

GAZETA LEKARSKA.

Z ODDZIAŁU D-RA MED. A. SOKOŁOWSKIEGO W SZPITALU Ś-GO DUCHA W WARSZAWIE.

I. PRZYZYNEK DO ANATOMII PATOLOGICZNEJ POLIPÓW KRTANIOWYCH.

Podał

F. Świeżyński [z Wilna],
b. asystent oddziału.



Prof. CHIARI z Wiednia na ostatnim międzynarodowym kongresie w Rzymie wygłosił odczyt „O budowie i histologicznym stanowisku t. zw. włókniaków strun głosowych (*Ueber den Bau und die histologische Stellung der sogenannten Stimmbandfibrome*)“. W odczycie tym autor dowodzi, że większość t. zw. polipów krtaniowych błędnie zaliczaną jest do grupy włókniaków, ponieważ nowotwory te najczęściej przedstawiają ograniczony jedynie przerost (*hyperplasia*) wszystkich powierzchownych warstw strun głosowych. W chęci sprawdzenia poglądu tego z incyatywy D-ra Sokołowskiego zająłem się badaniem wszystkich kolejno polipów, jakie na oddziale naszym operowane były. W przeciągu roku zebrałem 12 takich przypadków i tutaj je podaję. Większość przytoczonych przypadków operowaną była przez D-ra S., 2 zaś z nich operowałem sam.

Przypadek I-szy. J K., l. 25, kupiec, od dzieciństwa skłonny do chrypek i nieżytów nosa. Obecnie od roku stale wzmagająca się chrypka. Wogóle zdrow. Na lewej właściwej strunie głosowej w przedniej $\frac{1}{3}$ części narosł wielkości dużego ziarnka grochu. Narośl owalnej formy wisi na cienkiej szypule u spodu struny i przy fonacji wpada pomiędzy struny. Prawa właściwa, jak również struny fałszywe zaczerwienione. Usunięta narośl robiła wrażenie maleńkiej torbieli, wypełnionej przezroczystą, lepłą, cieczą, która przy usuwaniu polipa wylała się, niestety.

Badanie drobnowidzowe wykazało, że ściana tej niby-torbieli składa się z wielowarstwowego nabłonka, pod którym wązką smugą rozciąga się nader delikatna, luźna tkanka łączna. Wnętrze pęcherzyka puste, tylko miejscami od ścian odchodzą łączno-tkankowe przegrody wgłęb. Dolny, stożkowaty odcinek pęcherzyka wypełnia takąż sama luźna tkanka łączna, nieobfitująca w komórki. Naczynia krwionośne nieliczne.

Wogóle obraz drobnowidzowy wykazał, że narośl, symulująca torbiel, zbudowaną była z luźnej tkanki łącznej, z nadzwyczaj wielkimi, między-włók-

nowemi przestrzeniami. Przestrzenie te wypełnione były płynem, którego natury bliżej oznaczyć nie mogłem.

Przypadek 2-gi. Z., l. 38, z Pińska, kantor izrael., od kilku miesięcy ma chrypkę, od czasu do czasu zmieniającą swe natężenie. Głos czasami składa się jakby z dwóch różnych tonów. Wogóle zdrów. Na swobodnej powierzchni prawej struny właściwej w przedniej jej części narodził się wielkości ziarenka konopi. Po odpowiednim przygotowaniu chorego narodził się usunięta została wraz z kawałkiem okolicznej błony śluzowej. Serye skrawków drobnowidzowych wykazały, że sąsiednia z przyczepem narodził się część błony śluzowej składa się z nader silnie przerosłego, wielowarstwowego, płaskiego nabłonka. Nabłonek ten najbardziej buja przy przejściu na przyczep narodził się i znowu grubość jego się zmniejsza na powierzchni narodził się. Podścielająca tkanka łączna struny przechodzi stopniowo w przyczep i wewnątrz samego polipa. Tkanka łączna cienkowłóknista z niewielkimi między-włóknkowymi przestrzeniami i nielicznymi wrzecionowatymi komórkami. Naczyń niewiele, lecz są dość szerokie.

Przypadek 3-i. H., l. 46, ofycalista pryw.. Oddawna skłonność do chrypki. Od 4 miesięcy chrypka stale się wzmaga. Prawa struna prawie na całej górnej powierzchni silnie zgrubiała. Lewa struna prawdziwa znacznie mniejszej objętości, silnie zaczerwieniona. Usunięto grubą błonę bladoróżową, pół-przeświecającą. Błona składa się z nadzwyczaj silnie przerosłego, wielowarstwowego z wielkimi komórkami nabłonka. Nabłonek w postaci zębów wgłębia się w podścielającą, dość zbitą tkankę łączną. Ta ostatnia obfituje w okrągłe komórki. W przestrzeniach międzywłóknowych gdzieniegdzie masy szkliste i wybroczyny. Naczynia nieliczne.

Przypadek 4-ty. L., l. 33, kupiec z Łowicza. Przed 8 miesiącami po silnym przeziębieniu wystąpiła nagle chrypka, która trwa dotąd. Czasami *diplophonia*. Na lewej strunie właściwej w przedniej jej części narodził się owalna, wielkości dużego ziarenka grochu, na dość dużej szypule. Przy fonacji narodził się wyskakuje ponad struny. Pod drobnowidzem narodził się składa się z wielowarstwowego, płaskiego nabłonka i luźnej tkanki łącznej, o dużych przestrzeniach międzywłóknowych. Przestrzenie te wypełnione są szklistymi masami, silnie barwiącymi się eozyną. W masach tych znajdujemy przestrzenie okrągłe i podłużne, wysłane śródbłonkiem, robiące wrażenie rozszerzonych naczyń limfatycznych. Naczynia krwionośne silnie rozwinięte, szerokie i liczne z nich wybroczyny. Przy barwieniu sposobem WEIGERT'a masy szkliste barwią się słabo na kolor fioletowy.

Przypadek 5-y. X., l. 40, śpiewak izr. z Czernichowa, skarży się na chrypkę, stale od 9 miesięcy się wzmagającą. Wogóle zdrów. Na prawej strunie właściwej bliżej przedniego kąta głowni narodził się wielkości ziarenka konopi o szerokim przyczepie. Budowa drobnowidzowa: nabłonek wielowarstwowy silnie zgrubiał; tkanka łączna o dość grubych włóknkach. Przestrzenie międzywłóknowe niewielkie, wypełnione drobnoziarnistymi masami. Naczynia niezbyt liczne, lecz znacznej objętości.

Przypadek 6-y. O. ślusarz, l. 32. Od 2 lat nieznaczna chrypka, od 3-ch miesięcy znacznie silniejsza. W przedniej $\frac{1}{3}$ lewej struny właściwej na cienkim przyczepie narośl, wielkości ziarnka konopi. Narośl, usunięta wraz z przyczepem, składa się z silnie wybujałego wielowarstwowego nabłonka i tkanki łącznej, o włóknach różnej grubości, krzyżujących się wzajemnie. Tkanka łączna w przyczepie nie różni się od tejże w samej narośli. Dość liczne komórki wrzecionowate i okrągłe. Nieliczne skupienia mas szklistych i niewielkie wybroczyny z rozszerzonych naczyń.

Przypadek 7-y. E., l. 30, kupiec z Gombina. Od 10 miesięcy chrypka. Przedtem chrypek nie miał. W krtani narośl czerwona, wielkości dużego ziarnka grochu, o szerokim przyczepie, umiejscowiona na prawej strunie właściwej u przedniego kąta. Przy fonacji narośl chowa się pod lewą strunę. Narośl zbudowana z silnie wybujałego nabłonka, wrastającego w postaci zębów w podścielającą tkankę łączną. Wnętrze narośli składa się z różnej wielkości przestrzeni międzywłóknowych, wypełnionych bardzo obfitymi wybroczynami i skrzepami. Włókna tkanki łącznej miejscami tracą swą włóknistość i przekształcają się w smugi jednolite, podobne do mas szklistych (*degener. hyalina*). Dużo naczyń.

Przypadek 8-y. D., l. 38, maszynista. Od 4 miesięcy częste nawroty lekkiej chrypki, która od kilku tygodni została ciągłą. Dużo pije i pali. Na górnej powierzchni lewej struny właściwej prawie w jej połowie czerwona narośl wielkości ziarnka konopi. Po usunięciu tej narośli z pod struny ukazała się zupełnie podobna druga na osobnym przyczepie. Obie te narośle składają się z silnie wybujałego nabłonka i luźnej tkanki łącznej z dość licznymi wrzecionowatymi komórkami. Naczyń bardzo dużo, wybroczyny bardzo obfite. Masy szkliste, dość obfite, grupują się przeważnie wzdłuż naczyń.

