

GAZETA LEKARSKA.

Z KLINIKI CHORÓB DZIECIĘCYCH PROF. TH. ESCHERICH'a W GRAZU.

I. O TĘŻCU NOWORODKÓW. (*Trismus et tetanus neonatorum*).

Podał

D-r Władysław Papiewski [z Radomia].

Tężec noworodków, jedna z najcięższych, jeżeli nie najcięższa choroba, trapiąca dzieci od samego przyjścia ich na świat, acz już CELSUSOWI [ed. RITTER. III. 19] znana, pomimo wielu wysiłków nauki w kierunku dokładnego jej zbadania, jest dotąd sprawą w części otwartą i zaprzatającą umysły pedyatrów. Pomimo licznej względnie statystyki, zebranej w ciągu lat wielu, nie zdaje się zbyt cennym zestawiać jak największą liczbę przypadków tego strasznego cierpienia noworodków, aby z jednej strony oświecać, o ile możliwości, nowymi spostrzeżeniami stronę etyologiczną i kliniczną, z drugiej terapeutyczną, która, dzięki najnowszym badaniom, staje na coraz ściślej naukowym, racjonalnym, a co zatem idzie — do wyleczenia prowadzącym gruncie.

Dzięki uprzejmości prof. ESCHERICH'a, mogę tu przedstawić 12 przypadków tężca noworodków, obserwowanego i leczonego różnorodnymi metodami na dziecięcej klinice w Grazu w ciągu dwu lat ostatnich. Wobec rzadkości względnej tego cierpienia [w domu podrzutek w Pradze Czeskiej np. nie mogłem odszukać ani jednego przypadku tężca w ciągu pięciu lat ostatnich], liczba dwanaście w ciągu lat kilku jest niewątpliwie bardzo wielką, a doniosłość jej spotęguje się jeszcze, gdy zaznaczę, że zdarzało się mieć na klinice po dwa przypadki tężca równocześnie [np. № 11 i 12, obserwowane przezemnie osobiście], zaś sprawozdania urzędu lekarskiego dla miasta Grazu [120,000 mieszkańców] notują 42 razy tężec noworodków jako przyczynę śmierci w ciągu tegoż okresu. Jeżeli byśmy chcieli powątpiewać o prawdziwości rozpoznania w przypadkach podawanych przez urząd lekarski, to w żadnym razie nie można twierdzić tego o przypadkach klinicznych, do przedstawienia których porządkiem chronologicznym obecnie przystępuję.

Przypadek I. Alois H. . . , 14 dni wieku, przyjęty na klinikę 21 maja 1890 r.. Dziecko zdrowych rodziców, piersią nie karmione, pierwsze 10 dni życia zdrowe, pijące chętnie mleko z wodą, jest drugim w okolicy odebranem dzieckiem, które tężca dostało i które odebrała jedna i taż sama akuszerka. Od 3 dni źle usta otwiera, krzyczy coraz słabiej, coraz gorzej pije.

Status praesens. Dziecko dobrze rozwinięte i odżywione, ma na skórze ciemno-czerwone, zlewające się plamy. Kości czaszki zachodzą na siebie, szyja krótka, powieki mocno zwarte, źrenice nie rozszerzone. Przy krzyku usta tak się zaciskają, że zaledwie mały palec do jamy ustnej wprowadzić się daje, na błonie śluzowej nieznaczne pleśnlawki. Dziecko chwilami spokoje, to znów krzyczy głosem stłumionym. Kończyny górne zgięte w stawie łokciowym i napiętkowym; dłonie w pięść ściśnięte, przy prostowaniu stawiają znaczny opór. Kończyny dolne również w stawie biodrowym i kolanowym przykurezone. Odruch rzepekowy bardzo żywy, natomiast w górnych kończynach żadnego odruchu wywołać nie można. Ciepłota ciała nie podniesiona, tętno i oddech dość częste, serce i płuca prawidłowe, śledziona niewymagalna. Mięśnie brzucha przy macaniu mocno się napinają. Dziecko może połknąć naraz zaledwie kilka łyżeczek, ruchy połykowe robi z wielkim trudem.

Pępek wypukłony, gruby na palec; na jego powierzchni widać małe, zaledwie sączące owrzodzenie, pokryte zeschniętym strupem wydzielin. Badanie ropy na laseczniczki tężca, zarówno jak szczepienie jej królikom wypadły ujemnie.

Leżenie. Przypalono owrzodzenie pępka i najbliższą okolicę żegadłem PACQUELIN'a, nałożono opaskę przeciwniętą. Dziecko dostało ławatywę z 0,25 wodoru chloralu, oraz wewnątrznie 0,20 tegoż leku.

Przebieg choroby przedstawiał się, jak następuje:

Dnia 22. V. Dziecko śpi dużo, usta może cokolwiek szerzej otworzyć, tak, że można było wlać kilka łyżeczek mleka. Sztwywność kończyn cokolwiek mniejsza, odruchy bez zmiany. Na noc dziecko dostało znów ławatywę z 0,25 chloralu.

Dnia 23. V. Szczękościsk występuje mocniej; odżywianie możliwe tylko przez nos, ponieważ przy usiłowaniu wprowadzenia pokarmu przez usta dziecko dostaje drgawek z sinicą i bezdechem, przyczem mleko wraca się nosem. Chloral.

Dnia 24. V. Sztwywność kończyn, szczególniej prawej dolnej, zdaje się zmniejszać.

Dnia 25. V. Rano napad drgawek tężcowych z sinicą i bezdechem, prędko przemijający. Opór żwaczy nie do zwyciężenia. Odżywianie przez nos. Strup na ranie pępkowej odpadł, brzeg rany nacieczony, żywe ropienie z powierzchni wrzodu.

Od dnia 22. V. do 26. V. dziecko dostało razem 4,0 chloralu wewnątrz i 1,0—2,0 w ławatywie.

Dnia 26. V. Od czasu do czasu otwiera oczy, szczękościsk mniejszy, łyka o wiele lepiej; otrzymuje co 2 godziny 5 łyżek mleka. Przykurezenie kończyn o wiele mniejsze. Moszna zaczerwieniona, prawe jądro wczoraj było bardzo małe, dzisiaj znacznie powiększone. Chloralu 3 łyżeczki dziennie w rozczynnie 1:100.

Dnia 27. V. Połykanie znów upośledzone, stawy dolnych kończyn mocno skurezone, występuje *opisthotonus*.

Dnia 28. V. łyka trochę lepiej, zresztą stan bez zmiany.

Dnia 29. V. Przykurezenia się zwiększyły; dziecko nie może łykać. Na ranie pępka trochę czerwonej ziarniny.

Dnia 30. V. Chwilami przykurezenia się zmniejszają, wtedy dziecko może dobrze język wysunąć i krzyczyć głośno.

Dnia 31. V. Stan lepszy. Dziecko robi ruchy ssące, połknęło kilka łyżek mleka. Rana bez zmiany.

Dnia 1. VI. Usta lepiej otwarte, chwilami język wysunięty. Rana w większej części zaciągnięta.

Dnia 2. VI. Stan w ogóle bez zmiany, kilka płynnych stołców. Rana pępkowa bez zmiany. Dziecko dostaje ciągle chloral, na ranę masę salicylowa z mąką.

Dnia 3. VI. i 4. VI. Biegunka się przedłuża, zresztą stan bez zmiany. Gorączka zaczyna się podnosić.

Dnia 5. VI. W nocy gorączka doszła do 40° C. Dziecko otwiera oczy i usta coraz częściej i lepiej, robi ciągle ruchy ssące i bardzo dobrze pije z flaszki.

Dnia 6. VI. Ciągła sinica od rana. Śmierć o 10-ej.

Na sekcji, prócz ogólnego wycieńczenia i zrazikowego zapalenia płuc, znaleziono w mózgu: opony przekrwione, górna powierzchnia mózgu spłaszczona, istota miękka—krucha. Błona śluzowa gardzieli, przetyku i tchawicy obrzmiała. Skóra pępka wypukła, zeschnięta, ciemno zabar-

wiona; naczyńia pępkowe w około pępka zamknięte, otrzewna sucha i bardzo blada. Błona śluzowa żołądka i kiszek bardzo blada, w okolicy odźwiernika drobne wybroczyny. Prawostronna wrodzona przepuklina pachwinowa, zawierająca dolny odcinek kiszeki cienkiej i ślepej.

Przypadek II. Stephanie Kr..., 12 dni wieku, przyjęta na klinikę 30 października 1890 r.. Prawidłowo urodzone, silne dziecko, zdrowych rodziców, karmione piersią, przez pierwsze dni 10 zupełnie zdrowe. Pępowina odpadła na 4-ty dzień; na 11-ty dzień zauważyła matka, że dziecko nie ssie prawidłowo i usie dobrze nie otwiera.

Status praesens. Dość duże dziecko o mięśniach i tkance tłuszczowej dobrze rozwiniętej; skóra pleców dość mocno zaczerwieniona, reszta ciała bledsza. Czaszka dość wązka, wielkie ciemiączko koło 3 cm. długie i tyleż szerokie, potylicca wsunięta pod kości ciemiężne. Powieki mocno zamknięte, łącznica i błona śluzowa ust cokolwiek zaczerwienione. Usta przy krzyku o tyle otwarte, że wprowadzenie palca wskazującego udaje się, acz z trudnością. Żwacze skurczone i twarde przy dotyku, ruchów ssących dziecko nie robi. Szyja krótka, żadne gruczoły nie wyczuwalne. Odruch rzepekowy żywo wzmógł, przy pukaniu w ściegno występują 3 lub 4 krótsze drgania kloniczne. W obu kończynach pewna sztywność, ruchy jednak w stawach możliwe. Płuca dają wszędzie opuk jasny i pełny, oddech pęcherzykowy, rzężeń żadnych. Granice i tony serca prawidłowe, brzuch dość wypukły, wątroba nie wystaje z pod łuku żebrowego, śledziona niewymagalna. Ciepłota niepodniesiona [37,2° C.], tętno miarowe 136, oddech 94, waga ciała 3360 grm.

Pępek na środku posiada owrzodzenie, pokryte małą ilością rzadkiej, żółtej ropy, w której laseczników tęcza wykryć się nie udało.

Leczenie. Energicznie przypalono cały pępek i jego okolicę żegadłem PAQUELIN'a i opatrzone maścią salicylowo-lanolinową. Wewnątrz żadnych narkotyków.

Przebieg choroby. Dnia 31. X. Dziecko odżywiane przez zgłębnik, w noc spokojne, wypilo samo 50 grm. mleka. Otwarcie ust nie większe niż wczoraj, oczy zamknięte, odruchy wzmoczone.

Dnia 1. XI. Usta mniej zamknięte; dziecko pije z flaszki; odruchy wzmoczone, ręce w łokciach trochę skurczone i przyciągnięte do piersi.

Dnia 2. XI. Skurez w rękach ustąpił, odruchy wzmoczone, strup na ranie odpadł.

Dnia 3. XI. Dziecko pije dziennie 8 razy po 20 grm. mleka z wodą, usta szerzej otwarte. Rana pępkowa pokryta ziarniną, sączy się z niej ropa. Okolica na 1—2 milim. zaczerwieniona i lekko nacieczona.

Dnia 4. XI. Odruch rzepekowy wzmógł z widocznymi następnie drganiami klonicznymi.

Dnia 5. XI. Ruchy ssące coraz wyraźniejsze, szękościsk jeszcze istnieje. Odruchy jak wyżej. Okłady na ranę pępka z octanu glinu.

Dnia 6. XI. *Trismus* istnieje. Opatrunek rany jak wyżej. Odżywianie mlekiem z wodą jęczmienną.

Dnia 7. XI. Odruch rzepekowy ciągle wzmógł, lecz już bez drgawek klonicznych.

Dnia 8. XI. Szękościsk jak wyżej, stolec śluzowy, zawiera części niestrawione.

Dnia 10. XI. Szękościsk trwa, ale dziecko otwiera usta krzy krzyku, bez porównania lepiej, niż poprzednio. Rana dobrze wygląda, odruchy nie wzmoczone, stolec śluzowy.

Dnia 11. XI. Szękościsk jak poprzednio, dziecko nie zawsze wypija swoją porcję; dolne kończyny trochę sztywne, w kolanach pół-zgięte; odruch rzepekowy więcej wzmógł. Rana pępka pięknie ziarninuje. *Coryza*.

Dnia 12. XI. *Trismus* i odruchy bez zmiany, sztywność kończyn przemija. W stolcu cząstki niestrawione.

Dnia 13. XI. Szękościsk mniejszy, kończyny wolne od skurczów, odruchy ciągle wzmoczone, rana pokrywa się ziarniną.

Dnia 14. XI. Dziecko może usta daleko szerzej otworzyć, krzyczy głośno, łaknienie dobre, stolec bez zmiany.

Dnia 15. XI. Szękościsk bardzo mały, rana zaciąga się od brzegów.

Dnia 16. XI. Szękościsk, acz nieznaczny, trwa ciągle, odruchy wzmoczone. Rana pępkowa częściowo zagojona. W stolcu bardzo mało śluzu. W obu płucach z tyłu drobne, pęcherzykowe rzężenia.

Dnia 17. XI. Szczękościsk bardzo nieznaczny, rana pępkowa zagojona. Dziecko nie wypija całych porcy.

Dnia 18. XI. Odruch rzepkowy ciągle wzmózony, dziecko zostawia przy obiedzie około 10 grm. mieszanego pokarmu. Codziennie kilka trochę śluzowych stolców.

Dnia 19. XI. Szczękościsk bez zmiany. Rana w zupełności zablizniona. W płucach niema żadnych rzężeń. Stolce zawierają cząstki niestrawione.

Dnia 20. XI. Szczękościsk jak poprzednio. Odruch jeszcze wzmózony. Dziecko zostawia w ciągu dnia z 1 litra pokarmu 250 grm.. Stolce niezupełnie prawidłowe.

Dnia 21. XI. Dziecko opuszcza szpital w stanie następującym: szczękościsk istnieje w stopniu bardzo nieznacznym, odruch rzepkowy wzmózony, acz wiele mniejszy, niż poprzednio. Łaknienie dobre, dziecko wypija 750 grm. mleka dziennie. Stolce płynne zawierają nieznaczna ilość śluzu. Na wadze ciała znacznie przybyło.

W dwa miesiące potem dziecko przybyło do szpitala z powodu dyspepsy, obecnie [kwiecień 1893] żyje i cieszy się dobrem zdrowiem.

W całym przebiegu choroby ciepłota ciała nie przekraczała 37,7° C. i trzymała się przeważnie około 37° C..

Przypadek III. Franz B. . . , 8 dni wieku, przyjęty na klinikę 7 grudnia 1890 r. Dziecko zdrowej matki, urodzone z wielką łatwością, karmione piersią. Pępowina odpadła na 5 ty dzień. Od 3-ch dni dostało dziecko żółtaczki, a od wczoraj jest niespokojne i nie może chwycić piersi, natomiast pije z łyżeczki.

Status praesens. Silne, dobrze zbudowane dziecko, o skórze zabarwionej żółtaczkowo. Ciemiączka szeroko otwarte, kość potylicowa nie wsunięta pod ciemieniowe. Oczy mocno zamknięte, usta mogą być rozwarłe zaledwie bardzo mało, żwacze skurezone i twarde przy dotknięciu, mięsień okrężny ust przez swe skureczenie nadaje ustom postać pyszczka rybiego (*Fischmaul*). Kończyny górne przyciągnięte do tułowia, mogą być jednak bez trudu odprowadzone, w stawie łokciowym dość sztywne, z dłońmi mocno w pięść zaciśniętymi. Odruchu mięśnia trzypłowego ramienia wywołać nie można. Dolne kończyny zgięte i trzymane sztywno w stawie biodrowym i kolanowym, odruch rzepkowy silnie wzmózony; przy badaniu daje szereg drgawek następczych. Sztywność w karku istnieje, acz bardzo mała. Mięśnie brzucha wypiężone i twarde. Dziecko czyni słabe ruchy ssące, nie krzyczy weale. Ciepłota podniesiona, oddech wolny żebrowo-brzusznego typu; tętno częste, tony serca głośnie i czyste. W płucach oddech cichy, pęcherzykowy.

Pępek wypukła się jako guz gruby na palec, na wierzchołku jego na jakie 1½ ctm. nad powierzchnią ścian brzusznych widzimy małe, pokryte ropą owrzodzenie. Mocz żółty, przy staniu i ogrzewaniu daje osad moczianów, zawiera w wielkiej ilości aceton, ślady białka, nie zgola cukru. We krwi nieznaczna leukocytoza.

