

# GAZETA LEKARSKA

## I. O TAMPONACYI MACICY GAZĄ

ZA POMOCĄ NOWEGO PRZYRZĄDU.

Podał

**Stanisław Honowski** [Zwoleń].

Wprowadzanie gazy do macicy przedstawia trudności niekiedy znaczne, zarówno mechanicznej natury jak i pod względem aseptycznego wykonania. Pojawianie się coraz to nowych przyrządów do tamponacyi świadczy o potrzebie ułatwienia tego rękoczynu.

Główną pobudką do poszukiwań w tym kierunku była dla mnie chęć wyzyskania tamponacyi dla tych przypadków, w których nie można się obejść bez wielokrotnie powtarzanych rękoczynów. Jeżeli bowiem tamponując po krwawym zabiegu lub przy krwotoku, nie zwracamy uwagi na nieznaczne urazy błony śluzowej, lecz tylko na aseptykę, to w tych przypadkach w wysokim stopniu byłoby pożądanem nie torować drogi do tkanek drobnoustrojom, mogącym się znajdować w samej macicy, unikając małych urazów i mechanicznego drażnienia.

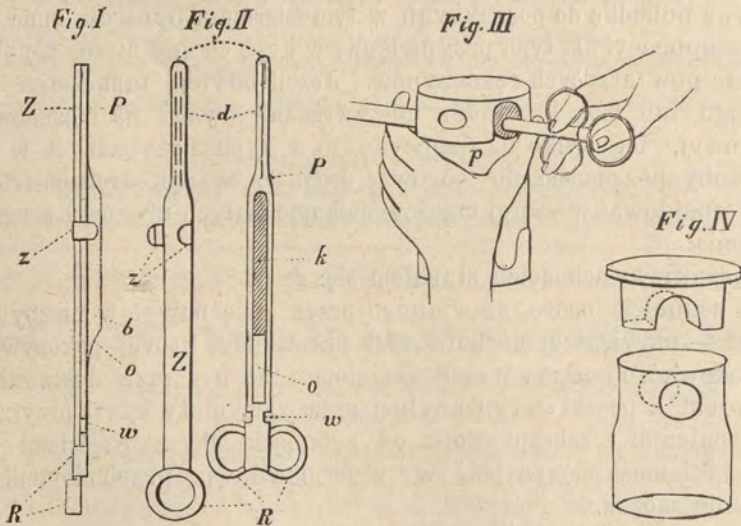
W poszukiwaniach moich starałem się:

1-o o usunięcie oporu, stawianego przez gazę nawet w niezbyt wązkim kanale szyi — największej mechanicznej przeszkody, której pokonywanie siłą może powodować obrażenia wszelkich stopni; 2-o by gaza dostawała się do macicy wprost z puszeki sterylizacyjnej przez zamknięty kanał przyrządu, nie-dotykana palcami i zabezpieczona od zetknięcia się z częściami rodnymi, z płynem, jaki może się znaleźć we wzierniku i t. p. przedmiotami, których wyjałowić nie można.

Przyrząd mój składa się z dwóch ramion, tworzących taki właśnie kanał, który po rozebraniu narzędzia zamienia się w otwarty rowek [fig. II—k], łatwy do mechanicznego oczyszczenia. Do kanału tego gaza dostaje się przez otwór — O, przyczem szerokie od 2—5 ctm. pasmo zostaje zmięte tak, że po wyjściu z kanału przedstawia się w postaci sznurka, zupełnie ukrytego między końcami ramion, obliczonymi na wązki kanał szyi. Szersze pasma [do 10 ctm.] pomimo znacznego zmniejszenia swej objętości rozpychają końce przyrządu i nadają się do tamponacyi przy kanale szyi nieco rozszerzonym. Mechanicz-



nie przyrząd jest połączeniem zgłębnika—*Z*, z przewodnikiem—*P* (*itinerarium*). Ztąd łatwo zrozumiałem jest działanie przyrządu: wprowadziwszy przyrząd do macicy, trzeba jedno ramię [zgłębnik] przesuwając to ku tyłowi, to ku przodowi wzdłuż drugiego, które należy trzymać nieruchomo. Ramię ruchome połączone jest z nieruchomem za pomocą bardzo prostego zamku—(*z*), zaczepionego za wystający brzeg rowka (*b*) i przesuwalnego aż do wycięcia (*w*), przez które zdejmuje się dla rozebrania narzędzia. Zgłębnik pociąga gazę za pomocą 2-ch rzędów ząbków, umieszczonych na jego wewnętrznej powierzchni w pewnym oddaleniu od jej brzegu, aby kaleczyć nie mogły. Cofając się, zgłębnik pozostawia gazę na ząbkach przewodnika [1 rząd na wewnętrznej powierzchni]. Te ostatnie bywają odsłaniane w macicy, lecz pogrążone w gazie, kaleczyć nie mogą. Koniec ruchomego ramienia ma kształt cienkiej łopatki, która tkwi w gazie. Przewodnik zakończony jest guziczkiem. Grubość obu końców wraz z tamponem od 3—4 ctm. szerokim, odpowiada guziczkowi zwykłego zgłębnika. Za rękojeści służą pierścienie (*R*) jak u strzykawki. Poruszenia zgłębnikiem wykonywają się za pomocą bardzo małej siły wielkiego palca prawej ręki, bez żadnych niespodziewanych wstrząśnień, dzięki czemu łatwo jest utrzymać przewodnik nieruchomo [2-im i 3-im palcami]. Całkowicie unieruchomić go można, obejmując lewą ręką puszkę z gazą, przyczem wielki palec tejeż należy przyciskać rękojeściami do puszek [Fig. III].



W ten sposób wyłączone jest zupełnie niebezpieczeństwo znacznych urazów, zaś co do złuszczeń nabłonka, nie jest ono większe, niż przy ostrożnem użyciu zwykłego zgłębnika bez gazy. Należy tylko przy wazkim kanale szyi zadawałniać się wazkimi tamponami i krótkimi poruszeniami zgłębnika [na 1—2 ctm.]. Każde poruszenie jest skuteczne i wprowadza ilość gazy, ściśle odpowiadającą jego długości. Przy tamowaniu krwotoków kanał



szy zwykle jest dość szeroki, tak że można używać tamponów 10 cm. szerokości, trzymać narzędzie tylko jedną ręką, mając drugą wolną dla wziernika lub kulociągu, i robić poruszenia tak długie, że na wprowadzenie 1 metra pasma wystarcza bez pośpiechu  $\frac{1}{2}$  minuty [12—14 poruszeń]. Szybkość ta jest aż nadto wystarczająca, dopóki wielkość macicy odpowiada pierwszym 3—4 miesiącom ciąży. Dla późniejszych okresów, kiedy chodzi już nie o mechaniczne, lecz aseptyczne trudności, powiększyłem wymiary poprzeczne końców i pojemność kanału 5 razy. Przyrząd taki wprowadza 5 metr. pasa gazy, pół metra szerokości, złożonego w kilkoro w 2—3 minuty.

Tampony, zwinięte na szklanych szpulkach, wyjaławiają się w puszkach, jeżeli rozporządzamy sterylizatorem parowym. W braku tegoż mogą być gotowane w zwykłym naczyniu w słoikach [Fig. IV]. W tychże puszkach mogą być jodoformowane.

Żeby założyć gazę do przyrządu, trzeba przesunąć go przez dwa przeciwległe otwory otwartej puszkę, cofnąć zgłębnik tak, żeby ostatnie pary zębów stały naprzeciw otworu (O), przez który zaczepia się na nich gazę, lub poprostu wsuwa się ją w kanał przy pomocy szczypczyków anatomicznych [nie palcami!], poczem zamyka się narzędzie i puszkę. Gdy po kilku ruchach zgłębnikiem koniec tamponu zwiesi się po za końce ramion, należy go równo z nimi obciąć. Pomimo że niekłopotliwa ta czynność nie zajmuje więcej nad pół minuty, lepiej jest przygotować narzędzie wraz z innymi przed operacją. Wprowadza się je łatwo, jako ciało gładkie, poza ujście wewnętrzne, z kądem samo się cofa w miarę wypełniania się macicy aż do samego ujścia zewnętrznego. Kulociąg bywa potrzebny tylko do zmiany położenia macicy, ewentualnie do rozprostowania kąta zgięcia. Jeżeli tampon jest zbyt szeroki, względnie do kanału szyi, to wskutek tarcia gazy przyrząd za każdym poruszeniem cofa się nie proporcjonalnie do napełniania się macicy.

Przy działaniu jedną ręką pomoc asystenta jest zbyteczną.

Ułatwionej tamponacji używam: 1-o do drenowania macicy po zabiegach krwawych i niekrwawych; 2-o do tamowania krwotoków [przy nieobecności całego jaja płodowego]; 3-o jako metody stopniowego rozszerzania kanału szyi. Ta ostatnia [metoda] służy mi: a) jako zabieg przedwstępny przed wyskrobaniem błony śluzowej dla skrócenia i złagodzenia tej operacji w razie jeżeli wrażliwość chorej przeszkadza podjąć ją we wzorowej formie [bez rozszerzania]. Dzięki możliwości wprowadzenia od razu dużej skrobaczki, jakoteż i temu, że w niektórych przypadkach część błony śluzowej wskutek rozpulchnienia macicy sama się złuszcza — jak to udało mi się zauważyć — w czasie rozszerzania, skrobanie trwa krótko i jest znośne dla każdej chorej. b) Jako samodzielna metoda leczenia ze względu swego wpływu na krążenie i odżywianie narządów małej miednicy, a więc przy upośledzeniu fizjologicznych czynności wewnętrznych narządów płciowych (*amenorrhoea*), niedorozwoju macicy (*hypoplasia*), a także przodozgięciu, o ile ono bywa przedmiotem leczenia.

Żeby usprawiedliwić takie zastosowanie tej metody, zaproponowanej przez VULLIET'a [r. 1883] wydaje mi się niezbytecznym przypomnieć w krótkości główne jej cechy. Uważana ogólnie za ambulatoryjną polega ona na kilka-



krotnej zmianie tamponu w dwudniowych odstępach. Czynniki jej są ściśle fizyologiczne. Pierwszym z nich są skurcze macicy, pod wpływem których tampon, znajdujący się w jamie rozszerza ujście wewnętrzne podobnie jak jajo płodowe lub polip, w razie obecności których wystarcza tamponacja samego tylko kanału szyi. W tej też skróconej formie tylko używa się obecnie, ponieważ wyższe stopnie rozszerzania stosują się jedynie dla wydalenia jaja lub niezłośliwego nowotworu. Podobnie jak tampon, lecz daleko słabiej, działa wstrzymana wydzielina błony śluzowej. Drugim czynnikiem jest rozpulchnienie macicy—skutek wzmożonego krążenia. Z czynnika tego korzystam do bezurazowego postępowania w czasie wielokrotnych wewnętrznych macicznych rękoczynów. Gdy bowiem zgłębnik [zwykły] nie przechodzi zupełnie łatwo ujścia wewnętrznego, to zamiast uparcie szukać nim drogi, tamponuje kanał szyi. Po dwóch dniach ujście wewnętrzne jest nieco rozszerzone przez wstrzymaną wydzielinę, kąt zgięcia macicy wskutek rozpulchnienia podatny do rozprostowania, tak że zgłębnik wchodzi łatwo, poczem już nie może być mowy o trudności bezurazowego postępowania. Dzięki temu przy kilkakrotnych manipulacjach nigdy nie używam kulociągu do forsownego wprowadzania narzędzi. Jednocześnie z rozpulchnieniem tkanek zwiększa się znacznie surowicza wydzielina błony śluzowej, niekiedy z kawałkami tejże.

Zjawisk tych nie należy uważać za obostrzenie stanu zapalnego, jeżeli jednocześnie nie zwiększa się ilość ropnej wydzieliny i widoczna w ujściu część błony śluzowej nie jest mocno przekrwiona, pofałdowana i obrzękła. Nieznaczne zresztą nasilenie przewlekłego zapalenia błon śluzowych jest prawie nieuniknionem następstwem drażnienia ciałem obcym, i nie pogarszając wyników leczenia, nie było dla mnie wskazówką do zmiany tegoż. Przy długotrwałem rozszerzaniu przyłącza się 3-ci czynnik — przyrost tkanek. Tem tylko da się wytłómaczyć fakt, że VULLIET'owi udawało się udostępniać wnętrze macicy już nie dla palca, lecz dla wzroku. [HOFMEIER, *Grundriss der gynäkolog. Operationen*]. Z tej przyczyny powyższa metoda może być użyteczną przy niedorozwoju i dla utrwalenia wyników leczenia przodozgięcia, do nawrotów którego przyczynia się zanik tkanki w miejscu zgięcia.

W dwóch przypadkach antefleksyi leczonych w ten sposób, po ukończeniu rozszerzania stosowałem jeszcze rozszerzadła tępe w porządku zstępującym, by przeszkodzić ponownemu zgięciu, dopóki macica nie stanie się twardą i małą [t. j. przez czas zwijania się]. Złą stroną tego leczenia stanowi jego długotrwałość.

Przy braku miesiączki u doskonale odżywianej histeryczki, któremu towarzyszyły uciążliwe zawroty głowy kongestywnego charakteru, otrzymałem bardzo dobre wyniki po kilku tamponacjach, przy których, obchodząc się bez wzornika, udało mi się oszczędzić błonę dziewiczą, drożną dla palca. Metoda stopniowego rozszerzania, jak wszystkie w ogóle wielokrotnie powtarzane rękoczyny, nie może być uważaną za środek zupełnie obojętny, nawet pomimo najściślej bezurazowego i aseptycznego postępowania. Stosują ją też chętnie przed skrobaniem tylko w tych przypadkach, w których przewidzianem jest prędkie rozszerzenie po 1—2 posiedzeniach [u wieloródek i po niedawnym po-



ronieniu]; w przypadkach wymagających dłuższego czasu traktują ją narówni z innymi nieobojętnymi środkami.