Przypadek 9-y. L., l. 42, kupiec. Od roku nieznaczna chrypka i codzienne, dość obfite krwawienia przy kaszlu. Chory, podejrzewany o gruźlicę, wysłany był do Meranu, skąd powrócił bez polepszenia. Stan ogólny dobry. W płucach zmian dostrzegalnych niema. W krtani znaleziono narośl na cienkim przyczepie, wielkości pestki wiśniowej, krwawiącą za lada dotknięciem. Narośl umiejscowiona pod prawą struną właściwą blisko przedniego kąta głośni. Po usunięciu narośli krwawienia codzienne ustały bezpowrotnie. Po upływie $\frac{1}{2}$ roku chory zgłosił się w zupełnym zdrowiu.

Narośl składa się z luźnej tkanki łącznej o różnej grubości włóknach, nieprawidłowo krzyżujących się i tworzących wielkie przestrzenie, wypełnione bądź jednolitemi masami szklistymi, bądź skrzepami krwi. Masy szkliste zawierają liczne, wysłane śródbłonkiem, przestrzenie. Naczynia silnie rozwinęte. Pokrywający narośl nabłonek, silnie przerosły, zębato wrasta w podścielisko.

Przypadek 10-y. K., l. 56, krwawiec. Od roku chrypka, stale wzmagająca się. Od 6 miesięcy od czasu do czasu pokazują się niewielkie ilości krwi przy kaszlu. Na lewej strunie w przedniej $\frac{1}{3}$ części czerwona narośl, wielkości małego grochu. Budowa narośli podobna zupełnie do powyżej opi-

sanych. Liczne naczynia krwionośne i wybroczyny z nich nadają narośli kolor czerwony.

Przypadek II-y. Z., l. 38, urzędnik, skłonny do chrypki i nieżyttów, od kilku miesięcy zapadł na zwiększającą się chrypkę. Wogóle zdrowy. Na prawej strunie prawie u samego przedniego kąta głośni narośl, wielkości ziarnka konopi, brunatnego koloru. Narośl zbudowana z luźnej tkanki łącznej z nielicznymi wrzecionowatymi komórkami. Pokrywający nabłonek mocno, lecz równomiernie, przerosły. Naczynia szerokie i liczne. Dość liczne masy szkliste około naczyń.

Przypadek 12-y. D., dziewczynka, l. 9. Od ¼ roku stopniowo wzmagająca się chrypka i duszność. Wogóle zdrowa. Na prawej strunie u przedniego kąta głośni narośl, wielkości ziarnka konopnego. Bliżej ku tylnej ścianie na obu strunach głosowych właściwych kilkanaście wyrosło podobnych, grupujących się w postaci kalafiora. Po usunięciu wyrosło głos powrócił zupełnie i duszność znikła. Po miesiącu jednak objawy powyższe powróciły z większą jeszcze siłą i okazało się, że wyrosłe odrodziły się bujnie. Zaproponowaną była *laryngo-fissura*, lecz wobec wahania się rodziców usunięto powtórnie narośle endolaryngealnie, poczem przyżegano pozostałości fenolem sulfo-rycynowym. Duszność stała się znacznie mniejszą wkrótce, a głos powrócił znacznie później.

W danym przypadku narośle składały się przeważnie z bardzo silnie wybujałego nabłonka wielowarstwowego. Nabłonek z wielkimi komórkami w postaci zębów wrastał w podścielisko. Podścielająca luźna tkanka łączna z licznymi komórkami wrzecionowatymi i okrągłymi stanowiła małą tylko część wyrosła. Naczynia szerokie i w dużej ilości. Rozpatrując pod względem anatomo-patologicznym przytoczone powyżej przypadki, widzimy przede wszystkim, że nowotwory te nie odgraniczają się ostro od otaczających tkanek, a przeciwnie normalne części składowe strun przechodzą stopniowo w istotę wyrosła. Doskonale widać to w preparatach przypadku 2-go, 3-go i 6-go, gdzie narośl usunięto bądź wraz z kawałkiem okolicznych normalnych tkanek, bądź z całkowitym przyczepem. Przypadek 3 charakterystyczny jest jeszcze pod tym względem, że tam powierzchowne warstwy struny na dużej przestrzeni uległy przemianie i wytworzyły wyrosło tejże natury, co w innych przypadkach na ograniczonym tylko miejscu znajdujemy. Co do wewnętrznej budowy naszych narośli, to składają się one z mniej lub więcej przerosłego, wielowarstwowego nabłonka, luźnej takiejże samej, jak w normalnych więzach głosowych, tkanki łącznej i silnie rozwiniętych naczyń. Słowem, w skład nowotworów tych wchodzi wszystkie te same części, które przyjmują udział w budowie normalnych powierzchownych warstw strun właściwych. Wobec tego słusznie zaliczać się winny do ograniczonych przerostów strun, nie zaś do włókniaków. Za tem przemawia również i względna ich łagodność.

Większość autorów zgodnie z EPINGER'em, który nowotwory te dokładnie opisał w anatomii patologicznej KLEBS'a, zalicza je do rzędu włókniaków miękkich (*fibroma molle vel tuberosum*). Pogląd ten zbija prof. CHIARI

w swym odczycie, a ja zdanie jego podzielam. EPINGER sam oddziela do rzędu t. zw. polipów nowotwory, powstałe jedynie z przerostu, lecz uważa je za mniej częste, kiedy w istocie, zdaje się, jest wprost przeciwnie.

Co się tyczy przyczyn powstawania polipów krtaniowych, to obrazy drobnowidzowe również dają nam niejakię wskazówki. Oto w większości naszych polipów spotykamy silnie rozszerzone naczynia, liczne wybroczyny i skrzepy krwi w przestrzeniach międzywłóknowych, obok mniej lub więcej silnego drobnokomórkowego nacieczenia. Są to niewątpliwe oznaki trwającego w danych tkankach stanu zapalnego. Przewlekły ten stan zapalny jest następstwem częstych przekrwień, na jaką krtani narażoną bywa u ludzi, zmuszonych z powodu swej profesyi nadwierać swe więzy głosowe. W istocie też polipy, jak to widać z przytoczonych przypadków, zdarzają się najczęściej u śpiewaków, kupców, nauczycieli i t. d. Częste przekrwienia sprowadzają przewlekły stan zapalny więzów, pod wpływem którego tkanka łączna buja i wytwarza bardziej lub mniej ograniczone przerosty.

Że stan zapalny poprzedza utworzenie się polipa, mówi nam anamneza każdego nieledwie przypadku. Chory zwykle długo cierpiał i często zapadał na chrypkę, zanim skonstatowano u niego polipa.

Nakoniec słów kilka chciałbym powiedzieć o często spotykanych, szczególnie w polipach większych, masach bezkształtnych, o których wspomina także EPINGER, zwąc je masami szklistem i [hyalinowemi]. Masy te grupują się najczęściej wokół naczyń w postaci silnie się barwiących eozyną niewyraźnych włókien, lub też wypełniają całkowicie przestrzenie międzywłóknowe tkanki łącznej. W większych skupieniach mas tych spotykamy często przestrzenie, wysłane jakoby śródbłonkiem. Masy te rozmaicie zachowują się względem barwników: eozyną przeważnie silnie się barwią; pod wpływem karminu przyjmują raz więcej, to znów mniej różowe, rozlane zabarwienie; przy barwieniu sposobem WEIGERT'a otrzymują one odcień słabo-fioletowy; kwas pikrynowy nadaje im odcień żółto-brunatny. Odczynów barwnych charakterystycznych dla przeistoczenia mączkowatego [amyloidu] masy te nie dają.

Przy porównywaniu obrazów drobnowidzowych rodzi się przypuszczenie, że masy szkliste powstają wskutek swoistego przeistoczenia włókien tkanki łącznej.

Wreszcie chciałem zwrócić uwagę czytelnika na ostatni z przytoczonych przypadków. Budowa wyrosła w przypadku tym różni się od innych tylko tem, że bujanie nabłonka wystąpiło tu na pierwszy plan. Wraz zaś z silniejszym bujaniem nabłonka okazała się i złośliwość nowotworu, wobec czego przypadek ten odnoszę bardziej do rzędu nowotworów nabłonkowych, a mianowicie do tak zwanych papillomatów.

Z punktu widzenia klinicznego godnymi zaznaczenia są przypadki 9 i 10, w których polipy krtani były źródłem krwiopluć, mogących nasuwać przypuszczenie donioslejszego cierpienia, niż to było w istocie. Badania anatomiczne przeprowadzałem w pracowni prof. BRODOWSKIEGO, a preparaty moje raczył łaskawie przejrzeć prof. PRZEWOSKI, za co niniejszem serdecznie podziękowanie mu składam.

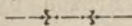
II. NIEZWYKŁY PRZYPADEK PLEŚNIAWEK

(soor)

W JAMIE USTNEJ, NOSOGARDZIELOWEJ I W KRTANI W JAMIE USTNEJ, NOSOGARDZIELOWEJ I W KRTANI

D-r Jan Sędziak,

b. asystent przy oddziale chorób gardłanych i płucnych w szpitalu Ś-go Ducha w Warszawie.



