

# GAZETA LEKARSKA

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GALEZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKIEJ,  
FARMACYI I WETERYNARYI.

Cena Gazety Lekarskiej. W Warszawie: rocznie r. sr. 5, półrocznie r. sr. 2 kop. 50. W Królestwie i Cesarstwie: w redakcyi (w opasce) rocznie r. sr. 6, półrocznie r. sr. 3; w redakcyi i na poczcie (w kopertach) rocznie r. sr. 7, półrocznie r. sr. 3 kop. 50.

Cena Biblioteki Umiejętności Lekarskich. W redakcyi półrocznie (od 1 lipca 1868 do 1 stycznia 1869 r.) r. sr. 10; od początku wydawnictwa do 1 stycznia 1869 r. sr. 26.

TREŚĆ: Prace oryginalne. Kazuistyka elektro-terapeutyczna. Przez Dra M. Brunera. (Ciąg dalszy). Kronika Zagraniczna. O znaczeniu terapeutycznym podwiązania pnia wspólnego tętnic szyjowych (ligatura carotidis primitivae). Przez Dra Leona Le Fort. Streścił M. Lewiński. (Dokończenie). Dławiec (croup), błonica (diphtheritis), niby-dławiec (pseudo-croup) i pokrewne cierpienia gardzieli i krtani. Prelekcye Prof. Oppolzera. Streścił M. Gruell. (Ciąg dalszy). Wiadomości bieżące. Lekcyja wstępna Prof. Laskowskiego w Paryżu. Wypilowanie szczęki górnej. Operacya przepukliny. Użyteczność kwasu karbolowego. Prof. Girsztowt. Rdzenne leczenie przepukliny. Rinoplastyka. Dr. Tabaczyński. Wywrócenie powiek na zewnątrz. Katarakta. Docent Jodko. Nowe czasopisma. Ś. p. Prof. Jan Balassa. Dr. Tomasz Szklarski. Dr. Wilhelm Scholtz. Od Redakcyi. Bodatek. Farmakologii arkusz 26, Histologii i Histochemii ark. 26, Farmakognozyi ark. 9ty, Terapii i patologii szczegółowej arkusz 20ty, Otiatrii arkusz 14.

## KAZUISTYKA ELEKTRO-TERAPEUTYCZNA.

Przez Dra M. Brunera.

(Ciąg dalszy). \*)

Porażenie nerwu promieniowego w częstoci z jaką się wydarza pierwsze zaraz po porażeniu twarzowego zajmuje miejsce, lecz zwykle szczęśliwsze daje wypadki i wszyscy chorzy, którzy z tém cierpieniem do mnie się zgłosili uleczonemi zostali.

Porażenie nerwu łokciowego wydarzyło się również parę razy w mojej praktyce, w jednym wypadku poprzedzone długotrwałym nerwobólem. Dobre skutki zawsze wieńczyły zastosowanie prądu galwanicznego w małej liczbie posiedzeń.

Porażenie nerwu środkowego ramienia dwa razy tylko miałem sposobność leczyć w moim zakładzie.

\*) Patrz Nr. 24 Gaz. Lek.



Na tem kończę tedy o bezwładach pochodzących z porażenia nerwów ruchowych lub czuciowo-ruchowych peryferycznych, gdyż wypadki inne przezemnie leczone tyle przedstawiają analogii z przytoczonymi, że na szczegółowy opis nie zasługują. Widzieliśmy ogromne skutki prądu galwanicznego, nawet w bardzo zastarzałych porażeniach peryferycznych, lecz zawsze lepszą jest przepowiednia w wypadkach świeżych, długotrwałe bowiem bezwłady bardzo dłużej wymagają kuracyi, a niektóre z nich jak n. p. porażenia nerwu twarzowego nie centralnego pochodzenia, częstokroć kilka miesięcy leczone nie poprawiają się, niekiedy nawet objawiając się i w sferze drugostronnego nerwu. Mnie się taki wypadek nie wydarzył, lecz widziałem podobne wypadki u Dra B e n e d i k t a w Wiedniu, a niedawno E r d m a n n z Drezna podał opis paru takich wypadków (w *Deutsche Archiv für klin. Medicin*) Z i e n n s e n'a i Z e n k e r'a. Gdy Drowi E r d m a n n po kilkunasto miesięcznej kuracyi udało się porażenie nerwu twarzowego czysto reumatyczne prawie zupełnie usunąć, bo zaledwie w paru mięśniach brak zupełnej władzy czuć się dawał, wówczas objawił się bezwład téj samej natury na drugim nerwie twarzowym, który znów kilkunasto miesięcznej kuracyi potrzebował.

W wyżej przytoczonych moich wypadkach, pomimo prędkiego uleczenia chorych, nigdy nie wydarzyła mi się recydywa, ani téż nie sprowadziłem kontraktury pewnych mięśni, co się często zdarza u chorych leczonych silnymi prądami indukcyjnymi, mianowicie w wypadkach, w których elektromięśniowa kurezliwość jest obniżoną względem prądu indukcyjnego.

Co do mnie, to prądu indukcyjnego używałem zwykle dopiero przy końcu kuracyi, gdy pobudzalność na ten prąd w należytem objawiła się już stopniu; lecz zastosowanie tegóż więcej w celu gimnastycznym przedsiębrałem, aby właściwy tonus w mięśniach poprzednio ubezwładnionych przywrócić.

b) P o d w y ż s z o n a c z y n n o ś ć n e r w ó w r u c h o w y c h ;  
k u r c z e (*Hypercynesia*).

Kurcze czyli raczej podwyższenie czynności nerwów ruchowych, w patologii nerwów przedstawia obszerne pole badania, lecz w niewielkiej liczbie elektro-terapia dobre przynosi skutki; wiele bowiem z tych chorób jak: wielka choroba (*epilepsia*) lub tężec (*tetanus*) przyczynami wewnętrznymi spowodowane w samych ośrodkach źródło swoje mającemi, zupełnie obojętnie się zachowuje względem prądów elektrycznych. Być może, że i w tego rodzaju chorobach dobre skutki z zastosowania prądów galwanicznych osiągnąćby się dały, gdyby tak silne prądy, jakie dla sprowadzenia skutku są potrzebne bez bólu i bez zniszczenia skóry, zniesionemi być mogły.

Nie z takimi zatem wypadkami miałem do czynienia, lecz z cierpieniami czysto miejscowemi, w których dobre skutki otrzymałem. Raz jeden miałem w kuracyi chorego, u którego kurcze były objawem cierpienia centralnego lecz żadnego polepszenia u tego chorego nie otrzymałem, który jednakże przedstawiany na posiedzeniu towarzystwa Lekarskiego wielki interes ogólny obudził.



Oprócz rzeczzonego wypadku miałem kilka innych, a mianowicie kurcze nerwu twarzowego czyli t. z. *tic. convulsiv (Belli-Hypercynesia) n. facialis*, w którym znakomitą sprowadziłem poprawę, 1 wypadek *dysphagia spastica*, który zupełnym wyzdrowieniem się ukończył, wreszcie parę wypadków t. z. *paralysis agitans*, w jednym z nich, znaczną poprawę prądami galwanicznymi sprowadziłem przez usunięcie prawdopodobnego chronicznego zapalenia spłotów barkowych.

Nie mniej ciekawy wypadek, jest kurcz gardzielowy powodujący niemożność łykania, który o mało o śmierć z głodu chorego nie przyprawił a który, można powiedzieć, że za jednym posiedzeniem został usunięty.

#### GRUPPA III-cia.

##### Neurozy bez podstawy anatomicznej.

Z chorób do tej grupy należących, jedna tylko *hysteria*, była przedmiotem mojej obserwacji.

Z dwóch wypadków, w których leczenie elektrycznością zastosowałem, jeden zakończył się zupełnym wyzdrowieniem, gdy w drugim znakomitej poprawy chora doznała, już po kilku posiedzeniach. W obu tych wypadkach, skutkiem bolesności korzeni nerwowych po obu stronach kolumny kręgowej i drażliwości na nacisk wyrostków kolczastych, oraz bólów strzelających z góry na dół to w kończynach górnych, to w dolnych, drażliwości w okolicy lędźwiowej i t. d. stosowałem prądy galwaniczne wstępujące od 25 do 30 elementów na kolumnie kręgowej. Jedna chora, u której od czasu do czasu przychodziła tak zwana *aphasia* lub *aphonia hysterica*, najczęściej ostatnia, zupełnie została uleczona, i dziś blisko już dwa lata mijają, najlepszym cieszy się zdrowiem. Wspomniany bezgłos hysteryczny leczony był u niej lokalnie, działaniem prądu indukcyjnego na nerw krtańowy górny z obustronnym jednoczesnym umiejscowieniem biegunów. Minuta lub dwie, były dostateczne do powrócenia chorągłosu, a 15 wszystkich posiedzeń do zupełnego wyleczenia jej z hysteryi. Faradyzacja nerwu gardzielowego lub podjęzykowego kilka minut trwająca wystarczała dla natychmiastowego usunięcia *dysphagii*, lub *aphasii* hysterycznej.

#### GRUPPA IV-ta.

##### Choroby organów ruchowych.

##### I. Gościec (*Rheumatismus*).

Gościec stanowi jedną z częstszych chorób, z którymi zgłaszają się o pomoc elektro-terapeutyczną. Świetne skutki ze stosowania prądów galwanicznych dają się widzieć tak dobrze w gościecu stawowym, ostrym lub chronicznym, jak i w gościecu mięśniowym.

a) Gościec stawowy był częstszym przedmiotem elektro-terapeutycznego działania; 12 razy bowiem miałem z nim do czynienia. Re-



zultat leczenia nie nie pozostawia do życzenia, gdyż z 12 chorych 10 zupełnie uleczonych zostało i to w bardzo krótkiej liczbie posiedzeń, bezwzględnie, czy był gościec ostry czy chroniczny. Dwóch chorych doznało znakomitej poprawy; wypadku nieuleczenia nie miałem żadnego.

W wypadkach ostrego reumatycznego zapalenia stawów, skutek zawsze był prędzsy niż w reumatyzmie stawowym chronicznym, a nawet w wypadku ostrego zapalenia stawu traumatycznego pochodzenia, po kilku posiedzeniach chora została zupełnie uleczoną. (Dokończenie nastąpi.)

## KRONIKA ZAGRANICZNA.

### O znaczeniu terapeutycznem podwiązania pnia wspólnego tętnic szyjowych (*ligatura carotidis primitivae*).

Przez Dra Leona Le Fort.

(Dokończenie \*).

#### IV. Podwiązanie pnia wspólnego tętnic szyjowych, w celu leczenia pewnych guzów dokonywane.

Pień wspólny tętnic szyjowych często był podwiązywanym w celu leczenia guzów naprężnych (*tumores erectiles*), tętniaków wężykowatych (*aneurismata cirsoidea*), żyło-tętniaków (*varices aneurismatici*), których siedliskiem była twarz, skóra na głowie, jamy nosowe, zatoka szczękowa, oczodół i t. p. Również często przedsiębrano tę operację chcąc powstrzymać rozwój naczynek, raków naczyńowych, zajmujących okolice rozgałęzień tętnicy szyjowej zewnętrznej; pragnąc więc zdać sprawę dokładną o tyle, o ile to będzie w naszej możliwości, ze znaczenia terapeutycznego tej operacji, powinniśmy zastanowić się oddzielnie nad wynikami z leczenia każdej z powyższych chorób. Spostrzeżeń w tym względzie mamy 101, i takowe możemy rozdzielić w następujący sposób: podwizań przy naczynekach wykonano 76; przy guzach jamistych 23; przy guzach, których natura nie jest oznaczoną 2.

Naczynek i czaszki i twarzy. Jeżeli badać będziemy wpływ podwiązania na rozwój tych guzów, lecz nie uwzględnimy ważności samej operacji, 52 spostrzeżenia które zdołaliśmy zebrać, z braku szczegółów dadzą się zredukować do 38.

Skuteczność podwiązania w tych razach jest daleko mniejszą, jakby się tego spodziewać można było, sądząc po kilku szczęśliwie zakończonych wypadkach, gdyż w 38miu spostrzeżeniach, 6 razy tylko nastąpiło wyzdrowienie, a w liczbie tych 6, mieści się wypadek *Jamessa*, gdzie wyzdrowienie zdaje się tylko prawdopodobnym; w wypadku *Deguisa* wspominają tylko o wyzdrowieniu, i na koniec w wypadku *Bertheranda*, tętnica szyjowa zewnętrzna była jednocześnie z pniem wspólnym tętnic szyjowych podwiązana. Trzy pozostałe wypadki wyzdrowienia, opisane są przez *Bernarda*, *Rogersa* i *Worropa*.

Wyleczenie uważane w kilku razach za stanowcze okazało się tylko chwilowem, zdarzyło to się *Cheliusowi* i *Pinel-Grandcham'p'owi*. *Chelius* przystąpił do podwiązania przy żyło-tętniaku w okolicy skroniowej, powstałym w następstwie rany ciężkiej szablą na pojedynku; guz ten ustąpił na chwilę, lecz zjawił się na nowo i w pięć lat później dopiero był usuniętym przez *Stromeyera*. *Pinel Grandcham'p*, po podwiązaniu kolejnym obydwóch tętnic twarzowych, podoczodołowej i skroniowej prawej, nie mogąc w ten sposób wyleczyć tętniaków na skórze czaszki u pięćdziesięcioletniej kobiety,

\*) Patrz Nr. 24, Gaz. Lek.



podwiązał pień wspólny tętnic szyjowych; guz zniknął, lecz po roku odnowił się częściowo.

Gdy dodamy do tego, że w 12tu razach osiągnięto tylko polepszenie, ale nie uzdrowienie, przekonamy się że skuteczność podwiązania pnia wspólnego tętnic szyjowych nie wyrównywa niebezpieczeństwom jakie za sobą pociąga.

Z 47 odnośnych tu wypadków śmierć zabrała 16 chorych — 13tu w następstwie przypadłości mózgowych. W obec więc tych wyników, sądzę, iż należałoby stanowczo zaniechać, przy systematycznym leczeniu naczynek czaszki i twarzy, podwiązania pnia wspólnego tętnic szyjowych i zastąpić je podwiązaniem tętnicy szyjowej zewnętrznej. Większa łatwość w wykonaniu operacyi, nie usprawiedliwia wywołanego zatkania pnia tętnic szyjowych, wtedy gdy dążnościom terapeutycznym stałoby się zadość, przy wytworzeniu się skrzepu zatykającego tętnicę szyjową zewnętrzną; a nawet wypada wnosić, że 13 z 16 chorych nie zmarłoby po tej operacyi, gdyby podwiązanie pnia wspólnego tętnic szyjowych nie wpłynęło na znaczne zaburzenia krążenia w mózgu i nie wywołało przypadłości mózgowych, którym właściwie, śmierć chorych przypisać należy.

**Guzy jamiste w oczodołach.** Chcąc wyleczyć guzy oczodołu przez powstrzymanie dopływu krwi do guza, potrzeba koniecznie sprowadzić zatamowanie biegu krwi w tętnicy szyjowej wewnętrznej; przeciwwskazań zaś do podwiązania pnia wspólnego tętnic szyjowych, w tym razie nie mamy, gdyż idzie nam tu głównie o nieopuszczenie rozwoju krążenia obocznego, które w przeciwnym wypadku mogłoby powstać nie tylko przez połączenia wewnątrz czaszkowe, lecz także za pomocą gałązek tętnicy szyjowej zewnętrznej, łączących się dokoła oczodołu z drobnymi gałązeczkami tętnicy oczowej.

Nie mogę wprowadzić w rachubę wszystkich 24 wypadków, które w tym względzie zebrałem, gdyż w wypadku *B o w m a n'a* nie było guza ale zapalenie żył zatoki jamistej (*sinus cavernosus*); operowany przez *H a r t'a*, miał żyło-tętniak; chorzy *L e g o u e s t'a* i *V a n - B u r e n'a* mieli tętniaki traumatycznego pochodzenia na tętnicy oczowej; w końcu zaś wypada z powyższej liczby wykreślić jeszcze 4 wypadki, których zakończenia nie podano. Pozostaje nam więc 16 spostrzeżeń, które w 10ciu razach zakończyły się wyzdrowieniem, 3 razy polepszeniem, 1 raz chory został bez polepszenia, 2 razy śmierć zabrała chorych.

Dwaj zmarli należeli do *C r i t c h e t h'a* i *N u n n e l e y'a*. Jeden z nich zmarł z przypadłości mózgowych, poprzedzonych na kilka miesięcy krwotokami z naczyń oczodołowych; drugi, oparł się objawom mózgowym, jakie wystąpiły u niego zaraz po podwiązaniu, lecz umarł z wycieńczenia wywołanego często powtarzającymi się krwotokami, z końca górnego podwiązanej tętnicy.

Przekonywamy się ztąd, że rezultaty otrzymane z podwiązania, najzupełniej usprawiedliwiają wykonywanie tej operacyi przy guzach naczyńowych oczodołu. Przy tém, objawów mózgowych nie unikniemy nawet przy podwiązaniu samej tylko tętnicy szyjowej wewnętrznej, ponieważ ona jest niezbędną do utrzymania krążenia w mózgu, a więc w tych ciężkich wypadkach będziemy mieli prawo do podwiązania pnia wspólnego tętnic szyjowych, jednym ze znanych nam sposobów, gdyż operacya ta w 16 wiadomych nam wypadkach zakończyła się 10 razy wyzdrowieniem, 3 razy polepszeniem a 1 tylko raz niepowodzeniem i 2 razy śmiercią.

