

# MEDYCYNA.

CZASOPISMO TYGODNIOWE  
dla lekarzy-praktyków.

TREŚĆ. **Prace oryginalne.** Porażenie połowicze postępujące nerwów mózgowych. Opisał prof. Dr. Adamkiewicz. Sławuta Zakład Kumysowy oraz Stacja Leśna. Sprawozdanie z działalności lekarskiej za rok 1888. Napisał Dr. H. Dobrzycki. (Ciąg dalszy). Uwagi terapeutyczne nad krwotokami i guzami krwawnicowemi. Podał docent Dr. W. Jaworski.—**Streszczenia i wyciągi.** 12. Zapalenie płuc i opon mózgo-rdzeniowych. — Sprawozdanie z posiedzeń Towarzystwa lekarskiego Warszawskiego. O elektrycznem przeświecaniu krtani i jam nosowych. Przez D-ra T. Herynga. Streszczył Dr. H. Dobrzycki.—**Wiadomości bieżące.**—**Ogłoszenia.**

## Porażenie połowicze postępujące nerwów mózgowych.

Opisał Prof. Dr. Adamkiewicz.

Choroba, o której tu mowa, należy do najcięższych, na szczęście jednak bardzo rzadkich chorób nerwów mózgowych. Upośledza ona znacznie funkcje prawie całej połowy głowy, lecz dotąd mamy dopiero dwa opisy wiarogodnych przypadków tej sprawy chorobowej. Dwaj kliniści wiedeńscy, BAMBERGER i NOTHNAGEL opisali każdy po jednym przypadku tej kategorii, i właśnie tym autorom zawdzięczamy, że, mimo zbyt małego kazuistycznego materiału, posiadamy już bardzo dokładną znajomość połowiczego porażenia nerwów mózgowych.

Przypadek BAMBERGERA <sup>1)</sup> dotyczył kobiety liczącej lat 53. Choroba rozpoczęła się u niej silnemi bólami w prawej połowie twarzy i doprowadziła w przeciągu trzech lat do schorzenia większej części nerwów mózgowych na zajętej stronie. Zupełnie porażone zostały: *n. oculomotorius, trochlearis, abducens, trigeminus, facialis*, częściowo: *n. glossopharyngeus, acusticus* i *accessorius*; wcale nie zostały porażone: *n. olfactorius, opticus, vagus* i *hypoglossus*. To zajęcie nerwów miało następujące skutki: Porażenie i reakcja zwyrodnienia elektrycznego mięśni ustnych i ocznych (*n. facialis*), porażenie prawej połowy podniebienia miękkiego (*n. petrosus superficialis major*), Ptosis (*n. oculomotorius*), zanik mięśnia *cu-cullaris* i *m. sterno-cleido-mastoideus* (*n. accessorius*), porażenie prawego więzadła głosowego (*n. recurrens*) i nieczulica błony śluzowej krtani (*n. laryngens superior*), nieczulica prawej połowy twarzy i gałki ocznej (*n. trigeminus*), zmętnienie środków łamiących oka, wrzody rogówkowe, zapalenie spojówki, wreszcie nieznaczne osłabienie słuchu na uchu prawem (*n. acusticus*). Po wykluczeniu wszelkich innych możebności, ponieważ także kiła, gruźlica i inne choroby ogólne wykluczone być mogły, BAMBERGER opisane cierpienie uważał jako skutek zajęcia ośrodków nerwów mózgowych na podstawie czwartej komórki.

NOTHNAGEL <sup>2)</sup> obserwowwał podobną sprawę chorobową u młodej dziew-

<sup>1)</sup> Wiener medic. Bl. 1883. Nr. 5 str. 134.

<sup>2)</sup> Wiener medic. Bl. 1884. Nr. 9.

Anc 208/53/13

czynny, która od dzieciństwa cierpiała na zolży i jeszcze w czasie obserwacji klinicznej okazywała znacznie obrzmiałe gruczoły limfatyczne na szyi. I u tej chorej rozpoczęła się scena od połowiczago (z lewej strony) bólu twarzy i głowy. Następnie przystąpiły ropotok uszny i utrata słuchu na zajętej stronie i zwoła na zajętą została większa część nerwów mózgowych na tej samej stronie, tak, że wreszcie następujące zmiany chorobowe wykazać się dały:

Porażenie *m. abducentis* na lewem oku, zanik i niedowład lewej połowy języka, *m. cucullaris* i *sternocleidomastoideus* po stronie lewej, więzadła głosowego, podniebienia miękkiego i wszystkich mięśni twarzowych po stronie lewej.

Stąd niemożebność ruchów mimicznych i zamknięcia powiek po stronie lewej. Prócz tego zauważono niedowład lewych mięśni żucia, porażenie czucia na całej chorej połowie twarzy i lewej gałce ocznej, utrata smaku na lewej połowie języka i utrata słuchu w odpowiednim uchu. Wreszcie istniały u chorej obustronna *Neuroretinitis*, t. z. neuroparalityczne zapalenie spojówki i osłabienie bystrości wzroku na oku lewem.

Tylko co wymienione objawy i ta okoliczność, że chora była skrofaliczną, nerw twarzowy okazał się zajęty we wszystkich gałęziach, że równocześnie zajęte były nerwy czuciowe i ruchowe, skłoniły NOTHNAGLA do wykluczenia choroby mózgowej, a ponieważ znaczny wymiar schorzałego obszaru nerwowego i brak wszelkich objawów porażennych w odnogach przemawiały przeciw istnieniu nowotworu w komórce czwartej względnie w moście Varola, uważał Nothnagel za przyczynę powyższej choroby przewlekłe zapalenie opon mózgowych na podstawie czaszki. Prof. KUNDRAT <sup>1)</sup> stwierdził rozpoznanie to przy sekyi.

I tak znalazł tenże na lewej piramidzie kości skalistej i na części stawowej lewej połowy kości potylicowej ropień zamknięty błoną (*pseudomembraną*) zrośniętą z lewą połową mostu Varola i lewym brzegiem rdzenia przedłużonego, ropień powstały skutkiem nekrozy tychże kości. Nerwy: *facialis*, *acusticus*, *glossopharyngeus*, *vagus*, *hypoglossus* i *accessorius* leżały w zakresie ogniska ropnego.

Mój przypadek był następujący:

### Historya choroby.

W Lutym roku 1887 widziałem 54 lat liczącą Maryą Chromecką po raz pierwszy. Skarżyła się wtenczas na bardzo silny ból głowy w okolicy skróni i czoła po stronie prawej. Ból ten trwał od pięciu miesięcy, był z początku nieznaczny, wznagał się później coraz bardziej, a wreszcie stał się nieznosny, tak że w ostatnich czasach noce bezsenne spędzała. Podaje dalej, że skutkiem bólu głowy obniżyła się jej górna powieka prawa, co jej znacznie na tem oku wzrok upośledza. Zresztą na nie się nie skarży.

#### I. Stan obecny (Luty 1887).

Chora średniego wzrostu, budowy wątłej, na twarzy maluje się cierpienie. Umysłowo zupełnie zdrowa opowiada poprawnie i szybko swoją historyą choroby płaczącym tonem przerywając swe opowiadanie często szlochaniem. Na-

<sup>1)</sup> Wiener med. Bl. 1884. Nr. 19.

rzędy piersiowe i brzuszne zachowują się prawidłowo, Odnogi czynnościowo nie są upośledzone. Choroba ogranicza się jedynie do prawej połowy głowy.

Na teźże można skonstatować następujące zmiany:

1) Co do oka. Górna powieka jest zwieszona, pokrywa około dwie trzecie gałki ocznej i chora dowolnie podnieść jej nie może. Jeżeli na rozkaz ma wpatrywać się w jakiś przedmiot, to pochyla ona głowę silnie ku tyłowi i patrzy po pod zwieszoną powiekę jak gdyby z dołu. Po podniesieniu biermem zwieszonej powieki widzi się gałkę oczną otretwiąłą, bez wyrazu, której środku łamiące, błony i źrenica prawidłowo się zachowują.

Oś oczna biegnie skośnie na wewnątrz i nadół. Źrenica jest szersza i oddziaływa leniwiej aniżeli na oku zdrowem. Chora jednak może dowolnie oko zamknąć i wykonywać niem ruchy na wewnątrz, ku górze, w kierunku ku dołowi wewnątrz i ku górze zewnątrz. Przy zwracaniu powolnem w płaszczyźnie poziomej ku zewnątrz, dosięga oko tylko sagittalną płaszczyznę i nie przekracza linii środkowej. Chora nie może zwrócić oka ku dołowi zewnątrz.

