

GAZETA LEKARSKA

I. OBUSTRONNE PORAZENIE ROZWIERACZY GŁOSNI

(*paralysis bilateralis postici* ¹⁾).

Napisał

Dr Jan Sędziak.

(Rzecz wygłoszona na posiedzeniu Warsz. Tow. Lek. 26. III. 1907 r.).

Obustronne porażenie rozwieraczy głośni, t. j. mięśni obrączkowo-nalewkowych tylnych (*paralysis bilateralis mm. cricoarytaenoidei postici*, dla krótkości *paralysis postici* zwane — *Posticuslähmung*, *Abductorparalysis*) stanowi prawie zawsze objaw poważniejszego cierpienia ustroju.

Warunkuje ono przytem zaburzenia, wprost życiu chorego grożące, jako też napady duszności, wymagające często zastosowania tracheotomii.

Jako takie więc zasługuje na szczegółowe rozpatrzenie, tem więcej, że kwestya ta raz jeden tylko i to jeszcze przed laty blisko 20-u była poruszona w Anglii przez GORDON HOLMES'a ²⁾ i SEMON'a ³⁾, przytem materiał statystyczny, jakim powyżsi autorowie rozporządzali, nie był zbyt obfity [zaledwie 97 przypadków]. I dlatego to postanowiłem jeszcze raz zająć się tą kwestyą, przyczem udało mi się zebrać z dostępnej mi literatury pokaźną liczbę odnośnych przypadków, mianowicie 246, w tem własnych 19, co na przeszło 1000 w ogóle przypadków porażen nerwu wstecznego, z tych 200 własnych, zebranych w mojej statystyce, stanowi prawie 25%, zaś w moich spostrzeżeniach 9,5%.

¹⁾ Jest to część obszernej monografii p. t. „Etyologia porażen nerwu krtaniowego dolnego, czyli wstecznego“ (n. recurrentis), której treść stanowił przedmiot odczytu na X-tym Zjeździe Lekarzy i Przyrodników polskich we Lwowie w r. b.

²⁾ „Paralysis of the abductors of the vocal bands“. *Lancet* 1887—22—29 October.

³⁾ „Paralysis of the vocal bands“. *Lancet* 1888—5 November.

Rozpatrzmy krytycznie te przypadki.

Przedewszystkiem co się tyczy wieku, oraz płci chorych, dotkniętych porażeniem obustronnem rozwieraczy głośni, to niestety, dane te są bardzo niedostateczne, w przeważnej bowiem liczbie przypadków nie były podane.

Tak więc co do wieku, otrzymujemy następujące cyfry:

do 5 go roku życia mam zanotowanych	9 przypadków
między 5 a 10 rokiem	3 „
„ 10 a 20 „	7 „
„ 20 a 30 „	13 „
„ 30 a 40 „	15 „
„ 40 a 50 „	19 „
„ 50 a 60 „	21 „
wreszcie między 60 a 70 „	2 „

Razem 72 przypadki.

Czyli, że cierpienie to przeważnie było spostrzegane w wieku późniejszym, mianowicie między 20-ym a 60-ym rokiem życia [przypadków 70 na 92]. Wogóle z latami zwiększa się usposobienie do tego rodzaju porażień krtani [najwięcej były notowane między 50-ym a 60-ym rokiem życia—mianowicie 21 przypadków].

Fakt ten znajduje swoje wytłómaczenie w tem, że w wieku późniejszym przedewszystkiem występują te zmiany chorobne ustroju, które, jak to wkrótce zobaczymy, bywają najczęstszą przyczyną tych porażień [wiad rdzenia, tętniak aorty, rak przełyku i t. p.].

Że jednak i wiek dziecięcy nie jest wolny od tego rodzaju spraw chorobnych, świadczy fakt, że do 5-go roku życia mam zanotowanych porażień obustronnych rozwieraczy głośni 9 przyp.

Sądzę, że u dzieci w ogóle częściej muszą się zdarzać tego rodzaju porażenia krtani w następstwie ucisku powiększonymi gruczołami chłonnymi, oraz grasicą (*glandula thymus*), niezawsze jednakże udaje nam się wykonać badanie krtani u dzieci.

Najmłodsze z dzieci, dotkniętych obustronnem porażeniem rozwieraczy głośni, miało 6 miesięcy [przypadek CHEATHAM'a, który przypuszcza wrodzony charakter tego cierpienia].

Również w przypadku HUESSY'ego, dotyczącym 13 miesięcznego dziecka z obustronnem porażeniem rozwieraczy głośni, przyczyną był prawdopodobnie syfilis wrodzony.

Najstarszym chorym, który znajdował się w mojej obserwacji, był 65-letni ksiądz—*paresis bilateralis postici*—przyczyna prawdopodobnie przerost gruczołów tchawicowo-oskrzelowych na tle gruźliczem.

W ogóle mężczyźni o wiele częściej podlegają porażeniom obustronnym rozwieraczy głośni, aniżeli kobiety—mianowicie na 76 mężczyzn mam zanotowanych tylko 29 kobiet, t. j. prawie 2½ raza mniej, co jest zresztą zupeł-

nie łatwym do zrozumienia w obec różnorodnych szkodliwości i nadużyć, jakim przedewszystkiem podlegają mężczyźni, a które powodują sprawy chorobne, stanowiące przyczynę tych porażeń.

Przechodzę obecnie do najpoważniejszej kwestyi, t. j. do rozpatrzenia przyczyn, warunkujących obustronne porażenie rozwieraczy głośni.

Przyczyny te przedewszystkiem dadzą się podzielić na dwie główne grupy: ośrodkowe i obwodowe; pierwsze nieco częściej były notowane w mojej statystyce, mianowicie 136 razy na 110 przyp. obwodowego pochodzenia, natomiast zdarzały się one o wiele rzadziej w mojej praktyce, mianowicie 5 razy na 14 obwodowych, co niewątpliwie tłumaczyć sobie należy charakterem materiału obserwacyjnego: przypadki moje pochodzą przeważnie z praktyki prywatnej, gdy porażenia obustronne rozwieraczy głośni pochodzenia ośrodkowego przeważnie były spostrzegane w praktyce szpitalnej.

Co się tyczy przypadków porażeń obustronnych rozwieraczy głośni pochodzenia ośrodkowego, to podług wywołujących je przyczyn, przedstawiają się one w sposób następujący:

Wiądrzenia, jako przyczyna tych porażeń, był notowany	w 60	przyp.
Porażenie opuszkowe postępujące	" 6	" "
Syringomyelia	" 4	" "
Stwardnienie rozsiane	" 2	" "
Zanik mięśni postępujący	" 2	" "
Rak podstawy czaszki	" 2	" "
Zapalenie epidemiczne błon mózgowordzeniowych	" 1	" "
Syfilis mózgu	" 1	" "
" podstawy czaszki	" 1	" "
Mięsak	" 1	" "
Bąblowiec	" 1	" "
Stwardnienie powrózków bocznych rdzenia z zanikiem mięśni	" 1	" "
Uraz rdzenia kręgowego	" 1	" "
Rozmięknienie mózgu	" 1	" "
Porażenie połowicze [prawostronne]	" 1	" "
Zapalenie ostre rdzenia przedłużonego	" 1	" "

Zaś z cierpień czynnościowych układu nerwowego ośrodkowego:

Histerja, jako przyczyna tych porażeń, była notowana	w 7	przyp.
Neurastenia	" 2	" "
Uraz histeryczny	" 2	" "
Zapalenie nerwów urazowe	" 1	" "
Wreszcie nie podano bliżej charakteru cierpienia ośrodkowego	" 38	" "

Razem 136 przyp.

Z powyższego widać, że najczęstszem cierpieniem układu nerwowego ośrodkowego, przy którym występuje porażenie obustronne rozwieraczy głośni, jest wiał rdzenia (*tabes dorsalis*).

Tego rodzaju przypadków notowano w mojej statystyce 60, prawie połowę, z tych jeden mój własny [31 letni chory z *crises laryngées*].

Nie wdając się tu w szczegóły, co do których odsyłam czytelnika do mojej pracy specjalnej p. t. „Zaburzenia krtaniowe w wiałdzie rdzenia”¹⁾, zaznaczę tu tylko, że obustronne porażenie rozwieraczy głośni, t. j. mięśni obrączkowo nalewkowych tylnych ze względu na ich częstość [DORENDORF — autor specjalnej monografii²⁾ na 29 przypadków porażień nerwu wstecznego w wiałdzie rdzenia spostrzegał obustronne porażenie rozwieraczy głośni 11 razy] należy uważać za objaw „*par excellence*” znamieny dla wiałdu rdzenia [BURGER, SEMON], przyczem niezmiernie ważny jest fakt, że porażenia te mogą na czas dłuższy poprzedzać inne objawy przedmiotowe, znamienne dla tego cierpienia, jak oto: brak odruchów kolanowych, chód bezładny it. p., jak tego dowodzą przypadki SEMON'a, GRABOWER'a i innych.

Wykazuje to niezbitcie ważność badania krtani w każdym, choć trochę podejrzanym przypadku nerwowym, na co już dawno zwracali uwagę BURGER i SEMON.

