

GAZETA LEKARSKA.

I. KILKA UWAG

NAD STOSUNKIEM WZAJEMNYM DYJATEZY ARTRYTYCZNEJ DO SUCHOT PŁUCNYCH.

Podał

Dr Alfred Sokołowski,

ordynator szpitala Ś-go Ducha w Warszawie.

Aczkolwiek dzisiaj nie ulega kwestyi, że istotną przyczyną wszystkich postaci suchot płucnych jest swoisty pasorzyt KOCH'a, to jednakże ostateczna przyczyna, dla czego tenże sam czynnik chorobotwórczy raz wywołuje postać o przebiegu ostrym, kończącą się fatalnie w ciągu kilku tygodni, drugi raz sprawę przewlekłą, lata a nieraz dziesiątki lat trwającą, jest nam bliżej nieznaną. Całe szeregi hipotez, starających się wyjaśnić powyższe wątpliwości, przy bliższem rozpatrzeniu nie wytrzymują krytyki ani teoretycznej, ani też nie zostały przez doświadczenie kliniczne stwierdzonemi; dość bowiem pod tym względem szczegółowo przejrzeć tablice BENEKE'go, na których tenże autor oparł swoją wielce poważną teorię anatomiczną etjologii suchot, aby się przekonać, o ile wnioski z nich wyprowadzał stosunkowo dowolnie, jeśli już nie powiem — tendencyjnie. To samo da się powiedzieć o licznych innych teoriach, które bardziej jeszcze, niż teoria BENEKE'go, z łatwością mogą być obalone faktami klinicznymi.

Wyniki więc dotychczasowego tłumaczenia są niedostatecznymi; sądziłbym jednakże, iż należałoby badania w tym kierunku dalej prowadzić, i zdaniem mojem, należałoby badać szczegółowo, czy nie istnieje pewne zaburzenie w sokach ustroju, w wydzielinach, w składzie krwi, a przedewszystkiem wogóle w całej przemianie materji: prace bowiem dotychczasowe, prowadzone w tym kierunku, są bardzo niedostateczne; dotyczą głównie przemiany materji w suchotach daleko posuniętych [ZUELZER, STOKVIS]. Z własnego doświadczenia wiem, na jak kolosalne trudności natrafiają w naszych warunkach szpitalnych tego rodzaju prace. Przed kilku laty wspólnie z kol. NENCKIM poświęciliśmy wiele miesięcy czasu na marne, prowadząc pracę w podobnym kierunku. Bez poparcia ze strony samego chorego, przez zrozumienie celu badania naukowego, nigdy nie osiągnie się zamierzonego wyniku; chorzy bowiem jakby umyślnie psuli nieraz

mozolne badania, bądźto nie oddawszy w odpowiednie naczynie całkowitej ilości moczu, bądź też zjadłszy potajemnie więcej, niż było odważonem i t. d.. Jednym słowem: wyników naszej pracy nie podaliśmy wcale, zgóry będąc przekonanymi o błędach, które się do niej wkradły. Sądzę, że w naszym społeczeństwie chyba w szpitalach więziennych, lub tym podobnych instytucjach, możnaby tego rodzaju pracę przedsięwziąć.

Fakty kliniczne jednakże pouczają nas, że istnieje cały szereg zaburzeń konstytucjonalnych w ustroju, z których jedne wpływają dodatnio, a inne ujemnie na rozwój suchot płucnych. Do rzędu pierwszej kategorii spraw, jak to powszechnie wiadomo, zaliczamy szybko rozwijające się suchoty u indywidualów, dotkniętych cukromoczem; do kategorii drugiej zaliczyłbym artrytyzm i wogóle tak zwaną dyjatezę uryczną, a tę to właśnie sprawę chciałem pokrótce dzisiaj rozebrać.

Już starsi klinicyści zauważyli, że suchoty płucne, rozwijające się u indywidualów, dotkniętych wyraźną dyjatezą artrytyczną, przyjmują pewien odrębny charakter w przebiegu; jednakże dopiero PIDOUX w roku 1873 w swojej powszechnie znanej pracy o suchotach płucnych (*Études générales et pratiques sur la phthisie. Paris. 1873*) zwrócił szczegółową na ten przedmiot uwagę, opisawszy cały szereg odpowiednich spostrzeżeń, wykazując odrębne właściwości w przebiegu, charakteryzujące się głównie wielką przewlekłością, małemi stosunkowo objawami przedmiotowemi i tym podobnemi cechami. Od czasu PIDOUX kwestyi tej niemal wcale nie poruszali autorowie licznych prac klasycznych o suchotach płucnych, wydanych w ciągu lat ostatnich kilkunastu. Być może, że przyczynę tego upatrywać należy w tej okoliczności, że sprawy tej kategorii nie napotyka się w praktyce szpitalnej wśród biednej ludności, a materiajał ten stanowi właśnie podstawę owych prac ¹⁾.

W ciągu ostatnich lat 10-ciu w praktyce mojej prywatnej spostrzegałem cały szereg przypadków suchot płucnych o pewnym odrębnym przebiegu, a który skłonny byłbym przypisać istniejącym jednocześnie u danych osobników wyraźnym objawom artrytycznym. Zanim skreślę pokrótce ogólne właściwości tej formy, sądzą, że nie będzie zbytecznem, jeśli przytoczę trzy następujące przez dłuższy czas przezemnie w praktyce prywatnej spostrzegane przypadki.

Przypadek I. N. w 1883 roku zasięgał poraż pierwszy mojej porady z powodu ogólnego osłabienia i nieznacznego kaszlu. Chory, liczący wówczas lat 22, opowiadał mi, że w 15-tym roku życia wystąpił u niego obfity krwotok płucny z następczem, jak się wyrażał, zapaleniem płuc, którego objawy miały powoli ustąpić w zupełności. W ciągu lat ostatnich czuł się zresztą zupełnie dobrze, a jedynie, jak to wyżej wzmiankowałem, ogólne osłabienie zmusiło go do szukania porady; na kaszel bowiem nieznaczny, w połączeniu z odpluwaniem małej, śluzoropnej plwociny, występującej u niego codziennie zrana, nie zwracał żadnej uwagi. W rodzinie chorego dziedziczne usposobienie do suchot nie istnieje, na-

¹⁾ Słusznie też w tej kwestyi powiada PIDOUX: „Mais il y a un grand malheur pour la phthisiologie, c'est que, depuis soixante ans, elle n'est faite que dans les hôpitaux, avec des matériaux d'hôpital. Or, comme on n'y a jamais vu qu'une phthisie, la phthisie des pauvres, on ne décrit, on n'enseigne que celle là. Cependant ce n'est pas avec celle qu'on a pu se faire une idée des différentes variétés de phthisie, de la phthisie arthritique par exemple...“.

tomiast ojciec chorego przedstawia wyraźne objawy różnorodnych zaburzeń natury artrytycznej, przeciw którym od wielu lat z rzędu używa kuracyi w Karlsbadzie. Przy badaniu chorego znalazłem: stan ogólny lichey, wygląd bardzo nędzny; badanie zaś przedmiotowe płuc wykazało objawy rozległego zgęszczenia prawego szczytu płucnego [stępienie, oddech pokryty wielką ilością drobno-pęcherzykowych rzężeń]. Chory nie gorączkował. W moczu, jak utrzymuje chory, od lat dziecinnych stale występują obfite złoży kwasu moczowego. Pomimo tak wyraźnych i dość rozległych zmian u szczytu płucnego, zastanowił mnie w danym przypadku brak, niemal zupełny, objawów odpowiednich podmiotowych: chory, jak to już wzmiankowałem, kaszlał bardzo mało, nie doznawał duszności przy wchodzeniu na schody i wogóle nie uważał się bynajmniej za chorego na płuca. Zalecony pobyt na świeżem powietrzu, zimne nacierania i t. p. środki higieniczno-dyjetetyczne w ciągu kilku tygodni poprawiły znakomicie stan ogólny chorego, który, czując się zupełnie dobrze, wrócił znowu do swych ciężkich zajęć kantorowych. Odtąd w ciągu lat pięciu bywał u mnie od czasu do czasu dla zasiągnięcia porady w różnorodnych, przemijających zaburzeniach, charakteryzujących się głównie objawami ze strony stanu ogólnego, t. j. osłabienie, bóle głowy, krzyża i t. p.. Nie skarżył się nigdy na objawy ze strony dróg oddechowych, pomimo że stale objawy zgęszczenia, acz mniej wyraźne, u szczytu pozostawały. W 1888 roku wystąpiły objawy dość upartej kolki nerkowej z wydzielaniem drobnych kamyczków, zawierających sole kwasu moczowego; jednocześnie stan ogólny chorego znacznie podupadł; kaszlał również niewiele, badanie jednakże przedmiotowe wykazało znaczne rozszerzenie się w sprawie nasiękowej płuc [w miejscu stępienia — oddech nieokreślony, liczne rzężenia dźwięczne]. Ze względu na wielce lichey stan ogólny, zaleciłem choremu leczenie klimatyczne w górach, przy jednoczesnem użyciu wody alkalicznej; mimo bowiem przeważających objawów ze strony nerek stan ogólny chorego i zmiany płucne należało w pierwszej linii uwzględnić.

Po dwumiesięcznym pobycie w górach chory poprawił się znakomicie, przybrał znacznie na wadze, przestał kaszlać, a czując się, jak mówił, zupełnie zdrowym, znów powrócił do swych zajęć. Badanie przedmiotowe płuc wykazało znów objawy stwardnienia bez rzężeń dźwięcznych i oddechu nieokreślonego. Chorego w ciągu ostatniego roku nie badałem, o ile jednakże wiem od rodziny, czuje się on dotychczas zupełnie dobrze.