Z tych zaburzeń jasno wynika, że z sześciu mięśni zaopatrujących oko dwa są zupełnie porażone, mianowicie *m. obliquus superior* zaopatrzony przez *n. trochlearis* (ruch ku dołowi zewnątrz) i *m. rectus externus* (ruch w płaszczyźnie środkowej na zewnątrz). Źrenica rozszerzona i leniwe oddziaływanie teźże wskazywały także zaburzenia innerwacyi w zakresie *n. oculomotorii* szczególnie jego włókien idących przez *radix brevis* do *ganglion ciliare* a stąd do tęczówki. Bystrość wzroku jest na obu oczach jednakowa zupełnie prawidłowa. Badanie wziernikowe oka nie wykazuje nic nieprawidłowego.

2) Co do zakresu innerwacyi ruchowych: Tylko język jest zajęty. Przy wyciąganiu zbacza wyraźnie na prawo (*n. hypoglossus*). Nie można jednak zauważyć różnicy w odżywieniu połowy języka prawej od lewej. Podniebienie miękkie, więzadła głosowe, mięśnie twarzy i mięśnie połykowe funkcjonują prawidłowo. Takie mięśnie karku i szyi nie okazują nic nieprawidłowego.

3) W sferze nerwów czuciowych i zmysłowych prawej połowy głowy dają się wykazać następujące zaburzenia.

Podczas gdy zmysł słuchu, powonienia i wzroku nie nieprawidłowego nie okazują, to czucie i poczucie smaku na stronie chorej zupełnie zgasły. Nieczulica jest zupełną dla wszystkich rodzajów drażnień. Nieczulica ta rozprzestrzenia się na twarzy ku górze powyżej granicy włosów aż do szwu wieńcowego. Na przodzie sięga do linii środkowej, przepoławiając ściśle czoło, nos i wargę górną zupełnie, wargę dolną tylko w górnej połowie. Ku tyłowi kończy się ta nieczulica w linii, powyżej ucha prostopadle na brzegu kości czołowej, a poniżej ucha równolegle z tylnym brzegiem szczęki dolnej około 1 cmt. od tegoż oddalonej, a więc podobnie jak brzeg szczęki dolnej łukowato spada na dół, aby złączyć się w środkowej linii podbródka z przednią linią graniczną zakresu nieczulonego. Na uchu nieczulica sięga ponad *Antitragus* do przewodu usznego zewnętrznego. Podobnie jak skóra także błony śluzowe prawej połowy głowy zupełnie straciły zdolność czucia. Można dotykać prawe oko i to

tak rogówkę jak i spojówkę bez wywołania najmniejszego wrażenia i odruchów, podczas gdy oko lewe bardzo na to jest czułe. Tak samo można nakłóć od wewnątrz lewą ścianę jamy nosowej, a chora ani nie drga. Po stronie lewej już tylko dotykanie błony śluzowej nosa wywołuje wszelkie odruchy, między innymi także łzawienie, ale dziwnym sposobem tylko na lewym oku. Wreszcie jest znieczulona błona śluzowa jamy ustnej ściśle do linii środkowej, podobnie jak błona śluzowa podniebienia twardego i miękkiego, języka, języczka, dziąseł i dna jamy ustnej.

A z czuciem stracił także język uczucie smaku. Ta utrata uczucia smaku zwłaszcza jest wybitną na końcu języka. Cukier, sól kuchenna, ocet i rozczyzn chininy tutaj wcale nie jest rozpoznawany. Także w tylnych częściach powierzchni języka percepcja smaku, jak to okazuje porównanie ze stroną lewą nie jest zupełnie prawidłową. Jest ona tutaj tępą i niepewną.

4) **Wydzielanie łez.** Jak już wspomniałem, także wydzielanie łez u naszej chorej było w charakterystyczny sposób upośledzone. Drażnienie błony śluzowej nosa i prawej połowy jamy nosowej nie wywoływało odruchowego wydzielania łez. Po drażnieniu jednak błony śluzowej po stronie lewej wystąpiło łzawienie tylko na oku lewym.

A przecież wydzielanie łez należy podobnie jak wydzielanie śliny i potu, jak to w dawniejszych pracach wykazałem <sup>1)</sup>, do tak przezemnie nazwanych funkcji bilateralnych.

Wszystkie funkcje bilateralne mają między innymi tę charakterystyczną własność, że każde, więc także jednostronne drażnienie, zawsze bilateralnie t. j. obustronnie oddziałują. Odruchowy zatem płacz u naszej chorej tylko na jednym oku, dowodził zaburzenia w aparacie innerwacyjnym wydzielania łez. A że takowe rzeczywiście istniało, to pokazało się jeszcze wybitniej przy dobrowolnym płaczu; łzy bowiem płynęły tylko z lewego (zdrowego) oka. Oko zaś prawe było bez łez i tylko o tyle wilgotne, o ile wydzielina gruczołów spojówkowych przednią powierzchnią oka ciągle ślizką czyniła.

Wszystkie na końcu wymienione zaburzenia są oczywiście klasycznymi świadkami zupełnego porażenia *n. trigemini*, przynajmniej jego gałęzi czuciowych.

Porażeniu pierwszej gałęzi tego nerwu (*r. ophthalmicus*) odpowiada nieczulica czoła (*n. frontalis*) i błony śluzowej nosa (*n. naso-ciliaris*) jako też ustanie wydzielania łez (*n. lacrymalis*). Ponieważ *n. naso-ciliaris* i *n. lacrymalis* zaopatrują gałkę oczną także czuciowymi gałęziami, więc porażenie tych nerwów dostatecznie wyjaśnia zupełną nieczulicę gałki ocznej u naszej chorej.

Druga gałąź *n. trigemini* pośredniczy w czuciu twarzy (*n. infraorbitalis*), policzka (*n. zygomaticus malae*) i błony śluzowej szczęki górnej (*n. sphenopalatinus*). Utrata czucia właśnie w tych częściach musiała zatem polegać na zaburzeniu w czynności wymienionej gałęzi. A ponieważ wreszcie część czuciowa trzeciej gałęzi *n. trójdzielnego* doprowadza nerwy czuciowe do okolicy skroni (*n. auriculo-*

<sup>1)</sup> Die Secretion des Schweisses. Eine bilateral symmetrische Nervenfunction. Berlin 1878. Hirschwald.

*temporalis*), do skóry pokrywającej szczękę dolną (*n. mandibularis*) i do błony śluzowej odpowiedniej połowy języka i błony śluzowej jamy ustnej, zatem nieczulica tych części odpowiada znowu wypadnięciu funkeji także trzeciej gałęzi *n. trigeminus*. Jednak jego ruchowe gałęzie były nietknięte. Prawy bowiem mięsień skroniowy, *m. m. masseteres* i *pterygoidei* po tej stronie nie zbaczają od prawidła ani co do funkeji ani co do odżywienia.

## II. Rozpoznanie.

Taki był stan chorej w Lutym r. 1887. Przedstawiłem ją w tutejszem towarzystwie lekarskiem i wypowiedziałem wtenczas zdanie, że choroba ta jest wynikiem rozlicznych ognisk, których siedliskiem jest podstawa czaszki, a mianowicie miejsca wyjścia zajętych nerwów mózgowych i prawdopodobnie polegają na zgrubieniu okostnej na tychże miejscach wyjścia nerwów.

Wszak zajęcie mózgu musiało przedewszystkiem być wykluczone. Żadna bowiem sprawa mózgowa, jakiegokolwiek ona byłaby przyrody, nie zostawia zupełnie nietkniętymi mięśnie ciała i funeye psychiczne, jak to miało miejsce u naszej chorej i nigdy nie wyklucza z czynności tak ściśle, jakby nożem wycięte, nerwy mózgowe według dowolnego wyboru.

Także rdzeń przedłużony względnie tu istniejące jądra zajętych nerwów nie mogły być siedliskiem choroby. Proces bowiem chorobowy, któryby zajął jądro *n. abducens*, nie byłby oszczędził tak blisko leżącego jądra *n. facialis*. Nie miałby także ten proces właściwego kaprysu oszczędzenia blisko leżącego jądra *Trigeminus*, aby podkraść się do zdala leżących czuciowych ośrodków tego nerwu. Dalej nie dosięgnąłby jądra *n. glossopharyngeus* nie zająwszy jądra *n. acusticus* i nie zniszczyłby właśnie połowy *n. hypoglossus*. Wreszcie na jakich tajnych drogach dostać by się mógł ten hypotetyczny proces w jądrach aż do *Aquaeductus Sylvii*, aby tu zniszczyć jądro *n. trochlearis* a zupełnie oszczędzić tuż przy niem leżące jądro *n. oculomotorius*?

Widzimy więc, że przyjęcie choroby jąder wznieca szereg zagadkowych pytań, których nikt tak łatwo rozwiązać by nie potrafił. Przeciwnie usuwają się wszystkie trudności w wytkómaczeniu wyż wymienionych chorobowych objawów, jeżeli przyjmujemy za siedlisko choroby czaszkę, specjalnie podstawę jej kostną, a szczególnie miejsca wyjścia nerwów z tejże.

