

# GAZETA LEKARSKA

I. Z ODDZIAŁU CHOROÓB SKÓRNYCH I WENERYCZNYCH DRA MED. ANTONIEGO ELZENRERGA.

## O leczeniu rzeżączki w przebiegu powikłania jej zapaleniem przyjądrza i jądra.

Napisał

Antoni Groszlik.

W listopadzie przeszłego roku zgłosił się do mnie po poradę młody człowiek, który dostał rzeżączki, żegnając na pikniku życie kawalerskie. Mając do czynienia z tą chorobą dopiero pierwszy raz, uważał ją za zgoła niewinną, za zwyczajne podrażnienie, które samo przejdzie. Gdy jednak po upływie tygodnia uczył dotkliwy ból w prawem jądrze i zauważył, że ono nabrzmiało, postanowił zasięgnąć rady lekarza.

Przy badaniu chorego stwierdziłem, co następuje. Rzeżączka trwa siedem dni; zapalenie jądra powstało przed 24-ma godzinami. Poprzedniego dnia chory gorączkował, obecnie ciepłota jest prawidłowa. Duża bolesność ogona prawego przyjądrza; powiększenie do rozmiarów jaja gołębiego; główka przyjądrza wielkości orzecha laskowego, również bolesna. Sznurek nasienny bardzo nieznacznie zgrubiał, wrażliwy na ucisk. Wyciek z cewki gęsty, ropny; I część moczu mętna, II—mętnawa. Gruczoł krokowy niebolesny i niepowiększony. Przy badaniu drobnowidzowem — dwoinki NEISSER'a.

Gdym wtajemniczył chorego w istotę cierpienia i wytłómaczył mu, że trzeba najpierw leczyć jądro, co potrwa kilka tygodni, a dopiero potem można będzie wziąć się do leczenia cewki, — zaczął strasznie biadać. Za cztery tygodnie miał wstąpić w związek małżeński.



Chory odwiedził mię po dwu dniach; wciąż jeszcze rozpaczał i utyskiwał na swój los. Mając wielkie zaufanie do przemywań JANET'a, które ani razu nie dały mi powikłań ze strony jąder, z drugiej zaś strony, widząc, że ból jądra znacznie się zmniejszył, a mocz stał się przezroczystym, zaproponowałem choremu, czy się nie zgodzi na zastosowanie tych przemywań. Nadmienilem przytem, że próba może się nie udać, a nawet skończyć się zajęciem drugiego jądra.

Chory zgodził się, rozumując, że o ile prawe jądro nie będzie na czas zdrowe, to i z lewego nie będzie miał wielkiej pociechy.

Natychmiast przemyłem mu całą cewkę litrem roztworu nadmanganianu potasu  $\frac{1}{5000}$ , ogrzanym do  $35^{\circ}$ . Na jądro zaleciłem szaruchę i kompresy rozgrzewające, wewnątrz zaś salol. I oto dalszy przebieg choroby.

2-gi dzień. I część moczu lekko mętna, II—przezroczysta; jądro prawie niebolesne, rozmiary jego bez zmiany. Przemywanie metodą JANET'a roztworem  $\frac{1}{5000}$ .

3-ci dzień. Obie części moczu przezroczyste, nacieczenie w przyjądrzu nieco mniejsze. Irygacja  $\frac{1}{5000}$ .

4-ty dzień. Obie części moczu przezroczyste, nacieczenie wybitnie mniejsze. Irygacja  $\frac{1}{4000}$ .

W ciągu następnych pięciu dni stosowałem wciąż przemywanie roztworem nadmanganianu potasu. Po upływie tego czasu mocz pozostał zupełnie przezroczystym, cewka suchą; główka przyjądrza powróciła do zwykłych rozmiarów, ogon zaś był wielkości ziarna polnego grochu. Trzykrotnie przemyłem cewki lapisem sposobem GUYON'a, a następnie dwukrotna próba z wypiciem nie zmieniły postaci rzeczy: badanie drobnowidzowe i wtedy dwoiniek NEISSER'a nie wykryło. To mi wystarczyło, by stwierdzić wyleczenie.

Efektowne uleczenie chorego z ostrej rzeżączki przedniej i tylnej, powikłanej zapaleniem przyjądrza, w ciągu krótkiego, bo raptem 15 dni trwającego czasu, ołśniło mię. Podług bowiem przyjętego szablonu należało powstrzymywać się od wszelkich przemywań na czas od 4—6 tygodni, i dopiero po zupełnem lub prawie zupełnem wyzdrowieniu jądra [co trwa podług ROLLET'a 20—24 dni, 30—35 podług EPINE'a], wypadało przystąpić do leczenia cewki.

W fałszywej obawie przed zajęciem drugiego jądra zbyt przedłużamy okres wyczekiwania. Nawet taka powaga w dziedzinie rzeżączki, jak FINGER, nie wypowiada się jasno w tej kwestyi. Radzi on przystępować do leczenia wtedy, kiedy nacieczenie w przyjądrzu staje się niebolesnem. Jednak powiada on, że powinno upłynąć sporo dni od chwili zniknięcia ostrych objawów zapalnych, gdyż one powtarzają się łatwo, jeśli zbyt wczesnie rozpocząć leczenie.

LUDWIK JULLIEN, omawiając szeroko leczenie samego przyjądrza i jądra, ani słówka nie podaje o tem, jak należy postępować z rzeżączką cewki w razie ich zajęcia.



Zdaje się, że pierwszy stosował przemywania sposobem JANET'a w zapaleniu przyjądrza dr PAWEŁ DELBET. [Spostrzeżenie swe opisał w *Annales des Maladies des organes génito-urinaires* r. 1896, Nr. 10].

Chory, który go naprowadził na szczęśliwą myśl przemywań, cierpiał od dwu lat na rzeżączkę. W ciągu ostatnich dni 15-u sprawa się zaostrzyła. Przy badaniu jąder okazało się dwustronne zapalenie przyjądrzy o przebiegu przewlekłym [trwającym pół roku]. Biorąc pod uwagę, że zapalenie przyjądrzy zależne było nie od ostatniego zaostrzenia, przeciwnie, zaostrzenie to pozostawało bez najmniejszego wpływu na stan przyjądrzy, tak, że zapalenie jąder przebiegało, niby choroba zupełnie niezależna od zaostrzenia; pomnąc, że mistrz jego, profesor GUYON zalecał wkraplanie roztworu lapisu do cewki i rozszerzanie przy zastarzałych zapaleniach jąder, połączonych z wydzielaniem się kropli z cewki, mając wreszcie zupełną zgodę, a nawet żądanie chorego, DELBET zastosował u niego przemywania metodą JANET'a.

W ciągu 8-u dni dostawał chory codziennie gorącą kąpiel godzinną. W ciągu następnych 10-u dni—przemywania JANET'a, dwa razy dziennie, poczynając od  $\frac{1}{3000}$ , następnie  $\frac{1}{2000}$  i wreszcie  $\frac{1}{1000}$ . Kąpiele nie sprawiły najmniejszych zmian w stanie choroby. Natomiast już po drugim przemyciu wybitnie zmniejszyło się nacieczenie w przyjądrzach, i ból znikł zupełnie. Po zastosowaniu 10-go przemycia, przyjądrza i cewka były zupełnie zdrowe. Próby z pićm i z lapisem potwierdziły to samo. Zbadawszy nasienie chorego, DELBET stwierdził w niem obecność żywych i zupełnie normalnych żyjątek nasiennych.

W drugim przypadku DELBET zastosował irygacye JANET'a już przy ostrem, cztery dni trwającym, obustronnem zapaleniu jąder i przyjądrzy. W ciągu ośmiu dni stosowano ciepłe wanny, dwa razy dziennie. Gdy te pozostały bez najmniejszego dodatniego wpływu, rozpoczęto, za zgodą chorego, przemywania roztworom nadmanganianu potasu: przez pierwsze dwa dni w rozcieńczeniu  $\frac{1}{3000}$ , przez następne cztery dni— $\frac{1}{2000}$  i wreszcie przez cztery dni— $\frac{1}{1000}$ . Już po drugim przemyciu nacieczenie było mniejsze, po czwartem—o połowę; bole zupełnie znikły. Po 10-em przemyciu nastąpiło kompletne wyleczenie. Nasienia DELBET w tym przypadku nie badał; chory wkrótce ożenił się i po roku został ojcem.

DELBET następnie stosował przemywania wszystkiego w trzech jeszcze przypadkach. Więcej materyału nie miał ani w szpitalu, ani w mieście.

BALZER w swem „*Therapeutique des maladies vénériennes*“ 1897 r. jest zdania, że przemywania JANET'a w obustronnem zapaleniu przyjądrza mogą być stosowane bez żadnych szkopałów. W jednostronnem zapaleniu powodują one wzmaganie się bólów, a nawet zaostrzenie sprawy. Bądź co bądź zajęcie drugiego jądra jest mniej pożądanem niż takie zaostrzenie. Tymczasem BALZER ani razu nie zauważył zajęcia drugiego jądra przy miejscowem leczeniu cewki; natomiast w ciągu sześciu lat naliczył do 60-u przypadków drugostronnego zapalenia, przy stosowaniu środków jedynie wewnętrznych.



