Nr. 24. Tom XII. Warszawa, d. 11 Czerwca 1892 r. Seryja II. Rok XXVII.

GAZETA LEKARSKA.

I. O OSTRYCH ROPNYCH ZAPALENIACH UCHA ŚREDNIEGO,

powikłanych ziarninowym rozrostem błony bębenkowej.

(Myringitis granulosa).

Przez

E. Modrzejewskiego.

Błona bębenkowa przy ostrych ropnych zapaleniach ucha średniego przyjmuje mniej lub więcej czynny udział, i na niej to, dla lekarza-praktyka, odbijają się, że się tak wyrażę, jak na kliszy fotograficznej, sprawy patologiczne, rozwijające się w uchu średniem. Przy normalnym przebiegu ostrych, ropnych zapaleń ucha średniego błona bębenkowa, jak wiadomo, przedstawia się początkowo mocno zaczerwienioną w górnej swojej części ponad wyrostkiem krótkim młotka i wzdłuż rękojeści młotka, następnie czerwoność rozszerza się na tylny i przedni odcinek błony, która przy silniejszem natężeniu sprawy mocniej obrzmiewa, pęcznieje, kontury jej się zacierają, wydatności młotka i ostrokrąg świetlny znikają.

Jeżeli dochodzi do ropienia, naskórek błony bębenkowej ulega obfitemu złuszczeniu, a jednocześnie w pewnem miejscu błony następuje zapalne stopienie warstw ją składających, t. j. przedziurawienie większe lub mniejsze błony bębenkowej.

Po nastąpionem przedziurawieniu błona bębenkowa może się przedstawiać rozmaicie stosownie do natężenia zapalenia. Jest ona cała lub miejscami tylko ogołocona z naskórka, gładka lub nierówna, wypuklona miejscami, w większości przypadków znika zaczerwienienie błony lub też błona przybiera lekki sinawy odcień. Jeżeli sprawa w uchu średniem dąży do wyrównania, uwidocznia się to i na błonie bębenkowej, której kontury stają się widoczniejsze, obrzmienie mniejsze, rękojeść młotka wyraźniejszą. Błona bębenkowa pokrywa się naskórkiem, wygładza, nabiera blasku i wyrazistości, ostrokrąg świetlny uwidocznia się, przedziurawienie ulega zabliźnieniu. Ten jest przebieg normalny wyglądu błony bębenkowej przy prawidłowym przebiegu ostrych, ropnych zapaleń ucha, średniego. Bywają jednak nieprawidłowości w przebiegu tych zapaleń i o jednej z nich chciałbym powiedzieć słów kilka. Zdarzały mi się przypadki, w których po ustąpieniu pierwszych objawów ostrego zapalenia ucha średniego i nastąpionem przedziurawieniu błony bębenkowej, lub też bez przedziurawienia, właściwa warstwa skórna błony, po złuszczeniu się naskórka, ulegała na całej

błonie bębenkowej ziarninowemu rozrostowi. Przy badaniu ucha błona taka wydaje się jakby polip, wychodzący z ucha średniego. Jest ona ciemno-czerwona, łatwo krwawi przy dotknięciu zgłębnikiem i przedstawia się jak dojrzała malina. Przypominam sobie 2 pierwsze przypadki, spostrzegane przed kilku laty, które wzięte były przez lekarzy za polipy i u jednego chorego proponowano nawet operacyję.

Pierwszy przypadek dotyczy inżyniera S., lat 48 liczącego, który, zajęty przy budowie drogi Iwangrodzko-Dąbrowskiej, uległ ostremu zapaleniu lewego średniego ucha i zgłosił się do mnie po trzech tygodniach choroby z powodu jakoby polipa w uchu. Przy badaniu znalazłem: błonę bębenkową polipowato rozrosłą, łatwo krwawiącą, przedziurawioną w tylno-dolnej części. Pacyjent na chore ucho zegarka nie słyszy przez powietrze, słyszy przez kości. Mowy cichej nie słyszy przy uchu, głośną w odległości 2-ch metrów. Kamerton C. słyszy lepiej przez kości w chorem uchu. *Rinne* +. Przewód słuchowy zewnętrzny lekko od góry obrzmiały. Wydzielina z ucha obfita, śluzowo-ropna. Wyrostek sutkowy lewy niebolesny i nieobrzmiały. Chory ważniejszych chorób nie przechodził. Stan ogólny dobry. Po dwóch tygodniach leczenia wlewaniami roztworu kwasu bornego i tuszowaniem mocnym roztworem *Arg. nitrico* rozrosłej błony bębenkowej za pomocą waty, nawiniętej na zgłębniku, stan chorego nie uległ poprawie; owszem wystąpiła bolesność lewego wyrostka sutkowego, zawroty głowy i lekki stan gorączkowy. Zastosowałem przemywania ucha średniego przez kateter i elastyczną rurkę (*Paukenröhrchen*), do przemywań stosowaną, przy użyciu gorącego 1% roztworu soli kuchennej i kwasu bornego. Już po kilku przemywaniach stan chorego ucha poprawił się, wydzielina uległa zmniejszeniu i stała się gęstszą, błona bębenkowa stopniowo zmieniała swój wygląd i po kilku tygodniach nastąpiło zabliźnienie błony bębenkowej. Pozostało tylko nieznaczne jej zgrubienie, zwłaszcza w tylnym odcinku, i stępienie słuchu na mowę cichą, którą chory słyszał na kilka centymetrów od ucha, oraz zgarek, który przy samem uchu był słyszanym. Również długi czas, gdyż jeszcze po roku, był ciągły szum w lewem uchu.

W drugim przypadku, leczonym w Wiedniu, gdzie jakiś lekarz *minorum gentium* proponował choremu operacyję, spostrzegałem również po ostrem, ropnem zapaleniu ucha średniego znaczny rozrost błony bębenkowej.

Chory, lat 42 liczący, urzędnik, zachorował na lewe ucho w roku 1887 w miesiącu Listopadzie. Po dłuższem leczeniu w Wiedniu zgłosił się do mnie w Styczniu 1888 r. Przed kilku laty chory przebył syfilis i leczył się przez czas dłuższy, tak, że obecnie oprócz skłonności do zapaleń gardła, nie ma żadnych objawów przymiotowych. Ucho lewe wydziela bardzo obficie śluzo-ropny wysięk. Błona bębenkowa rozpulchniona wystaje do przewodu słuchowego zewnętrznego, krwawi przy dotknięciu zgłębnikiem; przedziurawienie przednio-dolne. Słuch: mowę cichą słyszy chory przy uchu, zegarek bardzo słabo przy uchu, kamerton C. lepiej słyszy w chorem uchu. *Rinne* +. Leczenie trwało około 3-ch miesięcy i różne stosowane środki nie pomagały; dopiero zastosowanie gorących przemywań przez kateter roztworu 1% kwasu bornego doprowadziło do wyleczenia i zabliźnienia błony bębenkowej. Słuch uległ znacznej poprawie. Mowę cichą chory słyszał w odległości 6 metr., zegarek około metra od ucha.

Trzeci przypadek spostrzegałem w końcu roku zeszłego u dziewczynki, 7 lat liczącej, która przebyła ostre, kataralne zapalenie ucha średniego lewego z dosyć gwałtownemi objawami początkowemi. Objawy te po kilku dniach przycichły, lecz błona bębenkowa zaczęła się nanowo rozrastać.

Dziewczynka skrofuliczna przebyła przed paru miesiącami błoniczowe zapalenie gardzieli. Migdałki podniebienne powiększone, również i rozrost tkanki adenoidalnej na stropie gardzieli. Z ucha wydziela się bardzo mała ilość surowiczego płynu. Przy badaniu ucha uderza, już przy

nieznacznem wsunięciu wziernika usznego w przewód słuchowy zewnętrzny, rozrost błony bębenkowej w postaci wystającego, nierównego guzika, jakby posiekanego, co się daje zgłębnikiem wykazać. Guzik ten krwawi nieco przy dotknięciu, jest mało bolesny i nieruchomy. Słuch: zegarka chora nie słyszy przy uchu; mowę głośną pół metra od ucha; kamertonem nie można dokładnie zbadać. Chorą leczyłem przez dwa miesiące i pomimo zastosowania na zmienioną błonę bębenkową: *liq. ferri sesquichloreti, arg. nitrici*, częściowych nacięć błony, aby pobudzić zmienione tkanki do wessania, nie otrzymywałem pożądanego rezultatu. W połowie Grudnia roku zeszłego zaleciłem 5% wlewania roztworu borno-spirytusowe do zajętego ucha, i odtąd chorej przez czas dłuższy nie widziałem. Dowiedziałem się tylko od matki w kilka tygodni potem, że chora zupełnie się na ucho nie skarży, że wycieku nie ma i że słuch wrócił do stanu prawidłowego. Dopiero w dniu 26 Kwietnia b. r. miałem sposobność zbadać chore ucho i przekonałem się, że błona bębenkowa była mocno wciągnięta, zmętniała i miejscami przedstawiała nierówności w postaci ograniczonych zgrubień. Słuch był na to ucho nieco osłabiony. Zegarek chora słyszała przy uchu, mowę cichą 1 metr od ucha.

W czwartym przypadku u p. W., lat 50 liczącego, wystąpiło śluzo-ropne zapalenie lewego ucha średniego, po operacyi usunięcia polipów z jam nosowych. Chory był już dawniej kilkakrotnie przezemnie operowany z powodu licznych polipów w jamach nosowych. Jamy noso-gardzielowe były skutkiem tego kataralnie zmienione, ich błona śluzowa obrzmiała, rozpulchniona i pokryta obfitą, dosyć lepką, śluzo - ropną wydzieliną. Chory przechodził dawniej w lewem uchu ropne zapalenie, które się jednak zakończyło zupełnem zabliźnieniem przedziurawionej błony. Pozostało tylko zgrubienie błony i stępienie słuchu na lewe ucho.

Po ostatniej operacyi w jamie nosowej, dokonanej w miesiącu Październiku r. z., wystąpiło w tydzień, przy niewielkich bólach w lewem uchu, śluzo-ropne zapalenie lewej jamy bębenkowej z przedziurawieniem błony w górno - tylnym, a następnie w dolno-tylnym odcinku błony. W kilka dni potem cała błona zaczęła bujać i przedstawiała się w postaci czerwono-strzępiastego tworu, łatwo krwawiącego przy dotykaniu zgłębnikiem. Wydzielina z ucha była obfita, rzadka, śluzo-ropna, bardzo mocno od czasu do czasu krwią zabarwiona.

Słuch: zegarka chory nie słyszy przy uchu, słyszy przez kości czaszkowe. Mowy cichej niesłyszy przy uchu; mowę głośną 1 metr od ucha. K. słyszy lepiej w uchu lewem. *Rinne* +.

