

GAZETA LEKARSKA

TREŚĆ. I. HENRYK HIGIER. W sprawie rokowania przy Encephalitis i Polioencephalomyelitis acuta et subacuta infantum et adultorum. Str. 757. II. STANISŁAW LEYZEROWICZ. O powstawaniu zgorzeli kończyn w okresie poporodowym. (Dok.). Str. 762. *Notatki lekarskie.* J. CADERSKI. Przypadek ciała obcego w jamie brzusznej u 20-letniej kobiety. Str. 768. *Dział sprawozdawczy.* 121. G. E. SCHNEIDER. Profilaktyka ragminnego zapalenia opon mózgowordzeniowych i odkażanie jamy nosowogardzielowej. Str. 769.—122. NETTER i LEVADITI. Własności surowicy osób, które przeszły porażenie dziecięce (poliomyelitis anterior). Str. 770. 123. W. SCHILLER i J. MICEK. O odurzeniu eterowem przedłużonem. Str. 771.—124. E. DEVIC i P. SAVY. Leczenie tachykardji napadowej środkami wymiotnymi. Str. 773.—125. JAMES MUMFORD i JOHN HARTWELT. O wynikach poważniejszych operacji chirurgicznych pod względem psychicznym. Str. 774. *Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.* Posiedzenie neurologiczne dnia 16-go kwietnia 1910 r. Str. 775. *Wiadomości bieżące.* Str. 776. *Ogłoszenia.*

I. W sprawie rokowania przy Encephalitis i Polioencephalomyelitis acuta et subacuta infantum et adultorum.

Podał

Dr med. Henryk Higier ¹⁾.

Szanowni Panowie!

Jest niewątpliwie wielką zasługą OPPENHEIMA, że pierwszy zwracał uwagę neurologów w monografii swojej, drukowanej przed kilku laty w podręczniku zbiorowym NOTHNAGLA, i w specjalnej pracy późniejszej, na względnie niezłą prognozę ostrych nieropnych zapaleń mózgowych (*encephalitis acuta non purulenta*). Praca NONNE'go o nowotworach wrzekomych mózgu (*pseudotumores cerebri*) posunęła nas w dziedzinie rokowania o znaczny krok naprzód. W ostatnich czasach pojawił się cały szereg prac kazuistycznych [HOCHHAUS, FINKELNBURG, ESELBAUM], w których bogate doświadczenie odnośnie poszczególnych autorów krytycznie zestawiono.

Przeciw materyałowi klinicznemu, na którym się opierają wnioski, rokowania dotyczące, zawsze znajdzie się jeden i ten sam zarzut, że rozpoznanie jednostek chorobnych w rodzaju *encephalitis*, *polioencephalitis* i pokrewnych

¹⁾ Według 3-ech demonstracji w Sekcyi Neurologiczno-Psychiatrycznej Warsz. Tow. Lek. w 1907—1909.

form jeszcze nie posiada bynajmniej tak trwałych podstaw, aby ono mogło przy brakującej autopsji oprzeć się poważniejszej krytyce. Na zarzut ten słusznie odpowiada OPPENHEIM, że lekarz, piszący o prognozie, jest w zupełnym porządku, jeżeli w dostarczanej przez się kazuistyce możliwie przekonująco uzasadnia swe dyagnozy wszelkimi środkami rozpoznawczymi, jakimi w danej chwili rozporządza nauka lekarska.

Rozpoznanie neurologiczne — zwłaszcza mózgowordzeniowe — przy pomyślnie zakończonym przebiegu choroby zawsze pozostanie tylko mniej lub więcej prawdopodobnem. Zupełnie przekonywającymi lub pewnymi będą, rozumie się, tylko te wyjątkowe spostrzeżenia, w których chory z pomyślnie zakończoną *encephalitis* przypadkowo po pewnym czasie umiera i podlega oględzinom pośmiertnym ośrodkowego układu nerwowego. Wobec tego, że ja opisuję jedynie tylko przypadki, w których pomyślnie zejście potwierdziła conajmniej 2—3-letnia obserwacja, to nic też dziwnego, że u chorych z lat 1906—1907 wyjątkowo tylko wykonałem mało u nas wtedy popularne wśród publiczności rozpoznawcze przekłucie łądźwiowe, a zupełnie nie stosowałem nieznanego wtedy dyagnostycznego odczynu WASSERMANN'a. Z historii chorób przytaczam najgłówniejsze dane, wystarczające do uzasadnienia trudnego rozpoznania i epikrytycznego roztrząsania sprawy rokowania.

Spostrzeżenie I. U 7-miesięcznego, prawidłowo urodzonego, ze zdrowej rodziny pochodzącego dziecka, rozwinęło się dnia 28. IV. 1907 roku przy ciepłocie nieco podwyższonej [38,2°] w ciągu dnia porażenie niektórych nerwów czaszkowych. Przy badaniu w ciągu 3-go tygodnia choroby ¹⁾ siwiedzamy, co następuje: obustronne porażenie lewego nerwu odwodzącego gałkę, zez zewnętrzny, dobrze zachowane oddziaływanie źrenic, niedowład prawego nerwu twarzowego we wszystkich 3-ch gałązkach z upośledzeniem pobudliwości elektrycznej na prąd stały i przerywany.

Stan choroby poprawiał się z każdym dniem, gdy nagle i niespodzianie w 29-ym dniu choroby przy ogólnych objawach dość ciężkich i ciepłocie podwyższonej wystąpiły po lewej stronie: porażenie nerwu twarzowego i półpaśiec, obejmujący ucho, szyję i twarz (*herpes zoster facio-cervico-auricularis*). W układzie nerwowym pozatem nic się nie dało stwierdzić prócz porażenia prawej nóżki ze zniesieniem odnośnych odruchów ścięgniowych. Obecnie po upływie 2½ lat nic z diplegii, zeza i wysypki pęcherzykowej nie zostało. Jedynie, co się odrazu rzuca w oczy, jest obok niedowładu zanikowego prawej nóżki stałe opuszczenie częściowe powiek (*ptosis partialis bilateralis*). W streszczeniu historia choroby przedstawia się więc następująco. Siedmiomiesięczne dziecko zachorowuje przy objawach gorączkowych na prawostronne porażenie twarzy, lewostronny niedowład nerwu odwodzącego gałkę i ptozę obustronną. Stan choroby się poprawia stopniowo, by nagle po upływie miesiąca ustąpić miejsca nowemu

¹⁾ Demonstracja d. 18. V. 1907.

wybuchowi sprawy patologicznej, ujawniającemu się klinicznie pod postacią parezy prawej nóżki oraz porażenia lewej połowy twarzy i półpaśca szyjno-twarzowo-usznego.

Sz. Pp! Jak brzmi rozpoznanie w przypadku naszym?

Początek choroby oraz przebieg jej pozwalają bez trudności wykluczyć ostre zapalenie mózgu lub opon mózgowych, dane anamnestyczne i dokładne oględziny czynią też mało prawdopodobnym syfilis mózgowy. Związku z poprzedzającą chorobą zakaźną też trudno się doszukać.

Jedyne rozpoznanie, które najbardziej trafia do przekonania jest: zajęcie szarej substancji śród i tyłomózdzia natury zapalnej—*poliencephalitis*—o cechach klinicznych i anatomopatologicznych powszedniej *poliomyelitis*. Cierpienie lokalizuje się w danym przypadku w przednich, częściowo w tylnych wzgórkach czworaczych, w szarej substancji, otaczającej wodociąg Sylwiusza oraz dno komory czwartej na granicy między mostem a rdzeniem przedłużonym. Bliższe szczegóły umiejscowienia ogniska zapalnego wynikają z obrazu klinicznego. Zachowanie odczynu zrenicowego obok ptozy obustronnej świadczy za zachowaniem przednich jąder okoruchowych, t. zw. słupa jądrowego EDINGER-WESTPHALA. Głębsze uszkodzenie muskulatury ocznej lewej strony dowodzi intensywniejszego zajęcia lewego wzgórka czworaczego. Niedowład mięśni twarzowych pozwala lokalizować tylną granicę ogniska w moście Varola. Następujące punkty szczególnie zasługują na podkreślenie:

1) Początek, obraz kliniczny i zejście odpowiadają znacznie więcej temu, co się spotyka przy zwykłej *poliomyelitis*, aniżeli swoistemu zespołowi objawów, jaki znany jest w ostrej *poliencephalitis* [z klasycznych opisów WERNICKE'go, THOMSEN'a i STRUEMPELL'a], spotykanej przy grypie, alkoholizmie i ciężkich zatruciach i kończącej się zazwyczaj śmiertelnie.

2) Przebieg jest o tyle ciekawy, że po miesięcznej remisji nastąpił nowy gorączkowy wybuch jadu zakaźnego, który zadokumentował się w postaci niedowładu prawej nogi i porażenia lewej połowy twarzy i zmodyfikował typowy obraz *poliencephalitis superior* w formę znacznie rzadszą, nie codzienną, rozsianej *poliencephalomyelitis*. Ten remisyjny typ, występowanie porażen w skokach spotyka się zazwyczaj przy *poliomyelitis subacuta adultorum*, nigdy zaś przy ostrej *poliomyelitis* wieku dziecięcego.

3) Nasza „*poliomyelitis cerebrealis*“, jeżeli ją tak nazwać można, usadowiła się nie tylko *loco classico* w substancji szarej przednich rogów łądwio-
wych i—co jest rzadszem—w jądrach szarych, unerwiających muskulaturę oczu i twarzy, ale także w tylnej substancji szarej, czuciowej, a mianowicie w odcinku jej, odpowiadającemu głównie nerwowi trójdzielnemu i górnemu szyjnemu, co przemawia, według klasycznych badań CAMPBELL'a i HEAD'a, za tak zw. *poliomyelitis posterior*.

4) Ciekawą jest też okoliczność, że obecnie po 2¹/₂ latach, gdy wszystkie

objawy prócz ptozy obustronnej znikły, przypadek nasz na pierwszy rzut oka robi zupełne wrażenie ptozy wrodzonej z grupy „*infantiler Kernschwund*“ MOEBIUS'a. Gdy po latach dane anamnestyczne z pierwszego roku życia będą przez otoczenie zapomniane lub przez badającego lekarza z często uzasadnionem niedowierzaniem przyjęte, to niewątpliwie przypadek ten zostanie do wyżej wzmiankowanej wrodzonej endogennej grupy zaliczony. Z tego wynika, że prawdopodobnie znaczna część notowanych w piśmiennictwie lekarskiem przypadków wrodzonej ptozy lub wrodzonego zezania należy do grupy *poliencephalitis infectiosa*, przebytej wewnątrzmacicznie lub we wczesnym dzieciństwie.

5) Ostatni wreszcie godny zaznaczenia punkt, o którym niżej obszerniej pomówię, jest nader pomyślnie zejście bardzo poważnie zapowiadającej się *poliomyelitis acuta recidivans*.