Z innych organicznych cierpień układu nerwowego ośrodkowego, obustronne porażenie rozwieraczy głośni było spostrzegane najczęściej w postępowem porażeniu opuszkowem (*paralysis bulbaris progressiva*), mianowicie w 6-u przyp. z tych jeden mój [47-letni chory], oraz w *syringomyelia* [przyp. 4] następnie w stwardnieniu rozsianem (*sclerosis disseminata*), zaniku mięśni postępowym (*atrophia musculorum progressiva*), oraz raku podstawy czaszki [po 2 przyp.], wreszcie po raz w stwardnieniu powrózków bocznych rdzenia z zanikiem mięśni (*sclerosis lateralis amyotrophica*), zapaleniu nagminnem opon mózgu i rdzenia (*meningitis cerebrospinalis epidemica*), syfilisie mózgu i podstawy czaszki, jako też mięsaku i białowcu podstawy czaszki, wreszcie w urazie rdzenia kręgowego, rozmięknieniu mózgu (*encephalomalacia*), prawostronnym bezwładzie (*hemiplegia dex.*) i ostrem zapaleniu rdzenia przedłużonego (*myelitis bulbi acuta*).

Z cierpień czynnościowych układu nerwowego ośrodkowego porażenie obustronne rozwieraczy głośni najczęściej było notowane w histeryi [przyp. 7], wzgl. neurastenii [2 moje przypadki: 39-letni ksiądz i 38-letni piekarz w obu *paresis bilateralis postici intermittens*], następnie w zapaleniu nerwów urazowem [1 przyp.] wreszcie w urazie histerycznym [2 przyp., z tych jeden mój: dotyczył on 50-letniej wdowy, typowej histeryczki, która w pamiętnym dniu 1-go listopada 1905 r. znajdowała się na placu teatralnym podczas szarży koza-

¹⁾ Kronika Lekarska 1899.

²⁾ „Kehlkopfstörungen bei Tabes“. Nach dem Material der Gerhardschen Klinik. Berlin 1903.

ków, przyczem jedynie dzięki uchyleniu głowy nie otrzymała wymierzonego w głowę ciosu szablą; pomimo to chora uczuła w tej chwili szalony ból w prawej połowie głowy, prawem uchu i gardle; jednocześnie straciła słuch na prawe ucho, oraz głos, oddychanie przytem było bardzo utrudnione, połączone z napadami duszności. Szczegółowe badanie wykazało brak absolutnie zmian zapalnych w uchu prawem, oraz gardle, natomiast w krtani znalazłem obustronne niezupełne porażenie (*paresis*) rozwieraczy głośni. Wszystkie te objawy, zarówno podmiotowe, jako też i przedmiotowe ustąpiły zupełnie w krótkim stosunkowo czasie jedynie przy wewnętrznem stosowaniu dużych dawek bromu, oraz obojętnem miejscowem leczeniu [kokaina do ucha, brom z kokainą do gardła].

[D. n.].

II. Przyczynek do nauki o rozpoznawaniu i zabicach operacyjnych przy potworności podwójnej płodu

(*Monstra duplicia*).

Podał

Fr. Neugebauer.

(Dokończenie. — Patrz Nr. 47).

Dicephalus, posiadający więcej niż dwie kończyny górne i dolne.

Koniecznem jest sprowadzenie wszystkich czterech dolnych kończyn przy położeniu pośladowem, ponieważ trzecia lub trzecia i czwarta kończyny dolne zagięte ku górze naturalnie uniemożliwiają ekstrakcyę za 2 nóżki — otóż wypada odszukać przeszkodę. Przy przodowaniu główki, wobec dalej jak u dwugłówka dwuramiennego rozdziału obu ciał, łatwiej uda się wydobyc i drugą główkę. W przypadku WERNER'a druga główka wcisnęła się podczas ekstrakcyi barków do już urodzonej główki i szyi należących do brzucha pierwszego płodu. Czteroramienny dwugłówek przy czaszkowem położeniu rodzi się stosunkowo łatwo, podobnie jak *thoracopagus*.

c) Z pośród *monstra duplicia* najczęstszymi są *thoracopagi* (*sternopagi* i *ileothoracopagi*): płody o dwu głowach, 8 kończynach i dwu klatkach piersiowych pomiędzy sobą zrosniętych. PLAYFAIR podaje 8 porodów takich *sponte* ukończonych, 5 razy dokonano obrotu i ekstrakcyi, cztery porody ukończono instrumentalnie, a jedna rodząca zmarła nie rozwiązana. Najkorzystniejszym jest położenie nóżkowe: wypada sprowadzić wszystkie cztery

kończyny dolne; tak samo postąpić wypada, gdy przy położeniu czaszkowem dokonywa się obrotu na nóżki. Ekstrakcyja czasami bywa już utrudnioną przez kolanka, wypada wtedy powydobywać wszystkie nóżki i ciągnąć pionowo ku górze. Grzbiety bliźniąt powinny wtedy znajdować się w wymiarach skośnych miednicy. Czasami zachodzi potrzeba ekstrakcyi zrosniętych pomiędzy sobą dwu klatek piersiowych, ewisceracyi jamy brzusznej z usunięciem zlanych w jedną wątrob lub też odcięcia pierwszego tułowia już urodzonego, aby wydobyć drugą główkę.

Zwykle druga główka wdraża do miednicy równocześnie ze szyją pierwszej; może wtedy wyjść *sponte* lub być wydobytą kleszczami. Potrzeba embryotomii na pierwszej klatce piersiowej już urodzonej zachodzi rzadko.

Gdy natrafimy na dwie główki przodujące, obok siebie leżące, z których żadna do miednicy nie opuszcza się, przez zmianę położenia rodzącej na ten lub owy bok wypada ułatwić wdrażenie jednej główki do miednicy. Przy obrocie wypada rozpoznać, o jaką formę zdwojenia chodzi, aby, gdy można, sprowadzić ku dołowi wszystkie kończyny dolne ilekolwiek by ich było. Gdy obrót okaże się niemożliwym, można spróbować kleszczy, a gdy ekstrakcyja się nie udaje, wypada dokonać wymóżdżenia; wymóżdżenie również będzie na miejscu, gdy obie główki razem wdrażyły do miednicy. LORENZ'owi udało się w rzadkim przypadku, gdzie obie główki obok siebie leżące dotarły do szpary sromnej, wydobyć jedną po drugiej kleszczami.

Gdy główka jedna wdążyła już do miednicy, ekstrakcyja kleszczami zwykle bywa łatwiejszą przy *thoracopagus* niż przy zwyczajnym *dicephalus dibracchius* z powodu dalej sięgającego u *thoracopagus* rozdwojenia.

Dekapitacyi pierwszej główki nie wypada dokonywać zanim nie ujawni się, że druga główka do miednicy wdążyć nie może; gdy zaś wdąży, kleszczami wydobyć ją można, albowiem nie wiele ułatwi dekapitacyja już urodzonej główki wdrażenie do miednicy główki drugiej. Ponieważ doświadczenie uczy, że zwykle druga główka opuszcza się do miednicy równocześnie ze szyją pierwszej główki, wypada spróbować wydobywania drugiej główki kleszczami, zanim przystąpi się do wydobywania pierwszego tułowia.

STRASSMANN odradza w tym przypadku zbyt długiego wyczekiwania na samopomoc przyrody. Gdy drugi płód wogóle zatrzymuje się ponad miednicą, a wydobywanie pierwszego tułowia okazuje się niemożliwym, można spróbować obrotu drugiego płodu, jak np. postąpili LYELL i BOCK. Płody wtedy przechodzą przez miednicę razem, lecz ułożone w odwrotnym kierunku—u jednego przoduje główka, u drugiego przodują nóżki.

Lepiej, gdy pierwszy płód rodzi się w czaszkowem a drugi w nóżkowem położeniu, niż odwrotnie. Gdy pierwszy płód rodzi się nóżkami a drugi główką naprzód, wypada naprzód wydobyć główkę drugiego kleszczami. VEIT, korzystając z wielkiej przesuwalności płodów względem siebie, gdy pierwszy płód w czaszkowem położeniu urodził się już do połowy, dokonał obrotu na nóżki drugiego i wydobył płód, ważący 5000 grm. Położnica zmarła wskutek pęknięcia macicy, które podejrzrywano zresztą już przed dokonaniem

obrotu. Doświadczenie uczy, iż łatwiej dojść do nówek płodu jeszcze nie rodzącego się, jak do nówek już urodzonego do połowy—przy przodowaniu główki.

c) *Xiphopagus*. Poród nieraz kończy się *sponte*, ponieważ płody układają się w położeniu odmiennem. Pierwszy płód nawet może urodzić się w pośladkowym położeniu, szczególnie, gdy wzrost płodów ogranicza się na istnieniu więzu, łączącego oba płody. Bliźnięta siamskie, CHANG i ENG podług SIMPSON'a rodziły się tak, że pierwsze z nich urodziło się w położeniu czażkowym, a drugie w pośladkowym.

SCHOENFELD *sub partu* dokonał odcięcia jednego płodu od zrosniętego z nim bliźniaka. Poród bliźniaczy rozpoznano z góry. Główkę pierwszego dziecka wydobyto kleszczami; ponieważ tułów nie wychodził, wprowadzono rękę do macicy i odszukano miejsce zrostu. Nożem obwiniętym płótnem, do macicy wprowadzonym przecięto chrząstkowaty zrost płodów, zatem ukończono ekstrakcję pierwszego płodu, a celem wydobywania drugiego dokonano obrotu. Płody wydobyto martwe.

Byłoby może w danym przypadku rozsądniejszem dokonać obrotu drugiego płodu a potem ekstrakcyi wspólnej.

Po urodzeniu się *xiphopagi*, można dokonać odcięcia jednego płodu od drugiego, jak dowodzi kazuistyka—z dobrym wynikiem. Potrójne *monstra* zdarzają się bardzo rzadko i rodzą się żywemi tylko wtedy, gdy są niedonoszone. Dziecko o trzech główkach, które opisał FACELLO, żyło dwa dni i ssało trzema ustami

Donoszony trójgłówek przy porodzie napotyka na nadzwyczajne trudności [REINA].

