

MEDYCYNĄ.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

TREŚĆ. Prace oryginalne. Przyczynek do etyologii i semiotyki drgawek u dzieci, podał D-r Władysław Papiewski (z Radomia). Przypadek błonicy, leczonej surowicą Behring'a. Tracheotomia. Wyzdrowienie, podali D-r T. Solman i A. Zawadzki. **Wykłady kliniczne.** O krzywicy, podał Seweryn Sterling (Łódź). (Ciąg dalszy). — **Streszczenia i wyciągi.** 50. O postępkach chirurgii mózgu. — Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego. Posiedzenie z dnia 2 kwietnia r. b. — Ze zjazdu lekarskiego w Monachium. (Dokończenie). — O ruchu chorych w szpitalu Zapasowym za miesiąc marzec r. b. — **Drobniejsze wiadomości różnej treści.** — **Wiadomości bieżące.** — **Zmarli.** — **Ogłoszenia.**

„Medycyna“
GAZETTE MEDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux medecins-praticiens.
Sommaire des articles originaux: 1) D-r Wł. Papiewski—Contribution à l'étiologie et à la sémiotique des convulsions des enfants. 2) D-r T. Solman et D-r A. Zawadzki—Un cas de diphtérie traité par le sérum antidiphthérique de Behring' Trachéotomie. Sanation.

Redaction: Dr H. Dobrzycki. Varsovie — Rus Obozna 5.

„Medycyna“
MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.
Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r Wł. Papiewski—Beitrag zur Aetiologie und Semiotik der Kinderkrämpfe. 2) D-r T. Solman u. D-r A. Zawadzki—Ein mit Behring'schem Serum behandelter Fall von Diphterie. Tracheotomie. Heilung.

Redaction: Dr H. Dobrzycki. Warschau—Obozna str., 5.

Przyczynek do etyologii i semiotyki drgawek u dzieci,

podał D-r Władysław Papiewski (z Radomia).

Ze wiek dziecięcy jest klasycznym dla drgawek wszelkich postaci, o tem każdy lekarz praktyczny dowodnie się przekonał. Różnorodność przyczyn, drgawki wywołujących, i trudność wczesnego ich określenia stawia też lekarza najczęściej w tem położeniu, że prócz stwierdzenia faktu i rozpoznania „konwulsji“ lub wypowiedzenia innego ogólnika w tym rodzaju, nic więcej nie jest on w stanie uczynić, szczególnie, gdy jest wezwany do chorego po raz pierwszy i obce mu są wywiady szczegółowe. Trudność naszego położenia potęguje się tem więcej, że drgawki są zjawiskiem, oddziaływającym mocno na otoczenie chorego pod względem psychicznym, a to powoduje cały szereg natrętnych pytań o rozpoznawaniu i rokowaniu w danej sprawie.

Przyczyny drgawek u dzieci są tak różnorodne, że już starzy klinicyści dzielili je na 4 wielkie grupy: 1) drgawki mózgowe czyli objawowe—*eclampsia symptomatica*; 2) drgawki odruchowe, zależne od podrażnienia na obwodzie—*eclampsia reflectoria*; 3) drgawki krwiopochodne, występujące przy chorobach gorączkowych i zatruciach—*eclampsia hematogenes*, i 4) drgawki t. zw. istotne—*eclampsia essentialis*, która to nazwa obejmuje wszystkie niezrozumiałe dla nas pod względem przyczynowym przypadki, liczbowo w miarę rozwoju naszej wiedzy ciągle malejące¹⁾.

Jeżeli z jednej strony zmuszeni jesteśmy jeszcze często zaliczać drgawki do tej ostatniej kategorii, to z drugiej strony bywają przypadki, gdzie obja-

¹⁾ Musimy tu wspomnieć o nowych badaniach doświadczalnych i klinicznych nad powstawaniem w ustroju pewnych substancji, wywołujących drgawki w tak zw. samozatruciach (autoinfekcjach). Samozatrucia te najlepiej i najprawdopodobniej tłomaczą nam obecnie sposób powstawania drgawek u dzieci w chorobach zakaźnych. (Komunikaty na kongresie w Rzymie 1894 r.).

śnienie drgawek znaleźć możemy w kilku istniejących współcześnie przyczynach; wybór jednak tej lub innej przyczyny mocno wpływa na rokowanie w cierpieniu. Dlatego podział drgawek w celu rozpoznawczym na drgawki przy podwyższonej ciepłocie i bez niej, do pewnego stopnia upraszcza nam rozpoznanie i ułatwia rokowanie, chociaż i w tych przypadkach, gdzie mamy do czynienia z wysoką gorączką, przyczyny drgawek bywają bardzo rozmaite i często pośredni tylko związek z podniesieniem ciepłoty mające. Pomijam bowiem możliwość występowania drgawek we wszystkich chorobach zakaźnych ogólnych, szczególnie w wstępnym ich okresie, a więc w zapaleniu płuc włóknikowem, płonicy i ospie; możemy mieć do czynienia z drgawkami u dzieci tam, gdzie u dorosłych wystąpiły tylko dreszcze; mogą one maskować złośliwą postać zimnicy (*febris intermittens convulsiva*); nakoniec mogą być powodowane bezpośrednio przez wysoką ciepłotę ciała lub przez cały szereg porażań zapalnych mózgu lub jego opon. Zdarza się zwykle, że gdy dziecko zachorowuje przy wysokiej gorączce na silne drgawki, często się powtarzające, i umiera po 20—30 godzinach w stanie zapaści i śpiączki, w braku innych objawów pobocznych rozpoznawane bywa, jako przyczyna śmierci, ostre zapalenie opon mózgowych; z drugiej strony, gdy choroba, przebiegająca wśród podobnych objawów mózgowych, kończy się pomyślnie, rosną opisy zejść pomyślnych przy zapaleniu opon, a co ważniejsza—przy zapaleniu opon gruźliczem, jako najczęściej u dzieci występującem. Po największej części przyczyną błędu jest tu fałszywe rozpoznanie: w pierwszym bowiem przypadku do czynienia miewamy najczęściej z okresem wstępnym jednej z chorób zakaźnych (płonicy), w drugim—istotnego zapalenia opon mózgowych niema, a tembardziej niema zapalenia ich gruźliczego.

Wobec częstości występowania *meningitidis basilaris* u dzieci, wśród których jest ono częstsze, niż wszystkie inne sprawy zapalne opon razem wzięte, nie powinna nas dziwić pohopność lekarzy do rozpoznawania tej mianowicie postaci; czy jednak wogóle *meningitis basilaris tuberculosa* może dać zejście pomyślne, rzecz to więcej, niż wątpliwa.

Z istniejących komunikatów jedno, jako dość dawne (RILLIET, GERHARDT, HENOCH, BOUCHUT, POLITZER, FLEISCHMAN, VOVARD) nie są mi dokładnie znane, drugie (HERZ, GIBNEY, SAUERWALD, OEYNHAUSEN, BIEDERT, NIELSON, BAAS, LEDERER, ROSENBLATT) więcej lub mniej wątpliwe, a jedynie przypadki BÓKAI, CADET de GASSICOURT'a i ROGER'a mają wszystkie cechy prawdopodobieństwa, co jednak, wobec dziesiątków tysięcy zejść śmiertelnych, istoty rzeczy nie zmienia. Słuszną robi uwagę BIEDERT²⁾, że zdarzają się przypadki zapalenia opon z podobnym gruźliczemu umiejscowieniem na podstawie, bez ropnego wysięku i z powolnym, trudnym do rozpoznania za życia przebiegiem, lecz bez gruźelków, a przypadki te mogą się kończyć dobrze. One to, zaliczane do rzędu gruźliczych, powiększają liczbę przypadków, ogłaszanych ostatnimi czasy jako wyleczone *meningitis tuberculosa*, acz ani przyczynowo, ani anatomicznie nie są niem wcale. Rozpoznawać *meningitis tuberculosa* z pewnem prawdopodobieństwem tam tylko można, gdzie sprawa przebiega przewlekłe i rozwija się stopniowo; przy obrazie zaś chorobowym, występującym ostro wśród gwałtownych objawów mózgowych, nigdy nie można być dość ostrożnym w rozpoznaniu gruźlicy opon; opisywane niektóre przypadki stwierdzonego sekcyjną gruźliczego zapalenia opon (REIMER, SAUERWALD, BÓKAI, MAUCZKA,

²⁾ Lehrbuch der Kinderkrankheiten von VOGEL, bearbeitet von BIEDERT, X. Aufl. 1891.

DREYFUS, DIKENSON, PANAS, BIEDERT, VOGEL) wlokły się prawie latami, gdy inne z bardzo ostrym przebiegiem (SEELIGMÜLLER, RÖHRER) do białych krętków należą.

Lecz po za wymienionemi porażeniami opon mózgowych istnieje jeszcze jeden dział cierpień podobnych, w których zebrane mamy prawie wszystko, co lekarza w błąd wprowadzić może; mówię tu o t. zw. zapaleniach płuc mózgowych (*pneumonia cerebrealis*). W nich to od początku choroby obok gorączki występują objawy mózgowo, mogące doskonale *meningitis* symulować; z drugiej strony sprawa płucna, często wierzchołkowa lub przebiegająca skrycie, uchodzi naszej uwagi; nakoniec drgawki i śpiączka maskują duszność i kaszel, objawy tak ważne dla rozpoznania cierpień płucnych, szczególnie u dzieci.

RILLIET i BARTHEZ w klasycznym swym podręczniku ³⁾ rozróżniają dwie postaci takiego zapalenia płuc mózgowego: drgawkową (*convulsiva*) i oponową (*meningealis*). Pierwszą spotykamy prawie wyłącznie u małych dzieci (ssawców): zaczyna się ona nagle wysoką gorączką, często wymiotami, potem przychodzą drgawki eklamptyczne z następczem odurzeniem i innymi objawami mózgowymi (rozszerzone, nieoddziaływające źrenice, *opisthotonus*, *strabismus*, zaburzenia w oddechu); badanie zwłok nie wykazuje jednak żadnych zmian w mózgu.

W najbliższem z tą postacią pokrewieństwie pozostają objawy mózgowo, rozwijające się w przebiegu krztuśca, a warunkowane biernem przekrwieniem mózgu: dają one objawy tak charakterystyczne dla jego porażenia, że pomyłka rozpoznawcza jest prawie nieunikniona. Arcyciekawy przypadek podobnego cierpienia podaje HENOCH ⁴⁾: pod wpływem silnych napadów krztuścowego kaszlu u dziecka zaczęły się zjawiać drgawki, a potem wystąpiły i inne objawy mózgowo (zez, nieruchome spojrzenie, ruchy ssania, śpiączka, *opisthotonus*, przykurczenie kończyn) i w 20 dni śmierć w stanie odurzenia. Na 11 dni przed nią przylączyła się gorączka wskutek bronchopneumonii. Rozpoznanie *meningitis basilaris tuberculosa* okazało się błędnem: badanie zwłok stwierdziło jedynie bierne przekrwienie mózgu i jego opon, obok rozległego cierpienia nieżyłowego w płucach. Podobnie rzadki przypadek miałem sposobność spostrzegać w praktyce prywatnej; podaję go tu w streszczeniu.

M. J., 8 miesięcy liczący, pochodzi z rodziców zdrowych, jakkolwiek starsze jego rodzeństwo jest nieco skrofoliczne. Urodzony łatwo, karmiony piersią matczyną zupełnie racjonalnie, rozwijał się dobrze i do 6 miesięcy był zdrow zupełnie. Od tego czasu przechodził kolejno: bezgorączkową, zbliżoną do odry wysypkę (kur?) (22. X.—25. X. 93.), następnie mocno swędzącą bezgorączkową pokrzywkę (2. XII.—8. XII. 93.), nakoniec świnkę z wysoką początkowo gorączką, która jednak, przebiegłszy przewlekłe (20. XII. 93.—2. I. 94.), zejścia w ropienie gruczołów nie dała. Lekki nieżyt oskrzeli, jaki wystąpił w czasie trwania świnki, w końcu grudnia zaczął przybierać cechy napadów krztuścowego kaszlu, coraz więcej się potęgujących, a miarkowanych przez podawanie antypiryny (po 0,04 *pro dosi*, 3 razy dziennie) i wdmuchiwanie w nos początkowo *flor. benzoës pulv.*, a potem siarczanu chininy. Obok silnego krztuśca, objawy nieżyty oskrzeli były wciąż bardzo rozległe, a płwocina śluzowa, obfita, w znacznej części połykana, powodowała przemijającą niestrawność.