Należy zatem i przy jednostronnem zapaleniu jądra stosować przemywania, o ile niema przeciwwskazań w postaci zapalenia pęcherza lub ostrej rzeżączki tylnej. Wogóle BALZER sądzi, że przy jednostronnem zapaleniu przyjądrza można przystąpić do przemywań z chwilą, gdy ostry stan zapalenia cewki minął i gdy nacieczenie w przyjądrzu lub sznurku nasiennym zaczyna widocznie się zmniejszać.

M. von ZEISSL [1902 r.] omawia pięć przypadków DELBET'a i gorąco pragnie, by spostrzeżenia jego potwierdziły się. W każdym razie, powiada on, spostrzeżenia DELBET'a i innych autorów świadczą o tem, że przemywania pęcherza i przemywania cewki nie pogarszają zapalenia jąder, pod warunkiem jednak, że się nie wprowadza cewnika do cewki.

Powołuje się on na H. von ZEISSELA, który już w 1872 r. w zapaleniu przyjądrza i jednoczesnem zajęciu pęcherza przemywał pęcherz [bez uciekania się do cewnika]. Użycie ku temu celowi cewnika może spowodować zapalenie przyjądrza lub pogorszyć zapalenie, gdy ono już jest. Natomiast przemywania pod silnym ciśnieniem nie wywierają ujemnego wpływu na przebieg zapalenia przyjądrza. Przednich przestrzykiwań cewki nie stosował jedynie wskutek tradycyjnej obawy chorych do tego rodzaju rękoczynów podczas zapalenia przyjądrza.

H. WOSSIDLO [1903 r.] jest zdania, że z chwilą powstania zapalenia przyjądrza lub sznurka nasiennego, należy przerwać miejscowe leczenie rzeżączki. Z wielką ostrożnością przystępuje on do niego dopiero wtedy, kiedy ostre zapalne objawy w przyjądrzu przeszły.

BERDAL [1906 r.] w „Traite pratique des maladies vénériennes” radzi przemywać całą cewkę dwa razy dziennie gorącym, ale słabym roztworem nadmanganianu potasu, poczynając od pierwszej chwili powstania zapalenia przyjądrza, nawet w najostrejszym jego okresie. Nie zauważył on, by przemywania miały jakikolwiek wpływ na wchłanianie się nacieczenia w przyjądrzu; zato stanowczo twierdzi, że skracają one czas trwania rzeżączki cewki. Wszystkie przypadki rzeżączki, powikłanej zapaleniem przyjądrza, przechodziły w ciągu 6—8 dni, gdy się je leczyło przemywaniami sposobem JANET'a.

Powracam do mego przypadku. Niespodziewany przebieg jego, a jeszcze mniej przewidziany wynik, dały mi bodźca do dalszych badań w tym kierunku. Za pozwoleniem, a nawet zachętą ze strony szefa mego, korzystając z cennych wskazówek jego, stosowałem przemywania w trzydziestu przypadkach, t. j. w całym materiale, który natenczas miałem do rozporządzenia.

Ponieważ o spostrzeżeniach DELBET'a i jego sposobie stosowania przemywań dowiedziałem się dopiero ku końcowi pracy, postępowałem zupełnie inaczej.

W tych przypadkach, wprawdzie nielicznych, kiedy chory przybywał do szpitala z podniesioną ciepłotą, przystępowałem do przemywań wnet po spadku ciepłoty, lub przeczekawszy dobę lub dwie; we wszystkich pozostałych—natychmiast po przybyciu chorego. Do przemywań używałem nadmanganianu potasu w roztwornie  $\frac{1}{1000}$ , przechodząc następnie do  $\frac{1}{3000}$ . Płyn



ogrzewałem do 35°. Przemiywanie stosowałem raz dziennie. Chory otrzymywał wewnątrz salol lub urotropinę, a jądro traktowane było jak zwykle.

Przedewszystkiem rzucało się w oczu wybitne zmniejszenie się bolesności jądra po pierwszym lub drugim przemyciu. Rażące pod tym względem były szczególnie te przypadki, które miały bardzo ostry początek.

Nie ulega również wątpliwości, że nacieczenie w przyjądrzu pod wpływem przemiywań zmniejsza się, chociaż nie tak szybko i w tym stopniu, jak to opisuje DELBET. Prawie w połowie przypadków przyjądrze wracało do zwykłych rozmiarów koło dwunastego dnia. Ślad przebytego cierpienia pozostawał w postaci zgrubienia wielkości ziarnka grochu szablatego. Reszta przypadków wymagała dłuższego czasu: od 15-u do 24-ch dni.

Żadnego związku między stopniem zmętnienia moczu a szybkością wchłaniania się nacieczenia stwierdzić nie można.

Wygląda na to, że większa liczba spostrzeżeń da prawo wypowiedzenia się na korzyść pewnego stosunku między wchłanianiem się nacieczenia a ła-twością, z którą się mocz oczyszcza.

Odmienne zachowywało się przyjądrze wtedy, kiedy udział w cierpieniu przyjmował sznurek nasienny. Przy znacniejszym jego stanie zapalnym bole się nie zmniejszały, nacieczenie pozostawało bez zmiany. Należało wtedy zaprzestać przemiywań na dwa do trzech dni, by miejscowymi środkami poprawić stan zapalny sznurka. Przy bardzo znacznem zajęciu sznurka, bole nawet się potęgowały. W takich razach robiłem przerwę w przemiywaniach na pięć do siedmiu dni. Stosowane po upływie tego czasu przemiywania nie powodowały więcej obostrzenia, ale też wchłanianie się nacieczenia i oczyszczanie moczu szło ospale.

[D. c. n.].

---

## II. Z PRACOWNI SANATORYUM W ZAKOPANEM.

---

# Badania krwi według metody Arneht'a u chorych na gruźlicę ze stanowiska klinicznego.

Podali

Dr K. Dłuski i M. Rospędzihowski.

(Dalszy ciąg — Patrz Nr. 4).

---

W III-m okresie u trzech chorych robiliśmy badania raz jeden tylko i w dwu przypadkach bardzo zły układ neutrofilny harmonizował zupełnie z bardzo złym stanem ogólnym i dużemi zmianami rozpadowemi w płucach. Jako przykład przytaczamy obraz krwi chorej panny M. W., lat 21, u której nadto stwierdzoną była bakteryologicznie gruźlica jelit.

M. W. lat 21.

I		II				III				IV				V i wyżej	U W A G I							
M	W	I	2 K	2 S	1 K	1 S	3 K	3 S	2 K	1 S	2 S	1 K	4 K	4 S		3 K	1 S	3 S	1 K	2 K	2 S	—
—	2	41	1	24	24	—	—	—	3	4	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	
43 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>		49 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>				7 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>				1 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>				—	5 400 leukocytów							



M. K. Nr. 20.

I		II		III		IV		V i wyżej	U W A G I					
M	W	I	2 K	2 S	1K 1S	3 K	3 S			2K 1S 2S 1K	4 K	4 S	3K 1S 3S 1K 2K 2S	
-	1	13	3	27	36	2	1	8	4	1	2	2	-	18. V. 1907 r.
14%		66%		15%		5%		-		-		-		6.200 leukocytów
-	-	9	2	30	27	6	2	16	2	2	2	2	-	8. IX. 1907 r.
9%		58%		26%		6%		-		-		-		7.700 leukocytów

I		II		III		IV		V i wyżej		U W A G I						
M	W	I	2 K	2 S	1 K	1 S	3 K	3 S	2 K		1 S	2 S	1 K	2 K	2 S	—
—	—	23	5	29	20	3	6	5	5	1	—	2	1	—	—	7. IV. 1907 r.
23%		54%		19%		4%		—		11.400		Leukocytyów				
—	2	25	3	21	40	2	—	4	1	1	—	—	—	—	1	26. V. 1907 r.
27%		61%		7%		1%		—		15.700		Leukocytyów				



Z liczby dziesięciu pozostałych chorych III okresu, u dziewięciu stwierdziliśmy harmonię między układem krwi z jednej strony a obrazem klinicznym z drugiej, u jednego zaś nie, o czym osobno. U dwu chorych z liczby tych dziewięciu, u których w układzie krwi, z początku bardzo złym, nastąpiło polepszenie, mogliśmy także stwierdzić w jednym przypadku względną, a w drugim dużą poprawę w stanie ogólnym i w płucach. Jako przykład przytaczamy wzór krwi chorej pani M. K. Nr. 20. Badanie pierwsze i ostatnie [patrz tabl. na str. 95].

Jak widzimy, liczba młodych neutrofilnych ciałek w dwu pierwszych klasach zmniejszyła się o 12%.

U siedmiu następnych pogorszeniu sprawy w płucach towarzyszyło pogorszenie się mniej lub więcej znaczne obrazu krwi. Dla ilustracyi przytaczamy charakterystyczne wzory. Chory J. J. Nr. 7 [patrz tabl. na str. 96].

Jak widzimy, obraz krwi u tego chorego przy pierwszym badaniu nie przedstawiał się bardzo źle, co odpowiadało w zupełności stanowi ogólnemu i stanowi sprawy płuc u chorego w tymże czasie. Następnie jednak badanie, dokonane w półtora miesiąca potem, daje nam już obraz krwi w stanie znacznego zaburzenia, jakiego również doznaje stan płuc i stan ogólny chorego. Liczba ogólna leukocytów znajduje się również w zupełnej zgodzie z tak ciężko zmienionym obrazem neutrofilnym, dosięga bowiem cyfry 15,700.

