

KRONIKA LEKARSKA

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

SPIS RZECZY: **Prace oryginalne.** I. *Wł. Kopytowski* — Dwa przypadki niezwykłego rozlanego cierpienia skóry (c. d.)—str. 81. II. *Dr. W. Garliński* — Ząpobieganie ropnemu zapaleniu powiek u noworodków—str. 89.

Dział sprawozdawczy: I. *Medycyna wewnętrzna.* 51. *Sorgo*—Przyczynę do rozpoznawania tętniaków aorty i tętnicy bezimiennej oraz o leczeniu tychże za pomocą wstrzykiwań podskórnych żółatyny—str. 96. 52. *Grenet i Liquand*—Leczenie tętniaków trunci brachiocephalicy—str. 99. 53. *Hampeln P.*—O tętniakach aorty i guzach śródpiersia—str. 101. 54. *Wodhmarer*—Przyczynę do symptomatologii i rozpoznania przedziurawień tętnicy płucnej przez tętniaki aorty wstępującej—str. 102. 55. *Krzyżkowski i Wiczkowski*—Tętniak tętnicy płucnej, wielokrotne tętniaki rozgałęzień także tętnicy i przewód Botalla otwarty—str. 104. 56. *Chappet i L. Gallavardin*—Przypadek pęknięcia aorty wskutek owrzodzenia ściany—str. 105. II. *Choroby układu nerwowego.* 56. *Erb*—Uwagi nad balneologią i leczeniem fizyko-dyetycznym cierpień nerwowych—str. 107. 58. *Hirschfeld*—O powiększeniu rąk i stóp na tle nearkotycznym str. 108. III. *Choroby dzieci.* 59. *Konrad Gregor*—Zawartość tłuszczu w mleku kobiecym i wpływ wspan na rozwój dziecka—str. 109. IV. *Wiadomości pomniejszych* № 60—66—str. 110. V. *Bibliografia.* *Dr. M. Sokołowski*—Wykłady kliniczne chorób dróg oddechowych. Choroby tchawicy, oskrzeli ocenil *O. Hewelke*. Czasopisma polskie w Styczniu—str. 114. *Kronika bieżąca*—str. 118. *Zmarli*—str. 120. *Ogłoszenia*.

Sommaire du Nr. 3. *Dr. Wł. Kopytowski* Deux cas d'une maladie de la peau répandue—p. 81. *Dr. W. Garliński*. Sur la prophylaxie des conjonctivites chez les nouveaux nés—p. 89.

I. DWA PRZYPADKI

niezwykłego rozlanego cierpienia skóry,

polegające na rozwoju znacznej ilości narośli, przeważnie epidermoidalnych

PODAŁ

Wł. Kopytowski.

Ordynator szpitala Ś-go Łazarza w Warszawie.

(Z pracowni anatomo-patologicznej Cesarskiego Warszawskiego Uniwersytetu, zostającej pod kierownictwem prof. Przewoskiego).

(*Ciąg dalszy.*)

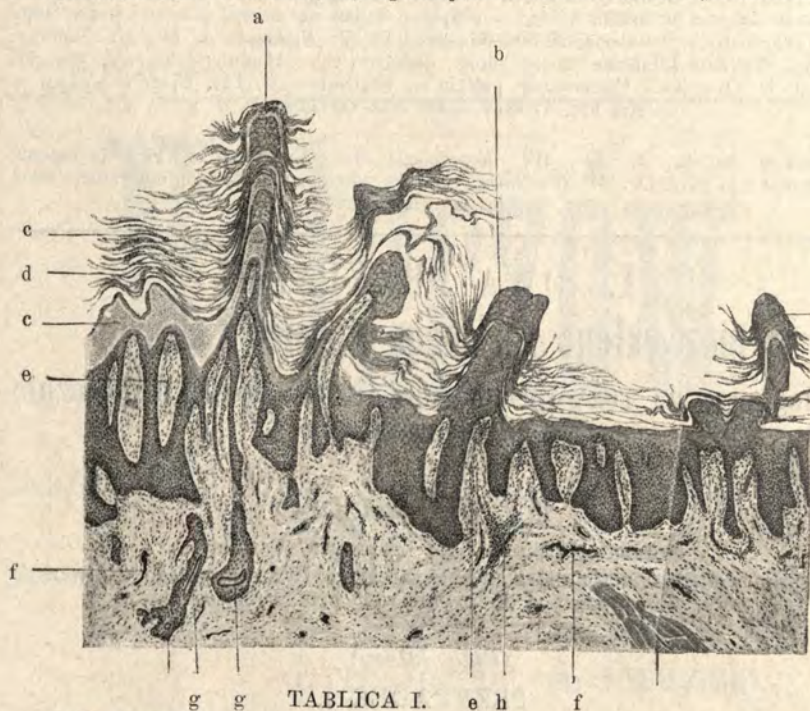
PRZYPADEK I.

Na preparatach pod małym powiększeniem zauważyć można było niezwykle bujanie warstwy kołczastej, która jakby pod postacią

cienkich brodawek wyrastała bardzo wysoko ponad powierzchnią skóry. Wyrostki takie na każdym skrawku (skrawki od 5—7 milimetrów długości) występowały w znacznej ilości od 10—20, były różnorodnej postaci. Bardzo często zauważyć można było, że wierzchołek podobnego wyrostka oddzielał się od pnia głównego i pod postacią sierpowatej czapeczki, wgłębieniem zwróconej do powierzchni skóry, leżał oddzielony swobodną przestrzenią od pnia głównego. Niekiedy występowały takie czapeczki po dwie, nawet trzy, jedna nad drugą; puste przestrzenie między tymi tworami czasami wypełnione były drobnoziarnistą, słabo barwiącą się masą.

Rozrosty warstwy śluzowej zauważyć można było nie tylko nad powierzchnią skóry; warstwa ta zawsze rozrastała się w warstwę brodawek, tak że na wszystkich preparatach w wielu miejscach wrastały długie cienkie paseczki tkanki nabłonkowej, jak by przewody gruczołów potowych, głęboko w tkankę właściwą skóry.

Stosownie do rozrostów tkanki nabłonkowej, brodawki były silnie wydłużone, i niekiedy rozrastały się wysoko ponad powierzchnią skóry, zajmując środek wyżej opisanych rozrostów warstwy kolezastej.



TABLICA I. Przy dużem powiększeniu widać było, że tkanka rogowa skóry jest niezwykle rozrosłą, zgrubiałą, przedstawia się pod postacią mo-

eno lub słabo zbitych pasem, często całkiem porozszecepianych. Pasma te składały się najczęściej z zupełnie zrogowaciałych blaszek, w których nie można było rozróżnić jąder. W innych znowu miejscach zauważyć można było przy podwójnych barwieniach w tkance rogowej wysepkami grupy wrzecionowatych a nawet jajowatych komórek, których owalne, wydłużone jądra słabo się zarysowywały i barwiły. Zaródk w tych komórkach była to szklista, to ziarnista, to siateczkowata; cała komórka taka barwiła się jednolicie—jak tkanka rogowa. Do grup takich komórek przylegały komórki, których jeszcze jądra przyjmowały alkaliczne barwniki i przedstawiały się, bądź to pod postacią wydłużonych owali, bądź to cienkich pałeczek, granice zaś komórek zlewały się ze sobą i tkanka rogowa barwiła się farbami kwaśnymi. Wyżej opisane warstwy tkanki rogowej z widocznymi jądrami występowały dość często, przyczem na jednej seryi skrawków częściej jak na innych.

Niekiedy zauważyć można było całe grupy zrogowaciałych komórek pod postacią wrzecion, leżących oddzielnie w bliskości siebie, lecz nie przylegających do siebie; środek takiej komórki był pusty, jajowatej wydłużonej postaci—miejsce odpowiadające byłemu jądru, z którego nie zostało ani śladu, i otoczka jakby łupinka, zabarwiona jednolicie. Miejscami na niektórych skrawkach widać było oddzielnie leżące płaskie, dość znacznej wielkości, komórki naskórka, w których słabo rysowały się kontury jąder, blade bez chromatyny i homogene i na jeden kolor z resztkami jąder zabarwiona protoplazma.

Nakonie, między wyżej opisanymi pasmami tkanki rogowej występowały nierównomiernie, rozmaitej wielkości ogniska leukocytów, barwiące się bardzo mocno jądrowymi barwnikami. Tkanka rogowa okrażająca takie ogniska nie była dokładnie zrogowaciałą, zauważyć bowiem można w niej było wielką ilość mocno się barwiących jąder.

Warstwa przezroczysta (Strat. lucidum Ochli) występowała pod postacią wązkiego, nie zupełnie zróżnicowanego, przezroczystego, jednolicie słabo barwiącego się paska; warstwa ta barwiła się jak i tkanka rogowa.

Warstwa ziarnista występowała nie wszędzie—niekiedy odróżnić ją można było pod postacią jednego rzędu komórek względnie małych, wrzecionowatej postaci i ubogich w ziarna keratohyaliny, w innych miejscach komórek takich było dwa rzędy—w ogóle warstwa ta była słabo rozwinięta. Na skrawkach z płynu Müllera nie była zupełnie widoczną.

Warstwa koleczasta, jak już wyżej nadmienilem, dawała niezwykle wyrostki, różnorodnej postaci i grubości wysoko wznoszące się po-

nad poziom skóry. Wyrostek taki składał się wyłącznie z tkanki nabłonkowej i niekiedy tylko zawierał w środku brodawkę, t. j. naczynia i tkankę łączną.

Wyrostki, utworzone wyłącznie z tkanki nabłonkowej, składają się z komórek strati spinosi, które przy podstawie wyrostka są formy okrągławej, wielokątnej, jajowatej, zawierają znacznej wielkości jądra, bogate w chromatyne i małą ilość protoplazmy, mającej większą skłonność do barwienia się alkalicznymi barwnikami, niż kwaśnymi. Im wyżej od postawy rozpatrujemy komórki takiego wyrostka, widzimy, że komórki zwykle powiększają się w objętości, przyjmują postać grubych wrzecion, których długa oś zazwyczaj leży równolegle do powierzchni skóry; jądro w takich komórkach przyjmuje postać wydłużonego owalu lub pałeczki, barwi się mocno jądrowymi barwnikami i umieszcza się na brzegach komórki. Zaródź w tych komórkach występuje, bądź pod postacią szklistawej, bądź drobnoziarnistej masy, która całkowicie wypełnia komórkę, lub niekiedy odstaje od jej otoczki. W niektórych w podobny sposób zmienionych komórkach jądro kurczy się i zupełnie zanika, tak że z komórki wytwarza się jednolita błyszcząca bryłka. Niekiedy jednak zaródź w komórkach w dalszych warstwach od podstawy przyjmuje wygląd siateczki wypełnionej szklistawą, błyszczącą masą; siateczka ta coraz się rozszerza, tworząc wielkie oczka, a szklistawa masa po części się wsysa, tak że w rezultacie na wierzchołku takiego wyrostka otrzymujemy pętlice tkanki rogowej, powstałe przeważnie z otoczek komórek i resztek protoplazmy. Pętlice takie zazwyczaj są puste, niekiedy zawierają jednak resztki siatkowatej zarodki i resztki pokureczonych jąder błyszczące okrągławe szkliste kulki pod postacią pałeczek lub bryłek. W tym okresie siatka, resztki zarodki i jąder zawsze barwią się kwaśnymi farbami (jak i keratyna).

Wyrostek taki ze swoich boków otoczony jest całkowicie zrogowaciałymi komórkami pod postacią falistych pasem i porozszczipianych blaszek, bądź zrogowaciałe blaszki zawierają jeszcze pałeczko-wate jądra. Od górnych zaś części takiego wyrostka zwieszają się skośnie na dół w większej lub mniejszej ilości zrogowaciałe blaszki naskórka, zazwyczaj bez jąder.

Jeżeli wyrostek taki w środku zawiera brodawkę, t. j. pętlicę naczyń z tkanką łączną, to ilość komórek strati spinosi nad nią jest bardzo znaczną, chociaż mniejszą niż w pierwszym przypadku. Naliczyć tu można od 10—25 rzędów komórek. Zmiany w tych komórkach są zupełnie analogiczne, jak w przypadku, gdzie wyrostek taki jest bez naczyń. I w tym przypadku występuje powiększenie się ko-

móreck, przyjmujących bądź to wielokątną, bądź to jajowatą lub wrzecionowatą formę; komórki są nierównej wielkości, niekiedy bardzo wielkie, zaródź ma wygląd w dolnych częściach (bliżej pętlicy naczyń) to szklistej błyszczącej, to drobnoziarnistej masy, w następstwie jak by się w części rozpyływała, w części zaś tworzyła siateczkę w komórce. Jądra się kurczą, przyjmując postać pogiętych pałeczek i bryłek, wreszcie zanikają. Niekiedy zdaje nam się, jakby komórki takie zlewały się ze sobą, zgrubiałe ich otoczki wytwarzały nieforemnej postaci i różnej wielkości pętlice, bądź to wypełnione błyszczącymi szklistawymi masami, bądź to wypełnione w części tylko resztkami jąder pod postacią pokurczonych bryłek i pałeczek i resztki zarodki pod postacią siateczki. Często pętlice takie są zupełnie puste.

Ponieważ opisane zmiany nie równomiernie występują we wszystkich komórkach, zdarza się niekiedy, że komórka powiększona, jajowatej formy z jednolitą lub słabo ziarnistą zarodnią i z pałeczkowatym jądrem, leżącym z boku komórki, umiejscowiona jest między komórkami daleko już bardziej zmienionymi t. j. między komórkami z zanikłym jądrem i siateczkowatą zarodnią (patrz Tab. 2 fig. 3).

Przy stosowaniu różnych metod barwienia komórki tych wyrostków barwiły się rozmaicie. Komórki bliżej podstawy wyrostka, lub wyrostki składające się całe z komórek napełnionych szklistą lub drobnoziarnistą zarodnią, barwiły się najczęściej całe t. j. jądro i zaródź alkalicznymi barwnikami. Tak np. przy barwieniu hematoksyną i eozyną jądra przyjmowały ciemno niebieskie zabarwienie, a zaródź barwiła się na kolor różowo niebieskawy (patrz tabl. 2 fig. 1). Siateczkowata forma komórek, lub pętlice w górnym odcinku wyrostka barwiły się zawsze farbami kwaśnymi. Ponieważ jednak zmiany komórek nie szły równomiernie i różne postaci komórek występowały koło siebie, otrzymywane były niekiedy w obok siebie leżących komórkach rozmaite zabarwienia. Tak np. przy barwieniu thioniną i eozyną protoplazma barwiła się na kolor słabo niebieski, jądra zaś barwiły się bądź to na kolor mocno niebieski, bądź to na kolor różowy.

Przy barwieniu polychromes methylenblau Unny lub błękitem metylenowym otrzymywaliśmy na kolor słabo niebieski zabarwioną szklistawą zaródź i mocno niebieskie zabarwienie jąder.

Przy użyciu płynu Ziehla protoplazma barwiła się różowo, siateczkowata zaś część protoplazmy równie jak beleczki, stanowiące grubą siatkę wyrostka, przyjmowały mocny kolor paśowy.

Barwienie według sposobu van Giessona nie udawało się. Dolna część wyrostka barwiła się jednolicie na kolor buro-paśowy

środkowe części na kolor stalowy, który u wierzchołka wyrostka przechodził stopniowo w kolor żółty.

Niekiedy dwa takie wyrostki leżały obok siebie, stykając się ze sobą brzegami; otrzymywaliśmy wtedy szerokie płaskie wyrostki, które wskutek skośnie ugrupowanych komórek łatwo było rozpoznać, że utworzone były ze zlania się dwóch oddzielnych wyrostków (patrz tabl. № 1—b).

