

GAZETA LEKARSKA.

I. TRACHEOCELE MEDIANA.

Podał

D-r Roman Barącz [we Lwowie].

W 40-tym tomie Archiwu LANGENBECK'a [str. 631 i następne] opisał niedawno prof. MADELUNG z Rostoku przypadek: *laryngocele mediana*, który uważa za jedyny opisany w literaturze. Ponieważ i ja spostrzegłem niedawno zupełnie podobny przypadek, uważam za stosowne podać go do wiadomości.

Maryja Ka..., ośmioletnia córka wyrobnicy, zgłosiła się 3. VII. 1890 r. do lecznicy powszechnej z przyczyny guza na szyi, ciągle rosnącego, i silnych napadów kaszlu od kilku tygodni. Jeszcze jako u dziecka dwumiesięcznego zauważono u niej kulisty guz w środku szyi z przodu, wielkości orzecha laskowego. Guz ten powoli wzrastał. Przed 5 laty przebyła koklusz, poczem guz wspomniany szybko począł się powiększać. Przed 2 tygodniami zauważono znowu znaczniejsze powiększenie guza i silne napady kaszlu osobliwie rano, przy czem chora wykrztuszała bardzo znaczną ilość plwociny. Podczas napadów guz powiększał się i twarz czerwieniła.

Status praesens dnia 3. VII. 1890. Dziewczynka miernie rozwinięta, niedokrwista. Nad mostkiem w dołku nadmostkowym znajduje się guz wielkości sporę orzecha włoskiego, kulisty, o skórze prawidłowej, przesuwalnej, chełboczący, niebolesny, ostro odgraniczony, podnoszący się przy ruchach polykowych wraz z krtanią. Guz ten jest usadowiony na tchawicy i przesunąć się lub podnieść nad nią nie daje. Odgłos wypukowy nad guzem stłumiony z odcieniem bębnowym. Podczas kaszlu lub nadymania się guz powiększa się do wielkości małego jaja kurzego, przy czem odgłos wypukowy nad nim staje się bębnowym. Przy ścisaniu daje się zawartość tegoż częściowo wypróżnić, przy czem guz widocznie się zmniejsza. Głos chorej czysty. Badanie laryngoskopijne nie wykazuje nieprawidłowości. Rozpoznanie: *hernia tracheae*.

D. 6. VII. 1890 operacyja w narkozie, przy czem przygotowano narzędzia do przecięcia krtani. Cięcie pionowe w linii środkowej szyi na całej długości guza, odpreparowanie tępe od sąsiedztwa bardzo łatwe. Ściany torbieli gładkie, polyskujące, podstawa zrosnięta szeroko z tchawicą. Przy usiłowaniu odłuszczenia od ścian tchawicy torbiel pękła, przy czem wylała się spora ilość papki, do złączonego śluzu podobnej, a z otworu zaczęły się wydobywać bańki powietrza.

Otwór pęknięcia rozszerzono ku górze i dołowi; powierzchnia wewnętrzna ściany okazała się również gładką. Tylne ściana zrosnięta z tchawicą. Zaraz po otwarciu powstała nieznaczna ograniczona odma powietrzna w tkaninie tylnej ściany i wydobywały się bańki powietrza z drobnego otworu, w linii środkowej między górnymi pierścieniami tchawicy umieszczonego; przez otwór ten można było wprowadzić cienki zgłębnik fiszbinowy do światła tchawicy. Znaczniejszą część torbieli odjęto nożyczkami, dno rany oczyszczono dokładnie wacikami sublimatowymi i zespojono dwoma szwami z jedwabiu, założono sącdek i ranę skórą zeszyto.

Wyleczenie *per primam* po dwóch opatrunkach. Nieznaczne trudności polykowe przez kilka dni po operacji.

Od czasu operacji nie ma więcej napadów kaszlu i chora nie wykrztusza wcale śluzu, który poprzednio w obfitej ilości osobiwie rano wykrztuszała.

Dnia 29. VII. 1890 stan następujący: w środku na szyi, w dołku nadmostkowym, pionowa, twarda, różowo zabarwiona blizna. Brak jakiegokolwiek obrzęku w tem miejscu; również podczas kaszlu i nadymania wypuklenia żadnego zauważyć nie można.

Badanie drobnowidzowe preparatu stwardnionego w wysoku z wyciętej ściany torbieli wykazuje od wewnątrz bardzo wyraźnie nabłonek cylindryczny, zewnętrzne warstwy zaś stanowi utkanie łączno-tkankowe, a miejscami napotkać tu można ślady włókien mięśni gładkich.

Guzy szyi, zawierające powietrze, a komunikujące z tchawicą lub krtanią, należą do rzadkości.

Na krtani rozszerza się czasami *ventriculus Morgagni* i powoduje guzy podobne do worków powietrznych u orangutanga i goryla. W tchawicy napotyamy czasami wrodzone lub nabyte ubytki ścian przedniej lub bocznych ścian, prowadzące do powstania t. zw. przepuklin tchawicy. ELDRIDGE ¹⁾ [Yokohama w Japonii] przypuszcza, że powstanie przepuklin tchawicy należy sobie tłumaczyć przyjęciem rozszerzenia wrodzonych uchyłków [diwertykułów] krtani (*fistula colli mediana incompleta interna*); przez rozszerzenie tych wrodzonych niezupełnych przetok wskutek napadów kaszlu i t. p. powstaje następnie *laryngocoele*. Do przyjęcia tego tłumaczenia skłaniają się RIEDEL ²⁾ i MADELUNG ³⁾.

Niektóre przypadki przepuklin tchawicy, osobiwie przednich, powstają prawdopodobnie z przyczyny niezupełnego połączenia się blaszek trzewowych w linii środkowej ciała, podobnie jak to ma miejsce przy wrodzonych przetokach tchawicy i torbielach nabłonkowych, znajdujących się na linii środkowej ciała. Niedawno ogłoszona praca L. H. PETIT'a ⁴⁾ uwzględnia prawie zupełnie wszystkie wiadomości o guzach na szyi, zawierających powietrze, poczynając od najdawniejszych czasów; w pracy powyższej napotyamy też zestawienie znacznego zasobu

¹⁾ Americ. Journ. of the medical sciences. 1879. T. LXXVIII. s. 70.

²⁾ Deutsche Chirurgie. Lief. 36. Str. 73.

³⁾ L. c. Str. 636.

⁴⁾ Des tumeurs gazeuses du cou [Aërocèles, Bronchocèles, Tracheocèles des auteurs]. Revue de chirurgie. 1889. Tom 9, Nr. 2, 3, 5 i 6.

[41] historii chorób odnośnych przypadków. Krótkie sprawozdanie tej pracy jest następujące:

„Pierwszy dokładniejszy opis przepuklin, zawierających powietrze, zawdzięczamy JANOWI MUYs w r. 1695. Dopiero LARREY podał jednak dokładniejszy opis przepuklin, zawierających powietrze, na podstawie kilku przypadków, spostrzeganych w Egipcie.

Przyczyny, uspasabiające do przepuklin powietrznych, dadzą się podzielić, według PETIT'a, na wrodzone, patologiczne i urazowe. Pomiedzy pierwszymi odgrywają główną rolę pozostałości przewodów skrzelowych, za czym przemawiają przypadki, spostrzegane u małych dzieci. Do przyczyn patologicznych, wywołujących podobne obrzęki, zalicza autor workowate rozszerzenia gruczołów śluzowych krtani, ropnie zapołykowe i naokołopołykowe, których jamy po pęknięciu do tchawicy mogą się napęlić powietrzem. Do przyczyn patologicznych zalicza autor również chorobowe zmiany chrząstek tchawicy i krtani, a mianowicie sprawy wrzodziejące. Do przyczyn przypadkowych należą rany tchawicy i krtani [jedeny przypadek znany GIRAUD'a]. Parcia podczas porodu lub defekacyi, dźwigania ciężarów, natężenia podczas wołania, silne napady kaszlu, mogą, przy istniejących przyczynach usposabiających, wywołać przepuklinę krtani, a względnie tchawicy.

Pod względem patogenetycznym można rozróżnić dwie postacie chorobowe: albo błona śluzowa dróg oddechowych wypukła się w postaci przepukliny przez przerwana ścianę tchawicy i wydyma się powoli w postaci torbieli powietrznej, albo też błona śluzowa tchawicy przerywa się na większej lub mniejszej przestrzeni, przyczem tworzy się odma podskórna; ostatnia postać właściwie tu nie należy: jestto poprostu odma podskórna.

Guzy te rozwijają się na szyi bardzo powoli, albo powstają nagle. Kształt ich bywa różny; pojemność zawisała od stopnia wypełnienia; konsystencja zwykle bywa twarda, jeżeli otwór połączenia ze światłem tchawicy jest małym; miękka przy znacznym otworze. Guzy te powiększają się przy kaszlu i wydechu, zmniejszają się podczas ściskania ich, wdechu i wyprostowaniu głowy. Odgłos wypukowy nad nimi bywa zwykle bębnowy. Guzy te są uleczalne, osobliwie jeżeli powstały nagle, albo w następstwie ropni sąsiedztwa. Zabiegi lecznicze powinny polegać na ucisku albo próbowaniu operacyi podobnej do operacyi doszczętejnej przepuklin brzusznych; przy wystąpieniu napadów duszności należy wykonać przecięcie krtani. Podane w krótkości historyje chorób 41 przypadków, zebranych z literatury, są zbyt niedokładne, ażeby można z nich mieć wyobrażenie o właściwym punkcie wyjścia i usadowieniu tych guzów; w żadnym też z przytoczonych przypadków nie przedsiębrano operacyi“.

Dotychczas stwierdzono na pewno tylko nieznaczną liczbę przypadków przepuklin powietrznych szyi; po największej części były to boczne rozszerzenia woreczków MORGAGNI'ego, częściowo położone na zewnątrz szyi; w przeważnej liczbie przypadków rozpoznano je przy sekcyi [BENNET, VIRCHOW, GRUBER, RUEDINGER, LEDDERHOSE], były one albo jednostronne albo obustronne. Prócz MADELUENG'a, spostrzegał podobny przypadek u osoby żyjącej LEDDER-

HOSE¹⁾, byłato jednak przepuklina boczna: *laryngocele lateralis*. Tylko w przypadkach MADELUNG'a, LEDDERHOSE'go i moim wykonano operację doszczętną i można było za życia oznaczyć dokładnie punkt wyjścia z dróg oddechowych i usadowienie guza. Jedynie przypadek MADELUNG'a można uważać z wszelką pewnością jako *laryngocele mediana*, a mój jako *tracheocele mediana*; przypadek LEDDERHOSE'go zaś stanowi *laryngocele lateralis*.