Przypadek 2-gi. 17-letnia, zupełnie zdrowa i ze zdrowej rodziny pochodząca dziewczyna zaczęła w październiku r. 1906, przy prawidłowej ciepłocie, narzekać na drętwienie lewej ręki i prawej nogi. W ciągu następnego miesiąca wystąpiły silne bóle głowy z wymiotami, do których się stopniowo przyłączyła hemipareza prawej strony, zwłaszcza nogi, i wybitne osłabienie czucia w lewej połowie ciała. Trzykrotnie powtarzały się drgawki padaczkowe z przewagą ich w mięśniach prawego policzka, z utratą zupełną świadomości i następczą amnezją. W ciągu następnych kilku tygodni bóle głowy zaczęły się zmniejszać, a wymioty ustawać, natomiast stwierdzić się dało, co następuje: niedowład lewostronny, spastyczne objawy i przykurczenie we wszystkich kończynach, drżenie zamiarowe i wybitna ataksja rąk i przedramion. Ku końcowi trzeciego miesiąca stwierdzono nieznaczne zapalenie obu nerwów wzrokowych.

Od początku marca 1907 r. stan chorej poprawiał się stale bez remisji, tak, że obecnie, w chwili demonstracji¹⁾, chora narzeka jedynie na drętwienie i niezgrabność lewej ręki i mrowienie prawej nogi. Przedmiotowo atoli stwierdzić się daje: chód słabo spastyczny, z prawej strony lekki niedowład muskulatury kończyn i twarzy, hyperekstensja prawego palucha z objawem BABIŃSKIEGO, żywość odruchów ścięgowych, lekkie drżenie rąk, normalne zachowanie odruchów brzusznych, osłabienie czucia bólowego, a zwłaszcza zmysłu mięśniowego w lewej ręce i prawej nodze. Brak mowy skandowanej, brak oczopląsu i zmian w nerwach wzrokowych. Po 3-ach latach pozostały jedynie wzmiankowane wyżej zaburzenia czuciowe.

Streszczając historię choroby, widzimy, iż u młodej 17-letniej dziewczyny rozwija się w ciągu 3-ach miesięcy stopniowo następujący obraz bezgorączkowej choroby mózgowej: bóle głowy, wymioty, spastyczna dipareza, napady padaczkowe, lewostronny niedowład, drżenie za-

¹⁾ Demonstrowana 18. V. 1907 i 20. VI. 1908 r.

miarowe, ataksya, zaburzenia czuciowe w lewej ręce i prawej nodze, *neuritis optica* obustronna. Prócz upośledzenia czucia nic z choroby po kilku latach nie zostało.

Sz. Pp.! Przebieg choroby w pierwszym okresie robił wrażenie powolnie rozwijającego się zapalenia opon mózgowych, w drugim — szybko rosnącego guza natury gruźliczej lub syfilitycznej. Energiczna kuracja jodowo-rtęciowa pozostała w pierwszych dniach choroby zupełnie bez wpływu. Za gruźlicą i syfilisem nie świadczyły wreszcie dane wywiadowcze i dokładne badania chorej oraz najbliższych jej krewnych. Ze wszystkich rozpoznań, jakie w toku 3-letniej obserwacji chorej stawiałem (*hydrocephalus acquisitus, meningitis tuberculosa circumscripta, pseudotumor, sclerosis disseminata acuta, encephalitis subacuta diffusa*), uważam obecnie za najprawdopodobniejsze ostatnie, t. j. tę rzadką postać podostro i bezgorączkowo rozwijającej się *encephalitis*, o której OPPENHEIM się słusznie wyraża, że w pierwszych okresach absolutnie niemożliwym jest rozróżnić ją od rozpoczynającego się nowotworu.

Bliżej uzasadnić lokalizację sprawy zapalnej uważam za zbyteczne. Tyle tylko powiedzieć chcę, że przypuszczać należy dwa odrębne ogniska, leżące w substancji białej mostu VAROLA, na różnych wysokościach tegoż i po obu stronach szwu: prawe ognisko bardziej dorso-medialnie, lewe bardziej ventrolateralnie. Dotknięte zostały głównie węzeł (*lemniscus*) i pole czepca (*Haubenfeld*), w mniejszym stopniu tory piramidowe; oszczędzone zostały obok leżące nadjądrowa droga opuszkowa i sąsiedni tylny pęczek podłużny (*fasciculus longitudinalis*). O rozwijającym się na tle podostrej *encephalitis posterior* stwardnieniu wielogniskowem na razie mowy niema, gdyż obeznany dobrze z ostrą postacią *sclerosis disseminatae* i jej stosunkiem do rozsianej *encephalomyelitis*, wielokrotnie bezskutecznie szukałem objawów pierwszej.

Brak wprawdzie w okresie ostrym *encephalitis* poważnych kryteriów do przepowiedni kompletnego lub częściowego wyleczenia. Mniemam atoli, że po 3-letniej obserwacji mam prawo twierdzić, że rokowanie w naszym wielce ciężkim przypadku podostrej rozsianej *encephalitis* stanowi zupełnie pomyślna poprawa, albo raczej wyleczenie prawie kompletne i stałe, a szanse przejścia jej w stwardnienie wielogniskowe prawie żadne.

[D. n.].

II. O powstawaniu zgorzeli kończyn w okresie poporodowym.

Przez

Stanisława Leyzerowicza,

ordynatora kliniki chirurgicznej przy szpitalu Dzieciątka Jezus.

(Odczyt, wygłoszony w dniu 29-ym kwietnia 1910 r. w Warszawskim Towarzystwie Lekarskim na posiedzeniu ginekologicznym).

(Dokończenie. — Patrz Nr. 31).

WORMSER opisuje następujący przypadek: u 23-letniej zdrowej i silnie zbudowanej rodzącej — w sześć dni po normalnym porodzie bole w łydce, obrzmienie oraz zgrubienie *v. saphenae (thrombophlebitis)*, podniesienie ciepłoty. 12-go dnia wzmagają się bole w stopie i kończynie, pocernienie stopy; w siedem dni potem linia demarkacyjna ponad stawem skokowym. W tym czasie zauważono podmuch systoliczny w sercu, którego dotąd nie wysłuchiwano. Amputacja. Badanie preparatu wykazało: w *v. tibialis post.* niema zakrzepu, *v. dorsalis pedis* zatkana długim i mocno przylegającym skrzepem, nadto wszystkie żyły zatkane skrzepami. Przypuszczalnie skrzep w *v. dorsalis pedis* był zatorem, spowodowanym zapaleniem wsierdzia, a nie wtórnym charłaczym zakrzepem, zatkaniu zaś żył na dużej przestrzeni przypisać należy niewątpliwie całkowite przerwanie krwioobiegu. MANDL wspomina o rodzącej, u której przy normalnym porodzie wystąpiło kompletne rozdarcie kroczka; 7-go dnia po porodzie *phlebothrombosis* lewej kończyny, a 11-go prawej. 13-go dnia pierwsze oznaki zgorzeli obu kończyn: prawej do biodra, lewej — dużego palca i pięty. Po amputacji prawej kończyny przekonano się, iż wszystkie tętnice i żyły były zatkane skrzepami. Wyzdrowienie. Autor myśli, iż pierwotną była tromboza żył, tętnic zaś wtórną (?). G. BURCKHARD przytacza: rodzącą była 38-letnia kobieta, VII—*para* z miednicą krzywicową; dekapitacja płodu ze względu na zaniedbane położenie poprzeczne. Jeszcze przed operacją dostrzeżono jakoby pęknięcie macicy, które się też po operacji, jako niezupełne, potwierdziło. W pierwszych dniach po porodzie nieznaczna *endometritis* z niewielkim podniesieniem ciepłoty, 12-go dnia wystąpił brak czucia i drętwienie w palcach lewej stopy, 16-go — zesinienie stopy i goleni, po czterech dniach pęcherze na goleni. W 4 tygodnie po porodzie amputacja według GRITTI'ego; na preparacie widać *v. popliteam* zupełnie zatkaną. Spowodowany pęknięciem macicy wylew krwawy w lewym przymaciczu, wyczuwalny w postaci guza, prędko znikł. W drugim przypadku tegoż autora u 33-letniej kobiety, po raz piąty rodzącej, z miednicą płasko-rachityczną, wywołano poród przedwczesny [obrót na nóżkę]. Płód martwy. Drugiego dnia po porodzie bole w spojeniu łonowym, spowodowane rozerwaniem tegoż. Następnie obrzęk lewej kończyny, później zesinienie jej; brak czucia, zgorzel wilgotna stopy i ponad kostkami linia odgraniczająca. Wsku-

tek tego amputacja w górnej $\frac{1}{3}$ części goleni. Na preparacie — zakrzep *a. tibialis post.*, który sięgał jeszcze wyżej i został wyciągnięty. Dla pierwszego przypadku autor znajduje wytłómaczenie w wylewie, wywołanym uszkodzeniem macicy, który wrzekomo miał uciskać na żyły, zwalniać przeto krążenie w nich krwi i przyczyniać się do trombozy. W drugim podejrzewa sprawę zatorową. BÉGOIN i AUDÉRODIAS podają następujący przypadek: 8-go dnia po poronieniu [2 mies.] podniesienie ciepłoty i bole w nogach, w dwa tygodnie potem zesinienie palców prawej stopy, ciepłota — $40,2^{\circ}$, *a. femoralis* nie tętni, linia demarkacyjna. Po kilku dniach odjęto kończynę po środku kości biodrowej. W jakiś czas potem wystąpiło zesinienie lewej goleni i brak tętna w lewej *a. femoralis*, bredzenie, szal, wreszcie zgon 28-go dnia. Badanie zwłok wykryło: świeża *endocarditis verrucosa* z zakrzepem w przedsiionku; prawa *a. iliaca communis* zatkana przyrosłym skrzepem, ciągnącym się do *a. femoralis*; w prawej *a. hypogastrica* zator zropiały, przechodzący w oba rozgałęzienia. W preparacie odjętej kończyny prawa *a. femoralis* i *a. tibialis post.* puste zupełnie. Tenże autor przytacza przypadek LACONCHE'a: 42-letnia kobieta, cierpiąca na zwężenie aorty, poroniła w 6-m miesiącu, poczem nagle po 2 u tygodniach tętno w *a. femoralis d.* znikło i kończyna prawa uległa zgorzeli. Po 10-u dniach chora zmarła. GUTBROD — wspomina o 2-u przypadkach zgorzeli po ciężkiej eklampsyi, co doprowadziło do amputacji goleni. HAGEMEYER: 9-go dnia po porodzie u 40-letniej kobiety, cierpiącej na wadę serca i rodzącej po raz piąty, wystąpiły objawy trombozy lewej goleni, następujących dni — zgorzel stopy oraz dolnej części goleni; 17-go dnia amputowano już udo w dolnej części. Badanie preparatu wykazało: zatkanie tętnicy podkolanowej twardym, przystającym do ścian zakrzepem na miejscu rozdziału i ciągnącym się do tylnej i przedniej tętnicy goleniowej; w żyłach miękkie skrzepy wtórne. Niewątpliwie więc wada serca spowodowała tu zator. LUGEOL opowiada: rodząca cierpiała na drgawki porodowe, białkomocz. Przy pomocy kleszczy urodził się płód martwy; 10-go dnia *phlegmasia alba* w prawej kończynie, po czterech dniach zgorzel, a w 2 miesiące wypadło amputować. Wyzdrowienie. Na odjętej kończynie skonstatowano: trombozę tętnic, *endoarteriitis*, wywołana przez paciorkowce. SCHUHL opisuje: 38-letnia niewiasta, która rodziła siedem razy, dostała napadu drgawek porodowych; siódmego dnia po porodzie oprzytomniała i jęła się skarżyć na bole w obu kończynach, zwłaszcza w lewej; po kilku zaledwie godzinach lewa goleń już stała się zimną, nieczułą i zesiniała, 18-go dnia po porodzie chora zmarła. Znaleziono zatkanie lewej *a. femoralis*. CHOEMOGOROW opisał przypadek, dotyczący 18-letniej pierwiastki, która urodziła normalnie, wypadło jeno odklejać łożysko. Wkrótce wybuchła gorączka wysoka; osłabienie serca i cuchnąca wydzielina z macicy. 21-go dnia obrzęk lewej stopy, bole, później zesinienie; 34-go dnia palce zczerniały; później wyczuwano też niewielkie nacieczenie z prawej strony macicy. Palce odjęto i zarazem rozcięto zatokę ropną na podszewie. Po tej operacji na goleni pojawiła się róża, poczem chora zmarła. Autor mniema, iż utworzył się tutaj zator w *a. dorsalis pedis* oraz; *aa. interosseeae pedis*. JARDINE opisał: 22letnia pierwiastka, zupełnie