Gdyby nam pozwolono zrobić grube porównanie, wyrostki takie podobne były do kolb od kukurydzy, pokrytej dojrzałymi ziarnami.

Warstwa strati spinosi silnie rozrośnięta. W wielu miejscach

Fig. 1

TABLICA II.

Fig. 4.

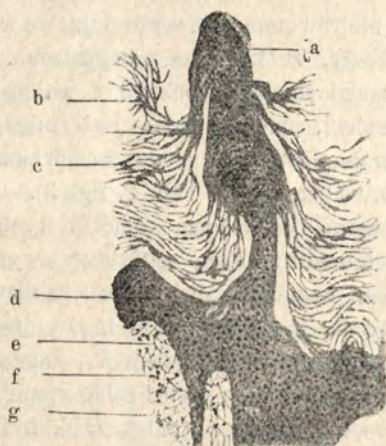


Fig. 3

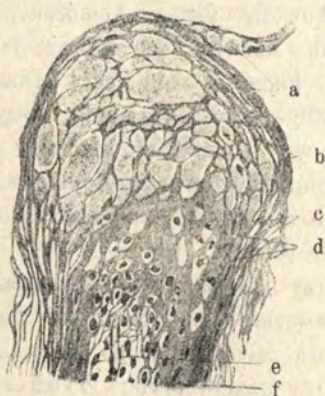
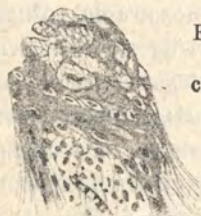


Fig. 5.

Fig. 2.

widzieć nowo powstałe wyrostki pod postacią jak by cienkich przewodów gruczołów potowych, wgłębiające się w warstwę brodawkę skóry. Niekiedy wyrostki takie dzielą się w swym przebiegu na dwa

nierównej długości. Nowo powstałe wyrostki zawierają na grubość ledwie 3, 4, 5 rzędów, bądź to wałeczkowatych, bądź to wydłużonych małych komórek, z wielkimi jądrami i małą ilością zarodki.

Górne i średnie warstwy strati spinosi zawierają duże bądź to wielokątne, bądź to jajowate lub wrzęcionowate komórki z dużym pęcherzykowatym jądrem jednym dwoma jąderkami i znaczną ilością chromatyny. Przestrzenie międzykomórkowe jasno występują, również jak i mostki między komórkami. Ku dołowi warstwa komórek kolczastych stopniowo przechodzi w warstwę komórek wałeczkowatych. Warstwa ta rozwinięta jest nadzwyczaj silnie. Niekiedy na brzegach międzybrodawkowych rozrostów warstwy nabłonkowej można naliczyć do 10 rzędów małych wałeczkowatych komórek z wielkimi jądrami i małą ilością protoplazmy. Wyżej opisane nowopowstałe rozrosty tkanki nabłonkowej, wgłębiające się w warstwę brodawek, składają się wyłącznie z wałeczkowatych komórek.

W górnych warstwach strati spinosi pod zrogowaciałym nabłonkiem zauważyć niekiedy można małe jamki puste lub wypełnione drobnoziarnistą masą, słabo się barwiącą—wysięk zapalny.

Na całej seryi skrawków w jednym miejscu zauważyć można było, że zrogowaciała część naskórka unosiła się nad warstwą kolczastą na znacznej przestrzeni. Przestrzeń ta, podobnie, jak i wyżej opisane jamy, wypełniona była drobnoziarnistą masą wysięku. Masa ta nie dawała klasycznych odczynów na włóknik

Na kilku seryjach skrawków w górnych warstwach strati spinosi bezpośrednio pod zrogowaciałym naskórkiem widać było małe gniazdo leukocytów. Oddzielne leukocyty niekiedy występowały i między komórkami strati spinosi.

Nakoniec, między komórkami warstwy wałeczkowatej czasami zauważyć można było oddzielne komórki z drobnymi ziarnami barwnika burego. Mitoz nigdy nie mogłem zauważyć.

Warstwa brodawek mocno zmieniona. Zauważyć można znaczne wydłużenie brodawek, które po większej części przyjmują konieczną nieforemną postać i często mają wierzchołki jakby skośnie ścięte. Brodawki wrastają w warstwę nabłonka nie prostopadle do powierzchni skóry, ale skośnie, tak że cięcia, czy to prostopadle do powierzchni skóry, czy trochę skośnie zawsze dają część prostopadle stojących brodawek, część leżących skośnie, niekiedy i pętlice utworzone z tkanki nabłonkowej, zawierające w środku okrągławe przecięcia brodawek. W brodawkach zauważyć można silne rozszerzenie naczyń, bardzo często naczyń z napełnieniami i rozrośniętymi komórkami śródbłonka przebiegają równoległe do osi brodawki, zajmując jej środek. W bardziej

szerokich brodawkach widać można po dwa naczynia włoskowate, leżące równolegle do siebie. Wierzchołki naczyń są wężykowato wygięte. Naczynia przeważnie puste, chociaż na niektórych seryach skrawków są napełnione czerwonymi krążkami krwi.

Tkanka łączna w brodawkach jest szerokoczkowa — wskazuje to obrzęk brodawek za życia. Komórki tkanki łącznej występują bardzo wyraźnie, są powiększone i ilościowo i pod względem wielkości. Komórki są przeważnie wrzecionowatej postaci lub jajowate z dużym jądrem i względnie nieznaną ilością protoplazmy. Leukocyty nierównomiernie spotykają się w tkance brodawek. Zazwyczaj są jednojądrowe, zawierają znaczną ilość protoplazmy, tak że trudno orzec, czy to są lenkocyty, czy też małe komórki plazmatyczne.

Oprócz wielkich jednojądrowych leukocytów w niektórych brodawkach występują i małe leukocyty z fragmentowanymi jądrami.

Wreszcie, w tkance brodawek zauważyć można i małe komórki z ziarnami burego barwnika; ilość tych komórek nie we wszystkich brodawkach jest jednakowa. Najczęściej komórki takie leżą w bliskości wierzchołków i boków brodawek.

Włókna elastyczne w brodawkach mocno rozwinięte, cienkie, słabo faliste. W skórze właściwej zmiany spotykamy nieznanne: rozszerzenie naczyń, miejscami przepelnienie ich krwią, niekiedy nieznanne nacieczenia na ich przebiegu. Niezależnie od naczyń występują niekiedy małe ogniskowe nacieczenia zdala od gruczołów i cebulek włosowych.

Włókna sprężyste skóry rozwinięte bardzo silnie, zgrubiałe, rozkładają się przeważnie w kierunku równoległym do powierzchni skóry, barwią się bardzo dobrze metodą Unny-Taentzera, słabiej sposobem Weigerta.

Około gruczołów potowych, około cebulek włosowych i ich pochweczek niekiedy spotykamy słabe nacieczenia.

Gruczoły potowe mają rozszerzone kłębki, wysłane są zwykle dwoma, niekiedy trzema warstwami wałeczkowatego nabłonka. Przy barwieniu thioniną większa ilość komórek wraz z jądrami barwi się mocno fioletowo, mniejsza na kolor błękitny.

Pochewki włosów są poroszczepiane na oddzielne blaszki rogowe. Wylot włosa ze skóry mocno rozszerzony, lejkowaty, wciągnięty głęboko wgłąb w skórę i napełniony poroszczepianymi blaszkami, przeważnie nie zawierającymi jąder.

Mięśnie skóry silnie rozwinięte. Gruczołów łojowych i nerwów nie mogłem odszukać.

D. n.

II. Zapobieganie ropnemu zapaleniu powiek u noworodków

Podał

W. Garliński.

Zapalenie ropne powiek noworodków, śluzotokiem, albo śluzopotokiem zwane (*Blennorrhoea neonatorum*) jest chorobą ostrą i grozi bardzo często zupełną utratą wzroku na obydwóch oczach. Przyczyną tej choroby jest wtargnięcie drobnoustrojów chorobotwórczych — laseczników Neissera do woreczka łącznicowego powiek. Przypadki śluzotoku noworodków nie są zbyt rzadkie: Valenta¹⁾ i Cohn²⁾ notują w swoich klinikach ocznych na każdy tysiąc chorych 15 razy zapalenie ropne powiek noworodków. U nas z powodu braku danych statystycznych trudno wyprowadzać jakiegokolwiek wniosek, bez przesady wszakże można przypuszczać, że śluzotok noworodków w Królestwie Polskiem zdarza się częściej, aniżeli w Europie zachodniej. W księdze ambulatoryjnej lecznicy ocznej łódzkiej na 4000 chorych zanotowałem 73 razy „*blennorrhoea neonatorum*“, czyli, że w stosunku do każdego tysiąca chorych pomieniona choroba powtarzała się 18 razy.

Śluzotok noworodków występuje najczęściej pomiędzy 2-im, a 5-y m dniem po urodzeniu i objawia się zaczerwienieniem i obrzękiem powiek; jednocześnie prawie ze szpary powiekowej zaczyna się sączyć wydzielina o charakterze surowiczym, która prędko zasycha na rzęsach i zlepia powieki. Przy odwróceniu powieki górnej widać, że łącznica powiek jest w tym okresie mocno nacieczoną i zaczerwienioną; łącznica gałki ocznej również nastrzyknięta krwią, tymczasem na rogówce żadnych zmian dojrzeć nie można. W ciągu dni następnych objawy chorobowe szybko się zmieniają: wydzielina staje się coraz bardziej obfita i przybiera charakter ropny; na powierzchni błony łącznej powiek zaczynają bujnie rozwijać się ciążka brodawkowate i stan nacieczenia tkanek ustępuje miejsca stanowi rozpułchnienia.

Rogówka wobec tych zjawów zachowuje się różnie: w przypadkach przebiegających łagodnie pozostaje aż do końca choroby przezro-

1) Valenta. Wien. klinische Wochenschr. 1890 № 35.

2) Cohn. Lehrbuch der Hygiene des Auges. Wien. n. Leipzig 1892.

czystą, w innych znów, już w kilka dni po wystąpieniu śluzotoku mętnieje, nasyca się ropą, pulchnieje i, nie mogąc przeciwdziałać ciśnieniu wewnątrzocznemu, pęka. Po przedziurawieniu się błony rogowej oka następuje wypadnięcie tęczówki, wtargnięcie droboustrojów do wnętrza gałki ocznej i sprawa zniszczenia oka w krótkim stosunkowo czasie zostaje dokonana, dziecko ślepie na zawsze.

Przypadki zaniewidzenia wskutek ropnego zapalenia powiek noworodków są bardzo częste i stanowią według statystyki Magnus'a³⁾ 9,49% ogólnej ilości ociemniałych.

Mówią, że znajomość wroga ułatwia walkę z nim, a śluzoropotok noworodków jest właśnie takim wrogiem, o którym wiadomości nasze są, można powiedzieć, dokładne; od czasu bowiem, kiedy w wydzielinie ocznej noworodków, cierpiących na oczy, odnalezione zostały laseczniki Neissera, geneza zapalenia ropnego powiek noworodków stała się jasną i nie podlegającą żadnej wątpliwości. Skoro dodamy, że przeciwko tym droboustrojom chorobotwórczym mamy bardzo skuteczną broń, to zdawałoby się, że zapalenie ropne powiek noworodków powinno być wymazane z szeregu chorób, trapiących ludzkość. Twierdzenie to zgadza się w zupełności ze zdaniem najślawniejszych okulistów dzisiejszej doby, według którego w prawdziwym kulturalnym społeczeństwie śluzotok istnieć nie powinien (Fuchs⁴⁾, Co hn²⁾, Trousseau⁵⁾). Ażeby dojść do takich świetnych rezultatów, do walki ze śluzoropotokiem noworodków winni stanąć zwartym szeregiem nie tylko lekarze, ale i całe społeczeństwo wraz o odnośnemi władzami administracyjnymi, inaczej wróg nasz będzie zawsze silniejszym i do ogólnej liczby niewidomych co rok będzie dołączał nowe ofiary, a na społeczeństwo całe co rok będzie nakładał nową kontrybucję w postaci obowiązku utrzymywania i opiekowania się ociemniałymi.

Rozmiary kłęski, spowodowanej kalectwem ślepoty w następstwie ropnego zapalenia powiek noworodków nie są tak małe, jakby się na pozór wydawało. Nie mówiąc bowiem o stracie materialnej i o przygnębieniu moralnem, które są udziałem najbliższej rodziny niewidomego, całe społeczeństwo ponosi uszczerbek ekonomiczny, ponieważ z jednej strony traci osobników zdolnych do pracy produkcyj-

³⁾ Magnus H. Die Blindheit, ihre Entwicklung und Verhütung. Breslau 1883.

⁴⁾ Fuchs E. Lehrbuch der Augenheilkunde VII Auflage Leipzig u. Wien 1898.

⁵⁾ Trousseau. Hygiène de l'oeil. Paris s. a.

nej, a z drugiej musi łożyć na koszt utrzymania i opiewowania się ociemniałymi. Ślepy człowiek z punktu widzenia ekonomii społecznej jest nie tylko zerem, lecz wielkością ujemną, ponieważ nic nie zarabia, a wymaga od społeczeństwa, ażeby go utrzymywało i nim opiekowało się.

Według obliczeń profesora Fuchs'a ⁶⁾ z Wiednia ogólna liczba niewidomych w całej Europie wynosi w przybliżeniu 311000, a państwa europejskie razem wzięte tracą na nich rocznie 147 milionów franków. Ponieważ $\frac{1}{10}$ część ślepych dostarcza zapalenie ropne powiek noworodków, zatem $\frac{1}{10}$ część tych strat, tj. 14,7 milionów rocznie Europa traci tylko dla tego, że nie potrafiła dotychczas zabezpieczyć się od zgubnych następstw śluzoropotoku noworodków, który właściwie nie powinien stać się przyczyną ani jednego przypadku zaniwiedzenia. Przenosząc powyższe cyfry problematyczne do stosunków Królestwa Polskiego, znajdujemy, że ogólna liczba niewidomych wynosi u nas 10,000, a budżet roczny kraju obciążony jest wydatkiem $1\frac{1}{2}$ miliona rubli na utrzymanie i opiewowanie się ociemniałymi; z sumy tej $\frac{1}{10}$ część, tj. 150,000 rubli rocznie wypada na dotkniętych kalectwem wzrokowem w następstwie ropnego zapalenia powiek noworodków.

Powyższe uwagi uznałem za stosowne, ażeby szerszemu ogółowi lekarzy polskich przedstawić ważność poruszanej przezemnie sprawy, tembardziej, że ta mała garstka okulistów, praktykujących w Królestwie Polskiem nie jest w stanie, bez pomocy ogółu lekarzy, walczyć skutecznie przeciwko prawdziwej klęsce, jaką jest bezsprzecznie śluzoropotok noworodków.

Wtargnięcie laseczników Neissera do worka łącznicowego powiek noworodka następuje najczęściej podczas aktu rodzenia, a właściwie mówiąc, zaraz po urodzeniu, dziecko bowiem w chwili przechodzenia główki przez drogi rodne matki ma oczy zamknięte i pierwsiatki zaraźliwe, znajdujące się w wydzielinie pochwy matki, osiadają na rzęsach i brzegach powiek, dopiero, kiedy dziecko po raz pierwszy oczy otworzy, mogą przeniknąć do worka łącznicowego. Zarażenie oczów podczas porodu zdarzyć się może przy długotrwałych i ciężkich porodach, a także przy nakładaniu kleszczy, kiedy skóra twarzy resp. powiek mechanicznie jest przesuwana, wówczas bowiem szczelina powiekowa łatwo się rozchyła i daje dostęp do łącznicy powiek.