Przypadek LEDDERHOSE'go dotyczył 58-letniego mężczyzny z nieznacznym guzem po prawej stronie szyi, od 2 lat trwającym, dotkniętego prócz tego chrypką, kaszlem, nieznacznymi trudnościami połykowymi i napadami duszności w nocy. Przy przerwach w wydechaniu [mowie, kaszlu, wydymaniu się] powiększanie się guza do wielkości pięści dziecka. Odgłos wypukowy nad guzem bębnekowy; guz dawał się przy ugniataciu zmniejszać, przy pojawieniu się właściwego szmeru, a przy pewnym stopniu napięcia odprowadzać przez boczny otwór w więzie tarczno-gnykowym. Laryngoskopijnie stwierdzono po prawej stronie wewnętrznej ściany krtani również drugi guz szeroko osadzony, zatykający częściowo światło krtani. Wyłuszczenie zewnętrznego guza i podwiązanie szypułki wchodzącej w otwór w więzie tarczno-gnykowym. Szybkie wyleczenie. Guz w krtani, który pomimo operacji pozostał, zmniejszono przez punkcję. Na wewnętrznej powierzchni wyłuszczonego worka stwierdzono nabłonek podobny do krtaniowego.

W 4 lata później zgłosił się chory ponownie do LEDDERHOSE'go z powodu powtarzających się co noc groźnych napadów duszności, w następstwie powiększenia się wyżej wspomnianego guza śród-krtaniowego. Przecięcie krtani. Tamponowanie krtani sposobem TRENDELENBURG'a, laryngofisura. Guz zapadł się i leżał jako wiotki worek na brzegu nagłośni. Odjęcie worka u nasady, wytamponowanie krtani, szew następowy. Wyleczenie powikłane zapaleniem płuc krupowem; trwałe usunięcie trudności oddechowych, jednak głos pozostał ochryplym. Badaniem drobnowidzowem stwierdzono na wewnętrznej powierzchni wyciętej błony nabłonek rzęskowy. LEDDERHOSE przypuszcza, że tak wyłuszczone torbiel powietrzna śródkrtaniowa, jak i wyłuszczone poprzednio zewnętrzna torbiel, były wydęciami worka ślepego krtaniowego.

Przypadek MADELUNG'a dotyczył 20-letniego parobka. Przed 3 tygodniami powstał u niego nagle wśród chrypki i kaszlu guz przed krtanią wielkości jaja kurzego, dający się częściowo opróżnić. Badanie wykazywało: wewnętrzne narządy zdrowe; na przedniej powierzchni szyi w środku znajdował się pomiędzy kością gnykową a chrząstką pierścieniową guz gładki, wielkości jabłka o skórze prawidłowej, ostro odgraniczony od sąsiedztwa, miękki, usadowiony na szerokiej podstawie nad krtanią i nad ostatnią nieprzesuwalny. Odgłos wypukowy nad guzem tym był bębnekowy, zawartość przy ścisaniu dawała się częściowo przesunąć do krtani, a guz przytem malał; przy kaszlu jednak powiększał się widocznie. Badanie wewnętrzne krtani wykazywało znaczne przekrwienie błony

¹⁾ Ueber einen Fall von rechtseitiger Kehlsackbildung. Deutsche Zeitschr. für Chirurgie. Band XXII. Zeszyt 1 i 2 i Laryngotomie wegen intralaryngealer Luftcyste, Deutsche Zeitschr. für Chirurgie. Tom XXIX. str. 411.

śluzowej krtani i więzadeł prawdziwych, oraz obrzmienie tylnej ściany krtani i więzadeł kieszonkowych; prócz tego obraz *laryngitis hypoglottica*. Operacja polegała na utworzeniu płata łukowego z górną podstawą i otwarciu torebki, przyczem wydobyło się powietrze. Zawartość prócz tego stanowiła miękka papka, podobna do zawartości kaszaka. Po wydaleniu zawartości okazywała tylna gładka ściana torebki, w linii środkowej, pomiędzy dolnymi połówkami chrząstki tarczowej, podłużną, w środku położoną, $1\frac{1}{2}$ ctm. długą, kilka milim. szeroką szparę, o gładkich brzegach, przez którą torbiel komunikowała z tchawicą. Torbiel miała kształt zegara piaskowego, t. j. była przewieszoną w środku wskutek przesunięcia nad nią mięśni mostko-tarczowych. Po dołączeniu tracheotomii dolnej odjęto ściany torbieli i jamę wytamponowano gazą jodoformową. Po 2 dniach szew następowy ścian torbieli, po kilku dniach usunięcie rurki tracheotomijnej; wyleczenie; nieznaczna chrypka tylko pozostała. Drobnowidzowo okazywały ściany torbieli przy brzegach szpary dokładnie rozwinięte gruzelki, zawierające obficie komórki olbrzymie. Jakkolwiek laseczników gruczliczych nie znaleziono, jednakże sprawę tę należy uważać na podstawie wyniku badania za gruczliczą. Pacjent przez 5 tygodni po operacji wydawał się zupełnie zdrowym, lecz umarł nagle w nocy, wśród objawów uduszenia. Sekcyi nie wykonano i przyczyna śmierci w tym przypadku jest nieznana.

Patogeneza przypadku MADELUNG'a jest ciemną. Możliwym, jednak mało prawdopodobnym, jest, że na przedniej ścianie krtani rozwinęła się sprawa gruczlicza i że wskutek uzury, w następstwie zapalenia gruczliczego chrząstek (*chondritis tuberculosa*), powstał ów guz przed krtanią. Wtedy jednak byłyby powstały objawy odmy podskórnej szyi, czego nie zauważono. Drugą możliwością byłaby pierwotna sprawa gruczlicza tkanki przedkrtaniowej, z powiększeniem ogniska mogła powstać uzura chrząstki i wypełnienie jamki powietrzem. Możliwą także byłaby pierwotna gruczlica torebki maziowej w tem miejscu (*bursa antethyreaidea subfascialis*). Z tem przypuszczeniem nie zgadza się jednak wynik badania drobnowidzowego. Najprawdopodobniej — według MADELUNG'a — musiał w tym przypadku istnieć wrodzony zaulek (*diverticulum*) krtani, czyli t. zw. *fistula colli mediana incompleta interna*, który, wypełniony śluzem i przyciskany przez mięśnie szyi, był niewidoczny; w nim to rozwinęła się sprawa gruczlicza, przez co ściana ścięczała i poddała się, a przy napadach silnego kaszlu powstała przepuklina.

MADELUNG wspomina w swojej pracy o jedynym podobnym przypadku HUTSHINSON'a, którego obserwacja jest jednak niedokładna.

U 23-letniego mężczyzny, o wybitnym wyglądzie gruczliczym, rozpoczęła się choroba obrzękiem gruczołów chłonnych szyi. Później wystąpiła chrypka, bóle przy łykaniu, wreszcie kaszel. Wśród tego powstał guz na przedniej powierzchni szyi, powyżej dolnej części krtani i górnej części tchawicy. Brak odmy podskórnej na szyi. HUTSHINSON zauważył w 3 miesiące od powstania choroby guz okrągły wielkości jaja gołębiego, chelboczący, ściśliwy i dający się z łatwością opróżnić; guz ten wypełniał się następnie podczas kaszlu. Podstawę guza odgraniczały stwardniały pierścień. Podczas perkusyi przy wstrzymanym oddechu odgłos wypukowy na guzie był bębnowym. Nie ulegało wątpliwości, że guz komunikował z tchawicą przez otwór w błonie tarcz-obrączkowej. Zastosowano ucisk

i podawano choremu tran, poczem zauważono polepszenie mowy i ustępywanie kaszlu. Dalszy przebieg nieznany. W przypadku tym nie można z wszelką pewnością oznaczyć miejsca, w którym guz był w związku z krtanią; prawdopodobnie była to *laryngocele mediana*, jednak mogła być i *laryngocele lateralis*.

Odnośnie do naszego przypadku rozpoznanie nie może ulegać żadnej wątpliwości; cały przebieg kliniczny cierpienia, wreszcie napotkane zmiany anatomiczne i wynik badania histologicznego, jakoteż ustąpienie uporeczywych napadów kaszlu po operacji, dostatecznie je potwierdzają. Co do patogenezy naszego przypadku, to muszę przyjąć tu z wszelką stanowczością istnienie wrodzonej, niezupełnej, wewnętrznej przetoki szyi, za czem przemawia zeznanie matki chorej, że mały guz na szyi zauważono już od drugiego roku życia chorej. Podczas silnych napadów kaszlu przed 5 laty, gdy chora przebywała krztusiec, musiało przyjść do znaczniejszego wydęcia tego zaułka i następowej przepukliny. Ponieważ przepuklina ta komunikowała z tchawicą przez jeden z górnych przestworów międzypiersściowych, łatwo sobie tedy wytłumaczyć, że nie wywoływała chrypki.

Leczenie chirurgiczne guzów powietrznych szyi powinno być, zdaniem mojem, doszczętne; postępowanie powinno zależeć od przypadku: innem będzie przy przepuklinach niepowikłanych, innem przy powikłaniach ropieniem lub sprawą gruźliczą. Co do sposobu leczenia przy poszczególnych postaciach choroby, poczyniłbym następujące uwagi:

1) W przypadkach, w których istnieje wążka szypułka łączna z tchawicą lub krtanią, należy ją podwiązać i odjąć, t. j. postępować podobnie, jak przy leczeniu doszczętnem przepuklin brzusznych; ranę skórą należy zeszyć.

2) W przypadkach, w których otwór łączny z tchawicą, a względnie z krtanią, jest znacznym, zależałoby odjąć ściany torbieli częściowo, a pozostający kikut, po dokładnem oczyszczeniu, zeszyć kilkoma szwami pogłębionymi z katgutem, a ranę skórą zespoić.

3) W przypadkach, w których otwór łączny z tchawicą, a względnie z krtanią, jest małym, a ściana tylna torbieli jest zrosniętą z tchawicą, należałoby postąpić tak samo.