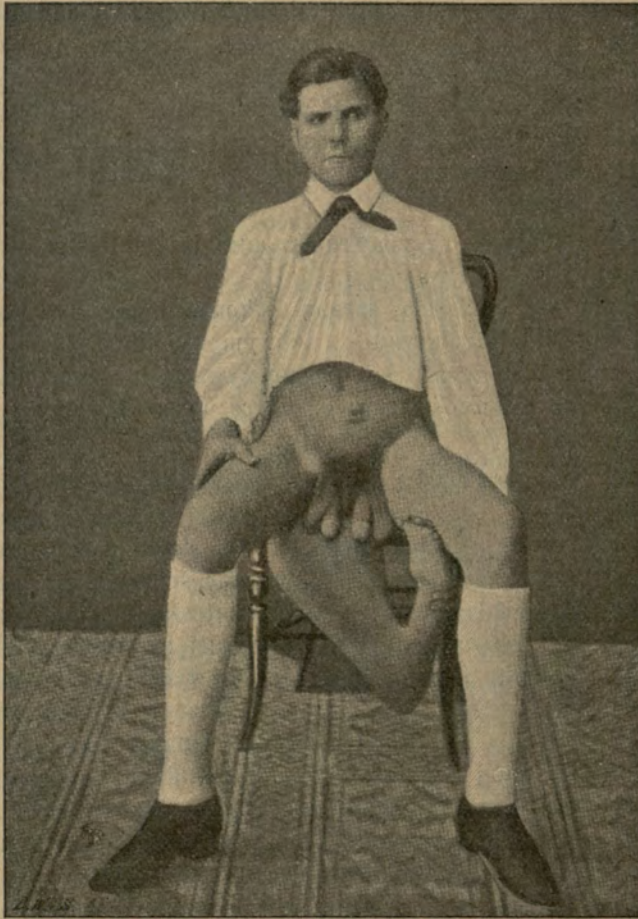
Po czterodniowych bólach porodowych starano się daremnie wydobyć kleszczami od trzech dni sterczącą w ujściu miednicy główkę, nareszcie dokonano wymóżdżenia, lecz i wtedy ekstrakcyja się nie udała. Znaleziono wtedy powyżej leżącą drugą główkę i ucięto pierwszą główkę nożem. Ponieważ druga główka pomimo kleszczy nie wychodziła, dokonano również perforacyi oraz kefalotrypsyi,—podczas tej operacyi skonstatowano obecność trzeciej jeszcze główki. Ucięto kilka kości drugiej główki, poczem posunęła się cokolwiek niżej i została obcięta — dekapitacyja drugiej główki. Trzecią główkę również zmiażdżono i wydobyto. Barki miały 9 cali szerokości. Trzecie ramię, złożone z dwu pomiędzy sobą zrosniętych, nie stawiało przeszkody do wydobywania tułowia. Rodząca wyzdrowiała.

STRASSMANN dodaje, że, być może, obrót na nóżki po usunięciu pierwszej lub drugiej główki byłby ułatwił poród, zarzuca natomiast stanowczo cięcie cesarskie, którego dokonał w podobnym przypadku BODEL, jak pisze ZIMMERMANN.

Na tem kończy pracę swoją STRASSMANN.

Nie wspominałem w pracy tej o tak zwanej pasorzytniczej odmianie podwójności przy *duplicitas anterior* lub *posterior*, ponieważ praca okazałaby się zbyt obszerną dla pisma niearchiwalnego.

Przytaczam jednak w tem miejscu dwa rysunki dla ilustracyi, zwracając uwagę na to, że pasorzyt po urodzeniu się dziecka, na razie wielki, w dalszym poroście nie dorównywa gospodarzowi czyli autosytowi i że zwykle nie zdradza żadnych ruchów samodzielnych, odgrywając funkcyonalnie tylko bierną rolę nowotworu, nadającego się w bardzo wielkiej liczbie przypadków do operacyjnego usunięcia.



Diphaliae casus Lisbonensis Dipygia.

Spostrzeżenie profesora FIGUERA z roku 1872. (Patrz FR. NEUGEBAUER. Kronika Lekarska 1902. Nr. 18).



17-letnia panna Blanche Dumas.

Dipygus tetrapus femininus, (patrz FR. NEUGEBAUER. Kronika Lekarska 1902, Nr. 18).

III. ZE SZPITALA MIEJSKIEGO DLA DZIECI IM. CESARZA FRYDERYKA W BERLINIE [DYZ. PROF. BAGINSKY].

Maślanka, jako pokarm dla niemowląt oraz jej wskazania lecznicze.

Podał

Stefan Kramsztyk.

[Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 47].

Daleko więcej uzasadnione poglądy wypowiada TADA ¹⁾ na podstawie badań przemiany materii u dzieci, karmionych maślanką oraz mlekiem od-

¹⁾ TADA. „Die Säuglingsnahrung „Buttermilch“, „eine kohlehydratreiche Magermilch“. Monatschrift für Kinderheilkunde. 1905. tom IV, Nr. 3.

tluszczonem. Uważa on mianowicie, że najważniejszą właściwością maślanki jest niewielka ilość tłuszczu, a dość znaczna zato zawartość węglowodanów. TADA w klinice wrocławskiej, gdzie już od r. 1903 zaczęto używać zamiast maślanki słodkiego mleka odtłuszczonego, do którego dodawano mąki i cukru, zauważył, że pomiędzy maślanką a tak spreparowanym mlekiem niema prawie żadnej różnicy; jedynie zatrzymywanie azotu wypadło nieco większem przy maślance. Pogląd taki odpowiada hipotezie CZERNY'ego i KELLER'a, którzy szkodliwość mleka krowiego widzą nie w kazeinie, jak BREDDERT, lecz w tłuszczu („*Milchnährschaden*“ — „*Fettnährschaden*“), który w zbytnej ilości dostarczany, powoduje u niemowląt wzmózone wydzielanie się amoniaku i cały obraz kliniczny autointoksykacji kwasami tłuszczowymi oraz wzmózonego wytwarzania się ich czyli acydozy¹⁾. Jeżeli jednak i tego ostatniego poglądu w zupełności zaakceptować nie można, to jest on względnie najwięcej jeszcze miarodajnym przy wskazaniach dla maślanki. Po szerokich, a nader nieokreślonych wskazaniach, danych przez TEIXEIR'ę²⁾, różni autorowie podawali wskazania bardziej określone, lecz również empiryczną jedynie drogą zdobyte. SALGE³⁾ przyszedł do wniosku, że maślanka daje szczególnie dobre wyniki, jako pierwszy pokarm po ostrych zaburzeniach kiszkowych lżejszych i cięższych oraz przy „*allaitement mixte*“. JACOBSON⁴⁾ podaje dla maślanki wskazania następujące: I) zdrowe dzieci: a) przy niedostatku b) gdy matka karmić nie może. II) chore dzieci: a) przy ostrym katarze kiszek, b) przy chronicznych zaburzeniach przewodu pokarmowego, c) przy ciężkich wrodzonych i nabytych dyspepsyach, które występują z zanikiem i nie poddają się leczeniu, d) we wszystkich przypadkach wycieńczenia ogólnego na tle syfilisu dziedzicznego i gruźlicy. LESCHZINER⁵⁾ przy stosowaniu maślanki kierował się wyglądem wypróżnień oraz ogólnym stanem dzieci. O ile wypróżnienia zawierały cząsteczki kwasów tłuszczowych, stosował LESCHZINER maślankę nawet u dzieci karmionych piersią. Za przeciwwskazaną uważał L. maślankę u niemowląt, które przez czas dłuższy otrzymywały mączkę. W takich razach stosował on pokarm w tłuszcz obfitujący. Przeciwwskazania również stanowią według LESCHZINER'a t. zw. wypróżnienia białkowe („*Eiveisstühle*“), żółte, wodniste, z charakterystycznym zapachem serwatki o odczynie kwaśnym. Stale w wypróżnieniach przy karmieniu maślanką stwierdzony odczyn alkaliczny objaśnia LESCHZINER brakiem tłuszczu w pokarmie i rozpadem białka. Zwraca też on uwagę na zdarzające się od czasu do czasu przypadki idiosynkrazyi do maślanki, kiedy z powodu natychmiastowego podnoszenia się ciepłoty, musiał ów pokarm odsuwać. O podobnych przypadkach wspominają prawie wszyscy autorowie. MASSANEK⁶⁾ twier-

1) Por. PFAÜNDLER „*Säurevergiftung*“ Jahrbuch für Kinderheilkunde. tom 60.

2) Ob. wyżej.

3) Ob. wyżej.

4) JACOBSON. „*De l'alimentation des nourissons sains et dyspeptiques avec le babeurre*“. Archives de med. des enfants, 1903.

5) Ob. wyżej.

6) Ob. wyżej.

dzi, że maślanka jest dobrym pokarmem zarówno dla zdrowych, jak i chorych niemowląt, szczególnie zaś podnosi jej wartość u wcześniaków i przy „*allaitement mixte*”. Do podobnych mniej więcej wniosków doszli MOLL ¹⁾, KOEPPE ²⁾, KOBRAK ³⁾, GERASIMOWICZ ⁴⁾. Wszyscy oni stosowali z wielkim powodzeniem maślankę u zdrowych i chorych niemowląt zarówno przy „*allaitement mixte*”, u wcześniaków i przy zaniku. Autorowie francuscy, jak AUSSET ⁵⁾, MÉRY et L. GUILLEMOT ⁶⁾ i DECHERF ⁷⁾ stwierdzają doskonale wyniki maślanki; ostatni podaje 25 przypadków różnych ostrych zaburzeń żołądkowo-kiszkowych, wyleczonych tym pokarmem. Obok powyżej wymienionych wskazań próbowali niektórzy oprzeć te ostatnie na innych podstawach. Mianowicie RENSBURG ⁸⁾ a po nim BREHMER ⁹⁾, odróżniają trojakie wskazania, a mianowicie: wielką wrażliwość niemowląt na białko, na tłuszcz i na mączki. BREHMER przytacza historje chorób, odpowiednio do każdej z owych kategorii.