⁶⁾ Fuchs E. Die Ursachen und die Verhütung der Blindheit. Festschrift. Wiesbaden 1885.

Zauważyć należy, że zdarzają się przypadki, kiedy dziecko przychodzi z rozwiniętą już chorobą oczu, a nawet niekiedy z przedziurawionymi rogówkami, ale przypadki takie są niezmiernie rzadkie i tłumaczą się przedwczesnem pęknięciem pęcherza płodowego. Nakoniec noworodek może dostać zapalenia powiek wskutek przeniesienia zarazy za pomocą nieczystych palców i t. p., od drugiego dziecka, lub od innej osoby, zarażonej lasecznikami Neissera.

Znając źródło zarazy i sposoby jej przenikania do oczów, łatwiej nam będzie orientować się w wyborze środków, zapobiegających rozwinięciu się choroby.

W porządku chronologicznym, przedewszystkiem należałoby zabezpieczyć, ażeby dziecko, mające przyjść na świat, podczas rodzenia się, nie napotkało drobnoustrojów chorobotwórczych w pochwie matki, u kobiet zatem, które podczas ciąży cierpiały na upławy, przy wystąpieniu bólów porodowych winny być stosowane obfite przemywania pochwy płynami odkażającymi. Ponieważ jednak do porodu rzadko kiedy wzywany bywa lekarz, a przemywania pochwy nie zawsze mogą być powierzone akuszerce, przeto w praktycznem zastosowaniu, daleko większe znaczenie, jako środek zapobiegawczy w sprawie powstawania śluzotoku noworodków, mieć będzie sposób odkażania oczów noworodka zaraz po urodzeniu. Dezynfekcyja powiek powinna być ściśle przeprowadzoną u każdego noworodka natychmiast po przewiązaniu i przecięciu pępowiny, kiedy dziecko nie zdażyło jeszcze otworzyć oczów. W tym celu trzeba mieć zawczasu przygotowany odpowiedni ciepły roztwór sublimatu (1:4000) lub nadmanganianu potasu (1:2000), i kilka kawałków sterylizowanej waty hygroskopijnej, za pomocą których należy bardzo uważnie przemyć skórę powiek, rzęsy i kąciki szczeliny powiekowej, starając się, ażeby przez cały czas przemywania oczy noworodka były zamknięte i dla tego radził bym zawsze podczas w mowie będącego postępowania naciągać palcem ku zewnątrz skórę na skroni, zaś przy zewnętrznym kącie szczeliny powiekowej.

Drugą kardynalną rzeczą ze względu na zapobieganie ropnemu zapaleniu powiek noworodków jest umiejętne wykąpanie dziecka. Wiadomo, że wydzielina pochwy matki osiada nie tylko na powiekacli noworodka, ale pokrywa także całe ciało jego i drobnoustroje chorobotwórcze, mogące się znajdować we wspomnianej wydzielinie, w chwili zanurzenia dziecka w kąpieli przechodzą do wody. Z tego powodu jeżeli dziecko będzie miało umytą twarz i oczy wodą kąpielową, to narażone będzie na wtargnięcie laseczników Neissera do woreczka łącznicowego powiek. Niezbędnym przeto warunkiem umiejętnego wy-

kąpania noworodka jest umycie twarzy osobno, tj. w innej wodzie i wytarcie twarzy innym ręcznikiem. Jest to reguła, od której akuszerce odstąpić nie wolno.

Skoro powyższe przepisy zostały wypełnione, niema obawy, ażeby u dziecka wystąpiło ropne zapalenie powiek.

Zmuszeni jesteśmy wszakże uwzględnić przypadki, w których z powodu złożonych warunków ciężkiego porodu niema ani chwili czasu do zajęcia się dzieckiem, a cała uwaga musi być skupionąokoło groźnego stanu matki. Natenczas należy postępować tak, jak gdybyśmy byli wobec faktu wtargnięcia zarazy do łącznicy oczów noworodka. Po ukończeniu zabiegów około matki należy przystąpić do starannego przepłukania woreczka łącznicowego powiek ciepłym roztworem sublimatu, albo nadmanganianu potasu (Valenta¹⁾); ale ścisła tualeta oka jest rzeczą bardzo trudną i może być uskutecznią jedynie wprawną ręką lekarza. Dlatego ze względu na łatwość w zastosowaniu i pewność skutku niezrównanym okazał się sposób Crédé²⁾, polegający na wkraplaniu za pomocą szklanej pałeczki 2% roztworu saletranu srebra do oka noworodka wprost na rogówkę. Metoda Crédé została już dostatecznie wypróbowaną, zalecić więc ją możemy wszędzie, gdzie tylko nie można być przekonanym, że odkażenie oczów noworodka było dokładnie wypełnione. W ostatnich czasach w szkołach dla akuszerok uczą, ażeby każdemu bez wyjątku noworodkowi zapuszczać do oczów 2% roztwór lapisu. Kierunek ten jest dobry, jeżeli mieć na uwadze praktykę akuszerok na wsi i w miasteczkach wśród ludności biednej, żyjącej w mniej higienicznych warunkach, nie może wszakże być pojmowanym bezwzględnie. Racjonalniej bowiem za pomocą odpowiednich środków nie dopuścić do wtargnięcia laseczników Neissera do oczów noworodka, aniżeli stosować silnie działające krople wówczas, kiedy zaraza już nastąpiła. Wreszcie widziałem już nieraz brudną, starą butelkę ze starym roztworem saletranu srebra w rękach akuszerok i to nieudolne zapuszczanie kropli na nos, twarz i wszędzie, byleby nie do oka. Całe szczęście, że owa niebieska butelka jest, zdaje się tylko na pokaz, albo, co gorsza, służy tylko do stosowania jej zawartości wyłącznie dzieciom lekarzy, choćby to było, przypuścmy, 5-te z kolei dziecko, a ojciec nigdy nie przechodził rzeżączki. Takie przypadki obserwowałem niejednokrotnie w Warszawie i w Łodzi.

1) Valenta. Wien. klinische Wochenschr. 1890, № 35.

2) Crédé. Die Verhütung der Augenentzündung der Neugeborenen Arch. f. Gyn. Bd. XVII, 1 pag. 50 und. Bd. XVIII.

Przytoczone spostrzeżenia nie zmniejszają wcale wartości sposobu Crédé, nie przeszkadzają jednak, ażeby raz jeszcze położyć na cisk, że akuszerka winna jest koniecznie umieć noworodkowi przemyć oczy płynem odkażającym i wykąpać go, nie zarażając oczów wodą z wanienki.

Kiedy wskutek uchybienia w przeprowadzeniu dezynfekcyi oczów noworodka, lub przez zaniedbanie sposobu Crédé, dziecko ulegnie ropnemu zapaleniu powiek, to należy przepisać energiczne leczenie, polegające na tuszowaniu łącznicy powiek 1%—2% roztworem saletrzanu srebra i na stosowaniu zimnych okładów na oczy. Leczenie śluzotropotoku noworodków w rękach doświadczonego lekarza prowadzi zawsze do zupełnego wyleczenia.

Tym sposobem przekonujemy się, że ropne zapalenie powiek noworodków nie powinno nigdy prowadzić do zupełnej utraty wzroku, bo nawet w razach, gdy nie można zapobiedz wystąpieniu tej choroby, jesteśmy jeszcze, że tak się wyrażę, panami położenia i za pomocą środków farmaceutycznych potrafimy wyleczyć każdy przypadek śluzotoku noworodków. Że jednak te wielkie zdobycze na polu zwalczania ślepoty w następstwie w mowie będącej choroby nie wpłynęły dotychczas w sposób widoczny na zmniejszenie się liczby ociemniałych, to wina już nie nauki, lecz całego społeczeństwa i władz administracyjnych.

Wina społeczeństwa polega na tem, że nie czyta popularnych prac lekarskich z dziedziny higieny ogólnej i szczegółowej, że nie wypełnia po brzegi sal odczytów publicznych, gdy na katedry wchodzi lekarz i że wogóle zbyt oziębło traktuje sprawę zdrowia publicznego.

Władze administracyjne popełniają winę, jeżeli zamało zwracają uwagi na szerzenie się chorób zaraźliwych ocznych i nie karzą surowo winnych pozbawienia wzroku niemowląt przez zaniedbanie choroby; nadto byłoby pożądanem, ażeby władze administracyjne przypisywały więcej wagi komunikatom Towarzystw Lekarskich i pomagały lekarzom w przeprowadzaniu odpowiednich zarządzeń około zabezpieczenia wzroku noworodków.

Przyznać trzeba, że prawie we wszystkich państwach europejskich istnieją odnośne przepisy, które mają moc prawa, tylko, że przepisy te są bardziej oderwane, aniżeli wyczerpujące i przez to, rzecz prosta, nie prowadzą do celu. W państwie austriackiem od roku 1882 obowiązuje prawo, na mocy którego lekarze winni stosować metodę Crédé u wszystkich noworodków; w Królestwie Saskiem zabrania się akuszerkom leczyć noworodków, chorych ua oczy; prawo rosyjskie

z roku 1878 nakazuje akuszerkom zaczynać kąpiel noworodka od umycia twarzy w osobnej wodzie. W innych znów krajach władze administracyjne zwróciły szczególniejszą uwagę na rozdawnictwo broszur popularnych, traktujących o pielęgnowaniu oczów noworodka, np. w Anglii rozdają osobom, zawiadamiającym o urodzeniu dziecka broszurę dra Roth'a, napisaną z upoważnienia *Society for the prevention of blindness*; w Hawrze w tym samym celu wydaną została broszura Brière'a; węgierskie Ministerjum Spraw Wewnętrznych poleciło rozdać odpowiednie broszury wszystkim akuszerkom.

Według naszego mniemania przedewszystkiem powinno istnieć wyraźne postanowienie odnośnych władz rządowych, dotyczące: 1-o obowiązkowego meldowania o urodzeniu się dziecka w przeciągu 24 godzin i 2-o obowiązkowego zawiadomienia miejscowej władzy o każdym wypadku choroby ocznej u noworodka, przyczem obowiązek ten wkłada się na akuszerki i rodziców. Dopóki te dwa postanowienia nie uzyskają sankcyi na drodze prawodawczej i nie zostaną wprowadzone w życie, wszystkie inne będą tylko paliatywami i walka ze śluzoropotokiem noworodków wciąż będzie bezskuteczną.

Na zakończenie przytoczę uchwały niektórych Towarzystw Lekarskich w sprawie zapobiegania ślepcie w następstwie ropnego zapalenia powiek noworodków.

Na kongresie międzynarodowym higieny w Genewie jeszcze w roku 1882 Fieuzal zaproponował, ażeby rodzicom, zawiadamiającym o przyjściu na świat dziecka, były wręczane przepisy (*avis aux parents*), dotyczące postępowania w razie, jeżeli dziecko zachoruje na oczy.

Daleko lepszym wydaje mi się projekt, przyjęty przez Towarzystwo Okulistyczne Wielkiej Brytanii i Irlandyi w dniu 12 marca 1885 roku, na zasadzie którego w nagłówku wszystkich dokumentów, dotyczących urodzenia, powinny być wydrukowane następujące wyrazy: „Jeżeli powieki są zaczerwienione i obrzmiałe, lub jeżeli przez szczelinę powiek sączy się wydzielina w parę dni po urodzeniu, to dziecko należy zanieść do lekarza, nie zwlekając jednej chwili; choroba ta jest bardzo groźna i, jeżeli nie będzie w swoim czasie leczona, to może przyprawić dziecko o utratę wzroku na obydwóch oczach“.

Te kilka wierszy są zredagowane bez zarzutu i sposób powyższy może istotnie mieć ważne znaczenie dla omawianej przez nas sprawy, szkoda wielka, że w naszym kraju przeprowadzonym być nie może, pozostaje więc chyba tylko, ażeby pisma polskie, czytywane przez ludność wiejską, pomieszczały na swych szpaltach mały kilkuwierszowy „odcinek z higieny“, w którym, pomiędzy innymi kardynalnymi

przepisami o zachowaniu zdrowia, była pomieszczoną także uchwała angielskiego Tow. okulistycznego.

W dniu 7 czerwca 1898 r. dr. G e p n e r junior wygłosił w Towarzystwie Lekarskiem Warszawskiem odezwt w sprawie ropnego zapalenia łącznicy noworodków, w którym zaproponował, by Towarzystwo Lekarskie podjęło się wydania zrozumiale napisanych rad i ostróg dla matek o tem, jak należy zapobiegać chorobie oczu u noworodków i co czynić, gdy zakażenie nastąpiło, oraz, by Towarzystwo zwróciło się do władzy właściwej z żądaniem wywarcia przymusu na akuszerki, by w każdym przypadku zapalenia ropnego łącznicy u noworodków żądały wezwania lekarza okulisty pod groźbą kary pieniężnej za niezachowanie tego przepisu.

Wnioski d-ra G e p n e r a miały być przekazane Towarzystwu Higienicznemu Warszawskiemu, dalsze wszakże ich losy nie są nam znane.



III. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. *Medycyna wewnętrzna.*

51. S o r g o J. Przyczynek do rozpoznawania tętniaków, aorty i tętnicy bezimiennej oraz o leczeniu tychże za pomocą podskórnych wstrzykiwań żelatyny (Zur Diagnose der Aneurysmen der Aorta und der Arteria anonyma und über die Behandlung derselben mit subcutanen Gelatineinjectionen, "Zeitschrift für klin. Med. B. 42, H. 1 u. 2, str. 1—49).

Przedewszystkiem zajął się autor rozstrzygnięciem pytania, czy żelatyna posiada własności hemostatyczne. W tym celu podawał różnym chorym, dotkniętym krwotokami, po 150 gramów 10% roztworu żelatyny do wewnątrz (w krwotokach żołądkowych, kiszkowych w tyfusie brzuszny, w zapaleniu nerek krwotocznem). Następnie stosował żelatynę podskórnie w 3% roztworze 50—75—100—150 Ctm. sz. Następnie starał się autor zbadać zachowanie się krwi wewnątrz żyjącej ścianki naczyń przed i po wstrzyknięciu żelatyny. Za obiekt swoich doświadczeń obrał autor jagnięta, a spostrzeżenia czynił na kawałkach podwiązanych dużych żył krezkowych.

Doświadczeniom tym autor żadnego znaczenia nie przypisuje, gdyż okazało się, że i u zwierząt, którym wstrzyknięcie żelatyny nie dokonano, już po 2—3 minutach występowały pierwsze początki krzepnięcia krwi.

Zarówno przy podawaniu do wewnątrz, jak i zastrzykiwaniach

podskórnych autor do stanowczych rezultatów nie doszedł i wyprowadza wniosek, że dotychczas nie posiadamy żadnych dowodów, przemawiających za tem, żeby żelatyna, podskórnie stosowana, lub do wewnątrz podawana wzmagała zdolność krzepnięcia krwi. W dalszym ciągu pracy donosi autor o wynikach, otrzymanych przy leczeniu tętniaków. Autor wstrzykiwał podskórnie 100—150 ctm. sz. (raz tylko musiał się ograniczyć do ilości mniejszych po nad 100, a nawet raz zmniejszyć ilość do 50 ctm. sz.) 4—5% roztworu żelatyny (tylko do pierwszych 1—2 iniekcji używał roztworu 1—2%) w odstępach czasu 3—5 dniowych (niekiedy dłuższych, gdy stan chorych tego wymagał: Dyspnoe, Angina pectoris). — Żadnej innej metody leczenia autor przy tem nie stosował (jodu), a środki lekarskie o tyle tylko przepisywał, o ile tego wymagało leczenie objawowe. Pacjenci przez cały czas leczenia leżeli w łóżku, byli, o ile to było rzeczą możliwą, na dyecie mlecznej, w tych zaś razach, gdy dyeta taka nie dała się przeprowadzić, otrzymywali pacjenci nadto bułkę, 2 jaja i 1 raz dziennie mięso wołowe z jarzyną, ale żadnych zup, ani mięsa pieczonego. Doświadczenia swoje przeprowadził autor na 6 pacjentach, dotkniętych tętniakiem aorty, lub łuku tęjże. Wstrzykiwań dokonywano w uda i brzuch. — Wstrzykiwania te były bolesne, miejsca po wstrzyknięciach również bolesne na ucisk, niekiedy ból po wstrzyknięciu promieniował do lewej połowy klatki piersiowej, do okolicy łopatki, lub do piersi.