4) W razie powikłania sprawą gruźliczą należy postąpić [osobliwie w dwóch ostatnich postaciach choroby] podobnie jak to uczynił MADELUNG, t. j. ranę wytamponować i po jednym lub dwóch dniach założyć szew następowy; naturalnie należy wtedy dołączyć tracheotomię dolną.

5) Zresztą w przypadkach niepowikłanych przy postępowaniu, pod 1), 2) i 3) podanem, dołączenie tracheotomii dolnej wydaje mi się zbytecznym.

6) W przypadkach powikłanych torbielami powietrznymi sródkrtaniowymi nie należy ograniczać się do przekłucia ostatnich, lecz wykonać wcześniej i to operację doszczętną, t. j. tracheotomię dolną, laryngofisurę, wyluszczenie torbieli, wytamponowanie krtani i szew następowy [LEDDERHOSE]; tylko w ten sposób będziemy mogli uniknąć uduszenia się chorych.

W końcu wspomnieć muszę jeszcze o jednej postaci przepukliny szyjowej, którą przy rozpoznaniu różniczkowem uwzględnić należy, t. j. o t. zw. p r z e p u k l i n i e o p ł u c n e j n a s z y i. Jedyny podobny przypadek, stwierdzony

sekcją, spostrzegł GEORGE R. FOWLER ¹⁾ z Brooklynu. Dotyczył on dziecka dziewięciomiesięcznego, źle odżywionego, u którego przed 6 miesiącami, wkrótce po przebyciu ostrego zapalenia oskrzeli, powstał guz po prawej stronie szyi, zwiększający się podczas krzyku i kaszlu, zmniejszający się przy wdechach. Guz ten powiększał się stopniowo, a w miesiąc później zauważono podobny guz także po lewej stronie szyi. Po przyjęciu do szpitala zauważono dwa guzy na szyi, po obu stronach tchawicy usadowione, podczas wdechu prawie znikające, wypuklające się zaś podczas wydechu. Guz po lewej stronie szyi był miękki, rozpoczynał się poniżej dolnego brzegu szczęki dolnej i sięgał prawie do brzegu obojczyka. Po stronie prawej znajdował się podobny mniejszy guz. Trwała duszność i bezgłos. Stan ogólny chwilowo się poprawił po odstawieniu dziecka od piersi i karmieniu mlekiem peptonowem, jednak dziecko uległo ponownie ostremu zapaleniu oskrzeli.

Sekcja wykazała: guzy na szyi są częściami olbrzymiego worka, będącego w związku z górnymi częściami prawego płuca. W stanie rozdęcia worek ten zajmował znaczną część jamy opłucnej prawej, oraz śródpiersie przednie, pomiędzy grasicą (*thymus*) a workiem osierdziowym. Worek ten rozszerzył się na szyi po obu stronach tchawicy i polyku, aż do brzegu szczęki dolnej, ku tyłowi zaś do stosu kręgowego. Część worka po lewej stronie szyi wnikła w lewą jamę opłucnową i wyparła płuco i opłucną lewą na 2 cale ku dołowi. Worek ten zawierał bezwonne powietrze; ściany jego były gładkie, połyskujące i przeświecające. Tchawica i większe oskrzela były nastrzyknięte i zawierały ciecz śluzowopropną. Jako przyczynę tego worka powietrznego znaleziono przedarcie pierwotnego oskrzela prawego; płuco prawe zapadłe, leżało na dnie jamy opłucnowej. Przemieszczenie serca ku lewej; inne narządy zdrowe.

II. Z KAZUISTYKI SZPITALNEJ.

PRZYCZYNEK DO NAUKI O UMIEJSCOWIENIACH ZBOCZEŃ MOWY.

P. dal

Edward Kohn [Częstochowa].

Nauka o umiejscowieniach zбочeń mowy, teoretycznie bliżej zbadana, wymaga pod względem klinicznym sprawdzenia niejednej wątpliwej kwestyi, rozjaśnienia niejednego szczegółu; każdy więc przypadek, mogący choć w części przyczynić się do wyświeatlenia istniejących wątpliwości, zasługuje na szczególowsze zbadanie, zwłaszcza że w naszej literaturze mało mamy opisanych odnośnych spostrzeżeń.

Agneszka Kubak, lat 60 licząca, wieśniaczka, wstąpiła 10. I. 1890 do szpitala N. Maryi Panny w Częstochowie, zawiadywanego przez kol. BIEGAŃSKIEGO,

¹⁾ Hernia of the pleura into the neck. *Annals of Surgery*. Vol. IX. 1889. Str. 321 i następne.

z objawami silnej duszności, kaszlu i ogólną puchliną ciała, które to objawy, podług jej opowiadania, wystąpiły powoli, przed miesiącem. Do tego czasu czuła się miała zdrową; nie pamięta, żeby kiedy ciężko chorowała, reumatyzmu, ani żadnych długotrwałych chorób nie przechodziła, trunków nie nadużywała. Chora budowy miernej, wargi, palce u rąk i nóg sine, obrzęk ogromny całego ciała, *ascites*, duszność; granice płuc z tyłu nieco obniżone, odgłos opukowy wszędzie jasny, z wyjątkiem lekkiego stłumienia z lewej strony od tyłu między łopatkami, oddech wszędzie pęcherzykowy, z licznymi rżeniami wilgotnymi, a w dolnych tylnych odcinkach z rżeniami treszczącymi. Granice serca powiększone, przeważnie w rozmiarze podłużnym, uderzenie serca w 6-em międzyżebżu, w lewej linii sutkowej. Nad aortą słychać 2 szmery, z których rozkurezowy wyraźniejszy. Nad wierzchołkiem serca słyszy się także 2 szmery, z których skurezowy wyraźniejszy; w tętnicy szyjowej 2 tony, a w biodrowej jeden. Tętno słabe, nieco szybkie (*pulsus celer*), ledwie wyczuwalne; zwyrodnienie naczyń atermatyczne dość znaczne. Dolna granica wątroby obniżona, wątroba na dotyk bolesna; moczu odchodzi mało, nie zawiera on białka; stan bezgorączkowy.

Rozpoznano: *insufficiencia valvularum aortae, et insufficiencia et stenosis valvulae mitralis, cirrhosis hepatis, bronchitis et emphysema pulmonum*. Chorej zalecono: *inf. fol. digitalis cum coffeino citrico*. Stan taki z małymi zmianami trwał do 4. III., którego to dnia, z powodu zwiększenia się obrzęków i silnej duszności, przepisano chorej po 3 grany na dawkę kalomelu z makowcem, 3 proszki dziennie; po 4 dniach przyjmowania tego środka pojawiło się dość silne rozwolnienie, a dopiero 7 dnia ilość moczu nagle zaczęła się powiększać.

D. 15. III. chora dostała napadu drgawek epileptycznych ogólnych, z utratą przytomności, bez następczych objawów paralitycznych.

16. III. paralitycznych objawów nie ma, tętno 88, ciepłota 36,5° C., w sercu zmiany te same, moczu bardzo dużo, obrzęki mniejsze. Przytomność wróciła; ruchy języka prawidłowe, chora mówi, ale zapas wyrazów bardzo ograniczony, powtarza jedne i te same wyrazy; na pytanie, jak się czuje, co ją boli, nie jest w stanie wynaleźć odpowiedniego wyrazu. Słuch u chorej zachowany, gdyż zwraca się w stronę, z kąd głos pochodzi, ale pytań nie rozumie, patrząc na mówiącego, stara się wzrokiem odgadnąć nasze żądania, ale to jej się niezawsze udaje, np. przy mówieniu do niej: pokaż język, odpowiada: boli, albo: tak panie, nie wiem, tak, że przyjąć można, że po ruchach warg stara się odgadywać nasze żądanie. Nie jest w stanie nazwać przedmiotów pokazywanych, np.: chleba, łyżki, mleka, palców, kołdry; odpowiada: nie wiem, zapomniałam. Wyrazy te, podpowiadane jej, nie jest w stanie powtórzyć, dobrowolnie wymawianych nie jest w stanie na żądanie powtórzyć. Badanie takie męczy ją, niecierpliwi. Jednym słowem: chora nie umie swych dolegliwości wyrazami wyrazić, bo zapas ich bardzo się ograniczył; dalej nie rozumie tego, co się do niej mówi, chociaż słyszy; nie jest w stanie nazwać żadnego przedmiotu, bo zapomniała, jak się nazywa; i nakoniec nie rozumie tego, co sama mówi.

Mamy więc zbiór objawów, odnoszących się głównie do sfery czuciowej. Ponieważ chora ani czytać, ani pisać nie umie; więc w tym kierunku badaną być nie mogła.

Rozpoznaliśmy zator gałązki korowej tętnicy rowu SYLWIJUSZA, gałązki zaopatrującej w krew korę zrazu skroniowego lewego i lewą wysepkę REIL'a.

D. 17. III. przytomność zupełna, chora mówi lepiej, t. j. rozporządza większym zapasem wyrazów, pokazane wczoraj przedmioty, dziś, choć z trudnością i po długim namyśle, nazwać umie; czasami tylko daje nazwę podobną, np. zamiast koldra, mówi derka, zamiast doniczka, garnek; podpowiadanych zaś wyrazów i dziś nie jest w stanie powtórzyć.

19. III. mowa jeszcze lepsza, zauważyć się daje zapomnianie jeszcze niektórych wyrazów, podpowiadane wyrazy dziś dobrze już powtarza. Mowę dobrze rozumie. Obrzęki ustąpiły zupełnie, pozostało tylko ogromne osłabienie sił i nieznaczna puchlina brzuszna, granice wątroby zmniejszone, dolnego brzegu nie wyczuwa się. Zaburzenia więc mowy po upływie 3 dni w zupełności się wyrównały.

2. IV. wystąpił znów obrzęk stóp, i powoli ciągle się powiększał, mimo tego chora się wypisała d. 25. V., ale wróciła znów d. 13. VI. z ogromną dusznością, kaszlem i krwiopluciem. Przy badaniu znaleziono wtedy: ogromny obrzęk całego ciała, sinicę rąk, nóg i warg, w płucach rżenia suche, świszczące, serce powiększone w podłużnym i poprzecznym rozmiarze, uderzenie serca w 6-em międzyżebżu, w linii pachowej przedniej, na wierzchołku serca słyszy się szmer skurczowy i niewyraźny chropawy ton rozkurczowy, u podstawy zaś odwrotnie słyszy się szmer rozkurczowy i niewyraźny ton skurczowy; tętno 100, słabe, nierówne, szybkie. Dolna granica wątroby niewyczuwalna, puchlina brzuszna ogromna, biegunka. Zaleciliśmy chorej co 2 godziny po 8 kropel *tinctura digitalis cum tinctura strophanti*.