W końcu niech mi będzie wolno odpowiedzieć na zarzuty stawiane w czasie dyskusji po demonstracji przyrządu na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego z d. 7 kwietnia, a mianowicie: że łatwo nim poranić wewnątrz macicy, że działa on zbyt wolno przy krwotoku, i że dezynfekcyja jego jest trudną. W odpowiedzi na dwa pierwsze pytania odsyłam czytelnika do odpowiednich miejsc niniejszej pracy. Co do ostatniego, to wiadomo, że obecnie bez wygotowania nie używamy najgładszego nawet zglębnika. Sądzę więc, że pod trudną dezynfekcyją [wyraz użyty w sprawozdaniu] oponent rozumiał trudność oczyszczenia mechanicznego z krwi i śluzu ząbków i rowka przyrządu. Lecz pod tym względem stoi on na równi z całą masą narzędzi, opatrzonych ząbkami, rowek zaś łatwiej jest oczyszczalny, niż zamknięte kanały cewników.

### Objaśnienie rysunków.

*Fig. I.* Z—zglębnik; P—przewodnik; z—zamek; b—wystający brzeg kanału, za który chwyta zamek; w—wycięcie, do którego zsuwa się z dla rozebrania narzędzia; R—rękojeści. *Fig. II.* wewnętrzne powierzchnie ramion; d—ząbki; k—kanał; o—otwór dla gazy; *Fig. III.* Sposób zupełnego unieruchomienia przewodnika; rękojeści dotykają wielkiego palca lewej ręki, ten zaś wsparty na puszcze; p—puszka sterylizacyjna, z pokrywami odpowiednio zmodyfikowanymi. *Fig. IV.* Słoik do gazy.

## II. PRZYZYNEK DO KAZUISTYKI USZKODZEŃ KRĘGOSŁUPA.

Podał

**M. Żołądzowski,**

lekarz szpitala Św. Barbary w Dąbrowie Górniczej.

Chociaż klinika dostarczyła nam dotąd dosyć danych do rozpoznawania uszkodzeń kręgosłupa, *resp.* rdzenia, sądzą jednak, że przypadek obserwowany przezemnie nie będzie pozbawiony pewnego interesu.

Dnia 8-go lutego 1898 r. górnik D. F. podczas robót w kopalni został przywalony węglem; w parę godzin przywieziony do szpitala Św. Barbary, opowiedział, że kawał węgla upadł na niego, ale tak szczęśliwie, że zsunął mu się po plecach; zsuniecie to jednak było tak dotkliwie, że chory w tej chwili po wypadku nie mógł się podnieść, a kiedy go koledzy podnieśli i chcieli postawić, to uczył zupełną bezwładność nóg. Przy badaniu znaleziono co następuje:

Chory dobrze zbudowany, leży na plecach z jedną niewielką poduszką pod głową, gdyż tak mu najwygodniej; nie pozwala się posadzić, ani nawet na bok przewrócić, każdy bowiem ruch tułowia sprawia mu straszne bóle w kręgo-



słupie i kończynach dolnych; bóle te przy spokojnem leżeniu trwają, lecz możliwe są do zniesienia; ograniczamy się przeto do zbadania przedniej powierzchni tułowia i kończyny. Tętno 58, umiarkowanie napięte, ciepłota 37,4°. Oddech spokojny; w narządach wewnętrznych zmian nie znajdujemy.

Kończyny dolne zupełnie nieruchome, czucie na nich zachowane, jakkolwiek nieprawidłowe, miejscami bowiem wzmożone, miejscami osłabione; miejsc tych jednak wyszczególnić nie możemy, gdyż chory dawał odpowiedzi bardzo zmienne; uderza tylko jeden fakt niewątpliwy, że na lewej kończynie w okolicy stawów kolanowego i stopowego czucie znacznie wzmożone. Odruchy ścięgniste stopowy i kolanowy i skórny stopowy zupełnie zniesione, odruch stopowy JASTROWITZ'a bardzo słabo wyrażony. Zaparcie stolca i zatrzymanie moczu. Przy ostrożnem wsunięciu ręki pod krzyż wyczuwamy w okolicy lędźwiowej zapadnięcie jednego wyrostka ciernistego, którego najmniejszy ucisk wywołuje straszny ból krzyża promieniujący aż do nóg. Na głowie w okolicy kości potylicowej—rana niewielka drążąca do kości, kość jednak nie naruszona. Ciepłota wieczorem 37,9°.

Dnia 9 lutego. Ciepłota 37°, tętno 68; ból nóg i krzyża bardzo silny, chory całą noc nie spał; zaparcie stolca, mocz zatrzymany wypuszczono cewnikiem, oddziaływanie moczu kwaśne. Dla uśmierzania bólów wstrzyknięto pod skórę  $\frac{1}{6}$  grana morfiny a na noc дано 16 gran. tryonalu; ciepłota wieczorem 37,2° C.

Dnia 10 lutego. Ciepłota 36,8°, tętno 70. Zresztą stan ten sam, co wczoraj. Wstrzyknięto  $\frac{1}{6}$  grana morfiny; zalecono lawatywę, po której było wypróżnienie bezwiedne, mocz dwukrotnie wypuszczono cewnikiem. Wieczorem ciepłota 37°.

Dnia 11 lutego. Ciepłota rano 36,8, wieczorem 37°, tętno 70. Noc bezsenna wskutek bólu w kończynach dolnych. Wstrzyknięto  $\frac{1}{4}$  grana morfiny.

Dnia 12 lutego. Ciepłota rano 36,8°, wieczorem 37,2°, tętno 76. Ból w krzyżu i kończynach cokolwiek mniejszy. Zaparcie stolca i zatrzymanie moczu bez zmiany; mocz mętny oddziaływa alkalicznie. Przemyto pęcherz dwa razy 4 $\frac{1}{2}$ -owym roztworem kwasu bornego. Odruchów ścięgnistych i skórnych na kończynach dolnych i odruchu jądrowego nie możemy wywołać.

Dnia 14 lutego. Ciepłota rano 36,9, wieczorem 37,3°, tętno 76. W uspieniu chloroformowem zbadano kręgosłup i znaleziono poniżej wyrostka ciernistego 12-go kręgu grzbietowego wyraźne zapadnięcie, w głębi którego wyczuwamy wyrostek ciernisty 1-go kręgu lędźwiowego, jakby wtłoczony do jamy kręgosłupa. Rozpoznajemy przeto złamanie łuku 1-o kręgu lędźwiowego z wgnieceniem odłamka głównie z lewej strony. Po takim rozpoznaniu zaproponowano choremu operację, na którą nie chciał się zgodzić.

Dnia 15 lutego. Ciepłota rano 37°, wieczorem 37,2°, tętno 78. Noc spokojna bez bólów. Powtórzono szczegółowe badanie dolnych kończyn i znaleziono, że czucie w okolicy stawów kolanowego i stopowego lewego bardzo wzmożone. Ilość moczu około 1050 ctm. sześć.; mocz oddziaływa alkalicznie. Na krzyżu rozpoczęła się odleżyna.



Dnia 16 lutego ciepłota rano 36,8° wieczorem 37°, tętno 80. Po oleju rącznikowym było wypróżnienie bezwiedne. Mocz około 1025 ctm. sześć. alkaliczny, pęcherz dwa razy dziennie przemywa się roztworem 4%-owym kwasu bornego.

Od dnia 17 do 20 lutego ciepłota rano i wieczór prawidłowa. Zatrzymanie stolca i moczu jednakowe. Ilość dobową moczu od 1000 do 1050 ctm. sześć.; mocz pomimo dwukrotnego codziennie przemywania kwasem bornym mętny i trochę cuchnący.

Dnia 20 lutego. Za zgodą chorego dokonano operacji przy pomocy kol. KWIEŃNIA. Operacja nie przedstawiała żadnych trudności; poprowadzono cięcie po linii wierzchołków wyrostków ciernistych od 12-go grzbietowego do 3-go lędźwiowego; odseparowano skórę i mięśnie i wydobyto złamany łuk. Opony twardej nie otwieraliśmy, ponieważ była nieuszkodzona, i zdawało się, że podczas skurczu serea i oddechu faluje <sup>1)</sup>.

Dnia 21 lutego. Ciepłota rano 37°, wieczorem 37,2', tętno 96. W nocy chory nie spał z powodu strasznych bólów w palcach kończyn dolnych, i miał wstrzykniętą morfinę. Zwracam uwagę na ten objaw, gdyż dotąd go nie było i chory akcentuje nam swoją skargę jakby z pewnym wyrzutem, że przed operacją miał spokój, a po operacji tak strasznie cierpi. Ilość moczu 2070 ctm. sześć.; dwa razy większa aniżeli przed operacją.

Dnia 22 lutego. Ciepłota rano 36,8, wieczorem 37°, tętno 106. Bólu w palcach ani w kończynach dolnych nie ma; chory rozpromieniony opowiada, że dziś czuje „przyjemne ciepło“ w nogach, a dotąd czuł zimno. W palcach obu kończyn zupełne znieczulenie, głębokich ukłuć szpilką chory nie odczuwa zupełnie. Czucie w okolicach stawów skokowego i kolanowego obu kończyn wyraźnie wzmożone. Moczu 1950 ctm. sz..

Dnia 23 lutego. Ciepłota rano 36,5°, wieczorem 36,9, tętno 96. Oddawanie stolca bezwiedne (*incontinentio alvi*) i zatrzymanie moczu (*continentio urinae*); ilość moczu około 1750 ctm. sześć.; odleżyna mniejsza.

Dnia 24 lutego. Zmieniono opatrunek; rana czysta nie ropieje; moczu 1800 ctm. sześć., mocz mętny, alkaliczny. Ciepłota rano 36,9°, wieczorem 36,9 tętno 90.

Od dnia 25 lutego do 1 marca tętno około 80. Ciepłota rano i wieczorem prawidłowa; codziennie kilkakrotne bezwiedne oddawanie stolca; zatrzymanie moczu jednakowe, ilość dobową moczu od 1600 do 2000 ctm. sześć., mocz mętny i oddziaływa alkalicznie.

Dnia 1-go marca zjawiło się czucie w palcach prawej nogi, w lewej znieczulenie bez zmiany. Odleżyna prawie zupełnie się zagoiła; rana operacyjna goi się prawidłowo.

Dnia 3 marca znaleziono, że czucie na całej prawej nodze normalne, na palcach zaś lewej—zniesione.

D. 15 marca. Chory może już zatrzymać stolec, oddać trochę moczu jak się mocno nadmie, ale strumień bardzo słaby. Rana pooperacyjna zupełnie zago-

<sup>1)</sup> Patrz Chirurgia Szczegółowa RYDYGIERA. T. II. str. 22.



iona. Czucie na całych kończynach dolnych prawidłowe, odruchów zaś skórnych i ścięgniętych nie jesteśmy w stanie wywołać.

Dnia 20 marca. Chory, leżąc, może trochę odprowadzić i przyciągnąć prawą nogę (*abductio et adductio*); lewa—porażona

Dnia 29 marca. Chory zgina w kolanie i wyprostowywa prawą nogę, na lewej zaś napręża *musc. tensorem fasciae latae*. Na objaw ten zwracamy uwagę, gdyż to był najpierwszy mięsień, jakim chory zaczął władać tak na prawej, jak i na lewej nodze.

Dnia 6 kwietnia powróciły prawie wszystkie ruchy w prawej nodze, jakkolwiek leniwe i niezgrabne; lewą zaś żadnego ruchu chory wykonać nie może. Po paru miesiącach zjawiły się stopniowo ruchy i w kończynie lewej. Odruchów żadnych w obu nogach wywołać nie możemy, jak również odruchu jądrowego.

Z dalszego przebiegu choroby godzi się zanotować, że w początku maja podniosła się ciepłota do 39° wieczorem i spadała do 37° rano. Takie podniesienie ciepłoty, które trwało aż do d. 20 maja, było wywołane zapaleniem pęcherza, gdyż przez cały ten czas mocza był cuchnący, mętny i dopiero po zastosowaniu przemywania pęcherza roztworem sublimatu 1:4000 na przemian z 4%-owym roztworem kwasu bornego, w miarę jak mocza się oczyszczała i ciepłota opadała. Obecnie chory oddaje mocza czystszy, ale jednak stale alkaliczny, i skarży się od czasu do czasu na różne dolegliwości w pęcherzu.

W końcu sierpnia chory podtrzymywany pod lewe ramię zaczął chodzić, jakkolwiek z trudnością, a od początku b. roku już chodzi z laską w lewej ręce a prawą opierając się o poręcz łóżka. Tu jeszcze raz zaznaczamy, że odruchów ścięgniętych stopowego i kolanowego absolutnie wywołać nie możemy, jądrowy bardzo słabo wyrażony; przyczem prawa noga zupełnie dobra, lewa jeszcze bardzo słaba.