Często występowała gorączka (po pierwszych wstrzyknięciach prawie stale) powyżej 38° C, raz do 39,2, zwykle w 6—8 godzin, lecz po kilku godzinach ustępowała. Ostatnie wstrzykiwania stale nie wywoływały gorączki. W 1 przypadku wystąpiła duszność i w 1-y m po wstrzyknięciu skarżył się pacjent na ból głowy, na uczucie gorąca w całym ciele (ciepłota nie była podwyższona) oraz na uczucie, jak gdyby serce mu bić przestało.

Jakkolwiek dolegliwości subiektywne w niektórych razach po wstrzykiwaniach zmniejszyły się, to poprawy pod tym względem nie przypisuje autor wstrzykiwaniom, lecz dyecie mlecznej i leżeniu w łóżku i sądzi, że przy decydowaniu o wartości leczniczej wstrzykiwań podskórnych żelatyny w tętniakach daleko większą wagę przywiązywać należy do objawów obiektywnych. Ażeby pod tym względem mózdz coś stanowczego orzec, autor poddaje swoje przypadki łącznie z zebranymi z literatury krytycznej ocenie: podległo jej ogółem 48 przypadków, z których:

1) w 13 przypadkach niewątpliwie utworzył się w worku tętniaka skrzep.

2) w 21 przypadkach wstrzykiwania nie osiągnęły najmniejszego efektu; 3) w 7 przypadkach wyniki, podług autora, były wątpliwe, 4) 6 przypadków zupełnie, zdaniem autora, nie nadaje się do oceny. Tak więc, z pomiędzy 34 przypadków tętniaka aorty, w 13 utworzył się skrzep w tętniaku, w 21 skrzep się nie utworzył. W tych 13 przypadkach, w których z pomyślnym skutkiem dokonywano wstrzyknięć podskórnych żelatyny, miano zawsze do czynienia z ograniczonym tętniakiem workowatym; z pomiędzy 21 przypadków

leczonych powyższą metodą bez skutku, w 4 miano do czynienia na pewno, a w 1 przypuszczalnie z tętniakiem workowatym. Z pomiędzy 18 zatem przypadków tętniaka workowatego wywołano skrzep w 13 przypadkach; z pomiędzy 16 przypadków rozlanego tętniaka zawsze wstrzykiwania pozostały bez skutku. Tak więc, dane statystyczne upoważniają nas, według autora, do potwierdzenia poglądu, wypowiedzianego przez Lancereau'a, że jedynie w tych przypadkach możemy liczyć na pomyślny rezultat, w których mamy do czynienia z tętniakiem workowatym. Z tego jednak faktu, że w tętniaku workowatym utworzył się skrzep, nie możemy, zdaniem autora, wyprowadzać wniosku, że wytworzenie się skrzepu nastąpiło wskutek wstrzykiwań żelatyny, a nie w następstwie jakichkolwiek innych czynników (leżenia w łóżku, ścisłej dyety zwłaszcza mlecznej).

Ostatecznie wyprowadza autor następujące wnioski: 1) przy stosowaniu wstrzykiwań podskórnych żelatyny w dużej ilości przypadków tętniaków workowatych tworzy się skrzep w tętniaku; 2) skrzep ten nie tworzy się w przypadkach rozlanego rozszerzenia aorty; 3) w wielu przypadkach krwotoków najrozmaitszego pochodzenia następuje powstrzymanie krwotoku po zastosowaniu żelatyny miejscowo, lub podskórnio; 4) nie wiemy, czy tworzenie się skrzepu w worku tętniakowym oraz powstrzymanie się krwotoku są następstwem leczenia za pomocą żelatyny, a to z następujących powodów:

a) ponieważ w tętniakach może nastąpić poprawa dzięki zastosowaniu dyetetycznego trybu życia i spokojnego leżenia w łóżku; b) ponieważ w wielu przypadkach nie następuje działanie hemostatyczne; c) ponieważ w niektórych przypadkach mamy do czynienia z przypadkowym zbiegiem okoliczności; d) głównie zaś dla tego, ponieważ do dziś dnia nie posiadamy żadnych dowodów doświadczalnych, przemawiających za tem, żeby żelatyna wstrzyknięta podskórnio posiadała własności ścinające. 5) Wstrzykiwania nie są niebezpieczne nawet w silnych roztworach, skoro dekonywane są z zachowaniem ścisłej aseptyki. 6) Bóle, spowodowane wstrzykiwaniami, mogą wywierać na stan chorego tylko wpływ korzystny przez to, że zmuszają chorego do zachowania spokoju. 7) Cierpienia nerek nie stanowią przeciwwskazania do stosowania żelatyny do wewnątrz; co się tyczy wstrzykiwań podskórnych, to kwestya ta pozostaje jeszcze do rozstrzygnięcia.

2-ą część pracy autora stanowi *przyczynę do symptomatologii i rozpoznania tętniaków aorty i tętnicy bezimiennej*.

U 51-letniego mężczyzny rozpoznął autor rozlany tętniak aorty wstępującej i łuku aorty oraz workowaty tętniak tętnicy bezimiennej (Aneurysma aortae ascendentis et arcus aortae et Arteriae anonymae cum compressione tracheae et paralysi n. recurrentis sin). U chorego tego zauważyć było można pewien rzucający się w oczy objaw, mianowicie: zwolnienie oddechów do 12, 10 i, wreszcie, do 9 na minutę, przyczem wydech był mocno wydłużony, sakkadowany. Zwolnienie oddechów łatwo tłomaczyć się dało wysokim stopniem zwięzienia tchawicy. Jednak godnym zaznaczenia był fakt, że wydech był *sakkadowany* w taki sposób, że *współcześnie* (synchronicznie) z działalnością

serca następowało znaczne *wzmoczenie stridoris wydechowego* i mianowicie *współcześnie z rozkurczem serca*.

Z mało dotychczas uwzględnianych objawów obiektywnych, spotykanych w tętniaku aorty, podnosi autor obecność 2 *głośnych tonów* lub tylko 2-go *głośnego tonu* ponad tętnikiem. Objaw ten, opisany przez v. Schröttera, mało, lub wcale nie jest uwzględniany w podręcznikach. Autor wielokrotnie przekonał się, że obecności tego głośnego 2-go tonu należy przypisać duże znaczenie przy rozpoznawaniu tętniaka aorty. Autor podziela zdanie v. Schröttera, że ten 2-gi głośny ton, słyszalny w określonym miejscu ponad tętnikiem, nie jest przeniesiony z zastawek aorty, lecz że powstaje on napewno w samym tętniaku i dla tego objaw ten przemawia stanowczo na korzyść tętniaka.

W dalszym ciągu zaznacza autor występowanie *ponad tętnikiem* obok szmeru skurczowego—*szmeru rozkurczowego*. Szmer ten może występować również i w tych przypadkach, w których niema jednocześnie organicznej, lub względnej niedomykalności zastawek aorty i wtedy musi powstawać w samym tętniaku.

Wreszcie, opierając się na spostrzeganym przypadku, wypowiada autor zdanie, że z wielkim prawdopodobieństwem należy rozpoznać tętniak tętnicy bezimiennej *w razie obecności szmeru rozkurczowego, którego maximum napięcia znajduje się ku górze od 2-go międzyżebra oraz w razie obecności szybkiego tętna* (pulsus celer) (ewentualnie i tonów w tętnicach, tętna włoskowatego (*wyłącznie w okolicy, unaczynionej przez art. anonyma*). Józef Winiarski.

52. Grenet H. i Piquand G. **Leczenie tętniaków trunci brachio-cephaliciej za pomocą metody Brasdor'a i tętniaków wogóle wstrzykiwaniami podskórnymi żelatyny.** (Traitement des anévrysmes du tronc brachio-céphalique par la méthode de Brasdor et des anévrysmes en général par les injections sous-cutanées de gélatine". Archives Générales de Médecine—maj i czerwiec 1901 r.)

Autorzy na zasadzie jednego spostrzeganego przypadku tętniaka trunci brachio-cephaliciej i 87 przypadków zebranych z literatury przysłażli do następujących wniosków:

1) Podwiązanie równoczesne tętnicy sennej i podobojczykowej jest jedynym skutecznym zabiegiem w leczeniu tętniaków trunci brachio-cephaliciej.

2) Zabieg ten jest mało niebezpieczny, jeśli wziąć pod uwagę tylko następujące przeciwwskazania: a) zamknięcie drożności tętn. sennej lewej, co może wywołać objawy mózgowe; b) rozszerzenie i niedostateczność aorty, co czyni zabieg niebezpiecznym.

3) Zabieg ten, gdzie można, powinien być stosowany zawsze, gdyż podwiązanie wpływa na zmniejszenie poprzednich uszkodzeń, ponieważ następuje wówczas rozszerzenie naczyń obocznych, które zastępują tętnicę główną; tętniak nie leczony operacyjnie może się zwiększać, wywierać ucisk na naczynia sąsiednie i wywołać zamknię-

cie światła tętnicy sennej lub kręgowej ze strony lewej, a to czyni już podwiązanie niemożliwym ze względu na możliwość wystąpienia objawów mózgowych.

4) Z chwilą, gdy z powodu wielkości tętniaka podwiązanie tętnicy podobojczykowej staje się niemożliwym, należy stosować podwiązanie tętnicy pachowej w jamie podpachowej; sposób ten dał wyniki dobre (Monod, Gerard, Marchant), lecz w pewnej liczbie przypadków jest niedostateczny, ze względu na ułatwione przywrócenie krążenia w tętniaku za pomocą naczyń obocznych.

5) Jeśli, nie bacząc na podwójne podwiązanie, guz zwiększa się w kierunku jamy podobojczykowej prawej, można spróbować nałożenia podwiązki na główne naczynia oboczne tętnicy podobojczykowej zwykle na tętnicę kręgową. Jeśli guz zwiększa się w kierunku jamy podobojczykowej lewej, można tytułem próby podwiązać tętnicę podobojczykową lewą.

Co się tyczy stosowania w celach leczenia tętniaków wogóle wstrzykiwań podskórnych żelatyny, to autorzy na zasadzie 100 przypadków, zebranych z literatury, przysli do następujących wniosków

1) Wstrzykiwania podskórne żelatyny są wskazane jedynie tylko w tętniakach workowatych (*Lancereaux*). Według Bourdill'a działanie dodatnie żelatyny nie polega tylko na tem, że sprzyja ona tworzeniu się skrzepów, lecz że i sama może tworzyć skrzepy w tętniakach wrzecionowatych.

2) Ból i gorączka, które często towarzyszą wstrzykiwaniom, są bezpośrednio spowodowane działaniem żelatyny.

3) Możliwość tworzenia się zatorów i zakrzepów masowych nie jest zupełnie dowiedziona.

4) Jeśli żelatyna, przechodząc do krwi, nie podlega odpowiednim przemianom, to możliwą jest rzecza, że zwiększa wtedy ciśnienie na mało odporne ściany tętniaków.

5) Nie bacząc na dużą ilość chorych, którym wstrzykiwania żelatyny przyniosły ulgę, nie można wyprowadzać żadnych wniosków ostatecznych, ponieważ spostrzeżenia w większej ilości przypadków były niedokładne.

6) Doświadczenia jak również dane kliniczne nie pozwalają przesądzać o znaczeniu leczniczym żelatyny. Wiadomo, że żelatyna, wstrzyknięta pod skórę, wchłania się, lecz nie wiemy, czy ulega wessaniu jako tako. Jeżeli przypuścimy, że nie podlega ona żadnym zmianom, przechodząc do krążenia, należałoby zbadać, celem poznania jej wpływu leczniczego, nie tylko jej działanie natychmiastowe, lecz także działanie późniejsze, które może być różne.

7) Należy przeprowadzić nie tylko badania kliniczne, lecz i doświadczenia nad działaniem wstrzykiwań podskórnych żelatyny.

Wł. Zenczykowski.

53. Hampeln P. O tętniakach aorty i guzach śródpiersia („Ueber Aortenaneurysmen und Mediastinaltumoren.“ Zeitschrift für klin. Med. B. 42, H. III u. IV. Str. 227—250).

Autor zajął się rozpatrzeniem krytycznym objawów, spotykanych w tętniakach aorty i guzach śródpiersia i, opierając się po części na osobiście spostrzeganych w ciągu ostatnich 15 lat 95 przypadkach tętniaka aorty oraz 15 przypadkach guzów śródpiersia, po części zaś na danych zaczerpniętych z literatury dochodzi do wniosków następujących:

Do głównych objawów, zdradzających cierpienie śródpiersia w ogólności, zaliczyć należy zwężenia i porażenia uciskowe, ostatnie głównie w dziedzinie n. recurrentis, jednostronne, lub nawet obustronne.

Z pomiędzy zwężeń pierwsze miejsce zajmuje *zwężenie tchawicy* w 20^o/o przypadków autora), które już samo przez się przemawia za istnieniem tętniaka aorty. Z pośród 20 przypadków, w których wystąpiło zwężenie tchawicy, w 18 przypadkach miał autor do czynienia z tętniakami aorty, a tylko w 2 z nowotworem.

Mniejsze znaczenie posiadają *zwężenia oskrzeli*, ponieważ trudniej je rozpoznać. Spotykają się one w równym stopniu co do częstości w tętniakach, jak i w nowotworach.

Zwężenia stałe przetyku należą do objawów najważniejszych pod względem rozpoznawczym, ale tylko w sensie ujemnym, gdyż pozwalają prawie z pewnością na wykluczenie cierpienia śródpiersia w pojęciu ściślejszem, szczególnieją tętniaka aorty i, z rzadkimi wyjątkami, wskazują na *cierpienie samego przetyku* (rak lub zwężenie).

Porażenia ewent. niedowłady nerwu zwrótnego (n. recurrentis) lewostronne należą do najczęstszych objawów cierpienia śródpiersia w pojęciu ściślejszem. Z pośród 30 przypadków takich porażań, spostrzeganych przez autora, w 25 miał on do czynienia z tętniakami, w 5—z nowotworem śródpiersia. W przypadkach wątpliwych, gdy badanie obiektywne daje ujemne pod innym względem wyniki, porażenie n. recurrentis, występujące u osobników w wieku podeszłym, zwłaszcza gdy wystąpiło charłactwo, mniej lub więcej wyraźne, przemawia za nowotworem, natomiast gdy porażenie to występuje u osobników w wieku średnim i, jeżeli zwłaszcza mamy syfilis w wywiadach, to powinniśmy myśleć również i o tętniaku aorty.

Wreszcie, zdaniem autora, do ważnych objawów tętniaka aorty należą *krwotoki płucne zwiastunowe* („praemonitorische Lungenblutungen“). Na objaw ten zwrócił autor uwagę już w r. 1892 i opisał go jako „habituelle praemonitorische Perforationsblutungen“, a w nowszych czasach objaw ten uwzględniają: Ebstein i Senator. W jednym przypadku autora krwotoki takie wystąpiły na 4 miesiące, w 2-im na 1½ roku przed śmiercią. Należy mieć jednak na uwadze, że krwotoki takiegoż samego charakteru występują również i w raku płuc lub oskrzeli.