[C. d. n.].

---

### III. O wycieku samoistnym płynu mózgowo-rdzeniowego przez nos.

Napisał

**Dr med. L. E. Bregman,**

ordynator szpitala na Czystem.

[Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 4].

---

Po punkcyi łądziwiowej trudno było zebrać płyn z nosa, gdyż pomimo nawet nachylania głowy i umieszczenia chorej na lewym boku, wyszło zaledwie parę kropeł. Nazajutrz 5. I. chora utrzymywała, że wyciek z nosa już wczoraj znacznie się zmniejszył i w dalszym ciągu jest mniej obfity. Przy tem bólów i zawrotów głowy chora nie doznawała. Dziś przy położeniu chorej na lewym boku, w ciągu pierwszych 4-ch minut wycieku nie było, potem zaczął spływać kroplami, lecz w mniejszej ilości, niż przedtem.

Ilość dobową moczu zwiększona, przeciętnie około 2000, barwy jasnej, ciężar gatunkowy 1002.



Bole głowy, od czasu wstąpienia do szpitala, wystąpiły w silniejszym stopniu 16. XII. Po południu przyłączyły się wymioty, chora dużo spała. Nazajutrz bole głowy i wymioty ustały, chora czuła się osłabiona i wolała pozostać w łóżku.

7. I. W nocy chora doznała silnego bólu głowy, który trwa dotychczas. Ból ma charakter rozlany, najsilniejszy na lewej połowie czoła; kilkakrotnie wymioty. Tętno 92. Język obłożony.

Ruchy gałek ocznych znacznie więcej ograniczone: prawe oko w stronę prawą nie idzie prawie wcale, zamiast tego *nystagmus* pionowy o dość dużej amplitudzie; lewe oko idzie na lewo mało, również *nystagmus*; ku górze gałki nie poruszają się wcale, ku dołowi tylko lewa.

Dokonano ponownie nakłucia lędźwiowego, w celu leczniczym i wypuszczono około 15-u ctm. sz. Po punkcyi znowu nie można było wycieku z nosa otrzymać.

8. I. Ból głowy trwa w dalszym ciągu. Chora leży apatycznie, senna. Na pytania odpowiada, ale krótko, sama nie mówi nic. Ruchy zalecone wykonywa. Tętno 80. Ruchy gałek ocznych, jak wczoraj, tylko prawa gałka idzie nieco ku dołowi, przesuwając się przytem ku zewnątrz. Lewe oko w stronę prawą dochodzi prawie do kąta szpary ocznej; tak samo prawe w stronę lewą, przytem *nystagmus*. Zęby chora pokazuje z lewej strony nieco gorzej, niż z prawej; język zbacza nieco na lewo, porusza się w obie strony dobrze. Bezład prawej kończyny górnej wyraźny, acz nieznaczny. Odruchy ścięgnowe dolnych kończyn średnie, podeszwowe zwiększone z ruchem obronnym, przytem z prawej strony objaw BABIŃSKIEGO; z lewej palce zginają się w kierunku podeszwowym.

Wyciek z nosa ponowił się, ale jest mało obfity, w przeciągu pół godziny zebrano zaledwie 6 ctm. sz. W celu lepszego odpływu cieczy, nakazano chorej stale leżeć na lewym boku.

9. I. Chora wciąż senna, w nocy spała; bólu głowy nie było. Wyciek z nosa trwa. Tętno 90, słabe. Chora przyjmuje pokarmów mało. Nie chce leżeć na boku, woli na wznak.

Po paru dniach, przytomność powróciła, ból głowy ustał, wyciek z nosa był obfity. Chora pozostała w szpitalu do 6. II. W ciągu ostatnich kilku tygodni, z powodu wyjazdu nie mogłem osobiście jej obserwować. Silny ból głowy ponowił się dopiero 29. I. i trwał kilka dni, chora leżała apatycznie z przymkniętymi oczami, kilkakrotnie wymiotowała, oddała mocz pod siebie. W przeddzień wystąpienia bólów głowy zrobiono nakłucie lędźwiowe, wypuszczono 12 ctm. sz. płynu odcienia żółtawo-zielonkawego.

6. II. Chora na usilne żądanie matki została wypisana. W dwa tygodnie po wypisaniu, jak nam powiedziano, życie zakończyła.

Reasumując w krótkości, mamy u 20-letniej panny objawy następujące:

1) Napady bólów i zawrotów głowy z wymiotami, na-



pady dłużej lub krócej trwające utraty przytomności. Bolesność czaszki przy opukiwaniu okolicy czołowej i skroniowej po stronie lewej.

2) Zmniejszenie inteligencji, płaczliwość.

3) Zanik nerwów wzrokowych, bardziej posunięty na prawem oku, znaczna *amblyopia*. Lekka nierówność źrenic, zmniejszone oddziaływanie na światło. Ograniczenie pola widzenia na prawem oku koncentryczne, na lewem najwięcej od dołu i zewnątrz.

4) *Strabismus convergens et sursumvergens* prawego oka. Ograniczenie ruchu gałek ocznych ku górze, na lewem oku większe niż na prawem; ograniczenie ruchu ku dołowi większe na lewem oku. Nieznaczne ograniczenie ruchu prawej gałki na prawo, a lewej na lewo. *Nystagmus* na obu oczach, zwłaszcza przy patrzeniu ku górze, w kierunkach bocznych.

5) Brak zaburzeń ze strony innych nerwów mózgowych, tylko drżenie warg i języka. Powonienie zachowane.

6) Bezład w postaci mózdkowej [atakсы statyczna].

7) Drżenie kończyn górnych, zwłaszcza prawej. Niezręczność prawej ręki [lekka atakсы]. Uścisk prawej ręki słabszy. Brak innych objawów porażenia.

8) Wzmożenie odruchów ścięgowych większe na stronie prawej, później objaw BABIŃSKIEGO po stronie prawej.

9) Brak zaburzeń czucia, zaburzeń przy oddawaniu moczu.

10) Niedorozwój narządów płciowych, *amenorrhoea*.

11) Ogólne wychudnienie od roku, przedtem nadmierna otłóść.

Cierpienie to rozwinęło się stopniowo, od 15-go roku życia, bez jakiegokolwiek momentu etyologicznego. Znaczne pogorszenie od roku—wzmożenie bólów głowy, utrata wzroku, ogólne wychudnienie i równocześnie wystąpienie najbardziej nas w tem miejscu interesującego objawu, stałego wycieku z nosa.

Pomijając na razie ten ostatni objaw, którego rozpatrzeniem zajmiemy się później, na zasadzie innych objawów, możemy powiedzieć, że mamy przed sobą ciężkie cierpienie mózgowe. Rozpoznanie w danych warunkach wahać się mogło tylko między nowotworem mózgu a wodogłowiem. Za tem ostatniem przypuszczeniem mogłoby przemawiać długie trwanie choroby, jednakowoż nowotwór, na zasadzie obrazu i przebiegu choroby, jest znacznie prawdopodobniejszy. Objawy ogólnouciskowe ze strony mózgowia w silniejszym stopniu wystąpiły dopiero w ostatnim roku choroby, przedtem wyrażały się tylko w rzadkich napadach bólu głowy z wymiotami. Natomiast mieliśmy szereg objawów — niezręczność prawej ręki, atakсы statyczna—wskazujących na cierpienie ogniskowe mózgu.

Zaburzenia wzrokowe i ruchowe gałek ocznych wystąpiły, jak się zdaje, dopiero w ostatnim roku choroby. Nerwy wzrokowe dawały obraz z wyjątkiem z zaniku, bez śladów poprzedzających *neuritis optica*, lub tarczy zastoinowej. Okoliczność ta nie przemawia ani przeciw nowotworowi, ani za wodogłowiem. Wiemy bowiem dobrze, że przy nowotworach mózgu nastąpić może w pewnych warunkach zanik nerwu, bez tarczy zastoino-



wej. Najczęściej spotykamy to przy nowotworach dna trzeciej komory, które naciskają bezpośrednio na *chiasma nervorum opticorum*. Aliści to samo spostrzega się niekiedy nawet przy nowotworach mózdzku, które przebiegają ze znacznym wodogłowiem, a wypuklające się dno trzeciej komory sprządza znowu ucisk nerwów wzrokowych.

Zaburzenia wzrokowe w tych razach przedstawiają się jako *hemianopsia bitemporalis*, lub *amblyopia* jednego oka wraz z *hemianopsia temporalis* drugiego. Nasza chora miała znaczną ambliopię na obu oczach, z koncentrycznym zwężeniem pola widzenia, które jednak na jednym oku [lewem] dotknęło głównie odcinek dolny zewnętrzny.