Przyjmijmy, że proces zajął prawą kość klinową i wychodząc od brzegu *Fissura orbitalis superior* i idąc wzdłuż prawej strony trzonu kości klinowej zajął prawy bok kości skalistej i *pars condyloidea ossis occipitis*, to mamy przed sobą siedlisko choroby, które nam w zupełności i łatwo wszystkie zaburzenia u naszej chorej tłumaczy.

Zajęcie *fissura orbitalis superior* musi więcej lub mniej uszkodzić nerwy tędy przechodzące mianowicie *n. trochlearis*, *abducens*, *oculomotorius* i pierwszą gałąź nerwu trójdzielnego.

Proces, który się odbywa na prawo od trzonu kości klinowej—na kości—

zmienia ją także przy uczepleniu prawego dużego skrzyłka tam gdzie leżą *foramen rotundum* i *ovale*. W ten sposób także mogą być wciągnięte w sprawę chorobową druga i trzecia gałąź n. trójdzielnego. A ponieważ do tylnego brzegu zajętego przyczepienia dużego skrzydła kości klinowej przylega szczyt kości skalistej, na której powierzchni tylnej leży *ganglion Gasseri* z początkiem wszystkich trzech gałęzi n. trójdzielnego, więc proces chorobowy miał tutaj szczególną sposobność zająć niejako korzeń tego nerwu.

Że właśnie ten nerw tak zuacznie był uszkodzony i wszystkie części jego zniszczone, to bardzo przemawiało za przyjętym procesem. Jeżeli więc był to rzeczywiście ten proces, o którym mowa, to mogła choroba za pomocą końca kości skalistej bardzo łatwo dostać do przylegającego tu wyrostka stawowego kości potylicowej i w ten sposób dojść do *foramen jugulare* leżące między *os petrosum* i *processus condyloideus ossis occipitis*, a zatem do n. *glossopharyngeus*, jako też do *foramen condyloideum anticum* t. j. do n. *hypoglossus*.

Co się tyczy przyrody tego procesu chorobowego odbywającego się na kościach, to myślałem o przewlekłym zgrubieniu okostnej, które sprawiło zwężenie miejsc wyjścia nerwów na czaszce i w ten sposób spowodowało obrażenia względnie zniszczenia nerwów. Nie byłem wtedy w stanie nic bliższego powiedzieć o przyrodzie wymienionego procesu. Lecz już wtenczas szczególną zwracałem uwagę na to, że zgrubienie okostnej w sposób opisany, nie tylko bardzo dobrze tłumaczyło właściwe ugrupowanie schorzałych nerwów, ale także sposób właściwy, jak nerwy mózgowe u naszej chorej zajęte zostały. Te bowiem były tak schorzałe jak nerwy po obwodowym przerwaniu przewodnictwa mianowicie w całym anatomicznym obszarze ich obwodowego rozgałęzienia. Przy porażeniach przyrody centralnej takie wypadnięcie funkeji pojedynczych, a tem mniej większej ilości nerwów należących do różnych zakresów, nie zdarza się. (d. c. n.)

## SŁAWUTA

### Zakład Kumysowy oraz Stacja Leśna

#### Sprawozdanie z działalności lekarskiej za rok 1888.

Napisał **H. Dobrzycki** b. lekarz szpitala i lecznicy dla chorych piersiowych w Mieni, lekarz Zakładu w Sławucie.

(Ciąg dalszy.—Zobacz Nr. 8).

Drugą, liczebnie znacznie większą grupę, stanowili chorzy ulegli wyłącznie cierpieniom narządu oddechowego. Było ich, jak wspomniano osób 492. Ta znowu grupa rozpada się na dwie nierówne, mianowicie na: chorych dotkniętych gruźlicą, a tych było 450, i chorych z innymi, niegruźliczej przyrody cierpieniami narządu oddechowego, 42 osób. Długoletnia obserwacja i poważna liczba spostrzeżeń, dostatecznie mnie przekonały, iż podział kliniczny cierpień gruźliczych narządu oddechowego, jaki już przed laty dziesięciu uzasadnić się starałem, odpowiada całkiem istocie rzeczy i zgodny jest zarówno z kliniką jak i z aethiologią gruźlicy. Mianowicie, chodziło nam o zwrócenie

uwagi, iż długotrwałe i powtarzające się nieżyty dróg oddechowych stanowią jeden z najważniejszych momentów usposabiających do rozwoju gruźlicy, że bez względu na to, czegokolwiekby te nieżyty były następstwem, stanowią one grunt bardzo sprzyjający dla infekcyi gruźliczej nawet wtedy, gdy tak usposobienie dziedziczne jak i wszelkie inne patogeniczne momenta w danym przypadku wykluczyć się dadzą; że początkowo nieraz całemi miesiącami a nawet latami, nic prócz nieżyty dróg oddechowych stwierdzić nie możemy, a badane osobniki pod względem ogólnego stanu zdrowia nic nie przedstawiają do życzenia: nie gorączkują, nie chudną, odżywiają się prawidłowo, wyrzucają plwocinę czysto kataralną, śluzową, w której wielokrotne badanie laseczników nie wykrywa, a które to osobniki po upływie pewnego czasu, zaczynają w sposób poważniejszy chorować, przedstawiając wszelkie klasyczne objawy suchot płucnych, w liczbie których zmiany fizyczne o zajęciu miąższu płuc świadczące nie długo na siebie dają czekać; że w przypadkach podobnych niepodobna jest orzec, kiedy się *bronchitis simplex* kończy, a infekcyja gruźlicza zaczyna; że zatem z powyższego wynika, iż każdy odnawiający się lub długotrwały nieżyt należy uważać jako chorobę do inwazyi gruźliczej usposabiającą, przeciw której to chorobie (nieżyтови) już wcześniej potrzeba przedsięwziąć najenergiczniejsze środki, a każdego długotrwałym nieżytem ulegającego można uważać jako w przededniu phthisy, zwłaszcza, jeżeli dany osobnik zamieszkuje miejscowości w których gruźlica jest rozprzestrzenioną; że na podstawie powyższych faktów, należy w klasyfikacyi cierpień gruźliczych narządu oddechowego jako pierwsze ogniwo w łańcuchu w mowie będących zbroceń postawić, często powtarzające się lub długotrwałe nieżyty. Na podstawie spostrzeżeń czysto klinicznych dotyczących całego szeregu chorych przez czas dłuższy przedmiotem leczenia bédacych, już w r. 1879 w pierwszym mojem sprawozdaniu z działalności lecznicy dla chorych piersiowych w Mioni, nie wahałem się na czele działu chorób narządu oddechowego postawić *bronchitis simplex* w tem przekonaniu, że ona stanowi jeden z momentów ważną, a być może przeważną rolę w sprawie inwazyi gruźliczej grających. Teoryja bacilarna i dalsze prace mające na celu wykazanie w jaki sposób, t. j. jaką drogą infekcyja przychodzi do skutku, wykazały słuszność podobnego poglądu. Dziś też prawie wszyscy klinicyści z Hermanem Weberem na czele, traktują nieżyty dróg oddechowych jako cierpienie poważne i stanowczo do infekcyi gruźliczej usposabiające. Przeciwno temu pogładowi różne podnoszono zarzuty, że zaś zarzuty te są czysto teoretycznej natury, i mniej więcej dadzą się sprowadzić do tego, iż „katar nie jest jeszcze gruźlicą“ (czemu rozumie się nikt nie przeczy), zbyteczną przeto byłoby rzeczą je tu przytaczać i odpierać. Ze stanowiska bakteryjologicznego, sprawą kataralną zajęta błona śluzowa, stanowi wyborny grunt dla kultury laseczników gruźliczych (Koch). Badania anatomopatologiczne wykazały, iż u osobników gruźliczych zatłane śluzem oskrzela zawsze olbrzymie ilości laseczników zawierają (Ziegler). Klinicznie biorąc, błona śluzowa sprawom kataralnym często podlegająca, pozbawioną zostaje nabłonka migawkowego, którego zadaniem jest wszelkie upostaciowane cząstki, a zatem i laseczniki na zewnątrz wydalać (H. Weber). Dalej, na podstawie spostrzeżeń klinicznych, następnie

przez badania pośmiertne stwierdzonych, wykazaniem zostało, iż u wielu chorych, u których stan płuc stosunkowo nie był w najgorszym stanie, u których zatem nie było obawy o generalizację procesu, taż generalizacja szybko przechodziła do skutku, gdy istniał bądź to nieżyt kanału pokarmowego, bądź też jakiegokolwiek naruszenie ciągłości jego błony śluzowej. Osobniki podobne szybko ulegały gruźlicy kiszek, co się objaśnia bezpośrednią infekcją kanału pokarmowego za pomocą polykaniej, laseczniki zawierającej plwociny, a co w jednym z zakładów dla chorych umysłowych dostatecznie stwierdzonem zostało. Tak więc, stan błony śluzowej gra stanowczą rolę w sprawie przyjscia do skutku infekcyi gruźliczej.