Przy stawianiu rozpoznania należy się również posiłkować i badaniem *za pomocą promieni Roentgena*, zwłaszcza *prześwietlaniem*.

Niekiedy dają się tym sposobem zauważyć ruchy pulsacyjne, które wówczas przemawiają za tętniakiem, a przeciwko nowotworowi, podczas gdy brak ich przemawia za nowotworem. Autor zwraca jednak uwagę, że o wartości metody tej nie można jeszcze wypowiedzieć ostatniego zdania, ponieważ ogłoszone są już przypadki, w których doprowadziła ona do mylnego rozpoznania. Zależy to od następujących okoliczności: przedewszystkiem przy prześwietlaniu, wogóle, trudno zauważyć ruchy pulsacyjne na aorcie,—następnie, jak tego uczy doświadczenie kliniczne, może ich nie być w tętniaku, zwłaszcza w tych przypadkach, w których tętniak wypełniony jest dużymi skrzepami i, odwrotnie, solidny nowotwór może wykazywać ruchy pulsacyjne, udzielające się mu od przylegającej doń aorty, nadto cienie spowodowane tętniakami zstępującej aorty piersiowej mogą być przykryte cieniami zależnymi od serca i przepony. *Józef Winiarski.*

54. Hóldmoser C. **Przyczynę do symptomatologii i rozpoznania przedziurawień tętnicy płucnej przez tętniaki aorty wstępującej.** („Beitrag zur Symptomatologie und Diagnose der in die Pulmonalis perforirenden Aneurysmen der Aorta ascendens.“ Zeitschrift für klin. Med. B. 42, H. II u. III, Str. 251—273).

Tętniaki aorty wstępującej, rozszerzające się w kierunku tętnicy płucnej i wywierające na nią ucisk, lub nawet przedziurawiające ją, nie należą do przypadków częstych, dlatego rozpoznanie takiego tętniaka napotyka na niemałe trudności.

Autor opisuje 1 taki przypadek. Dotyczył on mężczyzny 48-letniego, który zgłosił się do szpitala, skarżąc się na silny kaszel, trwający od 9 tygodni i występujący w postaci napadów, zwłaszcza w nocy, i połączony z odpływaniem obfitej ilości śluzu. Nadto choroby doznawał przy prędkim chodzeniu, lub przy wstępowaniu na wschody duszności, połączonej z uczuciem ucisku w piersi. W ostatnich czasach przed zapisaniem się do szpitala, dolegliwości chorego nieco się zmniejszyły. Po 2 tygodniach pobytu chory wypisał się ze szpitala z poprawą subiektywną, lecz w 2 miesiące później przybył ponownie w stanie znacznego pogorszenia i wśród objawów niedomogi serca po upływie miesiąca zmarł. Z objawów fizykalnych największe w 2-iem międzyżebrzu, następnie wyraźnie wyczuwalne brzęczenie na miejscu tętnienia oraz głośny szmer skurezowy, który najwyraźniej słychać było w tem miejscu, który jednak rozprzestrzenił się i na prawo, a zwłaszcza na lewo; słychać go było również i z tyłu zarówno na prawo, jak zwłaszcza na lewo od kręgosłupa, na wysokości kąta łopatki, natomiast nie można było słyszeć go wyraźnie ponad naczyniami szyjowymi.

W początkach choroby (podczas pierwszego pobytu chorego w szpitalu) stwierdzał autor nadto w tem samym miejscu i szmer rozkurezowy, którego jednak przez cały czas powtórnej obserwacji chorego stwierdzić nie mógł. Nadto stwierdzał autor u tego chorego

rozszerzenie i przerost lewej komory (w słabszym stopniu i prawej) serca wraz z wyraźną akcentuacją 2-go tonu tętnicy płucnej, szybkie tętno (pulsus celer) oraz stłumienie na mostku i na lewo od tegoż, opowiadające okolicy tętniącej, wreszcie zupełne porażenie lewego N. recurrentis. Badanie za pomocą promieni Roentgena wykazało, że główne zmiany dotyczyły cienia śródpiersia w 2-iej międzyżebrowej: cień rozprzestrzenił się tam na prawo w postaci płaskiego łuku ponad kręgosłup, natomiast lewy cień obwodowy był w dwojnásób szerszy od prawidłowego, jednak postać jego nie uległa zmianie. W 1-iej międzyżebrowej cień ten zachodził tylko trochę na lewo, na prawo zaś wcale.

Jakkolwiek początkowo myślał autor o tętniaku tętnicy płucnej, to jednak ostatecznie rozpoznanie kliniczne brzmiało: Tętniak aorty wstępującej w miejsce przejścia tejże w łuk oraz niedomykalność zastawki dwudzielnej (Insufficiencia mitralis). Badanie pośmiertne wykazało: Tętniak aorty wstępującej, rozszerzający się na lewo, drażący do tętnicy płucnej i uciskający ją. Interesującym wynikiem badania pośmiertnego był i z tego względu, że prawa zastawka tętnicy płucnej była zrosnięta z jej ścianką i że na wierzchołku wypukłego w kierunku tętnicy płucnej tętniaka znajdował się otwór perforacyjny nieco większy od ziarnka grochu; otwór ten posiadał brzegi zgrubiałe i, oczywiście, powstał już na długi czas przed śmiercią pacjenta. Ku obwodowi od miejsca uciśniętego tętnikiem tętnica płucna była dość silnie rozszerzona. Nadto znaleziono silne rozszerzenie i przerost lewej komory serca, rozszerzenie prawej komory i umiarkowany tylko przerost tejże. Zestawiając wyniki badania klinicznego z danymi sekcijnymi, autor przedewszystkiem twierdzi, że za życia pacjenta musiała istnieć jeżeli nie organiczna, to w każdym razie czynnościowa niedomykalność zastawki dwudzielnej, następnie zastanawia się nad tem, z kąd pochodził głośny szmer skurczowy i silne brzęczenie, które najwyraźniej występowały w 2-iej międzyżebrowej na lewo od mostka i dochodzi do wniosku, że mogły tu odgrywać rolę 3 czynniki: 1) tętniak wskutek ruchów wirowych, tworzących się w worku tętniaka, lub też w przejściu z aorty do tętniaka; 2) otwór perforacyjny tętniaka do tętnicy płucnej i 3) spowodowane tętnikiem zwężenie pnia tętnicy płucnej. Ostatnią możliwość uważa autor za najprawdopodobniejszą.

W dalszym ciągu pracy przytacza autor odnośne przypadki z literatury i, rozpatrzywszy je, zwraca uwagę na pewną zgodność opisów, dotyczących pojedynczych przypadków, mianowicie: prawie we wszystkich przypadkach stwierdzono głośny *szmer skurczowy* i *frémissement* wraz ze stłumieniem w 2-iej międzyżebrowej na lewo od mostka. W większości przypadków szmer słyhać było i z tyłu, zwłaszcza na lewo od kręgosłupa; w niektórych przypadkach szmer słyhać było i ponad tętnicami sennemi.

Co się tyczy miejsca powstawania szmeru, to niektórzy autorowie sądzą, że szmer ten powstaje w zwężonej tętnicy płucnej, inni zaś—że w samym tętniaku. Wreszcie, zastanawiając się nad wynikami badania swego przypadku za pomocą promieni Roentgena,

autor wyraża zdanie, że jeżeli otrzymamy tak *znaczną cień na lewo od mostka*, to, prawdopodobnie, zachodzi *stosunek* pomiędzy ewentualnym *tętniakiem aorty, a tętnicą płucną.* Józef Winiarski.

55. J. Krzyszkowski i J. Wieczkowski. **Tętniak pnia tętnicy płucnej, wielokrotne tętniaki rozgałęzień tejże tętnicy i przewód Botalla otwarty.** (Przegląd lekarski, 1901 r. № 48 i 49).

Tętniaki tętnicy płucnej należą do bardzo rzadkich zmian. Do roku 1868 zebrał Goldbeck z literatury 20, przeważnie anatomicznych przypadków, ogłoszonych zaś drukiem od tego czasu zebrał autorzy przypadków 10. Jeszcze rzadziej występuje tętniak tętnicy płucnej w towarzystwie otwartego przewodu Botalla. Dotychczas ogłoszono takich przypadków 2, trzeci przytaczają autorzy; dotyczył on 17 letniej dziewczyny, która na 3 tygodnie przed wstąpieniem do szpitala zaczęła gorączkować, kasłać, straciła łaknienie, miała poty nocne i doznawała klucia w klatce piersiowej z prawej strony. Obiektywnie stwierdzić było można: wybitny pilujący szmer skurczowy, słyszalny najwyraźniej w 2 i 3 międzyżebrowym i przechodzący się więcej na lewą niż na prawą stronę i przechodzący do tętnic dogłowych (silniej do lewej); u wierzchołka serca 1-szy ton bez szmeru, tylko nieczysty; 2-gi ton tętnicy płucnej silnie wydźwiękowy; słumienie pasmowe, rozpoczynające się z lewej strony mostka od obojczyka i tuż przy mostku dochodzące do 3 żebra, gdzie się zlewa ze słumieniem serca, które jest rozmiarów prawie prawidłowych. Lekkie, widzialne i wyczuwalne wstrząśnienie w okolicy 2 i 3 żebra. Gorączka była stale wysoką i dochodziła do 40° C., od czasu do czasu występowały dreszcze. Piwocina przez cały czas pobytu chorej w szpitalu była śluzoropna bez domieszki krwi. Stan ogólny chorej był niezły, jedynie kaszel bardzo jej dokuczał, zresztą zachowywała się swobodnie, chodziła po soli, dopiero na 2 dni przed śmiercią wystąpiła znaczna duszność i krwotok płucny, które położyły kres życiu.

Przy badaniu pośmiertnym znaleziono: w obu płucach liczne zawały krwawe (infarkty) i zapalenie przewlekłe ropne (pneumonia chronica abscedens dispersa), w prawym płucu nadto thrombosis embolica art. pulmonalis, w lewym zaś tętniaki rozgałęzień tętnicy płucnej. Pericarditis fibrinosa. Hypertrophia ventriculi dextri. Przewód Botalla otwarty. Tętniak workowaty (aneurysma sacciforme) pnia tętnicy płucnej, umiejscowiony na przedniej i górnej ścianie tejże i częściowo przechodzący na lewą jej gałązkę. Worek tętniaka miał kształt eliptyczny, brzegi otworu doń prowadzącego były znacznie zgrubiałe; do ściany worka silnie przylegały białe, warstwowane skrzepy. Tętniak leżał na 2½ ctm. ponad początkiem tętnicy płucnej. Światło tejże i zastawki zmian nie przedstawiały.

Badanie drobnowidzowe stanowczo przemawiało przeciwko pochodzeniu pasorzytniczemu tętniaka, a wskazywało na pochodzenie twardełowe (sklerotyczne). Za czynnik wywołujący twardeł, zda-

niem autorów, należy uważać zwiększone ciśnienie krwi w krążeniu małym, wywołane obecnością otwartego przewodu Botalla i następowym przerostem prawego serca. W drożności przewodu Botalla dopatrują się autorzy ważnego i jedyne go czynnika, wywołującego powstanie tętniaka pnia tętnicy płucnej.

Rozpoznanie tętniaka tętnicy płucnej jest nadzwyczaj trudnem, niektórzy klinicyści uważają je za wprost niemożliwe, jak np. Duchek; Oppolzer sądzi, że rozpoznanie to jest niemożliwe, jeżeli niema na klatce piersiowej guza tętniącego. W przypadku autorów nasuwało się przypuszczenie tętniaka tętnicy płucnej, gdyż było stłumienie i wstrząśnienie w 2-iem i 3-iem międzyżebżu lewem oraz szmer skureczowy w temże miejscu. Według Bamberger'a, te właśnie objawy są niezbędne, jeżeli chcemy się pokusić o rozpoznanie tętniaka tętnicy płucnej.

Józef Winiarski.

56. V. Chappet i L. Gallavardin. **Przypadek pęknięcia aorty wskutek owrządzenia ściany pochodzenia niemiażdżycowego, z uprzedniem odłuszczeniem warstw wewnętrznych naczynia.** (Archives Générales de Médecine, Juin 1901, str. 688—716).

Przypadek, podany przez autorów, należy do rzędu t. zw. pęknięć aorty samoistnych, tj. bez zmian w średnicy naczynia. Dotyczył on mężczyzny 30-letniego, chorego na zapalenie nerek przewlekłe ze znacznym przerostem serca. Śmierć nastąpiła nagle, w parę chwil po wizycie lekarza, który nie dostrzegł żadnych groźnych objawów.

Badanie pośmiertne wykazało, co następuje:

Worek osierdzia wypełniony prawie w całości skrzepami krwi. Aorta, co do średnicy zupełnie prawidłowa, na tylnej powierzchni, na 1 cm. powyżej zastawek półksiężycowych, posiada otwór wielkości soczewki—źródło krwotoku. Ściana naczynia składa się z 2 cylindrów, jeden wewnątrz drugiego, odseparowanych na znacznej przestrzeni, gdyż poczynając od miejsca przedziurawienia, aż do punktu wyjścia dużych naczyń z łuku aorty. Otwór w aorcie stanowi dno owrządzenia na wewnętrznej powierzchni naczynia. Drugi otwór, znacznie większy, znajduje się u góry w ścianie cylindra wewnętrznego i łączy przestrzeń międzywarstwową z właściwem światłem naczynia.

Przy badaniu drobnowidzowem okazało się, że odłuszczenie cylindra wewnętrznego nastąpiło w tunica media naczynia, tak iż $\frac{1}{3}$ jej wraz z tunica adventitia należą jeszcze do cylindra zewnętrznego, $\frac{2}{3}$ zaś mediae i intima—stanowią cylinder wewnętrzny. W brzegach otworu perforacyjnego w media i intima nie znaleziono ani ziarenek drobinowych ani rozpadu tłuszczowego, ani innych zmian, któreby wskazywały na sprawę miażdżycową. Natomiast w adventitia znaleziono ognisko zapalne z obliteracją drobnych naczyń, co doprowadziło do martwicy tkanek niżej leżących i ostatecznie do wytworzenia owrządzenia na wewnętrznej ścianie naczynia.

Wogóle, sposoby pęknięcia aorty samoistnego, podług autorów, bywają następujące: 1) W rzadkich przypadkach otwór wygląda jakby był utworzony za pomocą troakara, z tą różnicą, że brzegi są nierówno postrzępione. Bywa to przy jednakowym zajęciu wszystkich trzech błon naczyń, kiedy krew odrazu przerywa ściankę. 2) Krew, zanim przerwie ściankę, podminowuje wewnętrzne jej warstwy na mniej lub więcej znacznej przestrzeni, przyczem jednak średnica naczyń pozostaje niezmienną. Warstwy odseparowane zwieszają się w postaci szmata wewnątrz naczyń. 3) Nazwa tętniaka międzywarstwowego (aneurysma dissecans) winna być zachowaną dla tych przypadków, kiedy krew, odłuszczając warstwy wewnętrzne naczyń, rozciąga zarazem zewnętrzne, tworząc rozstrzeń miejscową, w postaci worka. Pęknięcie tętniaka tego może nastąpić wprost do jamy osierdziejowej, albo też — 4) do przestrzeni podośrodkowej lub łącznotkankowej dokoła aorty. Mamy wtedy tętniak międzywarstwowy i zarazem tętniak rzekomy, który ostatecznie może się przerwać do jamy osierdza lub opłucnej (przypadki Crooke'a i Saguet'a). Co do etyologii pęknięć samoistnych aorty, ta bywa następująca: 1) Zanik prosty ścianki aorty, zdarzający się najczęściej u osobników młodych (14—20 lat). Światło naczyńa bywa nieraz tak zwężonym, że przepuszcza zaledwie mały palec. 2) Najczęstszą przyczynę stanowią zmiany miażdżycowe w naczyniu. Dodać należy, że często-kroć spotykamy przypadki, w których aorta jest usiana owrzodzeniami miażdżycowymi, a pęknięcie nie nastąpiło, i odwrotnie, niewielkie zmiany prowadzą nieraz do przedziurawienia. 3) Sprawa zapalna z przebiegiem ostrym lub podostrym, jak w przypadku autorów, swoista (np. gumat syfilityczny), lub nieswoista.