28. I. 94., badając dziecko, znalazłem: ciepłotę 39°, oddech 56, tętno 120. Lekkie stłumienie w prawem płucu poniżej grzebienia łopatkki; w obu płucach rozlane drobne rżenia i furczenia. Napady krztuścowe co pół godziny występują z długim zanoszeniem (kurcz głośni).

³⁾ Traité clinique et pratique des maladies des enfants, II édition, 1854.

⁴⁾ Vorlesungen über Kinderkrankheiten, III Auflage, 1887.

29. I. Ciepłota pomiędzy 38° a 39°, objawy płucne bez zmiany.

30. I. Przy ciepłocie 39,5° w południe wystąpiły drgawki toniczne, a przy wznoszącej się ciągle (do 40,2°) ciepłocie powtórzyły się jeszcze trzykrotnie. Tętno 144—150, słabe, oddech 60, mała sinica, napady krztuśca trwają. Przypuszczając rozwijające się zapalenie płuc nieżyłowe, podałem kalomel, jako środek odciągający i, odstawiwszy antypirynę, dałem środek wykrztuśny z pobudzającym, obok hydropatycznych zawijań klatki piersiowej, zmienianych co godzinę.

31. I. Ciepłota spadła rano do 38,1°, następnie podniosła się do 39,2°; w południe wystąpiły znów drgawki, w godzinę powtórzyły się i trwały z wielkim nasileniem przeszło 2 godziny; podczas nich tętno 180, bardzo słabe, oddech 70 z wyraźnym typem CHEYNE-STOKES'a. Pomimo ustąpienia drgawek, cienię wypukłone, napięte, lecz nie tętniące; kończyny, szczególnie górne, przykurczone, sztywne, z pewnym trudem dają ruchy bierne; sinica, źrenice rozszerzone, na światło nie oddziałują, sztywność karku, wzrok nieruchomy, zez zbieżny, brak samowiedzy. Zalecono lód na głowę, środek pobudzający wewnętrznie, często zmieniane zawijania hydropatyczne klatki piersiowej. Użyć pijawek wobec nikłego tętna wahałem się.

1. II. Ciepłota spadła do 37,4°, ku wieczorowi podniosła się do 38,8°, tętno ciągle małe, ledwo namacalne, 138, oddechów 54, drgawek nie było, kończyny ciągle sztywne, kark również, wzrok nieruchomy, źrenice silnie rozszerzone, mało oddziałują, sinicy niema, w płucach rozlane drobne rżenia, w prawem stłumienie bez zmiany, wysłuchowo nic nadto na miejscu tem stwierdzić nie można. Napady krztuśca ustąpiły.

2. II. Ciepłota spadła do 38,4°, w południe do 37° i odtąd nie podnosiła się już więcej; tętno 120, oddech 54.

3. II. Przy prawidłowej ciepłocie, znacznie lepszym oddechu i tętnie, sztywność kończyn słabnie; źrenice ciągle duże, samowiedzy niema, napady krztuśca powracają, lecz łagodniejsze.

4. II. Zapomocą wziernika LIEBREICH'a stwierdzono na dniu obu oczu wielkie tarcze zastoinowe. Sztywność kończyn i karku ustępuje; czucie wraca, w płucach zmian niema.

5. II. Przecięły się dwa pierwsze zęby. Tętno 120, słabe, oddech 54, w płucach rozlane drobne rżenia. Stosowano w dalszym ciągu środek pobudzający i okład PRIESSNITZ'a, zmieniany co 4 godziny.

6. II. Oddech i tętno poprawiły się, w płucach zmian niema.

7. II. Tętno 120, pełne, oddech 66, podczas snu rżący. Na miejscu stłumienia w płucu prawem oddech zaostrozony.

8. II. Kaszel się wzmaga, jest wilgotny, lecz zanoszenia się nie są tak długie, jak poprzednio. Rżenia w płucach przed kaszlem bardzo liczne, po kaszlu wiele rzadsze. Wykrztusina śluzoropna, obfita, oddech 48.

9. II. Drobne rżenia mniej obfite, zjawiają się grube rżenia i świsty. Napady kaszlu krztuścowego częste, lecz słabe. Zawijania i środek pobudzający przerywano, podano środek wykrztuśny.

10. II. Tętno 90, pełne, oddech równy i głęboki, wykrztusina obfitsza. Po kaszlu z prawej strony grube rżenia, z lewej oddech zaostrozony i świsty. Następnym dni (10. II.—17. II.), przy zupełnie zadawalającym tętnie i oddechu, napady krztuścowe przychodziły coraz rzadziej (co 2 godziny). W prawem płucu obniżenie wypuku pozostało bez zmiany, objawy wysłuchowe jeszcze się trzymają, gdy z lewego prawie ustąpiły.

17. II. Napady wilgotnego, bez zanoszeń kaszlu znacznie częstsze (co pół godziny). Silny katar, łącznice nastrzyknięte, łzawienie. Bardzo obfita wykrztusina śluzowa, w płucach zmian niema. Mocno swędząca wysypka pokrzywkowa na twarzy, przy drapaniu występuje po całym ciele. Zalecono wdychanie 3% karbolu i puder salicyłowy.

18. II. Ciepłota podniosła się do 37,7°, tętno i oddech prawidłowe. Na karku czyrak. W płucach zmian niema, wysypka znika, kaszel mniejszy.

19. II. Czyrak wyciśnięto, ciepłota spadła.

Dalszy przebieg choroby nie przedstawiał nic ciekawego: był on bezgorączkowy, stan ogólny dziecka rychło zaczął się poprawiać, napady kaszlu straciły swój charakter krztuścowy, stały się rzadsze (co 3 godziny), wykrztusina śluzowa, po-

czątkowo obfita, stopniowo się zmniejszała i stała się szklistą. Rzężenia w prawym płucu dawały się wysłuchiwać jeszcze do 24. II, lecz były one coraz grubsze, furcząco, potem pozostał tylko zaostrozony oddech, który ustąpił w końcu lutego. Stłumienie w płucu prawym pozostało i po ustąpieniu kaszlu (gruczoły oskrzelowe?).
(D. n.).

Przypadek błonicy, leczonej surowicą Behring'a.

Tracheotomia. Wyzdrowienie.

podali D-r T. SOLMAN i A. ZAWADZKI.

Stefcio S., lat 6 $\frac{1}{2}$, uskarżał się w dniu 24 lutego z rana na ból gardła i przeszkodę przy połykaniu; wieczorem silne dreszcze, ciepłota 39,5° C. Następnego dnia zrana stan bezgorączkowy, wieczorem ponownie dreszcze, ciepłota 39,3°, ból gardła, duszność. W dniu 26. II w nocy objawy utrudnionego oddychania znacznie się zwiększyły; wezwano kol. A. ZAWADZKIEGO. Przy badaniu okazało się: dziecko wątłej budowy, miernego odżywiania, na twarzy i kończynach nieznaczna sinica, oddech przyśpieszony, wyraźnie stenotyczny, przy oddechu zapadają się podżebrza, nadbrzusze i okolica nadobojczykowa, tętno szybkie, około 140 na minutę, drobne, ciepłota 38,7° C. Gruczoły chłonne podszcękowe cokolwiek powiększone. Głos dziecka ochrypliwy, napady kaszlu i krztuszenia się. Przy badaniu gardzieli okazało się, że powierzchnia prawego migdała i języczka pokryta jest szarawo brudnym nalotem błoniczym, który przy próbach ścierania usunąć się nie daje. W płucach brak objawów przedmiotowych. Choremu zastosowano środek wymiotny, wzięwania z przyrządu SIEGL'a, przestrzykiwanie jamy ust i gardzieli, zimne okłady na szyję, środki podniecające. Po wymiotach duszność niewiele się zmniejszała, wzięwania sprowadzały chwilową ulgę.

Nad ranem, około godziny 4-tej duszność i sinica znacznie się zwiększyły, silny niepokój dziecka. Po odbytej w tej porze naradzie z D-rem OBRĘBSKIM postanowiliśmy zastosować surowicę przeciwbłoniczą, podając jednocześnie środki podniecające, a ograniczając leczenie miejscowe w jamie ustnej do przestrzykiwań wodą wapienną.

O godzinie 4 $\frac{1}{2}$ rano wstrzyknięto dziecku w lewe udo 10 ctm. szśc. surowicy BEHRING'a N. III (18 Januar. N. 152); w chwili tej ciepłota wynosiła 36,7° C., tętno było nitkowate, około 140, odechów 26 na minutę. Wkrótce po zastrzyknięciu surowicy zastrzyknęliśmy dziecku pół strzykawki olejku kamforowego z eterem, a to w celu podniecenia.

Po zastrzyknięciu surowicy dziecko skarżyło się na ból w miejscu ukłucia; duszenie się oraz sinica nie uległy w ciągu kilkunastu następnych godzin żadnej niemal zmianie, wykrztuszenie błon nie zjawiało się, ciepłota utrzymywała się na wysokości 37° do 37,5°, tętno słabe. Powtórne zastrzyknięcie 5 ctm. szśc. surowicy w prawe udo wykonaliśmy w dniu 27. II. w 14 godzin po pierwszym; jednak na razie działania surowicy również nie można było dostrzedz; szerząca się sprawa chorobowa sprowadzała coraz groźniejsze objawy; o 10 wieczorem sinica, duszenie się dziecka zwiększyły się, tętno coraz słabsze, około 150; o godzinie 12-tej w nocy do powyższego groźnego stanu przyłączyły się objawy zapaści przy ciepłocie 35,5° C. Wtedy na usilne nasze naleganie, rodzina dziecka zgodziła się na przystąpienie do tracheotomii, którą wykonał kol. Sol-

MAN przy pomocy kol. KIJEWSKIEGO i ZAWADZKIEGO. Operacja, bez usypiania dziecka chloroformem, wykonana została w nader szybkim tempie, trwając niespełna minutę: ustalenie krtani i tchawicy zapomocą haczyka LANGENBECK'a, cięcie skórne długości 2 1/2 ctm. wzdłuż linii środkowej szyi, poczynając od dolnego brzegu chrząstki tarczycowej, dojście drogą tępą do górnych pierścieni tchawicy po odsunięciu gruczołu tarczowego ku dołowi, przecięcie tchawicy, wprowadzenie rurki tracheotomijnej N. 2. Natychmiast po wprowadzeniu rurki dziecko wykrztusiło znaczną ilość gęstego, ropiastego, cuchnącego śluzu, poczem oddychanie było zupełnie swobodne; krwawienie podczas operacji było nieznaczne, żyłne. Wkrótce po operacji dziecko usnęło snem spokojnym, sinica prawie zupełnie ustąpiła.

Dnia 28. II. rano ciepłota 38,2° C, tętno 120, oddechów 36. Naloty błonnicze na obydwóch migdałach, na języczku, na błonie śluzowej policzków, na dolnej wardze. Ogólny stan dziecka dobry. W moczu ślady białka. Około południa dziecko zaczęło wykrztuszać duże ilości szarego ropiastego śluzu, przyczem parokrotnie wystąpiło dosyć silne duszenie się. Ślinotok. Wieczorem ciepłota 37,8° C., tętno 120, dosyć mocne. Dziecko chętnie pije mleko i wino.

1. III. rano c. 37,8°. Naloty błonnicze na migdałach i języczku zbielały, łatwo dają się usuwać, ślinotok, obfite wydzieliny z nosa. Ogólny stan dziecka dobry, chociaż osłabienie dosyć znaczne. Wieczorem stan bezgorączkowy.

2. III. Stan bezgorączkowy. Oddychanie spokojne, ilość wykrztuszanych wydzielin mniejsza, przyczem wydzieliny stają się czysto śluzowe. Naloty błonnicze ustępują.