U chorego tego stosowałem przypalania zmienionej błony *liq. ferri sesquichloreti*. Większa część błony wróciła do stanu prawidłowego. W jednem tylko miejscu, t. j. w górno-tylnym odcinku błony, bujanie warstwy skórnej było tak znaczne, że wytworzył się mały polip, który musiałem usunąć pętlicą zimną. Chory znajduje się dotąd w mojem leczeniu [w końcu Kwietnia b. r.].

Oprócz tych rozlanych przerostów błony bębenkowej przy ostrych, ropnych zapaleniach ucha średniego, spotykałem dosyć często ograniczone, ziarninowe rozrosty błony bębenkowej. Te jednak nie odznaczają się niczem szczególnem i dosyć łatwo ulegają wyrównaniu.

Powikłanie to ostrych, ropnych zapaleń ucha średniego ziarninowym rozrostem błony bębenkowej zdarza się niezbyt często; ze względu jednak na pewne cechy odrębne od zapaleń zwykłych, ze względu na przebieg, rokowanie i leczenie, zasługuje na bliższą uwagę.

Wyróżnia się ono głównie, oprócz danych, uzyskanych przez bezpośrednie badanie ucha okiem i zgłębnikiem, wysiękiem najczęściej obfitym, śluzo-ropnym, dosyć często krwią zabarwionym, oraz swoją uporczywością trwania, gdyż przy najlepszym przebiegu kończy się zaledwie po kilku miesiącach. Rozpoznanie opierać będziemy na danych anamnestycznych i na badaniu zajętego ucha. Ważnem jest rozpoznanie różniczkowe od polipów usznych. Badanie zgłębnikiem daje nam pod tym względem dosyć pewne wskazówki. Przy polipach można wykryć zgłębnikiem punkt wyjścia polipa, odsunąć go z jednej lub drugiej strony, i badanie to nie jest zwykle zbyt bolesne dla chorego. Przy ziarninowym

rozroście błony bębenkowej guzik jest nieruchomy, szczelnie zwykle przylega do ścianek przewodu zewnętrznego, a dotykanie zmienionej błony zgłębnikiem wywołuje najczęściej dosyć silny ból u chorego.

Niezawsze jednak jednorazowe badanie jest wystarczającem i dlatego należy niekiedy nie spieszyć się z rozpoznaniem i postawić dyjagnozę po powtórnem zbadaniu ucha.

Jakie mogą być przyczyny tych powikłań? We wszystkich spostrzeganych przezemnie przypadkach, wyjąwszy pierwszego, były nieprawidłowe warunki w jamie nosowej lub noso-gardzielowej [stany kataralne, rozrost tkanki adenoidalnej stropu gardzieli, polipy jamy nosowej]; sądzę więc, że zmiany te w częściach sąsiednich ucha stanowią w większości przypadków przyczynę podtrzymującą nieprawidłowy stan ucha średniego, a zwłaszcza błony bębenkowej.

Niedostateczna wentylacyja ucha średniego, skutkiem obrzmienia błony śluzowej trąbki Eustachijusza, skutkiem tego przekrwienie bierne w uchu średniem, przyczynia się i podtrzymuje stan patologiczny jamki i błony bębenkowej. Oprócz tego jedną z przyczyn mogą być zbyt długo stosowane ciepłe kataplazmy na ucho chore, oraz użycie zbyt silnych wkraplań ściągających do ucha, mających na celu ograniczenie ropienia.

Ważnem jest niezmiernie opisane przez nas powikłanie ostrych, ropnych, zapaleń ucha średniego ze względu na rokowanie, tak co do czasu trwania choroby, jak i możliwych następstw dla ucha. Choroba jest upartą i długotrwałą: na to się chory musi przygotować. Choroba może pozostawić pewne niekorzystne zmiany w uchu i spowodować następcze stępienie słuchu, o czem trzeba chorego uprzedzić.

W przebiegu tego cierpienia mogą się zdarzyć częściej, niż przy zwykłych zapaleniach, powikłania skutkiem zatrzymania się ropy w uchu średniem, jak to widzieliśmy w pierwszym naszym przypadku.

Co do leczenia, to w każdym przypadku należy indywidualizować i odpowiednio do wskazań stosować: przemywania ucha średniego przez kateter, tuszowania przerosłej błony *arg. nitrico*, *liq. ferri sesquichloreti*, lub lekkie dotknięcia rozpalonym galwanokauterem.

Rozumie się samo przez się, że należy jednocześnie odpowiednio leczyć zajęcie ucha średniego, jak również należy uwzględnić i leczyć zmiany w sąsiednich częściach, t. j.: gardzieli, nosie i t. p., oraz brać pod uwagę stan ogólny chorego. Streszczając, cośmy odnośnie tych powikłanych zapaleń ucha średniego powyżej powiedzieli, widzimy, że cechują się one:

1) uporczywością w przebiegu i niekorzystnemi następstwami co do słuchu po wyleczeniu,

2) możliwością łatwego zatrzymania się ropy w uchu średniem i następczem skutkiem tego zajęciem wyrostka sutkowego oraz podrażnieniem błędnika,

3) trudnością leczenia, gdyż często nie ustępują one przez czas dłuższy przy stosowaniu najrozmaitszych środków i sposobów leczniczych.

II. DWIEŚCIE PRZYPADKÓW TRACHEOTOMII

PRZY KRUPIE I DYFTERYCIE U DZIECI.

Opisał

Ludwik Krause.

[Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 23].

Nie od rzeczy będzie zastanowić się nad tem, jak długo może trwać krup lub dyfteryt krtani bez wywołania duszności, t. j.: ile najwyżej przejść może dni między początkiem choroby i tracheotomiją. Według Sanné'go i Archambault'a, najwyżej może przejść 11 dni. Na 393 przypadki tracheotomij Sanné wykonał trzy tracheotomije 9-go dnia, trzy 10-go dnia i jednę tylko 11-go dnia. U dzieci przezemnie operowanych nie udało mi się spostrzegać początku choroby, gdyż, jak wyżej zauważyłem, wszystkie przybyły w takim stanie, że tracheotomiję musiałem wykonać natychmiast, w wyjątkowych tylko razach — 3-go dnia. Zawsze jednak starałem się dokładnie dowiedzieć, kiedy wystąpiły pierwsze objawy choroby i stosownie do tego mogłem oznaczyć, w którym dniu choroby operacyja wykonaną została.

Wynik był następujący:

Dzień choroby.	Liczba operacyj.	Umarło.	Procent śmierteln.
1	16	6	37,5
2	28	18	64,2
3	53	28	52,8
4	35	17	48,5
5	21	14	66,6
6	14	4	28,5
7	2	1	50,0
8	25	12	48,0
10	4	2	50,0
12	2	—	—

Powyższa tabliczka wskazuje, że między 2 i 4 dniem choroby przypada największa liczba tracheotomij [116 tracheotomij] i największa liczba śmierci [63]. Tylko 4 operacyje zrobiono 10-go dnia choroby, zaś 12-go dnia choroby tylko 2. Wynik więc zgadza się prawie z wynikiem Sanné'go i Archambault'a. Możnaby przypuścić, że każdy krup, który trwa 11 dni [według Sanné'go i Archambault'a] lub 12, dni na zasadzie moich spostrzeżeń, skończy się pomyślnie, albo przynajmniej śmierć nie nastąpi wskutek zaduszenia. Jednakże Gassicourt [1]) na 479 tracheotomij zrobił jednę 18 dnia choroby, jednę 23 dnia, wreszcie jednę 43 dnia. Dwie ostatnie zakończyły się śmiercią, w pierwszym przypadku z powodu *broncho-pneumoniae*, w drugim z powodu *bronchitidis crouposae*. Są to jednak przypadki tak rzadkie, że można je zupełnie z rachuby wypuścić.

[1]) Gassicourt, l. c.

Po operacyi i podczas leczenia następczego bardzo ważne ma znaczenie doglądanie chorego dziecka, szczególniej w nocy. Zwykle zaraz po operacyi ranę zewnętrzną szyi opatruję w ten sposób, że muślin jodoformowy podsuwam pod rurkę, na otwór zewnętrzny zaś rurki kładę muślin jodoformowy, umoczony w ciepłym rozczynie kwasu karbolowego, aby dziecko nie oddechało bezpośrednio suchem powietrzem. Zwykłem kilkakrotnie zwracać uwagę dozorującej osoby przy dziecku, *resp.* felczera, aby muślin położył płasko na otworze zewnętrznym rurki, i aby wrazie pojawienia się cokolwiek cięższego oddechu przedewszystkiem odkrył otwór rurki i przykrył go następnie świeżym muślinem. Zdarza się bowiem, że wydzielina cokolwiek lepka przylepia muślin naokoło otworu rurki, podczas oddechania, a muślin zostaje wciągniętym wewnątrz otworu w kształcie korka, który otwór czasem dość szczelnie zatyka, przez co oddech staje się nadzwyczaj utrudnionym.

Rurkę wewnętrzną należy przynajmniej przez pierwsze kilka dni co pół godziny wyjąć, wyczyścić i należycie wymyć w rozczynie kwasu karbolowego, a przy jej wprowadzeniu uważać znowu, aby zupełnie cała weszła w rurkę zewnętrzną i dała się koniecznie za pomocą haczyka do tej ostatniej przymocować. Jeżeli się to nie udaje, to znaczy, że naokoło otworu dolnego zebrał się śluz gęsty; wtedy należy wyjąć całą rurkę i wyczyścić ją. Takie nagromadzenie się śluzu wokoło dolnego otworu rurki może być przyczyną albo zwężenia tego otworu, z powodu czego dziecko ciężko oddecha, albo też w miarę większego zebrania się zupełnego zatkania rurki, a wówczas dziecko udusić się może. Podobnego rodzaju przypadek opisuje Trendelenburg [1]).