W razie, jeżeli sprawa miażdżycowa, lub inna doprowadzi do owrzodzenia wewnętrznej powierzchni naczyńa, dalsze zmiany zależą w całości od stopnia wytrzymałości adventitiae, stanowiącej dno owrzodzenia. Skoro wytrzymałość ta jest niewielka, następuje przedziurawienie; jeżeli znaczna, może być wynik dwojaki:

1) Albo następuje odłuszczenie warstw wewnętrznych naczyńa, czasem na całym obwodzie, jak w przypadku podanym. Zdaniem autorów, zazwyczaj odłuszczenie ma miejsce w media, która posiada ku temu najwięcej warunków, nie zaś między media i intima, jak sądzi większość, ponieważ między temi błonami niema wyraźnego odgraniczenia, przeciwnie części składowe są silnie sprężone.

Koniecznym warunkiem jest, aby zmiany miażdżycowe nie były zbyt posunięte, gdyż te, czyniąc ściankę mniej oporną pod względem fizyologicznym, spajają ją zato i umacniają w kierunku promieniowym. Oto przyczyna, dla której tętniak międzywarstwowy rzadko spotyka się w aoreie z daleko posuniętymi zmianami miażdżycowymi.

2) Drugi wynik stanowi rozstrzeń miejscowa ściany: otrzymujemy wtedy tętniak workowaty, wrzecionowaty i t. p.

W. Starkiewicz.

II. Choroby układu nerwowego.

57. Prof. Erb. **Uwagi nad balneologią i leczeniem fizyko-dyetycznym cierpień nerwowych.** (Bemerkungen zur Balneologie und physikalisch-diätetischen Behandlung der Nervenleiden). Sammlung klinischer Vorträge von R. v. Volkmann № 321.

Jest to wykład wstępny, wygłoszony przy otwarciu kursów balneologii w Baden-Baden (14 Paźd. 1901 r.). Wszystkie choroby nerwowe Erb dzieli na dwie obszerne grupy. Do pierwszej zalicza cierpienia pochodzenia wewnątrzustrojowego (endogener Ursprung), zależą one od wrodzonych właściwości indywidualnych tkanki nerwowej, jej nieprawidłowej budowy, wadliwego rozwoju lub niedostatecznej wytrzymałości życiowej, są to wszelkiego rodzaju cierpienia dziedziczne, rodzinne, lub też rozwijające się na tle wrodzonego usposobienia neuropatycznego. Drugą grupę stanowią choroby pochodzenia zewnątrz-ustrojowego (exogener Ursprung), zależne od działania na układ nerwowy rozmaitych czynników szkodliwych, jakimi są: urazy, nadużycia, wpływy termiczne, wszelkie zakażenia, zatrucia, wreszcie wpływy psychiczne.

Już a priori powiedzieć można, że rozmaite metody lecznicze fizykodyetyczne w cierpieniach pierwszej kategorii nie wiele zdziałać mogą. Co się tyczy drugiej grupy to nie ulega wątpliwości, że omawiane metody okazać się mogą przy stosowaniu umiejętnem wielce skutecznymi. Na pierwszym miejscu wśród tych metod postawić należy *wodolecznictwo*, szczególnie z odpowiednio wybranem leczeniem *klimatycznym*; w nerwicach np. czynnościowych kuracja taka odgrywa rolę najważniejszą (szczególniej zaleca Erb przepędzanie zimy wysoko w górach). Dawniej, nie bez słuszności zresztą, stanowisko pierwszorzędane wśród metod leczenia fizycznego zajmowała *elektroterapia*; w ostatnich czasach stanowisko to zostało zachwiane wskutek pewnego prądu, nadmiernie sceptycznego, starającego się zredukować całe działanie elektryczności do sugestyi i urojenia. Pogląd taki, zdaniem Erb'a, jest z gruntu fałszywy, jeśli elektroterapia nie sprawdziła wszystkich pokładanych w niej nadziei, to jednak niezaprzeczenie w wielu cierpieniach może ona oddać ogromne usługi, wyrzekać się takiego potężnego czynnika leczniczego tylko dlatego, że nie wiemy dokładnie w jaki sposób on działa, byłoby dowodem głupoty. Co się tyczy rozmaitych kuracyi *dyetycznych* (jarstwo, leczenie mlekiem lub jego przetworami, winogronami i t. p.), to, wyjąwszy nieliczne cierpienia, powstałe na tle nieprawidłowej przemiany materii (na tle cukrzycy, może dny) — wogóle w cierpieniach układu nerwowego metody te racyi bytn nie mają: trwałych rezultatów tą drogą osiągnąć się nie daje. Nie znaczy to bynajmniej, aby pożywienie chorych nerwowych nie miało być odpowiednio regulowane, szczególnie ograniczone lub nawet wykluczone być winny wszelkie pokarmy, działające w sposób podniecający (wyskok, kawa, herbata, mocne korzenie) — zbytęcną jest tylko wszelka jednostronność.

Nie bez wpływu na wybór kuracyi pozostaje i umiejscowienie cierpienia w rozmaitych odcinkach układu nerwowego; zmiany organiczne w ośrodkach, t. j. w mózgowiu i rdzeniu wymagają daleko większej ostrożności w stosowaniu zabiegów wodoleczniczych i wogóle fizycznych, niż zmiany w układzie obwodowym lub cierpienia czynnościowe.

St. Orłowski.

58. H. Hirschfeld. O powiększeniu rąk i stóp na tle neurytycznem. (Ueber Vergrößerung der Hände und Füße auf neuritischen Grundlage). Zeitschrift für klinische Medicin B. 42, Heft 3—4.

Autor przytacza trzy spostrzeżenia (w dwóch przypadkach rozpadający się rak przelyku, w jednym daleko posunięta gruźlica płuc), w których zauważył szczególny całokształt objawów, dotąd jeszcze, przynajmniej w takiej postaci nie opisany.

Chodzi mianowicie o symetryczne powiększenie objętości rąk i stóp, które można było przypisać jedynie tylko zgrubieniu skóry, badanie bowiem promieniami Koentgena wykazało zupełnie prawidłowe wymiary kości, mięśnie były również normalne i pobudliwość ich elektromotoryczna zmianom nie uległa. Bardzo znaczna sinica i powtarzający się od czasu obrzęk wskazuje w sprawie chorobowej zaburzeń naczynioruchowych. Szczególniej zgrubiłe były członki końcowe palców, paznokcie przytem były nadzwyczajnie zuiekształcone zasługując właściwie na miano szponów. W dwóch przypadkach w dotkniętych kończynach występowały też znaczne bóle, pnie zaś nerwowe były na ucisk wrażliwe.

Wszyscy trzej pacjenci życie w szpitalu zakończyli, ale w jednym tylko przypadku badanie pośmiertne przeprowadzone zostało z wszechstronną ścisłością, wykazało ono w pniach nerwowych kończyn sprawę zapalną o charakterze śródmiąższowym (neuritis interstitialis); istnienie podobnego podścieliska przyjmuje autor i w spostrzeżeniach pozostałych.

Omawiany zbiór objawów zbliża się najbardziej do postaci chorobowej, opisanej przez Marie pod nazwą *osteoarthropathie hypertrophiante pneumique*, różni się od niej jednak brakiem zmian w kościach. Mimo to Hirschfeld uważa swoje przypadki za należące do tej postaci Marie, wyodrębnia je tylko w oddzielną grupę: *dermo-hypertrophia vasomotorica*.

Cierpienie to jest pokrewnem z jednej strony z akromegalią, z drugiej z erytromelalią.

St. Orłowski.

III. Choroby dzieci.

59. Konrad Gregor (Wrocław). **Zawartość tłuszczu w mleku kobiecym i wpływ wahań fizjologicznych tegoż na pomysłny rozwój dziecka** (Samml. klin. Vortr. v. Volkmann. 1901. Nr. 302, str. 379—422).

Autor zwraca uwagę na 2 szeregi faktów: 1) nieraz u dzieci, karmionych piersią prawidłowo rozwijających się, mogą występować niektóre dolegliwości przemijające (sen przerywany, krzyk, niepokój po ssaniu i zwracanie nieznacznej ilości pokarmu), 2) u dzieci sztucznie karmionych po przystawieniu ich do piersi zaburzenia takie mogą zniknąć, zanim waga ich dojdzie do stanu odpowiedniego. Zastanawiając się nad stosunkiem obu tych faktów (zwłaszcza pierwszego) do wahań fizjologicznych w składzie mleka kobiecego, autor nie podziela zdania Klemm'a (zależność dyspepsy od zmiennej zawartości w mleku kobiecym ciał białkowych, strąconych podpuszczką lub kwasem octowym) i nie uważa za miarodajne twierdzenia autorów, przypisujących tę niestrawność wogóle nieprawidłowemu składowi pokarmu. (Carter, Richmond i in.), natomiast dla stwierdzenia związku etyologicznego między przemijającymi zaburzeniami u dzieci zdrowych, a ewentualnymi wahaniami części składowych mleka kobiecego, uważa za stosowne: *określać przez czas dłuższy tłuszcz w pokarmie naturalnym i jednocześnie starannie obserwować dzieci, przyjmujące ten pokarm*. W ten sposób postępując, Gregor badał w klinice ginekologicznej we Wrocławiu pokarm i objawy kliniczne u trojga dzieci zdrowych. Wyniki tych badań zestawia w bardzo szczegółowo ułożonych tablicach z 5-krotnem w ciągu doby określaniem tłuszczu i ilości przyjętego pożywienia (oraz w 6 tabelkach z krzywiznami wagi), obejmujących 14, 51 i 42 dni.

W podobny sposób autor czynił spostrzeżenia nad wpływem wahań w składzie pożywienia naturalnego u trojga niemowląt chorych, z których jedno, 3-miesięczne, obserwował przez 12 dni z rzędu jednocześnie z dzieckiem zdrowym również 3-miesięcznym. Tu szło mu głównie o związek między zachowaniem się wypróżnień a zawartością tłuszczu w przyjętym pokarmie.

Najwybitniejszą różnicę w wynikach, otrzymanych u dzieci zdrowych i chorych, stanowiła ta okoliczność, że *ostatnie i na stałe małą zawartość tłuszczu w mleku kobiecym*, dziecko, karmione przez kobietę, mającą tłusty pokarm, przystawiano na tydzień do piersi karmicielki z chudym pokarmem) *dzieci nie reagowały t. s. „stółcami dyspeptycznymi“* oraz, że *pokarm, przyjmowany przez dzieci chore, zawierał mniej tłuszczu*.

W celu wyjaśnienia tego faktu, autor przytacza wyniki poszukiwań Keller'a, z których wnosi, że tłuszcz mleka nie w jednaki sposób zostaje zużytkowany przez niemowlę zdrowe i chore, przystawione na czas pewien do tejże samej piersi, gdyż Keller znalazł większą odsetkę tegoż (pochodzącego z pokarmu) w wypróżnieniach niemowląt chorych. Autor skłonny jest przypisać to przystosowaniu się

mleka matczyngo do konstytucyi dziecka i widzi tu analogię z odżywianiem dziecka w pierwszych tygodniach życia. Kramsztyk dowiódł, że w pierwszych miesiącach życia więcej tłuszczu wydala się z wypróżnieniami, niż później. Można więc przypuszczać, że jak noworodek, tak i wogóle niemowlę (do 3-ch miesięcy) pozbywa się nadmiaru tłuszczu za pomocą kału. Co do zmniejszania się ilości pożywienia, przyjmowanego za każdym razem przez niemowlę w miarę zwiększania się tłuszczu w tem, że autor jest tego zdania, że linie, wykazujące przekonująco występowanie tego stosunku, napotyka się tylko w podręcznikach (Monti, Bendix), których autorowie nie wyjaśniają jakim sposobem doszli do takich danych, gdy tymczasem badacze, którzy stale określali ilości pożywienia, dowodzą, że podlegają one znacznym wahaniom przez cały czas laktacyi.

Na mocy swoich poszukiwań Gregor upatruje związek etyologiczny między przebiegiem linii, przedstawiającej ilości pożywienia, wybitnie odbiegającej od linii, reprezentującej wagę dzieci, a wahaniami fizyologicznymi zawartości tłuszczu w mleku kobiecem.

Szczególny nacisk kładzie Gregor na sposób otrzymywania mleka, przeznaczonego do zbadania na zawartość tłuszczu, poddając krytyce metody dotąd używane. Sam w swoich spostrzeżeniach posługiwał się 4-ma, stosunkowo małemi, poreyami pokarmu, zbieranemi niemal podczas ssania, w czasie bardzo krótkich przew.

Zdaniem autora, badania jego mają znaczenie praktyczne, wykazując, że nawet przy wypróżnieniach, niekoniecznie prawidłowych, niemowlęta mogą rozwijać się pomyślnie i że takie przypadki, w braku innych objawów niepokojących, nie wymagają żadnych zabiegów leczniczych. Zarazem mniema on, że badania jego stwierdzają fakt (? *sprawozd.*), że rozbiór chemiczny pokarmu, zalecany przez podręczniki i wielu pedyatrów, pozbawiony jest podstawy naukowej, a co do zawartości tłuszczu nawet przybliżonych nie daje wartości (ze względu na znaczne wahania w ciągu doby). Tu autor (ślusznie! *spraw.*) krytykuje docenta Plotzer'a z Bonn, który, na mocy jednorazowych (w ciągu dnia) rozbiorów pokarmu przy podawaniu karmicielce troponu, zapewnia o zwiększaniu się tłuszczu w jej mleku pod wpływem tego środka.

B. Polikier.

IV. WIADOMOŚCI POMNIEJSZE.

60. E. Fast opisuje ciekawy przypadek tętniaka (Aneurysma dissecans) aorty brzusznej. U 42-letniego robotnika kopalni węgla, potatora, rozpoznał autor ten tętniak aorty brzusznej.

Objawy kliniczne były następujące: w prawem podżebrzu widzialne i wyczuwalne tętnienie, występujące o moment później po uderzeniu serca. Granice serca powiększone na lewo. U wierzchołka

serca (w 6-em międzyżebżu) na 1 ctm. poza linią sutkową 1-szy ton głuchy, 2-gi głośny, czysty. Na środku mostka, tuż ponad proc. ensiformis wyraźny szmer rozkureczowy, rozchodzący się i na ostium aorticum i pulmonale. Nad tętniącym guzem głuchy szmer skurczowy. Pod wpływem ucisku na obydwie arteriae cruales szmer ten stawał się głośniejszym. Żadnej różnicy w tętnie art. cruralis jednej i drugiej strony. Słaba pulsatio in jugulo.

Szmer rozkureczowy nad proc. xiphoides nasuwał przypuszczenie, czy nie istnieje jednocześnie insufficientia aortae, przeciwko temu przypuszczeniu przemawiał jednak brak szmeru ponad tętnicami obwodowymi (słychać było wyraźny 2-gi ton).