P, lat 15 licząca, córka oficjalisty, przybyła do mnie w dniu 28 lipca 1894 roku, skarżąc się na zawadę przy lykaniu, mowę nosową, oraz od czasu do czasu zwracanie płynów przez nos. Powyższe objawy trwają mniej więcej od 2 tygodni. Chora przed miesiącem przeżyła ciężką błonicę gardzieli, po której pozostało znaczne osłabienie.

Przy badaniu znalazłem, co następuje: chora nędźnie odżywiana, błąda, w wewnętrznych narządach [serce, płuca i t. p.] zmian nie znalazłem. Stan bezgorączkowy, tętno słabe, drobne. Dysfagia, mowa z dość wyraźnym odcieniem nosowym. W jamie ustnej: na całym miękkim podniebieniu, na łukach podniebiennych i na języzku widać mocno zaczerwienioną i obrzmiałą błonę śluzową, na której są porozrzucane w dużej ilości tu i ówdzie białawe plamki różnej wielkości od łepka szpilki, aż do $\frac{1}{2}$ —1 ctm. w średnicy mające, te ostatnie widocznie ze zlania się dwóch i więcej plamek pochodzące. Szczególnie obficie nagromadzone są na obu migdałkach podniebiennych, na których tworzą po prostu całe błony, na podobieństwo dyfterytycznych. Tylne ściana gardzieli natomiast zawiera ich mało i to tylko drobniejsze, tu i ówdzie porozrzucane.

Badając nos od tyłu za pomocą lusterka, przekonywamy się, że i jama nosogardzielowa nie jest wolną od sprawy chorobowej. Zarówno strop gardzieli [mianowicie t. zw. migdałek LUSCHKI], jakoteż boczne ściany [okolica trąbek EUSTACHIUSZA, *foveae Rosenmülleri*], po części są pokryte drobnymi pojedynczymi plamkami tego samego charakteru, co i w jamie ustnej. Błona śluzowa, wyściełająca jamę nosogardzielową, dość silnie zaczerwieniona i rozpulchniona. Tyłne końce dolnych i średnich muszel nosowych, jakoteż lemiesz również nieco zawierają białawych drobnych plamek, natomiast w nosie od przodu z wyjątkiem umiarkowanego nieżytu rozlanego, tworów podobnych do powyżej opisanych nie udało mi się wykryć.

Wreszcie, badając chorą lusterkiem krtaniowem, spostrzegamy także białawe plamki, a raczej błonki na rozpulchnionym i mocno zaczerwienionym migdałku językowym, nieco mniej na przedniej powierzchni nagłośni, więzach nagłośnio-nalewkowych, oraz tylnej ściance i zatokach gruszkowatych[?] (*sinus pyriformis*). W obu tych ostatnich miejscach znowu w większej ilości. Błona śluzowa na powyższych miejscach jest zaczerwieniona i obrzmiała. Struny, zwłaszcza prawdziwe, natomiast zmian żadnych nie przedstawiają. Uszy, resp. błony bębenkowe, zdrowe, słuch dobry.

Gruczoły chłonne szyjowe z obu stron nieco powiększone, lecz niebolesne. Łaknienie słabe, stolce prawidłowe. Miesiączkowanie słabe.

Już z samego wyglądu, podejrzewając jakąś sprawę grzybkową, za pomocą wyjąłowanej pincety zdjąłem kilka białych plamek, oraz błonek z różnych miejsc jamy ustnej [z migdałków, z języczka, jakoteż z jamy nosogardzielowej, z migdałka LUSCHKI, wreszcie z migdałka językowego i tylnej ścianki krtani], co dość łatwo, prawie bez krwawienia, dało się uskuteczyć, przyczem błona śluzowa pod spodem okazała się dość mocno zaczerwienioną, nieco nierówną. Twory te, poddane badaniu drobnowidzowemu, wszędzie i zawsze wykazywały też same cechy: liczne komórki nabłonkowe, oraz masy grzybkowe, które przy bliższem rozpatrzeniu składały się z rozgałęzionych, cylindrycznych, nitek, złożonych z wydłużonych, obok siebie leżących komórek z ziarenkami, oprócz tego t. zw. owoconośnie (*sporangia*), oraz pojedyncze spory.

Jednem słowem: mieliśmy obrazy typowe dla t. zw. grzybka pleśniowego (*Soorpilz*), inaczej pleśnią białawą (*oidium albicans* s. *luctis Robin*) zwanego, identyfikowanego ostatnimi czasy z *mycoderma vini* [GRAVITZ], lub *saccharomyces albicans* [REES].

Z przebiegu cierpienia mało mam do zanotowania. Chorej zaleciłem do wewnątrz arszениk [pod postacią *Sol. Fearsoni* z chiną] do płukania zaś mentol. Stan ogólny zaczął się poprawiać. Łaknienie coraz lepsze, wygląd także. Płynny przez nos nie są zwracane. Bóle przy łykaniu ustąpiły powoli; ilość plamek, resp. błon, coraz mniejsza. Zaczerwienienie, oraz obrzmienie błony śluzowej jamy ustnej i nosogardzielowej, a także i krtani, mniejsze. Po upływie 2 tygodni zaledwie jeszcze ślady tego cierpienia były na migdałkach podniebiennych, oraz językowym. Wreszcie i te ustąpiły. W 2 miesiące ani śladu cierpienia. Mowa wyraźna bez odcięcia nosowego. Stan ogólny dobry.

Jak wiadomo, „soor“ jest cierpieniem „par excellence“ wieku dziecięcego; przeważnie spotykamy go u ssawców. U dorosłych w ogóle zdarza się rzadko i to po większej części jako następstwo mniej lub więcej długotrwałych, wyniszczających organizm, cierpień, np gruźlicy płuc, moczówki cukrowej, raka, tyfusu i t. p. [SCHMIDT¹⁾]. SCHECH²⁾ utrzymuje, że cierpienie to może się zdarzyć i u zupełnie zdrowych [2 przypadki]. Również B. FRAENKEL³⁾, z którego polikliniki MLINIK w swojej rozprawie w r. 1877 szczegółowo opisał jeden przypadek „*Soor idiopatica*“ u dorosłego. Przypadki tego rodzaju spostrzegali również FREUDENBERG i SEIFERT⁴⁾.

Jako następstwo spraw chorobowych ostrych, pleśniawki bardzo rzadko, zwłaszcza u dorosłych, występują. O możliwości takiej wspomina FORCHHEIMER⁵⁾.

1) Die Krankheiten der Luftwege. Berlin. 1894, p. 439.

2) Die Krankheiten der Mundhöhle etc. III wyd. 1890. p. 201.

3) Pharynxkrankheiten. Eulenburg's Encyclopedie. I u. II Auf.

4) Die Pathologie der Zungeatonsille. Arch. f. Lar. 1894. p. 68. I B.

5) The diseases of the mouth in Children. Philadelphia. 1892. p. 58.

LOERI ¹⁾ opisał przypadek zapalenia płuc włóknikowego, w którym 7-go dnia podczas „*crisis*“ wystąpiły pleśniawki w jamie ustnej, które szybko rozszerzyły się na gardziel i krtań.

Bardzo interesujący przypadek „*soor*“ w gardle i nosie u 17-letniego chorego po influenzy [po 3 tygodniowym trwaniu] opisał THORNER z Cincinnati ²⁾. ROSENBERG w swoim podręczniku chorób gardła i krtani ³⁾ również wspomina o analogicznym do powyższego przypadku, t. j. wystąpienie pleśniawek w przebiegu ciężkiej influenzy.

Nasz przypadek jest ciekawym, gdyż *soor* występuje tu: 1) u osoby dorosłej i 2) w następstwie choroby ostrej [błonicy gardzieli]. Jeszcze pod jednym względem zasługuje on na uwagę, mianowicie na umiejscowienie się sprawy chorobowej.

Wiadomo, że pleśniawki szczególnie chętnie umiejscawiają się w jamie ustnej [migdałki], zwłaszcza zaś na języku [BUTLIN ⁴⁾], skąd rozszerzają się przede wszystkim ku dołowi, *resp.* na krtań. Przypadki tego rodzaju spostrzegali SCHROETTER ⁵⁾, oraz MASSEI i FASANO. W tych ostatnich przypadkach masy pleśniawek były nawet powodem znacznego utrudnienia oddechu (*stenosis*). Po drodze czasami sprawa chorobowa zajmuje t. zw. migdałek językowy (*tonsilla quarta s. lingualis*). W cennej monografii SEIFERT'a ⁶⁾ o cierpieniach migdałka językowego znajdujemy wzmiankę o 2 przypadkach tego rodzaju, spostrzeganych przez autora u osobników dorosłych [zdrowych].

