

KRONIKA LEKARSKA

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

PRZYPADEK RAKA ŻOŁĄDKA

o niezwyklej przebiegu.

PODAŁ

WITOSŁAW DĄBROWSKI.

Rak żołądka jest cierpieniem, które w większości przypadków rozpoznajemy już przy pierwszym badaniu chorego, niejednokrotnie nie uciekając się nawet do pomocy zgłębnika żołądkowego, niekiedy jednak rozpoznanie raka natrafia na poważne trudności, a czasem w żaden sposób niepodobna jest uniknąć pomyłki w rozpoznaniu.

Źródłem tych trudności w rozpoznaniu raka żołądka jest niezgodność obrazu klinicznego z wynikiem badania treści żołądka i dla tego też przypadki te, o ile je miałem sposobność spostrzegać, rozdzielałam na dwie grupy. Do pierwszej zaliczam te stosunkowo dość częste przypadki, w których rak żołądka przebiega skrycie pod postacią charłactwa i hydremii bez wszelkich objawów gastrycznych, jako to wymiotów, odbijania, bólów żołądka, ani też manifestacje swej obecności powstaniem guza w okolicy żołądka. Badanie krwi dawało mi w tych razach tak zmienne rezultaty, że z nim, jako środkiem dyjagnostycznym liczyć się nie mogłem. Za to we wszystkich tego rodzaju przypadkach brak odczynu na wolny kwas solny w treści żołądkowej kazał się domyślać raka żołądka, jakkolwiek nie pozwolił twierdzić tego stanowczo. Drugą kategorię stanowią przypadki, w których wynik badania treści żołądka jest w sprzeczności z objawami chorobowymi, przemawiającymi za istnieniem raka. Podobne przypadki opisali Riegel, Ewald, Korczyński i inni, a ja również w ostatnich czasach miałem możność obserwowania na oddziale dra Duni-

na przypadków, gdzie za rakiem żołądka świadczył wyraźny guz podługowatej formy, znajdujący się w okolicy wielkiej krzywizny, częste wymioty, odbijanie i powolne, lecz stale powiększające się chudnięcie chorego, przeczyła zaś temu rozpoznaniu stała obecność wolnego HCl w treści żołądkowej, oraz długotrwałość choroby (2 lata). Dłuższa jednak obserwacja utrwałała nas w przekonaniu, że mamy do czynienia z rakiem żołądka, gdyż chory coraz więcej chudł, tętno malało, a kilkakrotne badania treści żołądka, dokonane przed wypisaniem się chorego, wykazywały stały brak wolnego HCl. Przypadek, który zamierzam tu opisać, nastęrczał trudności w rozpoznaniu cierpienia, zarówno ze względu na objawy kliniczne, jako też z powodu niezwyklego wyniku badania chemicznej czynności żołądka.

Pan J. T...., urzędnik banku, lat 33 liczący, zgłosił się do mnie w końcu Lipca r. z., skarżąc się na bóle żołądka, odbijania po jedzeniu, brak apetytu i zaparcie stolca. Objawy te, których początek datował od miesiąca Czerwca, odznaczały się niestałością, tak że bywały dni zupełnie wolne od wszelkich dolegliwości i chory też nie przypisywałby im większego znaczenia, gdyby nie to, że w ostatnich czasach stolce przybrały barwę czarną. Pana T.... znałem od dawna; był to neurastenik, cierpiał od dawna na hemoroidy i zapalenie kiszki stolcowej, a cera jego zawsze uderzała niezwykle bladocią, przy czem jednak budowa i odżywianie były zupełnie zadawalniające. Z anamnestycznych danych zaznaczyć muszę jeszcze to, że matka pana T.... zmarła na suchoty.

Przy badaniu uderzała mnie przedewszystkiem bladocią skóry i błon śluzowych, obok dobrze rozwiniętej muskulatury i dość znacznej ilości tkanki tłuszczowej podskórnej, następnie obniżenie dolnej granicy żołądka prawie do linii pępkowej i lekka bolesności w dołku. Płuca, serce i reszta organów wewnętrznych zmian nie przedstawiały, a co się tyczy badania żołądka za pomocą zgłębnika, to takowe wobec wyraźnej obecności krwi w stolcach zdawało się nie być potrzebnem. Następnie widziałem chorego kilkakrotnie w czasie kuracji, która polegała na przerwaniu zajęć, piciu wody karlsbadzkiej i mlecznej dyjecie, po której odbijania i bóle w okolicy żołądka ustąpiły, a stolce przychodziły codziennie i straciły czarne zabarwienie; chory jednak nie mógł odzyskać apetytu i skarżył się na brak sił. We Wrześniu z powodu mojej nieobecności straciłem chorego z oczu i dopiero w połowie Października byłem wezwany ponownie do pana T...., który, jak mi mówiono, zasięgał przez ten czas kilkakrotnie porady lekarskiej i czuł się coraz gorzej. Chory, którego tym razem

zostałem w łóżku, skarżył się głównie na brak apetytu i nie-smak po jedzeniu, tak że nawet mleko, które dawniej bardzo lubił, obecnie przejmuje go wstrętem; prócz tego skarżył się także na to, że w ostatnich paru tygodniach schudł znacznie i stracił siły, stolce oddaje zaledwie raz na trzy dni, sypia źle i czuje się bardzo rozdenerwowanym, a od kilku dni miewa rano dreszcze. Chory, który, jak zwykle neurastenicy, zwracał baczną uwagę na stan swój i analizował swe dolegliwości, mówił mi, że od pewnego czasu wyczuwa ręką w brzuchu jakieś ograniczone stwardnienie, przy naciśnięciu którego doznaje tępego bólu w brzuchu.

Rzeczywiście, przez te kilka tygodni, w czasie których nie widziałem chorego, stan ogólny jego uległ uderzającemu pogorszeniu, robił jednak wrażenie raczej ciężkiej niedokrewności, niż charłactwa, towarzyszącego złośliwym nowotworom. Tętno 96, ani małe, ani też bardzo miękie, ciepłota jakby trochę podniesiona. W płucach zmian żadnych, tony serca czyste, u tętnic szyjowych słychać szmery (boruit du diable). Przy obmacywaniu brzucha na prawo od linii środkowej ciała na wysokości i pod linią, przechodzącą przez pępek, wyczuwał się guz twardy o równej powierzchni. Guz ten leżał bardzo powierzchownie, bezpośrednio pod ścianką brzuszną i przy uciskaniu go chory uczuwał tępy ból, a badający doznawał wrażenia, że guz leży na elastycznym podkładzie, uginającym się pod naciskiem. Dzięki temu, że ściana brzuszna nie była naprężona, można było objąć guz z boków obiema rękoma i naciskając lewą ręką, przesunąć go dość znacznie w lewo od linii środkowej, w kierunku zaś ku górze i ku dołowi było to możliwe tylko w niewielkim stopniu, a przy głębokim wdechaniu zaledwie niekiedy można było zauważyć nieznaczne przesuwanie się dolnej granicy guza pod palcami. Przy lekkim opukiwaniu brzucha po nad guzem otrzymywałem odgłos zupełnie tępy, przy mocnej zaś perkusji odgłos wysoki, bębnowy. Po nad guzem można też było słyszeć od czasu do czasu przelewanie się płynu jakby przeciskającego się przez miejsce zwężone.

Co się tyczy pozostałych organów jamy brzusznej, to wątroba była nie powiększona i nie bolesna, śledziona nie wyczuwalna, ku górze jednak jakby trochę powiększona.

Już ogólny stan chorego, nie usprawiedliwiony jakimś obfitemi utratami krwi, zmuszał do porzucenia pierwotnego przypuszczenia owrzodzenia żołądka i w związku z obecnością guza w jamie brzusznej kazał się domyślać jakiejś sprawy złośliwej, głęboko upośledzającej stan ogólny i odżywianie dotkniętego nią organizmu.

Zadaniem mojem było rozstrzygnąć, jakiego charakteru jest ta sprawa i jakie jest jej umiejscowienie.

Wyznać muszę, że pierwsze wrażenie, jakie na mnie

chory robił, było takie, że nie mogłem się oprzeć myśli o raku żołądka, im dłużej jednak zastanawiałem się nad pojedyńczymi objawami, tembardziej oddalałem się od tego rozpoznania.

Co bo przemawiało za rakiem żołądka? guz, upośledzenie odżywiania i czarne stolce, które w początku choroby kilkakrotnie się ukazywały. Z drugiej jednak strony, młody wiek chorego, nie obciążonego dziedzicznością w tym kierunku, anemiczny wygląd, dobre tętno, brak cięższych zaburzeń żołądkowych, jako to wymiotów, bólów, niskie położenie guza i niezwykła ruchliwość jego — wszystko to razem wzięte nie licowało z powyższą dyagnozą, a już stanowczo nie dawała się wytłomaczyć rakiem żołądka, gorączka, stwierdzona następnie pomiarami ciepłoty. Zgodziwszy się, pomimo tak niecharakterystycznego obrazu, na nowotwór należało w każdym razie przyjąć obok tego jeszcze jakieś drugie, powodujące gorączkę, cierpienie, lub też uważać chorobę za jakąś ciężką sprawę zapalną, wywołującą, obok objawów miejscowych, gorączkę i upośledzenie odżywiania. To ostatnie przypuszczenie znajdowało poparcie w anamnezie, z której wiadomo mi było, że matka p. T. zmarła na suchoty.

Wobec tych trudności, jakie nastęrczało rozpoznanie choroby, pozostawiłem rozstrzygnięcie dalszemu przebiegowi, tymczasem zaś skasowałem dyjetę, którą chory zachowywał z pewną przesadą, poleciłem odżywiać go jak można najlepiej, dogadzając w tym celu nawet kapryśnym jego zachciankom, dawać mu wino i chininę, a w celu usunięcia zaparcia stolca stosować codziennie lawatywy Hegara z czystej wody.

W ciągu następnych dwóch tygodni chory gorączkował, a guz powiększał się coraz bardziej, zachowując przytem poprzednią ruchliwość, tak że jednego dnia leżał w lewo od linii środkowej, drugiego w prawo; przyczem wystarczało przewrócenie się na bok, aby położenie guza się zmieniło. Nieznaczna z początku bolesność guza zwiększyła się wkrótce, tak że chory doznawał bólu nie tylko przy uciskaniu guza i przy poruszaniu się, ale nawet i przy spokojnem leżeniu i z tego powodu nie mógł sypiać, co zmusiło mnie do użycia środków narkotycznych, mianowicie kodeiny; stopniowo jednak bóle ustąpiły, apetyt zaczął się poprawiać, stolce, pod wpływem irygacji, przychodziły codziennie, a w końcu ciepłota spadła przy niewielkich potach, powtarzających się przez parę nocy zrzędu. Korzystając z poprawy apetytu, poleciłem dawać choremu więcej pożywienia i wina, obok tego zaleciłem żelazo z arsenikiem i lawatywy Hegara, bez których nie mógł się obejść, bo gdy nie wziął którego dnia lawatywy, nie miał stolca i zaraz uskarżał się na uczucie ciężaru w brzuchu, rozdymanie gazami, uderzenia do głowy i t. p.

Odtąd stan chorego z każdym dniem poprawiał się coraz bardziej: apetyt miał wyborny, jadł dużo i często, nie doznawał żadnych bólów, odbijań, niesmaku, z każdym dniem czuł się silniejszym, tak że zaczął nawet wstawać z łóżka; tętno przytem stale trochę przyspieszone (90), zupełnie zresztą dobre, a co ważniejsza, guz tak powierzchownie leżący, tak łatwo dający się poprzednio wyczuwać, stawał się coraz mniej wyraźnym, coraz trudniej wymacalnym, tak że w końcu odporność brzucha wszędzie mniej więcej była jednakowa i tylko przy głębokim ucisku z prawej strony pępka chory doznawał nie bólu, lecz jakiegoś nieokreślenie przykrego uczucia. Wszystko to znakomicie wpływało na usposobienie chorego, pełne otuchy i nadziei zupełnego wyzdrowienia, i rzeczywiście, taka szybka poprawa wraz ze zniknięciem guza w każdym razie zdawała się stanowczo wykluczać przypuszczenie nowotworu, z drugiej jednak strony nie należało ufać jej bezwzględnie; to też korzystając z przerwy w cierpieniach, postanowiłem dopełnić badania, które przy poprzednim ciężkim stanie chorego było dlań zanadto męczące. Przedewszystkiem więc w godzinę po próbnem śniadaniu, złożonem ze szklanki herbaty bez cukru i 50 grm. bułki, założyłem zgłębnik i wy dobyłem z żołądka około 100 k. cem. zawartości, wydającej lekki octowy zapach. Ogólna kwaśność przesączu wynosiła 60, w tem wolnego kwasu solnego 18 ($=0,0656$), peptonu zawierał przesącz sporo, cukru również, krochmalu nie było, tylko achroodekstryna, kwasów tłuszczowych i mlecznego ślady. W osadzie pod mikroskopem znajdowałem przeważnie ciała krochmalowe i trochę drożdży. Równocześnie z tem, przez rozszerzenie żołądka kwasem węglanym, określiłem jego dolną granicę, przebiegającą na $1\frac{1}{2}$ palca powyżej pępka i zbadałem też krew, która za wyjątkiem niewielkiej poikilocytozy czerwonych ciałek, przedstawiała się normalnie.

Ta poprawa w stanie zdrowia p. T. trwała jeszcze dwa tygodnie, poczem chory poczył się skarżyć, że wieczorami silnie się poci i czuje się słabszym, niż poprzednio — później, że traci apetyt, po jedzeniu doznaje odbijań, a od czasu do czasu bólów w brzuchu, w czasie których czuje jakby się coś w brzuchu przewracało i przelewało i wtedy doznaje ulgi; równocześnie z tem w prawo od pępka znowu wyczuwać można było pewne stwardnienie, które stawało się coraz wyraźniejszym i czulszem na ucisk. Termometr wykazywał wówczas jeszcze ciepłotę normalną i nawet subiektywny stan chorego zaczął się znowu poprawiać, aż oto pewnego dnia ciepłota podniosła się bez dreszczy do 39° i na tej mniej więcej wysokości utrzymała się przez 8 dni, spadając tylko od czasu do czasu nad ranem do normy, przy niebardzo obfitych potach. Odtąd już chory, czując się więcej osłabionym, nie wstawał z łóżka, apetyt miał gorszy, po jedzeniu doznawał

niesmaku i odbijań, miewał bóle w okolicy guza, który stał się coraz wyraźniejszym, a zaparcie stolca jeszcze się zwiększyło, tak że kilkakrotnie lewatywa pozostała bez skutku i trzeba się było uciec do środka przeczyszczającego. Chory zaczął się także skarżyć na bóle i rżnięcie w brzuchu przy oddawaniu stolca, a raz nawet ból był tak silny, że chory zemdlął. Stan ten nawet wówczas, gdy gorączka minęła, nie polepszył się, lecz przeciwnie stale, choć bardzo powolnie, pogarszał się; tętno wprawdzie ciągle jeszcze było niezłe, chory nie był bardzo wychudzony, lecz stał się coraz bledszym, tracił siły, od czasu do czasu ciepłota podnosiła się, a nawet wtedy, kiedy gorączki nie było, bywały poty. Guz, który coraz bardziej się powiększał, był również jak i poprzednio, twardy, powierzchownie leżący i łatwo dający się przesunąć z jednego miejsca na drugie.

Rozpoznanie tymczasem pozostawało dotąd w zawieszaniu, natrafiając na poważne trudności, które nie dały się usunąć ani długą obserwacją, ani też ścisłym badaniem chorego. Jakkolwiek należało mieć na względzie nowotwór, jednakże objawy i przebieg nie zupełnie odpowiadały temu, a badanie żołądka zdawało się stanowczo wyłączać raka żołądka; należało więc przyjąć cierpienie za sprawę zapalną, być może, gruźliczego charakteru. Za tem ostatniem przypuszczeniem przemawiało wiele, mianowicie młody wiek chorego, dziedziczne obciążenie, uposledzenie odżywiania, gorączka i częste pocenie się; bóle zaś przy oddawaniu stolca, niezwykła ruchomość guza i niskie położenie jego—przemawiały za umiejscowieniem guza w poprzecznicy. Że guz nie mógł wychodzić z gruczołów pozaozrownowych, o tem świadczyło powierzchowne jego położenie, gładka, niepoorana bruzdami powierzchnia, znaczna ruchomość, uginanie się guza przy uciskaniu go, tak jakby pod nim leżał elastyczny podkład, oraz zmiana tępego odgłosu, otrzymywanego przy lekkim opukiwaniu, na wysoki bębenkowy przy mocnej perkusyi. Muszę tu jeszcze dodać, że jakkolwiek oddawanie stolca było połączone z bólami, nieraz bardzo nawet silnymi i wymagało wielkich wysiłków ze strony chorego, a nawet w późniejszym okresie choroby i lewatywy niejednokrotnie pozostawały bez skutku; jednakże, pomimo najstaranniejszego badania nie znajdowałem nic podejrzanego w stolcach, które przedstawiały się stale w postaci dużych i grubych odłamów kału, bez jakichbądź przewężeń i nigdy nie zawierały śladów nawet ropy. Trochę śluzu wydzielano się ze stolcami w ostatnim okresie choroby, wtedy jednak chory cierpiał bardzo na hemoroidy.

Wobec nieskuteczności wszystkich zabiegów leczniczych i stopniowego pogarszania się stanu chorego, pozostawała jeszcze tylko nadzieja usunięcia na drodze operacyjnej przynajmniej miejscowych objawów cierpienia, będącego niewątpli-

wie złośliwej natury. Chory zgodził się na próbną laparotomię i takowa została dokonana 23 Grudnia r. z. przez dra Jawdyńskiego, przy pomocy drów: Krajewskiego, Ciechomskiego i Leśniewskiego.

Po otwarciu jamy brzusznej okazał się nowotwór, zajmujący większą połowę żołądka, tak że odźwiernikowa część jego przedstawiała się w postaci dużego guza o gładkiej zupełnie powierzchni, dającego się z łatwością wyjąć z jamy brzusznej. Prócz tego chirurg wyczuwał drobne guziki w dwunastnicy. Ciężarem swym żołądek opuszczał się bardzo nisko, a brak wszelkich zrostów pozwalał na łatwą zmianę położenia guza. Kawalek nowotworu wycięty przez dra Jawdyńskiego wziętem natychmiast do alkoholu absolutnego, następnie ranę zaszyto i jamę brzuszną zamknięto. W parę dni potem, z preparatu przygotowałem skrawki mikroskopowe, z których się okazało, że nowotwór jest rakiem cylindryczno-komórkowym, z jasno wyrażoną budową gruczołów i z zachowaniem nawet w wielu miejscach światła, bez śladu jednakże otoczki własnej gruczołów. Grupy tych tworów nabłonkowych porozdzielane były szerokimi pasmami tkanki łącznej.

W 6 dni po operacyi widziałem chorego wraz z drem Jawdyńskim i dowiedziałem się wówczas, że rana już się zagoiła per primam, pomimo to jednak wieczorem drugiego dnia po operacyi ciepłota podniosła się do 40° i na tej wysokości pozostaje ciągle, ulegając tylko nieznacznym wahaniom dziennym. Chory był bardzo osłabiony, skarżąc się na kłócie w piersiach, mówił z trudnością, tętno 120 miękie. Przy badaniu płuc skonstatowaliśmy nad całym dolnym płatem prawego płuca z tyłu stępienie, oddech oskrzelowy, bronchofoniję i bardzo nieliczne krepitacje.

Ósmego dnia po operacyi chory zmarł.

Przypadek niniejszy zasługuje na uwagę z wielu względów. Przedewszystkiem wobec skonstatowania przy operacyi nowotworu żołądka, który przy badaniu mikroskopowem okazał się rakiem, uderza rezultat badania zawartości żołądka. Przy tak dużej kwaśności ogólnej i tak znacznej zawartości wolnego kwasu solnego w przesączu, należało przypuszczać, że wydzielnicza czynność gruczołów błony śluzowej jest raczej wzmożoną, niż upośledzoną; w każdym zaś razie na podstawie tego, co wiemy dotąd o stanie wydzielniczym błony śluzowej żołądka przy raku, przyjmując nawet pod uwagę te nieliczne przypadki zanotowane w literaturze, w których stale lub czasowo znajdowały się niewielkie ilości wolnego kwasu

solnego, tutaj można było z wielką stanowczością wyłączyć raka żołądka. Jako wyjątek pod tym względem, przypadek powyższy nie ma poprzednika; ja przynajmniej nie znam w literaturze przypadku, gdzieby przy raku żołądka zawartość wolnego kwasu solnego była tak znaczną, a kwaśność ogólna osiągała takiej wysokiej cyfry. Badania żołądka dokonałem wprawdzie raz jeden tylko, ponieważ chory źle znosił zgłębnik, lecz właśnie w praktyce prywatnej często lekarz zmuszony jest poprzestać na jednorazowym badaniu, gdyż chorzy, dla których manipulacja ta jest bardzo przykra, nie raz wzbraniają się stanowczo od powtórzenia jej.

Drugim objawem, maskującym istotne cechy cierpienia, była niezwykła ruchomość guza, oraz zniknięcie jego po spadku ciepłoty i ponowne uwydatnienie się mniej więcej w okresie powtórnego podniesienia się ciepłoty. Objawu tego nie mogę sobie inaczej wytłumaczyć, jak tylko brakiem zrostów z sąsiednimi organami, umożliwiającymi łatwą zmianę położenia żołądka, którego część odźwiernikowa opuszczała się bardzo nisko pod ciężarem swych bardzo zgrubiałych ścian i z łatwością dawała się przy operacyi wyjmować przez otwór, zrobiony w ścianie brzusznej, oraz przesuwac w prawo i w lewo. Że zaś zniknięcie guza miało miejsce wówczas, gdy pod wpływem irygacyi nastąpiło dokładne opróżnienie kiszek z obfitej zawartości, należy więc przypuszczać, że wówczas tem łatwiej odźwiernikowa część żołądka mogła się usunąć w głąb jamy brzusznej i będąc pokrytą przez kiszki, nie dawała się wyczuć.

Trzecim nareszcie bardzo wydatnym objawem w przebiegu choroby była gorączka; przyczyny jednak tej komplikacyi niewłaściwej przebiegowi raka żołądka, ani długa obserwacyja kliniczna, ani też operacyja, nie wyjaśniła.

Muszę tu jeszcze dodać, że chorego w różnych okresach choroby widzieli wraz ze mną d-rzy: Dunin, Rajchman, Krajewski i Jawdyński, a dr. Przewoński był łaskaw obejrzeć preparaty mikroskopowe i potwierdzić powyżej wymienione rozpoznanie anatomiczne.

O ROPOTOKU (EMPYEMA) JAMY HIGHMOR'A *)

Opracował

Finckelkraut.

W 1651 roku Highmor zwrócił uwagę lekarzy na jamę, znajdującą się w górnej szczęce, którą ochrzczono jego imieniem. Od owej chwili zaczęto wspominać i o zmianach chorobowych tej jamy. Ubiegło jednak sporo jeszcze czasu, zanim zdołano oprzeć rozpoznanie i leczenie tych cierpień na trwałych i racjonalnych podstawach. Niegdyś trepanacja jamy Highmora była jedną z najczęściej dokonywanych i, jeśli można tak się wyrazić, jedną z najmodniejszych operacyj; wkrótce jednak nastąpiła reakcja. Przez długi czas stawiano rozpoznanie empyematu, dopiero wtedy, gdy występowały wszystkie objawy klasyczne (jako to: zniekształcenie jamy, wyciek ropny i inne); dopiero Ziern w roku 1886 dowiódł po raz pierwszy, że empyemat jamy Highmora należy do cierpień, dość często występujących i że może mieć przebieg ledwo dostrzegalny, bez t. zw. klasycznych objawów; niekiedy wobec braku jakichkolwiek danych obiektywnych, na zasadzie objawów podmiotowych, możemy już podejrzewać cierpienia jamy Highmora. Rozpoznanie tego cierpienia znacznie ułatwione zostało w ostatnich czasach dzięki postępom na polu rinoskopii i dzięki wystudjowaniu danych anatomicznych jamy, które w kilku słowach poniżej podamy.

Jama Highmora, jak powszechnie wiadomo, znajduje się w związku z jamą nosową, za pomocą dwóch otworów, z których jeden jest większy i w dodatku stały, drugi zaś mniejszy i niestały. Oba otwory łączą jamę Highmora ze średnim kanałem nosowym. Większy otwór ma postać szczeliny, jest ograniczony przez dwie blaszki kostne, znany jest pod nazwą hiatus supramaxilaris; Zuckerkandl nazywa go hiatus seminalis. Otwór ten nie łączy obu jam bezpośrednio. Leży on dość powierzchownie i przechodzi ku przodowi w kanał lejkiowaty (infundibulum). Do tej to części otwierają się: zatoki czołowe (ku przodowi) i Highmora (ku tyłowi). Fakt ten ma doniosłe znaczenie kliniczne; dzięki powyższym własnościom, przez otwór omawiany nie może się przedostać wysięk z jamy Highmora do jamy nosowej. Drugi otwór, po raz pierwszy opisany przez Giraldes'a, noszący nazwę ostium maxillare accessorium, leży głębiej, niż pierwszy i łączy bezpośrednio jamę Highmora z jamą nosową; przezeń wysięk bardzo łatwo przedostaje się z jednej z tych jam do drugiej.

*) Praca ta wraz z referatami na str. 397, 402 i 405 przedstawia dokładny obraz naszej obecnej wiedzy o cierpieniach jamy. H.

Pewne znaczenie kliniczne ma nawet i wielkość półksiężycowego otworu (hiatus semilunaris). Wązki otwór półksiężycowy może uleść zatkanii, wskutek czego może powstać t. zw. empyemat zamknięty. Na cierpienie to może mieć pewien wpływ i pojemność jamy. Ciekawe dane co do jej pojemności znajdujemy u Reschreiter'a. Podaje on nam następujące wahania średnie jamy Highmora w szczękach o jednakiej wysokości.

	Wysokość	Szerokość	Głębokość
	jamy Highmora.		
64	19	25	21
"	29	25	21
"	32	28	33
"	32	25	34
"	32	24	32
"	33	32	34
"	39	25	30

Pojemność jamy Highmora zależy od grubości jej ścian, oraz od wielkości zatok, od niej odchodzących i ku jamie nosowej, wyrostkowi dołowemu lub ku innym częściom otaczającym skierowanych. Niekiedy jama posiada zatokę, wchodzącą do wyrostka zębodołowego, której dolny koniec znajduje się o 11 milimetrów poniżej podstawy jamy nosowej. Do takich to jam wkraczają korzenie zębów, a ich cierpienia łatwo się jamie udzielają. Pewną rolę w patologii jamy Highmora odgrywa grubość jej ścian. Do jamy o cienkich ścianach łatwo przenoszą się sprawy chorobowe części otaczających; znacznie rzadziej zjawisko podobne zachodzi, gdy ściany jamy są grube. Znaczenie fizjologiczne jamy Highmora jeszcze dotychczas nie jest należycie zbadane. Jedni przypisują jej rolę komory wilgotnej, podług nich jest ona zatoką jamy nosowej i bezustannie wydzielający się w niej śluz, utrzymuje błonę śluzową nosa w stanie wilgoci. Inni sądzą, że całe jej znaczenie polega na zmniejszeniu ciężaru czaszki, że dzięki niej czaszka jest o wiele lżejszą, niż w tym razie, gdyby szczęka górna była zbitą kostną masą. Lecz żaden z tych poglądów nie ma racji bytu. Nie ulega wątpliwości, że błona śluzowa w stanie normalnym nigdy nie wydziela nadmiaru wilgoci, na skutek czego jej rola, jako komory wilgotnej, jest bardzo wątpliwa. Prawdziwość drugiego poglądu obaloną została przez Braune'a i Classen'a. Uczni ci dowiedli, że gdy się wypełnia zatoki czaszki za pomocą zbitej masy kostnej, waga czaszki bardzo nieznacznie się przez to powiększa. Wogóle wahania co do kształtu i co do pojemności jamy Highmora, dowodzą, że ma ona bardzo niewielką rolę czynnościową. Ropotok jamy Highmora rzadko występuje pierwotnie, idiopatycznie; o wiele częściej jest ona następstwem zapalenia ropnego, które przeszło albo z jamy

nosowej, albo z wyrostka zębodołowego. Podobnemu przenoszeniu się sprawy sprzyjają dane anatomiczne. Błona śluzowa jamy Highmora jest dalszym ciągiem błony nosowej, a z jednej jamy do drugiej przechodzi przez otwór półksiężycowy (hiatus semilunaris resp. ostium maxillare verum) i dodatkowy (accessorium); nic więc dziwnego, że tą samą drogą przebiegają również sprawy patologiczne. Prócz tego niektóre zęby, jak np. duże trzonowe, leżą wprost w jamie Highmora; korzenie ich są albo pokryte jedynie błoną śluzową lub też oddzielają się od dna jamy za pomocą cienkiej blaszki kostnej. Nic więc dziwnego, że wszelkie zapalenia okostnej, fistuły zębowe, niewłaściwie dokonane wyjęcie zęba z przedziurawieniem zębodołu, niewłaściwe konserwatywne leczenie zęba i t. d. — wszystkie podobne sprawy mogą wywołać ropotok jamy Highmora. Najczęstszą przyczyną ropotoku jamy Highmora jest drugi i pierwszy ząb trzonowy duży, rzadziej mały trzonowy, bardzo rzadko kieł, a w wyjątkowych przypadkach siekacze. Sprawy chorobowe przenoszą się z górnych trzonowych zębów tem łatwiej, im korzenie zębów są dłuższe lub gdy dno jamy jest cienkie, lub wreszcie gdy korzenie swobodnie wchodzą do jamy. W kwestyi, co częściej jest źródłem ropotoku, czy jama nosowa, czy też wyrostek zębodołowy — zdania bardzo się różnią. Zuckerkandl, który stanowi powagę w chirurgii szczęk, twierdzi, że najczęściej zapalenie jamy Highmora jest skutkiem sprawy zapalnej w jamie nosowej. Fraenkel wypowiada wprost odmienny pogląd, opierając się na spostrzeżeniach klinicznych. Podług niego, cierpienie jamy Highmora jest prawie wyłącznie skutkiem spraw ropnych, jakimi są dotknięte zęby i wyrostek. Najlepiej dowodzi tego historia choroby samego Ziem'a. Ziem twierdzi, że dostał ropotoku na skutek tego, że w kanale korzenia drugiego trzonowego zęba, dotkniętego próchnieniem, zbyt długo leżał tampon z waty. To samo ma miejsce w wielu innych przypadkach. Przypuśćmy, że chory jest dotknięty chronicznem zapaleniem zębodołu. Powstająca wtedy ropa ścieka przez kanał, znajdujący się w korzeniu. Gdy kanał z jakiegokolwiek przyczyny zostaje zatkany, natenczas na około wytwarza się wysięk, który następnie rozprzestrzenia się na jamę Highmora. Podmiotowym wyrazem tego zjawiska jest ustanie na pewien czas bolesności. Fraenkel twierdzi, że przyczyną ropotoku jamy Highmora zawsze jest albo niezręcznie wyrwany, albo spróchniały ząb. Zuckerkandl zaś utrzymuje, że próchnienie zęba jest skutkiem, a nie przyczyną ropotoku. Jednakże prace, ostatnio dokonane przez Millera i Scheff'a, przeczą jego pogładowi.

Inaczej się ma rzecz, jeśli mamy do czynienia z surowiczem zapaleniem jamy Highmora. Tego rodzaju zapalenia powstają, zgodnie z poglądem Zuckerkandla, wyłącznie dro-

gą przenoszenia się zapaleń odnośnych z jamy nosowej. Zresztą i dane anatomo - patologiczne wykazują, z jaką sprawą mamy do czynienia. Przy zapaleniach surowicznych znajdujemy zwykle głębokie zmiany w błonie śluzowej jamy Highmora. Zmiany te umiejscowiają się przeważnie w głębokich warstwach błony śluzowej, przylegających bezpośrednio do kości i tworzących jej okostną. Komórki są wtedy mocno napęczniałe i nacieczone płynem surowicznym. Zupełnie inny obraz anatomo - patologiczny mamy przy ropotoku jamy Highmora. Przy tej sprawie nie znajdujemy tak wybitnych zmian: błona śluzowa jest wtedy mniej napęczniała, natomiast jest pokryta grubą warstwą wydzieliny ropnej, zwłaszcza część przylegająca do dna jamy; reszta błony śluzowej może być zaledwie przekrwioną, innych zmian nie przedstawia. U Zuckerkandla znajdujemy te dwa jedynie obrazy anatomo - patologiczne; trzeba więc przypuścić, że drugi obraz odpowiada ropotokowi wyrostka zębodołowego; w przeciwnym bowiem razie nie moglibyśmy sobie objaśnić, dla czego przy zapaleniu ropnem, należącym do zapaleń cięższych, znajdujemy mniej wyraźne zmiany, niż przy surowiczem.

Jeśli w dodatku zauważymy, że w przypadkach ropotoku jamy Highmora po większej części znajdujemy w jamie nosowej bardzo nieznaczne zmiany, dojdziemy do następujących wniosków: zapalenie ropne jamy Highmora powstaje wskutek przenoszenia się tej sprawy z wyrostka zębodołowego; przejście z jamy nosowej zdarza się wprawdzie, lecz w każdym razie bardzo rzadko. Fakt pochodzenia ropotoku z wyrostka zębodołowego ma ważne znaczenie; objaśnia nam częste występowanie powyższego cierpienia. Ziem twierdzi, że w przeciągu trzech miesięcy operował 25 przypadków ropotoku. Fraenkel operował podczas tego samego czasu 7 przypadków.

