

# MEDYCYNĄ.

CZASOPISMO TYGODNIOWE  
 dla lekarzy-praktyków.

Warunki przedpłaty: w Warszawie rocznie rs. 6, półrocznie rs. 3. Z przesyłką pocztową, rocznie rs. 7 półrocznie rs. 3 kop. 50. Cena numeru pojedynczego kop. 15. Cena ogłoszeń: Za wiersz jednoszpaltowy drobnem pismem lub za jego miejsce kop. 10. Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracya „Medycyny”. — W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 38.

Adres Wydawcy: Jasna Nr. 6.

Adres Redaktora Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE. Przyczynek do leczenia miesiączkowania błoniastego (Dysmenorrhoea membranacea) za pomocą metody Gramatikati. Podał d-r J. Cohn — Dalsze uwagi nad porażeniem astenicznem, wraz z wynikiem badania pośmiertnego jednego przypadku (d-r E. Flatau). Przez S. Goldflama. (Ciąg dalszy). — WYKŁADY KLINICZNE. W jaki sposób się przekonać, czy ostre zapalenie płucny jest lub nie jest gruźlicze? — STRESZCZENIA i WYCIĄGI. 6. O stosowaniu bizmutu we wrzodzie żołądka. 7. Postaci kliniczne gruźlicy wczesnego dzieciństwa. — Z TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO. Posiedzenie z dnia 17 grudnia r. z. — O ruchu chorych w szpitalu miejskim św. Stanisława za czas od 14 grudnia do 14 stycznia r. b. — DROBNIEJSZE WIADOMOŚCI RÓŻNEJ TREŚCI. — OGŁOSZENIA.

## „MEDYCYNĄ“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE  
 destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r J. Cohn — Contribution au traitement de la dysménie membraneuse par la méthode de Gramatikati. 2) D-r S. Goldflam — Sur la paralysie asthénique. Examen anatomopathologique d'un cas. (D-eur E. Flatau).

Redaction: Dr. M. Sadowski. Varsovie — Rue Krak-Przedm. 7.

## „MEDYCYNĄ“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT  
 Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r J. Cohn — Zur Behandlung der dysmenorrhoea membranacea mittels der Methode von Gramatikati. 2) D-r S. Goldflam — Ueber die asthenische Paralyse nebst der post mortem Untersuchung eines einschlägigen Falles (D-r E. Flatau).

Redaction: Dr. M. Sadowski. Warschau — str. Krak-Przedm. 7.

Z KLINIKI CHORÓB KOBIĘCYCH SZPITALA ŚW. DUCHA.

## Przyczynek do leczenia miesiączkowania błoniastego

(*Dysmenorrhoea membranacea*)

za pomocą metody Gramatikati.

Podał

D-r J. COHN.

Patogeneza miesiączki błoniastej, jak i fizyologia normalnej miesiączki, pomimo licznych badań, oparta jest jeszcze dotychczas na hipotezach. Nie tylko fizyologia miesiączki, lecz i anatomia normalnej błony śluzowej macicy w czasie miesiączki, jako też i wydalonych błon miesiączki błoniastej nie są w stanie wytłomaczyć patogenezy miesiączki błoniastej. Obecnie ginekolodzy skłonni są upatrywać w tem zбочzeniu miesiączki sprawę zapalną błony śluzowej macicy (*endometritis exfoliativa s. membranacea*), pomimo tego że nie-

które fakty kliniczne i anatomiczne zdają się nie potwierdzać w zupełności tego poglądu, sprawę zaś wydalania błon przypisują wiotkości wskutek zapalenia błony śluzowej oraz obfitym podbiegnięciem krwi w czasie miesiączki między błoną śluzową i mięśniem macicy, sprawie analogicznej z odklejeniem łożyska w czasie porodu.

Podług teorii PFLUEGER'a istota miesiączkowania zależy od dojrzewania pęcherzyków GRAAF'a w odstępach okresowych. Krwawienie następuje wskutek przekrwienia macicy, wywołanego drażnieniem nerwów naczyńoruchowych macicy przez powiększający się pęcherzyk GRAAF'a. Lecz badania LEOPOLD'a dowiodły, że można obserwować miesiączki, przy których w jajnikach nie znajdujemy żółtego ciała świeżego, pęknięcie bowiem pęcherzyka nastąpiło w czasie międzymiesiączkowym.

Podług LÖWENHARDT'a, SIGISMUND'a i REICHERT'a miesiączka jest to czynność okresowa błony śluzowej macicy, równoległa z czynnością jajników, polegająca na przygotowaniu się błony śluzowej do przyjęcia jajka. W razie zapłodnienia, z błony śluzowej tworzy się błona doczesna ciąży, a krwawienie miesiączkowe jest wydalenie lub raczej poronienie niezapłodnionego jajka.

MARTIN, JOHNSTON przypisują czynność okresową jajczkowania i miesiączkowania działaniu ośrodków nerwowych, umieszczonych w części lędźwiowej rdzenia, od których pobudzone zostają sploty nerwu współczulnego jajników i macicy. Brak miesiączki po wycięciu jajników występuje wskutek przecięcia nerwów splotów nerwowych jajników.

GOODMAN, OTH widzą w czynności narządów płciowych kobiecych czynność, stojącą w związku z czynnością całego ustroju kobiety. W latach dojrzałości płciowej przechodzi ustrój kobiecy wahania okresowe już to znacznego wzmoczenia, już to osłabienia przemiany materji.

MEYER utrzymuje, że we krwi kobiet pod wpływem czynności jajników krążą substancje, podług zaś KNEIFFER'a toksyny, które wywołują przekrwienia miesiączkowe narządów płciowych, i substancje te lub toksyny ze krwi ustroju kobiet wydzielają się wraz z krwią miesiączki.

Badania anatomiczne, robione na trupie w celu określenia zmian błony macicy w czasie krwawienia miesiączkowego, są niedokładne. Wiadomo, że błona śluzowa pod wpływem chorób długotrwałych, a szczególnie zakaźnych, zmienia się. Po śmierci błona śluzowa macicy prędko podlega gniciu, już nawet w czasie konania przedstawia zmiany rozkładowe, podczas gdy mięsień macicy przeciwnie dość późno ulega gniciu.

Przeto SINÉTY badał wydzielinę krwawą miesiączki zdrowych kobiet, lecz prócz składowych części krwi żadnych innych pierwiastków anatomicznych błony śluzowej macicy w wydzielinie nie znalazł.

Badania MÖRICKE, LÖHLEIN'a, WESTPHALEN'a były wykonywane na cząstkach z błony śluzowej macicy, otrzymanych przy skrobaniu ostrożnym ostrą łyżeczką, a badania POMPE van MERDEVOORT'a, WESTPHALEN'a, MANDL'a na macicach, wyluszczonych podczas miesiączki w czasie operacji. Wyż wymienione badania pokazały, że błona śluzowa macicy w czasie miesiączki jest obrzmiała, że w błonie śluzowej są liczne podbiegnięcia krwawe, a na miejscach podbiegnięć nabłonek błony śluzowej oddziela się. Pytanie, czy podbiegnięcia powstają wskutek pęknięcia naczyń włosowatych lub zaś przepacania czerwonych ciałek, zostało nierozstrzygnięte. Po miesiączce następuje mnożenie się komórek, mitotyczne dzielenie się jąder, mające za cel wy-

nagrodzenie utraty nabłonka w powierzchownych i mniejszej utraty nabłonka w głębszych warstwach błony śluzowej, jako też w gruczołach błony śluzowej.

Więc pierwsze badania anatomiczne KUNDRAT'a, ENGELMAN'a, WILLIAMS'a, robione na trupach bez uwzględnienia choroby, wskutek której nastąpiła śmierć, okazały się błędnymi. Znaleziony przez KUNDRAT'a, ENGELMAN'a, WILLIAMS'a rozpad nabłonka i zwyrodnienie głębokie błony śluzowej do tkanki mięśniowej w większym lub mniejszym stopniu powstają, jak późniejsze badania dowiodły, wskutek ostrej sprawy zakaźnej lub wyniszczającej długotrwałej choroby, a nawet krwawienie bywa objawem sprawy zakaźnej ustroju, a zmiany te, które KUNDRAT, ENGELMAN i WILLIAMS stwierdzili na błonie śluzowej macicy, nie mogą w żadnym razie być przypisywane miesiączce prawidłowej. LEOPOLD do badań normalnej miesiączki brał macice trupów po przypadkach nagłej śmierci, a WENDELER badał jak najwcześniej po śmierci, aby uniknąć zmian błony śluzowej macicy wskutek gnicia. Badania LEOPOLD'a i WENDELER'a były już więcej zbliżone do rezultatów badań, otrzymanych przez MÖRICH'a, LÖHLEIN'a i WESTPHALEN'a.

Przypadek, przez nas spostrzegany, zasługuje na uwagę ze względu na zastosowane przy nim leczenie podług metody GRAMATIKATI, i wpływ terapii w danym przypadku na jajniki każe szukać niejasnej patogenezы *dysmenorrhoeae membranaceae* nie tyle w cierpieniu macicy, ile jajników, i przytem przypadek taki *dysmenorrhoeae membranaceae*, jak nasz, należy do rzadziej spotykanych w ginekologicznej praktyce.

Szwaczka Ludwika S., panna lat 28, przyjęta była do kliniki 16-go marca 1900 roku. Pochodzi z rodziny zdrowej. W dzieciństwie chorowała na szkarlatynę, w 16 roku na biegunkę krwawą. Pierwsza miesiączka była w 16 roku, następna po miesiącu. Przez pierwsze dwa lata miesiączka trwała po 7 dni i występowała co 4 tygodnie, bywała obfita. W 18 roku miesiączka zatrzymała się na 6 miesięcy, po czem nastąpił krwotok z bólami brzucha. Przed dwoma laty podczas tańca w czasie miesiączki uległa chora przeziębieniu, miesiączka była wskutek tego skąpa i bolesna. Od tego czasu miesiączka trwa po 2 do 3 dni i występuje w przerwach 3 — 7 tygodni. Od tego czasu przed miesiączką miewa bóle kurczowe, które trwają i podczas miesiączki, a jeżeli miesiączka opóźnia się o 2 — 3 tygodni, to przez cały ten czas chora doświadcza takich samych gwałtownych bólów. Na dwa tygodnie przed każdą miesiączką bywają bóle, trwające kilka dni. Drugiego dnia miesiączki z pochwy wydzielają się błonki, jedna większa lub kilka mniejszych, błonki są cuchnące. Lecz bywają i miesiączki bez wydzielenia błonek, ale bóle pomimo to bywają. Chora narzeka na ból krzyża, prawej pachwiny i dolnej części brzucha, szczególnie przy chodzeniu, doświadcza drętwienia nóg, szczególnie prawej, uczucia ciężenia w brzuchu, swędzenia sromu.

Chora budowy umiarkowanej, wzrostu średniego. Błony śluzowe blade. Narządy klatki piersiowej nic nieprawidłowego nie przedstawiają. Język obłożony, apetytu nie ma, częste odbijania, mdłości, wymioty, szczególnie przed miesiączką. Brzuch wzdęty. Stolce co dzień.

Sen przerywany, silne drżenie powiek i rąk. Odruch gardzielowy i rogowki zniesiony zupełnie. Odruch kolanowy i stopowy wzmożony. Na skórze liczne miejsca ze zmniejszoną wrażliwością dotykową.

Oddawanie moczu częste i bolesne. Mocz mętnawy, lekko kwaśny, ani białka, ani cukru nie zawiera. Pod drobnowidzem liczne białe ciała. Wargi

sromne duże i małe zaczerwienione i obrzmiałe. Błona dziewicza obrączkowa, przepuszcza palec, małe pęknięcia przedstawia tylny i lewy brzeg błony. Pochwa zaczerwieniona, pokryta wielką ilością śluzu. Macica wyczuwa się przy oburęcznym badaniu powiększoną, długość jamy, mierzona zgłębnikiem, wynosi  $7\frac{1}{2}$  ctm. Macica znajduje się w położeniu tyłozgięcia i przytem od-sunięta na prawo, z bolesnością wyprowadza się ku przodowi, spoistości dość twardej, dno jej bardzo bolesne. Szyja stożkowata, otwór mały, owalny, śluz wydziela się lepki. W lewym sklepieniu wyczuwa się powiększona trąbka i jajnik ruchomy, bolesny, okrągławej formy, wielkości gołębiego jajka.