Idąc za przykładem dawnych sprawozdań, rozkategoryzujemy 450 spostrzeżeń dotyczących chorych cierpieniem gruźliczym płuc uległych na 4 grupy:

Grupa 1-sza obejmie: przewlekłe lub często odnawiające się nieżyty, bądź umiejscowione, bądź rozlane, bez względu na to, czy one większą, czy mniejszą przestrzeń zajmują . . . . . 64

Grupa 2-ga: wszelkie zmiany mięszu płuc zjawiskami przysłuchowemi, a przedewszystkiem wypukowemi się ujawniające . . . . . 214

Grupa 3-cia obejmuje przypadki, w których oprócz zjawisk dwom powyższym grupom właściwych daje się stwierdzić na większej lub mniejszej przestrzeni zniszczenie mięszu płucnego (jamy), wszelako jeszcze bez wysoko posuniętych zmian w stanie ogólnym, t. j. bez podkopania ogólnego odżywiania. . . . . 150

Grupa 4-ta obejmująca przypadki, które oprócz zmian wyżej wyszczególnionych, przedstawiają zaburzenia w całym ustroju, świadczące o uogólnianiu się sprawy gruźliczej i znacznem podkopaniu odżywiania. . . . . 22

Razem 450

Z cierpieniami płuc niegruźliczej natury było:

Z rozedmą płuc . . . . . 29

Ze zjawiskami następczemi po zapaleniu opłucnej . . . . . 13

Razem 42

Ogółem jak wyżej 492 osób.

Co do płci, to przewagę w ogólnej liczbie stanowili mężczyźni, których stosunek do kobiet był jak 3 do 2. Co do wieku, najwięcej chorych przypada w granicach wieku od lat 20 do 50; poniżej i powyżej tych granic liczba chorych była nieznaczna, gdyż wynosiła około  $\frac{1}{8}$  części ogólnej cyfry. Ze względu na rodzaj zajęcia, przewagę stanowiły osoby drobnym handlem się zajmujące oraz rzemieślnicy przeciążeni pracą prawie wyłącznie małe miasteczka zamieszkujące, a których warunki bytu bardzo wiele do życzenia przedstawiały, nie czyniąc zadosć nieraz najkonieczniejszym wymaganiom higienicznym. W znacznej liczbie przypadków mogliśmy prawie ze ścisłością stwierdzić, iż choroba wystąpiła dziedzicznie, na co sami chorzy zwracali uwagę twierdząc, iż ich ojciec lub matka, jak niemniej który z członków rodziny zmarł na suchoty. Należy atoli zwrócić uwagę na to, iż ścisłości matematycznej tu być nie może, gdyż obok dziedziczności nie podobna wyłączyć możliwości zarażenia się osobników dotąd zdrowych, a przynajmniej względnie zdrowych, od osób cho-



rych, obficie plujących, zwłaszcza, jeżeli się weźmie na uwagę rodziny biedne, które zmuszone są mieścić się w ciasnych i brudnych mieszkaniach, gdzie zatem możliwość udzielenia się choroby jest nieporównanie łatwiejszą, aniżeli tam, gdzie jest czystość; dobra wentylacja, a przedewszystkiem izolacja chorej na suchoty osoby od innych członków rodziny.

Przypadków w których udzielenie się choroby w sposób bezpośredni miało miejsce, zanotowaliśmy kilkanaście. Dotyczyły one osób nie będących w żadnym pokrewieństwie, lecz mieszkających razem. W dwóch przypadkach uległy zarażeniu się suchotami płucnymi służące, które obsługiwały przez czas dłuższy swoje panie chore na suchoty. Obie te ofiary zarażenia pochodziły ze zdrowych rodzin, same zawsze były zdrowe i dopiero po pewnym czasie zaczęły gorączkować, chudnąć, kaszleć i pluć dużo, lub pluć krwią, to jest wtedy, gdy już czas pewien przy osobach z wysoko rozwiniętymi suchotami w blizkiem zostawały zetknięciu. Podobny przypadek dotyczył służącego, który czas dłuższy spędził przy osobie na suchoty potem zmarłej; wreszcie pozostałe przypadki dotyczyły zarażenia się suchotami żony od męża, lub odwrotnie. Przypadki podobne notują już od lat 10-ciu, a chociaż one na wielką ilość obserwacji mogą się wydawać zbyt nielicznymi; wszelako w rzeczywistości musi ich być daleko więcej. Dodać muszę, że te tylko przypadki podaję, które po uwzględnieniu wszystkich warunków jakie przez ścisłą obserwacją są wymagane, wytrzymały krytykę.

Porównawszy ze sobą stosunki leczebne chorych w powyższych 4-eh grupach zawartych w roku sprawozdawczym z latami dawniejszymi widzimy, iż one prawie że nie uległy zmianie, mianowicie: że tak jak dawniej, tak i obecnie leczebną przewagę stanowi grupa druga rekrutująca się poczęści z przypadków grupy pierwszej i dostarczająca materiału na trzecią. Już na innem miejscu starałem się wyjaśnić, dla czego podobny stosunek ma miejsce, obecnie tylko dodam, że leczenie klimatyczne daje tu względnie najlepsze wyniki, że więc jedynie jest racjonalnem, zwłaszcza, gdy się weźmie pod uwagę materiał przedmiotem leczenia będący, to jest gdy zważymy, że z małymi wyjątkami prawie wszystkie chorey należą do klasy mniej zamożnej żyjącej nieraz wśród oplakanych warunków zdrowotnych.

Wpływ leśnego klimatu okazuje się szczególnie w dotykalny sposób u tych, których już od lat kilku rok rocznie obserwuję, i którzy sami wpływ ten ocenić są w stanie. Z licznego szeregu chorych będących przedmiotem leczenia od roku 1884 i 1885 a zatem od lat 4 i 3 do grupy drugiej należących, wielu, tak pod względem ogólnym jak i miejscowym znacznego doznali polepszenia. Dwadzieścia przeszło przypadków mogę przytoczyć takich, w których chorey doznawszy znacznego polepszenia już po jednej bytności w klimacie leśnym, zaniedbali w następnym roku powtórnego do Sławuty przybycia. Wskutek tego zaniedbania choroba znaczny krok naprzód zrobiła. Pomimo tego, chorey ci bardzo szybko się poprawiali, gdy po tej niefortunnej próbie zrobienia przerwy w kuracji, znowu corocznie z pobytu w klimacie leśnym zaczęli korzystać.

Nie mniej widocznym jest wpływ leśnego powietrza na chorey grupy

trzeciej. W niektórych razach oporność chorych nawet bardzo rozległe zniszczenia miąższu płucnego przedstawiających, zadziwiająco jest wielką. Chorzy z dużymi jamami nieraz *in statu quo* całymi latami istnieją i pod względem prognozy mogą częstokroć być uważani za lepszych aniżeli chorzy mający bodaj nierozległe nacieki gruźlicze, gdyż ci ostatni nieraz przy zjawiskach postępującego, niczem powstrzymać się niedającego rozpadu i uogólniania się procesu, bardzo szybko giną, gdy tymczasem chorzy z kawernami dobrze się trzymają zawdzięczając temu, że process przez czas jakiś stoi w miejscu, i że ściany jam raz uległszy zbliźnowaceni mogą przez czas bardzo długi grać rolę *caput mortuum*, świadczące o pomyślnem zakończeniu sprawy, która dopiero wśród niesprzyjających okoliczności na nowo czynnie występuje.