Leczenie. Długość [1½ ctm.] pępka skórniego pozwoliła podwiązać go jedwabiem, następnie wierzchołek wraz z owrzodzeniem obciąć nożem, a ranę energicznie przypalić żegadłem PAQUELIN'a.

Przebieg choroby. Dnia 8. XII. Wczoraj miało dziecko kilka napadów ogólnego skureczu tonicznego, połączonego z gwałtowną sinicą i chwilowym bezdechem. W przestankach pomiędzy napadami wypiło 25 grm. mleka, przyczem robiło ruchy ssące. W nocy bardzo częste napady z sinicą, niemiaryowym oddechem i tętnem. Oddech na wysokości wdechu zatrzymuje się na chwilę, potem następuje wydłużony wydech. Ciepłota wczoraj 37,8° C., wznosi się szybko do 40,5° C.. Odżywianie dziecka nadzwyczaj utrudnione, gdyż mleko, podawane łyżeczkami, powraca do ust. Śmierć dziś o 8-ej rano; ciepłota wieczorna po śmierci *in recto* wskazuje 39° C.

Sekcya, prócz zrakowanego zapalenia obustronnego płuc, wykryła w mózgu: pomiędzy oponą twardą a miękką łyżeczkę płynnej krwi; wynacynienie to w cienkiej warstwie rozdziela się pomiędzy zatoką wyrostka sierpowego i namiotu mózdzku. Opona twarda jest żółto-zielona, pręgowato zaczerwieniona. Na odpowiednich miejscach górnej powierzchni mózgu cienki krwawy nalot, a nad nim opona miękka cienka, przeświecająca i silnie nastrożona. Istota biała i szara mózgu mało jeszcze zróżniczkowana. Nerki, śledziona i serce prawidłowe. Błona śluzowa kiszek

blada i cienka, miejscami trochę nastrożknięta i przesiąknięta żółcią. Wątroba nadmiernie wielka o żółto-brunatnem zabarwieniu, bogata w krew, ma miękką, kruchą tkankę.

Tętnice pępka możliwe do przejścia dla cienkiej igły, w około tkanki żadnych zmian nie przedstawiają.

Przypadek IV. Katharine P. . . , 5 dni wieku, przyjęta na klinikę 22 lutego 1891. Ojciec obecnie chory na zapalenie płuc, matka słabowita, lecz zdrowa. Brat 7-letni zmarł na zapalenie nerek, 11-letnia siostra cierpi na padaczkę. Dziecko donoszone, urodzone z łatwością, karmione mlekiem z wodą. Pępownina wczoraj odpadła. Dziś rano zauważono, że dziecko ust otworzyć nie może, niedługo potem wystąpiła sztywność obu kończyn. Jest to pierwszy przypadek tężca w praktyce akuszerki.

Status praesens. Dziecko dość silne i dobrze rozwinięte, skóra zabarwiona częścią żółtaczkowo, częścią sinicowo. Ciemiączka szeroko rozwarta. Oczy mocno zamknięte, również i usta, które palcem zaledwie odrobinę rozszerzyć można, palca jednak wprowadzić niepodobna. Żwacze twarde w dotyku i równie jak mięśnie karkowe mocno skurezone. Kończyny górne przyciągnięte do piersi, pięście mocno zacisnięte, przy poruszaniu jakakolwiek częścią ciała występuje jeszcze silniej sztywność i *opisthotonus*, wskutek tego badanie jest utrudnione. Ciepłota nie podniesiona [36,5° C.], tętno 140, oddech bardzo przyspieszony, nierówny, często na chwilę ustaje. Serce i płuca prawidłowe.

Pępek pokryty szarpią, po odjęciu której przedstawia się oobrze rozwiniętym, lecz owrzodziałym i wydzielającym gęstą, zielono-żółtą ropę, w której badanie bakteryologiczne wykryło liczne kokki i duże postacie laseczników: jedno cienkie z guziczkowatemi zgrubieniami na końcach znajdują się w małej ilości (*bacillus tetani Nicolayeri*); inne, znajdujące się w znaczniejszej ilości, są dłuższe od pierwszych i bez zgrubień.

Leczenie. Przypalenie owrzodzenia pępka żegadłem PACQUELIN'a.

Przebieg choroby. Dnia 23. II. W nocy dziecko płło kilkakrotnie, czasem usta trzyma więcej otwarte. Ciepłota podniosła się w nocy do 39,4° C, z rana spadła do 38,6° C. Tętno ciągle napięte. Oddech bardzo niemiarywy, wielka sinica, wśród której śmierć następuje.

Rezultat sekcji niewiadomy.

Przypadek V. Johann M. . . , 11 dni wieku, przyjęty na klinikę 29 maja 1891 r.. Dziecko zdrowych rodziców, 6-te z kolei w rodzinie, urodzone łatwo, karmione piersią. Pępownina odpadła na 9-ty dzień, pępek niezwłocznie ropieć zaczął. Jednocześnie prawie dziecko ssać piersi nie chciało, lecz mogło być karmione tyżeczką. Od 2 dni nie otwiera ust prawidłowo, sztywnieje w kończynach, przyczem sinieje i pianę z ust toczy. Tężec w okolicy nie panował.

Status praesens. Dziecko silne, twarz lekko sinicowa, usta nie zaostrzone ryjkowato [w kątach piana], lekko rozwarte, wprowadzenie palca do jamy ustnej możliwe, żwacze miękkie. Dziecko krzyczy głosem stłumionym. Oczy zamknięte. Potylca trochę zasunięta pod kości ciemieniowe. Tak górne, jak dolne kończyny przykurezone, z trudnością rozginać się dają. Dłonie w pięść zacisnięte, palce sine, paznokcie białe. Nogi w kolanach zgięte i przyciągnięte do brzucha. Odruchy silnie wzmożone. Przy badaniu i poruszaniu ciała twarz dziecka wyraża ból, usta zaostrzają się ryjkowato, a oczy silnie zamykają. Przy odżywianiu zgłębnikiem przez nos mleko wraca drugim otworem nosa. Stłumienie serca, również jak i jego tony prawidłowe, tętno 200, oddech częsty i chrapliwy, czasem nieprawidłowy i ledwie słyszalny. Granice płuc prawidłowe, wskutek rzęzącego oddechu wysłuchiwanie szmeru płucnego utrudnione. Wątroba nie powiększona, śledziona niewymagalna. Żółtaczki noworodkowej niema. Ciepłota nie podniesiona [36,8° C.].

Pępek prawidłowy, pokryty na wewnętrznym swym pierścieniu owrzodzeniem, nieobficie ropiejącem; ropę zaszczipiono białej myszy, lecz bez skutku.

Leczenie. Ranę pępkową przypalono zaraz bardzo energicznie; lawatywy z chloralu po 0,5 codziennie.

Przebieg choroby. Dnia 30. V. Wczoraj po południu było dziecko długą chwilę jak bez życia: oddech się zatrzymał, a skurecze serea następowały w wielkich przestankach. Po zastosowaniu sztucznego oddechania dziecko przyszło do siebie; od czasu do czasu przychodzą napady silnych kurezów tonicznych kończyn górnych i dolnych, przyczem mięśnie wyraźnie się wyczuwa

jako twarde i naprężone; napady te występują szczególnie przy usiłowaniu karmienia dzieckiem zglębniakiem, dlatego odżywianie jest możliwe tylko łyżkami i to w ilości nieznacznej. Ruchów ssących ani śladu, szczykościsk znaczny. Odruch rzepkowy wzmożony, przy badaniu go, zarówno jak przy badaniu odruchu podeszwowego w dolnej kończynie prawej występują drgawki kloniczne, w lewej tego zjawiska niema. Ciężota prawidłowa, oddech powolny, tętno powolne, ale nierównomierne.

Dnia 31. V. Wczoraj znów cały szereg drgawek z wielką sinicą i zupełnym bezdechem. Po lawatywie z chloralu noc spokojniejsza. Dziecko przyjmuje posiłek z wielkim trudem w ilości nieznacznej. Gorączka z rana o 8-ej podniosła się do 39,7° C., a o 9-ej nastąpiła śmierć bez drgawek uprzednich.

Wynik sekcji niewiadomy.

Przypadek VI. Adelheid L..., 6 dni wieku, przyjęta na klinię 8 listopada 1891 r. Ojciec i matka zdrowi, z 5-ga rodzeństwa jedna córka była leczona na klinię z powodu tejże choroby [przypadek II], zresztą wszystkie zdrowe i w swoim czasie urodzone. To dziecko również donoszone, urodzone z wielką łatwością [w 3 godziny] bez obcej pomocy. Pępek odpadł wczoraj, pępek miał dobrze wyglądać. Dziecko było przy piersi, gdy matka wczoraj zauważyła, że źle pierś chwytą i że nie może ust dobrze otworzyć. W nocy od 12-ej do rana często się powtarzały drgania w górnych i dolnych kończynach, a dziś rano zauważyła matka sztywność tychże kończyn.

Status praesens. Dziecko silne, dobrze odżywione, skóra zaczerwieniona, szczególnie powieki, w szparach tychże trochę zeschniętego śluzu. Usta mocno zaciśnięte, tak, że wprowadzenie palca wskazującego jest niemożliwe. Żwaczki zaciśnięte, twarde w dotyku, czasem wyprężają się mięśnie karkowe w *opisthotonus*, przyczem występuje sinica. Dziecko nie krzyczy. Dolne kończyny w stawie biodrowym i kolanowym trochę zgięte i sztywne, górne w łokciach zgięte i przyciągnięte do klatki piersiowej. Ciężota podniesiona [39° C.]; oddech bardzo częsty, głośny, charczący; tętno 150, tony serca czyste, wypuk i wysłuchiwanie płuc nie wskazują nic nienormalnego.

Pępek pozbawiony naskórka, mocno zaczerwieniony, pokryty rzadką, ropiastą wydzieliną, w lewej pachwinie skóra ciemno-czerwono zabarwiona, miejscami pozbawiona naskórka i pokryta niewielką ilością ropiastej wydzieliny, zmieszanej z *Lycopodium*. W wydzielinie pępka, oprócz licznych kokków, znaleziono laseczniki krótkie i grube, zarówno dłuższe i cieńsze. To samo w wydzielinie pachwiny.

Leżenie. Ranę pępkową oczyszczono roztworem sublimatu i energicznie przypalono.

Przebieg choroby. Dnia 9. XI. Przykurczenia kończyn wydają się mniejszemi, lecz przy poruszaniu dziecka występują drgawki toniczne i *opisthotonus*. Szczykościsk bardzo silny, ruchów ssących niema. Ciężota podniosła się rano do 40° C. i znów spadła do 39° C. Oddech bardzo częsty. Tętno 174; szmer oddechowy zaostrozony w obu płucach. Śmierć o godzinie 3-ej po południu. W 2 godziny po śmierci cały pępek i okolica w obrębie 1 cm. zostały wycięte i zaszezeplone po połowie dwóm królikom, pomimo jednak zjawisk kurezów przemijających obrazu tęcza otrzymać się nie udało.

Secja. Błony mózgu, równie jak istota, przekrwione. Grasa wielka, serce średnio powiększone. W dolnych płatach obu płuc niedodma. Śledziona dość duża, przekrwiona. W nerkach zatony z kwasu moczowego. Błona śluzowa kiszek cienka i blada, wątroba żółto zabarwiona, miąższ bardzo kruchy.

Przypadek VII. Johann M..., 10 dni wieku, przyjęty na klinię 2 stycznia 1892 r. Dziecko nieprawie, zdrowych rodziców, urodzone bardzo łatwo. Pępek odpadł na 7-my dzień. Wczoraj przy karmieniu zauważyła matka, że dziecko ssać nie może, wymiotowało również kilka razy.

Status praesens. Dziecko silne, z żółtaczkowym zabarwieniem skóry. Oczy trzyma zamknięte, również jak usta, przesunięcie jednak palca między szczykami jest możliwe, ruchy ssące robi czasami. Odruch rzepkowy wzmożony. Kończyny dolne i górne nie przedstawiają szczególnych przykurczeń. Tony serca czyste, w płucach opuk i oddech prawidłowy. Ciężota nie podniesiona, tętno 132.

Pępek na oko całkiem zagojony, nie spuchnięty, ani nie zaczerwieniony, wypukła się ponad powierzchnię brzucha guziczkowato, dopiero po odciągnięciu górnego brzegu widać żółto-białą powierzchnię wrzodu, z której z trudnością daje się zeskrabać trochę wydzieliny.

Leczenie. Prócz energicznego przypalenia pępka i podawania chloralu w lawatywach, stosowano wstrzykiwanie podskórne fizyologicznego roztworu soli kuchennej w wielkich dawkach, jak to będzie wymienione w przebiegu choroby.

Przebieg choroby. Dnia 3. I. Dziecko trzyma usta cokolwiek otwarte, lecz przy usiłowaniu wprowadzenia palca dostaje szczękościsku; przy poruszaniu dziecka występuje *opisthotonus*, acz prędko przemijający. Dziecko w ciągu doby przyjęło trochę pokarmu, lecz połyka z trudnością i znaczną część pokarmu wypluwa. Wczoraj wieczór przy karmieniu miał miejsce kurecz przepony dłuższego trwania i z silną sinicą. W ciągu dnia wstrzyknięto dziecku 9 razy po 40 grm. roztworu soli kuchennej kolejno w grzbiet, brzuch i pośladki [5 strzykawkę o 7-ej, a 4 o 9-ej]. Dano również 0,5 chloralu, które jednak dziecko w części wykrztusiło. Odżywia się dziecko mlekiem wyjałowionem. Dyureza zwiększona.

Dnia 4. I. Szczękościsk bez zmiany, często przychodzą kureczo w kończynach i kurecz przepony. Dziecko nie robi żadnych ruchów ssących, wygląda blade i sinawo. Wczoraj po obiedzie wstrzyknięto znów 2 strzykawkę soli [0,6%] po 40 grm.. W ciągu doby oddało mocz 8 razy, pomimo niemożliwości dokładnego zmierzenia ilości widać, że dyureza jest większa, niż zwykle; oddech bardzo częsty 78. Tętno 168. Ciepłota 37,6° C.

Dnia 5. I. Wczoraj po południu wystąpiły długotrwałe drgawki kloniczne we wszystkich kończynach; wstrzyknięto 5 strzykawkę po 40 grm., dano 2 lawatywy z mleka i chloralu, poczem noc względnie spokojna. Gorączka podniosła się do 39,5 C., tętno spadło do 146, oddech przyspieszony wyżej 80; dziś rano gwałtowny kurecz i śmierć nagła.

Sekeya wykazała, prócz żółtaczkowego zabarwienia skóry, twardówki i ogólnego wycieńczenia, w mózgu: opona twarda przyrosła, miękka w krew uboga, wilgotna. Istota mózgu nieco różniczkowana, galaretowata, żółtawa, w krew uboga. Trzecia komora mózgowa bardzo obszerna. W zatokach żylnych na podstawie mózgu krew płynna, ciemna. Serce, płuca, nerki i śledziona prawidłowe; wątroba szaro-brunatna, krucha, mocno ukrwiona. Błona śluzowa żołądka i kiszek blada i gładka, miejscami nastrzyknięta.

Pępek pokryty strupem od przypalenia; tkanki okolice prawidłowe, żyły o dość grubych ściankach do przejścia możliwe. Na miejscach zastrzyknięć roztworu soli małe wybroczyny podskórne.

Przypadek VIII. Stephan B..., 9 dni wsku, przyjęty na klinikę 3 marca 1892 r.. Dziecko nieprawe, zdrowej matki, urodzone przedwcześnie [w 8 miesiącu ciąży], wskutek zażycia środka poronnego przyszło na świat w bezdechu, obecnie karmione sztucznie [mleko z wodą i herbatą]. Pępownina odpadła na 5-ty dzień, lecz akuszerka wczoraj dopiero zauważyła ropiejący pępek i trudność w odżywianiu dziecka.

Status praesens. Bardzo małe i słabe dziecko, skóra i twardówka silnie żółtaczkowe, ciemiączka rozwarłe bardzo silnie, kość potylicowa zasunięta pod ciemieniowe, na skórze twarzy i grzbietu silnie rozwinięte *lanugo*. Przy krzyku dziecko otwiera usta bardzo mało, wprowadzić palec udaje się z wielką trudnością. Dziecko pije potrosze mleko z wodą jęczmienną. Gruczoły karkowe, pachowe i pachwinowe nie powiększone. Kończyny wolne od skurczów, odruchy, szczególnie rzepkowe, znacznie wzmożone. Tętno i słuchanie serca prawidłowe, oddech pęcherzykowy, przyspieszony. Wątroba i śledziona nie powiększone. Ciepłota podprawy [34,5° C].

Pępek. Rana pępkowa zupełnie przez pierścień skórny zakryta, z głębi jednak przy ucisku wydziela się płyn ropiasty.