Przypadek II. K., urzędnik, lat 42 mający, pochodzi z rodziny artrytycznej; od młodych lat doświadcza różnorodnych zaburzeń żołądko-kiszkowych [zaparcia naprzemian z rozwolnieniami], jednocześnie stale występują u niego obfite osady kwasu moczowego. Przed 2-ma laty miał wyraźne, mocne napady kolki nerkowej. Stale miał się przedstawiać chudym i nędznym. Przed 2-ma miesiącami, bez widocznej przyczyny, wystąpił dość obfity krwotok płucny, po czem w ciągu tygodnia chory gorączkował niezbyt wysoko, kaszlał i plując niewiele. Przy badaniu chorego w d. 24 Czerwca 1888 roku zanotowałem: stan ogólny bardzo nędzny; chory jednakże twierdzi, że czuje się dobrze i żadnej różnicy w stanie ogólnym, jak to było przed krwotokiem, nie doświadczał; kaszle i wypłwca bardzo niewiele, plwocina ta jednakże zawiera bardzo liczne laseczniki Koch'a z zarodnikami. Duszności nie doświadcza. Badanie przedmiotowe klatki piersiowej wykazało objawy wyraźnego dość rozległego zgęszczenia u szczytu prawego płuca [stępienie, oddech nieokreślony, obfite drobne, wilgotne rzężenia]. Innych zmian, z wyjątkiem nieznacznej rozemdy płuc i nieznacznego powiększenia wątroby, nie znajdowałem. W moczu wykryto obficie osad z kwasu moczowego przy dość znacznej kwaśności. Choremu zalecono kilkomiiesięczny pobyt w górach, zkąd po powrocie widziałem go znowu w połowie Listopada 1888 roku. Poprawił się on znacznie w stanie ogólnym, czując się zupełnie, jak mówił, zdrowym. Nie kaszle wcale, a tylko rano wyrzuca

niewielu płociny. Zmiany patologiczne u szczytu zmniejszyły się znacznie, rżenia znikły, pozostało nieznaczne stępienie i oddech wydłużony. O ile mi dokładnie wiadomo, chory po dziś dzień czuje się zupełnie dobrze, nie kaszle wcale, a nieznaczna wydzielina ranna, badana wielokrotnie w ciągu roku zeszłego, laseczników nie wykazywała. Objawy nieznacznego zgęszczenia u szczytu pozostają, również jak i mocz, mocno kwaśny, ciągle przedstawia osad soli kwasu moczowego.

Przypadek III. Panią C., lat 50 przeszło liczącą, spostrzegalem w ciągu lat dziesięciu. Pochodziła ona z rodziny zdrowej; od lat kilkunastu istniały różnorodne zaburzenia przewodu pokarmowego [uparte obstrukcje, rozwołnienie, bóle gastralgiczne i t. p. objawy], które spowodowały ogólne wyniszczenie chorej. W ciągu kilku lat następnych wystąpiło powoli zajęcie artryczne różnorodnych stawów przeważnie obu rąk. Chora od czasu do czasu kaszlała, a nawet kilkakrotnie krwią pluła, nigdy jednakże nie uskarżała się na jakiegokolwiek dolegliwości ze strony klatki piersiowej, a li-tylko na zaburzenia żołądkowe i bóle artryczne. Badanie jednakże klatki piersiowej już w pierwszym roku jej spostrzegania wykazało: wyraźne objawy zgęszczenia u jednego ze szczytów płucnych [stępienie, oddech wydłużony, rżenia suche], robiące na mnie wrażenie sprawy suchotniczej o typie włóknistym (*phthisis fibrosa*). I rzeczywiście, w ciągu całego szeregu lat, w czasie których wielokrotnie widywałem chorą, stan miejscowy płuc pozostawał bez zmiany, natomiast cierpienie artryczne i żołądkowe, posuwając się dalej, sprowadzały coraz znaczniejszy upadek stanu ogólnego chorej. Nie gorączkowała ona przytem nigdy, kaszlała bardzo niewiele; zdawało się więc pozornie, że sprawa płucna, szczytowa, wyżej wzmiankowana, przysła do zupełnego spokoju. W istocie jednakże rzecz miała się zupełnie inaczej: sprawa gruźlicza tliła się stale, odznaczając się tylko niezwykle powolnym przebiegiem; w końcu bowiem wiosny roku zeszłego chora zmarła przy objawach typowej odmy piersiowej (*pneumothorax*).

Innych przypadków mniej typowych nie podaję; wszystkie one odznaczają się w ogólnych zarysach następującymi cechami:

Po 1-sze. Przeważającymi objawami są dane, nie ze strony narządów klatki piersiowej, a przeciwnie ze strony stanu ogólnego, lub też innych narządów; w wielu więc razach, jak to na przykład miało miejsce w moim przypadku pierwszym, występują objawy stopniowego osłabienia, w innych razach objawy ze strony żołądka i kiszek, lub też, co ma również często miejsce, długotrwałe bóle artryczne w różnorodnych stawach. Wogóle u wszystkich chorych cechą wspólną było: stan wielce lichy ogólnego odżywiania, warunkowany długotrwałymi wyżej wzmiankowanymi przyczynami. I na tem to tle ogólnego upadku odżywiania rozwijała się wielce przewlekła sprawa gruźlicza płuc, która, charakteryzując się niezwykle powolnym przebiegiem, zdaje się, dyjatezie artrycznej tę swoją odrębność zawdzięczała; u większości bowiem chorych obok usposobienia dziedzicznego przed wystąpieniem objawów płucnych, a wielokrotnie i w ciągu już istniejącej sprawy, występowały różnorodne objawy natury artrycznej, jakoto: obfite wydzielanie kwasu moczowego, dochodzące wielokrotnie do ataków wyraźnej kolki, obrzmienia artryczne stawów i t. p.

Po 2-gie. Z innych objawów zanotować należy stale przebieg bezgorączkowy i brak zupełny, mimo nieraz daleko posuniętych zmian miejscowych, tak zwanych objawów hektycznych.

Po 3-cie. W przebiegu u moich chorych spostrzegałem wielokrotne krwiopłucia, u jednego zaś z nich w ciągu kilku lat zrzędu wielokrotne, obfite krwotoki płucne.

Po 4-e. We wszystkich przypadkach spostrzegałem stale bardzo nieznaczne objawy podmiotowe ze strony narządów oddechowych, a więc nieznaczny kaszel i bardzo małą stosunkowo duszność, jedynie zaś w daleko posuniętych okresach objawy podmiotowe, a szczególnie duszność, występowały wyraźnie. W okresach zaś poczynającej się choroby, chorzy nawet nie przypuszczali istnienia u siebie jakichkolwiek zaburzeń ze strony narządów oddechowych.

Po 5-e. Co się tyczy objawów przedmiotowych ze strony klatki piersiowej, to przedstawiają one te objawy, które spostrzegamy przy bardzo przewlekłych postaciach włóknistej postaci suchot, z tą jednakże różnicą, że sprawa do samego końca przedstawia się pod postacią zmian induracyjnych, zazwyczaj tylko jednostronnych; do objawów przedmiotowych wyraźnych zniszczeń, jak to ma miejsce w późnych okresach włóknistej postaci suchot, zazwyczaj nie przychodzi.

Wogóle wyżej wzmiankowana forma suchot płucnych ma wiele wspólnego z postacią włóknistą. Zdaje się jednakże, że początkiem sprawy nie jest powolny *par excellence* rozwój tkanki łącznej w szczytach płuc, jak to ma miejsce w klasycznych przypadkach suchot włóknistych, lecz, że rozwój tej jest rzeczą wtórną po przebytej, ogniskowej, natury gruźliczej, sprawie [moje wyżej przytoczone spostrzeżenie drugie].

Już w pracy mojej: „O włóknistej postaci suchot“ [Gaz. Lek. 1885 r.], zwracałem uwagę, że wogóle nieznaną nam są bliżej warunki, dlaczego u danych osobników, nieraz mimo najgorszych warunków życiowych, przychodzi do zatrzymania się sprawy serowatej i rozwoju w następstwie włóknistej postaci suchot. Być więc bardzo może, że artrytyzm dziedziczny, lub też nabyty, jest jednym z tych warunków. Zresztą zdanie to wypowiadam w rodzaju przypuszczenia, które tylko dalsze badania kliniczne mogą wyjaśnić.

Rozpoznanie tej postaci nie przedstawia w okresach rozwiniętych żadnej trudności, z wyżej jednakże powiedzianego wynika ważność dokładnego badania klatki piersiowej u artrytyków, skarżących się na ogólne osłabienie nawet w tych razach, gdyby wcale nawet na objawy ze strony narządów oddechowych nie uskarżali się. O ile zaś nieraz w tych warunkach znajdziemy już nawet daleko posunięte zmiany, najlepiej poucza nasze spostrzeżenie pierwsze.

Rokowanie, podobnie jak we włóknistej postaci suchot płucnych, jest wcale niezłe, zupełnie przeciwnie, niżli to z pozorów sądzićby można było; dołączająca się bowiem sprawa płucna natury gruźliczej u osób, wyniszczonych poprzednio długotrwałymi cierpieniami natury artrytycznej, może słusznie obudzić obawę ostatecznego wyniszczenia i szybkiego rozwoju sprawy piersiowej. Doświadczenie kliniczne jednakże poucza zupełnie inaczej, wykazując, że mimo pozornie fatalnych warunków ze strony stanu ogólnego chorego sprawa miejscowa uspakaja się, laseczniki w płwocinie znikają, a chorzy całe szeregi lat są w stanie wcale niezłe dalej egzystować.