A teraz powstaje kwestya, z czem mieliśmy do czynienia:

Za dominujące objawy w powyższym przypadku musimy uważać następujące:

a) bezwład dolnych kończyn, który wystąpił natychmiast po wypadku. Objaw ten nie ulega najmniejszej wątpliwości, i nie był następstwem wstrząsu, chory bowiem rozpytywany przez nas w parę godzin najzupełniej przytomnie opowiada takie szczegóły, że leżąc na prawym boku, lewą ręką spychał sobie z nóg kawały węgla, i kiedy koledzy wydobywszy go, chcieli postawić na ziemi, to on czuł zupełną bezwładność nóg.

b) drugi równie ważny objaw—to straszliwe bóle w nogach i kręgosłupie już w kilka godzin po wypadku; bóle były tak gwałtowne, żeśmy musieli je uśmierzać morfiną;

c) trzeci—zupełne porażenie odbytu i pęcherza;

d) czwarty—brak podniesienia ciepłoty.

e) wreszcie piąty—wyraźne zaburzenia czucia bólowego na kończynach dolnych i wzmoczenie tegoż na kończynie lewej. Wszystkie te objawy może spowodować ucisk mlecza pacierzowego bez uszkodzenia takowego;



WAGNER bowiem na zjeździe chirurgów niemieckich opisał dwa przypadki uszkodzenia kręgosłupa, w których za życia stwierdzono zupełne porażenie kończyn dolnych, jakie się tylko zdarza przy przerwaniu rdzenia, tymczasem badanie pośmiertne wykazało tylko ucisk <sup>1)</sup>. Wobec tego należałoby przypuścić, żeśmy mieli do czynienia tylko z uciskiem bez żadnych głębszych zmian w oponach i rdzeniu i przypuszczenie to zdawałoby się najsluszniejszem, gdyby nie to, że już po wypadku przeszło 1½ roku, u chorego zaś brak wszelkich odruchów ścięgnistych, a przytem lewa noga pozostawia wiele do życzenia. Te dane zmuszają nas do przypuszczenia, że obok ucisku były jakieś głębsze zmiany w rdzeniu i to w lewej połowie; na czem polegają te zmiany, kategorycznie odpowiedzieć nie mogę; najprawdopodobniejszem zdaje mi się być częściowe zmiążdżenie rdzenia, z następczym zanikiem tkanki nerwowej.

Te jednak zmiany w rdzeniu nie objaśniają nam wszystkich dominujących objawów, które wystąpiły zaraz po wypadku, jako to: szalonych bólów w kręgosłupie i dolnych kończynach przy ruchach tułowia, te objawy bowiem wywołane być mogą zapaleniem opon rdzenia lub też wylewem krwawym w opony.

Zapalenie opon możemy wyłączyć, gdyż brak było od początku podniesionej ciepłoty, pozostaje więc wylew krwi w opony, którego wyłączyć nie możemy.

Zestawiając więc wszystko, formułujemy nasze rozpoznanie w ten sposób, że obok ucisku rdzenia odłamanym łukiem I-go kręgu lędźwiowego, było częściowe zmiążdżenie lewej połowy rdzenia oraz wylew krwawy w opony (*haematorrhachis*).

W końcu godzi się zanotować dwa objawy kliniczne z przebiegu tego cierpienia.

a) Przypadek nasz potwierdza zdanie ERB'a, który utrzymuje, że ilość moczu po obrażeniu rdzenia bywa mniejszą <sup>2)</sup>; po operacyi bowiem ilość moczu podwoiła się.

b) Z fizjologii wiadomo, że po zniszczeniu rdzenia przez całą jego grubość odruchy, które z początku bywają zniesione, z czasem wracają; THORBURN <sup>3)</sup> na podstawie 29 przypadków utrzymuje, że zostają na zawsze zniesione; nasz zaś przypadek dowodziłby, że dla zniesienia odruchów kolanowych na zawsze nie trzeba nawet zniszczenia rdzenia przez całą jego grubość.

---

<sup>1)</sup> Chirurgia Szczegółowa RYDYGIERA. T. II. str. 17.

<sup>2)</sup> Chirurgia Szczegółowa RYDYGIERA. T. II. str. 12.

<sup>3)</sup> Ibidem.



Z ODDZIAŁU III-GO CHORÓB WEWNĘTRZNYCH I Z ZAKŁADU UNIwersYTECKIEGO  
ANATOMII PATOLOGICZNEJ.

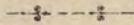
### III. POLYMYOSITIS PRIMARIA.

PRZYCZYNEK KLINICZNY I ANATOMO-PATOLOGICZNY.

Podał

**Dr J. Fajersztajn**

sekundaryusz lwowskiego szpitala powszechnego.



[Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 28].

W przypadkach PRINZING'a, BUSS'a i LORENZ'a można było przypuszczać, na podstawie objawów klinicznych, że sprawa chorobowa ogarnęła również mięśnie sercowe. Anatomicznie dowiedzionym został udział mięśnia sercowego w jednym tylko przypadku LORENZ'a (*myocarditis acuta cum pericarditide incipiente*), według którego objawy niedomogi serca stanowiąc mają znamiennej cechę krwotocznej *myositis*: z pięciu przypadków, zaliczonych do powyższej postaci, w czterech można było stwierdzić osłabienie czynności serca. Wypadku tu zaznaczyć, że niedomogę serca spostrzegali także LOEWENFELD w przypadku nie należącym do krwotocznej postaci. Wogóle materiał kazuistyczny jest jeszcze zbyt szczupły, by można było otworzyć dyskusję nad pytaniami, jakie się tu same przez się nasuwają [zależność objawów sercowych od wyniszczenia długotrwałą gorączkową chorobą, jak np. w przypadku PRINZING'a].

Mnoga *myositis* przebiega bez jakichkolwiek poważniejszych zaburzeń w sferze nerwowej.

Zniesienie odruchów kolanowych wydarza się często, pozostaje ono jednak najprawdopodobniej w bezpośrednim związku ze zmianami zapalnymi w mięśniu czworogłowym.

Z zaburzeń czuciowych zaznaczyć należy mrowienie i drętwienie [zwłaszcza w rękach], na które skarżyli się chorzy WAGNER'a i HEPP'a [por. nasz przypadek 1-szy]. U pacjentki LEVY'ego stwierdzono lekkie osłabienie czucia na dwu ostatnich członkach małego palca; jest to jednak zupełnie odosobnione spostrzeżenie, w pozostałych czucie skórne było zupełnie prawidłowe; tu i owdzie tylko notowano przeculicę [na ułkucia i podniety elektryczne].

O bolesności pni nerwowych wspomina jeden tylko STRUEMPELL, zaznaczając, jak trudnem jest, wobec wielkiej wrażliwości masy mięśniowej, przeprowadzenie dokładnego pod tym względem badania. STRUEMPELL nie wyłącza też w swoim przypadku omyłki, o którą tak łatwo.

Z wielkimi trudnościami połączone jest także badanie elektro-dyagnostyczne, znowu z powodu nadwrażliwości masy mięśniowej. Wyniki badań, przeprowadzonych przeważnie dorywczo, wypadają rozmaicie. W przypadku WA-



GNER'a pobudliwość elektro-mięśniowa była prawidłowa, STRUEMPELL i LORENZ opisują znaczne obniżenie jej, już to na oba rodzaje prądów [STRUEMPELL], już to tylko na prąd przerywany [LORENZ]. W przypadku HEPPE'a wygasła ona nawet zupełnie. LEVY znalazł w mięśniach wzniesienia wielkiego i małego palca częściowy odczyn zwyrodnienia—trzeba jednak dodać, że mięśnie te były zanikłe [ku końcowi choroby, po 2-letnim przeszło jej trwaniu]. W dwu naszych spostrzeżeniach stwierdzone zostało tylko bardzo nieznaczne obniżenie pobudliwości elektro-mięśniowej; w trzecim przypadku, w którym miejscami doszło do zupełnego wygaśnięcia oddziaływania na prądy elektryczne, można było przekonać się na wielu mięśniach, że obniżenie pobudliwości przy bezpośrednim drażnieniu było daleko większe, aniżeli przy pośrednim <sup>1)</sup>).

O głębszych, jakościowych zmianach pobudliwości donosi jeden tylko KORNIŁOW: mięśnie nie oddziaływały na prąd przerywany, pobudliwość na prąd stały była mocno obniżona, przytem w pewnych mięśniach zauważono odwrócenie wzoru, a w innych znów powolny przebieg skurczu.

STRUEMPELL rozróżnia ostre i przewlekłe przypadki mnogiej *myositis*, a następnie ciężkie, z zejściem śmiertelnem i lżejsze, kończące się wyzdrowieniem. Według LORENZ'a zasadą podziału na ostre, podostre i przewlekłe przypadki może być li tylko czas trwania choroby, co się tyczy bowiem samego obrazu chorobowego niema istotnej różnicy pomiędzy ostrem a opisywanemi dotąd jako przewlekłe postaciami. Za ostre możnaby tedy, zdaniem LORENZ'a, uważać przypadki, które się ciągnęły 1—8 tygodni; 2½—6-miesięcznym przebiegiem odznaczają się przypadki podostre; przewlekłe przypadki, objęte spostrzeżeniami JACOBY'ego i LOEWENFELD'a, trwały 1½—2½ lat.

Zdaje się jednak, że podstawy podziału na ostre i podostre postaci sięgnąćby mogły nieco głębiej, przekonać się bowiem można z odnośnych historii chorób, że przypadki o podostrym przebiegu wyróżniają się z pomiędzy innych mniejszą stałością objawów, znajdującą wyraz w okresowych polepszeniach i pogorszeniach. Zarówno pierwsze jak drugie dotyczą albo całokształtu obrazu klinicznego, albo też poszczególnych objawów [zwłaszcza obrzęków]. Wprawdzie już w ostrych przypadkach zaznacza się skłonność do lekkich zwolnień [WAGNER, HEPPE], a przynajmniej do słabnięcia i znikania niektórych objawów na czas pewien, w podostrych jednak postaciach zmienność przebiegu była tak wybitną, że możemy nieraz odróżniać poszczególne fazy choroby, składające się z okresowych zwolnień i nawrotów. W sposób może najbardziej charakterystyczny występowała podobna okresowość w spostrzeżeniu KOESTER'a i w naszym 1-em. W drugim naszym przypadku nawrót obrzęku powiek pojawił się dopiero w 3-m miesiącu choroby, a nawrót porażenia mięśni gardzielowych [współ z bardzo prawdopodobnem rozszerzeniem się zapalenia na mięśnie oddechowe] wystąpił dopiero pod koniec życia, po 7-miesięcznym trwaniu choroby, pozbawionej zupełnie, jak się przez długi czas zdawało, po-

---

<sup>1)</sup> Podobne stosunki stwierdzone zostały również przez NONNE'go i HOEFFNER'a w przypadku trychinozy.



stępowego charakteru. LOEWENFELD, PRINZING i LEVY donoszą o takich samych, choć może mniej ostro odgraniczonych, polepszeniach i nawrotach.

Obok podobnych wahań posiadają dłużej trwające przypadki mnogiej *myositis* jeszcze inne wspólne cechy. Mamy tu przedewszystkiem na myśli wytworzenie się zaników mięśniowych, o których była już wyżej mowa. Przypomnieć tu również należy, że spora część podostrych przypadków przebiegała albo zgoła bez gorączki [KOESTER, LORENZ, nasz przypadek 2-gi i 3-ci] albo też z epizodyczną i krótkotrwałą gorączką [POTAIN], dalej że śledziona stosunkowo często nie okazywała obrzmienia. W końcu wypada tu raz jeszcze zaznaczyć, że przykurczenia wielu naraz mięśni pojawiają się względnie najczęściej w przebiegu podostrych przypadków. Objaw ten był bardzo wybitny w spostrzeżeniu POTAIN'a, tak samo w naszych przypadkach; wspominają o nim również KOESTER, LORENZ i inni [p. w.].

Z uwag powyższych wyprowadzić można i należy wniosek, że nie brak podstaw klinicznych do odróżniania ostrych i podostrych postaci, sztucznem natomiast, bo tylko na długootrwałości choroby opartem, jest wyodrębnianie przypadków LOEWENFELD'a i JACOBY'ego, jako przewlekłych. Są to w gruncie rzeczy przypadki o podostrym charakterze i bardzo długo ciągnącym się przebiegu.

Zdaje się jednakowoż, że rubryka obejmująca przewlekłe postaci, nie zostanie skreślona, posiadamy bowiem w kazuistyce spostrzeżenie, które w dziale tym jedynie tylko właściwe znaleźćby mogło miejsce. Dotyczy ono przypadku SCHULTZE'go, o którym będzie jeszcze mowa, a przybywa doń drugie, podane niżej [przypadek 3-ci]. Wspólne cechy obu tych spostrzeżeń polegają na: 1) długootrwałości choroby, 2) dosyć powolnym rozwoju przypadków, 3) jednostajnym powolnym przebiegu pozbawionym zupełnie większych wahań, 4) tworzeniu się bardzo rozległych zaników i trwałych przykurczeń mięśniowych umiejscowionych po części w zginaczach, po części w mięśniach wyprostnych kończyn i w mięśniach kręgosłupa, a zawdzięczających swe pochodzenie najprawdopodobniej organicznemu skróceniu [marskości] mięśni, 5) bezgorączkowym przebiegu, 6) prawidłowych rozmiarach śledziony.

Przemagająca większość znanych dotąd przypadków mnogiej *myositis* zakończyła się zejściem śmiertelnem. O wyzdrowieniach donoszą tylko: PLEHN, GŁUZIŃSKI, UNVERRICHT (2), BUSS, SENATOR (2), BOECK „LEVY (1). Ze spostrzeżeń wymienionych autorów wynika, że zwrot ku lepszemu rozpoczyna się pomiędzy 12-yim dniem [PLEHN], a 3-im miesiącem choroby [LEVY]. Chory PLEHN'a odzyskał zdrowie bardzo rychło; u pacjentki UNVERRICHT'a objawy chorobowe poczęły występować już w drugim tygodniu po zasłabnięciu, po upływie 5-ciu miesięcy nie była ona jednak jeszcze zupełnie wolna od wszelkich dolegliwości. Również w przypadku LEVY'ego okres zdrowienia trwał bardzo długo.