Co się tyczy zaburzeń ruchowych gałek ocznych, to prócz lekkiego osłabienia obu *nn. abducentes* i *nystagmus*, mieliśmy wybitne zaburzenia ruchów gałek ocznych w kierunku pionowym. Zmiany te nie były symetryczne: ku górze obie gałki poruszały się niedostatecznie, ale lewa znacznie mniej, niż prawa. Odwrotnie ku dołowi; lewa gałka szła dobrze, prawa zaś nie poruszała się prawie wcale. W skutek porażenia mięśni, poruszających gałkę prawą na dół, stała ona w spokoju wyżej od lewej (*strabismus sursumvergens*). Zez zbieżny prawego oka prawdopodobnie był również zależny od porażenia m. skośnego górnego (m. *obliquus superior*), gdyż zez ten zwiększał się przy patrzeniu na dół, a zmniejszał się przy patrzeniu w górę.

Znaczenie topograficzne tych objawów jest dość trudne do określenia. Niedowład obu *nn. abducentes* możnaby łatwo odnieść do ogólnego ucisku, któremu skutkiem swego położenia na podstawie czaszki, najczęściej ulegają. W wodogłowiu nerwy te stosunkowo najczęściej bywają dotknięte. Również *n. trochlearis* z prawej strony dotknięty być mógł na podstawie czaszki. Trudniejsze jest wytlómaczenie porażenia mięśni, poruszających gałki ku górze. W obec tego, że *mm. recti interni* funkcjonowały prawidłowo, trudno przypuścić porażenie obwodowe nerwów okoruchowych. Porażenie to, zwłaszcza w dalszym przebiegu choroby, miało zupełnie charakter porażenia skojarzeniowego (*associirte Blicklähmung*), początkowo niesymetrycznie rozwiniętego. Porażenie takie spostrzegano dotychczas najczęściej w cierpieniach ciał czworaczych lub ich sąsiedztwa. Zupełnie podobne porażenie skojarzone ku górze, również niezupełnie symetryczne, spostrzegalem niedawno w przypadku nowotworu nabłonkowego, który, wychodząc z szypuły przysadkowej, zajął miejsce w postaci torbieli trzeciej komory i rozprzestrzenił się ku tyłowi do *aquaeductus Sylvii* i sprawdził ucisk ciał czworaczych, które były ogromnie scieńczałe.

Z pomiędzy innych objawów, spostrzeganych u naszej chorej, zasługuje jeszcze na uwagę rozwijająca się od 15-go roku życia, t. j. od tego samego czasu, kiedy występować zaczęły i inne objawy mózgowie, nadmierna otyłość. Poprzednio chora była normalnej tuszy, w rodzinie nikt usposobienia do otyłości nie okazywał, przytem chora jadła mało. Otyłość jej frapowała otaczających i przez nich samych stawiana była w związku z brakiem miesiączki. Nie ulega wątpliwości, że mamy tu objaw patologiczny, będący



w zależności od cierpienia mózgowego. Dotychczas najczęściej spotykano ten objaw w cierpieniach przysadki mózgowej (*hypophysis cerebri*) i wyrażono przypuszczenie, że jest następstwem ogólnych zaburzeń troficznych ustroju, skutkiem naruszenia czynności przysadki. Taką samą nadmierną otyłość spostrzegałem w dwu przypadkach nowotworów przysadki i okolicy przysadkowej; w jednym — u 7-letniej dziewczynki—objaw ten był nadzwyczaj wybitny i frapował otaczających, w drugim, dotyczącym 38-letniej kobiety, chora jeszcze przed wystąpieniem ciężkich objawów mózgowych zaczęła tyć, otyłość jej jednak nie osiągnęła bardzo wielkich rozmiarów.

[D. c. n.]

---

## STRESZCZENIE ZBIOROWE.

### O sprawach ropnych w błędniku usznym.

Podał

Aleksander Żebrowski.

[Ciąg dalszy. — Patrz N. 4].

Przy wykonywaniu *lege artis* operacji doszczętnej napotkać można zmiany na wyniosłości, odpowiadającej zewnętrznej przewodowi łukowatemu, w postaci małych przetok, otworów, a nawet całkowitego zniszczenia kości na dość znacznej przestrzeni. Niekiedy zauważyć można, że ścianki przewodu łukowatego przeświecają jako ciemnawe i czerwone linie, co jest oznaką schorzenia przewodu [JANSEN]. Również przy otwarciu tylnego dołu czaszkowego można przekonać się o stanie dolnego, pionowego przewodu łukowatego, którego ropne zapalenie wywołać może głębokie ropnie zewnątrzoponowe. Wreszcie utrudnione gojenie się rany po operacji doszczętnej, tworzenie się ziarniny w okolicy torebki kostnej błędnika nasuwa podejrzenie o istnieniu sprawy ropnej w samym błędniku; absolutny brak objawów klinicznych nie pozwala wtedy na powzięcie postanowienia otwarcia błędnika; dopiero wystąpienie objawów czysto błędnikowych decyduje sprawę i stanowi wskazanie do dalszych zabiegów operacyjnych.

Objawy kliniczne ropnego zapalenia błędnika podzielić należy na dwie kategorie: do pierwszej należą objawy ogólne, towarzyszące wszelkiej sprawie ropnej w kości skroniowej, a więc ból głowy i gorączka, do drugiej kategorii należą objawy czysto błędnikowe: upośledzenie słuchu lub głuchota, szmer w uszach, zaburzenie równowagi, *nystagmus*, wreszcie niedowład lub całkowity paraliż nerwu twarzowego.

Ból głowy towarzyszy nader często sprawom ropnym w różnych odcinkach kości skroniowej; niekiedy występuje w znacznym stopniu przy zwykłym



ostrem zapaleniu ropnem w jamie bębenkowej i wyrostku sutkowym, niekiedy niema go wcale nawet przy istniejącem już powikłaniu wewnątrzczaszkowem, np. przy ropniu mózgu. Nader silny i uporczywy ból głowy, umiejscowiony w okolicy kości potylicowej, według FRIEDRICH'a prędzej przemawia za istnieniem ropnia w mózdzku, a nie za ropną sprawą w błędniku usznym. Dla rozpoznania ropnego zapalenia w błędniku ból głowy, nawet o znacznem nasileniu, nie stanowi objawu, zasługującego na bliższą uwagę. To samo tyczy się i krzywej ciepłoty, która nie ma żadnych charakterystycznych cech dla sprawy ropnej w błędniku; dodać należy, że częstokroć nawet przy rozległym zapaleniu przewodów łukowatych, przedsionka i ślimaka ciepłota ciała pozostać może z lekka tylko podwyższoną, a FRIEDRICH i HINSBERG opisują przypadki o przebiegu całkowicie bezgorączkowym. A więc widzimy, że ogólne kliniczne objawy nie dają nam żadnego punktu oparcia do rozpoznania ropnego cierpienia w błędniku usznym. Rozpoznanie to uwarunkowane jest jedynie istnieniem objawów specjalnie pochodzenia błędnikowego.

Z chwilą wystąpienia ropnego zapalenia w błędniku usznym uszkodzona zostaje jego funkcya, przyczem z początku występują objawy podrażnienia (*Reizsymptome*), następnie zaś objawy wypadnięcia funkcyi (*Ausfallserscheinungen*). Przedsionek i przewody łukowate stanowią „organ statyczny“, narząd równowagi i napięcia mięśniowego; objawami podrażnienia tego „narządu przedsionkowego“ są zaburzenia równowagi, osłabienie czucia mięśniowego i zawrót głowy. Na ten „narząd przedsionkowy“ należy jednak patrzeć nie jako na narząd wyłącznie sprawujący utrzymanie równowagi i oryentowanie się w przestrzeni, lecz jedynie jako na narząd pomocniczy, którego brak może być poniekąd zastąpiony zapomocą wzroku, czucia mięśniowego, skórniego i t. d. W każdym jednak razie przy podrażnieniu lub zniszczeniu narządu przedsionkowego występują wybitnie: zaburzenia równowagi ciała i zawrót głowy, które stanowią najczęstszy objaw sprawy ropnej w błędniku. S. von STEIN<sup>1)</sup> wykazał, że w ogólności chorzy uszni cierpią często na zaburzenia równowagi, które wykazać można zapomocą odpowiednich doświadczeń; istnieje cały szereg ruchów [np. zwrót w tył na prawo lub na lewo z zamkniętymi oczami, zwrót na jednej nodze, stanie i skakanie na palcach i t. d.], które wykonać może z łatwością każdy człowiek normalny, chorzy zaś z cierpieniem błędnikowym [nie ropnego pochodzenia] ruchów tych wykonać nie są w stanie. Przy staniu na płaszczyźnie pochylej chory nie może zachować równowagi przy takim nachyleniu płaszczyzny, przy którym normalny człowiek zachowuje równowagę z łatwością. Zaburzenia równowagi mogą być stałe i napadowe. Ciekawem jest nagłe wystąpienie utraty równowagi przy dotknięciu zgłębniakiem przetoki błędnikowej; chory nagle pada ku stronie zdrowej, przyczem w tym samym kierunku zwraca głowę i górną połowę ciała [FRIEDRICH].