Przy le c z e n i u tych postaci, nawet przy wyraźnych objawach płucnych i lichym stanie ogólnym nie należy zapominać o zasadniczej chorobie, t. j. o artrytyzmie; ztąd też, obok leczenia klimatycznego, a szczególnie klimatem górskim, leczenie ogólne będzie zawsze wskazanem. Zapas sił chorego, szczególne właściwości moczu, stan przewodu pokarmowego, będą stanowić wskazówkę do użycia tych lub owych źródeł mineralnych i odpowiednich stacyj klimatycznych. Będą wskazaniami przy wyraźnych bólach artrytycznych miejscowości górskie umiarkowanego wzniesienia [Trenczyn, Warmbrunn, Rabka i t. p.] przy jednoczesnych ostrożnych kąpielach ciepłych solankowych, lub też solankowo-siarczanowych. Przy obfitem jednocześnie wydzielaniu kwasu moczowego z objawami od czasu do czasu powstającej kolki nerkowej zależnie od stanu ogólnego wskazaniami będą miejscowości górskie, posiadające źródła alkaliczno-muryjatywne, lub też w połączeniu z solami gorzkiemi, a więc; Szczawnica, Salzbrunn, Maryjenbad i t. p. W przypadkach, w których obok osłabienia ogólnego istnieje znaczny upadek łaknienia, na tle atonii żołądko-kiszkiwej, miejscowości wysoko położone, górskie, obok lekkich zabiegów hydropatycznych są w stanie chorym znaczną oddać usługę. Do szeregu tych ostatnich miejscowości zaliczamy: Zakopane, Reinertz, St. Moritz i wiele innych.

Jeśli z jednej strony, jak to wyżej widzieliśmy, suchoty płucne u artrytyków mają pewien odrębny przebieg, to z drugiej znowu strony do pewnych postaci suchot płucnych może się dołączać urolitijaza, a nawet mogą występować inne typowe objawy artrytyczne. W tych więc przypadkach będzie to niejako powstanie sztucznego usposobienia dziedzicznego artrytycznego u osób, dotkniętych bardzo przewlekłą [włóknistą] postacią suchot płucnych. Posiadam w mojej obserwacji cały szereg podobnych przypadków, które podzielić można na dwie wyraźne kategorie.

Do pierwszej należą osobniki, które przybyły przed laty sprawę gruźliczą jednego ze szczytów płucnych; sprawa ta ukończyła się szczęśliwie rozwojem tkanki łącznej, pozostawiając u nich tylko jako jedyny ślad przebytej, ciężkiej choroby usposobienie do nieżytyłów oskrzelowych. Zresztą chorzy tacy zazwyczaj znacznie poprawiali się w stanie ogólnym, tyli, a wielu z nich nawet pozornie przedstawiało obraz kwitającego zdrowia, jedyną zaś dolegliwością, o której wspominali, było lekkie męczenie się przy wchodzeniu na schody. U takichto indywidualów, uważających się zresztą za zupełnie zdrowych, w kilka lub więcej lat od czasu do uspokojenia się sprawy piersiowej, zaczyna powoli występować szereg zaburzeń natury artrytycznej, a więc z początku obfite wydzielanie kwasu moczowego, a z niem w parze idące zaburzenia gastryczne, często powtarzające się niestrawności, zaparcie stolca i t. p. Z biegiem czasu występują napady kolki nerkowej, a jeszcze u innych obrzęki i bóle artrytyczne. Jednem słowem: występuje u ludzi stosunkowo w młodych latach [30 do 40] w pełni obraz cierpienia artrytycznego, pomimo że w rodzinie chorych usposobienie do tego nie istniało.

Z licznego szeregu przypadków, do tej kategorii chorych należących, podaję następujące, jako wielce charakterystyczne:

1) N., adwokat, 34 lat liczący, bez usposobienia dziedzicznego ani do suchot, ani do artrytyzmu, w roku 1879 w czasie egzaminów i wyteźonej pracy zaczął kaszlać, gorączkować, a wkrótce potem wystąpiły bardzo obfite, w ciągu dwóch miesięcy trwające krwotoki płucne, które chorego doprowadziły do wysokiego stopnia wycieńczenia ogólnego. W końcu Sierpnia stan sił chorego poprawił się nieco, tak, że acz z wielką trudnością, przewieziono go z Warszawy do Görbersdorfu na kurację. Będąc podówczas tamże jeszcze lekarzem, przy badaniu chorego znalazłem objawy rozległego zgęszczenia u prawego wierzchołka płucnego. Stan ogólny chorego przedstawiał objawy wysokiego wyniszczenia; chory jednakże nie gorączkował, a przy zastosowaniu leczenia klimatyczno-dyjetycznego zaczął bardzo szybko się poprawiać tak w stanie ogólnym, jakoteż i miejscowym. W zakładzie przebył pięć miesięcy, następnie zaś jeszcze rok cały na wsi, poczem czując się zupełnie zdrowym, powrócił do swych zajęć. W Kwietniu 1881 roku doznał jeszcze raz krwotoku płucnego, lecz tym razem niezbyt obfitego, który w ciągu 2-ch tygodni uspokoił się w zupełności. Od tej pory do ostatnich czasów chory nie doświadczał żadnych zaburzeń ze strony narządów oddechowych, nie kaszlał i nie pluł wcale; badanie przedmiotowe klatki piersiowej, które wielokrotnie w ciągu kilku lat ostatnich wykonywałem, wykazywało zaostżony oddech i głos wzmożony u prawego szczytu, jako jedyny ślad przebytej przed laty sprawy szczytowej. Stan ogólny chorego nie pozostawiał nic do życzenia; chory przedstawiał nawet pewien stopień ogólnej otyłości. Już pod koniec 1882 roku chory zauważył obfite wydzielanie się moczanów w moczu, w roku zaś 1884 wystąpiły wyraźne, acz lekkie objawy kolki nerkowej. W 1885 powtarzało się to już wielokrotnie; to samo w 1886 i 1887-ym pomimo przebytej kuracji w Karlsbadzie i Maryjenbadzie. Jesienią roku 1888 po odbytej kuracji Karlsbadzkiej chory po silnym ataku kolki nerkowej wydzielił znaczne kawałki złogów kwasu moczowego. W r. 1889 w Styczniu ponowny atak kolki nerkowej, poczem wystąpiły wyraźne objawy zajęcia artrytycznego w stawach lewej stopy. Stan ogólny chorego dotychczas przedstawia się wybornie, objawy w płucu pozostają bez zmiany.

2) N. bez usposobienia dziedzicznego do suchot płucnych, jakoteż do artrytyzmu, mając lat dwadzieściakilka, w roku 1873-cim przebył gruźlicze zajęcie szczytu płucnego z pozostawieniem rozległego zgęszczenia przy ogólnym wielce lichym stanie. Sześć lat zrzędu konsekwentnie przeprowadzane leczenie klimatyczne w górach sprowadziło zupełne zatrzymanie się w rozwoju sprawy z wytworzeniem na dość znacznej przestrzeni prawego szczytu włóknistego zwyrodnienia. Chory poprawił się znakomicie w stanie ogólnym, utył, a z wyjątkiem nieznacznej duszności przy wchodzeniu na schody, czuł się zresztą zupełnie zdrowym, od czasu do czasu tylko zapadając na przemijające nieżyty oskrzelowe. Był on przytem w stanie oddawać się swym dosyć ciężkim zajęciom profesjonalnym. W roku 1885 zaczęły występować objawy zaburzonego trawienia: wzdęcie brzucha, przemijające rozwolnienie, a jednocześnie zaczęły się pojawiać w moczu osady kwasu moczowego, w kilka zaś miesięcy potem wystąpiły kilka-

krotne w ciągu 2-ch miesięcy napady kolki nerkowej obustronne z obfitem wydzieleniem w moczu osadu, złożonego prawie z czystego kwasu moczowego i szczawianu wapnia. Przy zmianie diety i kilkakrotnie powtarzanej kuracyi Maryjenbadzkiej, ponowne ataki kolki do ostatnich czasów nie wystąpiły, pomimo, że chory od czasu do czasu wydziela obficie kwas moczowy. Stan ogólny chorego przedstawia się wybornie; objawy u szczytu płucnego nie uległy zmianie.

Innych przypadków nie podaję, tembardziej, że dwa powyższe, jako owoc długoletniej i szczegółowej obserwacyi, przedstawiają bardzo dobitną ilustracyję do wyżej skreślonego obrazu chorobowego. [D. n.]

II. O POWSTAWANIU BRUNATNO-ZABARWIONYCH STRZĘPKÓW W ZAWARTOŚCI ŻOŁĄDKA.

[Rzecz, czytana na posiedzeniu Tow. Lekarskiego 26 Marca 1890].

Podał

Ignacy Grundzach.

Pragnąłbym w kilku słowach zwrócić uwagę Sz. Panów na jedną okoliczność, mającą pewne znaczenie kliniczne, mianowicie na kwestyję powstawania w żołądku zabarwionych strzępków, które wydobywamy za pomocą zgłębnika, lub znajdujemy w wymiotowanej zawartości żołądka. Rzecz się przedstawia zwykle w ten sposób, że chory zwraca lub wymiotuje płyn mniej lub więcej żółtawy, czasem bezbarwny, w którym pływają strzępki brunatno-zabarwione, występujące nieraz w okazałej ilości. Strzępki takie znajdujemy niekiedy obok innych składowych części zawartości żołądka.

Jakie jest ich pochodzenie?

Nie potrzeba zbytniej przenikliwości, aby dojść do przypuszczenia, że mamy tu do czynienia ze strzępkami śluzowymi, zabarwionymi przez krew strawioną, lub w jakikolwiek sposób zmienioną. Strzępki bowiem śluzowe, przez żółć zabarwione, przedstawiają charakter odmienny: są zwykle żółtawe, nieliczne i mało zbite [z wyjątkiem połykanych „*sputa cocta*“ z dróg oddechowych]; częściej daleko są one bardzo lekko zabarwione na kolor żółty, podczas gdy płyn posiada barwę żółtą, lub zielonkawą.