Już o wiele rzadszem jest rozszerzenie się pleśniawek z jamy ustnej i gardzielowej ku górze, a więc na jamy nosogardzielowe, a zwłaszcza nosowe. Ten ostatni fakt zwykle tłumaczonym bywa w sposób następujący: pleśniawki (*soor*) rozwijają się wyłącznie na tych miejscach błony śluzowej, które pokryte są płaskim nabłonkiem. Natomiast nabłonek stożkowy, *resp.* migawkowy, który wyściela np. jamy nosowe, nie sprzyja rozwojowi tej pleśni. Twierdzenie to tylko do pewnego stopnia jest słusznem, znane są bowiem przypadki, w których *soor* rozwinął się w nosie. Tu się odnosi przede wszystkim powyższej przytoczony przypadek THORNER'a.

Ciekawym jest cytowany przez tego ostatniego przypadek VALENTIN'a z Bernu, dotyczący 9-letniej dziewczynki, u której *soor* zajęła nosogardziel, okolicę trąbek EUSTACHIUSZA, wreszcie ucho środkowe.

W naszym przypadku] pleśniawki kolejno zajmowały jamę ustną [podniebienie miękkie, języczek, migdałki], dalej migdałek językowy, nagłośnię, więzy

1) Die durch anderwertige Erkrankungen bedingten Veränderungen des Rachens etc. Stuttgart. 1885. p. 67.

2) Soor des Rachens und der Nasenhöhle bei einem Erwachsenen, als Begleiterscheinung der Influenza. N. Y. med. Monat. 1892. Februar.

3) Die Krankheiten der Mundhöhle etc. 1893. Berlin. p. 151.

4) Diseases of the tongue. London. 1885. p. 383.

5) Verlesungen über die Krankheiten des Kehlkopfes. Wien 1892. p. 131.

6) L. c.

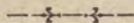
4) L. c.

nagłośnio-nalewkowe, tylną ścianę krtani, oraz zatoki gruszkowate z jednej strony, a jamę nosogardzielową [migdałek LUSCHKI, okolice trąbek EUSTACHIUSZA, zatoki ROSENUELLER'a] i tylne odcinki jam nosowych [tylne końce muszel i lemiesz]. Jednym słowem: prawie cały górny odcinek dróg oddechowych był w naszym przypadku zajęty sprawą grzybkową, co również do zbyt częstych nie należy.

III. PRZYPADEK TĘTNIAKA AORTY ZSTĘPUJĄCEJ, UCISKAJĄCEGO PRZELYK.

Podał

D-r med. Józef Winiarski.



Jak wiadomo, najczęstszem siedliskiem tętniaka aorty bywa łuk tejże i aorta wstępująca; rzadziej umiejscawia się tętniak w aorcie zstępującej. Przypadek tego ostatniego rodzaju miałem sposobność spostrzegać na oddziale D-ra CHEŁCHOWSKIEGO w szpitalu Dzieciątka Jezus, a że przedstawiał on pewne osobliwości, przeto go poniżej przytaczam.

F. Biały, 58 lat liczący, kucharz, zapisał się na oddział dnia 13. I. 1893 r. Wywiady wykazały, co następuje: chory od 12-u lat po przebytych tyfusie miewa od czasu do czasu bóle kłujące w lewym boku. Od 1¼ roku utrudnienie przelękania suchych i sypkich pokarmów oraz rozpieranie w brzuchu. Od 6-iego miesiący utrudnienie oddechu, przychodzące napadami i przemijające. Od 8-iego dni znaczne pogorszenie, niemożność zajmowania się pracą, napady kaszlu, duszność bardzo silna, połączona z obawą śmierci i uczuciem przepełnienia powietrzem klatki piersiowej, tak, żeby sobie ulżyć, chory zatyka jedno nozdrze. Od tegoż czasu leży w łóżku. Stolec zaparty.

Status praesens dnia 14 stycznia 1893.. Chory wzrostu średniego, umiarkowanej budowy ciała i miernego odżywiania. Tętno 108, słabe. Ciepłota ciała 37,6° C. [poprzedniego zaś dnia wieczorem 39,4° C.]. Chory robi wrażenie ciężko chorego, w łóżku wciąż siedzi, w tej bowiem pozycji czuje najmniejszą duszność. Zdala już od łóżka chorego słycać utrudniony stenotyczny oddech. Barwa skóry i widocznych błon śluzowych z odcieniem białawym. Język silnie obłożony. Od czasu do czasu zauważyć można na lewej połowie szyi silne nabrzmienie żył. Oddech przeważnie typu brzuszne-go. Opukiwanie płuca prawego wykazuje obniżenie jego granic o 1 międzyżebrze. Co się tyczy lewego płuca, to granice jego są prawidłowe, ale z tyłu u dołu, prawie do kąta lewej łopatki odgłos opukowy jest przytłumiony, także stłumienie i pod lewą pachą. Zresztą odgłos nad prawą i lewą stroną niezupełnie jednakowy: z lewej strony jaśniejszy. Oddech, głos i drżenie

głosowe nad całym niemal lewym płucem osłabione. Próbné przekłucie dało wynik ujemny; igła spotkała silny opór. Nad górnemi częściami górnych zrazów obu płuc oddech stenotyczny, oskrzelowy, z lewej strony z odcieniem amforycznym. Wymiary klatki piersiowej: pod pachami prawa połowa 45 ctm., lewa 44 ctm.; na linii sutkowej z prawej strony, zarówno jak i z lewej, 43 ctm.; na wysokości zaś wyrostka mieczykowatego prawa połowa klatki ma 43, lewa zaś 45 ctm.. Na rękoności mostka stłumienie, zachodzące na lewo i nieco na prawo od mostka, a oddech bardzo silnie stenotyczny. Granice serca zmniejszone, tony głuche. Tętno na prawej tętnicy promieniowej daleko silniejsze, niż na lewej. Wątroba nie powiększona. Krtań przesuwa się przy ruchach oddechowych bardzo mało, przy badaniu wziernikiem krtańowym otrzymuje się obraz prawidłowy. Płwocina piana. Mocz mocno kwaśny, o ciężarze właściwym 1016, białka nie zawiera. Zgłębnik żołądkowy przechodzi przez przelyk z łatwością, przyczem górny jego koniec wyraźnie pulsuje w chwili, gdy dolny znajduje się w przelyku na wysokości, mniej więcej odpowiadającej rozgałęzieniu tchawicy na oskrzela. Rozpoznano tętniaka aorty i zalecono choremu dyetę mleczną, a przeciwko kaszlowi przepisano *elixir pectoral.* i proszki DOVER'a. Wieczorem tegoż dnia ciepłota ciała 38,9° C.

Następnych dni chory gorączkował do 38,9° C., tętno zaś było od 108, do 120 uderzeń na minutę, subiektywnie chory czuł się nieco lepiej.

18. I. Stan ogólny znacznie się pogorszył, duszność coraz to większa. Pomimo stosowania środków podniecających chory o godzinie 3-ej po południu życie zakończył.

Badanie pośmiertne, dokonane dnia 20. I. 1893 r. w obecności prof. BRODOWSKIEGO, wykazało rozlane rozszerzenie aorty wstępującej, jeszcze silniejsze łuku aorty oraz poczynające się workowatego tętniaka u początku aorty zstępującej na ścianie tylnej. *Endarteriitis deformans* w silnym stopniu na całej aorcie aż do dołu. W sercu nic nieprawidłowego nie znaleziono. Lewe płuco silnie było zrosnięte z przeponą. *Bronchopneumonia catarrhalis* w dolnym zrazie i w dolnej części górnego zrazu lewego płuca. Żadnych śladów uciśnięcia oskrzela nie znaleziono. W nerkach przewlekłe zmiany zapalne (*nephritis chronica*).

Nie będę przytaczał przy tem krótkiem spostrzeżeniu literatury odnośne go przedmiotu. Ograniczam się wyłącznie do naszej literatury, w której znalazłem tylko 2 przypadki, podobne do niniejszego 1).

Pierwszy przypadek opisał D-r FELIKS TROJAŃSKI 2). U 37-letniego mężczyzny, kapitana artylerji, znalazł autor ten przy badaniu pośmiertnem

1) Oprócz przytoczonych w tekście tętniaków aorty zstępującej pozwałam sobie przypominieć tu bardzo porządnie opisane przez D-ra DRZEWIŃSKIEGO dwa przypadki tętniaka aorty brzusznej. [Pamiętnik Lek. Warsz. MALCZA, Tom I. Zeszyt IV, str. 441—448. Spostrzeżenia z roku 1827].