16. VI. biegunka ustała, pojawiły się silne wymioty, które trwały przez dni trzy, moczu bardzo skąpy, z nieznaczną ilością białka, obrzęki i duszność ogromna, ból głowy nieznaczny. Zalecono znów 3 dziennie proszki kalomelu w połączeniu z makowcem. Jak poprzednim razem 4 dnia wystąpiła biegunka, a dopiero 6-go dnia ilość moczu znacznie się powiększyła, obrzęki zaczęły się zmniejszać.

26. VI., to jest trzeciego dnia po pojawieniu się obfitego moczenia, chora dostała drgawek epileptycznych całego ciała i kilkakrotnie powtarzających się wymiotów; przez kilka godzin była nieprzytomną, a po odzyskaniu przytomności, zauważono znów zaburzenia podobne zupełnie jak pierwszym razem, tylko mniejszego stopnia. Chora skarży się na ból głowy, słyszy i rozumie, co się do niej mówi, gdyż na żądanie pokazuje, gdzie ma nos, ręce, palce, wysuwa język, ale nie jest w stanie powtórzyć ani jednego wyrazu podpowiadanego, a także powtórzyć tych, które sama dobrowolnie mówi. Nie może również nazwać pokazanych przedmiotów, np. na zapytanie, gdzie ma rękę, głowę, pokazuje dobrze, na żądanie, aby podała łyżkę, bułkę, talerz, czynności te wykonywa, ale w żaden sposób nie jest w stanie nazwać tych przedmiotów, odpowiada tylko: nie wiem, zapomniałam, tak panie, słabam, a badanie niecierpliwi ją, męczy.

Zaburzenia mowy wyrównały się zupełnie w ciągu 2 dni.

Do dnia 29. VI. obrzęki ustąpiły, pozostała tylko w małym stopniu puchlina brzuszna, stan ogólny poprawił się, chora skarżyła się jeszcze na zawroty głowy i trudności kojarzenia myśli. Począwszy od 7. VII. zaczęły znów występować

obrzęki i duszność. 13. VIII. dostała znów kalomel z makowcem. Ilość moczu zaczęła się powiększać od 16. VIII, do 22. VIII., a jednocześnie obrzęki ustępowały, pozostał tylko *ascites*. W nocy d. 23. VIII. pojawiły się znów drgawki, przez jakiś czas po ustąpieniu ich, chora była nieprzytomną i przestała mówić. Przy badaniu 24. VIII. znaleziono: tętno słabe, szybkie, drobne, obrzęków nie ma, granice serca powiększone we wszystkich rozmiarach, tonów trudno wysłuchać z powodu licznych rzeżeń w płucach i utrudnionego szybkiego oddechania, duszność znaczna, sinica, przytomność i mowa zachowane, ale chora ogromnie osłabiona, apatyczna, mało oddziaływa na bodźce zewnętrzne. I obecnie nagle występujące drgawki z utratą przytomności nie mogły od niczego innego zależeć, jak od zatoru mózgowego; a ponieważ po nim objawów zaburzeń mowy nie było, zator ten musiał więc wystąpić w innej części mózgowia; siedlisko jego trudno było określić, gdyż badanie chorej z powodu ogólnego osłabienia i nieoddziaływania na bodźce zewnętrzne było niemożliwym. Chora też wkrótce [26. VIII.] przy objawach ostrego obrzęku płuc umarła.

Wykonana nazajutrz sekcja wykazała: *anasarca, ascites, oedema pulmonum, hypertrophia et dilatatio totius cordis maxima, myocarditis fibrosa, sclerosis arteriarum coronarium cordis, endocarditis sclerotica valvularum semilunarum aortae et valvulae bicuspidalis (insufficiencia et stenosis), cirrhosis hepatis in stadio atrophico, hyperaemia hepatis, perihepatitis, hyperaemia renum, sclerosis renum minoris gradu cum cystis retentionibus, arteriosclerosis arteriarum baseos encephali, encephalomalacia bilateralis, corticalis in fossa Sylvii, partis posterioris gyri frontalis inferioris sinistri, insulae Reilii sinistrae et dextrae, et partis anterioris gyri temporalis inferioris I. et II. sinistri.*

W przytoczonym przebiegu choroby zastanawia nas przedewszystkiem trzykrotne wystąpienie zatoru mózgowego podczas najobfitszego wydzielania się moczu po kalomelu, a z drugiej strony przemijające, krótkotrwałe zaburzenia mowy. Porównanie objawów, istniejących za życia, ze zmianami, znalezionymi w mózgu przy sekcji, a mianowicie ze zwyrodnieniem zastawek aorty i tętnicy rowu SYLWIJUSZA z następczem rozmiękzeniem istoty korowej mózgu, każe przypuszczać, że pierwszy i drugi zator miał miejsce w lewej półkuli, gdyż wtedy ucierpiała mowa, trzeci zaś w prawej półkuli, czego dowodem właśnie brak zaburzeń mowy. Zatory zatkały gałązki korowe tętnicy rowu SYLWIJUSZA i wywołały częściowe rozmiękczenie odpowiednich miejsc kory ze wszystkimi jego następstwami, przyczem istota biała wcale nie ucierpiała, bo ona zaopatrzona jest w inne gałązki tętnicze [? Red.]. Dlaczego zaś zatory wystąpiły po każdorazowym zadaniu kalomelu i to nie zaraz, kiedy jeszcze kalomel działał czyszcząco, ale dopiero na 3-ci lub 4-ty dzień, kiedy wydzielanie moczu, nim spowodowane, doszło do największego swego nasilenia, tłumaczymy sobie tem, że na nierównych, stwardniałych zastawkach aorty, przy osłabionej wogóle czynności serca, mogły się tworzyć i osiąść niewielkie skrzepy krwi, które z chwilą powiększenia się moczenia na skutek zwiększonego ciśnienia krwi, a z drugiej strony jednoczesnego wzmożenia się siły mięśni serca, przez zmniejszenie się obrzęków, łatwo się mogły oderwać i zatkać wspomniane gałązki tętnicze. Nie należy, mojem zdaniem, przypisywać w tym razie kalomelowi swoistego, ubocznego działania, wprost usposabiającego do powstania zatorów; każdy bowiem inny silnie działający śro-



1. Stan zwykły.



2. Podczas nadymania się.



3. Podczas nadymania się.



4. Po operacyi.

dek moczopędny, usuwający w krótkim stosunkowo czasie obrzęki, a tem samem poprawiający szybko upośledzone krążenie krwi, może przy odpowiednich sprzyjających warunkach [jak wady zastawek] wywołać zatory.

Należy nam teraz poświęcić kilka słów jeszcze opisanym zaburzeniom mowy.

Doświadczenia kliniczne przekonały, że wszystkie cierpienia mózgu, których następstwem były zaburzenia mowy, miały przeważnie swoje siedlisko w lewej półkuli. Dawniejsi także badacze, jak MARC DAX, jeszcze w 1836 r. zwrócili uwagę na ścisły związek zaburzeń mowy z prawostronnem połowicznym porażeniem, czyli z uszkodzeniami w lewej półkuli mózgu.

Do czasów Broca różni badacze starali się umiejscowić siedlisko zaburzeń mowy; jemu dopiero w 1861 r. udało się dowieść, że uszkodzenie $\frac{1}{3}$ części tylnej III-go dolnego, lewego zawoju czołowego, wywołuje zawsze zaburzenia mowy, i dlatego ta część zrazu czołowego nosi nazwę zawoju Broca. Późniejsi zaś badacze, jak WERNICKE, LICHTHEIM, badając pojedyncze objawy owych zбоcezeń, a które BROCA nazwał ogólnem mianem „*Aphemia*“, przekonali się, że są one różnorodnej natury, t. j. że raz chorzy nie rozumieją wcale mowy, drugi raz choć ją rozumieją, to nie mogą mimo wysiłków znaleźć odpowiednich wyrazów dla oddania słowami doznanych wrażeń słuchowych. Pierwszą formę zбоcezeń nazwali *aphasia sensorica, v. amnestica* [niemota czuciowa], drugą zaś *aphasia motorica, v. atactica* [niemota ruchowa]. Dla każdej z tych form niemoty starali się wynaleźć w mózgu osobne ośrodki. Starania te pomyślnym też zostały uwieńczone skutkiem, gdyż przy różnorodnych zбоcezeniach mowy, znaleźli chorobowo zmienionemi nie tylko zawój Broca, ale i przednie części I-go i II-go zawoju skroniowego lewego i wysepkę REIL'a, i to ich upoważniło do przypuszczenia, że uszkodzenie każdego z tych ognisk powinno dawać odmienny obraz kliniczny, i przekonali się, że tak jest w rzeczywistości.

LICHTHEIM na tej zasadzie przyjmuje istnienie trzech ośrodków z następującym obrazem klinicznym i odpowiedniemi dla niego umiejscowieniami w mózgu.

I. Ośrodek słuchowy, czyli dźwiękowy, t. j. miejsce, gdzie dochodzą wrażenia dźwięku. Przy uszkodzeniu tego środka chory nie słyszy wyrazów; traci więc możność zrozumienia mowy, a tem samem i zdolność powtarzania podpowiadanego, przyczem zwyczajna, samowolna mowa może pozostać nienaruszoną: jest to obraz tak zwanej głuchoty wyrazowej, gdzie chorzy słyszą wyrazy jako pomieszany szmer, mowę ojczystą jako obcą. Ośrodek ten ma się znajdować w lewym dolnym zawoju skroniowym.

II. Ośrodek czuciowy, t. j. miejsce, gdzie obrazy dźwiękowe dochodzą do świadomości, zostają, że się tak wyrażę, odczute, zrozumiane i pojęte. Przy uszkodzeniu tego ośrodka słuch zostaje zachowanym, chory jednak mowy nie rozumie, ani podpowiadanego nie powtórzy, mowa dowolna choć pozostanie, będzie bezsensowną, bezmyślną, gdyż zdolność odczuwania dźwięków jest zniesiona. Jest to prawdziwa typowa forma głuchoty wyrazowej (*Wort-Taubheit. Logokopphosis* WERNICKE'go). Siedlisko tej formy zaburzeń zostało przez WERNICKE'go określone w I-ym, a w części i w II-gim zawoju skroniowym dolnym lewym, i nosi nazwę niemoty czuciowej (*Aphasia sensorica, v. amnestica* WERNICKE).