**Guzy gąbczaste (*tumores fungosi*).** Podwiązanie pnia wspólnego tętnic szyjowych, nieraz przedsiębrano w nadziei powstrzymania rozwoju, lub sprowadzenia zaniku guzów gąbczastych, raków unaczynionych, a nawet włókniaków, mających swe siedlisko na głowie, twarzy lub szyi. Rezultaty ztąd otrzymane nie przemawiają za tą operacyą. Zdarzyło się raz jeden, że polip noso-gardzielowy (*polypus naso-pharyngeus*), przy podwiązaniu pnia wspólnego tętnic szyjowych przez *P a r k e r'a*, zaprzestał rość i na takim samym stopniu rozwoju pozostał przez lat pięć; drugą razą *D e w a r r e* zauważał, że po podwiązaniu, guz znajdujący się na tylnej ścianie gardzieli zmniejszył się; w reszcie



pozostałych wypadków nie było powodzenia, ponieważ guzy ciągle wzrastały a zakończenia najstalsze (8 razy) choć najmniej pożądane były śmiertelne, 6 takich zejść przypisują przypadłościom mózgowym, 1 krwotokom, 1 zakażeniu ropnemu, które miało miejsce w wypadku V a n - B u r e n'a, gdy tenże jednocześnie i żyłę szyjową (*venam jugularem*) podwiązał.

Czyż nie może nas dziwić znaczna różnica, jaką pod względem częstości i niebezpieczeństwa przypadłości mózgowych, napotykamy w zejściach po operacyjnych przy tych cierpieniach, a przy leczeniu naczynek oczodołu. Pomimo małej liczby spostrzeżeń w tej mierze, powyższej różnicy, nie można brać za prosty zbieg okoliczności. Czyż nie moglibyśmy przyjąć tego przypuszczenia, że obecność guza na tętnicy oczowej, pobudzając do silniejszego krążenia, zwiększa objętość odpowiedniej tętnicy szyjowej wewnętrznej i przyczynia się do ustalenia obocznego krążenia wewnątrz czaszki, dostatecznego do odżywiania mózgu, lecz nie grożącego łatwemu wyzdrowieniu. Jest to przypuszczenie, które przytaczam z wielką oględnością, gdyż przyszłe dochodzenia anatomo-patologiczne, mogą je dopiero zatwierdzić lub odrzucić.

Bądź co bądź, podwiązanie pnia wspólnego tętnic szyjowych, powinno być zaniechane przy leczeniu guzów gąbczastych i raków na twarzy i szyi, ponieważ zostając bez stalszego wpływu na guzy, częstokroć sprowadza śmierć jako następstwo samej operacji. Nadto nie udaje się nawet z wyjątkiem wypadków krwotoku, zastąpić tej operacji podwiązaniem tętnicy szyjowej zewnętrznej, jak to miało miejsce przy naczynekach, ponieważ wstrzymanie w niej krwioobiegu, może tylko na chwilę zawiesić, ale nie wstrzyma rozwoju guzów rakowych i z tego powodu środek ten stanowczo z chirurgicznej terapii odrzucić wypada.

#### V. Podwiązanie uprzedzające pnia wspólnego tętnic szyjowych, w celu ułatwienia operacji.

Obawa ciężkich krwotoków mogących być wynikiem odjęcia guzów bardzo obficie w naczynia zaopatrzonych, albo znajdujących się w miejscach tak zwanych niebezpiecznych, skłaniała nieraz chirurgów, nawet najrzęczniejszych, do podwiązania pnia wspólnego tętnic szyjowych, przed rozpoczęciem operacji. A d e l m a n, B a r o v e r o, D e t m o l d, E a r l e, G i b s o n, L i z a r s, S e o t t, S t i d m a n, podwiązywali pień wspólny tętnic szyjowych przed wycięciem kości szczękowej górnej; A w l, E w i n g, G e n s o u l, G r a e f e, M o t t, przed wycięciem szczęki dolnej; najczęściej wykonywano podwiązanie przed i podczas operacji guzów na szyi, widzimy tu imiona: B a u e r'a, G i b s o n'a, G o o d l a d'a, L a n g e n b e c k'a, L a b a t'a, M a l g a i g n e'a, R e e s e'a, V. M o t t'a, B. M o t t'a, S e u t i n'a, V a n B u r e n'a, W a r r e n'a i S t e p h e n W i l l i a m s'a. Krwotoki powstające podczas operacji w okolicy gruczołu przyusznego (*gl. parotis*), skłoniły do poprzedniego podwiązania: B r e t h'a, C h a u m e t'a, C h a s s a i g n a c'a, C o g s w e l l'a, S. C. C o o p e r'a, F o u i l l o y, L u z e n b e r g'a, P i t h'a, R i c h a r d'a, S é d i l l o t'a, S t a u d e'a i V e r n e u i l'a, jeżeli więc do tych 45 wypadków dodamy 8 innych w których A d e l m a n postąpił tak samo przy wycięciu języka, A r e n d t, przy wycięciu guza w okolicy skroniowej, B o u y e r, przy wycięciu guza w okolicy podszykowej, F o d l i n, przy raku w migdałach, M i c h a u x, przy polipie w gardzieli, B. M o t t, przy raku oka, P a r k e r i S c h i p m a n, przy guzach twarzy, — otrzymamy sumę 53 podwizań, wykonanych po największej części przed operacją, jako środek uprzedzający krwotoki.

Czy cel poszukiwany przez tych chirurgów był osiągnięty? Należy to wyswietlić. Przed paru laty z powodu spostrzeżenia V e r n e u i l'a wspomnianego powyżej, wszczęła się bardzo interesująca dyskusja na posiedzeniu Towarzystwa chirurgicznego o ważności uprzedzającego podwiązania, i najwięcej ze wszystkich powstawał przeciw temu postępowaniu R i c h e t. Fakta znane już podówczas nauce przemawiały jednoznacznie za zdaniem R i c h e t'a, dziś zaś, gdy do nich jeszcze znaczna liczba nowych przybyła, nie



możemy już wątpić nie tylko o nieużyteczności, ale i o niebezpieczeństwie wynikającym z uprzedzającego podwiązania pnia wspólnego tętnic szyjowych.

B o u y e r, chcąc wyluszczyć guz z okolicy podszczękowej wykonał podwiązanie; objawy mózgowie, małego zresztą natężenia, zmusiły go do odłożenia tej operacji na później; po 12tu dniach przystępując do niej, znajduje krążenie wyrównanem zupełnie, nie mogąc więc użyć w tym razie noża, zmuszony się widzi do wykonania takowej za pomocą odgniecenia (*érasement linéaire*). C h a s s a i g n a c, przy wycięciu gruczolu przyusznego, znalazł się w konieczności, bez względu na podwiązany już poprzecznie pień wspólny tętnic szyjowych, podwiązać tętnicę szyjową zewnętrzną; F o u i l l o y (z Brest) pomimo podwiązania widział w opisanym przez siebie wypadku krwotok z tętnicy szczękowej wewnętrznej; R e e s e dwa razy dostrzegał podobne krwotoki i sam powstaje przeciw skuteczności uprzedzającego podwiązania; V. M o t t zauważał również w jednym wypadku bardzo silny krwotok; w drugim także z przyczyny krwotoku musiał przystąpić do podwiązania tętnic: twarzowej i językowej; nakoniec w trzecim — uciekł się do podwiązania wielkiej liczby tętniczek. P i t h a nałożył podwiązkę na 4 gałęzie tętnicy szyjowej zewnętrznej; L i z a r s, przy wypilowaniu częściowym szczęki górnej miał do czynienia z tak silnym krwotokiem, iż musiał zaniechać operacji, a C o g s w e l l pomimo uprzedzającego podwiązania, stracił chorego w dwadzieścia dni po operacji, w skutek krwotoku.

Tym sposobem w 53ch wypadkach, nie wyłączając z téj liczby kilku spostrzeżeń nieszczegółowo i bez dalszego badania opisanych, w których bardzo być może krwotoki istniały nawet podczas operacji; nie wykluczając kilku innych operacji, przy których podwiązanie miało miejsce w czasie ich trwania, widzimy 11 razy t. j. w jednym z pięciu wypadków, silne krwotoki, pomimo uprzedzającego podwiązania—ale nie tu koniec jeszoze. Bez względu na to, że w  $\frac{1}{5}$  wypadków podwiązanie okazało się bezużytecznym, 10 razy stało się ono bezpośrednią przyczyną śmierci, sprowadzając objawy mózgowie, 4 razy w postaci bezwładu połowicznego, 2 razy w postaci drgawek, 4 razy w postaci omdlenia (*syncope*), śpiączki (*coma*) i objawów zaduszenia. Jeżeli do tych 10 wypadków zakończonych śmiercią w skutek podwiązania, dodamy 11 wypadków gdzie takowe było bezużytecznym, otrzymamy *minimum* niepowodzeń 21 na 53 wypadki, czyli 41 na 100, nieco mniej od 50%.

Nie mogę nic stanowczego o ogólnej śmiertelności uprzedzającego podwiązania powiedzieć, zlewa się ona bowiem ze śmiertelnością operacji, przed, lub w następstwie których było wykonanem. Musi ona być jednak znaczną, gdyż w tych razach dwa niebezpieczeństwa występują naraz; jednakże z 47miu spostrzeżeń, których zejścia są nam wiadome, znajdujemy 35 wyzdrowień i 12 śmiertelnych zakończeń; lecz szczególnież zwraca na siebie uwagę ten fakt, że z 12 zejść śmiertelnych, 10 razy były one bezpośredniem następstwem podwiązania.

Operacje uprzedzające w  $\frac{1}{5}$  wypadków mogące zakończyć się śmiercią, powinny być z szczególną oględnością przedsiębrane; gdy się zastanowimy nadto, że takowe w jednym z 5 wypadków są nie użyteczne, to przy dzisiejszym postępie chirurgii, który zmniejszył obawę krwotoków nie znajdziemy zasady do wykonywania uprzedzającego podwiązania pnia wspólnego tętnic szyjowych. Gdyby zaś krwotok zagrażał życiu chorego, lub był zanadto gwałtownym i przeszkadzał wykonaniu operacji, potrzeba uciec się do podwiązania tętnicy szyjowej zewnętrznej a to jeszcze tem bardziej z tego powodu, że zwrotne krążenie współpracujące, przychodzące do skutku za pośrednictwem tętnicy szyjowej wewnętrznej, zabezpieczy tym pewniej od krwotoków, gdy boczne krążenie współpracujące odbywać się będzie tylko mogło za pomocą dwóch końcowych gałęzi tętnicy szyjowej zewnętrznej, a droga ta jest daleko węższą od téj którą przedstawia szerokie połączenie się 2ch tętnic szyjowych wewnętrznych.

## VI. Podwiązanie w skutek epilepsyi i chorób nerwowych.

Podwiązanie pnia wspólnego było wykonywane w licznych wypadkach epilepsyi i chorób nerwowych. L i s t o n, w roku 1817 będąc wezwanym do pewnej pani, 24 lat



liczącój, cierpiącój bez chwilowej nawet ulgi, pomimo rozmaitych środków lekarskich, na bóle gwałtowne w okolicy twarzy i w jednej połowie głowy, a widząc że naciśnięcie pnia tętnic szyjowych sprawiało znaczną ulgę chorój, postanowił wykonać podwiązanie. Nastąpiło chwilowe polepszenie, lecz bóle wkrótce na nowo wróciły.

Preston, Becton, Brown, Mac-Clellan, Parker, próbowali lecz bezskutecznie, podwiązania pnia wspólnego tętnic szyjowych przy epilepsyach; Nussbaum wykonał także podwiązanie raz przy neuralgii i 3 razy przy bólu twarzy. Preston (z Kalkutty) używał tegoż sposobu leczenia nie tylko przy epilepsyach, lecz nawet przy bolesnym bezwładzie połowicznym. Trzy razy podwiał jedną tętnicę szyjową; raz nie uląkł się nałożyć podwiązki na oba pnie tętnicze. Podobny sposób postępowania powinien być wzbronionym, jest bowiem nader niebezpiecznym i żadnej korzyści leczniczej nie przynosi.

Jednakże taki sposób leczenia, zanadto może radykalny, nie wyda się nam tak nadzwyczajnym, gdy wspomnimy że nacisk na pień wspólny tętnic szyjowych był nieraz w tym samym celu stosowany. Dr. Caleb Parry uciekł się do tego środka w manii, zawrocie głowy (*vertigo*), katalipsy, drgawkach, hysterii (*Duncans Medical Comment, t. XIII, pag. 423*). W 1812 r. Chisholm sądził nawet iż wyleczył tym sposobem pewnego chorego na pomieszanie (*Medical and Phys. Journal, t. IV, pag. 348*). Bland użył tegoż środka z powodzeniem u dwojga dzieci w wypadku śpiączki (*coma*), wywołanej napływem krwi do mózgu (*Med. chir. quart. Journal, t. I, pag. 498*). Dechany (z Anvers), uspokajał w ten sposób neuralgie (*Soc. des méd. d'Anvers, 1845*), a Stroheli drgawki hysteryczne i napady epilepsji (*Arch. gén. de médecine, mars 1841*), etc.

#### VII. Obustronne podwiązanie pniów wspólnych tętnic szyjowych.

Udało mi się zebrać 23 spostrzeżenia, w których obustronne podwiązanie tętnic szyjowych miało miejsce. Mott podwiał te dwie tętnice na jedném posiedzeniu: chory wpadł natychmiast w śpiączkę a po paru godzinach umarł. W innych wypadkach upłynął dłuższy lub krótszy przeciąg czasu pomiędzy podwiązaniem jednej strony a drugiej: pięć dni dla chorego operowanego przez Dra Ellis'a, trzydzieści ośm lat dla operowanego przez Dupuytren'a w 1819, a przez Roberta w 1857 roku.

Key, w jednym wypadku gdzie podwiał prawy pień wspólny tętnic szyjowych, z powodu tętniaka na tętnicy bezimiennój, widział występujące objawy mózgowie natychmiast prawie po operacji. W półtorej godziny po operacji chora jego 61szy rok życia licząca, zdawała się drzemać; lecz przekonano się niebawem że drzemka ta była śpiączką, która we 4 godziny zakończyła się śmiercią. Przy sekcji znaleziono zmiany, które bardzo łatwo tłómaczyły śmiertelne zakończenie w tym razie: lewy pień wspólny tętnic szyjowych łączył się z aortą za pośrednictwem otworu, w który zaledwie koniec małego lancetu możnaby zmieścić. Tętnice kręgowy przedstawiły się zupełnie normalnie.

Wypadek ten można rzędem postawić z spostrzeżeniem Motta i uważać że śmierć w tych 2ch razach nastąpiła z braku krwi w mózgu (*anaemia cerebri*), w skutek nagle wstrzymanego krążenia; możnaby ztąd wnosić, że podwiązanie dwóch pniów tętnic szyjowych, nie jednocześnie nawet, lecz w pewnych odstępach czasu, powinno być towarzyszone ciężkimi objawami mózgowymi. Jednakże tak nie jest: Ellis (z Michigan), podwiał w odstępie czasu pięciodniowym, pień prawy i lewy tętnic szyjowych, w celu powstrzymania krwotoku przy ranie postrzałowej.

Mussey w jedenasto dni po podwiązaniu pierwszego pnia, wykonał drugie podwiązanie, lecząc w ten sposób guz naprężny na skórze czaszki, pokrywający prawie całą głowę. Po podwiązaniu drugiego pnia, chory sam się ubrał i powrócił bryczką do domu.

Obustronne podwiązanie pniów tętnic szyjowych było wykonane w następnych odstępach czasu: w pięć dni (Ellis), w sześć dni (Williams), w trzynasto dni



(M u s s e y), w siedemnaście dni (W e b e r), we dwadzieścia dwa dni (B l a c k m a n), po upływie 1go miesiąca (M u s s e y, P a r k e r, W a r r e n), dwóch miesięcy (K u b l), czterech miesięcy (M o e l l e r), pięciu miesięcy (W o o d), po sześciu miesiącach z połową (C a r n o c h a n), po ośmiu miesiącach (R o b e r t), po roku (U l l m a n n), po pięciu latach (B u e n g e r), po sześciu latach (R o d g e r s i V a n B u r e n).

Najwięcej godnym uwagi jest to, że wielu chorych wyzdrowiało po tej tak ciężkiej operacji, nie przedstawiając żadnych przypadłości; lecz jeszcze dziwniejszym jest wyzdrowienie tych chorych, którzy po pierwszym podwiązaniu doznali ciężkich objawów mózgowych.

Rozwój naczyń współniczących może nam te zagadki wytłómaczyć, rozwój ten stwierdzono przy sekeyach tych chorych, którzy w dość długim po operacji czasie umarli. Fakta te bliżej starałem się orzec w mej pracy: o przypadłościach mózgowych, następujących po podwiązaniu pnia wspólnego tętnic szyjowych, w tém streszczeniu nie miejsce szeroko się o tém rozpisywać. Miałem tu bowiem zamiar przedstawić tę operację ze względu tylko na jej znaczenie terapeutyczne i z tego powodu posługiwałem się obserwacyami w tym celu zebranemi, z których wypada, że podwiązanie pnia wspólnego tętnic szyjowych powinno być zastępowane, zawsze, gdy do tego nadarzy się okoliczność, przez podwiązanie tętnicy szyjowej zewnętrznej i że jeżeli podwiązanie pnia wspólnego jest operacją rzadką, to takowa jeszcze rzadszą stać się powinna, tak wskutek niebezpieczeństwa jakie za sobą pociąga jak i z przyczyny swój bezskuteczności, daleko częstszej jakby się tego spodziewać można było, sądząc z kilku szczęśliwych faktów, znanych i powtarzanych przez wszystkich. M. L.

(Gazette hebdomadaire Nr. 28, 30 et 35, 1868).

### Dławiec (*croup*), błonica (*diphtheritis*), niby-dławiec (*pseudo-croup*) i pokrewne cierpienia gardzieli i krtani.

Podług wykładów klinicznych Prof. O p p o l z e r'a w Wiedniu (Wiener med. Wochenschrift Nr. 72 i dalsze)

(Ciąg dalszy \*).