dotąd zdrowa, w ostatnim miesiącu ciąży zaczęła doznawać bólów w prawej nodze i podudziu, gdzie też wkrótce znikło tętno. Po porodzie [przy pomocy kleszczy] zgorzel posunęła się na uda, gdzie również tętno w *a. femoralis* przestało być wyczuwalnem i utworzyła się linia odgraniczająca ponad kolanem. Wysoka amputacja uda. Wyzdrowienie. W kikutach wszystkie naczynia zatkane. Powstała w lewej kończynie i kilka dni trwająca tromboza wyrównała się. Porow przytacza ciekawy przypadek zgorzeli obu górnych kończyn: 6-go dnia po porodzie u 36-letniej położnicy wystąpiły plamy czerwone na rękach oraz bole, później gorączka. Po przybyciu do szpitala ciepłota 40°, obrzmienie rąk; lewe przedramię sine, chłodne, bez czucia, pęcherze na niem; niemal to samo na prawem. Wydzielina macicy cuchnąca, ropna. W pięć dni potem wytworzyła się linia demarkacyjna; wydzielina z pęcherzy na rękach posokowato-cuchnąca. Lewe przedramię wypadło przeto amputować, a na prawem wystarczyło powycinać zmartwiałe części miękkie. Tętnice i żyły ramienia okazały się nietknięte; w kończynie zaś amputowanej *a. radialis* i *ulnaris* zatkane czopem, żyły zaś puste. Wyzdrowienie. Autor mniema, iż w danym przypadku zator pochodził albo z serca [mogło być nierozpoznane zapalenie wsi irdzia], albo też z żył macicy przez *foramen ovale apertum* (*metrophlebitis*).

Udzieliwszy niemało uwagi obcym przypadkom ze względu na interes kazuistyczny, jaki budzić mogą, zajmę się obecnie przedstawieniem własnego spostrzeżenia, więcej dla rejestracyi przypadku, aniżeli szczegółowego opisu, gdyż nie danem mi było we właściwem znaczeniu go obserwować, albowiem chora na oddziale klinicznym zaledwie dobę przeleżała, poczem zmarła, zaś pośmiertnego badania nie wykonano. Opis choroby na oddziałach, z których ją do nas skierowano, brzmi, jak następuje: dnia 11-go sierpnia 1907 roku przybyła do instytutu położniczego chora E. P., lat 18, pierwiastka, w 9-ym miesiącu ciąży, w pierwszym okresie porodu. Otwarcie ujścia na 2 palce, wód niema, przoduje główka w I pozycyi. Ciepłota wynosi 37,6°, tętno 100. Odchody są brudne, rodząca od niedawna cierpi na biegunkę. Tegoż dnia o godz. 12¹/₂ po południu urodziła płód nieżywy, niedonoszony wagi 2010 grm., płci żeńskiej. Łożysko w całości wyszło samodzielnie, zapach jego gnilny, waga 500 grm. O godz. 5 po poł. ciepłota — 40°, tętno 110. O godz. 10 wiecz. ciepłota 39°, tętno 108.

Dnia 12. VIII. Zrana 36°, tętno 80; wieczorem 38,8, tętno 90. Odchody gnilne, biegunka.

Dnia 13. VIII. Zrana 37°, tętno 96; wieczorem 37,8°, tętno 100. Biegunka trwa.

Dnia 14. VIII. Zrana 39°, tętno 100; wieczorem 38,5, tętno 100. Biegunka, bole brzucha, odchody cuchnące.

Dnia 15. VIII. Zrana 38,8, tętno 96; wieczorem 37,9, tętno 110. Rozwolnienie, tętno słabe.

Dnia 16. VIII. Zrana 38,2, tętno 100, wieczorem 37°, tętno 80.

Dnia 17. VIII. Zrana 38,5, tętno 100, wieczorem 39°, tętno 110. Biegunka wciąż trwa, sinica twarzy i kończyn tętno drobne, język suchy. Wy-

dzielina z macicy wciąż brudna i cuchnąca. Swierdzono *ulcera puerperalis portionis vaginalis septica*.

Dnia 18. VIII. Zrana 37°, tętno 90; wieczorem 38,7°, tętno 100. Status idem.

Dnia 19. VIII. Zrana 38°, tętno 88; wieczorem 37,7 tętno 80. Stan ogólny nieco lepszy.

Dnia 20. VIII. Zrana 37,9°, tętno 100;¹ wieczorem 38,5°, tętno 116.

Dnia 21. VIII. Zrana 38,2°, tętno 112; wieczorem 39°, tętno 116.

Dnia 22. VIII. Zrana 37,6°, tętno 110; wieczorem 37,7°, tętno 116.

Dnia 23. VIII. Zrana 37,4°, tętno 101; wieczorem 39,8°, tętno 120.

Dnia 24. VIII. Zrana 39°, tętno 106;³ wieczorem 38,6°, tętno 112.

Dnia 25. VIII. Zrana 37,6°, tętno 100; wieczorem 39,2°, tętno 96. Pogorszenie; brzuch wzdęty, bolesny przy dotyku, język suchy, brak łaknienia, ciągle biegunka. Zauważono obrzmienie prawej stopy [we 2 tygodnie po porodzie.

Dnia 26. VIII. Zrana 37,9°, tętno 68; wieczorem 39,3°, tętno 96.

Dnia 27. VIII. Zrana 39°, tętno 110; wieczorem 39,5°, tętno 112. Ogólne osłabienie.

Dnia 28. VIII. Zrana 39°, tętno 102.

Chorą przepisano na oddział ginekologiczny z rozpoznaniem: *Partus maturus. Enteritis. Endometritis puerperalis septica*. Dopiero tutaj wykryto gangrenę prawej stopy i tegoż dnia odesłano chorą na oddział kliniki chirurgicznej. Tu, rzec mogę, przelotem ją tylko widziałem, gdyż 30-go sierpnia o godz. 5-ej zrana zmarła.

Utrwaliłem sobie jeno w pamięci, iż zgorzel obejmowała całą stopę, co się uwydatniało w przeważnej mierze na palcach, uległych całkowitemu niemal zwęgleniu. Wszelkie dane zdają się przemawiać za tem, że mieliśmy tu do czynienia z zatorom w *a. dorsalis pedis*. Wielce osłabiona pod wpływem ogólnego zakażenia sprawność serca, i co za tem idzie, zaburzenia w cyrkulacji, łatwo mogą pociągnąć za sobą utworzenie zakrzepów w żyłach miednicowych, które powodują zgorzel lub też uległszy rozmięknieniu, przedostać się następnie mogą w postaci zatoru do tętnic dolnej kończyny. A mogło też powstałe pod wpływem miejscowego silnego zakażenia [owrzodzenie części pochwowej macicy] zapalenie żył macicznych (*metrophlebitis*) być źródłem zakrzepu w żyłę dużego kalibru, lub też dać początek zatorowi. Nie jest też wykluczonem, iż na oddziale przeoczone było zapalenie wsierdzia, które łatwo rozwinąć się mogło pod wpływem silnej infekcji, trwającej około trzech tygodni, i spowodować, jak w innych przypadkach tego rodzaju, zator tętnicy na kończynie. Na jedno atoli zwrócić muszę uwagę, iż autorzy wyżej wspomnianych przypadków, komentując etyologię zatoru, biorącego początek w żyłach dużego krążenia, niezupełnie słusznie każdy taki przypadek motywowali paradoksalną embolią [patrz przyp. WANNER'a], upatrując hipotetycznie wszędzie istnienie *foramen ovale* w sercu, gdyż, jak przedtem zaznaczone już było, drobne nader cząsteczki zakrzepów, nie będąc całkiem zatrzymane w kapilarach płuc przy zdrowym ich stanie, przenikać

mogą bezpośrednio do lewego serca i tworzyć tą drogą zatory w tętnicach. Uwaga ta zdaje się być tem słuszniejsza, iż w żadnym z powyższych przypadków istnienia podobnego otworu komunikującego nie udało się na autopsyi stwierdzić.