Bardzo ważnym objawem dla rozpoznania sprawy ropnej w błędniku jest tak zwany *nystagmus*, ze względu zaś, że ruchy gałek ocznych bywają zwykle rytmiczne, objaw ten nosi nazwę *nystagmus rhythmicus*. Stosownie do kierunku ruchów gałek ocznych *nystagmus* może być poziomy, pionowy, diagonalny i rotacyjny. Bardzo wiele przyczyn może wywołać zjawienie się *nystagmus*, a więc może on być wywołany dowolnie przez zupełnie zdrowego osobnika, spostrzegano go u albinosów, krótkowzrocznych i niewidomych, przy *sclerosis disseminata*, wreszcie przy chorobach mózgu; szczególnie często widywano *nystagmus* przy ropniach mózdzku, a OPPENHEIM nawet uważa go poniekąd za objaw ogniskowy dla ropni mózdzku. Niedawno

<sup>1)</sup> S. v. STEIN. Ueber Gleichgewichtsstörungen bei Ohrenleiden. Zeitschr. f. Ohrenheilkunde, t. 27.



ukazała się wyczerpująca praca B á r á n y'ego <sup>1)</sup> o *nystagmus*, w której autor zebrał wszystko, co tylko o tym przedmiocie ogłoszono i na zasadzie własnych nowych doświadczeń z wywoływaniem *nystagmus* zapomocą oziębiania lub ogrzewania błędnika doszedł do bardzo ciekawych wniosków, które mogą mieć wielkie znaczenie dla rozpoznawania cierpień błędnika w ogólności, szczególnie zaś spraw ropnych w przewodach łukowatych i w przedsionku. Na badaniach tych zatrzymam się nieco dłużej, tembardziej, że *nystagmus* należy do tych objawów, które spotkać można przy różnych cierpieniach, a więc doświadczenia B á r á n y'ego mają znaczenie ogólniejsze.

Jak już wyżej wspomniałem, *nystagmus*, wywołany przez podrażnienie narządu przedsionkowego, jest rytmiczny i składa się z ruchu szybkiego gałki ocznej, za którym następuje ruch wolny w przeciwnym kierunku. B á r á n y oznacza kierunek *nystagmus* w stronę szybkiego ruchu. Jako fizyologiczne podrażnienie, wywołujące *nystagmus*, przyjąć należy ruch wchłonki [endolimfy], która powoduje zmianę w położeniu komórek włoskowych, w grzebieniach bانيek przewodów łukowatych (*crisae ampullarum*). A więc przy ruchu wirowym, wywoływanym zapomocą specjalnego przyrządu, zwanego krzesłem wirowem (*Drehstuhl*), u człowieka występuje *nystagmus* oczu, u zwierząt zaś nawet zmętnienie pola widzenia, uczucie ruchu wirowego przedmiotów zewnętrznych i własnego ciała, wreszcie omdlenie—wszystkie te objawy razem wzięte stanowią tak zwany wirowy zawrót głowy (*Drehschwindel*). Zapomocą oziębiania lub ogrzewania błędnika można wywołać te same objawy, jak i przy ruchu wirowym. Na fakt ten zwrócono uwagę już dość dawno, lecz obecnie zdaje się B á r á n y pierwszy wyzyskał go dla celów rozpoznawczych. B á r á n y zapomocą cienkiej rurki HARTMANN'a doprowadza wodę o ściśle określonej ciepłocie do samej błony bębenkowej; przy istniejących otworach w bębenu usznym wprowadza rurkę do otworu, przy całkowitych zaś brakach błony bębenkowej i u chorych po operacji doszczętnej—do samej torebki kostnej błędnika. Fakty ustalone przez B á r á n y'ego są następujące: Wlewanie do ucha wody o ciepłocie, równającej się ściśle ciepłocie ciała, nie wywołuje żadnych zmian. Wlewanie wody do prawego ucha o ciepłocie nieco niższej od ciepłoty ciała wywołuje *nystagmus* rotacyjny [niekiedy jednocześnie rotacyjny i poziomy] ku stronie lewej; *nystagmus* występuje silniej, jeżeli badany patrzy w stronę lewą. Jeżeli zaś weźmiemy wodę o ciepłocie wyższej od ciepłoty ciała, wtedy występuje *nystagmus* w kierunku odwrotnym. Tego rodzaju *nystagmus* może być wywołany u każdego zdrowego osobnika z normalnym narządem sluchu i zjawienie się jego oznacza, że narząd przedsionkowy funkcjonuje prawidłowo. Objasnienie tego ciekawego zjawiska, według B á r á n y'ego, jest bardzo proste. Błędnik kostny i błoniasty wraz z endo- i perilimfą możemy sobie wyobrazić jako małe naczynie napełnione płynem, ogrzanym do 37° C.; jeżeli jedną ze ścian tego naczynia oziębimy niżej 37° lub nagrzejemy wyżej 37°, to w płynie wypełniającym naczynie musi powstać ruch, który z kolei wywołuje ruch komórek włoskowych, a więc *nystagmus* powstaje tu w sposób podobny, jak przy ruchu wirowym ciała. Ruch gałek ocznych, a szczególnie *nystagmus rhythmicus* przy tem doświadczeniu, oznaczają stopień pobudliwości narządu przedsionkowego: o ile u chorego możemy zapomocą wlewania do ucha zimnej lub ogrzanej wody wy-

2) Untersuchungen über den vom Vestibularapparat des Ohres reflektorisch ausgelösten rhythmischen Nystagmus und seine Begleiterscheinungen, ein Beitrag zur Physiologie und Pathologie des Bogengangapparates). Dr ROBERT B á r á n y. „Monatsschrift f. Ohrenheilkunde, 1901, s. 193.



wołać *nystagmus*, o tyle pewnem jest, że u tego chorego narząd przedsionkowy, względnie błędnik jest nieuszkodzony. Fakt ten ma wielkie znaczenie dla postawienia wskazania do zabiegów operacyjnych i niedawno NEUMANN na Zjeździe otologów w Bremie wygłosił zdanie, że nawet przy istnieniu przetok w torebce kostnej błędnika, wykrytych podczas operacji doszczętniej, otwarcie błędnika jest przeciwwskazane, o ile pobudliwość narządu przedsionkowego została zachowana. Przy zapaleniu ropnem błędnika powstaje *nystagmus* jedynie na początku choroby, jako oznaka podrażnienia *in toto* d. przedsionkowego i gałązki przedsionkowej ósmego nerwu; gdy narząd przedsionkowy zostanie przez sprawę chorobną zniszczony, gdy błędnik *in toto* ulegnie schorzeniu, wtedy pobudliwość narządu przedsionkowego znika, a zarazem znika *nystagmus*. *Nystagmus* pochodzenia mózdkowego zwiększa się jednocześnie ze zwiększaniem się sprawy ropnej w mózdku [ropień], odwrotnie rzecz się ma z *nystagmus* pochodzenia błędnikowego, który ginie wtedy, gdy ropienie zajęło cały przedsionek [NEUMANN]. W ten sposób można poniekąd różniczkować ropnie mózdku od ropnego zapalenia błędnika.

[D. c. n.].

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

— 2 —

### 9. Lewin. Przyczynki doświadczałne do morfologii i biologii nowotworów złośliwych.

Przytoczywszy w krótkości dotyczącą przedmiotu literaturę, autor zwraca uwagę na szczególną doniosłość swoich spostrzeżeń; uczynione bowiem były one na nowotworze, który ze wszystkich dotąd w podobny sposób badanych najbardziej zbliżonym był do nowotworu ludzkiego. Doświadczenia swe LEWIN przeprowadził z rakiem u szczura; nowotwór ten przy wszystkich prawie przeszczepieniach dawał przerzuty w płucach, śledzionie i wątrobie, na otrzewnej rośl doskonale, wywołując puchlinę brzuszną; zwierzęta marły wskutek charactwa. Badania LEWIN'a naogół potwierdzają dotychczasowe spostrzeżenia nad nowotworami złośliwymi u myszy. Wobec tego, iż udało się autorowi przeszczepiać z powodzeniem nowotwór szczurom, pochodzącym z różnych okolic, jak również i szczurom mieszanej rasy szarej z białą, uważa on iż gatunek nie ma zbyt wielkiego znaczenia dla rozwoju zaszczipionych nowotworów.

Dalej przechodzi autor do ciekawej sprawy odporności i uodporniania względem nowotworów złośliwych. Wszyscy badacze dotychczasowi zauważają, iż nie wszystkie szczepienia się przyjmują. HERTWIG i POLL są zdania, iż chodzi tu zawsze o odporność wrodzoną. Inni natomiast autorowie przypuszczają również możliwość odporności nabytej. Bywają bowiem przypadki, w których zaszczipiony nowotwór z początku zaczyna się rozwijać, lecz później sam przez się znika, a zwierzę staje się prawie zawsze zupełnie niewrażliwym na następne szczepienia; tego rodzaju spostrzeżenia uczynił też między innymi i LEWIN. BASHFORD pierwszy wykazał, iż zapomocą krwi myszy można otrzymać uodpornienie względem raka myszy; autorowi udało się uodpornić zwierzę zapomocą zastrzyknięcia krwi szczura i to jednocześnie względem raka i mięsaka.

(Berlin. klin. Woch. 1907 N. 50).