Baczną powinno się zwracać uwagę na odżywianie dziecka po tracheotomii, wskutek tego nieodpowiedniem jest pędzlowanie gardła, zajętego nalotem dyfterytycznym. Dzieci takie z powodu bólu, jaki im ta manipulacyja sprawia, niechętnie lub wcale pokarmu przyjmować nie chcą i z tego powodu jeszcze bardziej się osłabiają. Najzupełniej wystarcza przestrzyknąć gardło raz lub dwa razy dziennie rozczynem chloranu potasu lub kwasu bornego dla oczyszczania ust od zmartwiałych tkanek. Natomiast inhalacyje znakomitą oddają usługę przy następczem leczeniu krupu lub dyfterytu po tracheotomii. Używam zwykle jednoprocentowego rozczynu kwasu mlecznego, wody wapiennej lub też jakiegoś innego płynu antyseptycznego. Drobnik [2]) używa z dobrym skutkiem rozczynu *liquoris aluminii acetici* 1 na 4 części wody. Płyn ten, jako kwaśny antyseptyk, hamuje dalszy rozwój bakteryj dyfteryi, prócz tego posiada także własności ściągające. Zdaniem mojem, idzie więcej o to, aby dziecko oddechało powietrzem wilgotnem, niż o środek antyseptyczny, gdyż silnych antyseptyków używać nie można szczególniej u małych dzieci, ze względu na możliwość otrucia, słabe zaś środki niewiele pomagają. Inhalacyje zwykle każę robić co pół godziny lub co godzina pierwszego dnia po operacyi, czasem częściej, jeżeli wydzielina przez

---

[1]) Trendelenburg. Die chirurgischen Erkrankungen und Operationen am Halse. Handbuch der Kinderkrankheiten. 1880.

[2]) Drobnik. Dwadzieścia tracheotomij wykonanych w jesieni 1890 r. i t. d.. Nowiny Lekarskie. 1891. Nr. 5 i 6.

rurkę jest skąpa i błony krupowe z trudnością się oddzielają. W przeciwnym razie wystarcza co kilka godzin lub tylko 2 lub 3 razy dziennie. Najlepiej jest robić inhalacyje w położeniu siedzącem dziecka, gdyż wtedy dziecko najłatwiej wyrzuca oddzielające się błony krupowe.

Błony te często okazują się w ranie zaraz po przecięciu tchawicy i przeszkadzają wprowadzeniu rurki. Należy wtedy czekać, póki dziecko z kaszlem błony nie wyrzuci, albo ją za pomocą szczypczyków wydobyć. Niekiedy zaczynają się błony wydzielać dopiero w kilka godzin po operacyi, czasem zaś dopiero drugiego lub trzeciego dnia. Bywa także, że błony wcale się nie wydzielają; są to przypadki niepomyślnie się kończące: dzieci umierają zwykle drugiego dnia po operacyi, czasem 3-go dnia, bardzo rzadko 4-go dnia. Wtedy przy sekcyi znajdujemy oskrzela, czasem nawet najdrobniejsze oskrzeliki wysłane błonami krupowemi. Jenny [1]) znalazł takie błony przy sekcyi 11 razy na 214 przypadków, chociaż dzieci przy życiu wcale nie wyrzucały błon. Z samego wyglądu błon można nieraz z wielkiem prawdopodobieństwem sądzić o zejściu po tracheotomii. Błony grube, suche w kształcie rurki, przedstawiające odlewy całej tchawicy, a nawet oskrzeli, zwykle niepomyślne dają rokowanie. Błony takie z trudnością tylko oddzielają się, a jeżeli się oddzielają, to dzieci z powodu osłabienia nie są w stanie wyrzucać ich. Próbowałem nieraz wydobywać takie błony za pomocą szczypczyków, wyjąwszy przedtem rurkę; manipulacyja ta w wyjątkowych tylko razach prowadziła do pożądanego rezultatu i to tylko wtedy, jeśli miałem do czynienia ze starszem już dzieckiem. Lepsze rokowania dają błony wyglądu śluzowego, wilgotne, łatwo się oddzielające, a jeszcze lepszem jest rokowanie, jeżeli błony okazują skłonność do rozpadu i w kształcie białej gęstej masy wydostają się z kaszlem na zewnątrz. Takie przypadki zwykle kończą się dobrze. Że w takich razach mamy do czynienia z rozpadem błon krupowych, a nie z silnym nieżytem, który także szczególniej u małych dzieci do tracheotomii doprowadzić może, miałem sposobność nieraz się przekonać. Zdarzało mi się niejednokrotnie, że po otworzeniu tchawicy błona pokazała się w ranie, lecz nie zdążyłem jej wyciągnąć i dlatego podczas ruchów oddechowych znów znikała w głębi tchawicy; aby nie męczyć dziecka ciągłemi próbami wydobywania owej błony, wprowadzałem rurkę, licząc na to, że dziecko podczas kaszlu ją wyrzuci. Tymczasem błony takie ulegały rozpadowi i dziecko wyrzucało już tylko gęstą, białawą masę. W przypadkach spostrzeganych przezemnie wydzielały się błony zaraz po operacyi u 40 operowanych, z tych umarło 27 [67,5%]. Nazajutrz dopiero po operacyi, czasem zaś 3-go dnia wydzielały się błony, lub gęsta wydzielina, powstała wskutek rozpadu błon, u 119 operowanych, z tych umarło 34 [28,5%]. Takich przypadków, w których ani błony, ani żadna wydzielina się nie pokazywała, było 41. Wszystkie zakończyły się śmiercią.

Ciepłota ciała zwykle po operacyi podnosi się do 39° C., czasem i wyżej, nieraz bardzo mało. W przypadkach pomyślnie przebiegających wysoka ciepłota trzyma się przez 2, najwyżej 3 dni, poczem opada do normy i tylko

[1]) Jenny. Zur Tracheotomie bei Diphtherie u. Croup. 1888.

wieczorami trzyma się na wysokości 38° lub 38,5° C.. W ciężkich przypadkach ciepłota zaraz po operacyi podnosi się do 40° C. i wyżej i na tej wysokości trzyma się w ciągu kilku dni; w takich razach rzadko sprawa kończy się pomyślnie. Między mojemi przypadkami było 114, w których ciepłota po operacyi mało była podniesioną, a najwyższa była 38,5° C.. Z tych umarło 32 [28,0%]. Przypadków z ciepłotą 40° C. i wyższą było 76, z tych umarło 60 [78,9%].

Oddech wkrótce po operacyi bywa spokojnym, dość głębokim, liczba oddechów dochodzi do 30, czasem do 40 na minutę i w przypadkach dobrze się kończących zaraz 3-go dnia rzadziej 4-go liczba oddechów spada niżej 30 [około 20—24 na minutę]. W ciężkich zaś przypadkach liczba oddechów dochodzi do 50, a niekiedy 60 i nawet wyżej na minutę. W takich razach zwykle spodziewać się należy jakiegoś powikłania ze strony płuc. Zdarza się nieraz, że oddech po operacyi się poprawia, lecz pozostaje dość powierzchownym, sinica twarzy niezupełnie znika. Wskazuje to na zajęcie drobniejszych oskrzeli; w wyjątkowych tylko razach i u starszych dzieci można w takich przypadkach spodziewać się rezultatu pomyślnego, naturalnie jeśli zapas sił dziecka wystarcza do wyrzucania błon krupowych; w przeciwnym razie i u tych zejście bywa niepomyślnem.

Tętno niezawsze odpowiada natężeniu ciepłoty; nieraz nawet przy ciepłocie 38° C. tętno bywa bardzo przyspieszone [120 na minutę]. Nie ma to wielkiego znaczenia przy innych niegroźnych objawach. Tętno bardzo przyspieszone i przytem nieregularne pozwala przypuszczać zejście niepomyślne, chociaż i wtedy zależy ono od innych objawów.

Śmierć po operacyi następuje zwykle 2-go lub 3-go, rzadziej 4-go dnia, gdy następuje później, to przyczyną śmierci zwykle bywa zakażenie lub jakieś powikłanie: zapalenie płuc, zapalenie nerek, bezwład podniebienia miękkiego. Znane są i przypadki nagłej śmierci już w 2-im tygodniu po operacyi, chociaż dzieci przez cały czas miały się dobrze i rurka już była usuniętą. Przy sekcyi jako przyczynę śmierci znajdowano zwyrodnienie woskowate mięśnia sercowego (*wachsartige Degeneration*). Rosenbach [1]) szczepił kawałki takiego mięśnia w tchawicę królików i wywołał u nich krup.

Liczba przypadków śmierci według dnia po operacyi w naszych przypadkach tak się przedstawia: podczas operacyi 1-go dnia 8, 2-go — 22, 3-go — 21, 4-go — 8, 5-go — 2, 6-go — 4, 7-go — 8, 8-go — 1, 9-go — 2, 10-go — 2, 11-go — 1, 12-go — 1, 14-go — 1, 15-go — 4, 18-go — 2, 20-go — 1, 21-go — 1, 28-go—1, 50-go — 1, i 1 po 4 miesiącach.

Największa więc liczba przypadków śmierci była 2-go i 3-go dnia po operacyi [43 przypadki], następnie 1-go i 4-go dnia po operacyi [16 przypadków]. Wyłączając 10 przypadków (*agonisantes*), które zakończyły się śmiercią podczas lub bezpośrednio po operacyi, otrzymamy, że na 92 przypadki na pierwsze 4 dni przypada 59 przypadków zakończonych śmiercią z powodu krupu, zaś 33 tylko na inne dnie z powodu zakażenia lub jakiegoś powikłania. Jenny [2]) na

[1]) Cytow. u Trendelenburg'a, l. c.

[2]) Jenny, l. c.

119 przypadków śmierci po tracheotomii miał 74 przypadki śmierci w ciągu pierwszych 4 dni.

Jako powikłanie krupu i dyfterytu najczęściej stosunkowo spostrzegać się daje zapalenie płuc, które, według Barthez i Billiet'a, Bouchut'a, tylko w formie *pneumoniae lobularis* się przedstawia. *Pneumonia lobaris* do nadzwyczajnych należy rzadkości [Archambault]; raz tylko spostrzegał taki przypadek Peter [1]). Niektórzy autorowie, jak: Simon i Dogiel nie odróżniają obu tych form, a Picot i d'Espine używają tylko wyrażenia *pneumonia* bez objaśnienia formy. Gassicourt [1]) miał sposobność wykonywać mnóstwo sekcyj zmarłych dzieci i nigdy *pneumoniae lobaris* nie widział. Jednakże Jenny [2]) na 119 przypadków śmierci po tracheotomii skonstatował przy sekcyi 12 razy *pneumoniam lobularem*, zaś 7 razy *pneumoniam lobarem crouposam* z jednej strony, a 3 razy z obu stron. Ze względu na zejście, wielkie ma znaczenie dzień, w którym występują objawy zapalenia płuc; im później po operacyi ono występuje, tem szanse wyzdrowienia są większe. W trzech przypadkach, przez Gassicourt'a spostrzeganych, zapalenie płuc wystąpiło: w jednym przypadku 5-go dnia po operacyi, w jednym 6-go dnia, a w 3-im przypadku 7-go dnia. Wszystkie przypadki zakończyły się pomyślnie. Prawie zawsze zejście jest niepomyślne, jeżeli objawy zapalenia płuc występują już w 24 lub 48 godzin po operacyi. Być może, że w takich razach zapalenie płuc miało już miejsce i przed operacyją, lecz niezostało rozpoznanem.