3. III. Stan dobry. Migdały oczyściły się całkowicie, pozostaje jedynie nalot na małej przestrzeni na języczku. O zmianach w krtani nie mogliśmy przekonać się naocznie ze względu na silny opór dziecka przy badaniu jamy ustnej. W płucach stan prawidłowy. Dziecko oddycha zupełnie spokojnie. Dalszy przebieg był dobry, naloty w jamie ustnej, w gardzieli i w krtani całkowicie ustąpiły szóstego dnia po zastrzyknięciu surowicy. Ósmego dnia po operacji rurka tracheotomijna została usunięta, a wkrótce potem oddychanie drogą naturalną odbywało się bez przeszkód. Rana na szyi zabiżniła się bardzo prędko. Dziecko powróciło do zdrowia, skarżąc się jedynie na osłabienie.

Siódmego dnia po zastrzyknięciu surowicy zjawily się na skórze zewnętrznej powierzchni stawów kolanowego i łokciowego, oraz na ręce prawej okrągłe krwisto-czerwonawe plamy, które znikły po kilkunastu godzinach, lecz ponownie wystąpiły 11-go dnia wśród objawów podgorączkowych i rozprzestrzeniły się po całej przedniej i zewnętrznej powierzchni obydwóch kończyn górnych i dolnych oraz na skórze brzucha. Wysypka przedstawiała się w postaci zbliżonej do pokrzywki, miejscami jednak drobne krosty (*pustulae*) dostrzedz się dawały. Podczas występowania i trwania wysypki dziecko skarżyło się na silne swędzenie. Po 2 dniach plamy znikły przy nieznacznem złuszczeniu się naskórka.

Badanie bakteryologiczne w powyżej opisanym przypadku przeprowadził kol. A. ZAWADZKI w pracowni D-ra Leona NENCKIEGO. Część błony błonniczej, zdjętej z języczka, zasiano w bulionie i na glicerynowym agarze; preparaty, barwione płynem Roux (próbybrane z bulionu i agaru po 12 godzinach), zawierały wielką ilość gronkowców, paciorkowców, kokków BRISOU oraz cokolwiek mniej prątków LÖFFLER'a (postacie gronkowate, z przerwami niezabarwionemi i t. d.). Dwudniowa hodowla bulionowa, zastrzyknięta w ilości 1 ctm. szśc. świnie morskiej pod skórę, wywołała po 24 godzinach obrzmie-

nie. Barwione preparaty, z prób, wziętych z miejsca nacieczenia, zawierały dużą ilość laseczników błoniczych, hodowle w bulionie i na agarze zawierały również prątki LÖFFLER'a. Po upływie 72 godzin świnka morska zdechła. Zmiany patologiczne odpowiadały w zupełności zakażeniu błoniczemu: miejsce zastrzyknięcia obrzmiałe, nacieczenie na przestrzeni kilku centymetrów, na przekroju wybroczyny krwawe. Wątroba przekrwiona, krucha, śledziona niezmieniona, nerki, a szczególnie nadnercza bardzo silnie przekrwione, pod otoczką nerek wybroczyny krwawe, w jamach opłucnej wysięki surowiczokrwiste. Z miejsca nacieczenia w tkance podskórnej, z wątroby i nerek brane cząstki zaszczipiono na bulionie; po 12 godzinach na preparatach barwionych okazały się wyłącznie prątki błonice.

W powyżej opisanym przypadku działanie surowicy występowało dosyć zgodnie ze spostrzeżeniami WIEDERHOFER'a: błony zaczęły się oddzielać nie w dwanaście godzin, jak to spostrzegano w czystych postaciach błonicy, lecz znacznie później, po 48 godzinach, jak to bywa w postaciach mieszanych. Przytem zaznaczyć musimy, że drugiego dnia po zastrzyknięciu surowicy sprawa błonicza rozszerzała się jednak jeszcze w gardzieli i w jamie ustnej przy podniesieniu ciepłoty, dopiero trzeciego dnia nastąpiło nader szybkie oddzielanie się nalotów błoniczych, które przedtem zbielewały. Wysypka po zastrzyknięciu surowicy wystąpiła w naszym przypadku 7-go i 11-go dnia. Powyższe uboczne działanie, nie groźne jednak w swych następstwach, zauważono niejednokrotnie w leczeniu błonicy surowicą; powtórne występowanie wysypki opisał KLIPSTEIN (Deut. med. Wochenschrift 1894 N. 52). Nie dociekając przyczyn wysypki, zaznaczamy jedynie, że surowica, użyta w naszym przypadku, oznaczona była marką fabryczną „18 Januar N. 152“; być może, że ten sam numer surowicy, stosowanej u innych chorych, również wywoływał wysypkę. Co do tracheotomii, wykonywanej w przebiegu leczenia błonicy surowicą, to nie ulega najmniejszej wątpliwości, że zabieg ten należy stosować według ogólnie przyjętych zasad.

WYKŁADY KLINICZNE.

O KRZYWICY.

Napisał Seweryn Sterling (Łódź).

(Ciąg dalszy.—Zob Nr. 16).

Objawy. Objawy samoistne krzywicy określa dosadnie nazwa jej polska; chodzi tu o skrzywienia kośćca, skrzywienia, począwszy od pozornych, zależnych od narwarstwien tkanek kostnienia w jednym miejscu lub ich częściowego zaniku w innym, aż do prawdziwych przegięć, nadłamań i złamań.

Na wszystkich częściach kośćca zmiany krzywicowe znaleźć możemy. Na niektórych jednak kościach są one najczęściej spotykane i przez to charakterystyczne.

Na kościach czaszki spotykamy przedewszystkiem objawy, znane pod mianem zaniku kości czaszkowych, *craniotabes*, *craniomalacia*; spotykamy mianowicie miejsca konsystencyi miękkiej, których ucisk nie daje nam zupełnie wrażenia kości, lecz raczej dźwiękiem chrzęszczącym przypomina niekiedy uciskany pęcherz wysuszony. Takie zmiękczone miejsca znajdziemy zarówno na przebiegu kości potylicowej, jak i na brzegach, tworzących szwy. Miętkość tych, normalnie zaraz po urodzeniu zupełnie sko-

stniałych części kośćca, wyrażona jest w stopniu różnym i zależy od okresu choroby i od stopnia natężenia sprawy krzywicowej u danego osobnika. Przy słabym rozwoju, w okresach początkowych krzywicy, znajdziemy oddzielne wysepki, mało od zbitości kości się różniące. Gdzieindziej brzegi szwu kostnego rozchodzą się i, uciskane, nie okazują owej ostrości kantów kostnych, zwykłej u dzieci zdrowych.

Wśród licznych stopni natężenia sprawy, znajdziemy w okresie kwitnięcia silnej krzywicy całą kość potylicową miękką, o konsystencji pergaminu lub nawet ciasta, chrzęszczącą niekiedy przy ucisku; szwy wszystkie rozwarłe, o brzegach zaokrąglonych, miękkich. W okresie zakończenia się sprawy krzywicowej brzegi szwów są nierówno zarysowane; tu i owdzie znajdziemy nawarstwienia tkanki kostnienia, bujnie wyrosłej, już zwapniałe; gdzieindziej zaś — zakłębnięcia, spowodowane przez rozplątanie się tkanki kostnej wśród nowopowstałych naczyń.

Przypisywano uciskowi na kość potylicy przyczynę silnego rozwoju krzywicy na tejże. Leczenie na grzbiecie ucisk ten warunkuje, tembardziej, że dzieci krzywicowe dłużej, niż inne, w pozycji leżącej pozostają. Ten moment mechaniczny w powstawaniu krzywicy kości potylicowej ma tylko wartość hypotetyczną. Przeciw przypuszczeniu temu przemawia: 1) możność powstawania zaniku kości czaszkowych w bardzo wczesnym wieku, kiedy moment mechaniczny nie zdołałby jeszcze odegrać swej roli; 2) istnienie u dzieci starszych, które przez czas długi leżały na grzbiecie, objawów krzywicy—bez objawów zaniku kości czaszkowych; 3) zjawianie się wraz z innymi objawami krzywicy, zaniku kości czaszkowych u dzieci, które już wygodnie i długo były na ręku noszone (nie leżały na grzbiecie) (67).

Przyczyna późnego zamykania się szwów czaszkowych jest wyraźna. Sprawa krzywicowa rozpuszcza brzegi kostne i przez to je od siebie oddala.

Zmiany te w brzegach kostnych najwyraźniej uwidaczniają się tam, gdzie ograniczają one t. zw. ciemiączka, owe kostnawe błony, łączące kąty kości czaszkowych. Ciemiączek tych odróżniamy, jak wiadomo, sześć: ciemiączko czołowe, dwa ciemiączka boczne przednie, dwa boczne tylne i ciemiączko potylicowe.

Brak zdolności kostnienia ze strony brzegów kości czaszkowych pozostawia ciemiączka te otwartymi nadto długo.

W warunkach zdrowia dzieci rodzą się z zamkniętymi lub prawie zamkniętymi ciemiączkami, wyjąwszy ciemiączko czołowe (t. zw. duże), które zarasta w 12 do 15 miesiąca życia. Od urodzenia począwszy, zmniejsza się ono (68) dzięki nieustającemu wzrostowi kości płaskich, je otaczających. Inaczej się dzieje, gdy kości czaszki krzywicą są dotknięte. O ile w chwili początku krzywicy ciemiączko nie jest jeszcze zamknięte, znajdujemy w przeważającej liczbie przypadków opóźnienie w zarastaniu ciemiączka. W krzywicy średniego natężenia kości, otaczające ciemiączko, ustają w swym wzroście, dzięki czemu otrzymamy ciemiączko nie zmniejszające się, a w danej chwili badania nieco większe, niż bywa ono zazwyczaj u dzieci zdrowych tegoż wieku.

Jeżeli jednak krzywica osiąga natężenia znaczniejszego, brzegi kostne, ciemiączko otaczające, rozplątują się, zanikają, a przez to powiększa się powierzchnia ciemiączka. Mamy wtedy przy badaniu ciemiączko, o wiele przewyższające rozmiary, na czasce dzieci zdrowych spotykane; granice ciemiączka nie mają tych twardych, niepodatnych, ostrych brzegów kości zdrowych, wyraźnie odróżniających się od błoniastego ciemiączka. Przeciwnie, brzegi te są na ucisk tak podatne, jak błona samego ciemiączka, niewyraźnie, zaokrąglone, a błona ciemiączka stopniowo niejako zlewa się z kością.

Z chwilą, gdy sprawa krzywicowa przechodzi w okres zdrowienia, brzegi stają się twarde, ale nierówne, z powodu nawarstwień, jakie bujanie tkanki kostnienia spo-

wodowało. Dlatego spotykamy się na czaszce ludzi, którzy w dzieciństwie krzywicę przeszli, z różnemi zniekształceniami na stropie czaszki (p. str. 305). Toż samo bezładne nowotworzenie się tkanki kostnej jest przyczyną powiększenia guzów czołowych i ciemieniowych lub nawarstwień kostnych w innych miejscach czaszki.

Zmiany, jakie w kształcie szczęk spotykamy, mają za przyczynę najważniejszą — ową podatność, miękkość kości, cechującą krzywicę. Mięśnie nie znajdują dostatecznego oporu w miejscach przyczepów i pociągają za sobą przy kurczeniu się — kość, której kształt przez to zmieniają.

Ze sprawą wyrzynania się zębów u dzieci, krzywicą dotkniętych, wiąże się sprawa „zabkowania“ wogóle. Jeżeli zanalizować dokładnie te objawy, które „zabkowaniu trudnemu“ przypisywano, znajdujemy w obrazie tym dużo objawów, które krzywicy przypisać należy. Opóźnienie wyrzynania się zębów przypisywano nie tyle samym zębom, ile dziąsłom; te ostatnie mają być raz zbyt twarde, nie ustępujące naciskowi zęba, to znów zbyt miękkie, wiotkie; zęby same niejako bierną rolę tu grać miały.

