

# GAZETA LEKARSKA.

Z ODDZIAŁU D-RA W. JANOWSKIEGO W SZPITALU DZIECIĄTKA JEZUS.

## I. SZESNAŚCIE PRZYPADKÓW WILGOTNYCH KREPITACYI

PRZY OBECNOŚCI PŁYNU W JAMACH OPŁUCNEJ.

podał

**Ludwik Kaliciński,**

b. asystent oddziału.

Przytoczona poniżej kazuistyka przedstawia wyjątki z historii chorób, w których przebiegu obserwowano wilgotne krepitacje przy obecności płynu w jamie opłucnej. Jest więc ona rzeczowym przyczynkiem do artykułu D-ra JANOWSKIEGO: O krepitacjach [trzeszczeniach] przy obecności płynu w jamie opłucnej. [Gazeta Lekarska № 45 i 46. 1897, str. 1214 i 1252]. Z odnośnych historii chorób wynotowano tu z kart szpitalnych tylko przebieg objawów płynu w opłucnej, przyczem zwrócono szczególną uwagę na wzmiankowane krepitacje. Celem niniejszego artykułu jest przypomnienie szerszemu ogółowi tego, o ile się zdaje, często zapominanego objawu, który jednak zasługuje na większą uwagę, ze względu na swoje występowanie w samym początku zbierania się płynu w opłucnej, kiedy inne objawy wyrażone są słabo, albo nawet zgoła nie są jeszcze możliwe do stwierdzenia. Jak widać z dat przy poniżej opisanych przypadkach, zebraliśmy je wszystkie w ciągu  $\frac{1}{2}$  roku. Jest to najlepszym dowodem, jak stosunkowo częstym jest w mowie będący objaw.

*1. Nephritis tuberculosa. Phthisis pulmonum. Insuffic. valv. mitral. Hydrothorax duplex. Wypisana prawie bez poprawy.*

Maryanna J., l. 63. Przybyła na oddział d. 3. X. 1897 r. Zachorowała przed 3-ma tygodniami; dostała bólu głowy, duszności, dreszczy oraz straciła apetyt. Na 3-ci dzień od początku choroby zauważyła obrzęk kończyn dolnych, który stopniowo rozszerzył się na uda, brzuch oraz kończyny górne. Ilość moczu już na kilka dni przed początkiem choroby znacznie się zmniejszyła. Wobec coraz większej duszności i silnego kaszlu [który męczył chorą już oddawna, chociaż w mniejszym stopniu], oraz powyżej wskazanych objawów, chora udała się do szpitala. W dzieciństwie podobno przechodziła za-

palenie opłucnej oraz miewała często krwotoki z nosa. Temu lat 20 przechodziła jakąś chorobę, w której obrzęk nóg występował na pierwszy plan. Nie rodziła.

Przebieg objawów. Przy badaniu 4. X. 1897 znaleziono obniżenie dolnej granicy obu płuc o jedno żebro. Oddech wszędzie pęcherzykowy. U wierzchołków obu płuc z przodu i z tyłu słychać wilgotne rżenia, w dolnych częściach płuc—rżenia i świsty. Głos i drżenie głosowe zmian nie przedstawiały.

Dnia 1. XI. W dolnej  $\frac{1}{3}$  prawego płuca z tyłu wystąpiło stłumienie, *bruit de souffle*, egofonia, osłabienie *fremitus pectoralis* oraz wilgotne, grubo-bańkowe krepitacje. Na całej przestrzeni obu płuc z tyłu słychać świsty. Przekłucie próbne, wykonane tegoż dnia, wykazało obecność w prawej jamie opłucnej płynu, zawierającego 2% białka.

D. 2. XI. Stłumienie, oddech, głos i *fremitus*, jak dnia poprzedniego. Krepitacje w tem miejscu są obfite, wilgotne, drobne; grube występują rzadko.

D. 7. XI. W dolnej  $\frac{1}{3}$  prawego płuca z tyłu stłumienie, jak poprzednio. *bruit de souffle*, egofonia, *fremitus pectoralis* osłabiony oraz liczne; wilgotne krepitacje. W płucu lewym z tyłu u dołu na przestrzeni 5-ciu palców słychać liczne, drobne, równe, pęcherzykowe, wilgotne krepitacje; *fremitus pectoralis* jest w tem miejscu osłabiony w porównaniu z górnymi częściami. Odgłos opukowy bez zmiany, głos również; oddech pęcherzykowy słychać do samego dołu. Przy wydechu słychać jednak nieliczne rżenia. Przekłucie próbne wykazało obecność w lewej jamie opłucnej płynu, zawierającego 2% białka.

D. 8. XI. Objawy płynu w prawej opłucnej bez zmiany. W lewym płucu z tyłu u dołu odgłos opukowy, oddech pęcherzykowy, drobne, wilgotne krepitacje. *Fremitus pectoralis* osłabiony.

D. 10—14. XI. Wilgotne krepitacje w obu płucach bez zmiany. Inne objawy, jak poprzednio.

D. 13. XI. Objawy płynu z obu stron bez zmiany. Oprócz wilgotnych krepitacji, w obu płucach z tyłu u dołu słychać rżenia.

D. 30. XI. W dolnych  $\frac{1}{3}$  z tyłu w obu płucach stłumienie, oddech z obu stron na miejscu stłumienia pęcherzykowy, osłabiony; krepitacje i rżenia, jak poprzednio.

D. 15. XII. Stłumienie z tyłu u dołu z obu stron; oddech osłabiony; wilgotne krepitacje słychać wciąż z obu stron, wyraźniej jednak z lewej.

Objawy powyższe utrzymywały się bez zmiany; pomimo ciągłego stosowaniu różnych środków leczniczych, obrzęki, ani inne objawy dyskompensacji, ani też krew w moczu [w którym wykryto parokrotnie laseczniki gruźlicze] nie ustępowały. Chora wypisała się na własne żądanie 21. XII. 1897 do domu.

Uwaga. Przekłucie próbne lewej opłucnej wykonano d. 7. XI. jedynie z powodu słyszanych nad dolną  $\frac{1}{3}$  lewego płuca z tyłu drobnych, równych, wilgotnych krepitacji oraz na podstawie nieznacznego osłabienia *fremitus pectoralis* w tem miejscu. Wynik przekłucia był dodatni, pomimo braku na razie i w ciągu następnych dni 20-u innych objawów płynu z tej strony. Stłumienie odgłosu opukowego i osłabienie oddechu wystąpiły dopiero 30. XI. W opłucnej

prawej wilgotne krepitacye słyhać było też wyraźnie od samego początku wystąpienia innych objawów płynu i utrzymywały się też stale, ale rozpoznanie płynu w tej jamie byłoby i bez nich łatwym, podczas gdy w lewej wilgotne krepitacye były jedynym objawem, który skłonił nas do uważnego poszukiwania w niej płynu i do przekłucia próbnego i pozostawały przez 3 tygodnie wyłącznym prawie, stałym objawem. Zasługuje na uwagę, że w obu jamach opłucnej omawiane krepitacye słyhać było bez przerwy prawie przez 7 tygodni. Wynika ztąd, że wilgotne krepitacye są czasami przy obecności płynu w opłucnej nie tylko objawem wczesnym, ale nadto mogą się przez czas długi utrzymywać bez przerwy.

II. *Pleuritis tuberculosa duplex. Emphysema pulmonum. Śmierć.*

Maryanna A., lat 74, przybyła na oddział d. 11. X. 1896. Oddawna uskarża się na duszność i kaszel, które trwają do obecnej chwili. Temu 2 tygodnie dostała nagle silnych dreszczy, które trwały przez 3 dni, poczem uczuła ból w boku lewym. Od 2-eh tygodni uskarża się na gorączkę, brak apetytu, bóle w plecach i brzuchu, szum w uszach. Jak twierdzi, przez „parę lat“ cierpiała poprzednio na „zapalenie płuc“. Krwioplucia nie miewała. Nie rodziła.

Przebieg objawów. D. 12. X. Płuco prawe. Opukowo: z tyłu u samego dołu nieznaczne stłumienie; oddech w miejscu tem — pęcherzykowy, nieco osłabiony, częściowo pokryty przez wilgotne krepitacye; głos i *fremitus pectoralis* bez dostrzegalnej zmiany. Płuco lewe. Z tyłu stłumienie zupełne od 6-go kręgu grzbietowego do samego dołu, na miejscu stłumienia — *bruit de souffle*; głos i *fremitus pect.* znacznie osłabione. Żadnych rzężeń, ani krepitacyi nie słyhać. Ciepłota prawidłowa.

D. 14. X. Ciepłota prawidłowa. W płucu prawem z tyłu u dołu wilgotne krepitacye, które słyhać również i z boku w dolnej części płuca na *lin. axillar. med.*. Ilość krepitacyi tych jest znaczna. Inne objawy po tej stronie bez zmiany.

W płucu lewym objawy jak poprzednio.

D. 15. X. Stłumienie nad prawem płucem z tyłu na większej przestrzeni; oddech wyraźnie na miejscu stłumienia osłabiony; głos i *fremitus pect.* również osłabione. Wilgotne krepitacye słyhać w obfitej ilości.

Nad płucem lewym stłumienie jak poprzednio, oddech w postaci *bruit de souffle* na miejscu stłumienia, głos bardzo słaby, *fremitus pect.* nie wyczuwa się. Wilgotnych krepitacyi po stronie tej nie słyhać. Ciepłota prawidłowa.

D. 17. X. Po stronie prawej objawy bez zmiany. Po stronie lewej zmiany opukowe, oddech oraz *fremitus*, jak poprzednio. Egoфонia. Na miejscu stłumienia z tyłu u dołu słyhać obecnie i po tej stronie niewielką ilość drobnych, równych, wilgotnych krepitacyi. Przekłucie próbne wykrywa w lewej jamie opłucnej płyn, zawierający  $1\frac{3}{4}$  białka.

D. 20. X. Po stronie prawej objawy płynu bez zmiany; obok nich jednak słyhać tuż poniżej łopatki z tej strony wyraźne tarcie opłucnej. W płucu lewym objawy bez zmiany. Stan chorej coraz bardziej się pogarsza, aż w końcu

dnia 28. X. chora zmarła. Sekcja wykazała: *pleuritis tuberculosa bilateralis*. *Pericarditis fibrinosa sicca*. *Emphysema pulmonum*. *Compressio pulmonum* [przez znaczną ilość płynu, zebranego w obu opłucnych].

U w a g a. Przekłucie próbne prawej opłucnej wykazało obecność w niej płynu jeszcze za życia chorej we właściwym czasie, data jednak wykonania tego rękoczynu nie została odnotowana na karcie.

W przypadku tym objawy w prawem płucu dowodzą znowu, że wilgotne krepitacje mogą przy obecności płynu występować wyraźnie już wcześniej i utrzymywać się stale, wzrastając w ilości, w miarę narastania innych objawów płynu. Przeciwnie dane, otrzymane przy badaniu systematycznym objawów płynu w lewej opłucnej, dowodzą, że wilgotne krepitacje mogą w innych przypadkach występować już przy wybitnie wyrażonych innych objawach płynu. Tego rodzaju skombinowanie objawów (*bruit de soufflé* i wilgotne krepitacje) przy mniej uważnem wsłuchaniu się w ich charakter i przy nieskombinowaniu z innymi mogą być powodem mylnego rozpoznawania zapalenia płuc.

### III. *Pleuritis exsudativa sinistra*. *Poprawa*.

Klara L., lat 29, przybyła na oddział 18. X. 1897 r. 17 dni temu odbyła prawidłowy poród. W 5 dni potem uczuła kłujący ból w boku prawym oraz ból w brzuchu i lewej pachwinie, a nadto zaczęła miewać codziennie dreszcze. Poprzednio nigdy nie chorowała. Krwią nie pluła.

Przebieg objawów. Ciepłota w czasie pobytu na oddziale stale prawidłowa, podczas gdy przedtem, kiedy chora leżała na oddziale ginekologicznym [z kąd przeszła na nowy oddział wewnętrzny], dochodziła do 39°.

D. 19. X. Bardzo nieznaczne stłumienie nad dolną częścią lewego płuca z tyłu, na wysokości 2—3 palców. Oddech w dolnej części lewego płuca z tyłu bez zmiany, głos również, *fremitus pect.* bardzo nieznacznie osłabiony w dolnej części lewego płuca z tyłu. W miejscu tem [w dolnej 1/4 lewego płuca z tyłu] słychać równe, bardzo drobne, wilgotne krepitacje w obfitej ilości. Przekłucie próbne, wykonane w tem miejscu, wykrywa obecność jasno-żółtego płynu zawierającego 5% białka.

D. 20. X. Objawy pozostają bez zmiany — krepitacje wilgotne, drobne, równe słychać w tej samej ilości.

D. 22. X. Lekkie stłumienie, jak poprzednio. Oddech w dolnej 1/4 lewego płuca z tyłu trochę słabszy w porównaniu ze stroną prawą. Głos bez zmiany. *Fremitus pectoralis* nieznacznie osłabiony. Wilgotne krepitacje, jak poprzednio.

Objawy płynu utrzymywały się bez zmiany do 25. X., w którym to dniu chora na własne żądanie opuściła szpital.