Na 102 przypadki śmierci po tracheotomii miałem sposobność 8 razy spostrzegać zapalenie płuc, 6 razy lewostronne, a 2 razy prawostronne.

W 2 przypadkach można było skonstatować zapalenie przed operacyją.

U chłopca, mającego 4 i pół roku, zapalenie płuc z lewej strony [umarł 3-go dnia po operacyi] i u dziewczynki 7-letniej z prawej strony [umarła w 2 dni po operacyi]. Raz jeden lewostronne zapalenie płuc wystąpiło zaraz nazajutrz po operacyi u 2-letniej dziewczynki, która 3-go dnia umarła.

W 2-ch przypadkach zapalenie płuc wystąpiło 3-go dnia po operacyi, w obu przypadkach z lewej strony: u 5-kwartalnego dziecka, które 17 dnia po operacyi zmarło, i u chłopca 3-letniego, który zmarł 6 dnia.

W 2-ch przypadkach skonstatowano zapalenie płuc 5 dnia po operacyi: u chłopca 5-letniego lewostronne, [śmierć nastąpiła 17 dnia po operacyi] i u chłopca 2-letniego prawostronne, śmierć 8 dnia po operacyi.

W jednym przypadku wystąpiły objawy lewostronnego zapalenia płuc już w 5 dni po wyjęciu rurki.

Z powyższych przypadków widzimy, że częściej spostrzegać się daje lewostronne, niż prawostronne, zapalenie płuc [na 8 przypadków 6 było z lewej strony], i wszystkie przypadki bez względu na dzień, w którym objawy zapalenia płuc po operacyi wystąpiły, zakończyły się śmiercią.

Zapalenie opłucnej, jako bardzo rzadkie powikłanie przy krupie, zdaniem prawie wszystkich autorów [Peter, Archambault i t. d.], występuje zwykle obok *broncho-pneumoniae*. Gassicourt, zgadzając się na powyższe zdanie

[1]) Cyt. u Gassicourt'a.

[2]) Gassicourt, l. c.

[3]) Jenny, l. c.

w przeważnej liczbie przypadków, przypuszcza jednak, że zapalenie opłucnej może być w bezpośredniej zależności od dyfterytu, jak np. zapalenie nerek. Spostrzegał on zapalenie opłucnej z lewej strony po tracheotomii z powodu dyfterytu już po usunięciu rurki, co miało miejsce w 6 dni po operacyi; zapalenia płuc w tym przypadku nie było.

Następujący przypadek *pleuro-pneumoniae*, która wystąpiła jako powikłanie po tracheotomii z powodu dyfterytu, pozwolę sobie ze względu na ciężki przebieg nieco obszerniej opisać.

Dnia 21-go Listopada 1886 roku przywołano mnie do M. W., 5-letniego chłopca, cierpiącego od 3 dni na dyfteryt gardła i na chrypkę. Dziecko, mając trzy kwartały, przechodziło zapalenie płuc, a 2 lata temu chorowało na zapalenie opłucnej. Przy badaniu wspólnie z kolegami: Hertzem, J. Kramsztykiem i Dintem, okazało się: chłopak nieźle rozwinięty skarży się na ból gardła, kaszel suchy, zupełną chrypkę, duszność. Na migdałkach niewielki nalot dyfterytyczny. W płucach, oprócz rzężeń i świstów, nic nienormalnego zauważyć się nie daje. Tony serca czyste, tętno nieźle rozwinięte, przyspieszone, 110 na minutę. Stan gorączkowy. Błon krupowych dotychczas z kaszlem nie wyrzucał. Objawy zwężenia krtani z każdą chwilą się powiększają, tak, iż w kilka godzin później zmuszony byłem przystąpić do tracheotomii, którą wykonałem pod chloroformem przy pomocy wyżej wymienionych kolegów. Zaraz po przecięciu tchawicy, z kaszlem chory wyrzucił 3 dość duże kawały błon krupowych. Po operacyi oddech spokojny, dość głęboki; ciepłota wieczorem 37,9° C., tętno dobrze rozwinięte, przyspieszone.

Dnia 22. Ciepłota rano 38,5° C., wieczorem 38,9° C.. Dziecko noc przepędziło nieźle, bawi się i jest spokojne. Błony krupowe bardzo skąpo się oddzielają. Przy badaniu klatki piersiowej, wspólnie z kolegą J. Kramsztykiem, z którym przez cały czas choroby dziecko spostrzegałem, znaleziono stępienie z tyłu z lewej strony w dolnej części. Oddech w tem miejscu słabszy, aniżeli w odpowiedniej części z prawej strony. W innych miejscach oddech zaostrzony, rzężeń mało.

Dnia 23. Ciepłota rano 38,5° C.. Wieczorem 39,9° C.. Tętno przyspieszone, 120 uderzeń na minutę. Noc dziecko przepędziło niedobrze. Wydzieliny z kaszlem bardzo mało. Oddech przyspieszony, 70 na minutę, tętno nieźle rozwinięte. Wydzielina krwawa. Odgłos opukowy z tyłu z lewej strony klatki piersiowej tępy, przy wypukiwaniu słychać oddech wyraźnie oskrzelowy w dolnej części płuca. Zmieniono rurkę tracheotomijną, na ranie pokazuje się nalot dyfterytyczny, skóra naokoło rany na dużej przestrzeni zaczerwieniona, obrzękła.

Dnia 26. Ciepłota rano 38,5° C., wieczorem 40° C.. Wydzielina więcej krwawa, gdzieniegdzie widać krew skrzepłą. Odgłos opukowy tępy rozszerza się od dołu VII żebra, oddech wyraźnie oskrzelowy, przyspieszony, 70 na minutę. Język obłożony, wilgotny. Rurkę zmieniono, nalot dyfterytyczny na ranie powiększa się. Zalecono: *excitantia*, *Elix. ac. Halleri* ʒβ na ʒjjj.

Dnia 27. Ciepłota 38,2° C., wieczorem 38,4° C. Wydzielina obfita, mniej krwią zabarwiona. Objawy fizykalne płuc te same.

Dnia 28. Ciepłota rano 37,8°. wieczorem 37,2°. Dziecko ma się lepiej. Wydzielina obfita, rdzawa. Odgłos opukowy klatki piersiowej jaśniejszy, oddech mniej przyspieszony, 55 oddechów na minutę. Tętno dobrze rozwinięte. Dziecko prosi o jedzenie. Rana pooperacyjna oczyszcza się. Zaczerwienienie skóry mniejsze. Ilość białka mniejsza.

Dniu 29. Ciepłota 37°, wieczorem 36,5°. Odgłos opukowy klatki piersiowej przytępiony, oddech nieokreślony. Wydzielina obfita, śluzowa, niezabarwiona. Stan ogólny dobry. Ilość białka nieznaczna. Odtąd dziecko ma się z każdym dniem lepiej. Odgłos opukowy i oddech wyjaśniają się. Ciepłota normalna, łaknienie dobre. Ilość moczu normalna, białka zaledwie ślady.

Dnia 3-go Grudnia usunąłem rurkę. Dziecko bez rurki oddecha dobrze; otwór z powodu zgorzeli tkanek, zajętych nalotem dyfterytycznym, znacznie się powiększył, rana czysta zupełnie, brzegi nieobrzękłe. Z każdym dniem otwór się zmniejsza, po 3 tygodniach nastąpiło zupełne zagojenie. Głos dziecka dobry, dźwięczny.

Raz jeden widziałem szkarlatynę u dwuletniego dziecka 4-go dnia po tracheotomii z powodu dyfterytu gardła i krtani. W 8 dni później dziecko zmarło.

Podobny przypadek spostrzegał Jenny [1]) u dziecka, u którego wysypka szkarlatynowa pojawiła się 5-go dnia po operacyi. Dziecko również zmarło.

W 2 przypadkach wystąpiła ospa z ciężkim bardzo przebiegiem; oba przypadki zakończyły się śmiercią. Pierwszy przypadek dotyczył 3½-rocznego chłopca, któremu z powodu krupu 8 dnia choroby zrobiłem tracheotomiję. Przebieg choroby był pomyślny, tak, iż 9 dnia po operacyi usunąłem rurkę i dziecko miało się dobrze. W 3 dni później dziecko dostało ospy i po 8 dniach zmarło.

Drugi przypadek dotyczył 3-letniej dziewczynki, której zrobiłem tracheotomiję z powodu dyfterytu 5 dnia choroby. Przebieg choroby był dobry. Z powodu niemożności usunięcia rurki, pomimo kilkakrotnej próby, dziecko to zmuszonem było zostać przez dłuższy czas w szpitalu, mając się wogóle dobrze. W 5 tygodni po operacyi dziecko zachorowało na ospę i w 6 dni potem zmarło.

W następujących 2 przypadkach wystąpiła odra, w jednym w kilka dni po operacyi, w drugim przypadku przed operacyją.

Pierwszy przypadek dotyczył 5 i pół rocznego dziecka, chorego od 2 dni na kaszel suchy i chrypkę. Na migdałkach niewielki nalot. Z powodu silnego zwężenia krtani 2-go dnia choroby w nocy przy pomocy kolegi Centerszwera wykonałem tracheotomiję pod chloroformem. Po operacyi dziecko miało się dobrze. Ciepłota ranna w ciągu pierwszych 3 dni wahała się między 38,2° a 38,5° C., wieczorna zaś między 39° a 39,5°. W ciągu następnych 4 dni ciepłota ranna i wieczorna wahała się między 38° i 38,2° C.. W ciągu tych kilku dni dziecko wogóle miało się dobrze, w płucach, prócz nielicznych suchych rzężeń, nic nienormalnego, oddech spokojny, głęboki, tętno dobrze rozwinięte. 8 dnia po operacyi pojawił się silny kaszel, ciepłota wieczorem podniosła się do 40° C., tętno przyspieszone — 120 na minutę. W płucach mnóstwo wilgotnych rzężeń; na twarzy niewyraźna wysypka. Na naradzie z kolegą J. Kramsztykiem skonstatowano, że mamy do czynienia z odrą. Wysypka nadzwyczaj obfita na całem ciele trzymała się przez 4 dni przy ciepłocie, dochodzącej rano do 39,2° C., a wieczorem do 40,5° C.. Od 5-go dnia wysypka znikała powoli, kaszel się zmniejszył, ciepłota spadła do 37,8° C.. 6-go dnia stan bezgorączkowy. 14-go dnia po operacyi usunąłem rurkę.