Leczenie. Energiczne przypalenie pępka i okolicy żegadłem i opatrunek błonkowy. Prócz tego podawano dziecku chloral w roztworze 1:100, co 2 godziny łyżeczkę od kawy.

Przebieg choroby. Dnia 5. III. Ciepłota idzie w górę [36,5° C], rana pępkowa bez wydzieliny. Dziecko w ciągu dnia piło kilkakrotnie, robi ruchy ssące, dostało 4 lawatywy odżywece, w części wylane. Szczękościsk zdaje się trochę mniejszym, drgawek niema. Potylicca wysuwa się z pod keści ciemieniowych. Dziecko śpi dużo.

Dnia 6. III. Szczękościsk trwa ciągle, drgawek niema, ruchy ssące doskonałe; wypilo 500 grm. mleka z wodą. Ciemiączka trochę zapadnięte, dziecko śpi dobrze. Ciepłota podprawkowa Chloral w dalszym ciągu.

Dnia 7. III. Szczękościsk bez zmiany; występują kurcze toniczne górnych i dolnych kończyn. Ciepłota 37,3° C.. Dziecko śpi bardzo wiele [chloral ciągle przyjmuje], wypilo 615 grm..

Dnia 8. III. Szczękościsk się wzmacnia, występują i kurcze toniczne; przy picciu dziecko dostaje sinicy i przestaje prawie oddechać wskutek chwilowych skurczów przepony. Pożywienia przyjmuje mniej; odżywianie zgłębnikiem, wskutek kurczu mięśni gardzieli, niemożliwe.

Dnia 9. III. Dziecko nie ssie wcale, odżywia się je lawatywami [5 z mleka]; dziś rano napady drgawek z sinicą i bezdechem. Moszna zaczerwieniona i obrzękła. Przy zmianie opaski usunięto nekrotyczne części przypalonego pępka częścią za pomocą ostrej łyżeczki, częścią za pomocą szczypek.

Dnia 10. III. Dziecko zaczyna pić i otwierać usta lepiej niż wczoraj. Wypilo przez dzień 450 grm., miało jeden wolny stolec. Na pępek nałożono suchą opaskę przeciwgniłą.

Dnia 11. III. Szczękościsk bardzo silny, pić jednak dziecko może, acz przy piersi dostaje drgawek. Kurcze toniczne kończyn się wzmacniają. Gorączki niema, rana pępkowa trochę ropieje, moszna obrzękła.

Dnia 12. III. Gorączka od wczoraj wieczór zaczyna się podnosić, dziecko robi ruchy ssące, pije mało [350 grm.], szczękościsk i kurcze kończyn istnieją bez zmiany. Napady sinicy rzadsze.

Dnia 13. III. Gorączka utrzymuje się około 38° C., dziecko pije mało [300 grm.], kurcze bez zmiany.

Dnia 14. III. Ciepłota ciała 40° C., szczękościsk i kurcze istnieją bez zmiany. Dziecko nie pije prawie nic, lawatyw nie zatrzymuje, sinica ciągła, choć napady bezdechu daleko rzadsze. Z rany pępkowej nieznaczne ropienie.

Dnia 15. III. Dziecko blade i chłodne, ciepłota podprawkowa, tętno małe, zaledwie wyczuwalne 48, oddech powierzchowny 42, szczękościsk i kurcze zelżały; dziecko wypilo 28 grm.. Śmierć w głębokim zapadzie.

Se k c y a wykazała: mózg jeszcze nie zróżniczkowany, niedodma obu płuc, przekrwienie wątroby i zarodkowo zażęzione nerki. W tkankach pępka nie chorobliwego.

Przypadek IX. Wilhelm F..., 9 dni wieku, przyjęty na klinikę 6 maja 1892 r.. Dziecko prawe, zdrowych rodziców, urodzone w czasie właściwym poślakami, lecz łatwo, bez pomocy lekarskiej; karmione piersią. Pępek odpadł na 6-ty dzień; od wczoraj źle otwiera usta i ssie z trudnością. Akuszerka od lat 25-ciu żadnego przypadku tęcza w swej praktyce nie miała

Status praesens. Bardzo małe, acz dobrze odżywione dziecko, przy krzyku dostaje sinicy. Oczy trzyma rozwarte, usta silnie zwarte czasami charakterystyczny pyszczek rybi. Dolna szczęka od górnej trochę odsunięta, język wykonywa ruchy ssące, palca jednak do ust dziecka wprowadzić się nie udaje, usiłowania zaś dziecka co do picia wieniczone bywają bardzo małym skutkiem. Mięśnie karku, klatki piersiowej i grzbietu kurczowo ściągnięte. Kończyny górne cokolwiek zgięte i przyciągnięte do piersi, przy usiłowaniu znacniejszego zgięcia wracają do położenia pierwotnego, mięśnie ich można wyczuć jako sztywne i naprężone. Kończyny dolne znajdują się w stanie podobnym, prócz tego przyciągnięte przez nie od czasu do czasu drgania mięśniowe. W sercu i płucach zmian żadnych. Oddech częsty, powierzchowny, z towarzyszeniem charczenia, tętno 162, ciepłota nie podwyższona.

Pępek tworzy wgłębienie skórne na 6 mm. o ścianach słoninowatego wyglądu, pokrytych białym nalotem. Z wgłębienia tego można wycisnąć trochę żółtawejropy. Skóra w około zaczerwieniona zapalnie, lecz silniej niż nacieczona.

Leczenie. Fałda skóry tworząca wgłębienie pępka została odciągnięta i wraz z dnem torebki odcięta, poczem świeżą ranę przypalono żegadłem. Prócz tego dziecko było leczone antitoksyną TIZZONI-CATTANI, jak to w przebiegu choroby jest wykazane.

Przebieg choroby. Dnia 7. V. Dziecku wstrzyknięto podskórnio 0,015 antitoksyny w wodzie wyjałowionej wczoraj o godzinie 4-ej po południu. Dziecko robi wcale dobre ruchy ssące i wypilo ogółem 175 grm. mleka z wodą, oddało mocz i stolec. O 7-ej wieczorem dostało lawatywę z 80 grm. mleka, o 10-ej wstrzyknięto znów 0,015 antitoksyny; do północy było niespokojne, lecz na-

padów drgawek nie miało, dopiero o 12-ej dostało napadu drgawek tonicznych bez sinicy, poczem usnęło, dostawszy lawatywę z 50 grm. mleka z domieszką 0,25 chloralu. O godzinie 5-ej rano nastąpił silny napad kurczów z sinicą i bezdechem, napad skończył się śmiercią. Ciepłota mierzona w prostnicy po śmierci wskazywała 40° C.

S e k c y a. Obok niezmiennych płuc, nerek i wątroby, znaleziono: istotę mózgową nie zróżniczkowaną, opony mózgu dość w krew bogate, oponę miękką lekko przesiąkniętą. Zatoki żyłne na podstawie wypełnione krwią ciemną i gęstą. Serce dość duże; przewod Botall'a i otwór owalny otwarte zupełnie. W kiszkiach zawartość śluzowa w ilości nieznacznej, błona śluzowa cokolwiek zaczerwieniona i pofałdowana. W dolnym odcinku кишки cienkiej gruczoły Peyer'a znacznie obrzmiały, wystające nad powierzchnię błony śluzowej, na nich widoczne małe wynaczynienia i żółtawe ogniska. W jamie otrzewnej trochę surowiczego, zawierającego strzępy włókniaka, wysięku. Śledziona znacznie powiększona, krucha, przekrwiona.

P ę p e k okazuje w swej okolicy brak tkanek na jakie 1 1/2 ctm., dno ma przypalone, wgłębioune, czarno zabarwione. Tkanka okoliczna przesiąknięta galaretowato, znajdujące się wśród niej naczynia pępkowe zmienione: obwodowe części tętnie wypełnione szeregiem ciemnych skrzepów, żyły zaś nieobfitą ilością płynnej, ciemnej krwi. [C. d. n.]

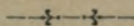
Z ODDZIAŁU CHOROÓB NERWOWYCH D-RA GAJKIEWICZA W SZPITALU STAROZAKONNYCH.

II. TRZY PRZYPADKI SYFILISU MÓZGO-RDZENIOWEGO.

Opisał

Konstanty Stróżewski,

asystent oddziału.



Pod względem anatomo-patologicznym syfilis układu nerwowego objawia się pod trzema postaciami. Najczęstszą jest cierpienie naczyń krwionośnych (*arteriitis et phlebitis syphilitica*), które zwykle doprowadza do krzepnięcia krwi (*thrombosis*), kończącego się obumarciem tkanki nerwowej (*ramollitio*), a rzadziej do rozwoju tętniaków (*aneurysmata*), mogących być przyczyną wylewu krwi w mózgu. Drugą postacią syfilisu jest ograniczone nowotworzenie syfilityczne, czyli gumat; początek dają mu zazwyczaj opony mózgo-rdzeniowe, rzadko substancja szara nerwowa, najrzadziej biała. Trzecia forma jest to rozlane nacieczenie syfilityczne; rozpoczyna się ono zwykle w oponie miękkiej, później przechodzi i na dwie inne (*lepto-, pachy-meningitis et arachnitis syphilitica*). Zazwyczaj jednak wszystkie te trzy postaci syfilisu zdarzają się jednocześnie u tego samego osobnika.

Pod względem klinicznym syfilis układu nerwowego odznacza się wielką różnorodnością objawów, co zależy od tego, iż zwykły on pojawiać się jednocześnie wielu ogniskami, w kilku naraz okolicach układu mózgo-rdzeniowego, a zarazem cechuje się łatwą zmiennością objawów, ponieważ nowotworzenia syfilityczne są bardzo nietrwale, łatwo popadają przemianom wstecznym, a także łatwo i szybko się wytwarzają.

Syfilis może oddzielnie zajmować mózg lub rdzeń, lecz — co częściej — jednocześnie oba te narządy.

Przytaczam 3 przypadki typowe syfilisu mózgo-rdzeniowego, obserwowane przemennie na oddziale D-ra GAJKIEWICZA.

Przypadek I. Gal., rzeźnik, lat 39, przywieziony na oddział 26 stycznia 1892, 18 lat temu miał *ulcus durum*; leczono go wtedy rtęcią [wcieraniami] i jodem. Od tego czasu czuł się zawsze zdrowym zupełnie, leczenia swoistego nie powtarzał; żonaty od 12 lat, żona raz poroniła w 2—3-im miesiącu bez widocznej przyczyny, nie rodziła ani razu. Pijał 2—3 kieliszki wódki dziennie, piwa nie pijał zupełnie. Przez ostatnie pół roku czuł znaczne osłabienie, drętwienie i uczucie zimna w nogach, uczucie opasywania w piersiach, pewną trudność przy oddawaniu moczu i stolca. Dwa miesiące temu chory w przeciągu około 4 tygodni nie mógł formować kęsa w ustach, gryźć, połykać, ścisnąć zębów, przytem gorączki żadnej nie było.

Przy badaniu chorego znalazłem:

26. I. 1892. Mężczyzna wrostu średniego, dobrej budowy ciała, zupełnie przytomny, opowiada sam szczegóły choroby; mowa nieznacznie zmieniona; chory mówi po części przez nos, dźwięki wargowe, jak: *p, b*, wymawia częściej przy zamkniętym nosie. Osłabienie (*paresis*) mięśni twarzowych po stronie prawej; gwizdać chory nie może, prawy kąt wargowy znajduje się niżej, niż lewy, mięśnie: czołowy i okrężny powieki, kureczą się dobrze. Prawy łuk podniebieniowy również opuszczony, języzek zwrócony w prawo. Żadnych zmian w nerwie podjęzykowym. Żrenica lewa nieco szersza niż prawa, lewa dobrze oddziaływa na światło i akkomodację, prawa bardzo słabo. Konsensualnie obie dobrze oddziaływają. W mięśniach okoruchowych żadnych zmian. Ruchy dowolne w kończynach zachowane, lecz z prawej strony osłabione (*hemiparesis dextra*). W lewej ręce nieznaczna ataksya. Odruchy skórne, ścięgniste i pobudliwość mechaniczna mięśni wzmoczone. *Clonus pedis* z obu stron. *Tonus* mięśniowy wzmoczony. Chód spastyczny. Zaników mięśni niema. Siła rąk, dynamometrem mierzona, wykazuje w prawej 22 kłgr., w lewej 45 kłgr.. Polydypsja, polyuria niema; ze strony pęcherza i żołądka nie niernormalnego. Objawów opuszkowych, o jakich chory wspominał w anamnezie, nie ma żadnych.

16. II. Prawem okiem chory nie może czytać, wszystko wydaje mu się pokrytem mgłą, lewym widzi dobrze; żrenica prawa szersza od lewej oddziaływa dobrze. Pole widzenia zwężone, miejscami brak całych sektorów. Inne objawy niezmienione.

17. III. *Hemiparesis sinistra, paresis n. facialis dextri inferioris et hypoglossi sinistri*. Chory silnie osłabiony, nie może usiąść na łóżku bez pomocy i skarży się na zawrót głowy, trwający od 3 dni, na duszność, krótki oddech, który nie pozwala mu rozmawiać, bólów głowy nie ma. Tętno niemiarowe 82 na minutę. Żrenica lewa szersza niż prawa.

28. III. Lewa ręka słabsza niż prawa i ataktyczna w nieznanym stopniu; *paraplegia extremitatum inferiorum*. Nadezłość szczególniej twarzy i rąk: najdelikatniejsze dotknięcie końcem szpilki jest bardzo bolesne dla chorego. Polydypsja i polyuria: chory oddaje przeszło 3000 ctm. sześcien. moczu na dobę, cukru i białka niema. Polyuria trwa tydzień, potem mocz w prawidłowej ilości.

5. IV. *Status idem*. Badanie oftalmoskopowe [kol. KAMOCKI] wykryło początek zaniku prawego nerwu wzrokowego (*atrophia n. optici dextri*).

18. IV. Ból głowy, brak łaknienia, dreszcze.

20. IV. *Retentio urinae* od 24 godzin, ciepota 40,6° C., *Typhus exanthematicus*. Podczas tyfusu [na oddziale D-ra GROSTERNA] gorączka bardzo wysoka, chory ciągle nieprzytomny, *incontinentia urinae et alvi*.

29. IV. *Collapsus et mors*.

Podczas pobytu w szpitalu stosowano przeciwsyfilityczną kurację [wcierania szaruchy, wstrzykiwania pod skórę *hydrargyri sozjodolici*, do wewnątrz jodek potasu] bezskutecznie.

31. IV. dokonana została przez D-rów ELSENBERGA i GAJKIEWICZA sekcya, na której znaleziono następujące zmiany: kości czaszkowe znacznie zgrubiałe, twarde, na wewnętrznej ich stronie znajdują się wgłębienia i nierówności, szczególniej wydane są dwie wyniosłości kostne nierzowne, chropowate, wzdłuż zatoki górnej podłużnej (*sinus longitudinalis superior*), która jest mocniej, niż zwykle, zagłębiona. Opona twarda mózgowia silnie zrosnięta z kością i mózgiem tak, że jednocześnie z kością został wyjęty mózg. *Dura mater* silnie zgrubiała. *Pia mater* zmętniała. W substancji mózgowiej i naczyniach mózgowych makroskopowo nie znaleziono żadnych zmian. Opony mleczna pacierzowego zgrubiałe, mętne. Drobnowidzowe badanie nie wykryło zmian w dużych naczyniach mózgowych (*arteriae fossae Sylvii et basilaris*), lecz nacieczenia drobnokomórkowe i rozrost

tkanki łącznej w oponach i ich naczyniach przechodzące i na tkankę nerwową. Gumatów nie zaaleziono.

Chory opisany nie miał żadnych obiektywnych śladów przebytego syfilisu, co wykazało badanie, dokonane przez D-ra ELSENBERGA, a jednak różnorodność i zmienność objawów skłoniła do rozpoznania syfilisu mózgu i rdzenia. Różnorodność ta objawów przejawiała się w następujący sposób: *hemiparesis*, nierówność źrenic, polyurya, polydypsya, niemożność tworzenia kęsa w ustach i polykania, *paraplegia extr. infer.* i t. d. Zmienność objawów u chorego była również bardzo widoczną: przed zapisaniem się do szpitala chory miał objawy opuszkowe [niemożność tworzenia kęsa i polykania]; w początku pobytu w szpitalu *hemiparesis dextra*; po niejakimś czasie wystąpiła *hemiparesis sinistra*, potem niezadługo *paraplegia extr. infer.* Polyurya i polydypsya trwały zaledwie tydzień jeden, co zaś do różnicy w szerokości źrenic, to niemal codziennie jedna z nich była szerszą; oddziaływanie ich na światło ulegało też zmianom. Zmienność obserwowano i w innych objawach.