Nie będzie wcale przesadą zdanie, że opóźnione zjawianie się zębów ma za jedyną sprawdzoną przyczynę: krzywicę. Tkanka zębów ulegać może krzywicy na równi z innemi kostniejącami. Krzywica powoduje opóźnienie lub powstrzymanie, zarówno jak i wadliwe kostnienie tkanki, zęby tworzącej. Jeżeli krzywica dotknie korzenie zębów, natenczas brak owej *vis a tergo*, która o wyrzynaniu zęba stanowi, brak tej siły, która przez przyrost korzenia zęb po nad dziąsła wypycha. Krzywica więc istoty kostnej zębów, szczególnie przy istniejącej krzywicy szczęk, jest przyczyną opóźnionego wyrzynania się zębów (69), zarówno jak i przyczyną ich wadliwej budowy. Zęby to wyrzynają się nieprawidłowo zbudowane, ulegają więc łatwiej, niż zdrowe, próchnieniu. Sama zaś budowa ich przedstawia następujące cechy najczęstsze: kształt kwadratowy; szkliwo nie zatracą się stopniowo w kierunku ku szyjce, lecz nagle urywa się, tworząc wałek; powierzchnia szkliwa pokryta jest nadżarciami, w postaci niby śladów od ukłuc.

Zmiana kształtu szczęki, a czasem wprost stan rozmiękczenia i podatności kości, jest przyczyną nieprawidłowego układu zębów w szczęco, ich skrzywienia. Czasem przyczyną tego jest ścienienie wyrostków zębowych szczęki, przez co zęby leżą „jeden na drugim“ wprost z powodu braku miejsca na zwykły układ zębów; mieszczą się one tak, jak na to warunki przestrzeni pozwalają, więc ciasno.

Przy ocenie, jako objawu krzywicy, braku zębów u dzieci, które prawidłowo w danym wieku mieć je powinny, pamiętać należy: 1) o tem, że zdarzają się dzieci dotknięte krzywicą, a posiadające zupełnie prawidłowe uzębienie; 2) o tem, że krzywica wybuchnąć może w epoce życia, kiedy pewna ilość zębów już się wyrznąć zdołała. A więc, nie zawsze obecność zębów świadczy przeciw krzywicy. W większości tych przypadków, kiedy krzywica występuje przy już istniejącej pewnej liczbie zębów — dalsze kolejne wyrzynanie się nie następuje w czasie, u dzieci zdrowych spotykanych.

Dla oceny tych stosunków przytaczam tabliczkę (15), wykazującą czas wyrzynania się zębów podług miesięcy. Zwracam jednak uwagę, że ani terminy te, ani kolejność nie stanowią prawidła bezwzględnego, że wahania w tym względzie są u dzieci zdrowych bardzo szerokie.

(20—24)	(14—16)	(17—20)	11.	8.	8.	11.	(17—20)	(14—16)	(20—24)
(20—24)	(14—16)	(17—20)	10.	7.	7.	10.	(17—20)	(14—16)	(20—24)

Objawy krzywicy, na kościach spotykane, występują w niesłychanie licznych odmianach i stopniach. Skrzywienia kręgosłupa i klatki piersiowej zależą zarówno od skrzywień, bezpośrednio przez zmianę kształtu pojedynczych kości spowodowanych, jak i od zmian wtórnych, powstających dla wyrównania (*compensatio*) skrzywień pierwotnych.

Najczęstszą zmianą kręgosłupa jest, jak wspomniałem, wykrzywienie ku tyłowi (*kyphosis*), najwyraźniejsze w okolicy pierwszego kręgu lędźwiowego; towarzyszy mu zwykle skrzywienie przednie, w górnej części kręgosłupa. O ile jednak skrzywienie pierwotne, co jest wypadkiem najczęstszym, nietylko w kierunku przedniotylnym, lecz i bocznym się odbywa, otrzymujemy skrzywienie boczne (*scoliosis*), przyczem kręgosłup, pod wpływem sił, przeginających go jednocześnie naprzód (*resp.* w tył) i w bok, okręca się około swej osi podłużnej, ciała zaś kręgów zwrócone zostają ku stronie wypukłej skrzywienia.

Na obojczykach wyczuwamy zgrubienia u nasady, zmianę w postaci kości, która bywa pokryta naroślami kostnymi, przegięta, nadłamana lub przełamana. Złamania jak i zgięcia powstają przy silnem oparciu się (chwyтaniu) rękami, przy nieostrożnom unoszeniu dziecka (za ręce).

Łopatki też czasem bywają krzywicą dotknięte; wyczuwamy wtedy zgrubienia brzegów, a nawet złamania, spowodowane przez nieostrożność osób, pielęgnujących dzieci.

Zmiany, jakie krzywica czyni na żebrach, wynikają bądź z obfitego bujania tkanek kostnienia, bądź też z tej miękkości kości, którą powoduje krzywica. Najczęściej dotknięte są żebra w okolicy połączenia kości z chrząstką. Mamy tu zgrubienia, węzły, które po przez wiotką zwykle skórę dojrzec lub wyczuć łatwo. Cały szereg tych zgrubień, idący łukowato z góry i z wewnątrz na dół i na zewnątrz, nazywamy różańcem krzywicowym. Tuż obok tych zgrubień, na zewnątrz, znajdujemy często przewężenia, powstałe z powodu zaniku tkanki kostnej, a szereg tych zagłębień tworzy niejako rynny po obu stronach różańca, przez co ten ostatni zdaje się jeszcze wyraźniej nad powierzchnię występować.

Utrata elastyczności ze strony żeber sprawia powstawanie na klatce piersiowej różnych zniekształceń. A więc boki jej są spłaszczone, a nawet zakłębione. W okolicy 5 do 7 żebra biegnie bruzda (HARRISON'a), zależna od skurczów przepony, w tych miejscach swymi przyczepami żeber sięgającej. Każdy dłużej trwający ucisk pozostawia na miękkich żebrach ślady w postaci zmian w kształcie klatki piersiowej.

Mostek jest wogóle płaski; najwydatniejszy punkt jego powierzchni przypada na okolicę trzeciego—czwartego żebra; w tom też miejscu żebra ku przodowi silnie występują, co wraz z bocznem spłaszczeniem klatki wypycha niejako mostek ku przodowi, — stan, znany pod nazwą kurzej piersi. W tym razie przekrój klatki piersiowej nie stanowi koła, lecz rozmiar przednio-tylny jest zwiększony, rozmiar poprzeczny — zmniejszony.

Do tych zniekształceń, zależnych od zmian w żebrach i mostku, przybywają zmiany w postaci klatki, zależne od skrzywień kręgosłupa. Szczególniej widoczne stają się zmiany te przy bocznem skrzywieniu kręgosłupa, kiedy żebra tworzą garb boczny, z wierzchołkiem na miejscu kąta żebrowego — po jednej stronie klatki (najczęściej po stronie prawej), gdy tymczasem ze strony przeciwnej kąt żebrowy jest prawie wygładzony; żebra biegną wtedy ku przodowi, prawie jako proste kości, leżące blisko siebie (zwężenie przestrzeni międzyżebrowych).

I przy innych skrzywieniach kręgosłupa bierze klatka piersiowa udział w tworzeniu się garbu. Często widzimy garb, utworzony na przodzie przez mostek, który załamuje się niejako, bo rękojęs jego jest ku górze powierzchnią przednią zwrócona, a trzon wysunięty jest nadmiernie ku przodowi.

Prócz siły ciężkości i skurczów mięśniowych, pewien udział w zniekształceniu klatki piersiowej przypisują też ciśnieniu powietrza zewnętrznego, które ze strony kości krzywicowych nie znajduje zwykłego oporu (70).

Mechaniczne wpływy zmieniają też kształt miednicy. Przyczyny, tu działające, t. j. ciśnienia w różnych kierunkach, są liczne i wzajem się krzyżują, dzięki czemu

i kształt miednicy krzywicowej jest bardzo rozmaity. Zasadniczo jej cechy są: kość krzyżowa wtłoczona jest do jamy miednicy i jest tak przegięta, że wzgórek kości krzyżowej (*promontorium*) jest obniżony i zbliżony do spojenia łonowego. Spojenie kości łonowych wystaje ku przodowi w postaci dzioba, a wejście do miednicy otrzymuje przez to postać listka koniczyny. Łuk łonowy jest odechylony, szeroki; guzy siedzeniowe na zewnątrz odwinięte, panewka biodrowa jest przosunięta ku górze, wtył i na wewnątrz, same zaś kości biodrowe w okolicy panewki zagięte na wewnątrz (20).

Jakkolwiek zmiany powyższe mają cechować miednicę „krzywicową“, to jednak krzywica powoduje i inne zmiany w postaci miednicy; są to zniekształcenia wtórno, zależne od skrzywienia kręgosłupa (71).

Na kończynach mamy znów wyraz obydwu zasadniczych zmian krzywicowych: nadmierny rozrost tkanek kostnienia tworzy zgrubienia, sprawa zaś zaniku i rozmiękczenia kości warunkuje skrzywienia.

Zgrubienia są najczęstsze na dolnych końcach kości przedramienia, w nasadach obok stawu napięstkowego. Czasem tuż obok tego zgrubienia mamy zagłębienie, przewężenie, przez sprawę zaniku istoty kości wywołane.

Miękkość kości wywołuje nagięcia (*inflexio*), skrzywienia (*torsio*), nadłamania (*infractio*), a nawet, bardzo rzadko, złamania. Najczęstsze są nadłamania kości przedramienia, następnie na goleni i obojczyku. Następuje tu złamanie wewnętrznej, do jamy szpikowej przylegającej blaszki kostnej. Nadłamanie takie prawie nie sprawia bólu, często nie daje się rozpoznać, i dopiero po zagojeniu ujawnia się rozpoznanie dzięki zgrubieniom, powstałym z powodu nadmiernie rozwiniętego modzela (*callus*).

Skrzywioniom ulegają najczęściej kości goleni, potem przedramienia i uda. Goleń w ten sposób się zniekształca, że pod ciężarem ciała przegina się pośrodku, przy czym wklęsnięcie zwrócone jest na wewnątrz, czasem też nioco i w tył (nogi szablowate). Jednoczesne zniekształcenie uda sprawia powstanie kolana szpotawego lub kolana koślawego.

Ostatnimi czasy opisano, jako charakterystyczne dla krzywicy, zmiany w szyjce kości udowej (72). O innych zmianach wspomniałem wyżej. Przegięcie na przedramieniu leży zwykle na granicy części dolnej i środkowej.

Równoległe z cierpieniem kości ma powodować krzywica zmiany w więzach, głównie zaś w więzach stawu kolanowego. Sprzyja to osłabieniu ruchów, opóźnia chwilę chodzenia u dzieci krzywicowych.

Ze zmianami w kości związane jest jedno bardzo ważne zakłócenie spraw fizjologicznych; jest niom powstrzymanie wzrostu dziecka. Przyczynę tego dostatecznie tłumaczy nam istota zaburzeń krzywicowych, które napadają chrząstki nasad (*epiphysis*) kostnych, tak ważną rolę grających przy wzroście kości wzdłuż.

(C. d. n.)

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

50. E. v. BERGMANN. **O postępkach chirurgii mózgu.** W odczycie, wypowiedzianym na 24 zjeździe chirurgów w Berlinie, B. głównie zwrócił uwagę na chirurgiczne leczenie ropni wewnątrzczaszkowych. W krótkości tylko dotknął sprawy operacyjnego leczenia nowotworów mózgu i padaczki. Z tablic, zestawionych przez CHIPAULT'a (135 przypadków) i STARR'a (97 przypadków), okazuje się, że odsetka wyzdowień po operacjach nowotworów mózgu wynosi 44. Z sekcji, zebranych przez BERNHARDT'a w 485 przypadkach nowotworów mózgu i w 600 przypadkach STARR'a, wynika, iż tylko w 29% przypadków operacja była wogóle wykonalną, a z tych znów tylko w 1/4 części przypadków można było rozpoznać

klinicznie sprawę nowotworową. Więcej, niż połowa nowotworów mózgu przebiega skrycie i bez objawów lub też z objawami, wskazującymi inną sprawę chorobową. Zgodnie ze STARR'em należy przyjąć, iż na 100 guzów mózgowych zaledwie 6 jest takich, które możemy rozpoznać i jednocześnie usunąć zapomocą operacji. Opierając się zaś na owych 44% wyzdrowień, wypadnie, że z tych 6 przypadków nawet 3 przypadki nie wytrzymają operacji i nie będą przez nią wyleczone. Technika otwierania czaszki znakomicie została udoskonaloną, jak również i pokrywanie pozostałych otworów po trepanacji.