III.

Jak świetne wyniki daje maślanka w ostrem zapaleniu kiszek, dowodzą następujące przypadki, spostrzegane przeze mnie w klinice prof. BAGINSKY'ego. Z pomiędzy nich siedem stanowią ostre zaburzenia żołądkowo-kiszkowe w różnym stopniu rozwoju, dwa odnoszą się do wcześniaków, jeden przedstawia typ niestrawności przy karmieniu naturalnem, jeden nakoniec odnosi się do rzędu tych, w których stosowanie maślanki wywołuje od razu skutek ujemny.

Przypadek I. H. F., miesiący 4, przyjęty 30. XI. 1906.

Urodzony w terminie normalnym, do 8-u tygodniu karmiony piersią, później mieszaniną BIEDERT'a, w ostatnim czasie mlekiem i herbatą. Od 8-u dni częste rozwolnienie, bez wymiotów.

Stan obecny. Dziecko nader mizerne; muskulatura źle rozwinięta; jędrność skóry (*turgor*, *Hautturgor*) mierna. Tylne gruczoly szyjne wielkości grochu; błona śluzowa jamy ustnej mocno zaczerwieniona. Wątroba i śle-

1) Ob. wyżej.

2) Ob. wyżej.

3) KOBRAK. „Buttermilch/als Säuglingsnahrung in der poliklinischen Praxis“. Therapie der Gegenwart 1903.

4) GERASIMOWICZ. „Pachtanje, kak leczebnoje i pitatelnoje sredstwo“. Russkij Wracz. 1906. Nr. 19 i 20.

5) La Pédatrie pratique Nr. 40.

6) La Pédatrie pratique Nr. 40.

7) DECHERF. „Traitement des gastro-énerites par le babeurre. Archives de médecine des enfants. 1905, Nr. 1 i 9.

8) RENSBURG. „Beitrag zur Buttermilchernahrung und deren Indikation“. Jahrbuch f. Kinderheilkunde 1904. tom 59.

9) BREHMER. „Ueber die Indikationen der Buttermilchernahrung“. Jahrbuch f. Kinderheilkunde 1906. t. 63.

dziona niewyczuwalne. Ciemiączko przednie nienapięte. Kończyny w stawach kolanowych i łokciowych silnie skurczone. Odruchy normalne. Ciepłota 37,0°. Waga 3,650 gramów. Mocz bez białka. Wypróżnia dyspeptyczne, zielone, 3—4 razy dziennie.

1. XII. Zalecono herbatę [600 grm.].
2. XII. Zalecono maślankę 8×50 grm.
3. XII. Wypróżnienia dobre. Ciepłota 39,3°. Narządy wewnętrzne zmian nie wykazują. Dziecko pije dobrze.
4. XII. Wypróżnienia ciastowate. Maślanka 7×80.
5. XII. Ciepłota 36,9°. Waga 3,600. Wypróżnienia 2 ciastowate.
7. XII. Ciepłota 37,3°. Wypróżnienia ciastowate, jednolite 2. Stan ogólny dobry. Waga 3,650 grm. Przepis: maślanka 6×120.
10. XII. Z prawego ucha wyciek ropny. Wstrzyknięto 0,2 mlgr. tuberkuliny. Ciepłota przedtem 37,5°, potem 38,0°. Stan ogólny dobry. 2—3 dobre ciastowate wypróżnienia. Przepis: 6×120 maślanki.
17. XII. Waga 3,900 grm. Wypróżnienia dobre. Jędrność dobra. Jama ustna niezaczerwieniona. Ciepłota 36,5°. Wypisany.

Przypadek II. H. H., tygodni 1, przyjęta 5. X. 1906.

Urodzona w terminie, do 8-ju dni karmiona piersią, później mączką; podczas ostatnich dni mlekiem, do połowy wodą rozcieńczonem. Matka zdrowa. Od 8-ju dni bardzo częste zielone wypróżnienia.

Stan obecny. Małe, nędzne dziecko, o różowawej barwie skóry. Muskulatura, jędrność skóry mierne. Jama ustna silnie zaczerwieniona; brzuch ponad poziom klatki piersiowej wygięty. Wątroba i śledziona niewyczuwalne. Ciepłota 38,0°. Wypróżnienia wodniste, zielone. Waga 2,490 grm. Żywnienie herbatą.

6. X. Stolec 3 razy. Ciepłota 37,8°. Wprowadzenie pod skórę 200 ctm. sz. roztworu soli kuchennej. Zalecano 8×50 maślanki.

8. X. Ciepłota 40,5°. Obie błony bębenkowe silnie zaczerwienione. Paracenteza. Wlewianie soli kuchennej. Stolec ciastowaty 4 razy. Waga 2,550 grm. Przepis; 250 maślanki, 120 herbaty.

15. X. Stan ogólny bardzo dobry. Brzuch nieco napięty. Jędrność dobra. Wypróżnień 5. Waga 2,850 grm.

16. X. Waga 2,890 grm.

19. X. Ciepłota 37,4°. dziecko dostaje 4×80 maślanki i 2×80 mleka rozcieńczonego. Waga 2,870 grm.

24. X. Ciepłota 37,0°. Bardzo dobry wygląd. 2—3 jednolite ciastowate wypróżnienia. Jędrność dobra. Przyjmowanie pokarmu dobre.

29. X. Waga 2,900 grm. Stan ogólny zupełnie dobry. Wypisana.

Przypadek III. A. B., tygodni 11, przyjęty 12. XI. 1906.

Urodzony w terminie; do 4-ech tygodni pierś, później mączka NESTLÉ'a + mleko, maślanka z wodą. Poronień matka nie miała, gruźlicy w rodzinie również nie było. Od 3-ech tygodni częste wypróżnienia i wymioty.

Stan obecny. Małe, mizernie wyglądające dziecko; skóra blada, jędrność zupełnie mierną, muskulatura słabo rozwinięta. Przednie ciemiączko

3 ctm. szerokie, zapadnięte; oczy również zapadnięte. Jama ustna, język mocno zaczerwienione. Pleśniawek niema. Granice serca normalne, tony czyste. Objawów tężyczki niema. Brzuch nieco wzdęty, śledziona niepowiększona, wątroba wyczuwalna, nerki również. Wypróżnienia częste, wodniste. Waga 3,300. Ciepłota 37,0°. Przepis: herbata [380], wlewanie soli kuchennej.

14. XI. Stolec normalny. Dziecko wygląda lepiej. Tętno dobre. Ciepłota 39,5°. Przepis: maślanka 10×30, wlewanie soli kuchennej.

16. XI. Stan bardzo dobry. Wypróżnienia jednolite, ciastowate, 3—4 razy. Przepis: maślanka 8×50.

19. XI. Wygląd, jędrność bardzo dobre. Waga 3,520. Przepis: maślanka 6×90.

23. XI. Stan dobry; przyjmowanie pokarmu bardzo dobre. Wypróżnienia ciastowate 2—3 razy. Waga 3,600. Wypisany.

[D. c. n.]

VI. Rozpoznanie ropni mózgowych pochodzenia usznego *)

Podał

Teodor Heiman.

Odczyt, ogłoszony w Warszawskim Towarzystwie Lekarskim w październiku 1907 r.

[Ciąg dalszy. — Patrz N. 47].

NEUMANN i BARANY spostrzegali, że przy cierpieniach błędnika bieganie oczu kieruje się początkowo ku stronie chorej, następnie zupełnie znika. Przy ropniu mózdzku bieganie oczu z początku odbywa się w kierunku strony zdrowej, a następnie zwraca się nagle ku stronie chorej. Skoro ten objaw występuje, można na pewno zrobić rozpoznanie na ropień mózdzku i wykluczyć zależność jego od błędnika. Przy skombinowaniu ropnia mózdzku z ropieniem w błędniku, co bywa najczęściej, bieganie oczu, zależne od błędnika, znacznie słabnie po otworzeniu go; tymczasem na bieganie oczu, spowodowane ropniem mózdzku, operacja na błędniku nie wywiera żadnego wpływu. Bieganie oczu jest zawsze rytmiczne i przedstawia wszystkie cechy biegania oczu przedsionkowego.