Choć nie wszyscy autorowie jasno się wyrażają o powodach zejścia śmiertelnego, nie ulega wątpliwości, że zgon następuje najczęściej skutkiem powikłań płucnych, a mianowicie skutkiem ogniskowego zapalenia płuc. Przy-



czynny podobnych płucnych powikłań szukać należy w szerzeniu się sprawy na mięśnie oddechowe. Niedostateczne przewietrzanie płuc i słabe wykrztuszanie, będące bezpośrednim następstwem niedomogi mięśni wydechowych, a z drugiej strony fatalne skutki porażenia mięśni połykowych [zakrztuszanie się, wdechowanie]—oto wyniki, które aż nadto dostatecznie tłómaczą częstość zapalenń oskrzeli i płuc w przebiegu mnogiej *myositis*.

W spostrzeżeniu LORENZ'a bezpośrednią przyczyną śmierci była niedomoga serca.

W mięśniach osób zmarłych na mnogą *myositis* można po największej części już gołym okiem dostrzedz wybitne zmiany patologiczne; nie należy się pomimo to nigdy zadawałniać samem tylko makroskopowem badaniem, ponieważ drobnowidz wykrywa nieraz znaczne zmiany w mięśniach pozornie zupełnie prawidłowych. Dostrzegalne gołym okiem zmiany polegają na utracie prawidłowego zabarwienia; mięśnie są blado-różowe [WAGNER], blado-żółte [STRUEMPELL], gliniaste [PRINZING]; HEPP porównywa je z króliczymi mięśniami, SUTER—z rybimi; w naszym spostrzeżeniu [3-m] przypominały barwę mięśni żaby.

UNVERRICHT widział w wielu mięśniach ciemno-czerwone krwotoczne pasma; HEPP i WAGNER wspominają również o wynaczynieniach. W przypadkach „krwotocznych“ znajdowano liczne ogniska wybroczynowe [VÉRON, PRINZING], ciemno-rdzawe smugi [PRINZING], jako też brunatno-czerwone rozlane zabarwienie mięśni.

Konsystencya mięśni ulega również zmianom. Obok wysięku surowiczego, nagromadzonego obficie w tkance podskórnej, stwierdzono kilkakrotnie surowiczy obrzęk mięśni. Pomimo obrzęku mięśnie bywają nieraz twardawe, mało elastyczne. UNVERRICHT i HEPP zwracają uwagę na wielką ich kruchość. W spostrzeżeniu FENOGLIO'a mięśnie były miękkie i kruche; LORENZ stwierdził twardość świeżych ognisk zapalnych obok miękkości i wiotkości dawnych.

Drobnowidz wykazuje zmiany zapalne w tkance śródmiąższowej obok zwyrodnień samego mięszu. Zmiany śródmiąższowe polegają na bujaniu jąder tkanki łącznej, tworzeniu się ogniskowych, drobnokomórkowych nacieków, nie okazujących najmniejszej skłonności do rozpadu ropnego, rozroście tkanki łącznej. Naczynia bywają najczęściej mocno wypełnione ciałkami czerwonymi; światło naczyń włosowatych ulega nieraz przytem rozszerzeniu. Ściany naczyń są często zgrubiałe i naciekłe. Drobne wynaczynienia i złogi brunatno-żółtego barwnika nie należą bynajmniej do rzadkości, większe natomiast wybroczyny ogniskowe i rozległe wynaczynienia włosowate stwierdzono tylko w przypadkach „krwotocznych“. W naszym [3-m] spostrzeżeniu można się było spotkać w pewnych mięśniach z ogniskowemi wybroczynami [p. n.], pomimo że przypadek nie miał wogóle charakteru krwotocznego.

Ze zwyrodnień mięszu napotykamy najczęściej: szkliste, woskowe, ziarniste i wakuolarne. Zwyrodnienie tłuszczowe opisują tylko WAGNER, SUTER i POTAIN—ten ostatni wspomina o niem w sposób bardzo ogólnikowy. Do zjawisk dosyć pospolitych należy mętnienie włókien, zatarcie prążkowania



poprzecznego, rozrzedzenie [raryfikacja] istoty kurczliwej, połączone najczęściej z obrzmieniem włókna i częściowym jego rozpadem na podłużne włókienka.

Obok zmian rozpadowych występują tu i owdzie objawy proliferacyjne: bujanie jąder sarkolemy, tworzenie się środkowych jąder, połączone nieraz z układaniem się ich w szeregi. Do spraw tych wypadnie nam jeszcze powrócić przy opisie własnych wyników badania histologicznego.

Materyału anatomicznego dostarczały dotychczas przeważnie przypadki o przebiegu ostrym. Wyniki badań drobnowidzowych w przypadkach podostrych znamy tylko z opisów PRINZING'a i LORENZ'a. Z poszukiwań tych wynika, że w późniejszych okresach choroby do zmian powyższych przybywa jeszcze znaczne ścieńczenie [prosty zanik] sporej części włókien.

Stosunek zmian mięszszowych do śródmięszszowych przedstawia się w poszczególnych przypadkach, a nawet w poszczególnych mięśniach, pochodzących od jednego i tego samego osobnika, bardzo rozmaicie; dosyć powiedzieć, że w przypadku HEPP'a rozległemu zwyrodnieniu szklistemu towarzyszyły nieznaczne zmiany interstycjalne, podczas gdy odwrotnie w przypadku SENATOR'a zmiany śródmięszszowe były bardzo wybitne, a włókna mięśniowe zachowały niemal całkowicie prawidłowe własności.

W rdzeniu paciierzowym nie znajdowano nigdy zmian chorobowych. Nerwy obwodowe i nerwy śródmięśniowe nie okazywały również żadnych zmian, wyjątek stanowią pod tym względem spostrzeżenia WAGNER'a i JACOBY'ego; stwierdzono tu nieznaczne bujanie komórkowe w osłonkach. Dodać należy, że w przypadkach JACOBY'ego zmiany te mogą być uważane za wtórne; WAGNER nie przypisuje im wogóle żadnego znaczenia <sup>1)</sup>.

Zmiany zapalne [zapalno-krwotocznej] mięśnia sercowego znamy tylko z opisu LORENZ'a (*myocarditis diffusa* z guzikowatym stwardnieniem brunatno-fioletowym w ścianie lewej komory) i VÉRON'a [brunatne zabarwienie mięśnia z niewielką wybroczynką śródmięśniową]. W przypadku PRINZING'a [„krwotocznym“] mięsień był „brunatny, wiotki, kruchy“, okazywał zatem zmiany, które nie koniecznie muszą pozostawać w związku ze sprawą zapalną w mięśniach ciała, jako taką; wyniszczenie długotrwałą chorobą gorączkową wystarcza samo przez się do wywołania podobnego zwyrodnienia serca.

\* \* \*

Niejednokrotnie już wspomniane własne spostrzeżenia dotyczą dwu przypadków podostrych i jednego o przewlekłym przebiegu.

---

<sup>1)</sup> Wyniki ujemne badania drobnowidzowego nerwów odnoszą się do przypadków ostrych. Co się tyczy podostrych postaci, badania są jeszcze bardzo niedostateczne. Poza wymienionym przypadkiem JACOBY'ego nie wiemy nic o stanie pni nerwowych. Poszukiwania PRINZING'a obejmują tylko „kilka nerwów śródmięśniowych“.



### Spostrzeżenie I-sze<sup>2)</sup>.

Teodor W...e, 38 lat, dozorca kolejowy z Podwołoczysk. Zgłosił się do szpitala dnia 14 października 1898.

W końcu maja 1898 [około 26-go] ogólne osłabienie, bóle w członkach i rzekomo także stan gorączkowy [podobno rozpoznawano grypę i podawano chininę]. Po tygodniu wstał z łóżka, a d. 4-go czerwca objął obowiązki służbowe. Dnia 10 czerwca dostrzegł dosyć dużą plamę czerwoną po prawej stronie karku; nie doznawał przytem żadnych bólów, ani też stan ogólny nie ucierpiał. Jednakowoż w ciągu 3-ch do 4-ch następných dni zaczerwienienie rozszerzyło się na twarz i szyję, a jednocześnie wystąpiły znaczne bóle po przedniej i wewnętrznej stronie ramion. Rozwinęła się gorączka. Twarz zaczęła obrzmiewać i coraz mocniej się zaczerwieniała. Po 10—12 dniach wystąpiły obrzęki górnych kończyn aż po barki. O ile można wnosić z opisu, obrzęki te były miękkie i podatne. Na dolnych kończynach obrzęków nie było. Pod koniec czerwca pokazały się obrzęki po lewej stronie klatki piersiowej. Twarz spuchła bardzo znacznie, obrzmiałe dolne powieki zasłaniały niemal całkowicie szparę oczną. Górne powieki nie były obrzękłe. Bezsensowność, bóle w ramionach, osłabienie tak znaczne, że się chory z trudnością w łóżku obracał. W lipcu stan uległ pewnej poprawie: obrzęki poczęły ustępować, bóle również mocno się zmniejszyły; zaczerwienienie i obrzmienie twarzy nie uległo przytem jednak żadnej zmianie. Pod koniec miesiąca ponowne pogorszenie. Obrzęki powróciły i ogarnęły te same okolice ciała, co poprzednio [„ramiona zgrubiały jak u słonia, były jak kłody“]. Ponowny upadek sił. Prócz tego utrudnione połykanie stałych pokarmów; chwilowo nawet połykanie zupełnie niemożliwe, często wylewanie się płynnych pokarmów przez otwory nosowe. Mowa nosowa. Żucie nie było utrudnione. W ostatnich dniach lipca zaczęły się rozwijać obrzęki na stopach i podudziach a jednocześnie wystąpiły sinawo-czerwone plamy na kolanach, łokciach i grzbietowej powierzchni rąk. W połowie sierpnia dosyć nagle stan zaczął się znacznie poprawiać. Połykanie coraz łatwiejsze, mowa nabrała naturalnego dźwięku, obrzęki szybko znikaly, twarz znacznie zbladła, ruchy stawały się coraz swobodniejsze, tak że chory używać mógł przechadzki na mieście i wchodził na 2-e piętro. Poprawa [którą chory przypisuje smarowaniu obrzękłych członków kollydionem] trwała jednak nie długo, bo już w drugim tygodniu września zaczerwienienie twarzy pojawiło się ponownie, a za niem w kilka dni później obrzęki z dawnym umiejscowieniem. Zaburzenia połykania i mowy nie pojawiły się jednak. W ciągu ostatniego tygodnia września obrzęki zmniejszyły się znowu znacznie, a na dolnych kończynach nawet zupełnie ustąpiły.

Chory podaje, że w ciągu choroby swojej często bardzo i obficie się pocił. Dokładniejszych danych co do przebiegu gorączki nie można uzyskać. Zaczerwienienie twarzy mieli uważać lekarze za „różę“.

---

<sup>2)</sup> Czcigodnemu prymaryuszowi D-rowi RÓŻAŃSKIEMU, którego łaskawemu pośrednictwu zawdzięczam sposobność zapoznania się z tym przypadkiem, składam niniejszem wyrazy głębokiej wdzięczności.



Objawów żołądkowo-kiszkowych w ciągu choroby nigdy nie miał. Jadał często wieprzowinę, mięso pochodziło zawsze ze świń własnego chowu. W rodzinie chorego nikt ani jednocześnie z nim ani też potem nie chorował.

Chory pochodzi z rodziny zdrowej. W ostatnich czasach nie przechodził żadnej cięższej choroby. Syfilisu nie przebywał.

St a n o b e c n y. Wzrost słuszny, prawidłowa budowa ciała.

Na całej twarzy burakowo-czerwone jednostajne zabarwienie, poczynające się mniej więcej w połowie wysokości czoła, przechodzące na małżowiny i na szyję; tutaj, podobnie jak na czole, zaczerwienienie odgranicza się dosyć ostro od części odznaczających się prawidłową cerą. Nad obu łokciami bardzo lekkie plamiste zaczerwienienie, znikające pod naciskiem palca. Podobne plamy, wpadające w sinawy odcień, nad obu rzepekami. Na przedniej powierzchni ud, w odległości kilku ctm. od górnego brzegu rzepek symetryczne, brunatne plamy, zajmujące około 5 ctm. kwadr. powierzchni, złożone ze zlewających się brudno-żółtawych wysepek. Nad główkami kości dłoniowych (*ossa metacarpi*) skóra jest zlekka sinawo-czerwona.

Cała twarz obrzękła. Obrzęk występuje najwybitniej na dolnych powiekach, na nosie [zwłaszcza na skrzydłach]. Dolne powieki są wyraźnie cieżą napojone. Górne powieki nie obrzękłe, również skóra na czole nie okazuje obrzęków. Obrzęk na nosie i policzkach odznacza się dosyć znaczną konsystencją i nie poddaje się prawie wcale uciskowi palca. Na skrzydłach nosa, jakoteż na granicy owłosionej części górnej wargi i policzków lekkie łuszczenie się naskórka.

Na szyi, karku, piersiach, brzuchu, plecach, kończynach — obrzęków niema.