Objawy zgorzeli połogowej występują albo w sposób ostry [w przypadku zatoru], albo stopniowo. Rozpoczyna się zazwyczaj od częstych bólów w kończynie, które ustępują z chwilą obumarcia tkanek. Najczęściej zgorzel nosi charakter suchej, dopiero pod wpływem ogólnego zakażenia następuje rozmięknienie i wreszcie rozpad gnilny zakrzepu, co warunkuje zgorzel wilgotną, septyczną. W pomyślnych warunkach tworzy się linia odgraniczająca, w wyjątkowych zaś razach zgorzel posuwa się nader szybko, nie zdradzając tendencji do ograniczenia się. Objawy ogólne, jak podniesiona ciepłota, przyspieszone tętno, biegunka, są wynikiem ogólnego zakażenia, jakie zwykle towarzyszy zgorzeli, lub też następstwem wysysania się, rezorpcyi obumarłych tkanek. Rozpoznanie, oczywiście, przy codziennej a baczej obserwacji nie następuje zbyt trudności. Jako zwiastuny zjawiają się uniejscowione szarpiące bóle, dalej łatwo dostrzedz obrzmienie, zabarwienie skóry [sinoczerwone plamy], brak czucia, stygnięcie kończyny. Odnosnie rokowania zauważyć należy, iż omawiane powikłanie należy do rzędu bardzo ciężkich, grozi bowiem nie tylko utratą kończyny, ale nawet, jakśmy widzieli, śmiercią. AUDÉRODIAS podaje odsetkę śmiertelności na 58%. O ile ogólnego zakażenia niema i zgorzel nazbyt szybko się nie posuwa, natomiast tworzy się linia demarkacyjna, rokowanie jest o wiele pomyślniejsze. Żyłne wrzekomo postaci zgorzeli, według AUDÉRODIASA, mają być bezwarunkowo śmiertelne, gdy przy zacopowaniu tętnie amputacja może usunąć niebezpieczeństwo. Według WORMSERA z 18-u cierpiących na postać tętniczą zgorzeli zmarło 6-u chorych, a z 9-u chorych, u których skonstatowano postać żylną, zmarło siedmiu. Mnie osobiście podział ten wydaje się sztucznym, zważywszy, iż zatkanie tętnic idzie niekiedy w parze z zatkaniami żył. Z 27-u wiadomych mi przypadków zgorzeli śmierć nastąpiła w 11-u [40,7%]. Profilaktyka ma tu niewiele do zdziałania [wytworzenie warunków prawidłowego krążenia krwi], a terapia sprowadza się do operacyjnego usunięcia obumarłej kończyny z chwilą utworzenia się linii demarkacyjnej.

Najwięcej rozmyślań nasuwa etyologia tego powikłania, najtrudniej bowiem uchwycić bezpośrednią przyczynę tej groźnej komplikacji poporodowej. Zważywszy wszakże, iż w większości przypadków poprzedza ją bądź ogólne zakażenie, bądź to jakaś sprawa zapalna w zastawkach serca lub w ścianach naczyń, przyczem ostatnia dominuje nawet pod postacią flebotrombozy (*phlegmasia alba dolens*), powstając niewątpliwie na tle infekcyjnym, przyjąć wypadnie głównie bakteryjne pochodzenie tego cierpienia, ku czemu się też skłaniają obecnie niemal wszyscy autorowie. Do momentów, sprzyjających zatkaniu naczyń, trzeba zaliczyć osłabioną czynność serca, tem samem zwolnienie krwioobiegu, tudzież wzmoczoną urodzających zdolność ścinania się krwi [zmiany w składnikach].

Celem wyświetlenia, dłaczego nie we wszystkich przypadkach zatkania

naczyń, sprawa dochodzi do zgorzeli, jeden z autorów ewentualność taką usiłuje między innymi objaśnić niejednakowem krążeniem obocznem, jakie posiadać częstokroć może dane naczynie. Wiadomo bowiem, utrzymuje on, iż nie wszystkie tętnice w embryonalnym swym rozwoju dosięgają jednakich rozmiarów; stopień ich rozwoju ulegać może wahaniom, mianowicie, w pewnym punkcie rozwój ustaje, nie postępując naprzód, i stąd mamy rozmaite warjacje kalibru tętnic. Tenże fenomen, dalej, zachodzić też może w rozgałęzieniach, przyczem niektóre z nich w jednych przypadkach odchodzą wyżej, w drugich znów niżej, co razem wzięte, musi niewątpliwy wywierać wpływ na krążenie miejscowe, sprowadzając częstokroć do zera wszelkie kollaterale.

Zakrzep tętnicy może być pierwotny, jak to wskazuje przypadek HOCHSTELLER'a, gdzie z miejsca niewieściego drogą tworzenia się wrzekomo wstępującego zakrzepu w tętnicach sięgał on *a. iliacaе com.*, aorty i przechodził na tętnice drugiej strony; mogą też bakterye ze krwi, zdaniem LAFOND'a, zbierając się w wielkiej liczbie, przyłgnąć gdziekolwiek do ściany tętnicy, wywołać zakrzep i zatkać naczynie. Zatory mogą być spowodowane istniejącą wadą serca lub też świeżo powstałym w przebiegu choroby cierpieniem zastawek. Również w przypadkach rozmiękczenia, rozpadu zakrzepu żylnego cząsteczki tegoż mogą się urywać i warunkować tworzenie się zatorów w tętnicach. Zakrzep w żyłach kończyn powstaje bądź pierwotnie skutkiem sprawy zapalnej w ścianach tejże na tle infekcyjnym, bądź wtórnie, gdy sprawa zapalna przechodzi na nie z żył macicy lub przymacicza. Najprędzej i najłatwiej bez kwestyi następuje zgorzel kończyny w przypadku zatkania jednocześnie i żył i tętnic skutkiem przenoszenia się procesu zapalnego, zachodzącego w jednym z tych naczyń krwionośnych.

PIŚMIENICTWO.

- 1) P. MUELLER. Die Krankheiten des weiblichen Körpers. 1888. Stuttgart.
- 2) SCHAUTA. Lehrbuch der gesammten Gynäkologie. Cz. I. Geburtshilfe 1906.
- 3) P. DUFLOCK. Gangrène du pied droit ayant déterminé la mort un mois $\frac{1}{2}$ après l'accouchement. Progrès médical 1882.
- 4) WINCKEL. Pathologie und Therapie des Wochenbettes. 3 wyd. 1878. Berlin.
- 5) LANCEREAUX. Phlébite puerpérale. Gazette médicale 1887, Nr. 8.
- 6) v. HOCHSTELLER. Spontane Gangrän beider unteren Extremitätum nach dem Puerperium. Wiener Med. Woch. 1888, str. 74.
- 7) P. MUELLER. Handbuch d. Geburtshilfe. 1889. Stuttgart.
- 8) WANNER. Gangrän in Folge von Embolie der A. poplitea. Münchener Medic. Woch. 1895, str. 365.
- 9) The OLIVER. Gangrene of the leg in puerperal woman, with severe pain and analgesie of the affected limb. Lancet 1896, t. 2.
- 10) E. R. ROUX. Gangrene complicating puerperal mania. Ibidem 1896, t. 2.
- 11) FR. M. WILLCOX. A case of the labour followed by double phlegmasia alba dolens and gangrene. Ibidem 1897, t. 2.
- 12) Th. FISCHER. Double phlegmasia followed by gangrena of the right foot. Ibidem 1898, tom 1.

- 13) WORMSER. Ueber spontane Gangrän der Beine im Wochenbette. *Centrabl. f. Gynaekol.* 1900, Nr. 44.
- 14) G. BURCKHARD. Gangrän der unteren Extremitäten im Wochenbette. *Centralbl. f. Gynaekol.* 1900, Nr. 51.
- 15) WORMSER. *Centralbl. f. Gynaekol.* 1901, Nr. 4.
- 16) MANDL. Ein Fall von Gangrän der beiden unteren Extremitäten im Wochenbette. *Wiener med. Wochenschrift* 1901, Nr. 27, 28.
- 17) BÉGOUIN et AUDÉRODIAS. Inféction postabortive. Endocardite végétante. Embolie. Gangrène d'un membre infér. Amputation. Mort. *Revue mensuelle de Gynéc. Obstét. pédiatr. de Bordeaux* 1901.
- 18) AUDÉRODIAS. Gangrène des membres inf. pendant les suites de couches. *Annales Soc. d'Obst. de France* 1901.
- 19) GUTBROD. Gangrän nach Eclampsie. *Monatschrift f. Geburtshilfe u. Gynaek.* t. 21
- 20) HAGEMEYER. Ueber puerperale Gangrän der unteren Extremitäte. *Wien. klin. Rundschau* 1901, Nr. 30.
- 21) LUGEOL. De la gangrène des extrémités chez les accochées. *Gazette de sciences médicales de Bordeaux* 1901, Nr. 10.
- 22) BERGEN LLOY. General erysipelas occurring during the puerperium followed by popliteae thrombosis und gangrene. *Med. News.* 1895, październik.
- 23) DICKINSON und HUBERT. A case of Raynaud's gangrene in connection with parturition. *Trans. of the clin. Soc. London* 1897/8. Vol. XXI.
- 24) FUSSEL. Gangrene of leg following labour. *Univ. med. mag. Philadelphia* 1888/9. Vol. I.
- 25) I. B. SWAYNE. Gangrene of the thigh during the seventh month of pregnancy. *Transact. of the obst. Soc. of London.* 1883. Vol. 25.
- 26) M. A. TALE. Puerperal Gangrene. *Cincinnati Lancet. Clinic. Americ. journ. of surg. and gynecol.* St. Louis 1897/8. Vol. 10.
- 27) SCHUHL. Gangrän einer unter. Extremität im Wochenbette. *Province med.* 1906, maj.
- 28) O. SCHAEFFER. Ueber Unterschenkelgangrän im primär afebril. *Wochenb. Münch. med. Woch.* 1903, Nr. 45.
- 29) LAFOND. De la gangrène des membres infér. dans les suites de couches. *Bordeaux dissert.*
- 30) FROMMELS. Jahresbericht ueber das Jahr 1901.
- 31) WORMSER. Ueber puerperale Gangrän der Extremitäten. *Wiener klin. Rundschau* 1904, Nr. 5.
- 32) CHOŁMOGOROW. Omiertwienie nog w poslerodowom periodie. *Russkij Wracz* 1908, Nr. 38.
- 33) R. JARDINE (Glasgow). Fall von Gangrän des Beines in folge von Thrombose in der Schwangerschaft *Journ. of. obst. and gynec. of the brit. empire* 1906, marzec. *Centralbl. f. Gynaek.* 1908, Nr. 15.
- 34) POPOW. Gangriena wierchnich koniecznostiej w poslerodowom periodie. *Żurnal akuszorstwa i żeńskich bolezniej*, 1909, listopad.

NOTATKI LEKARSKIE.

Przypadek ciała obcego w jamie brzusznej u 20-letniej kobiety.

Do nieczęstych przypadków przedostania się do jamy brzusznej ciał obcych należą te, w których ciało obce wtłoczone by zostało przez ścianę pochwową.

23-go kwietnia tego roku zgłosiła się do mnie chora, 20-letnia, mężatka, A. R. — ze skargami na kłócie w okolicy pęcherza moczowego, częste oddawanie moczu i bole w dole brzucha przy ruchu. Dolna część brzucha nadotyłk bardzo bolesna, nieco wzdęta, ciepłota 37,8, tętno 96. Mocz czysty. Zabawienie zwykle. Macica w przodozgięciu, nie powiększona.

Przy badaniu dwuręcznym narządów rodnych wskazujący palec lewej ręki natrafił w głębi przedniego sklepienia na 2 ostre przedmioty, dające się wyczuć końcem brzuszcza badającego palca poprzez ścianę pochwową. Po uczynionych przez chorą wyjaśnieniach co do możliwości przedostania się do pochwy szpilki podwójnej przed paru dniami, — uciskając palcem wspomniane miejsce pochwy ku górze, z niewielkim trudem wyczułem drugi tępy koniec przypuszczalnego przedmiotu w lewej okolicy nadpachwinowej, na 3-y palec poprzeczne nad więzłem POUPART'a. Przy wyjęciu palca z pochwy, wyczuwany tępy koniec obcego ciała zniknął z pod palca i umiejscowienie dokładne tegoż końca stało się możliwem tylko przy znacznem ucisku na ostre końce, we wspomnianem wyżej miejscu pochwy wyczute. Okoliczności zniewoliły chorą do zgodzenia się na pomoc natychmiastową na miejscu.