Przypadek II. A. Ziel..., kupiec, 32 lat, zapisał się na oddział 23 Czerwca 1890 r., skarżąc się na ból krzyża i brzucha. Przy badaniu znaleziono: osłabienie (*paresis*) prawej nogi i spastyczne w niej objawy. Czuć na dotyk zachowane wszędzie, na ból w lewej nodze zniesione, głębokie ukłucia chory czuje, jak dotknięcie; *thermaesthesia*; w całej lewej kończynie dolnej i gołeni prawej *perversitas*: chłodne przedmioty chory czuje jako ciepłe. Czuć mięśniowe zachowane. *Obstipatio aloi. Hemianopsia dextra.*

14. VII. Bezwład prawej nogi znacznie się zwiększył; spastycznych objawów zupełnie nie ma (*tonus* mięśniowy, odruchy, jak w zdrowej nodze); palcami, stopą zupełnie nie rusza, nogi podnieść nie może, w kolanie zgina cokolwiek. Analgezja w lewej nodze.

23. VII. *Paralysis motoria completa extremitatis infer. dextrae. Clonus pedis; epilepsia spinalis* z prawej strony. Na *trochanter sinister* odleżyna. Silne bóle krzyża i głowy.

29. VIII. *Ptosis sinistra; mydriasis sinistra*; lewa źrenica nie oddziałuje na światło. Ból głowy stale.

5. IX. Nieznaczna pareza *n. facialis et hypoglossi dextri*. *Ptosis i mydriasis sinistra*; lewa źrenica nie oddziałuje i na akkomodację. Odruch rzępkowy zwiększony z dwóch stron; z prawej strony *clonus pedis et epilepsia spinalis*. Skórne odruchy z lewej strony bardzo żywe; z prawej — na podszwie słabe; *cremaster-reflex* i brzuszny nie istnieją. Czuć po dawnemu.

7. IX. Siła w prawej nodze zwiększyła się — rusza palcami, stopą, podnosi wyprostowaną kończynę w górę na $\frac{1}{4}$ łokcia; *tonus* mięśniowy znacznie zwiększony.

9. IX. Ból głowy ustał; od kilku dni *somnolentia*. Ruchy gałką oczną lewą w górę i na dół ograniczone. Stać może sam, chodzić nie może.

23. IX. Chodzi bez kija—chód paretyczno-spastyczny, noga prawa w ekstensyi. Chory skarży się na uczucie drętwienia, mrowienia i palenia w lewej nodze; czuć na dotyk i ból normalne, na ciepłość zmienione, chory czuje chłodne przedmioty jak indyferentne. Ruchy lewą gałką oczną coraz trudniejsze. *Mydriasis sinistra ad maximum; myosis dextra. Ptosis sin. completa. Meteorismus* i ból brzucha.

23. X. *Ptosis sin.* Ruchy gałkami ocznymi po dawnemu. Chory skarży się na uczucie palenia w lewej nodze; badanie nie wykrywa żadnych obiektywnych zmian w czuciu.

8. XI. Stopa lewej nogi chłodna, goleń i udo gorące, subiektywnie i obiektywnie. *Ptosis sin.* mniejsza. Ruchy gałką oczną lewą w górę i wewnątrz dobre, tylko na dół ograniczone.

Od 30 XI. do 12. XII. *retentio urinae*; moczu mętny.

20. XII. znowu *retentio urinae*.

24. XII. *retentio urinae* ustąpiło. *Ptosis* prawie zupełnie znikło. Ruchy gałką oczną lewą na dół cokolwiek ograniczone.

6. I. 1891. Chory skarży się na przykry blask przed oczami. Oftalmoskop nie wykrywa żadnych zmian na dnie oka. Oddawanie moczu utrudnione.

18. II. Chory wypisał się z oddziału ze znaczną poprawą. Leczenie rtęcią i jodem w szpitalu. Po 3 miesiącach chorey przybył znowu do szpitala w następującym stanie.

25. V. 1891. Z nerwów czaszkowych — porażenie *n. oculo-motorii sinistri*; lewa źrenica rozszerzona, nie oddziaływa na światło i akkomodację, *ptosis*; porażenie *nn. recti sup., inferioris et interni*. *Hemianopsia dextra*. Blask przed lewym okiem. W górnych kończynach nie nieprawidłowe. Prawa noga słabsza od lewej, chorey nie może nią zupełnie ruszać, podnosić. Na tylnej i zewnętrznej powierzchni uda, na całej goleni i stopie lewej *anaesthesia* i *analgesia*. W okolicy *malleoli interni* i *cristae tibiae sinistrae* owrzodzenia, które wytworzyły się po pęcherzykach, istniejących za ledwie 2—3 godziny. Ruchów biernych w palcach lewej nogi chorey nie czuje; chłodnego także nie czuje. Odruchy ścięgniste z lewej strony zniesione, z prawej zwiększone; skórny odruch na prawej podszewie żywy, innych skórnym odruchów niema z obu stron. Ból krzyża. Ból opasujący w pasie. Obwód goleni na 12 ctm, niżej rzepki z prawej strony 30 ctm., z lewej 28½ ctm.; uda z dwóch stron 40 ctm.. Ataksyi niema.

20. VII. Silny ból krzyża. *Retentio urinae* od 3 dni; *paresis* prawej nogi znaczniejsza. Słuch z obu stron osłabiony. Siła widzenia lewego oka osłabiona.

26. VII. *Incontinentia urinae*.

3. VIII. *Retentio alvi*; *incontinentia urinae*; *paraplegia extremitatum inferiorum*. Brak odruchów skórnym i ścięgnistym z obu stron. Analgezya na obu dolnych kończynach z wyjątkiem wewnętrznej powierzchni bioder. Czucie na dotyk na prawej nodze zachowane, na lewej tylko na wewnętrznej powierzchni uda.

9. VIII. Odleżyna na lewym krętarzu.

23. VIII. Bóle gościecowe w lewej nodze; porażenie lewej nogi i lekka *hypalgesia*; prawą nogą ruchy możliwe. Mocz oddaje chorey dowolnie. Odleżyna powiększa się.

30. VIII. ruchy kończynami możliwe; przy staniu chorey nie czuje lewej nogi.

6. IX. lewa gałka oczna w górę mało się podnosi; lewa powieka przy patrzeniu na podłogę mało się opuszcza, zamykać ją chorey może dowolnie; czucie mięśniowe i stawowe w lewej nodze zniesione. Ataksya w lewej nodze. Lewa źrenica rozszerzona, oddziaływa dobrze. *Hemianopsia dextra*. *Diarrhoea* od kilku dni.

18. XI. *Hemianopsia dextra* mniejsza. Prawa źrenica rozszerzona i nie oddziaływa, lewa normalna; oftalmoskop nie nieprawidłowego nie wykazuje. *Erectio et ejaculatio seminis* bardzo rzadko.

19. XII. *Paresis* i spastyczne objawy w prawej nodze, w lewej znaczna ataksya; czucie w prawej prawidłowe, w lewej zachowane tylko wzdłuż *nn. obturatorii, sapheni majoris et minoris*; inne objawy po dawnemu.

3. II. 1892 ze znaczną poprawą chorey opuścił szpital. Zapisał się znowu po 3 miesiącach w następującym stanie.

15. V. 1892. Ból głowy od czasu do czasu i w dzień i w nocy; słaba *ptosis dextra*. Lewa górna powieka nie działa synchronicznie z gałką oczną, przy patrzeniu na dół powieka prawie wcale nie opuszcza się [objaw GRAEFE'go], dowolnie zaś chorey ją zamyka zupełnie dobrze. Źrenica lewa rozszerzona i nie oddziaływa na światło, akkomodację i konsensualnie. Gałka lewa podnosi się do góry słabo, na dół i na zewnątrz lepiej, wewnątrz zupełnie dobrze (*paresis nn. obliqui superioris, inferioris et abducentis*). *Hemianopsia dextra incompleta*. Ze strony innych nerwów czaszkowych niema zmian. Górne kończyny zdrowe zupełnie. W nodze prawej objawy spastyczne, czucie prawidłowe, w lewej ataksya (*hemiataxia*), czucie tylko na wewnętrznej powierzchni uda zachowane względnie dobrze. Brak z obu stron *cremaster-reflex*, brzuszny odruch jest tylko z lewej strony. Zaniku mięśni niema. ROMBERG'a objawu niema. *Impotentia*. Mocz oddaje chorey dowolnie; lecz leżąc w ciepłym łóżku, aczkolwiek czuwa potrzebę, nie może zdążyć podnieść się z łóżka. Na paluchu lewej nogi wrzód, poprzedzony pęcherzem. Charakter chorego zmienił się, dość znaczna placzliwość.

28. V. Na całej lewej goleni chorey czuje ukłucia szpilką jako dotknięcie. Chodzi lepiej, bez kija. Czucie mięśniowe i stawowe w lewej nodze zachowane, z wyjątkiem palców.

11. VI. Lewe kolano bez widocznej przyczyny silnie obrzmiało, *patella saltans*.

16. VI. 1892. Chory wypisał się ze znaczną poprawą, czucie na ból, dotyk i ciepłość poprawiło się na całej wewnętrznej powierzchni lewej nogi i na podszewie. Zmysł mięśniowy zachowany. Chory chodzi bez kija dość dobrze. Ataksyi prawie niema. W szpitalu stosowano skutecznie kurację swoistą w formie wtierań szaruchy, wstrzykiwań *hydrargyri sozo-jodolici* i wewnątrz jodek potasu.

I w tym przypadku szczegółowe badanie chorego nie wykazało śladów przebytego syfilisu, lecz typowy przebieg skłonił nas do właściwego rozpoznania cierpienia.

W tym, jak i poprzednim przypadku, notowaliśmy różnorodność objawów, przemawiającą za wielogniskowością cierpienia, i zmienność objawów, która wskazuje, jak szybko się tworzą i jak nikle są nowotworzenia syfilityczne. Do bardziej interesujących objawów, spostrzeganych u naszego chorego, należą: objaw GRAEFE'go i hemiataksya. Prawidłowo powieka działa synchronicznie z gałką oczną, t. j. przy skierowaniu wzroku w górę, powieka podnosi się także do góry, przy skierowaniu wzroku na dół, powieka zamyka się. Objaw GRAEFE'go polega na tem, że przy skierowaniu wzroku na dół, powieka nie opuszcza się, zostawiając gałkę oczną niepokrytą; dowolne zaś ruchy powieki są w zupełności zachowane. Objaw GRAEFE'go notowaliśmy u naszego chorego tylko w lewym oku, prawe działało prawidłowo. Co zaś do hemiataksyi, jaką spostrzegaliśmy u naszego chorego, to polegała ona na następujących objawach: lewa noga przedstawiała objawy tabetyczne — czucie na dotyk, ból i temperaturę było naruszone, zmysł mięśniowy i stawowy zniesiony, przy ruchach ataksya. Prawa noga przedstawiała ciągłe objawy spastyczne, bez zaburzenia czucia. Chory ten w zimie r. 1893 przebył na oddziale D-ra GROSTERNA bardzo ciężki tyfus wysypkowy, po którym pozostały ogromne odleżyny. Obecnie leży jeszcze na oddziale D-ra GAJKIEWICZA. Zaburzenia ruchu powiek, gałek ocznych i objawy wręcz przeciwne na każdej z kończyn dolnych pozostały bez zmiany.

Przypadek III. D. Foch..., zapisała się na oddział D-ra GAJKIEWICZA 21 października 1892. Z wywiadów dowiedziano się, że ojciec jej umarł na suchoty, piął dużo wódki, matka żyje i cieszy się dobrem zdrowiem. Dzieci rodzice mieli 5-ro, wszystkie zdrowe, jedno urodziło się nieżywe. Chora nasza cieszyła się zawsze zdrowiem. Kilka razy pokazywała jej się krew ustami. Przed 3-ma laty wyszła zamaż, ani razu nie rodziła i nie ronila. Teraźniejsza choroba datuje się od roku: zaczęła się bólami w różnych częściach ciała, bólami, zawrotem głowy i biciem serca. Od czasu do czasu przychodziła biegunka bez przyczyny, trwała kilka dni i kończyła się bez leczenia. Od 2 do 3 miesięcy chora zaczęła się silnie poćić. Blisko od 4 tygodni prawe kończyny słabsze od lewych. Ostatnie lata była w służbie, dużo pracowała, źle się odżywała. 3 miesiące temu *ptosis dextra*. Chora wybladła, wychudła, ręce i nogi znacznie osłabły, drżą. Przy badaniu chorej znaleziono: niedokrwistość, na szyi owrzodzenia niezagojone; prawa żrenica szersza od lewej, słabo oddziałują na światło, dobrze na akkomodację, *nn. abducentes* prawidłowe, prawy *oculomotorius* osłabiony. Objaw GRAEFE'go na prawym oku. Siła widzenia prawidłowa z obu stron; czasami bywa *diplopia*. *Hemianopsia sinistra*. Głuchota lewostronna. Tętno 132, rytmiczne, bardzo słabe. *Hemiparesis extrem. super. et infer. dextra*. Dynamometr: prawa ręka 16, lewa 35. Mięśnie twarzowe w porządku; język nie porażony. *Hemihypraesthesia tactilis et algetica dextra*. Objaw ROMBERG'a. Odruchy skórne i ścięgniste wzmocnione. Charakter chorej w ostatnich czasach uległ zmianie: łatwo gniewa się, płacze. Laryngoskopowanie nie wykazuje innych zmian, prócz tej, że nagłośnia z prawej strony mniej czuła na dotyk. Rynoskopia wykazuje *ulcerationem conchae inferioris et septi nase* [kol. SZUMLAŃSKI]. Oftalmoskopia: obie *papillae* bledsze, niż normalnie [kol. KRAMSZTYK]. *Atrophia genitalium*, szczególniej *uteri* [kol. ZWEIFBAUM]. Na szyi owrzodzenia, pokryte strupami, [kol. EL-

SENBERG]. Otoskopia: *otitis media chronica sinistra*; początek tejże sprawy w prawym uchu; przewodnictwo kostne zwiększone z lewej [kol. GURANOWSKI].

31. X. 1892. Siła i uczucie prawych kończyn poprawiły się; dynamometr. z obu stron 30. Objaw ROMBERG'a słabiej wyrażony. Od kilku dni w nocy chora deznaje uczucia zimna, dreszczy, to znowu nadzwyczajnego ciepła.

6. XI. *Retentio urinae et alvi*. Silne bóle głowy nocą *in parte occipitali*. Antypiryna, chinina, brom, nie zmniejszają tych bólów. Przez kilka dni polyuria bez cukru w moczu.

23. XI. Znowu silne bóle głowy nocami; często w nocy uczucie silnego gorąca, przyczem chorej zdaje się, że umiera. Silne osłabienie rąk. Chora nie może się podnieść, usiąść. Apatya.

24. XI. Dziś chora czuje się dobrze, wesoła, może chodzić, nie przypomina sobie wczorajszego swego stanu. Tętno 108.

26. XI. onegdaj przez 24 godziny leżała chora bez przytomności, kilka razy powtarzały się napady epileptoidalne, lecz nie z jednej strony. Dziś wieczorem halucynacje w hemianoptycznym odcinku [chora widziała dziewczynkę z kędzierawymi włosami]. Rana na szyi goi się. Znaczne osłabienie prawej nogi, w lewej — *clonus pedis*.

2. XII. Tętno 88 miarowe, słabe. Prawie zupełny bezwład górnych kończyn i prawej dolnej, lewa dolna bardzo osłabiona. Czuć na dotyk i ból osłabione, szczególnie z prawej strony, więcej obwodowe części. Czuć mięśniowe i stawowe osłabione. Odruchy ścięgniste wzmożone; *clonus pedis* obustronny; odruchy skórne zachowane. *Retentio et incontinentia urinae*. *Retentio alvi*. *Oculomotorius* znacznie się poprawił. Halucynacyi ocznych niema.

6. XII. Zupełny bezwład wszystkich czterech kończyn. Nerwy czaszkowe w porządku. W nocy halucynacje [chora widziała nieboszczyka ojca, później 8 starców, z których jeden ukradł jej pantofel, dwaj zaś inni dali jej list i wymagali od niej 10 złp.]. Chora utrzymuje, że to nie był sen, lecz wszystko to widziała na jawie.

14. XII. Chora mówi, że straciła słuch, że odgaduje z ruchów ust mówiących i że sama siebie nie słyszy, jednakowoż spełnia zlecenia, chociażby mówiący był tyłem do niej zwrócony. Uskarża się na ciągle bóle w kościach. Na górnych kończynach i klatce piersiowej *anaesthesiae* i *analgesia*, przypominająca histeryczną.