Mowa tu o czasowej resekcji WAGNER'a w celu odnalezienia nowotworów części ruchowej kory mózgowej. Wielki płat z części miękkich i kości wycina się zapomocą piły kolistej (*Kreissaege*), a nie, jak dotąd, zapomocą wstrząsających uderzeń dłuta.

Tak samo w krótkości omawia B. kwestyę trepanacji czaszki przy padaczce. W r. 1889 B. zalecał trepanację tylko przy padaczce JACKSON'a, dziś sądzi, że i w tej postaci chorobowej trepanacja powinna mieć bardzo ograniczone zastosowanie. Po usunięciu jaknajdokładniejszym kawałka kory mózgowej, wywołującego ruchy odpowiedniej kończyny, napady padaczkowe wracały i to w skutek podrażnienia tych samych odcinków lub też sąsiednich okolic kory mózgowej. Przy osądzaniu wyników operacyjnych u epileptyków należy mieć zawsze na uwadze, że każde zranienie, operacja, i to nietylko na czaszce, wywiera wpływ hamujący na powstawanie napadów. Te ostatnie stają się krótsze i radsze i mogą przez kilka miesięcy, a nawet w przeciągu całych lat nie występować. Tylko te przypadki padaczki korowej leczą operacja, w których mamy do czynienia z guzem, np. z torbielą, powstałą po urazie, w wysięku między oponami mózgowymi i znajdującą się nad lub w ograniczonym ruchowym ośrodku kory mózgowej. B. uważa wyleczenie w innych przypadkach za wątpliwe, a to jeszcze i z tego względu, że istnieją przypadki padaczki u osobników młodych, u których wyleczenie następuje samowolnie lub pod wpływem środków wewnętrznych.

Inna rzecz z chirurgią mózgu w trzeciej grupie spraw chorobowych, t. j. z leczeniem chirurgicznym ropni wewnątrzczaszkowych.

B. ma na myśli operacje ropni mózgowych, ropni podoponowych, właściwie zewnątrzoponowych, i zakaźnych zakrzepów zatok żylnych, i wreszcie zapalenie opon mózgowych (*leptomeningitis*). Nie posiadamy w tych przypadkach innego środka, zabezpieczającego rozszerzenie się ropienia, jak wytworzenie swobodnego i łatwego odpływu ropie. Przy ropieniach, odbywających się w jamie czaszkowej, niezależnie od tego, czy one powstały wskutek zakażenia paciorkowcami lub gronkowcami, *bacillus foetidus*, lub chorobotwórczymi pasorzytami zapalenia płuc lub influenzy, musimy starać się o szerokie otworzenie ogniska ropnego, umiejscowionego w jamie czaszkowej. Zadanie nasze przedewszystkiem więc polegać będzie na wczesnem rozpoznaniu powyższych ropnych spraw wewnątrzczaszkowych, na wyodrębnieniu oddzielnych postaci chorobowych i na ścisłem określeniu siedliska sprawy. Potem dopiero starać się będziemy o wynalezienie drogi, po której do ognisk tych dotrzeć zdołamy.

Przy rozpoznaniu ropienia wewnątrzczaszkowego wywiady mają najważniejsze znaczenie, a w licznych przypadkach one jedynie decydują. B. ogranicza się przy omawianiu rozpoznawania ropnych spraw wewnątrzczaszkowych tylko do takich, które zależą od jednego etyologicznego momentu, a mianowicie od ropienia w uchu. Ropne zapalenie ucha średniego w przypadkach tych istnieje, zachodzi tylko pytanie, czy już wystąpiły niebezpieczne powikłania i czy te ostatnie są dostępne dla naszych rękoczynów chirurgicznych. Na 1000 przypadków śmierci przypada 7, spowodowanych powikłaniami mózgowymi, zależnemi od choroby ucha, a na 1000 ostrych i przewlekłych spraw ropnych w uchu 3—4 przypadki śmierci przez rozszerzenie się sprawy na opony mózgowe, zatoki żyłne i na mózg. Wynika stąd, iż powikłania te nie należą do zbyt częstych.

Przy bliższem rozpatrywaniu tego etyologicznego momentu okaże się, że nie wszystkie sprawy ropne ucha w jednakowym stopniu zagrażają chorym odnośnie powyższych powikłań. Małe dzieci rzadko im podlegają, bardzo rzadko zaś chorzy na ostre zapalenie ropne ucha średniego. Główny kontyngens stanowią chorzy z przewlekłymi sprawami ropnemi ucha średniego, a pomiędzy nimi przeważnie tacy z cholesteatomatami. Zdaje się, iż czwarta część wszystkich powikłań śmier-

telnych ucha przypada właśnie na cholesteatomy, jak to VIRCHOW na zasadzie 60 sekcji wykazał.

Przewlekłe zapalenie ropne ucha średniego, prowadzące do śmiertelnych powikłań, odznacza się ostrymi i podostrymi nawrotami, cuchnącą wydzieliną i wytwarzaniem polipowatych wyrosła bądź w jamie bębnekowej, bądź w uchu zewnętrznym, które wraz z powyższymi nawrotami tamują swobodny odpływ ropy z głębi ucha średniego. Anatomicznie budowa kości skalistej i zawartego w niej narządu słuchu powoduje wreszcie częstsze występowanie groźnych powikłań po stronie prawej, niż po lewej.

Zaznacza wreszcie B. nowsze badania otyatrów, a szczególnie KOERNER'a, które wykazały, że powikłania śmiertelne mózgu, opon mózgowych i zatok żylnych, zależne od choroby ucha, powstają zwykle w tem miejscu, w którym pierwotna sprawa ropna w kości skalistej dosięgła zawartości jamy czaszkowej. Jednym słowem sprawa ropna z ucha średniego szerzy się bezpośrednio (*in continuitate*) na jamę czaszkową. Głównem siedliskiem ropienia usznego jest *atticus tympanicus*, t. j. górny odcinek jamy bębnekowej. Stąd ropienie szerzy się w dwóch kierunkach. Albo przez *tegmen tympani*, albo przez *aditus ad antrum* do *antrum mastoideum*. Wytwarza się zapalenie (*ostitis*) cienkiej blaszki *attici* i sprawa zapalna przechodzi na oponę twardą, blaszkę tę pokrywającą. Zapalenie takie prowadzi do ropnia zewnątrzoponowego lub wewnątrzoponowego. Blaszka kostna ulega próchnieniu, przyczem wyrasta ziarnina. Zawsze opona twarda w tych przypadkach jest zmieniona, zmętniała, przekrwiona, zielonawo-szara, podobnie jak kość, którą pokrywa, lub też rozpadła, miękka, obumarła. Inr mniejszy jest ropień, rozwijający się w mózgu po za zmienioną w ten sposób oponą twardą, tem bliżej powierzchni jest położony, i dopiero przy dłuższem trwaniu i po wytworzeniu się torebki oddala się głębiej. W każdym razie powikłanie takie zapalenia opon z ropniem mózgowym w dolnym płacie skroniowym mózgu jest tak częste, że zawsze zbadanie odpowiedniej części mózgu zapomocą przekłucia próbnego okaże się niezbędnem. Doświadczenie licznych autorów wykazało, że większość ropni mózgowych pochodzenia usznego znajduje się tuż nad *tegmen tympani* lub blisko tegoż. Różniczkowe rozpoznanie pomiędzy ropniem zewnątrzoponowym i ropniem mózgowym nie zawsze jest możliwe, a zdaniem B. nawet bardzo trudne. Operacja w przypadkach o niepewnem rozpoznaniu powinna być wykonywana w ten sposób, aby jednocześnie można było usunąć ropień zewnątrzoponowy i przekonać się, czy już się wytworzył ropień mózgowy w zrazie skroniowym. B. sądzi, że podana przez niego operacja otwierania ropni zrazu skroniowego da się i do powyższego celu zastosować. Pierwotnie metoda operacyjna, opisana przez B., miała wyłącznie na celu osiągnięcie trzech zawojów zrazu skroniowego, obecnie chodzi mu tylko, i to wyłącznie, o dostanie się do *tegmen tympani*. W obec tego, iż większość ropni mózgowych, wywołanych cierpieniem ucha, znajduje się w zrazie skroniowym (podług KOERNER'a i MAC EWEN'a, dwa razy częściej, niż w mózdzku), najczęstszą operacją, wykonywaną na mózgu, będzie ograniczona przestrzeń nad *tegmen tympani*. Prócz przewlekłych spraw ropnych ucha, wskazaniami do tejsz operacji będą złamania czaszki na jej podstawie, nie przebiegające aseptycznie, lecz zakażone przez przewód słuchowy zewnętrzny.

B. dla oznaczenia pola operacyjnego posiłkuje się dwiema prostopadłemi liniami kraniecefalometru KOEHLER'a. Jedna przebiega przed uchem od podstawy skrawka do szwu strzałkowego, druga równoległe do pierwszej, począwszy od tylnego brzegu wyrostka sutkowego. Cięcie półkoliste B. prowadzi na wysokości i przed wążką brózdą pomiędzy skrawkiem i *helix* naokoło przyczepu muszli i dochodzi ku tyłowi do zewnętrznej powierzchni wyrostka sutkowego, odpowiadającej przedniemu punktowi wyjścia. W kierunku poziomym lub w kierunku cokolwiek skierowanym ku górze na 2—3 cent. przedłuża się cięcie na podstawie wyrostka sutkowego po za linię prostopadłą, stanowiącą tylną granicę pola operacyjnego. Przez odciąganie zapomocą tępych haczyków brzegów rany mamy dość miejsca do wszelkich rękoczynów na kości. Cięcie dochodzi odrazu do kości, przytem zawsze przecinamy gałązki, a czasem i pień tętnicy skroniowej i gałązki lub pień tętnicy usznej tylnej, które natychmiast należy podwiązać. Przecięte włókna mięśnia usznego górnego i przedniego, powięz skroniową i tylne i dolne włókna mięśnia skroniowego, jak również muszlę na tępo oddziela się od kości

i odchyła ku dołowi aż do jamy, wytworzonej przez przednią, górną i tylną ścianę kostnego przewodu słuchowego. Widzimy wtedy *spinam supra meatum* i małą trójkątną jamę, nad nią położoną. Lejek, wytworzony ze skóry i okostnej, wyściełający przewód słuchowy kostny, oddzielamy wtedy od góry i tyłu, aż do błony bębenkowej i odciągamy go wraz z muszlą zapomocą ostrego haczyka ku przodowi. Ku górze również zapomocą skrobaczki obnażamy łuskę na szerokości jednego lub dwóch palców. Mamy wtedy przed sobą długą gałąź wyrostka licowego, łatwo wyczuwać się dająca i oznaczająca nam kierunek, w którym dłuto lub piła powinna drążyć do jamy czaszkowej. Następne cięcia kostne wykonywamy w trzech kierunkach. Pierwsze przecina łuskę w kierunku pierwszej linii prostopadłej. Można je przedłużyć ku górze na $2\frac{1}{2}$ —3 cm. bez dodatkowego cięcia skórne-go. Drugie cięcie tylne, znajdujące się również jeszcze na łusce, ku przodowi i ku górze od miejsca, w którym *linea temporalis* styka się z *incisura parietalis* szwu łuskowego takiejże długości i równoległe do pierwszego. Trzecie cięcie poziome łączy górne końce obu cięć prostopadłych i bieży równoległe do cięcia, wzdłuż i nad linią skroniową poprowadzonego. Wytwarza się w ten sposób otwór w czaszce w postaci równoległoboku (2 — $2\frac{1}{2}$ cm. \times 3 — 4 cm.). Od przedniej i górnej powierzchni piramidy kości skalistej można wtedy z łatwością zapomocą podważki odchylić opone twardą i pokryty przez nią zraz skroniowy i przy odpowiednim oświetleniu obejrzeć okolice, nad *tegmen tympani* położoną. Zapomocą tejże operacji możemy się dostać i do wyrostka sutkowego. Przez otworzony *atticus* jamy bębenkowej można wprowadzić zgłębnik ochraniający STACKE'go do *aditus* i do *antrum mastoideum* i wydłutować wyrostek sutkowy. B. sądzi, iż tą drogą, t. j. od strony wewnętrznej *tegmen tympani*, stosunkowo łatwo i bezpiecznie, bez zranienia nerwu twarzowego można się dostać do komórek wyrostka sutkowego i w razie potrzeby, przy uporczywych ropieniach ucha średniego, do tylnej górnej ściany przewodu słuchowego lub do jamy esowatej (*fossa sigmoidea*). Operacyjne leczenie zakaźnych zakrzepów zatok, wywołanych ropieniem, jest, zdaniem B., największą zdobyczą nowoczesnej chirurgii mózgu. Wobec tego, iż zakrzepy takie bardzo szybko doprowadzały do wytworzenia śmiertelnych powikłań, jak ropnicy i ropnego zapalenia opon, zaśdździ już można zanotować 27 przypadków wyleczonych metodą ZAUFAL'a, to przyznać należy, iż wyników takich lekceważyć nie wolno.