U w a g a. W przypadku tym wilgotne krepitacje były prawie jedynym objawem, który naprowadził na rozpoznanie płynu, *resp.* zapalenia opłucnej, gdyż, pomijając już to, że uczucie bólu chora umiejscowiła po stronie przeciwne, prawej, inne objawy przedmiotowe — bardzo wązki pas nieznacznego stłumienia i nieznaczne osłabienie *fremitus pectoralis* — wyrażone były tak słabo, że można je było bardzo łatwo przeoczyć i dopiero usłyszane przez nas wilgotne krepitacje skłoniły nas do uważnego ich doszukiwania się.

IV. *Pleuritis exsudativa sinistra. Punctio pleurae. Nieznaczna poprawa.*

Anna C., lat 25, przybyła na oddział d. 20. X. 1897. Zachorowała temu 8 tygodni; choroba zaczęła się od lekkich kłujących bólów w boku lewym, które bądź ukazywały się, bądź znikaly. Temu 5 dni chora dostała nieznacznego kaszlu i poczęła odczuwać osłabienie. Obecnie skarży się na ból kłujący w boku lewym, rozchodzący się w okolice lewej łopatki i wzmagający się przy głębokim wdechu, oraz na kaszel i duszność. W dzieciństwie często miewała bóle w boku prawym; zresztą zawsze była zdrową. Dwa razy ronila, nie rodziła.

Przebieg objawów. Ciepłota d. 4. XI. stale wyżej 38°, czasem dochodziła do 39°, potem stopniowo doszła do normy.

D. 21. X. Stłumienie zupełne od połowy łopatki do samego dołu z tyłu, nad płucem lewym. Z przodu stłumienie po stronie lewej od 2-go żebra do samego dołu. Oddech z tyłu na miejscu stłumienia słyhać jako *bruit de soufflé*; z przodu—osłabiony pęcherzykowy. Z tyłu na miejscu stłumienia wyraźna egofonia. *Fremitus pectoralis* zupełnie zniesiony w tem miejscu. U samego dołu z tyłu na miejscu stłumienia słyhać dość liczne, wilgotne, drobne, równopęcherzykowe krepitacye. Przekłucie próbne lewej opłucnej wykrywa mętawy, żółtawy płyn, ciężaru właściwego 1019, zawierający 4,5% białka.

D. 22. X. Stłumienie, *bruit de soufflé*, [który wystąpił i z przodu], egofonia, zniesienie *fremitus pector.* oraz wilgotne krepitacye utrzymują się bez zmiany.

D. 24. X. Za pomocą trójgrańca POTAIN'a wypuszczono z lewej jamy opłucnej 250 ctm. sześć. wyżej opisanego płynu.

D. 25. Górna granica stłumienia obniżyła się nieznacznie, oddech na miejscu stłumienia słyhać jako *bruit de soufflé*, głos osłabiony, *fremitus* nie wyczuwa się, wilgotne krepitacye w dolnej części stłumienia słyhać bez zmiany.

D. 26. X. Na miejscu stłumienia egofonia; z przodu górna granica płynu znajduje się na 3-iem żebrze. Granica ta zmienia swój poziom przy zmianie położenia chorej. Inne objawy bez zmiany.

D. 28. X. Znowu zrobiono przekłucie lewej opłucnej; wydobyto 200 ctm. sz. krwawo żółtego płynu, zawierającego 4% białka, ciężaru właściwego 1021.

D. 29. X. Górna granica stłumienia obniżyła się o 7 ctm.. Oddech na miejscu stłumienia bądź jako *bruit de soufflé*, bądź osłabiony pęcherzykowy; z przodu wyraźny *bruit de soufflé*. Na całej przestrzeni lewego boku oraz z tyłu u dołu egofonia; *fremitus* z tyłu u dołu zniesiony. Wilgotnych, drobnych krepitacyi słyhać u dołu z tyłu bardzo małą ilość.

D. 30. X. Stłumienie z tyłu po stronie lewej od dolnego kąta łopatki; na miejscu stłumienia *bruit de soufflé*, u dołu z tyłu egofonia, *fremitus pector.* zniesiony, wilgotne krepitacye bez zmiany.

Chora leżała potem jeszcze przez 20 dni na oddziale, przyczem objawów płynu przybywało, krepitacye jednak słyhać było bądź w bardzo nieobfitej ilości [4 dni] bądź bez charakterystycznej dla nich cechy wilgotności [przez 3 dni] bądź znowu jako wilgotne, prawie dźwięczne [6 dni]. W ciągu ostat-

niego tygodnia, pomimo utrzymujących się innych objawów płynu, krepitacyi nie słyszeliśmy.

U w a g a. Przypadek ten poucza, że wilgotne krepitacje mogą towarzyszyć przez czas dłuższy innym klasycznym objawom płynu, że, wraz ze zmniejszeniem się jego ilości, ilość ich może też znacznie się zmniejszać, że jednak nawet w takim przypadku, w którym początkowo istnieje harmonia między ilością krepitacyi i innymi objawami płynu, krepitacje te mogą nagle stracić swój wilgotny charakter, a nawet zniknąć, pomimo iż innych objawów płynu przybywa. Naturalnie, że ostatni fakt nie ma innego znaczenia nad to, że przypomina, iż brak czasami jakiegoś objawu wogóle na ustaleniu znaczenia jego obecności wpływać nie może: znikanie czasowe wilgotnych krepitacyi nie zmniejsza bynajmniej znaczenia ich rozpoznawczego dla płynu w opłucnej, o ile występują, tak samo jak znaczenia tego nie może zmniejszać ta okoliczność, że objaw ten występuje bynajmniej nie w każdym przypadku obecności płynu w opłucnej.

*V. Nephritis. Insufficiencia valv. mitralis. Hydrothorax sinistra. Poprawa.*

Marya G., lat 25. Przybyła na oddział d. 7. XI. 1897. Temu 18 dni po raz pierwszy zauważyła obrzęk kończyn dolnych. Jednocześnie dostała kaszlu, duszności; ilość moczu zmniejszyła się i wystąpiły: odbijanie, ból głowy, czkawka, ból kłujący w boku lewym, a nadto zaraz po przebyciu do szpitala chora dostała wymiotów. Temu 5½ tyg. poroniła.

Przebieg objawów. D. 8. XI. Obok obrzęków na całym ciele, powiększenia wątroby, bardzo słabych tonów serca i szmeru u wierzchołka serca zanotowano białko [4‰] w moczu i dużo cylindrów oraz nieznaczne stłumienie w dolnej 1/3 części lewego płuca z tyłu, oddech prawidłowy, głos trochę mniej dźwięczny na miejscu stłumienia, niż po stronie prawej w odpowiednim miejscu, *fremitus pectoralis* nad 1/3 dolną częścią lewego płuca z tyłu osłabiony. W tem samym miejscu słycać średnią ilość drobnych, wilgotnych krepitacyi. Przekłucie próbne wykrywa obecność w lewej jamie opłucnej surowiczego płynu, zawierającego 2‰ białka.

Chora przy odnośnem leczeniu [mleko, kamfora, kofeina] stopniowo się poprawiała i wypisała się 25. XI. z poprawą do domu. Objawy płynu w lewej opłucnej, a z nimi i krepitacje znikły już po tygodniu; chora opuściła szpital jeszcze w 12 dni potem.

U w a g a. I w tym przypadku opukowe i wysłuchowe objawy płynu w lewej opłucnej były tak nieznaczne, że — zwłaszcza przy takiej masie innych ciężkich objawów — uszłyby może naszej uwagi, gdyby nie stwierdzone od razu przy wysłuchiowaniu wilgotnych krepitacyi, które czujność naszą obudziły.

*VI. Emphysema pulmonum. Hydrothorax duplex.*

Maryanna G., lat 76. Przybyła na oddział d. 17. XI. 1897. Zachorowała 2 miesiące temu stopniowo; zaczęła doznawać duszności, bólu głowy i osłabie-

nia ogólnego. Na miesiąc przed tem jednak już kaszlała. Temu 10 dni za-  
uważała obrzęk kończyn dolnych, a blisko 2 tygodnie temu spostrzegła zmniej-  
szenie się ilości oddawanego moczu. Często miewa zawroty głowy. Przebyła  
8 porodów.

Przebieg obja w ó w. D. 18. XI. Dolny brzeg prawego płuca na *lin. parastern.* na 5 żebrze, na *lin. maxillar.* na 7 żebrze, z tyłu dochodzi do 12-go kręgu grzbietowego. W całym płucu świsty i rżenia. W dolnej części z tyłu wilgotne krepitacje i *bruit de souffle*. W płucu lewym u dołu z tyłu [w dolnej  $\frac{1}{3}$ ] oddech osłabiony, a nawet trochę *bruit de souffle* oraz wilgotne krepitacje; *fremitus pectoralis* słabszy z tyłu u dołu, niż w odpowiednim miejscu w płucu prawem. Żadnego stłumienia z tyłu niema. Z przodu zaś od 6-go żebra do samego dołu stłumienie zupełne.

D. 28. XI. Stłumienia z tyłu ani po stronie prawej, ani lewej niema. Z obu stron z tyłu u dołu *bruit de souffle* oraz wilgotne, drobne, równe krepitacje.

D. 3. XII. Dolna granica prawego płuca na *lin. parast.* na 5 żebrze, lewego na 4 żebrze. Objawy inne bez zmiany.

Od 4. XII. objawy wypukowe w płucach pozostawały takie same, z tą jednak różnicą, że wilgotnych krepitacji nie było słyhać przez całe 2 tygodnie.

D. 18. XII. Stłumienia z tyłu u dołu niema ani z prawej, ani z lewej strony; oddech z obu stron słaby, głos z tyłu u dołu słabszy po stronie prawej, niż lewej; u samego dołu z obu stron słyhać znowu wilgotne krepitacje.

Od tego czasu krepitacje te utrzymywały się bez przerwy. Tymczasem stan chorej ciągle się pogarszał: duszność i sinica oraz obrzęki wzrastały pomimo ciągłego podawania kofeiny, aż wreszcie:

d. 24. XII. chora zmarła. Sekcja wykazała: *Emphysema pulmonum. Stenosis mitralis. Cholelithiasis et cholecystitis purulenta. Hydrothorax duplex* [po 40 ctm. sześć. płynu w obu jamach opłucnej].

U w a g a. I w tym przypadku wilgotne krepitacje miały właściwie różne znaczenie rozpoznawcze w obu jamach opłucnej: w lewej, w której, prócz stłumienia, stwierdzonego dopiero dnia 22. XII, już dnia 18. XI były wszystkie objawy płynu (*bruit de souffle*, osłabienie *fremitus pector.*, zajęcie przestrzeni TRAUBE'go). Krepitacje były tylko jednym dowodem więcej, obecności płynu w jamie opłucnej. Przeciwnie, ze strony prawej jamy opłucnej krepitacje wilgotne oraz *bruit de souffle* były jedynymi objawami znajdującego się tam płynu. Stan chorej był ciągle nader ciężki, tak, że przekłucia próbnego nie robiliśmy, będąc i tak pewni obecności płynu w obu jamach opłucnej, co też na karcie przed sekcyą odnotowaliśmy.

Jak widać powyżej, sekcja wykazała, że rozpoznanie płynu w obu jamach opłucnej było trafne. Zasluguje na zaznaczenie, że w przypadku tym omawiane krepitacje słyhać było przez 2 tygodnie wyraźnie, na dwa tygodnie znikły zupełnie, a potem znowu wystąpiły. Prawda, że warunki wysłuchiwania były dość niedogodne [świsty i rżenia czasem bardzo się wzmagaly].

**VII. Nephritis. Myocarditis. Hydrothorax sinister.**

Maryanna P., lat 52. Przybyła na oddział dnia 27. XI. 1897 roku. Od roku zaczęły jej puchnąć kończyny dolne oraz brzuch jednocześnie. Przedtem oddawna już miała kaszel, duszność i bóle w kończynach, szczególnie dolnych. Często doznawała bólów głowy. Temu 3 tygodnie miała obfity krwotok z nosa. Krwią nigdy nie plula. Ból głowy, obrzęki, kaszel, a szczególnie wielka duszność są głównymi jej skargami obecnie.

Przebieg objawów. D. 28. XI. Brzeg dolny obu płuc obniżony o jeden palec poprzeczny. Żadnego stłumienia przy opukiwaniu klatki piersiowej niema ani z prawej, ani z lewej strony. Oddech wszędzie pęcherzykowy osłabiony, szczególnie z tyłu.

Na całej przestrzeni obu płuc świsty. U samego dołu z tyłu w płucu lewym na początku wdechu słychać drobne, równe, wilgotne krepitacje, poczem w końcu wdechu przyłączają się do nich rzeżenia [ilość pęcherzyków przy wdechu jest nierównie większa, są one bardziej wilgotne i równe, niż przy wydechu]. Głos jednakowy z obu stron, stały.

Drżenie głosowe bardzo słabe, jednakowe z obu stron. Przekłucie próbne, zrobione w miejscu, w którym słychać wilgotne krepitacje, dało mętnawy płyn, zawierający 1% białka.