Żrenice miernej wielkości oddziałują prawidłowo. Mięśnie gałek ocznych zachowują się zupełnie prawidłowo; podobnie zwieracz powiek i mięsień unoszący górną powiekę. Mięśnie żuchwowe nieco osłabione, skurcz ich można z łatwością przewyciężyć lekkim naciskaniem na podbródek. Obmacywanie mięśni żuchwowych sprawia nieco bólu. Opuszczanie dolnej szczęki wyraźnie ograniczone; przy każdej próbie szerszego rozwarcia ust występuje ból w okolicy żwaczy. Mięśnie mimiczne zupełnie prawidłowe. Górna warga nieco obrzękła, obrzęk dotyczy najprawdopodobniej tylko skóry. Gwizdanie, wydymanie policzków i t. d. odbywa się prawidłowo. Język gładki, nie zgrubiały, niebolesny, porusza się z łatwością na wszystkie strony. Ruchy podniebienia miękkiego prawidłowe. Żywy odruch gardzielowy. Połyka dobrze. Czyste brzmienie głosu. Chory przerywa mowę częstymi westchnieniami, wydobywanie dźwięków jest, jak się zdaje, połączone z pewnym wysiłkiem.

Siła mięśni karku wyraźnie obniżona. Siedząc, chory najchętniej opuszcza głowę ku przodowi, męczy go bowiem wszelkie inne jej położenie; Również mięśnie zginające głowę znajdują się w stanie pewnego osłabienia; przy ruchach biernych stawiają one tylko nieznaczny bardzo opór. Unoszenie głowy z poduszek odbywa się ociężale, z wysiłkiem. Mięśnie karku i szyi okazują zwykłą zbitość; przy uciskaniu nie są one bolesne.



Mięśnie górnych kończyn, zwłaszcza zaś mięśnie barków i ramion są w znacznym stopniu osłabione. Unoszenie ramion ponad linię poziomą nie udaje się. Odprowadzanie i doprowadzanie ramion, zginanie i wyprostowywanie przedramion—wszystkie te ruchy odbywają się ociężale i bezsilnie, skutkiem czego chory nie może sam uwolnić rąk z pod kołdry, nie może poprawić poduszek, oprzeć się na rękach przy unoszeniu się z pozycji leżącej. Mięśnie dłoni i palców są również wybitnie osłabione, nie w tym jednak stopniu, by wykonywanie prostszych ruchów było uniemożliwione. Pismo równe, czytelne.

Oba mięśnie trójkątne (*m. deltoidei*), zwłaszcza lewy, znajdują się w stanie wyraźnego zaniku; z tego powodu kostne kontury barku zarysowują się bardzo wyraźnie. Zanik nie ogarnia równomiernie całego mięśnia, u nasady ramiennej masa mięśniowa jest stosunkowo najmniej ścięczałą. Drgań włókienkowych niema. Lewy mięsień nadgrzebieniowy (*m. supraspinatus*) okazuje również początki zaniku. Mięśnie trójgłowe są bardzo wiotkie; mięśnie piersiowe, dwugłowe, jakoteż mięśnie przedramienia nie różnią się zbitością od prawidłowych. Drobne mięśnie rąk nie okazują zaniku. Kłoby palucha (*thenar*) mocno wrażliwe na ucisk.

Obmacywanie wszystkich innych mięśni jest bardzo mało bolesne, dopiero przy głębszym ucisku można wywołać ból i to niezbyt gwałtowny. Jedynie tylko miejsce, w którym główka mięśnia dwugłowego przechodzi w ścięgno, odznacza się nadmierną wrażliwością na ucisk.

Ruchy bierne ramion ku górze są wyraźnie ograniczone. Przy forsownem unoszeniu ramion, któremu towarzyszy znaczny ból w pasze i w okolicy przyczepu mięśnia trójgłowego, przekonać się można po mocnem napinaniu się ścięgien mięśni piersiowych i mięśni najszerzych grzbietu, że ograniczenie to ruchu jest spowodowane przykurczeniem wymienionych mięśni. Zupełne wyprostowywanie kończyny w stawie łokciowym jest również niemożliwe z powodu przykurczenia mięśni dwugłowych. Obszar ruchu nie przenosi 60°. Próbowaniem przezwyciężenia przykurczenia towarzyszy gwałtowny ból, pojawiający się w lżejszym stopniu jeszcze przed osiągnięciem maksymalnego wyprostowania. Przy wykonywaniu mniej rozległych ruchów biernych można z łatwością stwierdzić, że przykurczone mięśnie nie odznaczają się bynajmniej nadmiernym napięciem. [C. d. n.].

---

## NOTATKI LEKARSKIE.

---

### 3. O zastosowaniu heroiny w terapii

Heroina, biały, krystaliczny proszek, prawie nie rozpuszczalny w wodzie zimnej i gorącej, łatwo rozpuszczalny przez dodanie do wody nieznacznej ilości kwasu octowego lub solnego. *Heroinum muriaticum*, sól kwasu solnego, biały krystaliczny proszek łatwo rozpuszczalny w wodzie, daje roztwory obojętne



i przez to nadaje się do wstrzykiwań podskórnych. Heroina, czyli dwuocetan morfiny otrzymuje się z morfiny przez zamianę obu grup hydroksylowych przez grupę acetylu.

Obydwa preparaty były zachwalane przez DRESER'a, STRUBE'go, FLORET'a, HOLTAMP'a, prof. LEO i EULENBURG'a, którzy przypisują im własności regulujące oddech, pogłębiające i przedłużające wdech, zmniejszające szybkość oddechania, a DRESER twierdzi, że preparaty te zmniejszają ilość zużytego tlenu i wytworzonego CO<sub>2</sub>, kwasu węglanego. Co do ich własności znieczulających i uspokajających bóle, zdania są podzielone. Jedni przyznają je im w stopniu daleko wyższym, niż je posiada morfina i kodeina, drudzy przeczą im zupełnie.

Z objawów ubocznych obserwowano mdłości, wymioty, zawroty głowy i niepokój ogólny w przypadkach, w których dawka wynosiła 0,01 lub więcej. To też radzą dawać na dawkę od 0,005 do 0,01 *maximum* dla osoby dorosłej. Daje się heroina lub jej związek z kwasem solnym w proszkach, kroplach lub podskórnie. Roztwory heroiny z powodu dodatku kwasu lepiej jest przyrządzać z syropem lub cukrem dla zmniejszenia nieprzyjemnego smaku. *Heroinum muriatricum*, jako preparat rozpuszczalny w czystej wodzie bardziej nadaje się do podawania w postaci kropli i wyłącznie bywa używany do wstrzykiwań podskórnych. Działanie heroiny następuje dość szybko.

W kilkudziesięciu przypadkach stosowania heroiny i jej związku z kwasem solnym na klinice, w praktyce ambulatoryjnej i na mieście otrzymałem wyniki podobne, jakkolwiek nie tak dobre jak wyżej wymienieni autorowie.

Przedewszystkiem przy nerwobólach po heroinie następowała bardzo nieznaczna ulga lub też nie było jej wcale. Przypadków, w których mnie heroina zawiodła, obserwowałem kilkanaście. Tylko w jednym przypadku bólów żołądkowych u tabetyka i u jednego chorego na *ischias* widziałem dosyć znaczne polepszenie po dwóch dniach używania heroiny, a po 4 dniach zupełne ustąpienie bólów. Przypadki, w których działanie heroiny było żadne lub bardzo nieznaczne, składały się z następujących cierpień: trzy razy *ischias*, i dwa razy neuralgia 2 gałęzi nerwu trójdzielnego, dwa napady bólów sercowych przy stwardnieniu naczyń i kilka przypadków bólów na tle reumatycznym. Również nie widziałem żadnej ulgi przy duszności, kaszlu na tle zaburzeń w krążeniu przy wadach serca, zapaleniach nerek i w jednym przypadku marskości wątroby z obrzękami.

W kilkunastu przypadkach gruźlicy otrzymywałem wyniki wcale nie lepsze, niż daje morfina i kodeina, polepszenia były nieznaczne, czasowe i bardzo szybko ustępowały. Działania regulującego oddech, zmniejszającego jego szybkość, pogłębiającego wdech nie spostrzegałem ani razu, jakkolwiek po ogłoszeniu pracy DRESER'a powtórzyłem umyślnie w tym celu doświadczenia robione poprzednio i bardzo starannie obserwowałem chorych, między którymi było kilku ze znaczną dusznością i szybkością oddechu. Również nie zbyt świetnie działała heroina w ostrych przypadkach zapalenia krtani, oskrzeli, płuc i opłucnej.

Daleko lepsze rezultaty otrzymywałem przy przewlekłych cierpieniach oskrzeli, rozedmie płuc i astmie oskrzelowej. Liczba oddechów zmniejszała się stopniowo, sinica i duszność znikaly, chorzy uspokajali się, mogli spać leżąc i czuli się znacznie lepiej. Polepszenie trwało kilka dni nawet po zaprzestaniu podawania heroiny, a w pięciu przypadkach rozedmy płucnej i w dwóch astmy oskrzelowej tak dalece czuli się dobrze, że uważali się za zupełnie uleczonych. W ostatnich siedmiu przypadkach podawałem heroinę przez czas dłuższy w połączeniu z jodkiem potasu, a w trzech z nieznacznym dodatkiem kofeiny. Bezsprzecznie dobre wyniki dawała heroina i jej związek z kwasem solnym tylko przy rozedmie płucnej i astmie oskrzelowej, jakkolwiek wyniki



bywały przeważnie krótkotrwałe i stan chorych po pewnej przerwie znów się pogorszał. Jednakże w porównaniu z innymi narkotykami preparaty te dawały przy rozemnie płucnej i astmie oskrzelowej daleko większe polepszenie i działanie ich było nie tak zawodne jak morfiny i kodeiny.

Przytem chorzy nie tak prędko przyzwyczajają się do nich i dopiero po 5—6 dniach przyjmowania bez przerwy działanie tych środków słabnie albo zupełnie znika. To też lepiej już po 4 dniach robić przerwę dwudniową. Szczególniej dobre wyniki dawało mi połączenie heroiny z jodkiem potasu, a przy objawach niedomogi sercowej i z kofeiną. Z objawów ubocznych trzy razy obserwowałem zaburzenia sercowe: bóle, ściskanie, kołatanie serca, szum i zawroty głowy. Raz przy wadzie serca, niedostateczności zastawek lewego żylnego otworu i ostrem zapaleniu oskrzeli po drugiej dawce w przeciągu 6 godzin po 0,005 w proszku; w drugim przypadku przy silnie rozwiniętym stwardnieniu naczyń i ateromatycznych zmianach aorty z rozemną płuc po pierwszej dawce w płynie po 0,005, po raz trzeci u chorej na przewlekłe zapalenie oskrzeli i nerek po pierwszej dawce w proszku 0,01. Oprócz tego dwa razy wystąpiły mdłości, wymioty, bóle i zawroty głowy u suchotników, a kilka razy tylko szum i zawroty głowy, nudności i mdłości po dawkach 0,005. Objawy te występowały przy pierwszej lub drugiej dawce, a później chorzy znosili dobrze też same dawki. Co do różnicy między heroiną i *heroinum muriaticum*, to oprócz łatwej rozpuszczalności ostatniej nie znajdowałem żadnej, działanie obydwóch preparatów było jednakowe; wstrzykiwania podskórne *heroinum muriaticum* są niebolesne i działanie ich jest trochę szybsze i silniejsze, jakkolwiek różnice są nieznaczne i obiektywnie stwierdzić się nie dają, a subiektywne uczucia chorych zależą też w pewnym stopniu od sugestyi, jaką wywiera wstrzyknięcie lekarstwa pod skórę. Nie widziałem też ani razu przy użyciu podskórnem objawów ubocznych.

Z przypadków przezemnie obserwowanych wyniosłem przekonanie, że heroina i jej związek z kwasem solnym z korzyścią mogą być stosowane przy przewlekłym niezycie oskrzeli, rozemnie płuc i astmie, czy to same, czy też w połączeniu z jodkiem potasu i kofeiną, i że przy tych cierpieniach dają daleko lepsze wyniki niż morfina i kodeina. Nie ośmieliłbym się jednakże przyznać im własności swoistych, regulujących czynność oddechową, jak to twierdzą DRESER, prof. LEO i inni, którzy znajdują zupełną analogię między działaniem naparstnicy na serce i działaniem heroiny na płuca.

Aleksander Białobrzęski

---

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

— 2 —

### 76. G. Avellis. Czem jest t. zw. typowy świst wdechowy (*stridor*) u ssaków?

Autor na zasadzie kilku przez siebie obserwowanych przypadków, po głębszem rozważeniu tej kwestyi dochodzi do wniosków co do istoty i przyczyny tej formy chorobowej wręcz odmiennych, niż poprzednicy jego, którzy również rozpoznawali i opisywali tę chorobę, lecz inaczej ją tłumaczyli.

Przedstawmy przedewszystkiem obraz kliniczny tego cierpienia: u dziecka wkrótce lub niekiedy nawet natychmiast po urodzeniu wdech staje się utrudnionym, głośnym, dźwięcznym, podobnym do krupowego; charakter ten zachowuje on stale i trudno zauważyć zmiany znaczniejsze, chociaż podlega pewnym wahaniom, zależnie od ruchów dziecka lub pozycyi, w jakiej się ono znaj-



duje. Wciąganie w dolku podsercowym i po bokach piersi jest widoczne; nie ma natomiast ani sinicy, ani podwyższenia ciepłoty, kaszlu, chrypki, ani też powiększonych gruczołów chłonnych i ropnia pozagardzielowego; nie znajdujemy również śladów krzywicy, ani drgawek. Odżywianie jest wogóle dobre; cierpienie to po krótszem lub dłuższem trwaniu najczęściej samo ustępuje, bez leczenia.