Grupa czwarta, obejmująca chorych przedstawiających już silne podkożanie w odżywianiu całego ustroju, dostarczyła jak zwykle największego kontyngensu z zejściem śmiertelnem. Są to obłożnie chorzy w żadnym razie niekwalifikujący się do posyłania gdziekolwiek bądź, i którym trudy podróży oraz sprawa zaaklimatyzowania się, w sposób stanowczy przyspieszają fatalny koniec. Chorzy podobni częstokroć pomimo perswazyi, że daleka droga zaszkodzić im może, wyteżają resztki sił i woli, aby dopiąć swego, w przekonaniu, że z chwilą przybycia na miejsce, już będą uratowani. Takim trudno mieć za złe, że szukają ratunku, ale niepodobna nie mieć za złe lekarzom, że takich nieszczęśliwych do opuszczenia domu zachęcają. Wielką tym sposobem naszym miejscowościom leczniczym wyrządza się krzywda, bo podobnym agonizantom nie się nie pomaga gdy ich się na skonanie gdziekolwiek wysyła, gdy tymczasem śmierć ich i ceremonije pogrzebowe wywierają na mogących doznać poprawy lub się wyleczyć, niesłychanie przygnębiające wrażenie. Trudno sobie wyobrazić ów popłoch wśród chorych, gdy się dowiedzą o śmierci któregoś ze współprzyjezdnych. Smutne myśli, utrata humoru, zniechęcenie do kuracyi a często strach posunięty do tego stopnia, iż niejedyn chory co żywo do domu wyjeżdża, opanowują na czas pewien wszystkimi, a każdy przypadek nawet z góry przewidywanej śmierci, roztacza wśród leczących się na długo bardzo niekorzystną atmosferę. W miejscowościach leczniczych zagranicą, administracyja miejscowa i mieszkańcy starają się o ile możności, aby każdy przypadek śmierci przeszedł niepostrzeżenie. Muncypalność, pojmując dobrze w jak smutny sposób ceremonije pogrzebowe oddziałują na chorych, zabrania wszelkiej wystawy, muzyki i śpiewów, lub też salw jakie się przy pogrzebach osób wojskowych praktykują. Inaczej rzecz tę pojmują w takiej uczęszczanej stacyi klimatycznej jak np. Jałta. Zwiedzając miejscowości lecznicze na Krymie w r. 1886 byłem świadkiem pogrzebu w Jałcie. Proszę sobie wyobrazić jak przykro musi oddziaływać na chorych (których tam naraz po 3 lub 4 tysiące bywa) orszak pogrzebowy przez miasto przeciągający, z użyciem całego aparatu stanowiącego prawdziwą *pompe funebre*, jeżeli rozumie się nieboszczyk należał do bogatszych. Nie żałują mu więc, ani całej gromady śpiewaków i duchownych, ani bicia w dzwony, ani marszów pogrzebowych, słowem nie zaniedbują nic coby mogło zwrócić uwagę na to, iż nieboszczyka mają grzebać. Jeżeli dodamy do tego widok trupa, którego w odkrytej trumnie niosą wśród 30 stopniowego

upału, dojdziemy chyba do tego przekonania, że to chorym na kurację przy-  
byłym wcale zdrowia nie przyczynia. (d. c. n.)

## Uwagi terapeutyczne nad krwotokami i guzami krwawnicowemi.

*Haemorrhagiae et varices haemorrhoidales.*

Podał Docent Dr. W. Jaworski.

W praktyce lekarskiej napotyka się dość często pacjentów, u których choroba żołądka powikłaną jest z guzami krwawnicowemi lub krwotokami z tychże. A zdarza się to najczęściej u takich chorych, którzy długi czas przedtem szukali swego zbawienia w drastycznych środkach tajemnych, albo w solach i proszkach podejrzanej wartości. Powikłanie choroby żołądka z guzami, a jeszcze więcej z krwotokami krwawnicowymi jest dla lekarza bardzo niepożądanem, gdyż opóźnia lub uniemożliwia jej leczenie. Bardzo często środki dyetetyczne i apteczne stosowane w chorobach żołądka działają niekorzystnie na guzy i krwotoki krwawnicowe, krwotoki zaś pociągają za sobą upadek odżywienia wobec którego choroba żołądka źle przebiega. To też staramy się wprzód usunąć cierpienie krwawnicowe, a jeżeli to się nie udaje, to przynajmniej stosować taki sposób leczenia, który cierpienia krwawnicowego nie powiększa.

Przy leczeniu objawów krwawnicowych staramy się wyszukać przede wszystkim przyczyny utrudnionego krążenia lub nawału krwi do splotów żylnych odbytu i ją usunąć. Jeżeli to się nie udaje, co najczęściej się zdarza, to stosujemy zabiegi i środki symptomatyczne. Z dyetetycznych środków polecamy: mierny ruch, gimnastykę pokojową, a zabraniamy długiego siedzenia, jeżdżenia konno. Pozwalamy z pokarmów i napojów: chude, miękkie mięso, cielęcinę, drób, szynkę, beefseak; mleko słodkie i kwaśne, maślanekę, ryż, ziemniaki, bułkę, kompoty, owoce dojrzałe, powidła, włoską kapustę, marchew, szparagi, słabe wino białe i gorzkie piwo, ale w małych tylko ilościach, herbatę, kakao. Zalecamy picie zimnej wody szczególnie rano naczczo i przeprowadzenie leczenia winogronowego. Zabraniamy zaś spożywania nasion strączkowych, chleba, kapusty, karpielei, sałaty, miodu, twardych niedojrzałych owoców, cebuli, musztardy, pieprzu, mocnego wina, wódki, kawy. Działamy przeciw zaparciu stolca tak aby stolec był nie twardy i pojawiał się przynajmniej co drugi dzień. W tym celu jeżeli środki dyetetyczne nie wystarczają dopomagamy łatwotą wami z ½—1 litra zimnej wody, lub podajemy trzy razy dziennie po łyżeczkę proszku: Rp. Flores sulfuris 10,0 (2<sup>2</sup>/<sub>3</sub> dr.) + Tartari depurati 20,0 (5<sup>1</sup>/<sub>3</sub> dr.) + Eleosacchari citri + Sacchari albi aa 15,0 (1<sup>1</sup>/<sub>3</sub> dr.), a jeżeliby działanie było za słabe, to jeszcze z dodatkiem Natri sulfurici pulv. 20,0 (5<sup>1</sup>/<sub>3</sub> dr.). Te same skutki osiągamy przez wypicie małych ilości wody morszyńskiej (z wodą sodową) lub innych wód mineralnych rozwalniających (p. ust. XLIX). Należy następnie polecić choremu, aby guzy krwawnicowe, które po stolcu wypadają w prowadzał ostrożnie do od-

by t n i c y, przytłaczając je płatkami zwilżonym w oziębionej wodzie Goularda, by nie dopuścić do odsznurowania guzów i wystąpienia krwotoków. Jeżeli guzy wprowadzić się nie dają, coraz więcej obrzmiewają i zachodzi obawa pęknięcia, to u osób dobrze odżywionych, a zwłaszcza przedstawiających obraz znany pod nazwą plethora abdominalis przystawiamy 2—4 pijawek w okolicę odbytu, poczem zwykle gazy się zmniejszają. Skurcz zwieraczy usuwamy przetworami atropinowemi, najlepiej przez podanie 0,02—0,04 ( $\frac{1}{3}$ — $\frac{2}{3}$  gn.) extr. belladonae w czopkach. Ból, palenie, parcie, swędzenie w odbycie łagodzimy zapomocą morphium muriaticum 0,01—0,02 ( $\frac{1}{6}$ — $\frac{1}{3}$  gn.) albo cocainum muriat. 0,02—0,04 ( $\frac{1}{3}$ — $\frac{2}{3}$  gn.) w czopkach. G. Sée i Baudoin zalecają następujące czopki usmierzające. Rp. Butyri cacao 3,5 (56 gn.) + antipyrini 0,5 (8 gn.) + cocaini muriat. 0,1 ( $\frac{1}{3}$  gn.) f. supp. I. Wystarczy jednak na jeden czopek 0,05 ( $\frac{1}{3}$  gn.) kokainy. Zamiast czopków można przy rozległym swędzeniu okolicy odbytu użyć maści według przepisu: Rp. Cocaini hydrochlorici 0,25 (4 gn.) + Lanolini puriss. 30,0 (1 unc.) albo Vassellini 20,0 (5 dr.) + flores sulfuris depurati 5,0 ( $\frac{1}{3}$  dr.).

W celu zmniejszenia guzów krwawnicowych polecane bywają domowe kąpiele nasiadowe z wody zimnej (14—16° C.). A ze zdrojowisk najwięcej zalecane bywają: Marienbad, Karlsbad, Tarasp. Jeżeli guzy krwawnicowe są uporczywe powiększają się sprowadzają prolapsus ani, należy przystąpić do usunięcia ich przez wytworzenie skrzepu krwi w nich. Lange (*Verhandl. d. XVI Congresses d. d. Gesell. f. Chirurgie*) wstrzykuje w tym celu przy zachowaniu wszelkich przezorności antyseptycznych z obawy przed możliwym zakażeniem, do każdego guza 2—3 krople roztworu z jednej części kw. karbolowego na 2—10 gliceryny. Ed. Swinford's (*D. Med. Zeitung* 1888. Nr. 16) robi jednorazowe wstrzykiwania mięszaniny. Rp. Ac. carbolicci 0,8 ( $12\frac{1}{5}$  gn.) + Glycerini + aq. dest. aa 4,0 (1 dr.). W 14 dniach po wstrzyknięciu guzy znikają. Zamiast kw. karbolowego radzi Thomas (*Zeitschr. f. Ther.* 1887. Nr. 22) wstrzykiwanie extract. secalis cornuti liquidum do guzów. W celu znieczulenia przy tych zabiegach dobrze jest powlec wprzód guzy roztworem kokainy, a dodać jej także do cieczy wstrzykiwanej.