Jeżeli jednak choroba na lepszą nie przechyla się stronę, ale raczej, co niestety przy krupowej formie zapalenia krtani nader bywa częstym, ku złemu skłania się zejściu— zmienia się wtedy obraz choroby. W niektórych wypadkach wciąż wprawdzie dostrzegamy remissyę, ale w samych napadach widać wyraźne pogorszenie. Zarumieniona twarz dziecka blednie; wargi tracą barwę; oko, które dotąd trwożnie spoglądało wokoło, przybiera wyraz senny; nie rzadko przychodzą dobrowolnie wymioty, podczas gdy podane środki wymiotne pozostają bez skutku, a dziecko staje się nieczulem na gorczyzniki i drażnienia skórne. Oddechane okazuje się wtedy prawie zupełnie przytłumionem, przejście powietrza przez drogi oddechowe jest dzwięczne, rżące; dziecko najokropniej walczy z zatchnieniem; wznaga się bezgłos, niespokojność i trwoga. Później oddechane staje się powierzchownem, a z niem znika częstokroć świszczący ton podczas wdychania, dziecko leży wyczerpane, cicho majacząc; zdaje się że objawy dławca ustąpiły, że dziecko niema duszności, dopóki nie zacznie wdychać głęboko, bądź to mimowolnie, budząc się ze snu, bądź to przy kaszlu; wtedy zamyka się głosnia, a dziecko będąc w niebezpieczeństwie uluszenia, zrywa się, opiera rękami o łóżko, rzuca

\*) Patrz Nr. 23 Gaz. Lek.



w okół rozpaczliwe wejrzenia, czyni na nowo gwałtowne wysiłki wdechania, wreszcie upada napowrót wyczerpane i znowu popada w półsenność, poczem jednak nagle, wśród ponowionego łagodnego zupełnie napadu umiera. Podczas téj walki nie rzadko śluz ciągnący się obficie z ust wypływa, albo je tylko wypełnia.

Zmiany zachodzące w stanie ogólnym dziecka podczas dalszych okresów przebiegu dławca, odniesione być muszą, jak słusznie utrzymuje Niemeyer, do ogólnego zatrucia krwi kwasem węglowym, a niebezpieczeństwo jakie choroba ta sprowadza, pochodzi przedewszystkiem z przesyecenia krwi tym gazem.

Przepełnienie mózgu i jego opon krwią, w żadnym razie nie może służyć za źródło do wyprowadzenia sobie opisanych przypadłości, jak to pospolicie przyjmują; tem bardziej że dzieci dławcem dotknięte nie przedstawiają siniego wejrzenia, jeżeli tylko nie kaszlą, a przytem nie uciskają zawartości klatki piersiowej i nie tamują odpływu krwi z żył szyjowych. Wszystkie dzieci dotknięte dławcem, dopóki tylko wdechanie jest utrudnionem, muszą być blade; i są takimi rzeczywiście, dopóki z przychodzącym porażeniem serca, tętnice coraz bardziej opróżniają się, a żyły przepelniać nie złączą i nie nadadzą bladym warstwowi siniego odcienia.

Ponieważ nadto wymiana gazów w płucach polega przeważnie na odnawianiu się powietrza w pęcherzykach płucnych; ponieważ krew pod tym tylko warunkiem oddaje kwas węglowy a przybiera tlen, że powietrze zawarte w pęcherzykach jest uboższe w kwas węglowy a w tlen bogatsze, przeto koniecznym następstwem niedokładnego oddychania, niedokładnego odświeżania się powietrza pęcherzyków płucnych w dławcu, być musi to, że kwas węglowy, nieustannie wytwarzający się we krwi nie może z niej wystąpić do powietrza pęcherzyków, i tak już tym gazem nasyconego. Opisane objawy są zupełnie także same jakie występują, gdy człowiek oddycha czadem węglowym. W dławcu, zatrąwa go kwas węglany w samym organizmie wytworzony, gdy tam trucizna wdechaną zostaje z powietrzem do oddechania służącym.

W przeważnej liczbie wypadków, w razie śmiertelnego zakończenia choroby, przychodzi śmierć wśród opisanych przypadłości, skutkiem zwolna wykształcającego się ogólnego porażenia w następstwie zatrucia kwasem węglowym. W rzadszych tylko razach przystęp powietrza do płuc nagle zostaje powstrzymanym przez oddzieloną błonę, która wstawia się przed głośnię, skutkiem czego szybko następuje śmierć przez zaduszenie.

Wielkiej wagi jest szczegółowy rozbiór pojedynczych objawów, jakiemu poddali je Barthez, Rilliet i Wilson.

Kaszel uważanym jest przez Wilsona za pierwszy, a do pewnego stopnia nawet za zapowiedni objaw dławca, gdy tymczasem według Barthez'a i Rilliet'a nie ma on stale zapowiadać wystąpienia tej choroby, ponieważ autorowie ci utrzymują iż widzieli go dopiero w 3 do 6 dni po wystąpieniu objawów gorączkowych. Nasze spostrzeżenia pod tym względem popierają zdanie Wilson'a; bowiem w większej części obserwowanych przez nas wypadków, dzieci zupełnie były zdrowe aż do pierwszego napadu dławca; zupełnie a czasem nadmiernie wesołe wieczorem, z apetytem zjadłszy swą wieszę, kładły się do łóżka, i nagle w nocy budził je charakterystyczny napad kaszlu. W rzadkich tylko wypadkach poprzedzało go kilkodniowe rozstrojenie i lekka gorączka. Z drugiej jednak strony, prawdą jest, że przy zapaleniu gardła błonicowem (*Angina diphtheritica*) kaszel przyjszo może dopiero w 3—6 dni po wystąpieniu objawów gorączkowych; że zaś Barthez i Rilliet, z większą częścią francuzkich autorów, uważają to cierpienie za identyczne z dławcem krtaniowym, łatwo więc błąd ten zatrzymać mogli.

Trudno dokładnie opisać ten kaszel, który w tonie swym ma coś właściwego. Jurin o określa go bardzo dobrze jako ochrzypły i pusty. W innych razach jest on głęboki, jakby przytłumiony, i podobny do szczekania psa, lub piania koguta. Kaszel przy pierwszym swym pojawieniu się jest krótki, częsty, suchy, ochrzypły; później, krótko przed fatalnym końcem, ochrzypły i jakby stłumiony. Im wydatniej cechy te występują, tem większe prawdopodobieństwo iż dławiec rozwinie się z znacznym natężeniem.

Śmier, jaki powoduje wytępienie stanowiące kaszel, różni się od idącego po niemi świsu, powstającego podczas wdechania.



Napady kaszlu występują jużto częściej, już rzadziej, nigdy przecież nie brakuje ich w dławcu, jak to podawano. Przestach, wzruszenie, ruchy dziecka, wywołują napady. Zauważono też, że kaszel był częstszym, skoro chorzy leżeli na wznak z głową nisko umieszczoną, niż wtedy gdy stali lub siedzieli. Kaszei zaczyna znikać, gdy choroba dąży do fatalnego kresu; staje się zaś częstszym, wilgotnym i do zwykłego nieżytego podobnym, gdy choroba na dobrą przechyla się stronę.

Świst krtaniowy, jak słusznie zauważył *Jurrie*, daje się obserwować podczas napadu kaszlu. Niekiedy bywa on też między napadami, oraz podczas wdychu i wydechu. Często świstu nie dostaje zupełnie, a szmer wywołwany oddechaniem takich chorych bywa to ochryply, to chrapliwy, to ostry, to znowu zauważyć można wilgotne rżenie podobne do napotykanego przy konaniu. Świst krtaniowy powstaje w zwykłych razach, w późniejszym dopiero okresie dławca, a stale, dopiero po wystąpieniu kaszlu. Często też znika i pojawia się kilkakrotnie. Znika po silnym napadzie kaszlu, po wyrzuceniu błon fałszywych.

Głós idzie zawsze równolegle z kaszlem. Zmiany jakich ten ostatni doznaje, odnoszą się także do pierwszego, chociaż prawdziwy bezgłos nie jest jeszcze najgorszym znakiem.

*Wilson* jako też i my mieliśmy sposobność zauważyć, że już w drugim dniu choroby bezgłos był zupełny, a jednak następnego dnia głos powrócił znowu. Zmiana w głosie często też cechuje początek dławca. *Barthez* i *Rilliet* jakoteż *Hache* w wielu wypadkach spostrzegali zwykłą chrypkę bez kaszlu i bez gorączki, jako pierwszy z występujących objawów. Jest więc głos początkowo ochryply, jak to też bywa i przy innych cierpieniach zapalnych krtani a nawet przy prostym nieżycie krtaniowym. Dopiero później nabiera on właściwego tonu dławcowego, a mianowicie właściwego chrapliwego dźwięku, który później w zupełny przechodzi bezgłos. Mimo to zdarzyć się może, że bezgłos ten znika znowu; ma to miejsce wtedy mianowicie, gdy błony fałszywe zostaną wyrzucone. Ale też i nie zawsze następuje bezgłos zupełny; owszem, obserwowaliśmy w ciężkich bardzo wypadkach, że głos pozostawał ostrym, niekiedy metalicznie dźwięczącym i szepejącym lub ochryplym, a międzytem znowu piszczącym i piejącem.

Wyrzucanie błon fałszywych jest objawem, wielkiej wagi. Gdy ono ma miejsce, niemoże być już wątpliwości co do natury choroby. Zwykle po zruceniu takich błon następuje ulga; dzieci oddechają swobodniej, głos ich staje się nieco czystszy, i okazują znowu nieco wesołości i chęci do zabawy. Przecież nie trzeba dać się złudzić temi objawami, tyle na pozór przyjaznymi, i nie przechylać się na stronę lepszego rokowania. Zdarzały nam się wypadki, gdzie zrucane były znaczne masy błon fałszywych, i wielka po tej sprawie następowała ulga, lecz już pierwszój następnój nocy wróciły niewątpliwe oznaki nowego tworzenia się błon fałszywych w krtani, z nader groźnymi napadami duszności połączone, którym dzieci ulegały. Bez względu na to, nie możemy przecież zaprzeczyć, że w większej części wypadków, po wydaleniu błon fałszywych, następowało dość prędkie nawet wyzdrowienie. Zwykle wyrzucanie błon fałszywych wtedy uważać można za znak przyjazny, póki nie przyszło jeszcze do znaczniejszych zaburzeń w wytwarzaniu krwi, gdy nie wystąpiły jeszcze objawy stopienia skutkiem zakłóconego ukrwienia i nie wznowiło się wytwarzanie błon, co zwykle bardzo szybko dzieć się zwykło.

Ból w krtani nie jest stałym. Oddechanie zawsze prawie jest utrudnione, a trudności oddechowe są albo ciągle, albo też przychodzą w napadach. Wdechania stają się zwykle częstszymi. Oddechanie jest bolesne, brzusne, głębokie, pospolicie w nocy bardziej utrudnione niż we dnie.

W nieregularnych odstępach czasu przychodzą napady zatchnienia, niekiedy same przez się, w innych razach wywołane kaszlem, zmianą położenia, lub też prostem wzruszeniem umysłowem. Napad rozpoczyna się gwałtownem przygnębieniem dziecka; fizjonomia jego wyraża pewien niepokój, zaczyna się ono rzucać; duszność jest gwałtowna, oddechanie chrapliwe, a uduszenie pod wpływem najokropniejszej obawy zagraża w każdej chwili życiu dziecka. Daremnie przechyla w tył głowę by przedłużyć tchawicę i szerszą drogę powietrzu zapewnić; szyja nabrzmiwa, tętno staje się słabem i przerywanem, oczy



zdejają się zapadać w głąb oczodołów, ciało zimnym pokrywa się potem. W napadzie z atchnienia dziecko zrywa się nagle, wzrok jego wyraża najwyższą trwogę, nozdrza rozszerzają się, twarz obrzmiewa i sinieje; gałki oczne zwrócone to na prawo, to na lewo, są niekiedy konwulsyjnie skierowane ku górze; tułów podaje się ku przodowi a ramiona wyciągają się. Przy dłuższym trwaniu napadu wdechania stają się powolniejszymi; mały chory zbiera wszystkie siły by zachwycić powietrza, kończyny ziębną, tętno coraz słabnie i grozi zaduszenie. Napad taki trwa kilka minut, aż do kwadransa, rzadko pół lub całą godzinę; skończyć się on może mniej lub więcej obfitą expectoracją i pociąga za sobą nadzwyczajną apatyę i wyczerpanie.

Takim jest obraz napadu dosięgającego najwyższego stopnia, nader wiernie i zręcznie skreślony przez Jurin'a.

Nie zawsze przecież napadom tak okropne towarzyszą objawy. Niekiedy uwydatnia się on tylko obawą i niespokojnem rzucaniem się. Im dłużej wszakże napady takie trwają i im częściej się powtarzają, tem większe jest niebezpieczeństwo. Wszelako nawet po opisanych wyżej tak okropnych napadach, zdarzało nam się widzieć dzieci przychodzące do siebie; to też w takich wypadkach zupełna utrata wszelkiej nadziei nie znajduje usprawiedliwienia.

O s l u c h i w a n i e i o p u k i w a n i e w początkach choroby nie dostarcza nam żadnych danych, przecież pod koniec choroby obie te metody są ważne, o ile niespokojność, obawa i drażliwość dziecka dozwala dokładnego badania.

Zapomocą osłuchiwania można wtedy rozpoznać obecność we wnętrzu krtani błony fałszywej wibrującej, a łącznie z opukiwaniem da nam ona pojęcie o stanie i sposobie zajęcia płuc, co ze względu na leczenie, nieocenioną jest ważności. Szczególną wartości jest znak, na który W i l s o n już zwrócił uwagę. Mówi on mianowicie: na wysokości choroby niekiedy prawdziwie użytecznym być może uważanie na stopień zapalania się odstępów nadobojczykowych i międzyżebrowych; pierwszych, osobliwie podczas wdechań. Jest to dla nas pewnym znakiem, że w tym samym stosunku w jakim następuje to zapadanie się, przeszkoda oddechowa tkwi głównie w krtani, zaś same płuca są dość swobodne i zatrzymały w zupełności albo przynajmniej w wysokim stopniu swą zdolność kurczenia się i rozciągania.

N a b r z m i e w a n i a g r u c z o ł ó w s z y j o w y c h stale występującego przy błonicowym zajęciu gardła (*Angina diphtheritica*), w dławcu krtaniowym brakuje.

G o r ą c z k a bywa prawie zawsze w dławcu, mianowicie w późniejszych jego okresach; nigdy przecież nie bywa bardzo gwałtowną, ciepłota nie tak paląca i tętno nie tak przyspieszone jak przy błonicy lub ostrem zapaleniu płuc.

Przy wykształconym już dławcu — twarz, wargi a niekiedy i kończyny są sine, — znak niezawodny upośledzonego ukrwienia i utrudnionego krążenia w naczyniach włosowatych.

R o z p o z n a n i e. Pomimo tak charakterystycznych objawów których zbiór zestawiliśmy, rozpoznanie dławca nie jest bez trudności, bowiem i innym cierpieniom krtani towarzyszą zupełnie podobne przypadłości.

Jednym z najczęstszych cierpień zamienianych z dławcem, jest zwyczajne nieżytowe zapalenie krtani (*Laryngitis simplex, catarrhalis*), które też z tego powodu oznaczono mianem niby-dławca lub dławca fałszywego (*Pseudo croup*). Przy nieżytowym zapaleniu krtani kaszel również ma podobieństwo do szczekania, jak w prawdziwym dławcu; głos jest również ochryplym; — niema przecież błon fałszywych w krtani i tchawicy, a ztąd i objawów duszenia, jakkolwiek i przy nieżycie krtaniowym nie rzadko spostrzegać można napady atchnienia. Głównem kryterium dla tego ostatniego jest to, iż przy stosownem leczeniu w krótkim czasie przebiega bez niebezpieczeństwa, bez wykasływania żadnych błon.

Lecz nie tylko wspomniany nieżyt krtaniowy oznaczanym bywa nazwą niby-dławca, i daje powód do zamiany z prawdziwym dławcem, lecz także i chorobie zwaną przez dawnych *Asthma Millari*, przez nowych zaś *Laryngitis stridulosa*, *Angina stridulosa*, *Laryngitis spasmodica*, *Spasmus glottidis*, *Laryngismus stridulus*, taż sama nazwa nadawaną bywa.



*Laryngismus stridulus* odróżnia się od prawdziwego dławca tem, że pierwszy stanowi samodzielną chorobę nerwów: błędnego i wstecznego, która, jak większa część neuroz, przebiega z pojedynczemi napadami, paroxyzmami i zupełnie wolnemi przerwami. W samym napadzie patognostycznym jest nagle, gwałtowne zawieszenie oddychania, mogące potrwać kilka minut, dopóki powietrze nie będzie w stanie wejść lub wyjść przez zamkniętą dotąd zupełnie, a teraz wciąż jeszcze zwężoną głośnię.

Najbardziej zbliżoną pod względem objawów do dławca jest puchlina głośni (*Oedema glottidis*), która też w piwskiej chwili łatwo z nim zamienionaby być mogła. Przecież różnią się one między sobą istotnie; dławiec bowiem: 1<sup>o</sup> zdarza się prawie wyłącznie u dzieci, zaś puchlina głośni prawie wyłącznie u dorosłych; 2<sup>o</sup> dławiec spostrzeganym bywa prawie zawsze u indywiduów przedtem zdrowych, zaś puchlina głośni zwykle u takich indywiduów które cierpią już na ostre lub przewlekłe choroby krtani, tyfus i t. p. 3<sup>o</sup> niekiedy widzieć można obrzmiałą głośnię jako czerwonawe gruszkowate zgrubienie po za nasadą języka.