Przez pierwsze dni pobytu w klinice, dnia 17, 18 i 19 marca, chora uskarża się na silne bóle brzucha i krzyża. Lewy jajnik i macica wyczuwają się znacznie powiększonymi. Co dzień kilka razy wymiotuje, ciągłe mdłości. Co dzień chorej zastrzykiwano morfinę. W południe 20 marca pokazało się krwawienie miesięczkowe. Bóle kurczowe wciąż trwają. 21 marca wraz z krwią miesięczkową wydzielił się woreczek błoniasty, kształtu trójkątnego, koloru szaro-czerwonego, zewnętrzna powierzchnia pokryta licznymi skrzepami krwi, nierówna, chropawa. W górnych dwóch kątach małe otworki, dolny kąt przedstawia większy otwór z brzegiem strzępiastym. Wewnętrzna powierzchnia przeciętego worka przedstawia się gładką, szarą, w niektórych miejscach przeświecającą, ku dolnemu otworowi biegną lekkie bródzki. 22 marca krwawienie ustało. Bóle trwają w jednakowym stopniu, jak przed odejściem błony. 23 marca. Krwawienia niema. Bóle brzucha mniejsze.

Wydzielona błona, badana pod drobnowidzem, przedstawia mocno rozrośnięte podścielisko, mięszowych komórek mało, nacieczona jest licznymi białymi ciałkami, wśród których znajdują się większe komórki z dwoma i trzema jądrami, miejscami wysepki z komórek dużych z dużym jądrem (komórki błony doczesnej). Powierzchnowego nabłonka nie ma, gruczoły rozszerzone, bez nabłonka, tylko w niektórych gruczołach pozostały Nieliczne nabłonkowe komórki, tłuszczowe zwyrodniałe. W błonie znajdują się niewielkie wybroczyny krwawe.

Podług opowiadania chorej, rok temu w szpitalu Ewangelickim było wykonane u niej rozszerzenie przewodu szyi.

Dwa miesiące temu w ambulatoryum-kliniki stosowana była elektryzacja podług metody APOSTOLI'ego, posiedzeń 15, po 5 minut. Dodatni biegun wprowadzono do jamy macicy, ujemny na brzuchu, siła prądu wynosiła 5 — 10 Mill'Amperów. Lecz po wzmiankowanym leczeniu polepszenia chora nie doznała.

W klinice 24 marca zaczęliśmy stosować u chorej wstrzykiwania wewnętrzno-maciczne podług metody GRAMATIKATI.

Przewód szyi rozszerzyliśmy zgłębnikami HEGAR'a. Wstrzykiwania były robione co dzień do połowy czerwca 52 razy. Płyn, używany do wstrzykiwań, składał się z równych części nalewki jodowej i spirytusu. Po kilkunastu wstrzykiwaniach bóle brzucha i krzyża już znacznie zmniejszyły się. Przez cały czas pobytu w klinice miesięczki nie było, 15 czerwca chora była wypisana. Macicy objętość mniejsza, długość jamy wynosi  $6\frac{1}{2}$  ctm., jajnik lewy znacznie mniejszy, niebolesny, wielkości małego orzecha laskowego.

Po feryach letnich, w początkach września, znów chora zgłosiła się do ambulatoryum. Opowiada, że przez 3 z górą miesiące miesiączki nie miała, od końca marca miesiączka dopiero w początku lipca wystąpiła, następna w połowie sierpnia.

Wstrzykiwania jodiny do macicy codzienne, powtarzane 15 — 30 razy, wywołują przerwę w miesiączkowaniu na 2 — 3 miesiące, menopauzę, fakt ten zauważył GRAMATIKATI i tej menopauzie przypisuje polepszenie, jakie się daje zauważyć po zastrzykiwaniach podług jego metody w cierpieniach macicy, trąbek, jajników i tkanki łącznej narządów rodnych kobiecych.

Od czasu zastrzykiwań wewnątrzmacicznych chora czuje się zdrową, może pracować, miesiączka jest regularna, niebolesna, błony więcej już się nie wydzielają. Ostatni raz badałem chorą 7 października tego roku. Macica znacznie się zmniejszyła, lewy jajnik ledwo daje się wymacać.

Wziąwszy na uwagę bezskuteczność innych zabiegów ginekologicznych przy miesiączce błoniastej i nawet większych operacji, jak skrobanie błony śluzowej macicy, rozszerzenie przewodu szyi, upusty miejscowe krwi (WINCKEL, LÖHLEIN), amputacja *portionis vaginalis* (A. MARTIN), metoda leczenia wstrzykiwaniami jodiny, podług naszego zdania, zasługuje na uwzględnienie i zalecenie lekarzom-praktykom.

W danym przypadku na uwagę zasługuje, prócz zauważonej u chorej histeryi i zapalenia błony śluzowej macicy, powiększenie macicy, a szczególnie jajnika (*oophoritis*), po zastrzykiwaniach jodiny jajnik znacznie się zmniejszył. Zmniejszeniu jajnika przypisujemy polepszenie, jakie nastąpiło po zastosowaniu przez nas leczenia. Funkcja fizyologiczna jajników odgrywa dominującą rolę w czynności narządów rodnych kobiety, ale i w patologicznych sprawach macicy cierpienia jajników mają tak samo ważny wpływ. BRENNCKE przypisuje powstanie *endometritis fungosa* cierpieniu jajników, HEGAR — powstanie myomatów macicy drobnotorbielowatemu zwyrodnieniu jajników. Na zasadzie danego przypadku my tak samo sądzimy, że w patogenezie *endometritis exfoliativa* cierpienie jajników odgrywa ważną rolę, a zatem zmieniony obraz miesiączkowania w *dysmenorrhoea membranacea* ma za przyczynę nie tylko zapalenie błony śluzowej, lecz i cierpienie *sui generis* jajników. Z tego punktu widzenia staje się więcej zrozumiałym fakt, że stosowane dotychczas środki, mające na celu leczenie błony śluzowej macicy lub rozszerzenie przewodu szyi macicy, wywierają mały wpływ na przebieg miesiączki błoniastej.

## DALSZE UWAGI NAD PORAŻENIEM ASTENICZNYM,

wraz z wynikiem badania pośmiertnego

JEDNEGO PRZYPADKU (D-R E. FLATAU).

Przez

S. GOLDFLAMA.

(Ciąg dalszy. — Zob. Nr. 3).

Komunikat kolegi RODZIEWICZA z dnia 28 I. 94. Stan chorego po powrocie z Warszawy pogarszał się stopniowo pomimo chwilowych krótkotrwałych remisji. W. nie może otworzyć ust, a pomaga sobie w tym celu za pomocą łyżki i widelca (nawet przy ziewaniu szczęki nie oddalają się od

siebie), męczy się przy dłuższem mówieniu, żuje i połyka z trudnością, często oddaje płyny przez nos, nie jest w stanie odkaszląć, kichnąć, odpluć śliny, chodząc, męczy się prędko, doznaje bicia serca i duszności, większą część dnia spędza, leżąc w łóżku.

Dnia 4. V. 94. chory pojechał do Wiednia i tam wstąpił do oddziału KRAFFT-EBING'a. Na posiedzeniu Tow. Lek. Wied. 18. V. 94. był demonstrowany przez d-ra SÖLDER'a: osłabienie ruchliwości i niesłuchanie łatwa wyczerpalność całego układu mięśni dowolnych, w niektórych grupach mięśniowych rzeczywiste porażenie (*N. facialis, hypoglossus*, m. trójkątne i bioder). Najbardziej znamienne jest osłabienie mięśni, unoszących powieki, żwaczy i mięśni karku; na kończynach mięśnie, leżące bliżej tułowia, są bardziej osłabione, niż peryferyczne. Odruchy ścięgniste bardzo żywe; zaburzeń troficznych i czuciowych brak. Natężenie objawów podlega znacznym wahaniom, wieczorem objawy choroby są zawsze wyraźniejsze.

Chory pisał do mnie z Wiednia 16. VI. 94., że nie może długo trzymać oczu otwartych. Wrócił do domu bez polepszenia i zmarł 5. IX. 94. przy objawach wielkiej duszności i porażenia oddychania. Sinicy nie było, w oddechu nadzwyczaj powierzchownym klatka piersiowa prawie nie brała udziału, w płucach nieco rzężeń. (RODZIEWICZ).

Przypadek powyższy, który był obserwowany przez dwa lata i 9 miesięcy, odznacza się wielokrotnemi nasileniami *resp.* nawrotami choroby. Pierwszy napad, trwający około 5 miesięcy, po wielu nasileniach ustąpił miejsca wyraźnej poprawie, a wreszcie przeszedł w wyzdrowienie — które trwało blisko pół roku.

Objawy pierwszego napadu rozwijały się szybko, i, mniej więcej, w dwa miesiące sprawa doszła do największego natężenia. Najwięcej dotknięte były kończyny, przyczem ręce, od których choroba się zaczęła, więcej, niż nogi, a następnie mięśnie tułowia i karku. Objawy opuszkowe nie były wyraźne, mięśnie oboczne zuchwy osłabione więcej, niż ksobne. Męczenie się przy dłuższem mówieniu, przyczem głos stracił na sile i dźwięku. Dolne terytorya *utriusque facialis* paretyczne. Wcześniej wystąpiła duszność, zjawiająca się z najlżejszego powodu, a nawet raz był atak groźnego zaduszania.

W tym przypadku mamy znów do czynienia z tym faktem, że odcinki kończyn bliższe tułowia były zajęte znacznie silniej, niż odleglejsze, ponieważ objaw znużenia bardzo tutaj wybitny manifestował się w tych właśnie odcinkach. Wpływu zniżenia jednego członka na sprawność innych nie można było dopatrzeć. Wahania w natężeniu objawów, nawet w ciągu jednego dnia, były bardzo wyraźne, wieczorem stan najczęściej się pogarszał. Wahaniom ulegają także odruchy ścięgniste, bo podczas *acme* wszystkie były wzmożone (nie wyłączając odruchu zuchwy), — istniało nawet krótkie drganie stopy — a podczas regresji objawów były albo leniwe, albo żywe, przyczem lewy odruch kolanowy był wyraźniejszy, niż prawy. Zdawało się nawet, że z prawej strony można było osiągnąć zmniejszenie odruchu. Czucie, zmysły, pęcherz, kiszka były zupełnie nie tknięte, ale uczucie palenia i klucia w karku i między łopatkami — które to uczucie w stanie identycznym istniało również w przypadku O. — pozostało po wyzdrowieniu. Sensację tę zanotowali i inni autorowie, tak np. UNVERRICHT podaje, że jego chory żalił się na niemiłe sensacje między łopatkami. Co do pobudliwości elektrycznej zaznaczyłem, że była normalna, ale i w tym przypadku nie mogę ręczyć,

czy badanie było prowadzone według metody, podanej później przez JOLLY'ego. Mechaniczna pobudliwość mięśni robiła wrażenie wzmożonej.

Ostatnia recydywa, która trwała blisko 9 miesięcy i skończyła się śmiercią, odznaczała się od początku wielką in- i ekstenzywnością objawów, rozwijających się bardzo szybko i progresywnie. Szczególniej wybitne były tym razem objawy opuszkowe; żucie było bardzo utrudnione nie tylko z powodu porażenia mięśni ksobnych i odbocznych żuchwy, ale także i odsiebnych; istniały zaburzenia w polykaniu, podniebienie i język były porażone, górny obręb *n. facialis* był również dotknięty i t. d. Tym razem istniała ptoza. Słabość mięśni oddechowych wzmożyła się do tyła, że akty odruchowe, jak kaszel, kichanie, uległy zaburzeniom, a chory wreszcie zmarł z powodu porażenia respiracji.