Rozpoznanie między ropniem przedoponowym a ropniem mózgu jest w wielu przypadkach nie trudne. Przy ropniu przedoponowym niekiedy występują także ogólne objawy mózgowie, tak samo, jak przy

*) W streszczeniu odczyt niniejszy ogłoszony został w sekcji otyatrycznej X-go Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich (Lwów 22—25 lipca 1907 r.)

ropniu mózgu. Do tych należą: osłabienie, schorzały wygląd twarzy, zmęczenie, zawrót głowy, wymioty i t. d. Zwykle jednak niema tych objawów. Zmiany w tętnie są niezmiernie rzadkie i jego zwolnienie daje się zauważyć tylko wtedy, gdy ropień jest bardzo wielki [objaw ucisku mózgu]. To samo można powiedzieć o innych objawach, napotykanych przy ropniu mózgu. Zapalenie nerwu wzrokowego oraz brodawka zastoinowa została dotąd stwierdzona tylko cztery razy [BRAUNSTEIN 3 razy, HOELSCHER 1 raz]. W przypadkach ostrych spostrzegano lekkie przekrwienie dna ocznego [BRAUNSTEIN]. Bieganie oczu, zez zbieżny lub rozbieżny jednego oka, rozszerzenie źrenic i t. d. zauważono tu i owdzie. W bardzo rzadkich przypadkach, mianowicie u dzieci [KOERNER], zdarzają się przy ropniu przedoponowym w średnim dole czaszkowym niedowład skrzyżowane, przy ropniu zaś lewostronnym zaburzenia mowy sensoryjne. Raz jeden nawet spostrzegano melancholię [BIEHL] i raz jeden *idée fixe* [HOELSCHER]. Jeżeli ropień mieści się w tylnym dole czaszkowym, może także pojawić się sztywność karku. Wysoka gorączka brakuje w największej liczbie przypadków; tam zaś, gdzie występuje, jest wywołana przez ropienie w wyrostku sutkowym lub przez zapalenie zatok. Nieznaczne podwyższenie ciepłoty jest częstsze; zwykle jednak ropień przedoponowy, podobnie jak ropień mózgu, nie daje podwyższonej ciepłoty. Ból głowy jest niestały, w wielu przypadkach niema go wcale, w innych znowu posiada cechy bólu głowy napotykanego przy ropniach mózgu. Bywa też umiejscowiony przed uchem, w okolicy potylicowej, lub w innym miejscu, nie odpowiadającym ropniowi; rzadko jest rozlany. Wstrząśnienia duchowe i fizyczne, opukiwanie odpowiedniego miejsca, zmęczenie, powiększa ból głowy; wzmagają się też w nocy. Obok bólu głowy istnieje często ból ucha. Nadto napotyka się często przy ropniu przedoponowym zapalenie okostnej, przetoki i ropnie przedokostne. Powijając rzadko występujące ogólne objawy mózgowie i jeszcze rzadsze objawy ogniskowe przy ropniu przedoponowym, rozpoznanie różniczkowe między nim a ropniem mózgu nie przedstawia trudności. Przy ropniu mózgu można stwierdzić mniej lub więcej bogaty zbiór objawów ogólnych i ogniskowych, przy ropniu przedoponowym należy on do wyjątków i w każdym razie jest niezupełny. Nadto istnieją przy ropniu przedoponowym zmiany chorobne w kości sąsiedniej. Bardzo obfite ropienie z ucha, które jest za wielkie, ażeby mogło pochodzić z ucha średniego, przemawia za ropniem przedoponowym i staje się on jeszcze bardziej prawdopodobnym, gdy wraz ze zmniejszeniem się ropienia występują objawy mózgowie. Jeśli obie choroby istnieją jednocześnie, wtedy rozpoznanie jest bardzo trudne lub wprost niemożliwe. Gdy ropień przedoponowy przebiega wśród objawów ropnia mózgu, nie podobna uniknąć pomyłek. Rozpoznanie różniczkowe daje się w podobnych razach ustalić dopiero na stole operacyjnym.

Głębokie ropnie przedoponowe mają ten sam przebieg, co powierzchowne; często przebiegają bez objawów, często dają te same objawy, co ropnie powierzchowne. Rozpoznanie ich może być tylko prawdopodobne i zostaje stwierdzone dopiero po otworzeniu wyrostka sutkowego i gdy ropień po-

wierzchnowy mózgu i mózdzku został wykluczony. Przetoka błędnikowa ułatwia rozpoznanie. Ognisko ropne woreczka śródchłonnego przebiega też bez objawów, lecz niekiedy prowadzi do ropnia mózdzku, przez nie wywołanego [SCHULZE].

Podobnie rzecz się ma z ropniem podoponowym i z ograniczonym zapaleniem opony twardej. Nie dają też one objawów typowych, z wyjątkiem, gdy w cierpieniu bierze współdziałalną warstwa korowa mózgu, która daje typowe objawy miejscowe. Wszelako w podobnych razach nie podobna przed operacją zrobić rozpoznania różniczkowego między ropniem mózgu a ropniem podoponowym, *event.* ropniem korowym. Ropnie podoponowe mogą skutkiem objętości swojej i licznych powikłań dawać najróżnorodniejsze i trudne do wytłumaczenia objawy. Czasem pojawiają się miejscowe objawy ogniskowe, afazy czuciowa przy umiejscowieniu ropnia na lewym zrazie skroniowym i w takich razach rozpoznanie waha się między rozlanym zapaleniem opon a ropniem zrazu skroniowego. Przy *pachymeningitis interna* i ropniu podoponowym, odgraniczonym do przestrzeni podpajęczęcej, płyn mózgowo-rdzeniowy jest jasny lub słabo zmętniały. Ten płyn przemawia zatem przy przekłuciu łądźwiowem za ogniskiem ropnem odgraniczonym; nie wyjaśnia ta jednak kwestyi, czy w danym przypadku istnieje ropień podoponowy, czy też mózgu. Jeżeli po otworzeniu opony twardej lub ściany wewnętrznej zatoki nie pokazuje się ropa, należy rozstrzygnąć, czy istnieje ropień mózgu, czy też zwyczajna *pachymeningitis interna* bez ropienia [HOELSCHER]. Ropień podoponowy i *pachymeningitis interna* może też powstać skutkiem pęknięcia ropnia mózgu, częściej atoli wikła on zakrzep i ropień przedoponowy.

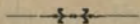
Ograniczone zapalenie mózgu i ropień jego nie dają się odróżnić w okresie początkowym, gdyż obie choroby istnieją jednocześnie i zapalenie mózgu tworzy właściwie okres początkowy ropnia. Przy rozpoznaniu różniczkowym nie możemy opierać się na czasie trwania: przede wszystkim musi być uwzględnioną przyczynowość choroby.

Zapalenie rozlane opon mózgowych i ropień mózgu nie trudno odróżnić w przypadkach typowych. Obie choroby mają wprawdzie wspólną przyczynę, t. j. ropienie z ucha i wiele objawów wspólnych, lecz posiadają też objawy odrębne charakterystyczne dla każdej z nich. Pomimo to zdarzają się przypadki, gdzie jedna choroba bywa brana za drugą i rozróżnienie ich niezawsze udaje się. Przy przebiegu powolnym zapalenia opon przedstawia ono pewne podobieństwo do ropnia mózgu. Do objawów wspólnych należą: ból głowy, występujący stale [tylko w wyjątkowych przypadkach może brakować lub też być nieznaczny], nudności, wymioty, zawrót. Zajęcie umysłu spostrzega się prawie bez wyjątku, tylko czas i sposób jego pojawienia się bywają rozmaite. Stopień utraty przytomności waha się do lekkiego zamącenia świadomości aż do najgłębszej śpiączki. Tu należą też: pobudzenie ogólne, rozdrażnienie, niepokój, bezsenność, bredzenie, apatya, ośpienie, senność i t. p., całkowity lub częściowy bezwład nerwu twarzowego, bezwład, sztywność karku—ta ostatnia jest wybitniejsza przy zapaleniu opon; zwężenie źrenic, słaby ich odczyn, światło-

wstręt, następnie rozszerzenie źrenic, bezwładny nerwów ocznych, *deviation conjugée*, bieganie oczu, brak lub wzmocnienie odruchu kolanowego, zaparcie stolca i utrudnione oddawanie moczu. Zapalenie nerwu wzrokowego i brodawka zastoinowa przytrafiają się rzadko przy zapaleniu opon [MACEWEN]. Podług GOVERSA objaw ten występuje często przy zapaleniu opon na podstawie mózgu. Podobnie jak przy ropniu mózgu, bywają przypadki, że przytomność umysłu jest zachowana prawie aż do śmierci i objawy występują w postaci napadów. Przy wysięku w rowku SYLWIUSZA spostrzegano afazję [KOERNER]. Przy przebiegu powolnym podniesienie ciepłoty jest nieznaczne, może nawet ciepłota być normalną lub podnormalną; tętno może także być zwolnione. Przy takim zbiorze objawów rozpoznanie różniczkowe może przedstawiać nieprzewyciężone trudności. Ułatwić rozpoznanie może przekłucie łądźwiowe, t. j. charakter wypuszczonego płynu, o czym wyżej była mowa. Do objawów charakterystycznych dla zapalenia opon należy zaliczyć zajęcie nerwów czaszkowych na daleko większej przestrzeni i w porządku mniej prawidłowym, aniżeli przy ropniu mózgu; nadto okres przedwstępny przy zapaleniu opon trwa dłużej. Przy ropniu w moście mogą też nerwy czaszkowe być zajęte na znacznej przestrzeni, lecz, jak wiadomo, ropnie tej okolicy są niezmiernie rzadkie, dla naszych rękoczynów operacyjnych niedostępne i dlatego błąd w rozpoznaniu w takich razach jest bez praktycznego znaczenia.

[C. d. n.].

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.



103. K Grünberg. Jod i rtęć w leczeniu gruźlicy nosa, gardła i krtani.

We wstępie autor streszcza wyniki swojej dawnej pracy, omawiającej leczenie pierwotnej wstępującej gruźlicy górnych dróg oddechowych przez podawanie KJ.

1. KJ w wielu, lecz nie we wszystkich przypadkach pierwotnej gruźlicy górnych dróg oddechowych, wpływa dodatnio na przebieg cierpienia, prowadząc niekiedy, nawet i bez pomocy miejscowego leczenia, do zupełnego wyleczenia.

2. Chociaż w gruźlicy górnych dróg oddechowych znane są przypadki i samoistnego wyleczenia, jednakże to bynajmniej nie zmniejsza dodatniego wpływu KJ na przebieg omawianego cierpienia, jaki dawał się osiągać, gdy inne środki zawodziły.