2) O aneurysmacie łuku tętnicy głównej zstępującej przez gardziel do przepustu jelitowego otwór sobie torującym, u chorego z przeciw-prawidłowem rozpołożeniem trzewiów brzusznych Pamiętnik Warsz. Tow. Lek. 1849. Tom XXII. Poszyt I, str. 70—95. Spostrzeżenia z roku 1825.

tętniaka aorty zstępującej, objętości dwóch blisko pięści, który zajmował przestrzeń od środka I-go aż do V-go kręgu grzbietowego. Tętniak ten przednią swoją powierzchnią ściśle był zrosnięty z przełykiem, z którym na wysokości III-go i IV-go kręgu grzbietowego łączył się za pomocą otworu na 1 cal długiego, a na $\frac{1}{4}$ cala szerokiego, tylną zaś swoją powierzchnią tętniak ten był za pośrednictwem więzadła podłużnego, środkami kręgów łączącego, spojony z kręgami grzbietowymi.

Za życia chory ten, oprócz duszności, skarżał się na bóle i kaszel przy połykaniu, a w ostatnich dniach na zupełną niemożność przełykania. Śmierć wskutek krwotoku.

Drugi przypadek, opisany przez D-ra S. KRASZEWSKIEGO³⁾, nie był stwierdzony sekcyą. Z powodu utrudnionego połykania KRASZEWSKI stwierdził zwężenie przełyku zgłębnikiem; o pulsowaniu przytem zgłębnika nie wspomina, natomiast na miejscu zwężenia improwizowanym przyrządem manometrycznym stwierdził rytmiczne i współczesne z tętnem podnoszenie się i opadanie wody w rurce szklanej, połączonej ze zgłębnikiem. Na tem autor oparł rozpoznanie tętniaka aorty, uciskającego przełyk.

Zjawisko to jest analogiczne z pulsowaniem zgłębnika, wprowadzonego do przełyku, jakie miało miejsce w moim przypadku. Przypuszczałem, że fakt ten będzie się stale powtarzać, jednakże u innego chorego, dotkniętego tętniakiem niewątpliwym łuku aorty, pulsacyi tej po wprowadzeniu do przełyku zgłębnika nie zauważyłem. Nadmienić mi też wypada, że u żadnego z chorych, dotkniętych innemi chorobami, zjawiska tego również zauważyć nie mogłem, nawet i u takich, u których można było przypuszczać silną sklerozę aorty. Sądzę więc, że może ono mieć pewne znaczenie dyagnostyczne, zwłaszcza w przypadkach wątpliwych.

Zwrócę jeszcze uwagę na kilka osobliwości mego przypadku. Za życia chory, oprócz objawów zwężenia przełyku, co oczywiście spowodowanem było tętniakiem aorty, okazywał obraz zwężenia lewego oskrzela. Musiało ono zależeć od ucisku, wywieranego na oskrzele przez stwardniałą i rozszerzoną aortę, a nie przez tętniaka, bo ten powstał nie na przedniej, lecz na tylnej jej ścianie.

Wspominałem już w opisie o szczególnej sensacyi chorego: uczucie nadmiaru powietrza w piersiach. Chcąc zmniejszyć ten nadmiar, chory zalepiał sobie jedno nozdrze miększem z bułki i żadną miarą nie pozwalał go sobie usunąć.

¹⁾ Zwężenie przełyku nagle zwiększonym tętniakiem aorty zstępującej. Gazeta Lekarska. 1886, str. 978—976.

NOTATKI LEKARSKIE.

I. Przypadek histeryi, symulującej rozsiane stwardnienie ośrodków nerwowych.

CHARCOT nazwał histeryę „*la grande simulatrice*“. Rzeczywiście ze wzrostem liczby dokładnych spostrzeżeń widzimy, że niema prawie cierpienia organicznego układu nerwowego, któregooby nie symulowała histerya. Pozwolę sobie opisać spostrzeżenie, w którym histerya ładząco naśladowała rozsiane stwardnienie tak, że chory przysłany został do nas z tem tak fatalnem dla niego rozpoznaniem.

Przypadek dotyczył W. P., lat 30 liczącego, robotnika, który zapisał się na oddział D-ra GAJKIEWICZA dnia 10 grudnia 1895. Z wywiadów dowiedziano się, że chory nigdy nie cieszył się dobrem zdrowiem, nigdy nie mógł ani wyraźnie mówić, ani szybko i zręcznie chodzić; dla tej podobno przyczyny nie wzięto go do wojska. Bracia i ojciec chorego wymowę mają taką, jaką i sam chory. Zresztą o cierpieniach nerwowych w rodzinie chory nic nie wie; o początku terażniejszej choroby nie umie opowiedzieć, wie tylko, że chorym jest około 2 lat. Przy badaniu znaleziono następujący stan: chory skarży się na zawroty głowy i drżenie w kończynach. Zrenice, równomiernie rozszerzone, oddziałująwają dobrze na światło i akomodację; ruchy gałek ocznych nieograniczone, przy spojrzeniu w bok nieznaczne bieganie oczu (*nystagmus*); siła wzroku nie osłabiona, oftalmoskop nie wykrywa zmian; pole widzenia znacznie dośrodkowo zwężone, szczególnie w prawem oku; dyschromatopsyi, mikromegalopsyi niema. Chory mówi niewyraźnie tak, iż trudno go zrozumieć, mowa przypomina potrosze jąkanie, potrosze skandowanie. Drżenie głowy. Ruchy w kończynach górnych i dolnych nieograniczone; w prawych kończynach znaczne drżenie przy ruchach celowych, przypominające „*Intentionszittern*“. Od-ruchy rzepkowe wzmoczone; *clonus pedis* z prawej strony. Czucie na dotyk niezmienione; na ból osłabione na twarzy; znieczulenie bólowe wysepkami na kończynach i tułowiu, głównie z prawej strony. Brak odruchu z gardzieli; osłabiony z białkówki. Chód chorego jest jak gdyby paretyczno-spastyczny, przy usiłowaniu obrócenia się chory zatacza się silnie. Przy spojrzeniu w górę pojawia się zawrót głowy i chory zatacza się. Zaburzeń ze strony odbytnicy i pęcherza niema. Po 2 tygodniach pobytu w szpitalu chory wypisał się w następującym stanie: zawroty głowy niema; drżenie przy celowych ruchach zaledwie dostrzegalne tylko w prawej górnej kończynie, bieganie oczu w mniejszym stopniu, niż poprzednio. Czuciowych zmian niema; odruchy z białkówki i z gardzieli dobre. Odruchy rzepkowe wzmoczone; *clonus pedis* niema. Mowa podawnemu. Chód lepszy. Według słów chorego i brata jego, chory nigdy zdrowszym, niż obecnie, nie był.

Opierając się na objawach, spostrzeganych u naszego chorego, jakoto: bieganie oczu, drżenie przypominające „*Intentionszittern*“, mowa skandowana, zawroty głowy, łatwo można było rozpoznać rozsiane stwardnienie. Głębiej zastanowiwszy się nad tymi objawami, przysłiśmy do wniosku, że są one niezawodnie histerycznej natury. Za tem rozpoznaniem przemawiała najpierw obecność stygmatów histerycznych, mianowicie: typowe zmiany czuciowe; brak odruchu z gardzieli, osłabienie z białkówki, dośrodkowe zwężenie pola widzenia. Lecz mogło się zrodzić przypuszczenie, że mamy w danym przypadku t. z. *association hystéro-organique*. Łatwo jednakże odrzucimy i to rozpoznanie, gdy uważniej rozpatrzmy objawy rozsianego stwardnienia, spostrzegane u naszego chorego. Drżenie przy ruchach celowych, aczkolwiek przypominało „*In-*

tentionszittern“, jednakże różniło się tem, że niezawsze jednakowo silnie było wyrażone, to nasilając się, to znowu słabnąć bez widocznej przyczyny; ostatecznie zaś prawie całkowicie ustąpiło, a według słów chorego, nigdy on nie miał całkowicie zręcznych ruchów. Za histerycznem pochodzeniem drżenia przemawiało i to, że drżenie zajmowało prawie kończyny i z prawej strony silniej wyrażone były zmiany czuciowe i dośrodkowe zwięźenie pola widzenia. Zawroty głowy bardzo łatwo ustąpiły po zastosowaniu elektryzacji statycznej. Mowa chorego nie tyle była mową skandowaną, ile jakaniami, a do reszty straci wartość rozpoznawczą ten objaw, gdy weźmiemy pod uwagę, że cała rodzina odznacza się taką samą wymową i że mowa chorego płynniejszą była, gdy chory wyrażał się po żydowsku; po polsku trudniej było choremu mówić. Bieganie oczu (*nystagmus*) było bardzo nieznaczne i tylko przy bocznem spojrzeniu; w szpitalu zmniejszyło się. Ten objaw nie upoważnia do rozpoznania rozsianego stwardnienia, gdyż niejednokrotnie spostrzeganym bywa u całkiem zdrowych ludzi. Szczególniej wymownie świadczy przeciwko rozpoznaniu stwardnienia rozsianego, a za przyjęciem histeryi wynik leczenia. Objawy, spostrzegane u naszego chorego, po kilku posiedzeniach elektryzacji statycznej poprawiły się, a po 2 tygodniach prawie całkowicie ustąpiły.