Drugi przypadek dotyczył siedmiokwartalnego chłopca, chorego od 3 dni na odrę. 4-go dnia pojawił się suchy kaszel, chrypka, duszność, która wieczorem powiększyła się do tego stopnia, że tracheotomija okazała się nieodzowną. Wysypka nazajutrz po operacyi znikła zupełnie. Przebieg choroby był wogóle pomyślny. 9 dnia po operacyi usunąłem rurkę. Być może, że w tym przypadku objawy zwężenia krtani wywołane zostały ostrym obrzękiem błony śluzowej krtani, co przy odrze mogło mieć miejsce. Jednakże wydzielina po operacyi dość obfita, gęsta, jaka się zwykle daje zauważyć z powodu rozpadu błon krupowych, każe przypuszczać, że najprawdopodobniej mieliśmy do czynienia z krupem o przebiegu łagodnym.

Różę twarzy spostrzegałem u 4-letniego dziecka chorego od 4 dni na krup. 5-go dnia wykonałem tracheotomiję. Przez 8 dni dziecko gorączkowało, ciepłota wahała się między 39,2° a 39.5° C.. Dopiero 9 dnia spadła do 37,6° i na tej wysokości trzymała się przez następne dnie. 13-go dnia po operacyi usunąłem rurkę. Dziecko oddechało dobrze, otwór na szyi zmniejszał się powoli. W 6 dni po wyjęciu rurki ciepłota ciała podniosła się do 39,5° C., dziecko straciło łaknienie, język suchy obłożony, na twarzy ze strony lewej spostrzedz się dała róża, która szybko szerzyła się dalej i zajęła lewą połowę twarzy, czoło i część

[1]) Jenny l. c.

capillitii. Po 6 dniach ciepłota spadła do normy i stan ogólny i miejscowy zaczynał się poprawiać. W kilka dni później dziecko wyzdrowiało zupełnie. Przypadek róży wędrującej po tracheotomii opisuje Sanné [1]). [C. d. n.]

Z ODDZIAŁU D-RA T. DUNINA W SZPITALU DZIECIĄTKA JEZUS W WARSZAWIE.

III. MOCZOPĘDNE DZIAŁANIE KALOMELU W CIERPIENIACH NEREK.

Podał

J. Skłodowski.

[Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 23].

III. Żełt... Wincenty, wyrobnik, lat 33, przybył do szpitala 22 Kwietnia 1891 r.. Zachorował 8 dni temu. Na 2 dni przedtem był w łaźni i bezpośrednio po wyjściu z niej oblał ciało zimną wodą. Następnego dnia miał dreszcze i czuł się ogólnie rozstrojonym, bólów żadnych nie doznawał. Nazajutrz zauważył obrzęki początkowo na kończynach, później na twarzy. Wogóle obrzęki bardzo szybko rozprzestrzeniły się na całe ciało. W ciągu ostatnich lat dość często zapadał na kaszel. Zresztą czuł się ogólnie zdrowym. Mógł zawsze ciężko pracować, nie męcząc się. Obrzęków nigdy nie miał.

Budowa i odżywianie nie pozostawiają nic do życzenia. Na całem ciele obrzęk w stopniu umiarkowanym, największy na kończynach dolnych. W dolnych częściach płuc z tyłu nieco wilgotnych rzężeń. Granice tępości serca nie rozszerzone. *Ictus cordis* niewidoczny i niewyczuwalny. Tony czyste. Drugi ton aorty nieco wzmocniony. Tętno rzadkie, twarde. Wątroba i śledziona prawidłowe. Trawienie prawidłowe.

Mocz skąpy, ciemno zabarwiony, zawiera białko. Osad wogóle nieobfity, a w nim nieznaczna ilość wałeczków szklistych i czerwonych krążków krwi.

Data.	Ilość dobowa moczu.	Ciężar właściwy.	Białka *pro mille*.	Leczenie.	UWAGI.
23. IV.		1022	3‰	*Aquilae albae* 0,2; *Laudani puri* 0,015 1 proszek. *Kali chloric* do płukania.	
24	1100	1022	2½‰	*dtto* 3 proszki i płukanie.	Żadnych objawów zatrucia. Dziąsła w porządku.
25	800	1025	1½‰	*dtto* 3 proszki i płukanie.	Rozwolnienia, ani boleści nie ma.
26	4000	1014	½‰	*dtto* 2 proszki i płukanie.	
27	4500	1010		*Dctum chinae* płukanie.	Jeszcze dość znaczne obrzęki.
28	4000	—	ślady	*Dctum chinae*	
29	2000	1017	½‰	*Cont.*	
30	2000	1016	—	„	Obrzęki znikły prawie bez śladu.
1 V.	1400	1020	—	„	
2	1500	1022	—	„	
3	2000	1020	ślady	„	
4	1800	1020		„	Obrzęków ani śladu.

Wychodzi, czując się zupełnie zdrowym i zdolnym do pracy.

---

[1]) Cyt. u Trendelenburg'a.

IV. Pal... Jerzy, druciarz, lat 25. Przybył na oddział 21 Sierpnia 1891 r.. Od 12 dni poczęły się rozwijać obrzęki, zajmując najpierw twarz, a potem inne części ciała. Zresztą nie doznawał, ani nie doznaje żadnych dolegliwości; ani osłabienia, ani żadnych bólów nie czuje. Pragnienie nieco zmniejszone; łaknienie dobre.

Dnia 22. VIII. Chory dobrej budowy i niezłego odżywiania. Skóra i błony śluzowe zabarwione prawidłowo. Cały tułów, kończyny, moszna bardzo silnie obrzękłe. Waga ciała 200¾ funta [utrzymuje, że w zeszłym roku ważył 165 funtów]. Granice płuc z tyłu prawidłowe, z przodu nieco podniesione. Na całej przestrzeni nieliczne rozsiane świsty i rzężenia wilgotne. Górna granica tępości serca *in lin. stern. sin* pod III żebrem. *Ictus cordis* niewidoczny i niewyczuwalny leży w V międzyżebrzu na *linea mamm. sin*, lub nieco na zewnątrz od niej. Prawa granica dość znacznie przechodzi za lewy brzeg mostka. Wogóle obszar tępości jest większy niż prawidłowo. Tony u wierzchołka silne i nieco dźwięczne, drugi mocniejszy od pierwszego. U naczyń tony słabsze; drugi ton aorty trochę dźwięczny i rozszczepiony. Tętno 50, twarde. Brzuch niebardzo wielki. Przy pionowem ustawieniu chorego w dolnej części obszerna tępość, która jednak nie dosięga do pępka. Chełbotanie wskutek znacznego obrzęku skóry niewyraźne. Wątroba niepowiększona i niebolesna. Trawienie prawidłowe.

Mocz skąpy, nasycony. Osad niebardzo obfity zawiera znaczną ilość wałeczków szklistych i ziarnistych. Komórek wogóle niewiele, a te, co są, przeważnie w stanie stłuszczenia. Leżą one przeważnie pojedynczo, albo swobodnie, albo pokrywają wałeczki. Większych grup nie tworzą. Ciałek czerwonych nie spotyka się wcale.

Data.	Waga ciała funtów.	Ilość dobowa moczu.	Ciężar właściwy.	Białka *pro mille*.	Leczenie.	UWAGI.
22. IX.	200¾	1000	1023	3‰	*Solutio acidi muriat. Cont.*	Dyjeta przeważnie mleczna.
23	200¼	1500	1015	—		Barwa moczu nieco jaśniejsza. Obrzęki *in statu quo*.
24	199	2200	—	1‰	„	—
25	193½	3800	1012	—	„	Mocz blady. Obrzęki nieco się zmniejszyły.
26	193	2000	1019	—	„	Barwa moczu ciemniejsza.
27	192¼	2300	1018	1‰	*Aquil. albae* 0,2; *laudani puri* 0,015; 3 proszki; płukanie *kali chloric.* i smarowanie *T-rae jodi ana cum. T-rae gallar.*	—
28	182½	4100	1011	—	*dtto* 4 proszki płukanie i smarowanie.	Od wczorajszego wieczora 3 wolne stolce bez boleści. Żadnego pragnienia. Łaknienie zmniejszone.
29	172½	5000	1010	—	Płukanie.	Kilka wolnych stolców. Dziąsła w porządku.
30	169½	2000	1018	—	—	Tętno 78. Obrzęki prawie zupełnie znikły. Rozwolnienie ustało.
31	165	4000	1011	—	—	Miał trochę pragnienia. Łaknienie lepsze, lekki ból dziąseł.
1 X.	—	1750	1015	—	Smarowanie dziąseł.	—
2	161½	1500		—	—	Lekka bolesność gruczołów podszczękowych i jednego zęba.
3	—	1100	1022	—	—	—
4	160½	1200	—	—	—	—
5	—	—	1015	⅓‰	—	—
6	—	1100	1022	—	—	—

Dnia 7. X. Chory wypisał się, czując się zupełnie zdrowym i silnym. Obrzęki i *ascites* znikły doszczętnie, świsty także. Dziąsła w stanie zupełnie dobrym.

Jakkolwiek w powyższym przypadku istniała wyraźna, samoistna dążność do obfitej dyjurezy, niemniej sądzę, że w dalszym przebiegu nie da się zaprzeczyć i moczopędny wpływ kalomelu. Wobec zaś owej wspomnianej samoistnej tendencyi ujawnił się on tylko wcześniej, aniżeli zwykle.

V. Kłód... Łukasz, służący, lat 36, przybył do szpitala 13 Sierpnia 1891 r.. W przeciągu 2-ch lat ostatnich chory cierpiał często na bóle głowy i brak łaknienia; zresztą był zupełnie zdrów, obrzęków nigdy nie miał. Przed trzema laty przechodził podobno kilka napadów zimnicy, trzeciaczki. Od 2-ch tygodni pojawiły się w okolicy nerek silne bóle, które odzywają się niekiedy jeszcze i teraz, acz w znacznie łagodniejszym stopniu. Prawie jednocześnie z bólami wystąpiła też i lekka duszność.

Obrzęki zauważył chory dopiero 3 dni temu. Szybko wzrastając, zajęły one kolejno brzuch, potem ręce i nogi i w końcu twarz.

Dnia 14. IX. Chory dobrej budowy i niezłego odżywiania. Nie gorączkuje. Tętno 45, twarde. Obrzęki zajmują obecnie całe ciało, najsilniej kończyny dolne i tułów, natomiast twarz i górne kończyny są o wiele mniej spuchnięte. Moszna tylko nieznacznie obrzękła. W dolnych częściach płuc nieliczne rzężenia wilgotne. Tępość serca nieco rozszerzona, szczególniej w wymiarze poprzecznym. Uderzenie wierzchołkowe niewidoczne i niewyczuwalne. Tony czyste, dość silne. Drugi ton aorty nieco dźwięczny. Brzuch powiększony, w dolnej części tępość i wyraźne chełbotanie. Pragnienia nie ma. Łaknienie umiarkowane. Trawienie prawidłowe. Mocz skąpy, nasycony, zawiera białko. Osad nieobfity, lekki, zawiera dość liczne wałeczki szkliste i ziarniste, różnej wielkości. Prócz tego spotyka się w nim niewielkie, wielokątne, ziarniste komórki nabłonkowe i stłuszczone ciałka ropne, które w części pokrywają wałeczki, a w części leżą swobodnie.