D. 29. XI. Objawy te same.

D. 30. XI chora zmarła. Sekcja wykazała: *Emphysema pulmonum, dilatatio cordis, nephritis interstitialis*. W obu jamach opłucnej po 50 ctm. sześć. płynu.

Uwaga W danym przypadku znaczenie rozpoznawcze wilgotnych krepitacji było pierwszorzędnej wagi. Obecność tak niewielkiej ilości płynu w lewej jamie opłucnej została wykryta za życia chorej jedynie dzięki słyszalnym tu wilgotnym krepitacjom, gdyż innych objawów płynu zupełnie nie było. W prawej opłucnej płyn przeoczyliśmy właśnie dlatego, że przy jednakowych ujemnych ze stroną lewą danych opukowych i pozostałych wysłuchowych nie mieliśmy żadnego podejrzenia na płyn i punkcyi próbnej nie wykonaliśmy.

**VIII. Arthritis rheumatica acuta. Endocarditis. Pericarditis. Pleuritis serosa duplex. Vitium cordis.**

Maryanna G., lat 15, przybyła na oddział d. 29. XI. 1897 roku. Temu 3 dni zaczęła doznawać bólu pod podeszwami, potem w palcach obu stóp, potem zaczęły obrzmiewać i boleć stawy skokowe. 3 dni temu ból usadowił się w lewym kolanie, wczoraj zaś w prawem. Dwa dni temu ból wystąpił w stawie promieniowo-napięstkowym obu rąk, w lewym stawie barkowym, następnie w stawach łokciowych i w kręgach szyjowych. Od 3 dni miewa często dreszcze i mocno się poci, oprócz tego uskarża się na brak apetytu i ogólne niedomaganie. W dzieciństwie przebywała odrę, tyfus, a potem jakąś chorobę gorączkową.

Przebieg objawów. Z nader ciekawego i bardzo ciężkiego [chora była parę razy konającą] przebiegu klinicznego tego przypadku podajemy tu tylko szczegóły, stojące w związku z omawianym przez nas objawem.



D. 11. XII. W dolnej części [ $\frac{1}{4}$ ] lewego płuca z tyłu lekkie stłumienie; innych objawów nienormalnych niema.

D. 13. XII. Stłumienie zupełne w dolnej połowie lewego płuca z tyłu, *bruit de souffle*, *bronchophonia* w lekkim stopniu z egofonią. Przekłucie próbne daje wynik ujemny.

D. 15. XII. Od dolnego kąta łopatki lewej do samego dołu stłumienie z odcieniem bębenkowym, oddech oskrzelowy z charakterem *bruit de souffle*, przy końcu wdechu słycać krepitacje, równe, z charakterem suchym. Na miejscu stłumienia egofonia.

D. 16. XII. W dolnej połowie lewego płuca z tyłu stłumienie, *bruit de souffle*, egofonia; zwykle krepitacje słycać tylko w najniższej części płuca.

D. 17. XII. Objawy w płucu lewym, jak wyżej.

D. 19. XII. Po stronie prawej z tyłu poniżej łopatki słycać wyraźne tarcie opłucnej.

D. 20. XII. Z tyłu w obu płucach świsty; szmeru tarcia już niema, zresztą objawy, jak wyżej.

D. 24. XII. Nad płucom prawem u dołu z tyłu lekkie stłumienie, oddech osłabiony. W płucu lewym, jak poprzednio.

D. 25. XII. W płucu prawem z tyłu tylko świsty, w lewym z tyłu w dolnej części stłumienie, od czasu do czasu oddech oskrzelowy i rżenia, u samego dołu [z tyłu] bronchofonia, *fremitus pector.* osłabiony, a po kaszlu zupełnie wilgotne krepitacje. Stan chorej z powodu innych towarzyszących zaburzeń [wysoka ciepłota, wytwarzanie się wady serca, zapalenie osierdza] jest nadzwyczaj ciężki, tak, że na ponowne przekłucie próbne jeszcze nie zdecydowaliśmy się.

D. 26. XII. Stłumienie, oddech oskrzelowy, bronchofonia, osłabiony *fremitus* i wilgotne krepitacje w dolnej części lewego płuca z tyłu, jak poprzednio.

D. 28. XII. Objawy te same.

D. 2. I. 1898 roku. Stłumienie z tyłu w dolnej połowie lewego płuca istnieje, jak poprzednio; u dołu *bruit de souffle* i wilgotne krepitacje. Po stronie prawej lekkie stłumienie z tyłu u samego dołu, oddech słaby oskrzelowy, słycać rżenia. Drzenie głosowe z obu stron jednakowo osłabione.

D. 3. I. W płucu prawem pod pachą *bruit de souffle*, u samego dołu z tyłu bardzo nieznaczne stłumienie, oddech bardzo słaby. I tu słycać dzisiaj wilgotne krepitacje.

D. 4. I. Objawy te same. Zrobiono przekłucie prawej opłucnej i otrzymano płyn surowiczy, w którym ilości białka jednak nie określono z powodu zbyt małej jego ilości.

D. 8. I. Stłumienie w obu płucach u dołu z tyłu pozostaje, jak poprzednio. Pod lewą pachą *bruit de souffle*.

D. 12. I. Stłumienie w dolnej części lewego płuca szerokości 4 poprzecznych palców, egofonia; krepitacje wilgotne, jak poprzednio.

D. 14. I. Krepitacye wilgotne w płucu lewem wraz z innymi objawami płynu istnieją bez zmiany. Przekłucie próbne lewej opłucnej wykrywa płyn, zawierający 2% białka.

D. 16. I. Stłumienie z tyłu u dołu pozostaje w obu płucach, oddech w dolnej połowie lewego płuca oskrzelowy, krepitacyi wilgotnych bardzo niewiele.

D. 18. I. Krepitacye u dołu w płucu lewem, jak onegdaj. Inne objawy jak poprzednio, prócz oddechu, który jest pęcherzykowy, osłabiony.

D. 21. I. Stłumienie z tyłu u dołu pozostaje w obu płucach; po stronie prawej jest ono bardzo niewielkie. W lewym płucu *bruit de soufle* niema, oddech osłabiony.

D. 22. I. W płucu prawem zmian niema. W płucu lewem stłumienie z tyłu u dołu, oddech osłabiony, u samego dołu słycać wilgotne krepitacye.

D. 25. I. Krepitacye w płucu lewem z tyłu u dołu w bardzo małej ilości. Stłumienie szerokości 3—4 poprzecznych palców w tem miejscu jeszcze istnieje.

D. 27. I. Krepitacyi w lewym płucu znowu trochę więcej.

D. 30. I. Krepitacyi w płucach nie słycać.

D. 4. II. Stłumienie w dolnej części [4—5 ctm.] lewego płuca z tyłu utrzymuje się: na miejscu jego znowu słycać wilgotne krepitacye.

D. 7. II. W lewym płucu z tyłu wilgotne krepitacye słycać na przestrzeni 3 dolnych żeber. Oddech jest tu słaby, głos i drżenie klatki piersiowej osłabione.

D. 12. I. W obu płucach u dołu oddech jednakowo osłabiony [z tyłu] Krepitacyi niema.

D. 13. II. Wilgotne krapitacye z tyłu u dołu po stronie lewej znowu słycać.

D. 17. II. Stłumienie pozostaje z tyłu u dołu w płucu lewem. Oddech osłabiony jednak w takim samym stopniu, jak po stronie przeciwnej; głos również osłabiony; krepitacyi nie słycać.

Od tego czasu aż do opuszczenia przez chorą szpitala, co nastąpiło dnia 7. IV. 1898 roku, w płucach zmian chorobowych zauważyć nie było możliwem.

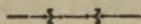
Uwaga. Wilgotne krepitacye w dolnej części prawego płuca z tyłu były i w danym pozypadku jedynym objawem, który skłonił nas do zrobienia przekłucia próbnego, albowiem, wobec wilgotnych objawów płynu po stronie lewej, stwierdzenie z pewnością nieznacznego stłumienia i osłabienia oddechu w prawem płucu z tyłu u dołu było nie możliwem. Co do lewego płuca, to zasługuje na uwagę fakt, że słycać w niem było przez kilka dni zupełnie typowe, suche krepitacye, podczas gdy innych danych za rozpoznaniem w niem *pneumoniae* z pewnością nie było. W danym przypadku stała, wysoka ciepłota, ciągle bardzo ciężki stan gólny i t. d. składały się na to, że zapalenie płuc możnaby rozpoznać napewno tylko wtedy, gdyby chora oddawała typową plwocinę przez parę dni. Że jednak tego nie było, a inne objawy wypukowe i wysłuchowe

mogły tak samo dobrze świadczyć o obecności w lewej jamie opłucnej płynu, jak i ogniska w lewym płucu, znaczenie więc rozpoznawcze owych suchych krepitacji z pierwszych dni kilku pozostaje dla nas nierozstrzygniętem, tem bardziej, że wykonane na razie przekłucie próbne dało wynik ujemny. Typowe dla płynu, wilgotne krepitacje wystąpiły dopiero po 15 dniach. Zasługuje na uwagę, że utrzymały się one z kilkudniową tylko przerwą przez całe 2 miesiące. Jest to więc ciekawy przyczynek do tego, jak objaw ten może być czasem stałym. [D. n.]

## II. O WPŁYWIE PAROWYCH KĄPIELI NA CZYNNOŚĆ WYDZIELNICZĄ ŻOŁĄDKA.

Podał

Aleksander Simon.



Liczne badania fizjologiczne i spostrzeżenia kliniczne udowodniły, że zabiegi wodolecznicze, a właściwie bodźce termiczne i mechaniczne wielki wywierają wpływ na sprawy życiowe, odbywające się w komórkach i naczyniach ustroju zwierzęcego. Błędnem jest zdanie KLEMPERER'a, jakoby hydroterapia działała tylko na drodze sugestyi.

WINTERNITZ i jego uczniowie uważają hydroterapię w tej postaci, w jakiej zazwyczaj zostaje stosowaną, za metodę pobudzającą (*erregende Therapie*). Wprawdzie w pewnych przypadkach, wskutek zabiegów wodoleczniczych, czynność narządów zostaje osłabioną, np. ruchy robaczkowe kiszek prawie ustają po 15—20 minutowej zimnej [min. 16° R.] kąpeli usiadowej (*Sitzbad*), lecz i w tym razie wynik oczywiście zależy od pobudzającego działania bodźca termicznego, z tą tylko różnicą, że podrażnienie tutaj dotyczy w pierwszym rzędzie nerwów, hamujących ruch robaczkowy.

O tym pobudzająco-wzmagającym wpływie bodźców termicznych na czynności fizjologiczne narządów naszego ustroju posiadamy obszerną literaturę; natomiast dziedzina, obejmująca również ciekawe i ważne zagadnienia fizjologii i terapii ogólnej, mianowicie nauka o sztucznym osłabieniu czynności leży prawie odłogiem. Pracując doświadczalnie w tym kierunku, starałem przekonać się najpierw, jaki wpływ wywiera wysoka ciepłota w postaci parowych kąpeli na czynności gruczołów. Otóż przedewszystkiem okazało się, że kąpiele ciepłe niewątpliwie osłabiają w znacznym stopniu czynność wydzielniczą żołądka.

Badania ZASIECKIEGO<sup>1)</sup>, dokonane w klinice profesora MANASSEINA na 4-ech osobach zdrowych i 3-ech chorych, dotkniętych nieżytem żołądka, okazały, że zarówno kwasność żołądka, jego zdolność trawienia,

<sup>1)</sup> N. A. ZASIECKIJ. Wojenno-mediejskij żurnal, Rok 1879. Ks. 2,

jak i kwaśność moczu zmniejsza się znacznie pod wpływem potów, sztucznie wywołanych już to w następstwie wstrzykiwań pilokarpiny, już też stosowania naprzemian gorących oraz ruskich kąpeli parowych. GRUZDOW sprawdzał na tejsze klinice w r. 1889 badania ZASIECKIEGO również na czterech osobach zdrowych i trzech chorych, dotkniętych przewlekłym nieżytem żołądka, stosując przytem: 1) kąpiele gorące, 2) ruskie parowe kąpiele, lub też 3) t. zw. parową kąpiel w skrzyni. Praca ta w zupełności potwierdza wnioski ZASIECKIEGO z tą tylko różnicą, że kwaśność moczu wskutek pocenia się nie ulega według niego żadnej zmianie, co zresztą zupełnie jest naturalnem, ponieważ zależy ona od obecności kwaśnych fosforanów, gdy tymczasem, pocąc się, tracimy chlorki. Muszę jeszcze zaznaczyć, że pepsynę wykrywał GRUZDOW zawsze, nawet wtedy, gdy wolny kwas solny zupełnie zniknął.

Prace ZASIECKIEGO i GRUZDOWA wymagają sprawdzenia, już z tego powodu, że autorowie nie mogli jeszcze korzystać z nowszych, dokładnych ilościowych badań soku żołądkowego, zadawalniając się tylko przybliżonem określeniem kwasu solnego na zasadzie stopnia zabarwienia odczynnikiem GUENZBURG'a; zresztą zastosowanie i sprawdzenie metody w znacznie większej ilości przypadków i w najrozmaitszych sprawach chorobowych żołądka może dopiero doprowadzić do jakichkolwiek praktycznych wniosków terapeutycznych.