Jeżeli będziemy oglądać pod drobnowidzem cząstkę takiego strzępka, rozrobioną w kropli wody destylowanej, dostrzeżemy wówczas, że składa się ona z rozmaitych tworów: znajdziemy tu pasma śluzowe ciemno zabarwione, pomiędzy którymi ujrzemy komórki nabłonkowe płaskie z jamy ustnej i przelyku, oraz ciała śluzowe. Zamiast komórek nabłonkowych i ciałek śluzowych napotykamy czasem jedynie jądra tych komórek, a napotykamy je wówczas, gdy zawartość czczego żołądka jest kwaśną i zawiera kwas solny: są to t. zw. „jądra błyszczące“ [JAWORSKI]. Komórki nabłonkowe słupkowe [z błony śluzowej żołądka] niezmiernie rzadko napotykać się dają. Barwnik, który nas w tej chwili interesuje, miejscami rozlany [w pasmach śluzowych], skupia się gdzieniegdzie,

tworząc większe ciemne grudki, kształtów zaś krystalicznych żadnych nie posiada.

Powstawanie strzępków brunatnych na błonie śluzowej żołądka wskutek krwawień tejże jest faktem znanym. Pomiędzy sprawami patologicznymi, zachodzącymi w żołądku i narządach mniej lub więcej oddalonych, nie należą bynajmniej do rzadkości takie sprawy chorobowe, przy których zachodzą krwawienia na powierzchni błony śluzowej i wybroczyny w mięszu owej błony: są to tak zwane krwotoki włoskowate. Krwotoki te napotykamy przy zmianach w budowie błony śluzowej, jakie powstają podczas przebiegu przewlekłych spraw nieżytowych, wrzodu okrągłego i raka. Marskość wątroby, zarówno jak inne stany chorobowe, wywołujące znaczniejsze zastoje żyłne w błonie śluzowej żołądka lub kruchość naczyń, również stanowią źródło tych drobnych krwawień. Lekarze, częściej spostrzegający marską wątrobę i jej obraz kliniczny, wiedzą dobrze, że właśnie owe strzępki krwawe należą do cech bardzo ważnych, niejednokrotnie wyświełających sprawę chorobową.

St. Martin, nieśmiertelny pacjent BEAUMONT'a, posiadający postrzałową przetokę żołądkową, naocznie przekonywał badających go, że i zwykły ostry nieżyt żołądka, sztucznie wywoływany, a przechodzący po krótkim przebiegu niemal bez śladu, wywoływał pomiędzy innymi objawami drobne krwotoki; inaczej mówiąc: krwotoki takie powstawać mogą i na drodze czynnego przekrwienia błony śluzowej. Krew, będąca na powierzchni błony śluzowej, ulega krzepnieniu, zmieniony barwnik krwi wsiąka w śluz i miesza się z nim ściśle, tworząc brunatne i czarne strzępki śluzowe.

Jeżeli cząstkę takiego strzępka, rozartą w wodzie przekroplonej na szkiełku przedmiotowym, wysuszmy, dodamy kryształek soli kuchennej, rozetrzemy igłą, pod szkiełko pokrywkowe wpuścimy kroplę stężonego kwasu octowego (*ac. acet. glaciale*) i będziemy zlekka nad lampką ogrzewać, nie doprowadzając do ciepoty wrzenia, to po ostudzeniu preparatu powinniśmy otrzymać rombiczne cisawe kryształy heminy, czyli chlorku hematiny [próba TEICHMANA]. Rzecz prosta, że, otrzymawszy kryształy heminy, ani chwili wątpić nie będziemy o pochodzeniu brunatnego barwnika strzępków śluzowych. Jak sobie jednakże wytłómaczyć fakt, że próba TEICHMANA, wielokrotnie nawet wykonywana ze strzępkami brunatnymi, częstokroć nie daje żadnych zgoła wyników?

Już dawniej przychodziło mi na myśl, czy w tej sprawie nie mylimy się, biorąc owe ciemne strzępki zawsze za „krwawe“. Pierwszą myślą moją było to, czy pokarmy lub napoje nie stanowią czasem źródła owego barwnika strzępków śluzowych, przedewszystkiem zaś herbata, którą się pija naczecz¹⁾.

Przypadek, który niżej w kilku słowach podaję, stwierdził zupełnie słuszność mego przypuszczenia.

Chory, którego miałem sposobność widzieć w ambulatoryjum D-ra REJCHMANA i na mieście, od lat kilku cierpiący na żołądek, codziennie zrana zwraca płyn żółtawy, w którym pływają dość znaczne ilości strzępków śluzu ciemno-

¹⁾ Zwracam w tem miejscu uwagę na to, że chorzy często, pomimo to że pili herbatę, utrzymują, że są naczecz; można być w bład wprowadzonym z łatwością, gdy się o szczególe tym nie pamięta.

zabarwionych. Aby ten śluz wydalić, chory zmuszony jest coś wypić; zwykle, jak się później okazało, pije herbatę, gdyż, jak utrzymuje, ta najlepiej nadaje się w celu oczyszczenia błony śluzowej z nagromadzonego śluzu ¹⁾.

Przypadek ten uporeczywie nasuwał mi myśl, że prawdopodobnie herbata stanowi właściwe źródło owego barwnika strzępków śluzowych, jakkolwiek o tem, że chory pija herbatę, nic nie wiedziałem. Aby rozstrzygnąć wszystkie nasuwać się mogące wątpliwości, postąpiłem w ten sposób, że zaleciłem choremu, aby zrana naczęzo na godzinę przed przepłukiwaniem żołądka, jakie systematycznie wykonywałem, wypił szklanekę herbaty; przepłuczyny składały się z drobnych strzępków brunatno zabarwionych, pływających w obfitej ilości wody, użytej do przepłukania. Dodać winienem, że płyn, użyty do przepłukania, był zlekka alkaliczny, co zapewne wpłynęło poniekąd na rozejście się i częściowe rozpuszczenie strzępków; w zwykłej bowiem wodzie są one bardziej zbite, większe. Przepłuczyny czczego żołądka [bez wypicia herbaty] zawsze są bezbarwne, lub zlekka żółtawe [żółć], zawierają strzępki śluzowe bezbarwne i dużo ciągnącego się galaretowatego śluzu. Jeżeli chory używa, zamiast herbaty, wody, wówczas zwraca, płyn bezbarwny z bezbarwnymi strzępkami śluzowymi. Jeszcze raz zaznaczyć pragnę, że po herbacie, która przebywać może w żołądku chorego od 10 do 60 minut, płyn zwrócony z a w s z e zawiera powyżej opisane brunatne strzępki śluzowe. Stan ten trwa całe lata.

Jakkolwiek najmniejszej wątpliwości ulegać nie może, że w przypadkach tych barwnik herbaty zabarwia śluz, jednakże, idąc za radą D-ra REJCHMANA, powziąłem zamiar sprawdzić ten fakt na zewnątrz ustroju; kwestyja bowiem wydała się nam interesującą, bo mogącą wyjaśnić wiele odpowiednich, niejednokrotnie zagadkowych, przypadków chorobowych. Do szklanego naczynia wiano kilkanaście ctm. sześciennych gęstego, bezbarwnego śluzu, wydobytego z żołądka innego chorego i dodano szklanekę mocnej herbaty; dla dokładności w celu możliwego zastosowania się do warunków, istniejących w żołądku, dodano kilka kropel 25% HCl i wstawiono do kąpieli wodnej [37°—40° C.], przyczem od czasu do czasu płyn wstrząsano. Po upływie 1 godziny wytworzyły się ciemnobrunatne strzępki śluzowe, które po upływie 24 godzin przybrały kolor prawie

¹⁾ Pozwolę sobie w tem miejscu zwrócić uwagę na fakt niezmiernie interesujący, choć nie wiążący się bezpośrednio z przedmiotem. Chory, o którym wspomniałem, od kilku lat zwracający herbatę, naczęzo przyjmowaną, początkowo zwracał ją przypadkowo [wraz ze śluzem]; następnie jednakże widząc, że takie opróżnianie żołądka ze śluzu sprawia mu wielką ulgę, że wzmacnia całodzienną czynność żołądka, poprawia łaknienie i t. p. pomyślnie objawy wywołuje, zapragnął całą siłą swojej woli wpłynąć na to, aby wyrobić sobie możność dowolnego zwracania płynów, znajdujących się w żołądku. Jakkolwiek mechanizm to bardzo zawiły, w grę bowiem tu wchodzi takie czynniki, jak działanie tłoczni brzusznej wraz z przeponą, kureczenie się błony mięśniowej żołądka, zamknięcie odźwiernika, czynne otwieranie się wpustu, a więc i działanie odpowiednich ośrodków i włókien nerwowych, chory doszedł w tem ćwiczeniu swojej woli do tego, że najzupełniej dowolnie może zwracać lub zatrzymywać w żołądku płynne i stałe pokarmy. [Chory się przytem nachyla, wprawia w ruch tłocznię brzuszną, większych męczących wysiłków nigdy nie wykonywał. Taki zadziwiający istotnie mechanizm przypomina jedynie mechanizm żołądka t. zw. przeżuwaczy (*ruminantium*), którzy mogą nieraz zwracać pokarm, jaki zwrócić zapragną, u których jednakże wola w akcie tym tylko polowicznie odgrywa rolę.]

czarny, płyn zaś przyjął barwę słomkową, zupełnie zbliżoną do barwy płynu, jaki zwracał chory wyżej wspomniany.