Rozpatrzmy, w jaki sposób przenosi się ropne zapalenie wyrostka zębodołowego do jamy Highmora. Przypuśćmy, że mamy do czynienia z ropnem zapaleniem okostnej zębodołu. Jeśli na skutek takiego zapalenia okostnej powstaje ropień zębodołu, wtedy ropa może bezpośrednio przejść z zębodołu do jamy Highmora. Lecz ropne zapalenie okostnej zębodołu może wywołać ropotok jamy Highmora nie tylko bezpośrednio, lecz i drogą pośrednią. Wiadomo, że ropa, znajdująca się w zębodole, może wywołać uszkodzenie okostnej zewnętrznej, a następnie ropień dziąsła. Ropień ten zostaje otwarty za pomocą noża lub sam pęka. Otwór ropnia powstały tą lub inną drogą może się zagoić (naturalnie, że spróchniały ząb może się stać w przyszłości powodem ponownego zapalenia okostnej); w przeciwnym razie powstaje przetoka. Jeśli zaś ropa, która się zebrała między okostną a zębodołem, nie przebija okostnej i dziąsła w pobliżu spróchniałego zęba, a dalej się rozszerza, natenczas mamy obszerne obrzmienie dziąsła wzdłuż wyrostka

zębodołowego, znane pod nazwą parulis. Sprawa ta może również wywołać przetokę. Otwór zewnętrzny przetoki po parulis otwiera się zdala od zębodołu, który był źródłem ropnia. Ponieważ ropa wciąż sączy się przez przetokę, nie mają one przeto najmniejszej tendencji do zagojenia się, dopóki nie zostaje usuniętą przyczyna parulis. Parulis może wywołać ropne zapalenie okostnej, któremu towarzyszą znaczny obrzęk skóry, mocne bóle i znaczna gorączka. Sprawa ta może wprost grozić życiu chorego: ropne zapalenie okostnej szczęki górnej może się przenieść wzdłuż nerwów ku podstawie czaszki; jeśli zaś sprawą dotknięte są obie szczęki, może się rozwinąć ogólna ropnica. Wyrwanie więc zęba w niewłaściwym czasie lub nieodpowiednie leczenie zęba może grozić śmiercią. W większości jednak przypadków cierpienie ma przebieg łagodny. Po otwarciu ropnia gorączka znika, obrzęk się zmniejsza i pozostaje przetoka. Jeżeli taka przetoka utworzyła się na górnej szczęce, to łatwo toruje sobie drogę do jamy Highmora, może więc być przyczyną ropotoku. Powyższy sposób powstawania ropotoku jamy Highmora dla tego tak szczegółowo rozpatrywał, że obserwowałem niedawno następujący przypadek:

Dnia 14 Czerwca r. b. zgłosił się do mnie pewien chory. Po zdjęciu opatrunku z twarzy spostrzegłem, że prawy policzek jest silnie obrzękły, przy dotknięciu bolesny; na policzku dwa równoległe cięcia, z których po usunięciu drenu wylewała się ropa w obfitej ilości. Za pomocą zgłębnika dochodzimy do kości, obnażonej na znacznej przestrzeni ochrapowej powierzchni. Nie ulegało wątpliwości, że górna szczęka uległa zgorzeli. W jamie ustnej drugi prawy górny duży ząb trzonowy był spróchniały, nie bolesny, jama pulpy była otwarta, pulpa w stanie rozpadu. Z prawego nozdrza sączyła się ropa. Badanie za pomocą lusterka nosowego wykryło ropę w średnim kanale nosowym i w hiatus semilunaris. Wywiady, dotyczące się chorego, są dosyć pouczające. Chory opowiada, że przed sześcioma tygodniami bolał go wspomniany ząb. Po nad zębem wyczuwano bolesną opuchliznę. Chory udał się do dentysty, który, jak podaje chory, ząb „oczyścił“ i „zatrzał“. Tegoż wieczora chory miał dreszcze, bóle zęba się wzmogły i ciepota ciała podniosła się, nazajutrz cały policzek był spuchnięty. Za poradą domowego lekarza, chory cały tydzień przykładł sobie zimne okłady. Gdy jednak stan się nie poprawiał, chory udał się do chirurga. Chirurg zrobił mu incyzyję, wypuścił ropę i założył dren. Gdy po upływie dwóch tygodni poprawy jeszcze nie było, zrobił drugie cięcie i znów założył dren. W tym samym czasie chory zauważył, że ropa zaczęła mu się sączyć z jamy nosowej. Nie ulega wątpliwości, żeśmy mieli do czynienia z ropotokiem jamy Highmora, który powstał na skutek zebrania się ropy i następczej zgorzeli górnej szczęki; przyczyną zaś sprawy było nieumiejętne leczenie, zarówno chirurga, jak i dentysty. Chirurg robił cięcia, podczas gdy trzeba było usunąć

przyczynę cierpienia, t. j. ząb, dentysta zaś stosował leczenie konserwatywne w przypadku, w jakim tego rodzaju traktowanie rzadko się udaje.

Ropotok jamy Highmora może być wywołany jeszcze przez następujące przyczyny:

Urazowe uszkodzenia jamy nie są wcale rzadkie; na skutek uderzenia lub szturgnięcia w twarz często pęka górna szczeka z powierzchni twarzowej; to samo ma miejsce po nieostrożnym zastosowaniu klucza zębowego, gdy za punkt oparcia wybieramy sobie nie wargową ściankę wyrostka zębodołowego, lecz językową; wtedy łatwo łamie się lub pęka kość z powierzchni podniebiennej. Wyrwanie za pomocą kleszczy zębów trzonowych, zwłaszcza gdy korzenie bardzo się rozchodzą i gdy wyjęcie dokonywa się zbyt pośpiesznie, może spowodować znaczne rozciągnięcie ścianek kostnych i następcze ich pęknięcie; w innych razach ścianki jamy zostają uciśnięte i wstrząśnięte, do tego zaś przyłączyć się może zapalenie i ropienie z tego choćby powodu, że się wyrывa zęby przeważnie na skutek zapalenia okostnej zębodołu. Zewnętrzne przyczyny, jako to uraz, spowodowany przez kopyto końskie lub też inne ciało twarde, mogą pociągnąć za sobą krwotoki do jamy, w której krew się rozkłada i następnie wywołuje zapalenie z przejściem w ropienie.

Ciała obce, dostawszy się do jamy, mogą również być powodem ropotoku; dostać się one mogą do niej przez jamę nosową lub przez otwór w wyrostku podniebionym, otwór bądź to chorobowego, bądź to urazowego pochodzenia, ostatecznie zaś przez zębodół.

Gdy wyjęcie zęba pociąga za sobą przedziurawienie dna jamy Highmora, natenczas przez dany otwór mogą do niej dostać się resztki pokarmowe; korzenie zębów mogą również podczas wyjęcia zęba prześlizgnąć się do jamy w razach, gdy swobodnie do niej wchodzi, lub też gdy jama ma cienką podstawę. Takie przypadki w samej rzeczy wydarzają się dość często, zwłaszcza z zębami trzonowymi. Do jamy Highmora mogą się również przedostać przez centralny kanał zębowy włoski od szczytek do zębów, kawałki igieł i inne cząstki, które ugrzęzły w zębie, a następnie przesunięte zostają do jamy przez resztki pokarmowe. Taki sam skutek wywołują zsunięte z właściwych swych miejsc zęby, rozwijając się w jamie; pociągają one za sobą jej zapalenie. Podobne działanie wywierają również zęby mleczne u dzieci: ulegają one zgorzeli i działają, jak ciała obce.

Co do płci, to wiadomo z badań Reschreier'a, że ropotok jamy Highmora częściej występuje u mężczyzn, niż u kobiet. Fakt ten objaśnia wspomniany autor danymi anatomicznymi. U mężczyzn jama sięga głębiej w wyrostek zębo-

wy, niż u kobiet, co też ma wpływać na częste występowanie danego cierpienia u mężczyzn.

Przebieg ropotoku możemy ze względu na ilość zawartości i sposób opróżniania się z niej jamy Highmora, podzielić na 3 okresy. Podczas pierwszego okresu mamy nieznaczną ilość zawartości i słabo wyrażone objawy. Chory doznaje tępego bólu i odrętwienia w odnośnej części twarzy; od czasu do czasu zjawia ból zębów lub nerwobóle. Nerwobóle można objaśnić w ten sposób, że wydzielina drażni splot nerwowy, mieszczący się na dnie jamy Highmora. Wkrótce wydzielina wylewa się z jamy do średniego kanału nosowego i wycieka przez nozdrza nazewnątrz. Zdarza się to zwłaszcza, gdy chory nachyla głowę naprzód i ku stronie zdrowej. Wyciek ustaje wtedy, gdy komunikacja z jamą nosową zostaje przerwana. Ropa nagromadza się wówczas w jamie w coraz większej ilości i daje cały szereg objawów, które zaliczamy już do okresu drugiego. W tym okresie dominuje zmiana pojemności jamy; powstała w następstwie nagromadzenia się w niej wydzieliny. Zmiana ta najwidoczniej występuje w okolicy kości policzkowej: znajdujące się zazwyczaj pod nią zagłębienie znika a ścianka twarzowa górnej szczęki wypukła się w mniejszym lub większym stopniu. Jeśli na nią nacisnąć a drugi palec umieścić na odnośnej połowie podniebienia twardego, wyczuwamy chęłbotanie na twardem podniebieniu; przy porównaniu obu połówek widzimy lekką asymetryję, polegającą na tem, że jedna połówka podniebienia powiększa się i grubieje; niekiedy przybiera kształt guza. Wypuklenie zaczyna się w pobliżu zębów trzonowych, na wysokości wierzchołków korzeni i rozszerza się stopniowo aż do średniej linii i do siekaczy: powierzchnia jego jest gładka, błona śluzowa normalna, połykanie i mowa niekiedy znacznie utrudnione. Przy tem cierpieniu jama wypuklać się może również przeważnie w kierunku jamy nosowej, a otwory nosowe mogą się zwęzić, a nawet zupełnie zamknąć. Wypuklenie wreszcie może się rozszerzać na dno oczodołu, wskutek czego gałka oczna zostaje uciśnięta, zbacza od osi i wypukla się ze swej jamy (exophtalmus). Trzeci okres zaczyna się wtedy, gdy i ściany jamy dotknięte zostają cierpieniem. Jeśli cechy ropy nie zmieniają się, wtedy i ściany jamy w jakimkolwiek miejscu ulegają zgorzeli i ropa wylewa się do części miękkich; powstaje ropień na dnie oczodołu lub gdziekolwiek na twarzowej powierzchni górnej szczęki: na fałdzie wargowej, na twardem podniebieniu lub w nosie. Z ropy takiego wytwarza się przetoka; zawartość jamy przebija części miękkie i toruje sobie drogę przez otwór sztuczny. Zdarza się też, że charakter ropy się zmienia i staje się masą klejowatą, kość pod działaniem tej masy staje się cieńszą w jednym lub kilku miejscach; zawartość łatwo się przemieszcza, z twardego np. podniebienia może się przenieść do oczodołu,

z wyrostka policzkowego górnej szczęki skierowaną zostaje do jamy nosowej lub twardego podniebienia. Następnie może powstać na pewnej powierzchni zniszczenie kości, zawartość wylewa się do części miękkich i w tym więc przypadku ostatecznie otrzymujemy przetokę.

Z tego opisu etjologii i przebiegu ropotoku jamy Highmora zdawało by się, że rozpoznanie sprawy jest rzeczą wcale nie trudną. Tak jednak nie jest. Rozumie się, że gdy wszystkie objawy są wyrażone, możemy już na zasadzie zewnętrznego wyglądu i niektórych danych obiektywnych odrazu rozpoznać cierpienie. W początkowych jednak okresach ropotoku, gdy musimy podejrzewać sprawę tę jedynie na zasadzie danych podmiotowych, jako to bólu głowy w jednej jej połowie, zwłaszcza u podstawy nosa, możemy przypuścić że mamy do czynienia z cierpieniem zatoki czołowej, a nie Highmora. Rozumie się, że na zasadzie samych danych podmiotowych nie możemy należycie sprawy rozpoznać i odpowiedniego leczenia zastosować, a objawy klasyczne, jako to wypuklenie policzka, zmiana kształtu podniebienia, fluktuacja i t. d. zdarzają się tylko w przypadkach wyjątkowych. Ziem zebrał 25 przypadków ropotoku jamy Highmora, a objawy klasyczne miały miejsce tylko w jednym z nich. Obserwował on również przypadek ze wszystkimi objawami ropotoku jamy Highmora, w którym po otwarciu jamy nie znalazł ani odrobiny zawartości.

Nie więc dziwnego, że badacze szukali nowych sposobów i objawów, które by ułatwiły rozpoznanie cierpienia. Ziem radzi wprost usunąć ząb trzonowy, aby się dostać przez zębodół do jamy Highmora: Śmiały ten sposób nie zawsze jednak może być stosowany, ponieważ jest rzeczą nie bardzo ludzką pozbawiać człowieka zdrowego zęba, gdy się zaledwie podejrzewa cierpienie.

Hansberg radzi w celu rozpoznawczym sondować lub też przepłukiwać jamę przez jej otwór fizjologiczny za pomocą szprycy z kaniulą, wygiętą po kątem 110°. Badanie zgłębnikiem jednak może być stosowane tylko w pojedynczych przypadkach, gdy mamy wyjątkowo szczęśliwe warunki; mianowicie przy znacznej szerokości hiatus semilunaris, co podług Ziema zdarza się zaledwie w $\frac{1}{3}$ wszystkich przypadków. Hofman, Szoth i Wiehe stosują tusze powietrzne w celu usunięcia ropy drogą aspiracji. Voltolini stosuje od roku 1888 dla celów rozpoznawczych elektryczność, wychodząc z tego punktu widzenia, że jama pusta prześwieca bardziej, niż wypełniona płynem, rp. ropą. Sposób ten udoskonalony przez Herynga i Vohsena z Frankfurtu polega na wprowadzaniu w ciemnym pokoju do jamy ustnej chorego za pomocą odpowiedniego szpatla lampki elektrycznej. Ścianka lampki zwrócona do szpary wargowej nie przepuszcza światła,

wskutek czego lampka przez podniebienie i jamę oświeca górną połowę twarzy i powieki strony zdrowej, strona zaś dotknięta cierpieniem jest ciemną. Ostatnia nie prześwieca z tego powodu, że jama, wypełniona płynną lub stałą substancją, niedostatecznie przepuszcza promienie świetlne. Zjawisko to więc występuje nie tylko przy ropotoku jamy, lecz i w tych przypadkach, gdy się w niej znajdują guzy, lub gdy jej ściany są zgrubiałe. Przy dwustronnych ropotokach sposób ten nie przedstawia żadnej wartości, gdyż obie jamy źle przepuszczają promienie świetlne; obie więc połowy twarzy będą w jednakim stopniu oświetlone. Zresztą i sam Vohsen nie przypisuje swemu sposobowi absolutnego znaczenia rozpoznawczego. W braku innych objawów samo nieprzeświecanie jednej połowy twarzy nie wystarcza do postawienia rozpoznania. Sposób więc ten ma również tylko względne znaczenie. Najlepszym sposobem rozpoznawczym jest próbne przekłócie. Do niego się też uciekają, gdy żaden ze wskazanych sposobów nie daje nam dostatecznych wyników. Przekłócia dokonywa się za pomocą mocnej igły, sztyletu Mikulicza, narzędzia Krause'go, trepanu Tornevald'a lub wreszcie za pomocą maszyny świdrowej.

Leczenie ropotoku jamy Higmore'a polega na tem, że się przedewszystkiem usuwa przyczynę cierpienia, a następnie otwiera jamę i usuwa z niej zawartość patologiczną. Pierwsze wskazanie jest rzeczą pierwszorzędną wagi. W podanym przezemnie przypadku, ropienie nie zaszłoby tak daleko, gdyby przyczyna, t. j. ząb spróchniały, został w należytych czasie usunięty.

Usuwanie zawartości patologicznej dokonywa się przez ostium maxillare lub otwór nosowy. Pierwszej drogi używa się bardzo rzadko i tylko przy szczęśliwych warunkach topograficznych. Sztuczny otwór robi się: 1) w zębodole podług Cooper'a Drake'a; 2) w fossa canina podług Dessault'a; 3) w średnim kanale nosowym podług Zuckerkandl'a, lub wreszcie 4) w dolnym kanale nosowym podług Mikulicza.

Inne sposoby, jak np. sposób Lamoscer'a, polegający na przedziurawieniu wyrostka policzkowego górnej szczęki, sposób Weingold'a — wprowadzenie troakaru igielkowego przez policzek, bardzo rzadko znajdują zastosowanie.

Rozpatrzmy dwa sposoby, które się najczęściej używają: sposób Cooper'a i sposób Mikulicza. Pierwszy bywa stosowany w tych przypadkach, w których ropotok wywołany został przez cierpienie zęba.

Dane, zebrane przez Ziem'a, wskazują, iż sposób ten należy do najlepszych. Ziem stosuje go nawet w tych razach, gdy cierpienie nie zaczęło się od zęba. Aby zbytecznie nie usuwać zdrowego zęba, radzi Ziem torować sobie drogę do jamy Higmore'a przez stronę medyjalną pierwszego zęba trzonowego lub też użyć do tego przestrzeni, znajdującej się

między drugim małym trzonowym i pierwszym dużym. Najodpowiedniejszym do tego narzędziem jest maszyna świdrowa (bohrmaschine). Lecz i ten sposób ma wielu przeciwników, którzy twierdzą, iż przez otwór w zębodole mogą się dostać do jamy drobnoustroje i resztki pokarmowe, podsycające ropienie. Przyjmując jednak pod uwagę, iż dla przemywania jamy za pomocą tuszów Mayer'a potrzeba za ledwie małego otworu i że za pomocą kaniuli z klapą można w zupełności przeszkodzić dostaniu się ciał obcych do jamy—powyższe zarzuty nie mogą być uznane za uzasadnione. Dobre strony tego operacyjnego sposobu są następujące: a) torujemy sobie dostęp do jamy w najniższym jej miejscu, dzięki czemu można doskonale usunąć z niej całkowitą zawartość, b) często na tem samem miejscu również i kość jest uszkodzoną i usuniętą zostaje wraz z zębem, ergo stworzone zostają warunki do szybkiego wyzdrowienia, c) wraz z usunięciem zęba usuwa się bardzo często i przyczynę choroby.

Sposób ten jednak stosowanym być nie może: a) gdy się chce zrobić wielki otwór, aby wydostać z jamy ciała obce, spróchniałe cząstki kości i guzy; b) jeżeli brzegi wyrostka zębodolowego są wygładzone, to nie można znaleźć odpowiedniego miejsca do wykonania operacji. W takich razach stosują sposób Mikulicza, polegający, jak wiadomo, na tem, że się toruje drogę do jamy Highmora przez dolny kanał nosowy. Jakkolwiek sposób ten ma to samo prawo obywatelstwa, co i pierwszy, jednakowoż ma on wiele stron ujemnych. Przy tym sposobie operacyjnym często zdarzają się znaczne krwotoki, czego przy sposobie Cooper'a nigdy nie bywa. Ciekawy pod tym względem fakt podaje Ziem. U pewnej chorej operacja, dokonana podług metody Mikulicza, spowodowała znaczny krwotok, podczas gdy operacja, podług sposobu Cooper'a, nie wywołała u niej żadnego krwotoku. Niekiedy operacja Mikulicza jest niewykonalną lub bezcelową. Dolny kanał nosowy jest niekiedy tak wązki, że nadzwyczaj trudno jest wprowadzić tamtędy narzędzie. W pewnych przypadkach jama Highmora jest o tyle posuniętą do góry i w tył, iż przez dolny kanał nosowy ani sposób się do niej dostać. Z tych powodów Ziem przekłada operację podług metody Cooper'a. Z 227 operacji przez niego dokonanych, w 222 przypadkach stosował on tę metodę. Wogóle przy wyborze metody operacyjnej musimy się liczyć z tem, czy chory może długo pozostawać pod naszą obserwacją. Pod tym względem operacja Cooper'owska jest racjonalniejszą, ponieważ chory sam może wprowadzić sobie do jamy kaniulkę i jamę przemywać. Z innych metod operacyjnych używa się, jakkolwiek rzadko, sposób Dessault'a, polegający na przebijaniu fossae caninae. Z 5 pacjentów operowanych przez Ziem'a po-

dług tego sposobu, 4 zemdlało. Objaśnia on to łatwem przenoszeniem się wstrząśnienia na mózg za pośrednictwem kości czołowych. Przy tym sposobie operacyjnym otwór łatwo zamknąć się może, chyba że wkładamy doń kaniulę, bardzo niewygodną dla chorego. Samo nawet zeszcpecenie twarzy chorego stanowi przeciwwskazanie dla metody operacyjnej. Następne leczenie po otworzeniu jamy Highmora polega na jej przemywaniu. W tym celu używane są adstringentia i środki dezynfekcyjne. Friedländer stosuje jodoform i jodol. Zdarza się niekiedy, że wszystkimi powyższymi środkami nie dochodzimy do celu; w takich razach rozszerzamy otwór, wyskrobujemy błonę śluzową i zakładamy tampon z gazy jodoformowej.

L I T E R A T U R A.

1. Zuckerkandl. Normale und pathologische Anatomie der Nasenhöhle und ihrer pneumatischer Anhänge.
2. Fränkel. Gefrierdurchschitte zur Anatomie der Nasenhöhle.
3. Braune und Classen. Die Nebenhöhle der Menschlichen Nase in ihrer Bedeutung für den Mechanismus d. Raehens. Zeitsch. für Anat. und Entwickl.
4. Schech. Erkrankungen der Nebenhöhle der Nase.
5. Störk. Klinik d. krankheiten d. Kehlkopfes, d. Nase und Rachens.
6. Ziem. Ueber das zweckmässigste verfahren zur Eröffnung d. Kieferhöhle. Therap. Monat. 1888, Nr. 4, 5.
7. Hartman. Supraorbitalneuralgie hervorgerufen durch Empyema der Nebenhöhlen der Nase. Berl. Klin. Woch. 1882, N. 58.
8. Schmidt Moritz. Zur Diagnose und Behandlung d. Erkrankungen des Antrum Highmori. Berl. Klin. Woch. 1888, N. 50.
9. Voltolini. Die krankheiten der Nase und des Nasenrachenraumes nebst einer Abhandlung über Erlectrolyse.
10. Hering. Die electriche Durchleuchtung der Highmorshöhle bei Empyema Berl. Klin. Woch. 1888, N. 48.
11. Ziem. Zur Beleuchtung oder Probedurchspülung und der Kiefer und Stirnhöhien, Berl. Klin. Wochen. 1891. 24, 48.
12. Vohsen. Zur electriche Beleuchtung und Durchleuchtung der Körperhöhlen. Berl. Klin. Wochen, 1890, N. 12.
13. Tornwaldt. Ueber die explorative Eröffnung der Kieferhöhle, Int. Centr. f. Laryng. 1883.
14. Mikuliez. Zur operativen Behandlung des Empyema der Highmorschöhle Zeitr. für Heilkunde, 1886.
15. Friedländer. Zur Therapie des Empyema antri Highmori. Berl. Klin. Woch. 1889, N. 37.

16. **Bresgen.** Zur Behandlung der Eiterung der Nebenhöhlen der Nase insbesondere der Oberkieferhöhlen und deren Probeeröffnung Therap. Monat. 1888.

17. **Bayer.** Beitrag zum Studium und zur Behandlung des Empyems d. Highmorhöhle. D. Med. Woch. 1889.

18. **Cheari.** Ueber Empyema Antri Highmori Wien. Klin. Woch. 1889.

19. **Bride.** Ueber Diognose und Behandlung d. Krankheiten der accessorischen Höhlen der Nase Deut. Med. Woch. 1891.

20. **Scheff.** Ueber das Empyema der Highmorshöhle und seinen dentalen Ursprung.

21. **Jul. Schaff.** Jung. Hadbuch für Zahnheilkunde.

K A Z U I S T Y K A.

Próchnienie ciała kości klinowej (os sphenoidale),

jako przyczyna

ropnego zapalenia opon mózgowych.

Podał

L. Pękostawski,

ordynator kliniki psychiatrycznej.

Dnia 30/III 1893 r. przybył do kliniki psychiatrycznej Karol H., 32-letni dobrze zbudowany i niezłe odżywiany mężczyzna, piekarz, kawaler. Matka i siostra chorego, według słów brata, są „nerwowe“, szczególnie siostra odznacza się ekscentrycznością. Młodszy brat skończył samobójstwem. W dzieciństwie H. żadnych chorób nie przechodził, raz tylko, upadłszy z niewysokiego stołu na ziemię, podległ silnemu urazowi głowy, bez utraty jednak przytomności. Terminował z początku u stolarza, później zmienił zajęcie i został piekarzem. W 22 roku wstąpił do wojska, gdzie był piekarzem pułkowym. Podczas służby za uwagę, uczynioną mu przez oficera w bardzo obelżywych słowach za to, że palił w piekarni papierosa, uderzył go w twarz, za co dostał się do rot aresztanckich. Po wyjściu z wojska w dalszym ciągu pracował, jako czeladnik w piekarni; rodzina już wtedy zauważyła w nim pewną zmianę: niechętnie pracował, był bardzo rozdrażniony, obawiał się, że go policja za coś śledzi, rozmawiał sam z sobą, często zaprzestawał pracować na kilka dni, w którym to czasie wałęsał się po całych dniach i nocach po Warszawie i okolicy i wracał dopiero na 3 — 4 dzień do domu. Taka widoczna zmiana datuje już od 2 lat. W ostatnich czasach takie wędrówki stawały się coraz częstszymi, za co w domu otrzymywał od matki wymówki. Kiedy osta-

tnio, powróciwszy po 3-dniowej nieobecności, był przez matkę skarcony i namawiany do poprawienia się, nic nie powiedziawszy, rzucił się z nożem na matkę, pokaleczył ją i dwie siostry, które nadbiegły na krzyk matki. Potem najspokojniej wyszedł na ulicę, gdzie został zatrzymany przez policję i odesłany do kliniki.

Chory leży na łóżku spokojnie z zamkniętymi oczami, w stanie półsensnym, pytań nie rozumie i na nie nieodpowiada. Pokarmów nie chce przyjmować; zalecono sztuczne odżywianie za pomocą zgłębnika żołądkowego. Kończyny znajdują się w stanie kataleptycznym, który jest silniej wyrażony z lewej strony. Odruchy (skórne i ścięgniste) wzmożone. Uczucie bólu zniesione. Narządy klatki piersiowej i jamy brzusznej żadnych widocznych zmian nie przedstawiają. Gruczoły chłonne nieznacznie powiększone, prócz łokciowych i potylicowych. Tętno 72 na min., bardzo słabe. Kończyny sine i zimne. Ciężota 37^o,3 C. Zalecono extr. opii aq. 0,75 3 razy dziennie pod skórę. Taki stan trwa bez zmiany przez 5 dni.

Szóstego dnia (6/III) wieczorem ciężota podniosła się do 38^o C. Stolca nie było, żadnych zmian w narządach wewnętrznych nie skonstatowano, zalecono wewnątrz ol. ricini.

Na drugi dzień rano ciężota 37^o,9 C., wieczorem 38^o,8 C. Tętno 80, słabe. Chory od czasu do czasu zgrzyta zębami. W narządach wewnętrznych zmian żadnych. Psychika i stan kataleptyczny bez zmiany. Stolca jeszcze nie było, zalecono lawatywę z ol. ricini.

Na drugi dzień ciężota spada do 37^o C. — 36^o,3 C. Chory w nocy miał wypróżnienie. Dziś pierwszy raz zaczął przyjmować pokarmy z rąk służącego, który go karmi łyżką. Taki stan trwa przez 3 dni.

11/IV. Stan kataleptyczny już nie jest tak wyraźny, chociaż istnieje jeszcze, jak i poprzednio, silniej na lewej połowie ciała. Uczucie bólu wróciło. Zresztą zmian żadnych.

14/IV. Po raz pierwszy chory sam, bez pomocy służącego, zjadł śniadanie. Pytania rozumie: na żądanie lekarza pokazuje język, wyciąga rękę prawą lub lewą. Mówić nie może. Na pytanie, co go boli, wskazuje ręką na czoło. Ciężota 36^o,6 C., wieczorem 36^o7 C. Taki stan trwa 5 dni bez zmiany.

20/IV. Żrenice zwężone, *injectio conjunctivae*. Ciężota rano 39^o,9 C. Tętno 68 na min., bardzo słabe (*p. celer, cephalicus*). Zauważyć się daje drżenie ciała, jakby od przebiegających dreszców. Stan kataleptyczny znacznie się zmniejszył. Uczucie bólu zniesione. Odruchy wzmożone na prawej stronie. Mięśnie proste brzucha skurczone, naprężone i twarde. Pytania rozumie. Na żądanie wysuwa język, wyciąga rękę, ale nader wolno. Wieczorem ciężota 39^o,6 C. Lód na głowę, wewnątrz waleryjana.

21/IV. Rano ciężota 39^o,4, wieczorem 39^o,7 C. Tętno 96 na min., nikłe. Zauważyć się dają ciągłe ruchy atetotyczne w prawych kończynach. *Sulcus naso-labialis sinister* wygładzony, usta wykrzywione na prawo, niedowład lewej połowy ciała. Odruchy wzmożone z prawej strony. Prawa żrenica znacznie więcej rozsze-

rzona, niż lewa, na światło wcale nie oddziaływają. Świadomość zniesiona.

22 i 23/IV. Ciepłota spada do 35°, 4 C., później podnosi się do 37°,4 C., tętno niske, 104 na minutę. Oddech 4,8 na min. Agonija. O godz. 1-ej w nocy z 23 na 24/IV skończył życie.

Pominąwszy dyagnozę choroby umysłowej, najciekawszą w danym przypadku jest istota zmian, jakie odbywały się w ustroju chorego w ciągu ostatnich 4-ch dni. Ciepłota, tętno, ból głowy w okolicy czołowej, stan źrenic, ich nieoddziaływanie na światło, naprężenie mięśni prostych brzucha — nasuwały myśl o zapaleniu opon mózgowych, przyczyna zaś pozostawała zupełnie ciemną. To też w sekcji spodziewaliśmy się znaleźć wyjaśnienie istoty choroby i jej przyczyny. W narządach klatki piersiowej i jamy brzusznej żadnych zmian nie znaleziono. Jedynie w wątrobie na przednim ostrym jej brzegu nieco ku stronie prawej od lig. suspensorium hepatitis zauważono blade żółte miejsce, swem zabarwieniem jasnem wyraźnie odgraniczone od sąsiedniej tkanki, formy mniej więcej zaokrąglonej, wielkości w średnicy około 2 cm., cokolwiek większej konsystencji, niż otaczająca tkanka, jednak nie zagłębione. Chociaż obecnie badanie drobnowidzowe tego miejsca nie jest jeszcze ukończone, jednak już na zasadzie wyglądu makroskopowego można wykluczyć sprawę przymiotową, z czem się zgadza i prof. Brodowski, któremu był pokazywany ten preparat. Najwięcej danych otrzymaliśmy po otwarciu jamy czaszkowej. Opona twarda była przekrwiona. W sinus longitudinalis superior trombus albus. Na podstawie czaszki znaczna ilość ropy, która wychodzi z miejsca, odpowiadającego siodłu tureckiemu, i spływa na dół aż do foramen occipitale magnum. W miejscu, odpowiadającym siodłu tureckiemu, opona twarda zgrubiała i nacieczona, zgłębnik łatwo wchodzi w tem miejscu w głąb kości do sinus sphenoidalis, z kąd wydziela się ropa w dość znacznej ilości. Kość w tem miejscu jest miękka, chropawa. W circulus arteriosus Willisii i wychodzących z niego naczyńach świeże zakrzepy. W sinus cavernosus zakrzepu nie znaleziono, to też i za życia nie było exophthalmus. Odnogi mózgu na dolnej powierzchni rozmiękczone, także rozmiękczenie obejmuje górną i wewnętrzną powierzchnię thalam. optic. i tylnej części bocznych komór. Boczne komory rozszerzone. Miękka opona nacieczona ropą na podstawie mózgu, począwszy od skrzyżowania szlaków wzrokowych i skończywszy na dolnej powierzchni mózdzku i mózgu przedłużonego. Przekonawszy się, że ropa pochodzi z sinus sphenoidalis, należało dojść do źródła i zbadać istotę procesu. W tym celu wybiłem dłutem część podstawy czaszki, obejmującą ciało kości klinowej. Znaleziono starą uzurę vomeris w górnym tylnym jego brzegu, w sinus sphenoidalis ropę, błonę śluzową tej jamy nacieczoną i rozpułchnioną. Kość sama okazała się miękka, przekrwiona.

Z powyższych danych można było wyprowadzić tylko ten wniosek, że istnieje próchnienie kości klinowej, mianowicie jej ciała, które, dochodząc w kierunku do opony twardej,

wywołało jej zmiany, a później, kiedy ropa przebiła otwór do jamy czaszkowej, powstało ostre ropne zapalenie opon na podstawie czaszki. Istota zaś procesu pozostała ciemną. Można było przypuszczać ozenę przymiotowego pochodzenia, która przeszła dalej na podstawę czaszki: jednak owa usura vomeris była oddzieloną od ogniska procesu kostnego na podstawie czaszki zdrową kością wielkości około 2-ch cm., powtóre brak objawów za życia ze strony jamy nosa i gardzieli zdaje się temu przeczyć, i nareszcie zaprzeczanie istnienia przymiotu przez brata i brak innych oznak tej choroby przemawiają przeciwko temu przypuszczeniu. Można przypuszczać, że stary abscessus retropharyngealis gruczołu Luszki, znajdującego się na sklepieniu gardzieli, właśnie w miejscu, odpowiadającym siodłu tureckiemu, przebiegając chronicznie, mógł przejść z czasem na kość i wywołać jej próchnienie ze zwykłymi następstwami. Z pierwotnych procesów w kości, oprócz przymiotu, można było przypuszczać gruźlicę, lecz temu sprzeciwia się brak dziedziczności, zupełnie zdrowy stan płuc i innych narządów. Sekcja nie mogła być zupełnie dokładną (nie obejrzano sklepienia gardzieli i tylnych otworów jamy nosowej), gdyż nie mogłem rozpiłować czaszki wraz z twarzą, a to dla tego, że obecna rodzina sprzeciwiała się oszpecceniu trupa.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Patologia ogólna i Medycyna wewnętrzna.

189. TEISSIER. **Istota, objawy i leczenie tężca.** (Du tétanos: étude expérimentale, clinique et thérapeutique). (*La Semaine Médicale* nr. 18, 1893).

Tężec jest chorobą zakaźną, zależną od działania na ustrój lasecznika, który może być przeniesiony na człowieka i na zwierzęta — chorobą, charakteryzującą się przez *napady skurczów mięśni poprzeczno prążkowanych*. Nauka o naturze zakaźnej tężca jest nabytkiem stosunkowo niedawnych czasów, a opracowanie jej takiej dosięgło doskonałości, iż tężec stanowi obecnie typ choroby zakaźnej, bodaj lepiej ustalony, niż karbunkuł i gruźlica.

Teoryje pochodzenia tężca. Już od najdawniejszych czasów zajmowano się tężcem i starożytni badacze, jak Hippokrates, Galenus etc. i ich uczniowie, zwracali uwagę na zimno, jako na czynnik bardzo ważny. Po długim przebiegu czasu rozwinął się szereg teoryj, mniej lub więcej zbliżonych do prawdy.

Według teorii mięśniowej tężec umiejscawiano w układzie mięśniowym, gdzie znajdowano zwyrodnienie woskowate i ziarninowe. Martin de Pedro przyjmował wpływ reumatyczny, Stutz—nagromadzenie się tlenu w mięśniach, Forbes—zwiększenie ilości kwasu mlecznego. Wyjąwszy zimno, któremu jeszcze zbyt dużo przypisywano wpływu, poglądy te o tyle są błędne, że przyjmują skutek za przyczynę.

Teoryja nerwowa, naszkicowana przez Ambroise Paré, Boerhaave i in. i opracowywana następnie przez Vulpian'a, Brown-Sequard'a, Verneuil'a i in., ma już za sobą badania doświadczalne. Skurcz tężcowy jest natury odruchowej; odruch ten, zależny od jakiegokolwiek podrażnienia obwodowego (neuritis, rana nerwu, zwykle zapalenie) wywołuje, przy pomocy wzmożonej działalności górnych części rdzenia kręgowego, skurcze mięśniowe wraz z podniesieniem ciepłoty albo bez tego ostatniego. I w tej teorii, szwankującej na punkcie owej nieznannej przyczyny podrażnienia i porzuconej przez najzagorzalszych swych obrońców, różne panowały poglądy.