19. XI. Chora wykonywa niektóre ruchy w stawie kolanowym, lepiej w lewym. *Plaques d'anaesthesiae* i *d'analgesiae* zniknęły. *Hemihypaesthesia dextra* pozostała. Skórne i ścięgniste odruchy wzmożone; *ovarialgiae*, achromatopsyi niema. Odruch spojówki zachowany. Wzrok dobry. Nastrój psychiczny prawidłowy. Nagle robi się chorej tak gorąco, że musi wszystko zrzucić z siebie — to powtarza się kilka razy na dobę i trwa około pół godziny.

14. II. 1893. Rusza cokolwiek rękami, palcami; nogi podnosi do góry; może siedzieć. *Incontinentia urinae et alvi* zupełnie ustąpiła. Sama jada bez pomocy. *Strabismus convergens*.

30. II. Wszystkie ruchy swobodne. Chora zaczyna chodzić, przyczem jest *dérobement des jambes*. Czuć wszędzie zachowane.

18. III. chora wypisała się z oddziału w następującym stanie: prawa źrenica szersza od lewej, obie oddziaływają na światło, akkomodacyę i konsensualnie. *Strabismus convergens*. Ruch prawej gałki ocznej w górę osłabiony, nieznacznie na dół. Objaw GRAEF'E'go z prawej strony. Tętno 100, słabe. Na lewe ucho nie słyszy. Prawem okiem widzi gorzej. Inne czaszkowe nerwy w porządku. Ruchowa i czuciowa sfera prawidłowe. Odruchy skórne i ścięgniste dość żywe. *Clonus pedis* niema. Pęcherz i kiszka prosta w porządku.

Podczas swego pobytu na oddziale chora otrzymała 30 weciarań szaruchy i zażywała około $\frac{1}{2}$ drachmy dziennie jodku potasu.

W tym przypadku do rozpoznania syfilisu mózgo-rdzeniowego skłonił nas nie tylko typowy przebieg kliniczny, lecz inne przejawy syfilisu, jak: *ulceratio conchae infer. sinistrae et septi nasi* i owrzodzenia na szyi; te ostatnie zupełnie się zagoiły po zasostowaniu swoistego leczenia, które usunęło też wiele objawów mózgo-rdze-

niowych. Niektóre objawy, jak: objaw GRAEFE'go, nierówność źrenic, trzymały się stale podczas pobytu chorej w szpitalu; za przyczynę tego uważać należy stale zmiany w mózgu.

Z PRACOWNI CHEMICZNO-LEKARSKIEJ SZPITALI WARSZAWSKICH.

III. FILTRY W PIWOWARSTWIE.

Podali

Leon Nencki

i **Wawrzyniec Trzeciński.**

— 3 —

W ostatnich czasach wprowadzono u nas w browarach użycie filtrów, które mają nadawać piwu zupełną przezroczystość, pozbawiać go mętu i osadu i zwiększać jego trwałość. Z powodu nieporozumień, wynikłych między dostawcą filtrów do piwa a jednym z browarów, zajęliśmy się bliżej sprawą precedowania piwa, przeprowadziliśmy odnośne badania chemiczne i bakteriologiczne i otrzymaliśmy wyniki przez nas nieoczekiwane, które niniejszem podajemy.

Badania nasze tyczyły się filtrów systemów GEHRKE'go i KOCH'a. Obydwa te filtry są to niskie cylindry metalowe, w których umieszczone są między siatkami z drutu warstwy masy filtrowej. Przez tę masę, złożoną z bawełny z domieszką 5—6% azbestu, przeciska się piwo pod ciśnieniem niespełna jednej atmosfery. Takie cedzenie, jak tego spostrzeżenia nasze dowiodły, daje piwo na razie rzeczywiście przezroczyste, bez mętu i osadu i nie wpływa na smak, zapach i skład chemiczny piwa. Rozbiór jednego i tego samego gatunku piwa, tak filtrowanego, jak i niefiltrowanego, dokonany przez nas i przez p. DUBINIEWICZA, chemika stacyi higienicznej miejskiej w Warszawie, wykazał następujący skład:

Piwo z browaru N. N.

Piwo filtrowane:		Piwo niefiltrowane:	
Ciężar właściwy przy 15° C.	1,0625	Ciężar właśc. przy 15° C.	1,0624
Ekstraktu w 100 ctm. sześć.	17,594%	Ekstraktu w 100 ctm. sz.	17,5690%
Alkoholu " " "	4,310%	—	—
Maltozy " " "	7,808%	—	—
Dekstryny " " "	8,388%	—	—
Kwasu mlecznego w 100 ctm. sz.	0,243%	Kwasu mlecz. w 100 ctm. sz.	0,248%
Popiołu w 100 ctm. sześć.	0,350%	Popiołu " " "	0,347%
Kwasu fosforowego [P ₂ O ₅]	0,068%	—	—
Początkowa kocentracja zacieru	26,20 %	—	—
Stopień przefermentowania	32,8 %	—	—

Wyjątek pod tym względem stanowi zawartość kwasu węglanego wolnego, mianowicie przy uwzględnieniu wszelkich ostrożności przy braniu, przechowywaniu i badaniu próby otrzymano liczby, dowodzące pewnego zmniejszenia zawarto-

ści kwasu węglanego, które wynosiło w pierwszym przypadku 15, a w drugim przypadku 18% ogólnej ilości kwasu.

W celach badania bakteriologicznego wzięto próby wyjałowioną pipetą, podzieloną na setne części centymetra sześciennego i zaszczerpiono zaraz na miejscu w browarze po $\frac{1}{100}$ ctm. sześcienn. do probówek i kolb z żelatyną i bulionem; wszystkie te naczynia i grunty odżywcze wyjałowione były w autoklawie LAUTENSCHLAEGER'a pod ciśnieniem $\frac{1}{2}$ atmosfery.

Hodowle, otrzymane tak na miseczkach PETRI'ego jak i w probówkach, według postępowania ESMARCH'a, w ciepłocie pokojowej, wykazały ilości kolonii następujące:

Piwo z browaru N. N.

w 10 godzin po wzięciu.	Piwo niefiltrowane zawiera w 1 ctm. sz.	2194 kolonii
	piwo filtrowane " " " "	2361 "
2-go dnia.	Piwo niefiltrowane " " " "	4600 "
	piwo filtrowane " " " "	13940 "
3-go dnia.	Piwo niefiltrowane " " " "	7100 "
	piwo filtrowane " " " "	19150 "

Piwo z browaru N. N.

18. VI. 1893. 3-go dnia.	Piwo niefiltrowane zawiera w 1 ctm. sz.	4375 kolonii
	piwo filtrowane " " " "	14532 "
	piwo niefiltrowane " " " "	4375 "
	piwo filtrowane " " " "	11894 "
19. VI. 1893. 4-go dnia	piwo niefiltrowane " " " "	7728 "
	piwo filtrowane " " " "	11760 "

Stąd widać, że w piwie filtrowanem znajdowano drobnostrojów wogóle więcej, niż w piwie niefiltrowanem.

Badanie drobnowidzowe hodowli z piwa filtrowanego i niefiltrowanego wykazały: że 1) w piwie niefiltrowanem jest stosunkowo więcej komórek właściwych drożdżowych, niż w piwie filtrowanem, 2) że w piwie filtrowanem stosunkowo przeważają mniejsze komórki i odnajdują się liczne pleśniowce.

Spostrzeżenia PRIOR'a, AUBRY'ego i innych dowodzą, że piwo filtrowane prędzej mętnieje i nabiera smaku niewłaściwego, niż piwo niefiltrowane, co tłumaczy faktem, że w piwie niefiltrowanem odnajdują się liczne komórki drożdżowe, które w walce o byt nie pozwalają się rozwijać innym drobnoustrojom i kierują fermentacją piwa, w piwie zaś filtrowanem komórek tych właściwych drożdżowych jest stosunkowo mniej, bo jako większe łatwiej się na masie filtrowej zatrzymują, natomiast więcej jest drobnoustrojów mniejszych od drożdży i one to w piwie filtrowanem wskutek osłabienia drożdży łatwiej się mogą rozwinąć i skierować fermentację na niewłaściwe drogi i zmieniać skład piwa w niewłaściwy sposób. Dlatego też piwowarzy do piwa filtrowanego dodają górnych drożdży. Fakt zaś, że w piwie filtrowanem znaleziono drobnoustrojów więcej w liczbie absolutnej, niż w piwie niefiltrowanem, ma objaśnienie następujące:

Masa filtrowa jest miejscem, na którem zatrzymują się drobnoustroje piwa. Drobnoustruje te w masie filtrowej, napojonej gruntem odżywczym, jakim jest piwo, rozwijają się i rozmnażają. Jedna i ta sama masa służy w browarze przez czas dłuższy, zaś przez mycie, jakiemu ona ulega, nigdy się całkowicie nie wyjaławia, a nawet może uleść dalszemu zakażeniu tak przez zetknięcie z wodą, użytą do płukania, jak i przez nieczyste ręce robotników. Niema więc nic dziwnego, że w masie filtrowej mogą się z czasem nagromadzać wielkie ilości różnorodnych drobnoustrojów, które przechodzą do piwa wskutek wypłukiwania ich z masy filtrowej przez piwo, przez nią przetłaczane.

Z przytoczonych spostrzeżeń i rozumowania wynika, że jeżeli w browarach mają być nadal filtry stosowane, należy zwrócić uwagę piwowarów, aby masa filtrowa była za każdym użyciem wyjaławiana naprzykład za pomocą gorącej pary wodnej i w odpowiedniej czystości przechowywana, aby woda, używana do napajania masy odpowiadała warunkom zdrowotnym i aby robotnicy utrzymywali ręce w należytej czystości.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

95. G. Joachimsthal. Dalszy przyczynek do kazuistyki rozdwojenia kręgosłupa skrytego (*spina bifida occulta*), połączonego z nadmiernem ograniczonym uwłóśnieniem (*hypertrichosis localis*).

Do ośmiu ogłoszonych dawniejszymi czasy przypadków wymienionego w nagłówku zboczenia rozwojowego dołącza autor opis trzech nowych, zbadanych przez siebie, jakoteż krótkie streszczenie czterech przypadków, podanych przez innych badaczy w rozmaitych czasopismach lekarskich.

Szczególnie ciekawy jest przypadek JONES'a: 22-letni pacjent, cierpiał od pięciu lat na niedowład kończyn dolnych, zniekształcenie stóp i owrzodzenia, które uznano jako *malum perforans pedis*. JONES, szukając przyczyny powyższego cierpienia, znalazł na miejscu drugiego kręgu krzyżowego — skryte rozdwojenie kręgosłupa, mianowicie: pod skórą pomarszczoną i pokrytą krótkimi włosami wyczuwało się jamkę, odpowiadającą grzebieniowi kości krzyżowej. Po otworzeniu kanału rdzeniowego, przez usunięcie tylnej części pierwszego kręgu krzyżowego, przekonano się, że pod opisaną jamką leży szeroki, włóknisty sznurek, który, uciskając ogon koński (*cauda equina*), wytworzył na nim bródzę; sznurek ów wycięto. Operacja usunęła wszystkie objawy niedowładu.

Przypadek BARTELS'a dotyczy 25-letniego mężczyzny, u którego na skórze w okolicy 2, 3 i 4-ego wyrostka ciernistego kręgow grzbietowych znajdował się zwinięty pukiel włosów długości 20 ctm.. Powierzchnia pokryta włosami była błękitnawa i ciastowata na dotyk; w górnym lewym jej odcinku wyczuwano guzik, wielkości pestki wiśni, konsystencyi włóknia. Autor uznał to jako dowód skrytego rozdwojenia kręgosłupa.

Dwa przypadki C. BRUNNER'a można streścić w sposób następujący: u jednego chorego stwierdzono zanik lewej dolnej kończyny, nadwichnięcie ku tyłowi głowy udowej, zniekształcenie stopy i znieczulenie pewnego odcinka skóry na pięcie tejże nogi; dalej lekkie skrzywienie kręgosłupa w prawo; w okolicy kręgow lędźwiowych zagłębienie, na niem blizna okolona jakby pierścieniem z włosów, długości $\frac{1}{2}$ —2 ctm., w bliźnie tej widać liczne rozszerzone tętnice i żyły, tworzące miejscami naczyńniakowe sploty; przy obmacywaniu powyższej okolicy,

można było wyczuć na wysokości pierwszego kręgu lędźwiowego dość głęboką bródę, która, biegnąc ku dołowi, kończy się prawie nad kością krzyżową i ma w tem miejscu około 3 ctm. szerokości. Drugi pacjent przedstawiał bardzo zbliżony do poprzedniego obraz, z tą różnicą, że głęboka bródka ciągnęła się od 2-go kręgu lędźwiowego do pierwszego łuku kości krzyżowej.

Trzy przypadki JOACHIMSTHAL'a podane są bardziej szczegółowo. Pierwszy dotyczy 7-letniej krzywicowej dziewczynki, z prawostronnem grzbietowem skrzywieniem kręgosłupa i wydatnym garbem żebrowym; w okolicy lędźwiowej znajduje się ograniczone, w postaci trójkąta, zagłębienie, pokryte włosami skierowanymi ku wierzchołkowi owego trójkąta. Przesuwając palcem wzdłuż kręgosłupa, autor wyczuwał na miejscu piątego lędźwiowego wyrostka ciernistego szparę, *resp.* rozszczepienie łuku kręgowego, w którym brzusiec małego palca wygodnie mógł się pomieścić.

Drugi przypadek: 37-letni, skoliotyczny chory cierpi od trzech lat na nerwobóle w okolicy lędźwiowej. Przy badaniu znaleziono pęczek włosów, długości 3—5 ctm., ułożonych w postaci trójkąta, którego podstawa odpowiada granicy między 3 i 4 kręgiem lędźwiowym, wierzchołek zaś leży na kości krzyżowej w odległości 7 ctm. od odbytu; zagłębienie wyczuwano jak w przypadku poprzednim; w obu również grzebięń kości krzyżowej był zupełnie prawidłowy.

Trzeci przypadek: 20-letnia amerykanka, pokazywana w muzeum berlińskim jako „kobieta z końską grzywą“, posiada na plecach gęsty pęk włosów, które wynurzają się z zagłębienia leżącego z lewej strony kręgosłupa; pęk ten zaczyna się w odległości $7\frac{1}{2}$ ctm. od dolnej granicy uwłosienia głowy i ma 27 ctm. długości, zagłębienie ciągnie się 13 ctm. w kierunku z góry na dół, skóra w tej okolicy nie zmieniona. Linia wyrostków ciernistych przerywa się w miejscu odpowiadającym 2—5 włącznie kręgom grzbietowym, natomiast wyczuwają się dwie równoległe, podłużne szpary, oddzielone od siebie jakby chrząstkowatą pręgą; niezwykłe szeroki wyrostek ciernisty 6-go kręgu grzbietowego ma zagłębienie na linii środkowej i stanowi granicę uwłosienia.

We wnioskach autor 1-o, zgadza się z twierdzeniem RECKLINGHAUSEN'a: że rozdwojenie kręgosłupa istnieje we wszystkich przypadkach nadmiernego, ograniczonego uwłosienia na grzbiecie, choćby za życia nie dało się ono stwierdzić; 2-o, że niejednokrotnie zaburzenia nerwowe zależą od obecności skrytego rozdwojenia kręgosłupa i dają się nieraz usunąć na drodze operacyjnej, jak to uczynił JONES; 3-o, że skrzywienia kręgosłupa, towarzyszące rozdwojeniu jego, najwymowniej świadczą o upośledzonym rozwoju oddzielnych części kręgow.

(Virchow's Archiv. T. 131. Z. 3. 1893).

Witold Żurkowski.

96. Bechterew. O wpływie zawieszania na zaburzenia wzroku przy cierpieniach rdzenia kręgowego.

Metoda zawieszania, od czasu wprowadzenia jej do arsenału leczniczego chorób nerwowych przez MOCZUTKOWSKIEGO, różne przechodziła koleje. Podczas gdy jedni badacze doznawali w stosowaniu jej samych niepowodzeń, inni gorąco ją zalecają. Do ostatnich należą: EULENBURG i MENDEL, ABADIE i DESNOS, BERNHARDT, DARIER i inni, którzy osiągnęli znaczną poprawę rozmaitych objawów nerwowych, między innymi zaburzeń wzrokowych. Liczbę tych badaczy powiększa BECHTEREW, opisując trzy przypadki znacznej i dość trwałej poprawy stanu wzroku: u dwu tabetyków i u chorej, dotkniętej samodzielnem cierpieniem wzroku.