Chcąc wykonać rękoczyn w warunkach braku pomocy koleżeńskiej, po uprzednim przygotowaniu ściany brzusznej do cięcia, trzymając palec wskazujący lewej ręki w pochwie dla jednostajnego ucisku w wspomnianym kierunku możliwie nieruchomo, — prawą ręką przeszylem ścianę brzuszną dużą krzywą igłą w miejscu największego górowania partego ku górze tępego końca przedmiotu — tak, ażeby w szew dostało się ucho szpilki. Gdy to mi się udało za drugim przeszyciem dzięki podatności i małemu otłuszczeniu ściany brzusznej, — wy dobyłem z łatwością ujętą w pętlę szwu za ucho szpilkę po niewielkiem [3 ctm.] cięciu ściany brzusznej. Szpilka podwójna długości 9,5 ctm. z bardzo ostrymi końcami. Szew pomocniczy wyjęty. Zaszycie rany brzusznej. Opatrunek. Łód na brzuch. Po 5-u dniach szwy zdjęte. Gojenie rany *per primam*. Ciepłota spadła do normy na 4-y dzień po zabiegu.

Łódź, 26-go maja 1910 roku.

J. Cadarski.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

121. G. E. Schneider. Profilaktyka nagminnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych i odkażanie jamy nosowogardzielowej.

Jest dziś rzeczą pewną, że epidemiczne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych szerzy się przede wszystkim za pośrednictwem z d r o w y c h osób, przenoszących meningokoki. Dając tym zarazkom w swej jamie nosowogardzielowej schronisko w ciągu czasu, wynoszącego zwykle około dziesięciu dni, lecz ciągnącego się niekiedy i na tygodnie, osoby te są daleko szkodliwsze niż chorey obezwładniony i odosobniony, ponieważ rozsiewają wszędzie swą zakaźną ślinę. W rodzinach, szkołach, internatach, koszarach trzeba więc koniecznie wyszukiwać takich zdrowych przenośników zarazy, poddając bakteriologicznemu rozbirowi śluz nosowogardzielowy, przede wszystkim sypialnianych i mieszkaniowych towarzyszy chorego. Odosobnienie wykrytych w ten sposób zdrowych przenośników zarazy jest konieczne, niekiedy jednak musi trwać zbyt długo, aby było łatwe do przeprowadzenia. Aby skró-

cić czas odosobnienia, myślano niejednokrotnie o szybkim odkażaniu jamy nosowogardzielowej, co jednak stanowi też zadanie dość trudne wobec skomplikowanego kształtu tej jamy i jej obfitego śluzu, zabezpieczającego istnienie meningokoków; nie dziwnego, że wdmuchiwanie sproszkowanej surowicy przeciwmeningokokowej [WASSERMANN], oraz codzienne pulweryzacje z pyocyany [EHRlich] nie mogły dawać wyników stałych.

Bez porównania bardziej obiecującą metodę ogłosili pp. VINCENT i BELLOT w lipcu r. z.; polega ona na penzlowaniach migdałków i jamy nosowogardzielowej jodem w glicerynie [1 : 30] dwa razy dziennie, częstem płukaniu gardła wodę utlenioną rozcieńczoną w stosunku 1 : 10, oraz powtarzanych 4—5 razy dziennie trzymiutowych inhalacyach pary z ogrzanej mieszaniny z 20,0 jodu, 2,0 gwajakolu, 0,25 tymolu, 20,0 alkoholu 60°. Szczepiąc na płytkach śluz nosowogardzielowy osób, traktowanych w ten sposób przez 3—4 dni, autor stwierdzał zawsze, że liczba wyrastających kolonii była nieskończenie mniejsza, niż poprzednio, albo równocześnie u osób nietraktowanych według metody VINCENT'a i BELLOTA [NB. traktowanie odkażające zawieszano na dwa dni przed braniem próbki śluzu]; co ważniejsza jeszcze—zgodnie z dawniejszymi obserwacjami twórców metody—kolonie wyrastające po czterodniowym traktowaniu odkażającym nie zawierały nigdy meningokoków, jeżeli zarazki te znajdowały się poprzednio. Sumienne więc stosowanie metody VINCENT'a i BELLOTA pozwala skrócić do czterech dni okres odosobnienia osób, mogących przenosić meningokoki. Pomyślny ten wynik należy zawdzięczać użyciu jodu jako środka potężnie odkażającego i nader łatwo dyfundującego, zwłaszcza w kombinacji z gliceryną, która tak chciwie przyciąga wodę i nie emulguje się, lecz miesza ze śluzem; para jodu niemniej łatwo naturalnie dostaje się do wszystkich zakątków jamy nosowogardzielowej. Penzlowania te i inhalacje są znoszone dobrze i chyba tylko u osób szczególnie wrażliwych i u dzieci trzeba zmniejszać zawartą w nich ilość jodu i innych czynnych składników.

(Bull. et mém. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris, 1910, Nr. 6). J. Rzepko.

122. Netter i Levaditi. Własności surowicy osób, które przeszły porażenie dziecięce (poliomyelitis anterior).

W poprzednim komunikacie autorzy doniesli, że surowica 4-ch osób, które przeszły porażenie dziecięce neutralizowała jad tej choroby *in vitro*. Własność ta zjawiała się po 6-u tygodniach i nie zmieniała się po 3-ch latach.

Obecna serya doświadczeń potwierdza wnioski powyższe i uzupełnia je w kilku kierunkach.

Brano surowicę trojga dzieci: jedno przechodziło porażenie dziecięce przed 3-ma miesiącami, drugie przed 11-u laty, trzecie wreszcie [siostra pierwszego dziecka] przechodziło jednocześnie z bratem ogólne objawy [bez porażenia kończyn].

Jad brano z rdzenia małp, które przechodziły *poliomyelitis anterior* i wykonywano szczepienia na małpach tego samego gatunku. Surowica pierwszego i trzeciego dziecka zupełnie jad zneutralizowała [małpy nie zdradzały żadnych widocznych zaburzeń], surowica dziecka drugiego nie zneutralizowała jadu, tylko go osłabiła [wystąpiło porażenie jednej kończyny, małpa wyzdrowiała].

Doświadczenia te potwierdziły fakty spostrzegane w klinice, a mianowicie:

1) Bakteryobójcza własność surowicy osób, które przechodziły *poliomyelitis anterior* nie jest bezgraniczną, tylko się z biegiem czasu wyczerpuje. Znane są przypadki powtórnego zapadania na tę chorobę [STERNE podaje 5 takich przypadków po latach 9, 17, 19, 23 i 54. Thèse de Nancy, 1891].

2) Oprócz typowych postaci istnieją postaci poronne tej choroby, które są z typowymi identyczne co do istoty zarazka i własności surowicy. Przypadki takie były opisywane we wszystkich epidemiach, ale poraz pierwszy udało się do wody nie wykazać autorom, że te postaci są co do swej natury zupełnie identyczne z przypadkami typowymi [przyp. 3-i]; przypadki takie grają wielką rolę w szerzeniu zakażenia.

(*Comptes rendus hebdomadaires des séances de la soc. de Biologie*, 1910, Nr. 18).
A. Puławski.

123. W. Schiller i J. Micen [Wiedeń]. O odurzeniu eterowem przedłużonem.

Niebezpieczeństwo narkozy ogólnej i braki metod znieczulenia miejscowego, stanowiące do dziś dnia w chirurgii kwestyę palącą, skłoniły jeszcze w r. 1901 SUDECKA'a do wypróbowania w tym celu t. z. przez niego odurzenia eterowego przedłużonego. Metoda jego polega na tem, że występujące już po kilku wdechach eteru, lecz jeszcze przed stadyum ekscytacji, znieczulenie zostaje zużytkowane do celów chirurgicznych. SUDECKA'a zasługą jest, że metodę tę wydoskonalił i wykazał, że pierwsze stadyum narkozy eterowej może być wystarczające do bezbolesnego wykonywania nawet większych operacji, zwłaszcza jeśli się odurzenie eterowe skombinuje z zastrzyknięciem morfiny. SUDECK mniema, że odurzenie eterowe można, umiejętnie je stosując, przedłużyć [wbrew mniemaniu HOFFMANN'a] przez czas trwania operacji bez obawy, że odurzenie przejdzie w zupełną narkozę eterową. TWEWELS, rozporządzający 157-u przypadkami odurzenia eterowego, potwierdza najzupełniej zdanie SUDECKA'a o dodatnich własnościach tej metody, mianowicie, operował on przez godzinę pod odurzeniem eterowem, wlewając z początku 20—30 ctm. sz. eteru, a następnie w miarę potrzeby dodając dalej 10 ctm. sz.

Autorzy przeprowadzili na oddziale prymaryusza Moszkowicza w szpitalu Rudolfinerhaus w Wiedniu w 100-u przeszło operacjach przedłużone odurzenie eterowe i z doświadczenia swego zdają tutaj sprawę.

Co do techniki, to przy rozpoczynaniu przedłużonego odurzenia eterowego postępować należy z chorym nie inaczej, jak przy wszelkiej innej narkozie.

Każdy chory dostaje na pół godziny przed rozpoczęciem narkozy około 1½ ctrm. morfiny podskórnie. Zwykle choremu zrana przed operacją jeśli się nie daje, aczkolwiek przy odurzeniu eterowem nie jest to warunek nieodzowny, gdyż przedłużone odurzenie eterem rzadko wywołuje wymioty. Po ułożeniu chorego na stole operacyjnym przywiązuje się ręce i nogi, a nawet całe ciało do stołu zapomocą odpowiednich pasów lub rurek celuloidowych [GERSUNY], bardzo do tego celu odpowiednich.

Do narkozy służy czysty chemicznie eter siarczany *pro narcosi*. Maską—otwartą ESMARCHA. Od samego początku narkozy stosuje się eter kroplami, gdyż obfitsze nalewanie jego na maskę wywołać może objawy duszenia się, uczucia obawy, pobudza do kaszlu i t. d. Chory ma liczyć od stu wstecz, a to według metody zur VERTH'a, która pozwala łatwiej rozpoznać chwilę rozpoczęcia stanu odurzenia, gdyż liczenie takie wymaga większego skupienia duchowego, a więc łatwiej wydadtnia początek zamętu duchowego, spowodowanego odurzeniem. Chwila właściwa do przystąpienia do operacji wtedy się zjawia, gdy chory zaczyna błędnie liczyć, powtarzać jedną i tą samą cyfrę kilkakrotnie, a na zadane pytania daje odpowiedź spóźnioną i błędną. Wogóle przez rozmawianie z operowanym otrzymujemy najlepsze wskazówki o stanie jego. LANDSTRÖM zaś celem określenia chwili początku odurzenia eterowego zwraca uwagę na pauzy w polykaniu. Z początku narkozy eter,

wywołując wzmoczenie się wydzielania śliny, pobudza chorego odruchowo do częstszych ruchów polykowych. Z chwilą zaś wystąpienia odurzenia eterowego ruchy te stają się rzadsze, a więc przerwy w polykaniu dłuższe, gdyż chory słabiej zaczyna reagować na ślinotok. Jest to więc według L. znak dość pewny dla rozpoznania właściwej chwili wystąpienia odurzenia eterowego.