Wyborne wyniki operacji SCHWARTZE'go poczęści można sobie wytłomaczyć wypuszczeniem ropy z sąsiedztwa zatok, bądź jeszcze sprawą niezajętych, bądź już wypełnionych zakrzepami. Dąleko lepsze wyniki daje nam operacja, wykonana na zajętych zatokach. Zakrzepy zatoki poprzecznej najczęściej powstają wskutek szerzenia się sprawy ropnej z wyrostka sutkowego na ścianę kostną jamy esowatej i na przylegającą doń ścianę zatoki. Przy istniejących zakrzepach i wkląjących je zwykle ropniach zewnątrzoponowych nie wystarcza operacja SCHWARTZE'go, należy bowiem wtedy dotrzeć do zatok. Do zatok dostać się można dwiema drogami. Albo przez trepanację wyrostka sutkowego czyli otworzenie *antrum mastoideum*, lub przez powyżej opisaną metodę B., t. j. przez dostanie się do zewnętrznego odcinka górnej i przedniej powierzchni piramidy kości skalistej. W obu razach należy dokładnie odpreparować zewnętrzną powierzchnię wyrostka sutkowego. *Emissarium mastoideum* stanowi ważną wskazówkę rozpoznawczą podczas operacji. Krople ropy, wydobywające się z *emissarium*, wskazują ropień okołozatokowy, zakrzep w *emissarium* napewno wskazuje nam, iż w zatoce jamistej wytworzył się zakrzep. Z *antrum* można zapomocą dłuta lub kleszczy LUER'a posuwać się ku tyłowi i ku *emissarium*, aż do chwili, w której nam się uda otworzyć jamę esowatą. Z otworu tego, ochraniając zatokę, odsłaniamy jej przednią i bocz-ną ścianę. Również łatwo możemy dosięgnąć zatoki zapomocą kraniektomii od strony jamy czaszkowej. Górna granica zatoki znajduje się na przedłużeniu linii skroniowej, która jest dla nas ważna nie tylko przy pierwszym akcie operacji, lecz i przy odszukaniu zatoki. Dłutując powierzchownie, począwszy od tylnego i dolnego kąta wyciętego czworokątnego otworu w czaszce, dochodzimy bardzo szybko w pobliżu *emissarium* pod lub w samym szwie sutkowo-ciemiennowym do zatoki. Kierując się w dalszym ciągu ku środkowi wyrostka sutkowego i ostrożnie operując, odsłaniamy zatokę na coraz większej przestrzeni,

Zatoka, odsłonięta w ten lub inny sposób, może być zupełnie niezajęta, a wtedy można w przypadkach wątpliwych wykonać przekłucie, i jeżeli krew okaże się

płynną, to na tem należy się ograniczyć. W przypadkach, w których zatoka otoczona jest ropą lub wypełniona posoką, należy otworzyć zatokę i usunąć masy ropopadne i ropę; tylko w ten sposób można zapobiedz groźnym następstwom. Po oczyszczeniu jamy zatoki należy ją dokładnie gazą wypełnić. Wobec możliwości przedostania się części zakażonych zakrzepów do krwiobiegu i wytwarzania zatok, uważa B. podwiązanie żyły szyjowej wewnętrznej za wskazane. Przy wystąpieniu krwotoku z zatoki podczas operacji, wystarcza tamponowanie zapomocą gazy jodoformowej. Na 13 przypadków JANSEN'a, w których zatokę otwierano, wyzdrowiało 6, a na 17 operacji MAC EWEN'a zanotowano 13 wyzdrowień. Prócz tego w 15 przypadkach innych autorów było 8 wyzdrowień. Przypnać należy, iż powyższe wyniki, wobec złego w ogóle rokowania przy zakrzepach zatok, uważać należy za świetne.

Zakrzepy zatoki poprzecznej i ropnie okołozakrzepowe prowadzą dość często do ropni mózdzku w następstwie ropienia ucha średniego. W rzadkich przypadkach, w których ostre ropienie wyrostka sutkowego doprowadziło do wytworzenia ropni mózdzku, zakrzepy były ich przyczyną. W przypadkach zatem zakrzepów należy szukać ropni i w mózdzku. Ropnie takie znajdują się zwykle w tych odcinkach mózdzku, które graniczą z jamą esowatą, t. j. w *lobus quadrangularis* i *semilunaris* odpowiedniej półkuli.

Należy zatem ku dołowi i ku tyłowi od wyrostka sutkowego oddzielić części miękkie, t. j. przeciąć przyczepy mięśnia *splenius capitis* i mięśnia mostkowo-obojętko-sutkowego, aż do brzegu *lineae arcuatae superioris*, która będzie górną granicą dalszej trepanacji. Zapomocą kleszczy LUER'a lub nowszych kleszczy LANNE-LONGUE'a i POIRIER'a, po uprzednim odseparowaniu zatoki, odcina się kość na znacznej przestrzeni i odsłania się dostateczny odcinek opony twardej, pokrywającej mózdzek w dolnej i tylnej jamie czaszkowej.

(Berl. Klin. Woch. N. 16. 1895 r.)

Guranowski.

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z dnia 2 kwietnia r. b.

TREŚĆ: 1) RYCHLIŃSKI—przedstawienie chorej z płasawicą połowiczną. 2) STANKIEWICZ—przedstawienie 2 chorych po wyluszczeniu wola. 3) J. ROSENTHAL—przedstawienie nowego przyrządu chirurgicznego. 4) WOLKOWICZ—przedstawienie: a) 5-letniej dziewczynki po zeszyciu ścięgien zginaczy na dłoni, b) operowanego przypadku zapalenia okołokatniznego.

1) Kol. RYCHLIŃSKI przedstawił 10-letnią dziewczynkę, która, będąc zupełnie przedtem zdrową, przebudziła się d. 4. III. r. b. z niedowładem kończyn lewych. Matka jej chorowała na padaczkę. Przy badaniu znaleziono: opuszczenie nieznacznie powieki górnej oka lewego, niedowład mięśni unerwionych przez nerw twarzowy lewy, znaczne zбочenie języka w stronę porażoną, niedowład mięśni kończyny górnej i dolnej lewej, znaczne znieczulenie na ból całej lewej połowy ciała, zwężenie z obu stron pola widzenia. W porażonej kończynie górnej chora nie utrzymać nie może nietylko wskutek braku siły, lecz i wskutek ruchów płasawicznych, które występują i w kończynie dolnej. R. przypuszcza, że ma do czynienia z płasawicą połowiczną, powikłaną porażeniem nerwów: okoruchowego, twarzowego i podjęzykowego, pochodzenia historycznego.

2) Kol. STANKIEWICZ przedstawił 13-letnią dziewczynkę, która dotknięta była obustronnem wolem przerostowem z obfitym rozwojem naczyń. Przy operacji, wykonanej w d. 16. VII. 94., podwiązano obie tętnice tarczowe prawe, z lewej zaś strony, gdzie płat był nieco mniejszy—tylko dolną. Zagojenie rany nastąpiło szybko przez rychłozrost. Obecnie dziewczynka wygląda bardzo dobrze, blizny bardzo mało uwydatniają się, a w środkowej części szyi wyczuwa się pozostawiony *isthmus*. Drugi przypadek dotyczył się też 13-letniej dziewczynki, która doznawała dość silnych napadów duszności z powodu wola. Ze strony lewej guz był wielkości dużej pięści, z prawej o $\frac{1}{3}$ część mniejszy, na linii środkowej znajdowały się zrosnięte z wolem gruczoły. Pomimo tak wielkiego rozmiaru guzów, ani jedna tętnica tarczowa nie została podwiązana, a obfite krwawienie podczas operacji pochodziło z powierzchni oddzielonych

zrostów. Zdaniem S. przypadek powyższy służyć może za dowód bezskuteczności metody DROBNIKA, mającej za zadanie wywołanie zaniku wola przez podwiązanie tętnic tarczowych. Wyluszczone wole przedstawiało postać przerostową ze zwyrodnieniem klejowatym. Kol. S. przedstawił jeszcze okaz operowanego przezeń wola przerostowego, w górnej części którego znajdują się torbiol wielkości orzecha włoskiego, wypełniona zawartością półpłynną. Wole to pochodzi od 25-letniej wiośniaczki z pod Wyszogrodu.

Kol. S. operował dotąd 7 przypadków wola, z tych jedno było — wole torbielowe (*cysticum*), 2 — mięszkowe (z torbielami), a 4 — przerostowe. Z przypadków tych jeden tylko zakończył się śmiercią. Dotyczył on 53-letniej kobiety, która przybyła do szpitala z wycieńzeniem nadzwyczajnym i silną dusznością. Operację, pomimo tak ciężkich warunków, chora przeżyła dobrze, bez wielkiej utraty krwi; zmarła w 7 godzin po operacji przy objawach zapaści. Wole ważyło przeszło 4 funty. We wszystkich wyluszczeniach pozostawiano zawsze mały kawałek gruczołu środkowego przy tchawicy dla uniknięcia następczej *cachexiae strumiprivae*.

3) Kol. J. ROSENTHAL przedstawia nowe narzędzie chirurgicznie, nazwane przez niego „węzłosciskaczem“. Do obmyślenia tego narzędzia skłoniła R. trudność mocnego zaciśnięcia przewiazki, po nałożeniu jej *en masse* lub też w głębi, tembardziej, że podany w tym celu przyrząd TIEMAN'a jest niepewny i niedogodny w użyciu. Tymi samymi względami powodowany, kol. ŻRAKÓW obmyślił narzędzie, które przedstawiał w roku zeszłym w Tow. Lek. Zdaniem jednak R. przyrząd ten, jakkolwiek bardzo dobrze obmyślony, niezupełnie odpowiada wszystkim tym wymaganiom. Kol. R. szczegółowo następnie opisał przedstawione narzędzie, podał sposób użycia jego i zaznaczył, że możliwość rozebrania go na 4 części pozwala na dokładnie oczyszczenie po użyciu, odpowiada przeto wymaganiom antyseptyki.

4) Kol. WOŁKOWICZ przedstawił: a) przypadek po zeszyciu ścięgien zginaczy na dłoni. Dziewczynka 4-letnia skaleczyła się szkłem w dłoń. Przeciętą została poprzecznie skóra, powięź dłoniowa, łuk dłoniowy powierzchowny (krwotok zatamowany uciskiem) i ścięgna zginaczy palców 3-go i 4-go powierzchowne i głębokie; 3-ci i 4-ty palec nieruchome w położeniu wyprostnem — chora żadnego ruchu nimi wykonać nie może; reszta palców — wskaziciel i mały i duży palec zgięte, dowolnie się zginają i wyprostowują. Do rany zmuszony był W. dodać cięcie podłużne ku górze przez dłoń, okolice napięstka i dolną część przedramienia w celu odszukania dośrodkowych końców ścięgien, żadnym innym sposobem bowiem nie udało się ich w dół ściągnąć. Szew nałożony został w ten sposób, że nitkę jedwabną przeprowadzono poprzecznie przez obwody konice, a potem też poprzecznie, lecz w odwrotnym kierunku, przez dośrodkowy koniec przeciętego ścięgna, zbliżono konce ścięgna i nitkę związano z boku ścięgna. Przebieg i wynik operacji zupełnie pomysłny: 3 i 4-ym palcem obecnie chora zupełnie tak samo dobrze porusza, jak innymi.