Najczęściej przeciw dławiec krtaniowy zamienianym bywa z błoniciowem zapaleniem błony śluzowej gardła do czego przyczyniają się głównie błędne poglądy niektórych, mianowicie francuzkich lekarzy, którzy obie te choroby uważają za tożsame. Nie jest tak przecież w rzeczywistości; i nietylko zachowanie się anatomiczne obu tych chorób różni się w swój istotcie, lecz i pod wszelkimi innymi względami tak istotna panuje między niemi różnica, że uważać je musimy jako specjalnie zupełnie różne sprawy patologiczne.

Dławiec wywoływany, bywa tak przez stosunki klimatyczne jak przez pory roku i stan powietrza; błonica tyle jest niezależną od stosunków klimatycznych, ile epidemiczne jej występowanie od pory roku i stanu powietrza. Dławiec nigdy nie panuje epidemicznie; błonica rzadko bardzo występuje sporadycznie, prawie zawsze epidemicznie. Socjalne stosunki higieniczne nie mają wpływu na powstawanie dławca, gdy tymczasem wilgoć gruntu, nieczystość, niedostateczny przewiew, przedudnienie i t. p. momenta sprzyjające gromadzeniu się gnijących pierwiastków, są równego znaczenia dla powstawania błonicy jak dla wszelkich innych chorób zymotycznych.

Dławiec zdarza się prawie wyłącznie w wieku dziecięcym, do 7—10 mniej więcej roku; błonica jest chorobą zarówno dziecięcemu jak i dojrzałemu wiekowi właściwą. Dławiec jest cierpieniem czysto miejscowem, zabijającym tylko przez zaduszenie, błonica zaś, miejscowym wyrazem specyficznego ogólnego cierpienia, które również często przez ogólne zatrucie jak i przez miejscowe zajęcie sprowadza niebezpieczeństwo a nawet fatalny koniec choremu. Zaraźliwość dławca nie jest dowiedziona, gdy tymczasem błonica jest chorobą niewątpliwie zaraźliwą. (*Dokończenie nastąpi*).

## Wiadomości bieżące.

— Lekcja wstępna Prof. Dra Laskowskiego w Paryżu. W Nrze 22-gim Gaz. Lek. podaliśmy wiadomość o mianowaniu Dra Laskowskiego, ucznia naszej szkoły, Professorem anatomii w Paryżu. Dzisiaj śpieszymy podzielić się z czytelnikami naszymi, tém miłym wrażeniem, jakie szanowny Professor wywarł na słuchaczy paryżkich pierwszą swoją prelekcją. Oto co pisze w tej rzeczy nasz współpracownik Dr. T. Żuliński:

Dnia 26-go listopada w jednym z amfiteatrów szkoły praktycznej w Paryżu p. Dr. Zygmunt Laskowski miał pierwszy wstępny odczyt z anatomii.

„Wierny sztandarowi szkoły (praktycznej), w której wykładał, mówił szanowny prelegent, trzymać się będę w odczytach swych praktycznej ściśle strony. Nie teorye anatomo-histologiczne zajmować nas tu będą, ale praktyczne zapoznanie słuchaczy z budową organizmu ludzkiego, której świadomość stanowi podstawę umiejętności lekarskich.”



Pierwszą tę prelekcję poświęcił Dr. Z. L a s k o w s k i wstępny wiadomościom z anatomii i podziałowi umiejętności tej, którego w wykładach swych następnych trzymać się zamierza.

Znajomość przedmiotu, wykład jasny, język czysty i organ głosu donośny, stanowią niemalą zaletę wykładającego. Licznie też zebrani słuchacze, grzmiącymi oklaskami pożegnali szanownego prelegenta, gdy zeszedł z katedry.

Z tego cośmy słyszeli na pierwszym wykładzie Dr. Z. L a s k o w s k i e g o, rokujemy mu świetną przyszłość w zawodzie nauczycielskim.

Znana zaś jego metoda konserwacyjna\*), która dziś tyle narobiła mu rozgłosu w świecie lekarskim, niemalą, spodziewamy się, będzie zachętą dla studentów medycyny uczenia się anatomii przy jego wykładach. Świeże i miękkie bowiem preparata nieposiadające żadnej nieprzyjemnej woni, wiele ułatwiają i zachęcają lekarzy i studentów do głębszych i sumienniejszych badań anatomicznych.

Na przedstawienie Dr. S a p p e y'a, Prof. tutejszej szkoły medycznej, metoda Dr. Z. L a s k o w s k i e g o znajdzie już od r. b. zastosowanie w amfiteatrach anatomicznych.

Z Ameryki, Anglii i Hiszpanii otrzymuje wciąż zamówienia Dr. Z. L a s k o w s k i o dostawę do muzeów anatomicznych pewnych kolekcji preparatów, odrobionych i zachowanych wedle jego metody.

Z wielką przyjemnością dzielimy się z wami temi pochlebnemi wiadomościami o Dr. L a s k o w s k i m, który stając tu na Paryżkiej katedrze anatomii, nie tylko, że nie zapomina, ale szczerzy się tém, że jest uczniem Warszawskiej szkoły lekarskiej.

Tak więc dwóch już mamy polskich przedstawicieli na katedrze w tutejszym fakultecie lekarskim.

— W dniu 7 b. m. odbyło się 49te posiedzenie oddziału chirurgii, okulistyki i syfili-dologii Tow. lek. War., na którym: 1) Prof. G i r s z t o w t przedstawił dwie chore, z których jedną w dniu 31 października b. r. wykonał w swój klinice rezekcję prawej szczęki górnej, drugą zaś w dniu 18ym tegoż miesiąca zrobił operację przepukliny pachwinowej (*herniotomia*). U pierwszej z nich (M. G., dziewczynka, lat 10), powodem do operacji była zgorzel szczęki, rozwinięta w następstwie zapalenia okostnej; chora ta pod tym względem zasługuje na uwagę, że części miękkie, pokrywające szczękę od wewnątrz czyli z jamy ust w czasie operacji nie były na środkowej linii przecięte, ale zaczynając od wewnętrznego brzegu zębodołowego szczęki od kości oddzielone a po wypilowaniu szczęki brzeg ich został zszyty z dziąslami od zewnątrz kości pokrywającymi, przez co sklepienie podniebienia w całości zachowane, a zatem i otworu łączącego jamę nosa z jamą ust unikniono; tym sposobem operowana polyka doskonale i mowę ma zupełnie nie zmienioną, a prócz tego rysy twarzy żadnego prawie niepodobnienia nie przedstawiają. Druga operowana P. F., staruszka 82 lat, miała uwięzioną przepuklinę pachwinową jelitno-kaldunkową (*entero—epiplocele*); po otwarciu worka przepuklinowego okazało się, że kaldun (*omentum*), znajdujący się po za obrębem kanału pachwinowego był zgangrenowany, kiszka zaś, jakkolwiek barwa jej była zmienioną, cech zgorzeli właściwych nie miała. Kiszka przeto została odprowadzoną do jamy brzusznej, część zaś zgangrenowaną siatki brzuchowej wycięto, resztę zaś jej wszyto pomiędzy brzegi rany szwem głębokim. Brzegi rany przez bezpośrednie sklejenie nie zrosły się, błona siatkowa na większej jeszcze przestrzeni zgangrenowała się, a obok tego zapalenie tkanki łączno-tłuszczowej podskórnej i między mięśniowej (*phlegmone*) rozwinęło się, a w dniu 27 października w ranie ukazały się *foeces*, co było dowodem, że i przedziurawienie kiszki nastąpiło (*anus contra naturam*), otwór jednak był niewielki, część bowiem kału odchodziła

\*) Szczegółową wiadomość o konserwowaniu preparatów anatomicznych sposobem Prof. L a s k o w s k i e g o podamy w jednym z przyszłych numerów Gaz. Lek.



przez odbytnicę. Wszystkie te zawikłania szczęśliwie usunięte zostały: *phlegmone* ograniczyło się, rana stopniowo się zwężała, a po zastosowaniu nacisku i otwór przetoki kałowej w połowie listopada zupełnie zarósł. 2) Dr. T a b a e z y Ń s k i przedstawił chorego mężczyznę, 30 lat, któremu wykonał operację *curae radicalis herniae inguinalis* sposobem Prof. G e r d y *per invaginationem scroti*. Jakkolwiek z początku zdawało się, że kanał pachwinowy zamkniętym został, po jakimś jednak czasie kiszka na powrót wychodzić zaczęła. Ponieważ chory ma stałą chęć pozbycia się przepukliny, przeto Dr. T a b a e z y Ń s k i postanowił powtórnie jeszcze wykonać tę operację sposobem M o e s n e r'a lub R o t h m u n d a, po zastosowaniu których Prof. G i r s z t o w t miał kilka przypadków zupełnego uleczenia przepuklin pachwinowych. Następnie Dr. T a b a e z y Ń s k i przedstawił mężczyznę, któremu z zupełnym powodzeniem wykonał częściową rhyoplastykę z powodu zniszczenia końca nosa przez nowotwór wilkiem (*lupus*) zwany. 3) Dr. J o d k o, docent oftalmologii, przedstawił dwóch chorych *cum ectropio palpebrarum*, z których jednemu zrobił już operację na powiece dolnej lewej sposobem S a n s o n'a, z dobrym skutkiem, co do drugiego zaś zasięgał rady u kolegów względem sposobu operowania i sam swoje myśli w tej rzeczy wyłożył. Następnie okazał zwapniałą soczewkę, którą w przed dniu posiedzenia wyjął 27-letniemu mężczyźnie. Operacja ta pod tym względem zasługuje na uwagę, że soczewka przed operacją znajdowała się w komórcie przedniej oka (*luxatio lentis in cameram anteriorem*), skoro jednak zachloroformował chorego celem zapobieżenia wylaniu się ciała szklistego i uniósł głowę chorego dla wygodniejszego położenia w czasie operacji, soczewka sama przez się napowrót zajęła zwykle swe siedlisko (*repositio lentis spontanea*), co jednak wykonania operacji bynajmniej nie utrudniło. 4) W końcu Prof. G i r s z t o w t opowiedział o rezultatach stosowania kwasu karbolowego przy opatrunku powierzchni ropiejących (*methodus antiseptica*). Jakkolwiek już od roku używa w swęj praktyce chirurgicznej kwasu karbolowego, były to jednak przypadki pojedyncze, z których o skuteczności tego środka stanowczych wniosków stawiać nie można było. Obecnie z powodu panującej z g o r z e l i s z p i t a l n e j (*gangraena nosocomialis*) zastosowanie kwasu karbolowego przeprowadził na wielką skalę i nie tylko wypróbował działanie tego środka przy złamaniu powikłaném kości, leczeniu ropni, jak to zalecał L i s t e r, ale nadto przy zapaleniu tkanki łączno-tłuszczowej podskórnej (*phlegmone*), przy ranach po amputacjach i rezekcjach, na wrzodach, słowem na wszystkich dostępnych ropiejących powierzchniach i wszędzie skutku dobrego temu środkowi odmówić nie może. Prof. G i r s z t o w t używa kwas karbolowy w trzech formach: 1) *solutio aquosa acidi carbolicum* ( $\overline{5}$ j acidi carb. na  $\overline{5}$  IV aq. dest), 2) *oleum carbolicum* ( $\overline{5}$ j acidi carbol. na  $\overline{5}$  IV olei lini cocti) i 3) *pasta carbolica* (*olei carbolicum*  $\overline{5}$ j, *cretae albae tritae q. s. ut fiat pasta, quam extende supra stanniolum*). Szczegółowe sprawozdanie o użyteczności tego środka złoży na jedném z przyszłych posiedzeń: obecnie tylko oświadczą, że dotychczasowe postrzeżenia pozwalają kwas karbolowy uważać jako środek: 1) wstrzymujący rozpad materji i zgniliznę, 2) zmięszający ropienie na powierzchniach owrzodzonych; 3) nie wywołujący bólu, owszem nawet znieczulający (*anaestheticum*); 4) jakkolwiek nie wywołuje on bujnej ziarniny, rany i wrzody tym kwasem opatrywane są czyste i zabliznianie ich odbywa się stosunkowo prędzej, aniżeli przy innych środkach opatrunku chirurgicznego. O ile zabezpiecza środek ten od ropnicy lub posocznicy i jaka jest względna wartość jego przy zgorzeli zwłaszcza szpitalnej, po zebraniu większej liczby doświadczeń kwestye te, tak wielkiej doniosłości dla praktycznego chirurga, rozstrzygniętemi tylko być mogą. Postrzeżenia w klinice wciąż się dokonywają.

— W z. miesiącu bieżącego roku ukazały się dwa nowe czasopisma poświęcone dermatologii i syfilidologii, jedno z nich p. n. „*Archiv für Dermatologie und Syphilis*“ wychodzi w Pradze pod redakcją Drów A u s - p i t z'a i P i c k'a (rocznie 4 zeszyty, każdy z 8—10 arkuszy druku, z drzeworytami, 4 talary), drugie zaś p. t. „*Annales de dermatologie et de syphilographie*“ w Paryżu, pod kierunkiem Dra D o y o n (rocznie 6 zeszytów, 12 franków). Każde z tych pism



ma zapewnioną sobie wielką liczbę współpracowników, dających najlepszą rękojmię powodzeniu nowych, a tak pożądaných prac.

— † W dniu 9tym b. m. umarł w Peszcie, po 3-dniowej chorobie Dr. Jan B a l a s s a, (w 54 r. życia), professor chirurgii tamecznego uniwersytetu, lejb-medyk królowej węgierskiej, mąż wielkich zasług naukowych i obywatelskich, czezony nie tylko przez młodzież uniwersytecką, ale i cały naród węgierski. Bolesny to cios dla Węgier, bo w osobie B a l a s s y królestwo Węgierskie straciło męża najbardziej wpływowego we wszystkich sferach społeczeństwa, nauka lekarska w Węgrzech — najuczeńszego przedstawiciela swego w obec zagranicy, uniwersytet peszteński — najdzielniejszy swój filar. Prof. B a l a s s a i pomiędzy nami żal zostawia, bo wielu lekarzy naszych znało go osobiście i szczyciło się jego przyjaźnią. Zasługi jego naukowe poznamy w jednym z przyszłych numerów naszego pisma.

— † W dniu 14-m listopada r. b. zmarł T o m a s z S z k l a r s k i, lekarz wolno-praktykujący w Zarkach. Urodził się w Galicyi, nauki lekarskie ukończył w uniwersytecie Krakowskim, a po uzyskaniu tamże stopnia magistra medycyny, przesiedlił się do Królestwa. Żył lat 75.

— † Dr. Wilhelm S o h o l t z, asystent kliniki chirurgicznej w Josephinum (w Wiedniu), autor dzieła „*Amputation und Resection bei Gelenksverletzungen*“ (Wien. 1866), w d. 27 z. m. zmarł w G r u l i c h (w Czechach). Chirurgia wojskowa utraciła w jego osobie zdolnego pracownika.

Od Redakcyi Gazety Lekarskiej i Biblioteki Umiejętności Lekarskich. Z m. styczniem 1869 r. rozpoczyna się drugie półrocze trzeciego roku czyli tom szósty Gazety Lekarskiej, która w tym samym co i obecnie, ściśle naukowym kierunku i nadal wydawaną będzie. Redakcyja uprasza szanownych P. T. abonentów, aby, dla uniknienia zwłoki w przesyłce pierwszych numerów 6go tomu, raczyli weześnie zgłaszać się do prenumeraty w miejscowych urzędach i stacyach pocztowych tak Królestwa jak i Cesarstwa, lub też wprost do Redakcyi. Cena Gazety Lekarskiej: 1) w W a r s z a w i e: w Redakcyi i w Księgarniach z odnośzeniem do mieszkań rocznie r. sr. pięć, półrocznie r. sr. dwa kop. pięćdziesiąt; 2) n a s t a c y a c h p o c z t o w y c h C e s a r s t w a i K r ó l e s t w a: rocznie r. sr. siedem, półrocznie r. sr. trzy kop. pięćdziesiąt; 3) w R e d a k c y i z przesyłaniem do wszystkich miejsc Cesarstwa i Królestwa: a) w k o p e r t a c h z a m k n i ę t y c h rocznie r. sr. siedem, półrocznie r. sr. trzy kop. pięćdziesiąt; b) w o p a s c e rocznie r. sr. sześć, półrocznie r. sr. trzy. Uwaga: „*Rys historyczno-statystyczny szpitali w Królestwie Polskiem*“ jako Dodatek bezpłatny do Gazety Lekarskiej w ciągu dalszym i w roku przyszłym dołączanym będzie.

Również z m. styczniem rozpoczyna się czwarte półrocze wydawnictwa Biblioteki Umiejętności Lekarskich, w którym wyjdzie sto arkuszy druku. Prenumerujący już to pismo razem z Gazetą Lekarską zechcą złożyć przedpłatę na następne półrocze (to jest od 1 stycznia do 1 lipca 1869 r.) r. sr. dziesięć (po kop. 10 za arkusz); prenumerujący zaś samą Bibliotekę — r. sr. piętnaście (po kop. 15 za arkusz razem z przesyłką). Nowi zaś prenumerotorowie Biblioteki Umiejętności Lekarskich, którzy są już abonentami Gazety Lekarskiej, oprócz tego złożyć zechcą za ubiegłe pierwsze trzy półrocza r. sr. dwadzieścia trzy i jako rękojmię stałej prenumeraty r. sr. pięć czyli razem r. sr. trzydzieści ośm; nie prenumerujący zaś Gazety Lekarskiej wniosą za pierwsze trzy półrocza r. sr. trzydzieści cztery kop. pięćdziesiąt, oraz r. sr. pięć jako rękojmię prenumeraty stałej, czyli razem r. sr. pięćdziesiąt cztery, kop. pięćdziesiąt.

---

Redakcyja Gazety Lekarskiej i Biblioteki Umiejętności Lekarskich przy rogu ulicy Jaznej i Zielonego placu, w domu Berensztejna, Nr. 1364, mieszkania Nr. 6.

---

W Drukarni Gazety Polskiej. — Za pozwoleniem Cenzury Rządowej.