Data.	Waga ciała funtów.	Dobowa ilość moczu.	Ciężar właściwy.	Białka *pro mille.*	L e c z e n i e.	U W A G I.
14. VIII.	178	—	—	—	*Dctum Chinae.*	—
15	—	600	1028	$^3/_4$‰	*Cont.*	—
16	185	1000	1028	—	*Cont.*	—
17	—	1100	1021	$^1/_2$‰	*Aquilae albae* 0,2 *Laudani puri* 0,015 3 proszki. *Kali chloric* do płukania. Pędzlowanie *T-rae jodi c. T-rae gallar.*	—
18	—	1500	1014	—	*dtto* 4 proszki. Płukanie i pędzlowanie.	2 stolce płynne bez boleści.
19	188 $^1/_2$	2500	1011	—	*dtto* 3 proszki. Płukanie i pędzlowanie.	3 płynne stolce. Obrzęki *in statu quo.* Łaknienie umiarkowane. Zupełny brak pragnienia.
20	—	4500	1011	—	Płukanie i pędzlowanie.	Rozwolnienia nie ma. Lekka bolesność dziąseł.
21	169 $^1/_2$	5000	1009	—	*Cont.*	2 stolce wpółpłynne. Łaknienie niezłe. Pragnienia żadnego. Obrzęki znacznie mniejsze. Lekka bolesność dziąseł w okolicy ostatnich zębów.
22	163 $^3/_4$	4800	1008	Zaledwie ślady	*Cont.* 2 proszki *opii* po 0,015.	Słabe obrzęki utrzymują się jeszcze na stopach i goleniach. Ogólnie czuje się bardzo dobrze. Jeszcze lekkie rozwolnienie. Ślinotoku nie ma. Lekka bolesność w okolicy ostatnich zębów. Jeden gruczoł limfatyczny podszczękowy trochę powiększony i bolesny. Łaknienie umiarkowane. Pragnienia żadnego.

Data.	Waga ciała funtów.	Ilość dobowa moczu.	Ciężar właściwy.	Białka *pro mille*.	Leczenie.	UWAGI.
23. VIII.	158 1/2	4500	1009	—	*Cont.*	Rozwolnienie zupełnie ustało. Jeszcze lekki obrzęk stóp i goleni. Wody chory wcale nie pije.
24	155	3700	1010	—	—	Nieznaczny obrzęk stóp i goleni jeszcze się utrzymuje. Dziąsła już zupełnie niebolesne.
25	153	3500	1013	—	—	Ślady obrzęku na górnej powierzchni stóp.
26	153	2500	1016	—	—	Jeszcze ślad obrzęku na górnej powierzchni stóp.
27	152 1/2	3500	1013	—	—	Obrzęków ani śladu.
28	153	2500	—	ślady	Kąpiel ciepła.	—

Dnia 29 Sierpnia wychodzi ze szpitala, czując się zupełnie zdrowym i zdolnym do pracy.

VI. Bog... Józef, włościanin, lat 52, zapisał się do szpitala w Sterdyni 7 Listopada 1890 r.. Z uprzejmego sprawozdania tamtejszego lekarza szpitalnego kol. Tchórznickiego czerpię następujące dane: W chwili przybycia był już od 2 miesięcy chory. Znaczne obrzęki zajmowały podówczas cały tułów, kończyny dolne i górne, moszną, powieki. Mocz skąpy, zawierał wielką ilość białka. Przy mlecznej dyjecie i jednoczesnem użyciu licznych środków napotnych, moczopędnych i przeczyszczających obrzęki znacznie się zmniejszyły w przeciągu 42 dni pobytu chorego w szpitalu. Lecz już po dniach 11-u obrzęki powróciły do znacznych rozmiarów i to skłoniło chorego do powtórnego zapisania się do tegoż szpitala w Sterdyni. Przez 20 dni pobytu pomimo mlecznej dyjety, parówek i licznych środków moczopędnych (*blatta orientalis*, *strophantus*) i wzmacniających [żelazo, chinina] znaczniejszej poprawy nie udało się osiągnąć. Chory zniechęcony powrócił do domu i zaczął się leczyć u znachorów. Po 2 miesiącach raz jeszcze zdecydował się udać do szpitala i 3 Kwietnia 1891 r. wstąpił na nasz oddział.

Dnia 3. IV. Chory bardzo dobrej budowy i znacznie podupadłego odżywiania. Skóra blada z wyjątkiem ogorzałej twarzy. Błony śluzowe niebardzo jeszcze blade. Stan bezgorączkowy. Zapas sił dość znaczny. W lewej opłucnej zieznaczny przesięk. Zresztą ze strony płuc żadnych objawów. Górna granica tępości serca *in lin. stern. sin.* pod IV żebrem. Prawa trochę zachodzi za mostek. Uderzenie wierzchołkowe na linii sutkowej w V międzyżebrzu. Tony u wierzchołka silne, 1-szy nieco rozdwojony; u podstawy trochę słabsze, czyste. Tętno 66, umiarkowanie twarde. Brzuch wypukły; w dolnej części stępienie i niejasne chełbotanie. Wątroba, śledziona niewyczuwalne. Trawienie prawidłowe. Łaknienie dobre. Mocz zawiera bardzo dużo białka. Osad dość obfity. W nim liczne wałeczki szkliste i ziarniste, a także wiele ciałek ropnych i większych, po kilka się układających, wielokątnych komórek nabłonkowych.

Data.	Ilość dobowa moczu.	Ciężar właściwy.	Białko *pro mille*.	Leczenie.	UWAGI.
4. IV.	1500	1015			—
5	500	1027	9	*Coffeini citrici* gr. 0,3 4 proszki dziennie.	—
6	800	1023	9	*Cont.*	—
7	1100	1023	7	„	—
8	1200	1015		„	—

Data.	Dobowa ilość moczu.	Ciężar właściwy.	Białka *pro mille*.	Leczenie.	UWAGI.
9. IV.	2000	1013	3½	*Cont.*	—
10	3300	1011	2	„	—
11	3000	1011	—	„	—
12	4000	1010	1½	„	—
13	4500	1010	2	„	Obrzęki znacznie mniejsze. Na twarzy, piersiach i rękach zupełnie znikły. Na goleniach jeszcze się utrzymują. Objętość brzucha znacznie mniejsza.
14	2500	1015	—	*Detum Cort. chinae.*	—
15	1100	1021	7½	*Cont.*	—
16	800	1025	7½	„	—
17	1200	1021	7	„	—
18	2500	1012	6	„	Obrzęki były nieznaczne, ale zupełnie jeszcze nie znikły.
19	1400	1017	10	„	—
20	500	1031	12	„	—
21	600	1030	20	„	—
22	1000	1018	15	„	Obrzęki zaczynają wzrastać.
23	600	1028	15	*Coffeini citrici* 0,3 4 proszki dziennie.	—
24	1000	1022	12	*Cont.*	—
25	1000	1026	16	„	—
26	1000	1028	—	„	—
27	600	1028	12	„	—
28	800	—	—	Odstawiona kofeina. Ciepłe kąpiele; dyjeta prawie wyłącznie mleczna.	—
29	500	1025	8	*Cont.*	—
30	500	1028	6	„	—
1. V.	500	1030	6	„	—
2	600	1028	6	„	—
3	600	1028	6	„	—
4	600	1028	7	„	—
5	650	1028	7	„	—
6	500	1029	—	„	—
7	500	1032	10	„	—
8	800	1030	—	„	—
9	800	1026	6	„	—
10	800	—	5	„	Obrzęki powiększyły się dość znacznie, jakkkolwiek nie doszły do pierwotnych rozmiarów.
11	1500	1016	3	„	—
12	2000	1011	2	„	—
13	1000	1018	3	„	—
14	2000	1012	1½	„	—
15	600	1024	4	„	—
16	1200	1020	—	„	—
17	1750	1014	—	„	—
18	1000	1018	2	„	—
19	1400	1014	—	„	—
20	2800	1010	1½	„	—
21	—	—	—	„	—
22	1010	1016	—	„	—
23	500	1028	6	„	—
24	500	1030	—	„	—
25	600	1028	5	„	—
26	800	1026	4	„	—

Data.	Dobowa ilość moczu.	Ciężar właściwy.	Białka *pro mille*.	Leczenie.	UWAGI.
27. V.	800	1026	4	*Aquilae albae* 0,2; *laudani puri* 0.015. 3 proszki. Płukanie i pędzlowanie.	Obrzęki dość znaczne. Brak snu, duszność.
28	800	1027	6	*dtto* 4 proszki Płukanie i pędzlowanie.	—
29	1400	1015	3½	*dtto* 3 proszki Płukanie i pędzlowanie.	Nie ma ani rozwolnienia, ani bólu dziąseł. Brak łaknienia, pragnienie żadne.
30	4500	1010	1½	—	—
31	2300	1014	3½	*Dctum. cort. chinae*	—
1. VI.	2000	1014	5	*Cont.*	Łaknienie powraca. Sen dobry. Stan ogólny znacznie lepszy.
2	1000	1023	10	„	Zaledwie ślady obrzęku na goleniach.
3	600	1023	14	„	—
4	800	1025	—	„	—
5	1000	1023	—	„	—
6	2000	—	—	„	—
7	1500	—	—	„	—
8	1400	1014	5	*Tannini* 0,3 3 proszki dziennie.	Bardzo nieznaczny obrzęk tylko na goleniach. Stan ogólny niezły. Łaknienie dobre. Chory wypija około 2 litrów mleka dziennie. Obok tego je zwykłe potrawy szpitalne.
9	1000	1022	5	*Cont.*	
10	—	—	—	„	
11	1500	1015	4	„	—
12	2200	1012	3	„	—
13	1000	1020	5	„	—
14	2500	1010	3	„	—
15	2200	—	—	„	—
16	2020	1010	3	„	—
17	—	—	—	„	—
18	2000	1010	3	„	—
19	2000	1010	3	„	—
20	2400	1009	3	„	—
21	2300	1008	—	„	—
22	—	—	—	„	—
23	2000	—	—	„	—
24	1000	1818	—	„	—
25	1300	1017	2¾	„	—
26	1500	1014	2¾	„	—
27	1500	1014	—	„	—
28	750	1025	6	—	Obrzęki nieznaczne, tylko na goleniach, ale chory czuje się wogóle gorzej. Źle sypia i nie ma łaknienia.
29	1700	—	—	*Aquil albae* 0,2; *laudani puri* 0,015. 1 proszek, płukanie *kali chlorico*, pędzlowanie: *T-rae jodi c. T-rae gallar.*	
30	600	1024	6	*dtto* 3 proszki płukanie i pędzlowanie.	Rozwolnienia, ani zajęcia dziąseł nie ma wcale. Chory bardzo mało je i prawie nic nie pije.
1	750	—	—	*dtto* 3 proszki płukanie i pędzlowanie.	
2	1000	—	3	*dtto* 3 proszki płukanie i pędzlowanie.	
3	2500	1012	2	Płukanie i pędzlowanie.	
4	3000	1009	1½	—	Bardzo mało je i prawie nic nie pije. Skarży się na nieprzyjemny smak w ustach. Sen lepszy.
5	2500	1010	—	—	
6	2000	1012	—	—	Łaknienie powraca. Sen dobry. Chory czuje się o wiele lepiej. Obrzęków prawie ani śladu.