Aby przedłużyć odurzenie eterowe dość jest od czasu do czasu puszczać na maskę kroplę eteru. Doświadczenie wskaże jak często to robić, aby operowanemu nie dać się z odurzenia obudzić, zarazem jednak nie pozwolić na wystąpienie u niego ekscytacji. W tym celu trzeba wiedzieć, kiedy należy maskę z twarzy na pewien czas usunąć.

Doświadczenie przekonało, że osobniki łatwo pobudliwe z temperamentem cholerycznym, histeryczki, alkoholicy, neurastenicy i dzieci od 4-letnich do 8-letnich, już po kilku kroplach eteru popadają w stan silnego pobudzenia, wyrażający się uczuciem obawy, zbytnią wesołością, krzykiem, śpiewem, ruchami ciała, zwłaszcza głowy. W tych przypadkach 10 kropeł chloroformu wystarcza, aby się chory uspokoił, co pozwala na dalsze stosowanie już eteru.

Zachowanie się chorych w przedłużonym odurzeniu eterowym pod względem psychicznym bywa rozmaite, stosownie do ich wieku. Młodszy i silniejsi bywają często niespokojni, głośno na temat swych snów się wypowiadają, staczą jakoby walkę z przeszkodami, co do tego stopnia zaprzęta umysł chorego, że na bole wskutek operacji zupełnie staje się obojętnym. Dojrzały i starsi chorzy znoszą odurzenie spokojnie, robią wrażenie śpiących, lecz na wezwanie reagują natychmiast, otwierają oczy i zwracają głowę ku wzywającemu. U histeryczek i alkoholiczków dojść może do napadów obłądki, które jednak kilku kroplami chloroformu można uspokoić; według LENZA, stan taki jest ostrą psychozą z zatrucia.

Po odjęciu maski trwać musi 5 do 10-minut, zanim chory zacznie zdawać sobie sprawę z przebytej operacji, z początku nie wierząc, że to już po niej.

Co do wskazań, to doświadczenie przekonało, że przedłużone odurzenie eterowe nadaje się dla każdej prawie operacji, nawet laparotomie [np. rezekcję kiszek i żołądka] można wykonywać bezboleśnie pod przedłużonym odurzeniem eterowym, nie mówiąc już o większych operacjach na kończynach, któreto operacje stanowią teren nadzwyczaj właściwy do zastosowania narkozy według metody SUDECK'a. Autorzy zastosowali ją w 107-u najrozmaitszych operacjach, z tych w 103-ch z zupełnym powodzeniem.

Odurzenie eterowe przedłużone udaje się w każdym prawie przypadku; z niepowodzeniem spotkać się można u alkoholiczków, histeryków, neurasteników i bardzo żywych dzieci.

Odurzenie eterowe przedłużone w przypadkach autorów trwało przeciętnie 30 do 40-minut [najkrótsze 12 minut, najdłuższe godzinę i 43 minuty].

Eteru użyto przeciętnie 2 ctm. sz. na minutę, przyczem ilość użytego eteru wahała się stosownie do indywidualnego usposobienia każdego chorego.

Do zalet metody SUDECK'a można zaliczyć to przedewszystkiem, że nie jest wcale niebezpieczna. Nawet choroby serca i nerek nie stanowią przeciwwskazania, przeciwnie właśnie chory z temi wadami najbardziej się do odurzenia eterowego nadają. Nie mniej wybitną jej zaletą jest to także, że zwalnia chorego od wszelkich tych przykrości i następstw, z którymi związane są zwykle głębokie narkozy [jak: wymioty, trudne budzenie się z narkozy, nierozkład następcze zapalenia płuc i t. d.].

Na zakończenie autorzy wspominają, że próbowali odurzenia eterowego przedłużonego w kombinacji ze znieczuleniem miejscowym [roztworem alipiny

stosowanym podskórnio] przy operacjach wola i z wyników byli bardzo zadowoleni.

(Wien. klin. Wochenschrift, 1910, Nr. 22).

M. Z.

124. E. Devic i P. Savy. [Lyon] Leczenie tachykardji napadowej środkami wymiotnymi.

Kto widział uporczywość tego objawu czy choroby [nazywają ją *maladie de Bouveret*] oraz bezsilność wszelkiej terapii podczas napadu, który trwa niekiedy bardzo długo [kilka dni a nawet tygodni, jak było w przypadku S. TOKARSKIEGO, opisanym w Gaz. Lek. 1907 Nr. 25-y i 26-y — przyp. sprawozdaw.], ten zrozumie całą doniosłość podanej przez autorów terapii bardzo prostej, a jednak, według ich spostrzeżeń, bardzo skutecznej.

U różnych autorów, począwszy od STOKESA, spotykamy wzmianki, że wymioty, wywołane przez lekarzy lub samych chorych, momentalnie przerywały napad tachykardji, dwaj jednak wspomniani lekarze lądni spozstrzegali u wielu chorych i przez czas dłuższy skuteczność tej metody leczniczej. Oto kilka przykładów. 45-letni chory, dotknięty przebiegającym skrycie zwężeniem ujścia żylnego lewego, od 14-go roku życia miewał ciężkie napady tachykardji, które ustępowały natychmiast, gdy się położył na lewym boku. Od 40-go roku życia sposób ten okazał się niedostatecznym, a napady stawały się coraz dłuższe i częstsze. Przyczem zauważył, że wypicie ciepłej wody i następujące potem wymioty napad przerywały. Od tego czasu chory systematycznie na początku każdego napadu brał 30-ci gramów syropu z korzenia wymiotnicy (*sirop d'ipeca*) i napad po wymiotach ustępował. Wobecności jednego z autorów, chory ten podczas napadu, kiedy tętno wynosiło 220 uderzeń na minutę, używał 40 gramów syropu ipekakuany, w kwadrans po zażyciu następowały wymioty, tętno spadało do 94-ch i 84-ch — napad przechodził. Zamiast ipeki autorzy dawali mu 20 centigr. emetyku, 1 centigr. apomorfiny podskórnio — zawsze po wymiotach, a nawet już w chwili nudności tętno spadało z 200-u na 80. Chory zmarł po kilku latach wskutek licznych zatorów. Znalaziono zwężenie ujścia lewego żylnego. Nerw błędny był normalny. W drugim przypadku chory suchotnik bez objawów ze strony serca miewał częste i długie napady tachykardji, które zawsze można było przerwać przez wymioty. Chory ten dostał kiedyś napadu w drodze z Lyonu do Paryża. Zatrzymał się w Dijon i po drodze do hotelu wstąpił do apteki, ażeby zażyć nigdy go nie zawodzącego środka. Jakoż, rzeczywiście, napad natychmiast ustąpił po wymiotach. Przykładów takich — swoich własnych i innych — autorzy przytaczają kilka i oświadczają, że nigdy nie doznali zawodu od stosowania swej metody — używali w tym celu ipeki, emetyku, apomorfiny, ciepłej wody. Najpraktyczniejszym okazał syrop ipeki.

Rzeczą jest ciekawą, że niekiedy sam napad tachykardji bywa połączony z wymiotami, takie jednak wymioty same o sobie nie mają wpływu na skrócenie napadu, dopiero wymioty, a nawet same mdłości po użyciu środka wymiotnego napad przerywają. Metodę powyższą daje się stosować tylko w tachykardji napadowej, esencyjalnej, w t. zw. chorobie BOUVERET'a. Dobrzeby się trzeba zastanowić, czy można się do niej uciec w tachykardjach przewlekłych stałych, przy niedomodze serca lub u starców. [Lepiej nawet nie próbować — przyp. sprawozdaw.]. Wiadomą jest rzeczą, że napady tachykardji dają się niekiedy usuwać przez silne wzruszenie, przez zastosowanie na dołek gorąca lub zimna, przez głęboki wdech, ułożenie się na boku, ucisk lub faradyzację nerwu błędnego, ale żaden z tych sposobów nie daje wyniku tak pewnego i bezpośredniego, jak środki wymiotne.

Ponieważ te ostatnie działają na rdzeń przedłużony, stąd autorzy wprowadzają wniosek, że tam musi być siedlisko tachykardji napadowej.

(*La presse méd.* 1910, 18. VI).

A. Puławski.

125. James Mumford i John Hartwelt [Boston]. O wynikach poważniejszych operacji chirurgicznych pod względem psychicznym.

Powszechnie znanym jest fakt, że pewna część chorych operowanych, pomimo udanej operacji t. j. po usunięciu cierpienia i przywróceniu funkcji danych narządów, nie czuje się dobrze po operacji — chorzy tacy tracą nieraz wiarę w siebie, w możność wyzdrowienia. Chirurgzy zdają sobie sprawę, że wchodzą tu w grę nerwy i psychika chorego, ale zwykle mało się takimi chorymi zajmują, zdając ich na barki internistów. Tyczy się to przede wszystkim chorych szpitalnych, których dalszymi losami mało kto się zajmuje. Autorzy niniejszej pracy (*psychical endresults following major surgical operations*) zajęli się tą sprawą, a rozpoczęli ją od zebrania faktycznego materiału. W tym celu rozesłali odpowiednio ułożony kwestyionaryusz ¹⁾ do 500 chorych, operowanych w szpitalu przed 7-u — 9-u laty i wypisanych z wynikiem zupełnie zadawalniającym. Odpowiedzi nadesłano tylko 129, ale odpowiedzi te pochodziły od najinteligentniejszej publiczności szpitalnej. Było w tej liczbie 91 kobiet i 38-u mężczyzn. Z nich 68 kobiet i 23-ch mężczyzn było operowanych z powodu cierpień narządów płciowych, pozostałych 38-u chorych operowano z powodu różnych chorób, jak kamienie żółciowe, *appendicitis*, wole, gruźlica stawów, nerek i t. d.

Z pośród cierpień kobiecych najwięcej było operacji torbieli jajników [22-ch], mięśniaków macicy [19-u], zapaleń jajowodów [11-u], nowotworów sutek [7]. U mężczyzn przeważało *varico* — i *hydrocele*, gruźlica jąder [5]. Na 91 operacji u kobiet w 33-m przyp. wynik był niepomyślny, ale tylko w 5-u można było mówić o niepowodzeniu anatomicznem, w 30-u był wynik zły pod względem psychicznym [35%]. Najgorsze wyniki psychiczne były po operacjach mięśniaków macicy, po operacjach w zapaleniach jajowodów i po owaryotomiach. Na 39-u operowanych mężczyzn w 7-u przypadkach wynik był zły pod względem psychicznym [operacje na narządach płciowych 30%].