B. Wejnert.



## 10. Promienie Roentgen'a, jako czynnik etyologiczny raka.

Wkrótce po wprowadzeniu do lecznictwa promieni ROENTGEN'a zauważono, iż mogą się one stać niebezpiecznym czynnikiem chorobnym zarówno dla pacjenta, jak i dla lekarza. Najczęstszą formą, pod którą występuje szkodliwe działanie rentgenizacji, jest porażenie skóry — *radiodermatitis*, które nieraz nabiera wielkiego podobieństwa do *xeroderma pigmentosum*. MENDES DA COSTA obserwował siedm razy rozwój nabłoniaka na 71 przypadków wilka, leczonego promieniami ROENTGEN'a. Wiadomą rzeczą jest, iż nabłoniak rozwija się czasami na tle wilka bez wszelkiej interwencji promieni ROENTGEN'a, ma to jednak miejsce dosyć rzadko i w żadnym razie nie da się skonstatować 7 razy na 71 przypadków. Podobne spostrzeżenia rozwoju nowotworu przy stosowaniu radioterapii uczynili też liczni inni autorowie, jak: MACLEOD, WYSS, RIEHL i inni. SICK opisuje rozwój raka na rękach dwóch robotników, pracujących przy wyrobie aparatów radiograficznych. FOULERTON w Tow. Patolog. w Londynie przedstawił zajmującego się radiografią lekarza, u którego rozwinął się rak na palcu. Analogiczne przypadki u ludzi, mających do czynienia z promieniami ROENTGEN'a, opisali CORNIL i GAUCHER. Zebrało się też w literaturze kilka spostrzeżeń, z których się okazuje, iż nowotwory, powstałe wskutek stosowania promieni ROENTGEN'a, nieraz odznaczają się szczególną złośliwością. W ostatecznym wyniku wszystkich tych badań uważa się, iż promienie ROENTGEN'a, tak zbawiennie nieraz przy nowotworach działające, czasami mogą same powodować powstanie mniej lub więcej złośliwych nowotworów. Wskutek tego radioterapia jest przeciwwskazaną w tych chorobach skórnych, które same przez się mają skłonność do zwyrodnienia nowotworowego, oraz w tych, które wymagają bardzo znacznej liczby seansów.

(Sem. medic. 1907. N. 49).

B. Wejnert.

## 11. Bashford, Murray i Haaland. Wyniki badań doświadczalnych nad rakiem.

Autorowie przeprowadzili szereg powtórnych szczepień raka u myszy, przyczem udało się im wywołać bujanie tkanki łącznej o charakterze mięsakowatym. W ósmym i dziewiątym pokoleniu otrzymywali nowotwory mieszcane (*carcinoma sarcomatodes*), a w dwunastym otrzymali czystą formę mięsaka o komórkach wrzecionowatych. Przy doświadczeniach swych stosowali oni dwie metody; według jednej zapomocą trójgranca brano drobną cząstkę nowotworu (0,01 — 0,02) i wprowadzano myszy pod skórę; według drugiej cały nowotwór rozcierano specjalną maszynką na jednorodną masę i stąd wziętą określoną dawkę (0,025 — 0,05<sup>3</sup>) zastrzykiwano zwierzęciu. Badania prowadzone były na osobnikach młodych i zupełnie normalnych. Na szczególną uwagę zasługuje tu fakt, iż w tych doświadczeniach zapomocą żywej tkanki wywołano sztucznie nowotwory złośliwe, co się nie udawało dotąd przy licznych doświadczeniach z zastrzykiwaniem środków farmaceutycznych. Dzięki wynikom tych badań staje się możliwem prześledzenie od samego początku powstania nowotworu złośliwego i zbadanie towarzyszących mu okoliczności.

(Berlin. klin. Woch. 1907. N. 39).

B. Wejnert.

## 12. K. Beck. Postępowanie skombinowane w nowotworach złośliwych.

Od czasu, gdy rengenoterapia uzyskała sobie prawo obywatelstwa, często daje się słyszeć pytanie, czy nowotwory złośliwe leczyć należy promieniami



ROENTGEN'a, czy też operacyjnie. Jedni są za pierwszą, inni za drugą metodą. Autor jest zdania, iż rentgenoterapia tylko w razach bardzo wyjątkowych może zastąpić zabieg operacyjny. W większości przypadków nie można stawiać rozgraniczenia, kwalifikując jedne z nich do operacji inne do rentgenoterapii. Te dwie metody powinny się wspierać i uzupełniać. Należy więc przede wszystkim operować, a następnie stosować prześwietlanie aż do wyraźnego odczynu. Takie postępowanie, zdaniem autora, zapobiega nawrotom i jest najracjonalniejszym w leczeniu nowotworów złośliwych. Zdanie to popiera autor szeregiem przykładów z własnej praktyki, w których otrzymał doskonałe wyniki. Spostrzeżenia BECK'a dotyczą kilku mięsaków i nabłoniaków i jednego raka. Przy mięsakach i nabłoniakach autor otrzymywał zupełne i trwałe wyleczenie, nawrotów bowiem po kilku latach nie było. Przy raku skonstatowano znaczne polepszenie.

(Berlin. klin. Woch. 1907. N. 42).

B. Wejnert.

### 13. Ehrich i Apolant. O nowotworach mieszanych u myszy.

Liczni autorowie, jak LÖB, LIEBMANN, BASHFORD i inni spostrzegali u myszy przy przeszczepieniach raka rozwój mięsaka, jako *carcinoma sarcomatodes*, lub jako czyste *sarcoma fusocell.* i *globocell.* Taki rozwój mięsaka dotąd obserwowano tylko przy przeszczepieniach, autorowie zaś niniejszej pracy przytaczają dwa przypadki, w których spostrzegali tę sprawę w nowotworach pierwotnych. Obydwa przypadki odnoszą się do białych myszy; w jednym z nich badanie drobnowidzowe nowotworu wykazało różne okresy rozwoju *carcinom. sarcomatod.*, w drugim *sarcom. fusocell.* Fakty przytoczone przez autorów są ważnym uzupełnieniem dotychczasowych spostrzeżeń nad będącą w mowie sprawą, dowodzą bowiem, iż warunki, powodujące rozwój mięsaka, mogą powstać nie tylko przy sztucznie wywołanych okolicznościach, lecz również i same przez się w nowotworze pierwotnym.

(Berl. klin. Woch. 1907, Nr. 44).

B. Wejnert.

---

## Warszawskie Towarzystwo Lekarskie.

---

### SEKCJA NEUROLOGICZNO-PSYCHIATRYCZNA.

Posiedzenie z dnia 16-go listopada 1907 r.

1) KRUKOWSKI przedstawił chorą, dotkniętą t. zw. „mędrkowaniem natrętnem.”

Chora od lat dziecinnych zadaje sobie cały szereg pytań z dziedziny anatomii, fizjologii, psychologii i filozofii. Charakterystycznym jest, że chora rozwiązuje niektóre pytania sama bez niczyjej pomocy, a jednak zgodnie z pojęciami naukowymi. Między natrętnymi myślami a sferą płciową zachodzi pewien stosunek, a mianowicie: równocześnie z napadami myśli natrętnych chora



doznaje chuci płciowej. Rozpoznanie brzmi: mędrkowanie natrętne, *folie du pourquoi* francuskich autorów.

W dyskusji WIZEL zwraca uwagę, że siostra chorej, bliźniaczka, również cierpi na myśli natrętne. Obie siostry, zdaniem jego, stanowią ciekawy przyczynek do obłędu bliźniąt (*psychose gémallaire*).

2) WIZEL przedstawił dwa przypadki podwójnej atetozy (*athétose double*).

W pierwszym typowym przypadku, dotyczącym 24-letniego mężczyzny, notowano objawy następujące: a) ruchy o charakterze atetozy w twarzy, szyi, tułowiu i kończynach, przytem głównie w górnych, b) sztywność mięśni, c) niesprawność ruchową przy dobrze zachowanej sile ruchowej, d) zaburzenie mowy [mowa zupełnie niezrozumiała], e) upośledzenie umysłowe, f) chód charakterystyczny dla choroby LITTLE'a.

W drugim typowym przypadku, dotyczącym 7-letniego chłopca, notowano: a) ruchy o charakterze atetozy, głównie w twarzy i w górnych kończynach, b) znaczną sztywność mięśni, c) niesprawność ruchową wobec dobrze zachowanej siły mięśniowej, d) wybitne zaburzenie mowy, e) upośledzenie inteligencji. Oprócz wymienionych objawów, składających się na obraz atetozy podwójnej, u chorego stwierdzono jeszcze: bezład statyczny, chód wiądowo-mózdzkowy, nadmierne rozgięcie palucha u lewej stopy przy zgięciu drugiego członka. Mówca wobec tego przypuszcza, że mamy tu do czynienia albo z atypową postacią choroby FRIEDREICH'a, albo też z kombinacją obu tych cierpień.

Dyskusya [HIGIER, STERLING, KOPCZYŃSKI] istoty przypadku nie wyświetliła.

3) HIGIER przedstawił przypadek małżeństwa z wiądem rdzenia (*tabes tarda conjugalis*).