3. Sam dodatni wpływ KJ na przebieg cierpienia jeszcze nie stwierdza syfilitycznej jego natury.

Pod mianem wstępującego (*ascendierende*) cierpienia dróg oddechowych G., podobnie jak to czyni HOLLAENDER w swej pracy o gruźlicy narządów płciowych, rozumie cierpienie, przechodzące z zewnątrz do wewnątrz, t. j. z nosa lub gardła na krtani i płuca, gdy zaś ono przybiera kierunek odwrotny, staje się wtedy, według autora, zstępującem (*descendierende*). Mówiąc o wstępującem gruźliczym cierpieniu dróg oddechowych, G. ma na myśli pier-

wotne cierpienie górnych dróg, przy którym płuca nie cierpią. Takie przypadki zalicza on do form gruźlicy, przebiegających łagodnie i ustępujących przy leczeniu KJ i Hg.

[Sposób określenia cierpienia, podany przez autora, gmatwa do pewnego stopnia ustalone nasze poglądy. Pod mianem wstępującego przywykliśmy rozumieć cierpienie, przechodzące z płuc na krtań, a przybierające odwrotny kierunek zaliczać do zstępujących. Przypisek spraw.]

Następnie autor podaje swój przypadek bardzo ciężkiej formy gruźlicy podniebienia miękkiego, gardzieli, krtani, stwierdzonej badaniami histologicznymi, anatomo-patologicznymi i szczepieniem na morskich świnkach, który został wyleczony przez podawanie KJ i Hg w ciągu 4½ miesiąca. Dawka KJ nie przekraczała 3 grm. na dobę. Rtęć stosowana była w postaci wstrzykiwań kalomelowych (10% *in Ol. Vaselini*) i *Hydrarg. salicyl.* w okolicę pośladową. Zrobiono 6 wstrzyknięć kalomelowych zawartości 0.36 Hg Cl i 4 wstrzyknięcia *Hydrarg. salicyl.* zawartości 0.30.

Chora S. G. lat 35, od 4-ch miesięcy czuwa ból podczas łykania. Chrypki nigdy nie było. Nieco kaszle i pluje. Chora ma czworo zdrowych dzieci, nie ronila, nie ma najmniejszych oznak syfilisu. KJ, penzlowania kwasem mlecznym przez 3 miesiące były bezowocne. Przy badaniu znaleziono: nacieczenie z owrzodzeniem na języczku, wybujałą ziarninę w okolicy *placae salpingo-pharyngeae*, blizny na tylnej ścianie gardzieli. Obrzmienie nagłośni z wybujałościami, gruzelkami, owrzodzeniami, które z lewej strony sięgały nasady języka. Lewy wąż nalewkowy mocno nacieczony, tylna ściana krtani i struny normalne. Głos czysty. W prawym wierzchołku oddech zaostrzony.

W całym przebiegu tego przypadku autor odróżnia cztery okresy.

Pierwszy okres trwał 38 dni. Pod wpływem KJ bóle znikły i miejscowo nastąpiła do pewnego stopnia poprawa. Obrzęki nagłośni i nalewki znacznie się zmniejszyły. Owrzodzenia stały się płytszemi, wypełniły się ziarniną. Przez 3 tygodnie stan był bez zmiany, następnie wystąpiło pogorszenie: nalewki więcej obrzękły. Przyrost na wadze wynosił 7 funtów.

Następuje drugi okres. Trwał on 38 dni. Prócz KJ zalecone były wstrzykiwania kalomelowe, dwa tygodniowo. Pierwsze wstrzyknięcie zawierało 0.02 Hg Cl. Pogorszenie trwa dalej. Cierpi prawa fałda nalewkowa i lewa struna fałszywa. Dopiero po 4-m wstrzyknięciu nastąpił zwrot ku poprawie. Nacieczenia się zmniejszają. Owrzodzenia wypełniają się ziarniną. Wstrzykiwania wywołały na poślawkach nacieczenia z podniesieniem t°; zostały zaniechane. Chora przyjmowała KJ przez 2 tygodnie. Wkrótce t° spadła do normy. Nacieczenia zostały wessane. Chora zaczęła tracić łaknienie, dostała *acne*, przerwała przyjmowanie KJ. W ciągu pierwszych 18-u dni przyrost wagi wynosił 1 funt, następuje spadek wagi, który w końcu tego okresu dochodzi do 2-ch funtów. Takie opóźnienie w poprawie cierpienia autor przypisuje kumulacyjnej własności działania wstrzykiwań kalomelowych.

Trzeci okres trwał 50 dni. Pomimo odstawienia lekarstw, poprawa postępowała, co autor stawia w zależności, przynajmniej w początku tego okresu, od wpływu jeszcze niewyczerpanego przez organizm kalomelu, nagromadzonego w miejscach wstrzykiwań. W czasie tego okresu nastąpiło prawie zupełne zablźnienie się owrzodzeń, pozostały nieznaczne obrzęki nagłośni, lewej chrząstki nalewkowej. Przyrost wagi 4 funty.

Chora była poddana powtórnie leczeniu wstrzykiwaniami rtęci w postaci *Hydrargyr. salicyl.* Był to czwarty okres. Trwał on 16 dni. G. nie przypisuje mu wpływu na postęp kuracyi; zdaniem jego nastąpiłoby wyleczenie i bez zaleconych wstrzykiwań. Z tak rozlanego cierpienia pozostały blizny i nieznaczne zgrubienie lewej struny fałszywej, lewej nalewki. Przyrost wagi wyniósł 3 funty, w sumie stanowi on 13 funtów przez cały czas kuracyi.

W swoim przypadku autor wyklucza zakażenie mieszane syfilityczno-gruźliczej natury na zasadzie przebiegu cierpienia, w przeciwnym bowiem razie nie widzi powodu do wygaśnięcia gruźlicy. Przypuszczając kombinację gruźlicy z syfilisem, przebiegającym skrycie, o której już SCHMIDT wspomina w swych pracach, G. nie wypowiada się z braku cech, określających syfilis. W tym kierunku dodaje nieco światła praca SPENGLER'a o rozpoznaniu wrodzonej skłonności do suchot. (*Deutsch. medicin. Woch.* 1906. № 15).

Opierając się na spostrzeżeniach swoich i autorów francuskich i włoskich, autor jest przekonany, że KJ i Hg w pierwotnej gruźlicy górnych dróg oddechowych, podawane razem lub oddzielnie, mogą doprowadzić do zupełnego wyzdrowienia.

Na tej zasadzie G. powstaje przeciw rozpoznaniu syfilisu dróg oddechowych jedyne z dodatnich wyników kuracyi KJ i Hg, kładzie przytem szczególny nacisk na badania mikroskopowe histologiczne, anatomo-patologiczne, eksperymentalne.

(*Münchener medicin. Wochenschr.* 1907, № 34).

J. M.

104. R. Pfeiffer i E. Friedberg. Badania porównawcze nad znaczeniem narządów oddechowych i przewodu pokarmowego dla zakażenia gruźliczego [doświadczenia na świnkach morskich].

Szczególność częstości umiejscowienia sprawy gruźliczej w płucach spowodowała znane przypuszczenie, że drogi oddechowe stanowią główne wrota zakażenia ustroju gruźliczego. Zwolennicy tej teorii z twórcą jej, R. Koch'em, na czele, nie zaprzeczali zresztą możliwości przedostawania się zarazka gruźlicy do płuc również drogą naczyniową, bądź przez skórę, bądź, w razach wyjątkowych, z przewodu pokarmowego.

Stanowisko zasadnicze, sprzeczne z powyższą teorią, zajął w ostatnich latach BEHRING, którego zdaniem zakażenie inhalacyjne, wręcz przeciwnie, zdarza się chyba tylko wyjątkowo, zwykle zaś umiejscowienie zakażenia pierwotnego stanowi właśnie przewód kiszkowy. Wtargnięcie zarazka tą drogą do ustroju odbywać się ma najczęściej już w pierwszych dniach życia chorego, czemu sprzyjać ma, według autora, szczególna przepuszczalność ścian kiszkowych w wieku niemowlęcym; zakażenie pozostaje częstokroć utajonem przez długie lata i ujawnia się dopiero w starszym wieku, najczęściej już w drogach oddechowych. Drugą zasadniczą cechą teorii BEHRING'a stanowi utożsamianie zarazka gruźlicy ludzkiej z zarazkiem perlicy i, jako konsekwencya stąd, twierdzenie, że mleko krowie jest głównym źródłem wspomnianego zakażenia niemowląt gruźlicą.

Stanowcze zaprzeczenie teorii BEHRING'a stanowi fakt, że w krajach, w których nie używają mleka krowiego do karmienia niemowląt, jak np. w Japonii, gruźlica płuc tem niemniej spotyka się nie rzadziej, niż w Europie. Również poważne znaczenie zyskują w tym względzie spostrzeżenia wielu autorów, że zarazek gruźlicy, wyhodowany z chorych płuc, posiada zawsze cechy zarazka gruźlicy ludzkiej, nie zaś krowiej; przyjmując tedy teorię BEHRING'a, należałoby zarazem przypuścić przekształcanie się zarazka perlicy w ustroju ludzkim w pokrewną postać zarazka gruźlicy ludzkiej, co wszakże dotychczas nie zostało jeszcze stwierdzone.