Przy badaniu krtani wziernikiem zwykle nie znajdujemy żadnych zmian wybitnych, lubo należy dodać, iż nigdy prawie wgląd krtani zajrzeć nam się nie udaje, t. j. strun głosowych nie widzimy, a tylko są widoczne części ograniczające wejście do krtani, te zaś nie przedstawiają zmian, któreby mogły objaśnić powstanie tych objawów.

Wszyscy autorowie, którzy obserwowali i opisywali tę chorobę, są jednego zdania, gdy chodzi o formę cierpienia; różnica poglądów dotyczy tylko etyologii.

LÖRI, ochrzciwszy formę tę nazwą „*klonischer Glottiskrampf der Neugeborenen und Säuglinge*“, upatruje przyczynę w ruchach opacznych (*perverse*) strun głosowych, a to na tej zasadzie, iż raz widział struny głosowe zamykające się przy wdechu, co uważa za skutek podrażnienia ośrodkowego niewiadomego pochodzenia.

SIMON upodabnia formę tę z „*laryngismus stridulus*“, HERZFELD zaś uznaje to cierpienie jako skutek zniesienia koordynacji mięśni krtaniowych w ośrodku nerwowym. Słowem, autorowie zgadzają się co do tego, że forma ta należy do nerwic czynnościowych.

Na te poglądy nie pisze się nasz autor i zbija je po kolei, aby utworzyć drogę własnej teorii. Według niego wszystkie objawy tej choroby dają się objaśnić mechanicznym uciskiem grasicy na tchawicę, wskutek czego nadaje temu cierpieniu nazwę: „*tracheostenosis thymica*“.

Uzasadnia zaś autor swój pogląd następującymi danymi:

1) SCHMIDT obserwował przypadek, pod względem klinicznym zupełnie odpowiadający wyżej opisanemu obrazowi. Wobec silnej duszności zrobiono choremu tracheotomię, przez co jednak oddechanie się nie poprawiło. Dopiero gdy wsadzono, zamiast zwykłej, dłuższą rurkę, dziecko zaczęło oddechać swobodniej. Rurka ta jednak wywołała odleżynę w tchawicy, należało zatem zmienić ją znów na krótszą, skutek zaś tej zmiany był taki, że natychmiast prawie napady duszenia się ponowiły. Wtedy REHN, podejrzewając nowotwór w śródpiersiu, otworzył je i znalazł powiększoną grasicę; wyciągnął ją więc z jamy piersiowej i przyszył do kości piersiowej, poczem duszność zupełnie znikła.

2) KOENIG powtórzył tę operację z doskonałym rezultatem u dziecka trzymiesięcznego, u którego duszność trwała dwa miesiące.

3) Nakoniec GLOECKLER obserwował trzy przypadki podobnego rodzaju, które wypadkowo zakończyły się śmiercią; u wszystkich WEIGERT znalazł powiększone grasicę.

Na zasadzie tych danych autor dochodzi do wniosku, iż przyczyną tej choroby jest ucisk powiększonej grasicy na tchawicę.

Jedną jest tylko choroba, dająca podobny obraz, a zależna od innej przyczyny, mianowicie od ucisku powiększonych oskrzelowych gruczołów chłonnych. Przy tem cierpieniu znajdujemy bolesność na wysokości czwartego kręgu piersiowego, stępienie na mostku i pomiędzy łopatkami, kaszel przypominający koklusz, powiększenie innych gruczołów chłonnych, czasami chrypkę, objawy zastoinowe, skrofuły dziedziczne lub gruźlicę, czasami trudności w polykaniu wskutek ucisku na przełyk.

(*Archiv für Laryngologie und Rhinologie B. VIII. 1898*).

S. Oppenheim.



### 77. R. Renvers. Postępowanie lekarskie przy ograniczonym zapaleniu otrzewnej w okolicy kiszki ślepej (*perityphlitis*).

Pogląd na patologię *perityphlitis* dzięki licznym spostrzeżeniom ostatnich czasów został prawie w zupełności ustalonym. Obecnie powszechnie zostało przyjętem, że sprawy zapalne w okolicy kiszki ślepej rzadko tylko mają za źródło Kiszkę ślepa [jak to ma miejsce np. w sprawach gruźliczych lub rakowatych], lecz najczęściej za punkt wyjścia służy wyrostek robaczkowy. Gdy prócz tego dawniej za główną przyczynę owej sprawy uważano ciała obce i kał, obecnie, dzięki spostrzeżeniom na stole operacyjnym, przekonano się, że często źródłem spraw ropnych bywa błona śluzowa i gruczoły wyrostka robaczkowego, które biorą udział prawie we wszystkich ostrych zakaźnych zaburzeniach kiszkowych.

Jednakże zazwyczaj cierpienie pierwotne błony śluzowej wyrostka nie pociąga za sobą następczej sprawy zapalnej w jej okolicy, lecz przebiega skrycie, nie wywołując najmniejszych objawów; na stole sekcyjnym przeto często napotykamy niespodzianie owrzodzenia, zwężenia, ropne zapalenia wyrostka, za życia nie dające się stwierdzić. Gdy jednak sprawa zapalna z błony śluzowej przechodzi na mięśniową i surowiczą, powoduje wówczas ograniczone zapalenie otrzewnej w okolicy wyrostka. Względnie rzadko zdarzają się przypadki, w których występuje odrazu zakażenie całej jamy brzusznej, mające za swe źródło wyrostek robaczkowy; w tych razach szybko rozwija się obraz kliniczny ostrego ropnego lub septycznego zapalenia otrzewnej z zejściem śmiertelnem. Zazwyczaj zaś naokoło ogniska zapalnego wytwarzają się zrosty, nie pozwalające sprawie rozszerzyć się na jamę brzuszną i ograniczające ją do zapalenia umiejscowionego tylko w okolicy wyrostka.

Przebieg *perityphlitis* bywa mniej lub więcej burzliwy zależnie od istoty sprawy zakaźnej i siły odpornej organizmu i prowadzi do wytworzenia ropy lub wysięku surowiczego lub wreszcie zrostów włóknikowych; wyrostek może uleść zgorzeli i wytwarzający się wokoło niego ropień otwiera się do kiszki, do pęcherza lub do macicy, i w ten sposób następuje samowyleczenie; sprawa zapalna może powoli osłabnąć, wysięki mogą uleść wessaniu i wówczas na miejscu zapalenia pozostają tylko zrosty; w tych to zrostach ukryty jest zarazek i przy pierwszej sposobności może spowodować nawrót sprawy poprzedniej.

Wszystkie wyżej opisane sprawy mogą się umiejscawiać nietylko w okolicy jamy biodrowej (*fossae iliacaе*), lecz także i w rozmaitych innych punktach jamy brzusznej, stosownie do przypadkowego położenia wyrostka robaczkowego. Tak widziano wyrostek robaczkowy położony w okolicy pęcherza żółciowego, obok aorty na wysokości oddzielania się *art. mesaraicue inf.*, obok dna pęcherza i t. d.

Jak stoi kwestya rozpoznawania owych spraw za życia?

Gdy jedni uważają za możliwe postawienie ścisłego anatomicznego rozpoznania za życia chorego, inni są zdania, że rodzaj zmian patologicznych w wyrostku nie daje się z pewnością określić. Łatwiejszemi do rozpoznania są sprawy zapalne następcze, i przy wyczuwalnym wysięku np. z towarzyszącą gorączką, gdy sprawa zaczęła się burzliwie, możemy śmiało przypaścić istnienie sprawy ropnej, mającej za źródło wyrostek robaczkowy. Przy nagłym początku choroby często trudno bywa wyrokować, czy zajęta jest cała jama brzuszna czy też sprawa jest ograniczona; w obu przypadkach spostrzegano częstokroć bóle, wymioty, gorączkę, znaczną szybkość tętna i t. d., nawet objawy zapaści,—w takim razie tylko przebieg może rozstrzygnąć pytanie, gdyż przy zapaleniu ograniczonym ciężkie te objawy uspakajają się przy wła-



ściwem leczeniu najpóźniej po 24 godzinach, przy zajęciu zaś całej otrzewnej sprawa postępuje naprzód. Jakkolwiek źródła ograniczonego zapalenia otrzewnej mogą być różnorodne, to jednak najczęściej bywa ono pochodzenia wyrostkowego. Trudnemi do rozpoznania są przypadki przebiegające nietypowo, ukrywające się pod postacią już to kolki nerkowej lub żółciowej, już to zaburzeń żołądkowo-kiszkowych lub pęcherzowych. Brak gorączki nie wyłącza sprawy ropnej, gdyż spostrzegano przypadki ze znacznem wytworzeniem się ropy bez podniesienia ciepłoty.

Co się tyczy rokowania, to przypadki z zapaleniem otrzewnej rozlanem w większości przypadków kończą się niepomyślnie. Przepowiedzieć zaś w początku choroby, czy i kiedy nastąpi rozszerzenie się sprawy na jamę brzuszną, w żaden sposób jest niemożliwem. Doświadczenie wszakże poucza, że tylko w 6% przypadków *perityphlitis* następuje przedziurawienie do jamy brzusznej.

W kwestyi poglądów na leczenie owego cierpienia panuje niezgoda pomiędzy chirurgami a terapeutami. Podczas gdy jedni chirurgowie zalecają operację w każdym przypadku *perityphlitis* ze względu na mogące grozić niebezpieczeństwo, inni radzą czekać na utworzenie się ropnia i wtedy go otworzyć; gdy jedni radzą w każdym przypadku usuwać wyrostek robaczkowy, inni podejmują się tej operacji tylko w okresie pozapalnym. Z drugiej strony liczne sprzeczne twierdzenia terapeutów stwierdzają, że wiele ciężkich nawet przypadków *perityphlitis* kończy się pomyślnie bez zabiegu chirurgicznego. Jak więc powinien postąpić w danym przypadku lekarz?

Gdybyśmy się zgodzili z poglądem owych chirurgów, którzy w każdym przypadku zalecają przystąpić natychmiast do operacji, każdy lekarz postawiony byłby wówczas w konieczności niezwłocznego wykonania owej niezbędnej operacji, jak to się dzieje przy przepuklinie zaciśniętej lub zwężeniu tchawicy. Lecz czy bez znacznego niebezpieczeństwa może ją wykonać lekarz poza szpitalem, bez niezbędnych środków pomocniczych? Przeniesienie zaś chorego do szpitala w większości przypadków okazuje się niemożliwem.

Zadanie więc lekarza, według prof. RENVERS'a, polega przedewszystkiem na tem, aby umiejscowić sprawę zapalną. Należy choremu dotkniętemu moczniemi bólami i nudnościami zalecić bezwzględny spokój, wstrzyknąć pod skórę 1—2 ctgr. morfiny, zastosować ciepły okład wilgotny na okolicę bolesną. W okresie początkowym lepszy wpływ na uspokojenie bólów wywiera częstokroć niezbyt ciężki pęczek z lodem. Gdy bóle powracają, należy podawać makowiec w małych dawkach, w postaci czopków lub wlewań do odbytnicy [co 3 godziny po 20 kropel *trae opi* *simpl.*]; w ciągu pierwszych 24 godzin w celu uniknięcia wymiotów, pożądanem jest wstrzymanie się od wszelkiego pożywienia; pragnienie można gasić kawałkami lodu lub czystą zimną wodą; wogóle należałoby unikać podawania jakichkolwiek leków *per os*.

Po 24 godzinach następuje już zazwyczaj wybitna zmiana w sprawie miejscowej; albo sprawa się umiejscawia, albo też trwają w dalszym ciągu objawy podrażnienia otrzewnej, które zwalczać należy za pomocą makowca i okładów. Pożywienie w okresie gorączkowym powinno być wyłącznie płynne i składać się z mleka lub zup posilnych, podawanych w ilości najwyżej 50 ctm. sześć, w odstępach dwugodzinnych.

Jeśli wszakże objawy ogólne podrażnienia otrzewnej wzmagają się, tętno staje się szybszem i w jamie brzusznej wytwarza się wysięk—bezwzględnie należy wówczas przystąpić do zabiegu chirurgicznego w celu usunięcia z jamy brzusznej ropy. Gdy sprawa się umiejscowi, należy czekać dopóty, dopóki nie znikną wszelkie objawy podrażnienia otrzewnej w okolicy wysięku; gdy rozpoznamy ropień przylegający do ściany brzusznej, należy go poprostu otworzyć.



Zupełne wyleczenie z powyższego cierpienia jest możliwem. W okresie wyzdrowienia należy choremu udzielić przepisów dyetetycznych i zalecić wodę karlsbadzką, marienbadzką lub homburską. W razie nawrotu choroby, trzeba przypuścić cierpienie wyrostka robaczkowego przewlekłe, które pomimo wszelkich środków rzadko gruntownie zostaje wyleczone.

(*Die Ther. der Gegenwart. Heft 3. 1899.*)

W. Rubin.

### 79. P. Bailey. Połowiczny zanik mózgu bez zaburzeń inteligencji.

Przypadek, opisany przez autora, dotyczył chorego, który w 47-ym r. życia dostał typowego porażenia połowicznego z następczemi przykurczeniami. Chory pozostawał pod ciągłą obserwacją autora do 57-go roku życia, do chwili śmierci, która nastąpiła w następstwie zapalenia płuc włóknikowego. Przez cały ten czas chory nie wykazywał najmniejszych zaburzeń ze strony psychicznej. Zdolność rozumowania była prawidłowa. Strona uczuciowa nie przedstawiała nic nieprawidłowego.