III. Ośrodek ruchowy, t. j. miejsce, gdzie ze zrozumianych i pojętych dźwięków tworzą się wyrazy, które przez narządy mowy zostają wypowiedziane. Objawy uszkodzenia tego ośrodka polegają na tem, że chory nie jest w stanie ani mówić, ani podpowiadanego powtórzyć, mimo to że ruchy muskulatury narządów mowy są zachowane; chory słyszy, mowę rozumie, i znakami daje poznać, że pojmuje bardzo dobrze nasze żądania, tylko że je słowami nie jest w stanie wyrazić. Siedlisko tego ośrodka zostało dokładnie określone przez BROCA, i znajduje się w $\frac{1}{2}$ części tylnej III-go lewego zawoju czołowego dolnego i nosi nazwę niemoty ruchowej, *aphasia motorica, v. atactica* BROCA.

Oprócz tego każdy z wymienionych ośrodków łączy się wzajemnie ze sobą za pośrednictwem odpowiednich włókien nerwowych, czyli przewodników międzyośrodkowych. Uszkodzenie przewodników, doprowadzających wrażenia dźwiękowe, bądź do ośrodka czuciowego, bądź do ruchowego, wywołać musi zboczenia mowy mieszane obu sfer, i tak:

1) Jeśli zostaną uszkodzone przewodniki, idące od ośrodka słuchowego do czuciowego, chory dźwięków nie odczuwa, nie pojmuje ich, czasem i mowy nie zrozumie, mowa dowolna, jeśli się pozostanie, będzie bezmyślną.

2) Jeśli zostaną uszkodzone przewodniki, idące od ośrodka czuciowego do ruchowego, chory dźwięki usłyszy, mowę zrozumie, ale otrzymanego wrażenia nie będzie w stanie wyrazami wypowiedzieć, gdyż nie jest w stanie wynaleźć odpowiedniego wyrazu.

3) Jeśli znów zostaną uszkodzone przewodniki między ośrodkiem słuchowym a ruchowym, to żadna czynność w zupełności nie zostanie zniesioną, a częściowo ucierpi. Jak więc widzimy, uszkodzenia przewodników dają objawy mieszane, i noszą nazwę *paraphasia*. *Paraphasia* więc oznacza stan chorobowy, w którym wyrazy zostają albo źle odczute, albo fałszywie wypowiedziane, albo fałszywie używane, a ponieważ inteligencyja jest zachowana, więc cierpiący na *paraphasia* wie, że źle mówi, ale wszelkie wysiłki, by dobrze mówić, są daremne. Ośrodek dla przewodników, podług LICHTHEIM'a, ma się znajdować w wysepce REIL'a i nosi nazwę niemoty przewodnikowej (*Leitungsaphasie* LICHTHEIM'a).

Jeśli teraz porównamy objawy zboczeń mowy w naszym przypadku z danymi LICHTHEIM'a, to przekonujemy się, że pierwszego dnia po nastąpieniu zatorze wystąpiły u chorej objawy, odnoszące się częściowo do uszkodzenia wszystkich 3 ośrodków, gdyż chora mówiła, chociaż zapas słów był ograniczony, mowy nie rozumiała, chociaż słuch był zachowany, nie była w stanie powtórzyć podpowiadanego, i nie była w stanie nazwać żadnego przedmiotu, nawet podpowiadanego. Drugiego dnia zboczenia te zaczęły się więcej ograniczać i umiejscawiać w ośrodku czuciowym, przewodnikowym, trzeciego zaś dnia mieliśmy głównie do czynienia z objawami mieszanymi ośrodka czuciowego. Zajęcie pierwszego dnia wszystkich 3 ośrodków łatwo sobie wytłumaczyć, mając na uwadze, że zatkane zatorem naczynie wywołało bezkrwistość kory mózgowej na znacznej przestrzeni, z chwilą zaś rozwoju krążenia obocznego, zmiany te szybko się wyrównały, pozostały zaś te, które wyrównać się już nie dały; odnosiły się zaś przeważnie, tak po pierwszym, jakoteż po drugim zatorze, do uszkodzenia ośrodka

czuciowego przewodnikowego, t. j. uszkodzenia przewodników, idących tak od ośrodka słuchowego do czuciowego, jakoteż od czuciowego do ruchowego.

W przypadku, opisanym przez D-ra GOLDFLAMA [Medycyna 1885], chory mowę rozumiał, utracił zaś możność wyrażenia swych myśli wyrazami, sekcyjja wykazała tam uszkodzenie zawoju Broca. W przypadku, opisanym przez D-ra A. ROSENTHALA [Medycyna 1886], chory utracił pamięć słów, zniknęły u niego nazwy najprostszyc przedmiotów, sfera zaś ruchowa mowy została nietkniętą, podpowiadane wyrazy dobrze powtarzał, sekcyjja wykazała rozmiękczenie II-go i III-go zawoju skroniowego lewego. W naszym przypadku chora mówiła, ale zapas słów był bardzo ograniczony, nie rozumiała, co się do niej mówi, chociaż słyszała; sekcyjja wykazała uszkodzenie obustronne wysepki REIL'a. Już wyżej wykazaliśmy, że prawa wysepka REIL'a nie brała udziału w zboczeniach mowy, gdyż po trzecim zatorze zaburzeń mowy nie było, i że zator ten wystąpił w prawej właśnie wysepce; a zatem zniszczenie istoty korowej lewej wysepki REIL'a było przyczyną tych zmian.

Obraz więc kliniczny, określony jako *paraphasiu sensorica*, w zupełności zgadza się z przypuszczeniami LICHTHEIM'a, że przewodnictwo między ośrodkami mowy odbywa się za pośrednictwem wysepki REIL'a. Przewodniki międzyośrodkowe, rozłożone w wysepce REIL'a, muszą się znajdować nietylko w części korowej wysepki, ale drążą wgląd niej, i częściowe zniszczenie ich nie przeszkadza wcale szybkiemu wyrównaniu wywołanych uszkodzeniem zboczeń, jak to widzimy w naszym przypadku, gdzie cała powierzchnia korowa wysepki uległa rozmiękczeniu, a mimo to zboczenia mowy wyrównały się zupełnie po upływie trzech dni.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

7. Prof. Virchow. Dalsze wyniki sekcyj na suchotnikach po wstrzykiwaniach płynu Koch'a.

Na posiedzeniu Berlińskiego Towarzystwa lekarzy w d. 14. I. prof. VIRCHOW okazywał dalsze wyniki sekcyj na suchotnikach po wstrzykiwaniu płynu KOCH'a.

1) U suchotnika po 2 wstrzykiwaniach [ostatnie 4 tygodnie przed śmiercią] znaleziono w kiszkiach [najwięcej w *ileum*] znaczne, szybko wytworzone owrzodzenia folikularne i obrzmienia kępek PEYER'a, podobne bardzo do zmian, napotykanyc w tyfusie brzuszny. Gruczoły krezkowe silnie obrzmiałe, nawpół zserowaciałe; odpowiednio gruczołom na otrzewnej prosówkowate gruzełki.

2) Świeże prosówkowe gruzełki na błonie surowiczej kiszki przy owrzodzeniach dawnych w *ileum* u 37-letniego suchotnika. U 23-letniej kobiety z owrzodzeniami w płucach i krtani — świeże gruzełki na brzegach owrzodzenia; w kiszkiach owrzodzenia z gruzełkami i gruzełki na otrzewnej poza wątrobą.

3) Po 9 wstrzyknięciach u mężczyzny, u którego z początku badanie wykazało tylko stłumienie odgłosu, znaleziono przy sekeji jamy w płucach i tak rozległe zapalne serowate nacieczenia, że gdyby było przyszło do rozmiękczenia i wydalenia zajętej tkanki, z płuc byłyby zostały zaledwie ślady beleczek. Należy to wielką ostrożność z wstrzykiwaniami przy większem zajęciu płuc.

4) Po 9 wstrzyknięciach, u 25-letniego tęgiego mężczyzny [z oddziału LAZARUS'a] u którego pierwotnie znaleziono tylko stłumienie odgłosu, wytworzył się *pneumothorax* (*pyo-pneumothorax*) „wskutek użycia płynu KOCH'a, a przynajmniej po jego zastosowaniu“; sekcja wykazała małą jamkę poniżej zdrowego wierzchołka płuc ze zgorzelinowym rozpadem i przedziurawieniem opłucnej dawnymi i świeżymi gruzelkami.

5) Bez zastosowania wstrzykiwań płynu KOCH'a znaleziono u 50-letniego mężczyzny w prawym płucu rozlane zwłóknienie z charakterem flegmonowym, takie, jakie VIRCHOW widział po wstrzykiwaniach. Ze względu na ten niezwykle samoistny przypadek VIRCHOW robi zastrzeżenie co do wypowiedzianego poprzednio zdania, iż takie zmiany występują po wstrzykiwaniach płynu KOCH'a.

6) Dodatkowo przedstawił VIRCHOW płuca 30-letniej kobiety z tak zwaną przez niektórych badaczy „zagojoną i uleczoną gruźlicą“ lub „otorbionymi gruzelkami“ w szczytach płuc. VIRCHOW nie zgadza się, aby to była gruźlica i pojmuje sprawę jako *pneumonia interstitialis* w następstwie *lues* z jamką bronchiectatyczną.

(Berl. klin. Woch. N. 3.).

W. Mayzel.

8. Behring. Poszukiwania nad zabezpieczaniem zwierząt od dyfterytu.

Z doświadczeń BEHRING'a wynika, co już i inni badacze stwierdzili, że myszy i szczury są niewrażliwe na jad dyfterytyczny.

Podane poniżej metody zdolne są zabezpieczyć świnki morskie i króliki od jadu dyfterytycznego.

Metoda I, podana przez prof. C. FRAENKEL'a, wykazała, że można w przeciągu 10—14 dni uczynić świnki morskie niewrażliwymi na dyfteryt przy pomocy wyjałowionych hodowli dyfterytycznych. BEHRING na mocy własnych poszukiwań uznał ten sposób jako pewny.