W dalszym przebiegu tętniak coraz to się powiększał, chory doznawał bardzo silnych bólów, które łagodzone morfina. Na 5 tygodni przed śmiercią wystąpił obrzęk lewego przedramienia i lewej ręki; obrzęk ten po kilku dniach wystąpił również i na prawej nodze i stopie, przyczem miało miejsce chwilowe zmniejszenie dobowej ilości moczu. Po 3 tygodniach obrzęki zginęły samoistnie. Na 6 dni przed śmiercią chory zaczął wieczorami gorączkować. Śmierć nastąpiła wśród objawów coraz to wzrastającego osłabienia.

Rozpoznanie anatomiczne brzmiało: Dilatio cordis, Hypertrophia ventriculi sinistri, Dilatio aortae cylindriciformis. Atheromasia aortae multiplex. Aneurysma dissecans aortae abdominalis. Haematoma retroperitoneale permagnum. Hepatitis interstitialis chronica. Z zestawienia objawów klinicznych z wynikami badania pośmiertnego autor dochodzi do wniosku, że szmer rozkureczowy, który najwyraźniej słychać było tuż po nad wyrostkiem mieczykowatym, powstawał nie w samym tętniaku, co niekiedy ma miejsce, lecz że miejscem powstawania była zwężona w okolicy hiatus aorticus aorta: część krwi podczas rozkureczu serca musiała wracać z rozszerzonej gruszkowato aorty do rozszerzonej przed zwężeniem miejscem aorty piersiowej. Co się tyczy tętniaka, to był on cały wypełniony twardymi zakrzepami.

Obrzęki, które wystąpiły na 5 tygodni przed śmiercią, tłoczyły sobie autor utrudnieniem krążenia krwi w vena cava inferior. Z chwilą, gdy ściana tętniaka uległa pęknięciu i utworzyło się Haematoma retroperitoneale, ciśnienie w tętniaku musiało, naturalnie, znacznie się zmniejszyć: tętniak przestał wywierać ucisk i obrzęki zginęły. (Deutsche Med. Woch. 1901, № 13).

Józef Winiarski.

61. Przypadek pęknięcia tętniaka wewnętrznej tętnicy sennej, ciekawy nie tyle ze względu na rzadkość sprawy chorobowej, ile ze względu na osobliwy kierunek krwotoku, podaje w American Journal of the Medical Sciences (1901, № 353, str. 273) Dr. W. Johnson. Przypadek dotyczył chłopca 4-letniego, który przed rokiem przebył ropne zapalenie ucha średniego.

Chłopiec ów zachorował na ostre zapalenie gardła z obrzmieniem lewego migdałka i tkanki łącznej okolomigdałkowej. Następnego dnia akuszerka próbowała przekłuć migdałek paznokciem, przyczem wystąpiło parę kropel krwi i, jakoby, nieco ropy. Tegoż dnia wieczorem nastąpił krwotok z lewego ucha, który trwał kilkanaście minut. Na 3-ci dzień nastąpił powtórny, bardzo obfity, krwotok z te-

goż ucha. Dr. Johnson znalazł dziecko w stanie groźnym wskutek znacznego upływu krwi. W lewym przepuszczeniu słuchowym tkwił niewielki skrzep krwi, po usunięciu którego dolna ściana przepustu okazała się mocno nabrzmiała, tak, iż błona bębenkowej niepodobna było dostrzedz za pomocą wziernika. Na linii zetknięcia się ścianek przepustu wyczuwało się słabe tętnienie. Poniżej małżowiny usznej znajdował się guz wielkości prawie jaja kurzego, postaci trójkątnej, napięty, ograniczony powięzią szyjową. Pulsacyi nigdzie się nie wyczuwało. Przy wysłuchiowaniu — żadnego szmeru. W jamie ustnej w okolicy lewego migdałka guz ciemnoczerwonej barwy, nie pulsujący, trudno uciskałny. Zajmował on okolicę lewą okołomigdałkową, schodził na dół ku krtani i ku górze—do jamy gardzielowej. Część wypukłona ku linii środkowej dochodziła do prawego migdałka. Rozpoznano pęknięcie tętniaka, za przyczynę którego można było uważać albo uszkodzenie tętnicy wskutek ropnego zapalenia migdałka, albo—uszkodzenie jej podczas manipulacji, dokonywanych przez akuszerkę.

Na 7 dzień znowu wystąpił krwotok z ucha, a następnie przez kilka dni wydzielał się z ucha płyn surowiczo-ropny. Stan chorego poprawiał się z wolna; 18-go dnia prawie całkiem ustąpiło obrzmienie w jamie ustnej oraz dolnej ścianki przepustu słuchowego, dzięki czemu autor mógł stwierdzić przedziurawienie błony bębenkowej w miejscu połączenia tejże ze skórą przepustu słuchowego. W 3 miesiące potem dziecko dostało biegunki, gorączkowało przez kilka dni, poczem znowu wystąpiło silne obrzmienie w okolicy lewego migdałka, utrudniające w wysokim stopniu oddech. Dziecko było senne, mało przytomne.

Po dokonanej tracheotomii stan dziecka uległ znacznej poprawie: senność ustąpiła, oddychanie przez rurkę tchawicową odbywało się doskonale. Apetyt wrócił i dziecko odzyskało wkrótce siły. Obrzmienie w jamie ustnej zmniejszyło się znacznie. W 7 tygodni potem nagie wystąpił obfity krwotok z jamy ustnej i z obu nozdrzy, po 2 godzinach — powtórnie. Ciężki stan chorego nie dozwalał na podwiązanie tętnicy.

Nazajutrz nastąpił krwotok ponowny i—śmierć.

Wł. Starkiewicz.

62. Dr. N. Szurygin opisuje **przypadek miażdżycy naczyń, leczony za pomocą metody d-ra Trunczek'a z Pragi** (patrz referat w „Kronice“ z r. 1901, str. 679—680), t. j. za pomocą surowicy nieorganicznej, przezczem otrzymał następujące wyniki: duszność zmniejszyła się, kaszel również zmniejszył się, oddech stał się nie tak częstym, sinica, łuszczenie naskórka i suchość skóry również zmniejszyły się, nadto poprawa subiektywna. (Russkij medic. Wiestnik, 1901, № 21).

Wł. Z.

63. Prof. Weill z Lyonu opisuje **nowy objaw rozpoznawczy, występujący w początkach zapalenia płuc u dzieci**. Jest nim *nierosszerzanie się przy oddychaniu okolicy podobojczykowej* po stronie chorej. Objaw ten napotyka się tylko w zapaleniu płuc. W zapaleniu opłucnej oraz w odmie piersiowej (pneumothorax) nie rozszerza się cała

połowa klatki piersiowej. Dzięki temu objawowi na oddziale autora rozpoznano początek zapalenia płuc już z samego wyglądu dziecka, u którego na mięście podejrzewano appendicitis. Objaw ten pozwolił autorowi dyagnozować zapalenie płuc, gdy rozpoznanie wahało się między meningitis, typhus i influenza. Przy badaniu należy ułożyć dziecko na grzbiecie, czekać, aż się uspokoi, poczem już łatwo bywa stwierdzić różnicę w rozszerzaniu się (expansion) obu stron klatki piersiowej. Tego ostatniego nie należy utożsamiać z unoszeniem się obojczyka. (Rev. mens. des mal. de l'enf. 1901. X). *B. P.*

64. Badając działanie **wstrzykiwań podskórnych surowicy sztucznej w chorobach infekcyjnych, a szczególnie w błonicy u dzieci**, Rabot i Bonnamour przekonali się, że zabieg ten pozwala wyprowadzać pewne wnioski co do rokowania i wskazań leczniczych w tej chorobie. Jeśli po iniekcjach chory oddaje więcej moczu i nie dostaje ani wymiotów ani biegunki, rokowanie jest pomyślne. Skoro zaś, przeciwnie, po wstrzykiwaniach ilość moczu nie zwiększa się, a występują wymioty lub biegunka, rokowanie jest gorsze. Surowica sztuczna, zdaniem tych autorów, daje nam wskazówki co do stanu nerek, serca, i stopnia infekcji. W przypadkach ciężkich nie należy powtarzać wstrzykiwań. (Lyon med. 1901. 34 Ref. w Rev. mens. des maladies de l'enf. *B. P.*

65. Na posiedzeniu Tow. chirurgów lyońskich w d. 25-ym Lipca r. z. dr. Bérard demonstrował **płuca i serce samobójcy**, przytoczywszy jednocześnie w krótkości przebieg wypadku. Rana od kuli rewolwerowej zadana została na wysokości 5-go międzyżebra. Za życia znaleziono od tyłu rozedmę, zresztą, tony serca były prawidłowe. Rannemu zastrzyknięto eter i kofeinę, potem zaś morfinę. Nazajutrz można było stwierdzić stopienie u podstawy serca na lewo, desperat dusił się i narzekał na ból w piersiach. Nie zwlekając, poprowadzono wzdłuż lewego brzegu mostka cięcie pionowe, a po wyrezekowaniu części mostka ujrzano na powierzchni przedniej osierdzia, u dołu, przedziurawienie niewielkie. Wobec tego operujący rozszerzył cięcie i zrobił rezekcję ku dołowi, poprzestał jednak na badaniu tylko, nie zapuszczając się wgłąb. Ranny umarł po upływie 3-eh dni wśród objawów nieprawidłowej działalności serca, a na ogędzinach pośmiertnych zmarłego osobnika znaleziono ranę komory prawej i lewej, nawskroś, w kierunku do kręgosłupa. W lewej opłucnej ilość skrzepów była obfita, w jamie osierdzia—umiarkowana.

Vallas spostrzegał niedawno **klutą ranę serca**, również u samobójcy. Skoro tylko tenże siadał, rana zaczynała krwawić gwałtownie. Otwór powiększono, a po usunięciu chrząstki żebrowej zauważono, że krew płynie jakoby z lewej opłucnej, przyczem serce biło łoście po waryacku. Ranę osierdzia zamknięto pincetą (całkiem nieracjonalnie.—*Przyp. sprawozd.*), nałożono opatrunek i zastrzyknięto surowicę. Śmierć po 15 godz. Na autopsji znaleziono i w tym wypadku ranę obu komórek.

Niedawno Batut obserwował przypadek rany postrzałowej w okolicy serca, zakończony również niepomyślnie. Samobójca strzelił do siebie z karabinu Lebel'a. Śmierć nastąpiła prawie bezzwłó-

cznie, a jak mówca przekonał się na sekcji, serce i tętnica główna rozprysnęły się na kawałki w dosłownem niemal wyrazów tych brzmieniu. (Révue de chirurgie. Octobre 1901. Société de chirurgie de Lyon.)

K. N.

66. Jak widać z pracy M. Frankel'a, dotyczącej operacyjnych przypadków **podskórnego pęknięcia wątroby**, ilość tychże do chwili obecnej nie przenosi cyfry 31, zaliczając już tu i 2 własne przypadki autora. W jednym z nich operowano 31-letniego mężczyznę, którego koń uderzył kopytem w okolicę wątroby. Podczas przenosin do szpitala, w 8^{1/2} godzin po wypadku, pacjent znajdował się w stanie wybitnej zapaści. Operacja ujawniła jedno, długie na 8 ctm. rozdarcie tkanki wątrobowej i kilka innych pomniejszych (dł. 1—2 ctm.) Miąższ narządu krwawił nieustannie. Pęknięcia owe zaszyto katgutem, biorąc w szew dość dużą część narządu. Przypadek zakończył się niepomyślnie, lubo, jak przekonała sekcya, krwotoku wtórnego nie było.

W spostrzeżeniu drugim dokonano operacji po upływie 11 godzin od wypadku. Poszkodowanym był 24-letni mężczyzna, który upadł i stłukł sobie brzuch. Znalezione tu rozległe pęknięcie podłużne zrazu prawego, w całej niemal jego grubości, dzielące zrazu prawie na dwie części. Autor przeciągnął gruby szew katgutowy przez cały narząd i wytamponował bardzo potłuczoną dolną tegoż powierzchnię. Operowany wyzdrowiał, pomimo że jednocześnie przechodził pneumonię i miał gruźlicę.

Z liczby ogłoszonych dotąd spostrzeżeń otrzymano w 17 wyniki dobre; u 3-ch osobników nakładano szew, u 10 poprzestano na wytamponowaniu, raz jeden połączone obie te metody; w jednym wypadku dokonano irygacji z wody gorącej, w drugim—zabieg poważniejszy został zaniechany, gdyż uszkodzenie narządu nie było rozległe, o jednym, wreszcie, nie posiadamy szczegółów bliższych. Co się tyczy pozostałych spostrzeżeń 14, w których zabiegi operacyjne zakończyły się źle, zazwyczaj miano tam do czynienia z ciężkimi i licznymi, oprócz rozdarcia wątroby, urazami innych jeszcze trzewiów.

K. N.

V. BIBLIOGRAFIA.

Dr. Med. Alfred Sokołowski: **Wykłady kliniczne choób drog oddechowych. I. Choroby tchawcy i oskrzeli.** Wydawnictwo „Gazety Lekarskiej”. Warszawa, 1902.

Ukazanie się nowego podręcznika w języku polskim jest w warunkach naszego życia umysłowego faktem większego i różnorodniejszego znaczenia, niż gdzieindziej. Tym razem należy go tem bardziej podkreślić, że, jak to zapowiada autor w przedmowie, nowe dzieło jest pierwszym z szeregu mających się jeszcze w następstwie ukazać i objąć cały ważny dział chorób narządu oddechowego. Choroby tcha-

wicy i oskrzeli zajmują duży tom o 354 stronicach (+ III strony przedmowy), opatrzoney trzema rysunkami.

Autor, który jako praktyk i kierownik oddziału szpitalnego zajmował się specjalnie chorobami narządu oddechowego i im też poświęcił większość swych prac i dociekań, w dziele tem składa owoc swego długoletniego doświadczenia.

To też czytelnik, student czy lekarz, znajdzie w radach nowego podręcznika zdanie zaufanego i doświadczonego konsultanta, który wszystko, o czem mówi, sam widział, badał i poznał.

Z natury przeznaczenia podręczników wynika, że powinny dawać z teoryi to, co w nauce uważane jest za pewne, a więc poglądy uznane powszechnie, hipotezy wielokrotnie uzasadnione i ustalone, a z praktyki to, co rzeczywiście okazało się skutecznem, zwłaszcza na podstawie osobistego doświadczenia autora.

Ztąd też od podręczników nie powinno się oczekiwać i szukać w nich poglądów oryginalnych, ani też propozycyi nowych, a nie wypróbowanych należyście środków; główna ich wartość leżeć winna w zaletach wykładu zarówno co do treści jak i co do formy.

Tym wymaganiom podręcznik Sokółowskiego odpowiada w zupełności, a wywiązanie się z tego trudnego zadania ułatwiły autorowi niezawodnie długoletnie zajęcia kliniczne, jakie na swym oddziale odbywał z młodymi lekarzami. Być może, że niekiedy przy omawianiu rozpoznania autor zbyt dużo miejsca poświęca różniczkowaniu i przez zbyt silne podkreślanie tego, czem rzecz dana nie jest, utrudnia dostateczne uwypuklanie się w umyśle czytającego konturów postaci głównej. W niektórych zaś miejscach nagromadzenie szczegółów (np. ogólna symptomatologia i dyagnostyka katarów oskrzeli i powtarzanie się jej przy opisie postaci poszczególnych) czyni jędrne i potoczyste wogóle opowiadanie nieco rozwlekłym i nużącym, choć z drugiej strony doświadczenie pedagogiczne mogło właśnie skłonić autora wobec przeznaczenia dzieła, jako podręcznika, do takiego powtarzania, które w innym razie mogło by wydawać się zbyt cennem. Za to nie obarcza autor czytelnika dowodami swej erudycyi przez nagromadzenie niepotrzebnych nazwisk i cytat, podając tylko to, co dla wyjaśnienia punktów wątpliwych jeszcze jest konieczne, pilnie cytując prztem autorów polskich, o ile ci dorzucili w danej kwestyi jaki rzeczywisty przyczynek.