Przy badaniu pośmiertnem okazało się, iż cała prawa połowa mózgu była znacznie zmniejszoną. W przedniej jej części znaleziono torbiel wielkości jaja kurzego, zawierającą płyn surowiczy. Cały płat czołowy, leżący przed szczeliną ROLANDA, przedstawiał żółtawą, przeświecającą i obrzękniętą masę długości 3 ctm., szerokości 4, grubości 2 ctm.. Zwoje szarej substancji u podstawy mózgu po stronie prawej znacznie zmniejszone. Różnica w wielkości obu połów mostu WAROL'a, rdzenia kręgowego bardzo wyraźna [ $1\frac{1}{2}$  raza]. Różnica ta w rdzeniu przedłużonym mniej uderzająca. Tętnice na podstawie mózgu, jak *art. carotis interna*, *art. cerebri media*, *art. cerebri anterior* przedstawiały twarde sznurki; światło w *art. carotis interna* wynosiło  $\frac{1}{2}$  mm. średnicy. Badanie drobnovidzowe wykazało w nich *endarteritis obliterans*. Badanie drobnovidzowe metodą NISSL'a owej masy, przedstawiającej płat czołowy, nie wykazało w niej wcale obecności komórek nerwowych. W korze mózgowej, leżącej w zawojach za szczeliną ROLAND'a, komórek nerwowych po stronie prawej znaleziono mniej, niż po stronie lewej, niektóre z nich przedstawiały jednolite kulki.

Interes, jaki przedstawia ten przypadek, polega na tem, iż pomimo zniszczenia niemal całego płata czołowego chory żadnych zaburzeń inteligencji nie przedstawiał. Zgodnie z badaniami doświadczalnemi BIANCHI'ego, ze spostrzeżeniami niektórych klinicystów należałoby tych zaburzeń jednak oczekiwać. WILIAMSON z 50 przypadków guza w płatach czołowych w 32, t. j. w 64% podaje osłabienie zdolności uwagi, pamięci, senność ciągłą. Ów stan somnolencyjny, niemal patognomiczny dla zajęcia płatów czołowych, JASTROWITZ nazwał „*moria*“. OPPENHEIM spostrzegał nawet skłonność do żartów (*Witzelsucht*) przy zajęciu płata czołowego. Wogóle zgodny autorów co do znaczenia fizjologicznego płatów czołowych niema, zwłaszcza zaś co do przewagi ich lewej lub prawej strony. Ciekawe są dane statystyczne, przytoczone przez PHELPS'a. Z 27 przypadków uszkodzenia płatów czołowych, stwierdzonych przez badanie pośmiertne, w 11-u był dotknięty płat lewy, w 7—płat prawy, w 10—oba. Z jedenastu przypadków pierwszej kategorii w dwóch tylko spostrzegano zaburzenia psychiczne: w jednym przeważał *stupor*, w drugim—rodzaj obłędu. Z 7 przypadków drugiej kategorii—w żadnym z nich zaburzeń psychicznych nie obserwowano. Z 10 przypadków trzeciej kategorii swoiste zaburzenia psychiczne notowano w 8 przypadkach.

Przypadek, przytoczony przez autora, dowodzi, iż rola prawego płata czołowego nie jest tak ważną, jakby tego można się było spodziewać. Być może wreszcie, rolę jego wziął na siebie zastępczo płat czołowy lewy.

(*The American journal of the medical sciences. Marzec. 1899.*)

St. Koczyński.



## Wiadomości bieżące.

— IX Zjazd lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie. Komitet gospodarczy IX Zjazdu na posiedzeniu, odbytem w końcu czerwca b. r., przyjął do wiadomości sprawozdanie ściślejszego komitetu wykonawczego z dokonanych czynności i zatwierdził jego uchwały, powzięte na kilku posiedzeniach w pierwszym półroczu 1899. W myśl tych uchwał odbędzie się IX Zjazd lekarzy i przyrodników polskich w dniach 21 do 24 lipca 1900 [od soboty do wtorku włącznie]. Jeden poranek i jedno popołudnie przeznaczono na posiedzenia ogólne, dwa dni na posiedzenia poszczególnych sekcji naukowych. Niedzielę d. 22 lipca 1900 zajmie wspólna wycieczka w okolice Krakowa; po zamknięciu zjazdu rozpoczną się wycieczki do zdrojowisk galicyjskich. Obrady naukowe odbywać się będą równocześnie w 22 sekcjach, a mianowicie utworzone zostaną sekcje następujące: 1) matematyczno-fizyczna [łącznie z astronomią], 2) chemiczna i technologii chemicznej, 3) mineralogii, geologii i geografii fizycznej, 4) zoologii i anatomii porównawczej, 5) botaniczna, 6) rolnicza, 7) techniczna [mechanika, inżynieria, budownictwo], 8) fotografii, zastosowanej do celów naukowych, 9) farmaceutyczna, 10) psychologiczna, 11) anatomiczno-fizyologiczna [łącznie z embryologią, histologią, chemią fizyologiczną i antropologią], 12) patologiczna [anatomia patologiczna, patologia ogólna, bakteriologia lekarska], 13) medycyny wewnętrznej [łącznie z pedyatrią, balneologią, hydroterapią i farmakologią], 14) chirurgiczna [łącznie z ortopedją, laryngologią, otyatrią i dentystryką], 15) dermatologiczna, 16) chorób nerwowych i umysłowych, 17) okulistyczna, 18) ginekologiczna, 19) medycyny sądowej i toksykologii, 20) medycyny publicznej [hygienu, policya lekarska, badanie środków spożywczych], 21) weterynarska, 22) prasy lekarskiej. W czasie zjazdu wychodzić będzie „Dziennik zjazdu“, zawierający oprócz sprawozdań z prac naukowych zjazdu zarazem dział informacyjny. Nadto wydany zostanie opis zakładów naukowych przyrodniczo-lekarskich krakowskich. Komitet gospodarczy podzielił się na szereg podkomitetów gospodarczych, wybierając ze swego łona przewodniczących, mianowicie utworzono: 1) Biuro sekretarskie [doc. D-r Ciechanowski, Wielopole 4], 2) sekcję kwaterunkową [prof. D-r E. Bandrowski], 3) Sekcję wycieczkową [prof. D-r Domański], 4) sekcję zwiedzania zdrojowisk krajowych [D-r Surzycki], 5) Sekcję zwiedzania zakładów naukowych [prof. D-r Rosner], 6) sekcję zwiedzania miasta [prof. D-r Zarewicz], 7) Biuro informacyjne na czas zjazdu [doc. D-r Kryński], 8) Organizacja posiedzeń ogólnych [prof. D-r Wachholz], 9) komitet wystawy przyrodniczo-lekarskiej, ze zjazdem połączonej [D-r M. Śliwiński], 10) Redakcja „Dziennika zjazdu“ [doc. D-r Raczyński], 11) Redakcja wydawnictw pamiątkowych [prof. D-r Rostański], 12) sekcję spraw kolejowych [D-r Zoll i D-r Horoszkiewicz], 13) sekcję bankietową. Nadto były przedmiotem obrad fundusze Zjazdu. Jak wiadomo, udzielił Wysoki sejm król. Galicyi i Lodomeryi zjazdowi subwencyę w kwocie 1000 złr. Wkładka zjazdowa dla uczestników wynosić będzie 10 złr., a dla towarzyszących im osób 5 złr.,

Ze zjazdem złączona będzie Wystawa przyrodniczo-lekarska i lekarsko-przemysłowa. Urządzeniem wystawy zajmuje się odrębna komisja, złożona z pp. prof. D-ra Bujwida, p. Hellera, dyr. Petelena i prof. D-r Zarewicza. Przewodniczącym tej komisji jest D-r M. Śliwiński.

Pozostawiając sekcjom naukowym zresztą zupełną autonomię, przyjął komitet gospodarczy dla jednolitości organizacji zjazdu pewne ogólne zasady, mianowicie: a) organizacyę sekcji przeprowadzą uproszeni gospodarze w porozumieniu z kolegami zawodowymi; b) każda sekcya oznaczy kilka głównych tematów, mających być przedmiotem rozpraw, z pośród ważnych współczesnych zagadnień naukowych i zjedna dla każdego z tematów stosownych referentów; c) z luźnych odczytów i demonstracji te tylko będą przyjęte na porządek dzienny obrad, do których przy ich zgłoszeniu dołączone będzie krótkie streszczenie dla „Dziennika Zjazdu“; d) dla nad-



syłania zgłoszeń ze streszczeniami zamierzonych wykładów będzie wyznaczony termin prekluzyjny; e) gromadzeniem zgłoszeń wykładów zajmować się będą poza Krakowem komisarze zjazdu; f) rzeczywistymi, t. j. czynnymi sekretarzami sekcji będą z góry przez gospodarzy sekcji wybrani, a przez komitet gospodarczy zatwierdzeni koledzy, których głównem zadaniem będzie dokładne streszczenie toku dyskusyi i z pomocą streszczeń, dostarczonych przez wykładających, przygotowanie wyczerpującego sprawozdania z obrad sekcji dla „Dziennika Zjazdu“.

Kraków dnia 4 lipca, 1899.

Prof. D-r A. Witkowski.

Prof. D-r K. Kostanecki

przewodniczący komitetu gospodarczego.

Doc. D-r St. Ciechanowski

sekretarz komitetu [Wielopole 4].

— W № 7 Czasopisma Lekarskiego [w Łodzi] znajdujemy odczew do lekarzy kol. L. RUTKOWSKIEGO [z Płońska], znanego pracownika na niwie antropologii krajowej, w sprawie pomiarów antropologicznych ludności naszego kraju. Wobec licznych wątpliwości i sprzecznych często danych odnośnie do pytań: „czy należymy do ludów rosłych, średnich czy niskich, czy jesteśmy dobrze pod względem fizycznym rozwinięci czy nie, czy się wreszcie wyradzamy“, należałoby jednocześnie porobić jak najwięcej pomiarów na całym zamieszkiwanym przez nas terytorium. Pracę tę wykonać można siłami zbiorowemi. „Jest to naszym obowiązkiem społecznym, winno być punktem naszego honoru narodowego; bo czyż czekać będziemy, aż nas znów pomierzą Niemcy, jak to częściowo już zrobił WEISSBACH i inni“. Spelnienia tego obowiązku mogą i winni się podjąć przedewszystkiem lekarze. Do każdego też zwraca się autor z ciepłą i serdeczną prośbą, aby każdy dopełnił choćby 100 pomiarów męzczyzn, zrodzonych w danej okolicy. Dla ułatwienia pracy kol. R. podaje wzór następujący: 1) płeć [męzczyzna]; 2) gdzie urodzony [wieś, parafia, powiat]; 3) wiek; 4) wzrost w centymetrach; 5) obwód piersi; 6) barwa oczu [niebieska, piwna, szara lub zielona]; 7) waga; 8) barwa skóry na piersiach [biała, płowa lub śniada]; 9) kolor włosów [jasny blondyn, ciemny blondyn czyli szatyn, brunet—włosy czarne, kruczo-czarny, rudy]; 10) kształt nosa [zadarty, prosty, garbaty]; 11) z jakiej sfery pochodzi [szlachcic, mieszczanin, chłop—a jeżeli chłop, to czy ze służby, czy z włościan [mających mniej niż 30 morgów] czy też z gospodarzy [mających trzydzieści lub więcej morgów]. Najlepiej osobno podawać pomiary szlachty, osobno mieszczan oraz chłopów; to samo stosuje się i co do kobiet. Pomiarów chłopów i chłopek należy podawać conajmniej po 100, szlachty i mieszczan—ile się zbierze. Najlepiej mierzyć badanych boso przy takim ustawieniu głowy, aby otwór uszny i dolny brzeg przegrody nosa były na jednej linii poziomej; jeśli badani są w obuwii, należy od wzrostu odjąć wysokość napięstków. Ważyć należy bez butów i wierzchniego odzienia, a od otrzymanej wagi należy odjąć 8 do 5 funta w zależności od zimowego lub letniego ubrania. Obwód piersi należy mierzyć przez sutki [po nałożeniu miarki badany winien podnieść ręce do góry], a u kobiet przez przyczep 4 żebra do mostka. Żądającym bliższych szczegółów chętnie udzieli odpowiedzi D-r L. RUTKOWSKI [Płońsk gub. Warszawskiej] lub D-r OLBCHNOWICZ [Lublin].

— Kol. MIKOŁAJ BRUNNER mianowany został naczelnym lekarzem szpitala Ś-go Ducha w Warszawie.

— D-r BRISSAUD, znany neurolog paryzki, mianowany został profesorem historii medycyny na fakultecie lekarskim w Paryżu. Najczęściej jest to szczebel do zajęcia katedry patologii teoretycznej lub kliniki, skoro która z nich zawakuje.