Krwotoki krwawnicowe powstają z guzów krwawnicowych albo dobrowolnie, albo najczęściej po użyciu leku drastycznego, lub ostrych ławatyw wypróżniających. Nawet ławatywami odżywcze z peptonów zawierających zwykle znacznie większą ilość soli kuchennej można bardzo łatwo wywołać krwotok u osób cierpiących na guzy krwawnicowe a w razie istnienia cierpienia żołądkowego takowe pogorszyć \*). Nim przystąpi się do leczenia krwo-

\*) Dlatego zamiast wszelkiego rodzaju ławatyw peptonowych należy użyć w ogóle, jako odżywczych ławaty w łatwo wassalnych: mleka słodkiego świeżo przygotowanego w ilości jednej szklanki z dodatkiem kawałka cukru i jaja ubitego, a tylko w razie koniecznej potrzeby dodać łyżeczkę koniaku lub wina czerwonego. Ławatywy odżywcze stosuje się raz a co najwięcej dwa razy dziennie. Jeżeli chorzy ich zatrzymać nie są w stanie dodaje się 5—10 kropli *tinctura opii simplex*. Krew odwłókniona może być również uważana jako niedrażniąca ławatywa odżywcza. Rozumie się, że przy wprowadzaniu ławatyw wobec guzów krwawnicowych należy zachować ostrożność, aby ich kaniulą nie przebić.

toku wrzekomo krwawnicowego, należy się przez miejscowe badanie naocznie przekonać, czy on pochodzi rzeczywiście z guzów krwawnicowych, czyli też z innej przyczyny. U osób krwistych dobrze odżywionych można przy miernych krwotokach krwawnicowych zająć przez pewien czas stanowisko wyczekujące, u osób zaś źle odżywionych należy obok leczenia guzów zastosować bezpośrednio leczenie przeciw krwotokom samym, aczkolwiek najczęściej bywają one tylko kapilarnymi. Ja widziałem dobre skutki z następującego postępowania leczniczego: Przykładanie płatków maczanych w zimnej wodzie Goularda 4—6 razy na dzień i równoczesne zakładanie dwóch czopków dziennie według przepisu. Rp. Cryotini + Jodoformii aa 0,25 (4 gn.) + Plumbi acet. 0,1 ( $1\frac{3}{5}$  gn.) + Cocaini muriat. 0,03—0,05 ( $\frac{1}{2}$ — $\frac{4}{5}$  gn.) + Butyri Cacao 5,0 ( $1\frac{1}{3}$  dr.) M. f. supp. I, przestrzegając oddawania stolca co drugi dzień. W tym celu zażywa chory w dniu kiedy ma nastąpić stolec, powyżej podany proszek w ilości 1—2 łyżeczek, potem zakłada się czopek z extr. belladonae (0,03 =  $\frac{1}{2}$  gn.) a kiedy zaczyna nadchodzić parcie bierze się ławatywę z  $\frac{1}{2}$  litra zimnej wody. U osób które na ten skomplikowany zabieg przystać nie chciały, wywoływałem stolec z dobrym skutkiem przez założenie wydrążonego czopka z masła kakaowego wypełnionego, 2—3 (32—48 gn.) gliceryny i 0,25 (4 gn.) jodoformu. D o p o w s t r z y m a n i a k r w o t o k u bywają jeszcze polecane rozczyzny z alumen crudum, tanninum, decoctum cort. chinae, ferrum sesquichloratum i t. p. Lecz tych co najwięcej do obmycia zewnętrznych guzów użyć można, gdyż w postaci ławatyw sprawiają silne parcie na stolec i przyczyniają się tylko do zwiększenia krwotoków. W nowszych czasach bywa z kilku stron polecane przeciw krwotokom krwawnicowym extractum fluidum Hydrastis canadensis 3 razy dziennie po 30 kropel (Schatz, Fellner), a jeszcze więcej extractum fluidum Hamamelis virginicae (Tison, A. Bianchi) po 1—2 łyżeczek dziennie (Witschasel), albo jako tinctura Hamamelis virginicae po 5—10 kropli dziennie; w czopkach zaś po 0,1 (2 gn.) extr. Hamamelis spirituosum, po dwa dziennie, albo wreszcie w postaci maści 4,0 (1 dr.) wyciągu na 30 (1 unc.) waseliny i tyleż gliceryny z dodatkiem skrobi. Hamamelinum (suchy wyciąg) zapisuje się po 0,05—0,15 (1—3 gn.) na pigułkę, lub w czopkach po 0,05 (1 gn.). W e w r z o d a c h k r w a w n i c o w y c h widział Schreiber w pół godziny po zasypywaniu sproszkowanym antypirynem ustawianie boleśności a po powtarzaniu tego zabiegu przez kilkanaście dni przyspieszenie gojenia się wrzodów. W tym samym celu używano dotąd zasypywań z zincum oxydatum, talcum, amyllum i t. p.

Jeżeli krwotoki nie ustępują, a małokrwistość staje się coraz wybitniejszą, należy doradzać zabieg chirurgicznego.

## STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

12. Dr. RONEBERG. Zapalenie płuc i opon mózgo-rdzeniowych. (*Pneumonie und cerebrospinale Meningitis*). Murarz, który w 4-m roku życia przebył ospę, przed 4-ma laty jakies nieznaczne cierpienie gorączkowe, przed 3-ma zaś laty przymiot, zachorował nagle 13 Października 1887 r. przy objawach dreszczy, gwałtownego kłócia w boku i kaszlu. Nazajutrz chory przybył do szpitala, gdzie

przedsięwzięte badanie wykazało obecność znacznego podwyższenia się ciepłoty, sięgającej 40°,7 C., wrażliwości całego ciała na ucisk, oraz lekkiego stężenia karku; w prawym dolnym płacie płucnym można było wykazać zapalenie włóknikowe. Chory był nieprzytomny; 16-go t. m. wystąpił szczerkościsk, bredzenie, ciepłota opadła do 40°,2, tętno 112. Dnia następnego przypadłości wszystkie pogorszyły się; sprawa zapalna w płucach od tyłu zajęła całą przestrzeń prawego płuca, od przodu zaś aż do 3-go żebra, nadto zjawiono się lekkie porażenie nerwu twarzowego. Dnia 20-go ciepłota obniżyła się do 38°,2, tętno 84, przytomność odzyskana. Od 21-go zaczął się okres „rozejścia się“ w płucach, gorączka ustąpiła zupełnie, stężenie karku, szczerkościsk i porażenie nerwu twarzowego stopniowo poczęły znikać i chory 7-go Listopada powrócił do zdrowia.