Prawie we wszystkich badanych przezemnie przypadkach wywoływałem poty za pomocą t. zw. kąpeli parowej w skrzyni (*Dampfkastenbad, bain à vapeur en boîte*), urządzenia bardzo praktycznego i w Niemczech nader rozpowszechnionego. Zresztą sposób wywoływania samego aktu pocenia się nie odgrywa tutaj żadnej roli, ponieważ zarówno za pomocą pilokarpiny, jakoteż parowych oraz gorących kąpeli można wyrzec ten sam wpływ na czynność wydzielniczą żołądka. Dotychczas badałem w ten sposób dwadzieściakilka przypadków; z nich dwanaście spostrzegalem przez czas dłuższy; to też na nich przeważnie opieram obecnie swe wnioski. Przypadki te są następujące: 1 osoby zdrowe, 4 z nadmierną kwasotą, 4 z przewlekłym nieżytem żołądka, 1 z wrzodem żołądka, 1 z nerwową niestrawnością (*dyspepsia nervosa*). Ilościowych badań w każdym przypadku wykonywałem od 2 do 6. Zawartość żołądka wydobywałem w godzinę po śniadaniu EWALD'a: 300 grm. lekkiej herbaty i 50 grm. bułki. Obecność wolnych kwasów wskazywało ściemnienie papierków Congo, wolny kwas solny odkrywałem za pomocą odczynnika GUENZBURG'a, ilościowo oznaczałem wolny kwas solny za pomocą metody MINTZA, do miareczkowania posługiwałem się  $\frac{1}{10}$  normalnym ługiem sodowym, jako wskaziciel (*indicator*) przy oznaczaniu kwaśności ogólnej (*Gesamtacidität*) służyła mi fenolftaleina. Liczby, oznaczające stopień kwaśności, odnoszą się do 100 grm. przesącza.

Nie uważam za konieczne obarczać uwagi czytelnika przeglądem wszystkich protokółów, tembardziej że będą one wkrótce na innym miejscu w całości ogłoszone; ograniczam się obecnie tylko na podaniu kilku typowych i decydujących przypadków.

### Przypadek pierwszy.

Rozpoznanie: kwaśny nieżył żołądka.

№ 1.	№ 2.	№ 3.	№ 4.	№ 5.
Badanie w 24 godz przed parową kąpielą, w 1 godzinę po śniadaniu EWALD'a.	Natychmiast po kąpieli śniadanie, po czem w 1 godz. badanie.	W 48 godzin po kąpieli.	W 4 dni po kąpieli.	W 7 dni po kąpieli.
Lakmus + m. Congo + m. Florogl. + m. (25). Kw. ogólna = 68.	Lakmus + m. Congo + m. Florogl. + m. (30). Kw. ogólna = 70	Lakmus + sł. Congo — Florogl. — (0). Kw. og. = 30.	Lakmus + śr. Congo + sł. Florogl. + (13). Kw. ogólna = 57.	Lakmus + m. Congo + m. Florogl. + m. (30). Kw. ogólna = 62.

### Przypadek drugi.

Rozpoznanie: kwaśny nieżył żołądka.

№ 1.	№ 2.
Bezpośrednio przed kąpielą parową.	W 5 godzin po kąpieli.
Lakmus + m. Congo + m. Florogl. + m. (24). Kw. ogólna = 42.	Lakmus — (0). Congo — (0). Florogl. — 0. Kw. ogólna = 0.

### Przypadek trzeci.

Osoba zdrowa.

№ 1.	№ 2
W 24 godzin przed kąpielą.	W 48 godzin po kąpieli.
Lakmus + m. Congo + śr. Florogl. + (8). Kw. ogólna = 33.	Lakmus + Congo — Florogl. — (0). Kw. ogólna = 10.

### Przypadek czwarty.

Rozpoznanie: nieżył kwaśny.

№ 1.	№ 2.
W 48 godzin przed kąpielą.	W 48 godzin po kąpieli.
Lakmus + m. Congo + m. Florogl. + m. (25). Kw. ogólna = 76.	Lakmus + śr. Congo + śr. Florogl. + sł. (5). Kw. ogólna = 40.

### Przypadek piąty.

Rozpoznanie: *anaciditas ventriculi*.

№ 1.	№ 2.	№ 3.
W 1 godzinę przed kąpielą.	W godzinę po kąpieli.	W 48 godzin po kąpieli.
Lakmus + śr. Congo + śr. Florogl. + (4). Kw. ogólna = 50.	Lakmus + śr. Congo + sł. Florogl. + (3). Kw. og. = 38.	Lakmus + śr. Congo + sł. Florogl. + (3). Kw. ogólna. = 42.

Nawet pobieżne przejrzenie powyższych kilku (5) protokółów wykazuje, w jak wysokim stopniu kąpiel parowa, czyli akt pocenia się wpływa na czynność wydzielniczą żołądka. Wpływ ten osłabiający jest nad wszelkie spodziewanie długotrwały, tak, że niekiedy w 2 dni po kąpieli, nawet w przypadkach kwaśnego nieżytu, wcale nie odnajdywałem wolnego kwasu solnego.

Zmiany soku żołądkowego natychmiast po kąpieli są niestałe i prędko przemijające; przypuszczam jednakże, że w większości przypadków chwilowo sprawa wydzielnicza nieznacznie podnieconą zostaje. Za tym krótkim okresem wzmożonej czynności wnet następuje silny odczyn w odwrotnym kierunku, który po 4 do 6 godzinach dosięga swego szczytu [p. przyp. 2], poczem nader wolno, niekiedy w ciągu 6 dni, wraca do stanu normalnego. Tyle co do faktycznej strony powyższej sprawy. Muszę jeszcze nadmienić, że nie we wszystkich przypadkach spostrzegałem tak wyraźne i zadziwiające zmiany, zwłaszcza tam, gdzie stopień kwaśności soku żołądkowego sam przez się jest niski, trudno go obniżyć jeszcze bardziej. Że wynik kąpieli poniekąd zależny jest od ilości straconego potu, jest rzeczą niewątpliwą, jak również, że czyn-

ność wydzielnicza żołądka stoi w ścisłym związku z czynnością wydzielniczą skóry.

Na czenież ona polega? Z początku przypuszczałem zgodnie z WINTERNITZ'em, że sprawa powyższa zależną jest od zmienionego krwi obiegu, że powstaje wskutek bezkrwistości błony śluzowej żołądka, która występuje niewątpliwie w następstwie przekrwienia skóry podczas kąpieli parowej.

Dalsze badania jednakże bezpowrotnie obaliły to przypuszczenie, albowiem osłabienie kwaśności soku żołądkowego można skonstatować nie w czasie lub zaraz po parowej kąpieli, lecz dopiero po kilku godzinach, kiedy o bezkrwistości żołądka wskutek przekrwienia skóry wcale mowy być nie może. Zresztą w żadnym razie przypuścić nie można, iżby ta bezkrwistość po jednej kąpieli trwać miała aż przez 6 dni. Zdaje mi się atoli, że ogniwo, łączące sprawę pocenia się z czynnością wydzielniczą żołądka, jest zupełnie innego rodzaju, mianowicie polega na zubożeniu ustroju wskutek pocenia się w chlorki, przedewszystkiem chlorek sodu. Zależność trawienia żołądkowego od ilości chlorku sodu we krwi wielokrotnie spostrzegano: z doświadczeń BRAUN'a, GRUETZNER'a i BOAS'a wiemy, że podskórne wstrzykiwania roztworów soli kuchennej wzmagają czynność wydzielniczą żołądka, a CAHN <sup>1)</sup> wykazał, że ze zmniejszeniem jej ilości we krwi idzie w parze i osłabienie kwaśności soku żołądkowego, która wreszcie w czasie głodu chlorowego spada do zera.

Na tej zasadzie zalecił EWALD <sup>2)</sup> ograniczanie ilości chlorków w dyecie chorych z nadmierną kwasnością żołądkową. Co do kwestyi wreszcie wartości parowych i rzymskich kąpieli [bo one najbardziej wpływają na obfite wydzielanie potu] w terapii chorób żołądka, to na zasadzie moich, jeszcze niezbyt licznych badań rozstrzygać jej nie mogę; muszę jednakże zaznaczyć, że rezultaty, otrzymane przy stosowaniu metody napotnej u chorych z wrzodem żołądka [z zachowaniem wszelkiej ostrożności i z wyłączeniem przypadków ze skłonnością do krwawienia], kwaśnym nieżytem i sokotokiem, są nader pomysłne.

Przeciwwskazaną jest powyższa metoda lecznicza w przypadkach osłabionej kwaśności soku żołądkowego, krwawiących wrzodów; bez korzyści zaś pozostaje wobec nerwic żołądkowych, nawet przy współistniejącej nadkwaśności.

Powyższą pracę wykonałem w większej części na oddziale prof. WINTERNITZ'a [w Wiedniu], któremu za życzliwość oraz poparcie wyrażam tu serdeczne podziękowanie.

---

<sup>1)</sup> CAHN. „Die Magenverdaug im Chlorhunger“. Zeitschr. für physiol. Chemie. X. 6. 1880.

<sup>2)</sup> EWALD. Berl. klin. Wochenschrift. 1886.

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

### 134. Riedel. W kwestyi powstawania i rozpoznawania napadu kolki wątrobowej.

[Dokończenie.—Patrz Nr. 38].

W pierwszym razie szybko powstaje następny napad, t. j. nanowo rozwija się puchlina pęcherzyka, choć początkowo płyn ma jeszcze wyraźnie żółciowy wygląd. Autor przedstawia sobie mechanizm powtórnych skutecznych napadów kolki żółciowej w taki sposób, że wytworzenie puchliny pęcherzyka żółciowego musi zawsze poprzedzać napad kolki. Puchlina ta dochodzi do skutku dlatego, że w szyjce pęcherzyka ustawia się nowy kamień, przez co żółć z wątroby nie może się przedostać do pęcherzyka. Ponieważ puchlina zawsze nanowo się wytwarza, przeto zarówno chory, jak i lekarz przy każdym nowym napadzie wyczuwają mocno napięty pęcherzyk. Gdy ma się do czynienia z małymi kamieniami, które nie wywołują obrażenia w przewodzie pęcherzykowym, za każdym razem znajdowane bywają kamienie w wypróżnieniach: w taki sposób powstaje t. zw. dawniej typowy napad.

Druga możliwość bywa wtedy, gdy po odejściu pierwszego kamienia drugi nie ustawia się w szyjce pęcherzyka; panuje wówczas spokój przez mniej lub więcej długi czas. Kamienie, znajdujące się w pęcherzyku żółciowym, powiększają się przez ten czas w objętości, wytwarzają się także nowe kamienie. Gdy po kilku miesiącach lub latach spokoju kamień znowu wchodzi do szyjki pęcherzykowej, przyczem wytwarza się na nowo puchlina, to pojawiający się wówczas napad częstokroć bywa bezskuteczny: kamień, którego objętość przez ten czas zwiększyła się, nie może przedostać się do przewodu pęcherzykowego, napad sprowadza wzdęcie brzucha, obrzmienie pęcherzyka, lecz kamień nie odchodzi.

Gdy kamień, przechodząc przez *d. cysticus*, wywoła silne uszkodzenie tegoż, to nierzadko następuje zarośnięcie przewodu [w 5—7% przypadków autora]. Nie tylko duże, lecz i małe kamienie mogą spowodować głębokie obrażenie z następczem zarośnięciem przewodu pęcherzykowego; to ostatnie nastąpić może nawet przy zupełnie niebolesnem, *resp.* wolnem od wszelkich objawów przejściu kamienia.

Przy zarośnięciu przewodu pęcherzykowego chory cierpi na takie same napady *perialienitidis*, jak gdyby kamień tkwił w szyjce pęcherzyka. Pęcherzyk napadowo obrzmiewa i spada, chociaż o „uwięźnięciu“ napewno mowy być nie może. W tak odgraniczonych pęcherzykach dość często rozwija się zapalenie ropne (*perialienitis purulenta*); napady przychodzą coraz częściej, przerwy między napadami stają się coraz krótsze, aż rozwinię się obraz chorobowy ropnia, wymagający szybkiej interwencji chirurga.

Pod względem klinicznym i dyagnostycznym niezmiernie ważną jest następująca okoliczność: pęcherzyk żółciowy nie zwiększa się podczas napadów, a więc staje się niewyczuwalnym. Powiększenia tego brak, gdy pęcherzyk po wyjściu pierwszego kamienia kurczy się, co bywa niezmiernie często. Ściana pęcherzyka, wskutek ucisku ze strony kamieni, jakoteż wskutek często powtarzających się zapaleń, jest w stanie nacieczenia; skoro tylko pierwszy kamień, a wraz z nim zebrany wysięk surowiczy zostaną wypędzone podczas jakiegoś napadu, pęcherzyk kurczy się [wskutek ściągania się nowoutworzonej tkanki łącznej] naokoło pozostałych kamieni; objętość jego często nie dosięga wówczas wielkości paluszka. Zmniejszenie takie do-

chodzi niekiedy do skutku nawet w tym razie, gdy bardzo mały kamień przecisnął się przez przewody żółciowe oraz brodawkę, nie wywołując wcale żółtaczki; najczęściej zaś tak skurczony pęcherzyk spotykamy przy ciężkich, połączonych z żółtaczką, napadach kolki żółciowej.