Metoda II. Do cztero-tygodniowych hodowli BEHRING dodaje taką ilość trójchlorku jodu (*jodtrichlorid*), aby znajdował się w hodowli w stosunku 1:500, pozostawiając go w niej na 16 godzin. Następnie z takiej hodowli wstrzykiwał śwince morskiej 2 ctm. sześć. do jamy otrzewnej. Po 3 tygodniach zastrzyknął BEHRING teje samej śwince 0,2 ctm. sześć. z kultury czterodniowej, w której trójchlork jodu znajdował się w stosunku 1:5500. Zwierzę, użyte do kontroli, zdechło po 7 dniach. Zwierzęta, użyte do doświadczeń, zostały przy życiu. Po 14 dniach zwierzęta, które były w ten sposób traktowane, znosiły bezkarnie zabójczą dla innych ilość hodowli dyfterytycznej.

W obydwóch powyżej podanych sposobach zyskuje się odporność przy pomocy produktów przemiany materii, wytworzonych w hodowli laseczników dyfterytycznych.

Metoda III polega na zabezpieczaniu zwierząt za pomocą produktów przemiany materii laseczników dyfterytu, znajdujących się w ustroju uprzednio zaszczerpionego zwierzęcia; BEHRING bowiem zauważył, że u zwierząt, zarażonych dyfterytem, w jamie opłucnej znajduje się płyn żółto-bursztynowy (*transsudat*), nie zawierający wcale laseczników dyfterytu i posiadający własności trujące dla świnek morskich. Świnki, które przy życiu zostawały, były w następstwie niewrażliwe na takież ilości hodowli dyfterytycznej, które zabijają zdrowe zwierzęta w przeciągu 3 do 4 dni.

Metoda IV. U zaszczerpionych poprzednio zwierząt BEHRING za pomocą trójchlorku jodu [podskórnie 1% i 2% roztwór] uzyskał odporność przeciw błonicy; kładzie jednak nasisk, że dla ludzi środek ten nie posiada wartości leczniczej.

Metoda V. Bez użycia produktów przemiany materii laseczników dyfterytycznych można również uzyskać niewrażliwość na jad błonicowy. Autor w tym celu stosuje [u zwierząt] wodę utlenioną [w roztworze 10% kwasu siarczanego]. Dalsze doświadczenia prowadzone są w instytucie KOCH'a. BEH-

RING posiada już dziś zwierzęta zupełnie od dyfterytu zabezpieczone, dzięki powyżej podanej metodzie.

Pierwsze 4 sposoby zabezpieczania od zarazy dyfterytycznej polegają na faktach, znanych już z prac PASTEUR'a. Piąty zaś sposób, uzyskanie odporności za pomocą środków chemicznych, nie posiada analogii w żadnej ze znanych nam dotychczas chorób. BERING w końcu swej pracy dodaje, że jeden ze sposobów zabezpieczania królików od tężca, wynaleziony przez D-ra KITASATO, polega na uprzednim podawaniu trójchlorku jodu. Autor podaje też, że za pomocą krwi i surowicy zwierząt niewrażliwych już na tężec można zabezpieczyć je od tej choroby, lecz i szybko wyleczyć zwierzęta, dotknięte już tem cierpieniem.

(Deutsch. med. Wochenschr. Nr. 50. 1890).

Leopold Lubliner.

Wiadomości terapeutyczne.

2. Przymywanie organizmu. Spostrzeżenia nad wartością terapeutyczną przymywania organizmu ludzkiego prof. SAHLI przeprowadził na dość znacznym materiale klinicznym, ale głównie w dwóch stanach chorobowych: przy mocznicy i przy t. z. stanie tyfusowym.

Co się tyczy mocznicy, to dla przykładu prof. SAHLI przytacza szczegółowo historję choroby jednego przypadku, zapewniając, że podobnie pomyślne wyniki otrzymywał u wielu innych chorych na mocznicę.

U mężczyzny dwudziestoletniego z bardzo groźnymi objawami mocznicy wykonano cztery wlewania podskórne, a mianowicie przez cztery dni codziennie po jednym litrze, roztworu fizjologicznego soli kuchennej.

Istotnie, o ile sądzić można z historii choroby, skuteczność wzmiankowanej metody leczniczej okazała się bardzo wydatną: w kilka godzin po wlewniu płynu pod skórę stan chorego poczęł powoli się poprawiać; pierwszy raz od 24 godzin chory oddał nieco moczu; drgawki przestały się pojawiać; w ciągu następnych dni trzech ilość moczu ciągle wzrastała, a chory wrócił znowu do względnego zdrowia.

Możnaby, co prawda, mniemać, że objawy mocznicy ustępują w tych razach zupełnie niezależnie od wlewań podskórnych, poprostu *modo spontaneo*; takie bowiem samodzielne leczenie się organizmu z zatrucia mocznicowego zdarza się niewątpliwie w niektórych razach. Prof. SAHLI, rozumie się, dobrze pamiętał o tej ewentalności, odrzuca ją jednakże stanowczo, gdyż w tak wielkiej liczbie przypadków spostrzegał wydatne pomyślne działanie wlewania podskórnego, że nie może tego uważać tylko za prosty zbieg okoliczności.

Na mocy doświadczenia klinicznego podaje SAHLI kilka uwag.

Przedewszystkiem pamiętać należy o tem, że wpływ skuteczny nie uwydatnia się zaraz bezpośrednio po wlewaniu płynu pod skórę; na to potrzeba pewnego czasu, a mianowicie aż duża część wlanego płynu zostanie wessana. Zdarza się zatem tak, że bezpośrednio po wlewniu, albo niedługo potem u chorego występują jeszcze drgawki; dopiero po kilku godzinach, a więc w miarę wessania płynu, stan mocznicowy powoli zaczyna ustępować. I dyjureza nie ulega odrazu, po pierwszym wlewniu podskórnem, gwałtownemu zwiększeniu; i w tym bowiem względzie spostrzega się wzrost stopniowy, tak, że na prawdziwie dużą dyjurezę czekać nieraz przychodzi aż do trzeciego, czwartego wlewania podskórnego. Lekarz zatem nie powinien zrazić się brakiem pomyślnego skutku po pierwszym wlewaniu, ale musi owe wlewania powtarzać codziennie, albo też nawet w niektórych okolicznościach i kilka razy tegoż samego dnia.

Co się tyczy puchliny, to ta tylko wówczas jest przeciwwskazaniem do użycia wlewań podskórnych, gdy puchlina sama przez się zagraża życiu chorego, gdy czynność serca jest znacznie osłabioną, lub gdy grozi obrzęk płuc. Wprawdzie daleko chętniej lekarz zdecyduje się na wlewania podskórne w tych razach, w których pokrywy brzuszne są mało obrzękłe, albo wcale nie są obrzękłe, jednakże pamiętać trzeba o tem, że w braku wyżej wspomnianych przeciwwskazań sama puchlina nie powinna odstraszać lekarza od stosowania wzmiankowanej metody leczniczej. A na poparcie tego twierdzenia

dodać trzeba i ten fakt, bardzo ważny we względnie praktycznym, że nawet przy wydatnym obrzęku pokryw brzusznych płyn, wlany pod skórę, aczkolwiek powoli, ale stanowczo wessany zostaje; nie trzeba bowiem zapominać, że limfa części obrzękłych nie ulega zupełnemu zastojowi, ale przeciwnie, że nieraz strumień limfy z takich części może być bardzo silnym, co dawno już COHNHEIM wykazał.

Co się tyczy pytania, które z rozmaitych przypadków najlepiej nadają się do wlewań podskórnych, to przyjęć wypada, że przedewszystkiem należą tu te przypadki, w których wydzielanie wody przez nerki jest dobre, ale w których wydzielanie swoistych składowych części moczu ulega zaburzeniu. W takich to właśnie przypadkach, a więc przy nerce marskiej (*Schrumpfniere*), a szczególnie przy przewlekłych zapaleniach nerek, przy których pomimo dużej ilości moczu mocznicza jednakże występuje, w takich właśnie przypadkach obok stosowania środków sercowych [naparstnica i t. d.] powinniśmy się starać za pomocą wlewań podskórnych ilość moczu jeszcze bardziej powiększyć, czyli przepłukać organizm.

Wszelako działanie wlewań podskórnych okazuje się skutecznem i w tych przypadkach, w których obok części stałych moczu i wydzielanie wody uległo znacznemu zaburzeniu, co zresztą łatwo jest zrozumiałem, gdy sobie przypomnimy, że woda jest jednym z najdzielniejszych środków moczopędnych.

Jednem słowem: należy powiedzieć, że wlewania podskórne są wskazane we wszystkich przypadkach moczniczy; przeciwskazaniem zaś jest tylko w tych, w których znaczne zwiększenie puchliny, lub t. z. *plethora hydraenica*, przedstawia pewne niebezpieczeństwo, a zatem w tych razach, w których puchlina jest bardzo wielką.

Drugą grupę przypadków chorobowych, w których prof. SAHLI stosował wlewania podskórne, stanowią ciężkie tyfusy z tak zwanym stanem tyfusowym. Wiadomo nam dzisiaj, szczególnie od czasu odkrycia tyfotoksyny przez BRIGER'a, że tak zwany stan tyfusowy jest właściwie samootruciem ustroju (*autointoxicatio*). Zresztą przy tej antointoksykacji mogą udział przyjmować nie tylko same produkty bakterij tyfusowych, ale i produkty zaburzonej — wskutek choroby — przemiany materji w tkankach; boć przecież nawet i prawidłowa przemiana materji w tkankach daje pewną część trucizn moczowych. Otóż, na tej zasadzie jasnem się zdaje, że przepłukanie wodą może w znacznym stopniu uwolnić ustrój od owych trucizn i od objawów, zależnych od ciągłego działania tychże trucizn. Zresztą i spostrzeżenia kliniczne ucza, że w drugiej połowie tyfusu, albo, co częściej, podczas okresu zdrowienia zwykle występuje „polyuria“, która najpewniej stanowi ważny moment regulacyjny dla ustroju przez to, że usuwa owe jady chorobowe z ustroju.

SAHLI, wychodząc z tego punktu widzenia, stosował przy stanie tyfusowym wlewania podskórne, i starał się oprócz tego, aby dowóz wody i „per os“ był dostatecznym.

Dla przykładu znajdujemy w pracy SAHLI'ego dwie szczegółowe historyje chorób. Obaj chorzy znajdowali się w czwartym tygodniu bardzo ciężkiego tyfusu brzusznego. U jednego wykonano pięć wlewań podskórnych: codziennie jedno po litrze; u drugiego cztery wlewania podskórne: pierwszego dnia dwa, trzeciego i piątego dnia pobytu w szpitalu po jednym wlewaniu. W obu przypadkach wlewania podskórne okazały bardzo wydatny i zbawienny wpływ na dyjurezę i na stan ogólny — zejście w obu razach było pomyślne.