Przypuszczano w tężcu porażenie mózgowia albo ośrodków, miarkujących odruchy, lub też brak koordynacji ruchowej wskutek rozlania się w rdzeniu kręgowym wrażeń obwodowych, wreszcie—nadmierną pobudliwość szarej substancji. Powoływano się też na dane anatomo-patologiczne, doświadczalne i kliniczne. Jednakże pierwsze w postaci zmian mięśni i nerwów są bardzo różnego stopnia, drugie — wszystkie z ujemnym rezultatem, z wyjątkiem doświadczenia Brown-Séquard'a, który wywołał tężec po wbiciu psu w łapę gwoźdź; wszakże z punktu widzenia teorii pasożytniczej dowodziłoby to tylko, że gwoźdź był zakażony. Wreszcie, kliniczne dane—usposobienie nerwowe, wpływ przygnębiający etc. — stanowią najslabszą stronę dowodową.

Dopiero teoryja infekcyjna, albo raczej, z początku, humoralna wyjaśniła niepojęte dotąd fakty. Epidemiczny przebieg choroby podczas wojny, toksyczny charakter przypadłości, oddawna zwrócił uwagę lekarzy, i już Boerhaave (1753) przypuszczał obecność w ranie drażniącej materji. Pierwszy Simpson dokładnie opisał tężec akuszerjny i przyranny, wypowiedziawszy jednocześnie hipotezę o przenikaniu do rany jadu, który porównywał ze strychniną, brucyną i t. p. Nieco później zaczęto mówić już o czysto infekcyjnej naturze tężca, choć długo na drodze doświadczeń otrzymano wyniki ujemne. Carle i Rettone pierwsi wywołali typowy tężec u królików, którym zaszczepili do pochewki nerwu kulszowego zawartość trędzika. Tegoż roku (1885) skonstatował Nicolaier obecność w ziemi lasecznika, który, zaszczepiony pod skórę, wywołuje tężec; wkrótce potem wykazał Rosenbach tożsamość tężca u człowieka i tężca doświadczalnego, Kitasato otrzymał czyste hodowle lasecznika, inni badacze znów —

swoiste toksyny. W ten sposób nauka o tężcu zyskała trwałe podstawy.

Lasecznik Nicolaier'a jest pałeczką nieco dłuższą i grubszą od lasecznika posocznicy u myszy, opisanego przez Koch'a; na jednym z końców znajduje się wzdęcie, łatwo się barwiące, a następnie zarodnik, barwiący się trudno; hodowle rozwijają się bez dostępu powietrza (anaërob) na wszystkich znanych odżywkach. Kolonije w hodowlach na płytkach żelatynowych podobne są do kolonii bac.-subtilis; w środku znajduje się ciemny punkt, otoczony aureolą nadzwyczaj cienkich promieni (podobieństwo do ostu); w hodowlach przez ukłócie w żelatynie tworzą się pod powierzchnią podobne kolonije w kierunku prostopadłym. Najlepsze hodowle otrzymuje się przy 36°C. — 38°C., przy 42° — (następuje wyjałowienie). Lasecznik wykonywa ruchy, głównie obrotowe wokół dłuższej swej osi, czasem boczne w postaci przecinka; ruch ustaje przy 42°, pod wpływem pary kwasu solnego, azotowego i z chwilą rozwoju zarodników. Niektórzy badacze konstatują także polimorfizm lasecznika.

Lasecznik tężca jest nadzwyczaj odporny na czynniki fizyczne i chemiczne. Emulsyja z tkanki z rany chorego na tężec nie traci swego wpływu zarażającego nawet po miesiącu, również i ziemia, zawierająca laseczniki, ogrzewana do 190° w ciągu godziny, jako też wysuszone hodowle po 4 miesiącach. Zarodniki zabija: t. 100° w ciągu 5 minut, sublimat 2⁰/₀₀, karbol 5⁰/₀ w ciągu 15 godzin, a po dodaniu do niego kwasu solnego 5⁰/₀₀ — w ciągu 2 godzin, liquor van Swieten w ciągu 3 godzin, a po dodaniu kwasu solnego — w ciągu 1/2 godziny, saletrzan srebra 1⁰/₀ w ciągu 1 minuty. Trupy zwierząt tężcowych, trzymane w wodzie lub w ziemi, nie rozkładają się przez wiele miesięcy.

Lasecznik Nicolaier'a w wielkiej znajduje się ilości w powierzchniowych warstwach ziemi w postaci saprofitu, w krajach ciepłych i umiarkowanych. Kurz na drogach, w stajniach, na pajęczynie i t. d. ważną tu odgrywa rolę; toż samo odnosi się do siana, do ekskrementów zwierzęcych (koń, wół, krowa etc.). Lasecznik tężca, tak jak i posocznicy, wszędzie żyje jako saprofit i tylko przy szczególnych warunkach, określonych doświadczalnie, nabiera własności chorobotwórczych. Stopień wrażliwości na tężec bardzo jest wśród zwierząt różny; do doświadczeń najlepiej nadają się: świnka morska, mysz, szczur. Do wywołania zakażenia tężcowego nieodzowną jest rana tkanek; powierzchowne skaryfikacyje w połowie wypadków ujemne dają wyniki. Wolny dostęp powietrza do rany wstrzymuje działanie lasecznika, to też przykrycie rany np. collodium sprzyja rozwojowi tężca. Błony śluzowe w większości przypadków nieprzepartą dla lasecznika stanowią przeszkodę, tak że zakażenie przez nie (karmienie, inhalacyje,

szczepienie do łącznicy) zupełnie się nie udaje. Dodatnie wyniki daje szczepienie: do otrzewny, do opon mózgowych, w pnie nerwowe, w mięśnie, do przedniej komory ocznej.

Przebieg tężca doświadczalnego jest następujący. Po okresie wylegania (12—30 godzin) następuje skurcz mięśni z początku w miejscu szczepienia albo w bliskości; ztąd szybko się rozchodzi na dalsze części ciała. Wygląd zwierzęcia staje się typowy: położenie na wznak, opisthotonus, nieruchomość; przy pojawieniu się napaści następują silne spastyczne skurcze mięśni całego ciała, wyprężenie członków wzmagają się, ruchy oddechowe stają się coraz trudniejsze; skurcze coraz częstsze, i zwierzę ginie wśród drgawek tonicznych, albo też, częściej wpada w stan zapaści z następującą śmiertelną asfiksją. Ciężota wogóle wzmagają się podczas drgawek i opada przed śmiercią. Ilość moczu zmniejszona, przy oględzinach pośmiertnych znajdują zwykle pęcherz wypełniony; czasem bywa białkomocz. Często spostrzegano rozszerzenie źrenic i zez rozbieżny.

Czas trwania choroby waha się między dobą i sześciu dniami; zejście nie zawsze bywa śmiertelne, czasem ogranicza się sprawa do tężca miejscowego z następczym wyzdrowieniem. Różnica pomiędzy tężcem doświadczalnym i tężcem u człowieka jest tylko powierzchowna: tyczy się ona głównie długości okresu wylegania i szczękościsku jako pierwszego zjawiska u ludzi, co wszakże ma miejsce często u konia i u osła.

Badanie pośmiertne zwierząt, które padły od tężca, wykrywa nieznaczne zmiany: ograniczone przekrwienia płuc, podbiegi krwawe pod opłucną. Na miejscu szczepienia przy użyciu ziemi zakażonej znajduje się bolesne ognisko ropne, błoniasty wysięk, obrzękowe nacieczenie sąsiedniej tkanki; przy użyciu zaś czystej hodowli — tylko lekki obrzęk i podbieg krwawy. Obecność lasecznika w ranie nie podlega wątpliwości, we krwi żywego zwierzęcia laseczników nie znajdowano, również jak i w narządach wewnętrznych, przenika on tam na kilka godzin przed śmiercią.

Jadowność lasecznika podlega zmianom; powiększyć ją można, przeprowadzając przez szereg zwierząt, łącząc z innym pasorzytem (*bac. prodigiosus*), albo wreszcie otrzymując hodowle aërobów z anaërobów. Zmniejsza się jadowność za pomocą pewnych przejść przez te same rodzaje zwierzęce, za pomocą wysokiej temperatury, asocjacji pasorzytniczej, gdy np. zakaża się świnkę morską, uprzednio szczepioną krwią malaryczną, wreszcie pod wpływem czynników chemicznych, antyseptyków, kwasu mlecznego, z hodowli przeprowadzonych przez zwierzęta mało wrażliwe np. przez psa.

Lasecznik tężcowy, pozostając w miejscu zaszczerpienia, wydziela jad w postaci produktów rozpuszczalnych. Brieger,

pracując z hodowlami nieczystymi, pierwszy wykrył i zbadał kilka ptomainów: tetaninę, wywołującą trismus u myszy, tetanotoksynę, trochę słabszą od poprzedniej, spasmotoksynę, wywołującą skurcze toniczne i kloniczne, wreszcie czwartą, podniecającą czynność gruczołu łzawego i ślinianki. Cały szereg następnych prac (Hochsinger, Shakespeare, Weyl, Kitasato, Brieger, Fränkel, Vaillard, Vincent i in.) potwierdził wogóle te dane, i dowiódł, iż jad tężcowy jest natury białkowej, podobny z tego względu do toksyny dyfterytu i cholery, jednak więcej od nich rozpuszczalny w wodzie; jad, otrzymany z hodowli buljonowych, jest podobny do diastazy, jest silnie trujący, siłę tę jednak traci pod wpływem ciepła, światła słonecznego i długotrwałego działania powietrza; zkwawienie jest bezskuteczne, wyskok absolutny strąca go po części, nie zmieniając własności toksycznych. Patogeneza tężca w krótkich słowach tak się przedstawia: pozostając w miejscu zaszczerpienia, wytwarza lasecznik produkty rozpuszczalne, które przez naczynia chłonne i krwionośne uniesione zostają do wszystkich organów, głównie zaś do ośrodków nerwowych; od energii tej produkcji zależy przebieg i zejście choroby. Organizm ginie na skutek ciągłego zatrucia. Niektórzy przypisują jadowi tężcowemu nawet pierwszorzędną rolę, tak, że szczepienie czystych hodowli, uprzednio pozbawionych toksyny, daje jakoby ujemne wyniki; inni znów utrzymują, że lasecznik wytwarza ferment, sam przez się nieszkodliwy, lecz dający kosztem organizmu substancję, wywołującą tężec.

Badania te są w związku z kwestyją odporności. Na pierwszym miejscu stoją prace Behring'a i Kitasato, którzy wykryli, że iniekcje trójchlorku jodu sprowadzają u zwierząt bezwzględna odporność; krew tak immunizowanych królików, jakoteż i surowica niszczy jad tężcowy. Vaillard, potwierdził dane te i sam wykazał, że jad tężcowy przy 60° traci swoje własności trujące, ale natomiast jest w stanie sprowadzić odporność. Wznawiając stare badania Wooldridge'a, przekonano się, że hodowle lasecznika tężcowego w wyciągu grasicy są bardzo mało trujące. Dalej, należy wspomnieć o próbach wyleczenia zwierząt tężcowych za pomocą zastrzykiwań surowicy zwierząt szczepionych. Wszystkie te i tym podobne dane mało wysświetliły w gruncie rzeczy kwestyję odporności, dając raczej temat do rozpraw o własnościach cieczech zwierzęcych, o fagocytozie i t. p. Więcej światła rzuciły badania Ehrlich'a, który wykazał możliwość dziedziczenia stanu odporności w ten sposób, że mysz, uprzednio szczepiona toksyną roślinną (abryna, rycyna), obdarzała swoje potomstwo absolutną odpornością przez karmienie; toż samo było, gdy np. koza karmiła myszy. Według Behring'a i Frank'a surowica szczepionego konia zachowuje przez 2 miesiące

swoje własności immunizujące. Oto szereg interesujących faktów, których naukowe wyjaśnienie stanowi temat licznych prac (patrz Kron. Lek. Nr. 1 r. b. str. 15).

W etyologii tężca u człowieka, należy według autorów klasycznych, mieć na względzie: samą ranę: osobę chorego i towarzyszące okoliczności.

Dawno już zauważono, że najczęściej wikłane są tężcem rany dolnych kończyn; tłómaczy się to łatwością zarażenia przez styczność nóg z ziemią, np. u ogrodników, którzy pracują boso. Na wojnie odłamki granatów, odbijając się o ziemię, również są zakażone; zauważono szczególne usposobienie do tężca obrażeń kości, miękkich części i głównie nerwowych, wywołujących podrażnienie i zapalenie, co sprzyja działaniu toksyn; dalej następują i zwykle nawet erozyje, punkcja, wbicie drzazgi, czasem nawet kontuzya bez widocznej rany; rany t. zw. fizjologiczne, jak np. pępkowe u noworodków, macicy u rodzących również mogą być punktem wyjścia tężca.

Pozorna częstość tężca u dzikich ludów tłómaczy się złą ich higieną, nagością ciała, sprzyjającą obrażeniom, przytem, być może, i bezpośredniemu wpływowi na ustrój wahań atmosferycznych. Mężczyźni, ze względu na zajęcie, więcej narażeni są na zakażenie; wyjątek stanowią kobiety rodzące, które najczęściej zapadają po wsiach, rzadziej w miastach, z tych zaś—rzadziej w szpitalu, niż po za jego obrębem. Ogólny stan, wycieńczenie, stan psychiczny, są nie bez znaczenia.

Do okoliczności usposabiających należą zmiany atmosferyczne, warunki mieszkalne, warunki bytu armii podczas wojny i t. p.

Wspomnieć się godzi o t. zw. tężcu idyopatycznym, jakoby reumatycznego pochodzenia, odróżnianym dawniej od przyrannego, na tej zasadzie, że nie znajdowano rany. Ale dualizm ten opierał się na braku dokładnego badania, najczęściej co do błony śluzowej przewodu pokarmowego, która może być ranioną podczas jedzenia kostką, i t. p. Inne choroby, (pneumonia, róża etc.), nie przeszkadzają jednoczesnemu rozwojowi tężca.

Znając przyczyny tężca, wiedząc jak rozpowszechniony jest pasorzyt, należy zwrócić uwagę na stosunkową rzadkość choroby.

Tłómaczy się to tem, z jednej strony, że są ustroje odporne na zakażenie, a z drugiej — że, jak utrzymują Vaillard i Rouget, ważną jest symbioza pasorzytnicza, która, podnosząc jadowitość lasecznika tężcowego w ropie rany tężcowej, jako też i w zakażonej ziemi, łatwiej i szybciej wywołuje tężec.

Kwestya pierwotnego pochodzenia tężca pozostaje do-

tychczas nierozstrzygnięta. Jedni przypisują mu pochodzenie zwierzęce (jak np. wścieklizna, nosacizna); Verneuil mianowicie widzi źródło tęcza w koniu. Inni znów są za tellurycznym pochodzeniem, przytaczając, między innymi, przypadki tęcza w krajach, gdzie koni wcale nie ma. Jest, wreszcie zdanie o bagienniczym pochodzeniu tęcza, mające, zdaje się, najmniej podstaw; opiera się ono na fakcie jednoczesnego rozwoju zakażenia bagiennego i tęczowego w ustroju.

Obraz kliniczny tęcza u człowieka w najczęstszej formie przedstawia się następująco: Po okresie inkubacyjnym występuje głuchy ból w okolicy tkanek zranionych, które schną, powiększają się w objętości, przyjmują barwę czerwoną, która później przechodzi w marmoryzację. Obok bólów zjawiają się coraz silniejsze ograniczone skurcze drgawkowe mięśni z udziałem ścięgien; towarzyszą temu często i inne objawy ogólne: ziewanie, ból głowy, bezsenność, gorączka, a zawsze szczególne uczucie zimna. Kompleks ten można nazwać obwodowym początkiem tęcza. W innych razach występują ogólne bóle, raptowne, przelotne, poczem i szczękoscisk — pierwszy objaw ośrodkowego początku tęcza; dość szybko potem następuje bolesność w karku i ograniczenie pochylania głowy ku przodowi. Ztąd bóle przechodzą na skroń i okolice żwaczy, występuje skurcz mięśni gardzielowych, trudność połykania, ruchów języka i szyi.

W tych okolicznościach twarz nabiera owego charakterystycznego wyrazu (spazm cyniczny — u dawnych autorów): kąty ust rozsunięte, skrzydła nosowe i brwi podniesione, zmarszczki u zewnętrznych kątów oczu — słowem, sardoniczna maska, w której tylko oczy są w ciągłym ruchu. Wkrótce skurcze uogólniają się: okolica szyjowa napręża się, głowa odrzucona ku tyłowi, *opisthotonus*, napięcie mięśni prostych brzucha, powodujące spłaszczenie brzucha, zwiększa się przez skurcz skośnych i poprzecznych mięśni. Potem następują skurcze kończyn, tak, że chorego można postawić, podnosząc za jedną kończynę (*orthotonus*).

Jest to stan ogólnego tonicznego tęcza. Jeżeli przeważa skurcz zginaczy — mamy *emprosthotonus*, odpowiadający położeniu płodu w macicy, jeżeli zaś przeważają mięśnie jednego z boków ciała — *pleurosthotonus*) Skurcz jest swoiście niestały, zjawia się w postaci napadów, które może wywołać najbliższa przyczyna, czasem zaś i występuje bez widocznej przyczyny, samoistnie, poprzedzony przez szczególne uczucie, pochodzące od rany — coś w rodzaju aury. Na zasadzie częstotliwości napadów odróżniają tęzec stały i niestały; od stopnia bolesności podczas napadów, czasem bardzo wielkiej, zależy podział na tęzec bolesny i bezbolesny. Ciężłość ciała podnosi się niekiedy podczas napadu do 43° tętno do 140°, ilość oddechów — do 40 na minutę; są to objawy

niepomysłne. Do objawów towarzyszących należą: mdłości, wymioty, zaparcie stolca; stranguria, dysuria, oliguria; obfite poty; sinica i podbiegi — wskutek skurczu naczyń. Strona intelektualna jest nienaruszona.

Podobna postać tęcza zaczyna się między 4 — 14 dniem po zranieniu, najczęściej zaś między 6—8, czasem nawet po zablźnieniu rany, trwa 30 dni, śmierć może nastąpić w kilka godzin, często przed uogólnieniem się drgawek; w ostrej postaci drgawki rozszerza ją się gwałtownie, udział bierze kończyzna górna, występuje gorączka. W postaci przewlekłej rozwój choroby jest powolny, zdarzają się polepszenia i nawroty. Najczęstszym zejściem jest śmierć z uduszenia. Średnia śmiertelność wynosi 50%. Rozróżniają kilka postaci tęcza ze względu na umiejscowienie i rozwój: tet. unilateralis, podobny do hemiplegia facialis, t. dyspagicus, hydrophobicus, cephalicus. Tet. abortivus przebiega łagodniej. Tęzec noworodków zjawia się około 15 dnia po urodzeniu, pierwszym objawem jest szczękościsk; tęzec porodowy występuje około 20-go dnia po porodzie.

Rokowanie jest najczęściej niepomysłne, gorsze u dzieci, niż u dorosłych, u mężczyzn, niż u kobiet.

Rozpoznanie nie przedstawia trudności. Od crampus masticatorius (Romberg) różni się tęzec brakiem zapalenia w jamie ustnej albo w gardzieli, wyrzynania się zęba mądrości, ropnia zagardzielowego, i t. p; Tęczyzka nie rozpoczyna się od mięśni karku, nie ma ani owego rozprzestrzenienia, ani owej nadmiernej pobudliwości. Przy meningitis cerebro spinalis niema cynicznego wyrazu twarzy, szczękościsku, po skurczu szybko następuje porażenie, gorączka wyraźniejsza. Drgawki histeryczne i padaczkę łatwo wykluczyć. Przy otruciu strychniną skurcz zaczyna się od kończyn, przebieg wstępujący, bardzo późne zajęcie szczęki, dłuższe przerwy między napadami, od chronicznego zatrucia strychniną różni się tęzec rozszerzeniem żrenic.

Zmiany anatomiczne nie przedstawiają nic swoistego; w mięśniach — pęknięcia, wylewy krwawe, zwyrodnienia woskowe i ziarninowe. Co się tyczy systemu nerwowego, to i tu znajdowano zmiany, począwszy od lekkiego przekrwienia do rozlanego ostrego zapalenia (w rdzeniu, nerwach), ale tyczy się to tylko pojedynczych przypadków, zresztą nic stałego zauważyć nie można.

Leczenie tęcza ma swoją historję; zmieniało się ono wraz ze zmianą poglądów na etyologję choroby. Fakt możliwości zarażenia się od konia, wskazywał na konieczność zachowania wszelkich ostrożności przy grzebaniu trupów tych zwierząt, jak to ma miejsce w karbunkule; konieczność dezynfekcyi stajni po zwierzęciu tęzczowem, niezaniechanie najmniejszej rany u robotników, mających do czynienia ze

skórami. Chory tężcowy winien być izolowany, opatrunki po nim natychmiast niszczone. Ranę, zawalaną ziemią, należy dokładnie wymyć i zdezynfekować za pomocą sublimatu (kwaśnego roztworu) albo lapisu. Tyle o profilaktyce. Należy dodać, że w tymże celu radzą Roux i Vaillard w każdym przypadku rany, zawalanej ziemią, zastrzyknąć antytoksynę.

Leczenie właściwe bywa trojakiemu rodzaju: Leczenie wewnętrzne ma głównie cechy symptomatyczne. Obok zupełnego spokoju, który należy zapewnić choremu, jednostajnej ciepłoty i przedsięwzięcie środków dla podtrzymania odżywiania, próbowano lekarstw znieczulających, paraliżujących mięśnie, rtęciowych, napotnych, moczopędnych; z nich najlepszym zdaje się być chloral (Langenbeck, Verneuil) w dużych dawkach. Bacelli używa zastrzykiwań sublimatu albo karbolu podobno z dobrym wynikiem.

Leczenie chirurgiczne jest zapobiegawczem: usunięcie obcego ciała, oczyszczenie rany. Opatrunek nie powinien zakrywać dostępu powietrza do rany, gdyż sprzyja to rozwojowi pasorzyta.

Doradzano neurotomię, neurotrypsyję i amputację; z nich została się tylko ta ostatnia, nie mając zresztą wiele za sobą. Berger proponuje usunięcie toksycznego ogniska, co jednak, tak jak i amputacja, nie usuwa możliwości napadów. Wogóle duże operacje zdają się być przy tężcu przeciwwskazane.

Trzecia metoda, t. zw. bakteryjoterapia, raczej seroterapia, opiera się na znakomych wynikach, otrzymanych doświadczalnie za pomocą zastrzykiwań antytoksycznej surowicy. Sposób to nowy, nie mający jeszcze dostatecznych liczbych danych, aby z nich wnioski wyprowadzić można. Seroterapia dotychczas głównie badaną jest w Niemczech i Włoszech (Tizzoni i Cattani), gdzie obserwowano już 20 przypadków, we Francji — 9; wyniki otrzymano różne. Znaczenie tej metody da się tylko określić w przyszłości.

J. Luxenburg.

190. G. SCHULZ. **Poszukiwanie doświadczalne nad występowaniem i rozpoznawczem znaczeniem leukocytozy.** (Experimentelle Untersuchungen über das Vorkommen und die diagnostische Bedeutung der Leukocytose. *Arch. für Klin. Med. T. 51. II—III, str. 234 do 282*).

Na wstępie do swej pracy autor starał się o określenie normalnego stosunku białych i czerwonych ciałek, który bardzo różnie bywa podawany przez autorów. Obliczenia autora wykazują średnio 7,495 białych ciałek w centym. sześciennym krwi (1:671), u młodych psów ilość ta wynosi 11,665, u dorosłych 9,154; u królików 9,905, u morskich świnek 10,694. Cyfry te wykazują, że ilość ciałek we krwi rozmaitych zwierząt znajduje się w odwrotnym stosunku do wielkości zwierzęcia.

Odróżniają dwie postaci leukocytozy: fizjologiczną i patologiczną. Jako przyczynę zwiększania się ilości białych ciałek we krwi uważa Virchow pewne sprawy w gruczołach chłonnych, zwłaszcza krezkowych. Ich podrażnienie w czasie trawienia (i podczas ciąży) i zwiększone wytwarzanie pierwiastków komórkowych — powoduje fizjologiczną leukocytozę.

Poszukiwania autorów, zwłaszcza Hofmeistra, zdają się potwierdzać przypuszczenie powyższe. Autor ten twierdzi, że u trawiących kotów daje się spostrzegać nadzwyczajną obfitość komórek w adenoidalnej tkance gruczołów, zależna od wchłaniania pokarmów. Ponieważ zaś mitotyczne zmiany mnożenia się komórek spotykają się prawie wyłącznie w gruczołach, a nie w doprowadzających naczyniach, wnioskuje H., że sama krew nie posiada tworzywa na nowe białe ciała, a że dopływa ono z sokami pokarmowymi. Poszukiwania G. Schultza, wykonane na ludziach, psach (dorosłych i młodych) i roślinożernych wykazały w samej rzeczy, że istnieje trawienna leukocytoza, dość znaczna nawet (kilkanaście do kilkadziesiąt % więcej), pochodzenie jej objaśnia jednak S. zupełnie inaczej.

Nie przyjmuje mianowicie poglądu, że białe ciała wytwarzają się na nowo, ale sądzi że już istniały poprzednio i że zostały tylko wskutek silniejszego prądu krwi po przyjęciu pokarmów — uruchomione. W żyłach, zwłaszcza większych, znajduje się zawsze więcej leukocytów, które zatrzymują się tu wskutek swej większej lepkości (*Viscositas*) i zwolnionego przepływu krwi.

Z żył więc jamy brzusznej wskutek silniejszego przepływu, a przyczynia się do tego i zwiększona szybkość obiegu, co widać ze zwiększonej szybkości tętna po jedzeniu (*Verdaungsfieber*, białe ciała zostają wymywane i roznoszone po całym układzie krwionośnym. Za poglądem tym przemawia fakt, że największy wzrost liczby białych ciałek we krwi krążącej występuje już w 30 — 90 minut, niekiedy w kwadrans, t. j. w przeciągu czasu zbyt krótkim, aby można przypuszczać mnożenie się ciałek. W niektórych doświadczeniach widziano trawienną leukocytozę, kiedy u psów spożyte mięso nie wyszło jeszcze z żołądka. Toż samo zjawisko występowało u psów z wyciętą (od 3 m.) śledzioną. Potwierdzenie swego poglądu podaje autor w szeregu doświadczeń, w których starał się sztucznie wywołać warunki, jakie istnieją podczas trawienia. Sprowadzał np. u siebie i innych wzmoczenie częstości oddechu i tętna przez pracę fizyczną na ergostacie — i znajdował leukocytozę, dochodzącą do 78%, większą zatem niż przeciętnie po przyjęciu pokarmu.

Według Ehrlicha, nowowytwarzane ciała — gdziebądź powstałe (szpik, śledziona etc.) — są jednojądrowe, i potem dopiero we krwi stają się wielojądrowymi. Stosunek pierw-

szych do drugich w warunkach normalnych ma być jak 1 do 4. W wyżej wymienionych doświadczeniach autora nie znajdujemy powiększenia się liczby jednojądrowych ciałek (młodych), a nawet stosunek był raczej odwrotnym. Świadczy to również przeciw pogładowi o mnożeniu się ciałek w czasie leukocytozy trawiennej, a przemawia za hipotezą autora — fizycznych jej przyczyn.

W drugiej połowie swej pracy autor zajmuje się leukocytozą, występującą w patologicznych warunkach. Według Virchowa zapalną leukocytozę sprowadzają wszelkie sprawy, w których przyjmują udział gruczoły limfatyczne i do nich z budowy podobne narządy (thymus, lien, tonsillae). Co się tyczy leukocytozy przy rozmaitych chorobach, to najobszerniej w najnowszych czasach opracował tę kwestyję v. Limbeck.

Autor ten przyszedł do następujących wniosków:

1) Tak zwana zapalna leukocytoza nie spotyka się we wszystkich ostrych chorobach zakaźnych.

2) Stale zdarza się tylko w takich sprawach chorobowych, w których mają miejsce wysięki do tkanek; tu zaś znajduje się w prostym stosunku do rozmiarów wysięku.

3) W zapaleniu płuc krupowem, zapaleniu opłucny, róży, zapaleniu otrzewny stopień leukocytozy idzie równoległe z natężeniem ciepłoty.

4) Sprawy zakaźne bez wysięków, jak tyfus brzuszny, gnilna gorączka, zimnica — przebiegają bez leukocytozy; dla tyfusu charakterystycznym zdaje się być nawet zmniejszenie się liczby ciałek białych, i to tem wyraźniejsze, im cięższym jest przebieg sprawy.

Schultz powtórzył niektóre doświadczenia v. L., wywołując u królików i świnek morskich sprawy zakaźne przez zaszczepienie hodowli gronkowców, paciorkowców i bac. pyocyaneus do otrzewny, i przyszedł do podobnych wyników, choć nie w tak wydatnym stopniu. Za to zauważył, że przed upływem 3 — 7 godzin po zaszczepieniu ma miejsce zmniejszenie się liczby białych ciałek. Te same zjawiska występowały i po zastrzyknięciu wyjałowionych hodowli, nawet u zwierząt pozbawionych śledziony; również po zastrzyknięciu tuberkuliny Koch'a i ciał proteinowych, otrzymanych z hodowli bac. pyocyanei.

Na nasuwające się tu pytanie: z kąd pochodzą ciała białe przy zapalnej leukocytozie? — autor nie daje stanowczej odpowiedzi, zbija jednak dotychczasowe objaśnienie, jakoby były one wytworzone na nowo. Doświadczenia bowiem służące mu za podstawę, nie wytrzymują krytyki (p. str. 264 i nast.); zarówno te, które wyprowadzają nowe ciała ze śledziony (v. Limbeck), jak i te, według których nowe ciała

mają wytwarzać się w krążącej krwi (Römer). Autor i tu wraca do bronionego w początku pracy poglądu, że właściwie ma tu miejsce nie nowotworzenie białych ciałek, ale inne ich rozmieszczenie we krwi; że leukocytoza jest zjawiskiem miejscowym, a nie ogólnym. W żyłach znajdujemy zawsze więcej białych ciałek niż w tętnicach i tylko w pewnych warunkach np. po zastrzyknięciu pasorzytów lub ich wytworów, rozmieszczenie to się zmienia tak, że osiąga odwrotnego stosunku. Jaką drogą następują te rozmaite rozmieszczenia? Jaki wpływ wywierają tu powyższe czynności? — autor pozostawia pytaniem otwartym, zaznaczając, że podawane objaśnienie tego faktu przez wpływ chemiczne (chemotaxis) nie może być wystarczającym.

Zauważone już dawniej zwiększanie się ilości białych ciałek po upustach krwi, spostrzegał i autor. Utrzymuje się ono 3—4 dni. Ponieważ tyleż czasu trwało i gojenie się ranki, nasunęło to autorowi na myśl — czy przyczyną powyższego zjawiska nie jest drażnienie przez ranę. Potwierdziły to przypuszczenie faktu, że u zwierząt po wycięciu śledziony, leukocytoza utrzymywała się też tylko tak długo, dopóki nie zagoiła się rana. Podobne następstwo miało i proste przecięcie powłok brzusznych. Doświadczenia te podają w wątpliwość twierdzenie Tarchanowa, że po przecięciu nerwów śledziony ma miejsce leukocytoza, trwająca około tygodnia, występuje ona bowiem i bez przecięcia nerwów, wskutek rany ścian brzucha. Aby uniknąć zarzutu, że mamy tu analogię z wpływem zastrzykniętych do krwi toksynów, wsysanych z gojącej się rany—autor wywoływał królikowi złamanie proste, zatem wykluczające infekcję; i w tych doświadczeniach zjawiała się leukocytoza, trwająca 2—3 dni.

Co się tyczy rozpoznawczego znaczenia leukocytozy — to odpowiednio do wyżej przytoczonych poglądów swych i wniosków, autor w obecnym stanie tej kwestyi — nie ceni go wysoko. Przedewszystkiem sądzi, że pod nazwą leukocytozy dziś — należy pojmować tylko stan, w którym istniejące w ciele białe ciała tak są rozdzielone, że znajduje się ich względnie więcej w obwodowych naczyniach, niż w wielkich żyłach środkowych, jak to ma zwykle miejsce. Rozdział ten spotyka się wprawdzie z pewną regularnością w pewnych sprawach chorobowych — nie stoi jednak w związku z jakimkolwiek podrażnieniem narządów krwiotwórczych. Być może, że pewne rozpoznawcze znaczenie istnienia lub nie leukocytozy mieć może w wątpliwych przypadkach duru brzuszego. W prognostycznych celach może nie bez znaczenia będzie skonstatowanie leukocytozy przy zapaleniu krupowem płuc. *O. Hewelke.*

191. Dr. H. Fr. MÜLLER. **O nietypowym tworzeniu się krwi przy postępującej złośliwej niedokrewności.**

(Ueber die atypische Blutbildung bei der progressiven perniciosösen Anaemie. *Arch. f. Kl. Med.* T. 51, II—III).

W roku 1876 wykrył Cohnheim, że przy anaemia perniciososa progr. szpik kostny staje się czerwonym i zawiera uderzająco dużą ilość czerwonych ciałek z jądrami. Ostatnio zauważył Rindfleisch, że wśród tych, jądro mających czerwonych ciałek, spotykają się olbrzymie ciała, przypominające ciała krwi żabiej. Autor ten wnioskował, że przy postępującej złośliwej niedokrewności tworzenie się krwi zmienia się o tyle, że zwykłej wielkości czerwone ciała jądrowe szpiku nie przechodzą w czerwone ciała krwi przez utratę jądra, ale rosną w pierwiastki morfologiczne, nie nadające się do zwykłego celu ciała krwi. Ten pogląd (Cohnheima i Rinfleischa) na omawianą chorobę, każący szukać jej przyczyny w komórkowych zmianach wytwarzającego krew szpiku, nie został jednak ogólnie przyjęty i na ostatnim zjeździe w Lipsku Birch-Hirschfeld, streszczając stan obecny hematologii patologicznej, zaznaczył, że przy niedokrewności postępowej złośliwej w większości przypadków brak pierwotnych zmian w narządach krwiotwórczych, a znajduwane należy uważać, zgodnie z zapatrywaniem E. Neumanna, za sprawy regeneracyjne.

Autor, opierając się na spostrzeżeniu A. N. Boehma, że jądrowe ciała czerwone wczesnych okresów zarodkowych różnią się od spostrzeganych w późniejszym życiu, zarówno płodowym jak i zamacicznym, i porównywając na preparatach ciała tych wczesnych okresów z ciałkami opisanymi przez Rindfleisch, przyszedł do wniosku, że te ostatnie są embryjonalnymi pierwiastkami krwi. Chociaż nie udało mu się stwierdzić tego przypuszczenia w typowym przypadku złośliwej postępującej niedokrewności, to jednak za poglądem swym obstaje (taką samą hipotezę ogłosił w ostatnim czasie i Ehrlich), a to tembardziej że wszyscy badacze, którzy spostrzegali te twory we krwi zarodków (Howell nazywa je ancestral corpuscles—komórki—przodki, Erb, Kölliker), używają tegoż samego porównania z ciałkami krwi żabiej, co i Rindfleisch dla ciałek widzianych przy anaemia progr., i tym sposobem pośrednio zaznaczają morfologiczną identyczność tych tworów.