W. wspomina o innych bardziej złożonych sposobach zeszywania ścięgien i zwraca zarazem uwagę, że operacja ta ma nie tylko znaczenie w przypadkach potrzeby doraznej pomocy chirurgicznej z powodu przecięcia lub rozerwania ścięgien, lecz i jako pewna skuteczna pomoc w niektórych przypadkach porażenia oddzielnych mięśni. DROBNIK w 2 przypadkach stopy szpotawej (*pes varus*) z powodu porażenia m. wyprostnego długiego palców stopy (*m. extensor dig. com. pedis longus*), które pozostało po t. zw. porażeniu dziecięcym (*paralysis infantilis*), przeciął ścięgno tego mięśnia i przyszył obwodowy koniec jego do prawidłowo działającego m. palucha wyprostnego długiego (*m. extensor hallucis longus*). Postać stopy po tej operacji się poprawiła, palce się dowolnie wcale nieźle poruszały.

b) Następnie kol. W. przedstawił przypadek dziurawiącego zapalenia wyrostka robaczkowego z ograniczonym ropnym zapaleniem otrzewnej, powikłany obustronnym zapaleniem płuc włóknikowym i operowany z zejściem pomyslnym. 9-letnia dziewczynka zachorowała nagle przy objawach silnej gorączki, bólów brzucha, mdłości i wymiotów. Trzeciego dnia choroby można było umiejscowić ból już do prawej okolicy biodrowej. Operacja dokonana była w 6-ym tygodniu choroby. W przebiegu jej zasługuje na uwagę gorączka bez pewnego stałego charakteru, poprawa podmiotowa naprzemian z pogorszeniami, powikłanie ze strony płuc w postaci obustronnego zapalenia dolnych płatów, ujemny wynik próbnego przekłucia, dokonanego w ciągu 4-go tygodnia w okolicy stępienia, i nieznaczna rozległość tej ostatniej. W 6-ym tygodniu choroby dokonana była ope-

racya. W. przeprowadził dwa cięcia równoległe do łuków POUPART'a na palec nad nimi—jedno nad prawym łukiem, drugie nad lewym. Jama ropna zajmowała małą miednicę i oba (prawy i lewy) talerze biodrowe. Nazajutrz po operacyi objawy jakby zapaleń, które jednak ustąpiły. Po kilku tygodniach wyzdrowienie. Chora skarży się obecnie od czasu do czasu na ściskanie, które W. kładzie na karb zrostów, jakie się potworzyły w następstwie cierpienia i operacyi dość późno wykonanej.

W. jest zdania, że *appendicitis* należy obecnie zarówno do medycyny wewnętrznej, jak i do chirurgii, i że chirurg i internista wobec tego cierpienia dopełniają się wzajemnie wiedzą i doświadczeniem. (*Autoreferat.*)

Ze zjazdu lekarskiego w Monachium.

(Dokończenie.—Zob. Nr. 17).

Referat, dotyczący patologii i terapii zapalenia okołokątniczego, opracowali SAHLI i HELFERICH. SAHLI pod nazwą „*typhlitis* i *perityphlitis*“ rozumie zapalenie, obejmujące ścianę kiszki ślepej, wyrostka robaczkowego oraz otaczającą je tkankę. Pojęcie o zatkaniu kałowym kiszki ślepej (*typhlitis stercoralis*) powinno być odrzucone i zastąpione pojęciami o zapaleniu wyrostka robaczkowego i otaczającej go tkanki (*appendicitis et periappendicitis*). Jednym z objawów zapalenia okołokątniczego jest guz, który składa się, nie, jak przypuszczano dawniej, z mas kałowych i wysięku surowiczo-włóknikowego, lecz ze zgrubiałych tkanek ścian kiszki, a nawet powięzi poprzecznej, w niektórych zaś przypadkach i z surowiczo przesiąkniętych mięśni brzusznych. Jeżeli dodamy do tego, że w uległym zapaleniu odcinku kiszek zatrzymuje się kał, to rozumiemy, skąd powstaje guz. Ogniskiem, naokoło którego guz taki się wytwarza, jest zawsze ropa; niema zapalenia okołokątniczego bez ropy. To jądro ropne powiększa się w ten sposób, że albo wyrostek robaczkowy zamienia się w duży worek napełniony ropą, albo tenże wyrostek zakaża otaczającą go tkankę. Jeżeli zapalenie jest lekkie i ilość ropy niewielka, to sprawa chorobowa może bez pomocy operacyjnej zakończyć się wyzdrowieniem w ten sposób, że albo ropa wchłania się, albo ropień otwiera się do kiszki, przyczem zawartość jego może być tak mała, że domieszka ropy w kale może ujsć naszej uwagi. Dlaczego jednak opróżnienie się ropnia w kierunku do światła kiszki należy do zejść zwykłych, a przedziurawienie zaś do otrzewnej stanowi wyjątek? Dlatego, że zrosty stawiają skuteczny opór naciskowi ropy, a z drugiej strony ściana kiszki, jako pierwotnie cierpieniem dotknięta, ustępuje z łatwością naporowi ropy.

O stosunku ciężkich postaci zapalenia do lekkich, o śmiertelności z powodu omawianej choroby, o częstości powrotów oraz o wynikach operacyjnych daje pojęcie kilka cyfr statystycznych. S. otrzymał od 466 lekarzy odpowiedzi na powyższe pytania. Materiał ich obejmuje 7213 przypadków zapalenia okołokątniczego. Z liczby tej wykonano operację u 476. Z pomiędzy nieoperowanych zmarło 591 t. j. 8,8%, czyli 91,2% wyzdrowiało bez interwencji chirurgicznej, przy tem 20,2 z późniejszym powrotem choroby, 79,8 bez powrotu.

Przechodząc do sprawy leczenia, zapytuje S., czy wobec faktu, iż każde zapalenie okołokątnicze jest natury ropnej, czy wobec faktu tego należy w każdym przypadku, jak chcą niektórzy lekarze, operować? Nieusprawiedliwione jest takie żądanie wobec choroby, która w 91% daje wyniki pomyślne bez operacyi. Nie lekceważąc zatem leczenia środkami wewnętrznymi, powinniśmy dbać o to tylko, aby potrafić oznaczyć właściwą do zabiegu chirurgicznego porę. Odrzucając pojęcie o zapaleniu kiszki ślepej skutkiem zatkania kałowego, odrzucamy zarazem stosowanie środków przeczyszczających, których niebezpieczeństwo jest znane. Pomyślnie działa we wszystkich postaciach zapalenia okołokątniczego małowiec w małych dawkach; wielkie dawki tego środka są szkodliwe. Ważną bardzo jest rzeczą, aby w pierwszych dniach choroby nie odżywiać chorych drogą naturalną. Stosowanie lodu i pijawek uważa S. za bardzo korzystne. Jeżeli przy odpowiednim leczeniu wewnętrznym w przeciągu 3—8 dni nie następuje wybiłna poprawa w stanie chorego, wtenczas należy przystąpić do operacyi. Jeżeliby zaś po takiej poprawie znowu wystąpiły objawy niepokojące, to zabieg chirurgiczny jest wskazany. W celu stwierdzenia chębotania, radzi S. zawsze badać przez odbytnicę, względnie przez pochwę, w przypadkach wątpliwych zaleca przekłucie próbne. Jeżeli zapalenie okołokątnicze ma skłonność do powrotów, w takim razie operacya jest wskazana, a wycięcie wyrostka robaczkowego pożądane.

HELPERICH, opierając się na wynikach badania zwłok i znajdujących przez chirurgów zmianach u operowanych, przypomina, że przeważnie dotknięty bywa sprawą chorobową wyrostek robaczkowy i jego otoczenie. Rzecz rozpoczyna się zwykle od niezytu, który prowadzi do obrzęknięcia błony śluzowej i zatrzymania zawartości wyrostka. Pod wpływem bodźców zakaźnych, niezyt

ten może przyjąć charakter zapalenia ropnego, co też istotnie bardzo często się zdarza. Jako przyczyny zapalenia wyrostka robaczkowego wymienia H. pomiędzy innymi gruźlicę i promienicę; znaczenie kamieni kałowych w tej sprawie często bywa przeceniane. Przy obmacywaniu guza w okolicy kieszki ślepej, należy być ostrożnym, aby nie spowodować pęknięcia ropnia. Brak tępości nie dowodzi niczego, gdyż ropień może zawierać gazy. Ciepłota ciała i tętno nie przedstawiają nic charakterystycznego. W niektórych przypadkach znajdowano obrzęk ściany brzusznej. Ważnym objawem jest umiejscowiony w pewnych punktach ból, oraz obfity pot.

Pod względem rozpoznania, różniczkowego zwraca H. uwagę na zlepy włóknikowe, które mogą być wzięte za guz. Trudno również bywa odróżnić guz zapalny od nowotworów w okolicy kieszki ślepej oraz od ciał obcych. W celu rozpoznawczym ważne znaczenie ma przekłucie próbne.

Co się tyczy przebiegu i zejścia cierpienia, to ropień istotnie w niektórych razach może się wessać, częściej jednak powiększa się i wymaga zabiegu chirurgicznego, z którym nie należy zwlekać zbyt długo wobec grożącego pęknięcia do jamy otrzewnej lub do naczyń krwionośnych. Mówca nie zgadza się z SAHLI'm, aby można było bezpiecznie czekać 6—8 dni, ograniczając się na stosowaniu makowca; FITZ bowiem wykazał, że z 76 przypadków zapalenia okołokątniczego w 56% śmierć nastąpiła w pierwszym tygodniu, w 31% — w drugim, w 4% — w 3-im i 4-ym. Przemawia to za wczesnym operowaniem. Postacią, w jakiej przedstawia się zapalenie otrzewnej, towarzyszące zapaleniu wyrostka robaczkowego, jest albo rozlana posocznica (operacja nie daje tu prawie żadnych widoków powodzenia), albo zapalenie włóknikowo-ropne. Z chwilą wystąpienia objawów zapalenia otrzewnej zwlekać z rękoczynem chirurgicznym nie należy.

W przypadkach, mających skłonność do powrotów, H. usilnie zaleca operację.

Zdaniem wielu chirurgów należy przystępować do operacji wczesnie, zanim jeszcze poważniejsze objawy zmuszają do tego.

W dyskusji SONNENBURG podaje poglądy swoje na istotę zapalenia okołokątniczego, oraz na ważność rękoczynu chirurgicznego. Poglądy te znane są z odpowiedniej pracy tegoż autora. Wbrew twierdzeniu SAHLI'ego utrzymuje S., iż w cierpieniu omawianem napotykał i wysięki surowicze. BAUMGÄRTNER radzi operować nawet w łagodnie przebiegających przypadkach.

CURSCHEMANN zaznacza, że na 452 przypadki zapalenia okołokątniczego miał 5,4% śmiertelności; nie podziela zdania SAHLI'ego, aby zapalenia okołokątnicze były zawsze natury ropnej; bywają przypadki z wysiękiem surowiczo-włóknikowym. Dalej zaznacza C., iż guzy w okolicy kieszki ślepej powstają nie tylko wskutek zapalenia wyrostka robaczkowego, lecz także i skutkiem innych spraw chorobowych, na przykład owrzodzeń kieszki ślepej.

GRASER zaleca wczesną operację tam, gdzie można przypuszczać sprawę ropną.

AUFRECHT sądzi, że w przypadkach wysięku zewnątrzotrzewnowego, można z operacją czekać, aż do wytworzenia się ropnia. Gdzie zapalenie obejmuje tkankę, znajdującą się po za określoną wstępującą, lub wnikła się zapaleniem otrzewnej, tam należy operację wykonać wczesnie.

QUINCKE zwraca uwagę na znaczenie zatkania kałowego w powstawaniu guza okołokątniczego.

ANGERER spostrzegł przypadki ostrego zapalenia, połączone z objawami niedrożności kiszki. Badanie zwłok wykrywało tylko umiarkowany obrzęk otaczającej tkanki.

HEUBNER zaznacza, że bywają przypadki, w których w przebiegu lekkiego zapalenia kieszki ślepej nagle występują bardzo groźne objawy, prowadzące do zejścia śmiertelnego. W takich przypadkach prawdopodobnie i najwcześniejsza operacja będzie bezskuteczna.