Skurczenie bliznowate pęcherzyka żółciowego jest z chirurgicznego punktu widzenia rzeczą bardzo ważną. Pęcherzyk kurczy się we wszystkich kierunkach, szczególnie zaś w kierunku podłużnym, przyczem albo dno pęcherzyka (*fundus vesicae f.*) zostaje pociągnięte ku górze, albo przewód żółciowy ku dołowi, *resp.* ku przodowi, albo wreszcie mamy jedno i drugie jednocześnie [co bywa najczęściej]. Ściągnięcie się pęcherzyka bywa najsilniejsze wówczas, gdy w pęcherzyku znajdował się tylko jeden większy kamień i gdy kamień ten został wyrzucony przez przewód pęcherzykowy do przewodu żółciowego; pęcherzyk kurczy się wówczas nierzadko do wielkości naparstka, przewód pęcherzykowy zwęża się lub zarasta, gdyż ciężko uszkodzony został przez przechodzący kamień.

Rozpoznanie. 90% chorych na kamień żółciowy nie ma w początkowych okresach choroby żółtaczki. Jeśli zatem rozpoznanie cierpienia opierać zechcemy na *icterus incipiens* lub nawet na obecności kamieni w wypróżnieniach, to zaledwie w 10% przypadków będziemy mogli postawić rozpoznanie. Z pozostałych 90% mamy zaledwie w połowie przypadków przy początku choroby typowe, t. j. cięższe napady kolki; większa część chorych cierpi na t. zw. nerwobóle żołądkowe (*cardialgiae*), niektórzy tylko na zaburzenia żołądkowe, brak łaknienia, niekiedy wymioty. Są to osobniki, u których pojedyncze, duże kamienie swobodnie pływają w płynie pęcherzyka (*hydrops vesicae f.*), przewód pęcherzykowy jest tylko obrzmiały, a w szyjce nie tkwi żaden kamień. Przy dłuższym trwaniu cierpienia zwiększa się odsetka chorych żółtaczkowych, gdyż niektórzy chorzy przebywają skuteczne napady kolki [t. j. z przejściem kamienia do przewodu żółciowego i dalej]; jednakże liczbę tych chorych ocenia autor nie więcej, niż na 20%, odliczając te przypadki, w których żółtaczka występuje wtórnie wskutek raka pęcherzyka żółciowego. Z tych 25% zaledwie połowa oddaje kamienie *per vias naturales*, u drugiej połowy kamienie pozostają tymczasem w *d. choledochus*, przyczem później albo odchodzą, albo też nie.

Praktycznie najważniejszą rzeczą jest, ażeby w przypadkach wolnych początkowo od żółtaczki [90%] rozpoznać kamień, gdyż chorym tym można w łatwy i zupełnie bezpieczny sposób okazać pomoc skuteczną. Błędy w rozpoznaniu zależą tu przeważnie od tej okoliczności, że „bezskuteczny“ napad kolki żółciowej nie jest jeszcze dostatecznie uznany. W przeważnej większości przypadków rozpoznać można ograniczone podrażnienie otrzewnej; jako takie właśnie przebiega bezskuteczny napad kolki żółciowej [wzdęcie nadbrzusza, wrażliwość tegoż, nudności, niekiedy wymioty]. Szczególne trudności rozpoznawcze przedstawiają bóle napadowe, zależne od zrostów pęcherzyka żółciowego [pozostających po odejściu kamieni], jak również t. zw. nerka ruchoma, a właściwie mówiąc unieruchomiona dzięki zrostom w okolicy pęcherzyka. Jeśli napad kolki żółciowej nie jest zupełnie charakterystyczny, to niekiedy trudno odróżnić go od kurczów żołądka, kolki kiszkowej, nerkowej oraz czysto nerwowych bólów trzewowych, jakie występują u osób neurastenicznych lub histerycznych. Dłuższe spostrzeganie, staranna ocena wszystkich objawów oraz uwzględnienie całego obrazu chorobowego pozwalają w większości przypadków rozstrzygnąć wątpliwości.

Nie ulega wątpliwości, że w tysiącach przypadków nerwoból żołądkowy sprowadza się do kamicy żółciowej. Bardzo trudnym jest rozpoznanie w tych przypadkach, w których bez poprzedniego, wyraźnego napadu kolki występują w jamie brzusznej sprawy zapalne, których punkt wyjścia trudno bliżej okre-



ślić. Pamiętać należy, że podobne sprawy najczęściej wychodzą albo z pęcherzyka żółciowego, albo z przemieszczonego wyrostka robaczkowego. Ponieważ zmiany położenia wyrostka ku górze i do wewnątrz zdarzają się stosunkowo często [około 10% operowanych przez autora przypadków, których ogólna liczba wynosi 120], a zwłaszcza w młodym wieku, przeto u osobników młodszych przedewszystkiem myślę należy o zapaleniu wyrostka u starszych zaś, zwłaszcza u kobiet, o zapaleniu pęcherzyka żółciowego.

Rokowanie. Rokowanie w każdym przypadku kamicy żółciowej uważać należy za wątpliwe, o ile ograniczamy się na leczeniu wewnętrznym. Pamiętać tu jednak trzeba o rozmaitych niebezpiecznych stanach następczych oraz o częstych nawrotach, nawet po upływie wielu lat. Przy leczeniu operacyjnym szanse zmieniają się. Autor liczy 90% ostatecznych wyzdrowień przy wykonywaniu operacji w należyтым czasie. Z pozostałych 10% jedna połowa przypada na raka pęcherzyka żółciowego, druga po części na ostre zapalenie pęcherzyka [rzadko], po części na kamienie przewodu żółciowego. Jeśli do tych ostatnich spraw przyłącza się *perialienitis infectiosa*, to chory jest niechybnie stracony; ratunek wówczas możliwym jest jedynie tylko przy wczesnym poddaniu się operacyi.

Co się tyczy pojedynczych objawów, to sam napad kolki nigdy prawie nie jest niebezpiecznym, aczkolwiek autor podaje 3 przypadki śmiertelne [2 razy po zapaleniu pęcherzyka żółciowego, 1 raz po zapaleniu przewodu żółciowego]. Pomiedzy możliwymi przedziurawieniami wytworzenie komunikacyi między pęcherzykiem żółciowym a dwunastnicą jest najpomysłniejszem. Nieco radsze przedziurawienie do poprzecznicy ma tę złą stronę, że kał może wejść do pęcherzyków i wywołać zakażenie. Długotrwałe zamknięcie światła przewodu żółciowego, spowodowane kamieniem, należy do bardzo niepożądanych powikłań, szczególniej wobec możności powstawania w tem miejscu zakaźnego zapalenia, rozszerzającego się na cały układ żółciowy. Najgroźniejsze powikłanie stanowi rak pęcherzyka żółciowego, co, według statystyki autora, przytrafia się bardzo często.

Leczenie. Wewnętrzne leczenie kamicy żółciowej polega na usunięciu napadu (*narcotica*) i na podawaniu lekkich środków czyszczących w celu wydalenia kamieni, które przedostały się już do przewodu kiszkiowego. Ponieważ większa część napadów kolki jest niczem innym, jak bezskutecznym zapaleniem pęcherzyka żółciowego, przeto w bardzo wielu przypadkach środki przeczyszczające nie przyspieszą wydalenia kamieni. Pomimo to są one bardzo pożyteczne, gdyż niema lepszego środka dla usunięcia bólów, niż energetyczne *ecoproticum*. Po opróżnieniu jelit krew odpływa od pęcherzyka do naczyń kiszki, co sprowadza znakomitą ulgę. Gdy zaś mamy do czynienia z napadem, któremu towarzyszy żółtaczka [skuteczny napad], to środek opróżniający może w istocie wydalic kamień, *resp.* kamienie z kiszki, odcinając jednocześnie krew od pęcherzyka. A zastosowanie środka przeczyszczającego jest w każdym razie użytecznem. Wody karlsbadzkie przynoszą ulgę, jako środek przeczyszczający, zwłaszcza w przypadkach kamieni pęcherzykowych [bezsłuczne napady].

Co się tyczy środków t. zw. żółciowych [wody alkaliczne, salicylan sodu], to nie mogą one, rzecz naturalna, wpływać na te kamienie, które utkwily w przewodzie pęcherzykowym: w pęcherzyku mamy płyn surowicy, ani jedną kropla żółci nie dostaje się tam. Odnośnie do kamieni, siedzących w przewodzie żółciowym, byłoby może wskazaniem podawanie środków żółciopędnych, gdyby te mogły wywołać ruch postępowy kamieni. Autor wcale w to nie wierzy. Zdaniem jego, tylko ostra sprawa zapalna może tkwiący *in d. choledochu* kamień posunąć naprzód, a sprawę tę w jej natężeniu i wpływie na kamień

znacznie osłabiają środki przeczyszczające, a więc także wody karlsbadskie. W większości przypadków wody karlsbadskie nie niweczą skutków *parialienitidis* [wypędzającego działania sprawy zapalnej]; lecz tam, gdzie stosunki są bardzo pomyślne [duży kamień, mało podatna brodawka, lekkie napady *perialienitidis*], może wystąpić ujemny wpływ wody karlsbadskiej. Tej ostatniej właśnie przypisać należy winę tego, że ludzie zamożniejsi w znacznie gorszym stanie poddają się zabiegom operacyjnym, aniżeli klasa robotnicza; operacje autora, wykane na przewodzie żółciowym, tyczyły się przeważnie ludzi, należących do warstw zamożniejszych.

Zdaniem autora, lekarz chorób wewnętrznych musi bezwarunkowo być dokładnie obznajmionym ze wskazaniem do operacji. Terapeuta zazwyczaj pierwszy widzi chorego, i od jego rady zależy los chorego. Siedlisko kamienia musi i może w większości przypadków być ściśle określone. Póki lekarze wierzyć będą, że kolka żółciowa zawsze polega na uwięzieniu kamienia, trwać będzie dotychczasowa niejasność zapatrywań, a przedewszystkiem leczenie kamicy nie zmieni się wcale. Nie należy czekać, aż kamień zostanie posunięty do przewodu żółciowego, gdyż wtedy szanse znacznie pogarszają się. Cięcie pęcherzyka żółciowego przy kamieniach pęcherzyka lub przewodu pęcherzykowego, niezależnie od tego, czy w pęcherzyku znajduje się żółć, surowica lub ropa, dała autorowi około 98—99% wyzdrowień [na 130 przypadków].

Zakażenie żółci przy kamieniu przewodu żółciowego w wysokim stopniu pogarsza rokowanie: chory najczęściej pada ofiarą ogólnego zakażenia. Zapobieżenie temu powinno być głównym celem czynności lekarza, a cel ten tylko wówczas osiągnąć można będzie, gdy uznanym zostanie fakt, że kolka żółciowa polega na zapaleniu.

Gdy kamień po niezupełnie skutecznym napadzie utkwił w przewodzie pęcherzykowym lub żółciowym, to kamień przewodu pęcherzykowego należy zawsze usunąć na drodze operacyjnej, kamień zaś przewodu żółciowego tylko wówczas, gdy przez nieobecność małych kamieni w wypróżnieniach dowiedzionem zostanie, że kamień, tkwiący w przewodzie żółciowym, jest stosunkowo duży. Jeśli zaś zaraz przy pierwszym napadzie, połączonym z żółtaczką, odeszły małe kamienie, jeśli zdarza się to i przy następnych napadach, to zabieg operacyjny jest zazwyczaj przeciwwskazany.

Przeciwwskazanie istnieje także w tych przypadkach, w których bardzo duże kamienie odeszły drogami naturalnymi przy istniejącej żółtaczce lub bez niej; przy odejściu takich kamieni bez żółtaczki [prawdopodobnie wskutek przedziurawienia szyjki pęcherzykowej do dwunastnicy lub dna pęcherzyka dół poprzeczny] można jeszcze prędzej zdecydować się na operację [przejście zawartości jelit do pęcherzyka żółciowego], aniżeli przy odejściu dużych kamieni z żółtaczką, a zatem gdy duży kamień przewodu żółciowego przeszedł przez brodawkę.

Należy raz na zawsze rozstać się z często wypowiedzanym poglądem: „tam, gdzie środki wewnętrzne są wyczerpane, wskazane jest leczenie operacyjne“. Autor utrzymuje, że niema wogóle żadnych środków wewnętrznych, któreby mogły okazać bezpośrednią pomoc przy kamicy żółciowej; tylko bóle mogą być uśmierzone za pomocą morfiny oraz środków przeczyszczających. Gdy kamienie są małe, natura sama sobie pomaga; środki czyszczące, a zatem i sól karlbadska, zmniejszają tylko siły natury, jakkolwiek przynoszą choremu czasową ulgę.

Przy dużych kamieniach natura nie inaczej pomódz sobie może, jak powodując niezwykle i nieobojętne dla ustroju zmiany [przedziurawienia i t. p.]. Zapobiedz temu może tylko usunięcie we właściwej porze kamieni na drodze

operacyjnej. Sam zabieg operacyjny jest prawie bezwzględnie pozbawiony niebezpieczeństwa, gdy wykonywa go ręka doświadczonego chirurga.

*Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie. 1898 r. Tom III. Zeszyt 2. str. 167—274).*  
Stanisław Pechkranc.

### 135. Lippert. Spostrzeżenia nad ciałkami szklistymi we krwi.

W świeżym preparacie krwi zimniczej znaleziono bardzo dużo nitek szklistych, podobnych do sznurów nawleczonych pereł, jak również oddzielne cząstki tych formacji. Te ostatnie znajdowały się w ciągłym, robaczkowym, bardzo żywym, drgawkowym ruchu.

Autor obserwował sprawę rozpadania się takiego sznura na oddzielne ogniwa w ciągu 10 minut i doszedł do tego przekonania, że te cząstki składowe są bardzo podobne do tych formacji, które w swoim czasie [1896 roku Gaz. Lek.] opisał MUELLER pod nazwą hemokonii. Dalsze badania preparatów trwałych tejże samej krwi wykryły obecność leukocytów-eozynofików, które zawierały pewną ilość ciałek szklistych, jak również dały możność stwierdzenia niewątpliwie, że ciałka te wyzwalają się stopniowo z zawierających je komórek i wykonywają wspomniane ruchy drgawkowe.

Ztąd wyprowadza autor wniossek, że hemokonie MUELLER'a, ewentualnie omawiane ich konglomeraty [sznury szkliste] zawdzięczają swe pochodzenie komórkom eozynofilowym.

*(Centrblt. f. Bakteriologie Parasitenkunde etc. Bd. XXIV. Nr. 6—7).*

Zdzisław Markiewicz.

### 136. Féré. O przemijających wysiękach stawowych na tle nerwowem.

Sprawa ta chorobowa stawów należy wogóle do dosyć rzadkich. Charakterystyczną jej cechą jest występujące co pewien przeciąg czasu obrzmienie stawu, spowodowane zbieraniem się wewnątrz niego płynu surowiczego. Obrzmieniu temu zazwyczaj towarzyszą bardzo słabe objawy zapalne: lekkie zaczerwienienie skóry, miejscowe podniesienie ciepłoty i ból, a raczej nieprzyjemne uczucie napięcia tkanek, często objawów zapalnych brak zupełnie. Płyn zbiera się bardzo szybko i prawie również szybko znika, poczem staw wraca do swego normalnego stanu. Ten stan prawidłowy stawów w przerwach pomiędzy napadami stanowi cechą znamioną opisywanego cierpienia, które w ten sposób możemy odróżnić od obostrzeń przewlekłych zapaleń stawów, w których stan nienormalny trwa bez przerwy. Chorobie tej najczęściej podlega staw kolanowy, choć może ona mieć miejsce w każdym innym, a nawet w kilku jednocześnie. Co do przebiegu, zazwyczaj przerwy trwają około 15 dni, sam zaś napad od 3 do 5 dni; czasami zdarza się, że pierwsze przewlekają się do trzech miesięcy, drugie—do dwóch tygodni.

Wiek chorych waha się między 20 a 50 rokiem; przewaga ilościowa po stronie kobiet [ $\frac{2}{3}$  wszystkich przypadków]. Choroba trwać może lata całe. Przyczyn tego cierpienia w ostatnich czasach podawano bardzo wiele [zarażenie, wpływy nerwowe, zaziębienie].

FÉRÉ zebrał szereg przypadków, które najwyraźniej wskazują na nerwowe pochodzenie *hydropsis articularum intermittens*. Jedna z jego obserwacji dotyczy histeryczki, morfinistki, u której w czasie leczenia przeciwmorfynowego występował wysięk w stawie kolanowym. W drugim przypadku podobna sprawa miała miejsce również u histeryczki współcześnie z t. zw. *oedema angioneuroticum* kończyn. Wreszcie notuje on istnienie przemijających wysięków stawowych u paru mężczyzn, cierpiących na padaczkę, histeryę i t. d. Co do rokowania należy pamiętać, iż często cierpienie to jest zwiastunem poważnych spraw patologicznych w stawach na gruncie anatomicznym.

*(Revue de chirurgie. Nr. 7. 1898).*

E. Lewenstern.

### 137. Kromayer. Aceton w technice barwienia. Nowa modyfikacja metody Gram-Weigert'a.

Ponieważ aceton łączy się w każdym stosunku z wodą i ksylolem, przeto przypuszcza K., że zastąpi on wyskok przy utrwalaniu preparatów, jak również odda usługi technice mikrochemicznej.

Dotychczas dała autorowi najpomyślniejsze wyniki zmiana, jaką zrobił w metodzie WEIGERT'a, zastępując w niej przez aceton anilinę, *resp.* jej mieszaninę z ksylolem [te substancje wprowadził WEIGERT, jak wiadomo, do metody GRAM'a w miejscu wyskoku]. Czystym acetonem odbarwiają się skrawki, wyjęte z jodu, jeszcze energiczniej, aniżeli wyskokiem. Lecz jeżeli aceton zmieszać z ksylolem w stosunku 1:5—5,5, to otrzymuje się obraz taki sam [włókna nabłonkowe występują nawet wyraźniej], jak przy metodzie WEIGERT'a. Nad tą ostatnią posiada modyfikacja autora tę wyższość, że nie wymaga tak starannego obsuszania preparatu bezpośrednio przed odbarwianiem.

(*Centrbl. f. allgem. Pathologie u. pathologischen Anat. Bd. IX. Nr. 14—15*).

Zdzisław Markiewicz.

### 138. Simon. O działaniu soli glauberskiej na czynność żołądka.

Systematycznie przeprowadzona obserwacja i leczenie 12 przypadków cierpień żołądkowych pozwala autorowi wyprowadzić następujące wnioski.

1) Kuracja 2—3 tygodniowa solą glauberską [w ilości 0,5—1,0 grm. na 200 grm. wody, ogrzanej do 40° C. na czczo] wpływa bardzo dodatnio na nieżyt żołądka śluzowy z brakiem kwasu solnego.

2) Przy niezżytach zanikowych, bezkwaśności objawowej [gruźlica, rak], rozszerzeniach i zaburzeniach ruchowych wyniki pomyślne są zwykle nieznaczne.

3) Przy cierpieniach nerwowych bez zmian miejscowych i przy nadkwaśności skutek stosowania tej soli jest żaden.

4) Na własności chemiczne soku żołądkowego wpływa dłuższa kuracja stale tylko przy niezycie śluzowym, a mianowicie podnosi do wysokości normalnej stopień kwasoty; obniżyć zaś tej ostatniej w przypadkach patologicznego nadmiaru nie jest w stanie.

5) Mała dawka jednorazowa jest lekkim bodźcem dla czynności chemicznej żołądka i silnym dla ruchów robaczkowych jego i kiszek.

6) Siarczan sodu w dawkach 0,5—1,0 działa pod wieloma względami tak samo, jak naturalna woda karlsbadzka, *resp.* sól, różni się jednak tem, że nie usuwa nadmiaru kwasoty.

(*Zeitschr. f. klin. Med. Bd. XXXV. Hft. III/IV*).

Zdz. Markiewicz.

### 139 Abel. Przyczynę do bakterjologii wrzodziejącego zapalenia jamy ustnej i migdałów.

Na podstawie dziesięciu własnych spostrzeżeń potwiedza autor w zupełności obraz bakterjologiczny [i kliniczny] zatytułowanych cierpień, który w swoim czasie opisał BERNHEIM.

Czy swoiste laseczniki są istotną przyczyną choroby, czy też tylko pasożytami z punktu widzenia chorobotwórczego, nie decyduje się autor kategorycznie w tej chwili odpowiedzieć. Co się tyczy spiryllów, druga możliwość jest prawdopodobną.

Stronę biologiczną laseczników rozwinął autor o tyle, że udało mu się w jednym przypadku doprowadzić hodowlę na surowicy krwi do drugiego pokolenia włącznie [wszelkie próby hodowania dawały dotąd wyniki ujemne].

Autor zwraca uwagę na uderzające podobieństwo pod względem bakterjologicznym *stomatitidis et anginae ulcer.* z jednej strony i *gangraenae nasorum.* z drugiej.

(*Centrbl. f. Bact. Parasit. etc. Bd. XXIV. Nr. 1*).

Zdz. Markiewicz.

#### 140. Fürbringer. Przyczynak do zachowania odruchów ścięgnistych przy całkowitem, poprzecznem uszkodzeniu górnej części rdzenia.

FUERBRINGER popiera wnioski SENATOR'a w kwestyi zachowania odruchów przy poprzecznem uszkodzeniu rdzenia. Opiera się on przytem na doświadczeniach, robionych na zwierzętach i jednym własnym przypadku klinicznym. Doświadczenie było robione na królikach, którym przecinano rdzeń w górnej jego części i pomimo to zawsze stwierdzano istnienie odruchów. Przypadek zaś kliniczny dotyczył mężczyzny, u którego rozpoznano zmiążdżenie rdzenia na wysokości 3—4 kręgu grzbietowego, co stwierdzono później na sekcyi.

W omawianym przypadku po upływie trzech dni od czasu urazu wystąpiły bardzo wyraźnie odruchy kolanowe przy zupełnem porażeniu i znieczuleniu kończyn dolnych.

(Berl. klin. Woch. 1898).

Eug. Tryjarski.

#### 141. Hofbauer i Czyhlarz. Przyczyny wpływu nerwów na umiejscowienia drobnoustrojów chorobotwórczych.

Spostrzeżenia kliniczne zmuszają nas do przyznania układowi nerwowemu niepośledniego wpływu na powstawanie i przebieg chorób zakaźnych, a badania doświadczalne pouczają, że uszkodzenia nerwów sprzyjają osiedlaniu się i rozwojowi bakteryi w odnośnych terytoryach. Jednakże dostatecznego objaśnienia nauka w tym względzie nie posiada.

Autorowie rzucają pewne światło na tę kwestyę zagadkową, dzięki temu, że nerw kulszowy, który był przedmiotem badań, poddali doświadczeniu nie *in toto*, jak to dotąd czyniono, lecz uwzględnili w nim wszystkie trzy rodzaje włókien, jakie się nań składają: ruchowe, czuciowe i — pochodzące z układu współczulnego.

W ten sposób chciano się dowiedzieć, czy wszystkie, *resp.* które z tych trzech różnych, pod względem czynnościowym przewodników, wywierają wpływ na przebieg zakażenia.

Odpowiednio wykonane doświadczenia dały wyniki następujące:

1-o Przy jednostronnej rezekcyi nerwu i bezpośrednio potem wykonaniem wstrzyknięciu bakteryi do krwi, więcej drobnoustrojów osiedla się w stawach i szpiku kostnym kończyny operowanej, aniżeli — nietkniętej.

2-o To samo daje się spostrzegać po wyłuszczeniu jednostronnem części brzusznej nerwu sympatycznego [zakażenie, jak wyżej].

3-o Przecięcie połowiczne rdzenia [jak przy doświadczeniu BROWN-SÉQUARD'a] nie powoduje żadnej różnicy w ilości bakteryi w obu kończynach.

Z zestawienia tych trzech punktów należy wnosić, że osiedlenie się krążących we krwi drobnoustrojów zależy nie od zaburzeń w sferze ruchu lub czucia, lecz jedynie i wyłącznie od porażenia włókien współczulnych. Jeżeli zaś wziąć na uwagą tę okoliczność, że w części brzusznej nerwu sympatycznego zawarte są włókna, zwiększające naczyńia kończyny dolnej, to w ostatniej instancyi przyczyna omawianej sprawy zależeć będzie od przekrwienia.

(Centralblatt f. allg. Pathol. u. pathologische Anat. Bd. IX. Nr. 16—17).

Zdzisław Markiewicz.

#### 142. Immerwahr. Przypadek otrucia antypiryną.

Wysypki na skórze po użyciu antypiryny już oddawna zajmują niepoślednie miejsce w literaturze dermatologicznej. W ostatnich zaś czasach zwrócono szczególną uwagę na te przypadki, w których wysypka umiejscawia się jednocześnie na błonie śluzowej jamy ustnej i narządów płciowych; w tych bowiem razach możliwem jest mylne rozpoznanie syfilisu, a ztąd niepotrzebnem jest, a co więcej — wprost szkodliwe bywa leczenie swoiste.

Przypadek autora dotyczy 28-letniej kobiety, która w cztery lata po zarażeniu się syfilisem, a w rok po przebytych nawrocie zażyła z powodu bólu głowy 0,5 grm. antypiryny, a w 3 dni potem powtórzyła tę samą dawkę. Do objawów ogólnego niedomagania [gorączka, dreszcze] i rozlanej po całym ciele pokrzywki przyłączyła się niezwłocznie bardzo bolesna, pęcherzykowata wysypka na błonie śluzowej policzków, twardego i miękkiego podniebienia, warg ust i warg sromnych.

Pomimo tego, że całokształt cierpienia był bardzo podobny do wspomnianego wyżej nawrotu syfilitycznego, autor rozpoznał otrucie antypiryną, opierając się na wywiadach, raptownem wystąpieniu objawów, bolesności wysypki i braku obrzmienia gruczołów.