W przypadkach, uważanych za nieudane pod względem psychicznym, odpowiedzi brzmiały: czuję się bardzo słabym [bą] i nie doznałem [am] żadnej poprawy; jestem bardzo osłabiony [na], jestem słabszy [a], niż przed operacją i t. d.

Z ankiety powyższej wypadłoby, że trzecia część chorych operowanych w kilka lat po operacji czuje się źle pod względem psychicznym, odnosi się to szczególnie do chorych z cierpieniami narządów płciowych. W praktyce prywatnej wyniki operacyjne są o wiele lepsze. Autorzy tłumaczą to w ten sposób, że chorzy tej ostatniej kategorii znajdują się dłużej pod opieką chirurgów, zwracają się do nich w razie rzeczywistego czy [co się częściej zdarza] rzekomego pogorszenia i dzięki umiejętnemu postępowaniu lekarzy prędzej przychodzą do równowagi psychicznej. Jest to rzecz naturalna. Wszak chorzy tacy są przysyłani do chirurgów, jako [według ich zdania] do o s t a t n i e j instancyi, decydującej o ich chorobie, przez co wpływ

1) Pytania były następujące: 1) jak długo i w jaki sposób cierpiełeś Pan ew. Pani przed operacją, 2) czy mogliś pracować, 3) kiedy przyszedłeś do siebie po operacji, 4) jak prędko wróciłeś do pracy, 5) czy operacja kompletnie wyleczyła, 6) czy jesteś zadowolony z operacji, 7) czy był powrót do dawnego cierpienia, 8) czy są jakie objawy, które można przypisać operacji, 9) czy się boisz o siebie, 10) jeżeli tak, to dlaczego?

chirurga w danym razie jest o wiele silniejszy, niż lekarza domowego [internisty].

Co szczególnie zasługuje na uwagę w tej ciekawej pracy, to oświadczenie autorów, że w szpitalu głównym w Bostonie postarano się, aby chorzy szpitalni korzystali do pewnego stopnia z praw chorych prywatnych. Odpowiednio wyćwiczony personel szpitalny odwiedza chorych operowanych w domu, bada warunki ich życia i otoczenia, i odpowiednio do tego kieruje ich leczeniem, donosząc o wszelkich szczególniejszych objawach lekarzom operującym, którzy w razie potrzeby sami chorych odwiedzają. Leży to w naturze naszego zawodu lekarskiego, powiadają autorzy, że nie wolno nam być tylko badaczami, którzy wykonywują doświadczenia i operacje“.

(*Publications of Massachusetts General Hôpital. Boston 1909, październik.*
A. Puławski.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

Posiedzenie neurologiczne dnia 16-go kwietnia 1910 r.

1. HANDELSMAN. Przypadek dystrofii mięśniowej typu *Marie-Tooth*.

Chory lat 40. W 8-ym roku życia nagle bez gorączki powstały silne bóle w kończynach, tak, że nie mógł niemi ruszać; po paru tygodniach stan ten przeszedł, jednak chory nie chodził. Po 3-ach latach zaczął chodzić, stopy jednak zlekka zniekształcone. 3 lata temu podobne objawy: bóle w kończynach, utrudnienie ruchów; stopniowo deformacje w palcach rąk i nóg, oddziaływanie źrenic słabe na światło i nastawność. Badanie przedmiotowe: lekka *ptosis* lewostronna, maska mięśniowa na twarzy, mowa o przydźwięku nosowym. Przykurczenia w 5-ym palcu u obu rąk, osłabienie ekstensyi obu dłoni, ruchy palcami upośledzone, zanik kłębu małego i dużego palca. *Pes equinovarus* obustronnie. Osłabienie działania grupy peronealnej i zaniki w tej dziedzinie, ruchy palcami i stopą upośledzone. Chód kaczkowy. Odruchy ścięgnowe zachowane. Płyn mózgowordzeniowy bez zmian. Czcucie zachowane. Rozpoznanie—atrofia spinalno-neurtyczna typu *Charcot Marie-Tooth*.

HIGIER podnosi w tym przypadku brak momentów dziedzicznych oraz początek niezwykle i podaje w wątpliwość rozpoznanie referenta.

FLATAU nie uważa, by to przeczyło rozpoznaniu [sekcyjne przypadki WESTPHALA].

2. BYCHOWSKI. Przypadek „*maladie des tics*“.

Chory, lat 18, pochodzi z rodziny zdrowej. Rok temu był na statku podczas burzy. Wkrótce potem wystąpiły grymasy na twarzy, potem ruchy w prawem ręku, po pewnym czasie wykrzykiwał mimowoli „holla“, „pardon“, w ostatnich czasach „kurwa“. Badanie: System nerwowy bez zmian organicznych. Na twarzy błyskawiczne ruchy o charakterze tików, wykrzywanie ust, wysuwanie języka, prawa ręka chwilami wykonywa jakby ruchy obronne lub grożące. Przy wykonywaniu ruchów gimnastycznych rękami ruchy na twarzy i wymawianie wyrazów nieprzyzwoitych ginie. To samo przy czytaniu, wogóle przy odwróceniu uwagi.

W dyskusyi STERLING wyklucza w danym przypadku histeryę i podnosi istnienie kombinacji echolalii z koprołalią.

ŁAPIŃSKI zalicza ten przypadek do rzędu psychoz natrętnych (*Zwangs psychose*).

BORNSTEIN radzi przeprowadzić psychoanalizę według FREUD'a.

HIGIER dodaje, że choroba tików często występuje epidemicznie w Ameryce.

JAROSZYŃSKI nie uważa za odpowiednie wyodrębnienie specjalnej formy „*maladie des tics*“ (*Gille de la Tourette*) i traktuje ten przypadek jako wyraz czynów natrętnych u psychastenika.

3. KOPCZYŃSKI S. i JAROSZYŃSKI. Dwa przypadki *torticollis mental* Brissaud.

Przypadek 1-y Chory, lat 43, od lat dwu cierpi na natrętne ruchy głowy, bole w szyi i koło prawej łopatki. Badanie: głowa lekko skręcona na prawo, przy chodzeniu—rytmiczne skręcanie głowy na prawo, tak, że chory, pragnąc tego uniknąć, powstrzymuje ruch głowy dotknięciem palcem do brody. Niepokój wzmagą te ruchy. Lewy *sterno cleido mastoideus* grubszy od prawego, pozatem system nerwowy bez zmian. Stosowanie reedukacji według BRISSAUD-MEIZE nie dało wyniku pomyślnego, natomiast poprawa po okładach z fango.

Przypadek 2-gi. Chora, lat 39, od roku wykręcanie się zrazu w prawą stronę, potem i w lewą; stopniowo ruchy natrętne przeszły na mięśnie ramienia, twarzy. Po kilku miesiącach te ostatnie przeszły, ruchy głowy trwają. Ruchy głowy giną przy gestach przeciwdziałających [np. podtrzymywanie ręką brody] oraz przy odwróceniu uwagi [np. liczeniu, poruszaniu rękoma]. Ruchy toniczno-kloniczne, mało rytmiczne. Rozpoznanie—*torticollis mental* typu BRISSAUD, postać chorobna zbliżona raczej do grupy tic'ów, niż spazmów [kurczów pochodzenia organicznego], jakkolwiek w danym przypadku są wszystkie cechy kurczów [kurczenie się mięśni włókienkowe].

STERLING nie uznaje wydzielania formy „*torticollis mental*”, jako też tic'ów od spazmów, gdyż kurecze [spazmy] są również często pochodzenia czynnościowego.

GAJKIEWICZ widział po wycięciu n. Willisii raz nawrót cierpienia, raz poprawę.

FLATAU podnosi wartość prac MEIZE'a w dziedzinie różniczkowania tic'ów od spazmów i podaje swe spostrzeżenia, dotyczące pochodzenia i leczenia *torticollis*.

KOPCZYŃSKI wbrew STERLINGOWI nie zalicza *torticollis* do histeryi.

JAROSZYŃSKI przytacza dowody przemawiające za organicznem pochodzeniem kurczów [spazmów].

4. ROTSTADT. Przypadek oftalmoplegii pochodzenia urazowego.

Chora dziewczynka uderzona została porcelanową główką lalki w głowę; po urazie bole głowy, wymioty, na drugi dzień skrzywienie twarzy, skargi na dwojenie się. Badanie wykryło: bezwład lewego nr. twarzowego, brak skojarzonego ruchu bocznego oczu w lewo oraz niedowład bocznego ruchu skojarzonego gałek w prawo. Oczopląs. Pozatem system nerw. bez zmian. Stopniowa poprawa w dalszym przebiegu. Przypuszczać należy wyboczyiny do ośrodków lew. nerwu twarzowego i ośrodków nerwów odwodzących, porażenie częściowe *fascic. longit. post.*

HIGIER podnosi sądowo - lekarską stronę sprawy — możliwość ciężkich zaburzeń ze strony nerw. czaszkowych po urazie.

FLATAU podnosi rolę *fasc. long. post.* w ruchach skojarzeniowych gałek ocznych.

5. KOELICHEN i STERLING. Przypadek przypuszczalnego stwardnienia wieloogniskowego z zaburzeniami mowy o charakterze zamiarowym.

Chory, lat 42, od lat 6-u cierpi na osłabienie kończyn dolnych oraz zaburzenia mowy. Badanie przedmiotowe: Nieznaczny oczopląs. Niedowład podniebienia miękkiego przy fonacji. Mowa niewyraźna, eksplozywna, nosowa; podczas mówienia znaczny wysięk, naprężenie mięśni szyi, ramion, tułowia. Lekkie drżenie ataktyczne kończyn górnych. Niedowład kończyn dolnych ze wzmożeniem odruchów ścięgowych, objaw BABIŃSKIEGO; brzuszne zniesione. Osłabienie czucia mięśniowego w palcach nóg. Rozpoznanie: *Sclérose en plaques* o charakterze opuszkowym z niezwykle zaburzeniami mowy.

KOPCZYŃSKI podnosi różnorodność zaburzeń mowy w stwardnieniu wieloogniskowym.

HIGIER przypuszcza zajęcie w demonstr. przypadku mózdzku, co może objaśnić mowę wybuchową i zwolnioną.

FLATAU nie wyklucza zajęcia mózdzku, jednak nie wystarczy to do wyjaśnienia całego obrazu klinicznego przypadku.

STERLING zaznacza brak innych objawów mózdkowych, jak asynergii i t. d.