Data.	Dobowa ilość moczu.	Ciężar właściwy.	Białka *pro mille*.	Leczenie.	U W A G I.
7. VII.	1300	1017	5	—	—
8	1500	1014	4	—	Po raz pierwszy nie ma ani śladu obrzęków. Chory czuje się ogólnie bardzo dobrze.
9	2000	1014	3	—	
10	2250	1014	3	—	—
11	2500	1013	2	—	—
12	2600	1013	2	—	—
13	1700	1015	—	—	—
14	2000	—	—	—	Na goleniach pokazują się ślady obrzęku.
15	2000	1017	—	—	—
16	2000	1013	2	—	Ogólny stan chorego gorszy. Od paru dni źle sypia. Obrzęki na goleniach trochę się powiększyły. Mocz mętny, alkaliczny, zawiera dużo węglanów i fosforanów. Białka za pomocą przyrządu Esbach'a określić nie można.
17	1300	1026	—	*Acid. muriatic.*	
18	1000	1024	—	—	
19	1000	—	—	*Aquil. albae* 0,2, *laudani puri* 0,015, 4 proszki, płukanie i pędzlowanie.	—
20	1000	1024	—	*dtto* 3 proszki płukanie i pędzlowanie.	Po wyżyciu 5 proszków w nocy nagle obfita dyjureza.
21	3500	1007	—	Płukanie i pędzlowanie.	Rozwolnienia nie było. Zajęcia dziąseł ani śladu, tylko pewien niesmak w ustach i brak łaknienia. Zupełny brak pragnienia.
22	3000	1010	—	—	
23	2500	1014	—	*Acid. muriat.* 3j—ʒvj 4 łyżki dziennie.	Chory wciąż jeszcze czuje pewien niesmak i nie ma łaknienia. Sen dobry.
24	1000	1020	—	*Cont.*	Obrzęków prawie ani śladu.
25	1000	—	—	*Cont.*	Łaknienie powraca.
26	1000	1018	$4^1/_2$	—	Odczyn moczu kwaśny.
27	1100	1019	8	—	Obrzęków nie ma prawie wcale. Stan subjektywny bardzo dobry.
28	1500	1016	5	—	—
29	1700	1013	5	—	—
30	1800	1014	7	—	—
31	2000	1012	$3^1/_2$	—	—
1. VIII.	1000	1018	5	—	—
2	1750	1016	$3^3/_4$	—	—
3	2000	—	—	—	Obrzęków ani śladu. Sen i łaknienie dobre.

3. VIII. Chory wypisuje się na własne żądanie. Subjektywnie czuje się o wiele zdrowszym, aniżeli w chwili przybycia na nasz oddział i twierdzi, że od początku swojej choroby nigdy nie miał się tak dobrze, jak po każdej kuracyi kalomelowej. Obecnie nie ma nigdzie ani śladu obrzęków. Nad dolną częścią lewego płuca i teraz nieznaczne stępienie i nieliczne rzężenia wilgotne. Granice serca jak pierwej. Tony czyste. Tętno 80, rytmiczne, umiarkowanie wielkie i twarde. *Ascites* nie ma wcale. Trawienie, łaknienie i sen dobre.

Z późniejszego listu kol. Tchórznickiego dowiaduję się, że po powrocie chorego do domu, obrzęki wkrótce pojawiły się na nowo i jednocześnie stan ogólny znacznie się pogorszył. Za pomocą kalomelu raz jeszcze udało się otrzymać krótkotrwałą poprawę. Jednak już w parę miesięcy po opuszczeniu naszego oddziału chory zmarł przy objawach coraz większego wyniszczenia i upadku sił. [C. d. n.].

NOTATKI LEKARSKIE.

8. Przypadek powtórnego zarażenia się syfilisem (*reinfectio syphilitica*).

Chociaż w literaturze lekarskiej istnieje dotąd więcej niż 100 przypadków powtórnego zarażenia się syfilisem, jednak dotychczas dużo lekarzy wątpi o możliwości reinfekcyi przymiotem. Jako dowód niezbity i jasny powtórnego zarażenia się mogę przytoczyć przypadek, który miałem możność obserwować, kiedy byłem słuchaczem Kijowskiego Uniwersytetu, a następnie już jako lekarz praktykujący na prowincyi w Kijowskiej gubernii.

Do kliniki terapeutycznej prof. Meringa w Kijowie w 1880 roku wstąpił słuchacz Kijowskiego Uniwersytetu, N., który opowiada, co następuje: Przed 6-iu tygodniami spółkował z publiczną kobietą. Na drugi dzień już spostrzegł na napletku zdarcie naskórka z zaczerwienieniem, które chory traktował tylko zimną wodą. W kilka dni wrzodzik się zwiększył, przyczem nabrał twardej konsystencyi. Wtedy chory udał się do lekarza, który skonstantował wrzód syfilityczny, przepisał zasypywanie proszkiem jodoformowym i zalecił wyczekiwać. W pięć tygodni — od czasu spółkowania — na piersiach i brzuchu zjawiła się różyczka syfilityczna, a wrzód pod wpływem jodoformu zagoił się, pozostawiając tylko stwardnienie. Wtedy chory wstąpił do kliniki, mając na piersiach i brzuchu różyczkę, miejscowe stwardnienie na napletku i powiększenie gruczołów chłonnych na szyi i w pachwinach. Chory przebywał w klinice 4 tygodnie, w ciągu których dokonano 18 wcierań szaruchy po 2 grm., a przytem co parę dni stosowano zwyczajną, ciepłą kąpiel. Różyczka znikła zupełnie. Chory wypisał się z kliniki, mając tylko stwardnienie i powiększone jeszcze gruczoły.

Od tego czasu żadnych objawów syfilisu nie miał. Przeciwnie, stwardnienie znikło, a gruczoły znacznie się zmniejszyły. Po wyjściu z kliniki chory nie odbywał żadnej dodatkowej kuracyi. Trwało to tak do 1891 roku. Los chciał, że ten sam chory trafił pod moją obserwacyję drugi raz.

Mianowicie w Lipcu 1891 roku przybył on do mnie, prosząc o poradę. Przy badaniu znalazłem w rowku żołędziowym kilka owrzodzeń, z których jedno miało charakterystyczne stwardnienie. Zjawiły się te owrzodzenia w dwa dni po spółkowaniu. Przepisałem obmywanie sublimatem 1:3000 i zasypywanie proszkiem jodoformowym, co spowodowało gojenie się jednych owrzodzeń, ale natomiast zjawiły się inne. Jedno tylko owrzodzenie ze stwardnieniem pozostawało w pierwotnym stanie. Taki stan trwał 4 tygodnie. W piątym tygodniu zjawiła się obfita różyczka na piersiach, brzuchu i na przedniej powierzchni przedramion, przytem zauważyłem ogólne powiększenie gruczołów chłonnych, a także zapalenie gardła (*angina*). Zaleciłem choremu wcierania szaruchy po 2 grm. codziennie, których chory zrobił w ciągu czterech tygodni 20, pauzując po każdych pięciu wcieraniach 2 lub 3 dni, a na owrzodzenia przepisałem plaster rtęciowy. Owrzodzenia zagoiły się, różyczka znikła. Podczas wcierań zjawiło się także na lewym migdałku owrzodzenie, które w tydzień znikło pod wpływem smarowania sublimatem 0,25 na 10,0 wody. Przez czas kuracyi chory płukał jamę ustną roztworem chloranu potasu. Jako dodatkową kuracyję zaleciłem choremu jodek potasu 8,0 na 180,0 wody, którego chory wyżył 2 dawki. Następnie nie widziałem chorego przez cały miesiąc. Powtórnie zjawił się on znowu z różyczką syfilityczną nie tak wprawdzie obfitą, zastrzegając, że z niektórych względów nie może stosować wcierań. Ponieważ nie mogły być zastosowane także i podskórne wstrzykiwania, więc zaleciłem choremu pigułki następującego składu: Rp. *Protojodureti hydrargyri, Opii puri aa* 1,0, *Extr. liquir. q. s. ut fiant pilulae Nr. 60.* S. 2—3 pigułki dziennie. W ciągu dwóch tygodni

różyczka znikła, lecz znowu się zjawiła w kilka miesięcy po wybraniu pigułek, które znowu powtórzono — z pomyślnym skutkiem. Po zniknięciu różyczki, straciłem chorego z obserwacyi.

Przypadek ten dowodzi dobitnie możliwości powtórnego zarażenia się syfilisem. Brak wszelkich najmniejszych objawów syfilisu, oprócz nieznacznego powiększenia gruczołów chłonnych, między pierwszą kuracyją a powtórnem zarażeniem się, daje prawo twierdzić, że ustrój naszego chorego po 1-ej kuracyi uwolnił się zupełnie od zarazka syfilitycznego. Najwidoczniej siły ustroju danego chorego przy małej interwencyi lekarskiej w pierwszem zachorowaniu zwalczyły w zarodku chorobę, bo przecież 18 wcierań szaruchy po 2 grm. nie można nazwać leczeniem energicznem. Porównywając przebieg choroby przy pierwszem i drugiem zachorowaniu do czasu leczenia, widzimy zupełną analogiję.

Zastosowanie jednej i tej samej metody leczenia jednak nie odniosło jednakowych skutków, gdyż przy drugiem zachorowaniu nastąpiła recydywa, która zmusiła chorego do powtórnego leczenia się przetworami rtęci. Ta ostatnia okoliczność wskazuje, że odporność organizmu naszego chorego na przyjęcie zarazka syfilitycznego wskutek przebycia syfilisu ani trochę się nie spotęgowała, gdyż chory nasz uległ powtórnemu zarażeniu się, przyczem choroba dała dwie recydywy. Przebieg więc choroby przy powtórnem zarażeniu się był mniej łagodnym, niż przy pierwotnem, co stanowi wyjątek z ogólnej zasady.