Z badań i spostrzeżeń prof. SAHLI'ego wynika zatem wogóle, że w moczniczy i przy stanie tyfusowym podskórne wlewania dużych ilości roztworu fizjologicznego soli kuchennej działają bardzo skutecznie na przebieg autointoksykacji. Działanie to przedewszystkiem — przynajmniej w największej liczbie przypadków — zależy od zwiększenia dyjurezy, a zatem od istotnego przepłukania ustroju. Z drugiej wszakże strony zdaje się, że w tem działaniu ważny udział przyjmują i inne czynniki, a mianowicie: 1) rozcieńczenie jadu, nagromadzonego w tkankach i we krwi, 2) oraz — szczególnie w stanie tyfusowym — dostarczenie ustrojowi, resp. tkankom ustrojowym, potrzebnej ilości wody, wskutek czego zapobiega się wysychaniu tkanek.

Łatwo się domyśleć, że wzmiankowana metoda terapeutyczna, z powodu zasady, na której jest oparta, powinna znaleźć racjonalne wskazanie i przy innych stanach chorobowych, a przedewszystkiem przy ciężkim zakażeniu (*sepsis*), i przy śpiączce cukrzycowej (*coma diabeticum*). Toż samo można powiedzieć o tężcu (*tetanus*), pamiętając o tem, że jad tężcowy, wykazany przez BRIGER'a, i wywołujący objawy tężca, wydala się z ustroju przeważnie z moczem. Za tem przemawiają zarówno doświadczenia BOUCHARD'a, jako też i ten fakt kliniczny, że wyzdrowienie z tężca następuje zwykle przy dużej polyurji. To też prof. SAHLI w jednym przypadku tężca urazowego (*tetanus*

traumaticus) próbował stosować wzmiankowaną metodę; szybko jednak musiał zaniechać tego z powodu zwiększenia się objawów chorobowych wskutek bólów i podrażnienia, wywołanych przy wprowadzaniu kaniulki pod skórę i przy wlewaniu. W przypadku tym zamiast wlewań podskórnych dawano choremu ogromne ilości wody do picia; chory wyzdrowiał. Prof. SAHLI jednak uważa za możliwe w następnych przypadkach stosowanie wlewań podskórnych, ale przy chloroformowaniu chorego, albo przy podawaniu dużych dawek narkotyków [chloral, bromek potasu].

Wlewania podskórne mogą mieć ważne znaczenie w takich przypadkach, w których wskazanem jest absolutne oszczędzenie przewodu pokarmowego, t. j., w których nie można nic absolutnie przez usta wprowadzać. Tu należą przedewszystkiem wszystkie przedziurawienia żołądka i kiszek, oraz niektóre zapalenia otrzewnej. Jako ilustrację tego przytacza prof. SAHLI następujący przykład. U chorej błednicowej, dotkniętej wrzodem żołądka, występują odrazu objawy ostrego przedziurawienia żołądka: wymioty, upadek czynności serca (*collapsus*), tętno ledwie wyczuwalne, *facies Hippocratica*, brzuch wzdęty i t. d.. Chora codziennie dostaje tylko lawatwy odżywcze z makowcem, a dla uspokojenia pragnienia wlewania podskórne z 1½ litra roztworu fizjologicznego soli kuchennej. Przy tem postępowaniu bardzo wydatnie i dość szybko stan chorej się poprawia, tak, że w ciągu kilku dni chora wychodzi z niebezpieczeństwa, a laparotomija, o której ciągle myślano, okazała się niepotrzebna.

Właśnie na mocy podobnych spostrzeżeń prof. SAHLI sądzi, że wlewania podskórne mogą się okazać bardzo korzystnymi i przy innych stanach chorobowych przewodu pokarmowego, a szczególnie przy t. z. choleryze dziecięcej.

W końcu dodać tu należy, że spostrzeżenia SAHLI'ego wykazały, jak wogóle ważną rolę odgrywa, przy niektórych stanach chorobowych, obfity dowóz wody. Tam, gdzie nie można stosować wlewań podskórnych, obfite dostarczanie wody *per os*, lub *per clysm*a, może do pewnego stopnia wypełnić to ważne wskazanie terapeutyczne. W tem zapewne leży owo osławione picie dużej ilości ciepłych napojów, jak herbaty i innych ziółek, jakie z dawien dawna w medycynie ludowej z niewątpliwym pożytkiem się praktykuje. Niesłusznie, zdaniem SAHLI'ego, lekarze z przekąsem odzywają się o tej dawnej metodzie leczniczej ludowej: może ona mieć ważne i zupełnie racjonalne znaczenie — przynajmniej w wielu razach.

Co się tyczy p r z e c i w s k a z a ń do stosowania wlewań podskórnych, to, jak już wspomniano, na pierwszym miejscu stoi bardzo znaczna i groźna puchlina, a oprócz tego i następujące momenty: sinica, lub objawy rozpoczynającego się obrzęku płuc.

Bolesność przy wlewaniach podskórnych bywa bardzo rozmaitego stopnia: czasami bywa bardzo znaczną, czasami zaś bardzo małą. Zależy ona, między innymi, od tęgości tkanki łącznej podskórnej. W każdym razie doświadczenie nauczyło, że wlewania pod skórę brzucha są mniej bolesne, aniżeli pod skórę uda. Zresztą niektóre stany chorobowe są tak groźne [mocznica, stan tyfusowy], że krótkotrwały ból nie powinien odstraszać od stosowania metody, tembardziej, że najczęściej w tych stanach i świadomość chorego jest zupełnie zniesioną. W razach zaś potrzeby można metodę rzeczoną stosować w narkozie.

Objawów zakażenia przy wykonywaniu tej metody nie ma przy ścisłem zachowaniu antyseptyki; na klinice SAHLI'ego ani razu tego nie spostrzegano. Na jedną tylko okoliczność trzeba zwrócić uwagę: u niektórych chorych dotąd nie gorączkujących po wykonaniu wlewania podskórnego występują dreszczyki i lekkie podniesienie ciepłoty ciała. Zjawisko to spostrzegano już dawniej przy wlewaniach do żył; nie zależy ono bynajmniej od zakażenia, ale od bezpośredniego, nieszkodliwego zresztą działania roztworu soli kuchennej na krew.

Wiktor Grostern.

Wiadomości bieżące.

— Wyszedł z pod prasy pierwszy zeszyt „Odczytów klinicznych“, seryi 3-ej, zawierający pracę prof. SAENGER'a: „O tryprze u kobiet“. Cena pojedynczego zeszytu kop. 30, całej seryi [12 zeszytów] rs. 3.

— Opuściło prasę dzieło kol. WŁAD. BIEGAŃSKIEGO [z Częstochowy] p. t.: „Dyagnostyka różniczkowa chorób wewnętrznych“. Dzieło zawiera 28 arkuszy druku. Z wyjątkiem laryngologii,

uwzględnioną jest cała medycyna wewnętrzna i najnowsze prace. Cena dzieła wynosi rs. 3, z przesyłką rs. 3 kop. 50.

— Wyszła z druku mała [20 stron] książeczka: „O tem, co to jest ospa, i co trzeba robić, aby się od ospy uchronić“ napisana dla najszerszych kół całkiem niewykształconych czytelników. Zwracamy na nią uwagę, bo i przedmiot jej ma u nas wobec braku przymusowego szczepienia ospy doniosłe znaczenie i sama książeczka dobrze, przystępnie i przekonywająco napisana, powinna znaleźć szerokie rozpowszechnienie. Na zaznaczenie zasługuje szczęśliwy pomysł przedstawienia kwestyi historycznego. Rzecz sama przez to niezmiernie zyskuje na przekonywującej sile.

— Pomiedzy przepisami, dawancmi chorym przez lekarza, uregulowanie dyjety zajmuje dziś bardzo wybitne miejsce. Nie od rzeczy więc może będzie podać czytelnikom przepisy religijne, dotyczące żywienia, przestrzegane ściśle przez Żydów zachowawczych w naszym kraju. Wyłożył je krótko a jasno D-r NATANSON w wychodzącej „Hygienie“ [str. 20].

„Z powodu nakazu biblijnego: „nie będziesz gotował jagnięcia w mleku matki jego“, pokarmy dzielą się na mięsne, mleczne i nijakie. Do pierwszych należą mięsa wszelakie zwierząt czworonożnych i ptactwa, oraz tłuszcze z nich otrzymywane; do drugich wszelki nabiał, ser i masło; trzecie stanowią jaja, ryby i pokarmy roślinne. Nie wolno mieszać, ani jednocześnie jadać pokarmów mięsnych i mlecznych. Między spożywaniem jednych a drugich powinien być zachowywany pewien odstępek czasu, potrzebny do ich strawienia, aby się razem w żołądku nie zmieszały. Dla każdego z tych rodzajów [prócz nijakiego] muszą być używane oddzielne statki kuchenne i stołowe i szućce oddzielne“.