Czy jest to identyczność rzeczywista, orzec na pewno nie można, i rzecz wątpliwa, czy będzie to możliwem do rozstrzygnięcia. Przypuściwszy jednak tożsamość, nasuwa się pytanie, w jakim stosunku twory te stoją do postępującej złośliwej niedokrewności?

Dwa poglądy na omawianą chorobę scierają się obecnie w nauce. Jeden (Birch-Hirschfeld, Maragliano) uważają za jej przyczynę zmiany w surowicy krwi, drugi (Cohnheim) widzi w złośliwej niedokrewności następstwo nieprawidłowego mnożenia się czerwonych jądrowych ciałek, że mamy tu do czynienia z pierwotnem cierpieniem tych części krwiotwórcze-

go narządu, który służy normalnie do wytwarzania czerwonych ciałek. Być może, że istotę sprawy stanowi zwrot szpiku kostnego do stanu zarodkowego, co odbywa się na koszt normalnych czerwonych ciałek jedynie zdolnych do prawidłowej funkcji.

Autor (Müller) przypuszcza, że przemianę tę można pojmować w tym samym sensie, jak i nieprawidłowy rozrost pierwiastków komórkowych w nowotworach. Przyjmując teorię Cohnheima powstawania nowotworów z pozostałych pierwiastków tkankowych życia zarodkowego, możemy uważać właśnie olbrzymie jądrowe komórki za taką pozostałość zarodkową, ich proliferację zaś za istotę sprawy, będącej niejako nowotworem krwi. Być może, że przypuszczane przez autorów jako przyczyna sprawy zmiany surowicy krwi stanowią tu bodziec, wywołujący proliferację zarodkowych komórek. Objaśnienie takie napotyka jednak na ważne trudności, ze względu na to, że czerwone jądrowe komórki wytwarzane bywają nie tylko przez rozmnażanie się jednorodnych z nimi komórek macierzystych (jak to dotąd ogólnie przyjmowano), ale mogą powstawać i z innych komórek. Neuman mianowicie wykazał, że w życiu pozamacicznym, niezależnie od istniejącego szpiku kostnego, może w pewnych, w części patologicznych, w części fizjologicznych warunkach, tworzyć się nowy czerwony szpik z czerwonymi jądrowymi komórkami. Neumann dowiódł tego na skostniałym wyrostku sierpowatym *durae matris*, a Chievitz na skostniałych chrząstkach tchawicy.

Tak więc hipoteza wyżej wypowiedziana nie może mieć ogólnego znaczenia — i możność powstawania czerwonych jądrowych ciałek według Neumanna, powinna być uwzględniona w patogenezie postępującej złośliwej niedokrewności. W każdym jednak razie anaemia pernicioza progressiva powinna być uważana za pierwotne cierpienie szpiku kostnego, którego istotą jest zjawianie się komórek embryjonalnych — co, zgodnie z pojęciem o nowotworach, objaśnia charłactwo i zarazem niedokrewność wskutek uszczuplenia rozmiarów wytwarzającego krew narządu. Niedokrewność ta może następnie wywołać w częściach tego narządu niezajętych sprawą chorobową dążenia do zastąpienia poniesionych strat.

W pracy swej autor podaje dobry przegląd historii pojęć o tworzeniu się krwi. O. H.

192. Prof. dr. v. ZIEMSEN. **Przyczynek do kwestyi o transfuzji.** („Ein weiterer Beitrag zur Transfusionsfrage“. *Deutsches Archiv. für Klin. Med.* Band 50, S. 491—508).

Wiadomo, jak niemiłe następstwa występują czasami po transfuzjach krwi; chcąc im zapobiedz, postawił sobie autor za zadanie, uczynić odwłóknianie krwi i otwarcie żyły za pomocą cięcia — niepotrzebnymi, co mu się też i udało.

Metoda autora zasadza się na tem, że bez poprzedniego cięcia skóry wprowadza się do żyły oddawcy, zarówno jak i odbiorcy krwi po wydrażonej igle, poczem z v. mediana pierwszego wsysa się krew za pomocą ogrzanej szklanej szpryczki i infunduje się do tejże żyły—drugiego. Przy tak wykonywanej transfuzji narcoza okazuje się zbyteczną, a dostanie się powietrza do żył—niemożliwym.

Przyrząd, za pomocą którego autor wykonywał transfuzyje, składa się z 3 szklanych strzykawkę, każda o zawartości 25 sześć. ctm. i z tyluż wydrażonych igieł, do których przymocowuje się delikatną, lecz o grubych ściankach, gumową rurkę, długości 3—4 ctm., na którą nasadza się strzykawkę. Postępować radzi autor w sposób następujący: po zdezynfekowaniu przyrządów, rąk i skóry 5% karbolem, wyskokiem i eterem, obwiązuje się silnie ramię oddawcy, zarówno jak i odbiorcy krwi—sterylizowanemi bandażami. Następnie wkłada się pierwszą igłę do v. mediana oddawcy krwi, przy czem należy żyłę tę przytrzymywać przy pomocy pierwszego i drugiego palca. Z chwilą, gdy odpływ krwi wskazuje, że żyła znajduje się w żyłę, należy ścisnąć rurkę gumową i przekonać się przez lekkie przesuwanie w żyłę igły, że takowa nie zaczepiła się o wewnętrzną ściankę żyły. Następnie na rurkę nasadza się strzykawkę, po uprzednim przepłukaniu i ogrzaniu jej za pomocą gorącego roztworu soli kuchennej, poczem powoli aspiruje się krew. Jednocześnie wkłada się drugą igłę do v. mediana odbiorcy krwi i gdy pierwsza krew spłynęła, ścisną rurkę i zdejmuje się bandaż z ramienia, poczem nasadza się napełnioną w trakcie tego strzykawkę i z wolna wstrzykuje się krew. Podczas wykonywania tego napełnia się z v. mediana oddawcy krwi drugą strzykawkę i w ten sam sposób wstrzykuje się ją do żyły odbiorcy krwi, równocześnie zaś napełnia się trzecią strzykawkę, pierwszą zaś przestrzykuje się ciepłym roztworem soli kuchennej, celem usunięcia ostatnich resztek krwi. Tak więc, jednocześnie napełnia się jedną strzykawkę, drugą wstrzykuje się do żyły, trzecią zaś oczyszcza się sterylizowaną wodą soloną. Czynność cała trwa nie dłużej nad 15—20 minut, wymaga jednak obecności 3-ch lekarzy, z których operator zajęty jest przy rękę odbiorcy krwi, jeden z asystentów przy rękę oddawcy krwi, drugi zaś podaje strzykawki i wypróżnioną szpryczkę przemywa wodą soloną. Często dosyć przytrafia się, że przyływ krwi ze strony oddawcy ulega przerwie (wskutek omdlenia lub innych przyczyn), radzi więc autor mieć drugiego w pogotowiu, należy jednak igłę wyjąć i włożyć w drugie ramię. Złych następstw po tak wykonanej transfuzji, autor nie zauważył (parę razy tylko wystąpiła haemoglobinuria), natomiast stwierdził, że stan ogólny bezkrwistych chorych znacznie się polepszał, apetyt, barwa skóry i sen takż ulegały poprawie.

Pierwszych dni po operacji, miejsce, gdzie wykonano iniekcję, stawało się bolesnem, co jednak wkrótce przechodziło. Również i obiektywnie udało się autorowi stwierdzić dodatni wpływ wykonanych transfuzyj; badając mianowicie krew na składniki morfologiczne i na ilość hemoglobiny, zauważył autor, że w przebiegu pierwszych dni po transfuzji, ilość czerwonych ciałek krwi i hemoglobiny, przynajmniej na pewien przeciąg czasu, znacznie się powiększyła. W ten sam sposób również uprościł autor metodę podskórnej transfuzji krwi: przy zachowaniu tych samych środków ostrożności i po przedwstępnych przygotowaniach (jak przy wśródzylnej transfuzji), wkłwa się igłę do v. mediana oddawcy krwi, poczem natychmiast nasadza się strzykawkę na rurkę gumową i wsysa się krew. Następnie napełnia się drugą strzykawkę, do pierwszej zaś przymocowuje się igłę wydrażoną (bez rurki gumowej), którą wkłwa się odbiorcy krwi do tkanki podskórnej biodra. Podczas wstrzykiwania krwi ma miejsce mięsienie w pobliżu igły. Poczem wstrzykuje się w drugie biodro drugą strzykawką, trzecią zaś napełnia się krwią. Po ukończeniu wstrzykiwań, należy miejsce to masować jeszcze przez czas dłuższy. Również nie udało się autorowi i przy tej metodzie transfuzji krwi zauważyć nieprzyjemnych następstw, oprócz tego, że cała okolica, gdzie wykonano iniekcję, przez parę dni pozostaje bolesna, co można w pewnym stopniu złagodzić przez zastosowanie pęcherzy z lodem. Następnie metoda ta wymaga narkozy za pomocą chloroformu, lecz z drugiej strony, może być wykonaną przy pomocy jednego tylko asystenta; dla tego też zaleca autor metodę ostatnią, jako nader odpowiednią w praktyce prywatnej.

Co się tyczy przypadków, w których tranfuzycja krwi jest wskazaną, to, zdaniem autora, w posuniętych okresach białaczki (rzeczywistej i wrzeczomej), oraz złośliwej bezkrwistości, na stałe wyleczenie rachować nie można. Natomiast jest tranfuzycja krwi wielce wskazaną przy ciężkich niedokrwistościach wskutek utraty krwi i innych soków, po ciężkich operacjach, po przebyciu chorób zakaźnych i przy zaburzeniach w odżywianiu. Na zakończenie wzywa autor lekarzy do dalszych prób w tym kierunku, ażeby mózdz ostateczne w tej kwestyi wypowiedzieć zdanie.

Józef Winiarski.

193. WEBER. **Odkrycie krwi w zawartości żołądka i kiszek.** (*Berl. Klin. W., nr. 19, 1893 r.*)

Autor rozpatruje poszczególne sposoby określania krwi w zawartości żołądka i kale, zwracając główną uwagę na drobne krwawienia, które pod względem rozpoznawczym nieraz posiadają znaczenie wybitne.

Badanie mikroskopowe na obecność ciałek krwi nigdy

nie daje nam odpowiedzi na pytanie. Próba van-Deens'a (brunatny roztwór gwajakolu daje z terpentyną w obecności krwi zabarwienie niebieskie) nader czuła, ma tę w danym razie słabą stronę, iż podobne zabarwienia dają resztki niektórych pokarmów, np. kartofle i niektóre środki lekarskie, np. preparaty żelaza. Z tego względu dla określenia krwi w zawartości żołądka nie można używać tej próby, co się zaś tyczy kału, to badania Schustra i autora dowiodły, iż odczyn Deens'a daje 9% badanych wypróżnień ludzi zdrowych.

Próby Teichmana i Heller'a jeszcze mniej mogą mieć znaczenia w danym razie. Niewątpliwie, najbardziej odpowiada celowi badanie spektralne, osobiście, jeżeli część kału rozetrzeć z wodą, dodać kilka kropel kw. octowego i skłucić z $\frac{1}{5}$ ogólnej objętości eteru. Do eteru barwnik przechodzi w całości. Badanie widma wykazuje wtedy linie absorbcyjne w barwach czerwonej i w żółtej, na granicy między żółtą i zieloną, oraz na granicy między zieloną i niebieską. Badania wszakże autora wykazały, iż blisko linii absorbcyjnej hemoglobiny w smudze czerwonej daje linię chlorofil, z tego względu w każdym przypadku należy posilkować się metodą odtleniania barwnika za pomocą siarku amonu; otrzymamy wtedy z krwi dwie smugi absorbcyjne w smudze zielonej, podczas gdy chlorofil da swoje widmo.

• Bądź co bądź, próba ta odpowiednia w dobrze zaopatrzonych klinikach, w praktyce zwykłej skutecznie się nie da, gdyż wymaga dobrego spektroskopu. Z tego względu, na mocy swoich doświadczeń, autor radzi ograniczyć się na otrzymaniu w podany powyżej sposób wyciągu octowo-eterycznego. Jeżeli otrzymany w roztworze eteru barwę wina tokajskiego, mówi to za obecnością krwi w kale i w zawartości żołądka. Otrzymanie bezbarwnego, brunatno-żółtego lub zielonego wyciągu, mówi przeciw obecności krwi; do dalszego odróżnienia od hydrobilirubiny, chlorofilu i t. p., autor kombinuje tę metodę z metodą van-Deens'a. Po otrzymaniu, mianowicie, wyciągu eterycznego kwaśnego, dodaje doń autor 20 kropli tinc. guajaci, oraz 20—30 kropli terpentyny. W razie obecności krwi występuje zabarwienie niebieskie. Według autora, wynik jest zawsze pozytywny, radzi tylko autor zawsze zwracać uwagę na to, czy chory przed badaniem nie spożywał surowego lub półsurowego mięsa, gdyż wtedy oczywiście otrzymuje się odczyn takiż sam, jak na krew. *Józef Zawadzki.*

194. W. GERLACH. **O sztucznem otrzymywaniu spirali Curschmann'a.** („Ueber die künstliche Darstellbarkeit Curschmann'scher Spiralen“. *Deutsches Archiv. für Klin. Med.*, 50 Band, S. 450—462).

W 1883 r. zwrócił Curschmann uwagę świata naukowego, że w płwocinie chorych na dychawicę (Asthma) znajdują

się spiralnie pokręcone cząsteczki. Z biegiem lat rozmaici badacze stwierdzili ich obecność i przy rozmaitych innych cierpieniach dróg oddechowych, jak np. przy pneumonia crouposa, bronchitis fibrinosa, oedema pulmonum i t. d. Pomimo to, twierdzenie Curschmann'a, że wzmiankowane spirale mogą się tworzyć tylko przy istniejącej „bronchiolitis exsudativa“, utrzymało się aż do ostatnich czasów.

Badając płwociny chorego na obrzęk płuc wskutek wady sercowej, oraz chorego na bronchitis crouposa, znalazł w nich autor również spirale; otrzymanie takowe drogą sztuczną, było jego zadaniem, z którego wywiązał się w sposób następujący: bierze się kosmyk płwociny pod drobnowidz, celem upewnienia się, że nie ma się do czynienia z naturalną spiralą; następnie ujmuje się przy pomocy delikatnej pincetki jeden koniec kosmyka i podejmuje się go od szkiełka obiektywnego. Podczas, gdy drugi koniec, dzięki właściwej mu ciągliwości, pozostaje na szkiełku obiektywnym, kręci się utworzoną w ten sposób nitkę śluzową około jej osi; po wykonaniu 15 — 20 okręceń, można się przekonać pod drobnowidzem, że sztuczne otrzymanie typowej spirali Curschmann'a *wraz z jasną nitką środkową* (Centralfadan), najzupełniej się udało.

Następnie robił autor, również z dobrym skutkiem, te same próby z płwocinami, w których naturalnych spirali wykryć mu się nie udało: u chorego na zapalenie płuc włóknikowe i u cierpiącego na rozedmę płuc.

Na zasadzie tych doświadczeń wprowadza autor następujące wnioski: 1) do tworzenia się spirali Curschmann'a nie jest konieczną swoista wydzielina oskrzelików, spowodowana szczególnem ich cierpieniem, jakkolwiekbydź należy przyznać, że niezbędnym jest pewien stopień ciągliwości płwociny, który szczególnie sprzyja tworzeniu się wzmiankowanych tworów; 2) spirale i ich nitki środkowe tworzą się w jednym i tem samym miejscu i mianowicie, najsampierw powstają otoczki (Mantelspiralen), a dopiero z tych tworzą się potem nitki środkowe; 3) te ostatnie nie są wcale tworami samoistnemi, lecz tylko optycznym wynikiem okręcania się rozciągniętych cząsteczek płwociny około ich osi; 4) spirale Curschmann'a nie mogą powstawać w oskrzelikach, ponieważ tworzą się z kosmków płwociny, które dopiero następnie marszczą się, na skutek okręcania się około osi do pewnej objętości, zależnej od światła (lumen) oskrzelków. Miejscem tworzenia się większości spirali Curschmann'a mogą być tylko oskrzele średniej wielkości i większe.

Zdaniem autora zatem, wykazanie w płwocinie spirali posiada tylko o tyle doniosłość kliniczną, że wskazuje nam na obecność trzech czynników, a mianowicie: 1) istnieje pewna ciągliwość wydzieliny oskrzelowej, której jednocześnie nie może być znaczna ilość, 2) silne ruchy oddechowe, dochodzące aż

do dyspoë i nareszcie 3) przejście przez drogi oddechowe poczynając od krtani, zarówno podczas wdychania, jak i wydychania, jest najzupełniej swobodne. Zdaniem autora, wszystkie te trzy czynniki występują podczas ataku astmatycznego w całej swej sile, przeto tworzą się obficie spirale, będące właśnie wynikiem astmy.

Józef Winiarski.

II. Choroby nerwowe.

195. O obrzęku śluzowym (myxoedema) i stosowanej w nim obecnie tak zwanej terapii substytucyjnej.

(Referat krytyczny zbiorowy).

W ostatnich czasach dziennikarstwo lekarskie zagraniczne, zwłaszcza angielskie (Brith. med. Journal), jest przepelnione spostrzeżeniami dodatnich wyników leczenia miksedy za pomocą dostarczania ustrojowi wyciągu z gruczołu tarczowego zwierząt. Zainteresowanie tym przedmiotem pochodzi z ważnych dla fizjologii patologicznej wyników badań poprzednich nad myxoedema, popartych obecnie skutkami całkiem swoistej metody leczenia, w której niektórzy widzą już zapowiedź nowych kierunków dla terapii przyszłej.

O obrzęku śluz., o którym pierwsze wzmianki w patologii należą się autorom angielskim, wspomnimy tylko, że jest on klinicznie, jako samodzielna choroba, kombinacją pewnego swoistego zaburzenia w odżywianiu ogólnem ustroju (cachexia myxoedematosa) z upośledzeniem czynności ośrodków nerwowych, specjalnie zaś czynności ściśle intelektualnych mózgu.

Otóż, gdy choroba ta dotyka ustrój dziecinny przed ukończeniem normalnego rozwoju, wtedy rozwój fizyczny powstrzymuje się i modyfikuje, a z powodu powstrzymania rozwoju mózgu powstaje idyotyizm. Ten t. zw. *kretynizm sporadyczny*¹⁾, jak wykazał Bourneville (Arch. de Neurologie z 1886 r. i następnych), jest miksedomą wieku dziecięcego. Cała różnica polega na tem, że gdy choroba powstaje w wieku dojrzałym, kiedy rozwój fizyczny i umysłowy się już dokonał, ulega modyfikacji tylko odżywianie ustroju, ze strony zaś mózgu rozwija się pewien stopień psychicznego przygnębienia i osłabienia pamięci.

Właśnie *kretynizm endemiczny* w niektórych okolicach Europy spotykany jest także identyczny z miksedomą, jak wykazał dr. Semon.

¹⁾ Wprawdzie myxoedema pojawia się przeważnie w Anglii, Skandynawii, Finlandyi, kretynizm jednak sporadyczny można spotykać wszędzie.

Najważniejszym w patologii obrzęku śluz jest stwierdzony anatomicznie - patologicznie fakt zupełnego braku gruczołu tarczowego w tej chorobie, lub niedostateczności jego czynnościowej w skutku zwyrodnienia gruczołu.

Od czasów Curlinga, który w 1849 r. wykonał pierwsze poszukiwania anatomiczne na zwłokach miksedomatycznych kretynów i wykazał brak zupełny gruczołu tarczowego, we 20 lat później stwierdzili toż samo Hitton Fagge, Fletcher Beach i dziś, ponieważ uwaga zwróconą została w tym kierunku, w każdym przypadku tej choroby stwierdza się bądź brak, bądź zwyrodnienie gruczołu tarczowego. Co więcej chirurgowie od czasów Riverdina (1882) i Kochera (1883), aż do jednego z ostatnich przypadków, cytowanego przez Lancereaux (*Semaine Médicale* nr. 4, 1893), na podstawie aż nadto obfitego materiału, przekonali się, że całkowite wycięcie gruczołu tarczowego wywołać może specjalne zaburzenie w rozwoju lub odżywianiu ogólnem, t. zw. *cachexia strumipriva*, a wynik badań pośmiertnych w przypadkach pooperacyjnej kacheksji, ogłoszonej w 1885 r. przez Grundlera i Brunsę wykazał, że to jest myxoedema. Horsley postanowił wtedy na drodze doświadczalnej patologii, wycinając całkowicie gruczoł tarczowy małpom, sprawdzić tę zależność, i u osobników, które dłuższy czas po operacji pozostały przy życiu, miał jakoby stwierdzić wszystkie ważniejsze objawy obrzęku śluzowego.

Ostatecznie zatem komisya wyznaczona przez Tow. med. londyńskie w 1884 r. do zbadania myxoedemy, przysłała do wniosków, streszczonych w referacie dra Ord'a na kongresie berlińskim 1890 r., że:

1) Myxoedema, kretynizm sporadyczny, kr. endemiczny i t. zw. *cachexia strumipriva* są jedną i tąż samą chorobą.

2) Że zmiany dla niej charakterystyczne polegają na: a) braku lub zwyrodnieniu gruczołu tarczowego, b) na zmianach następczych swoistych we wszystkich innych tkankach i narządach.

3) Zmiany te następcze są zależne nie od masy, lecz od niesprawności czynnościowej gruczołu tarczowego.

Niestety, fizyologija gruczołu tarczowego jest ciemna. Jak wiadomo, jest to gruczoł, pozbawiony przewodu wydzielającego, obfitujący w naczynia i nerwy. Zaliczono go do gruczołów krwiotwórczych, przypisując mu wpływ na krążenie, w części może i wytwarzanie krwi. Bruns sądzi, że eliminuje on szkodliwe substancyje ze krwi, w części zaś wytwarza składniki krwi specjalnie potrzebne do odżywiania układu nerwowego. Od czasu, gdy Rogowicz w 1886 r. ogłosił (*Centralbl. f. die medic. Wissensch.* 24 Lipca 1886) wyniki wycięć całkowitych gruczołu na zwierzętach i okazało się, że zwierzęta umierały wśród objawów otrucia, na trupach zaś znaleziono *encephalo-myelitis perenchymatosa subacuta*, jak

w ostrych otruciach, hipoteza, że gruczoł tarczowy zubożętnia normalnie pewne nieznanne toksyny w ustroju—nabyła, zdaje się, najwięcej zwolenników wśród fizjologów.

Bądź co bądź, powyżej przytoczone fakty wykazują, że prawidłowa czynność gruczołu tarczowego zostaje niewątpliwie w przyczynowym związku z ogólnem prawidłowem odżywianiem ustroju, a specjalnie mózgu, a rola ta tem jest ważniejszą, im ustrój młodszy. Lancereaux (nr. 4 Semaine Médicale r. b.) zalicza gruczoł tarczowy do narządów pierwszych lat życia. Brak jego czynności prawidłowej wówczas przejawia się w galaretowatym stanie zawojów mózgowych, niezarastaniu przedniego ciemienia, w krzywicowym zniepodobnieniu kości, woskowem zabarwieniu skóry, jej twardości i suchości, powstrzymanym poroście włosów, oraz w swoistem obrzmieniu tkanki łącznej podskórnej, która pod naciskiem palca dawać będzie odporność elastyczną, bez wytworzenia dołka, w zniepodobnieniu rysów twarzy, oraz zarysów ciała w zależności od tego obrzmienia, w spadku tętna i ciepłoty, uczuciu zimna, małym wytwarzaniu mocznika (Bourneville).

Ten plon ciekawy ze stanowiska fizjologii normalnej i patologicznej wzmagają jeszcze wyniki terapii w ciągu 2-ch lat ostatnich po kongresie berlińskim stosowanej. Terapija ta ma swą historję. Pierwszy, jeśli się nie mylę, Schiff, starał się zapobiedz następczym, po wycięciu gruczołu, niebezpieczeństwem przeszczepianiem zwierzętom pod skórę gruczołu tarczowego innych zwierząt. Podobny zabieg chirurgiczny zaproponował w 1890 r. Horsley (Brith. Méd. Journal, 8 Luty 1890), a Birder wkrótce w praktyce uskutecznił (Vollkmann's Saml. Klin. Vortr., 5 Marca 1890 r., nr. 357). Odtąd zaczyna się szereg spostrzeżeń nad operacyjnem leczeniem myxoedemy (Lannelongue, Mercklen i Walter, Bettencourt, Serano, Macpherson, Robin z Lyonu). O skuteczności jego krótkość czasu nie pozwala orzec stanowczo.

Z przyczyn praktycznych jednak daleko więcej rozszerzyła się metoda zastrzykiwań podskórnych wyciągu ze świeżego gruczołu tarczowego barana lub cielęcia, przygotowanego podług sposobu Brown-Séquarda i d'Arsonville'a, a podana przez Murraya w 1891 roku (Brith. Méd. Journal, 10 Paźdz. 1891 r.). Wiadomo, że od czasów komunikatu Brown-Séquarda o wynikach działania zastrzykiwań wyciągu z gruczołów jądrowych (Arch. de Physiologie 1890) probowano bez wielkiego krytycyzmu w chorobach różnych gruczołów i tkanek zwierząt zdrowych, kierując się empirycznie zasadą podstawiania (substitutio), jakoby tym sposobem brakującej fizjologicznej czynności w chorym ustroju.

Wyniki są niestałe, a tu i owdzie pomyslane, objaśniane

są raczej wpływem suggestyi, niż fizyjologicznego czynnika. Metoda Murraya jest niczem innym, jak zastosowaniem do leczenia miksedemy tegoż samego pomysłu. W miksedemie jednak, mimo krótkiego czasu, liczba notowanych dodatkich wyników tej teoryi jest tak znaczna, że wspomnimy tylko przypadki Murraya, Davissa Shaw'a, Beathy, Cartera, Napiera, de Bocelsa, Bouchard'a, Legroux'a, Robin'a z Lyonu, Mendel'a z Berlina, Wichmann'a z Brunświku i w. in.; liczba zaś bezskutecznych prób (sposobem Clarke'a) tak mała, że nad tym faktem zastanowić się trzeba. Wiarogodności spostrzeżeń nie podobna przeczyć, historyjom chorób nie zarzucić nie można, w niektórych przypadkach badano krew, mocz, i t. p. przed i w ciągu leczenia. Otóż przewroty w ustroju w ciągu leczenia się dokonywające robią na czytelniku wrażenie istotnie głębszego współdziałania tkanek w wyrównaniu stopniowem na drodze wzmożonej przemiany materii zaburzeń chorobowych. Skład krwi cyfrowo podany poprawia się, ciepłota ogólna podnosi do prawidłowej, ale jej nie przekracza, tętno przeciwnie wzmagą się nieraz nad normę, diureza się wzmagają, ilość odsetkowa mocznika wydzielanego wzrasta, czynność potowa skóry wraca, włosy porastają, obrzęki znikają, wygląd chorych zmienia się zupełnie. W tym stosunku poprawia się i stan psychiczny. Gruczoł tarczowy pozostaje przytem bez zmiany. Zdawałoby się, że miksedema stwierdza stanowczo działanie terapii substytucyjnej.

Tymczasem w najnowszych czasach, bo 6 Lipca 1882 r., prof. Howitz na 14-m zjeździe przyrodników skandynawskich w Kopenhadze, zdaje sprawę z również pomysłnych wyników leczenia miksedemy za pomocą wynalezionej przez siebie tak zw. „Fütterungsmethode“, polegającej na podawaniu w pokarmie ugotowanego gruczołu tarczowego cielęcego. Podobne wyniki otrzymali Mackenzie i Fox (Brith. Méd. Journal, 11 Paźdz. 1892 roku), podając chorym gruczoł tarczowy *per os*. Vermehren zaś, asystent Honitza (Deutsch. Méd. Woch. nr. 11 r. b.), dając *per os* po 0,10 na dawkę sproszkowanego w stanie suchym wyciągu glicerynowego gruczołu. Dr. Lauche z Christijanii współcześnie ogłasza historję choroby i zamieszcza nawet podobizny chorego, wyleczonego za pomocą spożywanego na surowo gruczołu tarczowego z solą i pieprzem.

Poprawa podczas karmienia występuje według typu podanego dla wstrzykiwań podskórnych. Wyrozumieć należy, że wzmiankowani autorowie skrupulatną zwracają uwagę na dawkowanie w metodzie karmienia, gdyż, zdaniem ich, za wielkie dawki są w stanie spowodować odczyn niebezpieczny (stenokardyczne napady).

Przyjmując na zasadzie dobrej wiary i dokładnej obserwacji autorów podawane przez nich wyniki terapii substytu-

cyjnej w miksedemie za rzeczywiste, ten tylko wniosek wypowiedzieć możemy obecnie, że mechanizm działania jest nie znany. Wprawdzie doświadczenia Honitza usuwać się zdają mistycyzm metody, niemniej przeto terapija substytucyjna nie przekroczyła dotąd chińskiego empiryzmu. W Chinach bowiem, jak donosi dr. Blanc w korespondencji z Shangai (*Semaine Médicale*, nr. 1 r. b.), wydana o wiele wcześniej od ery chrześcijańskiej, a dotychczas obowiązująca farmakopea Pents'ao, zawiera około 37 środków leczniczych, przygotowywanych z różnych narządów, sekretów i ekskretów ciała ludzkiego. Wiara zaś wśród ludności w moc leczniczą świeżych soków i tkanek ludzkich tak jest silną, iż niejednokrotnie popycha do zbrodni. Cała wyższość dotychczasowej terapii substytucyjnej w Europie polega na tem tylko, że poprzestaje ona na wyciągach z tkanek zwierząt. Wracając do mechanizmu działania, przypuszczać można trzy ewentualności:

1) Albo poprawa następuje dobrowolnie, niezależnie od terapii, gdyż zwolnienia w biegu naturalnym miksedemy notowano. Przypuszczenie to jednak najmniej prawdopodobne, ze względu na rzadkość i mały stopień poprawy dobrowolnej w porównaniu z wielką odsetką polepszeń i w bardzo znacznym stopniu podczas leczenia. Jeżeli zatem leczenie istotnie działa, to przedewszystkiem rozstrzygnąć należy pytanie, czy działa ono li tylko przez swój wpływ psychiczny, czy też i za pomocą jakiegoś psychiczno-fizjologicznego czynnika?

2) Wprawdzie dr. Wiehmann u dwóch swych chorych, po otrzymaniu poprawy pod wpływem zastrzykiwań wyciągu gruczołowego, przeszedł następnie do zastrzykiwań wody destylowanej, pozostawivszy jakoby chore w przekonaniu, że zastrzykuje im w dalszym ciągu wyciąg gruczołowy. Po 6-u jednak tygodniach w obu przypadkach zjawily się objawy nawrotu choroby, które ponownie za pomocą powrotu do zastrzykiwań wyciągu gruczołowego zostały usunięte. Dr. Wiehmann jest zdania, że eliminował tym sposobem wpływ sugestyi. Nie wiemy jednak, czy chore nie spostrzegły podejscia, ani też czy dr. Wiehmann zachował wszelkie subtelne ostrożności w tym celu niezbędne, czy zwłaszcza swem osobistem zachowaniem, swym możliwie z góry powziętym sceptycyzmem co do działania wody destylowanej nie przeszczeriał nieświadomie swej własnej niewiary u wymienionych chorych. Pod tym względem wszystkie podawane spostrzeżenia przedstawiają wspólny niedostatek — brak ściślejszej analizy psychologicznej zarówno operatora, jak chorego w każdym danym przypadku. Wogóle zaś można powiedzieć, że u ludzi niezmiernie jest trudno wykluczyć zupełnie wpływ psychiczny i z tego także względu doświadczenia na zwierzętach byłyby więcej rozstrzygającymi. Na korzyść znacznego współdziałania czynnika psy-

chicznego przemawiałaby zbyt znaczna odsetka polepszeń. W każdym razie nawet dla zwolenników sugestyi przypuszczenie tak głęboko w przemianę materji sięgającego wpływu psychicznego zasługiwałoby na dowiedzenie, jako wielce interesujące.

3) Przypuszczając wreszcie udział jakiegoś chemiczno-fizyologicznego działacza, trzeba by najprzód w całym szeregu poszukiwań naukowych wykazać go i pochwycić. Zastrzykiwania wyciągu gruczołowego takiego, jak dzisiaj się przygotowuje, są zanadto pierwotne; prócz bowiem istotnych elementów gruczołowych zawiera on w sobie domieszki postronne. Powinno być zadaniem chemii fizyologicznej dzisiejszy wyciąg zbadać i oddzielić z niego to, co mogłoby, od tego, co nie może działać. Jej zadaniem byłoby także rozstrzygnąć o naturze czynnika, który niezależnie od modyfikacji przez uprzednie przygotowanie spowodowanych (wyciąg glicerynowy, gruczoł gotowany), oraz niezależnie od drogi, którą wnika do ustroju (podskórnie, per os) nie tylko nie traci działania, lecz przeciwnie jednostajnie je objawia.

Otóż, zdaniem naszym, należałoby sprawdzić, o ile prawdziwymi są wyniki doświadczeń Horsleya, że u małą po wycięciu gruczołu tarczowego dają się spostrzegać objawy anatomiczne z miksedemą, a gdyby się potwierdziły, odbywać na tych zwierzętach dostatecznie urozmaicone próby, zarówno z zastrzykiwaniem pod skórę wyciągu gruczołu tarczowego, a może i innych gruczołów i tkanek, jak i z podawaniem per os najrozmaiciej przygotowanych preparatów i porównywać wyniki. W zakresie danej kwestyi otwiera się wdzięczne pole dla doświadczalnej patologii i terapii. Z takich doświadczeń możeby na kwestyje ważne dla ogólnej patologii spłynęło nieco światła, dla terapii zaś substytucyjnej, do dziś empirycznej, znalazłyby się może jakieś kryteria naukowe, któreby i na kierunek terapii wogóle nie pozostały bez wpływu.

L. Rzeczniewski.

196. Kilka przypadków charłactwa śluzo-opuchlinowego, leczonych wstrzykiwaniami wyciągu z gruczołu tarczowego lub karmieniem chorych odpowiednio przyrządzonym wyciągiem resp. siekanką z tegoż gruczołu. (Prof. E. Mendel, dr. R. Wichmann, F. Vermehren i S. Laache. *Deut. Med. W. nr. 2 i 11*).

Od czasu wprowadzenia przez Brown-Sequard'a metody wstrzykiwania wyciągu jądrowego pojawił się cały szereg prac nad działaniem wyciągów z rozmaitych organów na odpowiednie cierpienia: wyciągu z mięśnia sercowego przy osłabieniu tegoż mięśnia, wyciągu z nerek przy anurii, nadnercza przy

chorobie Addisona, trzustki przy cukrzycy, wyciągu z gruczołu tarczowego przy znanem od lat dwudziestu kilku cierpieniu myxoedema. Cierpienie to charakteryzuje się znacznem obrzmieniem skóry ze szczególnem upodobaniem do pewnych miejsc ciała. Obrzmieniu podlegają najczęściej powieki, policzki, wargi, podbródek, przedramiona, biodra i kark, a u kobiet sutki i wargi sromne. Ugniatający palec na obrzmiałej skórze śladu nie zostawia. Skóra nabiera koloru blado-żółtawego, błony śluzowe blade, bezkrwiste. Mowa staje się monotonna, przewlekłą; głos przybiera odcień ostry, gruby. Język bywa powiększony, zgrubiały. Miesiączkowanie staje się nieregularnem i bardzo obfitem; często występuje krwawienie z dziąseł. Włosy na głowie stają się cienkimi rzadkiem, w około organów płciowych i na ciele znikają prawie zupełnie. Otwory gruczołowe na skórze stają się bardzo wyraźnymi. Skóra na całym ciele sucha; temperatura niżej normy. W sferze psychicznej występują zmiany, które dochodzą do nadzwyczajnej apatii, a w ciężkich i rozwiniętych przypadkach przechodzą w stan bliski kretynizmu. Chorzy tacy skarżą się zwykle na ogólne osłabienie, osłabienie pamięci, bóle nerwalgiczne, na uczucie duszności, zawroty i ból głowy, mrowienie w palcach, niekiedy i na bicie serca. Puls bywa mały tony serca słabe. W większości przypadków w osnowie choroby leży atrofija gruczołu tarczowego, zkad objaśniano podobieństwo obrazu tej choroby do cachexia strumipriva. W etyologii choroby przytaczają ciężką pracę, momenty psychiczne, wpływ zaziębienia, przedwczesną przerwę w menstruacji.