Konstanty Stróżewski.

2. Przypadek tężyczki, zakończony nagłą śmiercią.

W połowie czerwca r. z. wezwany zostałem do Seweryna Kędz..., mularza, 28 lat wieku, którego zastałem w napadzie następującym.

Chory od kilku już minut leży na łóżku zeszywniały, nie mogąc żadnego ruchu ani tułowiem, ani kończynami górnymi wykonać. Te ostatnie znajdują się w położeniu, w jakim zwykle je w przypadku przykurczeń znajdujemy, t. j. ramię nieco przysunięte do tułowia, przedramię zgięte w stawie łokciowym i dłoniowym; palce natomiast zgięte w pierwszych stawach palcowych, a wyprostowane w pozostałych, paluch zaś w położeniu *adductio* i *oppositio*. Chory, najzupełniej przytomny, ani słowa wyrzec nie może, z powodu wyraźnego sztywności, a nadto, jak się w końcu napadu po zwolnieniu żwaczki okazało, z powodu udziału w skurczu tonicznym także mięśni języka. Na twarzy maluje się wyraz przygnębienia i bólesci, skóra pokryta obfitym potem. Gałki oczne nieco zwrócone ku górze.

Badanie narządów wewnętrznych wykazało zupełną prawidłowość czynności płuc i serca. Natomiast wypuklenie nadbrzusza na znacznej przestrzeni, sięgające ku dołowi poniżej pępka, szmer pluskania w tejże okolicy, wespół ze wszystkimi objawami niestrawności, jakoto: odbijaniem, wymioty o zapachu bardzo przykrym, uczucie pełności i ucisku w okolicy żołądka po jedzeniu, brak łaknienia, zaparcie stolca i t. d., świadczą z wszelkiem prawdopodobieństwem [badanie zawartości bowiem, jakoteż dokładne wymiowanie granic żołądka na razie dokonaniem być nie mogło] o istniejącem rozszerzeniu żołądka. Chory zapytany, czy nie wie, jaka jest przyczyna trapiących go napadów, odpowiada, że jest to „sprawa żołądkowa“, która datuje już od lat kilku. Ma on też przy sobie stale zglębnik, którym z rozporządzenia lekarza sam opróżnia żołądek z zalegającej w nim zawartości. Cierpienie żołądkowe doprowadziło chorego do stanu ogromnego wyniszczenia, charłactwa, o którym świadczą: ziemista cera twarzy, zapadnięte policzki i zupełny zanik tkanki tłuszczowej.

Napad skurczów tonicznych, w jakim chorego zastałem, a przedstawiający typowy obraz tężyczki, po kilku minutach ustał, by po kilku dalszych z większą jeszcze ponowić się siłą, tak, iż podczas mej wizyty byłem świadkiem trzech takich napadów. Objawy TROUSSEAU'a i CHVOSTEK'a występują u chorego bardzo wyraźnie. Objawów ERB'a i HOFFMANN'a z powodu braku pod ręką maszyny naturalnie skonstatować nie mogłem. Mechaniczna zaś nadpobu-

długość nerwów czuciowych zauważyć się nie daje; we wszystkich innych sferach układu nerwowego niema nic nieprawidłowego.

Chory pochodzi z rodziny pod względem nerwowym zupełnie zdrowej, jak categorycznie zapewnia on sam i jego otoczenie; sam też był zawsze zdrow zupełnie. Pierwsze napady tej choroby pojawiły się u niego temu 4 lata; z początku występowały dość łagodnie, raz na kilka dni i trwały po kilka minut. Pewnego atoli razu chory dostał napadu [przed 3-ma laty], który trwał podobno całe 2 dni. Ostatnie 2 lata wolne były zupełnie od napadów, tak, iż chory oddawał się swemu zajęciu i gdyby nie dolegliwości żołądkowe, byłby się uważał za zupełnie zdrowego. Dopiero od kilku tygodni napady, bez żadnej widocznej bezpośredniej przyczyny, ponowiły się i występują po kilka razy dziennie. Poprzedza je zawsze aura w postaci odrętwienia i bolesności kończyn górnych, przebieg zaś równa się powyżej opisanemu.

W celu ulżenia choremu i zmniejszenia częstości, jakoteż natężenia napadów, przepisałem prozki makowca, zapowiedziawszy swą wizytę na dzień następny o godzinie 11-tej rano. Gdy o wskazanej porze przybył, chory już od 3-ch godzin leżał w napadzie, nie ustającym ani na chwilę i bardziej, niż dnia poprzedniego, uogólnionym, gdyż z udziałem i kończyn dolnych (*pes varo-equinus*). Makowiec nie wywarł żadnego skutku, gdyż i dnia poprzedniego było jeszcze później kilka, acz niezbyt silnych, napadów. W dwie godziny po mem odejściu, a w pięć po rozpoczęciu napadu, zostałem zaalarmowany, że chory wydał ostatnie tchnienie. Przyszedszy natychmiast na miejsce, znalazłem istotnie trupa. Śmierć nastąpiła nagle, bezpośrednio po bardzo silnym, głębokim wdechu. Oczywiście przypuścić można i trzeba tylko *tetanus diaphragmae*. Badanie zwłok dokonaniem być nie mogło.

Notuję ten przypadek głównie ze względu na jego niesłychanie rzadkie zejście; pomyślnie rokowanie *quo ad vitam* należy przy teźyczce za prawidło uważać. Lecz i niezależnie od tego i pomimo najzupełniej typowej jego symptomatologii [wahania rozległe co do przerw pomiędzy niemi, nie przekraczają granic typowości tej zazwyczaj o ostrym przebiegu choroby] zasługuje on na wzmiankę, gdyż sędzę, że wszystkie bez wyjątku przypadki podobnie rzadkiego cierpienia, choćby dla statystyki, winny być ogłoszane.

Mieczysław Goldbaum.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

8. Eichhorst. O dziedzicznym rozszianem stwardnieniu u dzieci.

Znaczna większość dotychczas ogłoszonych przypadków rozszianego stwardnienia u dzieci [NOLDA w 1891 r. zebrał ich w literaturze 26] była tylko klinicznie spostrzegana, a wiadomo, jak wielkie pole do omyłek daje omawiane cierpienie. OPPENHEIM [1887 r.] wyraził zdanie, że nie rzadko pierwsze objawy stwardnienia rozszianego u dorosłych zaczynają się w dzieciństwie. Przeglądając opisy zaburzeń anatomo-patologicznych, stwierdzanych w poprzednich spostrzeżeniach rozszianego stwardnienia u dzieci, autor uważa za bardzo wątpliwe rozpoznanie w nich omawianego cierpienia; niezawodnie były to rozlane stwardnienia. Autor podaje opis rozszianego stwardnienia u matki i syna, który urodził się podczas choroby matki i przedstawiał tym sposobem dowód nie tylko istnienia rozszianego stwardnienia u dzieci, lecz i dziedziczności tego cierpienia. Przypadek 1-szy dotyczył kobiety 36-letniej, nerwowo nieobciążonej, u której pierwsze objawy omawianego cierpienia pokazały się po pierwszym porożu, nasilając się podczas każdej następnej ciąży. Leżała w klinice zurychskiej z 3 nawrotami; stwierdzono wtedy następujące