Romuald Gorski [w Lipowcu].

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

36. O t. zw. amnésie rétro-antérograde prawdopodobnie pochodzenia histerycznego. [Lekcyja prof. Charcot'a z d. 22 Grudnia. 1891].

Zanim przystąpimy do rozbioru niniejszego przypadku, musimy w kilku słowach scharakteryzować przeszłość chorej, która stanowić będzie przedmiot dzisiejszej lekcyi.

Pani D...., kobieta 34-letnia, była w dzieciństwie zawsze zdrową. Mając lat 20, wyszła za mąż i urodziła troje dzieci. Jako mężatka również cieszyła się jak najzupełniejszem zdrowiem; jedyne, co zasługuje na wspomnienie, to to, iż pani D... była bardzo wrażliwa i lękliwa, zwłaszcza obawiała się strasznie psów, szczurów i t. p.. W ciągu ostatnich trzech lat do bojaźni przyłączyła się domieszka obłędu prześladowczego: chora kilkakrotnie utrzymywała, że ją ukąsił szczur, że ją coś sparzyło i t. p..

Matka chorej była również bardzo wrażliwa i umarła od napadu apoplektycznego; ojciec był gwałtowny, pijak; siostra jest wysoce nerwową.

Po tym krótkim wstępie przejdziemy do właściwego przypadku.

D. 28 Sierpnia 1891 r. miało miejsce zdarzenie następujące: Było to około 4-ej po południu; chora tylko co wróciła od swej sąsiadki, gdy w tem do mieszkania jej wpadł jakiś człowiek, którego ona nie znała, i krzyknął: „pani D...! Mąż pani umarł, zaraz go tu przyniosą, niech pani łóżko przygotuje", poczem natychmiast znikł. Kobieta wpadła w szaloną rozpacz. Zbiegli się sąsiedzi, zaczynają ją pocieszać, gdy w tem jeden z obecnych pobiegł do stolarni jej męża i przekonał się, że wiadomość była fałszywą; albowiem pan D. żyje i jest zupełnie zdrów. Sprowadza go do domu, co widząc jedna z obecnych kobiet, zawołała: „oto on" (*le voilà*). Nieszczęśliwa D., myśląc, że prowadzą jej męża umarłego, wpadła w napad nerwowy: straciła przytomność, rzucała się, biła się, następnie zaczęła bredzić. Bredzenie trwało 14 godzin, poczem wpadła w letarg,

który trwał cały dzień. Następnie znów się powtórzyło bredzenie z przywidzeniami, co miało miejsce przez całe dwa dni. Wogóle napad nerwowy trwał od 28 do 31 Sierpnia.

Napad ten nie był niczem innem, jeno napadem h i s t e r y c z n y m. W przypuszczeniu tem utwierdzają nas nietylko opisane powyżej objawy, ale jeszcze objawy aury, o których mówi nam sama chora. Przed napadem właściwym miała bóle jajnikowe, odczuwała kulę, podnoszącą się do gardła, miała ból głowy, tętnienie w skroniach, uczucie duszenia się i t. p..

Przyszedłszy do siebie, chora znalazła się w stanie takim, w jakim ją widzimy obecnie. Cóż to jest za stan? Na pozór nie ma nic nieprawidłowego; czynności organiczne prawidłowe, władze umysłowe także w pierwszej chwili zdają się być w porządku. Dość jednak kilka minut porozmawiać z chorą, aby się przekonać, że mamy tu do czynienia z silnem i nader szczególnem zaburzeniem p a m i ę c i.

Przedewszystkiem zaznaczyć musimy, że chora uległa zboczeniu, które znane jest pod nazwą: *amnésie rétrograde* [amnezyja wsteczna]. Nie pamięta ona nic z tego, co się działo od 14 Lipca aż do napadu, czyli: że 6-cio-tygodniowa przestrzeń czasu całkowicie wypadła z jej pamięci. Wszystko, co się działo przedtem, przed 14 Lipca, chora jest wstanie przypomnieć sobie jak najdokładniej, z zadziwiającą nawet ścisłością; 14 jednak Lipca wszystko się urywa: mrok kompletny, najmniejszego wspomnienia. Nie pamięta ona również owego faktu otrzymania wiadomości o rzekomej śmierci męża, nie pamięta także swego napadu.

Ale to nie wszystko. Przyszedłszy do siebie, chora spostrzegała, że nietylko straciła pamięć 6-cio-tygodniowego przeciągu czasu, ale nadto, że nie jest w możności zapamiętania niczego, co się dzieje w chwili obecnej. Zaledwie na minutę zdolną jest zatrzymać w pamięci wrażenie; po chwili wszakże ginie ono, przepada bezpowrotnie dla chorej. Jest to amnezyja odnośnie do zdarzeń chwili obecnej, amnezyja aktualna, amnezyja, którą dla odróżnienia od powyżej opisanej Charcot proponuje nazywać: *amnésie antérograde.*

Zachodzi kwestyja: jak należy pojmować to dwojakie zakłócenie pamięci? Czy mamy tu do czynienia z organicznem destrukcyjnem cierpieniem, mózgu? Bynajmniej, zboczenie niniejsze jest zjawiskiem histerycznem; do wniosku zaś upoważniają nas fakty następujące.

Przedewszytkiem amnezyja wystąpiła nagle i w dodatku po napadzie histerycznym. Następnie, amnezyja ta nie jest absolutną: chora straciła jedynie świadomą pamięć, bezwiedną wszakże zachowała. Ona doskonale zatrzymuje w swej pamięci odbierane co chwila wrażenia, tylko nie posiada świadomych o nich wspomnień. Dowody na to następujące. We śnie chora częstokroć mówi o rzeczach, mających związek z jej życiem obecnem, z jej pobytem w szpitalu, o czem świadczą dwie jej sąsiadki, którym polecono pod tym względem obserwować chorą. Mówiąc przez sen, wymienia rozmaite nazwiska, których nie pamiętała na jawie. A oto drugi dowód. Chora jest skłonna do snu hipnotycznego; otóż, jeżeli ją zahipnotyzować, to się okazuje, że z zadziwiającą dokładnością jest wstanie wówczas przypomnieć sobie wszystko, co się działo od 14 Lipca do chwili napadu, fakty, które poprzedziły napad, sam napad, wreszcie zdarzenia tyczące się chwili obecnej.

Z faktów tych mamy prawo wyciągnąć wniosek, że amnezyja niniejsza nie jest amnezyją destrukcyjną, ale histeryczną, dynamiczną. Brak pamięci odnośnie do faktów aktualnych chora sobie wynagradza w rozmaity sposób: albo sobie notuje ważniejsze rzeczy w notesie, który ciągle nosi przy sobie, albo ułatwia sobie wspomnienie rozumowaniem. Gdy jej się np. spytać: „czy jadła śniadanie“, odpowiada: „musiałam jeść, bo nie jestem głodna“. Rozumuje w ten sposób na każdym kroku.

Co do istoty klinicznej stanu, w jakim się znajduje chora, to Charcot uważa go za odmianę oryginalną i nieznaną dotąd trzeciej fazy napadu wielkiej histeryi. Wiadomo, iż faza ta może dawać rozmaite modyfikacyje: sen histeryczny, somnambulizm histeryczny, wigilambulizm — są to wszystko transformacyje trzeciej fazy napadu histeryi. Zgodnie z tem Charcot przypuszcza, iż stan patologiczny chorej nie jest niczem innem, jak tylko transformacyją tej fazy pod postacią długotrwałej amnezyi.

Na zakończenie powiemy, iż już dawniej w literaturze notowano przypadki *amnésie antérograde*; odnośne przykłady znajdujemy u Motet'a (*Union médic. 1879*), Ribot'a (*Revue philosophique. 1880*) i Kaempfen'a (*Bul. de l'Académie de méd. 1885*).

A. Wizel.

Wiadomości bieżące.

— W Warszawie zawiązało się Towarzystwo zwolenników homeopatyi.

— Między 5—8 Lipca r. b. obchodzoną będzie rocznica 300-letniego istnienia uniwersytetu w Dublinie.

— Podczas wystawy wszechświatowej w Chicago odbędzie się tam międzynarodowy kongres dentystów.

— XXII zebranie Towarzystwa Oftalmologicznego odbędzie się między 8—10 Sierpnia r. b. w Heidelbergu.

— Grono chemików i lekarzy wydało odezwę o nadsyłaniu składek na wybudowanie pomnika dla Eilharda Mitscherlich'a, jaki zamyślają temu znakomitemu chemikowi wystawić w Berlinie [gdzie przez lat 40 był profesorem] w dniu 7 Stycznia 1894 r., w 100-letnią rocznicę jego urodzin.

— Między podręcznikami hygieny, jakich znaczna liczba pojawiła się w ostatnich latach, wyróżnia się świeżo wydane „*Leitfaden der Hygiene*“ D-ra Gärtner'a, profesora higieny i dyrektora Instytutu hygienicznego w Jenie. Z powodu iż w zwięzłej formie [stron 315] obznajmia z całością hygieny, może dzieło to służyć za wyborny podręcznik dla studentów. Aby dać pojęcie o całości, przytaczamy spis działów, jakie G. uwzględnił w swym podręczniku: *Atmosphäre, Wasser, Boden, Ernährung und Nahrungsmittel, Wohnungen und Städtcoulagen, Wärmeregulirung, Entfernung der Abfallstoffe, Leichenwesen, Schul-Hygiene, Gewerbe-Hygiene, Infectionskrankheiten.* Cena dzieła, które ozdobione jest 106 drzeworytami, wynosi 6 marek.

DO PP. PRENUMERATORÓW.

Upraszamy o wczesne nadsyłanie przedpłaty na II-e półrocze r. b., tych zaś Pp. prenumeratorów, którzy zalegają z opłatą, upraszamy o rychłe uregulowanie rachunków.

Sprostowanie. W N-rze 23 Gaz. Lek. na str. 498 w wierszu 6-ym od dołu zamiast: dzieci wyzdrowiałych, powinno być: dzieci wyzdrowiałe; na str. 506 w drugim wierszu tytułu, zamiast: zejściem pomyślnym, powinno być: zejściem pomyślnem; na str. 511 w wierszu 14 od dołu, zamiast: Stan bezgorączkowy nie stanowi przeciwwskazania, powinno być: Stan gorączkowy nie stanowi przeciwwskazania.

Wydawca, D-r **St. Kondratowicz.** Redaktor odpowiedzialny, D-r **Wł. Gajkiewicz.**

Дозволено Цензурою, Варшава, 28 Мая 1892 г. Druk K. Kowalewskiego, Królewska 29.