Choroba najczęściej dotyka kobiety w wieku średnim.

Znane są spostrzeżenia V. Horsley'a, podług którego implantacja pod skórę gl. thyreoideae sprowadzić miała znaczne polepszenie u cierpiących na charłactwo śluzo-opuchlinowe. Wstrzykiwanie zaś wyciągu z gruczołu tarczowego ludziom pierwszy wprowadził w urzeczywistnienie w końcu 1891 roku Murray. Zaraz po zabiciu zwierzęcia M. wyjmuje płyty gruczołu wyjałowionem narzędziem. Pokrajany gruczoł wkłada do szklanego naczynia i nalewa 1 cemsz. glycerinum purissimum i 1 ccm. 0,5⁰/₀ roztworu karbolu. Naczynie zatyka się watą i zostawia na 24 godzin w zimnem miejscu. Następnie wyciskamy wyciąg przez przegotowane płócienko. Wyciąg przedstawia płyn mętny. Z jednego płyta otrzymujemy 3 ccm. wyciągu. Murray wstrzykuje po 1¹/₂ ccm. dwa razy tygodniowo, a następnie rzadziej. Carter rozdrobiony gruczoł rozciera w moździerzu z gliceryną i karbolem, a następnie filtruje. Postępowanie Murray'a zmienia się jeszcze w ten sposób, że codziennie wstrzykuje się chorym po ¹/₂ do ³/₄ szprycy Prawatz'a.

Howitz wprowadził w wykonanie myśl wprowadzenia do stroju wyciągu z gruczołu tarczowego przez wchłanianie ki-

szek, czyli przez karmienie. Używane są gruczoły z owiec lub tuczonych cieląt. Gruczoły surowe lub słabo ugotowane, przyprawione buljonem, pieprzem i solą dla smaku, dawano chorym w pierwszym miesiącu po 4 płaty dziennie, a w drugim po 2. Podawano też chorym per os i wyciąg z gruczołów w postaci pigułek. Leczenie trwa kilka miesięcy.

U wszystkich leczonych wstrzykiwaniem lub karmieniem chorych poprawa następowała bardzo szybko, diureza znacznie się powiększała, jednocześnie podnosił się i ciężar gatunkowy moczu, temperatura podnosiła się do normy. Opuchlina widocznie się zmniejszała, skóra się łuszczyła, a wzrost włosów był bardzo wyraźny.

Z objawów pobocznych, szczególnie przy karmieniu, spostrzegano wysypkę, białkomocz, objawy stenokardyjne przy pulsie tak słabym, że musiano (Laache) na kilka dni przerwać kurację. Czy wyleczenie będzie długotrwałem, autorzy nie mogą przewidzieć, gdyż doświadczenia są zbyt świeże. Gdyby się ono jednak okazało możebnem, to należałoby wyleczenie objaśnić tem, że resztki atroficznego gruczołu przez wprowadzenie do ustroju soku gruczołowego znów pobudzone zostały do ważnej swej czynności, a mianowicie do tworzenia niezbędnych dla żyjącego organizmu pewnych zawartych we krwi ciał białkowych.

Zysman.

197. R. MURRAY. **Leczenie obrzęku śluzowego i kretynizmu.** (The treatment of myxoedema and cretinism). (*The Lancet* nr. 3637).

Zaburzenia funkcji gruczołu tarczowego lub brak zupełny gruczołu, wykluczając przenikanie do organizmu wydzielanych tam fermentów, sprowadzają cierpienia, znane jako obrzęk śluzowy — myxoedema. Leczenie tego cierpienia, drogą empiryczną zdobyte, polega na sztucznym wprowadzaniu do organizmu wyciągu z gruczołu tarczowego zdrowych zwierząt, co nie tylko postępowanie choroby wstrzymuje, ale chorobliwie zmienione tkanki do pierwotnego stanu przywraca. Wyciąg ten autor przygotowuje sobie wyciskając sok z gruczołów tarczowych baranów, który miesza z równą objętością gliceryny i $\frac{1}{2}\%$ roztworem fenolu, którego nie dodaje, gdy wyciąg ma być używany per os. Jednorazowa dawka do podskórnych wstrzykiwań wacha się między 5—15 kroplami płynu, dawka wewnątrz użyta w wodzie, dochodzi do 20 kropel. Większe dawki sprowadzają wogóle miejscowe i ogólne zaburzenia, jako też zdarzają się zakażenia ogólne, wskutek niezachowywania antyseptyki. Leczenie trwa zwykle od 6—12 tygodni stosownie do natężenia choroby, i polega albo na zastrzykiwaniu co 2 lub 3 dzień z ostrożnościami 10—15 kropeł wyciągu, lub podawaniu per os zwykle po rannem śniadaniu

od 5—15 kropeł, zawsze bacząc na częstość pulsu. W jednym przypadku środek podawany po 10 kropli dziennie podniósł puls ze 30 do 120 uderzeń na minutę, zredukowano wtedy ilość środka do 5 kropeł. Gdy widocznych rezultatów leczenia nie otrzymuje się, należy dawki powiększyć; a wogóle wielkość dawki należy normować do rozmiarów otrzymywanych zaburzeń w pulsie, temperaturze i wadze ciała. Leczenie będzie skuteczne, gdy zaczną ustępować i zupełnie ginać objawy właściwe chorobie a mianowicie: niska temperatura ciała powraca do normy, skóra staje się giętką i transpiruje, waga ciała się zmniejsza, stan psychiczny wraca do normy, mowa przestaje być powolną, obrzęk schodzi, powraca miesiączka, na łysinach porastają włosy.

Aby stan zdrowia utrzymać nadal, należy do końca życia przyjmować omawiany środek po 10 kropeł dziennie.

Jako przykład skutecznego leczenia miksedomatu podaje autor historię 44-letniego mężczyzny, który po przebyciu w Ameryce ciężkiej dyzenteryi, wycieńczony i chudy, przyjechał do Angli, po roku dostał obrzęku śluzowego. Objawy, przybierające zastraszające rozmiary, wyraziły się: 1) w zwiększeniu wagi ciała; 2) obrzmieniu całego ciała; 3) w chłodnej i suchej skórze; 4) utrudnionym chodzeniu i ruchach; 5) powolnej mowie; 6) władzach umysłowych stopionych; 7) temperaturze ciała niższej o 1° od normy; 8) puls 70 razy uderz. na minutę; 9) moczem kwaśnym ciężaru gatunkowego 1032 z $\frac{1}{8}\%$ białka; 9) łysieniem części skóry kosmatych.

Leczenie polegało na wstrzyknięciu wciagu 6-ciu tygodnia 3-ch drachm płynu od 10 — 20 kropeł na raz. W końcu pierwszego tygodnia obrzęk zaczął znikać i temperatura ciała się podniosła, gdy wskutek uchybienia przepisom antyseptyki nastąpiło po zastrzyknięciu zakażenie miejscowe pod postacią ropnia i dużej gorączki. Po ustąpieniu tych niepożądanych komplikacyj, dalszy przebieg choroby był pomyślny, tak, że po upływie 2-ch miesięcy, od chwili rozpoczęcia kuracyi, stan chorego nic nie przedstawiał do życzenia. Objawy chorobowe zupełnie ustąpiły, stan ogólny i psychiczny wyborny nawet włosy, które wyszły, zaczęły bujnie porastać. Chory miał polecone sobie używanie ciagle po 10 kropeł dziennie zbawczego środka.

Autor nakoniec rekomenduje dla zapobiegania lub leczenia rozwiniętego już charłactwa, po operacyi wycięcia całkowitego wola, środek opisany powyżej. — Podawanie wyciagu z gruczołu tarczowego młodemu urodzonym kretynom, ma znaczenie jak wykazały obserwacyje Robin'a z Lyonu, Vermehren'a z Kopenhagi, Byrom Bramwell'a i t. d., dodatnio wpływać na ich rozwój psychiczny.

Byrom Bramwell podnosi wysoko własności omawia-

nego środka na porost skóry i włosów, i ze znakomitym skutkiem stosuje ten środek w chronicznej łuszczycy (psoriasis), która opierała się długo wszystkim stosowanym w podobnych przypadkach środkom. W przypadku akromegalii—środek okazał się bezskutecznym. *W. Stepiański.*

198. P. GUTMANN. **Szmer tętniczy w wolu przy chorobie Basedowa i jego rozpoznawcze działanie.** (Das arterielle Strömegeräusch bei Basedowcher Krankheit und seine diagnostische Bedeutung. *Deut. Med. W., nr. 11*).

W wątpliwych przypadkach choroby Basedowa, gdzie na przykład nie ma exophthalmus, a istnieje tylko bicie serca i wole, bardzo ważnym objawem, przemawiającym za istnieniem morbi Basedowii, jest szmer arteryjalny współczesny z pulsem, słyszalny nad samym wolem. Szmer ten istnieje we wszystkich przypadkach choroby Basedowa, gdy przy wolu samoistnem go nie spostrzegamy. Szmer ten zależy od dwóch przyczyn: 1) od znacznego przerostu lewej komórki serca, przy którym, pomimo czystych tonów serca, istnieje zwykle szmer w tętnicach szyjowych; 2) od nieregularnego rozszerzania się tętnic w samym wolu, czego nigdy nie spostrzegamy przy wolu samoistnem, gdyż tu mamy do czynienia li tylko z hyperplazją tkanki gruczołowej. *Zysman.*

199. GILLES de la TOURETTE i HUDELO. **Przyczynek do rozpoznawania porażen przymiotowych.** (*Nouvelle Iconographie de la Salpêtrier'e. 1893, nr. 1*).

Poniżej podajemy spostrzeżenia, które do kwestyi omawianej są ważnym przyczynkiem.

Spostrzeżenie I. M. 23 lat. Przed 3 laty roseola syphilitica. Przed 3 miesiącami, jako żołnierz, w czasie przeglądu uczuł nagle drżenie w nogach, nie mógł sam iść do domu. Od tego czasu chodzenie utrudnione. Chód spastyczny. Odruchy kolanowe bardzo wzmożone. Clonus nóg. Niemożność powstrzymywania i oddawania moczu. Bólów w nogach, zaburzeń czuciowych, zaniku mięśni, objawów gałko-żrenicowych nie ma. Leczenie swoiste nie wpływa wcale na stan chorego.

Spostrzeżenie II. K. 39 lat, przekupka, w młodości napady hysterii. Przed kilkoma tygodniami wystąpiły objawy wtórne przymiotu i jednocześnie z niemi porażenie kończyn. Nie może stać na nogach. Siła kończyn górnych bardzo słaba, nie może sama jeść. Odruchy kolanowe zniesione. Zaburzeń czuciowych, ani bólów nie ma. Ucisk na łydki bolesny. Potrzebie moczenia musi natychmiast zadość uczynić, w przeciwnym bowiem razie mocz sam odchodzi. To samo odnośnie stolca. Leczenie swoiste. Po miesiącu prawie kompletne wyzdrowienie.

Dwa te spostrzeżenia są typami dwóch różnych postaci, pod którymi występuje przymiot rdzenia. W pierwszym przypadku mamy porażenie spastyczne. Porażenie to występuje

zwykle późno—bo w 3—6 lat po zarażeniu się przymiotem. Pierwsze objawy są parestezyje w nogach i lekkie zaburzenia ze strony pęcherza—retencyja, rzadko niesprawność. To pierwsze stadyjum choroby może trwać miesiące lub lata, chory mało zwraca uwagi na istniejące objawy, póki nie powstaną poważne trudności przy chodzeniu: nogi prędko się męczą, chory nie może wcale biegać. W nogach występują częste drgawki (epilepsie spinale) i bolesne kurcze. Bardzo często choroba, doszedłszy do tego stopnia, nie postępuje już więcej. W niektórych przypadkach jednak i górne kończyny bywają dotknięte: drętwienie, wzmożenie odruchów ścięgniowych. Objawy ze strony źrenic — nierówność, leniwa reakcyja, rzadko zwężenie, bóle piorunujące w nogach mogą się przyłączyć i wywołać podejrzenie władu, ale wobec wzmożonych odruchów, braku ataxyi i objawu Romberga, wreszcie wobec rozwoju choroby rozpoznanie jest łatwe.

Lepszem znacznie jest rokowanie w drugiej formie przymiotu rdzenia, która jednak jest znacznie rzadsza od pierwszej (na tą ostatnią przypada 80% wszystkich przypadków). Drugie spostrzeżenie jest typem tej drugiej postaci. Porażenie występuje w niej bardzo prędko po nabyciu przymiotu i postępuje szybko, ogarniając wszystkie 4 kończyny. Porażone części są miękkie i są siedliskiem silnych bólów. Odruchy ścięgniaste są zniesione. Zaburzenia ze strony pęcherza, odleżyny. Bardzo rzadko przyłączają się objawy opuszkowe i powodują śmierć, największa część przypadków, dzięki swoistemu leczeniu, kończy się wyzdrowieniem.

E. Bregman.

200. Prof. Fr. SCHULTZE. **O akroparestezyi.** (Ueber Akroparästhesie). (*Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde III, zeszyt 5—6, 1893 r.*). 201. L. LAQUER. **O niezwyklej postaci parestezyi kończyn.** (*Neurol. Centralblatt nr. 6, 1893 r.*).

Parestezyje, opisane przez autorów, zjawiają się napadami, najczęściej w nocy lub nad ranem, czasem i w ciągu dnia. Umiejscawiają się one głównie w palcach i rękach, czasem przechodzą na przedramię. Nogi rzadko bywają dotknięte. W częściach wymienionych zjawia się nagle uczucie drętwienia i zesztywnienia, wzmagające się często do stopnia palącego lub szczypiącego bólu. Chory budzi się ze snu, albo jeśli to się dzieje we dnie, musi zaniechać swego zajęcia. Czasem ręce w napadzie bledną i stają się zimne. Bywa jednak, że uczucie zimna w rękach bywa tylko podmiotowe. Przedmiotowo można stwierdzić często nadczułość względem dotyku i bólu, ale w niektórych przypadkach trafia się i zmniejszenie czucia (hypestezyja). Po za tem żadnych objawów przy badaniu nie znajdujemy, zwłaszcza nic, coby wskazywało na neuralgię lub neuritis, lub na jakieś cierpienie ośrodkowe.

Cierpienie to dotyka przeważnie kobiety (Laquer 16 ko-

biet, 2 mężczyzn) w wieku 35 — 50 lat, zdaniem Laquera głównie takich, które się zajmują dużo robotkami lub gospodarstwem, przyczem mają dużo do czynienia z zimną lub gorącą wodą. Objawów hysteryi lub neurastemii nie było. Często chore były anemiczne, po ciężkim połogu z silnym krwotokiem.

Rokowanie nie jest pomysłnem, gdyż cierpienie choć nie postępuje, jest bardzo uporeczywe i może trwać całe lata, pozabawiając chorych snu i czyniąc ich niezdolnymi do pracy. Leczenie polega przedewszystkiem na wzmocnieniu ustroju (unikaniu zimnej i gorącej wody), oszczędzaniu rąk, ewentualnie noszeniu rękawiczek. Elektryzacja daje czasem dobre wyniki. Stosować można galwanizację rdzenia szyjowego (5—6 MA. 4—5 minut) lub miejscową kąpiel faradyczną (dla rąk, silny prąd). Do wewnątrz podawać można brom i arsenik; w czasie napadu chininę lub antypyrynę i nacieranie kończyn. Co do natury danego cierpienia, uważać je trzeba za nerwicę umiejscowioną czuciową, połączoną w wielu przypadkach z nerwicą naczynio-ruchową. Jest to więc cierpienie pokrewne nerwicom zawodowym, ale nie dotyka wcale nerwów ruchowych. Przy rozpoznawaniu różniczkowem uwzględnić trzeba neuritis multiplex, tabes peripherica, syringomyelię, pachymeningitis cervicalis, nowotwory rdzenia, chorobę Raynauda i Erythromelalgii. Ta ostatnia choroba ma z akroparestezyją dużo rysów wspólnych, różni się od niej jednak tem, że kończyny zwłaszcza nogi, są zaczerwienione (ztaąd nazwa) i nabrziałe. Co do choroby Raynauda, to w jednym przypadku (Schultz) akroparestezyja była jej zwiastunem.

E. Bregman.

202. Prof. WAGNER. **O wyciskaniu pęcherza moczowego.**
(*Neur. Centralblatt 1893, nr. 8.*)

Autor zrobił spostrzeżenie, że w niektórych chorobach rdzenia pęcherz moczowy daje się wycisnąć, w innych zaś nie. Do pierwszej kategorii należą te wszystkie przypadki, w których odruchy kolanowe są zniesione. W rdzeniu, jak wiadomo, znajduje się ośrodek, który zarówno m. sphincter, jak i m. detrusor vesicae utrzymuje w pewnym stanie napięcia; kiedy działanie tego ośrodka jest zniesione, mocz utrzymuje się w pęcherzu jedynie wskutek elastycznego oporu dróg moczowych, który łatwo jest przemódz przez naciskanie pęcherza.

Porażenie pęcherza przedstawia się w tych przypadkach w ten sposób, że mocz, gdy się go zbierze dość dla przecięcia elastycznego oporu dróg moczowych, odchodzi zaczyna kroplami. Inaczej zupełnie dzieje się, kiedy przerwane są drogi, łączące ośrodek odruchowy z mózgiem. Mięśnie pęcherza są wtedy w stanie naprężenia, zależnego od wymienionego ośrodka, pęcherza wtedy wycisnąć nie można. Incontinentia

następuje wtedy dopiero, kiedy odruchowe podrażnienie m. detrusoris wystarcza dla pokonania oporu zwieracza i mocz odchodzi nie kroplami, a strumieniem. Prof. Wagner proponuje nazwać pierwszą postać porażenia pęcherza atoniczną, drugą zaś toniczną. Dawniejszy podział ich na porażenia m. sphincteris i porażenia m. detrusor wydaje mu się w największej ilości przypadków niestosownym. Pod względem terapeutycznym autor sądzi, że wyciskanie pęcherza zdolne jest w wielu przypadkach zastąpić kateteryzację. *E. Bregman.*

III. Choroby nosa i jam przyległych.

203. GRÜNWARD. **O ropieniach nosowych.** (Die Lehre v. d. Naseneiterungen mit besonderer Rücksicht auf die Erkrankungen des Sieb- und Keilbeins und deren chirurgische Behandlung. *München und Leipzig 1893, p. 167*).

Obszerna ta praca—stanowczo jedna z najlepszych, jakie zjawily się w ostatnich czasach w dziedzinie rhinologii — zawiera tyle nowych poglądów, takie rzuca światło na mało bardzo dotąd znane sprawy chorobowe, zwłaszcza odnośnie do cierpień zatok sitowych i klinowych, że uważamy za stosowne i bardzo dla czytelników „Kroniki“ pożyteczne bliżej ich z treścią tej pracy zaznajomić. Tym sposobem łącznie z podanymi w tym numerze streszczeniami z pracy Lichtwitza, o rozpoznawaniu, oraz leczeniu cierpień zatok czołowych, oraz prac Lermoyez'a i we wstępie podanej przez kol. Finkélkrauta o ropotoku zatok Highmora—czytelnik będzie miał mniej więcej dokładny obraz obecnego stanu naszej wiedzy o cierpieniach zatok bocznych nosa.

Mało jest cierpień mniej znanych, niż ropienia nosowe. Do niedawna jeszcze pyorrhoea nasalis uważaną była jako cierpienie, na tle ogólnego skażenia występujące. Tymczasem zależy ono zawsze od przyczyny miejscowej, a tą jest w większości przypadków zajęcie zatok bocznych nosa, tym sposobem i leczenie ropni nosowych uległo obecnie gruntownej przemianie, jest ono par excellence przyczynowe.

W pierwszej części autor zajmuje się ostremi ropieniami z nosa, dzieląc je według umiejscowienia na:

1) *ropienia przedsiolkowe*—po większej części są to zapalenia follikulów. Autor wspomina pokrótce o ulcus perforans septi narium, co do którego etjologii przyjmuje uraz, a od rzuca natomiast pochodzenie dyskrazyjne;

2) *ropienia na przegrodzie nosa* — bardzo zresztą rzadkie, t. zw. gorące ropnie septi, są pochodzenia traumatycznego, zwykle poprzedza je wylew krwi między ochręstną i chrząstką;

3) *ostre zapalenia nieżytowe*—czasami w następstwie ostrego kataru nosa, zauważyć się daje ropna wydzielina z nosa, która po 2 — 3 tygodni znika bez śladu. Można by w tych razach przypuszczać, że mamy do czynienia ze sprawą ropną (empyema) w zatokach, lecz a) ropotoki takie bez leczenia nie ustępują i b) co ważniejsza, przekłócie próbne nie wykazuje nam w tych razach ropnej zawartości w zatoce;

4) *ostre zapalenia w nosogardzieli*—pod postacią phlegmone retronasi—cierpienia mało dotąd znanego. Istnieją w literaturze przypadki, w których rozpoznanie tej sprawy dopiero na autopsii było zrobione.

Druga część pracy Grünwald'a, ważniejsza, obejmuje *ropienia przewlekłe nosa*.

Te, które występują w jamie nosogardzielowej, są podtrzymywane przez wyrośla adenoidalne.

W nosie natomiast ropienia przewlekłe są objawem bardzo poważnym, wykazują one, mianowicie, w większości przypadków chroniczny stan zapalny błony śluzowej w zatokach bocznych nosa.

Ogólne objawy tych cierpień są następujące:

1) *ropienie* z charakterem przepuszczającym—w większości przypadków jest ono jednostronnem;

2) *ozaena*, według autora, po większej części (według Michel'a — zawsze) bywa następstwem spraw ropnych w zatokach.

W ogóle autor „ozaenam“ nie uważa za oddzielną — wbrew powszechnie dotąd istniejącym poglądom — postać chorobową, t. j. cuchnący, zanikowy katar nosa, lecz po prostu za objaw wspólny wielu cierpieniom.

3) *epistaxis*;

4) *polipy i przerosty* — pierwsze z nich, według autora, prawie zawsze (na 33 przyp. w 29) bywają jednocześnie i to jako następstwo ropnych spraw w zatokach.

5) *anosmia*;

6) *zmniejszenie pola widzenia* — objaw przez Ziem'a głównie podawany. Autor jednak nie widział go ani razu;

7) *asthenopia* — bardzo częsty objaw przy ropieniach w zatokach sitowych;

8) *bóle głowy* z charakterem stałym — umiejscowienie nie ma znaczenia rozpoznawczego dla cierpień różnych zatok nosa. Wreszcie

9) *zaburzenia w sferze intelligencji i uczucia* — czasami nawet melancholija. Bywa i ten objaw, który Guy spostrzegł przy wyroślach adenoidalnych i nazwał go „aproxia nasalis“.

Co się tyczy objawów miejscowych, to bywają one następujące: 1) *ropnie twarzy* (pod i nadoczołowe, a także czołowe); 2) *ropnie jamy ustnej* (jeden przyp. autora na podniebnie-

niu) 3) *otwarcie ropotoku zatoki do kanału łzowego*, a nawet do jamy oczodołowej; 4) *Zakrzep zatoki i zapalenie opon mózgowych*. Autor sądzi, że przypadki śmierci po operacjach nosowych (najczęściej na średniej muszli) dają się w ten sposób wytłomaczyć (częste są skryte empyematy zatok sitowych); 5) *połowiczny postępujący zanik twarzy* w przebiegu empyematu zatoki klinowej.

Odnośnie do etyologii ropotoków zatok bocznych nosa, przedewszystkiem autor nie przyjmuje pochodzenia zębowego dla zatoki Higmora. W jakiż bowiem sposób — mówi on — można sobie objaśnić tę przeważającą (na 30 przyp. 24) liczbę przypadków, w których zęby były zdrowe? A bardziej jeszcze przypadki spraw ropnych w innych zatokach, nie mających żadnej styczności z zębami? Najczęstszą przyczyną tych spraw są zmiany w jamach nosowych. W wielu razach róża twarzy, rozszerzając się na błony śluzowe nosa, daje powód do przewlekłych ropień w jamach bocznych. Wreszcie wiele osób jest dotkniętych tem cierpieniem od dzieciństwa, bądź to w następstwie wysypek ostrych, bądź też ropień nosowych, podtrzymywanych wyrosłami adenoidalnemi.

Następnie autor rozpatruje sprawy ropne w poszczególnych zatokach.

I. *Sinus maillaris*. Jeden jest tylko sposób rozpoznawczy, pewny, według autora, mianowicie próbna punkcyjja resp. wyszprycowanie. Inne, jak np. prześwietlanie, nie prowadzą do celu. Otwarcie zatoki Higmora dokonywa się albo ze strony zębodołu, lub metodą Mikulicza przez dolny przewód nosa. Dla wyskrobania jednakże zmienionych ścian zatoki najodpowiedniejszym jest otwarcie od fossa canina, z warunkiem jednak, by otwór nie miał w średnicy więcej nad 5 — 6 mm., t. j. tyle, by za pomocą skrobaczek (pomysłu autora) można było wszystko doszczętnie usunąć. Proponowany przez Küstera sposób, polegający na zbyt wielkiem wydłutowaniu (ażeby swobodnie palcem można było wejść do zatoki), autor uważa za zbyteczny, a nawet szkodliwy, gdyż otwór taki nie zasklepi się i chory narażony bywa na noszenie przez całe życie obturatora. Zwykle, podobnie jak Küster, posługuje się autor następczo tamponadą z gazy jodoformowej, dla powstrzymania między innymi zazwyczaj bardzo obfitego krwotoku.

W ogóle autor, podobnie jak i Killian dzieli przypadki empyematów zatoki Higmora na: 1) łatwo wyleczalne — są one zwykle świeższej daty (mniej jak lat 3) i po większej części pochodzenia zębowego; 2) trudno się leczące — wymagają one bardzo długiego i bardzo energicznego leczenia.

II. *Cellulae ethmoidales*. Opis ropień w zatokach sitowych stanowi najobszerniejszą, najwięcej oryginalną część pracy Grünwalda. Cierpienia te do ostatnich czasów były prawie zupełnie nieznanne. Autor dzieli je na:

1) *zakryty ropotok sitowy* — po większej części ma tu miejsce zropienie w ściankach muszli średniej. Leczenie proste: szerokie cięcie, bądź z galwanokanterem, bądź dłutem, jako też pętlą zimną lub gorącą — w przypadkach więcej ograniczonych tworów;

2) *otwarty ropotok komórek sitowych* — cierpienie bardzo częste i bardzo często nierozpoznawane. Nic dziwnego, nie jest to zbyt łatwym, lecz nie niemożliwym, jak to ostatniemi czasy twierdzi np. Mac-Bride. Autor sądzi, że odchylenie galki ocznej ku dołowi i na zewnątrz, wskutek obrzmienia, zajmującego górny i wewnętrzny kąt oka, prawie napewno wskazuje na ropienie w labiryncie kości sitowej. W ogóle łatwiej jest, niżby się to zdawać mogło, dać swobodny odpływ ropy przez drogi nosowe, można bez obawy kiuretować komórki oczodołowe kości sitowej (*ossis ethmoidei*). Rękoczyn ten stosował autor 17 razy z powodzeniem. W ostatecznym jednak razie można działać i od zewnątrz, t. j. od kąta wewnętrzno-górnego oczodołu, z kąd łatwo dostać się do labiryntu sitowego. Natomiast bardzo jest trudnem rozpoznawanie

3) *skrytego ropotoku zatoki sitowej*, t. j. tej postaci, przy której ropa spływa jedynie przez nos.

W literaturze istnieje wszystkiego tylko 27 przypadków tego rodzaju, do których autor dołącza kolosalną ilość własnych obserwacji, t. j. 32.

Oto jak się przedstawia symptomatologia tego cierpienia, według autora: z początku ostry z gorączką połączony katar nosa, w następstwie czego ropna płynna wydzielina spływająca do gardzieli, gdzie zasychając, staje się powodem wtórnego przewlekłego stanu nieżytego. Rzadko tylko ropa jest cuchnąca, za to często *kakosmia subiectiva*, bóle głowy gwałtowne, często stanowiące jedyną skargę chorych, żywa wrażliwość przy ucisku na podstawę nosa, lub wewnętrznej części łuku nadczołowego górnego, częsta *asthenopia*, zmiany w usposobieniu etc. Przy badaniu nosa od przodu, częstokroć znajdujemy tyle zmian (*polipy* etc.), że trudno się zorientować; po usunięciu tych ostatnich, posilkując się sondą (na ważność sondowania autor kładzie wielki nacisk), wchodzimy w tkanę miękką — rodzaj gąbki, wypełnionej ropą i krwią, wreszcie sonda napotyka kość obnażoną na zewnątrz, lub wewnątrz muszli średniej.

Dla operacji można chorego chloroformować, choć to nie jest niezbędnem. Autor używa swego pomysłu kleszczy kostnych, oraz różnego kształtu skrobaczek (na podobieństwo ostrych łyżeczek Volkman'a). Operator ma dwa zadania: 1) utworzyć szeroki odpływ dla ropy i 2) doszczętnie wyskrobać wszystkie chore części kostne. Należy wiedzieć dokładnie, co się robi, a więc działać bardzo szybko, by uniknąć zaciemnienia pola operacyjnego przez spływającą krew. Tym sposo-

bem leczenie wymaga wielu posiedzeń, nie zawsze jednak daje rezultaty zupełnie dodatnie. Na 13 przypadków nie komplikowanych ropotoków sitowych, autor otrzymał tylko 5 wyleczeń i 4 poprawy (ustąpienie bólów).

4) *Caries kości sitowej* należy odróżniać od skrytych ropotoków tych zatok. W tych razach sonda wykazuje obnażoną kość, nie prowadzi jednak do jamy, wypełnionej ropą. Cierpienia te również, jakkolwiek względnie dość częste, nie są rozpoznawane. Przypadki takie zwykle uważane są za przewlekły niezbyt nosa lub wtórny suchy katar nosogardzieli. Przy badaniu nie znajdujemy żadnych przerostów, polipów etc., jedynie w okolicy przedniej muszli nieco ropnej wydzieliny, sonda jednak umiejętnie użyta, wykrywa miejsce pruchniejące, najczęściej w małej zatoce (recessus) nieco poniżej górnej muszli. Leczenie, łatwe zresztą, polega na usunięciu przedniego końca średniej muszli, wyskrobaniu miejsca chorego i przypalaniu saletrzanem srebra.

5) *Wtórne ropienie w labiryncie sitowym* w następstwie ropni oczodołu z zapaleniem zatok czołowych i klinowych, są rzadkie i bardzo trudne do rozpoznania.

III. *Zatoki klinowe* w ostatnich zaledwie czasach jedynie dzięki Schaefferowi z Bremenu i Grünwaldowi z Monachium, są rozpoznawane i racjonalnie leczone. Ropienie i ból wierzchołka głowy, są objawami prawdopodobnymi empyematów tych zatok. Ropa zwykle spływa ku tyłowi, pokrywając strop gardzieli, jako też tylne końce muszel. Może być i w przednich częściach nosa, mianowicie między przegrodą nosa, a średnią muszlą. W ogóle ropienie zatok klinowych jest o wiele mniej niebezpieczne, niż zatok sitowych. Jedynym pewnym środkiem rozpoznawczym jest sondowanie, które nam wykaże ropienie lub próchnienie ścian zatoki.

Leczenie, według Schaeffera (po raz pierwszy z powodzeniem zastosowane przez niego), polega na przebicciu przedniej ścianki zatoki i wyskrobaniu doszczętnem ścianek. Obawy przytem nie ma najmniejszej, dzięki grubości ścianki tylnogórnej zatoki. Autor na 17 przypadków, leczonych tą metodą, w 12 otrzymał zupełne wyleczenie.

IV. *Zatoki czołowe*. Skryte postaci ropotoku tych zatok, są, zdaniem autora, najtrudniejsze do rozpoznania.

Zaden z miejscowych objawów nie jest absolutnie pewnym, ani obecność ropy w przednich odcinkach nosa, ani umiejscowienie bólów, ani prześwietlanie. Brak nam tu takiego pewnego criterium, jakim jest punkcyja próbna. Katearyzacja zatoki, przez Jurasza po raz pierwszy zastosowana, nie prowadzi, według autora, do celu. Co się tyczy kiuretowania, przez Schaeffera zalecanego od strona nosa, jest ono bardzo niebezpiecznem i można przez laminam eribrosam ossis ethmoidei dostać się do jamy czaszkowej. Autor zaleca, jako

najpewniejsze i najmniej niebezpieczne, otwieranie zatoki od zewnątrz (per glabellam).

V. Wreszcie autor zwraca uwagę na względnie częste *kombinowane ropotoki*. Rozpoznanie tych cierpień jest bardzo trudne, chodzi przede wszystkim o to, by określić, czy ropienie w nosie ma swoje źródło w jednej lub więcej zatokach bocznych nosa, a następnie określić chorą zatokę. Najlepszym probierzem w tych razach jest droga per exelusionem; jeżeli po wyleczeniu jednego lub więcej chorych zatok, ropienie trwa w dalszym ciągu, dowodzi to niezbicie, że istnieje jeszcze cierpienie w innych zatokach. Zwłaszcza trudną jest rzeczą określić, czy zatoki czołowe i klinowe są dotknięte sprawą chorobową lub nie.

Kombinacje także nie są rzadkością, autor na 70 przypadków empyematów różnych zatok nosa, spostrzegając je w 16; istniały przytem najprzeróżniejsze połączenia cierpień dwóch lub więcej zatok bocznych nosa. Co się tyczy leczenia takich kombinowanych ropień, to autor jest zdania, że najlepiej jest za jednym zamachem pod chloroformem wyskrobać wszystkie zatoki, które się okazały choremi.

Znakomita ta monografia ropień nosowych na każdym kroku ilustrowana jest całym szeregiem szczegółowo podanych i sumiennych własnych obserwacji autora. *Jan Sędziak.*

100. LERMOYEZ. **Rozpoznawanie ropnia zatoki szczękowej.** (Diagnostic des abcés du sinus maxillaire). (*La Semaine médicale* nr. 7, 1893 r.),

Ropotok (empyema) zatoki Highmor'a należy do cierpień o wiele częściej się spotykających, niżby się to zdawać mogło. Zwłaszcza specjaliści chorób nosa mają z nim do czynienia.