---



# GAZETA LEKARSKA

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GALEZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKIEJ,  
FARMACYI I WETERYNARYI.

Cena Gazety Lekarskiej. W Warszawie: rocznie r. sr. 5, półrocznie r. sr. 2 kop. 50. W Królestwie i Cesarstwie: w redakcyi (w opasce) rocznie r. sr. 6, półrocznie r. sr. 3; w redakcyi i na poczcie (w kopertach) rocznie r. sr. 7, półrocznie r. sr. 3 kop. 50.

Cena Biblioteki Umiejętności Lekarskich. W redakcyi półrocznie (od 1 lipca 1868 do 1 stycznia 1869 r.) r. sr. 10; od początku wydawnictwa do 1 stycznia 1869 r. sr. 26.

TREŚĆ: Prace oryginalne. Kazuistyka elektro-terapeutyczna. Przez Dra M. Brunera. (Ciąg dalszy). Kronika Zagraniczna. O znaczeniu terapeutycznym podwiązania pnia wspólnego tętnic szyjowych (ligatura carotidis primitivae). Przez Dra Leona Le Fort. Streścił M. Lewiński. (Dokończenie). Dławiec (croup), błonica (diphtheritis), niby-dławiec (pseudo-croup) i pokrewne cierpienia gardzieli i krtani. Prelekcye Prof. Oppolzera. Streścił M. Gruell. (Ciąg dalszy). Wiadomości bieżące. Lekcyja wstępna Prof. Laskowskiego w Paryżu. Wypilowanie szczęki górnej. Operacya przepukliny. Użyteczność kwasu karbolowego. Prof. Girsztowt. Rdzenne leczenie przepukliny. Rinoplastyka. Dr. Tabaczyński. Wywrócenie powiek na zewnątrz. Katarakta. Docent Jodko. Nowe czasopisma. Ś. p. Prof. Jan Balassa. Dr. Tomasz Szklarski. Dr. Wilhelm Scholtz. Od Redakcyi. Bodatek. Farmakologii arkusz 26, Histologii i Histochemii ark. 26, Farmakognozyi ark. 9ty, Terapii i patologii szczegółowej arkusz 20ty, Otiatrii arkusz 14.

## KAZUISTYKA ELEKTRO-TERAPEUTYCZNA.

Przez Dra M. Brunera.

(Ciąg dalszy). \*)

Porażenie nerwu promieniowego w częstoci z jaką się wydarza pierwsze zaraz po porażeniu twarzowego zajmuje miejsce, lecz zwykle szczęśliwsze daje wypadki i wszyscy chorzy, którzy z tém cierpieniem do mnie się zgłosili uleczonemi zostali.

Porażenie nerwu łokciowego wydarzyło się również parę razy w mojej praktyce, w jednym wypadku poprzedzone długotrwałym nerwobólem. Dobre skutki zawsze wieńczyły zastosowanie prądu galwanicznego w małej liczbie posiedzeń.

Porażenie nerwu środkowego ramienia dwa razy tylko miałem sposobność leczyć w moim zakładzie.

\*) Patrz Nr. 24 Gaz. Lek.



Na tem kończę tedy o bezwładach pochodzących z porażenia nerwów ruchowych lub czuciowo-ruchowych peryferycznych, gdyż wypadki inne przezemnie leczone tyle przedstawiają analogii z przytoczonymi, że na szczegółowy opis nie zasługują. Widzieliśmy ogromne skutki prądu galwanicznego, nawet w bardzo zastarzałych porażeniach peryferycznych, lecz zawsze lepszą jest przepowiednia w wypadkach świeżych, długotrwałe bowiem bezwłady bardzo dłużej wymagają kuracyi, a niektóre z nich jak n. p. porażenia nerwu twarzowego nie centralnego pochodzenia, częstokroć kilka miesięcy leczone nie poprawiają się, niekiedy nawet objawiając się i w sferze drugostronnego nerwu. Mnie się taki wypadek nie wydarzył, lecz widziałem podobne wypadki u Dra B e n e d i k t a w Wiedniu, a niedawno E r d m a n n z Drezna podał opis paru takich wypadków (w *Deutsche Archiv für klin. Medicin*) Z i e n n s e n'a i Z e n k e r'a. Gdy Drowi E r d m a n n po kilkunasto miesięcznej kuracyi udało się porażenie nerwu twarzowego czysto reumatyczne prawie zupełnie usunąć, bo zaledwie w paru mięśniach brak zupełnej władzy czuć się dawał, wówczas objawił się bezwład téj samej natury na drugim nerwie twarzowym, który znów kilkunasto miesięcznej kuracyi potrzebował.

W wyżej przytoczonych moich wypadkach, pomimo prędkiego uleczenia chorych, nigdy nie wydarzyła mi się recydywa, ani téż nie sprowadziłem kontraktury pewnych mięśni, co się często zdarza u chorych leczonych silnymi prądami indukcyjnymi, mianowicie w wypadkach, w których elektromięśniowa kurezliwość jest obniżoną względem prądu indukcyjnego.

Co do mnie, to prądu indukcyjnego używałem zwykle dopiero przy końcu kuracyi, gdy pobudzalność na ten prąd w należytem objawiła się już stopniu; lecz zastosowanie tegóż więcej w celu gimnastycznym przedsiębrałem, aby właściwy tonus w mięśniach poprzednio ubezwładnionych przywrócić.

b) P o d w y ż s z o n a c z y n n o ś ć n e r w ó w r u c h o w y c h ;  
k u r c z e (*Hypercynesia*).

Kurcze czyli raczej podwyższenie czynności nerwów ruchowych, w patologii nerwów przedstawia obszerne pole badania, lecz w niewielkiej liczbie elektro-terapia dobre przynosi skutki; wiele bowiem z tych chorób jak: wielka choroba (*epilepsia*) lub tężec (*tetanus*) przyczynami wewnętrznymi spowodowane w samych ośrodkach źródło swoje mającemi, zupełnie obojętnie się zachowuje względem prądów elektrycznych. Być może, że i w tego rodzaju chorobach dobre skutki z zastosowania prądów galwanicznych osiągnąćby się dały, gdyby tak silne prądy, jakie dla sprowadzenia skutku są potrzebne bez bólu i bez zniszczenia skóry, zniesionemi być mogły.

Nie z takimi zatem wypadkami miałem do czynienia, lecz z cierpieniami czysto miejscowemi, w których dobre skutki otrzymałem. Raz jeden miałem w kuracyi chorego, u którego kurcze były objawem cierpienia centralnego lecz żadnego polepszenia u tego chorego nie otrzymałem, który jednakże przedstawiany na posiedzeniu towarzystwa Lekarskiego wielki interes ogólny obudził.



Oprócz rzeczzonego wypadku miałem kilka innych, a mianowicie kurcze nerwu twarzowego czyli t. z. *tic. convulsiv (Belli-Hypercynesia) n. facialis*, w którym znakomitą sprowadziłem poprawę, 1 wypadek *dysphagia spastica*, który zupełnym wyzdrowieniem się ukończył, wreszcie parę wypadków t. z. *paralysis agitans*, w jednym z nich, znaczną poprawę prądami galwanicznymi sprowadziłem przez usunięcie prawdopodobnego chronicznego zapalenia spłotów barkowych.

Nie mniej ciekawy wypadek, jest kurcz gardzielowy powodujący niemożność łykania, który o mało o śmierć z głodu chorego nie przyprawił a który, można powiedzieć, że za jednym posiedzeniem został usunięty.

#### GRUPPA III-cia.

##### N e u r o z y b e z p o d s t a w y a n a t o m i e z n é j.

Z chorób do téj grupy należących, jedna tylko *hysteria*, była przedmiotem mojej obserwacji.

Z dwóch wypadków, w których leczenie elektrycznością zastosowałem, jeden zakończył się zupełnym wyzdrowieniem, gdy w drugim znakomitej poprawy chora doznała, już po kilku posiedzeniach. W obu tych wypadkach, skutkiem bolesności korzeni nerwowych po obu stronach kolumny kręgowéj i drażliwości na nacisk wyrostków kolczastych, oraz bólów strzelających z góry na dół to w kończynach górnych, to w dolnych, drażliwości w okolicy lędźwiowéj i t. d. stosowałem prądy galwaniczne wstępujące od 25 do 30 elementów na kolumnie kręgowéj. Jedna chora, u której od czasu do czasu przychodziła tak zwana *aphasia* lub *aphonia hysterica*, najczęściej ostatnia, zupełnie została uleczona, i dziś blisko już dwa lata mijają, najlepszym cieszy się zdrowiem. Wspomniany bezgłos hysteryczny leczony był u niej lokalnie, działaniem prądu indukcyjnego na nerw krtaniowy górny z obustronnym jednoczesnym umiejscowieniem biegunów. Minuta lub dwie, były dostateczne do powrócenia choréj głosu, a 15 wszystkich posiedzeń do zupełnego wyleczenia jéj z hysteryi. Faradyzacja nerwu gardzielowego lub podjęzykowego kilka minut trwająca wystarczała dla natychmiastowego usunięcia *dysphagii*, lub *aphasii* hysterycznéj.

#### GRUPPA IV-ta.

##### Choroby organów ruchowych.

##### I. G o ś c i e c (*Rheumatismus*).

Gościec stanowi jedną z częstszych chorób, z którymi zgłaszają się o pomoc elektro-terapeutyczną. Świetne skutki ze stosowania prądów galwanicznych dają się widzieć tak dobrze w gościecu stawowym, ostrym lub chronicznym, jak i w gościecu mięśniowym.

a) G o ś c i e c s t a w o w y był częstszym przedmiotem elektro-terapeutycznego działania; 12 razy bowiem miałem z nim do czynienia. Re-



zultat leczenia nie nie pozostawia do życzenia, gdyż z 12 chorych 10 zupełnie uleczonych zostało i to w bardzo krótkiej liczbie posiedzeń, bezwzględnie, czy był gościec ostry czy chroniczny. Dwóch chorych doznało znakomitej poprawy; wypadku nieuleczenia nie miałem żadnego.

W wypadkach ostrego reumatycznego zapalenia stawów, skutek zawsze był prędzsy niż w reumatyzmie stawowym chronicznym, a nawet w wypadku ostrego zapalenia stawu traumatycznego pochodzenia, po kilku posiedzeniach chora została zupełnie uleczoną. (Dokończenie nastąpi.)

## KRONIKA ZAGRANICZNA.

### O znaczeniu terapeutycznem podwiązania pnia wspólnego tętnic szyjowych (*ligatura carotidis primitivae*).

Przez Dra Leona Le Fort.

(Dokończenie \*).

#### IV. Podwiązanie pnia wspólnego tętnic szyjowych, w celu leczenia pewnych guzów dokonywane.

Pień wspólny tętnic szyjowych często był podwiązywanym w celu leczenia guzów naprężnych (*tumores erectiles*), tętniaków wężykowatych (*aneurismata cirsoidea*), żyło-tętniaków (*varices aneurismatici*), których siedliskiem była twarz, skóra na głowie, jamy nosowe, zatoka szczękowa, oczodół i t. p. Również często przedsiębrano tę operację chcąc powstrzymać rozwój naczynek, raków naczyńowych, zajmujących okolice rozgałęzień tętnicy szyjowej zewnętrznej; pragnąc więc zdać sprawę dokładną o tyle, o ile to będzie w naszej możliwości, ze znaczenia terapeutycznego tej operacji, powinniśmy zastanowić się oddzielnie nad wynikami z leczenia każdej z powyższych chorób. Spostrzeżeń w tym względzie mamy 101, i takowe możemy rozdzielić w następujący sposób: podwizań przy naczynekach wykonano 76; przy guzach jamistych 23; przy guzach, których natura nie jest oznaczoną 2.

Naczynek i czaszki i twarzy. Jeżeli badać będziemy wpływ podwiązania na rozwój tych guzów, lecz nie uwzględnimy ważności samej operacji, 52 spostrzeżenia które zdołaliśmy zebrać, z braku szczegółów dadzą się zredukować do 38.

Skuteczność podwiązania w tych razach jest daleko mniejszą, jakby się tego spodziewać można było, sądząc po kilku szczęśliwie zakończonych wypadkach, gdyż w 38miu spostrzeżeniach, 6 razy tylko nastąpiło wyzdrowienie, a w liczbie tych 6, mieści się wypadek *Jamessa*, gdzie wyzdrowienie zdaje się tylko prawdopodobnym; w wypadku *Deguisa* wspominają tylko o wyzdrowieniu, i na koniec w wypadku *Bertheranda*, tętnica szyjowa zewnętrzna była jednocześnie z pniem wspólnym tętnic szyjowych podwiązana. Trzy pozostałe wypadki wyzdrowienia, opisane są przez *Bernarda*, *Rogersa* i *Worropa*.

Wyleczenie uważane w kilku razach za stanowcze okazało się tylko chwilowem, zdarzyło to się *Cheliusowi* i *Pinel-Grandcham'p'owi*. *Chelius* przystąpił do podwiązania przy żyło-tętniaku w okolicy skroniowej, powstałym w następstwie rany ciężkiej szablą na pojedynku; guz ten ustąpił na chwilę, lecz zjawił się na nowo i w pięć lat później dopiero był usuniętym przez *Stromeyera*. *Pinel Grandcham'p*, po podwiązaniu kolejnym obydwóch tętnic twarzowych, podoczodołowej i skroniowej prawej, nie mogąc w ten sposób wyleczyć tętniaków na skórze czaszki u pięćdziesięcioletniej kobiety,

\*) Patrz Nr. 24, Gaz. Lek.



podwiązał pień wspólny tętnic szyjowych; guz zniknął, lecz po roku odnowił się częściowo.

Gdy dodamy do tego, że w 12tu razach osiągnięto tylko polepszenie, ale nie uzdrowienie, przekonamy się że skuteczność podwiązania pnia wspólnego tętnic szyjowych nie wyrównywa niebezpieczeństwom jakie za sobą pociąga.

Z 47 odnośnych tu wypadków śmierć zabrała 16 chorych — 13tu w następstwie przypadłości mózgowych. W obec więc tych wyników, sądzę, iż należałoby stanowczo zaniechać, przy systematycznym leczeniu naczynek czaszki i twarzy, podwiązania pnia wspólnego tętnic szyjowych i zastąpić je podwiązaniem tętnicy szyjowej zewnętrznej. Większa łatwość w wykonaniu operacji, nie usprawiedliwia wywołanego zatkania pnia tętnic szyjowych, wtedy gdy dążnościom terapeutycznym stałoby się zadość, przy wytworzeniu się skrzepu zatykającego tętnicę szyjową zewnętrzną; a nawet wypada wnosić, że 13 z 16 chorych nie zmarłoby po tej operacji, gdyby podwiązanie pnia wspólnego tętnic szyjowych nie wpłynęło na znaczne zaburzenia krążenia w mózgu i nie wywołało przypadłości mózgowych, którym właściwie, śmierć chorych przypisać należy.

**Guzy jamiste w oczodołach.** Chcąc wyleczyć guzy oczodołu przez powstrzymanie dopływu krwi do guza, potrzeba koniecznie sprowadzić zatamowanie biegu krwi w tętnicy szyjowej wewnętrznej; przeciwwskazań zaś do podwiązania pnia wspólnego tętnic szyjowych, w tym razie nie mamy, gdyż idzie nam tu głównie o nieopuszczenie rozwoju krążenia obocznego, które w przeciwnym wypadku mogłoby powstać nie tylko przez połączenia wewnątrz czaszkowe, lecz także za pomocą gałązek tętnicy szyjowej zewnętrznej, łączących się dokoła oczodołu z drobnymi gałązeczками tętnicy oczowej.

Nie mogę wprowadzić w rachubę wszystkich 24 wypadków, które w tym względzie zebrałem, gdyż w wypadku *B o w m a n'a* nie było guza ale zapalenie żył zatoki jamistej (*sinus cavernosus*); operowany przez *H a r t'a*, miał żyło-tętniak; chorzy *L e g o u e s t'a* i *V a n - B u r e n'a* mieli tętniaki traumatycznego pochodzenia na tętnicy oczowej; w końcu zaś wypada z powyższej liczby wykreślić jeszcze 4 wypadki, których zakończenia nie podano. Pozostaje nam więc 16 spostrzeżeń, które w 10ciu razach zakończyły się wyzdrowieniem, 3 razy polepszeniem, 1 raz chory został bez polepszenia, 2 razy śmierć zabrała chorych.

Dwaj zmarli należeli do *C r i t c h e t h'a* i *N u n n e l e y'a*. Jeden z nich zmarł z przypadłości mózgowych, poprzedzonych na kilka miesięcy krwotokami z naczyń oczodołowych; drugi, oparł się objawom mózgowym, jakie wystąpiły u niego zaraz po podwiązaniu, lecz umarł z wycieńczenia wywołanego często powtarzającymi się krwotokami, z końca górnego podwiązanej tętnicy.

Przekonywamy się ztąd, że rezultaty otrzymane z podwiązania, najzupełniej usprawiedliwiają wykonywanie tej operacji przy guzach naczyńowych oczodołu. Przy tém, objawów mózgowych nie unikniemy nawet przy podwiązaniu samej tylko tętnicy szyjowej wewnętrznej, ponieważ ona jest niezbędną do utrzymania krążenia w mózgu, a więc w tych ciężkich wypadkach będziemy mieli prawo do podwiązania pnia wspólnego tętnic szyjowych, jednym ze znanych nam sposobów, gdyż operacja ta w 16 wiadomych nam wypadkach zakończyła się 10 razy wyzdrowieniem, 3 razy polepszeniem a 1 tylko raz niepowodzeniem i 2 razy śmiercią.