Autor używał opisanego przez SPRIMON'a w r. 1889 przyrządu, który przy odpowiednim urządzeniu umożliwia zawieszanie w pozie siedzącej. Wyciąganie kręgosłupa, a wraz nim i rdzenia, następuje tu nie wskutek ciężaru ciała osoby zawieszanej, lecz wskutek tego, że do sznura, z którym pośrednio połączone są

rzemienie, na jego przeciwnym końcu przymocowana jest skrzyneczka, w którą się wkłada ciężary. Przyrząd ten różni się od zwykle używanego, że jest bardzo dla chorego wygodny i pozwala ściśle regulować siłę wyciągania kręgosłupa wedle stanu sił chorego. Jest on więc znacznie bezpieczniejszy; można zawieszanie przeciągnąć od 10 do 15 minut i stosować je nawet u ludzi starych lub dotkniętych cierpieniem naczyń, gdzie zawieszanie metodą Moczurkowskiego jest przeciwwskazane.

Pierwszy obserwowany przez autora przypadek dotyczył tabetyka, który bez szkielec Nr. 11 wcale czytać nie mógł. Po szóstym już zawieszaniu doznał on poprawy co do niektórych objawów choroby, niektóre znikły nawet zupełnie, i mógł czytać bez okularów. Pole i siła widzenia znacznie się wzmogły, pole rozszerzyło się we wszystkich kierunkach o 5--10°; odbyto z nim 27 posiedzeń, lecz wzrok pozostał *in statu quo*. W 3 miesiące po tem leczeniu stan ogólny był zadowalający, stan wzroku nie uległ pogorszeniu.

Toż samo było w drugim przypadku, również u tabetyka, przedstawiającego znaczny stopień zaniku nerwów wzrokowych. Po 3 ch już posiedzeniach nastąpiła znaczna poprawa, która, aczkolwiek potęgowała się kilka razy, powracała zawsze jednak do wysokości, na jakiej stała po 3-cim zawieszeniu.

Trzeci przypadek odnosił się do chorej, która od lat kilku miewała napady drgawek z utratą przytomności, poczem powstał ból głowy, bezwład nerwu twarzowego i osłabienie wzroku w prawem oku. Badanie oftalmoskopem wykazało znaczne, graniczące z zapaleniem, przekrwienie nerwu wzrokowego prawego. Zawieszanie, zastosowane trzy razy, wywołało poprawę pola i siły widzenia, które wszakże wskutek przerwania leczenia i podróży, z konieczności przez chorą odbytej, znacznie się pogorszyły. Trzy następne, po powrocie chorej, posiedzenia przywróciły w zupełności poprzednią poprawę.

(*Neurol. Centralbl.* Nr. 7. 1893).

Mieczysław Goldbaum

97. D-r Verchère. Trepanacja czaszki przy padaczce Jackson'a.

Badania HUGHLING'a i JACKSON'a wykazały, że prócz zwykłej padaczki (*epilepsia essentialis s. genuina*) istnieje jeszcze inny rodzaj tego cierpienia: padaczki częściowej (*ep. partialis*), będącej najczęściej następstwem urazu. Trepanacja czaszki daje pomyślne wyniki przy tej właśnie postaci padaczki, gdyż w tych przypadkach padaczka zależną jest od ograniczonych zmian kory mózgowej, a wywołanych obecnością odszczepu kości, wgniecenia czaszki, wylewu krwi otorbionego lub też ograniczonego ogniska zapalnego, czy nowotworowego, blizny uciskającej korę i t. p.. Niekiedy wszelako nie napotykamymy żadnej z wymienionych przyczyn cierpienia. VERCHÈRE uważa trepanację za rękoczyn zupełnie odpowiedni, nawet w tych przypadkach, w których wywołujący padaczkę uraz nie pociągnął za sobą żadnych widoczniejszych zmian makroskopowych. Twierdzenie to popiera następującym spostrzeżeniem.

22-letni młodzieniec, odznaczający się w latach dziecińczych niezwykłą pamięcią i zdolnościami umysłowymi, który jednak od niemowlęstwa dotknięty był zezem prawego oka, przed 9 laty upadł i uderzył się głową o krawędź wodotrysku. Chłopiec podniósł się bez najmniejszych śladów obrażeń na ciele, lecz musiał trzy dni przeleżeć w łóżku. W którą stronę głowy uderzył się, nie można było dociec; 15-go dnia po tem zdarzeniu nastąpił pierwszy napad padaczki, poczem poziom władz umysłowych chorego obniżył się znacznie. Wielkie napady powtarzały się mniej więcej raz na miesiąc wraz z mocnymi bólami głowy, które doprowadzały chorego do rozpaczki i usiłowań targnięcia się na własne życie. Chory odczuwał dokładnie zbliżający się napad, doświadczał najprzód szumu w głowie i bolesnego uczucia ściskania w paluchu prawej ręki; następnie pięść zamykała się, ramię i przedramię wyprostowywały się i wykręcały na wewnątrz, chory z głową zwró-

coną na stronę lewą i ku tyłowi padał na ziemię, zawsze na prawą stronę, tracąc przytomność. Leczenie wewnętrzne nie dało żadnego skutku. Z biegiem czasu chory zdziecinniał, osłabł, na prawej stronie ciała uwydatnił się znaczny zanik mięśni. W kwietniu 1890 r. przystąpiono do operacji: w okolicy brzoźdy ROLAND'a wycięto czworokątny płat skóry z podstawą, zwróconą ku dołowi. Po obnażeniu czaszki wytrepanowano i wydłutowano w niej czworobok, odpowiadający cięciu skórnemu. Skoro przecięto na krzyż oponę twardą, natychmiast istota mózgowa, pokryta obrzękłą oponą miękką, wypukliła się przez otwór. W braku wyraźnych zmian w wypadniętej części mózgu zaszyto oponę twardą, okostną i skórę, nałożono opatrunek uciskowy za pomocą gąbki. Przebieg pooperacyjny był pomyślny; bóle głowy natychmiast ustąpiły. 5-go dnia chory miał lekki napad padaczki, lecz bez drgawek, trwający trzy minuty. Po upływie miesiąca chory w pełni władz umysłowych i zdrowia wypisanym został ze szpitala. W czerwcu, napadów nie miał, pojawiały się tylko kilkakrotnie krótkotrwałe zawroty głowy. Napad powtórzył się jeszcze w lipcu i w listopadzie już po raz ostatni. Od tego czasu chory pracuje umysłowo, bólów głowy i padaczki nie doświadcza.

Opierając się na 23 zebranych przypadkach, autor zaznacza, że w najważniejszej większości źródłem padaczki był uraz, chociaż w mózgowiu poważniejszych zmian nie znaleziono. W jednym szeregu spostrzeżeń chorzy mieli napady drgawek ogólnych, w drugim drgawki ograniczały się do pewnej grupy mięśni. W kilku przypadkach wycięto część opony twardej, w niektórych usunięto ośrodki ruchowe, w innym znowu założono napowrót wypilowane części kości. W 13 przypadkach stwierdzono czasowe przynajmniej wyzdrowienie, w 7 zmniejszenie gwałtowności i liczby napadów, w 3 wynik był ujemny. Natomiast poprawę pamięci i brak bólów głowy po tym rękoczynnie zauważyć było można prawie zawsze.

Autor nie zgadza się na wycinanie części mózgu, jeżeli zmiany w nim nie są zbyt wyraźne, przypuszczając, że po wycięciu wytworzy się blizna, która nie pozostanie bez wpływu na substancję mózgową. Chcąc objaśnić pomyślny wynik trepanacji, powołuje się na pogląd HOFFMANN'a, który przyczynę napadów padaczkowych widzi w ucisku mózgu. Trepanacja, mówi HOFFMANN, gra też samą rolę przy padaczce, co irydektomia przy jaskrze. Powiększenie wewnątrzczaszkowego ciśnienia, wywołane przez miejscowe zgrubienie czaszki, jako następstwo urazu, uważać należy za źródło padaczki; w przypadku VERCHÈRE'a kraniektomia, usunąwszy przeszkodę, doprowadziła mózg chorego do równowagi.

Wnioski, do których autor przychodzi, są następujące:

a) Kraniektomia powinna być stosowaną nie tylko przy padaczce JACKSON'a, lecz również i przy zwykłej ogólnej padaczce. b) Niewłaściwym jest wycinanie ośrodka ruchowego, gdyż w następstwie mogą powstać blizny i zrosty, wywołujące nowe napady. c) Trepanacja powinna być wykonana na znacznej stosunkowo przestrzeni, mały bowiem otwór nie wystarczy do zniesienia lub zmniejszenia ucisku mózgu. d) Odcinek trepanowany powinien mieć za przekątną brzoźdę ROLAND'a i dwa zwoje: czołowy i ciemieniowy wstępujący na całej ich długości. e) Należy unikać implantacji kostnych odłamków, gdyż te w przyszłości mogą wytworzyć zgrubienia i nierówności kostne, będące punktem wyjścia dla napadów padaczki. f) Brzegi rozciętej opony twardej należy zeszywać.

(Revue de Chirurgie, Nr. 3, Mars, 1893).

K. Niedzielski.

98. Rudolf Trzebicky. Przyczynę do chirurgii płuc.

Pneumotomia, jak dotąd, stosowaną była przy ropniach przerzutowych, dalej przy ropniach, powstałych przy zgorzeli płuc, przy jamach gruźliczych lub zależnych od rozszerzenia oskrzeli (*bronchiectasia*), wreszcie przy bąblowcu płuc. Wyniki nie są świetne. Z 66 przypadków, zestawionych przez RONEBERG'a,

LASSEN'a i TAEUFERT'a, 37 skończyło się niepomyślnie. Na tak znaczną odsetkę śmiertelności składa się wiele warunków, jako to: szerzenie się sprawy chorobowej w wielu naraz ogniskach, trudność w oznaczeniu miejsca tychże, wreszcie późne dokonywanie operacji wobec wyczerpania się sił chorego. Cierpienia płuc, leczone na drodze operacyjnej, można podzielić na dwie grupy: a) cierpienia, którym towarzyszy sprawa wysiękowa w opłucnej i b) te, przy których zapalenia opłucnej nie było. Operacja wymaga nieodwołalnie wycięcia jednego lub kilku żeber. Trójgraniec, pompka [aspirator] i t. p. narzędzia wobec dziesięjszej techniki chirurgicznej nie wytrzymują krytyki. Zadanie znakomicie bywa ułatwione, jeżeli ponad ogniskiem chorobowym wytworzyły się już mocne zrosty płuca z opłucną ścienną; wówczas niema obawy zakażenia jamy opłucnej wydzieloną raną, nadto działa się pewniej w płucu, dostatecznie unieruchomionem. W każdym razie nie należy, zdaniem autora, zwlekać z operacją w oczekiwaniu owych zrostów, które nie powstają zresztą tak szybko, jak np. w otrzewnej. Wysiłki, w tym celu podjęte, t. j. wywoływanie zrostów drogą sztuczną [wstrzykiwanie jodiny do jamy opłucnej, zeszywanie obu jej listków i t. d.], zaniechane być winny.

Dwie dokonane przez D-ra TRZEBICKY'ego pneumotomie zakończyły się niepomyślnie. W przypadku pierwszym 42-letnia kobieta dziesiątego dnia po rozwiązaniu ósmej z kolei ciąży dostała zapalenia opłucnej prawej, któremu towarzyszyła mocna duszność i gorączka. Po dwu tygodniach wysięk uległ wessaniu, chora wstała z łóżka, jakkolwiek gorączka, lubo nieznaczna, trwała w dalszym ciągu. Nagle wśród mocnego, prawie dobę trwającego, dreszczu chora znowu dostała napadów duszności i kaszlu. Opukiwanie wykazało poniżej grzebienia prawej łopatki (*spina scapulae*) mocno-bębunkowy, prawie metaliczny odgłos, który ku dołowi przechodził w zupełną tępość; przy wysłuchiowaniu znaleziono oddech nieokreślony, miejscami oskrzelowy, liczne rżenia i szmer tarcia. Przy przekłuciu próbnem otrzymano czystą ropę. Rozpoznano ropień w dolnym zrazie prawego płuca. Zamiast radykalnej operacji, na którą chora zgodzić się nie chciała, A. wypuścił za pomocą przyrządu POTAIN'a 500 ctm. sześć gęstej, zielonawej ropy. Już po trzech dniach płyn nagromadził się znowu, a siły chorej zmniejszać się poczęły. Wówczas wypiłowano kawałek VII-go żebra i otworzono opłucną, w tem miejscu do płuca nie przyrośniętą. Badanie dwa rany wykazało wypuklenie się płuca, w pewnem miejscu dość mocno napięte. Przy przekłuciu próbnem tutaj znaleziono ropę; ropień otwarto i zaopatrzono w sącze. Chora zmarła w 10 godzin po operacji.

W przypadku drugim 58-letni mężczyzna w kilka tygodni po zrazowym zapaleniu płuc dostał bez widocznej przyczyny dreszczów i gorączki. Świeże nacieczenie rozpoczęło się poniżej prawego obojczyka i dosięgło IV żebra; pomiędzy IV i V żebrzem z przodu klatki piersiowej z prawej strony stwierdzono obecność jamy ropadowej. Przekłucie próbne dało kilka kropel gęstego, brunatnego i strasznie cuchnącego płynu. Rozpoznano zgorzel płuca. Chory, wyniszczonej w najwyższym stopniu, błagał o wykonanie operacji. Po przecięciu skóry poniżej brodawki sutkowej prawej, po wypiłowaniu kawałka IV-go żebra, przecięto opłucną ścienną i przekonano się, że płuco w tem miejscu było unieruchomione przez zrosty. Jamy zgorzelinowej nie wykryto, natomiast znaleziono liczne, drobne ogniska z posokowatą zawartością, które usunięto na tępo wraz ze zmartwiałymi cząstkami płuca. Ranę wytamponowano gazą jodoformową. Po upływie 16 godzin chory zmarł wskutek obrzęku płuc. Autor sądzi, że wcześniej wykonana operacja przy pewnym jeszcze zapasie sił chorego w obu przypadkach dałaby lepsze wyniki.

99. M. Jakowski. Przyczynek do badań nad sprawami chemicznymi w kiszka u człowieka.

Praca niniejsza stanowi dalszy ciąg i uzupełnienie znanych badań MACFADYEN'a, M. NENCKIEGO i N. SIEBER'owej nad zjawiskami chemicznymi w kiszka cienkiej u człowieka. J. badał natomiast wydzielinę z przetoki kiszki grubej u kobiety, operowanej przez KOCHER'a w Bernie, a także wydzielinę z przetoki kiszki grubej w jednym przypadku w szpitalu Dzieciątka Jezus. Wydzielina w ilości 150—200 ctm. sześć. dziennie, najobfitsza w 3—4 godziny po spożyciu pokarmu [chleba, mięsa, kleju, peptonu, cukru, mleka i bulionu i 2 jajka], była zazwyczaj konsystencyi papkowatej, niekiedy zawierało cząstki stałego kalu; zapach wydzieliny był kałowy; pod drobnowidzem stwierdzono włókna mięsne dobrze strawione, włókna roślinne, kropelki tłuszczu, ziarenka barwnika, dużo drobnoustrojów i komórek drożdżowych. Ciężar właściwy wydzieliny = 1016—1032, części stałych określono 6,27%. Odczyn w pierwszych dniach obserwacji był słabo kwaśny, niekiedy—prawie wyjątkowo—obojętny lub alkaliczny.

Wydzielina zawierała około 2,18%—3,09% białka, ślady cukru, wyraźnie peptony i urobilinę. Stwierdzono dalej obecność kwasu węglanego, merkaptanu metylowego, fenolu i skatolu; wyraźnego odczynu na indol autor natomiast nie otrzymywał. Dalsze badanie destylatu wykazało niewątpliwą obecność aldehydu etylowego, butylowego i alkoholu etylowego. Alkohol stwierdzono w czasie, kiedy chora stanowczo wyskoku nie używała; oczywiście zjawił się on w wydzielinie jako produkt rozkładu wodorów węgla pod wpływem bakterii. Dalej autor znalazł różne kwasy tłuszczowe: kapronowy, waleryanowy, kwas bursztynowy, skatolo-octowy, aromatyczne oksy-związki. Kryształów tyrozyny nie wykryto ani razu, za to znajdowano w obfitości kryształy leucyny. Z lotnych zasad wykryto w destylacie amoniak i kadawerynę; tę ostatnią otrzymano z destylatu za pomocą kwasu pikrynowego w postaci typowych, żółtych, rombicznych tabliczek.