Nauczycielkę T. . . (przypadek III) zacząłem obserwować 13. IV. 92., gdy miała lat 22. Ojciec jej zmarł w wieku lat 37 z powodu guza w mózgowiu; matka żyje, ma od urodzenia zez rozbieżny. Choroba rozpoczęła się przed 3 tygodniami. Przy objawach bólu głowy, mroczków przed oczami, światłowstrętu (podobno istniało w ciągu krótkiego czasu i podwójnowidzenie), uczucia duszności, wystąpiło w ciągu 2 — 3 tygodni najpierw opadnięcie prawej powieki (*Ptoxis dextr.*), następnie zaburzenia w żuciu i mowie, nosowy przydźwięk mowy, potem osłabienie ruchów głowy i ramion. Badanie wykrywa prócz tego niedowład dolnych gałęzi nerwów twarzowych, znaczne obniżenie pobudliwości odruchowej ze strony podniebienia i tylnej ściany gardzieli oraz porażenie niezupełne mięśni tułowia. Rzeczony niedowład tem się cechuje, że wykonywanie funkcji sprowadza wkrótce zupełne porażenie. Objawy te najślabiej występują w godzinach rannych, wzmagają się w ciągu dnia, wieczorem zaś stan chorej bywa najgorszy.

Choroba wciąż postępuje, zwłaszcza poważnem staje się wybitne upośledzenie czynności polykania; pokarmy wracają nosem lub przedostają się do krtani na skutek porażenia miękkiego podniebienia i gardzieli i wywołują napady zaduszania. Ekskursye oddechowe klatki piersiowej maleją, mięśnie pomocnicze pracują nawet podczas spokojnego oddechania, duszność zjawia się łatwo przy chodzeniu, nawet podczas jedzenia, tętno przyspieszone, ciepłota niżej normy. Cierpienie obejmuje język, który wyczerpuje się szybko, a pewne ruchy jego wcale nie mogą być wykonywane. Również i w gałęziach ocznych nerwów twarzowych zjawia się lekki niedowład. Osłabienie wzmacnia się, nogi stają się także bezsilne — chora zmuszona jest pozostawać w łóżku. Wyczerpanie się jednego członka wpływa osłabiająco na inne pozostające w spokoju części ciała: np. mowa staje się mniej zrozumiałą po zmęczeniu kończyn. Odruchy ścięgniste są bardzo żywe, skórne prawidłowe, zarówno jak czucie, zmysły, pobudliwość elektryczna; brak zaników i drżenia włókienkowego.

Tego poziomu zupełnego rozwoju dosięgła choroba po 2 blisko miesiącach. Rokowanie zdaje się być zupełnie wątpliwe, głównie naskutek samoistnego występowania nader groźnych napadów duszności. Jednakże wkrótce wystąpiła poprawa, początkowo w czynności polykania, następnie oddechanie stało się swobodniejszem i głębszem, napady zaduszania zjawiały się coraz rzadziej. Zarówno jak postępujący rozwój choroby był przerywany przez wahania w natężeniu objawów, tak i okres zdrowienia powstrzymywały krótkotrwałe nasilenia. Stopniowo poprawiła się czynność mięśni żwaczy, ramion; opadnięcie powieki również wyrównało się. Nawet przypadko-

we cierpienie (*angina tonsillaris abscedens*) nie powstrzymało na dłużej polepszenia. Okres zdrowienia trwał około 3 miesięcy. Niektóre zaburzenia, jak osłabienie języka, mięśni twarzy, pozostały jeszcze, najdłużej zaś niedowład podniebienia miękkiego, jako oznaka, że choroba jeszcze nie wygasła całkowicie.

Istotnie było to jedynie znakomite zwolnienie cierpienia. Już po miesiącu, w październiku 1892 r., zjawiała się pacjentka ze znacznym pogorszeniem. Wygląda bledziej, mowa jest wybitnie nosowa, podniebienie porażone, wszystkie ruchy mimiczne słabsze, ramiona podnosi z wysiłkiem i powoli, nie może siedzieć bez oparcia, łatwo męczy się przy chodzeniu, doznaje uczucia ociężałości pod lewą łopatką i w ramionach. Objawy znów wzmagają się w natężeniu i rozprzestrzenieniu i dochodzą do najwyższego rozwoju w styczniu i lutym 1893 r., nie dosięgłszy jednak poprzedniego poziomu. Brakło bowiem owych przerażających napadów zaduszania, upośledzenie połykania tym razem nie było tak znaczne, pokarmy nie tak stale przedostawały się do nosa i krtani, jak poprzednio. Nieznaczna duszność występowała i obecnie przy chodzeniu, podczas jedzenia, przy dłuższem mówieniu i t. p., odgryzanie kęsa, żucie było mozolne, żuchwa opadała, ruchy języka były ograniczone, odruch gardzieli zniesiony, prawa szpara powiekowa węższa, niż lewa, od czasu do czasu niedomykalność lewych powiek (*lagophthalmus*). Znaczne zwolnienia i nasilenia trwały dnie, nawet tygodnie, nie brakło też i dziennych wahań. Pobudliwość faradyczną miękkiego podniebienia wielokrotnie znaleziono jako osłabioną. Stan krwi blednicowy. W początku marca napady bólu w dołku na tle domniemanego wrzodu żołądka, co po kuracyi karlsbadzkiej ulega znacznej poprawie. Ówczesna obserwacya skończyła się na tem, że chora wróciła ze wsi (latem 1893 r.) ogólnie pokrzepiona, pomimo to jednak rozległość ruchów ramion stopniowo pada, miękkie podniebienie jest całkowicie nieruchome, mowa wybitnie nosowa, powieki nie mogą być zaciśnięte, ani wargi mocno napięte

Miałem możność obserwowania dalszego przebiegu choroby aż do ostatniego czasu.

Maj 1893 r. Ruchy mimiczne upośledzone, żucie, połykanie utrudnione, często chora musi kęs pokarmowy palcem z ust wydobywać; mowa nosowa, duszność bez powodu, lecz brak napadów zaduszania. Może dużo chodzić bez zmęczenia.

Czerwiec 1893 r. Ból w lewej połowie klatki piersiowej, kaszel, ogólne osłabienie większe, połykanie trudniejsze, odżywianie upośledzone, przydźwięk nosowy mowy bardziej wydatny, przepona przyjmuje słabszy udział w oddechaniu.

Listopad 1893 r. Chora czuje się prawie zupełnie zdrową, jednakże badanie stwierdza niewątpliwe oznaki choroby: miękkie podniebienie nieruchome zarówno przy fonacyi, jak i drażnieniu mechanicznem, jakkolwiek mowa nie posiada już takiego nosowego brzmienia, język nie jest w stanie usuwać przylgniętych do podniebienia resztek pokarmowych, powieki nie mogą być zaciśnięte, ruchy głowy, ramion dosyć szybko słabną

Grudzień 1893 r. Od miesiąca pogorszenie, bóle głowy, osłabienie mięśni karku; mowa od czasu do czasu nosowa, po dłuższem mówieniu brak tchu i głosu.



Marzec 1894 r. Czuje się lepiej; nie rozpoczęła lekcyi, ponieważ głos łatwo zawodzi, mięśnie twarzy nie są jeszcze mocne, podniebienie miękkie porusza się bardzo mało, polykanie dobre, oddech powierzchowny.

Czerwiec do grudnia 1894. Polepszenie trwa, podmiotowo czuje się zupełnie dobrze. Po dłuższem mówieniu głos nabiera nosowego przydźwięku, rozległość ruchów miękkiego podniebienia wciąż jeszcze bardzo mała, i ruchy te szybko znikają. Mięśnie twarzy są mocniejsze, chora jest w stanie wyspiewać krótką piosenkę. Siła gruba wzmożona.

Do czerwca 1896 r. badałem pacjentkę wielokrotnie i mogłem konstataować trwanie poprawy. Niekiedy skargi na ból głowy i moczki przed oczami. Jako jedyny przejaw choroby pozostała nieruchomość odruchowa podniebienia miękkiego; mięśnie twarzy nie odzyskały również pełni sił. Po zajęciu w gospodarstwie domowem uczucie zmęczenia w barkach.

W tym czasie chora o tyle czuła się zdrową, że wyszła za mąż. Gdym w dwa miesiące później (w kwietniu 1897 r.) widział ją z okazji niezbytowego prawdopodobnie zapalenia gardzieli, mogłem stwierdzić lekkie opadnięcie prawej powieki; miękkie podniebienie kurczyło się przy fonacyi.

Wkrótce po połogu, w styczniu 1898 r., chora przeżyła napad kolki żółciowej, zjawił się też i piasek moczowy; odbyła kuracyę wodą karlsbadzką. W kwietniu 1898 r. recydywa porażenia astenicznego: utrudnienie oraz szybkie wyczerpywanie się przy żuciu, po dłuższem mówieniu. Nieznaczne opadnięcie prawej powieki, ruchy mimiczne twarzy słabe, mięśnie żwacze i skroniowe napinają się słabo. Podniebienie miękkie unosi się przy fonacyi, lecz nie kurczy się przy dotykaniu go. Kończyny są również słabe, jakkolwiek chora nie zdaje sobie z tego sprawy; nie może ich bowiem dość często podnosić ku górze.

30. IV. 98. Objawy wzmagają się, chora prawie nie jest w stanie żuć, mówić, tak szybko przytem występuje wyczerpanie. Ogólne odżywianie wskutek tego upośledzone. Miękkie podniebienie podczas fonacyi już po pierwszym słabym skurczu pozostaje nieruchomem. Natomiast ani śladu opadnięcia powieki. Tętno 74.

10. V. 98. Chora pozostaje przeważnie w łóżku. Mowa nosowa; ruchy języka słabe; niekiedy płyny wracają nosem; żuchwa opada własnym ciężarem, i chora podtrzymuje ją ręką. Osłabienie i wyczerpywanie się kończyn nie jest tak znaczne, choć oczywiste.

22. V. 98. Już było cokolwiek lepiej, lecz po katarze nosa i kaszlu stan poprzedni powrócił. Miękkie podniebienie zupełnie nieruchome, mowa niezrozumiała. Mięśnie szyi i karku bardzo słabe. Tętno 100.

Wkrótce potem znowu polepszenie; lecz w czerwcu 1898 r. zjawily się napady kolki żółciowej z wymiotami i znaczną bolesnością okolicy pęcherzyka żółciowego, lecz bez żółtaczk. Po tem pogorszenie, jakkolwiek nie do poprzedniego stopnia.

Lipiec 1898 r. Chora czuje się znacznie lepiej; bóle w okolicy wątroby sfołgowały, odżywianie dostateczne, wygląd dobry. Lecz ruchy mimiczne są jeszcze słabe, miękkie podniebienie już po jednorazowym skurczu fonacyjnym pozostaje nieruchome.

Poprawa, którą wolnym przestankiem nazwaćby można, trwała przeszło 2 lata. W ciągu tego czasu pacjentka urodziła drugie dziecko, które karmiła. Widziałem ją znowu 16. VIII. 1900 (w 3 miesiące po tym 2-im porodzie), dotkniętą trwającym od 2 tygodni nawrotem choroby, powstałym jako-

by wskutek zmartwienia i dotyczącym mięśni żwaczy, połykowych i twarzy. Połykanie jest prawie całkiem niemożliwe; już pierwszy łyk wody przedostaje się do krtani, wywołując krztuszenie się, pokarmy zatrzymują się po za dziąsłami i nie mogą być ztamtąd wygarnięte, policzki zwisają, chora nie potrafi pocałować swego dziecka, zaciskanie powiek bardzo słabe, po lewej pozostaje przytem szpara (*lagophthalmus*), żuchwa opada i musi być podtrzymywana. Wydatne opadnięcie lewej powieki. Brak podwójnego widzenia. Ruchy języka słabe. Miękkie podniebienie zupełnie nieruchome. Mowa wybitnie nosowa, staje się coraz cichszą, i chora musi uciekać się do pomocy pisma. Duszność, oddech (R. 30) krótki, mozolny z udziałem pomocniczych mięśni. W obrębie mięśni twarzy pojedyncze mimowolne drgania. I górne kończyny są od wczoraj słabe, w mniejszym stopniu nogi. Uczucie ogólnej niemocy zakłócało nawet sen. Tętno 100.