6. PECHKRANZ. a) Przypadek białaczki z objawami mózgowymi.

Chory, lat 24, od kilku miesięcy objawy białaczki. Gruczoły chłonne powiększone, jak również śledziona i wątroba. Przy badaniu dna oka tarcza zastoinowa obu stronnie, wybroczyny krwawe w okolicy plamki żółtej. Objawów ogólnomózgowych brak. Należy przypuszczać t. zw. przerzut białaczkowy, t. j. nacieczenie leukemiczne, usadowione w *dura* lub okostnej na podstawie czaszki w bliskości skrzyżowanych nerwów wzrokowych.

b) Przypadek dystrofii układu kostnego.

Chory, lat 18, dotknięty jst gruźlicą płuc od kilku lat. Od 14-go roku życia bole w nogach, stopniowe grubienie goleni. Badanie: niewątpliwy przerost kości goleni i uda, głównie po stronie lewej, stwierdzony pomiarami i rengenogramami. Obie stopy również powiększone w objętości, podobnie zgrubienie miednicy. Mamy do czynienia z nabytym przerostem jednostronnym systemu kostnego; w danym przypadku jednak i druga strona [prawą] uległa pewnemu przerostowi, co jest dla dotychczas znanych przypadków nietypowym.

BYCHOWSKI obserwował wrodzone zgrubienie jednej kończyny u epileptyka.

7. HIGIER. Trzy przypadki postaci *moral insanity*.

I. Dziewczyna lat 9, w 5-m roku życia przechodziła ciężką płonicę z objawami psychicznymi, trwającymi kilku tygodni. Po tej chorobie stała się kapryśną, nieposłuszną, kłótliwą. Kłamiwość, leuistwo, brak przywiązania do rodziców [dawniej tych objawów nie było]. Czasem *absence*. Stan taki w ciągu 3-ech lat bez zmiany.

II. Chłopiec lat 14, z rodziny psychopatycznej. Od 10-go roku życia objawy zwyrodnienia moralnego: nie szanuje starszych, maltretuje rówieśników, upór, żarłoczność, kradzieże. Terminatorem był w 10-u miejscach. Kilkakrotne zatargi z policją. Onanizuje się w obecności matki, *exhibicjonizm*. Kilka razy drgawki epileptyczne w ostatnim roku.

III. Dziewczynka lat 8, była posłuszną, łagodną do lat 7-u. Od pół roku napady utraty przytomności. zmiana charakteru: nieposłuszeństwo, kłamiwość, bije rodziców, grozi matce siekierą.

Mówca podnosi rolę choroby zakaźnej, jako czynnika wywołującego w pierwszym przypadku, oraz późne wystąpienie objawów padaczkowych przy wyraźnie rozwiniętej *folie morale* — w drugim. Wszystkie trzy przypadki nie mogą być traktowane jako wyraz ekwiwalentów epileptycznych.

ŁAPIŃSKI rozpoznaje w tych przypadkach zwyrodnienie epileptyczne i uważa wprowadzanie dyagnozy *moral insanity* za zbytęczne.

STERLING przypuszcza istnienie zaburzeń inteligencyi w danych przypadkach.

FLATAU zawsze stwierdzał padaczkę u dzieci z *moral insanity*.

BORNSTEJN mówi o braku łączności obłądu moralnego z padaczką.

Tad. Jaroszyński.

Wiadomości bieżące.

— W dniu 1-y m. b. m. zamknięte zostało w Warszawie Stowarzyszenie Lekarzy Polskich. Zamknięcie nastąpiło z rozporządzenia ministra spraw wewnętrznych na wniosek senatora NEUDHARDA, który był delegowany do Królestwa na rewizję instytucji rządowych i społecznych. Stowarzyszenie istniało od stycznia roku 1907 i w ciągu tego czasu zajmowało się sprawami lekarskiego zawodu, oraz zgromadzało członków w celach towarzyskich.

— Austriackie ministerium oświaty, na podstawie ankiety zwołanej w sprawie wychowania fizycznego w szkołach średnich, wydało rozporządzenie, polecające dyrektorom szkół średnich, aby dwa popołudnia w tygodniu były zupełnie wolne od zadań i nauk, a przeznaczone tylko na ćwiczenia fizyczne; należy unikać obciążania uczniów nauką i wypracowaniami piśmiennymi poza szkołą. W przeszłości w zakres programu szkolnego mają wejść obowiązkowe ćwiczenia fizyczne, na co ministerium ma przeznaczać zasiłki pieniężne.

— Koleje pruskie wprowadziły obecnie wielce pożądane odkażanie wagonów sypialnych. W warsztacie poczdamskim zbudowano olbrzymi cylinder, do którego wjeżdża cały wagon, poczem cylinder zamyka się hermetycznie. Wtedy ogrzewa się cylinder do 50^o, wytwarza się zapomocą pompy powietrznej próżnię i wprowadza parę formolu. Koszt odkażenia jednego wagonu wynosi około 40-u marek.

— Zarząd kolei pruskich wydał w r. 1905 rozporządzenie, zakazujące służbie kolejowej używania napojów wyskokowych podczas pełnienia obowiązków służbowych. Wyniki tego rozporządzenia okazały się bardzo korzystne: liczba wypadków znacznie się zmniejszyła; mniej było również wypadków zachorowań, większa karność i poznano szkodliwość używania alkoholu.

— **Nekrologia.** Dr JÓZEF TCHÓRZNIKI zmarł w Warszawie d. 30-go lipca, przeżywszy lat 61. Obszerniejszą wzmiankę pośmiertną o zmarłym lekarzu-hygieńście pomieścimy w jednym z najbliższych numerów Gazety.

Redaktorzy: Dr A. Puławski i Dr W. Starkiewicz. Wydawca, Dr W. Szumlański.

Druk. K. Kowalewskiego, Warszawa, Mazowiecka 8.

Farbwerke vorm. Meister Lucius & Brüning, Hoechst nad Menem.

Albargina	<h2 style="text-align: center;">Pyramidon</h2> <p>najpewniejszy środek przeciwgorączkowy i przeciwnerwobólowy stosowany celem zwalczania wszelkiego rodzaju gorączki, specjalnie w gruźlicy, tyfusie, influenzy i t. p. Dawka 0,2—0,3 gr.</p> <p>Lek swoisty przeciwko bólom głowy, nerwobólom, zwłaszcza nerwu trójdzielnego i strzelającym bólom, towarzyszącym cierpieniom rdzenia; skuteczny celem zwalczania napadów duszniczy i w zaburzeniach miesiączkowania. Dawka 0,3—0,5 gr.</p> <p>Pyramidon salicylowy znakomity lek kojący w nerwobólach, goścu i podobnych cierpieniach. Dawka 0,5—0,75 gr.</p> <p>Pyramidon kamforowy kwaśny (Pyramidon bicamphoric.) z nadzwyczajnym wynikiem stosowany celem zwalczania gorączki i potów u suchotników. Dawka 0,75—1,0 gr.</p>	<p>Kwas diaetylbarbiturowy Dermatol Surowica przeciwbłonicza</p>
Anestezyna		
Antypiryna		
Benzonaftol		
Benzosol		

<h2 style="text-align: center;">Sabromina</h2> <p>Nowy wewnętrzny preparat bromu zastępujący bromalcalia i nie posiadający ich stron ujemnych.</p> <p>Bezwonny, bez smaku, łatwo wchłania się i działa szybko, nadzwyczaj dogodny w stosowaniu.</p> <p>Dawka: 2—4 r. dz. i g. po jedzeniu.</p> <p>Tabl. Sabromini à 0,5 g.</p> <p>Nr. XX w oryg. opakowaniu.</p>	<h2 style="text-align: center;">Orthoform</h2> <p>trudno rozpuszczalny Środek miejscowo znieczulający</p> <p>działa szybko i długo. Do leczenia bolesnych ran i owrzodzeń, w cierpieniach gruźliczych i syfilitycznych krtań i gardzieli, oraz do użytku wewnątrznego w raku i wrzodzie żołądka.</p> <p>Dawka do wewnątrz 0,5—1,0 gr. kilka razy dziennie.</p>
--	--

<p>Gujasanol Holocaina Hypnal</p>	<h2 style="text-align: center;">Migrenina</h2> <p>w najcięższych przypadkach migreny</p> <p>okazała się środkiem znakomitym; również i w bólu głowy po zatruciu wyśkokiem, nikotyną i morfiną, w neurastenii, influenzy i t. p. Dawka 1,1 gr. w początku napadu. Najdogodniej dawać w oryginalnych tabletkach „Migrenin—Hoechst” po 0,37 gm.</p>	<p>Lactophenina Lysidina Novocaina Pegnina</p>
---	--	--

<h2 style="text-align: center;">Oxaphor</h2> <p>lek nieszkodliwy przeciw duszności</p> <p>działanie pewne w duszniczy zależnej od zaburzeń w krążeniu, oddechaniu i od uremii; astma nerwowa, organiczne wady serca z zaburzeniami w kompensacji.</p> <p>Dawka 2—3 g. 1—3 razy dziennie.</p>	<h2 style="text-align: center;">Tussol</h2> <p>środek swoisty w kokluszu</p> <p>Tussol okazał się znakomitym w różnych epidemiach kokluszu, jako środek, nie posiadający działania obocznego, zmniejszający szybko częstotliwość i natężenie napadów. Działa również skutecznie w katarze krtań i oskrzeli.</p>
--	---

<p>Sajodyna Suprarenina Toksyny przeciw-tępcowe</p>	<h2 style="text-align: center;">Surowica przeciwstreptokokkowa „Hoechst”</h2> <p>środek leczniczy i zapobiegawczy, nieszkodliwy i trwały przeciwko wszelkim zakażeniom streptokokkowemu, jako to: posocznicy ogólnej i płożowej, róży, zapaleniu otrzewnej i zapaleniu okątniczemu. Dawka zależnie od wieku chorego i ciężkości przypadku 10, 25 i 50 c. m.</p> <p>Wartość surowicy przeciwstreptokokkowej „Hoechst” pod względem jednostek uodporniających daje się dokładnie określić za pomocą doświadczeń na zwierzętach.</p>	<p>Trigemina Tuberkulina Tumenol Valyl.</p>
---	---	---

<h2 style="text-align: center;">Alumnol</h2> <p>łatwo rozpuszczalny środek ściągający - przeciwnilny</p> <p>bezwzględnie niestrupujący. Wskazany w ranach ropiejących, ropniach, cierpieniach zapalnych skóry, rzeżączkowym zapaleniu błony śluzowej macicy, upławach, zapaleniu ucha i t. p. Stosowany z jaknajlepszym wynikiem w chorobach nosa i krtań, w katarach dróg oddechowych do płukań i przemywań i t. p.</p>	<h2 style="text-align: center;">Argonina</h2> <p>łagodny lek przeciwrzeżączkowy</p> <p>Dzięki działaniu bezwarunkowo niedrażniącemu zalecana do leczenia rzeżączki, zwłaszcza w przypadkach z objawami silnego podrażnienia. Argonina leczy szybko rzeżączkowy katar pęcherza oraz zapalenie łącznicy noworodków. Stosuje się w roztworach 1—2—3% -owych.</p>
--	---