Doświadczenia, jakie wykonałem w sposób analogiczny do powyższych, używając kawy czarnej zamiast herbaty, dały zupełnie te same wyniki: otrzymywałem płyn żółtawy ze strzępkami czarnymi, jak smoła. Przypuszczać należało, że garbnik, znajdujący się w herbacie i kawie w dość dużej ilości ¹⁾, strąca i skupia śluz, który znów ze swej strony pociąga za sobą barwnik herbaty i kawy. Próby, jakie wykonałem w celu przekonania się, czy tak jest rzeczywiście, doprowadziły mnie do wyników, zupełnie zgodnych z mojem przypuszczeniem. Gęsty śluz pod działaniem roztworu garbnika strąca się, dając obfite i gęste strzępki śluzowe, które, skupiając się, pociągają za sobą barwnik płynu, w jakim powstają, niezależnie zupełnie od charakteru barwnika. O fakcie tym przekonałem się, dodając do płynu śluzowego nieco błękitu metylenu i strącając następnie śluz za pomocą roztworu garbnika: powstające strzępki zabarwiają się bardzo mocno na kolor zielonkawo-niebieski, płyn zaś powoli odbarwia się. Jest tu więc zupełna analogija do odbarwiania się herbaty i kawy. Próby, wykonane z innymi barwnikami [karmin], dały te same wyniki.

Jest rzeczą prawie pewną, że inne ciemne płyny, jak soki owocowe, np. sok czarnych jagód, lub wino czerwone, jako zawierające dużo kwasu garbnikowego, wreszcie ciemne leki również te same zmiany powodować mogą, czego jednakże dotąd nie miałem sposobności stwierdzić drogą doświadczenia.

Już po napisaniu tych słów, przeglądając dzieło BUDDA: Choroby żołądka [1855], przypadkowo natrafiłem z żywym zadowoleniem na następujący ustęp, który podaję w przekładzie:

„Wnioskując na zasadzie krwawień o kongestyi żołądka, musimy mieć na względzie, że częstokroć bywają zwymiotowane przez chorego ciemne strzępki, których gołem okiem nie odróżnimy od strzępków krwawych i czerniałych, a które jednakże składają się ze strzępków śluzowych, zabarwionych przez ciemny, a niedawno spożyty płyn. W tych przypadkach drobnowidz pozwala nam z łatwością [?] przekonać się, że ciemna barwa nie zależy od obecności krwi.“

Słowa wielkiego, angielskiego klinicysty są więc zgodne z rezultatami, jakie otrzymałem.

Wnioski, do jakich dojść trzeba, są następujące:

1) Nigdy nie należy rozpoznawać krwawień żołądka na zasadzie brunatnej lub czarnej barwy wydalanych lub wydobywanych z żołądka strzępków śluzowych.

2) Dla rozpoznania tych krwawień niezbędnem i rozstrzygającym jest mikrochemiczne badanie tych strzępków, próba TEICHMANA na kryształę heminy [chlorku hematiny] ewentualnie rozbiór spektralny: alkaliczny roztwór hematiny daje, jak wiadomo, szeroką smugę absorbcyjną między linią FRAUENHOF-

¹⁾ Herbata [najlepsza] posiada od 10%—15% garbnika [rozbiór chemiczny D-ra WEINBERGA], a kawa do 6% kwasu garbnikowego.

FER'a C i D, bliżej D, kwaśny zaś roztwór daje cztery smugi, identyczne ze smugami methemoglobiny.

Chemiczna lub mikrochemiczna próba na żelazo z kwasem solnym i żelazocyjankiem potasu żółtym, dającymi wobec żelaza sinek berliński, lub próba z kwasem solnym i siarkocyjankiem [rodankiem] potasu, dającymi wobec żelaza krwisto-czerwony rodanek żelaza, również powinna dostarczać wniosków pewnych. Herbata, jakkolwiek zawiera sole żelaza, zawiera je w tak minimalnej ilości, że, jak się wielokrotnie o tem przekonałem, wyraźnego odczynu na żelazo nigdy nie daje.

III. PRZYCZYNEK

DO WRODZONEGO ZNIEKSZTAŁCENIA UCHA ZEWNĘTRZNEGO.

Podał

Witold Szumlański.

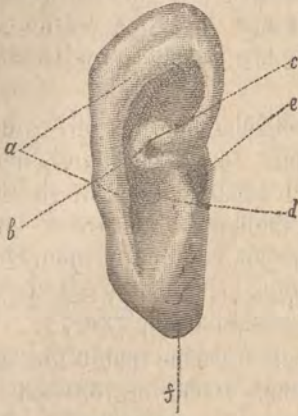
W dniu 22. I. r. b. przybyła na poradę do ambulatoryjum usznego w szpitalu Ś-go Ducha Chawa S., służąca, lat 17 licząca, skarżąc się na strzykanie w okolicy prawego ucha, powtarzające się od dwóch lat peryjodycznie co kilka tygodni; strzykanie to bywa niekiedy tak silne, iż, jak twierdzi chora, odczuwać się daje w uchu po stronie przeciwnej; nadmienia przytem, iż od urodzenia nie słyszy nic na prawe ucho.

Przy powierzchownem badaniu widać różnicę w kształcie muszli usznych; różnica ta staje się wyraźniejszą przy dokładniejszych oględzinach, które prócz tego wykazują ważniejsze zboczenia w budowie, zarówno muszli, jak i przewodu zewnętrznego, które poniżej kolejno opiszemy.

Kształt i wyraz twarzy po obu stronach jednakowy; badanie czaszki również żadnej asymetrii nie wykazało. Podczas gdy lewa muszla i przewód przedstawiają się zupełnie prawidłowo, w prawej spostrzegamy zmiany następujące: obwód uszny (*helix—a*) znacznie powiększony i mocno zagięty w ten sposób, że wolny brzeg jego, zwrócony zazwyczaj wprost nazewnątrz, tutaj zwrócony był w górnej części ku dołowi, a w dolnej ku przodowi; przeciwobwód (*antihelix—b*) stanowił nieznaczną wyniosłość, która w kształcie poprzecznie leżącej litery *v* obejmowała od góry i dołu grzbiet obwodu (*spina heliis—c*); dolne zakończenie przeciwobwodu, czyli przeciwskrawek (*antitragus—d*), znajdował się tuż pod grzbietem obwodu, zakrywając w znacznej części od tyłu otwór przewodu zewnętrznego (*e*).

W górnej części w warunkach prawidłowych przeciwobwód dzieli się na dwie odnogi widłowate (*erura furcata*), pomiędzy którymi znajduje się jamka (*fossa intercruralis*); wszystkiego tego u naszej chorej nie było, skutkiem czego cała górna część muszli powyżej grzbietu obwodu stanowiła jedną jamę o płaskiej jednolitej ścianie bez zwykłych zagłębień i wyniosłości.

Przeciwskrawek znajdował się, jak wspomnieliśmy, wyżej, niż zwykle, tuż przy otworze, który otwartym był ku przodowi; skrawka bowiem (*tragus*) nie było, brzeg w tem miejscu był równy. Wcięcia międzyskrawkowego także, naturalnie, brakowało. Dolna część muszli przedstawiała się jako znacznie wydłużony, płaski, mięsisty płatek uszny (*lobulus—f*).



Rysunek wykonany z natury przez kol. SĘAWIŃSKIEGO, stud. wydz. lekarskiego.

Przewód zewnętrzny był zarosnięty: po odchyleniu ku tyłowi przeciwskrawka widać było ślepy kanał, długości 5 milim., idący ku wewnątrz i nieco ku tyłowi i ku górze i wysłany na całej przestrzeni skórą.

Badanie słuchu wykazało, co następuje: przewodnictwo zewnętrzne [zegarek, mowa, strojnik] po stronie prawej zniesione w zupełności, przewodnictwo kostne, o ile się zdaje, zachowane. Mówię: „o ile się zdaje“, dla tego, że słaba inteligencyja chorej nie pozwala przywiązywać zbyt wielkiej wagi do jej odpowiedzi, które przy kilkakrotnie powtarzaniem badaniu były rozmaite. Po przystawieniu strojnika na prawym wyrostku sutkowym wskazywała chora zawsze, iż słyszy brzęczenie po prawej stronie; przy ustawieniu go zaś na czole wskazywała raz na prawą, innym znów razem na lewą stronę.

Ani w nosie, ani w jamie gardzieliowej zmian żadnych nie znaleziono; przy wymawianiu przez chorą *a* podniebienie miękkie unosi się ku górze jednakowo po obu stronach języczka.

Po zbadaniu chorej jasnym było, że, jeżeli wogóle można jej przynieść jaką ulgę, to tylko na drodze rękoczynu chirurgicznego. Trudno było naturalnie przesądzać, o ile rękoczyn ten okaże się skutecznym; przeciwwskazań jednak dla takiego postępowania nie było żadnych: chorej nie narażało się na niebezpieczeństwo, a w razie sprawdzenia się przypuszczeń, czynionych na podstawie opisanego powyżej badania, chora wygrywała to, iż mogłaby odzyskać słuch i w drugim uchu.

Przypuszczenia te były następujące:

Prawdopodobieństwo prawidłowego rozwoju ucha wewnętrznego i średniego. O pierwszym mogliśmy sądzić na zasadzie symetrycznej budowy czaszki, oraz danych, otrzymanych przy badaniu przewodnictwa kostnego; przypuszczenia zaś co do ucha średniego usprawiedliwiał brak zboczeń w gardzieli i w ruchach podniebienia miękkiego. Istnienie zboczeń w ruchach niezawsze pozwala sądzić o niedorozwoju jamy bębenkowej, lub trąbki EUSTACHIJUSZA, jak tego dowodzi spostrzeżenie GRUBER'a ¹⁾; brak zaś tych zboczeń zawsze, według POLITZER'a, usprawiedliwia przypuszczenie prawidłowego ich rozwoju ²⁾.