**Guzy gąbczaste (*tumores fungosi*).** Podwiązanie pnia wspólnego tętnic szyjowych, nieraz przedsiębrano w nadziei powstrzymania rozwoju, lub sprowadzenia zaniku guzów gąbczastych, raków unaczynionych, a nawet włókniaków, mających swe siedlisko na głowie, twarzy lub szyi. Rezultaty ztąd otrzymane nie przemawiają za tą operacją. Zdarzyło się raz jeden, że polip noso-gardzielowy (*polypus naso-pharyngeus*), przy podwiązaniu pnia wspólnego tętnic szyjowych przez *P a r k e r'a*, zaprzestał rość i na takim samym stopniu rozwoju pozostał przez lat pięć; drugą razą *D e w a r r e* zauważał, że po podwiązaniu, guz znajdujący się na tylnej ścianie gardzieli zmniejszył się; w reszcie



pozostałych wypadków nie było powodzenia, ponieważ guzy ciągle wzrastały a zakończenia najstalsze (8 razy) choć najmniej pożądane były śmiertelne, 6 takich zejść przypisują przypadłościom mózgowym, 1 krwotokom, 1 zakażeniu ropnemu, które miało miejsce w wypadku V a n - B u r e n'a, gdy tenże jednocześnie i żyłę szyjową (*venam jugularem*) podwiązał.

Czyż nie może nas dziwić znaczna różnica, jaką pod względem częstości i niebezpieczeństwa przypadłości mózgowych, napotykamy w zejściach po operacyjnych przy tych cierpieniach, a przy leczeniu naczynek oczodołu. Pomimo małej liczby spostrzeżeń w tej mierze, powyższej różnicy, nie można brać za prosty zbieg okoliczności. Czyż nie moglibyśmy przyjąć tego przypuszczenia, że obecność guza na tętnicy oczowej, pobudzając do silniejszego krążenia, zwiększa objętość odpowiedniej tętnicy szyjowej wewnętrznej i przyczynia się do ustalenia obocznego krążenia wewnątrz czaszki, dostatecznego do odżywiania mózgu, lecz nie grożącego łatwemu wyzdrowieniu. Jest to przypuszczenie, które przytaczam z wielką oględnością, gdyż przyszłe dochodzenia anatomo-patologiczne, mogą je dopiero zatwierdzić lub odrzucić.

Bądź co bądź, podwiązanie pnia wspólnego tętnic szyjowych, powinno być zaniechane przy leczeniu guzów gąbczastych i raków na twarzy i szyi, ponieważ zostając bez stalszego wpływu na guzy, częstokroć sprowadza śmierć jako następstwo samej operacji. Nadto nie udaje się nawet z wyjątkiem wypadków krwotoku, zastąpić tej operacji podwiązaniem tętnicy szyjowej zewnętrznej, jak to miało miejsce przy naczynekach, ponieważ wstrzymanie w niej krwioobiegu, może tylko na chwilę zawiesić, ale nie wstrzyma rozwoju guzów rakowych i z tego powodu środek ten stanowczo z chirurgicznej terapii odrzucić wypada.

#### V. Podwiązanie uprzedzające pnia wspólnego tętnic szyjowych, w celu ułatwienia operacji.

Obawa ciężkich krwotoków mogących być wynikiem odjęcia guzów bardzo obficie w naczynia zaopatrzonych, albo znajdujących się w miejscach tak zwanych niebezpiecznych, skłaniała nieraz chirurgów, nawet najrzęczniejszych, do podwiązania pnia wspólnego tętnic szyjowych, przed rozpoczęciem operacji. A d e l m a n, B a r o v e r o, D e t m o l d, E a r l e, G i b s o n, L i z a r s, S e o t t, S t i d m a n, podwiązywali pień wspólny tętnic szyjowych przed wycięciem kości szczękowej górnej; A w l, E w i n g, G e n s o u l, G r a e f e, M o t t, przed wycięciem szczęki dolnej; najczęściej wykonywano podwiązanie przed i podczas operacji guzów na szyi, widzimy tu imiona: B a u e r'a, G i b s o n'a, G o o d l a d'a, L a n g e n b e c k'a, L a b a t'a, M a l g a i g n e'a, R e e s e'a, V. M o t t'a, B. M o t t'a, S e u t i n'a, V a n B u r e n'a, W a r r e n'a i S t e p h e n W i l l i a m s'a. Krwotoki powstające podczas operacji w okolicy gruczołu przyusznego (*gl. parotis*), skłoniły do poprzedniego podwiązania: B r e t h'a, C h a u m e t'a, C h a s s a i g n a c'a, C o g s w e l l'a, S. C. C o o p e r'a, F o u i l l o y, L u z e n b e r g'a, P i t h'a, R i c h a r d'a, S é d i l l o t'a, S t a u d e'a i V e r n e u i l'a, jeżeli więc do tych 45 wypadków dodamy 8 innych w których A d e l m a n postąpił tak samo przy wycięciu języka, A r e n d t, przy wycięciu guza w okolicy skroniowej, B o u y e r, przy wycięciu guza w okolicy podszyjękowej, F o d l i n, przy raku w migdałach, M i c h a u x, przy polipie w gardzieli, B. M o t t, przy raku oka, P a r k e r i S c h i p m a n, przy guzach twarzy, — otrzymamy sumę 53 podwizań, wykonanych po największej części przed operacją, jako środek uprzedzający krwotoki.

Czy cel poszukiwany przez tych chirurgów był osiągnięty? Należy to wyswietlić. Przed paru laty z powodu spostrzeżenia V e r n e u i l'a wspomnianego powyżej, wszczęła się bardzo interesująca dyskusja na posiedzeniu Towarzystwa chirurgicznego o ważności uprzedzającego podwiązania, i najwięcej ze wszystkich powstawał przeciw temu postępowaniu R i c h e t. Fakta znane już podówczas nauce przemawiały jednoznacznie za zdaniem R i c h e t'a, dziś zaś, gdy do nich jeszcze znaczna liczba nowych przybyła, nie



możemy już wątpić nie tylko o nieużyteczności, ale i o niebezpieczeństwie wynikającym z uprzedzającego podwiązania pnia wspólnego tętnic szyjowych.

B o u y e r, chcąc wyluszczyć guz z okolicy podszczękowej wykonał podwiązanie; objawy mózgowie, małego zresztą natężenia, zmusiły go do odłożenia tej operacji na później; po 12tu dniach przystępując do niej, znajduje krążenie wyrównanem zupełnie, nie mogąc więc użyć w tym razie noża, zmuszony się widzi do wykonania takowej za pomocą odgniecenia (*érasement linéaire*). C h a s s a i g n a c, przy wycięciu gruczolu przyusznego, znalazł się w konieczności, bez względu na podwiązany już poprzecznie pień wspólny tętnic szyjowych, podwiązać tętnicę szyjową zewnętrzną; F o u i l l o y (z Brest) pomimo podwiązania widział w opisanym przez siebie wypadku krwotok z tętnicy szczękowej wewnętrznej; R e e s e dwa razy dostrzegał podobne krwotoki i sam powstaje przeciw skuteczności uprzedzającego podwiązania; V. M o t t zauważał również w jednym wypadku bardzo silny krwotok; w drugim także z przyczyny krwotoku musiał przystąpić do podwiązania tętnic: twarzowej i językowej; nakoniec w trzecim — uciekł się do podwiązania wielkiej liczby tętniczek. P i t h a nałożył podwiązkę na 4 gałęzie tętnicy szyjowej zewnętrznej; L i z a r s, przy wypilowaniu częściowym szczęki górnej miał do czynienia z tak silnym krwotokiem, iż musiał zaniechać operacji, a C o g s w e l l pomimo uprzedzającego podwiązania, stracił chorego w dwadzieścia dni po operacji, w skutek krwotoku.

Tym sposobem w 53ch wypadkach, nie wyłączając z téj liczby kilku spostrzeżeń nieszczegółowo i bez dalszego badania opisanych, w których bardzo być może krwotoki istniały nawet podczas operacji; nie wykluczając kilku innych operacji, przy których podwiązanie miało miejsce w czasie ich trwania, widzimy 11 razy t. j. w jednym z pięciu wypadków, silne krwotoki, pomimo uprzedzającego podwiązania—ale nie tu koniec jeszoze. Bez względu na to, że w  $\frac{1}{5}$  wypadków podwiązanie okazało się bezużytecznym, 10 razy stało się ono bezpośrednią przyczyną śmierci, sprowadzając objawy mózgowie, 4 razy w postaci bezwładu połowicznego, 2 razy w postaci drgawek, 4 razy w postaci omdlenia (*syncope*), śpiączki (*coma*) i objawów zaduszenia. Jeżeli do tych 10 wypadków zakończonych śmiercią w skutek podwiązania, dodamy 11 wypadków gdzie takowe było bezużytecznym, otrzymamy *minimum* niepowodzeń 21 na 53 wypadki, czyli 41 na 100, nieco mniej od 50%.

Nie mogę nic stanowczego o ogólnej śmiertelności uprzedzającego podwiązania powiedzieć, zlewa się ona bowiem ze śmiertelnością operacji, przed, lub w następstwie których było wykonanem. Musi ona być jednak znaczną, gdyż w tych razach dwa niebezpieczeństwa występują naraz; jednakże z 47miu spostrzeżeń, których zejścia są nam wiadome, znajdujemy 35 wyzdrowień i 12 śmiertelnych zakończeń; lecz szczególnież zwraca na siebie uwagę ten fakt, że z 12 zejść śmiertelnych, 10 razy były one bezpośredniem następstwem podwiązania.

Operacje uprzedzające w  $\frac{1}{5}$  wypadków mogące zakończyć się śmiercią, powinny być z szczególną oględnością przedsiębrane; gdy się zastanowimy nadto, że takowe w jednym z 5 wypadków są nie użyteczne, to przy dzisiejszym postępie chirurgii, który zmniejszył obawę krwotoków nie znajdziemy zasady do wykonywania uprzedzającego podwiązania pnia wspólnego tętnic szyjowych. Gdyby zaś krwotok zagrażał życiu chorego, lub był zanadto gwałtownym i przeszkadzał wykonaniu operacji, potrzeba uciec się do podwiązania tętnicy szyjowej zewnętrznej a to jeszcze tem bardziej z tego powodu, że zwrotne krążenie współpracujące, przychodzące do skutku za pośrednictwem tętnicy szyjowej wewnętrznej, zabezpieczy tym pewniej od krwotoków, gdy boczne krążenie współpracujące odbywać się będzie tylko mogło za pomocą dwóch końcowych gałęzi tętnicy szyjowej zewnętrznej, a droga ta jest daleko węższą od téj którą przedstawia szerokie połączenie się 2ch tętnic szyjowych wewnętrznych.

## VI. Podwiązanie w skutek epilepsyi i chorób nerwowych.

Podwiązanie pnia wspólnego było wykonywane w licznych wypadkach epilepsyi i chorób nerwowych. L i s t o n, w roku 1817 będąc wezwanym do pewnej pani, 24 lat



liczącój, cierpiącój bez chwilowej nawet ulgi, pomimo rozmaitych środków lekarskich, na bóle gwałtowne w okolicy twarzy i w jednej połowie głowy, a widząc że naciśnięcie pnia tętnic szyjowych sprawiało znaczną ulgę chorój, postanowił wykonać podwiązanie. Nastąpiło chwilowe polepszenie, lecz bóle wkrótce na nowo wróciły.

Preston, Becton, Brown, Mac-Clellan, Parker, próbowali lecz bezskutecznie, podwiązania pnia wspólnego tętnic szyjowych przy epilepsyach; Nussbaum wykonał także podwiązanie raz przy neuralgii i 3 razy przy bólu twarzy. Preston (z Kalkutty) używał tegoż sposobu leczenia nie tylko przy epilepsyach, lecz nawet przy bolesnym bezwładzie połowicznym. Trzy razy podwiązał jedną tętnicę szyjową; raz nie uląkł się nałożyć podwiązki na oba pnie tętnicze. Podobny sposób postępowania powinien być wzbronionym, jest bowiem nader niebezpiecznym i żadnej korzyści leczniczej nie przynosi.

Jednakże taki sposób leczenia, zanadto może radykalny, nie wyda się nam tak nadzwyczajnym, gdy wspomnimy że nacisk na pień wspólny tętnic szyjowych był nieraz w tym samym celu stosowany. Dr. Caleb Parry uciekł się do tego środka w manii, zawrocie głowy (*vertigo*), katalipsyi, drgawkach, hysterii (*Duncans Medical Comment, t. XIII, pag. 423*). W 1812 r. Chisholm sądził nawet iż wyleczył tym sposobem pewnego chorego na pomieszanie (*Medical and Phys. Journal, t. IV, pag. 348*). Bland użył tegoż środka z powodzeniem u dwojga dzieci w wypadku śpiączki (*coma*), wywołanej napływem krwi do mózgu (*Med. chir. quart. Journal, t. I, pag. 498*). Dechany (z Anvers), uspokajał w ten sposób neuralgie (*Soc. des méd. d'Anvers, 1845*), a Stroheli drgawki hysteryczne i napady epilepsyi (*Arch. gén. de médecine, mars 1841*), etc.

#### VII. Obustronne podwiązanie pniów wspólnych tętnic szyjowych.

Udało mi się zebrać 23 spostrzeżenia, w których obustronne podwiązanie tętnic szyjowych miało miejsce. Mott podwiązał te dwie tętnice na jedném posiedzeniu: chory wpadł natychmiast w śpiączkę a po paru godzinach umarł. W innych wypadkach upłynął dłuższy lub krótszy przeciąg czasu pomiędzy podwiązaniem jednej strony a drugiej: pięć dni dla chorego operowanego przez Dr. Ellis'a, trzydzieści ośm lat dla operowanego przez Dupuytren'a w 1819, a przez Roberta w 1857 roku.

Key, w jednym wypadku gdzie podwiązał prawy pień wspólny tętnic szyjowych, z powodu tętniaka na tętnicy bezimiennój, widział występujące objawy mózgowie natychmiast prawie po operacji. W półtorej godziny po operacji chora jego 61szy rok życia licząca, zdawała się drzemać; lecz przekonano się niebawem że drzemka ta była śpiączką, która we 4 godziny zakończyła się śmiercią. Przy sekcyi znaleziono zmiany, które bardzo łatwo tłómaczyły śmiertelne zakończenie w tym razie: lewy pień wspólny tętnic szyjowych łączył się z aortą za pośrednictwem otworu, w który zaledwie koniec małego lancetu możnaby zmieścić. Tętnice kręgowy przedstawiły się zupełnie normalnie.

Wypadek ten można rzędem postawić z spostrzeżeniem Motta i uważać że śmierć w tych 2ch razach nastąpiła z braku krwi w mózgu (*anaemia cerebri*), w skutek nagle wstrzymanego krążenia; możnaby ztąd wnosić, że podwiązanie dwóch pniów tętnic szyjowych, nie jednocześnie nawet, lecz w pewnych odstępach czasu, powinny być towarzyszone ciężkimi objawami mózgowymi. Jednakże tak nie jest: Ellis (z Michigan), podwiązał w odstępie czasu pięciodniowym, pień prawy i lewy tętnic szyjowych, w celu powstrzymania krwotoku przy ranie postrzałowój.

Mussey w jedenasto dni po podwiązaniu pierwszego pnia, wykonał drugie podwiązanie, lecząc w ten sposób guz naprężny na skórze czaszki, pokrywający prawie całą głowę. Po podwiązaniu drugiego pnia, chory sam się ubrał i powrócił bryczką do domu.

Obustronne podwiązanie pniów tętnic szyjowych było wykonane w następnych odstępach czasu: w pięć dni (Ellis), w sześć dni (Williams), w trzynasto dni



(M u s s e y), w siedemnaście dni (W e b e r), we dwadzieścia dwa dni (B l a c k m a n), po upływie 1go miesiąca (M u s s e y, P a r k e r, W a r r e n), dwóch miesięcy (K u b l), czterech miesięcy (M o e l l e r), pięciu miesięcy (W o o d), po sześciu miesiącach z połową (C a r n o c h a n), po ośmiu miesiącach (R o b e r t), po roku (U l l m a n n), po pięciu latach (B u e n g e r), po sześciu latach (R o d g e r s i V a n B u r e n).

Najwięcej godnym uwagi jest to, że wielu chorych wyzdrowiało po tej tak ciężkiej operacji, nie przedstawiając żadnych przypadłości; lecz jeszcze dziwniejszym jest wyzdrowienie tych chorych, którzy po pierwszym podwiązaniu doznali ciężkich objawów mózgowych.

Rozwój naczyń współniczących może nam te zagadki wytłómaczyć, rozwój ten stwierdzono przy sekeyach tych chorych, którzy w dość długim po operacji czasie umarli. Fakta te bliżej starałem się orzec w mej pracy: o przypadłościach mózgowych, następujących po podwiązaniu pnia wspólnego tętnic szyjowych, w tém streszczeniu nie miejsce szeroko się o tém rozpisywać. Miałem tu bowiem zamiar przedstawić tę operację ze względu tylko na jej znaczenie terapeutyczne i z tego powodu posługiwałem się obserwacyami w tym celu zebranemi, z których wypada, że podwiązanie pnia wspólnego tętnic szyjowych powinno być zastępowane, zawsze, gdy do tego nadarzy się okoliczność, przez podwiązanie tętnicy szyjowej zewnętrznej i że jeżeli podwiązanie pnia wspólnego jest operacją rzadką, to takowa jeszcze rzadszą stać się powinna, tak wskutek niebezpieczeństwa jakie za sobą pociąga jak i z przyczyny swój bezskuteczności, daleko częstszej jakby się tego spodziewać można było, sądząc z kilku szczęśliwych faktów, znanych i powtarzanych przez wszystkich. M. L.

(Gazette hebdomadaire Nr. 28, 30 et 35, 1868).

### Dławiec (*croup*), błonica (*diphtheritis*), niby-dławiec (*pseudo-croup*) i pokrewne cierpienia gardzieli i krtani.

Podług wykładów klinicznych Prof. O p p o l z e r'a w Wiedniu (Wiener med. Wochenschrift Nr. 72 i dalsze)

(Ciąg dalszy \*).