„Mięsa używają tylko ze zwierząt ssących przeżuwiających i mających racice dwudzielne; z ptactwa, tylko karmiące się ziarnem; z ryb, tylko pokryte łuską i opatrzone płetwami. Inne zwierzęta, jak raki, ostrygi, muszle i t. p., są zakazane. Wolno używać mięsa czworonożnych i ptactwa, jedynie zarzniętego przez uczonęgo rzeźnika, z wytoczeniem wszelkiej krwi. Innymi sposobami ubite lub padłe, zabronione. Wnętrznosci zarzniętego zwierzęcia, zanim mięso jego dozwolonom zostanie, podlegają oględzinom bardzo drobiazgowym; przytem zwracana bywa szczególna uwaga na stan płuc i żołądka. Po tych oględzinach następuje wykrawanie z mięsa większych tętnic, niektórych żył i ścięgien. Ze zwierząt czworonożnych wolno jest używać tylko części przodkowej, zadnia zaś, począwszy od połędwicy, jest zakazana. Zakazany jest również łój bydłocy, z wyjątkiem tłuszczu otaczającego nerki. Mięso przed przyrządzeniem na potrawę jest opłókiwane wodą zimną, nasalane i zostawione około $\frac{3}{4}$ godziny w soli, następnie znowu opłókiwane. Odcieka przytem krew i dużo białka, przesiąkającego w ciecz słoną, przez co część pożywności mięsa się traci. Pieczenie i smażenie odbywa się z łożem nerkowym, ze smalcem gęsim, kaczym lub kurzym [z masłem nie wolno]. W Sobotę i niektóre święta nie wolno gotować. Dlatego w dni takie spożywane bywają potrawy zimne, w wigilię przygotowane, lub ciepłe, pozostające od dnia poprzedniego w piecu u piekarza. Osobne przepisy rytualne, drobiazgowo określają jakość pokarmów i napojów, dozwolonych do używania przez 8 dni paschy. Wzbronione używanie chleba kiszzonego, nakazane usunięcie z domu wszelkiego śladu zakisu, zmiana wszystkich statków kuchennych i stołowych, z wyjątkiem metalowych, które można poddać działaniu ognia, i niektórych drewnianych, które wtedy wrzącą wodą muszą być wyszorowane. Wszelkie te zakazy ścięśniają bardzo rozmaitość jadła, czynią żywienie kosztowniejszem i trudniej strawnem. Dlatego biedni często zadawali się muszą potrawami roślinnymi, okraszając je odpadkami mięsnymi, albo też pożywiać się jajkiem, śledziem, mlekiem, chlebem. Ulubionymi są potrawy mączne, wszelkiego rodzaju kluski, makarony, kartofle. Jarzyny przyrządzają tłusto, najczęściej przez dodatek tłustego mięsa. Specyjałem są ryby, które są główną potrawą na dni świąteczne. Używają dużo korzennych przypraw, cebuli i czosnku. Pochodzi to po części z konieczności pokrywania mdłego smaku używanych tłuszczów, z potrzeby ułatwiania strawności ciężkich pokarmów i urozmaicenia składną bardzo jednostajnej kuchni“.

Rozpatrując te przepisy, widzimy, że lekarz z niektórymi z nich nieraz musi i powinien stanąć w kolizyi. Spożywanie mięsa bez masła z łożem nerkowym lub smalcem, korzenne przyprawy, wyłącznie zimne potrawy, są to punkty, na które wielu chorym bez szkody dla ich zdrowia pozwolić nie można. Zdaje się, że i duchowieństwo żydowskie w takich razach łatwo udziela dyspensy. Natomiast wielka oględność w wyborze mięsa [zrosty opłucnej, przypadkowe rozcięcie płuc, wystarczają już do odrzucenia bydłęcia], jakkolwiek często bezcelowa, niemniej przecież ma pewne znaczenie higieniczne, zabezpieczając poniekąd od spożycia mięsa ze zwierząt grzliczych. Zwracano na to często już i z różnych stron uwagę, przypisując temu mniejszą śmiertelność ogólną pomiędzy Żydami

niż innemi wyznaniem, i mianowicie mniejszą śmiertelność z gruźlicy. CHEŁPOWSKI, pisząc w tej sprawie w Nowinach Lekarskich [1890. Nr. 2—4], podaje procent zwierząt odrzucanych przez rzeźników żydowskich 25%. W Warszawie z bydła krajowego mają oni odrzucać połowę, ze stepowego tylko 10%. W Niemczech przy urzędowym nadzorze policyjno-lekarskim nad rzezią bydła znajdowano gruźlicę u 2—5% sztuk.

Przy sposobności przypomnieć należy uwagę CHEŁPOWSKIEGO, że nie ma kraju na świecie, któryby się tak nadawał, jak nasz, do stwierdzenia, czy Żydzi istotnie odznaczają się mniejszą śmiertelnością i większą odpornością i na jakie mianowicie choroby. Rozpowszechnione jest mniemanie, że są oni płodniejsi i odporniejsi na wszystkie choroby zakaźne. Natomiast częściej mają podlegać chorobom nerwowym [z wyjątkiem władu rdzenia], umysłowym, cierpieniom przewodu pokarmowego (*dyspepsia acida* JAWORSKI), *favus*, cierpieniom nosa, worka łzowego, łącznicy, katarowi STOERK'a.

— D-r W. GUTMANN w Dorpacie wykonał w instytucie weterynaryjnym wstrzykiwania płynu KOCH'a u trzech krów gruźliczych [perlica]. Ilość płynu wynosiła 0,1—0,2—0,3 w 5 centymetrach sześciennych wody destylowanej. We wszystkich przypadkach nastąpiło odpowiednie do ilości płynu podniesienie ciepłoty [40°, 40,8° i 41,7° C.] w 11 godzin po wstrzyknięciu. Oddechanie było przyspieszone, utrata chęci do jadła. Dalsze wstrzykiwania wywoływały podobne skutki. U dwóch krów z drówych wstrzyknięcie 0,3 ctm. sześć. płynu pozostało bez działania, zaś po zabiciu zwierząt po upływie 24 godzin narządy okazały się zdrowymi. „Kochina“ jest zatem pewnym środkiem dyagnostycznym do rozpoznania perlicy u bydła.

— Spostrzeżenia LIEBMANN'a z Tryjestu (*Berl. klin. Woch. Nr. 4*), iż po wstrzykiwaniach płynu KOCH'a pojawiają się we krwi chorych laseczniki gruźlicze — nie zostało potwierdzone w Berlinie przy licznych poszukiwaniach, w których brał udział między innymi także profesor EHRLICH.

— Z uwagi na podobieństwo trądu (*lepra*) do gruźlicy — *resp.* na podobieństwo laseczników trądowych do gruźliczych — przedsiębrano wstrzykiwania płynu KOCH'a u trędowatych. GOLDSCHMIDT w 6 przypadkach trądu widział odczyn ogólny i miejscowy odpowiedni, jak u gruźliczych chorych, i wspomina o pomyślnem działaniu wstrzykiwań (*Berl. klin. W. N. 2*). Toż samo spostrzegali BABÉS i KALEDERO (*Deut. med. Woch. Nr. 3*).

— Nakładem SPRINGER'a w Berlinie ukaże się w Lutym książka p. t.: „Skutki środka leczniczego KOCH'a przeciwko gruźlicy“, urzędowe sprawozdania z klinik, poliklinik i anatomo-patologicznych zakładów pruskich uniwersytetów. Dział 1-szy obejmuje spostrzeżenia do d. 31 Grudnia 1890 roku.

— IV kongres lekarzy ruskich odbył się w Moskwie w miesiącu Styczniu.

— VII międzynarodowy kongres higieny i demografii odbędzie się w Londynie między 10 i 15 Sierpnia r. b.. Książę Walii przyjął prezesostwo i otworzył kongres.

Nadesłano do Redakcyi.

KORCZYŃSKI und ADAMKIEWICZ. Einige Bemerkungen über die Art und Weise, wie gesunde und der Lungentuberculose verdächtige Individuen auf KOCH'sche Impfungen reagieren. [Odb. z Berl. klin. Woch.].

T. BROWICZ. O komórkach tucznych EHRLICH'a. [Odb. z Bulletin de l'Acad. de Cracovie].

POLIKIER. Contribution au traitement des corps étrangers de l'oesophage chez les enfants. [Odb. z Revue mens. de mal. de l'enfance].

HEIMANN. Ein Fall von mangelhafter Bildung bei der Gehörgang. [Odb. z Zeitschr. f. Ohrenheilkunde].

HEIMANN. Einiges zur Warzenfortsatz-Eröffnung. [Odb. z Zeitsch. f. Ohrenheilkunde].

Do dzisiejszego N-ru Gazety Lekarskiej dołącza się tablica z 4-ma figurami do pracy: „Tracheocele mediana“ D-ra R. BARĄCZA oraz ogłoszenie o „Domu Zdrowia“ D-ra K. DCBRSKIEGO.

Wydawca D-r St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny D-r Wl. Gajkiewicz.

Доводено Цензурою, Варшава, 7 Февраля 1891 г.

Druk K. Kowalewskiego, Królewska 29.

APTEKA SKŁAD WÓD MINERALNYCH NATURALNYCH,

WPROST ZE ŹRÓDEŁ SPROWADZANYCH,
pod firmą

D-R T. HEINRICH

w WARSZAWIE

przy rogu ulic Wierzbowej i Senatorskiej N. 473b istniejąca.

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

52-8

68. TERMOMETRY MAKSYMALNE

sprawdzone przez W-go profesora BOGUSKIEGO,
poleca optyk i mechanik I. MILLER—Nowy-Swiat Nr. 7.

6-4

77

Apteka Magistra Farmacyi L. Ziemińskiego,

Róg Marszałkowskiej i Królewskiej w Warszawie.

wyrobic na najlepszych w tym celu sprowadzanych z Hiszpanii i Francyi winach, następujące wina lecznicze: Chinowe, Rabarbarowo-Chinowe, Koka i Pepsynowe, Poleca również przetwory słodowe: Maltz Ekstrakt (słodowy) czysty i takiż Ekstrakt z żelazem, używany w bezkrwistości i blednicy. Maltz Ekstrakt (słodowy) z Chiną (bez goryczy)—w osłabieniach. Maltz Ekstrakt (słodowy) z Nadfosforanem wapna—w suchotach płucnych, skrofulach i cierpieniach kości, oraz przeciw ogólnemu wychudnieniu. Maltz Ekstrakt (słodowy) z Pepsyną (pierwiastkiem trawiącym soku żołądkowego), używany w katarze żołądka i kiszek. Pigułki przeciw hemorroidom i kaszlowi, z przepisu znakomitego lekarza s. p. D-ra Malcza i przeczyszczające D-ra Francka. Ziółka i Cygaretki przeciw astmie. — Pigułki, Pastyłki i Syrop przeciw kaszlowi bardzo skuteczne. — Masę leczącą odmrożenie rąk i nóg. — Woda Paryzka D-ra Couvier do oczów. Liqueur de Goudron w chorobach piersiowych i pęcherzowych zalecany. Hemikranin przeciw migrenie i neuralgii, — niezawodny środek. Narkodon b. skuteczny środek w bólach zębów spruchniałych. Odontin w bólach dziąseł i fluksyjach. — Etiksiry do zębów i Spirytus D-ra Góreckiego, b. skuteczny w reumatyzmach.

LEWICO

naturalna woda mineralna w arsen i żelazo zasobna (rozbior prof. Ludwika Bartha Wiedeń). Składy w aptekach i składach wód mineralnych. Wodę świeżego napełnienia sprzedaje się w aptekach pp. Heinricha, H. Kucharzewskiego, L. Ziemińskiego i Suke. K. Lilpopa & E. Trentlera w Warszawie.

10-5