Nie ulegało najmniejszej wątpliwości, że w przypadku powyższym istniało j e d n o c z e s n i e zapalenie płuc i opon mózgo-rdzeniowych, zjawisko, spostrzegane nader rzadko. NETTER, który zebrał 120 przypadków zapalenia opon, wikłających zapalenie płuc, w 12 tylko przypadkach zauważył jednocześnie wystąpienie obydwóch przypadłości, przyczem zejście było zazwyczaj niepomysłne. Według teorii LAVERAN'A, zapalenie opon ma pozostawać wskutek zastoju żylnego w mózgu, zależnego od zaburzeń w krążeniu płucnym albo też wskutek odruchu nerwu współczulnego. Według GRISOLLE'A znów, zapalenie opon jest po prostu przerzutem ropnicowym, zależnym od ropnego rozplływania się w nacieczonym płucu, co zdaje się możliwem, ale nie w przypadku, opisywanym przez autora, gdzie ani ropienie w płucach, ani też żadnych objawów ropnicy nie było. Niekiedy znów zapalenie opon daje się tłomaczyć tworzeniem się zakrzepów i zatorów. Daleko prawdopodobniejszą zdaje się być teoria IMMERMANN'A i HELLER'A, według której w przypadkach powyższych, zwłaszcza u osób osłabionych, następuje powikłanie epidemicznem zapaleniem opon mózgo-rdzeniowych. Jak sobie jednakże wytłomaczyć powikłanie takie w razie nieistniejącej podówczas wzmiankowanej epidemii? Dla czegoż skłonne są do tego wyłącznie osoby, zapadające na zapalenie płuc, a nie pacjenci przebywający daleko cięższe cierpienia? Wobec tego przychodzi na myśl, że zapalenie płuc jest chorobą zakaźną, powikłania zaś zapalne (zapalenie opon, wsierdzia, opłucnej, osierdzia, nerek) uważać należy jako rozmaite umiejscowienia tej samej sprawy chorobowej, wywołanej tym samym czynnikiem chorobotwórczym. Teorya ta, oparta na spostrzeżeniach klinicznych znajduje swe potwierdzenie w doświadczeniach bakteryologicznych, przy niektórych bowiem zapaleniach opon, opłucnej, wsierdzia, zapalenia opon, wikłających zapalenie płuc włóknikowe, znajdowano diplokokki TALAMON—FRÄNKEL'A, a uważane za swoje dla zap. płuc włóknikowego. Niemniej i zjawiska kliniczne przemawiają za powyższem przypuszczeniem: cierpienie płuc i opon posiadają cechy, uderzająco do siebie podobne; przypadłości występują jednocześnie, obiedwie sprawy chorobowe rozwijają się i dosięgają natężenia największego w sposób jednaki, przełom w obydwóch sprawach sprowadza znaczne polepszenie, zdrowienie zaś jednakowo postępuje naprzód. Wreszcie przypadek zapalenia opon, spostrzegany przez autora, bez jednoczesnego zapalenia płuc, w przebiegu swym wykazywał wiele podobieństwa do zap. płuc włóknikowego. Wobec czego słusznie zauważył NETTER, że niezależnie od istnienia umiejscowienia w płucach mogą istnieć zewnątrz płuc umiejscowienia sprawy chorobowej, wywołanej drobnoustrojami swoistymi dla zapalenia płuc włóknikowego. Gdyby to rzeczywiście było prawdą, natenczas s p o r a d y c z n e przypadki zapalenia opon śmiało wytłomaczyć by można było zakażeniem, wywołanem diplokokkami. Ato-li chciał sobie w ten sposób wyjaśnić powstawanie epidemicznego zapalenia opon, byłoby bardzo niesłusznem. Być może, że objawy w obydwóch cierpieniach mało się różnią, etyologia ich jednakże jest zupełnie odmienną.

(Berlin. klin. Wochenschr. Nr. 46 — 1888). A. F.

Sprawozdania z posiedzeń Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

## O elektrycznem przeświecaniu krtani i jam nosowych.

Podług odczytu wygłoszonego w dniu 19 b. m. w Warszawskim Towarzystwie Lekarskiem przez D-ra **T. Herynga**.

Streścił **H. Dobrzycki**.

Zasluga zwrócenia uwagi na metodę badania krtani za pomocą światła przenikającego należy się CZERMAKOWI, który opisał ją w swej kassyczej pracy, o badaniu krtani za pomocą wziernika w r. 1860 \*). Jeżeli, powiada CZERMAK, za pomocą wklęsłego zwierciadła lub soczewki rzucimy od zewnątrz snop światła na okolicę krtani i jednocześnie do jamy ustnej wprowadzimy zwierciadło krtaniowe, to pojedyncze części krtani przepuszczają przez siebie światło i przedstawiają żywo czerwone zabarwienie, to jest, przeświecają tak, jak prześwieca ręka trzymana przed świecą. Zdaniem tego badacza metoda ta mogłaby z pożytkiem mieć zastosowanie przy ocenianiu grubości strun głosowych, lub przy pewnych zmianach patologicznych w nich zachodzących, lub też, celem zbadania części głębszych w tchawicy położonych. Pomysł ten przez TÜRKÄ i SEMELEDERA nie został uznany jako praktyczny; i w nowszych podręcznikach zupełnie nie został uwzględniony; w ten sposób jak wiele pomysłów tego rodzaju prawie całkiem poszedł w zapomnienie. SCHRÖTTER w ostatniej swej pracy o chorobach krtani nazwał go prostą zabawką, nawet nie wypróbował go wcale. Widocznie metoda ta nie trafiła mu do przekonania i zasłużyła na potępienie może i z tego względu, że nie wyszła z kliniki uniwersytetu wiedeńskiego.

Należyte ocenienie ważności diagnostycznej tej [metody badania, udoskonalenie jej oraz nadanie jej żywotności, stanowi wyłączną zasługę VOLTOLINIEGO. Przyczyną dla której większość lekarzy nie umiała ocenić wartości tej metody jest podług VOLTOLINIEGO ta okoliczność, że przeświecanie dotąd udawało się tylko za pomocą światła słonecznego. Przedstawiało więc z jednej strony trudności jakie się zawsze napotyka gdy źródło światła nie jest stałem i od nas nie jest zależnem, a powtóre, że przy rzucaniu światła na szyję, osoba badająca chcąc wprowadzić lusterko zasłania sobie sama światło, co zarówno czyni i chory, gdy wysunięty język stara się ręką przytrzymać. Dopiero z chwilą wynalezienia lampek elektrycznych żarowych przez EDISONA, ten sposób badania stał się dla wszystkich łatwo dostępnym, i w rękach Voltoliniego nabrał znaczenia dyagnostycznej metody. W Październiku r. z. badacz ten na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego we Wrocławiu metodę tę demonstrował na chorych, oraz przedstawił odpowiednie do jej wykonywania narzędzia i przybory.

Po powyższym wstępie kol. HERYNG, mając na uwadze względy prakty-

\*) Der Kehlkopfspiegel und seine Verwerthung für Physiologie und Medizin. 1860. Leipzig pag. 21. Właściwie Czermak już w r. 1858 o przeświecaniu (Durchleuchtung) krtani pisał, które to zjawisko Gerhardt przed r. 1860 stwierdził.

dłużej, aby tym sposobem samo prześwietlanie jako metoda badania mogło z praktycznego punktu widzenia być przez słuchaczy lepiej ocenione.

Fizjologiczne znaczenie jam obocznych nosa do których zaliczamy: jamy Highmora, oraz zatoki: czołowe, klinowe i sitowe, dotąd dokładnie nie jest wyjaśnione. Mają one służyć jakoby do tego, iż zmniejszają ciężar czaszki, lub też, że mają wydzielać płyn surowiczny zwilżający jamę nosową i zapobiegający wysychaniu błony śluzowej. Jednakże BRAUNE i CLASEN dowiedli, iż obie te teoryje nie są dostateczne, gdyż ciężar kości równy objętości jam rzeczonych wynosi zaledwie około jednego gramma, a błona śluzowa jamy te wyścielająca jako cienka i w naczynia uboga nie nadaje się do czynności wydzielniczych. Natomiast badacze ci wykazali, iż podczas aktu wdychania (inspiracyi) powietrze w jamach tych ulega rozrzedzeniu, przeciwnie, przy wydychaniu (expiracyi) powietrze w nich się zgęszcza, że zatem jamy te muszą grać rolę organów powonienia.

Najważniejszą jest zatoka czyli jama Highmora v. szczękowa górna. Jej błona śluzowa zawiera gruczoly gronkowe i łagiewkowate. Po części służy ona jako okostna jamy, jednak luźno jest z nią złączona. Komunikuje ona z jamą nosową za pomocą otworu 3—19 milim. długiego, a 5 milim. szerokiego, a który znajduje się w kanale średnim nosa, na połowie długości muszli średniej z boku jamy nosowej. Przyczynami cierpień jam Highmora są najczęściej cierpienia zębów lub choroby nosa. Większość przyjmuje, że prawie zawsze punktem wyjścia cierpień o których mowa, są choroby zębów (Krieg, Ziem, Fränkel). Za większą częstością związku chorób jam Highmora z chorobami nosa przemawiają: Zuckerkandl, Hartman i Krause. Przyczynami wywołującymi mogą być: *caries*, *periostitis alveolaris*, wrośnięcie zębów w jamę szczękową, obce ciała do niej drażące, oraz cierpienia żołądka, przyziomowej lub gruzliczej przyrody.

Wyróżniamy *hydrops antri Highmori* od *empyema a. Highmori*. Ostre katary przenoszą się na a. H. i wywołują: obrzmienia, cysty wodniste, zgrubienie błony, lub ecchymozy.

Gdy wysięku mało, głównymi objawami są: ból tępy w szczęce wzmagający się przy ucisku, nachyleniu lub pracy; dalej, bóle zębów, które mogą być ciągle lub przechodnie. Bóle te mogą mieć nawet wtedy miejsce, gdy zębów już nie ma. Czasem występuje uczucie wydłużenia zębów szczególniej trzonowych, czasem mają miejsce w uszach, nad czołem, neuralgie podoczołowe, obrzmienie mniej lub więcej silne twarzy. Chorzy skarżą się na bole w kościach nosowych, pomiędzy brwiami, w kącie oka, na łzawienie, obrzmienie powieki. Wszystkich tych objawów może brakować za wyjątkiem odpływu ropnego, a jednak jama Highmora może zawierać ropę.