Taki rozpaczliwy stan trwał niedługo, kilka dni; wprawdzie stopniowo, z wahaniami dni lepszych i gorszych, polepszenie jednak stanowczo postępowało, choć tym razem nie doszło do zupełnej poprawy. Gdym chorą widział 16. I. 1901, to już od 2 tygodni trwało nowe pogorszenie, jednakże pacjentka może wychodzić z domu, krzątać się koło gospodarstwa, dzieci pielęgnować. Jest blada, wychudzona, wyraz twarzy jednostajny, fałdy twarzowe wygładzone, z mięśni twarzy najsłabsze są okrężne powiek. Brak opadnięcia powieki. Językiem dobrze porusza. Miękkie podniebienie całkowicie nieruchome. Żucie jest bardzo upośledzone, wskutek czego chora przyjmuje tylko płynne pokarmy i to powoli. Żuchwa nie opada. Mowa nosowa, prędko staje się niezrozumiałą i męczy pacjentkę. Wyczerpywanie się w ramionach występuje natychmiast, mniej szybko zaś w nogach. Odruchy kolanowe dość żywe, zdaje się, iż nieco słabną przy wielokrotnem badaniu. Ogólna niemoc jest tego rodzaju, że już sama czynność siedzenia wyczerpuje chorą. Narzeka na bóle w krzyżu i lewej łopatce, zjawiające się właśnie przy zmęczeniu. Tętno 90. Badano starannie w kierunku *Mya Re m. deltoideus, biceps brachii*, mięśnie twarzy, nerw twarzowy, *perforans Casseri*, lecz pobudliwość elektryczna okazała się normalną. Ruchy krtani, zarówno przy oddechaniu, jak i fonacji normalne, brak objawów wyczerpywania się ich, czucie i odruchy prawidłowe. Brak nieprawidłowych składników w moczu.

Tymczasem chora zaszła znów w ciążę, i stan jej poprawił się odrazu.

25. VII. 01. Poprawa trwała przez cały czas ciąży. Początkowo myślało o sztucznem przerwaniu jej, ze względu na pogorszenia, jakie występowały w sześć tygodni po każdym z przebytych dwóch połogów (niezależnie od tego, czy chora karmiła, czy nie); jednakże zaniechano tego zamiaru, albowiem pacjentka dobrze się miała, i wreszcie wpływ poronienia wcale z góry nie dał się określić. Tymczasem przed 9 dniami nagle nastąpił przedwczesny poród (początek 8-go miesiąca); być może, przyczyniło się do tego pielęgnowanie chorego dziecka oraz długotrwałe szycie na maszynie. Z powodu braku bólów porodowych wypadło dokonać ekstrakcji płodu, który żył jeszcze pół godziny, po za tem przebieg był prawidłowy; utrata krwi minimalna, temperatura tylko przemijająco  $37,2^{\circ}$  (zwykle  $36,5^{\circ}$ ). Od 2 dni jednak chora dostaje wieczorem napadów omdlenia, z zachowaniem przytomności, z występowaniem klonicznych skurczów w członkach; w parę godzin, po środkach drażniących, następuje poprawa, pozostawiając uczucie ucisku w głowie. Są to oczywiście napady histeryczne; już przed paru laty podobny napad miał miejsce w czasie ciężkiej choroby dziecka.

Zresztą T. . . czuje się zupełnie dobrze, gdyby nie myśl o fatalnym okresie 3 miesięcy. Jednakże obiektywnie dają się stwierdzić oznaki choroby, jakkolwiek słabe: bardzo nieznaczne opadnięcie prawej powieki, zwieranie powiek odbywa się słabo, podniebienie miękkie nie porusza się wcale przy fonacji lub też pozostaje nieruchomem po jednorazowym skurczu, natomiast kurczy się energicznie przy drażnieniu mechanicznem, wskutek czego też pokarmy nie wracają nosem. Po zatem żucie, połykanie odbywa się zupełnie dobrze, lecz chora czuje, że żuchwa nieco wysuwa się ku przodowi, jak to zazwyczaj ma miejsce w napadzie (wskutek porażenia mięśni ksobnych). Mowa nie wyczerpuje się, posiada jednakże lekki nosowy odcień, jakkolwiek pacjentka przeczy temu. Badaniu na wyczerpywanie się mięśni poddaje się pacjentka bardzo niechętnie, przyczem z powodu zmęczenia, które odczuwa w barkach, rozległość ruchów ramion zmniejsza się niewątpliwie. Nie może dużo pracować. Po kilku dniach miałem możność zbadania mięśnia naramiennego, dwugłowego ramienia i okrężnego ust na Mya R, lecz z wynikiem ujemnym.

Powyższa obserwacja obejmuje okres czasu więcej niż dziewięćoletni i jeszcze nie jest zamknięta, albowiem pacjentka nie jest zupełnie wyleczona ze swego cierpienia. Ileż burzliwych epizodów przeżyła chora, jakże często znajdowała się w niebezpieczeństwie życia podczas tej długiej niemocy! Nie będę streszczał historii choroby, powyżej zgruba przytoczonej, tylko zwrócić uwagę na najwydatniejsze jej rysy.

## WYKŁADY KLINICZNE.

PROF. DIEULAFOY.

### W jaki sposób się przekonać, czy ostre zapalenie opłucny jest lub nie jest gruźlicze?

W obszernym wykładzie klinicznym znakomity profesor, klinicysta paryski, zajmuje się ważnem pod względem praktycznym pytaniem, na jakie często żądają odpowiedzi od lekarza praktyka. Rozstrzygnięcie tego pytania jest szczególnie i prawie wyłącznie ważne dla przypadków zapalenia opłucny, w których nic nie wskazuje pochodzenia gruźliczego cierpienia, a zatem dla których, ani w przeszłości, ani w teraźniejszości chorego nic nie wskazuje zakażenia gruźliczego. Chory dostaje zapalenia opłucny wśród najlepszego zdrowia bez wiadomej przyczyny lub wskutek zaziębnienia. Początek i przebieg choroby, powstanie wysięku, wynik przekłucia klatki piersiowej (jeśli ono było dokonane), okres zdrowienia — wszystko przypomina obraz ostrych zapaleń (phlegmasies franches), zapaleń pierwotnych — a frigore. U tego rodzaju chorych często jednak po kilku latach znajdujemy rozwiniętą gruźlicę płuc; tego rodzaju chorzy często w kilka tygodni lub miesięcy umierają na ostrą prosówkową gruźlicę lub ostre gruźlicze zapalenie opon mózgowych. To było powodem, że LANDOUZY pierwszy w r. 1884 zakwestyonował istnienie zapalenia opłucny a frigore, twierdząc, że każde pierwotne, ostre zapalenie opłucny jest gruźlicze, za nim poszli KELSCH, VAILLARD i inni. Pogląd jednak LANDOUZY'ego zna-

laż przeciwników, uznano, że jest on przesadzony i przedstawiono dowody, mające przeciw niemu świadczyć.

Po przytoczeniu licznych przypadków cudzych i własnych, szczegółowo badanych, tak pod względem anatomicznym, bakteryologicznym, jako też klinicznym, w których pierwotne zapalenie opłucny u ludzi dotąd zupełnie zdrowych okazało się w następstwie gruźliczem, a z drugiej strony po stwierdzeniu istnienia niewątpliwych przypadków ostrego zapalenia opłucny z dużym wysiękiem, wyleczonych bez pozostawienia wszelkich śladów gruźlicy, autor stawia jednak pytanie, czy istnieje u ludzi prawdziwe tak zwane a frigore niegruźlicze zapalenie opłucny, a jeśli istnieje, w jaki sposób je odróżnić od gruźliczego?

Dla rozstrzygnięcia tych pytań zwrócono się do licznych prac laboratoryjnych, z których wynikami autor zapoznaje słuchaczy.

Przypuszczano, że szczepienia wysięku z opłucny do otrzewny świnek morskich dadzą nam pewne wskazówki. Liczne badania w tym kierunku, podjęte przez CHAUFARD'a i GRINBAULT'a, NETTER'a i w klinice autora wykazały, że tylko prawie w połowie przypadków niewątpliwego gruźliczego zapalenia opłucny szczepienia te dały dodatnie wyniki. Jakkolwiek więc szczepienia wysięku z opłucny mogą dać cenne wskazówki, lecz stanowią środek dyagnostyczny niepewny, a zatem niedostateczny.

Zastrzykiwania tuberkuliny sprowadzają u chorych na zapalenie gruźlicze opłucny takie same objawy, jak u wszelkich chorych na zakażenie gruźlicze; posiadają więc wartość niewątpliwą. Lecz, by zastrzykiwania te dały się spożytkować w celu dyagnostycznym, konieczną jest rzeczą, by chory nie gorączkował wcale, co w ostrem zapaleniu opłucny nie ma miejsca; chory na ostre zapalenie opłucny zawsze mniej lub więcej gorączkuje; nie zawsze przeto i nie bez pewnych ostrożności da się u niego stosować tuberkulina w celu rozpoznawczym.

Metodę hodowli do poszukiwań laseczników gruźliczych w wysiękach błon surowicznych w ostatnich dopiero czasach zastosowano z dobrym skutkiem. Dla otrzymania dodatnich wyników należy posiadać odżywkę, szczególnie sprzyjającą rozwojowi laseczników KOCH'a. Taką jest krew *gélose glicériné*, otrzymana przez BESANÇON'a i GRIFON'a. Próby, dokonane z tą odżywką w pracowni klinicznej autora przekonały, jak wielkie usługi oddać mogą hodowle lasecznika KOCH'a w zastosowaniu do rozpoznania gruźliczego wysięku opłucny. Nie zawsze jednak badanie dawało wyniki dodatnie, co zależało prawdopodobnie od tego, że wysięk w niektórych przypadkach gruźliczego zapalenia opłucny posiada słabą siłę zakaźną, słabszą daleko, aniżeli przy innych wysiękach gruźliczych jak np.: przy gruźliczem zapaleniu opon mózgowych. W obecnej przeto chwili ta metoda badania pomimo swej wartości nie rozstrzyga kwestyi w tak niewątpliwy sposób, jak tego autor żądał, jest ona wszelako doskonałym środkiem kontroli, łatwa w zastosowaniu; autor przeto gorąco ją zaleca swym słuchaczom.

Serodyagnostyka w zastosowaniu do rozpoznania gruźlicy w ostatnich dopiero czasach zaczyna wchodzić w użycie. W r. 1898 ARLOING i COURMONT robili poszukiwania nad aglutynacją lasecznika gruźliczego na podobieństwo aglutynacji lasecznika EBERT'a i na mocy całego szeregu prac i spostrzeżeń przyszli do przekonania, że serodyagnostyka da się zupełnie zastosować do rozpoznania gruźlicy. W przypadkach wątpliwych gruźlicy płuc, gruźliczego zapalenia otrzewny, gruźlicy kości i stawów serodyagnostyka często pozwalała na rozpoznanie gruźliczej przyrody cierpienia.

Czy serodyagnostyka gruźlicy da się zastosować do rozpoznania gruźliczego zapalenia płucny?

Badania w tym kierunku, podjęte przez COURMONT'a bądź to z surowicą krwi, bądź z wysiękiem płucny, zmieszany z hodowlą lasecznika KOCH'a, dały wielce zadawalniające wyniki. Autor ten otrzymał z wysiękiem seroreakcję w 23 przypadkach na 31 (74%), z surowicą krwi w 18 przypadkach na 22 (82%), co dowodzi, że serodyagnostyka, zastosowana do rozpoznania patogenyzy zapalenia płucny, jest doskonałym środkiem rozpoznawczym, jak to zresztą DIEULAFOY stwierdził u wielu swych chorych na zapalenie płucny. Jakkolwiek, ta metoda badania niekiedy zawodziła, autor sądzi, że jest powołana do oddania wielkich usług.

I dyazoreakcja EHRLICH'a była stosowana dla rozpoznania gruźliczej przyrody zapalenia płucny. Reakcja dodatnia była stwierdzona w przypadkach gruźliczego zapalenia płucny (GEORGIEWSKI). Sprawą tą zajmowali się asystenci prof. DIEULAFOY i przyszli do przekonania, że daje ona wyniki zwodnicze i z tego powodu nie może jeszcze być użyta do rozstrzygnięcia kwestyi, nas zajmującej.