Dzieło omawiane rozpada się na 17 rozdziałów, z których 7 pierwszych zajmuje się właściwemi zapaleniami tchawicy i oskrzeli, dalsze zaś cierpieniami tych narządów innej natury: rozdział 8-y omawia włóknikowe zapalenia oskrzeli; 9-y zapalenia głębokie i swoiste błony śluzowej oskrzeli, 10-ty zapalenie przymiotowe, 11-ty twarządziel, promienicę i nosaiczną oskrzeli, 12-ty ciała obce w oskrzelach tchawicy, oraz pasorzyty, 13-ty nowotwory oskrzeli i tchawicy, rozdział 14-ty rozszerzenie oskrzeli, 15-ty zwiężenia, rany, przedziurawienia i uchyłki tchawicy i oskrzeli, wreszcie 16-ty rozpatruje dychawicę oskrzelową, a 17-ty koklusz.

Nie mogąc wdawać się w szczegółowy przegląd pracy, od czego zresztą zwalnia mnie wyżej wymieniony pogląd na zadanie

podręcznika, zatrzymam się nieco tylko na rozdziale, omawiającym leczenie zapaleń oskrzeli. Stanowisko bowiem autora, jako praktyka specjalisty, każe właśnie tu dopatrywać się punktu ciężkości dzieła i tu, więcej, niż gdzieindziej, oczekiwać poglądów oryginalnych autora.

Zaznaczywszy w przedmowie wyższość podręczników oryginalnych nad tłumaczonymi, i z tego względu, że obcy autorowie uwzględniają oczywiście tylko swoje warunki klimatyczne i bytowe i ztąd często nie mogą odpowiadać potrzebom naszym, Sokołowski stara się w swych uwagach ogólnych o leczeniu uwydatnić właśnie te warunki lokalne, o ile one mogą nadawać stosowanym metodom pewne cechy odrębne i swoiste.

Dążenie to odnajdujemy przy omawianiu profilaktyki, gdzie autor wytyka strony ujemne naszych mieszkań, ich niedostateczną czystość, upodobanie do zbyt wysokiej ciepłoty, niechęć do przewietrzania z obawy przeciągów. Następnie gani upodobanie w zbyt ciepłym ubieraniu się, zwłaszcza dzieci (choćby tu zarzucić, że większość kobiet klas zamożniejszych ubiera się u nas raczej za lekko, zwłaszcza za dnia).

Uwagi te cenne i stanowiące niejako pierwsze kroki w kierunku uwzględniania tych swoistych wpływów, są ogólnikowo traktowane. Może się wprawdzie wydać banalnem przypomnienie rzeczy tak dobrze znanych, a jednak nie są one dostatecznie oceniane, do czego zaś mogło by się właśnie przyczynić podkreślenie ich przez powagę autora.

Weźmy choćby koszulki wełniane. Znaną jest niechęć publiczności do nich, która im właśnie przypisuje łatwość zaziębienia się. Młody lekarz, na nowo przystępujący do walki z tem uprzedzeniem, chętnie by znalazł jakiś argument, którym by mógł poprzeć polecana przez siebie wełnę.

W tymże dziale znajdujemy bardzo pouczające uwagi i przestrogi co do t. zw. hartowania zimną wodą, o używaniu powietrza świeżego w postaci spacerów i sportów, oraz ważny ustęp o oddechaniu nosem.

W leczeniu właściwem zaznaczamy nacisk, jaki autor kładzie na małe uwzględnianie leczenia klimatycznego w katarach niespecyficznych oskrzeli.

W tymże rozdziale charakteryzuje autor zalety klimatu górskiego, morskiego, leśnego. Jako miejscowości, które mogłyby w ostatnim razie dawać dobre wyniki (po doprowadzeniu ich do należytego poziomu pod względem wymagań higieny i dyetetyki) wylicza autor: Sławutę, Szepietówkę, Pohulankę, okolice Otwocka, Ojcowa, Niekłań.

Następnie omawia S. leczenie pneumatyczne, któremu zresztą nie przyznaje wartości, metodę wziewań, leczenie hydropatyczne, a tu zaznacza dużą wartość tak mało uwzględnianych w leczeniu przewlekłych zapaleń oskrzeli kąpień rzecznych, wreszcie zatrzymuje się dłużej nad leczeniem wodami mineralnymi. Rozdział ten kończy się rozpatrzeniem środków lekarskich wewnętrznych i zewnętrznych. Autor, broniąc skuteczności pryszczydeł, rzuca luźne przypuszczenie,

czy, być może, dodatni ich wpływ nie mógłby być objaśniony przez wchłanianie surowicy—w myśl obecnych poglądów o leczniczych własnościach surowicy. Ciekawi byłibyśmy bliższego wyjaśnienia tego przypuszczenia, które, w każdym razie, uważamy za nieuzasadnione—w podręczniku. Z pozostałych rozdziałów należy zaznaczyć ze szczególną starannością opracowane rozdziały o włóknikowem zapaleniu oskrzeli i ich przynioście—ilustrowane opisami własnych spostrzeżeń autora, oraz rozdziały o astmie nerwowej i o kokluszu, przedstawiające wybornie obecny stan tych kwestyi w nauce.

Język autora jest poprawny i potoczny; terminologia przeważnie swojska, chociaż bez dążeń do puryzmu. Zewnętrzna strona—druk i papier—bez zarzutu, jednak korektor drukarski (literalny) pozostawił sobie część roboty niezalatwioną, przewidując może wydanie drugie.

Autor poświęca swe dzieło współtowarzyszom zajęć szpitalnych, b. asyentom swego oddziału. Wdzięczność ich odbija się szerokiem i żywym echem w każdym czytającym wykłady Sokołowskiego, wypełniającymi wielki brak w literaturze naszej, w której od lat blisko 40 nie mieliśmy żadnego oryginalnego dzieła z tej dziedziny.

O. Hewelke.

Czasopisma polskie w Styczeniu ¹⁾.

1. **Patologia ogólna.** Franke M. Surowica rozpuszczająca ciała białe P. L. 4. Orłowski W. Zasadowość krwi w stanach patologicznych. P. lek. 1, 2, 3.

2. **Farmakologia** Gertler. O antysputolu P. L. 4.

3. **Higiena.** Kopczyński S. Wpływ bicia dzieci na ich zdrowie. Kr. L. 1. Szye A. Nauczyciel wobec dzisiejszych wymagań higieny. Zdr. 1. Żórawski M. Gruzlica w świetle doświadczeń Kocha. Z. 1.

4. **Historia medycyny.** Giedroyć Fr. Z dziejów higieny w dawnej Polsce. Kr. L. 1.

5. **Choroby wewnętrzne.** Glużyński A. O wczesnem rozpoznaniu raka żołądka G. l. 1—4. Steinsberg. Leczenie chorób serca we Francensbadzie. P. l. 1. Żeleński. Trzy przyp. tęcza leczone surowicą przeciwtęcową P. l. 3.

6. **Chor. ukł. nerw.** Dydyński L. O porażeniu Landry N. L. 1. Goldflam. Dalsze uwagi nad poraż. astenicznem M. 1—4. Higier. W sprawie zaburzeń potowydzielniczych K. l. 1—2. Higier. Choroba Tay-Tachsa G. l. 3. Karwacki L. Znaczenie rozpoznawcze pierwiastków morfotycznych płynu rdzeniowego M. 1—3. Zañietowski. O Woltaizacji G. l. 4.

¹⁾ *Skrócenia:* G. l.—Gazeta lekarska. K. l. Kronika lekarska. Kr. l. Krytyka lekarska. M.—Medycyna. N. l.—Nowiny lekarskie, P. l.—Przegląd lekarski.

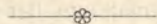
7. **Chirurgia.** Łapiński. Współczesne stanowisko, postępy i zakres ortopedyi G. l. 2. Niedzielski. W sprawie leczenia owrzodzeń goleni K. l. 1. Słęk. O leczeniu chirurgicznym choroby Glénarda P. l. 1—2.

8. **Akuszeria i choroby kobiet.** Cohn J. Przycz. do leczenia dysmenorrhoea za pomocą met. Gramaticati M. 4. Dobrowolski S. O rozpozn. i leczeniu ropni org. rodn. kobiety P. l. 1—4. Mars. Kilka uwag nad wycinaniem macicy przez pochwę P. l. 4. Wróblewski W. O wyłyżeczkowaniu macicy N. l. 1.

9. **Choroby skórne.** Kopytowski W. Dwa przyp. niezw. cierp. skóry K. l. 2.

10. **Choroby gardła.** Wróblewski. Znieczulanie 25% rostw wysk. kokainy przy operacyach w nosie, gardzieli i krtani G. l. 1.

KRONIKA BIEŻĄCA.



D. 1 Lutego 1902 r.

(*j.s.*) Na zjeździe w Krakowie w seceyi prasowej mówiono o potrzebie reformy pism naszych; różne, jak wiedzą czytelnicy nasi, wyłaniały się projekty — zapomniano jednak o najważniejszym bodaj objawie, który w pewnej mierze tłumaczy braki, jakie tu i owdzie zauważyć się dają—o braku poparcia pism przez czytelników. Pisma lekarskie wydają prenumeratorzy, wydawcy i redaktorzy są tylko pośrednikami, że się tak wyrażę, dodajmy pośrednikami bezpłatnymi. W znacznej części i autorzy dają swą pracę darmo lub prawie darmo, a czynią to z wyższych pobudek, które mimo warunki niesprzyjające, nie zniechęcają, ale zachęcają tem bardziej do jaknajszerszego rozwoju prasy.

Zdawało by się, że te usiłowania znajdą odgłos wśród lekarzy polaków, że zmuszą ogół do ich poparcia. Niestety, powiedziec tego nie można: czytelnictwo, mimo wciąż zwiększającej się liczby lekarzy, nie tylko nie zwiększa się, ale bodaj czy stoi w mierze. Liczba prenumeratorów pism tutejszych pozostaje też sama i nie wzrasta proporcjonalnie do wzrostu liczby lekarzy. Gdyby przypuścić, że fakt ten tłumaczy się tylke złem redagowaniem pism polskich, należałoby oczekiwać zwiększenia prenumeraty pism zagranicznych. Zaczernięte na poczie i w księgarniach wiadomości bynajmniej tego nie dowodzą i tu widać stopniowo zmniejszającą się liczbę czytelników.

Fakt ten podkreślić należy. Konsekwencye z takiego stanu rzeczy są jasne, ale nie sądzimy ani na chwilę, aby tak rychło nastąpić miały.

Na zjeździe, gdy mowa była o reformie pism, słyszeliśmy zdania tylko redaktorów, lub bliżej pism stojących kolegów, czytelnicy nie zabierali głosu, a głos ich w tej kwestyi jest miarodajny. Czyby

więc teraz, gdy od zjazdu we Lwowie oddziela nas jeszcze 1½ roku, nie czas był zastanowić się nad tem i zbierać głosy *czytelników*, aby stworzyć faktyczny obraz stosunków i coś stanowczego postanowić. W tym celu porsimy wszystkich czytelników o łaskawe nadsyłanie odpowiedzi do Redakcyi naszej na pytania następujące:

1. Czy, zdaniem ich, typy pism naszych odpowiadają wymaganiom czytelnika przeciętnego?
2. Jakie braki uzupełnić należy, aby pismo dawało czytelnikowi materiał naukowy dostateczny.
3. Jaki typ pisma jest najodpowiedniejszy: tygodnik, dwutygodnik lub miesięcznik.
4. Czy lekarz przeciętny może prenumerować jedno czy więcej pism specjalnych.
5. Czy prócz pism polskich uważa za konieczne prenumerowanie pism zagranicznych *ogólnych*.
6. Jakie zmiany uważa za pożądane w zewnętrznej szacie pism naszych.

Odpowiedzi na ten kwestyonaryusz dadzą nam miarę wymagań czytelników. Nie wątpimy, że na słuszne uwagi redakcyi odpowiedzą reformą natychmiastową, a zebrany materiał może posłużyć na zjeździe we Lwowie do radykalnych reform.

Liczba i jakość odpowiedzi dadzą nam, zresztą, miarę interesowania się lekarzy piśmiennictwem swojskiem i dalszymi jego losami.

—z— Grono stałych współpracowników „Kroniki“ powiększyli kol.: K. Dudrewicz, A. Mincer, T. Borzęcki, W. Starkiewicz i W. Żenczykowski.

—s— Z nadesłanego nam sprawozdania zakładu położniczego Tow. Op. nad matkami, dowiadujemy się, że w r. 1900 przyjęto 384 położnice, zmarło 2, dzieci urodziło się 368, zmarło 5. Na opiece Towarzystwo miało 284 dzieci.

—z— Na prezesa Tow. lek. lwowskich wybrano A. Sołowija, na wiceprezesa W. Jasińskiego, na sekretarza S. Ruffa.

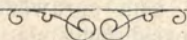
—s— Jak donosi „Przegl. lek.“ przy szpitalu Ś-go Łazarza zamierzona jest budowa pawilonu dla chorych uleczalnych.

—z— W m. Turyjsku gub. Wołyńskiej wakuje posada lekarza. Miasto ma 4000 ludności, najbliższy lekarz o w. 18, miasteczko jest odległe od Kowla o w. 18. Mieszkańcy wyznaczili 250 rb. zapomogi, a według zapewnień aptekarza p. Machnikowskiego, do którego zgłaszać się należy po informacje, utrzymanie dostatnie miał lekarz, który tam praktykował od lat kilkunastu.

—z— Wyszedł z druku ostatni zeszyt „Wracza“ po 22-letniem istnieniu. Pismo zamknięto na wyraźne żądanie założyciela i redaktora Manasseina, a w dalszym ciągu zamiast pisma tego ma być wydawany pod redakcyą Władysława W. „Russkij wracz.“ O wydaniu 1-go numeru tego pisma donosiliśmy w czasie właściwym.

Z M A R L I.

Prof. Hugo v. Ziemssen w Monachium 21 z. m. Zmarły urodził się w r. 1823 w Greifswaldzie, po skończeniu wszechnicy w Berlinie był asystentem Niemeyer'a, habilitował się rozprawą „Elektryczność w medycynie“ w 1856. Początkowo był profesorem w Erlangen, gdzie rozpoczął wydawnictwo „Handbuch d. spec. Path. u. Ther.“ (1875—85), w r. 1874 powołano go do Monachium. Tu wydał „Handbuch d. allgem. Therap“ i wraz z Pettenkoffer'em „Handb. d. Hygiene u. Gewerbkrankh.“ Oddzielnie wydał liczne odczyty i prace „Kaltwasserbehandlung d. Typhus“ „Behandl. d. Magengeschwürs,“ prace o gruźlicy, durze brzuszonym, gościu stawowym. Zmarły cieszył się nie tylko praktyką szeroką w całych Niemczech, ale i uznaniem ogólnem od lekarzy za pełne koleżeńskości postępowanie w czasie długoletniej pracy. Nazwisko jego, związane z najpoważniejszymi wydawnictwami niemieckimi, znane jest wszystkim.



Redaktorzy: Dr. Med. Otton Hewelke i Dr. Józef Zawadzki.
Wydawcy: Dr. Med. Otton Hewelke, Dr. Konstanty Sierpiński i Dr. Józef Zawadzki.

Дозволено Цензурою. Варшава, 18 Января 1902 г.