Mężczyzna lat 58, zaraził się przed 18-u laty syfilisem. Po 50-ym roku życia wystąpiło dwojenie się w oczach, wkrótce dołączyły się inne objawy wiądu rdzenia: bole opasujące, bezład, objaw WESTPHAL'a, ARGYLL-ROBERTSON'a. U małżonki tego chorego przezeń zarażonej, stwierdzić się daje: zatrzymanie moczu, bole opasujące, objaw ARGYLL-ROBERTSON'a. Rozpatrując sprawę rzadszych postaci wiądu rdzenia (*tabes tarda, juvenilis, infantilis, hereditaria, familiaris i conjugalis*), HIGIER dowodzi, że tego rodzaju przypadki dowodzą parasyfilitycznej natury wiądu rdzenia i pozwalają przypuszczać specyficzną pewnych odmian syfilisu. Mówca przytacza z literatury przypadki, gdzie cała rodzina lub grono osób, zarażonych syfilisem z jednego źródła, dotknięte zostało po latach wiądem lub paraliżem postępującym. W dyskusji BIRO podnosi rolę usposobienia do wiądu rdzenia, BREGMAN podkreślał fakt, iż u chorych na wiąd rdzenia objawy syfilityczne po zarażeniu były najczęściej nieznacznie wyrażone, GOLDFLAM zaznaczał, iż, zdaniem jego, chodzi tu o jakąś odmianę jadu syfilitycznego, który wywołuje wiąd rdzenia.

b) HIGIER przedstawił przypadek *epilepsiae tarda* i *bradycardiae* z 20-ma uderzeniami tętna na minutę [choroba ADAMS-STOKES'a].

Chory, lat 57, otyły artretyk, przed 5-u laty zaczął doznawać co parę miesięcy powtarzających się napadów padaczki, leczonej pomyślnie bromkami. Od dwóch lat napady ustały. Od 3-ch miesięcy chory miewa napady odmienne, krótkotrwałe, bez drgawek, ograniczające się do *petit mal*, napady omdlewań, blednięcia twarzy, obfitego pocenia się. Oprócz tego od tej pory stwierdzono u chorego stałe zwolnienie tętna, wynoszące 18 do 24-ch uderzeń na minutę. Jod z belladonną niekiedy podnosił tętno do 28—30 uderzeń na minutę.

Omawiając bliżej patogenezę tego cierpienia, teoryę zmian korowych, teoryę opuszkową, teoryę ucisku nerwu błędnego, H. zatrzymuje się głównie na rozpoznaniu *myocarditidis chronicae*, a specjalnie na zwyrodnieniu pęczka His'a, przebiegającego w pierścieniu ścięguistym pomiędzy przedsionkami a ko-



morami. Na załączonych zdjęciach sfigmograficznych z tętnic, żył, serca i przelyku, wykonanych przez JANOWSKIEGO widać, że trzem, a nawet pięciu skurczom nierytmicznym przedsionka, odpowiada jeden skurcz komory (*dissociatio atrio-ventricularis arhythmica*).

W dyskusji JANOWSKI obszernie opowiedział sposób, w jaki dokonał zdjęcia tętna żylnego u danego chorego, co było rzeczą bardzo ważną dla rozpoznania choroby, przedstawił te zdjęcia i bliżej zastanowił się nad istotą cierpienia ADAMS-STOKES'a.

BYCHOWSKI zaznaczył, że widział chorego uprzednio i stwierdził u niego tętno w liczbie 24—26 uderzeń na minutę. B. kwestyonuje *epilepsiam tardam* u chorego i uważa to za zaburzenia w ukrwieniu mózgu.

GOLDFLAM podziela pod tym względem zdanie BYCHOWSKIEGO. G. obserwował analogiczny przypadek, w którym zwolnienie tętna do 20—30 uderzeń na minutę, omdlenia i drgawki rozwinęły się po uderzeniu w piersi. Chory zmarł w napadzie.

BREGMAN opowiedział spostrzegane przez siebie dwa przypadki choroby ADAMS-STOKES'a i podniósł trudności rozpoznawcze podobnych drgawek.

MAMROTH opowiedział o przypadku choroby ADAMS-STOKES'a z kliniki MÜLLER'a w Monachium. W przypadku tym pęczek His'a w sercu był mocno zmieniony.

4) KOPCZYŃSKI STANISŁAW przedstawił przypadek *poliomyelitis anterior acutae adultorum*.

Chory, lat 48, robotnik, w kwietniu r. z., t. j. przed półtora rokiem niemal nagle, po kilkunastogodzinnem ogólnem niedomaganiu, stracił władzę we wszystkich kończynach i przez pewien czas nie mógł dowolnie oddawać moczu. Podmiotowo żadnych zaburzeń czucia nie doznawał. Kompletne porażenie obu rąk i obu nóg trwało około 6-u tygodni. Stopniowo zaczął odzyskiwać władzę w rękach i w nogach, przyczem zauważył, że porażone kończyny tu i owdzie schną. Do tej pory chodzić nie może. Badanie przedmiotowe wykazało: porażenie i zanik pewnych odosobnionych grup mięśniowych we wszystkich kończynach, np. w prawej górnej porażenie *thenaris* i *hypothenaris*, zanik mięśnia dwugłowego i trójgłowego; w lewej górnej zanik mięśnia trójgłowego lewego i rozginaczy kiści lewej. W kończynach dolnych: po stronie prawej zanik mięśni łydki, porażenie mięśni stopy; po stronie lewej zanik zginaczy biodra. Czucie wszędzie zachowane. Pnie nerwowe niebolesne. Odczyn zwyrodnienia nawet w mięśniach na pozór dobrze działających. W wielu mięśniach *pseudohypertrophia*. Wszystkie odruchy ścięgnowe zniesione.

KOPCZYŃSKI, opierając się na nagłym wystąpieniu choroby, na braku wszelkich zaburzeń czucia, na obecności zaników pojedynczych „wyrwanych” mięśni i grup mięśniowych, na obecności odczynu zwyrodnienia w mięśniach na pozór dobrze działających, na istniejącym wrzekomym przeroście, rozpoznaje *poliomyelitis anterior acuta adultorum* i podnosi brak przykurczeń i zniekształceń.

W dyskusji GOLDFLAM podkreślał trudności rozpoznawcze tego cierpienia w stosunku do *neuritis multiplex*.

FLATAU zaznaczał, że lokalizacja cierpienia stanowczo przemawia za rozpoznaniem *poliomyelitis anterior acuta*.

5) HANDELSMAN przedstawił przypadek wielogniskowego stwardnienia o niezwykłym przebiegu. Chory ma lat 50. Choroba rozpoczęła się przed 10-u laty krótkotrwałą utratą przytomności, następnie wystąpiło osłabienie kończyn lewych, potem prawych stopniowo się wzmagające, pojawiły się zaburzenia w oddawaniu moczu. W wywiadach brak syfilisu. Badanie przedmiotowe wykazało zwężenie pola widzenia dla barw, nierozpoznawanie pewnych kolorów. Mowa powolna. Osłabienie władzy i czucia w lewej kończynie górnej



i dolnej. Sztywność obu kończyn dolnych i inne w nich objawy spastyczne. W płynie mózgowo-rdzeniowym brak limfocytozy.

Mówca, jako niezwykle objawy tego cierpienia w danym przypadku, podkreśla brak wahań w przebiegu choroby, brak wyraźnych objawów mózgowych.

6) WURCELMAN przedstawił przypadek: *scoliosis hysterica*.

Chory, lat 25, krawiec, przed 2-ą laty wskutek urazu psychicznego dostał ataku nerwowego, polegającego na skurczach tonicznych prawej połowy ciała. Wówczas stwierdzono znieczulenie połowicze, lekki niedowład prawostronny o charakterze historycznym i ślepotę na barwy. Obecnie skarży się chory na ściąganie tułowia na prawo. Przedmiotowo stwierdzić można skrzywienie kręgosłupa wskutek skurczu mięśni prawostronnych. Gdy chory leży, skrzywienie znika. Znalaziono też u chorego inne objawy histeryi.

7) BREGMAN przedstawił przypadek: *cholesteatoma* na podstawie mózgu.

Preparat pochodzi od dziewczynki, lat 12, która przed 4-ą tygodniami zachorowała na ostry reumatyzm stawowy. Przed 10-u dniami niepokój, przyćmienie świadomości, porażenie prawostronne z utratą mowy, ruchy płasawicze w lewej ręce. Objawy ostrego zapalenia wsierdzia. Oględziny pośmiertne wykazały chropowatości na zastawce dwudzielnej, w mózgu rozmięknienie w przedniej części torebki wewnętrznej, oraz duży krwotok na powierzchni lewej półkuli mózgowej w okolicy zrazu czołowego i zwojów centralnych. Kora mózgowa w tem miejscu ma barwę ciemniejszą. Na podstawie mózgu, ponad lewą połową mostu VAROL'a i ku lewej odnodze mózgowej widać nowotwór kształtu podłużnego, nieprawidłowego, który na powierzchni przedstawia się pod postacią niezliczonych drobnych perełek, a miejscami większych kawałków błyszczących. Nowotwór ten spowodował spłaszczenie lewej połowy mostu, nie dając, zdaje się, za życia wyraźnych objawów klinicznych.

W dyskusyi FLATAU podawał w wątpliwość istnienie nacieczenia zapalnego kory mózgowej.

8) ROM przedstawił przypadek choroby FRIEDREICH'a.