W ostatnich czasach zaczyna wchodzić w użycie nowy sposób badania; jest nim tak zwana cytodyagnostyka, polegająca na rodzaju elementów komórkowych, znajdujących się w wysięku płucny i w wysiękach surowicznych w ogólności. Metoda ta, wykryta przez WIDAL'a i RAVAUT w r. 1900, była natychmiast stosowana w klinice autora. Kilka gramów wysięku z jamy płucny miesza się w probówce, następnie centryfuguje, przyczem osad zostaje na dnie próbówki. Zlewa się następnie płyn i pozostawia go tyle, ile potrzeba do utworzenia z osadem mieszanki. Kroplę tej mieszanki nalewa się na szkiełko za pomocą igły platynowej i z niej robi preparaty zabarwione za pomocą tioniny, eosinohemateiny i trójkwasu EHRLICH'a. Gdy się bada preparaty te pod drobnowidzem, znajduje się w nich elementy komórkowe różnego wyglądu: kulki czerwone, leukocyty wielojądrowe, wielkie komórki jednojądrowe, limfocyty, komórki endotelialne pojedyncze lub złączone.

Lecz elementy te komórkowe nie znajdują się bez różnicy we wszelkich wysiękach płucny; nie każdy wysięk zawiera je wszystkie i w jednakowej ilości; w jednych przypadkach zapalenia płucny wysięk zawiera prawie wyłącznie limfocyty, komórek wielojądrowych i endotelialnych brak lub są w nieznaczonej ilości; w innych przypadkach wysięk zawiera prawie wyłącznie komórki wielojądrowe, brak zaś zupełnie lub istnieją w bardzo małej ilości limfocyty i komórki endotelialne; w innych nakoniec płyn zawiera prawie wyłącznie komórki endotelialne i kulki czerwone, innych zaś brak. Przewaga lub wyłączność takich lub owakich elementów komórkowych w płynie z płucny stanowi wzór komórkowy (*formule cellulaire*) tego płynu i służy za podstawę cytodyagnostyki.

Z punktu widzenia cytodyagnostyki WIDAL i RAVAUT utworzyli 3 rodzaje zapalenia płucny, każdemu odpowiada odmienny wzór komórkowy, odmienna cytodyagnostyka.

Pierwszy rodzaj stanowi zapalenie płucny u chorych na serce, zapalenie nerek, na raka, jak również zapalenia zależne od podrażnienia lub ucisku z sąsiedztwa. Tu nie mamy czynników zakaźnych, a tem samem walki komórkowej, lecz raczej czynność mechaniczną i łuszczenie nabłonka; jest to rodzaj obrzęku zapalnego czyli według dawniejszego wyrażenia nie wysięk, lecz raczej przesięk. To też wysięk zapalny w tego rodzaju zapaleniach płucny ma swoisty obraz komórkowy. Nie zawiera on zwykle ani limfocytów, ani komórek wielojądrowo-

wych (przynajmniej w pierwszym okresie); znajdujemy w nim prawie wyłącznie komórki endotelialne pojedyncze lub złączone, które pochodzą z łuszczenia się błony surowiczej. Te komórki endotelialne mniej lub więcej szerokie i liczne charakteryzują zapalenia opłucny niezakaźne, jeśli je tak nazwać można, mechaniczne.

WIDAL i RAVAUT w 12 przypadkach tego rodzaju zapalenia opłucny stwierdzili je, a oględziny pośmiertne 3 chorych na zapalenie opłucny, do tej grupy należących, i wyniki szczepień świnkom morskim wysięku, dokonane z płynem 7 chorych dowiodły, że przyczyną ich nie było zakażenie gruźlicze. To nagromadzenie komórek endotelialnych nie tylko charakteryzuje zapalenia opłucny mechaniczne, lecz obecność ich w wysięku opłucny pozwala wyłączyć pochodzenie gruźlicze zapalenia opłucny.

W drugim rodzaju zapaleń opłucny, t. j. ostrych zapaleń pochodzenia zakaźnego, gdzie czynnikiem, wywołującym zapalenie, są streptokoki, pneumokoki, laseczniki EBERT'a i t. p., wzór komórkowy jest zupełnie odmienny. Tu znajdujemy w wysięku z opłucny komórki fagocytowe, leukocyty wielokomórkowe w znacznej ilości i wielkie komórki jednojądrowe, niekiedy w bardzo skąpej ilości komórki endotelialne odosobnione. Elementy więc jedno i wielojądrowe charakteryzują ostre zapalenia opłucny pochodzenia zakaźnego, limfocyty, jeśli się znajdują, są na drugim planie, a wyjątkowo spostrzega się nieliczne komórki endotelialne.

Trzeci rodzaj zapalenia opłucny najważniejszy odpowiada najlepiej ostremu zapaleniu opłucny tak zwanemu *a frigore*. Badając pod drobnowidzem preparaty, przygotowane z wysięku przy tego rodzaju zapaleniach, przekonamy się, że tu obraz komórkowy charakteryzuje się obecnością prawie wyłączną limfocytów złączonych ze sobą i zmieszanych ze znaczną stosunkowo ilością kulek czerwonych. Komórki wielojądrowe, jeśli się znajdują, są bardzo nieliczne; są one może objawem zakażenia mieszanego. Co się tyczy komórek endotelialnych, muszą one być bardzo rzadkie, skoro WIDAL i RAVAUT na 17 przypadków ani razu gruźlicy nie znaleźli. Ten wzór komórkowy, ta limfocytoza w połączeniu z kulkami czerwonymi pozwala na orzeczenie, że zapalenie opłucny jest gruźlicze. Badanie histologiczne opłucny i szczepienia królikom płynu z opłucny stwierdzają pochodzenie gruźlicze. Następujące ciekawe spostrzeżenie, podane przez WIDAL'a, ilustruje to najlepiej. Dwudziesto jedno letni mężczyzna w podróży zachorował przy objawach zapalenia opłucny *a frigore*: dreszczyk, klucie w boku i kaszel bez plwociny; 9 go dnia wstąpił do szpitala z dużym wysiękiem prawej opłucny; dokonano przekłucia klatki i wyciągnięto z litry płynu. Płyn ten przy badaniu cytoskopijnem przedstawiał typową limfocytozę, co świadczy o istnieniu gruźlicy opłucny. W kilka dni potem chory zmarł nagle. Przy oględzinach pośmiertnych w płucach nie znaleziono nigdzie gruzełków. Najstaranniejsze badanie obu opłucnych nie pozwoliło również na wykrycie gołem okiem nigdzie gruzełków. Lecz badanie histologiczne skrawków różnych miejsc obu opłucnych stwierdziło obecność wszędzie w tkance opłucny licznych gruzełków. Ciekawe to spostrzeżenie streszcza całą sprawę. Oto ostre zapalenie opłucny, które uważano kiedyś za zapalenie idyopatyczne, okazuje się w rzeczy samej zapaleniem pierwotnym gruźliczym (*pleurotuberculose primitive*). Dokonywa się badania cytoskopijnego płynu, przy którym znajduje się tylko limfocyty w znacznej ilości, niemniej i kulki czerwone; robi się rozpoznanie gruźliczego zapalenia opłucny, co stwierdza dokonane następnie badanie histologiczne opłucny i szczepienie płynu świnkom morskim.

Cytodyagnostyka przeszła pierwsze próby, zaledwie została wykryta wypróbowano ją i przy wysiękach innych błon surowicznych i wszędzie otrzymano zgodne wyniki. W oddziale klinicznym autora wyniki były te same, tak przy wysiękach opłucny, jak i przy wysiękach innych błon surowicznych.

Ze wszystkiego wyżej powiedzianego wynika, że jesteśmy w posiadaniu licznych procedur, pozwalających na rozpoznanie gruźliczej przyrody zapalenia opłucny: szczepienie płynu z opłucny świnkom morskim, zastrzykiwanie tuberkuliny, serodyagnostyka, cytodyagnostyka są to metody badania, które były z biegiem czasu stosowane i zachwalane. Lecz ze wszystkich tych sposobów badania pierwszeństwo należy oddać cytodyagnostyce, ponieważ jest prosta, łatwa, nieszkodliwa i daje najpewniejsze wyniki. Przyszłość pokaże, czy nie posiada i ona ujemnych stron. U każdego przeto chorego na ostre zapalenie opłucnej należy stosować cytodyagnostykę. Każdy wysięk przy zapaleniu opłucny (wszystko jedno, czy pochodzi od osobnika silnego i nie obciążonego dziedzicznie), w którym znajdujemy obfitość limfocytów i czerwonych kulek i brak komórek endotelialnych, jest płynem, pochodzącym z zapalenia opłucny gruźliczego. Badanie cytoskopijne wysięków opłucny jest tak samo konieczne i obowiązkowe, jak badanie bakteryologiczne płwociny w przypadkach wątpliwych gruźlicy płuc.

Wobec wyżej powiedzianego, odpowiedź na pytanie na początku niniejszego wykładu postawione, czy jesteśmy w możności wiedzieć, czy zapalenie opłucny ostre surowiczowłóknikowe jest lub nie jest gruźlicze, musi być twierdząca, a to dzięki głównie cytodyagnostyce, która dostarcza danych najpewniejszych, jakich brak innym metodom badania. Nic nie przeszkadza naturalnie kontrolować cytodyagnostykę za pomocą innych metod badania.

Jak więc stoi sprawa z dawniejszym idyoplastycznym a frigore zapaleniem opłucny? Większa część ich jest niewątpliwie pochodzenia gruźliczego. Cytodyagnostyka je charakteryzuje, limfocytoza odkrywa ich pochodzenie. Mniejsza część przypadków zostaje wywołana przez czynniki zakaźne, nie mające nic wspólnego z zakażeniem gruźliczym.

W obec tego istnienie pierwotnych zapaleń tak zwanych a frigore, t. j. wywołanych przez zimno, staje się wątpliwem, i z tego powodu powinno, zdaniem autora, być wykreślone z nozologii zapaleń opłucny.

(*La semaine medical. Nr. 48. 1901.*)

*F. Arnstein.*

## STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

6. W. FLEINER. **O stosowaniu bizmutu we wrzodzie żołądka.** Przy leczeniu wrzodu żołądka powinniśmy przedewszystkiem dać żołądkowi możność skurczenia się do najmniejszej swej objętości i pozostawania w takim stanie w ciągu jaknajdłuższego czasu. Dzięki temu, brzegi wrzodu mogą się do siebie zbliżyć i w dolnych częściach nawet ze sobą skleić; pozostała część wrzodu zostaje wypełniona ziarniną, która następnie zamienia się w tkankę łączną i bliznę. Czas potrzebny do zupełnego zagojenia wrzodu żołądka jest rozmaity w poszczególnych przypadkach i przeciętnie wynosi 6 tygodni. Dla osiągnięcia największego napięcia ścian żołądka polecamy pęcherz z lodem, okłady gorące, termofor; aby zaś uniknąć przepełnienia żołądka, podajemy pokarmy w małej ilości i rzadko, ewentualnie nawet zupełnie głodzimy chorego, stosując natomiast ławatywy odżywcze.

Niekiedy wszakże wrzód żołądka, pomimo ściśle prowadzonej kuracji paratygodniowej, nie goi się lub goi niedokładnie, i po krótkim czasie występują napowrót dawne objawy. Wówczas mamy zazwyczaj do czynienia z wrzodem starym, o stwardniałem dnie, którego brzegi nie mogą się do siebie zbliżyć; ziarnina rozwija się tu skąpiej i wolniej i łatwiej ulega trawiącemu działaniu soku żołądkowego.

Gorzej jeszcze, gdy wrzód umiejscawia się w okolicy odźwiernika, i wskutek drażnienia nerwów ruchowych, położonych na dnie lub w bliskości wrzodu, następuje wówczas zamknięcie światła odźwiernika w następstwie skurczu tegoż; powikłanie to należy do najnieprzyjemniejszych i najwięcej przysparza trudności przy leczeniu tej choroby. Zawartość żołądkowa bowiem nie może być wydalona do dwunastnicy, zbiera się w żołądku, ulega rozkładowi, drażni powierzchnię wrzodu i pobudza gruczoły żołądka do stałej sekrecji soku żołądkowego, wkrótce następuje przepełnienie żołądka, wzmagające się jeszcze wskutek połknięcia śliny i powietrza i wskutek wytworzenia w żołądku gazów z rozkładających się pokarmów, — i wreszcie chory zaczyna wymiotować olbrzymiemi masami wodnistymi, zabarwionemi krwią. Jeśli w tym okresie nie przyniesiemy choremu ulgi, przepłukując mu doszczętnie żołądek, wymioty powtórzą się, chory osłabnie w silnym stopniu, tętno stanie się drobne, słabe i częste; częste zaś nawroty tego rodzaju napadów wytworzą skłonność do tężyczki.

