgi. Miazga z żołądka przechodzi do dwunastnicy wówczas, kiedy jej poprzednie porcje zostały dokładnie zobojętnione. Wówczas odźwiernik otwiera się i wypuszcza nową porcję miazgi, która ulega zobojętnieniu i t. d. Jeżeli do żołądka nalejemy kwaśnego płynu, a do dwunastnicy—zasadowego, to wówczas zawartość żołądka natychmiast przechodzi do kiszki. Jeżeli zaś zawartość dwunastnicy będzie kwaśną, to z żołądka przez odźwiernik nic do kiszki nie przechodzi. Kwaśna zawartość, przechodząca z żołądka do kiszki, natychmiast wywołuje obfity sokotok trzustkowy, dzięki czemu szybko zobojętnia się.

W pracy powyższej wspomina również PAWŁOW o pobocznie zdobytych danych, dotyczących patologii narządów trawienia. Drażnienie „małego” żołądka silnie działającymi środkami [lapis, alkohol], powodowało bardzo silny śluzotok z błony śluzowej żołądka, która jednak w tych warunkach nie wydzielala już wcale soku trawiennego. W tem widzi autor celowe działanie nabłonka błony śluzowej żołądka, skierowane ku usunięciu drażniącej przyczyny. Przy zachorowaniu „dużego” żołądka, „mały”, który pozostawał zdrowym, przyjmował na siebie całkowitą kompensacyjną czynność całego żołądka, tak, że przy patologicznem zatrzymaniu się wydzieliny z żołądka dużego, mały wydzielał ogromne ilości soku.

(*Die Arbeit der Verdauungsdrüsen. Wiesbaden. 1898.* K. Rzętkowski.)

Wiadomości bieżące.

— Grono lekarzy, przeważnie galicyjskich, pragnąc zaradzić aktualnej potrzebie, a mianowicie ile możności skupić wszystkie prace polskie, ściśle naukowe z zakresu medycyny, dotychczas rozrzucone w rozmaitych wydawnictwach polskich i obcych, a zarazem prace te uczynić dostępnymi obcym badaczom i to pod wyraźnym i niezatartem piętnem prac polskich, postanowiło wydawać „Polskie Archiwum nauk biologicznych i lekarskich” w dwóch wydaniach, a mianowicie: w wydaniu polskiem i w wydaniu, zawierającym wierne przekłady prac, pomieszczonych w wydaniu polskiem na języki obce, jak oto: angielski, francuzki, albo niemiecki, stosownie do życzenia autora. Archiwum to będzie pomieszczało prace ściśle naukowe z dziedziny morfologii (anatomii, histologii i embryologii), z fizjologii, chemii fizyologicznej, z patologii doświadczalnej i bakteryologii, z farmakologii doświadczalnej, z anatomii patologicznej, tudzież prace ściśle naukowe z klinicznych gałęzi nauk lekarskich. Wychodzić będzie we Lwowie, w dowolnych zeszytach, których kilka, obejmując razem 40—50 arkuszy druku, stać będzie tom. Do grona założycieli tego pisma może być przyjęty każdy, składający jednorazowo 100 koron (100 marek lub 50 rbl.) a przez lat 2 po 120 koron, płatnych w ratach miesięcznych. Cena tomu będzie wynosiła: wydania polskiego 20 koron, niemieckiego 30, a w obu wydaniach 35 koron. Naczelnym redaktorem archiwu będzie prof. KADRY ze Lwowa.

— Wyszedł w nowej szacie № 1 „Nowin lekarskich” pod redakcją d-ra H. ŚWIĘCICKIEGO. Redakcyja we wstępie zawiadamia, iż nadal uwzględniac będzie głównie dział referatów i ma nadzieję, iż przy pomocy kilkudziesięciu (77) współpracowników, wliczonych na karcie tytułowej, a zrekrutowanych z Poznańskiego, Galicyi

i Królestwa Polskiego, „którzy przyrzekli stale zasilać pismo“, sprostą zadaniu. Życząc „Nowinom“, aby nie zawiodło się na obietnicach i uzyskało jak najwięcej prenumeratorów, zaznaczamy, iż № 1 przedstawia się okazale, zwłaszcza pod względem liczby referatów.

— W Towarzystwie Lekarskiem Łódzkim wybrano ponownie na prezesa kol. JONSCHER'a, na wice-prezesa kol. L. SIKORSKIEGO, na sekretarza dorocznego kol. B. HANDELSMANA.

— W Towarzystwie Lekarskiem Wileńskim wybrano na prezesa kol. ERNSTEINA, na wice-prezesa kol. WOJNIOZA, na sekretarza kol. ŚWIĄTECKIEGO.

— „Kijowska Gazeta“ (№ 374—1900) donosi, iż na wzór Warszawy urządzone będzie w Kijowie pogotowie ratunkowe. Pogotowie ratunkowe założono też i w Wilnie.

— * Prof. NEISSER z Wrocławia za próby szczepienia zdrowym ludziom surowicy krwi z osób, dotkniętych syfilisem, skazany został na karę 300 marek.