Najważniejszym jednak objawem jest ropienie jednostronne i peryjodycznie w pewnych godzinach się wzmagające, lub powiększające się przy schyleniu się, ustąpienie chwilowe bólów przy odejściu wydzieliny, a wzmaganie się ich przy jej wstrzymaniu.

Ze znaków przymiotowych największą wartość ma badanie wzornikiem.



Znajdujemy wtedy w kanale nosowym średnim smugę ropy w pobliżu otworu, t. j. tuż za *hiatus semilunaris*.

Sprawa ropienia może wystąpić nagle, z gorączką, osłabieniem, obrzmieniem twarzy i gwałtownymi bólami. Zwykle, przebieg jest chroniczny. W razie gdy odpływ przez *ostium maxillare* jest zamknięty, może przyjść do rozszerzenia jamy Highmora a wtedy może wystąpić obrzęk policzka w okolicy *fossae caninae*, a nawet chęłbotanie, bóle przy jedzeniu gdy ropa wypukli podniebienie w okolicy zębów trzonowych, obrzmienie i zatkanie odpowiedniej strony nosa. W razach gdy ucisk był skierowany ku górze, widziano *exophthalmus*, zanik nerwu wzrokowego, amaurozę zupełną, przedostanie się ropy do oczodołu, a więc ropnie które oko zniszczyły (Hartman, Schäfer). Gdy ropa utoruje sobie drogę do *fossa canina*, powstają przetoki, ropnie, czasem róża połączona niekiedy ze zapaleniem tkanki łącznej podskórnej (*phlegmone*) o gwałtownym przebiegu z zejściem śmiertelnem. Różnorodne zejścia są w ścisłej zależności od grubości ścian kostnych jamy, gdyż ropa wypukla zwykle miejsca najcieńsze, najmniejszy opór przedstawiające. Cierpienie może być jedno lub obustronne. Co do stosunku tego cierpienia z cierpieniem zębów, to Krieg podaje, że na 23 przypadki najczęściej przyczyną było cierpienie pierwszego zęba trzonowego lub drugiego (*bicuspis molaris*). (d. n.)

### Wiadomości bieżące.

**Krajowe.** Nieraz już zabieraliśmy głos w kwestyi pomocy lekarskiej dla biednych mieszkańców miasta naszego, ale jak dotąd głos nasz nie był przez nikogo przychylnie przyjęty. Chcemy mówić o lekarzach otrzymujących od municypalności stałą roczną płacę, za to iżby nieśli pomoc lekarską chorym biednym w ich własnych mieszkaniach. Jeżeli człowiek zarabiający pracą rąk swoich na utrzymanie rodziny jak robotnik lub rzemieślnik płatny dziennie, zachoruje, a choroba jego przybiera groźniejszą postać, ucieka się zwykle do pomocy szpitalnej. Ale szpital nie dla każdego z nich stoi otworem, gdyż są formalności do załatwienia, które nie dla każdego są przystępne, a przytem szpital jest kosztowny i kosza kuracyjne są ściągane przez policją. Niejeden z takich chorych, a zwłaszcza jego żona lub dziecko mogliby wygodnie leczyć się w domu, gdyby tylko mieli zabezpieczoną bezpłatną pomoc lekarską. W tym celu istnieją we wszystkich większych miastach Europejskich lekarze dla biednych (t. zw. w Niemczech *Armenärzte*) otrzymujący stałą etatową pensję od municypalności za udzielanie pomocy lekarskiej ludziom biednym w ich własnych mieszkaniach. Oprócz pensyi, lekarze tacy mają zwykle do rozporządzenia pewną kwotę na lekarstwa. Biedny robotnik, który zapadnie na zdrowiu lub którego dziecko ciężkiej dostanie choroby, ma w takim razie sposobność leczenia się w domu bez wydatkowania znaczniejszych, nad możność swoją funduszów. Nie potrzebujemy dowodzić jak wielkiem byłoby to dobrodziejstwem dla naszej, ubogiej, pracującej za zarobek dzienny ludności. Na Warszawę wystarczyłoby na początek czterech lub pięciu takich lekarzy, a pensye ich wyznaczycy by należało za przykładem Petersburga na 1,200 rubli rocznie. Wydatek ten ponosić by musiało miasto. Ktoby twierdził iż wydatek ten jest za wielki wobec stosunków ekonomicznych naszego miasta, temu przypomniemy iż utrzymanie roczne skwerów i ogrodów prawie tyle kosztuje. Nie będziemy bynajmniej dowodzić iż skwery w mieście są niepotrzebne, przeciwnie, wielką ich korzyść wobec stanu sanitarnego miasta umiemy należycie ocenić, sądźmy jednakże, iż lepiej mieć jeden lub dwa skwery mniej, a płacić oszczędzone stąd pieniądze lekarzom dla biednych. Biorąc rzeczy ogólnie, to nawet pieniądze na to wydane do pewnego stopnia zwrócone będą, bo o ile lekarze tacy więcej zajęcia mieć będą i potrafią sobie zdobyć zaufanie ubogiej klasy ludności przez sumienne leczenie, przez łagodne postępowanie etc. o tyle zmniejszą się wydatki na szpitale, gdyż część chorych dzisiaj

do szpitali się udających, leczyc się będzie w domu. Na jakie obwody miasto całe podzielić, jak rozpowszechnić wiadomość między ludnością o tem dobrodziejstwie, w jaki sposób odznaczyć mieszkania takich lekarzy, jakich opiekunów ustanowić którzyby lekarzom pomocni w tym razie byli, o tem wszystkim innym razem obszerniej pomówimy, dzisiaj rzucamy tylko myśl, która bodajby znalazła oddźwięk w sercach ludzi, rozporządzających losami miasta naszego. Niech tylko odpowiedni wydatek wniesiony będzie do budżetu miasta, a wykonanie całej rzeczy niebędzie przedstawiało najmniejszej trudności.

Nasz robotnik, większość naszych rzemieślników, zwłaszcza takich, którzy nie mają swoich warsztatów, lecz za dzienną opłatą pracują, ledwo ma tyle potrzebuje na wyżywienie swojej rodziny. O zapasie jakowym, o odłożonym groszu na czarną godzinę nigdy mowy u niego być nie może. Jeżeli wpadnie w nieszczęście i choroba dom jego nawiedzi doprowadzony jest do ostatecznej nędzy i czyż w takim razie nie należy mu przyjść z pomocą? Pomocy tej odmówić mu nie możemy, jeżeli wspomnimy że od jego życia, od jego dobrego stanu zdrowia, ależy pomyślny rozwój stanu ekonomicznego miasta.

— Z przyjemnością dowiadujemy się ze źródła bezpośredniego, iż p. Prezydent miasta zgodził się już na poniesienie kosztów nabycia powozów do przewożenia chorych, o których w ostatnim Numerze naszego pisma pisaliśmy. Wykonaniem tego projektu zająć się ma niebawem władza policyjna.

**Zagraniczne.** D. 10 Września r. b. odbędzie się w Bazylei międzynarodowy zjazd fizyologów.

— W dniach od 5-go do 10 Sierpnia w Wiedniu odbędzie się kongres Wiedeńskiego Towarzystwa antropologicznego. Jednocześnie urządzoną będzie wystawa przedhistoryczna.

— W Wiedniu w 20-m wydaniu wyszła Anatomia HYRTLA. Sędziwy uczoney, mieszkający obecnie w wiejskiem ustroniu Perchtoldsdorf pod Wiedniem opatrzył to wydanie przedmową, w której przedstawia historią powstania tego tak pożytecznego dzieła.

— CLÉRY zapisuje przeciwko astmie następującą formę:

*Rp.* Folia Stramonii pulv.

„ Belladonnae pulv. ana 30,0

Kali nitric. pulv. 5,0

Opii puri pulv. 2,0

M.

Sypie się na blachę rozpaloną do czerwoności i pacjent wdycha parę.

## OGŁOSZENIA.

### ZAKŁAD LECZNICZY DLA KOBIET

DR. J. ROGOWICZA

w WARSZAWIE

ulica Nowogrodzka Nr. 26.

Przyjmuje ciężarne, rodzące i położnice, oraz osoby dotknięte wszelkimi chorobami kobiecemi oprócz rakowatych nieuleczalnych.

W razie potrzeby, zachowanie zupełnej tajemnicy ustawa Zakładu zapewnia. O warunkach przyjęcia i opłaty za mieszkanie, całkowite utrzymanie, leczenie chorej i t. p. dowiedzieć się można u właściciela Zakładu na miejscu lub listownie.

REDAKTOR i WYDAWCA, DR. Gustaw Fritsche. Adres Redakcyi: Aleja Jerozolimska N. 80.

Дозволено Цензурою. Варшава 16 Февраля 1889 г.—Druk Maryi Ziemkiewicz  
Krak.-Przedm. Nr. 17. Cena numeru pojedynczego kop. 15.