Z powyższego widzimy, że przykre dolegliwości przy wrzodzie żołądka i wolne gojenie się tegoż zależą głównie od podrażnień otwartego dna wrzodu, nie przykrytego ziarniną. Otóż FLEINER jeszcze przed laty (w r. 1893) polecił bizmut, jako środek, zabezpieczający otwarty wrzód od podrażnień tak ze strony pokarmów, jak i trawiącego soku żołądkowego. MATTHES ROSENHEIM, CRAEMER i inni autorzy potwierdzili zbawienny wpływ bizmutu i widzieli nawet tworzenie się ziarniny na powierzchni pokrytego bizmutem wrzodu i bujanie nabłonka gruczołowego. Obecnie F. podaje wskazania do stosowania bizmutu we wrzodzie żołądka i sposób, w jaki od 10 lat u swych chorych leczenie prowadzi.

1) Jeśli świeży wrzód żołądka posiada skłonność do samoistnego gojenia się pod wpływem spokoju i diety mlecznej, natenczas zbyteczne są wszelkie środki farmaceutyczne. Gdy wszakże przy zmianie diety wytwarza się w żołądku znaczna ilość kwasów, i występują wskutek tego bóle, wskazane jest podanie bizmutu w dużych dawkach. Najlepiej uczynić to w sposób następujący: zalecić choremu wypić naczczo 100,0 — 150,0 wody karlsbadzkiej (Mühlbrunn) ciepłej lub Vichy (w celu przepłukania żołądka) i po  $\frac{3}{4}$  — 1 godzinie przyjmując 5,0 — 10,0 bizmutu w 100,0 wody; pierwsze śniadanie zjeść dopiero po pół godziny; postępowanie powyższe powtarzać codziennie aż do zupełnego ustąpienia bólów.

2) Gdy mamy do czynienia z wrzodem starym o stwardniałem dnie, na którym zatrzymują się resztki pokarmowe — należy przedewszystkiem usunąć te ostatnie za pomocą przepłukiwania żołądka, gdyż drażnią stale wrzód i wywołują bóle. Po doszczętnem przepłukaniu żołądka, wykonanem naczczo, wlewamy przez zgłębnik do żołądka 10,0 — 20,0 bizmutu w 200,0 wody i zalecamy choremu położenie odpowiednio do umiejscowienia wrzodu (na prawym boku, jeśli wrzód umiejscowiony jest w części odźwiernikowej, na grzbiecie — jeśli wrzód małej krzywizny lub tylnej ściany żołądka). W krótkim czasie bóle pod wpływem podobnego leczenia znikają; stopniowo zmniejszamy wtedy dawkę bizmutu i podajemy go *per os* bez wykonywania przepłukiwań żołądka.



3) Przy wrzodzie żołądka, powikłanym zwężeniem odźwiernika, trudno osiągnąć zupełne wyleczenie za pomocą powyższej metody (przepłukiwania żołądka, wlewania bizmutu, odpowiednia dyeta); możemy tylko przynieść choremu chwilową ulgę, usunąć bóle i skurcz odźwiernika. Wobec tego należy choremu jaknajwcześniej zalecić operację, względnie gastroenterostomię.

4) Przeciwwskazane jest stosowanie bizmutu w przypadkach wrzodu żołądka, w których powstały uchyłkowate zagięcia ściany żołądka lub utworzyły się jamy w sąsiednich narządach, zrosniętych z przedziurawionym wrzodem; w takich jamach bizmut może osiadać i z czasem utworzyć stężyny, łącząc się ze śluzem. FLEINER spostrzegł jeden tylko przypadek tego rodzaju. W przypadku tym wydobywał podczas przepłukiwania żołądka naczeczki strzępki śluzowe, czarno zabarwione i czarne ziarenka, które przy badaniu chemiczno-mikroskopowym okazały się tlenkiem bizmutu. Autor zaznacza przytem, że siarkowodoru w żołądku nie wykrył, i sądzi, że obecność w przepłuczynach takich czarno zabarwionych strzępków śluzowych przy braku  $H_2S$  może nasunąć myśl o istnieniu uchyłka żołądka lub jamy, powstałej po przedziurawieniu wrzodu żołądka do sąsiedniego narządu.

(„Die Therapie der Geg.“ 1901. 11).

W. Rubin.

7. MOUSSONS. **Postaci kliniczne gruźlicy wczesnego dzieciństwa.** Gruźlica, podług utartego zdania, bywa dziedziczna lub nabyta. Autor jednak nie uznaje tego podziału i twierdzi, że dziedziczne jest tylko obciążenie gruźlicze, które się cechuje właściwym zwyrodnieniem fizycznym; zwyrodnienie to usposabia do rozwoju gruźlicy w późniejszym okresie dzieciństwa, nie wcześniej jednak, niż w parę tygodni po urodzeniu. To względnie późne występowanie choroby przemawia według autora przeciwko dziedziczności gruźlicy u noworodków.

Najczęstszym typem gruźlicy w pierwszym okresie dzieciństwa jest t. zw. „tuberculose generalisée chronique apyrétique“ (MARFAN), lub, używając nomenklatury AVIRAGNET'a: „tuberculose diffuse des nourrissons“. Rozróżniamy w niej trzy okresy: a) okres początkowy, bardzo krótki, b) okres rozwoju, który trwa miesiące całe i c) okres zejścia, niekiedy kilkogodzinny tylko. Choroba rozpoczyna się często od zapalenia większych lub drobnych oskrzeli w następstwie koklusz, odry etc. Lecz nie bacząc na zniknięcie objawów oskrzelowych i opadnięcie gorączki, sprawa zdrowienia idzie ospale, i wkrótce występują cechy zwyrodnienia fizycznego, spowodowanego zakażeniem.

Dziecko nie przybiera, a nawet traci na wadze; w oczy się rzuca bujny rozwój uwłosienia.

Najważniejszymi jednak cechami rozpoznawczymi są: powiększenie wątroby, śledziony i gruczołów limfatycznych, szczególnie szyjowych, pachowych i pachwinowych, zwykle nie bolesne. „Cera kachektyczna, wychudnięcie, obrzmienie śledziony, wątroby i gruczołów, stan bezgorączkowy, oto cechy prawie stałe gruźlicy przewlekłej u dzieci w pierwszym okresie życia“ — tak charakteryzuje tę sprawę MARFAN. Zaburzenia przewodzenia pokarmowego zdarzają się rzadko; przeciwnie, dzieci trawią dobrze i odznaczają się dobrym apetytem. Zejście bywa zwykle śmiertelne, i okresy poprawy, jeżeli się zdarzają, trwają krótko. Powikłania umiejscawiają się zwykle w drogach oddechowych lub uszach (*otitis media suppurativa*). Ta postać gruźlicy jest najczęstsza do czwartego roku życia; w późniejszym okresie spotykamy przeważnie przebieg o wiele szybszy. Drugą odmianę stanowi gruźlica ostra, do której należy zaliczyć, jako podział, gruźlicę prosówkową, spotykaną zresztą u dzieci w tym okresie rzadko; w tej odmianie na widownię prócz intoksykacji występuje i zakażenie. Po

wstępnym okresie, w którym zjawiskami dominującymi są upadek odżywiania i gorączka, rzadko jednak przewyższająca 39°, rozwija się wkrótce typowy obraz nieżytego zapalenia płuc lub zapalenia opon. Gorączka, choć niezbyt wysoka, nie opada jednak i trwa aż do zejścia śmiertelnego.

Obie te formy, ostra i chroniczna, mogą się wzajemnie zmieniać okresami, mogą być wstępem jedna dla drugiej; mają one wiele cech wspólnych, z których najważniejszymi są zjawiska ze strony opon.

Zapalenie opon u noworodków na tle gruźlicy widzimy w dwóch odmianach: eklamptycznej i hemiplegicznej. Pierwszą cechują drgawki, sztywność karku, zez i wypuklenie ciemiączka; drugą, prócz wyżej wymienionych objawów, porażenie połowiczne, stałe przykurczenia i wzmożenie odruchów.

TROUSSEAU pierwszy zwrócił uwagę na częstość gruźlicy u dzieci. Rozpoznanie jednak nie odpowiada tu ważności sprawy, gdyż dopiero dla okresu dzieciństwa późniejszego i dla wieku dojrzałego posiadamy bezwzględnie pewne objawy rozpoznawcze; u dzieci zaś młodszych jedynie częstość tętna (do 150 przy prawidłowej ciepłocie) może nam nasunąć podejrzenie gruźlicy. Ileż to razy dziecko umiera w kwitającym niemal stanie zdrowia; wprawdzie, dokładne badanie wykazałoby pewną małokrwistość, obrzmienie wątroby, śledziony, gruczołów, lecz jakże to wszystko jest dalekie od typowego zwyrodnienia gruźliczego.

W celach rozpoznawczych nieraz już badano ciecze i wydzieliny organizmu. Hematologia dotąd nie dała żadnych wskazówek; badanie moczu wykryło zwiększenie ilości indykanu (w 60% przypadków), lecz objaw ten nie posiada własności rozpoznawczych. Wielkie pokładano nadzieje w typowym jakoby dla gruźlicy w tym okresie dzieciństwa obrzmieniu i stwardnieniu gruczołów; cóż kiedy objaw ten jest również częsty w nieżytach przewodu pokarmowego, krzywicy, przymiocie dziedzicznym i t. d. Istnieją wprawdzie pewne delikatne odcienie, które jednak na traktowanie kliniczne nie zasługują. Nakoniec wycieńczenie, właściwe gruźlicy, łatwo mogą symulować stany wycieńczenia, spowodowane zaburzeniami przewodu pokarmowego, przymiotem, stanem ropniczym, białaczką rzekomą i t. d.

Co się tyczy gruźlicy prosówkowej, tutaj należy przeprowadzić rozpoznanie różniczkowe z gorączką tyfusową i ostrym nieżytem przewodu pokarmowego.

Jeżeli pytanie, czy mamy w każdym danym przypadku do czynienia z gruźlicą, czy też nie, wogóle trudne jest do rozwiązania, to stokroć trudniej bywa rozwikłać rozmaite kombinacje, jakie gruźlica tworzy z tylko co wymienionymi stanami chorobowymi. Często np. widzimy dzieci w okresie, gdy zakażenie dodatkowe, występując w pełni, przesłania nam gruźlicę; nie należy jednak zapominać, że to ona właśnie stworzyła grunt podatny dla zapalenia oskrzeli, kiszek i t. d. Dziś posiadamy już w tym celu dwa zabiegi rozpoznawcze: wstrzykiwanie podskórne sztucznej surowicy i tuberkulinę. Ten ostatni środek jest podług autora niezaprzeczenie przekonujący, nie należy jednak go stosować w okresie gorączkowym.

W ostatnich czasach M. BUARD, opierając się na własności aglutynacji surowicy dzieci gruźliczych względem złośliwych laseczników, zastosował tę własność rozpoznawania i znalazł, że odczyn ten pozostaje czułym przy 3, 2, a nawet jednej kropli surowicy na 15 kropel czystej hodowli.

(*Archives de Médecine des Enfants*. Fevrier. 1901).

Henryk Goldberg.

## Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z dnia 17 grudnia r. b.

TREŚĆ: 1) W. MĘCZKOWSKI — przedstawienie chorego z tętniakiem prawej tętnicy kręgowej. 2) A. ZAWADZKI — przedstawienie dwóch przyrządów chirurgicznych własnego pomysłu. 3) T. HEIMAN — przedstawienie chorego po trepanacyi wyrostka sutkowego wraz z otwarciem jamy czaszkowej. 4) S. KOSSOBUDZKI — a) przedstawienie chorego z padaczką JACKSON'a, i b) przedstawienie chorego z unieruchamiającym zapaleniem kręgosłupa. 5) GIEDROYÉ i A. KOZERSKI — przedstawienie chorego z owrzodzeniem syfilitycznym na twarzy. 6) Cz. STANKIEWICZ — „przeczynek do chirurgii śledziony“.