Wyniki leczenia miejscowego octanem alunu i nalewką myrrową najzupełniej to rozpoznanie potwierdziły.

(*Berliner klin. Wochensch.* 1898. Nr. 34).

Zdzisław Markiewicz.

### 143. L. Catrin. O nazywaniu chorób i objawów imionami autorów.

Zwyczaj nazywania chorób lub pojedynczych objawów imionami autorów, którzy je opisali pierwszy lub odkryli, w ostatnich czasach tak się rozpowszechnił, iż na każdym prawie kroku spotykamy się np. z określaniami „prawo COLLES“, „choroba COUENGO“ lub objaw PFUHL'a. Nie mówiąc już o tem, że nie wszyscy, nawet bardzo czytani, lekarze wiedzą, co oznaczają te nazwy, przy podobnym słownictwie zatracą się wprost jasno pojęcie o rzeczy, a co gorsza, może to wyglądać na chęć używania nie najprostszyc, a więc łatwo zrozumiałych i powszechnie lekarzom znanych nazw, lecz przeciwnie głośno brzmiących imion, nie wiadomo, w jakim celu.

Jeżeli, powiada autor, w ten sposób chcemy uczcić i cześć swą potomności przekazać dla zasłużonych mężów naszej nauki, mamy dotąd rację, póki tych imion jest niewiele; lecz dziś, gdy prawie każdy miesiąc coś nowego przynosi na tem polu, czyż mamy prawo obarczać pamięć współkolegów setką obcych imion? A jeżeli, jak się to zdarzać może, pewną chorobę opisał nie jeden, lecz dwóch lub kilku, to w imię sprawiedliwości, chcąc uwiecznić pamięć każdego z nich, musielibyśmy np. mówić o spotykany w zapaleniu płuc drobnooustroju „mikrob PASTEUR-TALAMON-FRAENKEL'a“.

Niektórzy z lekarzów amerykańskich, widocznie traktując swój zawód, jak każdy inny „business“, dla zaoszczędzenia czasu odzywają się o chorym [i to w literaturze naukowej, a więc chyba wolnej od celów lukratywnych] w taki skrótowy sposób: „N. miał WESTPHAL'a, ROMBERG'a lub ARGYLL-ROBERTSON'a“.

Autor w końcu dla wygodę kolegów podaje słownik tych neologizmów lekarskich, jakkolwiek niezupełny, ale zawierający przynajmniej najbardziej używane nazwy. Jest ich 204, a niektóre imiona powtarzają się po parę razy. Czyż można je zapamiętać przy najlepszych chęciach? Czy nie prościej powiedzieć „laryngitis stridula“ niż „asthma Millari“, lub „fibromyoma uteri, zamiast „choroba HUGUIER'a“?

(*Médecine moderne.* Nr. 66. 1898).

Ant. Majewski.

### 144. Briquet. Stosunek pomiędzy śpiączką a obrzękiem śluzowym.

Autor, przypomniawszy etyologię i objawy obrzęku śluzowego, zwraca uwagę na rażące podobieństwo do tych ostatnich objawów choroby, spotykanej u plemion afrykańskich, a opisywanej pod nazwą: choroby snu (*maladie du sommeil*), śpiączki (*somnose*) i hypnozy (*hypnose*). Jak tu, tak i tam spotrzegać się dają zmiany w działalności układu nerwowego, w ogólnem odżywianiu i w zjawiskach skórnych.

W śpiączce, jak i podczas obrzęku śluzowego, inteligencya chorego tępieje, staje się on apatycznym i obojętnym na wszystko; ciepota ciała opada po-

nież normy, a wrażliwość na chłód jest wielką; skóra jest suchą i pokryta łuską, włosy zaś wypadają. W obu wreszcie przypadkach zauważyć się daje senność, która jednak w śpiączce jest zjawiskiem dominującym, a w obrzęku śluzowym tylko pobocznym.

U kobiet, oprócz wyżej wymienionych zjawisk, zauważyć się dają podczas trwania obydwóch tych chorób, zaburzenia w miesiączkowaniu.

Dla uzupełnienia tej analogii autor nadmienia, iż śpiączka, podobnie jak i obrzęk śluzowy, nie pomija wieku żadnego, a być może, że jest nawet dziedzicznie przekazywana.

Różnica pomiędzy chorobami temi polega na tem zjawisku, że, gdy w obrzęku śluzowym opuchlina jest objawem zwykłym, to w śpiączce występuje ona dość rzadko. Rzadkość zjawiska tego spowodowaną jest, według przypuszczenia autora, nie dość starannem, być może, poszukiwaniem obrzęków, które, zawdzięczając ciemnemu kolorowi skóry, nie tak łatwo rzucają się w oczy. Oprócz tego, z opisów śpiączki widocznem jest, iż choroba ta nie trwa tak długo, jak obrzęk śluzowy, ale i temu autor żadnego znaczenia nie przypisuje, mając na względzie kwestyę rasową.

Na zakończenie autor wymienia różne hipotezy etyologii śpiączki, nie zgadzając się jednak na nie, prosi lekarzy, mających możność obserwowania tej choroby, by zwrócili uwagę, jaką rolę w etyologii śpiączki odgrywa gruczoł tarczowy?

(*La Presse méd.* Nr. 74. 1898).

W. Ettinger.

#### 145. Gerhardt. Przyczynek do nauki o „*achylia gastrica*“.

Brak jednej z trzech czynności żołądka, a mianowicie wydzielniczej, EINHORN nazwał *achylia gastrica*, EWALD — *anadenia gastrica*, inni zaś jeszcze inaczej. Na zasadzie obserwacji i poglądów wybitnych autorów, jak również swoich własnych, autor dochodzi do następujących wniosków o *achylia gastrica*.

1) jest to cierpienie na tle nerwowem, występujące przy zupełnie normalnej błonie śluzowej żołądka,

2) może ono współistnieć z rakiem, wcale niezależnie od tego za wyjątkiem chyba takiego przypadku, gdyby cała błona śluzowa była rakowato-zwyrodniona,

3) jest zaburzeniem niezależnem od zmian w czynności ruchowej i wchłaniającej,

4) sok żołądkowy nie jest niezbędnym dla trawienia, które również dobrze odbywa się w kiszkiach cienkich, przy braku jego. Surowe mięso stanowi wyjątek, albowiem pozostaje bez działania soku żołądkowego niestrawionem,

5) przy terapii należy głównie zwracać uwagę na dyetę: zalecać pokarmy rzadkie, popkowate, unikać zaś twardych.

(*Berl. klin. Woch.* 1898. Nr. 35).

Eug. Tryjarski.

## WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE.

27. *Lenirobinum*. *Lenirobina*. Jest to czworo-octan chryzarobiny. Przetwór, o którym mowa, tylko w zetknięciu z chorą skórą odszczepia chryzarobinę, a przez to daleko mniej drażni prawidłową skórę, aniżeli chryzarobina, gdy tymczasem działaniem leczniczem zupełnie się nie różni od tej ostatniej.

Przy stosowaniu *lenirobiny* na twarzy baczyć należy, aby maść nie dostała się na błonę śluzową powiek, na której może wywołać silne zapalenie.

Lenirobina okazała się najodpowiedniejszą przy leczeniu łżejszych, przewlekłych chorób skórnych, jak np. łżejsze postaci łuszczycy, przewlekła pryszczycza, liszaj wylisajjący (*herpes tonsurans*) i t. d.

Przetwórw zmiankowany!ma wreszcie i tę zaletę, że bielizny nie plami.

**28. Eurobinum. Eurobina.** Jest to trójoctan chryzarobiny. Wprawdzie eurobina, podobnie jak chryzarobina, łatwo wywołuje zapalenie, jednakże, poniewaź działanie lecznicze eurobiny przy zapaleniach przewlekłych skóry jest daleko znaczniejsze, aniżeli działanie chryzarobiny, przeto można z pożytkiem ową eurobinę stosować w słabszem stężeniu.

Eurobina jest w wodzie nierozpuszczalną, ale za to łatwo rozpuszcza się w chloroformie, eterze, acetonie. Właśnie w takim roztworze można ją stosować do pędzlowania skóry, przyczem, jako werniks, można dodać eugallol, albo saligallol; ten ostatni mianowicie wówczas, gdy chcemy uniknąć silnego działania pyrogallolu.

Sposób przepisywania takich roztworów jest następujący:

1) *Eugalloli* 10,0—50,0  
*Eurobini* 1,0—20,0  
*Acetoni*

*aut*

*Chloroformii ad* 100,0.

2) *Saligalloli* 5,0—10,0  
*Eurobini* 1,0—20,0  
*Acetoni*

*aut*

*Chloroformii ad* 100,0.

Jak przy stosowaniu eugallolu, tak i przy używaniu eurobiny trzeba zachować wielką ostrożność.

Dodać wreszcie tu należy, że i eurobina nie plami bielizny.

**29. Euresolum. Eurezol.** Jest to jedno-octan rezorcyny. Przedstawia się pod postacią ładnie pachnącej, półpłynnej, żółtawej, przejrzystej masy.

Eurezol, co do fizykalnych własności, ma pewne podobieństwo do oliwy i jak ta ostatnia, łatwo daje się wcierać w skórę. Z tego powodu najlepiej nadaje się do stosowania na owłosioną część głowy, na brodę, szczególnie jako roztwór w acetonie.

Wiktor Grostern.

**30. Leczenie suentyną pęcherzów na stopie i nadmiernego pocenia się podeszwy.** (*Semaine médicale. Nr. 46 1898*). Suentyna jest to lanolina nieczysta, zawierająca 20—25% wosku, podobnego do wosku pszcól; otrzymuje się przy myciu wełny; tłuszcz ten naturalny ma kolor brunatny, jest dość gęsty i nie gorzknieje; równie łatwo przenika w skórę, jak lanolina i rozmiękcza tkanki, jak i pierwsza. Zapach suentyny, nader przykry, można usunąć, dodając 2% *tincturae mirbanae*. D-r BERTIER z korzyścią używał suentyny w celu zabezpieczenia lub leczenia już powstałych pęcherzów na stopie, jak również w celu powstrzymania nadmiernego pocenia się nóg. Pęcherze przekławał, wyciskał i otwór pokrywał kawałkiem waty, napojonym suentyną.

W przypadku *hyperhydrosis plantaris* używał teźże suentyny z dodatkiem 5% *cupri sulfurici*, które ma własności ściągające i przeciwnilne. Przygotowuje się masę taką, rozpuszczając na gorąco siarczan miedzi w podwójnej [co do wagi] ilości wody i rozczyn miesza się z suentyną.

Po wymyciu stopy wilgotnym kawałkiem płótna w całą podeszwę i przestrzzenie międzypalcowe wciera się masę wspomnianą. Dla uniknięcia odpa-



rzeń przy długich pochodach, autor radzi codziennie wcieranie czystej suen-  
tyny.

A. Majewski.

31. Nalewka jodowa w leczeniu ostrych spraw zapalnych w kiszkaach. Bi-  
ZIN stosuje z powodzeniem u dorosłych i u dzieci w przypadkach ostrego za-  
palenia żołądka i kiszek mieszaninę nalewki jodowej z krochmalem [1:60].  
Obecnie d-r GROSCH poleca ją w przypadkach zakaźnych tychże zapaleń.

D-r BIZIN przeciw cholercze dziecinnej używa następującej mieszaniny:

*Emuls. oleini Ricini* 180,0.  
*T-rae Menthae piperitae gtt. III.*  
*T-rae Cariophyllorum gtt. V.*  
*T-rae jodi gtt. X.*  
*Chloroformii puri gtt. II.*

MDS. Co godzina łyżeczkę od kawy.

Mieszaninę trzymać należy w lodzie dla uniknięcia rozkładu.

Po użyciu jednej flaszki zaburzenia miały ustępować. Jeżeli pozostawało  
jeszcze trochę rozwolnienia, to dla ostatecznego powstrzymania go d-r BIZIN  
stosuje jeden proszek wspomnianego krochmalu z jodem w dawce 0,75.

Dorosłym autor przepisuje następującą mieszaninę.

*Em. olei Ricini* 180,0.  
*T-rae Menthae piperitae gtt. V.*  
*T-rae Cariophyllorum gtt. VII.*  
*T-rae jodi gtt. XV.*  
*Chloroformii gtt. V.*

MDS. Co godzina łyżkę stołową.

Po ustaniu w ciągu 24 godzin objawów cięższych dla ostatecznego opano-  
wania *diarrrhae*, autor przepisuje co 4 godziny po 0,60 krochmalu z jodem.  
W przypadku *cholerae nostras* autor podaje jednokrotnie nalewkę jodową z ole-  
jem rycynowym.

*Olei Ricini puri* 20,0.  
*T-rae Menthae piperitae gtt. III.*  
*T-rae jodi gtt. X.*  
*Chloroformii gtt. II.*

Jako napój podaje *ac. muriaticum dil.*, przeciw kurczom gorczyczniki na  
łydki i ogrzewanie chorego butelkami z wodą gorącą. W końcu leczenia znowu  
podaje w proszkach wspomniany wyżej krochmal z jodem [stosunek zawsze 1:60].

Ant. Majewski.