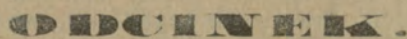
W celu dostarczenia dalszych przesłanek do ostatecznego wniosku w omawianej sprawie, autorowie prowadzili badania doświadczalne na świnkach morskich, zakażając je, w jednym szeregu—drogą inhalacyjną, zapomocą rozpylania możliwie niewielkich ilości zarazka gruźliczego w odległości kilku

do kilkunastu cm. sz. od głowy zwierzęcia, zaś w drugim szeregu—drogą przewodu pokarmowego, wprowadzając doń wielkie ilości materiału zakaźnego zapomocą zgłębnika.

Z pomiędzy 29-iu świnek, zakażonych drogą inhalacyjną, u 22-ch stwierdzono gruźlicę płucną z zajęciem niemal stałem również gruczołów oskrzelowych; w jednym przypadku znaleziono tylko grążlicę gruczołów oskrzelowych bez równoczesnego zajęcia płuc. W 15-tu przypadkach gruźlica w postaci prosówkowej zajęła również inne narządy ustroju; natomiast w kiszkiach, ani w gruczołach krezkowych w tym szeregu doświadczeń nie stwierdzono ani razu swoistych zmian gruźliczych. Wynik taki doświadczeń nie pozostawia wątpliwości, że wrotami zakażenia były tu drogi oddechowe; zarazek gruźliczy przechodził do innych narządów wtórnie z płuc, przytem bynajmniej nie we wszystkich przypadkach. Natomiast z pośród 28 iu świnek, zakażonych przez przewód pokarmowy, gruźlicę płuc na seceyi stwierdzono ledwie u 4-ch; u dwu z nich znaleziono potem gruźlicę gruczołów oskrzelowych. W pozostałych 24-ch przypadkach płuca i gruczoły oskrzelowe były zupełnie wolne od zmian gruźliczych, jakkolwiek zwierzęta zabito dopiero w 50 dni po wprowadzeniu zarazka do ustroju. Dodać należy, że i w 4-ch doświadczeniach pozytywnych zakażenie powstać mogło drogą inhalacyjną przez pozostawienie zarazka w górnych drogach oddechowych przy wyjmowaniu zgłębnika. Zmiany gruźlicze w gruczołach krezkowych znaleziono w 3-ch tylko przypadkach.

(*Deutsche mediz. Wochenschrift*, 1907, № 39.).

W. St.



Organizacya walki z rakiem*).

Opracował

Mikołaj Rejchman.

(Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 47).

Komitet berliński został zawiązany w dniu 18 lutego 1900 r.; na przewodniczącego obrano LEYDEN'a, na sekretarza—inicyatora całego obecnego ruchu przeciwrakowego, Jerzego MEYER'a, który dotychczas stale z nadzwyczajnym zapałem oddaje się sprawom Komitetu. W skład Komitetu weszli najwybitniejsi lekarze z całych Niemiec i wielu zagranicznych. Z końcem roku 1906 w skład Komitetu wchodziło ośmiu członków honorowych, 17-tu zagranicznych i 98-iu zwyczajnych. Na posiedzeniach Komitetu, które się odbywają co parę miesięcy, wnoszono i roztrząsano różne projekty w sprawie badania i zwalczania raka, zdawano sprawę z wyników już osiągniętych, tu-

*) Rzecz czytana na posiedzeniu Polskiego Komitetu badania i zwalczania raka w dniu 6-go listopada 1907 r.

dzień dyskutowano nad rozmaitemi kwestyami z dziedziny statystyki, etyologii, patologii i leczenia raka.

Pierwszem praktycznym zadaniem, jakie Komitet berliński wykonał, było zebranie wszechstronnej statystyki chorych na raka w całym Państwie Niemieckiem. W tym celu urządził w dniu 15 października 1900 roku pierwszy spis jednodniowy chorych na raka w całych Niemczech i zebrał o tych chorych możliwie szczegółowe dane. We dwa lata potem wydał w 400-tu egzemplarzach p. t.: „Bericht über die vom Komitee für Krebsforschung am 15 Oktober 1900 erhobene Sammelforschung. Jena 1902” wspaniałe sprawozdanie o wynikach swojej ankiety.

Trudne to zadanie i tak kosztowne wydawnictwo Komitetowi ułatwiono wskutek udzielenia środków pieniężnych przez rząd, przez kasę kongresu medycyny wewnętrznej i przez berliński zakład krajowy ubezpieczeń. Jednocześnie Komitet berliński postarał się o to, żeby w tymże samym czasie urządzono w Holandyi takiż sam spis jednodniowy chorych na raka i wyniki tego spisu p. t.: „Bericht der holländischen Kommission über die am 15 Oktober 1900 im Königreich Holland in ärztlicher Behandlung gewesenen Krebskranken” ogłosił łącznie ze sprawozdaniem ze swojej własnej ankiety. Zaslugą też berlińskiego Komitetu jest wzięcie czynnego udziału w urzędzeniu w dniu 1-m września 1902 r. spisu jednodniowego chorych na raka w Hiszpanii w wydanem sprawozdaniu z wyników tego spisu w dwóch językach: hiszpańskim i niemieckim, które zostało opublikowane p. t.: „Relación de las investigaciones sobre el cáncer en España. Hechas el 1º de Septiembre de 1902.” — „Bericht über die am 1 September 1902 in Spanien veranstaltete Krebs sammelforschung. Jena 1903.” Ponieważ ze spisu jednodniowego, urządzonego w dniu 15-m października 1900 r., okazało się, że w niektórych miejscowościach Państwa Niemieckiego jest niepomieranie więcej chorych na raka, niż w innych miejscowościach, przeto dla sprawdzenia tego faktu, we dwa lata później, Komitet berliński urządził powtórny ankietę specjalnie w tych miejscowościach, w których rak okazał się chorobą tak pospolitą. Szło mianowicie o przekonanie się, czy wynik spisu jednodniowego w dniu 15-m października 1900 r. nie był w tych miejscowościach przypadkowym, a jeżeli okoliczność ta nie zaszła, to szło o przekonanie się, od czego może zależeć takie kolosalne rozpowszechnienie się w tych miejscowościach choroby, rakiem zwanej. Dla rozstrzygnięcia obu tych kwestyi Komitet berliński zwrócił się z prośbą do proboszczów, do mających z tą sprawą styczność urzędników, a zwłaszcza do urzędowych lekarzy o dokładne podanie liczby chorych na raka w tych miejscowościach w ostatnich 20-u latach, ich wieku, płci i zajęcia, tudzież o zmarłych skutkiem raka w tym okresie czasu, jako też o dostarczenie szczegółowych danych o domach i mieszkaniach, w których obserwowano największą liczbę chorych na raka, o stosunku pokrewieństwa, lub o sposobie obcowania pomiędzy chorymi na raka, albo pomiędzy chorymi na raka a zwierzętami domowemi. Nadto, nie zadowolając się tą ankietą, Komitet wysłał zarówno do tych miejscowości, jak i do miejscowości, w których okazało się bardzo mało chorych na raka, specjalne komisye, złożone z lekarzy biegłych w rozpoznawaniu raka i w badaniu etyologii chorób. Wzbudzające w wysokim stopniu ciekawość wyniki obu tych ankiet, nie zostały jeszcze drukiem ogłoszone z powodu, być może, nie ukończenia należytego opracowania nadesłanego materiału, a być też może z tego powodu, że w wielu miejscowościach Państwa Niemieckiego, w których okazała się znaczna liczba chorych na raka, powstała silna agitacya przeciwko rozgłaszaniu tego faktu.

Nie mogę się tutaj wdawać w bliższe rozpatrywanie się w wynikach tych trzech, staraniem Komitetu berlińskiego urządzonych spisów jednodniowych; pozwolę sobie to uczynić przy innej sposobności. Tutaj przytoczę tylko naj-

ważniejsze dane, prócz tych, jakie już powyżej podałem. Ze spisu jednodniowego niemieckiego okazało się, że w dniu 15-m października 1900 r. w całym Państwie Niemieckiem było 12.153 chorych na raka. Z tych mężczyzn 4439, kobiet 7714. Najwięcej kobiet było dotkniętych rakiem sutki i narządów płciowych, najwięcej mężczyzn chorych na raka przewodu pokarmowego. Widocznej różnicy pomiędzy ogólną cyfrą chorych na raka w miastach i po wsiach spis nie wykazuje. Rak u kobiet częściej się okazał w miastach, niż po wsiach; u mężczyzn naodwrot. Bardzo ciekawymi okazały się znaczne różnice w cyfrach chorych na raka w różnych prowincjach i w różnych częściach jednej i tej samej prowincji. Najmniej chorych na raka okazało się w Poznaniu, w Pruszech Wschodnich i Zachodnich, na Śląsku, w Westfalii, w okręgu Duesseldorf, w okręgu Trier, w Lotaryngii; najwięcej w Saksonii, w Bawarii, w Hessyi nadreńskiej, w Meklemburgii, w ks. Coburg-Gotha, w okręgu Magdeburg, w Turynii, w miastach: Lubece, Hamburgu, Berlinie i Lipsku. W niektórych miejscowościach okazały się prawdziwe gniazda chorych na raka. Bardzo ciekawymi są ogromne różnice w liczbie chorych na raka w dwu sąsiednich miejscowościach, co powinno mieć wielkie znaczenie w badaniu etyologii raka.

Co do wieku, to u mężczyzn rak najczęstszym się okazał pomiędzy 60—70 rokiem życia, u kobiet zaś pomiędzy 70—80 rokiem życia.