1) Kol. W. MĘCZKOWSKI przedstawił chorego z tętniakiem prawej tętnicy kręgowej (*aneurysma art. vertebralis dextrae*).

Chory 22 letni, nauczyciel ludowy, przed dwoma laty spadł z bryczki głową na grude. Poczawszy od 3-go dnia po wypadku poczęły występować takie objawy, jak silne bóle głowy, zaburzenia mowy (bełkotanie), utrudnienie połykania stałych pokarmów, wykrzywienie i ścięnczenie języka. Od stycznia 1901 roku chrypka i „szczekający“ kaszel. Przy badaniu znaleziono: zmienność tętna, wybitny zanik prawej połowy języka, zanik mięśni *cucullaris* i *sterno-cleido mastoidei* po stronie prawej; zupełne porażenie prawej struny głosowej, przeciągnięcie miękkiego podniebienia w lewo, szmer skurczowy na całej czaszce, zwłaszcza z tyłu, odczyn zwyrodnienia w mięśniach, podległych zanikowi. Mówca w danym przypadku przypuszcza tętniak prawej tętnicy kręgowej, który uciska nerw podjęzykowy i błędno-dodatkowy. Kol. M. widzi tu wskazanie do zabiegu chirurgicznego, mianowicie do podwiązania tętnicy kręgowej.

2) Kol. A. ZAWADZKI przedstawił 2 przyrządy własnego pomysłu.

Pierwszy przyrząd został opisany przez wynalazcę w Nr. 33 „Gazety Lekarskiej“ z r. 1901. Jest to przyrząd wentylowy, który może być przykręcony do strzykawki na 10 lub 50 ctm. sz. Strzykawka ta w połączeniu z innym małym przyrządem służyć może do aseptycznego przepłukiwania pęcherza moczowego. Drugi przyrząd składa się z połączonych ze sobą dwóch butelek i pompy i służyć może do opróżniania jam i jednoczesnego ich napełniania roztworem fizyologicznym soli lub innym płynem bez zmiany ciśnienia i ilości płynu w jamie. Przy używaniu jednej tylko butelki i pompki otrzymujemy przyrząd opróżniający, przy działaniu pompki i tylko drugiej butelki otrzymujemy przyrząd do wstrzykiwania pod pewnem ciśnieniem. Do tej pory mówca dokonał przemycania tylko w oddziale d-ra RAUMA choremu ze znacznym wysiękiem ropnym w lewej opłucnie trzykrotnie: raz w ilości 12 litrów, drugi i trzeci po 8 litrów. W parę dni po ostatnich przemycaniach otrzymano z opłucny płyn zupełnie czysty.

3) Kol. T. HEIMAN przedstawił chorego po trepanacyi wyrostka sutkowego wraz z otwarciem jamy czaszkowej.

Chłopiec lat 9, od drugiego roku życia cierpi na ropienie z ucha. Od pewnego czasu wystąpiły prawostronne bóle głowy, wahania ciepłoty (do 39,0°), nierównomierność źrenic, leniwe oddziaływanie ich na światło, przygnębienie duchowe, chwilowa nieprzytomność, lekka sztywność karku, nieznaczny wyciek ropny z prawego ucha. H. rozpoznał ropień zewnątrzoponowy z rozpoczynającym się zapaleniem rozlanem opon mózgowych. Operacja wykonana została podług metody ZAUFAL'a, t. j. od strony wyrostka sutkowego, przytem otworzono jamę czaszkową w okolicy zatoki poprzecznej, skąd wylała się łyżeczka ropy gęstej, cuchnącej. Przebieg pooperacyjny był zupełnie prawidłowy. Kol. H. zwraca uwagę na 2 momenty w danym przypadku. 1) W przypadkach ostrego i przewlekłego ropienia z ucha, gdy występują pewne objawy, nie będące następ-

stwem zatrzymania ropy, po operacji na wyrostku sutkowym należy otworzyć jamę czaszkową i ewentualnie nakłuć zatokę poprzeczną. 2) Kol. H. nie wykonał operacji plastycznej, pomimo to wynik był zupełnie zadawalniający. H. nie zostawił więc stałego otworu za uchem, ani też zniekształcającej blizny. Kol H. sądzi, że, być może, z czasem plastyka po operacji doszczętnej zupełnie wyrugowana zostanie.

4) Kol. S. KOSSOBUDZKI a) przedstawił chorego z padaczką JACKSON'a.

Chory chłopiec lat 12 w maju r. b. został uderzony przez konia kopytem w czoło. Uraz spowodził złamanie kości czołowej powyżej górnego brzegu prawego oczodołu. W szpitalu w Białej kilkakrotnie usuwano odłamki kości. W lipcu rana zagoiła się. W październiku wystąpiły napady drgawek ogólnych, a następnie po kilkanaście razy dziennie występowały napady drgawek w lewej połowie twarzy bez utraty przytomności. Przy badaniu w szpitalu Dz. Jezus w klinice chirurgicznej znaleziono u chłopca inteligentnego na 2 ctm. nad górnym brzegiem prawego oczodołu wciągniętą, niekształtną bliznę, 4—5 ctm. długości mającą. Na miejscu blizny w kości znaczne zagłębienie. Po kilka lub kilkanaście razy w ciągu doby chłopiec dostaje następujących napadów: głowa i oczy chorego nagle skręcają się w lewo i nieco ku górze, w lewej połowie twarzy, w powiekach występują drgawki kloniczne; oprócz tego niekiedy zjawiają się skurcze kloniczne w mięśniach gałek ocznych, przypominające *nystagmus horizontalis*. Podczas napadu przytomność zupełnie zachowana. Rozpoznano padaczkę JACKSON'a. Rozpoznanie to potwierdzili koledzy Męczkowski, KOPCZYŃSKI i prof. MUCHIN, którzy chorego widzieli. Jako przyczynę przypuścić należy podrażnienie z miejsca urazu ośrodków dla ruchów głowy i oczu, leżących w tylnej części środkowego zwoju czołowego oraz przylegających doń ośrodków nerwu twarzowego.

b) Kol. K. przedstawił chorą z zapaleniem zniekształcającem stawów i kręgosłupa.

Chora lat 19 przed 3 laty zaczęła doznawać bólów w barku, w stawach kolanowych, później w obu stawach biodrowych. Nie gorączkowała. Po pewnym czasie bóle ustąpiły, a zjawilo się zeszywnienie prawie zupełne stawów biodrowych i znaczne ograniczenie ruchów w wielu innych stawach, a jak obecnie, w stawach barkowych, łokciowych i mniejsze w stawach kolanowych. W ostatnich czasach wystąpiło zeszywnienie części szyjowej kręgosłupa. Przypadek ten zasługuje na uwagę ze względu na młody wiek chorej. Jest to zapewne forma chorobowa, stanowiąca typ przejściowy pomiędzy *polyarthritidis deformans* a cierpieniem, znanem pod nazwą przewlekłego unieruchamiającego zeszywnienia kręgosłupa typu MARIE-STRUEMPFL'a.

5) Koledzy GIEDROYĆ i A. KOZERSKI przedstawili chorą z owrzodzeniem przypuszczalnie syfilitycznym na twarzy.

Chora ma lat 62. Przed 1½ rokiem w lewej fałdzie noso-wargowej utworzył się ropień, który zamienił się w pełzające owrzodzenie, a następnie dał bliznę. Blizna ta ciągnie się, poczynszy od wspomnianego miejsca, ku kąтови lewemu ust, dalej rozgałęzia się nad brzegiem górnej wargi i idzie koło brzegu wargi dolnej, naokoło kąta ust, kończy się w środku prawej połowy wargi górnej płytkim owrzodzeniem. Na łokciach blizny po owrzodzeniach. Owrzodzenie takie zależy może albo od przymiotu (*gumma serpiginosum*), albo od raka (*epithelioma serp.*). Za 1-em przypuszczeniem przemawia obecność owrzodzeń na łokciach, za

drugiem niezwykle twardość cienkiej blaszki dna owrzodzenia. Może wreszcie jest to rak, powstały z gumatu.

6) Kol. Czesław STANKIEWICZ wypowiedział rzecz p. t. „Przyczynek do chirurgii śledziony“. Zaznaczywszy we wstępie, że ginekologia współczesna stoi w ścisłym związku z chirurgią brzuszną, mówca przechodzi do opisu dokonanej przez siebie *splenectomii* w przypadku *splenomegaliae malaricae*.

Marya S., lat 24, robotnica fabryczna, przed dwoma laty przeszła ciężką zimnicę. Pomimo leczenia środkami wewnętrznymi, stan jej wciąż się pogarszał. Przy badaniu znaleziono twardy guz, zajmujący całe niemal nadbrzusze. Badanie krwi wyłączało białaczkę. Rozpoznano *splenomegaliam malaricam*. Kol. S. w szpitalu łódzkim św. Aleksandra dokonał operacji wycięcia przerostej śledziony. Zrosty śledziony z siecią wikłały operację. 7-go dnia po operacji wystąpiły objawy rozlanego zapalenia otrzewny. Na 11-ty dzień *per laparotomiam* wypuszczono blisko 3 litry płynu żółtawego mętnego. 14-go dnia po operacji chora zmarła.

Wycięta śledziona ważyła 840 grm. Długość wynosiła 26 ctm., szerokość 13½ ctm. Podług prof. PRZEWOSKIEGO jest to *tumor lienis fibrosus chronicus*. Badanie histologiczne (kol. ŻURAKOWSKI) wykazało bujanie tkanki łącznej.

Dalej rozbiera mówca przerosty śledziony, wskazuje na przeciwskazanie do zabiegu operacyjnego przy przeroście białaczkowym, poleca operację przy przeroście zimniczym i w chorobie BANTIE'ego. Dalej mówca podaje, że w literaturze ojczyściej znane mu są opisy 16 przypadków usunięcia śledziony przy rozmaitych wskazaniach. Śledzionę przerostłą na tle zimniczem wycinał prof. RYDYGIER. Oprócz śledziony mówca przedstawił miażdż DOYEN'a i nici renifero-we, którymi posługiwał się przy operacji,

W dyskusyi kol. REICHMAN i RZĘTKOWSKI rozpoznania zimnicy w przypadku mówcy nie uważają za dostatecznie uzasadnione i przypuszczają prędeej chorobę BANTIE'go, kol. WINIARSKI zaś pseudoleukemię.

Kol. BORZYMOWSKI wspomniany przez prelegenta związek pomiędzy splenektomią a operacjami ginekologicznymi uważa za mało umotywowany.

Kol. W. STANKIEWICZ przyznaje mówcy rację co do znaczenia splenektomii.

W odpowiedzi kol. Cz. STANKIEWICZ zaznacza, że rozpoznanie zimnicy było zrobione przez kilku lekarzy, że gruczoły chłonne nie były powiększone, co przemawiało przeciw pseudoleukemi. W danym przypadku wskazanie do operacji bezwarunkowo istniało, albowiem guz sprawiał zbyt wiele dolegliwości. Brak plazmodyi we krwi nie przemawiał przeciw rozpoznaniu malaryi, albowiem napady zimnicze oddawna ustąpiły.

St. Koczyński.

## ***O ruchu chorych w szpitalu miejskim Św. Stanisława***

za czas od 14 grudnia do 14 stycznia r. b.

Pozostało z ubiegłego miesiąca i roku chorych 116 (m. 50, k. 61); przybyło od 14 grudnia r. z. do 14 stycznia r. b. 88 (m. 36, k. 52); wypisało się 95 (m. 41, k. 54); zmarło 11 (m. 4, k. 7); pozostało na miesiąc następny chorych 98 (m. 41, k. 57).

Ogólna liczba chorych była znacznie mniejsza, niż w ubiegłym miesiącu, dzięki znacznemu zmniejszeniu się wszystkich prawie chorób zakaźnych, a przede wszystkim płonicy, która po kilkumiesięcznym grasowaniu obecnie nareszcie przycichła. Wogóle miesiąc ubiegły, pomimo nie sprzyjającej pogody, pod względem epidemiologicznym, zaliczyć należy do pomyślniejszych w roku.