¹⁾ Lehrbuch der Ohrenheilkunde. Wyd. drugie str. 256.

²⁾ Lehrbuch der Ohrenheilkunde. Wyd. drugie str. 545.

O istnieniu przewodu zewnętrznego mianowicie chrząstkowej jego części, oraz o drożności części kostnej możnaby się było przekonać tylko podczas samej operacyi.

Gdyby wreszcie przypuszczenia nasze okazały się nawet mylnemi, t. j., gdyby podczas operacyi okazało się, iż przywrócenie drożności przewodu słuchowego jest niemożliwe, lub do niczego nieprowadzące, że chora słuchu w prawem uchu odzyskać nie może, to kto wie, czy nie dałoby się wynaleźć przynajmniej powodu peryjodycznego strzykania, które stanowiło przykrą bardzo dolegliwość i którego usunięcie byłoby i tak wielką ulgą dla chorej.

Kol. Bukowski, któremu chorą przedstawiłem, podzielał mój pogląd co do operacyi i zamierzał wykonać ją w sposób następujący: po przeprowadzeniu cięcia poza uchem równoległe do tylnego brzegu muszli pragnął odchylić ją ku przodowi, aby przekonać się naocznie, w jakim stanie znajduje się przewód zewnętrzny, ewentualnie błona bębenkowa. W razie znalezienia warunków pomyślnych, zamierzał przekłuć ślepe zakończenie zarośniętego kanału i brzegi jego zeszyć z brzegami skóry, *resp.* okostnej, wyściełającej przewód zewnętrzny.

Chora zgodziła się na proponowaną jej operacyję i celem poddania się jej pragnęła pomieścić się w szpitalu. Niestety, stanęły temu na przeszkodzie... przepisy administracyjne, wymagające, aby izraelici, wstępujący do szpitali chrześcijańskich, składali z góry opłatę miesięczną w stosunku 50 kop. dziennie. Chora przepisom tym nie była w stanie uczynić zadosyć, dzięki czemu straciliśmy ją z oczu.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

13. Otto Körner. Przyczynki statystyczne, dotyczące ropni mózgowych pochodzenia usznego.

Rozpoznaniu ropni mózgowych, pochodzenia usznego, poświęcono w ostatnich czasach szczególną uwagę, a to z powodu świetnych wyników, jakie osiągnęli niektórzy z angielskich i niemieckich chirurgów przy leczeniu tych cierpień na drodze operacyjnej. Chodzi mianowicie o to, aby rozpoznać dosyć wczesnie nie tylko istnienie ropnia mózgowego, lecz również jego siedlisko, czy jest pojedynczy, lub czy jest ich kilka, czy jest tylko ropień, lub czy istnieją oprócz tego inne powikłania jako następstwa próchnienia kości skalistej [zakrzep zatok żylnych, zapalenie opon mózgowych i t. p.]. Pierwszy, który starał się rozstrzygnąć powyższe pytania na drodze statystycznej, był BARR, a to opierając się na 76-u przypadkach ropni mózgowych. Następnie O. KOERNER zebrał 67 przypadków ropni mózgowych pochodzenia usznego, zwracając w nich główną uwagę na tę okoliczność, które ucho było cierpiącym.

Moos, porównywając statystykę BARR'a ze statystyką KOERNER'a, znalazł pomiędzy nimi pewne sprzeczności, które rozstrzygnąć i rozjaśnić stara się autor w tej nowej cennej swej pracy, a to opierając się na 100 przypadkach ropni mózgowych pochodzenia usznego. Każdy z tych przypadków autor przejrzał w oryginale i z nich 91 było stwierdzonych pośmiertnem badaniem, w 9-u rozpoznanie potwierdził wynik operacyjny.

Względna częstość ropni mózgowych pochodzenia usznego. Wiek i rodzaj chorych. Ropnie te częściej się

zdarzają po stronie prawej. Na 100 przypadków ropni mózgowych 62 było w mózgu, 32 w mózdzku, 6 w mózgu i w mózdzku; w mózgu zatem ropnie są prawie dwa razy częstsze, niż w mózdzku.

Oдноśnie do wieku, to u dzieci do 10 roku życia rzadko zdarzają się ropnie w mózdzku [na 100 przypadków w mózgu 12 razy, w mózdzku 20], co się objaśnia większą odległością u dzieci tylnej jamy czaszkowej od ucha t. j. jamy bębenkowej. Najczęściej zdarzają się ropnie w mózgu i mózdzku między 21 i 30 rokiem życia [na 100 przypadków 19 w mózgu, 20 w mózdzku].

U mężczyzn ropnie mózgowe pochodzenia usznego zdarzają się dwa razy częściej, niż u kobiet [na 90 przypadków 61 mężczyzn, 30 kobiet].

Ropnie mózgowe, których punktem wyjścia jest ucho, występują daleko częściej ze strony prawej, niż z lewej [na 100 przypadków 59 razy ze strony prawej, 38 razy ze strony lewej, 3 razy z obu stron].

O rozszerzaniu się sprawy z kości skalistej na mózg. Przy ocenianiu sposobu powstawania ropnia mózgowego, którego punktem wyjścia jest ucho, jak również dla oznaczenia siedliska ropnia i wyboru sposobu operacyjnego, niezmiernie jest ważnem poznanie dróg, pośredniczących pomiędzy cierpiącą kością skroniową i ropniem mózgowym.

Tak zwany wrodzony niedostatek w górnej ścianie jamy bębenkowej, który ułatwiałby przeniesienie się ropienia z ucha średniego na opony mózgu, spotyka się bardzo rzadko. Autor znalazł go niewątpliwie tylko raz jeden w swoich 100 przypadkach.

Co do tego, w jaki sposób ropienie z kości może się rozszerzyć na sąsiednie części mózgowia, autor ze swoich danych statystycznych przychodzi do następujących wniosków:

1) Ropnie mózgowe pochodzenia usznego spotykamy najczęściej w tych przypadkach, w których cierpienie kości skalistej lub wyrostka sutkowego przeszło bezpośrednio na oponę twardą. [W cyfrach procentowych wyraża to autor 64,8% dla mózgu, 73,3% dla mózdzku, 83,3% przy zajęciu obustronnem t. j.: w przypadkach tych cierpienie kości sięgało do samej opony twardej].

2) Opona twarda i istota mózgowa, znajdujące się pomiędzy zniszczoną kością i ropniem mózgowym, są bardzo często znacznie zmienionemi, a w wielu przypadkach [w 20 na 90] można wykryć bezpośrednie połączenie pomiędzy ogniskiem ropiejącem w kości i samym mózgiem.

Z powyższego wynika, że wbrew dotychczas przyjętym poglądom [BERGMANN] znaczna część ropni mózgowych pochodzenia usznego umiejscowioną jest bardzo blisko odnośnie do pierwotnego ogniska cierpienia, a niekiedy łączy się z niem bezpośrednio.

Te okoliczności zasługują na szczególne uwzględnienie podczas operacji ropnia mózgowego pochodzenia usznego; należy bowiem przy operacji nie tylko otworzyć ropień w mózgu, lecz wyszukać w kości skalistej miejsce cierpiące i wydłutować je, a to w celu, aby przez usunięcie źródła choroby uniknąć w przyszłości utworzenia się nowego ropnia lub następczego zajęcia opon.

Siedlisko ropni mózgowych pochodzenia usznego. Ropnie pojedyncze lub mnogie. Ropnie mózgowe, spowodowane cierpieniem kości skalistej, umiejscowione są w tych częściach mózgowia, które sąsiadują z cierpiącą kością, t. j.: spotykamy je albo w odpowiednim zrazie skroniowym, lub też w odpowiedniej połowie mózdzku. Ropnie te są najczęściej pojedyncze [na 100 przypadków w 6-u znaleziono ropień i w zrazie skroniowym i w mózdzku]. Niekiedy spotykamy kilka ropni w zrazie skroniowym [5 razy na 62 przypadki], lub w mózdzku [4 razy na 32 przypadki].

Otoczka ropnia i ropa. Z ropni zrazu skroniowego 16 było otorbionych, 17 nieotorbionych, z ropni mózdzku 12 otorbionych, 8 nieotorbionych.

Co do rodzaju zawartości ropnia, to w 10 ropniach otorbionych i w 14 nietorbionych była ropa cuchnąca, w 18 ropniach, ropa bez zapachu.

Częstość i rodzaj powikłań przy ropniach mózgowych pochodzenia usznego. Najczęstszem powikłaniem tych ropni jest zator zatoki poprzecznej [na 100 przypadków w 26 znaleziono zakrzep lub zapalenie zatoki poprzecznej]. Ropne zapalenie opon mózgowych znaleziono przy ropniach mózgu w 17 przypadkach.

Otworzenie się ropnia mózgowego do komórki bocznej spowodowało śmierć w 10, do komórki czwartej w jednym przypadku.

Z powyższych powikłań zapalenie i zakrzep zatoki poprzecznej nie są bezwarunkowem przeciwwskazaniem dla operacji ropnia mózgowego.

Dane, odnoszące się do rozpoznania różniczkowego pomiędzy ropniem pochodzenia usznego, umiejscowionym w zrazie skroniowym lub w mózdzku.

Dane statystyczne autora pozwalają wyciągnąć pewne wnioski odnośnie do rozpoznania różniczkowego ropni mózgu i mózdzku. Już wiek chorych daje nam pod tym względem pewne wskazówki. U dzieci do lat 10 ropnie mózgu są 3 razy częstsze, niż u dorosłych. Cierpienia kości w okolicy średniej jamy czaszkowej, t. j. w górnej ścianie jamki bębnekowej lub wyrostka sutkowego, powodują ropnie w zrazie skroniowym, zajęcie zaś kości w okolicy tylnej jamy czaszkowej powodują, z małemi wyjątkami, ropnie w mózdzku.