Wyniki spisu jednodniowego niemieckiego nie przedstawiają dostatecznych danych, któreby dowodziły dziedziczności raka; więcej już danych przemawia za zaraźliwością tej choroby. Ze spisu jednodniowego holenderskiego dowiadujemy się, że najwięcej chorych na raka na dniu 15-m października 1900 roku okazało się w prowincjach Friesland, Groningen, Utrecht, najmniej w prowincji Drenthe. Kobiet w Holandyi choruje na raka też więcej, niż mężczyzn [1,36 : 1], ale stosunkowo mniej, niż w Niemczech. Największa częstość raka wypada na wiek pomiędzy 61—70 rokiem życia. Najczęstszym punktem wyjścia raka jest przewód pokarmowy [49,83%], u mężczyzn w 73,9%, u kobiet w 32,2% wszystkich chorych na raka. U kobiet holenderskich częstszym punktem wyjścia raka są sutki i narządy rodne, niż przewód pokarmowy. Według spisu jednodniowego holenderskiego okazuje się, że wpływ dziedziczności na powstawanie raka, jakkolwiek jeszcze nie dowiedziony, odrzuconym jednakże być nie może.

Najmniej dokładnym okazał się spis jednodniowy hiszpański. Przytaczamy z niego tylko następujące dane. W Hiszpanii choruje na raka też więcej kobiet, niż mężczyzn; punktem wyjścia raka u mężczyzny jest też najczęściej przewód pokarmowy, u kobiet sutki, a następnie narządy płciowe. Górna granica wieku, w którym rak najczęściej się napotyka, jest nieco niższa, niż w Niemczech i w Holandyi, mianowicie 65 lat. Godnym zaznaczenia jest fakt, że w Hiszpanii bardzo często wydarza się rak oczu, co stoi zapewne w związku z nadzwyczajną w tym kraju częstością chorób oczu w ogólności.

Wszystkich wyników tych trzech spisów jednodniowych nie można bynajmniej uważać za fakty absolutnie zgodne z rzeczywistością. Trzeba przyznać, że na wiele pytań nie dostarczyły one odpowiedzi, że wielu kwestyi nie rozwiązały, ale była to pierwsza w tej sprawie akcja zbiorowa, do której wkraść się musiały pewne błędy i niedokładności. Prócz tego, jak to poniżej zobaczymy, spisy jednodniowe mają niektóre ujemne strony, na co zwrócimy w przyszłości uwagę. W każdym jednakże razie ta pierwsza zbiorowa praca jest początkiem zorganizowanej czynności wielu tysięcy lekarzy dla oceny klęski, jaką rak sprowadza i dla wykrycia przyczyn i warunków rozwoju tej strasznej choroby. Wyniki tej zbiorowej pracy niewątpliwie dostarczą wskazówek, w jakim kierunku powinny iść dalsze badania, odnoszące się do wszechstronnej statystyki i etyologii raka.

[D. n.]

Wiadomości bieżące.

— Dnia 5-go b. m. w auli Uniwersytetu Jagiellońskiego odbyło się uroczyste wręczenie prof. JAKUBOWSKIEMU medalu na jego cześć wybitego.

— Od Nowego Roku wychodzić będzie miesięcznik „Odrodzenie fizyczne” oraz kwartalnik „Hygiena szkolna” pod redakcją dotychczasowego redaktora Zdrowia, kol. L. WERNICA.

— Słynny otyatra prof. SCHWARTZE w Halli obchodził w zeszłym miesiącu 70-ą rocznicę urodzin. Z okazji tej redakcja czasopisma „Archiv für Ohrenheilkunde” wydała numer jubileuszowy, w którego opracowaniu z naszych lekarzy wzięli udział: kol. TEODOR HEIMAN (Diagnose des otitischen Hirnabscesses), oraz kol. JAN SĘDZIAK (Ueber Ohrenstörungen bei den Erkrankungen des Urogenitalapparates)“.

— Dnia 30-go listopada r. b. zmarł w Międzyrzeczu dr HENRYK STANO, wychowanec Warszawskiej Akademii medyko-chirurgicznej, przeżywszy lat 68. Jako człowiek zacny i lekarz pełen poświęcenia dla biednej ludności, cieszył się wielkiem uznaniem. Przy mrówczej pracowitości znajdował czas na zajęcie się ogrodnictwem, a zwłaszcza hodowlą drzew owocowych, których kilka nowych odmian otrzymał i opisał.

— W Radomiu zmarł dr WŁADYSŁAW PAPIEWSKI, przeżywszy lat 42.

Od Wydawcy.

„Gazeta Lekarska” wychodzić będzie w ciągu roku 1908 według tego samego programu i na tych samych warunkach, co i w roku bieżącym.

Celem uniknięcia zwłoki w przesyłce pisma, uprasza się o wczesne przesyłanie przedpłaty i o dokładne zawiadomienie o wszelkiej zmianie adresu.

Pp. prenumeratorów, którzy zalegają w opłaceniu przedpłaty za rok bieżący, uprasza się o rychłe uregulowanie rachunków.

Do dzisiejszego numeru dołącza się Sprawozdanie Sekeyi Chirurgicznej № 4.

Redaktor i Wydawca, Dr med. Jan Pruszyński.

Druk K. Kowalewskiego. Warszawa. Mazowiecka 8.

Collargol

Doskonały środek leczniczy w zakażeniach septycznych, w sprawach pofogowych, jako też środek zapobiegawczy przeciw gorączce pofogowej. Stosuje się dożylnie (bez objawów ubocznych, per rectum i per os; do wcierania jako Uguentum Cr d . Również nadaje się do opatrunku ran, do leczenia chorób oczu pochodzenia zakaźnego i do przemywania pęcherza.

Duotal

Duotal „Heyden“, przetwór gwajakolu nie trujący, bez smaku i zapachu. Doskonały środek w gruźlicy płci i przewlekłych katarach dróg oddechowych.

Bismuthum bitannicum Adstringens tani i dogodny w użyciu, o działaniu pewnym w ostrych i w przewlekłych katarach kiszek. Powstrzymuje biegunk  tak samo jak makowiec bez właściwych mu ubocznych objawów trujących. W oryginalnym opakowaniu po 10 i 25 grm.

Prób i literatury dostarcza:

Chemiczna fabryka von Heydena, Radebeul, — Drezno,
lub przedstawiciel: Ludwik Freider, Warszawa, Leszno 60.

TUSSOL

Syrop o bardzo przyjemnym smaku w zupelnoci zastępujący przykrą w użyciu

S I R O L I N  

Dawka 3 -- 4 łyżeczki dziennie.

Cena flakonu Rs. jeden.

poleca Apteka Magistra A. Bukowskiego, Marszałkowska 54.

Nagrodzona na Wystawie Lwowskiej medalem zlotym
wszelkie

1) Injections Subcutaneae
Sterelisatae

w opatentowanych ampułkach

2) Opatrunki wyjałowione
przy temperaturze 125% i 2-ch atmosferach
ciśnienia pary przeplywowej

APTEKA

JANA ZAWADZKIEGO

Warszawa, MOKOTOWSKA 43. Tel. 2700

próby gratis i franco





Opatentowany

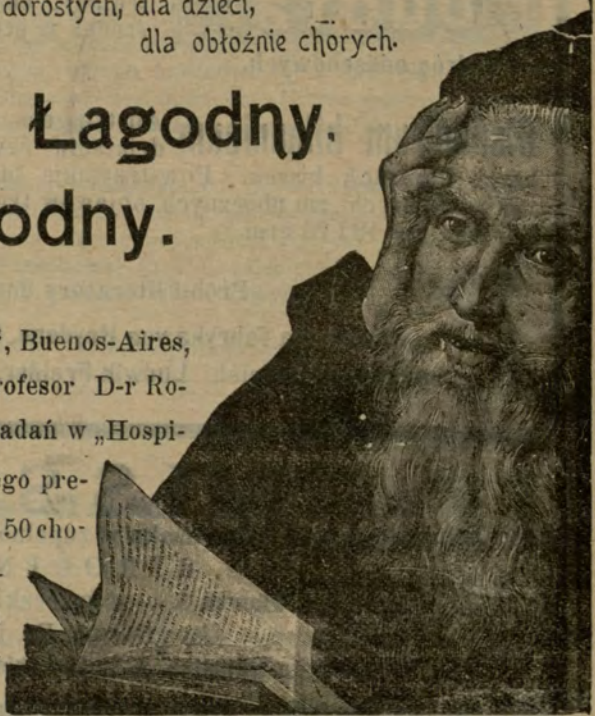
PURGEN

NOWY IDEALNY ŚRODEK PRZECZYSZCZAJĄCY

dla dorosłych, dla dzieci,
dla obłożnie chorych.

Smaczny. Łagodny. Niezawodny.

W „Anales del Circulo Medico“, Buenos-Aires, Lipiec, 1904, ogłasza znany profesor D-r Roberto Wernicke wyniki swych badań w „Hospital de Clinicas“ względem naszego preparatu „Purgen“, stosowanego u 50 chorych. Autor uznaje nasz preparat za najlepszy ze wszystkich znanych dotychczas środków przeczyszczających.



Comm. D-r Antonio Maggiorani lekarz nadworny Ich Królewskich Mości Króla i Królowej Włoch.

2 Dnia 14 marca 1904 roku.

U chorych na gruźlicę, u których zmuszony byłem stosować łagodne środki przeczyszczające, posługiwałem się wielokrotnie Purgen'em i byłem z łagodnego działania jego, nie wywołującego zgoła podrażnienia jelit, wielce zadowolony. Mojem zdaniem środek ten ma przed sobą przyszłość najdoskonalszego łagodnego środka przeczyszczającego.

D-r Antonio Maggiorani.

W składzie głównym znajdują się do dyspozycji Sz. Panów Lekarzy próby oraz literatura gratis i franko. Wyłączna sprzedaż u Józefa Salzman jr. Warszawa, Senatorska 38.