Najliczniejszą rubrykę chorych stanowiła róża, której zanotowano przypadków 24 (m. 9, k. 15), z przebiegiem niezbyt ciężkim. Przypadków śmierci nie było. Chorzy pochodzili z następujących ulic i domów: Nowolipki 16, Sosnowa 11, szpital Dz. Jezus, Miodowa 10, Elektoralna 30, Mokotowska 24, Czerniakowska 19, Włodzimierska 11, Żelazna 3 i 78, Aleksandrya 9, Plac Witkowskiego 6, Żórawia 17, Towarowa 31, Smocza 5, Marszałkowska 123, Freta 43, Wilcza 50, Nowowiejska 11, Kacza 23, wieś Wawer, Janowice i Glinianki.

Drugą rubrykę również mniejszą, niż w ubiegłym miesiącu, zajęła ospa, której przybyło przypadków 13 (m. 5, k. 8), przeważnie u chorych nieszczepionych, z przebiegiem bardzo ciężkim. Śmiercią zakończyło się przypadków 7 (m. 3, k. 4) u chorych nieszczepionych. Chorzy pochodzili z ulic i domów: Krakowskie Przedmieście 51 i 26, Maryensztat 2, Łucka 25, Wronia 65, Żelazna 61, Radna 4, Żytnia 14, Złota 53, Książęca 2, Śliska 16, Ochota i m. Ostrowiec.

W jednej prawie mierze trzymała się odra, której przybyło przypadków 10 (m. 5, k. 5), przeważnie u dorosłych z przebiegiem pomyślnym, z ulic: Elektoralna 14, Wilcza 61, Wielka 12, Ś-to Krzyska 43, Dzika 20, Jerozolimka 72, Królewska 27, Nowy Świat 16, Tamka 40.

Trzy razy mniej, niż w ubiegłym miesiącu, zanotowano płonicy, przypadków 7 (m. 4, k. 3) przeważnie u dzieci, z przebiegiem ciężkim. Trzy przypadki zakończyły się niepomyślnie. Chorzy pochodzili z ulic i domów: Piesza 1, Kania 26, Nowe Miasto 6, Franciszkańska 33, Sprzeczna 2, Hoża 53, Miodowa 14.

Tyfusu wysypkowego dostarczono przypadków 5 (m. 3, k. 2), pomyślnie zakończonych, z ulic: Radna 4 (2 przypadki), Wołomińska 10, Dzielna 24 i st. Małkinia.

Częściej nieco występowała błonica gardła, przybyło przypadków 6 (m. 3, k. 3) z przebiegiem pomyślnym z ulic: Żórawia 2, Wronia 65, Młynarska 4, Koszykowa 11, Złota 26.

Z innych chorób gorączkowych mieliśmy: 7 przypadków zapalenia gardła, 2 — reumatyzmu stawowego oraz po jednym przypadku: tyfusu brzuszego (Dzielna 79), gruźlicy płuc, biegunki krwawej i karbunkułu (Nowolipie 54).

Chorych niewłaściwie do nas skierowanych było 10 (m. 3, k. 7).

Biletów odmownych chorym, nie kwalifikującym się do szpitala św. Stanisława, wydano 9 (m. 4, k. 5), dla braku zaś miejsc 1.

Rewakcynacyi w ubiegłym miesiącu dokonano 51 (m. 27, k. 24).

Wszyscy chorzy przepędzili dni szpitalnych 2851 (m. 1266, k. 1585).

Śmiertelność miesięczna wynosi 5,39%.

*J. Sz wajcer.*

## Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= TURNOWSKY opisuje 3 przypadki zupełnego wyleczenia padaczki skutkiem przyłączenia się choroby ostrej. 1) 38-letnia panna miała pierwszy napad w 16 roku; później się zdarzały po kilkanaście razy dziennie. Przed 14 laty dostała zapalenia płuc, które przebiegało prawidłowo i ukończyło się zupełnym wyzdrowieniem. Odtąd napadu nie było. 2) 34-letnia wdowa, od 8-go do 17-go roku płasawica. W 18 roku, w 8-y miesiąc ciąży, poronienie, a po miesiącu pierwszy napad padaczki; odtąd powtarzały się one 5 do 6 razy na miesiąc. Przed 10-ciu laty chora przebyła zapalenie płuc, i od tego czasu napadów nie było. 3) 12-letni chłopiec miewał padaczkę od 2-go roku życia, po 10 do 15 razy dziennie. W 6-tym roku płonica, i odtąd napadów nie było. (Wien. med. Woch. 31. 8. 1901).

= Bardzo ciekawe badania nad blaszkami krwi przeprowadził DEETJEN, któremu udało się wynaleźć sposób utrzymania blaszek przez czas dłuższy w stanie żywym. Sposób ten polega na tem, że kroplę krwi rozprowadza się na szkiełku przedmiotowym, pokrytem cienką warstwą przygotowanego specjalnie agaru. Blaszkę krwi okazują nie tylko przy ciepłocie krwi, ale nawet przy pokojowej, żywe ruchy amebowate, i można w nich dostrzedz, bez zabarwienia nawet, połyskujące jądro o wejrzniu włóknistym. Kroplą kwasu osmowego można w kilka minut utrwalić blaszki w rozmaitych okresach ruchu amebowatego i następnie zabarwić jądra zwykłymi sposobami. Na zasadzie swych badań D. protestuje przeciw zdaniu, jakoby blaszki były wytworem sztucznym lub produktem przemiany wstecznej, i poczytuje je za rzeczywiste komórki z jądrem i protoplazmą. (Virch. Arch. T. 164).

= Kokaina w akuszeryi ma znaczenie środka znieczulającego i wywołującego skurcze macicy. DEMELIN zebrał z literatury używane dotychczas sposo-

by stosowania kokainy i wskazania. W początku czynności porodowej niektórzy wprowadzali do pochwy na kilka minut tampon zmoczony w 4% roztworze kokainy; bóle się wzmagaly, stawały prawidłowszymi, a bolesność wogóle się zmniejszała. Inni osiągali to, smarując część pochwową 4% maścią kokainową. AUVARD przed wyrzynaniem się główki wstrzykiwał w obie wargi większe po pół szprycki 5% roztworu kokainy i tem zmniejszał bolesność. Sposób BIER'a zastosowano po raz pierwszy w roku zeszłym, lecz przedstawia on dość znaczne niebezpieczeństwo i dla tego nie znajdzie rozpowszechnienia w akuszeryi, chyba przy bardzo bolesnych i nieprawidłowych bólach oraz przy skłonności do krwotoków (wiotkość macicy, niski przyczep łożyska). (L'Obstetrique. 15. 3. 1901).

= REM-PICCI przekonał się, że białkomocz po kąpielach zimnych stanowi zjawisko stałe. Oparł on swe spostrzeżenie na badaniu moczu w 350 przypadkach. Wystarcza 3 minutowa kąpiel 12--13° lub 15 minutowa 15--20°. Przy ciepłocie wyższej białkomoczu niema. Trwa on zazwyczaj kilka godzin. Najwyższa ilość białka wynosi 0,25%; jest to białko surowicze. Często znajdował autor wałeczki szkliste oraz kryształy azotanu wapnia. Obok białkomoczu bywa poliurya, zwiększenie moczownika i chlorków. Autor przypisuje białkomocz podrażnieniu skóry. (Policlinico. 9. 1901).

= LIPSCHER opisuje przypadek zwężenia odźwiernika gruczołowego u 23-letniej chorej, cierpiącej od półtora roku na bóle po jedzeniu, trwające 2-3 godzin, oraz wymioty. W okolicy odźwiernika znaleziono guz nieruchomy, mało bolesny. Brak HCl, natomiast dużo kw. mlecznego. Rozpoznano raka. Przy gastroenterostomii wycięto kawałek guza, który się okazał przy badaniu gruczołowym. (Ung. med. Presse. 27-28. 1901).

P.

Opatrunki „chirurgiczne i ginekologiczne“ oraz wszelkie środki opatrunkowe sterylizowane (wata, gaza, ligatury, bandaże). Z pracowni sterylizacyjnej **D-ra BORZYMOWSKIEGO** można dostać w aptekach W.W.: Barezka, Cepousza, Filloborna, Filanowicza, Habielskiego, Iwańskiego, Klickiego, Klimpla, Koziołkiewicza, Kozłowskiego, Lilpopa, Malinowskiego, Mieszczkańskiego, Manduka, Modlińskiego, Nawrockiego, Różyckiego, Strużyńskiego i Fricka, Stypińskiego i Surzyckiego, Welta i Zilbera, Więckowskiego, Wiorogórskiego, Wróblewskiego i Zamenhofska.

Składy główne: Karmelička 6, m. 7. Od 1-go Lipca Solna 17 (Pracownia Sterylizacyjna) i Włodzimierska 6, m. 2 (Kantor fabryki środków opatrunkowych „Strzelecki i S-ka“, Tel. № 1341). W Lublinie: w składzie **Wł. Magierskiego**. W Kaliszu: w aptece **K. Rybickiego**. w Kielcach w aptece **A. Wierzbiety**.

**Pracownia analityczno - lekarska**

**D-ra Stanisława Mutermilcha**

Rozbiory chemiczno-bakteryologiczne i mikroskopowe moczu, płwociny, krwi, zawartości żółdkowej, kału, wydzielin z narządów moczopłciowych, mleka kobiecego, nalotów dyfterytycznych, wysięków i t. p. do celów dyagnosyki lekarskiej.

Marszałkowska Nr. 127 (Zielna № 22).

**MERAN**

**D-r ROMUALD BINDER,**

Polak, praktykuje jak w 7-miu poprzednich latach od września do czerwca

Willa Gotensitz Habsburgerstrasse.

Produkta wytworzone ze soli naturalnej Wód Vichy

**PASTILLES VICHY-ÉTAT**

*Cukierki na trawienie.*

**COMPRIMÉS VICHY-ÉTAT**

Dla przygotowania u siebie wody alkalicznej gazowej.

Zakład chirurgiczno-ortopedyczny

**PRACOWNIA przyrządów ORTOPEDYCZNYCH**

**D-ra Reichsteina**

Warszawa—Leszno 31.

**Warszawski Zakład Ginekologiczny**

Marszałkowska 45.

D-rów Boryssowicza, Brühla, Gromadzkiego, Jaskłowskiego, Kuniewiczza, Natanson, Thiemego, Tyrchowskiego i Winawera. Przyjmuje osoby, dotknięte chorobami kobiecymi, jako też spodziewające się słab., za opłatą od 1.50 do 5 rs. dziennie za całkowite utrzym., leczenie, lekarstwa i t. d.

**Zakład Lecznicy dla chorych**

**NA USZY**

**D-ra L. Guranowskiego**

Chmielna 25.

przyjmuje chorych na stałe pomieszczenie za opłatą od rb. 3—5. Ambulatoryum codziennie od 11—1.

Cena biletu kop. 50.

**ZAKŁAD LECZNICZY**

**Dr. Med. Z. Dmochowskiego i A. Kuczyńskiego**

**DLA CHORYCH**

**NA KRTAŃ, GARDŁO, NOS I USZY.**

Chmielna Nr. 17.

Przyjęcie chorych na gardło i nos od 9—10 r. i od 3—5 pp. Chorych na uszy od 12—2 pp.

**Księgarnia E. WENDE i S-ka,**

(Krakowskie-Przedmieście 9).

Otrzymała na skład główny:

**Choroby Narządu Słuchowego,**

Podręcznik dla lekarzy i studentów.

Napisał

**Dr. med. Teodor Heiman.**

*Do nabycia we wszystkich księgarniach.*

**Polski „Dom Zdrowia“**

**w Meranie**

Andreas Hoferstrasse Nr. 15.

Pokoje słoneczne, kuchnia polsko-francuska, leżalnie, urządzenia wodolecznicze, stała opieka lekarska. Wybór lekarzy dowolny. Ceny najprzystępniejsze.

Właścicielka

**M. Dobrowolska**

wdowa po lekarzu.

**Dr. Plessner, Wiesbaden**

Sonnenbergerstrasse 30, obok parku zakładowego. Zakład leczniczy dla chorych nerwowych, chron. chorych wewnętrznych, rekonwalescentów i potrzebujących wypoczynku (chorzy umysłowo wykluczeni). Phys. i dyet. leczenie. Kuracje wcieieraniami i kuracye odzwyczajające.