Przy opukiwaniu czaszki znajdujemy niekiedy w miejscu, gdzie znajduje się ropień, punkt bolesny. Zdaje się, że znak ten zasługuje na szczególną uwagę, ponieważ był on niewątpliwie w 3 operowanych przypadkach i w jednym dawniejszym przypadku Moosa.

Co do bólu, odczuwanego przez chorego, ten ma mniejsze znaczenie przy rozpoznawaniu ropni mózgowych, gdyż najczęściej nie ma on dosyć ściśle określonego siedliska.

Zawroty głowy zdarzają się tak przy ropniach mózgu jak i mózdzku i mogą być zależne tak od cierpienia błędniaka jak i wzmożonego ciśnienia mózgowego. W jednym tylko przypadku FEINBERG'a spostrzegano zawrót, zależny od ropnia w mózdzku i ataksję mózdkową.

Neuritis optica jest częstym objawem przy ropniach mózgowych pochodzenia usznego. We wszystkich przypadkach badanych znaleziono zajęcie nerwu wzrokowego.

Światłowstręt był w 3 przypadkach przy ropniach w mózdzku, w jednym przypadku przy ropniu w mózgu.

Z objawów ogniskowych zasługują na szczególną uwagę zbożenia mowy, ponieważ te występują jedynie przy ropniach mózgowych. Zdarzają się one dosyć często, jak to autor wykazuje odpowiedniemi przypadkami.

Bezład zupełny i bezład niezupełny, połowiczny spostrzegano przy ropniach w zrazie skroniowym w 6 przypadkach. W 2 przypadkach było oprócz tego drugostronne porażenie nerwu twarzowego. W 1-yim przypadku ropnia mózdzku było również drugostronne porażenie nerwu twarzowego. Porażenie nerwu twarzowego z tej samej strony zależnem jest od zmian w kości skalistej i od uszkodzenia nerwu twarzowego na drodze jego przebiegu.

TOWARZYSTWO LEKARSKIE WARSZAWSKIE.

Na posiedzeniu klinicznym dnia 15 Kwietnia r. b., kol. JAWDYŃSKI okazał chorego, któremu przed rokiem dokonał wyluszczenia krtani z powodu raka; w pół roku nastąpiła regeneracja, lecz nie w miejscu operowanem, ale na podstawie języka i w gardzieli. Obecnie po częściowem wycięciu gardzieli i podstawy języka, chory czuje się zupełnie dobrze i nigdzie nie ma ani śladu powrotu choroby.

Następnie kol. PRZEWOSKI, po przytoczeniu z literatury znanych przypadków limfangiomatów i chylangiomatów w skórze, w tkance łącznej podskórnej, a także w narządach wewnętrznych i w tkance łącznej podotrzewnowej, opisał badane przez się chylangiomata w błonie śluzowej i podśluzowej kiszek. Nowotwory te w kiszkiach nie były dotąd znane, a kol. P. widział ich 56 okazów w kiszce cienkiej, głównie w *jejunum*. Najczęściej na jednym trupie spotyka się jeden tylko naczynek limfatyczny, lecz bywa ich niekiedy i więcej, a raz nawet znalazł aż 18. Objętość ich od nieznacznej dochodzi do ziarna grochu i więcej; konsystencja zazwyczaj mało różni się od otaczającej tkanki; kolor bywa białawy, lub biało-żółtawy. Pod względem formy przedstawiają się w postaci okrągłego guzika, torbieli, lub wprost zgrubienia błony śluzowej. Po przecięciu większego guzika wycieka kropla białawego płynu, podobnego do mleka. Ze względu na budowę trzeba odróżnić 3 postacie: a) *chyl. simplex varicosum*, b) *chyl. cavernosum* i c) *chyl. cysticum*. Co do powstawania, to prawdopodobnie są one wynikiem rozszerzenia się naczyń starych, a może także w części wynikiem wytwarzania się nowych. Dowodu w wytworzeniu się nowych i przyczyny rozszerzenia się starych nigdzie wykryć się nie udało. Niekiedy, być może, mogą one być przyczyną *chylorrhagiae*.

Kol. KRYSIŃSKI zapytuje mówcę, czy można stawić w związku z opisywanemi nowotworami t. zw. *myxomata chorii* i przestrzenie wolne, napotykanne we wnętrzu fibromiomatów macicy, oraz czy kol. P. napotykał na ścianach tych przestrzeni nabłonek płaski? Kol. PRZEWOSKI odpowiada, że o śluzakach kosmówki powiedzieć nic nie może, gdyż ich nie widywał, co zaś do przestrzeni w fibromiوماتach macicy, to te powstają na drodze przemiany wstecznej. W przypadku kol. MATLAKOWSKIEGO było przestrzeni takich drobnych dużo i ściany ich wysłane były komórkami endotelialnemi.

Kol. MATLAKOWSKI zaznaczył, że w podręcznikach wogóle znajdujemy bardzo mało o takich nowotworach macicy. Na 24 myxotomij widział tylko dwa przypadki, gdzie z wnętrza guza wydobyć było można tkankę miękką, po wycięciu rozplywającą się; nie pamięta jednak, czy znajdował się w przestrzeniach wolnych nabłonek.

Kol. KRYSIŃSKI podziela zdanie kol. Prz., że jamy w nowotworach macicy są produktami przemiany wstecznej. Co zaś do myxomatów kosmówki nie sądzi, aby można je było łączyć z naczyniakami; jest to cierpienie bardzo rzadko napotykanne, a o ile miał sposobność badać, we wnętrzu kosmków nigdy nie widać wolnych przestrzeni, wysłanych nabłonkiem.

Kol. PRZEWOSKI dodaje, że nowotwory, dzisiaj przez niego opisywane, są wogóle dość rzadkie; w ostatnich czasach jednak opisano ich około 20. Spozstrzegano je na skórze u dzieci, niekiedy nawet bardzo rozległe, z innych zaś narządów stosunkowo najczęściej jeszcze widywano je w macicy; o reszcie mało wiemy.

Kol. JASIŃSKI zapytuje, do jakiej kategorii limfangiomatów zaliczyć nowotwór skórny, opisany przez kol. KLEINADLA. Mówca operował tego chorego

i podaje, że był to nowotwór, mający wygląd rozplaszczonego owocu morwy, obejmujący dość dużą przestrzeń, wystawał na $\frac{1}{4}$ ctm. nad powierzchnię zdrowej skóry, a na swej powierzchni posiadał liczne jakby pęcherzyki. Rósł bardzo powoli, guziczki pękały, zlepiały się i tworzyły jakby szczelinki. Po operacji na szwach skórnych zjawiać się począły te guziczki na nowo. Zauważył podczas operacji, że w tkankach nowotworu napotykało się widoczne smugi, złożone jakby z tkanki łącznej podskórnej.

Kol. PRZEWOŃSKI dodaje, że w przypadku tym przy badaniu znaleziono w strzępkach płyn przezroczysty i skrępy włókniaka. Co do odrastania po operacji, objaśnia jego przyczynę tem, że wgłębi pozostawały nieusunięte, niedostrzegalne okiem drobne ogniska, które dały początek regeneracji.

W końcu kol. GRUNDZACH wspomniał o przypadku, mogącym stać w związku z poruszoną dziś sprawą. Raz w częzej zawartości żołądka znalazł płyn o wyglądzie mlecznym, składający się z drobnych kuleczek; okazało się, że kuleczki te był to tłuszcz. Prof. HOYER, który płyn badał, wypowiedział wówczas przypuszczenie, że był to najprawdopodobniej płyn z naczyń chłonnych.

Wiadomości terapeutyczne.

6. Theobrominum natrio-salicylicum, s. diureticum, jako środek moczopędny. Teobrominę, jako alkaloid, otrzymał WOSKRESIENSKIJ z nasion drzewa kakaowego (*Theobroma Cacao*) jeszcze w r. 1841; obszerniejszego jednak zastosowania w terapii teobromina nie znalazła, aż do ostatnich czasów.

Dla zrozumienia działania tego alkaloidu przypomnieć mi tu wypada, że jest on homologiem kofeiny; gdy bowiem kofeina jest trójmetylksantyną, to teobromina jest dwumetylksantyną.

Otóż, co się tyczy kofeiny, to jeszcze w r. 1877 prof. GUBLER wykazał, że alkaloid ten posiada wydatne własności moczopędne, przewyższające nieraz w tym kierunku naparstnicę, oraz że takimiż samemi własnościami odznaczają się i inne pokrewne alkaloidy, jak: teina, mentina, guaranina. To też od owego czasu kofeina, a szczególnie sól jej — cytrynian kofeiny — weszła we Francyi w powszechnie użycie jako dzielny środek moczopędny.

Następnie w Niemczech szczególnie prace prof. BINZ'a przyczyniły się do bliższego poznania własności kofeiny i do jej szerszego stosowania.

W ostatnich latach, zamiast dawniej używanych związków kofeiny, wprowadzono nowe, łatwiej rozpuszczalne, a tem samem szybciej i pewniej działające, a mianowicie sole podwójne kofeiny, jak: *caffëinum natrio-benzoicum*, *caffëinum natrio-salicylicum*, *caffëinum natrio-cinnamyllicum*.

Że istotnie kofeina, w odpowiednim związku i we względnie dużych dawkach stosowana, należy w wielkiej liczbie przypadków do bardzo dzielnych środków moczopędnych, o tem chyba każdy lekarz, praktyk, mógł się dostatecznie przekonać. Z drugiej strony wszakże nie uszła zapewne uwagi i ta okoliczność, że w niektórych razach od kofeiny wcale nie otrzymuje się oczekiwanego rezultatu.

Prace doświadczalne SCHRÖDER'a (*Arch. f. exper. Path. u. Pharm. XXII, XXIV*) poniekąd wyswietliły tę kwestyję.