Znalezienie ostatecznych produktów rozkładu białka, jak: skatol, fenol, wyższe lotne kwasy tłuszczowe, leucyna, a z gazów siarkowodor, merkaptan metylowy i t. d., i produktów hydratacji białka, jak leucyna, dowodziło i potwierdziło pogląd, że kiszka gruba jest miejscem hydratacji i ostatecznego rozpadu białka, oraz miejscem rozkładu i redukcji barwników w żółciowych. Kiszka cienka zachowuje się w tym względzie inaczej, bo według badań MACFADYEN'a, M. NENCKIEGO i N. SIEBER'owej jest to miejsce rozkładu wodorów węgla, podczas gdy białko rozkłada się w niej w bardzo słabym stopniu.

Rozkład ten skutecznie się pod wpływem drobnoustrojów. W wydzielinie przez siebie badanej w hodowlach płytkowych autor znalazł, oprócz drożdży, siedem gatunków mikrobów: 1) laseczniki cienkie bardzo ruchliwe, które po przeprowadzeniu hodowli okazały się identycznymi z *bacillus liquefaciens ilei*, opisanym w pracy MACFADYEN'a, M. NENCKIEGO i SIEBER'owej; 2) laseczniki krótkie, cienkie, ruchliwe, połączone niekiedy po dwa i identyczne z *bacillus pyocyaneus* GESSARD'a, 3) koki drobne, bardzo ruchliwe, połączone w łańcuszki, które autor uważa za *streptococcus coli gracilis* ESCHERICH'a; 4) laseczniki krótkie, grube, o zaokrąglonych końcach, mało ruchliwe, prawdopodobnie *bacterium aerogenes* MILLER'a; 5) laseczniki zgięte przecinkowato [wibryony], słabo ruchliwe, które autor z powodu niedostatecznych danych nie może bliżej określić. Z tych drobnoustrojów *bacill. liquefac. ilei*, *pyocyaneus coli gracilis* i *bacillus pyocyaneus* rozkładają bardzo energicznie białko; *streptococcus coli* z wytwarzaniem amoniaku, merkaptanu metylowego, skatolu i oksy-związków; *bacillus pyocyaneus*—daje:

H, CO₂, H₂S, merkaptan, skatol, ślady oksy-związków i wielką ilość lotnych kwasów tłuszczowych.

Oprócz tych znanych gatunków, autor wyhodował dwa nowe drobnoustroje, dotąd przez nikogo nieopisane. Oba te gatunki nie rozkładają białka; być może, że są to obojętne pasożyty w przewodzie kiszkowym. Jeden z tych gatunków, duże i ruchliwe diplokokki, nazywa J. *diplococcus albus intestinorum*; są to „*facultative anaeroben*“, rosną dość wolno na żelatynie w płytkach i probówkach, a obficie na kartoflu, tworząc białawą, połyskującą, dość grubą warstwę. Szczepione pod skórę myszom sprawdzały rozległe nacieczenie, znikające po 1—1½ tygodnia; natomiast okazały się całkiem obojętne po wprowadzeniu do jamy otrzewnej myszy białych, świnek morskich i królików.

Drugi gatunek, nazwany przez autora *staphylococcus rosaceus*, przedstawia się w postaci dość dużych koków, ułożonych w grona. Na płytkach żelatynowych koki te rosną dość wolno pod postacią ograniczonych, drobnych kolonii, które po kilku dniach przyjmują różową barwę. Taką samą barwę po 7—8 dniach przyjmują hodowle przez nakłucie w probówkach, dalej hodowle bulionowe, agarowe i na kartoflu. Barwnik ten słabo różowy udaje się wytrawić eterem i chloroformem. Dla zwierząt drobnoustroje te są zupełnie nieszkodliwe.

(Pamiętnik Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego. 1892. Z. III. — *Archives de médéc. experiment. 1892. Z. III.* — *E. Biernacki.*

WARSZAWSKIE TOWARZYSTWO LEKARSKIE.

[Posiedzenie kliniczne dnia 21. II. 1893 r.]

Kol. TRZCIŃSKI przedstawia przypadek „*Lichen planus*“, dotyczący chorej, u której wysypka, pojawiwszy się przed 6-ma miesiącami, od 2-ich miesięcy rozszerzyła się na cały tułów i kończyny. Cierpienie to rzadkie, dawniej za śmiertelne uważane, obecnie z dobrym skutkiem leczonem bywa arsenikiem, w postaci pigułek azyatyckich. Leczenie musi być długie; poprawę zauważyć można po 4—6 tygodniach, a wyleczenie następuje dopiero po wyżyciu 1000—1500 pigułek.

Kol. NEUGEBAUER mówił „o przestrożach przy używaniu wianków macicznych“, oraz przedstawił kazuistykę ujemnego ich działania.

Zaznaczywszy wyłączenie chirurgiczny kierunek w nowoczesnej ginekologii, zaniedbanie t. zw. małej ginekologii, kol. N. we wstępie streścił dzisiejsze poglądy na t. zw. prawidłowe położenie macicy przy zachowanej swobodnej ruchomości, oraz teoretyczne poglądy na etyologię, symptomatologię, dyagnostykę i leczenie zboczeń w położeniu; mówił również o warunkach fizyologicznych położenia prawidłowego i o równowadze pomiędzy parciem wewnątrz-brzusznem oraz rezystencyją, oporem, wytrzymałością części miękkich. Warunki te stanowią: 1) *parietes abdominis*; 2) *diaphragma pelvis* [m. *levator ani*, którego włókna przechodzą po części aż na boczne ściany pochwy, m. *coccygeus*, m. *pyriformis*, dalej *sphincter ani externus*, *constrictor cummi* i *transversus perinaei* — dalej *fascia pelvis*, *fascia perinaei* z jej różnemi warstwami]; 3) więzy szerokie [*lig. lata et infundibulo-pelvica* w stanie prawidłowym stosunkowo nieznaczną rolę co do położenia macicy odgrywające], czyli boczne, *lig. rotunda* więzy oble, czyli przednie, *lig. recto-uterina*, czyli tylne, ważniejsze wobec wchodzących w budowę ich włókien mięśni; 4) całość, uietkniętość krocza, obecność trójkąta podstawowego pochwy [w sagitalnem przecięciu ciała boki trójkąta tworzą *perinaeum*, przednia ściana *intestini recti*, oraz część tylnej ściany pochwy]; 5) stopień nachylenia miednicy i jej kształty prawidłowe.

Stosunek siły i odporności wyżej wyliczonych czynników w stosunku do siły naciskającej od góry, w patologicznych warunkach zwiększonej, albo przez powiększony ciężar samej macicy, oraz jej przydatków (*metritis chronica s. infarctus uteri*, *subinvolutio*, *neoplasmata uteri et partium annexarum*) z jednej strony, albo też przez ciężką pracę fizyczną przy utrudnionem oddechaniu

[podeczas dźwignania ciężarów i t. d.], przy wadach serca (*ascites*), cierpieniach płuc (*emphysema, bronchitis chronica, asthma*), wątroby lub nerek (*ascites*), w obecności przepuklin (*herniae umbilicales, inguinales, crurales etc.*), wskazuje z góry na warunki sprzyjające zbočeniom w położeniu macicy. Na stan taki wpływają również zbożenia kręgosłupa, kifoza, skolioza, kifoskolioza, *pelvis fissa*. Po scharakteryzowaniu zbożeń w położeniu macicy [podług SAENGER'a]:

- I. *Elevatio, Descensus, Prolapsus.*
- II. *Antropositio, Retropositio.*

<i>Dextro</i>	}	<i>positio, Lateripositio.</i>
<i>Sinistro</i>		
- III. *Anteversio, Retroversio.*

<i>Dextro</i>	}	<i>versio, Lateriversio.</i>
<i>Sinistro</i>		
- IV. *Anteflexio, Retroflexio.*

<i>Dextro</i>	}	<i>flexio, Lateriflexio.</i>
<i>Sinistro</i>		
- V. *Torsio uteri.*
- VI. *Inversio uteri.*
- VII. *Ectopia uteri (in hernia).*

[SAENGER ostatnie trzy odmiany patologiczne zalicza do jednej grupy], kol. N. skreślił w krótkich zarysach zasady leczenia chirurgicznego tych zbożeń, poczynając od operacji pośrodkowego zeszyścia pochwy przy opadnięciu macicy. Pierwotnie była ona przez GÉRARDIN'a w Metz proponowana, a po raz pierwszy wykonaną przez NEUGEBAUERA [ojca], i następnie jako wynalazek rzekomo nowy, własny, przez LEFORT'a w Paryżu; kazuistyka tej operacji, wdzięcznej dla wiekowych kobiet, mało znana, obejmuje już przeszło 80 przypadków, z których największą część przypada na klinikę ojca prelegenta, CUZZONI degli ANCARANI'ego, SŁAWIAŃSKIEGO i LEFORT'a. Następują potem różne metody i odmiany częściowej resekcji pochwy w celu zwężenia jej, proponowane i wykonane przez MARSCHALL HALL'a, IRELAND'a, LELOUTRE'a, VELPEAU, JOBERT'a, BELLIN'a, sztucznego zwężenia pochwy przez kauteryzację *ferro candente* [EVORY KENNEDY, DIEFFENBACH, COLLES], lapisem [CRAMPTON], *acido nitrico fumante* [PHILIPS], na drodze sztucznej infekcji tryprowej [CHIPPENDALE], na drodze wywołania bliznowatego zwężenia przez „*pincrement du vagin*” [DESGRANGES i NÉLATON] i amputacji szyi macicznej [BRAUS].

Następuje dalej cały szereg sposobów i odmian nowszych *kolporrhaphiae anterioris, posterioris uni, bilateralis*, oraz ich kombinacji. Prawie każdy wybitniejszy operator ma swój sposób odmienny. [Operację tę zawdzięczamy po części MARION'owi SIMS'owi, który, chcąc dla zwężenia pochwy zrobić sztucznie przetokę pęcherzowo-pochwową i w tym celu rezekując część przegrody pęcherzo-pochwowej dla następnego zeszyścia przetoki, ze zdumieniem spostrzegł, że pomimo wycięcia obszernego płatu z przedniej ściany pochwy, ściana pęcherza pozostała nietknięta, czyli, że łatwo daje się odseparować ściana pochwy od ściany pęcherza]. Dalej skreślił NEUGEBAUER obraz rozwoju różnych sposobów rekonstrukcji *perinaei insufficientis*, pękniętego lub rozluźnionego kroczca *perinaeosynthesis, perinaeoauxesis cruenta* [LANGENBECK, DIEFFENBACH, SIMON, HEGAR, BAKER BROWN, BISCHOFF, WINCKEL, FREUND, MARTIN [kombinację tej operacji *cum kolporrhaphia — kolpoperirinaeorrhaphia*], sposób rekonstrukcji kroczca bez wycinania substancji — „*Lappenmethode*” [SIMPSON, LAWSON-TAIT, SAENGER], oryginalny bardzo racjonalny sposób KUESTNER'a, dalej cały rozwój operacji uniesienia stałego opadniętej macicy przez skracanie jej więzów: a) więzów obłych [ALQUIÉ, ALEXANDER, ADAMS], b) skrócenie więzów obłych przez zeszyście jednego z drugim, lub sfaldowanie [BOLDT, BODE], c) skrócenie więzów tylnych, *lig. recto-uterina* przez sfaldowanie i szew [FREUND, FROMMEL], przez przyszywanie rogów macicy lub dna macicy [bądź przedniej, bądź tylnej ściany] do ściany brzusznej przedniej — *ventrifixatio uteri, hysteropexis, hysterorrhaphia* — po lub bez kastracji; resekcji przydatków [KOEBERLÉ, SCHROEDER, TAIT, P. MÜLLER, OLSHAUSEN, SAENGER, KELLY, TERRIER, POZZI]. Wspomniał o przyszywaniu obustronnem *lig. lat. rotundi ovarici* [OLSHAUSEN, SAENGER, KELLY] i samej macicy [CZERNY, TAIT, LEOPOLD], bez resekcji przydatków do przedniej ściany brzusznej na drodze cięcia brzuszno; przyszywanie dna macicy do ściany brzusznej bez cięcia brzuszno, poprostu przez ścianę brzuszną przekłuwając

igłę [CANEV'a, KELLY], lub też ekstraperytonealnie po przecięciu ściany brzusznej aż na otrzewną [KALTENBACH, KÜSTNER]; cięcie brzuszne oraz skracanie *lig. sacro-uterinorum* przez sfaldowanie ich i szew [W. A. FREUND i FROMMEL], nareszcie przyszywanie wierzchołka pęcherza moczowego do ściany brzusznej *hysteropexis*.

Oprócz tych operacji wymienił prelegent jeszcze otwieranie przedniego sklepienia pochwy wraz z odseparowaniem pęcherza i plaścystą operacją [v. RABKNAUF], otwieranie tylnego sklepienia pochwy i tamponację jamy DOUGLAS'a gazą jodoformową w celu wywołania zapalnej obliteracji tej jamy [SAENGER, ŚWIĘCICKI], oraz tak zwaną ligaturę pochwową [przyszywanie przedniej ściany macicy aż do przedniego sklepienia pochwy—SAENGER, SCHÜCKING, THIEM], wykonaną przez SCHÜCKING'a i THIEM'a 68 razy bez przypadku śmiertelnego, operację *kolpohysterorrhaphiae* BYFORD'a, oraz ekstirpację opadniętej macicy i pochwy *en bloc* szczególnie przy znacznej *enterocele*.

W uzupełnieniu historii leczenia zbocezeń macicy wspomniał wreszcie o propozycji PAJOT'a—*incredibile dictu*—wywołania chronicznej obstrukcji, w celu wypełnienia *ampullae recti* kałem, przez regularne używanie makowca w małej dawce, przeciw tyłopochyleniu macicy i systematyczne zatrzymywanie moczu przy przodopochyleniu macicy.

Po skreśleniu różnych dróg leczenia operacyjnego i wzmiance o znaczeniu masażu podług THURE BRANDT'a dla pewnych postaci zbocezeń w położeniu macicy, szczególnie po zapalnych sprawach unieruchomionej, przystąpił do historii leczenia zbocezeń w położeniu macicy, pochwy, jajników, pęcherza i kiszki stolcowej przyrządami mechanicznie działającymi, czyli pesaryami.

Co to znaczy pesaryum? Zwykle przyjęta etymologia brzmi *πέσος*, *Damenstein*, kamień do gry w arcady, pieszy, *Fussgänger*. Etymologia, ogólnie zresztą przyjęta, według zdania NEUGEBAUERA, jest niewłaściwą; wyraz „pesaryum” pochodzi raczej od greckiego *πέσσω* = gotuję, rozmiękczam. Pesaryum znaczyłoby więc tyle co „*enolliens*”, lekarstwo rozmiękcżające, przeciwzapalne, przeciw stwardnieniom używane. Rzeczywiście w dawniejszych czasach przez wyraz *pessarium*, *pessus* nie oznaczano przyrządów mechanicznych, przeciw zbocezeniom w położeniu macicy używanych, lecz kawałki płótna, szerści i t. d., różnymi lekami i środkami przeciwzapalnymi nasycone i t. d. i wprowadzone do pochwy, lub też rurki ołowiane albo drewniane wypełnione lekarstwem i t. d..

Chociaż bez wątplenia tak dawno, jak ludzie na świecie istnieją, istniały zboczenia w położeniu macicy [opuszczenia, wypadnięcia i t. p.], a zatem prawdopodobnie i środki przeciw takiemu kalectwu skierowane, jak np. w starożytnych czasach noszenie jabłka, pomarańczy i t. d. w pochwie, to rzeczywiście u autorów najdawniejszych, ile razy jest mowa o pesaryach, mówią oni o pesaryach, nie mechanicznie, lecz przez lekarstwa działających (*pessaires medicamenteux* francuzów).

Co do wianków mechanicznie działających, w starożytnej literaturze znajdujemy prawie tylko zalecanie założenia jabłka granatowego do pochwy [nasyconego winem, terpentyną i t. d.] i jedną jedyną zaledwie wzmiankę, wskazującą na leczenie opadnięcia macicy, napotykamy w pracy „O narządziach starożytnych chirurgicznych i gynijatrycznych, odnalezionych w ruinach miast rzymskich Pompei i Herkulanum” [odbitka z Pam. Tow. Lek. Warsz., t. 78, 1882 r., str. 167], napisanej przez NEUGEBAUERA [ojca], który z natury odrysował w muzeum narodowym w Neapolu model terrakotowy macicy wypadłej, powleczonej pochwa, znaleziony pomiędzy tak zwanymi darami wotywnymi w świątyni Jowisza w Pompei. Jako dary wotywne składali tam pacjenci, wdzięczni bogom za uleczenie, odlewki, modele i t. d. odpowiednie cierpiącej części ciała.