objawy: drżenie przy zamierzonych ruchach kończyn, tułowia, głowy; chód oraz delikatniejsze ruchy kończynami górnymi, jak: szycie i pisanie, utrudnione; bieganie oczu (*nystagmus*); mowa powolna, monotonna, skandowana; napady śmiechu głośniego; zwiększenie odruchów rzepkowych; osłabienie słuchu z prawej strony. Czuciowych zmian, zaników mięśniowych nie było. Potem rozwinęły się jeszcze następujące objawy: porażenie oba nerwów okoruchowych; nierówność źrenice i osłabienie ich oddziaływania na światło i akkomodację; zanik obu nerwów wzrokowych; nieznaczne owrządzenie rogówki lewej; osłabienie czynności umysłowych, bóle w mięśniach uda i nareszcie przykurczenia mięśni, zginających udę i stopę. W 4 lata po wystąpieniu pierwszych objawów nastąpiła śmierć. Badanie pośmiertne makroskopowo nie wykryło żadnych zmian; mikroskopowo stwierdzono liczne małe ogniska stwardnienia włóknistego całego rdzenia, w przednich i bocznych pęczkach substancji białej; tylne pęczki niezmiennione. W mózgu, mózdzku i rdzeniu przedłużonym zmian nie znaleziono. W nerwach kulszowych miejscami w nieznacznym stopniu zanik włókien nerwowych. Drugi przypadek dotyczył chłopca 8-letniego, syna poprzedniej. Troje rodzeństwa zdrowych. Matka zachorowała na 2 lata przed jego urodzeniem. Poród odbył się prawidłowo. Drżenie przy zamierzonych ruchach zjawilo się od najpierwszych lat, w początkach było ono słabe; chłopiec uczęszczał do szkoły z powodzeniem, lecz w 8 roku życia czynności jego umysłowe znacznie osłabły, drżenie silnie się wzmogło, mowa stała się skandowaną, zjawilo się bieganie oczu, opadnięcie obu górnych powiek, osłabienie mięśni prostych zewnętrznych oka, zanik nerwów wzrokowych, źrenice stały się nierówne, nie oddziaływały na światło, a z trudem na akkomodację. Chłopiec leżał około 8 miesięcy w klinice, a w 3 miesiące po wypisaniu się umarł. Badanie pośmiertne wykryło zmiany tylko w rdzeniu; zmiany te były dwojakiego rodzaju: 1) widoczne gołym okiem i 2) drobnowidzowe. Te ostatnie znajdowały się tylko w sztywnej części rdzenia, zajmując przednią trzecią część pęczków tylnych. Makroskopowe zmiany znajdowały się: 1) w grzbietowej części rdzenia, głównie w przednich dwóch trzecich częściach bocznych pęczków i gdzieś w przednich pęczkach, i 2) w górnym odcinku zgrubienia lędźwiowego, jedno ognisko w środku lewego boczego pęczka i 2 małe ogniska w przednim pęczku. Prócz tego znaleziono w przednich korzeniach rdzenia, mniej w tylnych, ogniska zanikłych włókien nerwowych; w wyższym jeszcze stopniu podobne zmiany w nerwach obwodowych, np. w nerwach kulszowych. W mięśniach nie było żadnych zmian. W obu przypadkach niewątpliwem jest rozpoznanie stwardnienia rozsianego. Ciekawem jest bardzo, że zmiany znalezione były bardzo nieznaczne i dotyczyły tylko rdzenia; tem dziwniejszem wydać się może, iż spostrzegano za życia ciężkie objawy mózgowe. Kto często sprawdzał spostrzegane przez siebie objawy rozsianego stwardnienia ze zmianami stwierdzanymi na sekcji, tego to wcale nie zdziwi, gdyż nieraz bardzo nieznacznym zmianom anatomo-patologicznym odpowiadają bardzo ciężkie objawy kliniczne i na odwrót. Wziąć pod uwagę należy i to, że spostrzegamy nieraz typowy obraz kliniczny rozsianego stwardnienia bez zmian anatomo-patologicznych. U matki cierpienie było nabytem, u dziecka niezawodnie odziedziczonym.

(*Virchow's. Arch. f. pathol. Anat. u. Phys.* 146, 2.)

K. Stróżeński.

9. Hochhaus. O rodzinnem porażeniu spastycznym pochodzenia rdzeniowego (*spastische Spinalparalyse*).

Kwestya organicznych chorób nerwowych, dziedzicznych oraz rodzinnych, zajmowała w ostatnich latach umysły wszystkich prawie wybitniejszych neuropatologów. Wśród bardziej znanych cierpień rodzinnych t. zw. spa-

styczne porażenie rdzeniowe nie zdołało sobie wyrobić, pomimo licznych i bardzo wiarogodnych spostrzeżeń, prawa obywatelstwa w nosologii klinicznej. Ponieważ obraz chorobowy „*spastische Spinalparalyse*“, polegający, według pierwszych opisów ERB'a i CHARCOT'a, wyłącznie na porażeniu spastycznym kończyn dolnych bez objawów czuciowych i bez zaburzeń pęcherzowokiszkowych, spotyka się nierzadko u dorosłych osób w pewnych okresach sklerozy wieloogniskowej (*s. l'rose en plaques*), zwykłego zapalenia rdzenia *hydromyeliae* oraz *syningomyeliae*, to większość autorów nie czuła potrzeby uznawania jej samoistności anatomo-patologicznej, zaliczając ją bez wahania do wzmiankowanych rubryk. Klinicyści natomiast, którzy częściej spotykali się z postacią tą u noworodków i dzieci, uważali ją za zależną od cierpienia obustronnego mózgowia wskutek wewnątrz-macicznego zapalenia opon, wylewów międzyoponowych porodowych, poliencefalitów rozlanych i t. d.

W ostatnich czasach zaczynają się jednak mnożyć przypadki, z całą stanowczością przemawiające za istnieniem samoistnej „*spastische Spinalparalyse*“, zależnej jedynie od sklerozy pierwotnej pęczków piramidalnych rdzenia, głównie ich odcinka lędźwiowego. Jako najbardziej przekonujące, pozostają dotychczas spostrzeżenia STRUEMPELL'a, przy których obdukcya niedwuznacznie dała wyniki. Zarówno w oględzinach pośmiertnych, dotyczących odosobnionego przypadku, kobiety z objawami spastycznymi, jak przy badaniu pośmiertnym jednego z obu braci, spostrzeganych przez STRUEMPELL'a, poza zmianami wybitnymi w pęczkach bocznych rdzenia nie znalazło się w ośrodkowym i obwodowym układzie nerwowym nic lub prawie nic patologicznego, uwagi godnego.

Zasługa STRUEMPELL'a sięga jeszcze dalej. Mając sposobność spostrzeżenia wzmiankowanego cierpienia u kilku członków jednej i tej samej rodziny, usiłował on, nie bez słuszności, zaliczyć tulającą się od lat 20-tu „*spastische Spinalparalyse*“ do ściśle określonej grupy chorób wewnątrz ustrojowych (*endogen*), układowych, zazwyczaj dziedzicznych lub rodzinnych. Że słuszność niewątpliwie jest po stronie Srr., dowodzi okoliczność, że w ostatnich latach coraz częściej się spotykamy w piśmiennictwie lekarskim z opisami rodzinno-dziedzicznych porażen spastycznych, o których przed pracą Srr. nigdzie wzmianki nie było, nawet w najbardziej znanych pracach odnośnych ERB'a, CHARCOT'a, STOFFEL'a, MINKOWSKIEGO i SCHUELE'go.

Artykuł prof. HOCHHAUS'a stanowi właśnie przyczynek do tej ciekawej wielce kwestyi. Autor opisuje rodzinę, w której u 3-ga dzieci [21, 13, 8 lat] bez widocznej przyczyny w 2-gim roku życia zaczynają się stopniowo rozwijać objawy „spastycznego porażenia rdzeniowego“: niedowład spastyczny kończyn dolnych, wzmoczenie odruchów kolanowych, stopopłás (*clonus pedis*). U wszystkich dotkniętych członków rodziny choroba w 6-m roku życia dosięga swego *maximum*. Po tym okresie u jednych stan choroby pozostaje bez zmian, a innych się nieznacznie polepsza lub pogorsza. Przedwczesne lub ciężkie porody, zapalenie opon w niemowlęctwie nie miały miejsca u żadnego z dzieci. Ze strony matki jest usposobienie do gruźlicy. Brak momentu etyologicznego, brak wszelkich objawów mózgowych [drgawek, zeza, zaburzeń inteligencji], wyłączne zajęcie kończyn dolnych, zejście choroby: wszystko to pozwala wyłączyć chorobę LITTLE'go. O myelicie, stwardnieniu wieloogniskowym, histeryi tembardziej mowy być nie może.

W końcu autor zestawia wszystkie dotychczas ogłoszone przypadki rodzinnego i dziedzicznego porażenia spastycznego z przypuszczalnym upośledzeniem wrodzonym drogi piramidalnej rdzenia: STRUEMPELL'a [2 osoby], ERB'a [2], KRAFFT-EBING'a [3], NEWMARK'a [2], NEWMARK'a [3] i PRIBRAM'a [2]. Godnym zaznaczenia jest fakt, że w mowie będące cierpienie w wieku dojrzałym spotyka się wyłącznie u mężczyzn, podczas gdy w wieku dziecięcym

jednakowo dotyka obie płci. [Przyp. spraw. Ślusznie wykluczwszy przypadki BERNHARDT'a, SCHULTZE'go, HOMEN'a i TOOTH'a, nie zupełnie racjonalnie zalicza autor do grupy „spastische Spinalparalyse“ spostrzeżenie PRIBRAM'a oraz 2-gi przypadek NEWMARK'a, należące raczej do postaci mieszanych, przejściowych między nią a diplegią mózgową. Z innych natomiast spostrzeżeń wspomniabym o przeoczonych przez HOCHHAUS'a ciekawych przypadkach SOUQUES'a, MELOTTI-CANTALAMESS'a oraz SOUQUES-RAYMOND'a].

(Deutsch. Ztsch. f. Nervenheilk. 1896.)

Higier.