— **Prace oryginalne w czasopismach lekarskich polskich.** *Czasopismo Lekarskie*. № 7. S. RONTALER. Dwa rzadkie przypadki mięsaka jamy noso-gardzielowej. (*Sarcoma cavi nasopharyngei*). K. CIAGLIŃSKI. Plamica (*purpura simplex*) a niestrawność (*Dyspepsia gastro-intestinalis*) u dzieci. B. HANDELSMAN. Colica mucosa et enteritis membranacea. S. LEWKOWICZ. O użyciu leku wymiotnego po zasto-



sowaniu surowicy przeciwbłoniczej. F. ARNSTEIN. Przypadek drgawek w początku 9-go miesiąca ciąży. L. RUTKOWSKI. W kwestyi zbadania rozwoju fizycznego naszej ludności. P. SCHROETTER. Pierwsza pomoc przy nieszczęśliwych zdarzeniach w fabryce. E. SONNENBERG. Tajemnica lekarska jako nakaz stanowy, przepis prawny i postępowanie etyczne. [C. d.]—*Przegląd Lekarski* № 27. S. DROBA. Prątek durowy w stosunku do kamicy żółciowej na podstawie przypadku operowanego w klinice chirurgicznej w Krakowie. O. ZION. Przyczynek do operacyjnego leczenia wrodzonego przesunięcia soczewki (*Ectopia lentis congenita*). — *Medycyna*. № 27. A. BIAŁOBRZEŃSKI. Malakina. F. NEUGEBAUER. Kazyistyka 100 spostrzeżeń przypadkowego pozostawienia w jamie brzusznej ciał obcych używanych przy operacjach. [C. d.]. — № 28. R. GUTOWSKI. O odczynie FLORENCE'a przy badaniu plam nasiennych pod względem sądowno-lekarskim. FR. NEUGEBAUER. Kazyistyka i t. d. [p. w.] [C. d.] T. HEIMAN. Wzrunki anatomo-fizyologiczne umiejscowienia chorób w błędniku i objawy kliniczne tychże chorób — *Kronika Lekarska*. № 13. BR. WAGNER. O wążrze ocznym na podstawie danych statystycznych.—*Przegląd dentystyczny*. № 6. L. HASKELL. O złych skutkach kauczuku w ustach. L. SCHELLER. Plomby szklane. — *Zdrowie*. № 7. W. DOBRZYŃSKI. Kilka słów w kwestyi oczyszczania i zraszania ulic oraz usuwania odpadków miejskich. J. TCHÓRZNICKI. Piekarnie Warszawskie pod względem sanitarnym. [C. d.].

### ZA POŚREDNICTWEM REDAKCYI GAZETY LEKARSKIEJ

Na sanatorium dla suchotników [salę lekarską]:

złożyli:

D-r M. ŁOKCZEWSKI z Borowicz [gub. Nowgorodzka] rb. 10, D-r LIDMANOWSKI z Zagórowa rb. 3, D-r W. BOGDAŃSKI z Mizocy [gub. Wołyńska] rb. 1, D-r KOWALCZEWSKI z Piotrkowa rb. 25, D-r BĘKLEWSKI z Tyflisu rb. 1, razem rb. 40, łącznie z poprzednimi rb. 805.

### O G Ł O S Z E N I E.

**Komitet Kasy Wsparcia podupadłych lekarzy oraz wdów i sierot biednych po lekarzach pozostałych** w wykonaniu warunku, w testamencie śp. D-ra JANA BĄCEWICZA zastrzeżonego, ogłasza nazwiska 5-iu wdów po lekarzach polakach, którym na posiedzeniu Komitetu w d. 21 czerwca r. b. przyznane zostały wsparcia z legatu D-ra BĄCEWICZA, każdej po rb. 90, a mianowicie: Anteckiej Alinie, Libkind-Lubodziękiej Stefanii i Wasiewiczowej Aleksandrze w Warszawie, oraz Pawluć Ludwice w Grójcu i Barkłowskiej Aleksandrze w Mińsku.

W zastęp. Zarządzającego Kasą Wsparcia, Członek Komitetu  
D-r M. Jakowski.

**Sprostowanie.** W № 27: na str. 717 we wzmiance o projekcie D-ra KOSSECKIEGO Podolskiej kasy lekarskiej wzajemnej pomocy powiedziano, że 30 filii Petersb. towarzystwa lekarskiego wzajemnej pomocy w Państwie gromadzi zaledwo „1% wszystkich lekarzy“, powinno zaś być: „10%“; na str. 719 we wzmiance o zmarłych zamiast: „BELKA“ powinno być „BELKE“.

W № 28 na str. 744, wiersz 12 od dołu zamiast „dwukrotnie“ powinno być „dwuwrotowe“.

Za Wydawcę, D-r Jan Pruszyński.

Redaktor odpowiedzialny, D-r Wl. Gajkiewicz.



# ODCZYTY KLINICZNE,

wydawane przez

REDAKCJĘ GAZETY LEKARSKIEJ,

wychodzą w odstępach miesięcznych, objętości średnio 2 ark. druku.

Dotychczas wyszły:

## Serya I.

1. Heubner. Dyfteryja szkarlatynowa i jego leczenie. [*Wyczerpany*].
2. Struempell. Nerwice pochodzenia traumatycznego.
3. 14. Loewenfeld. Nowoczesne metody leczenia nerwasteii i histeryi. (*Wyczerpany*).
4. Duehrssen. O pomocy akuszerzyjnej w przypadkach zwożeń miednicy. (*Wyczerpany*).
5. Schauta. O leczeniu tyto-pochylenia i tyto-zgięcia macicy. (*Wyczerpany*).
6. Herz. Gruźlica płuc u dzieci.
7. Sattler. O stosunku narządu wzroku do cierpień ogólnych organizmu.
8. Krówczyński. Leczenie trypra ostrego i przewlekłego. (*Wyczerpany*).
9. 10. Oertel. Dyetyczno-mechaniczne leczenie chorób serca.
11. Matlakowski. Tegoczesny sposób operowania raka sutki.
12. Unverricht. Metody terapeutyczne w medycynie wewnętrznej. (*Wyczerpany*).

## Serya II.

13. Sokółowski. Skryte postacie suchot płucnych.
14. Dührssen. Leczenie krwotoków poporodowych.
15. 16 i 17. Beard. Neurastenja.
- 18, 19 i 20. Gajkiewicz. Syfilis układu nerwowego.
21. 22. i 23. Eisenberg. Leczenie syfilisu.
24. Dunin. O habitualnem zaparciu stolca. (*Wyczerp.*).

## Serya III.

25. Saenger. Zakażenie tryprowe u kobiet.
26. Grassé. O zawrocie głowy, zależnym od zmian w naczyniach, oraz o stwardnieniu tętnic w ogólności. (*Wyczerp.*).
27. Rydygier. O leczeniu raka. (*Wyczerp.*).
28. Struempell. O istocie i leczeniu władu rdzenia kręgowego (*tuberc. dorsalis*).
28. Kähler. O wczesnych objawach władu rdzenia kręgowego.
29. Meynerl. *Paralysis universalis progressiva*.
- 30 i 31. Kijewski. Promienica u człowieka.
- 32 i 33. Goldflam. O przymiocie rdzenia.
34. Rejchman. Kilka słów o powstawaniu, objawach i leczeniu kamicy żółciowej (*Cholelithiasis*).
35. Arnstein. O biegunce letalnej u dzieci.
36. Nussbaum. O natężeniu spraw patologicznych.

## Serya IV.

37. Hirschfeld. Zasady żywienia chorych.
38. Burgonzio. Technika hydroterapii.
39. Olshausen. O drgawkach porodowych.
40. Przewoski. Działalność naukowa Virchow'a.
41. Hebra. Leczenie przyszczy.
- 42 i 43. Loewenfeld. Choroby nerwowe, na tie zaburzeń płciowych powstałe.
44. 45 i 46. Talamon. O zapaleniu wyrostka robaczkowego i tkanek około kiszki ślepej.
47. Kramsztyk Z., Jaskra (*glaucoma*).
48. Krajewski. O chirurgicznem leczeniu pęknięć macicy.

## Serya V.

49. A. Fraenkel i O. Vierordt. Dusznica bolesna. (*Wyc.*).
- 50, 51 i 52. Gilles de la Tourette. Histerya (Cześć I) (*Wyc.*).
53. Sokółowski. Leczenie klimatyczne suchot płucnych.
54. Rydygier. O sposobie chloroformowania.
- 55 i 56. Filatow. O leczeniu i rozpoznawaniu katarów kiszki u dzieci, głównie u ssawców.
57. F. Hirschfeld. Leczenie otłuszc.
58. Hirschfeld. Leczenie moczówki cukrowej.
- 59 i 60. Lewison. O dyatazie moczannowej.

## Serya VI.

61. Mintz. O zabiegach chirurgicznych w chorobach żołądka.
62. Sokółowski. O bólu gardła.
63. Aronson. Podstawy leczenia surowicą krwi.
64. Bączkiewicz. Leczenie dyfteryja gardzieli u dzieci.
- 65, 66 i 67. M. Hirsch. Sugestia i hipnoza.
- 68 i 69. E. Biernacki. Afaza w świetle badań współczesnych.
70. H. Nussbaum. O wpływie czynności duchowych na sprawy chorobowe.
71. F. Legueu. O chirurgicznem leczeniu gruźliczego zapalenia otrzewnej.
72. Wł. Janowski. Obecny stan leczenia błonicy za pomocą surowicy krwi.

## Serya VII.

73. Rabe. Współczesne teorie gorączki.
74. Dunin. O stanach anemicznych.
75. Schlangé. O niedrożności kiszki.
- 76 i 77. Determann. Nerwice serca i naczyń.
- 78 i 79. Rydygier. O leczeniu gruźlicy stawów.
- 80 i 81. Papiewski. O karmieniu niemowląt.
82. Zacharjin. O użyciu wód mineralnych.
- 83 i 84. Posner. Dyagnostyka chorób moczowych.

## Serya VIII.

- 85, 86 i 87. Gilles de la Tourette. Histerya (Cz II) (*toyc.*)
- 88 i 89. Biernacki. Przegląd metod fizykalnych w dyagnostyce chorób serca i płuc.
- 90, 91 i 92. Gilles de la Tourette. Histerya (Cz III) (*toyc.*).
- 93 i 94. Posner. Leczenie chorób dróg moczowych.
- 95 i 96. Wassercug. O bólu i jego wartości rozpoznawczej.

## Serya IX.

- 97 i 98. Janowski. O znaczeniu dyagnostycznem i prognostycznem dokładnego badania tętna.
99. W. Erb. Leczenie władu rdzenia kręgowego.
100. A. Jacquet. Stanowisko lekarza wobec kwestyi alkoholizmu.
101. S. Sterling. Samozażalenie (*autinfectio*), jako teoria patologiczna.
- 102 i 103. K. Rychliński. Kiliciczny przebieg bezwładu postępującego.
104. A. Hoche. O rozpoznawaniu wczesnych okresów bezwładu postępującego.
105. W. Leube. O zaburzeniach przemiany materii i ich zwalczaniu.
106. W. Poten. O aseptyce rąk.
- 107 i 108. G. Klein. Tryper u kobiet.

## Serya X.

- 109, 110 i 111. M. Denucé. Choroba Pot'ta.
112. M. Joseph. Choroby włosów i uwłosionej skóry głowy.
- 113 i 114. Sokółowski. O stosunku cierpień narządów wewnętrznych do zaburzeń w górnym odcinku dróg oddechowych.
- 115, 116 i 117. Stanisław Kamiński. O właściwościach fizyologicznych ustroju dziecięcego w stosunku do patologii i terapii.
118. Dohrn. O postępowaniu lekarskiem w okresie tożyskowym.
119. F. Lejars. Przemiany krwi.
120. Alfred Moll. Cierpienia oczu przy niektórych chorobach zakaźnych.

## Serya XI.

- 121 i 122. T. Dunin. Walka z gruźlicą.
123. M. Rejchman. O przewlekłych biegunkach, o rozpoznawaniu ich różniczkowem i leczeniu.
124. L. Rydygier. O zapaleniu otrzewnej (*peritonitis*).

Następujący zeszyt potrójny (125, 126 i 127) zawierać będzie:

T. A. Hoffmann. Kuracye dyetyetyczne.

Cena Odczytów: rocznie 3 rub., pojedynczy zeszyt 30 kop.

Nabywać można w Administracji Gazety Lekarskiej (Świętokrzyska 27)  
i we wszystkich księgarniach.

Za Wydawcę D-r Jan Pruszyński.

Redaktor odpowiedzialny D-r Wł. Gajkiewicz.



SKŁAD  
**WÓD MINERALNYCH NATURALNYCH**  
 PRZY APTECE  
**FR. KARPIŃSKIEGO**

w Warszawie, Elektoralna 39, telef. 600.

posiada stale na składzie wody naturalne wszystkich źródeł, tak krajowych jak i zagranicznych, oraz przetwory z takowych.

*Cenniki i broszury na żądanie franco gratis.* 52—29

*Ekspedycja szybka i akuratna.*

*Dostawa na wszystkie dworce dróg żelaznych*

**JENERALNA REPREZENTACYA**

na Królestwo Polskie wód Contrexeville, Fachingen i Selters.

SKŁAD GŁÓWNY LIMFY D-ra TCHÓRZNICKIEGO.

**H. Kucharzewski**

GŁÓWNY SKŁAD WÓD MINERALNYCH NATURALNYCH

przy Aptece, ulica Miodowa Nr. 4.

Z tegorocznych czerpań nadeszły bezpośrednio wprost od wszystkich Europejskich źródeł jak i krajowe wody mineralne wraz z produktami leczniczymi z tychże źródeł. — Broszury, cenniki, wskazówki zachowywania się przy wodach dołączane będą na żądanie, o czym mam honor zawiadomić WW. PP. Doktorów i Szanowną Publiczność.

Telefon 274.

H. KUCHARZEWSKI, Mag. Farm.

12—5

PRACOWNIA PATOLOGICZNA

25—3

**D-ra Juliana Steinhausa**

przeniesioną została na ul. Wspólną Nr. 15.

Analizy mikroskopowe i bakteriologiczne guzów, wyskrobin, płwociny, krwi, nasienia, wysięków, przesięków i t. p. dla celów dyagnostyki lekarskiej.

Podręcznik Rozpoznawczo - Leczniczy

dla użytku

12—12

**LEKARZY i STUDENTÓW**

zestawiony przez D-rów

H. Schmidta, A. Lamhofer'a, L. Friedheim'a i S. Donat'a  
 spolszczył [z 2-go wydania niemieckiego]

**Dr. ALEKSANDER FRUCHTMAN.**

Cena rub. 3.