W dawnych czasach urządzano tego rodzaju pesaryja w kształcie miękkiego prącia i nazywano je *priapiscus* (*Priapus*), *balanus*, *pessus*, *suppositorium uterinum*, *annulus*. Składały się one z płótna, wełny lub szerści nasyconej *Myrrha*, *Asa foetida*, *Mastiche*, miodem, siarką, odwarem bluszczy, liści wierzby, octem, winem, terpentyną, różnymi olejami, odwarem ziółek i t. d..

Następnie skreślił N. wkrótce historię wianków, używanych w celu mechanicznego leczenia, poczynając od jabłek granatowych, zalecanych w starożytności i pierwszego pesaryum, podanego w wiekach średnich, zrobionego z wosku, owiniętego płótnem, w kształcie prącia. Zaleca takowe przeciw opadnięciu macicy MATTHIEU de GRADL. Pesaryum jego było imitacją starożytnych pesaryów cylindrycznego kształtu lecz pustych w środku — dla napelnienia lekiem — jego zaś pesaryum cylindryczne jest pierwsze pełne i miało przez dłuższy czas pozostawać w po-

chwie, gdy tymczasem pesaryja lecznicze wyjmowano już po krótkim czasie [patrz AUVARD. *Ind. bibl. l. c.*]. Już określenie słowa *pesaire* przez LITTRÉ'go w *Dictionnaire de la langue française*: „*Instrument dont on se sert pour maintenir la matrice en sa situation naturelle; il s'est dit dans l'ancienne chirurgie des médicaments introduits à l'aide du pesaire*“ dokładnie uwydatnia różnice pomiędzy pesaryjami starożytnymi i pesaryjami GRAD'ego. Dawniej pesaryum służyło jako *vehiculum medicaminis*, a niego zaś jako przyrząd ortopedyczny. Prawie w 100 lat później FRANCO, przy opisywaniu opadnięcia macicy, jeszcze nie zna innych pesaryów prócz leczniczych, a dopiero w trzy lata po ostatnim wydaniu podręcznika FRANCO, AMBROZJUSZ PARAEUS przedstawia nam rysunki pesaryów owalnych [niecylintrycznych, pierwotnych].

Czy pesaryum owalne było jego wynalazkiem, pisze AUVARD, nie wiadomo. Zdaje się jednak „*que des pesaires de diverses formes étaient depuis longtemps dans la pratique suivie des chirurgiens, au moins des barbiers et des femmes. C'est ainsi qu'en parlait en 1581 l'un des amis de PARÉ, ROUSSET*“.

Dalej, podług AUVARD'a, ROUSSET cytuje kobietę, którą widział w roku 1579, a która od 40 lat nosiła pesaryum *en liège*, sporządzone w 1539 r. przez jej ojca Joannet Heraldeu (*dit Finet*) cyrulika w Gisors.

Poczynając od owych czasów, przedstawił N. w głównych zarysach okres historii rozwoju pesaryów, demonstrując przytem, bądź to *in natura*, bądź *in effigie*, różne postacie dotychczas wynalezionych, używanych i nie używanych wianków, wreszcie na podstawie 262 przypadków, zebranych z literatury i z własnej praktyki, przystąpił do skreślenia ujemnego działania pesaryów źle wybranych, zaniedbanych, oraz zapomnianych.

Na 262 przypadki niewłaściwego używania pesaryów, przypada nie mniej jak 25 przypadków przedziurawienia *septi recto-vaginalis*, czyli wdrażenia wianka do światła kiszki stolcowej na drodze uzury powstałej przez długotrwały ucisk, 26 przypadków wdrażenia pesaryi do pęcherza moczowego [w 4 przypadkach przez przez przetokę już przedtem istniejącą pochodzenia połogowego], 10 przypadków przedziurawienia ścian pęcherza i kiszki stolcowej przez pesaryum, jeden *fistulae uretero-vaginalis*, jeden *fistulae uretero-vesico vaginalis* i jeden *fistula uretro-vaginalis*; 4 razy pesaryum wdążyło do jamy DOUGLAS'a [2 razy pesaryum, *par force* wepchnięte, od razu przedziurawiło przedrogę otrzewno-pochwową w tem miejscu]; 5 razy wianek *per usuram* zakopał się w tkance łącznej otaczającej pochwę [bądź z jednej strony, bądź po obu stronach], 6 razy pesaryum pochwowo wdążyło do samej jamy macicy i przeleżało tam po kilka tygodni, miesięcy a nawet lata [w jednym przypadku 25, w innym całe 40 lat]. W bardzo licznych przypadkach obserwowano następcze sprawy zapalne, ograniczające się albo tylko na chronicznem zapaleniu błony śluzowej wraz z przerostem tkanek, owrzodzeniami, granulacjami i t. d., prowadzącemi w następstwie do unieruchomienia, obrośnięcia, inkarceracyi, czyli okluzji zupełnej wianka, zarostu ust macicznych (*pyometra*), zarostu pochwy poniżej wianka i t. d.. Rozwijały się kilka razy w następstwie nowotwory w pochwie i kiszce stolcowej, 9 razy obserwowano pierwotnego raka pochwy i szyi macicznej wskutek drażnienia długoletniego przez ucisk wianka, bardzo często pesaryum znajdowano pokryte lub zupełnie otoczone inkrustacjami wapiennymi, szczególnie przy równoczesnej obecności przetoki pęcherzowej moczny, fosforany i t. d. osadzały się jako na *corpus alienus* i nawet tworzyły się kamienie, tak zwane „*Cloakenstein*“, przy komunikacyi szerokiej pomiędzy pochwą i pęcherzem a kiszką. Często też obserwowano uwięzienie częściowe ściany pochwy lub też szyi macicznej w świetle wianka, a nawet razu jednego *occlusionem membri virilis sub coitu* w świetle obrączkowego wianka. Kilka razy obserwowano nastąpienie poronienia po założeniu wianka przy ciąży. W wielu przypadkach wskutek gnicia ciała obcego i wydzielin w pochwie przyszło do obszernych infiltracyi zapalnych w tkance łącznej, parametrytu ropnego, septycznego, *pelveopirionitis cum occlusionie intestinalium*, *miserere* i śmierci; w innych przypadkach przewlekła ropnica przez wycięcie i kacheksyę prowadziła do śmierci. Zanotowano 8 przypadków śmierci, spowodowanej przez pesaryum, wliczając śmierć po operacyi wyjęcia wianka w przypadku LISFRANC'a. Kilka razy obserwowano stan tyfoidalny wskutek zakażenia przez zgniłe pesaryum, gdzie dopiero rozpoznanie przyczyny właściwej umożliwia to wyzdrowienie. *Cystitis calculosa* wskutek wdrażenia pesaryi do pęcherza nie należała do rzadkości, SONTAM widział kompletną ekfoliację całego worka *mucosae vesicalis* wskutek *ischuriae* i jej następstw, przez wianek wywołanej. Obserwowano zwięzienia następcze pochwy, kiszki stolcowej, najróżniejsze objawy ucisku na *plexus sacralis* i t. d.. Kilka razy wpro-

wadzone przez pomyłkę, biorąc wynicowaną przez przetokę pęcherzowo-pochwową do pochwy błonę śluzową pęcherza za opadniętą macię, pesaryum prosto do pęcherza raz przy *inversio vesicae per urethram* wprowadzono, biorąc cierpienie za *prolapsus uteri*, a rozszerzoną przy moczową za pochwę, pesaryum *per urethram* do pęcherza, raz narzeczony, dla ostrożności używając *pesarium oclusivum*, takowe *per errorem loci*, zamiast do dziewiczej wówczas pochwy, wsunął do cewki, a LOHNSTEIN musiał je wyciągnąć z pęcherza. Kilka razy wprowadzano pesaryum dla zapobieżenia *incontinentiae urinae* przy istniejącej już poprzednio przetoce, często dla zapobieżenia zajściu w ciążę.

Z 40 przetok moczowych tylko 7 było pochodzenia połógowego, reszta zaś produktem ucisku wianka, 35 przetok kiszki stolcowej pochodziło wyłącznie od ucisku wianka. Raz jeden nóżka wianka przedziurawiła warę sromną większą. Najmłodsza z pacjentek liczyła lat 19, najstarsza 90 lat, 2 po 80, 16 od lat 70 do 80, 18 od lat 60 do 70, 15 od 50 do 60, 8 od 40 do 50, 3 od 30 do 40, 3 od 20 do 30, 1 lat 19. Co do pozostałych kobiet, wiek nie podano szczegółowo. Pesarya przeleżały bez wyjmowania [po większej części] w pochwie 3 razy po 20 lat, 12 razy po 21 do 30 lat, raz 33 lat, 4 razy 35, 2 razy 40 lat i raz jeden 45 lat.

Formy pesaryi były najróżniejsze; 29 razy uszkodzenia pochodziły od skrzydełkowatego pesaryum ZWANCK-ACHILLÉ'go, najniebezpieczniejszego ze wszystkich, 17 razy od innych pesaryi nóżkowatych (*en bilboquet*), 3 razy pesarya jajowate, bardzo często obrączkowate, LORET'a i t. d. „*Hebelpessare*“, *Babcock's pessary* [2 razy], CUP pessary, BLOCKBER, HEWI et HODGE i t. d. Obserwowano „*cotton recl*“ jako pesaryum 2 korki szklane szlifowane [od karawek], 2 garnuszki porcelanowe od pomady, szklaną bańkę [do stawiania baniek używaną], pesarya drewniane, korkowe, woskowe, szklane, miedziane, ołowiane, żelazne, cynowe, gumowe, kauczukowe, z waty, płótna, szerści, konopi, drutu obleczonego, nawet łyżkę stołową cynową wprowadzoną jako pesaryum. Forma wianków była okrągła, owalna, kulista, jajowata, czworograniasta, trójkątna, szeroka, wązka, najróżniejsze znajdowano pesarya z drutu, to w kółko złożonego, to w najróżniejsze inne figury. Były też pesarya różne o talerzyku, kopule, grzybku, miseczce na nóżce osadzonej i t. d. Nawiasem mówiąc, nie było formy pesaryum, coby nie mogła jak najgorszych następstw wywołać.

Po streszczeniu tych szczegółów opisał N. następnie różne rękoćzyny, doniosłe operacje akuszeryjne i chirurgiczne dokonywane, aby tego rodzaju okluzję wianka zwalczyć, aby przede wszystkim wianek, czy w całości, czy przecięty, skruszony na kawałki—z chloroformem lub bez—wydobyć.

Używano do ekstrakcy palców, wstążek, tasiemek, drutów, kleszczy akuszeryjnych, embryotomów, haków ostrych, tępych, łyżek wziernikowych, sztamaży, nożyczek od gipsu, „*Beisszange*“, LANGENBECK'a „*Knochenresectionsschere*“, pilnika, herniotomów, „*Holzschraube*“, świderków, stychzi, piły łańcuskowej, żegadła PAQUELIN'a, pętlicy galwanokaustycznej i t. d. i t. d. Trudno w streszczeniu podać chociażby najoryginalniejsze z tych operacji, dosyć powiedzieć, że nieraz pracowano po kilka godzin, aby pesaryum wyjąć, że lekarz zmachał się przytem więcej, niż przy najtrudniejszej operacyi położniczej.

Nakoniec N. skreślił własne poglądy na leczenie wiankami pochwowymi, co się zaś tyczy pesaryi wewnątrzmacicznych, to kwestya ta wyczerpująco opracowaną została w roku 1872 przez prof. WINCKEL'a z Monachium; wreszcie zwrócił uwagę na dobre i szkodliwe wianki, na kontrolę przy ich nakładaniu; w kwestyi zaś wskazań i przeciwwskazań do ich zakładania powołał się na znałe podręczniki oraz na specjalne prace SAENGER'a, BANTOCK'a, AUVARD'a, FRITSCH'a, OTT'a i innych. [Autoreferat].

List otwarty do Redakcyi Gazetyty Lekarskiej.

— 3 —
SZANOWNY REDAKTORZE!

Dzięki rozwojowi nowoczesnej chirurgii, wiele cierpień narządów wewnętrznych tylko na drodze interwencyi chirurgicznej zostaje radykalnie usuniętych, że tylko wspomnę o cierpieniach narządów klatki piersiowej i jamy brzusznej. Z tego powodu wiele spraw chorobowych, dawniej

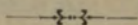
tylko internistów obchodzących, dziś coraz częściej wkrocza w dziedzinę działalności chirurga i coraz częściej internści żądać muszą pomocy chirurga.

Wobec tego za wielce pożyteczne poczytywałbym i śmiem proponować, by na przyszłym zjeździe lekarzy i przyrodników polskich, mającym się odbyć w roku przyszłym we Lwowie, połączyć jedno posiedzenie sekcji medycyny wewnętrznej z sekcją chirurgiczną, na którym rozstrzygane by były z wielkim pożytkiem tak dla internisty jak i dla chirurga kwestye, tak jednych jak i drugich się dotyczące.

Mam nadzieję, że Wydział gospodarczy VII zjazdu lekarzy i przyrodników polskich słuszne to żądanie uwzględni.

Z poważaniem
Feliks Arnstein.

Wiadomości bieżące.



— W Krakowie habilitował się na docenta okulistyki w uniwersytecie Jagiellońskim D-r FRANCISZEK SROCYŃSKI. Lekcja próbna miała za przedmiot badania astygmatyzmu.

— Dnia 8 lipca zawiązał się w Zwickau „Verein zur Begründung von Volksheilstätten für Lungenkranke im Königreich Sachsen“ pod protektoratem króla saskiego Alberta. Towarzystwo to postanowiło zbudować i postarać się o środki na utrzymanie takiego zakładu w pobliżu Reiboldgrün.

— Na uczczenie jubileuszu PETTENKOFER'a wyszedł „Festschrift des Niederrheinischen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege und des Centralblatts für allgemeine Gesundheitspflege“, zawierający biografię jubilata, skreśloną przez prof. EMMERICH'a i kilka prac bakteryologicznych, głównie miasta Kolonii dotyczących.

— W kantonie Graubünden w Szwajcaryi założono nowe sanatorium dla chorych płucnych, a mianowicie w Arosa położonym między Chur a Davos. Lekarzem jego jest D-r JACOBI, długoletni kierownik zakładu w Reiboldgrün i S.

— Nakładem „Wydawnictwa dzieł lekarskich polskich w Krakowie“ wyszedł „Podręcznik chorób żołądka“, napisany przez prof. JAWORSKIEGO w Krakowie, zaszczytnie znanego z prac z dziedziny patologii żołądka. Zanim fachowe pióro rozbierze krytycznie tę pracę, podajemy czytelnikom naszego pisma treść dzieła: I) Choroby żołądka na tle anatomicznym, w którym mówi o chorobach ostrych [ostry niezżyt żołądka, ropne zapalenie żołądka, *gastritis toxica*] i o chorobach przewlekłych: a) przebiegających ze wzmocnionem wydzielaniem soku żołądkowego [nadmierna kwaśność podczas trawienia, sokotok żołądkowy, niezżyt kwaśny żołądka, wrzód okrągły żołądka; b) przebiegających z obniżonem wydzielaniem soku żołądkowego [niedomoga wydzielnicza, niezżyt śluzowy, niezżyt zanikowy, rak żołądkowy i t. d.], c) przebiegających ze zmianami w sprawności mechanicznej żołądka [niedowład, rozszerzenie żołądka i t. d.]. Dział II poświęcony jest nerwicom żołądka: czuciowym, ruchowym i wydzielniczym. Autor wszędzie przytacza dużo uwag anatomicznych, fizjologicznych i patologicznych, mówi o sposobach badania i kończy wskazówkami dla badania, rozpoznawania i leczenia chorób żołądka. Dzieło to o przeszło 300 stronicach druku, dedykowane prof. KORCZYŃSKIEMU, ma tę cechę oryginalną, iż przy zestawieniu jego autor naśladował obcych autorów, którzy mają ten chwalebny zwyczaj, że „w swoich pracach opierają się prawie wyłącznie na literaturze własnego języka“. I w innym kierunku prof. JAWOSKI „poszedł za obcymi autorami, którzy mają naśladowania godny zwyczaj polecania swoich przetworów i wyrobów leczniczych“. Autor „dążył, aby w niniejszej pracy przedstawić lekarzowi nie tylko nowoczesny stan samej nauki patologii i terapii chorób żołądka, ale i zastosować naukę do potrzeb i właściwości naszego społeczeństwa“ co — musimy dodać — najzupełniej mu się udało. Dzieło, ozdobione 16 rycinami w tekście, kosztuje 4 złr.

Wydawca, D-r St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny, D-r Wł. Gajkiewicz.

Доволено Цензурою, Варшава 15 Іюля 1893 г.

Друк К. Ковалевського, Крólewsка Nr. 29.