Chora, lat 19, włościanka. Od 7-go roku życia po przebyciu jakiejś choroby zakaźnej poczęła źle chodzić, chwiać się na nogach, a od 3-ch lat sama bez pomocy ani stać, ani chodzić nie może. Pochodzi z rodziny zdrowej. Obarczenia nerwowego stwierdzić nie można. Przedmiotowo zauważyć można bezład statyczny w wybitnym stopniu, zniesienie wszystkich odruchów ścięgnowych, charakterystyczną dla tej choroby stopę [znaczące wypuklenie sklepienia, nadmierne rozgięcie palucha w członku podstawowym]. Mowa powolna, lecz nie skandowana. Przy dłuższem bocznem ustawieniu oczu drżenie gałek ocznych (*nystagmus*). Intelligencya średnia.

Stanisław Kopczyński.

---

## Wiadomości bieżące.

---

— Dnia 2-go b. m. m. odbyło się zebranie członków Towarzystwa Naukowego Warszawskiego, na którym dokonano wyboru sekretarza generalnego, 6-u członków zarządu i 5-u członków komisji rewizyjnej.

Do wydziału nauk matematycznych i przyrodniczych z pośród lekarzy obrani zostali: prof. BARANOWSKI, DMOCHOWSKI, DUNIN, FLATAU, GOLDFLAM, JAKOWSKI, JA-



NOWSKI, KAMOCKI, prof. Kosiński, prof. KRYŃSKI, MATZEL, PRUSZYŃSKI, prof. PRZEWOSKI, REJCHMAN, SERKOWSKI, SOKOŁOWSKI.

Prezesem Towarzystwa jest ALEKSANDER JABŁONOWSKI, wiceprezesem SAMUEL DIKSTEIN, sekretarzem THUGUTT. Do zarządu oprócz prezydium Towarzystwa i prezesów trzech wydziałów: 1) językoznawstwa i literatury, 2) nauk antropologicznych, społecznych, historii i filozofii, 3) nauk matematycznych i przyrodniczych, weszli pp. CHLEBOWSKI, JANOWSKI, KOCHANOWSKI, KUCHARZEWSKI, LEWIŃSKI, MIKŁASZEWSKI SŁ.

Do komisji rewizyjnej wybrani zostali pp. prof. BARANOWSKI, DANIELEWICZ, DYDYŃSKI, ŚWIĘCICKI i SOKOŁOWSKI.

Prezesem wydziału 1-go jest prof. A. A. KRYŃSKI, sekretarzem p. CHRZANOWSKI, prezesem wydziału 2-go p. ZAZĘSKI, sekretarzem p. KRAUSHAR, prezesem wydziału 3-go p. EISMOND, sekretarzem p. TUR.

Prace w wydziałach rozpoczną się w bieżącym tygodniu. Na wydziale nauk matematycznych i przyrodniczych dotąd zgłoszono 34 prace.

Towarzystwo Naukowe Warszawskie pod dobrą wróżbą rozpoczyna swą działalność.

Lokal Towarzystwa, ofiarowany na dwa lata przez prof. BARANOWSKIEGO, mieści się na Krakowskim Przedmieściu Nr. 7.

Cel, prawa i zakres działalności nowego Towarzystwa skreślają pierwsze paragrafy ustawy, które *in extenso* przytaczamy.

§ 1. Towarzystwo Naukowe Warszawskie zakłada się w Warszawie, w celu rozwijania i popierania badań we wszystkich gałęziach wiedzy, oraz ogłaszania dzieł naukowych w języku polskim.

§ 2. Dla osiągnięcia wymienionych celów Towarzystwo ma prawo:

- a) urządzać peryodyczne zebrania naukowe swoich członków;
- b) ogłaszać drukiem prace swoje w postaci protokołów, pamiętników, wydawnictw zbiorowych, jako też oddzielnych opracowań i dzieł;
- c) dostarczać członkom swym środków do prowadzenia badań naukowych;
- d) urządzać wycieczki naukowe;
- e) ogłaszać konkursy na zadania naukowe i przyznawać nagrody za najlepsze prace;
- f) urządzać wykłady i odczyty publiczne;
- g) utrzymywać biblioteki i niezbędne do badań naukowych zbiory, gabinety, pracownie;
- h) nabywać wszelkiego rodzaju majątki, stosownie do Najwyżej zatwierdzonych przepisów czasowych o towarzystwach i związkach z dnia 4-go marca roku 1906.

§ 3. Towarzystwo składa się z trzech wydziałów: 1) językoznawstwa i literatury; 2) nauk antropologicznych, społecznych, historii i filozofii; 3) nauk matematycznych i przyrodniczych.

§ 4. Każdy Wydział może tworzyć w swoim gronie komisje do opracowywania zagadnień naukowych, należących do zakresu jego zajęć.

§ 5. Działalność Towarzystwa rozciąga się na Królestwo Polskie. Siedzibą jego Zarządu jest Warszawa.

— Wyszedł z druku zeszyt IV Rocznika Lekarskiego, jako dodatek do Przeglądu Lekarskiego, zawierający pracę TADEUSZA PISARSKIEGO, p. t. „Wpływ zatrucia fosforem na składniki krwi u ludzi i u zwierząt“, wykonaną w klinice lekarskiej U. J. pod kierunkiem prof. JAWORSKIEGO.

— ZMARLI: Dr IGNACY LEMBERGER, przeżywszy lat 42 w Krakowie. Zmarły był docentem farmakognozy na Uniwersytecie Jagiellońskim.

Dr A. JELENKIEWICZ w wieku lat 59 w Warszawie.

SPROSTOWANIE. W N-rze 4-ym na str. 70 w w. 21-m zamiast: bezwładu powinno być: bezładu.

---

Redaktor i Wydawca, Dr med. Jan Pruszyński.

Druk K. Kowalewskiego, Warszawa, Mazowiecka 8.



**Xeroform**

Środek zupełnie nietrujący, stosowany na rany jako proszek do przysypywania, posiada działanie wysuszające i odwanające, sprzyja wytwarzaniu naskórka i nie wywiera wpływu drażniącego tak na rany, jak i na ich otoczenie. Doskonale nadaje się do opatrunków suchych, które mogą być rzadko zmieniane. Posiada działanie swoiste w eczema madidans, ulcus cruris i combustiones.

**Creosotal**

Creosotal „Heyden” jest cennym środkiem przeciwgruźliczym, wybitnym lekiem przeciwżółzowym przy zadawaniu do wewnątrz. W dawkach dużych działa również skutecznie i szybko w ostrych chorobach dróg oddechowych (zapalenie płuc i t. d.)

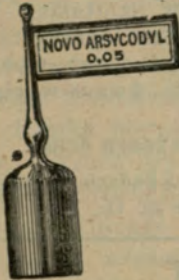
**Salif**

plynny związek salicylowy. Tani środek uśmierający ból stosowany na zewnątrz w chorobach pochodzenia gośćcowego. Skóra znosi go dobrze nawet w stanie nierozcieńczonym. Nie wywiera wpływu ubocznego na narządy wewnętrzne.

Prób i literatury dostarcza:

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

Nagrodzona na Wystawie Lwowskiej medalem złotym  
wszelkie



1) Iniekcje Subcutaneae  
Sterelizatae

w opatentowanych ampułkach

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

APTEKA

JANA ZAWADZKIEGO

Warszawa, MOKOTOWSKA 43. Tel. 2700  
próby gratis i franco



Zakład parowy JANA ZAWADZKIEGO  
Dezynfekcyjny za rogatką Mokotowską, ul. Moniuszki Nr. 1, tel. 30,08.  
Zarząd przy Aptece Mokotowska 43, telef. 2700.



Farbenfabriken vorm. Friedr. Bayer & Co.  
ELBERFELD.

# Isopral

## Isopral

doskonały środek nasenny

Zarazem zastępujący bezpiecznie Chloralhydrat.

Chroni serce i system naczyniowy, działa skutecznie, wolny od wpływów ubocznych.

**Wskazanie:** Bezsennaść pochodzenia nerwowego. Padaczka u dzieci.

**Dawka:** 0,5—1 gr. przy lżejszych postaciach bezsenności,

1,5—2 gr. przy stanach podrażnienia,

w roztworze (do 3% w wodzie) albo w najwygodniejszej i najprzyjemniejszej formie t. j. Dragées.

*Rp.* Isopral-*Dragées* à 0,5 i à 0,25 g. Nr. X *rsp.* N. XX.  
(Oryginalne opakowanie Bayera)



Problem kąpieli kwaso-węglowych usuwa zupełnie  
Patentowany we wszystkich krajach

### Apparat Aeosan

Apparat Aeosan demonstrowany w szpitalach zagranicą i w Warszawie wobec gremium lekarzy uzyskał jednogłówną aprobatę, iż stanowi przewyższa wszystkie dotąd używane węgielki kwaso-węglane i t. p.

Apparat Aeosan dostępny dla każdego domu.

Wyłączna sprzedaż S. Landsztek, Warszawa, Grzybów 7. Tel. 77-57, na żądanie wysyłam prospekty. Demonstruje u siebie lub we wskazanym miejscu wobec pp. Dr. Dr.

# JECOROL

od wielu lat znany przetwór w zupełności zastępujący tran leczniczy.

Próbne flakony na żądanie p. p. lekarzy.

Apteka magistra A. Bukowskiego, Marszałkowska 54.

D-r Henryk Landau

ANALIZY KRWI

Marszałkowska Nr. 95.