Jakkolwiek już w wieku 18-tym niektórzy autorowie rozpoznawali i leczyli to cierpienie (Allonel ojciec, Jourdain), to jednak dopiero w ostatnich 15-latach, dzięki przede wszystkim pracom Ziem'a z Gdańska, nauczono się rozpoznawać to cierpienie nietylko tam, gdzie istnieje cały szereg t. zw. klasycznych objawów (obrzemień policzka, bóle podoczodołowe, ropny wyciek z nosa etc.), lecz i przy t. zw. skrytych postaciach ropotoku zatoki Higmor'a (Lichtwitz).

Że te ostatnie nie są znów taką rzadkością, dowodzą najlepiej dano statystyczne prof. Gradenigo, który na 100 przyp. na stole sekcyjnym znalazł empyemat antri Highmor'i 18 razy, jakkolwiek za życia nie było absolutnie żadnych objawów.

Otóż takimi to „skrytymi” postaciami tego cierpienia zajmuje się przede wszystkim autor w powyższej pracy, zestawiając bardzo umiejętnie wszystkie objawy niezbędne dla postawienia właściwej diagnozy.

Objawy te autor dzieli na 3 grupy: do pierwszej zalicza

te, które wzbudzają podejrzenie ropnego zapalenia zatoki Highmor'a; do drugiej te, które czynią prawdopodobnem to rozpoznanie; wreszcie trzecia i ostatnia grupa zawiera objawy, pozwalające z całą pewnością rozpoznać to cierpienie. Z kolei rozpatruje autor każdą grupę objawów szczegółowo, poddając jej znaczenie rozpoznawcze krytycznej ocenie.

I tak do pierwszej grupy należą następujące objawy:

1) Jednostronny ropny wyciek z nosa. Objaw to niestały, gdyż ropienie może być i obustronnem (Ziem, Kaufman, Lichtwitz, Gradenigo), jako też może być ono warunkowane innemi przyczynami (ciało obce etc).

2) Przerwy w wydzielaniu się ropy przez otwory nosowe, co jest zależnem od wysokiego umiejscowienia otworu, za pomocą którego zatoka Highmor'a komunikuje się z jamą nosa. Zwykle wyciek ropny bywa sztucznie przez chorego wywołany, bądź to przy wycieraniu nosa, bądź to przy nachyleniu głowy ku przodowi. I ten jednak objaw nie jest stałym. Może go nie być mianowicie tam, gdzie ropienie jest bardzo obfitem. Z drugiej zaś strony i ropienie zatoki czołowej, której otwór w infundibulum przez polip jest zamknięty, może dawać objaw powyższy przy każdej zmianie położenia polipa.

3) Bóle podoczodołowe, jakkolwiek często, nie zawsze jednak zdarzają się przy empyemacie zatoki szczękowej. Bywają one według Zuckerkandl'a przedewszystkiem tam, gdzie zatoki posiadają ścianki bardzo cienkie, gdzie nerwy zębowe górne i podoczodołowe nie mogą się pomieścić w substancji kostnej i znajdują się w zetknięciu z zapalną błoną śluzową. Z drugiej strony, rzecz dziwna, osoby dotknięte ropnem zapaleniem zatoki Highmor'a, częściej się uskarżają na bóle nad, niż podczołowe, co najczęściej zależy od jednoczesnego zajęcia zatoki czołowej (Hartmann).

4) *Kakosmia subjectiva*. Objawu tego często brak, choćby z tego względu, że nie zawsze wydzielająca się ropa z zatoki Highmor'a jest cuchnąca. Zwykle nabiera ona tych własności przy utrudnionym jej odpływie.

5) Próchnienie górnych zębów trzonowych (1 i 2 molaris i 2-gi buccalis s. praemolaris). Objaw ten również nie może mieć absolutnego znaczenia rozpoznawczego, gdyż 1) istnieją empyematy zatoki Highmor'i pochodzenia czysto nosowego i 2) zdarza się, że przy caries wymienionych zębów, zatoka najzupełniej jest wolną od sprawy chorobowej.

6) Obecność ropy w środkowym przewodzie nosowym. Jest to rzeczywiście jeden z najwięcej stałych objawów i jako taki może być uważany za jeden z najważniejszych objawów diagnostycznych. Nie jest jednak i on absolutnie pewnym, gdyż może być zależnym od zajęcia innych zatok nosa, które również otwierają się do hiatus se-

milunaris resp. infundibulum—mianowicie zatoki czołowej i komórek sitowych przednich (cellulae ethmoidales anteriores).

Trzy następne objawy posiadają jeszcze mniejsze znaczenie rozpoznawcze. I tak:

1) Obecność polipów w środkowym przewodzie nosa bardzo często się zdarza przy ropotoku zatoki Highmor'a (1:4 Bayer, 1:3 Hartman).

2) Fałda boczna błony śluzowej (laterales Schleimhautwulst, Kaufmann) t. j. przerost przedniej wagi hiatus semilunaris uważaną jest przez niektórych autorów za objaw niewątpliwy empyemu zatoki szczękowej.

3) Wypuklenie ścianki nosowej zatoki Highmor'a (Hartmann) bywa tylko w klasycznych przypadkach tego cierpienia.

Do drugiej grupy t. j. do objawów prawdopodobnych zalicza autor tylko dwa, które dla krótkości nazywa objawami Fraenkl'a i Heryng'a.

Pierwszy polega na tem, że po oczyszczeniu ropy ze środkowego przewodu nosowego, takowa albo ponownie w tem samym miejscu się zbiera, albo następuje to dopiero po nachyleniu głowy ku przodowi i trzymaniu jej parę minut w tej pozycji (Bosworth zaleca leżeć 10 minut na stronie zdrowej). Tak czy owak będzie to niewątpliwą oznaką ropnego zapalenia zatoki szczękowej, w przeciwnym zaś razie, t. j. gdy ponowne zebranie się ropy w przewodzie środkowym nosa nie nastąpiło, zwłaszcza przy nachyleniu głowy, będzie to dowodem, że ropa pochodziła z innych zatok, mianowicie czołowej, lub komórek sitowych przednich, co jest w związku z anatomicznym położeniem tych zatok, a raczej ich otworów.

Drugi objaw polega na metodzie prześwietlania zatoki Highmor'e, która zresztą ma również i swoich przeciwników. Technika jest następująca: w ciemnym pokoju wprowadza się do jamy ust lampkę elektryczną (najlepiej w szpatlu językowym) o sile 5—6 wolt i rozpala się przy zamkniętych ustach, wtedy przednia ścianka jamy Highmora resp. policzek normalnie prześwieca z żywo czerwonym zabarwieniem, przy ropniu zaś zatoki otrzymujemy ciemną plamę, zwłaszcza wyraźnie występującą pod dolnym brzegiem oczodołu.

Wreszcie do trzeciej i ostatniej grupy zalicza autor jedynie objaw pewny, a nim jest przekonanie się od oculos o ropnej zawartości jamy Highmor'a.

Ku temu służą dwie metody: przekłócie próbne i przeplukanie rozpoznawcze.

Co się tyczy pierwszej metody, której autorem jest M. Schmidt, wykonywa się ona najlepiej w dolnym przewodzie nosa (Bresgen radzi w środkowym, co nie jest jednak zawsze bezpiecznem ze względu na bliskość jamy oczodołowej) za pomocą zwykłej strzykawki Pravatz'a z mocną zagiętą

niecio igłą (5—6 ctm. długości), na odległość mniej więcej 3 ctm. od introitus nasi. Rękoczyn to nie bolesny dzięki kokainie. Bardzo rzadko się zdarza, że ścianka kostna jest tak grubą, że punkcyi dokonać nie jesteśmy w stanie. Przepłukiwanie rozpoznawcze, będące jednocześnie zabiegiem leczniczym, zalecane jest przez Ziema, który je wykonywał w przestrzeni międzyzębowej (1 molaris i 2-gi buccalis), Lichtwitz zaś w dolnym przewodzie nosa. Używa się w tym celu cienki trójkąt z pochewką, przez którą wykonywa się przeszprycowanie płynem antyseptycznym, poczem takowy zmieszany z ropą wypływa przez ostium maxillare resp. przez otwory nosowe. W celu uniknięcia zatkania rurki, przez zgęstniałą ropę, autor zaleca uprzednio wlać 4—5 grm. płynu do zatoki, poczem dopiero takową wydobyć po pewnym czasie, przyczem ropna domieszka wykaże nam—z czem mamy do czynienia. Jak rozpoznać cierpienie jednoczesne zatoki czołowej, wikłające empyemat zatoki szczękowej? Hartman w tym celu stosuje przedmuchiwanie powietrzem, przyczem znikają bóle nadczołowe, które wystąpiły w przebiegu cierpienia zatoki Highmor'a. Autor podaje lepszy znak: mianowicie, jeżeli po dokładnem oczyszczeniu zatoki Highmor'a z ropnej zawartości, w krótkim czasie pokaże się ropa w środkowym przewodzie nosa, będzie to niewątpliwym znakiem jednoczesnego ropnego zajęcia zatoki czołowej.

Doświadczenia Weichselbauma, Luca, Lichtwitz'a i innych wykazały, że ropienie w zatoce Highmor'a może być następstwem różnorodnych drobnoustrojów. Na nieszczęście zbyt mało jeszcze odnośnych spostrzeżeń, by wysnuć jakiś związek przyczynowy między naturą danego zarazka, a przebiegiem klinicznym zależnego odeń cierpienia. Słusznie jednak Tissier mniema, że empyematy zależne od pneumococci (np. w przebiegu grypy) mają skłonność do samoistnego wyleczenia, te zaś, które są warunkowane paciorkowcami (streptococci), wymagają już więcej energicznego leczenia, wreszcie najzłośliwsze, najwięcej uporczywe są te postaci, przy których odnajdujemy drobnoustroje mieszane go charakteru.

Jan Sędziak.

205. LICHTWITZ. **O skrytym ropotoku zatoki czołowej rozpoznanym i leczonym przez drogi naturalne.** (De l'émpyéme latent du sinus frontal diagnostiqué et traité par voie naturelle). (*Annales des maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx* nr. 2, 1893 r.).

O ile dokładnie znana jest—zwłaszcza chirurgom—postać klasyczna ropotoku zatoki czołowej, przy której istnieje cały kompleks objawów jak: wypuklenie ścianki ocznej zatoki, ból czołowy, ropny wyciek z nosa—po większej części jednostronny i niestały—o tyle trudnem jest postawienie rozpoznania tego

cierpienia tam, gdzie owych klasycznych objawów brak. Dla tej kategorii—bądź co bądź—rzadkich przypadków autor proponuje nazwę „skrytych”, podobnie jak znanymi są od czasów Ziema i autora „skryte” postaci ropotoku zatoki Highmora.

Przedewszystkiem ropny wyciek może się zdarzać i przy cierpieniach innych zatok (np. Highmora). Autor utrzymuje, że w przypadkach ropienia zatok czołowych, ropa spływa głównie ku tyłowi (do jamy noso-gardzielowej) a to prawdopodobnie wskutek skośnego kierunku (z góry na dół i od przodu ku tyłowi) infundibili, w górnej części którego znajduje się otwór nosowy zatoki czołowej.

Również i ból czołowy niekoniecznie dowodzić ma ropienia zatok czołowych, podobnież i obecność ropy w hiatus semilunaris (przednio-górnej części), gdyż zdarza się to i przy ropieniu w komórkach sitowych przednich.

Jeszcze mniejsze mogą mieć znaczenie rozpoznawcze takie objawy, jak: opukiwanie, osłuchiwanie, wreszcie prześwietlanie (Vohsen) zatok czołowych.

Jedynym nieomylnym objawem rozpoznawczym jest bezpośrednie stwierdzenie ropnej zawartości w zatoce.

Sposoby, ku temu celowi służące, mają jednocześnie i lecznicze znaczenie. Dzielą się one na 3 kategorie:

- 1) Otwarcie zatoki od zewnątrz (trepanacja).
- 2) Przedziurawienie (perforacja) dna zatoki.
- 3) Sondowanie (katetyzacja).

Trepanacja, polegająca na utworzeniu bądź przedniej, bądź ścianki oczodołowej zatoki, stosowaną zwykle bywa w przypadkach klasycznych empyematów. Przy skrytych postaciach po raz pierwszy zastosował ją Ogston. Jak jednak z nią należy być ostrożnym dowodzi choćby przypadek, niedawno przez Mayo Collier'a ogłoszony, gdzie po trepanacji znaleziono zdrowe zatoki czołowe.

Co się tyczy drugiej metody t. j. perforacji dna zatoki od strony nosa, to takowa po raz pierwszy wykonaną była przez Schaeffer'a w r. 1890. W tym celu używał on trójgranca 2 mm. grubości, który wprowadzał między przegrodę nosa i średnią muszlę nosową w kierunku ku górze i przodowi, przyczem słyszy się chrząst łamiących się drobnych blaszek kostnych. Metodę powyższą wypracował autor 1) na trupach — na 12 zatok czołowych zaledwie w 3-ch udało się operacja — i 2) na żywych — na 11 przyp. tylko w 3-ch rezultat był dobry.

O wiele lepsze wyniki otrzymywał autor przy sondowaniu zatok czołowych. Metoda ta po raz pierwszy była zastosowaną przez Jurasza (w 21 przypadkach, z tych 11 z mniejszym lub większym powodzeniem), dalej Hartmana, Grünwalda na żywych, oraz Zuckerkandl'a, Hansberg'a, Katzenstein'a i innych na trupach. Większość tych ostatnich utrzymuje, że sondo-

wanie zatok czołowych możliwym jest w połowie przypadków. Hartmann dowiódł, że oprócz przeszkód ze strony rozdętych komórek sitowych—katetyzacja zatok czołowych może być utrudniona: 1) wskutek znacznego przerostu, lub zgięcia średniej muszli; 2) wskutek znacznego wystawiania wyrostka haczykowatego (*processus uncinatus ossis ethmoidalis*) i 3) wskutek wypuklenia *bullae ethmoidalis*, która wypełnia *infundibulum*.

Autor stosował sondowanie w 13 zatokach czołowych, przy czem w 3 z nich istniały (w 1 obustronnie) takie rozcięcie komórek sitowych przednich, że sondowanie było absolutnie niemożliwym, w pozostałych 9 zatoka czołowa komunikowała z *infundibulum*, bądź za pomocą zwykłego otworu (rodzaj obrączki) w 3 przyp., bądź za pomocą kanału długości 10—12 młm. (w 6 przyp.). Autor radzi dla uniknięcia przeszkód przy sondowaniu wprowadzać sondę resp. kaniulę w kierunku od dołu ku tyłowi, zamiast ku przodowi. Na 13 przyp., w 9 sondowanie udało się autorowi. Zauważył on przytem, że kanał noso-czołowy tworzy linię, idącą od dna orificii nasi do górnego końca *infundibuli*—kąt prawie prosty. I dla tego to kaniula, jaką się autor posługuje przy rozpoznawaniu, jako też leczeniu ropotoku zatoki czołowej, jest na końcu (1 ctm.) za-giętą pod kątem prostym. Grubość kaniuli od 1—2 młm.

Autor sądzi, że wbrew twierdzeniu Hansberg'a nawet tam, gdzie zgłębnik (resp. kaniula) wchodzi na odległość 6 ctm. od dna orificii ext. nasi, nie możemy z całą stanowczością utrzymywać, żeśmy byli w zatoce czołowej, a nie w komórkach sitowych przednich. Tyczy się to jednak tylko zdrowych zatok, gdyż przy ropnem zajęciu tych ostatnich, wylewanie się ropy, jako też ustępowanie nerwobólu czołowego, niezbitcie dowodzi udania się rękoczynu. Na jeden jeszcze objaw zwraca autor uwagę: Oto u osobników, dotkniętych przewlekłym ropotokiem zatok czołowych, sondowanie jest łatwym, a to wskutek zmniejszonej wrażliwości w okolicy otworu noso-czołowego, tak że użycie kokainy w tych razach staje się zbytecznym.

W 7 przyp. autor był w stanie rozpoznać i wyleczyć ropotok zatoki czołowej, jedynie dzięki sondowaniu (w 4 jednostronnie, w 3 obustronnie). W 1 przyp. istniał jednocześnie empyemat zatoki Highmor'a, a w 3 zatoki klinowej.

Wogóle cierpienie istniało oddawna (w 1 przyp. od 24 lat). U wszystkich chorych autor skonstatował obecność polipów nosowych. Wszystkie 7 przyp. nie cechowały się objawami klasycznymi i dla tego zalicza je autor do kategorii „skrytych”. Leczenie polegało na szprycowaniach (1 lub 3 na tydzień) wodą karbolową z następczem użyciem gliceryny jodformowej lub ichtiolowej. Bezpośredni następstwem tego.

leczenia było zniknięcie bólu nadczołowego, oraz mniej lub więcej znaczne zmniejszenie się wycieku ropnego z nosa.

Autor kończy swą obszerną i zajmującą pracę, szczegółowym opisem jednego ze spostrzeganych i leczonych przez siebie w powyższy sposób przypadków. *Jan Sędziak.*

WIADOMOŚCI POMNIEJSZE.

206. **Thiuret, antyseptyk zawierający siarkę.** Thiuret otrzymuje się z phenyldithiobiuretu drogą utlenienia, posiada lekko zasadowe własności, przedstawia się pod postacią lekkiego, bez zapachu, krystalicznego proszku, który się w wodzie prawie wcale, w wyskoku i eterze dosyć łatwo rozpuszcza. Siarka, wchodząca w skład tego preparatu, wydziela się zeń bardzo łatwo. Odkażające własności posiada w znacznym stopniu, jak nas o tem doświadczenia dr. Bluma przekonywają. Na płytkach żelatynowych albo agarowych, pokrytych cieniutką warstwą thiuretu, nie rozwijają się drobnoustroje. Były robione doświadczenia z lasecznikami: czarnej krosty, błonicy, duru brzuszego, cholery kurzej, z bacillus pyocyaneus, strumitis, prodigiosus, staphylococcus pyogenes albus, oprócz tego z wypróżnieniami tyfusowych, z błonkami dyfterytycznymi i z płwociną krupowego zapalenia płuc; w jednym tylko z tych przypadków zauważyć można było w rogu płytki kilka kolonij, we wszystkich innych przypadkach płytki pozostały jałowemi. Thiuret wstrzymuje także fermentację cukru gronowego. Oprócz zasady thiuretu mamy jeszcze i jej sole: jodową, chlorową, borną, kreozotową i podwójną fenolsiarczaną, tę ostatnią uważa dr. Blum na podstawie swych doświadczeń za najlepszą. Phenylthiouthiuret, jest to żółty, lekki, krystaliczny proszek, pozbawiony zapachu, mocno-gorzkiego smaku, rozpuszczalny w wodzie; natomiast w wyskoku, eterze i oleju zupełnie się nie rozpuszcza. Blum powtórzył z nim te same doświadczenia na płytkach co z zasadowym thiuretem i otrzymał te same, co i przedtem wyniki. Z doświadczeń na zwierzętach dowiadujemy się, że sole thiuretu podawane do wewnątrz wywołują biegunkę, niekiedy wymioty, trujących jednakże własności nie zdradzają. (*Deut. Med. Woch. N. 8. 1893.*)

H. Kucharzewski.

207. **Analgen.** Środek ten ze względu na skład swój, jest to ortho-aethoxy-anamonobenzoylamidochilin, przedstawia się pod postacią proszku białego, bez smaku, nierozpuszczalnego w wodzie. W wyskoku rozpuszcza się tylko przy podwyższonej ciepłocie, w słabych roztworach kwasów również się rozpuszcza. W żołądku pod wpływem kwasu analgen rozkłada się na kwas bendżwinowy i na ortho-aethoxy-ana-amidochinolinę. Mocz przyjmując barwę krwawo-czerwoną wskutek kwasu bendżwinowego. Środek ten wypróbowany na zwierzętach, okazał się nie trującym. Lecznicze

działanie jego polega na obniżaniu ciepłoty i uśmierzaniu bólów. Obniżaniu ciepłoty towarzyszą zazwyczaj poty. Analgen jako antineuralgicum był wypróbowany w rozmaitych nerwobólach, jak rwa kulszowa, połowiczny ból głowy, bóle u tabetyków, goście i t. d. Skutek był jednakże często ujemnym. Dawka jednorazowa wynosi 0,5, dzienna od 3,0 do 5,0. (Deut. Med. Woch. N. 8. 1893).

H. Kucharzewski.

208. **Tolysal.** Tolysal jest salicylanem tolypyriny (tolypyriminum salicylicum) przedstawia się pod postacią bezbarwnych kryształków, trudno rozpuszczalnych w wodzie i eterze, łatwo w wysoku. Środek ten okazał się bardzo skutecznym jako antirheumaticum, antineuralgicum i antipyreticum, oprócz tego sprowadza sen, ma również przeciwfermentacyjne i odkażające własności. Tolysal nie wywołuje działania ubocznego, nie ma również działania zbiorowego, ustrój nie łatwo przyzwyczaja się do niego. Jako antirheumaticum okazał się tolysal skutecznymnawet w tych przypadkach, gdzie inne środki jak salicylan sodu, salol, antipyrina, fenacetyna pozostały bez skutku. Dawka jednorazowa wynosi przeciętnie 1,0; dawka dzienna do 8,0 dojść może. (Deut. Med. Woch. N. 8. 1893).

H. Kucharzewski.

209. **Tymacetyna.** Tymacetyna przedstawia się pod postacią proszku białego, krystalicznego, który się w wodzie z trudnością rozpuszcza. Nie ma jeszcze dotąd pewnych danych o fizyologicznem działaniu tego środka. Prof. Jolly pierwszy zaczął go stosować. Tymacetyna zmniejsza nerwowe bóle głowy w dawce od 0,25—1,0 podobnie jak fenacetyna. W niektórych przypadkach wywołała kongestję do głowy, w innych znowu sennosc. Nasenne jej działanie było wypróbowane w 26 przypadkach przezważnie u paralityków i deliryków, z tych w 16 okazała się skuteczną. (Deut. Med. Woch. N. 8. 1893).

H. Kucharzewski.

210. **Paul Guttman. O Tolypyrynie.** Tolypyryna, jest to bezbarwny, krystaliczny proszek, bardzo gorzkiego smaku, nie rozpuszczalny w eterze, a łatwo w wodzie i wysoku. Reakcje daje te same, co antipyrina, i obniża ciepłotę ciała. Wyniki lecznicze, otrzymane przy pomocy tego środka, były bardzo pomyslnie. Dając choremu 4 grm.—co godzina po 1 grm., widzimy, że ciepłota ciała spada o $1\frac{1}{2}$ —2° C. W małej tylko ilości przypadków zwolnienia przekroczyły 3° C. Działanie przetworu szybko występuje: już w ciągu pierwszej godziny ciepłota stopniowo zaczyna opadać, a w 5 godzin po użyciu obniżka ciepłoty dochodzi do minimum. Z ustaniem działania leku ciepłota ciała zaczyna powoli się wznosić, tak, że chorego trzymać możemy na niskim poziomie gorączki 12—18 godzin, jeśli pierwsza dawka środka zadana była o 12-iej w południe. Spadkowi ciepłoty zazwyczaj towarzyszą obfite wydzieliny potów, zwłaszcza na twarzy, jak to ma miejsce przy wszystkich silnych środkach przeciwgorączkowych. Porównywając działanie tolypyriny i antipyriny w 3-ch przypadkach tyfusu, w 1 róży i w 1 zakażenia krwi, autor odnośnie całości przebiegu w skutkach obu tych środków w ogóle nie widzi różnicy; bardziej jednak zadowolony jest z tolypyriny, która nigdy

ubocznych przypadłości nie sprowadza. Przy gościu wielostawowym tolypyryna nie mniejszą ma wartość, niż przetwory salicylowe, a jako antineuralgicum nie mniej pewnie działa, jak antipyryna. Na zasadzie tedy swoich spostrzeżeń klinicznych Guttman przychodzi do wniosku, że tolypyrynę stosować można do takich samych celów leczniczych, co antipyrynę. *L. Wilk.*

211. Neuman opisuje **przypadek wrodzonej marskości wątroby u 4-miesięcznej dziewczyny**, u której zaraz po urodzeniu zauważono żółtaczkę, niezabarwione cuchnące stolce, powiększenie znaczne wątroby. Za życia postawiono rozpoznanie: zamknięcie wrodzone światła dróg żółciowych. Chora zmarła na zapalenie płuc. Przy oględzinach pośmiertnych stwierdzono, drożność duct. choledochi et hepatici, a natomiast typową marskość wątroby. Pochodzenie przymiotowe sprawy wobec braku danych anamnestycznych, oraz braku cierpienia kości, autor wyklucza. Cierpienie na zasadzie badania, niewątpliwie, powstało w życiu płodowym po urodzeniu rozwijało się coraz bardziej. (Berl. Kl. Wochschr. 19. 1893). *J. Zawadzki.*

212. Na pos. z d. 28/III b. r., dr. Lasser demonstrował w tow. berlińskim przypadek wyleczonego **ulcus rodens** za pomocą iniekcji i podawania do wewnątrz **arseniku**. Wstrzyknięto 0,2 grm. natri arsenicosi w 1% roztworze (po 0,01 pro die), podając współcześnie sol. Fowleri do wewnątrz, zabliznienie było zupełne. Współcześnie pokazywał chorą, u której po 3 miesiącach zabliznienie wrzodu, otrzymane tą drogą, okazało się zupełnem. (Berl. kl. W. 19, 1893). *J. Z.*

213. **O czynnościach żołądka** miał wykład v. Meschring na zjeździe w Wiesbaden. Autor zajął się pytaniem, o ile żołądek zdrowy wchłania wodę. Dla rozstrzygnięcia pytania posługiwał się psami z przetoką stałą żołądka. Z doświadczeń wynika iż woda nie wchłania się w żołądku, ale wypływa przez przetokę w ilości zwiększonej wskutek przymieszki soku żołądkowego. Zwiększę odczuwa silne pragnienie, które ugasić można, wprowadzając wodę wprost do dwunastnicy. Wody gazowe szybciej opuszczają żołądek. Wysokok wpływa na zwiększenie ilości wydalanego przez przetokę płynu, skutkiem zwiększenia wydzielania soku, osobliwie jeżeli wyskok wiano do żołądka poprzednio wypełnionego płynem. Tak samo działały roztwory 4% soli kuchennej. Obecność płynu w żołądku rozszerzonym objaśnia autor właśnie trudnością, wchłaniania przez błonę śluzową żołądka, a na mocy swych doświadczeń radzi w tych razach bezwarunkowo unikać wysokoku. Pokarmy stałe, według doświadczeń opuszczają żołądek zdrowy później, niż płyny. *J. Zawadzki.*

214. Dr. Hans Deyle ogłasza w „Wiener Mod. Presse” spostrzeżenia swoje nad **działaniem pilokarpiny w dławcu**. Dodatni wpływ tego środka ujawnia się dosyć szybko: oddech robi się swobodniejszy, kaszel więcej wilgotny, wykrztuszanie obfitsze. Autor uważa dawkę 0,03—0,04 na dobę za zupełnie wystarczającą, chociaż inni autorzy, jak Plattfuss daleko większą zalecają. Ubocznego działania pilokarpiny nie spostrzegął autor ani razu. Środek ten

używał pod zwykłą postacią soli chlorowej w roztworze wodnym lub też w połączeniu z naparem wymiotnicy. *H. K.*

215. Dr. Fornaca stosował na oddziale Bozzolo w Turynie **Cetrarynę** u chorych na blednicę i anemię w dawce po 0,2 dziennie w 4 pigułkach, t. j. po 0,05 w każdej. Otrzymał przytem znaczną poprawę łąknienia, oraz powiększenie ilości czerwonych ciałek i hemoglobiny we krwi. *W. J.*

216. Prof. Paweł Fleschig wygłasza w Neurolog. Centralbl. **nową metodę leczenia padaczki**, która się skuteczniejszą okazuje od stosowanej dotychczas. Polega ona na skombinowanym leczeniu **makowcem i bromem**. Początkowo podaje się tylko makowiec pod postacią wyciągu 2—5 razy na dzień po 0,05(?); następnie powiększa się dawkę dzienną do 1,0(?). Po mniej więcej 6 tygodniach odstawia się makowiec, i zamienia dużemi dawkami bromu (około 7,5 dziennie), które się koło dwóch miesięcy choremu podaje; a następnie stopniowo zmniejsza do 2,0 dziennie. Główne działanie zdaje się polegać tu na raptownem odstawieniu makowca i zamianie na bromek. Makowiec działa tu tylko przygotowawczo, ułatwia oraz wzmacnia wpływ bromu. Autor zachwala tę nową metodę, widział niejednokrotnie dobre wyniki w przypadkach ciężkich, gdzie już wszelka nadzieja była straconą. (Wien. Med. Pr.).

H. K.

217. **Czy potrzebne są poduszki?** Niezbyt dawno dowodził dr. J. Menli, że będące w ogólnem użyciu spanie na poduszkach, nie jest wcale odpowiedniem, że natomiast położenie głowy podczas snu na jednym poziomie z całym tułowiem i nogami, przedstawia pewne korzyści pod względem higienicznym i leczniczym. Dr. Fischer (Allg. Med. Centr.—Zeit. 1893) zajął się obecnie tą kwestyją ponownie i przyszedł do przekonania, że senność po przebudzeniu się w tych warunkach mija znacznie prędzej, a miejsce jej zajmuje uczucie rzeźkości. W poziomem położeniu łatwiej zasnąć nawet przy silnym bólu głowy, który potem ustępuje. Zjawiska te łatwo sobie wytłómaczyć: ruch krwi i limfy staje się w tych razach ułatwionym, dzięki czemu, nagromadzone w skutek czynności mózgu, produkty przemiany materii zostają szybciej usunięte. Leczniczy wpływ spania bez poduszek najwidoczniej występuje przy zaburzeniach nerwowych, wywołanych niedokrwistością, a więc niedostatecznem odżywianiem mózgu i mleczą; również niezaprzeczonem jest dodatni wpływ jego jako środka zapobiegawczego przy dziedzicznym usposobieniu do chorób płuc, oraz w początkach cierpień tego organu. Godnym jest polecenia przy hemoroidach, rupturach, nerce wędrującej, zbyt częstych zmazaniach nocnych. Dodatni wpływ niskiego położenia głowy w tych razach zależy prawdopodobnie od mniejszego napływu krwi do organów miednicy i dolnej części brzucha. Co się tyczy zastosowania tego sposobu leczenia, to przedewszystkiem należy zaczynać go wcześniej i przeprowadzać stopniowo, unikając przejść zbyt gwałtownych. *Fr. G-yc.*

PRZEGLĄD BIBLIOGRAFICZNY.

A. Sokołowski. **Leczenie klimatyczne suchot płucnych.**
Odez. klin. S. V. Z. 5, Warszawa 1893 r.

Bardzo na czasie wyszła broszura pod powyższym nagłówkiem, jest to chwila bowiem, kiedy każdy z lekarzy oblegany jest przez pacjentów, szukających u niego porady, dokąd wyjechać na lato. A z pośród licznej rzeszy, zasięgających w tym kierunku naszego zdania, niewątpliwie suchotnicy zajmują jedno z miejsc naczelnych. To też za zasługę przeczytać należy autorowi, iż właśnie w najgorszej chwili dał lekarzom w rękę treściwie i krytycznie rozebraną kwestyję leczenia klimatycznego suchot płucnych. Autor skromnie postawił sobie zadanie: lekarzom młodym, mało obeznanym z leczeniem klimatycznym, dać do ręki krótki zarys, czego spodziewać się należy po tej metodzie leczniczej i jakich wskazań trzymać się trzeba, by wynik był pomyślny.

Bo że wynik nawet bezwzględnie pomyślny otrzymać można — nie ulega wątpliwości. Czynniki higieniczno-klimatyczne są w możności uleczyć sprawę gruźlicze lub przynajmniej odwlec na czas dłuższy koniec fatalny, zapewniając choremu znośną egzystencyję. Aby jednak nie wyciągać zbyt pochopnie wniosków co do klimatyczno-dyetycznego leczenia i wogóle w ocenianiu wyników leczniczych niezbyt dalekie wyprowadzać konsekwencyje — słusznie, przestrzega autor, przytaczając 2 przykłady z własnej praktyki, gdzie w najgorszych warunkach bytu, samoistnie wystąpiła poprawa długotrwała.

Nie możemy dla braku miejsca streszczać całego odczytu — rzecz to zresztą zbyt techniczna, gdyż znajdzie się on niewątpliwie w rękach każdego lekarza — chcemy tylko zwrócić uwagę na kilka uwag słusznych, zawartych w tej pracy. Do takich zaliczamy nader umiejętnie przeprowadzony rozbiór krytyczny wszystkich metod leczniczych suchot płucnych; naturalnie, autor jak i wszyscy lekarze, pojmujący istotę choroby, skłania się ku leczeniu dyetyczno-klimatycznemu.

Rozbiór tych warunków zajmuje większą część odczytu, a więc mamy tu rozbiór działania klimatu wysoko-górskiego i podalpejskiego, gdzie nasze stacyje znalazły należyte uwzględnienie, dalej mamy wyniki stosowania leczenia stepowego, nadmorskiego, przestrzeni leśnych, leczenia klimatem południowym, wreszcie leczenie klimatem swojskim, na co autor szczególnie kładzie nacisk.

Kogo i dokąd wysyłać, rzecz to uwzględnienia pojedynczych wskazań i warunków, rozebranych w broszurze, w całej jednak omawianej pracy, jak melodyja w sonacie, powtarza się jeden nader ważny motyw dłuższej w danem miejscu kuracyi. Autor na każdym kroku stara się przekonać czytelnika o tej niezbitiej prawdzie, iż t. z. „sezon“ przy leczeniu gruźlicy płuc, rzecz raczej szkodliwa, niż pożyteczna, wszędzie, gdziekolwiek choremu pobyt zalecimy, musi on pozostawać czas dłuższy, gdyż suchoty płucne

to sprawa, która w ciągu kilku tygodni ustąpić nie może, ani też choćby przycichnąć na czas dłuższy.

Słowa uznania również należą się autorowi za ostrzeżenie przed wysyłaniem (quand même) do odległych stacyj klimatycznych chorych mało zamożnych. Chory taki w nowych, nieraz gorszych warunkach bytu, więcej straci, niż zyskuje, a lekarz słusznie na zarzut karygodnej lekkomyślności zasłużyć może.

Chorych takich stokroć lepiej leczyć w domu, klimatem swoim, a wyniki otrzymane tą drogą zagranicą (Anglija, Francuja) a w części i u nas, zachęcać mogą do otwierania w stosownych warunkach takich uzdrowisk.

Również gorąco przemawia autor za utworzeniem specjalnych sanatoryjów dla biednych suchotników.

Broszura jest pisana żywo, czyta się z zajęciem, to też praca ta zasługuje na najszersze rozpowszechnienie. *J. Zawadzki.*

Wł. Wierzbowski. Poradnik lekarski w chorobach wenerycznych. Warszawa 1893. Nakładem autora.

Krótkim zapoznaniem czytelnika z budową narządów płciowych męskich i żeńskich, autor poprzedził opis właściwych chorób wenerycznych.

Po zwięzłym i jasnym opisanu objawów trypra, szankra i przymiot, jak również powikłań, wywoływanych temi cierpieniami, znajdujemy sposoby i główniejsze znane środki zaradcze, używane w celu zabezpieczenia się od zarażenia.