Jeżeli jednak choroba na lepszą nie przechyliła się stronę, ale raczej, co niestety przy krupowej formie zapalenia krtani nader bywa częstym, ku złemu skłania się zejściu — zmienia się wtedy obraz choroby. W niektórych wypadkach wciąż wprawdzie dostrzegamy remissyę, ale w samych napadach widać wyraźne pogorszenie. Zarumieniona twarz dziecka blednie; wargi tracą barwę; oko, które dotąd trwożnie spoglądało wokoło, przybiera wyraz senny; nie rzadko przychodzą dobrowolnie wymioty, podczas gdy podane środki wymiotne pozostają bez skutku, a dziecko staje się nieczulem na gorczyzniki i drażnienia skórne. Oddechane okazuje się wtedy prawie zupełnie przytłumionem, przejście powietrza przez drogi oddechowe jest dzwiczne, rżące; dziecko najokropniej walczy z zatchnieniem; wznaga się bezgłos, niespokojność i trwoga. Później oddechane staje się powierzchownem, a z niem znika częstokroć świszczący ton podczas wdychania, dziecko leży wyczerpane, cicho majacząc; zdaje się że objawy dławca ustąpiły, że dziecko niema duszności, dopóki nie zacznie wdychać głęboko, bądź to mimowolnie, budząc się ze snu, bądź to przy kaszlu; wtedy zamyka się głosnia, a dziecko będąc w niebezpieczeństwie uluszenia, zrywa się, opiera rękami o łóżko, rzuca

\*) Patrz Nr. 23 Gaz. Lek.



w okół rozpaczliwe wejrzenia, czyni na nowo gwałtowne wysiłki wdechania, wreszcie upada napowrót wyczerpane i znowu popada w półsenność, poczem jednak nagle, wśród ponowionego łagodnego zupełnie napadu umiera. Podczas téj walki nie rzadko śluz ciągnący się obficie z ust wypływa, albo je tylko wypełnia.

Zmiany zachodzące w stanie ogólnym dziecka podczas dalszych okresów przebiegu dławca, odniesione być muszą, jak słusznie utrzymuje Niemeyer, do ogólnego zatrucia krwi kwasem węglowym, a niebezpieczeństwo jakie choroba ta sprowadza, pochodzi przedewszystkiem z przesyecenia krwi tym gazem.

Przepełnienie mózgu i jego opon krwią, w żadnym razie nie może służyć za źródło do wyprowadzenia sobie opisanych przypadłości, jak to pospolicie przyjmują; tem bardziej że dzieci dławcem dotknięte nie przedstawiają siniego wejrzenia, jeżeli tylko nie kaszlą, a przytem nie uciskają zawartości klatki piersiowej i nie tamują odpływu krwi z żył szyjowych. Wszystkie dzieci dotknięte dławcem, dopóki tylko wdechaniem jest utrudnionem, muszą być blade; i są takimi rzeczywiście, dopóki z przychodzącym porażeniem serca, tętnice coraz bardziej opróżniają się, a żyły przepelniają nie zacząją i nie nadadzą bladym warstwowi siniego odcienia.

Ponieważ nadto wymiana gazów w płucach polega przeważnie na odnawianiu się powietrza w pęcherzykach płucnych; ponieważ krew pod tym tylko warunkiem oddaje kwas węglowy a przybiera tlen, że powietrze zawarte w pęcherzykach jest uboższe w kwas węglowy a w tlen bogatsze, przeto koniecznym następstwem niedokładnego oddychania, niedokładnego odświeżania się powietrza pęcherzyków płucnych w dławcu, być musi to, że kwas węglowy, nieustannie wytwarzający się we krwi nie może z niej wystąpić do powietrza pęcherzyków, i tak już tym gazem nasyczonego. Opisane objawy są zupełnie także same jakie występują, gdy człowiek oddycha czadem węglowym. W dławcu, zatrąwa go kwas węglany w samym organizmie wytworzony, gdy tam trucizna wdechaną zostaje z powietrzem do oddechania służącym.

W przeważnej liczbie wypadków, w razie śmiertelnego zakończenia choroby, przychodzi śmierć wśród opisanych przypadłości, skutkiem zwolna wykształcającego się ogólnego porażenia w następstwie zatrucia kwasem węglowym. W rzadszych tylko razach przystęp powietrza do płuc nagle zostaje powstrzymanym przez oddzieloną błonę, która wstawia się przed głośnię, skutkiem czego szybko następuje śmierć przez zaduszenie.

Wielkiej wagi jest szczegółowy rozbiór pojedynczych objawów, jakiemu poddali je Barthez, Rilliet i Wilson.

Kaszel uważanym jest przez Wilsona za pierwszy, a do pewnego stopnia nawet za zapowiedni objaw dławca, gdy tymczasem według Barthez'a i Rilliet'a nie ma on stale zapowiadać wystąpienia tej choroby, ponieważ autorowie ci utrzymują iż widzieli go dopiero w 3 do 6 dni po wystąpieniu objawów gorączkowych. Nasze spostrzeżenia pod tym względem popierają zdanie Wilson'a; bowiem w większej części obserwowanych przez nas wypadków, dzieci zupełnie były zdrowe aż do pierwszego napadu dławca; zupełnie a czasem nadmiernie wesołe wieczorem, z apetytem zjadłszy swą wieszę, kładły się do łóżka, i nagle w nocy budził je charakterystyczny napad kaszlu. W rzadkich tylko wypadkach poprzedzało go kilkodniowe rozstrojenie i lekka gorączka. Z drugiej jednak strony, prawdą jest, że przy zapaleniu gardła błonicowem (*Angina diphtheritica*) kaszel przyjszo może dopiero w 3—6 dni po wystąpieniu objawów gorączkowych; że zaś Barthez i Rilliet, z większą częścią francuzkich autorów, uważają to cierpienie za identyczne z dławcem krtaniowym, łatwo więc błąd ten zatrzymać mogli.

Trudno dokładnie opisać ten kaszel, który w tonie swym ma coś właściwego. Jurin o określa go bardzo dobrze jako ochrzypły i pusty. W innych razach jest on głęboki, jakby przytłumiony, i podobny do szczekania psa, lub piania koguta. Kaszel przy pierwszym swym pojawieniu się jest krótki, częsty, suchy, ochrzypły; później, krótko przed fatalnym końcem, ochrzypły i jakby stłumiony. Im wydatniej cechy te występują, tem większe prawdopodobieństwo iż dławiec rozwinie się z znacznym natężeniem.

Śmier, jaki powoduje wytchnienie stanowiące kaszel, różni się od idącego po nióm świstu, powstającego podczas wdechania.



Napady kaszlu występują jużto częściej, już rzadziej, nigdy przecież nie brakuje ich w dławcu, jak to podawano. Przestach, wzruszenie, ruchy dziecka, wywołują napady. Zauważono też, że kaszel był częstszym, skoro chorzy leżeli na wznak z głową nisko umieszczoną, niż wtedy gdy stali lub siedzieli. Kaszei zaczyna znikać, gdy choroba dąży do fatalnego kresu; staje się zaś częstszym, wilgotnym i do zwykłego nieżytego podobnym, gdy choroba na dobrą przechyla się stronę.

Świst krtaniowy, jak słusznie zauważył *Jurrie*, daje się obserwować podczas napadu kaszlu. Niekiedy bywa on też między napadami, oraz podczas wdychu i wydechu. Często świstu nie dostaje zupełnie, a szmer wywołwany oddechaniem takich chorych bywa to ochryply, to chrapliwy, to ostry, to znowu zauważyć można wilgotne rżenie podobne do napotykanego przy konaniu. Świst krtaniowy powstaje w zwykłych razach, w późniejszym dopiero okresie dławca, a stale, dopiero po wystąpieniu kaszlu. Często też znika i pojawia się kilkakrotnie. Znika po silnym napadzie kaszlu, po wyrzuceniu błon fałszywych.

Głós idzie zawsze równolegle z kaszlem. Zmiany jakich ten ostatni doznaje, odnoszą się także do pierwszego, chociaż prawdziwy bezgłos nie jest jeszcze najgorszym znakiem.

*Wilson* jako też i my mieliśmy sposobność zauważyć, że już w drugim dniu choroby bezgłos był zupełny, a jednak następnego dnia głos powrócił znowu. Zmiana w głosie często też cechuje początek dławca. *Barthez* i *Rilliet* jakoteż *Hache* w wielu wypadkach spostrzegali zwykłą chrypkę bez kaszlu i bez gorączki, jako pierwszy z występujących objawów. Jest więc głos początkowo ochryply, jak to też bywa i przy innych cierpieniach zapalnych krtani a nawet przy prostym nieżycie krtaniowym. Dopiero później nabiera on właściwego tonu dławcowego, a mianowicie właściwego chrapliwego dźwięku, który później w zupełny przechodzi bezgłos. Mimo to zdarzyć się może, że bezgłos ten znika znowu; ma to miejsce wtedy mianowicie, gdy błony fałszywe zostaną wyrzucone. Ale też i nie zawsze następuje bezgłos zupełny; owszem, obserwowaliśmy w ciężkich bardzo wypadkach, że głos pozostawał ostrym, niekiedy metalicznie dźwięczącym i szepejącym lub ochryplym, a międzytem znowu piszczącym i piejącem.

Wyrzucanie błon fałszywych jest objawem, wielkiej wagi. Gdy ono ma miejsce, niemoże być już wątpliwości co do natury choroby. Zwykle po zruceniu takich błon następuje ulga; dzieci oddechają swobodniej, głos ich staje się nieco czystszy, i okazują znowu nieco wesołości i chęci do zabawy. Przecież nie trzeba dać się złudzić temi objawami, tyle na pozór przyjaznymi, i nie przechylać się na stronę lepszego rokowania. Zdarzały nam się wypadki, gdzie zrucane były znaczne masy błon fałszywych, i wielka po tej sprawie następowała ulga, lecz już pierwszój następnój nocy wróciły niewątpliwe oznaki nowego tworzenia się błon fałszywych w krtani, z nader groźnymi napadami duszności połączone, którym dzieci ulegały. Bez względu na to, nie możemy przecież zaprzeczyć, że w większej części wypadków, po wydaleniu błon fałszywych, następowało dość prędkie nawet wyzdrowienie. Zwykle wyrzucanie błon fałszywych wtedy uważać można za znak przyjazny, póki nie przyszło jeszcze do znaczniejszych zaburzeń w wytwarzaniu krwi, gdy nie wystąpiły jeszcze objawy stopienia skutkiem zakłóconego ukrwienia i nie wznowiło się wytwarzanie błon, co zwykle bardzo szybko dzieć się zwykło.

Ból w krtani nie jest stałym. Oddechanie zawsze prawie jest utrudnione, a trudności oddechowe są albo ciągle, albo też przychodzą w napadach. Wdechania stają się zwykle częstszymi. Oddechanie jest bolesne, brzusne, głębokie, pospolicie w nocy bardziej utrudnione niż we dnie.

W nieregularnych odstępach czasu przychodzą napady zatchnienia, niekiedy same przez się, w innych razach wywołane kaszlem, zmianą położenia, lub też prostem wzruszeniem umysłowem. Napad rozpoczyna się gwałtownem przygnębieniem dziecka; fizjonomia jego wyraża pewien niepokój, zaczyna się ono rzucać; duszność jest gwałtowna, oddechanie chrapliwe, a uduszenie pod wpływem najokropniejszej obawy zagraża w każdej chwili życiu dziecka. Daremnie przechyla w tył głowę by przedłużyć tchawicę i szerszą drogę powietrzu zapewnić; szyja nabrzmiwa, tętno staje się słabem i przerywanem, oczy



zdejają się zapadać w głąb oczodołów, ciało zimnym pokrywa się potem. W napadzie z atchnienia dziecko zrywa się nagle, wzrok jego wyraża najwyższą trwogę, nozdrza rozszerzają się, twarz obrzmiewa i sinieje; gałki oczne zwrócone to na prawo, to na lewo, są niekiedy konwulsyjnie skierowane ku górze; tułów podaje się ku przodowi a ramiona wyciągają się. Przy dłuższym trwaniu napadu wdechania stają się powolniejszymi; mały chory zbiera wszystkie siły by zachwycić powietrza, kończyny ziębną, tętno coraz słabnie i grozi zaduszenie. Napad taki trwa kilka minut, aż do kwadransa, rzadko pół lub całą godzinę; skończyć się on może mniej lub więcej obfitą expectoracją i pociąga za sobą nadzwyczajną apatyę i wyczerpanie.

Takim jest obraz napadu dosięgającego najwyższego stopnia, nader wiernie i zręcznie skreślony przez Jurin'a.

Nie zawsze przecież napadom tak okropne towarzyszą objawy. Niekiedy uwydatnia się on tylko obawą i niespokojnem rzucaniem się. Im dłużej wszakże napady takie trwają i im częściej się powtarzają, tem większe jest niebezpieczeństwo. Wszelako nawet po opisanych wyżej tak okropnych napadach, zdarzało nam się widzieć dzieci przychodzące do siebie; to też w takich wypadkach zupełna utrata wszelkiej nadziei nie znajduje usprawiedliwienia.

O s l u c h i w a n i e i o p u k i w a n i e w początkach choroby nie dostarcza nam żadnych danych, przecież pod koniec choroby obie te metody są ważne, o ile niespokojność, obawa i drażliwość dziecka dozwala dokładnego badania.

Zapomocą osłuchiwania można wtedy rozpoznać obecność we wnętrzu krtani błony fałszywej wibrującej, a łącznie z opukiwaniem da nam ona pojęcie o stanie i sposobie zajęcia płuc, co ze względu na leczenie, nieocenioną jest ważności. Szczególną wartości jest znak, na który W i l s o n już zwrócił uwagę. Mówi on mianowicie: na wysokości choroby niekiedy prawdziwie użytecznym być może uważanie na stopień zapalania się odstępów nadobojczykowych i międzyżebrowych; pierwszych, osobliwie podczas wdechań. Jest to dla nas pewnym znakiem, że w tym samym stosunku w jakim następuje to zapadanie się, przeszkoda oddechowa tkwi głównie w krtani, zaś same płuca są dość swobodne i zatrzymały w zupełności albo przynajmniej w wysokim stopniu swą zdolność kurczenia się i rozciągania.

N a b r z m i e w a n i a g r u c z o ł ó w s z y j o w y c h stale występującego przy błonicowym zajęciu gardła (*Angina diphtheritica*), w dławcu krtaniowym brakuje.

G o r ą c z k a bywa prawie zawsze w dławcu, mianowicie w późniejszych jego okresach; nigdy przecież nie bywa bardzo gwałtowną, ciepłota nie tak paląca i tętno nie tak przyspieszone jak przy błonicy lub ostrem zapaleniu płuc.

Przy wykształconym już dławcu — twarz, wargi a niekiedy i kończyny są sine, — znak niezawodny upośledzonego ukrwienia i utrudnionego krążenia w naczyniach włosowatych.

R o z p o z n a n i e. Pomimo tak charakterystycznych objawów których zbiór zestawiliśmy, rozpoznanie dławca nie jest bez trudności, bowiem i innym cierpieniom krtani towarzyszą zupełnie podobne przypadłości.

Jednym z najczęstszych cierpień zamienianych z dławcem, jest zwyczajne nieżytowe zapalenie krtani (*Laryngitis simplex, catarrhalis*), które też z tego powodu oznaczono mianem niby-dławca lub dławca fałszywego (*Pseudo croup*). Przy nieżyto- wém zapaleniu krtani kaszel również ma podobieństwo do szczekania, jak w prawdziwym dławcu; głos jest również ochrzypłym; — niema przecież błon fałszywych w krtani i tchawicy, a ztąd i objawów duszenia, jakkolwiek i przy nieżycie krtaniowym nie rzadko spostrzegać można napady atchnienia. Głównem kryterium dla tego ostatniego jest to, iż przy stosownem leczeniu w krótkim czasie przebiega bez niebezpieczeństwa, bez wykasływania żadnych błon.

Lecz nietylko wspomniany nieżyt krtaniowy oznaczanym bywa nazwą niby-dławca, i daje powód do zamiany z prawdziwym dławcem, lecz także i chorobie zwaną przez dawnych *Asthma Millari*, przez nowych zaś *Laryngitis stridulosa*, *Angina stridulosa*, *Laryngitis spasmodica*, *Spasmus glottidis*, *Laryngismus stridulus*, taż sama nazwa nadawaną bywa.



*Laryngismus stridulus* odróżnia się od prawdziwego dławca tem, że pierwszy stanowi samodzielną chorobę nerwów: błędnego i wstecznego, która, jak większa część neuroz, przebiega z pojedynczemi napadami, paroxyzmami i zupełnie wolnemi przerwami. W samym napadzie patognostycznym jest nagle, gwałtowne zawieszenie oddychania, mogące potrwać kilka minut, dopóki powietrze nie będzie w stanie wejść lub wyjść przez zamkniętą dotąd zupełnie, a teraz wciąż jeszcze zwężoną głośnię.

Najbardziej zbliżoną pod względem objawów do dławca jest puchlina głośni (*Oedema glottidis*), która też w piwskiej chwili łatwo z nim zamienionaby być mogła. Przecież różnią się one między sobą istotnie; dławiec bowiem: 1<sup>o</sup> zdarza się prawie wyłącznie u dzieci, zaś puchlina głośni prawie wyłącznie u dorosłych; 2<sup>o</sup> dławiec spostrzeganym bywa prawie zawsze u indywiduów przedtem zdrowych, zaś puchlina głośni zwykle u takich indywiduów które cierpią już na ostre lub przewlekłe choroby krtani, tyfus i t. p. 3<sup>o</sup> niekiedy widzieć można obrzmiałą głośnię jako czerwonawe gruszkowate zgrubienie po za nasadą języka.