NEKROLOGJA

Dnia 10 stycznia r. b., zmarł tutaj w kwiecie wieku, po ciężkiej chorobie, Kazimierz KRAKÓW, syn emigranta, urodzony w Dreźnie 1866 roku. Szkoły i uniwersytet ukończył w Warszawie. Otrzymał w 1893 roku dyplom lekarski, s. p. KRAKÓW został przyjęty przez dra NEUGEBAUERA do grona współpracowników nowozałożonego oddziału ginekologicznego w Szpitalu Ewangelickim. Odznaczając się gorliwością i zdolnościami, pracował na stanowisku asystenta przez 5 lat, aż do chwili, gdy w styczniu 1899 roku coraz to częściej występujące objawy niedomogi sercowej, zmusiły go do przerwania pracy. Z polecenia lekarzy wyjechał wtedy do Nicei, gdzie zaraz na wstępie uległ atakowi embolicznemu, po którym pozostał sparaliżowany. Po powrocie do Warszawy przeżył jeszcze 2 lata, ludząc się wciąż nadzieją odzyskania zdrowia, a zwłaszcza możliwości pracy, do której tęsknił namiętnie, przyzwyczajwszy się do niej już w zaraniu życia. Za czasów studenckich s. p. KRAKÓW zmuszony był ciężko pracować na własne i siostr swoich utrzymanie i kształcenie. Zajmował się więc udzielaniem korepetycji i wykonywaniem na zamówienie rysunków do prac lekarskich. Pracując na oddziale ginekologicznym, dzięki nadzwyczajnej pilności i zręczności, prędko wykształcił się w obranym zawodzie i przyswoił sobie niezbędną ku temu technikę. Wkrótce też zaczął próbować sił swoich na polu naukowym, na którym odznaczył się pomysłowością i krytycyzmem. Wynajdywał więc nowe narzędzia (więzadło—do nakładania przewiązek w głębi rany; onkotom, służący jednocześnie za nóż i troakar; nożyczki i szczypce, ułatwiające operację EMMER'a), modyfikował stare (np. kleszcze porodowe), ulepszał dawne metody operacyjne (np. zszywanie krocza) i przyrządy (sterylizator) i t. d., zasilał pisma lekarskie pracami przeważnie kazuistycznymi, których zebrało się kilka, a mianowicie: „Przypadek ostrej rzeżączki podczas położu“. Gaz. Lek. 1894. Nr. 24. „W sprawie otwierania jamy brzusznej przez sklepienie pochwy“. Medycyna 1896 Nr. 33. 34. 36. „Przypadek poczęcia oraz porodu przez przetokę szyjowo-pochwową tylną“. Med. 1897. Nr. 20. 21. „Przypadek przewlekłego wynicowania macicy, wyleczonego sposobem FRISZ-BOCKENDHAL'a“. Med. 1897. Nr. 49; „Kilka słów w sprawie zszywania krocza położnicy, pękniętego przy porodzie, oraz opis modyfikacji kleszczy porodowych“. Med. 1898. Nr. 41. Prócz tego, korzystając z bogatego materiału szpitalnego, miał nie raz sposobność przedstawiania go w Towarzystwie Lekarskiem, którego był pracowitym członkiem. Rzutkość i zabięgliwość cechowały zmarłego. Umarł w 34-ym roku życia, osieracając żonę i trzech synów. Szkoda młodego życia! Z.

Zmarli: w Poznaniu Dr. KLEMENS KÜKLER znany lekarz i archeolog; w Paryżu b. prof. kliniki terapeutycznej POFAIN, w 76 r. życia, autor kilkunastu prac, wysoko cenionych, przeważnie z dziedziny chorób serca i naczyń krwionośnych; Dr. TYRCHOŃSKI b. prof. akuszerji w Warszawie.

Wydawca, D-r Jan Pruszyński.

Redaktor odpowiedzialny, D-r Wl. Gajkiewicz.

Дозволено Цензурою, Варшава, 4 Января 1901. Druk Kowalewskiego, Warszawa Mazowiecka 8

Nakładem J. F. Bergmanna (Wiesbaden) ukazało się 4 wydanie i jest do nabycia
 dzieło p. t. „**DAS ASTHMA**“ jej istota i leczenie,
 na podstawie 22-letnich studyów opracował 2—2

Dr. W. Br ü g h m a n n,

lekarz zakładu w Südende-Berlin (poprz. długoletni dyrektor zakładu Insel)—str. 218,
 CENA 4 MK.

Sanatorium Charlottenhaus

WROCLAW THIERGARTENSTRASSE 55/57

dla chorób wewnętrznych i nerwowych (gościec stawowy i mięśniowy i t. d.),
 dla kuracyi tuczającej i odłuszczejającej, szczególnie wskazane dla pobytu na
 jesieni i w zimie. 5—1

Prospekty gratis.

D-r A. Sachs.

D-r S. Winkler.

Warszawski Zakład Ginekologiczny

Marszałkowska 45.

D-rów Borysowicza, Brühla, Gromadzkiego, Jaskłowskiego, Kuniewicza, Natanson-
 na, Thiemeo, Tyrchowskiego i Winawara, przyjmuje osoby, dotknięte chorobami
 kobiecymi, jako też spolizewające się słabości. Oplata dziennie od 1.50 do 5 rb.

WIESBADEN

Zakład zdrojowy

NEROTHAL

D-r Schubert

0—3

D-r Pruss-Mierzwiński.

Ferd. Mülhens

KOLONIA — RYGA.

Mydła lecznicze wysokich zalet według przepisu 10—3

D-ra J. Eichhoffa.

Ichtyolowe.—Tymolowe.—Salicylowe.—Rezorcynowe.—Rezorcynowo-
 salicylowe.—Borne.—Benzoesowe.—Rezorcynowo-salicylowo-siarko-
 we.—Sublimatowe.—Smołowe.—Siarkowe.—Naftolowo-siarkowe.—
 Przetłuszczone i t. d.

Sprzedaż w Aptece K. WENDY

Krakowskie-Przedmieście Nr. 45.