---

## Wiadomości drobne.

— † — † —

— REHN w dwóch razach przy rakowem zwężeniu przelyku w piersiowej czę-  
ści dokonywał operacyi, polegającej na rozszerzeniu tegoż oraz założeniu na stałe  
drenu. Robił cięcie skórne na plecach z prawej strony tuż przy kręgosłupie, wyci-  
nął części żeber 4—8 i odluszczałając opłucną, dostawał się do przelyku. W obu ra-  
zach nastąpiło rozdarcie opłucnej; chorzy umarli: jeden 2-go, drugi—6-go dnia po  
dokonanej operacyi. Próby te dowodzą bądź, co bądź, że w odpowiednich, mniej

ciężkich przypadkach, można tą drogą dostać się do przelyku bez obawy uszkodzenia aorty i innych ważnych narządów, w tem miejscu położonych.

(*Beilage zum Centr. f. Chir. 1898. Nr. 26*).

E. L.

— KUEMMEL stosował promienie X w 16 przypadkach gruźlicy skóry. Z początku, przypuszczając, że działają one analogicznie do stosowanych przedtem przypałań za pomocą ogrzewanego powietrza, termokaustyki lub galwanokaustyki, wywoływał ostre zapalenie skóry aż do utworzenia się owrzodzeń, które, jak się okazało, goiły się dłużej, niż miejsca zajęte przez wilka. Pokazało się, iż tak energiczne postępowanie nie jest tu wcale potrzebne i że pożądany cel osiąga się bez wywoływania jakiegokolwiek odczynu zapalnego ze strony zdrowych tkanek. Dlatego też przy następnych próbach, z chwilą, kiedy skóra nabierała koloru jakby od mocnego opalenia słonecznego, przerywał leczenie na czas pewien, stosował okłady z wody gulardowej i t. d.. Ostatecznie począł zabezpieczać zdrowe części od wpływu X promieni za pomocą stosownych masek z blaszek ołowianych. Chorego umieszczano w odległości mniej więcej 20 ctm. od aparatu i poddawano go leczeniu 2 razy dziennie, poświęcając na posiedzenie  $\frac{1}{4}$  godziny. Czas trwania kuracji, aż do zupełnego wyleczenia, średnio wynosił 4 tygodnie; w wyjątkowych razach leczenie przewlekło się na miesiące. Większość przypadków była bardzo ciężka, tak ze względu na rozległość, jak również i głębokość owrzodzeń; mimoto zawsze otrzymywano jak najlepsze wyniki: strupy odpadały, owrzodzenia oczyszczały się i tworzyły się blizny niewyniosłe, mało szpecące i blade. Nawrotów do tej pory nie zauważono jeszcze. Wogóle X promienie należy stosować w przypadkach cięższych, w których inne postępowanie przedstawia wiele trudności i jest nadto bolesnem dla chorego; zwłaszcza stosuje się to do twarzy, na której przy dawnych sposobach leczenia powstawały bardzo szpecące blizny. K. próbuje rozwiązać pytanie: na czem opiera się działanie lecznicze X promieni przy wilku? Do tej pory stanowczej odpowiedzi na to niema; być może, zabijają one laseczniki gruźlicze, jednak większość doświadczeń zbija to przypuszczenie; być może, grają tu rolę pewne wpływy trofo-neurotyczne, zresztą wszystko zależy od pewnego swoistego oddziaływania tych promieni na żywe tkanki. Że to działanie nie jest właściwe specjalnie promieniom ROENTGEN'a, tego dowiódł FINSEN z Kopenhagi, który leczy wilka z lepszym może powodzeniem silnie skoncentrowanem światłem elektrycznem.

(*Beilage zum Centr. f. Chir. 1898. Nr. 26*).

E. L.

— CAPITAIN podaje nader łatwy sposób wstrzykiwania podskórnego fizyologicznego roztworu soli kuchennej bez specjalnego przyrządu, co w przypadkach ciężkich i nagłych jest rzeczą bardzo ważną. Zważywszy, że wstrzykiwania do żyły nie są wcale wolne od niebezpieczeństwa, jakie przedstawia za wielką ilość płynu i zbytnią szybkość wstrzyknięcia, autor stanowczo jest za wstrzykiwaniem podskórnem, które jakkolwiek na razie jest mniej energiczne, za to nie przedstawia żadnych niebezpieczeństw. Sam sposób obycia się bez specjalnych przyrządów jest następujący. W zwyczajnym czysto i starannie wymytm rondlu przygotowywa się potrzebny roztwór, biorąc na  $\frac{1}{2}$  szklanki wody dobrą szczyptę soli kuchennej. Zagotowawszy ją kilkakrotnie [w ciągu 2—3 minut], otrzymujemy płyn do wstrzyknięcia, który ochładzamy zwykłym przelewaniem z naczynia do szklanki. Powtarzając tę manipulację kilkanaście razy, ostudzamy płyn do 40—45°. Myjemy ręce, wycieramy spirytusem i zabieramy się do rękoczynu ze zwykłą strzykawką PRAWAZ'a, którą zawsze przecież trzeba mieć przy sobie. Jeżeli nie jest ona wyjąłowioną uprzednio, to wyjalawiamy ją w ciągu gotowania się wody, przestrzykując ją w tej ostatniej. Czystym kawałkiem płótna obmywamy miejsce, wybrane do wstrzyknięcia i, zanurzwszy pionowo igłę w fałdę skóry aż do nasady, wstrzykujemy pierwszą szprycę. Igłę zostawiamy w skórze i, napelniwszy na nowo strzykawkę, powtarzamy rękoczyn. Prawda, iż dla otrzymania skutku pożądanego wypadnie podać choremu od 40 do 80 strzykawek, ale wystarczy na to pół godziny; po 2 lub 3 godzinach, gdy stan chorego przestał być groźnym, możemy powtórzyć swój rękoczyn. Sposób po-

dany, zdaniem autora, żadnych powikłań nie spowodował nawet u chorych zakażonych lub cierpiących na zapalenie nerek.

A. M.

— Nieumiarkowany śmiech, jako przyczyna hyposystolii. 13-letnia dziewczynka, zupełnie dotąd zdrowa, po godzinie śmiechu przy jakimś wesolem opowiadaniu nagle poczuła w piersiach dotkliwy ból, dostała napadu spazmatycznego kaszlu, a dalej ostrego bólu w sercu i zaduszania. Po trzech godzinach usnęła, ale sen był niespokojny i krótki; chora obudziła się w nowym napadzie, który trwał dwie godziny. W ciągu tego dnia i dni następnych powtarzały się owe ściskania w okolicy serca i zaduszanie; w przerwach między napadami dziewczynka uskarżała się na bóle głowy i uczucie ciśnienia na ramiona. Podczas napadu chora była niespokojna, blada, wargi sine, tętno nader częste i nitkowate. W sercu nie znaleziono szmerów, tylko tony były słabe. Ani morfina, ani kamfora nie pomagały. Podana fenacetyna przyniosła ulgę nieznaną. W ciągu dwóch tygodni napady powtarzały się codziennie, później stawały się coraz rzadszymi i w końcu powtarzały się po kilku dopiero miesiącach. Zawsze znajdowano tylko osłabienie tonów serca, ale po napadach [szczególniej z dukiem przerwami] konstatowano objawy rozszerzenia: granica stłumienia sercowego przechodziła w lewo za linię sutkową, a w prawo za linię przymostkową; prócz tego wzmocnienie tonu tętnicy płucnej i wyraźny szmer skurczowy. Po tygodniu objawy te ustępowały i wracały znowu po następnym napadzie. Autor objaśnia przypadek swój w ten sposób: nieumiarkowany śmiech wywołał przez spazmatyczne skurcze przepony brzusznej podrażnienie, a potem osłabienie nerwu błędnego, jak tego dowodzą bóle, kaszel, zaduszanie i hyposystolia, znajduwane podczas napadu. Z chwilą ustąpienia parezy ustąpiło i osłabienie serca, a z niem i nieuniknione rozszerzenie.

(*Sem. méd. 1898. Nr. 46.*)

A. M.

— KUETTNER opisuje dwa przypadki wola pochodzenia syfilitycznego. W pierwszym—miał on do czynienia z powiększeniem gruczołu tarczowego wielkości pięści; okoliczne gruczoły chłonne były powiększone, sam guz był twardy, bolesny i uciskał tchawicę. Po wyluszczeniu go, okazało się, że składa się on przeważnie z włókien twardej, zbitiej tkanki łącznej, obfitej ilości mas serowatych i ciałek zbiorowisk komórek olbrzymich. Laseczników gruczołowych nie znaleziono; w całym organizmie chorej nigdzie sprawy gruczołowej przypuszczać nie można było; natomiast co do istniejącego w niej syfilisu od lat kilkunastu, nie było najmniejszej wątpliwości. W drugim przypadku guz na szyi był podobnym do pierwszego; wyluszczyć go się nie dało z powodu obszernych trwałych zrostów z sąsiednimi tkankami; w kawałku wyciętym i badanym drobnowidzowo, znaleziono także zmiany, jak wyżej. Przy energicznym zastosowaniu jodku potasu, guz szybko zaczął się zmniejszać, w końcu szyja wyrównała się w zupełności. Dodajmy, że i ten pacjent od szeregu lat był zarażony syfilisem. Wogóle cierpienia syfilityczne gruczołu tarczowego należą do bardzo rzadkich; względnie najczęściej mają one miejsce przy syfilisie odziedziczonym i występują pod postacią gumatów, do których przylączy się zwyrodnienie włókniste. Klinicznie ważne są one w tym względzie, że mogą nas wprowadzać w błąd swoim oryginalnym wyglądem, przypominającym złośliwe guzy gruczołu tarczowego i—że radykalnym środkiem na nie jest energiczna kuracja przeciwpriymiotowa.

(*Beilage zum Centr. f. Chirurgie 1898 Nr.26.*)

E. L.

## Wiadomości bieżące.

---

— Kol. GABSZEWICZ mianowany został ordynatorem oddziału chirurgicznego w szpitalu Ś-go Rocha, a kol. JAKIMIĄK ordynatorem takiegoż oddziału w szpitalu na Pradze.

— Kol. EMANUEL MACHEK mianowany został profesorem okulistyki w uniwersytecie Lwowskim.

— D-r MOSEFIC-MOORHOF mianowany został profesorem chirurgii w Wiedniu.

---

**Zmarli:** DITTEL, b. prof. w Wiedniu;  
NASSE, docent chirurgii w Berlinie.

---

— **Prace oryginalne w czasopismach lekarskich polskich.** *Medycyna*, Nr. 37. L. KRAUSE. Przyczynek do kazuistyki zwichnięć bocznych przedramienia. FR. STĘPKOWSKI. Cięża zamaciczna międzywzrostkowa lewa, płód donoszony, nieżywy, coeliotomia, wyzdrowienie. — *Kronika Lekarska* Nr. 18. J. BRUNNER. Najnowsze prądy w nauce o odporności [C. d.]. W. ŚWIĄTECKI. Przypadek zatrzymania moczu wskutek uwężnienia kamyka w cewce.

---

## O G Ł O S Z E N I E.

— † — † —

Ze spadku po zmarłej d. 12 września 1876 roku ś. p. JÓZEFIE SIERAKOWSKIEJ przeznaczoną została przez jej spadkobierców aktem urzędowym, w dniu 19 lutego 2 Marca 1888 r. zeznanym, na własność Kasy pomocy naukowej imienia JÓZEFA MIANOWSKIEGO suma 6600 rubli, jako fundusz żelazny, od którego procenty obracane być mają na zapomogi, stosownie do celów Kasy, dla synów podupadłych lub zubożałych właścicieli ziemskich wyznania rzymsko-katolickiego, z gubernii Płockiej, a w ich braku dla innych osób wedle uznania Zarządu Kasy.

W myśl powyższego przeznaczenia funduszu, zatwierdzonego przez Rząd, Komitet zarządzający Kasą wzywa osoby, pracujące na polu naukowem, a chcące ubiegać się o zapomogę, aby w ciągu trzech miesięcy od daty niniejszego ogłoszenia złożyły w biurze Komitetu [Niecala № 7] lub do rąk jednego z członków Komitetu stosowne podanie, z wyszczególnieniem podjętych prac naukowych i miejsca stałego zamieszkania. Kandydaci, roszcący prawo do pierwszeństwa w otrzymaniu zapomogi, winni dołączyć do podania akt urodzenia i wiarogodne zaświadczenie, że pochodzą od podupadłych lub zubożałych właścicieli majątków ziemskich w gubernii Płockiej. W końcu nadmienia się, że, stosownie do § 2 Ustawy Kasy, zapomogi mogą otrzymywać tylko poddani rosyjscy, o ile nie przebywają za granicą bez pozwolenia rządu i że wedle zastrzeżenia, przez władzę postanowionego, zapomoga przyznana kandydatowi, kształcącemu się w jakimś zakładzie naukowym Okręgu Naukowego Warszawskiego, będzie wypłacona dopiero po zatwierdzeniu wyboru przez kuratora tegoż okręgu.

W Warszawie d. 16 września 1898 roku.

---

Wydawca, D-r St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny, D-r Wł. Gajkiewicz.

Дозволено Цензурою Варшава 11 Сентября 1893. Друк Кошталевського. Warszawa, Mazowiecka 8