Najczęściej przecież dławiec krtaniowy zamienianym bywa z błoniciowem zapaleniem błony śluzowej gardła do czego przyczyniają się głównie błędne poglądy niektórych, mianowicie francuzkich lekarzy, którzy obie te choroby uważają za tożsame. Nie jest tak przecież w rzeczywistości; i nietylko zachowanie się anatomiczne obu tych chorób różni się w swój istotcie, lecz i pod wszelkimi innymi względami tak istotna panuje między niemi różnica, że uważać je musimy jako specjalnie zupełnie różne sprawy patologiczne.

Dławiec wywoływany, bywa tak przez stosunki klimatyczne jak przez pory roku i stan powietrza; błonica tyle jest niezależną od stosunków klimatycznych, ile epidemiczne jej występowanie od pory roku i stanu powietrza. Dławiec nigdy nie panuje epidemicznie; błonica rzadko bardzo występuje sporadycznie, prawie zawsze epidemicznie. Socjalne stosunki higieniczne nie mają wpływu na powstawanie dławca, gdy tymczasem wilgoć gruntu, nieczystość, niedostateczny przewiew, przedudnienie i t. p. momenta sprzyjające gromadzeniu się gnijących pierwiastków, są równego znaczenia dla powstawania błonicy jak dla wszelkich innych chorób zymotycznych.

Dławiec zdarza się prawie wyłącznie w wieku dziecięcym, do 7—10 mniej więcej roku; błonica jest chorobą zarówno dziecięcemu jak i dojrzałemu wiekowi właściwą. Dławiec jest cierpieniem czysto miejscowem, zabijającym tylko przez zaduszenie, błonica zaś, miejscowym wyrazem specyficznego ogólnego cierpienia, które również często przez ogólne zatrucie jak i przez miejscowe zajęcie sprowadza niebezpieczeństwo a nawet fatalny koniec choremu. Zaraźliwość dławca nie jest dowiedziona, gdy tymczasem błonica jest chorobą niewątpliwie zaraźliwą. (*Dokończenie nastąpi*).

## Wiadomości bieżące.

— Lekcja wstępna Prof. Dra Laskowskiego w Paryżu. W Nrze 22-gim Gaz. Lek. podaliśmy wiadomość o mianowaniu Dra Laskowskiego, ucznia naszej szkoły, Professorem anatomii w Paryżu. Dzisiaj śpieszymy podzielić się z czytelnikami naszymi, tém miłym wrażeniem, jakie szanowny Professor wywarł na słuchaczy paryżkich pierwszą swoją prelekcją. Oto co pisze w tej rzeczy nasz współpracownik Dr. T. Żuliński:

Dnia 26-go listopada w jednym z amfiteatrów szkoły praktycznej w Paryżu p. Dr. Zygmunt Laskowski miał pierwszy wstępny odczyt z anatomii.

„Wierny sztandarowi szkoły (praktycznej), w której wykładał, mówił szanowny prelegent, trzymać się będę w odczytach swych praktycznej ściśle strony. Nie teorye anatomo-histologiczne zajmować nas tu będą, ale praktyczne zapoznawanie słuchaczy z budową organizmu ludzkiego, której świadomość stanowi podstawę umiejętności lekarskich.”



Pierwszą tę prelekcję poświęcił Dr. Z. L a s k o w s k i wstępny wiadomościom z anatomii i podziałowi umiejętności tej, którego w wykładach swych następnych trzymać się zamierza.

Znajomość przedmiotu, wykład jasny, język czysty i organ głosu donośny, stanowią niemalą zaletę wykładającego. Licznie też zebrani słuchacze, grzmiącymi oklaskami pożegnali szanownego prelegenta, gdy zeszedł z katedry.

Z tego cośmy słyszeli na pierwszym wykładzie Dr. Z. L a s k o w s k i e g o, rokujemy mu świetną przyszłość w zawodzie nauczycielskim.

Znana zaś jego metoda konserwacyjna\*), która dziś tyle narobiła mu rozgłosu w świecie lekarskim, niemalą, spodziewamy się, będzie zachętą dla studentów medycyny uczenia się anatomii przy jego wykładach. Świeże i miękkie bowiem preparata nieposiadające żadnej nieprzyjemnej woni, wiele ułatwiają i zachęcają lekarzy i studentów do głębszych i sumienniejszych badań anatomicznych.

Na przedstawienie Dr. S a p p e y'a, Prof. tutejszej szkoły medycznej, metoda Dr. Z. L a s k o w s k i e g o znajdzie już od r. b. zastosowanie w amfiteatrach anatomicznych.

Z Ameryki, Anglii i Hiszpanii otrzymuje wciąż zamówienia Dr. Z. L a s k o w s k i o dostawę do muzeów anatomicznych pewnych kolekcji preparatów, odrobionych i zachowanych wedle jego metody.

Z wielką przyjemnością dzielimy się z wami temi pochlebnemi wiadomościami o Dr. L a s k o w s k i m, który stając tu na Paryżkiej katedrze anatomii, nie tylko, że nie zapomina, ale szczerzy się tém, że jest uczniem Warszawskiej szkoły lekarskiej.

Tak więc dwóch już mamy polskich przedstawicieli na katedrze w tutejszym fakultecie lekarskim.

— W dniu 7 b. m. odbyło się 49te posiedzenie oddziału chirurgii, okulistyki i syfili-dologii Tow. lek. War., na którym: 1) Prof. G i r s z t o w t przedstawił dwie chore, z których jedną w dniu 31 października b. r. wykonał w swój klinice rezekcję prawej szczęki górnej, drugą zaś w dniu 18ym tegoż miesiąca zrobił operację przepukliny pachwinowej (*herniotomia*). U pierwszej z nich (M. G., dziewczynka, lat 10), powodem do operacji była zgorzel szczęki, rozwinięta w następstwie zapalenia okostnej; chora ta pod tym względem zasługuje na uwagę, że części miękkie, pokrywające szczękę od wewnątrz czyli z jamy ust w czasie operacji nie były na środkowej linii przecięte, ale zaczynając od wewnętrznego brzegu zębodołowego szczęki od kości oddzielone a po wypilowaniu szczęki brzeg ich został zszyty z dziąslami od zewnątrz kości pokrywającymi, przez co sklepienie podniebienia w całości zachowane, a zatem i otworu łączącego jamę nosa z jamą ust unikniono; tym sposobem operowana polyka doskonale i mowę ma zupełnie nie zmienioną, a prócz tego rysy twarzy żadnego prawie niepodobnienia nie przedstawiają. Druga operowana P. F., staruszka 82 lat, miała uwięzioną przepuklinę pachwinową jelitno-kaldunkową (*entero—epiplocele*); po otwarciu worka przepuklinowego okazało się, że kaldun (*omentum*), znajdujący się po za obrębem kanału pachwinowego był zgangrenowany, kiszka zaś, jakkolwiek barwa jej była zmienioną, cech zgorzeli właściwych nie miała. Kiszka przeto została odprowadzoną do jamy brzusznej, część zaś zgangrenowaną siatki brzuchowej wycięto, resztę zaś jej wszyto pomiędzy brzegi rany szwem głębokim. Brzegi rany przez bezpośrednie sklejenie nie zrosły się, błona siatkowa na większej jeszcze przestrzeni zgangrenowała się, a obok tego zapalenie tkanki łączno-tłuszczowej podskórnej i między mięśniowej (*phlegmone*) rozwinęło się, a w dniu 27 października w ranie ukazały się *foeces*, co było dowodem, że i przedziurawienie kiszki nastąpiło (*anus contra naturam*), otwór jednak był niewielki, część bowiem kału odchodziła

\*) Szczegółową wiadomość o konserwowaniu preparatów anatomicznych sposobem Prof. L a s k o w s k i e g o podamy w jednym z przyszłych numerów Gaz. Lek.



przez odbytnicę. Wszystkie te zawikłania szczęśliwie usunięte zostały: *phlegmone* ograniczyło się, rana stopniowo się zwężała, a po zastosowaniu nacisku i otwór przetoki kałowej w połowie listopada zupełnie zarósł. 2) Dr. T a b a e z y ů s k i przedstawił chorego mężczyznę, 30 lat, któremu wykonał operację *curae radicalis herniae inguinalis* sposobem Prof. G e r d y *per invaginationem scroti*. Jakkolwiek z początku zdawało się, że kanał pachwinowy zamkniętym został, po niejakiem jednak czasie kiszka na powrót wychodzić zaczęła. Ponieważ chory ma stałą chęć pozbycia się przepukliny, przeto Dr. T a b a e z y ů s k i postanowił powtórnie jeszcze wykonać tę operację sposobem M o e s n e r'a lub R o t h m u n d a, po zastosowaniu których Prof. G i r s z t o w t miał kilka przypadków zupełnego uleczenia przepuklin pachwinowych. Następnie Dr. T a b a e z y ů s k i przedstawił mężczyznę, któremu z zupełnym powodzeniem wykonał częściową rhinoplastykę z powodu zniszczenia końca nosa przez nowotwór wilkiem (*lupus*) zwany. 3) Dr. J o d k o, docent oftalmologii, przedstawił dwóch chorych *cum ectropio palpebrarum*, z których jednemu zrobił już operację na powiece dolnej lewej sposobem S a n s o n'a, z dobrym skutkiem, co do drugiego zaś zasięgał rady u kolegów względem sposobu operowania i sam swoje myśli w tej rzeczy wyłożył. Następnie okazał zwapniałą soczewkę, którą w przed dniu posiedzenia wyjął 27io-letniemu mężczyźnie. Operacja ta pod tym względem zasługuje na uwagę, że soczewka przed operacją znajdowała się w komórcie przedniej oka (*luxatio lentis in cameram anteriorem*), skoro jednak zachloroformował chorego celem zapobieżenia wylaniu się ciała szklistego i uniósł głowę chorego dla wygodniejszego położenia w czasie operacji, soczewka sama przez się napowrót zajęła zwykle swe siedlisko (*repositio lentis spontanea*), co jednak wykonania operacji bynajmniej nie utrudniło. 4) W końcu Prof. G i r s z t o w t opowiedział o rezultatach stosowania kwasu karbolowego przy opatrunku powierzchni ropiejących (*methodus antiseptica*). Jakkolwiek już od roku używa w swęj praktyce chirurgicznej kwasu karbolowego, były to jednak przypadki pojedyncze, z których o skuteczności tego środka stanowczych wniosków stawiać nie można było. Obecnie z powodu panującej z g o r z e l i s z p i t a l n e j (*gangraena nosocomialis*) zastosowanie kwasu karbolowego przeprowadził na wielką skalę i nie tylko wypróbował działanie tego środka przy złamaniu powikłaném kości, leczeniu ropni, jak to zalecał L i s t e r, ale nadto przy zapaleniu tkanki łączno-tłuszczowej podskórnej (*phlegmone*), przy ranach po amputacjach i rezekcjach, na wrzodach, słowem na wszystkich dostępnych ropiejących powierzchniach i wszędzie skutku dobrego temu środkowi odmówić nie może. Prof. G i r s z t o w t używa kwas karbolowy w trzech formach: 1) *solutio aquosa acidi carbolicum* ( $\overline{5}$ j acidi carb. na  $\overline{5}$  IV aq. dest), 2) *oleum carbolicum* ( $\overline{5}$ j acidi carbol. na  $\overline{5}$  IV olei lini cocti) i 3) *pasta carbolica* (*olei carbolicum*  $\overline{5}$ j, *cretae albae tritae q. s. ut fiat pasta, quam extende supra stanniolum*). Szczegółowe sprawozdanie o użyteczności tego środka złożył na jedném z przyszłych posiedzeń: obecnie tylko oświadcza, że dotychczasowe postrzeżenia pozwalają kwas karbolowy uważać jako środek: 1) wstrzymujący rozpad materji i zgniliznę, 2) zmięszający ropienie na powierzchniach owrzodzonych; 3) nie wywołujący bólu, owszem nawet znieczulający (*anaestheticum*); 4) jakkolwiek nie wywołuje on bujnej ziarniny, rany i wrzody tym kwasem opatrywane są czyste i zabliznianie ich odbywa się stosunkowo prędzej, aniżeli przy innych środkach opatrunku chirurgicznego. O ile zabezpiecza środek ten od ropnicy lub posocznicy i jaka jest względna wartość jego przy zgorzeli zwłaszcza szpitalnej, po zebraniu większej liczby doświadczeń kwestye te, tak wielkiej doniosłości dla praktycznego chirurga, rozstrzygniętemi tylko być mogą. Postrzeżenia w klinice wciąż się dokonywają.

— W z. miesiącu bieżącego roku ukazały się dwa nowe czasopisma poświęcone dermatologii i syfilidologii, jedno z nich p. n. „*Archiv für Dermatologie und Syphilis*“ wychodzi w Pradze pod redakcją Drów A u s - p i t z'a i P i c k'a (rocznie 4 zeszyty, każdy z 8—10 arkuszy druku, z drzeworytami, 4 talary), drugie zaś p. t. „*Annales de dermatologie et de syphilographie*“ w Paryżu, pod kierunkiem Dra D o y o n (rocznie 6 zeszytów, 12 franków). Każde z tych pism



ma zapewnioną sobie wielką liczbę współpracowników, dających najlepszą rękojmię powodzeniu nowych, a tak pożądaných prac.

— † W dniu 9tym b. m. umarł w Peszcie, po 3-dniowej chorobie Dr. Jan B a l a s s a, (w 54 r. życia), professor chirurgii tamecznego uniwersytetu, lejb-medyk królowej węgierskiej, mąż wielkich zasług naukowych i obywatelskich, czezony nie tylko przez młodzież uniwersytecką, ale i cały naród węgierski. Bolesny to cios dla Węgier, bo w osobie B a l a s s y królestwo Węgierskie straciło męża najbardziej wpływowego we wszystkich sferach społeczeństwa, nauka lekarska w Węgrzech — najuczeńszego przedstawiciela swego w obec zagranicy, uniwersytet peszteński — najdzielniejszy swój filar. Prof. B a l a s s a i pomiędzy nami żal zostawia, bo wielu lekarzy naszych znało go osobiście i szczyciło się jego przyjaźnią. Zasługi jego naukowe poznamy w jednym z przyszłych numerów naszego pisma.

— † W dniu 14-m listopada r. b. zmarł T o m a s z S z k l a r s k i, lekarz wolno-praktykujący w Zarkach. Urodził się w Galicyi, nauki lekarskie ukończył w uniwersytecie Krakowskim, a po uzyskaniu tamże stopnia magistra medycyny, przesiedlił się do Królestwa. Żył lat 75.

— † Dr. Wilhelm S o h o l t z, asystent kliniki chirurgicznej w Josephinum (w Wiedniu), autor dzieła „*Amputation und Resection bei Gelenksverletzungen*“ (Wien. 1866), w d. 27 z. m. zmarł w G r u l i c h (w Czechach). Chirurgia wojskowa utraciła w jego osobie zdolnego pracownika.

Od Redakcyi Gazety Lekarskiej i Biblioteki Umiejętności Lekarskich. Z m. styczniem 1869 r. rozpoczyna się drugie półrocze trzeciego roku czyli tom szósty Gazety Lekarskiej, która w tym samym co i obecnie, ściśle naukowym kierunku i nadal wydawaną będzie. Redakcyja uprasza szanownych P. T. abonentów, aby, dla uniknienia zwłoki w przesyłce pierwszych numerów 6go tomu, raczyli weześnie zgłaszać się do prenumeraty w miejscowych urzędach i stacyach pocztowych tak Królestwa jak i Cesarstwa, lub też wprost do Redakcyi. Cena Gazety Lekarskiej: 1) w W a r s z a w i e: w Redakcyi i w Księgarniach z odnośzeniem do mieszkań rocznie r. sr. pięć, półrocznie r. sr. dwa kop. pięćdziesiąt; 2) n a s t a c y a c h p o c z t o w y c h C e s a r s t w a i K r ó l e s t w a: rocznie r. sr. siedem, półrocznie r. sr. trzy kop. pięćdziesiąt; 3) w R e d a k c y i z przesyłaniem do wszystkich miejsc Cesarstwa i Królestwa: a) w k o p e r t a c h z a m k n i ę t y c h rocznie r. sr. siedem, półrocznie r. sr. trzy kop. pięćdziesiąt; b) w o p a s c e rocznie r. sr. sześć, półrocznie r. sr. trzy. Uwaga: „*Rys historyczno-statystyczny szpitali w Królestwie Polskiem*“ jako Dodatek bezpłatny do Gazety Lekarskiej w ciągu dalszym i w roku przyszłym dołączanym będzie.

Również z m. styczniem rozpoczyna się czwarte półrocze wydawnictwa Biblioteki Umiejętności Lekarskich, w którym wyjdzie sto arkuszy druku. Prenumerujący już to pismo razem z Gazetą Lekarską zechcą złożyć przedpłatę na następne półrocze (to jest od 1 stycznia do 1 lipca 1869 r.) r. sr. dziesięć (po kop. 10 za arkusz); prenumerujący zaś samą Bibliotekę — r. sr. piętnaście (po kop. 15 za arkusz razem z przesyłką). Nowi zaś prenumerotorowie Biblioteki Umiejętności Lekarskich, którzy są już abonentami Gazety Lekarskiej, oprócz tego złożyć zechcą za ubiegłe pierwsze trzy półrocza r. sr. dwadzieścia trzy i jako rękojmię stałej prenumeraty r. sr. pięć czyli razem r. sr. trzydzieści ośm; nie prenumerujący zaś Gazety Lekarskiej wniosą za pierwsze trzy półrocza r. sr. trzydzieści cztery kop. pięćdziesiąt, oraz r. sr. pięć jako rękojmię prenumeraty stałej, czyli razem r. sr. pięćdziesiąt cztery, kop. pięćdziesiąt.

---

Redakcyja Gazety Lekarskiej i Biblioteki Umiejętności Lekarskich przy rogu ulicy Jasnój i Zielonego placu, w domu Berensztejna, Nr. 1364, mieszkania Nr. 6.

---

W Drukarni Gazety Polskiej. — Za pozwoleniem Cenzury Rządowej.

---