STINTZING uznaje za właściwą do operacji chwilę stwierdzenia ropnia.

EWALD i SONNENBURG potwierdzają istnienie przypadków, opisanych przez ANGERER'a, i objaśniają je samozatruciem na gruncie pasorzytniczym.

Oto główna treść tegorocznych obrad internistów w Monachium. Kilkanaście drobniejszych odczytów, jako mniej ważne, pomijamy.

Z. S.

O ruchu chorych w szpitalu Zapasowym za m. marzec r. b.

Pozostało z poprzedniego miesiąca chorych 34 (m. 22, k. 12);* przybyło w marcu 43 (m. 27, k. 16); wypisało się 57 (m. 38, k. 19); zmarło 5 (m. 3, k. 2); pozostało na następny miesiąc chorych 15 (m. 8, k. 7).

Ogólna liczba chorych była znacznie mniejsza, aniżeli w poprzednim miesiącu, a to dzięki wygaśnięciu w drugiej połowie miesiąca grypy, a oddawna ospy. Tej ostatniej w dalszym ciągu prawie wcale nie widzimy. Dwa jej przypadki u chorych nieszczepionych, jakie mieliśmy w miesiącu sprawozdawczym, pochodziły ze wsi Koło i z Brześcia Litewskiego. Oba zakończyły się pomyślnie.

Co się tyczy influenzy, to stanowiła ona jeszcze w dalszym ciągu najliczniejszą u nas rubrykę chorych; odnotowaliśmy 11 przypadków (m. 7, k. 4), z których jeden, z powodu powikłania zapaleniem płuc, zakończył się śmiertelnie.

Do niepomysłnych objawów w ubiegłym miesiącu należy pojawienie się nanowo tyfusu w sypkowego, przeważnie z dzielnic żydowskich, gdzie już od niejakiego czasu częściej występuje. Chorych mieliśmy 5 (m. 3, k. 2), z ulic: Ś-to Jerska 14, Nowolipki 62, Dzika 40, Ogrodowa 63 i Marszałkowska 71. Przebieg choroby nie był zbyt ciężki.

Dwa razy więcej, niż w poprzednim miesiącu, mieliśmy róż y. Z 10 przypadków (m. 4, k. 6) jeden z powodu róż y zgorzelinowej, jako powikłanie przy puchlinie wodnej, zakończył się niepomysłnie. Chorzy pochodzili z następujących ulic i domów: Twarda 3, Kanonia 16, Chłodna 58, Terespolska 16, Ostrowska 11, Żytunia 3, Karmielicka 10, Krucza 34 i plac Grzybowski 1.

Mniej znacznie, niż w ubiegłym miesiącu, mieliśmy odry. Dwa przypadki u dorosłych, z ulicy Wspólnej 44 i Smolnej 24, zakończyły się pomyślnie.

Z innych chorób zakaźnych mieliśmy: 2 przypadki biegunki krwawej (Łucka 12, wieś Czyste) i po jednym przypadku tyfusu brzuszego (Niska 54), błonicy (Żórawia 9) i p łonicy (Wspólna 39).

Z niewłaściwie skierowanych do nas chorych, którzy chwilowy przytułek u nas znaleźli, mieliśmy: 2 przypadki zapalenia kiszki i po jednym: gruźlicy płuc, *leptomeningitis*, *delirium tremens*, *marasmus senilis* i *phlegmone manus*.

Biletów odmownych chorem, niekwalifikującym się do szpitala Zapasowego, wydano w ubiegłym miesiącu 37 (m. 17, k. 20).

J. Szwajcer.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= FRAENKEL i REICHE przekonali się, że na 26 przypadków zapalenia płuc w 22-ch można było wykazać pneumokoki w nerkach. Znajdowały się one przeważnie w większych tętniczych i żylnych gałązkach, a także w naczyniach międzykanalikowych, w kanalikach i w kłębkach. Można je było wykryć zarówno w przypadku zakończonym śmiercią pierwszego dnia choroby, jak i 14-go. Jadowitość koków była znacznie zmniejszona. Spostrzeżenia te dowodzą, jak łatwo przechodzą pneumokoki z małego do dużego krwiobiegu. Ciekawe jest również spostrzeżenie przejścia pneumokoków z matki do nerek płodu, u którego zresztą żadnych widocznych zmian nie dostrzeżono. Wreszcie przekonali się F. i R., że jeśli hodować pneumokoki na agarze z krwią, to nie tracą one, jak na zwyczajnych pożywkach, swej jadowitości i lepiej się hodują. Krew królicza jest lepsza pod tym względem od ludzkiej. (Zeit. f. klin. Med. XXV. Z. 3 i 4).

= KOLLE wykrył, że wibryony cholery można wykazać w wypróżnieniach osób, które już wydrowiały z choroby, w ciągu 7 do 48 dni. Kalomel, podawany w dużych dawkach, usuwa prawie zupełnie bakterie z kału, ale po odstawieniu leku wibryony znów się pojawiają. Spostrzeżenia te stwierdzają zdanie Koch'a, że cholera może zimować w przewodzie pokarmowym człowieka. Przeciąg czasu, w którym znajdują się wibryony w przewodzie pokarmowym, zarówno jak i jadowitość pasorzytów, nie zależy od ciężkości choroby.

= FOVINS radzi w przypadkach raka, których operować nie można, zastrzykiwania śródmiaższowe kwasu salicylowego. Autor w 7 przypadkach raka po takim leczeniu zauważył zmniejszanie się krwawień, a nawet zupełne ich ustanie, zmniejszenie bólów, oraz powstrzymanie rozwoju samego nowotworu. F. zastrzykiwał swoim chorem co kilka dni (4—5) 1 do 4 ctm. szśc. 6% roztworu kwasu salicylowego w alkoholu. Ilość zastrzykiwań była od 7 do 13. (Lyon med. № 6. 1895). S. M.

= BRASSERT zaleca podawanie chorem, cierpiącym na mimowolne oddawanie moczu, olejku terpentynowego w ilości 10 kropel 3—5 razy dziennie, przez co ma się uniknąć bardzo nieprzyjemnego dla samego chorego, a zwłaszcza w szpitalach dla otaczających go chorych i posługi, zapachu rozkładającego się moczu. Przeciwwskazanie do użycia tego środka stanowią: wrzód dziurawiący żołądka, niezbyt żołądka i zapalenie nerek. (Deut. med. Zeit. 12, 1895). S. M.

= KUTSCHER wykazał, że w ogniskach zrazikowego zapalenia płuc przybłonicy znajdują się laseczniki błonnicze. Leżą one pospolicie w pęcherzykach, wypełnionych wysiękiem, i zawarte są w komórkach; znajdują się one także w przestrzeniach błonnych okołonaczyniowych, rzadka — w tkance oskrzeli. (Zeit. f. Hyg. XVIII).

= BALDWIN opisuje 4 przypadki, w których po chorobie BASEDOW'a wystąpiły objawy *myxoedema*, z wybitymi zaburzeniami psychicznymi i nerwowymi; gdy długotrwałe leczenie wzma-

eniające okazywało się bezskutecznem, zastosował B. używanie pastylek z gruczołu tarczowego (*Schiddrüsentabletten*). Za każdym razem występowało polepszenie, a po dłuższym użyciu małych ilości wyzdrowienie. (*Lancet*, 1895. Jan. 19).

T. S.

== PAVIOT wyhodował z ropy, wydobytej przy badaniu pośmiertnem zmarłego na zapalenie ropne osierdzia, lasecznika bardzo podobnego do pneumokoka FRIEDLÄNDER'a. (*Lyon méd.* 1894 N. 18).

Wiadomości bieżące.

— Z powodu wyjazdu redaktora „Medycyny“ kol. DOBRZYCKIEGO do Sławuty, wszelkie listy, dotyczące spraw naukowych, artykułów dla „Medycyny“ nadsyłanych i t. d., winny być adresowane do kol. M. SADOWSKIEGO, Krakowskie Przedmieście № 7 w Warszawie.

— Otrzymujemy następującą wiadomość: surowica przeciwbłonicza Warszawska z Pracowni Bakteryologicznej D-rów O. BUJWIDA i Wł. PALMIRSKIEGO będzie puszczone w obieg w pierwszej połowie maja r. b. Cena flaszeczki, zawierającej 1000 jednostek uodparniających, wynosić będzie rs. 1. Surowicę tę można będzie nabywać po oznaczonej cenie w aptece Wendy i Wiorogórskiego przy ul. Krakowskie-Przedmieście № 45 w Warszawie.

— Dnia 12 lutego r. b. w Towarzystwie lekarskiem wileńskim obchodzono rzadki jubileusz 50-cio letniej rocznicy zostania członkiem tegoż Towarzystwa d-ra TITUSA Juliana. Towarzystwo w dniu tym uczciło jubilata dyplomem na honorowego dożywoźnego prezesa swego. Jest to odznaczenie bodaj czy nie jedyne, nietylko w rocznikach Towarzystwa Wileńskiego, ale i w dziejach innych stowarzyszeń naukowych. D-r Trius jest wychowawcą Akademii Wileńskiej, którą ukończył w 1840 r., a w 1890 r. obchodził 50-letni jubileusz praktyki lekarskiej w swem rodzinnem mieście, gdzie wielkie położył zasługi, jako lekarz i filantrop. Jubilat należy do nielicznej już dziś garstki znawców historycznej przeszłości Wilna, którego pamiątek posiada zbiór bogaty. W kwestjach wątpliwych odnośnie dawnych zwyczajów i wypadków jest ostatnią instancją. Sędziwemu Jubilatowi życzymy, aby długie jeszcze lata wspierał swą wiedzą i pomocą to społeczeństwo, wśród którego wzrósł i z takim zamiloowaniem od pół z górą wieku pracuje.

— Otrzymaliśmy w tych dniach Odezwę i Instrukcję delegacji „Ochrony roślin i zwierząt gospodarskich“, utworzonej przez sekcję rolną warszawskiego oddziału towarzystwa popierania ros. przemysłu i handlu, oraz warszawskie towarzystwo ogrodnicze, z prośbą o rozpowszechnienie wiadomości o istnieniu delegacji, jej celach i działalności, dla zwrócenia na nią uwagi interesowanych rolników, leśników i ogrodników, którym delegacja w każdej potrzebie z radą i pomocą śpieszyć pragnie.

— Doktorowa Konstancja Lewestamowa, wdowa po lekarzu, zawiadamia nas, iż z rozpoczęciem sezonu letniego otwiera w Ciechocinku pensjonat dla dzieci, używających kuracji ciechocińskiej. Zakład znajduje się będzie pod opieką lekarza.

— **Zmarli.** Prof. Lucyan RYDEL zmarł w Krakowie dnia 27 kwietnia. Urodzony w r. 1838, po ukończeniu studiów lekarskich, był czas długi asystentem przy prof. ARLEIE w Wiedniu, gdzie wydoskonalił się w okulistyce. Mianowany w roku 1866 w Krakowie docentem, a następnie profesorem tego przedmiotu, zyskał szeroki rozgłos jako pedagog i specjalista. Na polu naukowym pracował wiele, ogłaszając prace swe zarówno w języku polskim jak i niemieckim. Głównie zajmował go sprawa z dziedziny praktycznej; i pod tym względem zmarły niemałe położył zasługi, korzystając w sposób wielce dla nauki pożyteczny z materiału klinicznego. W osobie ś. p. RYDLA traci wszechznana krakowska jednego ze znakomitych profesorów i ludzi głębszej nauki. Cześć ś. p. profesora Lucyana RYDLA!

Odpowiedzi od Redakcyi.

W-mu D-rowi WOLKOWICZOWI w Warszawie. Na zapytanie, gdziebyśmy umieścili polemikę z powodu ogłaszanych w „Medycynie“: „Dragées Gessnera, lub wytworów Mattoni'ego, lub też z powodu kapsulek *contra taeniam*“, odpowiadamy, że „podobny artykuł“ byłby pomieszczony jedynie w dziale ogłoszeń płatnych.

WYDAWCA Dr. L. Guranowski.

REDAKTOR odpowiedzialny Dr. H. Dobrzycki.