Z prac tych wynika, że kofeina wywiera działanie dwojakiego rodzaju. Popierwsze, pobudza ośrodkowy układ nerwowy i ośrodki naczynio-ruchowe, podobnie jak strychnina. Przez to pobudzenie ośrodków naczynio-ruchowych występuje często i w samych nerkach zwężenie tętnic, a wskutek tego i zmniejszone wydzielanie moczu. Po wtóre, kofeina wprost działa pobudzająco na sam nabłonek nerkowy i wywołuje znaczne wydzielanie moczu. Otóż, w każdym poszczególnym przypadku przeważa albo jedno, albo drugie działanie; ztąd pochodzi, że w jednych razach ostatnim wynikiem działania kofeiny będzie wzmożone wydzielanie moczu, w innych zaś — nawet zmniejszone.

Żeby zniwelować pobudzające działanie kofeiny na centralny układ nerwowy, powinnyby wystarczyć wprowadzenie razem z kofeiną jakiegoś narkotyku, jak np.: chloralu, paraldehydu. Istotnie, dalsze doświadczenia SCHRÖDER'a na zwierzętach wykazały, że kofeina, podawana wraz z paraldehydem, zawsze wywołuje zwiększone wydzielanie moczu.

Nawiasowo tu dodać muszę, że jakkolwiek z kilku stron wyniki te zostały potwierdzone, jednakże o ile zresztą sam wielokrotnie i to w ciągu kilku lat mogłem się przekonać, u chorych najczęściej stosowanie odpowiednich dawek samej kofeiny, mianowicie jej podwójnej soli, bez żadnego narkotyku, najzupełniej wystarcza do wywołania działania moczopędnego. Zresztą, o ile przekonywają dawniejsze doświadczenia Binz'a i codzienne doświadczenie przy łóżku chorego, wnoszą należy, że wpływ kofeiny na diurezę zależy w dużej części, oprócz działania na nabłonek nerkowy, od pobudzającego działania na serce.

W każdym razie fakt, wykazany przez SCHRÖDER'a, pobudził innego badacza do dalszych poszukiwań w tym kierunku.

GRAM (*Therapeut. Monatsh. 1890. I.*) przede wszystkim przekonał się, że doświadczenia fizjologiczne SCHRÖDER'a sprawdzają się i na ludziach. Ponieważ niezawsze można, dla wielu przeciwskażeń, obok kofeiny stosować chloral lub paraldehyd, przeto szło o zastąpienie kofeiny innym podobnym alkaloidem, wywołującym tylko wzmożone wydzielanie moczu. Takim właśnie środkiem okazała się teobromina.

Ponieważ czysta teobromina jest trudno-rozpuszczalną w wodzie, bardzo powoli ulega wessaniu, a często wywołuje wymioty, przeto GRAM po licznych próbach uznał za najodpowiedniejszy — podwójny związek teobrominy, a mianowicie: *teobrominum natrio-salicylicum*, czyli dla krótkości przez innych t. z. diuretynę.

Diuretyna jest białym proszkiem łatwo rozpuszczalnym w wodzie ciepłej [2:1] i zawierającym około 50% teobrominy.

Chorzy doskonale mają znosić ten środek leczniczy, który zresztą nie wywołuje ani nudności, ani wymiotów, ani żadnych innych ubocznych, niepożądanych objawów.

Ze szczegółowych spostrzeżeń 8 przypadków [5 cierpienia serca, 3 — nerek], w których stosowano dla porównania: *digitalis*, *caffèinum natrio-salicylicum*, *natrium salicylicum*, *teobrominum purum*, *teobromincalcium*, *teobrominum natrio-salicylicum* i t. d., wnosić należy, że istotnie *teobrominum natrio-salicylicum* bardzo wydatnie zwiększa wydzielanie moczu. Działanie to, jak wykazały doświadczenia porównawcze na chorych; bynajmniej nie zależy od salicylanu sodu, wchodzącego w skład danego leku.

Dawka dzienna wynosi 6,0. Dawkę tę rozdziela się na sześć części, podając choremu 6 razy dziennie po 1,0 diuretyny.

Wiktor Grostern.

List otwarty do Redakcyi Gazety Lekarskiej.

SZANOWNA REDAKCYJO!

Na ostatniem posiedzeniu I Zjazdu chirurgów polskich postanowiono Zjazd następny odbyć w Lipcu i przedłużono czas trwania Zjazdu na trzy dni, ażeby dla braku czasu nie kępować dyskusyi, przyczyniającej się bez wątpienia najwięcej do ożywienia Zjazdu i osiągnięcia rzeczywistych korzyści naukowych, bo porozumienia wzajemnego w kwestyjach wątpliwych. Uniknie się w ten sposób zarazem nie milej konieczności, jaka się okazała na pierwszym Zjeździe, że niektóre bardzo ciekawe i pouczające wykłady nie zostały wygłoszone, inne zaledwie w najkrótszem streszczeniu podane.

Po porozumieniu się z członkami Wydziału oznaczyliśmy czas:

II Zjazdu chirurgów polskich na 15, 16 i 17 Lipca, zapraszając na niego nie tylko uczestników przeszłego Zjazdu, ale również gorąco wszystkich Kolegów interesujących się chirurgiją i jej postępem.

Posiedzenia Zjazdu będą się odbywały, podobnie jak w roku ubiegłym, od godz. 10 zrana do 1 popołudniu w klinice chirurgicznej i od godziny 2—4 popołudniu w auli uniwersyteckiej: posiedzenia przedpołudniowe przeznaczone są na wykłady z demonstracjami, popołudniowe na wykłady teoretyczne.

Pierwszego dnia Zjazdu odbędzie się od 8—10 godz. zwiedzanie kliniki chirurgicznej; drugiego dnia w tym czasie oddziału chirurgicznego w szpitalu św. Łazarza, trzeciego dnia w szpitalu św. Ludwika. Chorych, przeznaczonych do demonstracyi, przyjmie klinika chirurgiczna.

Dla Sz. Kolegów, chcących przedstawić nowe operacyje na trupie, będzie wszystko odpowiednio przygotowane.

Równocześnie ze Zjazdem odbędzie się wystawa narzędzi i przyrządów chirurgicznych; proszę więc o nadesłanie nadających się okazów do kliniki chirurgicznej.

Upraszam o jak najrychlejsze zgłaszanie wykładów i tematów, nadających się do dyskusyi, do sekretarza Zjazdu p. Doc. D-ra Bossowskiego, żeby jaknajodpowiedniej przygotować porządek obrad.

Prof. L. Rydygier,

Przewodniczący Zjazdów Chirurgów Polskich.

Wiadomości bieżące.

— W przyszłym tygodniu rozeszliśmy Szan. Prenumeratorom „Odczytów Klinicznych“ prace BEARD'a: „O neurastenii“. Odczyt zawiera 8 arkuszy druku i stanowi 3 zeszyty, a więc za Marzec, Kwiecień i Maj. Nawiasowo zwracamy uwagę Szan. Kolegów, że dzieło to, kosztujące za granicą przeszło rs. 2, dajemy za kop. 90. Pod prasą znajduje się już odczyt kol. GAJKIEWICZA: Syfilis układu nerwowego.

— D-r RUPERT mianowany został ordynatorem szpitala św. Tadeusza w Ciechocinku i członkiem Rady Zarządzającej zakładu kąpielowego.

Wspomnienie pośmiertne.

Dnia 27 Kwietnia zmarł nagle powszechnie znany w Petersburgu profesor, WIKTOR BESSER. Urodził się na Wołyniu w Krzemieńcu w r. 1825. Kształcił się początkowo w Kijowie, gdzie ukończył gimnazjum filologiczne, a następnie studia filozoficzne na Uniwersytecie Ś-go Włodzimierza— w r. 1845. Dopiero w rok potem wstąpił na medycynę, na uniwersytet w Moskwie, a lekarzem został w r. 1851. Po kilkoletnich studiach za granicą powołany został na profesora do Uniwersytetu Petersburskiego. Tam prowadził on klinikę chorób wewnętrznych; wykładał patologię ogólną, terapię ogólną i dyjagnostykę. Na stanowisku profesora pozostawał do r. 1879, w którym został członkiem uczonego komitetu wojskowo-lekarskiego.

Oprócz prac naukowych, przyjmował czynny udział w rozmaitych komisjach lekarskich, między innymi w tak zwanej komisji cholerycznej.

Jako światły lekarz i profesor wysoce ceniony był tak przez uczniów swoich, jakoteż przez bardzo liczne grono chorych, którymi się opiekował. Wszyscy z bardzo wielkiem uznaniem odzywają się o charakterze zgasłego BESSERA.

Zacny człowiek za życia, zacną też pamiątkę po sobie pozostawił: duże zapisy filantropijne, z których i nasze społeczeństwo skorzysta.

Cześć Jego pamięci!

W. G.

Sprostowanie. W N-rze 19 Gaz. Lek. w pracy: „Oesophagitis exfoliativa“ D-ra REJCHMANA, na str. 382 wiersz 12 od góry, zamiast „powiększenie“ powinno być: „powierzchnie“; na str. 383 w. 3 od góry, zamiast „pozostawała“ powinno być „powstawała“; na tejże str. 14 w. od góry, zamiast „błonkami“ powinno być „blaszkami“; na tejże str. 15 w. od góry, zamiast „niż naszej“ powinno być: „jak nasza“; na tejże str. 18 wiersz od dołu zamiast „im“ powinno być: „mi“.

Do dzisiejszego N-ru Gaz. Lek. dołącza się bezpłatnie dla wszystkich prenumeratorów opis „Krynicy“ oraz opis „Wyciągu tytoniowego“ z fabryki M. Bogdanowa.