Niezależnie od tego, czytelnik znajduje wskazówki, jak ma się zachowywać w przebiegu już rozwiniętej choroby i podczas leczenia tejsze.

Wykład popularny autora nie wkracza w dziedzinę subtelności, dostępnych jedynie dla lekarzy, a przez to samo czyni przedmiot zrozumiałym dla każdego czytelnika. *J. Wojciechowski.*

KRONIKA MIESIĘCZNA.

— Pomoc lekarska w fabrykach warszawskich.

Od lat kilku istnieje rozporządzenie inspekcji fabrycznej dotyczące pomocy lekarskiej w fabrykach, zajmujących więcej 100 osób. Rozporządzenie to, mające na celu podanie bezpłatnej pomocy oraz nadzór sanitarny nad fabryką, powitane zostało przez dobrze myślących ludzi z aplauzem. Lekarz, jako higienista, miał pole do działania niemałe, wskazując właścicielowi braki, których usunięcie powodowałoby zanik lub przynajmniej zmniejszenie ilości chorób zawodowych, mógł starać się o polepszenie ogólnych warunków higienicznych w fabryce, a nadto, zbliżając się bezpośrednio do ludności robotniczej, wpajać w nią zasady higieny i w jej sprawach być zawsze gotowym doradcą.

Nie wyczerpuje to bynajmniej zadań lekarza fabrycznego. Wia-

domo, że ludność robocza zazwyczaj korzystała z pomocy prawie wyłącznie felczerskiej — czemu — kwestyja to, którą obszerniej omówić wypadnie na innym miejscu, zostawiamy ją na boku, tymczasem zaznaczyć jednak musimy, iż właśnie lekarz fabryczny ma pole do zwalczania owego szkodliwego dla robotników nawyknienia, starając się o zyskanie zaufania. Ponieważ ludność robocza jest ciągle w styczności z pozostałą ludnością mniej inteligentną, wpływ ten rozpostarłby się na szersze warstwy, wszczepiając w ludność przekonanie o skuteczności i dostępności pomocy lekarskiej.

Nie będę, naturalnie, wspominać o pierwszym zadaniu lekarza podawania skutecznej i racjonalnej pomocy, co dla ludności biednej jest prawdziwym dobrodziejstwem wobec ciężkich warunków bytu w mieście.

Przy takim pojęciu obowiązków lekarza fabrycznego korzyść dla ludności roboczej i dla całego społeczeństwa, niewątpliwie, byłaby wielka, a wpływ nowej tej względnie instytucyi byłby niezaprzeczenie dodatni.

Niestety jednak, dotąd owoców z ustanowienia lekarzy fabrycznych nie widać, a częstokroć natomiast odczuwa się szkodę.

Jakże bo to rozporządzenie wygląda w praktyce?

Z pośród lekarzy fabrycznych w naszym mieście naliczyć moglibyśmy niewielu, którzy obowiązki swe pojęli dokładnie i niosą w swym zakresie pomoc skuteczną powierzonemu ich pieczy kontyngensowi robotników, większość spełnia swe obowiązki w sposób, który nietylko nie przynosi im chluby, ale dyskredytuje stan lekarski w oczach ludności, która tych panów identyfikuje z ogółem lekarzy. Stąd też pochodzi, że znaczna liczba robotników szuka pomocy lekarskiej u felczarów, bądź też u innych lekarzy, a i w tym ostatnim razie narażoną jest na szykany ze strony lekarza fabrycznego, który nie chce poświadczać recept innych lekarzy, co równa się niemożności otrzymania darmo na koszt fabryki lekarstwa. Panowie ci, często kuzynkowie lub protegowani pp. fabrykantów, zostają lekarzami fabrycznymi li tylko dla pensyi, która dla nich stanowi wyborną synekurę, to ludzie, którym wcale nie zależy na dobru robotników, ale chodzi raczej o dobro fabrykanta. Stąd też, potakując zazwyczaj wszelkim jego rozporządzeniom, unikają starannie kolizyj, na czem higienia fabryki niewątpliwie nie zyskuje. Dla tych panów, poniżających godność naszego stanu i depczących wszelką etykę, zarówno ogólnoludzką, jak i lekarską, stosunki w sferze przemysłowej są bardzo wygodnym środkiem do zdobycia kilku fabryk, gdzie bywają rzadko, całą pieczę powierzając felczarom lub spychając pracę na ambulatoryja szpitalne.

Jest jeszcze inny rodzaj lekarzy fabrycznych niemniej szkodliwych, choć lepszymi ożywionych chęciami. Do tej kategorii zaliczają się lekarze, którzy z tych lub innych powodów mają po kilka fabryk i to bardzo licznych. Ludzie to zazwyczaj niezamożni, pomimo usiłowań wszelkich nie są w możności odpowiedzieć zadaniu wprost z powodu nawału zajęć. Dzień cały mają zajęty, a nie mogąc zadowolnić się skromnem zazwyczaj wynagrodzeniem, szukać

muszą uzupełnienia dochodów w wolnej praktyce, która, rozwijając się wśród sfer mało zamożnych, wymaga większego nakładu czasu i pracy i stanowi przeszkodę w sumiennem wykonaniu zobowiązań względem fabryk. I oni z konieczności dają problematyczną pomoc, dyskredytując ją w oczach ogółu.

Inną wreszcie kategorię lekarzy fabrycznych stanowią lekarze, zajmujący posady rządowe, które zazwyczaj mało zostawiają im czasu do pełnienia przyjętych obowiązków lekarza fabrycznego. Do nich stosuje się wydane w ubiegłym miesiącu rozporządzenie p. oberpolicmajstra, żądające ograniczenia liczby fabryk, obsługiwanych przez lekarza do liczby 3, oraz wykluczające zajmowanie posad fabrycznych w obrębie cyrkułów, gdzie pełnią obowiązki urzędowe.

Z pośród lekarzy fabrycznych istnieje jednak garstka takich, co pojęli swe zadanie i chcą je spełniać ze wszelką sumiennością i z pożytkiem, doła ich jednak nie zawsze jest do pozazdrośczenia, za małą płacę wyzyskiwani są zarówno przez fabrykantów, jak i robotników, którzy, korzystając z ich gotowości, częstokroć nocą potrafią wezwać do chorego, który bez wielkich dolegliwości i szkody mógłby albo zejść do lekarza, lub zaczekać do rana. To też garstka takich lekarzy fabrycznych zmniejsza się coraz bardziej, a zastępują ich ludzie, którzy w walce o byt nie zawsze prostemi chadzają ścieżkami.

Ileż bo razy zdarza się, iż lekarz fabryczny, najsumienniejsze spełniający swe zadanie, ni stąd, ni zowąd, otrzymuje dymisyję i dowiaduje się, iż miejsce jego zajął protegowany lub, co gorzej, „kolega“, który zaofiarował się spełniać obowiązki o 50% taniej. Fakty takie, niestety, zdarzają się coraz częściej, a nie są chyba podkładem do podtrzymania godności naszego stanu wśród społeczeństwa. Niestety, wobec braku u nas izb lekarskich nie mogą być publicznie piętnowane w należyty sposób.

Oto stan kwestyi lekarzy fabrycznych w chwili obecnej. Nie malujemy go zbyt jaskrawemi barwy: każdy, kto starałby się kwestyję tę zbadać, przyjdzie do jednakowego z nami wniosku. Nie wahamy się dotknąć tej rany, gdyż naszym obowiązkiem, jako pisma, jest ostrzedz przed złem, które wypełnić należy.

Raz wreszcie należałoby kwestyję tę postawić jasno, określić ściśle obowiązki lekarza fabrycznego, maximum ilości robotników, jaką obsługiwać może lekarz, oraz stosunek jego do fabrykanta.

Zdaje się, dwa lata temu, podniesiono kwestyję, która poniekąd rozcinałaby dzisiejszy stan rzeczy. Słusznie zauważono, iż wobec rozwoju rozmaitych specjalności pomoc jednego lekarza jest niewystarczającą i że w fabryce, obok internisty, powinien być chirurg, akuszer i okulista. Przeciwko projektowi temu nie mieć nie można. Mogłyby się utworzyć konsorecya lekarzy, którzyby rozdzielili fabryki między siebie, obsługując chorych według specjalności i dzieląc się, w prostym stosunku do wyłożonej pracy, przeznaczoną pensyją. Internista musiałby współcześnie wziąć na siebie nadzór sanitarny. Byłby to postępek niewątpliwy, nie kusimy się jednak nawet oto, aby to miało być rozwiązaniem kwestyi.

Kwestyje takie, jak omawiana, nie rozstrzygają się pociągnięciem pióra; potrzebna jest dyskusja wyczerpująca, nim wniosek jakiś postawić się uda. My zrobiliśmy swoje, zwracając uwagę ogółu lekarzy na zło, które wspólnymi siłami zniszczyć należy. Otwieramy pismo nasze dla dyskusyi w tej kwestyi, sądząc, iż zainteresuje naszych czytelników.

J. Zawadzki.

— Kol. Władysław Janowski, członek naszej redakcyi, po obronie dysertacyi p. n. „Przyczynki do anatomii patologicznej marskości żółciowej wątroby u człowieka,“ w dniu 21 z. m., otrzymał stopień doktora medycyny.

— W uzupełnieniu naszej wzmianki w zeszłym zeszycie nadmieniamy, iż z nagrody im. Gossaill kol. Sędziak, prócz 1,000 fr., otrzymał medal złoty.

— Kol. L. Nencki został zaproszony na członka honorowego „Association internationale pour le progrès de l'hygiene à Gand“.

— Dnia 9 maja, Inspektor urzędu lekarskiego, dr. Troickij, miał w sali ratuszowej odczyt o stanie sanitarnym Warszawy, opracowany na podstawie spisu domów i mieszkań zebranego w r. 1891. Program odczytu był bardzo obszerny i obejmował następujące punkty: I. Przedmiot sanitarnej statystyki jako nauki; wpływ urządzeń sanitarnych na śmiertelność i chorobowość w różnych krajach, państwach i miastach. Doniosłość badań dotyczących oceny warunków bytu i stanu mieszkań miejskiego zaludnienia celem wykrycia przyczyn zwiększenia śmiertelności i chorobowości w miastach. Wyniki sanitarnej rewizyi domów i mieszkań w Warszawie. Materiał faktyczny, dający się zużyć dla oznaczenia warunków zdrowotnych w domach i mieszkaniach. Podział Warszawy na 7 sekcyj, 25 grup i 90 okręgów. Rozmieszczenie i gęstość zaludnienia w grupach i okręgach tychże grup m. Warszawy. Liczba domów mieszkalnych w mieście i ich rozmieszczenie w różnych grupach. Wielkość domów i ich zaludnienie. Charakterystyka warszawskich domów pod względem higienicznym: kanalizacyja, wodociągi, sposoby oświetlania, usuwanie nieczystości i t. d. II. Ogólna liczba mieszkań w mieście. Rozmiary mieszkań warszawskich; stosunek pomiędzy rozmiarami pomieszczeń, a wahaniami w śmiertelności i zachorowań wśród osób je zajmujących; części składowe pomieszczeń i sanitarne w nich urządzenia. Liczba mieszkań z kuchniami, przedpokojami, klozetami i wannami; rozmieszczenie mieszkań w okręgach 25-u grup miasta Warszawy. Mieszkania w mansardach i suterynach, Warunki sanitarne mieszkań suterynowych. Środki dla polepszenia warunków sanitarnych w mieszkaniach suterynowych. Liczba mieszkań jednoizbowych w ścisłym znaczeniu, oraz % zajmujących je mieszkańców. Średnie wymiary jednoizbowych mieszkań, gęstość zaludnienia i średnia ilość powietrza przypadającego na jednego mieszkańca. Stosunek liczebny pomiędzy ogólną gęstością zaludnienia w mieście, a gęstością w jednoizbowych mieszkaniach. Śmiertelność z zaraźliwych chorób w Warszawie za ostatnich lat 7; stosunki śmiertelności w okręgach grup m. Warszawy.

Część tego materiału była już opracowana poprzednio, mia-

nowicie mieszkania stróżów przez prof. Kowalkowskiego i mieszkania suterynowe przez dra Swiatłowskiego. Przy odczycie, zawierającym bardzo wiele danych cyfrowych, prelegent posiłkował się pięknymi tablicami diagramicznymi (30), przygotowanymi przez p. Ciemniwskiego, pracownika biura statystycznego, oraz mapami topograficznymi miasta, których znaczną liczbę otrzymali słuchacze w celu łatwiejszego oryentowania się. Odczyt będzie ogłoszony drukiem w „Zdrowiu“, tu nadmienimy parę tylko danych. Co do gęstości zaludnienia, Warszawa zajmuje pierwsze miejsce po Paryżu; około 15% domów posiada kanalizację; 3% nie posiada wcale ustępów; 46% mieszkań są lokale jednopokojowe. Ze względu że na małe mieszkania jest największy popyt, zachęca prelegent przedsiębiorców do budowy domów z odpowiednimi mieszkaniami, co stanowić będzie z jednej strony dobrą operację finansową, a z drugiej odda miastu i biedniejszej klasie mieszkańców niemłą usługę pod względem sanitarnym.

— Dnia 3 b. m. odbył się jubileusz pięćdziesięcioletniej pracy naukowej i profesorskiej prof. *Jerzego Aleksandrowicza*. Jubilat w społeczeństwie naszym cieszy się tak powszechnym szacunkiem i tyle zasług rzeczywistych na polu obywatelskiem płożył, że i my poczuwamy się do obowiązku złożyć mu hołd publiczny w dniu półwiekowej jego pracy, tembardziej, iż całe pokolenia lekarzy kształcił przez długie lata w botanice.

Jubilat urodził się w 1819 r. w gub. Suwalskiej, a po ukończeniu gimnazjum w Sejnach studyjował nauki przyrodnicze na uniwersytecie petersburskim. Jako student za pracę p. t. „Rodzina wrzosowatych okolic Petersburga“, otrzymał medal złoty. Po uzyskaniu w 1843 r. stopnia kandydata nauk przyrodniczych, aż do otwarcia Akademii medyko-chirurgicznej w Warszawie, wykładał nauki przyrodnicze w gimnazjum, w r. 1857 objął w Akad. med. chir. katedrę botaniki, zoologii i anatomii porównawczej, a po otwarciu Szkoły Głównej zatrzymał w niej pierwszą z zajmowanych katedr. Współcześnie piastował urząd dyrektora ogrodu Botanicznego, który jego staraniom wiele ma do zawdzięczenia. Po zamknięciu Szkoły Głównej, wykładał dalej botanikę aż do r. 1878. Po ustąpieniu z pola działalności profesorskiej szanownego jubilata, spotykamy się wszędzie, gdzie trzeba było szlachetnej inicjatywy: on to założył Szkołę ogrodniczą, jego staraniom Towarzystwo ogrodnicze zawdzięcza swe powstanie i świetny rozwój. On pierwszy dał impuls do zajęcia się pasiecznictwem u nas. A rozliczne te zajęcia pozwalają mu jeszcze przyjmować czynny udział w piśmiennictwie, jako członkowi komitetu redakcyjnego „Wszechświata“ i „Pamiętnika Fyzjograficznego“.

Prac jego naukowych z dziedziny botaniki wyliczać nie będziemy, nadmieniamy tylko, iż rozprawa doktorska o budowie i rozwoju zarodków u śluzowców zjednała mu imię w nauce i zaszczytne w pośród botaników miejsce.

Z okazji odbytego jubileuszu nie pozostaje nam nic innego, jak życzyć sz. jubilatowi długich lat płodnej działalności.

— Znany w szerokich kołach Warszawy, zarówno ze swej

działalności jako lekarz praktyk, jako też działacz społeczny, d-r med. Ludwik Natanson obchodził w tym czasie swój 50-letni jubileusz zawodu lekarskiego. Warszawskie Towarzystwo Lekarskie na posiedzeniu dnia 25 kwietnia wybrało dr. N. na swego członka honorowego. 6-go zaś czerwca liczne grono kolegów-przyjaciół jubilata uczciło go obiadem, na którym wypowiedziane zostały mowy podnoszące różnorodne jego zasługi. Dr. L. N. wspólnie z Helbichem i Le Brunem założył w roku 1847 pismo pod tytułem Tygodnik Lekarski, które redagował przez lat kilkanaście. W roku 1858 ogłosił: „Krótki rys anatomii ciała ludzkiego“, w którym poświęcił zasługę dla terminologii polskiej tego działu medycyny. W latach 1863—1865 był prezesem W. Tow. Lek.

Dr. N. ogłosił drukiem cały długi szereg prac; ulubionym jego przedmiotem była higiena, której poświęcił i ostatnie swe dzieło (Higiena popularna) i której był nieustrudzonym rzecznikiem, jak to widać z jego udziału we wszystkich ważniejszych projektach i robotach, mających styczność ze zdrowiem publicznem.

— Podobno budowa nowego szpitala żydowskiego na Czystem, ma się rozpocząć jeszcze w r. b.

— W Warszawie ma powstać szpital specjalny dla oficyalistów kolei petersburskiej, nadwiślańskiej i terespolskiej.

— „Okraina“ donosi, że w tym czasie w Samankardzie sędzia pokoju skazał na karę więzienną jednego z podsądnych cierpiącego na trąd. Fakt ten wywołał wśród miejscowej ludności przykre wrażenie. Źródło cytowane nie podaje, czy w miejscowem więzieniu są osobne pokoje dla trędowatych. (Już, R. M. G. 15).

— Dr. Nevinny, docent wszechnicy wiedeńskiej, został powołany na nadzwyczajnego profesora farmakologii do Insbruku.

— Dr. Beneke, prosektor książęcego szpitala w Brunzdwigu, habilitował się jako prywat docent dla anatomii patologicznej i patologii ogólnej na wszechnicy w Getyndze.

— W dniach 25, 26 i 27 Maja r. b., odbył się zjazd niemieckich ginekologów we Wrocławiu. Zjazd zgromadził wszystkie powagi świata naukowego ginekologicznego niemieckiego, a także byli obecni prof.: Mars i Rydygier z Krakowa, Święciecki z Poznania i Schuman z Torunia. Dziwne, że tak ciekawy zjazd nie zachęcił tutejszych ginekologów do przyjęcia udziału (tylko dr. Neugebauer) w pracach i dysputach. Były przedstawione dwa tematy do dysputy: 1) Symphyseotomia referowana przez prof. Zweygla z Lipska. 2) Operowanie przypadków macicznych (adnexoperationen) (wskazania do operowania, technika i następstwa), operował prof. Schantz z Wiednia. Nad obu temi tematami była bardzo ożywiona dysputa. (Obszerne sprawozdanie podam później ze wszystkich prac). Trzecią kwestyją bardzo omawianą było operowanie raka macicy. Przedstawiali w tej kwestyi swoje prace: Herzfeld, Sängner, Winter, Th. Landan i Martin. Dr. Winter z Wrocławia przedstawił ładną pracę z demonstracją rysunków i przyrządów z cystoskopii. Dr. Neugebauer demonstrował rysunki, fotografie z preparatów, odnoszące się do hermofrodytyzmu. Najpiękniejszą rzecz przedstawił prof. Mars z Krakowa, mianowicie atlas plastyczny do

celów dydaktycznych. Wszystkie operacje ginekologiczne są przedstawione na modelach, wykonanych z gipsu. Każda operacja jest oddzielnie przedstawiona, tak że każdy może wziąć model do ręki i widzi dokładnie, gdzie cięcie trzeba przeprowadzić, gdzie ligaturę założyć i t. d. Jest to praca, zasługująca na wielkie uznanie, to też cały zjazd prof. Marsowi dziękował za tyle pracy i trudu dla wykonania tak pożytecznej i pięknej rzeczy. *St. Kurtz.*

— Prof. chirurgii w Lyonie, Gayet, obserwował chorego z aneuryzmatem tętnicowo-żylnym carotid. interna, oraz sinus cavernosi w następstwie złamania czaszki. Chory wyzdrowiał bez zabiegów leczniczych. Przy wypisywaniu z oddziału prof. G., chcąc w jakikolwiek sposób zagwarantować sobie możliwość przekonania się w razie przypuszczalnej bardzo autopsji chorego (starego pijaka) o stanie rzeczy w mózgu w tym ciekawym przypadku, wytatuował choremu na skórze (za jego zgodą) następujące słowa: „Anévrysme arterio-veineux du sinus caverneux guer! Prière d'autopsier“. *Progrès Medical* (18) podaje tę wiadomość w humorystycznej korespondencji pod tytułem: „Sposób odnajdywania swych chorych“.

— W *Indépendance Médicale de Barcelone* znajdujemy ciekawy przypadek znalezienia *ascaris lumbricoides* w ropmiu. Dr. Martines, który obserwował chorą, początkowo leczył ją na gorączkę gastryczną. Po ustąpieniu wszelkich objawów, chora wskazała na guz wielkości jaja kurzego na wewnętrznej stronie prawego uda. Guz był twardy, skóra nad nim niezmienną. Dr. M. przepisał maść z jodkiem ołowiu. Po 3-ch dniach został wezwany z powodu bólów na miejscu guza i zastał silne zapalenie powłok nad guzem ze zgorzelą miejscową. Po usunięciu zmartwiałych części skóry, znalazł całe gniazdo (11) glist, długości 10 ctm. Po usunięciu glist szybko nastąpiło zagojenie. (*Journ. de la Santé*, nr. 489, 1893 r.).

— Ze strony komitetu kongresu międzynarodowego lekarskiego w Rzymie przyszło zapytanie do Berlina, czy można się obawiać epidemii cholery w tym roku i czy wskutek tego nie należałoby odroczyć kongresu do przyszłego roku. Rządowa komisja niemiecka pod przewodnictwem Virchowa odpowiedziała przecząco na to zapytanie.

— Na przewodniczących 15 sekcjom na kongresie w Rzymie wybrano: 1. Anatomija, profesor Toradzo (Rzym). 3. Patologija ogólna i anatomija patologiczna, profesor Biżozero (Turyn). 4. Farmakologija, profesor Semmola (Neapol). 5. Medycyna wewnętrzna, profesor Baccelli (Rzym). 6. Chirurgija, profesor Durante (Rzym). 7. Położnictwo, prof. Pasquale (Rzym). 8. Laryngologija, prof. Massei (Neapol). 9. Choroby uszów, prof. de Rossi (Rzym). 10. Okulistyka, prof. Raymond (Turyn). 11. Medycyna i chirurgija polowa, Baroffio (Rzym). 12. Hygiena, prof. Pagliani (Rzym). 13. Dermatologija, prof. de Amicis (Neapol). 14. Medycyna sądowa, prof. de Creichio (Neapol). 15. Dentystyka, dr. Couilliaux (Mediolan).

— Na przedstawienie rządu Indyi Wschodnich, komitet XI międzynarodowego kongresu lekarskiego w Rzymie postanowił utwo-

rzyć oddzielną podsekcję w sekcji higienicznej, która wyłącznie zajmie się badaniem cholery.

— W Chicago urządzone zostało biuro informacyjne dla lekarzy, udających się na wystawę kolumbijską. Każda narodowość ma tam osobnego sekretarza. Prezesem tego pożytecznego biura jest dr. Washington Earle, do którego po informacje udawać się trzeba.

— W Stanach Zjedn. Ameryki ma obowiązywać następujące prawo: Emigranci przed dojściem okrętu do Ameryki będą badani przez lekarza w obecności konsula amerykańskiego, czy nie ma między nimi idyotów albo dementów, chorych wenerycznych albo w ogóle zakaźnych. (S. M.)

— Liczba samobójstw we Francji wykazuje ciągły stopniowy wzrost; potwierdzają go również cyfry z lat 1881—1889. Wypada przeciętnie 21 samobójstw na 100,000 ludności (w dep. Sekweny do 50). Trzy czwarte samobójców stanowili mężczyźni. (Sem. Med. 27).

— Pisma lekarskie doniosły, iż we Frankfurcie nad Menem odkryto źródło o ciepłocie 56,6 ze składem chemicznym zbliżonym do szprudla karlsbadzkiego. Tymczasem rzecz cała okazała się kaczką dziennikarską, puszczoną na prima aprilis.

NEKROLOGIJA.

Dr. **Zygmund Friedmann**, kierownik zakładu hydropatycznego w Gainfahn pod Wiedniem. Zmarły był członkiem korespondentem naszego Towarzystwa Lekarskiego.

Dr. **Władysław Michałowski** w Paryżu i dr. **Józef Jabłoński** w Poitiers, obaj w podeszłym wieku.

Prof. **J. Kundrat** w Wiedniu długoletni profesor anatomii patologicznej na wszechnicy wiedeńskiej, znany z licznych prac na polu patologii. Zmarły wzbogacił znacznie zbiory muzealne wszechnicy licznymi, w istocie rzadkimi okazami anatomopatologicznymi.

Dr. **W. Rce**, profesor akuszerii w Dublinie.

Dr. **Rawdon Mainamara**, profesor Royal College of Surgeons w Dublinie.

Dr. **Ludwik Roa Veldrof**, profesor chorób dziecięcych w Taladolid (Hiszpanija).

Dr. **A. Kozłow**, b. profesor położnictwa i chorób kobiecych w Kazaniu.

Dr. **Jan Schnitzler**, profesor laryngologii w Wiedniu.

Dr. **Teodor Arctavis**, profesor uniwersytetu Ateńskiego, jeden z najsławniejszych chirurgów greckich. W testamencie zapisał milion franków na budowę szpitala chirurgicznego.

Prof. **Cantani**, prof. kliniki w Neapolu, znany ze swych prac nad moczówką, cholera etc.—redaktor: *Giornale international delle science med.*

Dr. R. Hartmann, prof. anatomii berlińskiego uniwersytetu, autor znanego podręcznika anat. opisowej.

Dr. Paweł Guttman, prywat-docent i dyrektor szpitala Moabit w Berlinie, autor znanego podręcznika do badań klinicznych przetłómaczonego i na polski język.

PRZEGLĄD PRAC ORYGINALNYCH,

pomieszczonych w pismach polskich

w miesiącu Maju 1893 r.

- 1) *Prof. Rydygier*. O leczeniu zapalenia grzliczego kręgow. (Now. Lek. 5) (niedok.).
- 2) *H. Święcicki*. O siedlisku i tworzeniu się przymacicznych wysięków. (Now. Lek. 5).
- 3) *H. Święcicki*. Sztuczne wywołanie ropni jako środek leczniczy w ropnicy połogowej. (Now. Lek. 5).
- 4) *Opieliński*. Dwa przypadki uszkodzenia czaszki dziecięcej w łonie matki. (Now. Lek. 5).
- 5) *A. Biegański*. Przypadek wycięcia macicy z powodu pęknięcia tejże podczas porodu. (Gaz. Lek. 18).
- 6) *Dr. Med. A. Elsenberg*. W kwestyi współczesnego leczenia syfilisu wcieraniami i kąpielami siarczanemi. (Gaz. Lek. 17, 18, 19, 20)*).
- 7) *A. Flaum*. Wpływ rozpuszczalników na szybkość chłonięcia w żołądku. (Gaz. Lek. 19).
- 8) *W. Wróblewski*. Dwa przypadki gruźlicy, błony śluzowej nosa. (Gaz. Lek. 19).
- 9) *Fr. Kaczorowski*. Przebieg urazowego zapalenia opon mózgowych. (Gaz. Lek. 19).
- 10) *Dr. Med. Pawiński*. O względnej niedomykalności zastawek półksiężycowych tętnicy płucnej, przy zwężeniu ujścia żylnego lewego. (Gaz. Lek. 20).
- 11) *Dr. Med. Z. Czajkowski*. Zatrucie cynkiem. (Gaz. Lek. 21) (niedok.).
- 12) *A. Puławski*. Przypadek niedokrwistości złośliwej zakończonej wyzdrowieniem. (Gaz. Lek. 21).
- 13) *Dr. Med. Erlicki*. Idee niedorzeczne chorych umysłowych. (Medyc. 18, 20).
- 14) *S. Goldflam*. O uleczalnej postaci porażenia opuszkowego z udziałem kończyn. (Med. 16, 17, 18, 19, 20, 21).
- 15) *J. Kramsztyk*. Skurcz głośni jako objaw tężyczki. (Med. 19).

*) E. komunikuje zdanie rozmaitych powag, jakie otrzymał listownie w danej kwestyi.

16) *W. Stankiewicz*. Przyczynek do nauki o nowotworach pęcherza moczowego. (Med. 21) (niedok.).

17) *F. Neugebauer*. Rzadki przypadek prawidłowego miesiączkowania przez otwór niezwykle przy wrodzonym zarośnięciu pochwy. (Med. 21).

18) *L. Świtalski*. Dermatol w ginekologii i położnictwie. (Przegl. Lek. 18).

19) *Opiński*. Przyczynek do nauki o wydzielaniu się kwasów żółciowych moczem. (Przegl. Lek. 19).

20) *L. Gąsiorowski*. Przypadek róży zgorzelinowej moszen, zakończony wytrzebieniem. (Przegl. Lek. 19).

21) *W. Harajewicz*. Przypadek cięcia łożowego. (Przegl. Lek. 20).

22) *J. Ziemacki*. Przyczynek do morfologii koków róży. (Przegl. Lek. 20).

23) *Prof. Pieniążek*. Badanie i leczenie zwężeń tchawicy i oskrzeli głównych. (Przegl. Lek. 8—17).

2) *H. Święcicki*. O siedlisku i tworzeniu się przymacicznych wysięków. Po krótkim wstępie historycznym, autor streszcza prace różnych anatomów o budowie tkanki łącznej miednicy i przytacza najobszerniej pracę Freunda, który najdokładniej wyświetlił całą architektonikę tkanki miednicy.

Klinicznie Freund rozróżnia tylko wysięki ostre i przewlekłe; te ostatnie nazywa parametritis chronica atroficans. Hervieux dzieli wysięki na zapalenia przerostowe i ropiaste. Święcicki proponuje podział na opuchlinowo-zapalne (t. j. włóknikowo-opuchlinowe) i ropiaste.

W etiologii wysięków przymacicznych, autor stawia na pierwszym miejscu zakażenia po porodzie, po poronieniu oraz okolicznościowe zakaźne obrażenia szyjki macicznej pochwy i t. p., następnie przytacza zakażenia rzęzączkowe, promienicowe i ropnie posuwające się na tkankę przymaciczną z kości miednicy, z kręgów, z owrzodzeń odbytnicy, z wyrostka robaczkowego i z nerek.

Przypadki wysięków ropnych u dziewcząt, które nieraz się spotykają, które Fritsch nazywa zagadką, Święcicki objaśnia wpływem drobnoustrojów, zwykle nieszkodliwych dla organizmu, a w danym razie chorobotwórczych przy odpowiedniej glebie w ustroju chlorotycznym. Jako fakty analogiczne autor przytacza zapalenie otrzewny i zapalenie płuc, wywoływane przez niewinny saprofit bacterium coli commune. Wobec doświadczeń Bönneckena, stwierdzonych przez Arnda, które wykazały, że drobnoustroje mogą przechodzić przez jelita będące w stanie lekkiego zastoju (bez martwicy), można łatwo objaśnić tak zw. idiopatyczne zapalenia otrzewny, samozakażeniem (auto infectio). G.

3) *H. Święcicki*. Sztuczne wywołanie ropni jako środek leczniczy w ropnicy połogowej. U położnicy, która 2-go dnia po porodzie dostała gorączki połogowej, gdzie leczenie wysko-

kowe i napotne (pilokarpina) nie polepszało stanu chorej, zastosował Święcicki metodę Fochiera, polegającą na wywoływaniu sztucznych bezbakteryjnych ropni; taka zapalna miejscowa leukocytoza ma korzystnie oddziaływać na zakażenie ogólne.—Święcicki wstrzyknął chorej w oba uda po 2 jednogramowe strzykawki olejku terpentynowego; na 3-ci dzień wytworzyły się ropnie, które przeciął 6-go dnia.

W ropie znalazł gronowce i paciorkowce, a ponieważ ropnie wywoływane przez olejek terpentynowy nie zawierają drobnoustrojów, wynikałoby stąd, że gronowce i paciorkowce pochodzą z zakażonego organizmu. Od 2-go dnia po iniekcjach stan chorej zaczął się polepszać, tętno stawało się silniejsze i powolniejsze, temperatura opadała i chora wyzdrowiała. *G.*

4) *Opieliński*. Dwa przypadki uszkodzenia czaszki dziecięcej w łonie matki. Autor w 2 przypadkach po porodach operacyjnych spostrzegł u dzieci wklęsłości na kości ciemieniowej; których powstanie tłómaczy uciskiem, wywieranym w ostatnich miesiącach ciąży na podbrzusze matki.

W pierwszym przypadku matka opierała się stale o balję, w 2-gim — dźwigała koszyki, przenosząc je z pola do domu. Redakcja Nowin robi słuszną uwagę, że owe wklęsłości mogły zależeć od ucisku wygięcia krzyżowego podczas porodu i że brak wymiarów miednicy i czaszki nie pozwala na rozstrzygnięcie kwestyi.

5) *Dr. A. Biegański*. Przypadek wycięcia macicy z powodu pęknięcia tejże podczas porodu. Chora 40-letnia. Poprzednie porody ciężkie. Obecny trwa blisko dobę, wody odeszły 12 g. temu. Conjug. ext. 17, c. diagon. 10,5, c. vera 8. Dist. crist. 27, d. spin. 21. Verter propendens. Orif. ext. na 2 ctm. otwarte, w lewem sklepieniu blizna. Pierwsze czaszkowe, główka nad wejściem, płód żyje. Po 5 godzinach drgawki, chora niespokojna, brzuch twardy i b. bolesny, macica skurczona z prawej strony, z lewej — części twarde płodu, z pochwy — krew. Badanie: w pochwie kolanko, płód w połowie w jamie brzusznej. Z powodu drgawek wydobyć płodu ręczne, łożysko wyszło samo. W obec możliwego peritonitis autor przystąpił do laparotomii. Pękniętą macicę wycięto powyżej pętlicy elastycznej, tualeta jamy brzusznej, szwy i worek Mikulicza. Najwyższa ciepłota po operacji 38,5 ósmego dnia, dnia 5-go wzdęcie brzucha, czkawka i wymioty. 10 dnia usunięto worek i szwy — prima intentio; stan dobry tylko incontinentia urinae nocturna, zupełne wygojenie w 4-ym tygodniu. W całej miednicy wysięki i zrosty, czynność kiszek prawidłowa; w 5 miesięcy po operacji pozostałości pozapalne znikły (masaż, kąpiele solne). W końcu autor przytacza etjologję pęknięć macicy podczas porodu. Statystyka śmiertelności wykazuje 50%.

Wł. Stan.

7) *M. Flaum*. Wpływ rozpuszczalników na szybkość chłonięcia w żołądku. Autor powtarzał doświadczenia Mastbauma nad sobą samym, przyjmując do wewnątrz 0,0001 gm. natr. salicyl. w 25 ctm. sz. wody w 3—4 godzin po lekkim śniadaniu, oraz taką ilość w 50% roztworze wysokowym i w mucilago gmi arabici.

Co 2 minuty autor badał mocę na kw. salicyldrowy, i na zasadzie tych doświadczeń doszedł do wniosku, iż wyskok 50% przyspiesza, mucil. gmmi arabici opóźnia wchłanianie w żołądku. *J. Z.*

8) **Wróblewski.** Dwa przypadki gruźlicy błony śluzowej nosa. 1-szy przypadek: tuberculoma septi narium primitivum. 26-letni chory — od 4 lat zatkanie nosa po stronie prawej, dwukrotnie operowany z powodu polipów nosa i ucha. Autor pętlą gorącą usunął guz z pars cartilaginosa septi, który pod drobnowidzem wykazał gruźliczą naturę (komórki olbrzymie i laseczniki). Po 2 latach recydywa — znowu wycięcie — w pół roku guz z lewej strony przegrody — usunięcie go wraz z całą pars cartilaginosa septi. Rezultat badania drobnowidzowego ten sam. W ciągu całego czasu t. j. 6 lat stan ogólny i płuc dobry, Przypadek 2-gi. Caries tuberculosa conchae inf. dex. Ulceratio septi narium. Chora lat 41. Gruźlica płuc — ropienie z uszów — natury gruźliczej — na muszli prawej dolnej guz, usunięty pętlą, owrzodzenie na przegrodzie, caries kości, wyskrobanie z następnem przypaleniem bez dodatniego rezultatu. W wyskrobanych częściach nie znaleziono elementów gruźliczych. *J. Sedz.*

9) **F. Kaczorowski.** Przebieg urazowego zapalenia opon mózgowych. U 23-letniego chorego, uderzonego drągiem w głowę przed 3 tygodniami stan apatii, T^o 38, ślepotą. Znaleziono uszkodzenie czaszki w okolicy ciemieniowej lewej. Po wyjęciu odłamu wytrysnęła ropa; opony nie uszkodzone. Przebieg zrazu bardzo ciężki, powikłany różą — ostatecznie szczęśliwy; chory wyszedł, wzroku nie odzyskał. *O. H.*

10) **J. Pawiński.** O względnej niedomykalności zastawek półksiężycowych tętnicy płucnej przy zwężeniu ujścia żylnego lewego. Brak w literaturze wszelkiej wzmianki o niedostateczności zastawek tętnicy płucnej, powstałej w następstwie zwężenia ujścia żylnego lewego skłonił autora do ogłoszenia swoich spostrzeżeń. Powstawanie tej wady autor przypisuje zwiększonemu ciśnieniu krwi prowadzącemu do rozszerzenia tętnicy płucnej, oraz jej ujścia, wskutek czego zastawki półksiężycowe nie są w stanie domknąć rozszerzonego otworu i dają tym sposobem powód do powstawania szmeru rozkurczowego. Spostrzeżeń podanych jest cztery, z których dwa z dołączeniem rezultatów badania pośmiertnego, stwierdzającego obecność rozszerzenia tętnicy płucnej, oraz jej ujścia. We wszystkich 4-ch przypadkach, autor wysłuchiwał szmer rozkurczowy przy lewym brzegu mostka na wysokości III, a niekiedy i IV międzyrzebrza, który rozprzestrzeniał się w kierunku ku górze i na lewo ku obojczykowi, nigdy zaś nie przechodził na prawą stronę mostka. Szmer ten ma charakter szmeru chuchającego, zwykle zjawia się jednocześnie z mocno akcentowanym 2 tonem, lub też bezpośrednio po nim i trwa długo, zajmując znaczną część dużej pauzy, a niekiedy nawet całą. W pozycji stojącej i przy ruchach szmer ten staje się głośniejszym i w ogóle cechą charakteryzującą go jest niestałość, tak że szmer, słyszalny w ciągu kilku tygodni, znika na jakiś czas i znowu powraca. Również pod wpływem środków tonizujących mięsień serca szmer z początku staje

się głośniejszym, później zaś znika, ponieważ powód do rozszerzenia tętnicy płucnej (zwiększone ciśnienie) już nie istnieje, a rozszerzone ujście może jakoby, zdaniem autora, powrócić do poprzedniego wymiaru. Tętno przytem nie posiadało cech skaczącego, przedkiego

Szmer, posiadający powyższe cechy, jest, zdaniem autora, objawem względnej niedostateczności zastawek tętnicy płucnej i nie może być zależnym bezpośrednio od zwężenia ujścia żylnego lewego, lub prawego, ani niedostateczności zastawek aorty; nie może też powstawać w żyłach, ani też należeć do kategorii t. zw. szmerów przypadkowych.

Szmer ten, prócz znaczenia dyagnostycznego, posiada też, zdaniem autora, prognostyczne znaczenie; tam mianowicie, gdzie on istnieje przy zwężeniu lewego ujścia żylnego, przerost prawej komórki musi być znaczny, a zatem rokowanie jest lepsze.

W. Dąbrowski.

12) A. Puławski. **Przypadek niedokrwistości złośliwej, zakończonoj wyzdrowieniem.** Autor opisuje przypadek niedokrwistości złośliwej u 38-letniego flisa. Rozpoznanie cierpienia oparte było między innymi na badaniu krwi. Chory po kilku miesiącach przyszedł do zupełnego zdrowia. Leczone go arsenikiem i żelazem.

H. K.

13) Dr. Erlicki. **Idee nedorzeczne chorych umysłowych.** Autor zastanawia się przedewszystkiem nad cierpieniami, w których głównie występują zboczenia ze strony uczucia i woli. Cierpienia te z tej racji, że sfera uczucia i woli ściślej jest zespolona ze światem zewnętrznym, przystępniejsze są dla postronnego spostrzegacza. Dziedzina zaś intelektu ludzkiego jest mniej dostępna i wymaga ściślej obserwacji, gdyż myślowa działalność w tej dziedzinie jest skomplikowaną i tak ukrytą, że bliższe zapoznanie się z nią jest rzeczą nad wyraz trudną. Pomimo jednak tej trudności w poszczególnych chwilach, intelektualna sfera człowieka nie może przez dłuższy czas pozostać w ukryciu, gdyż zdradzą ją uczucia, dążności i działania tego osobnika.

Wśród zaburzeń sfery intelektualnej człowieka, pierwsze miejsce zajmują idee nedorzeczne, które różnią się od zwykłych fałszywych wyobrażeń. Idea nedorzeczna kojarzy się prędko z innymi pojęciami danego osobnika, spacza jego sposób myślenia i nie może być wyrzuconą z umysłu żadnymi dowodzeniami otaczających.

Idee nedorzeczne powstają: 1) z idei natrętnych, 2) wskutek przywidzeń i złudzeń, 3) wskutek zmian w ogólnej sferze uczucia i 4) wskutek organicznych zmian w utkaniu mózgowia.

Bredzenie posiada wiele cech charakterystycznych dla pewnych klinicznych form chorób umysłowych; inaczej bowiem bredzi melancholik, inaczej pierwotnie obłąkany, inaczej obłąkany z ideami prześladowawczymi, inaczej wreszcie cierpiący na bezwład postępowy.

Z różnicy treści idei nedorzecznych wypływa nieraz znaczenie ich w sądowo-psychiatrycznej praktyce. Leczyć idee niedo-

rzeczne t. zw. psychiczną terapiją nie ma racji, gdyż tylko zupełnie obiektywne i obojętne zachowanie się wobec bredzenia pacjenta nie przynosi żadnej szkody.

Zejście idei niedorzecznych bywa różne i zależy od głównego cierpienia.

K. R.

14) S. Goldflam. **O uleczalnej postaci porażenia opuszkowego z udziałem kończyn.** W 3-ch przypadkach, opisanych przez autora, u osobników młodych, bez widocznej przyczyny rozwijają się dość szybko objawy porażenia opuszkowego z zajęciem ruchowej gałęzi trigemini, oraz ocznej lub i dolnych gałęzi facialis, w jednym przypadku ptosis, oraz ścięćczenie języka. We wszystkich przypadkach zostają zajęte mięśnie karku, szyi, oddechowe, brzuszne, oraz mięśnie u nasady kończyn zwłaszcza górnych. Jest to właściwie pareza, lecz mięśnie czynnościowo wyczerpują się nader szybko, tak że po kilkunastu poruszeniach czynność ich spada do zera. W natężeniu cierpienia, ciągłe wahania we wszystkich jego okresach. Na wysokości choroby, groźne napady dresznoci, w okresie zwrotnym skłonność do nawrotów. Przebieg trwał 6 miesięcy i zakończył się wyzdrowieniem. Prócz parezy prostej bez zaników i bez zmian pobudliwości elektrycznej, brak zaburzeń czucia, zmysłów, psychicznych, odruchy ścięćniste na wysokości choroby wzmożone, skurcze prawidłowe, brak odruchów podniebienia, gardzieli, niekiedy krtani i łącznicy oka. Różnice w 3-ch przypadkach tylko ilościowe.

Na ich podstawie oraz odnalezionych w piśmiennictwie analogicznych przypadków, autor odróżnia od porażenia opuszkowego Duchenne'a i rzekomego porażenia opuszkowego, odrębną nozograficzną postać, której cechą charakterystyczną jest, że dotyka osoby młode i może mieć przebieg pomyślny. W znanych przypadkach, zakończonych śmiertelnie, zmian anatomicznych nie znaleziono. Występowanie niekiedy współcześnie u większej liczby osób cierpienia wzmiankowanego, oraz zmiany wyłącznie w jednej sferze ruchowej naprowadzają na domysł czynnika toksycznego. Toksyna porażałaby aparat ruchowy, nie wywołując zmian anatomicznych widocznych. Być może że toksynę wytwarzają mikroorganizmy (Eisenlohr). Tymczasowo chorobę uważać należy za nerwicę ośrodkową.

Rz.

15) Julian Kramsztyk. **Skurcz głōśni jako objaw tężyczki.** W epidemijach, opisanych przez Escherich'a i Ganghoffer'a skurcz głōśni spostrzegano u 80% dzieci, dotkniętych tężyczką.

K. z 16 dzieci, dotkniętych skurczem głōśni, u wszystkich znalazł objaw Trousseau, u połowy również objaw Chwostka, a rzadziej jeszcze wzmożoną pobudliwość nerwową. Autor obserwował te przypadki w ciągu 2 miesięcy (marca i kwietnia r. b.); dochodzi do wniosku, że skurcz głōśni, nie stanowi samoistnej choroby, a występuje u dzieci zawsze jako objaw tężyczki. J. Bączkiewicz.

18) Dr. L. Świtalski. **Dermatol w ginekologii i położnictwie.** Autor przeprowadzał badania w klinice krakowskiej o ile jodoform może być zastąpiony przez dermatol i doszedł do

wniosku, że po operacjach na części pachwowej, międzykroczu, pochwie i jamie brzusznej można go stosować z korzyścią, gdyż skraca okres gojenia się. Otarcia i pęknięcia błony śluzowej pochwy po porodzie, jak również wytworzone już wrzody połogowe goją się pod dermatolem bardzo dokładnie. Zastosowany na pepowiny u noworodków dał dobre wyniki. Stosowanie: na miejsce osuszone gruba warstwa dermatolu, także gaza dermatolowa posypana proszkiem. Używał autor mieszaniny: dermatolu 80⁰/₀, jodoformu 10⁰/₀, kw. bornego 10⁰/₀ i bardzo jest z niej zadowolony.

Wł Stan.

19) Dr. Jan Opieński. **Przyczynek do nauki o wydzieleniu się kwasów żółciowych.** W pierwszej części pracy przedstawia autor krytyczny przegląd dotychczas używanych metod, wykazując ich braki i błędy, wreszcie zaznajamia nas ze swoją metodą, którą się w pracy niniejszej posłużył.

Następnie przechodzi O. do rozwiązania pytania „czy w warunkach fizyologicznych i w jakich przypadkach chorobowych znajdują się w moczu kwasy żółciowe“. Pierwszą część pytania rozwiązuje autor przecząco, na podstawie 6 przypadków, gdzie mocz z ustroju fizyologicznego kwasów żółciowych nie zawierał. Wyniki zaś z badania moczu patologicznego (31 przypadków) streszcza autor w sposób następujący:

1) Jedynie tylko w chorobach wątroby i żółtacze, powstałej z utrudnienia odpływu żółci, znajdują się kwasy żółciowe w moczu; w innych cierpieniach, chociażby z żółtaczką kwasów niema.

2) Nie wszystkie choroby wątroby pociągają za sobą wydzielanie się kwasów żółciowych moczem; stale wykryć je można w kamicy żółciowej, dość często w marskości wątroby w okresie zaniku.

3) Ilość wykazać się dających kwasów żółciowych w moczu, w przebiegu żółtaczki z jakiegokolwiek przyczyny nie zostaje w proporcji do stopnia żółtaczki.

W trzeciej i ostatniej części swej pracy bada autor los kwasów żółciowych po wprowadzeniu ich do ustroju zwierzęcego, resp. ludzkiego. W tym celu autor podawał do wewnątrz ludziom i psom fel tauri depur. lub też wstrzykiwał pod skórę zwierzętom czysty glikocholan sodowy.

Wnioski z tych doświadczeń wyprowadza następujące:

1^o. Po użyciu małych stosunkowo ilości kwasów żółciowych, czy to do wewnątrz czy też podskórnie nie można ich w moczu wykazać; za to większe dawki pozwalają na wykrycie kwasów żółciowych.

2^o. Ilość wykazać się dających kwasów żółciowych w moczu ludzi i zwierząt, nawet po większych dawkach jest niestosunkowo małą do ilości wprowadzonego kwasu glikocholowego.

3^o. Fel tauri stosowana do wewnątrz w większej ilości wywołuje brak apetytu i biegunkę.

H. K.

20) Gąsiorowski. **Przypadek róży zgorzelinowej mosen zakończony wytrzebieniem.** Wskazaniem do operacji było zupełne obnażenie dwóch jąder. W sznurku nasiennym prawym

naczynia izolowano i te tylko podwiązano, lewy zaś sznurek podwiązano en masse. W prawym gojenie przebiegało bez bólu i prędkiej, gdy tymczasem w lewym sznurku wystąpiło po operacji znaczne obrzmienie i bolesność. Zestawienie to autor akcentuje.

Dz.

21) Harajewicz Władysław. **Przypadek cięcia łonowego.** Opisuje tu H. przypadek cięcia łonowego u 25-letniej rodzącej z miednicą ogólnie ścieśnioną i płaską, a z wymiarem prostym prawdziwym $7\frac{1}{2}$ do $7\frac{3}{4}$ ct.; poprzedni, pierwszy poród u tej chorej zakończony być musiał wymóżdzeniem i zmiażdżeniem główki płodu. Pomijając szczegóły z przebiegu operacyjnego, zaznaczyć należy, że przecięcie $\frac{2}{3}$ spojenia nie wystarczyło do wyciągnięcia główki kleszczami, aczkolwiek górne końce spojenia rozeszły się po tem na $1\frac{1}{2}$ ct. Po całkowitem przecięciu rozeszły się kości łonowe nr $6\frac{1}{2}$ centymetrów, poczem jednorazowe pociągnięcie kleszczami wystarczyło do uwolnienia główki. Płód wydobyty był żywy, ale mocno omdlały, pomimo usilnych starań nie mógł być douconym i zmarł w 4 godz. po operacji.

Kości łonowe po operacji zbliżono i zaszyto szwami, idącemi przez części miękkie i okostną. Przebieg pooperacyjny prawie bez powikłań, zagojenie zupełne, po 25 dniach chora zaczęła chodzić. W zakończających artykuł uwagach ogólnych przemawia Harajewicz za całkowitem przecięciem spojenia, zaznacza coraz szersze zastosowanie tej operacji i wyraża przekonanie, że cięcia łonowe znakomicie ścieśni wskazania do wymóżdzeń, jak również ogranicza do pewnego stopnia i zastosowanie cięcia cesarskiego. Dołączone są do artykułu 2 rysunki szematyczne według Farabeufa i Varnier'a, które znakomicie ilustrują powiększenie rozmiarów miednicy po wykonaniu cięcia łonowego.

D.

22) J. Ziemański. **Przyczynek do morfologii koków w róży.** Autor otrzymał preparat z ropy przy róży goleni, w którym kokki ułożyły się w jedną spletaną długą nici, złożoną około 400 sztuk. Preparatu nie suszono na ogniu i o ile można oszczędzono go od wpływów mechanicznych przy przemywaniu barwnikiem (błękit).

O. H.

23) Pieniążek. **Badanie i leczenie zwężeń tchawicy i oskrzeli głównych.** Zwężenia tchawicy pochodzić mogą albo ze spraw rozwijających się w jej błonie śluzowej, lub też występujących w sąsiedztwie, t. j. na szyi i wśródsierzdziu; pierwsze podzielić można na dwie grupy: a) takie, które per continuitatem przeszły z krtani na tchawicę (w ogóle sprawy zapalne) i b) które się samoistnie rozwinęły w tchawicy (nowotwory i ciała obce); pośrednie miejsce zajmują sprawy przerostowe błony śluzowej i podśluzowej. Przedstawwszy ogólną symptomatologję zwężeń tchawicy i oskrzeli, autor rozpatruje kolejno wszystkie ich rodzaje, a więc: 1) zwężenia pochodzenia nieżyłowego skutkiem zasychania śluzu; 2) zwężone krupowe; 3) zwężenie skutkiem przerostu błony śluzowej; 4) przy owrzodzeniach ze znacznem obrzmieniem błony śluzowej; 5) zwężenie bliznowate; 6) nowotwory. Dalej idą zwężenia pochodzenia uciskowego, zależne od powiększenia gruczołu tarczowego, gruczo-

łów limfatycznych, skutkiem ropni zapołykowych i ciał obcych w przełyku; ze strony śródpiersia ucisk powodować może wól podmostkowy, tętniak aorty, rak przełyku, powiększone gruczoły limfatyczne, wreszcie nowotwory. Oddzielną grupę stanowią zwężenia skutkiem ciał obcych w samych drogach oddechowych.

Autor podaje objawy, sposoby i wyniki badania, oraz cenne bardzo wskazówki do usuwania przyczyny zwężenia i samych zwężeń, zarówno przed, jak i po przecięciu tchawicy; ten ostatni dział, t. j. zwężenie tchawicy i oskrzeli po dokonanej tracheotomii, zasługuje na szczególną uwagę, wskazówki w nim podane oparte są przeważnie na własnem doświadczeniu i stanowią w znacznej części nową zdobycz na polu tracheotopii i tracheoterapii. Nie będąc w stanie streszczać szczegółowo tak obszernej pracy, interesującym się tym przedmiotem polecamy odczytanie rozprawy w oryginale.

W. Sz.

Nadesłano do Redakcyi.

Dr. S. Dobieszewski. Recherches sur l'influence des Eaux de Marienbad sur la nutrition, la digestion et la circulation.

J. Sz wajcer. Przyczynek do anatomii patologicznej tyfusu wysypkowego i cholery. (Odb. z Medycyny).

Dr. Fr. Chłapowski. O różnolitem znaczeniu objawu Romberga. (Odb. z Nowin Lek.).

Wykłady z dziedziny patologii ogólnej i szczegółowej. Przekład z dzieła *Traité de Medicine—Charcot—Bouchard—Brissaud* przez St. Markiewicza i A. Ciągłińskiego. Wydanie z zapomogi kasy im. Dr. S. Mianowskiego, Warszawa 1893.

J. Polak. O cholery w r. 1891 w Warszawie. (Odb. ze Zdrowia).

Prof. E. Doyen. Deux procedes inedites d'Hystérotomie abdom et vaginale.

Tenże: le Castration totale par le vagin, Paris 1893.

20-ste sprawozdanie komitetu Tow. opieki szpita. dla dzieci w Krakowie z r. 1892, Kraków 1893.

SPROSTOWANIE.

W zeszyłym numerze, na str. 326, w wierszu 13-m od góry, zamiast „odcina się“, powinno być „przecina się“. W wierszu 15-m, zamiast „i w ten otwór odcinek wszywa się kiszki żołądkowy“, powinno być „w ten otwór wszywa się odcinek kiszki żołądkowy“.

OD REDAKCYI.

Redakcyja ma zaszczyt upraszać autorów, nadsyłających swe prace, o czytelne rękopisy, oraz wyraźne wymienianie ilości żądanych odbitek.

❖ O g ł o s z e n i a . ❖

Dr. M. JAKOWSKI, b. ass. klin. dyjagn. dokonywa wszelkich rozbiorów mikroskopowych, głównie bakteryjologicznych. Ulica Wspólna Nr. 42.

Dr. med. CZESŁAW STICHE ordynuje

W KARLSBADZIE

Kreuzgasse Insel Rügen.

3-2

Dr. STEFAN SKRZYŃSKI

lekarz praktykujący w klinice Prof. Korczyńskiego, ordynuje jak dawniej w bieżącym sezonie letnim w **Cieplicach Czeskich** (Schoenau-Teplitz), w domu **Villa Polonia**. 5-2

ŻEGIESTÓW w Galicji nad Popradem,
stacja pocztowa, telegraf w miejscu.

Najsilniejsza szczawa żelazista skuteczna w chorobach kobiecych i anemji. Pora kąpielowa trwa od 1 Czerwca do końca Września. Kąpiele borowinowe, żelaziste, hydropatyczne i popradowe.

Woda żegiestowska znajduje się we wszystkich wiekich Składach Wód Mineralnych.

WYDAWCA: Numer wyszedł d. 19 Czerwca. REDAKTOR:

Dr. K. Sierpiński.

Dr. med. O. Hewelke.

WINA WYBOROWÉ,
DELIKATESY,
ŚNIADANIA, KOLACYJE,
Gabinety familijne
róg Widok i Marszałkowski
Telefon Nr. 100

Ermitage

w Warszawie.

Winiarnia

Ostrygi.

Ostrygi.



Ostrygi.

„POD BACHUSEM“

(Warszawa, Telefonu Nr. 100)

Wina Zagraniczne,

KONIAKI, LIKIERY, RUMY,

Towary Kolonialne i Delikatesy.



GŁÓWNY SKŁAD

Win Gruzińskich

z winnic Księcia Z. A. DZORDZADZE

w Kachety—Tyflis.

Czystość tych win stwierdzoną została analizą
profesora Struve.

APTEKA

i Skład Wód Mineralnych

NATURALNYCH

wprost ze źródeł sprowadzanych

M. BARGZA

W WARSZAWIE

94. ul. Marszałkowska 94.

Jest stale zaopatrzoną we wszystkie wody mineralne naturalne świeżego czerpania, jak również w lekarstwa specjalne zagraniczne i środki lekarskie w ostatnich czasach w użycie wprowadzone.

Uznane przez Radę Lekarską w Warszawie i Departament Medyczny w Petersburgu, potwierdzone przez p. Ministra S. W.

Dla kaszlących i osłabionych

SŁODOWY EKSTRAKT I KARMELKI

z Miodu, Słodu i Ziół leczniczych.



Nagrodzone na wystawach higieniczno-lekarskich w Warszawie, Krakowie, Lwowie i Środkowo-Azyjatyckiej w Moskwie.

FABRYKI

„LELIWA“

w Warszawie, ulica Zgoda 6.

Wyłączna sprzedaż w Aptekach i Składach aptecznych.

Strzedz się podrabianych i naśladowanych.

Zwracać uwagę na firmę na opakowaniach.

APTEKA
i Skład Wód Mineralnych
NATURALNYCH

WPROST ZE ŹRÓDEŁ SPROWADZANYCH

pod firmą

Dr. T. Heinrich

W WARSZAWIE

przy rogu ulic Wierzbowej i Senatorskiej Nr. 473b istniejący.

Jest stale zaopatrywaną we wszystkie wody mineralne naturalne
świeżego czerpania, jak również w lekarstwa specjalne za-
graniczne i środki lekarskie w ostatnich czasach
w użycie wprowadzone.

Gilliard, P. Monnet et Cartier w Lyonie

CHLOREK ETYLU

DOSKONAŁY ŚRODEK ZNIECZULAJĄCY

do użytku Chirurgów i Dentystów

Reprezentacja na Królestwo Polskie i skład w Aptecce

Wendy i Wiorogórskiego

W WARSZAWIE.

(3) 0-2

NOWO OTWORZONY

Skład Naczyń Aptecznych, Chemicznych i Doktorskich

Józefa Chwastkiewicza

Warszawa, Bielańska 3.

Poleca swój towar po cenach możliwie umiarkowanych.

PAMIĘTNIK TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO

wydawany nakładem tegoż Towarzystwa

pod redakcją

Maryjana Jakowskiego,

wychodzi w końcu każdego kwartału w zeszytach zawierających 10—15 arkuszy druku z tablicami i zawiera:

1. Prace oryginalne doświadczalne i kliniczne.
2. Przegląd doroczny piśmiennictwa lekarskiego polskiego.
3. Protokoły z posiedzeń Towarzystwa i sprawy urzędowe tegoż.

Cena prenumeracyjna dla wszystkich bez wyjątku prenumeratorów zarówno w Warszawie jak i na prowincyi i zagranicą wynosi rocznie *rs. 3*. Prenumerować można w *redakcyi (ulica Wspólna 42)*, oraz w redakcyjach wszystkich pism lekarskich warszawskich i w księgarniach.

Chloroformum purissimum

OCZYSZCZONY WEDŁUG SPOSOBU PROF. N. MENTHIANA

w laboratorjum apteki

H. BIERTÜMPFLA

Marszałkowska róg Śto-Krzyskiej w Warszawie.

2 uncje (60,00)	55 kop.	Ceny niniejsze są dla aptek, szpitali i zakładów lecniczych.
3 uncje (90,00)	80 "	
6 uncyj (180,00)	1.50 "	
12 uncyj (360,00)	2.80 "	

Apteka, Poczta
i Telegraf
w miejscu.

Zakład Lecznicy
„Nałęczów“

Stacja drogi
Nadwiślańskiej
„Nałęczów“
omnibusy na
pociągi pocztowe.

Zakład hydropatyczny cały rok otwarty. Kąpiele żelaziste, borowinowe, kumys, gimnastyka lecznicza od 1 Czerwca do połowy Października.
Dwóch stałych lekarzy od Czerwca do końca Września. Konsultanci z Warszawy i Lublina.—Wszelkich objaśnień udziela administracja Zakładu. 2-1

Na czasie!

Wyszedł z druku

Przewodnik dla służby zdrowia (tak zwanych „sanitarzy“) pracującej podczas epidemii cholery. Na podstawie praktyki sanitarnej i instrukcyi rządowych ułożony przez D-ra Józefa Tchórznickiego
Cena kop. 30, z przesyłką pocztową kop. 40. Można kupować w księgarni Teodora Paprockiego i S-ki, w Warszawie, Nowy-Swiat Nr. 41.

ZNAJELNIEJSZYCH
COGNAC
WINNIC
NATURALNY
winogron
KRYMSKICH

Fabryki „IMPERIAL“

W WARSZAWIE

Odmznaczony medalami na Wystawie w Warszawie i Brukselli 1891 roku

+☞ za czystość produktu. ☞+

Analiza prof. Milicera, Dr. Nenckiego i Dr. Zawadzkiego utwierdza, że Koniak „Imperial“ jest wyrobem z czystego wina i niczem się nie różni od dobrych francuzkich Koniaków, a zatem zalecany być może chorym, rekonwalescentom i konserwom, jako zdrowy i wyborny napój.

Sprzedaż detaliczna we wszystkich znaczniejszych handlach win i towarów kolonijalnych w Warszawie i Królestwie.

Hurtowa od 3 wiader, w Kantorze fabrycznym.

12-8

Stacja kolei
Muszyna-Krynica
z Krakowa 8 godzin
ze Lwowa 12 „
z Pasztu 12 „

C.-K.
Zakład
ZDROJOWY

W miejscu
Poczta 3 razy dziennie
Telegraf
Apteka

KRYNICA

(w Galicyi)

Najobfitsza szczawa żelazista.

W Karpatach 590 m. n. p. m. Od stacyi kolejowej godzina drogi bitej, znakomicie utrzymane.

Środki lecznicze: klimat podalpejski, kąpiele żelaziste, nader obfite w wolny kwas węglowy, ogrzewane metodą Schwartza (w r. 1892 wydano ich 32,000).

Kąpiele borowinowe: parą ogrzewane (w r. 1892 wydano ich 12,000).

Kąpiele gazowe: z czystego kwasu węglowego.

C.-k. zakład hydropatyczny: pod kierunkiem specjalisty D-ra H. Ebersa (w r. 1892 wydano procedur hydropatycznych 27,000).

Picie wód mineralnych miejscowych i zagranicznych, Żentycya, Kefir, Gimnastyka lecznicza.

Lekarz zdrojowy Dr. L. Kopff cały sezon stale ordynujący. Nadto 12 lekarzy wolnopracujących.

Spacery: Bardzo rozległy park szpilkowy, znakomicie utrzymany. Bliższe i dalsze wycieczki w uroczu Karpaty.

Mieszkania: przeszło 1,500 pokoi z komfortem urządzonych, z pościelą kompletną, usługą, dzwonekami elektrycznymi, piecami i t. d.

Kościół katolicki i cerkiew. Wspaniały **Dom zdrojowy**, kilka restauracyj, kilka pensjonatów prywatnych, mleczarnie, cukiernie.

Muzyka zdrojowa pod kierunkiem A. Wrońskiego od 21-go maja. Stały **Teatr**, koncerty.

Frekwencyja w r. 1892 4,600 osób.

Sezon od 15-go Maja do 30-go Września.

W Maju, Czerwcu i Wrześniu ceny kąpielei, pomieszkań i potraw w głównej restauracyi niższe.

Rozsetka wody mineralnej od Kwietnia do Listopada, składy we wszystkich większych miastach w kraju i za granicą.

W miesiącu Lipcu i Sierpniu ubogim żadne ulgi, jak uwolnienie od taks zdrojowych i t. p. udzielone nie zostaną.

Na żądanie udziela wyjaśnień

D^r DYMNICKI,

Lekarz Zdrojowy, stale w Busku zamieszkały, ordynuje w domu własnym.

5-2

PATENTOWANY INSTYTUT
WÓD MINERALNYCH SZTUCZNYCH
Aptekarzy Warszawskich
 przy Ogrodzie Krasińskich.

Pierwsza w kraju fabryka wszelkich wyrobów na wodzie destylowanej. W dniu 3 (15) Maja otwiera sezon leczenia wodami mineralnymi, przygotowanymi w maszynach systemu D-ra Struve, z zastosowaniem do nasycenia, gwarantowanej przez powagi naukowe czystości, płynnego kwasu węglanego.

3-2

Instytut wód mineralnych

W OGRODZIE SASKIM
W WARSZAWIE.

(Graniczna 14. Telefon 422).

Otrzymał pierwsze wiosenne transporty **wód mineralnych naturalnych.** Poleca również **wyrabiane stale na wodzie dystalowanej, wody mineralne sztuczne.**

Powiększywszy znacznym nakładem urządzenia do dystylacji, Instytut sprzedaje po umiarkowanej cenie **wodę dystalowaną** dla szpitali, pracowni naukowych, zakładów technicznych i t. d.

Zamówienia na prowincyję skutecznie niezwłocznie, za zaliczeniem (Nachnahme).

2-2



Zatwierdzony przez Ministra Spraw We-
wnętrznych i nagrodzony Najwyższą na-
godą na wystawie higienicznej



w r. 1887

**PIERWSZY W KRAJU PRYWATNY
INSTYTUT SZCZEPIENIA OSPY OCHRONNEJ**

D-rów W. Mączewskiego i K. Sierpińskiego

WARSZAWA, MARSZAŁKOWSKA 99.

Posiada zawsze świeży materiał szczepienny i rozsyła takowy natychmiastowo po otrzymaniu zażądania.

Rurka limfy na 2 szczepienia kop. 75, detryt we flakonach począwszy od 10 szczepień po 5 kop.
za jedno szczepienie. Na przesyłkę dołączyć należy kop. 25. Aptekom i biorącym
w większych ilościach, odstępuje się odpowiedni rabat.

UWAGA. Dla powiatów i wogóle dla szczepień massowych ekspedjuje się detryt we flakonach
pipetowych po 25 i 50 szczepień zawierających.

SKŁAD GŁÓWNY W APTECE MAGISTRA FARMACJI H. KUCHARZEWSKIEGO

MIODOWA Nr. 4.

SPIS RZECZY.

Prace oryginalne.

Str.

1. Witosiław Dąbrowski. Przypadek raka żołądka o niezwykłym przebiegu. 345
2. Finkelkraut. O ropotoku (empyema) jamy Highmore'a 353
3. L. Pękosiński. Próchnienie ciała kości klinowej (os sphenoidale), jako przyczyna ropnego zapalenia opon mózgowych 364

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Patologia ogólna i Medycyna wewnętrzna.

189. Teissier. Istota, objawy i leczenie tęcza 367
190. G. Schultz. Poszukiwanie doświadczałne nad występowaniem i rozpoznawczem znaczeniem leukocytozy 375
191. Dr. H. Fr. Müller. O nietypowym tworzeniu się krwi przy postępującej złośliwej niedokrewności 378
192. Prof. dr. v. Ziemssen. Przyczynę do kwestyi o transfuzyi 380
193. Weber. Odkrycie krwi w zawartości żołądka i kiszek 382
194. W. Gerlach. O sztucznej otrzymywaniu spirali Curschmann'a 383

II. Choroby nerwowe.

195. O obrzęku śluzowym (myxoedema) i stosowanej w niej obecnie tak zwanej terapii substytucyjnej 385
196. Kilka przypadków charłactwa śluzo - opuchlinowego, leczonych wstrzykiwaniami wyciągu z gruczołu tarczowego lub karmieniem chorych odpowiednio przyrządzonym wyciągiem resp sielanką z tegoż gruczołu 390
197. R. Murray. Leczenie obrzęku śluzowego i kretynizmu 392
198. P. Guttmann. Szmer tętniczy w wolu przy chorobie Basedowa i jego rozpoznawcze działanie 394
199. Gilles de la Tourette i Hudelo. Przyczynę do rozpoznawania porażen przymiotowych 394
200. Prof. Fr. Schultze. O akroparestezyi. 201. O niezwyklej postaci parestezyi kończyn 395
202. Prof. Wagner. O wyciskaniu pęcherza moczowego 396

III. Choroby nosa i jam przyległych.

203. Grünwald. O ropieniach nosowych 397
204. Lermoyez. Rozpoznawanie ropnia zatoki szczękowej 402
205. Lichwitz. O skrytym ropotoku zatoki czołowej rozpoznany i leczony przez drogi naturalne 405

Wiadomości pomniejszych.

206. Thiuret. 408
207. Analgen 408
208. Tolysal 409

209.	Tymacetyna	409
210.	Tolypyryna	409
211.	Wrodzona marskość wątroby	410
212.	Ulcus rodens	410
213.	Czynności żołądka	410
214.	Działanie filokarpiny w dławcu	410
215.	Cetraryna	411
216.	Metoda leczenia padaczki	411
217.	Czy potrzebne są poduszki?	411

Przegląd bibliograficzny.

1.	A. Sobolewski. Leczenie klimatyczne suchot płucnych ocenił J. Zawadzki	412
2.	Wierzbowski. Poradnik lekarski w chorobach wenerycznych ocenił J. Wojciechowski	413

Kronika miesięczna	413
-------------------------------------	------------

Nekrologija	420
-----------------------	-----

Przegląd prac oryginalnych, pomieszczonych w pismach polskich w miesiącu Maja 1893 r.	421
-----------------------------------------------------------------------------------------------	-----

Nadesłano do Redakcyi	429
---------------------------------	-----

Sprostowanie	429
------------------------	-----

Oo Redakcyi	430
-----------------------	-----

Ogłoszenia	430
----------------------	-----