10. V. Bandler. O wpływie narkozy chloroformowej i eterowej na wątrobę.

W ostatnich czasach zajmowano się wiele sprawą wpływu narkozy na ustrój ludzki, czego dowodem są liczne prace doświadczalne oraz spostrzeżenia kliniczne. Spostrzeżenia te dotyczyły zwykle dwu narządów: serca i nerek. Autor przekonał się na klinice WOELFLER'a w Pradze, że i inne narządy ulegać mogą działaniu chloroformu, a z tych—na pierwszym miejscu stoi wątroba; za dowód służy spostrzeżenie następujące:

Czterdziestodwuletniemu mężczyźnie wykonano herniotomię z powodu uwięźnięcia przepukliny udowej. Podczas operacji, która trwała przeszło godzinę, chory zużył 80 grm. chloroformu; żadnych zaś środków antyseptycznych nie używano. Na drugi dzień po operacji wystąpiło nieznaczne żółtawę zabarwienie skóry. Na trzeci dzień żółtaczka była już o wiele wyraźniejszą. W moczu wykryto barwniki żółciowe. Czwartego dnia znaleziono bardzo wybitną żółtaczkę i stolce krwawe, w moczu wykryto barwniki żółciowe, białko w znacznej ilości, w osadzie ziarniste i szkliste wałeczki. Przy badaniu chorego zaznaczono bolesność w okolicy wątroby. Do tych objawów dołączyły się wkrótce drgawki oraz wielki niepokój; wreszcie zjawiła się zupełna nieprzytomność, śpiączka, oraz wybroczyny w skórze; przy tych objawach chory zmarł w cztery dni po operacji. Rozpoznanie wahać się mogło tylko pomiędzy zakażeniem [rana pooperacyjna była jednak zupełnie czystą] i ostrym żółtym zanikiem wątroby.

Protokół sekcyjny głosił: *Atrophia hepatis acuta flava. Icterus universalis. Haemorrhagiae multiplices. Lipomatosis cordis destruens gradus levioris. Morbus Brighti chronicus.*

Badanie drobnowidzowe stwierdziło odnośnie zmiany w nerkach i wątrobie, nadto w lewym płacie wątroby, który zachował jeszcze swą budowę, znaleziono zwyrodnienie tłuszczowe.

Jako przyczynę ostrego żółtego zaniku wątroby, podawano dotychczas ciężę i okres połogowy bez rozumiałej jednak dostatecznie współzależności; rozmaite choroby zakaźne, jak np. tyfus brzuszny, wreszcie zatrucie fosforem i arsenikiem.

W przytoczonym przez autora, przypadku po wyłączeniu zakażenia septycznego, oraz zatrucia jodoformem lub sublimatem, za jedyną przyczynę omawianego cierpienia przyjąć należy chloroform; wyjątkowo zaś silne w danym przypadku działanie chloroformu na tkankę wątrobową autor tłumaczy obecnością wspomnianego powyżej stłuszczenia, wobec którego podrażnienie chloroformowe spowodowało zanik i rozpad komórek narządu. Na korzyść takiego tłumaczenia przemawiają bardzo poszukiwania POHL'a, który wykazał, że chloroform ze krwi, przechodzi łatwiej do narządów, zawierających ciała łatwo rozpuszczalne w chloroformie, jak np. lecytyna, cholestearyna oraz tłuszcze.

Liczny szereg prac doświadczalnych, o jakich mówi autor, dowodzi, że chloroform wywiera silny wpływ na narządy wewnętrzne ustroju, a zwłaszcza na wątrobę, w postaci spraw degeneracyjnych.

Spostrzeżenia kliniczne uczą również, że długotrwałe zwłaszcza użycie chloroformu nawet po dłuższym przeciągu czasu może sprowadzić ciężkie objawy; zaznaczono zwłaszcza zmiany w sercu i nerkach, mniej zaś w wątrobie. Spostrzeżenie autora każe zwracać baczną uwagę i na ten ważny narząd.

Autor przerobił kilka doświadczeń nad wpływem chloroformu na wątrobę na królikach i psach i przekonał się, że wątroba stale ulega zmianom, jakoto: zatarciu konturów komórek, zwyrodnieniu tłuszczowemu, wreszcie zupełnemu rozpadowi komórek.

Tegoż rodzaju doświadczenia autor robił i nad działaniem eteru; badania te nie wykryły jednak żadnych zmian degeneracyjnych w wątrobie.

Z doświadczeń powyższych autor wysnuwa radę praktyczną, aby u osobników, u których podejrzewa się cierpienie wątroby, stosować narkozę eterową zamiast chloroformowej.

(*Mitteilungen aus den Grenz. der Med. und Chir. Erster Band. Drittes Heft. 1896*).

W. Lapiński.

II. M. Jordan. O postaciach nieprawidłowych zapalenia ostrego szpiku kostnego.

Postać typowa przebiegającego ostro zapalenia szpiku kostnego stanowi, jak przekonano się obecnie, jedną zaledwie z dość licznych tego cierpienia odmian, zależnych od bodźca jednakowego, t. j. od wpływu drobnoustrojów ropotwórczych. Szereg różnic, które spostrzega się nieraz w przebiegu klinicznym omawianej sprawy zapalnej, warunkuje się tu bez wątpienia niejednostajnym natężeniem jadu i różną odpornością osobnika; to też z postępem czasu wyosabniano coraz to inne postaci chorobowe odnośne, do których przedewszystkiem zaliczyć wypadnie opisaną przez GARRÉ'go, nie dającą ropienia i kończącą się mocnem kości zgrubieniem, postać twardzielowatą (*osteomyelitis sclerotica*).

Już sama nawet postać zapalenia typowa może mieć przebieg nader rozliczny; obok bowiem przypadków, kończących się w kilka dni śmiercią chorego, opisywano spostrzeżenia bez zajęcia stanu ogólnego zupełnie. Jeden taki przypadek, dotyczący 28-letniego chorego, podaje autor, nadmieniając, że ów chory, mający zrazu liczne na przedramieniu lewem czyraki, po upływie trzech tygodni od chwili ich pojawienia się, zauważył obecność bolesnego na goleni prawej obrzmienia. Gdy po pewnym czasie dokonano tamże cięcia, stwierdzono obszerne ognisko ropno-zapalne wraz z odwarstwieniem mocno zgrubiałej i przekrwionej okostnej; z wydzieliną wreszcie wyhodowano gronkowca złocistego. Chory nie gorączkował i chodził aż do chwili operacji. Tego rodzaju przebiegające bez zajęcia stanu ogólnego przypadki d-r JORDAN spostrzegął i dla postaci przewlekłych lub ostrawych.

O ile trudnym staje się niekiedy rozpoznanie przed operacją nie dającej ropienia postaci niewysiękowej zapalenia szpiku kostnego, przekonać się można z dwu spostrzeżeń następujących: 20-letni kowal, leczony przedtem czas jakiś na oddziale wewnętrznym z przyczyny niewyjaśnionej dokładnie sprawy gorączkowej, powstałej jakoby po podźwignaniu się chorego, zaczął doświadczać bólów w okolicy prawego stawu barkowego, wraz z coraz wyraźniej występującem utrudnieniem ruchów. Przy badaniu po czteromiesięcznem prawie istnieniu objawów powyższych stwierdzono wydatną, bolesną w jednym tylko miejscu, bardzo twardą, zrosniętą z kością ramieniową guzowatość, zajmującą połowę górną ramienia, którego obwód w okolicy przyczepu mięśnia naramiennego przewyższał o 1 1/2 ctm. odpowiadający mu, co do miejsca, obwód ramienia lewego. Na mocy zmian tego rodzaju oraz wyników ujemnych po dokonaniu przekłucia próbnego rozpoznano obecność mięsaka, zwyrodniającego górny koniec ramienia. Po poprowadzeniu cięcia ponad rowkiem dwugłowym

i usunięciu z rany ziarniny oraz licznych małych martwaków, znaleziono w kości wypełniony ziarniną kanał, drażący ku górze do jamy stawowej. Badanie pod drobnowidzem mas wyskrobanych wykryło tkankę, z budowy swej nader do mięsaka naczyniakowego zbliżoną. Ponieważ pozostała po operacji przetoka nie goiła się, bliźnę rozcięto; przy dłutowaniu zaś kości ramieniowej znaleziono w jej głowie duże ognisko zgorzelinowe, obfitujące w ziarninę i właściwe zapaleniu szpiku kostnego martwaki.

W spostrzeżeniu drugim leczono 41-letniego wyrobnika, który bez przyczyny widocznej zaczął odczuwać bóle w udzie lewem, po kilku zaś tygodniach, wykonawszy przy ściąganiu buta ruch nogą niezręczny, uległ złamaniu kości udowej w miejscu jej bolesnem. Pomimo unieruchomienia kończyny i nader bolesnego po zdjęciu gipsu mięsienia, stan chorego nie poprawiał się, przeciwnie nawet w miejscu złamania wystąpiło obrzmienie, jeszcze większe, a na powierzchni uda zewnętrznej w górnej $\frac{1}{3}$ części wytworzyła się poniżej krętarza przetoka. Przy oględzinach chorego w szpitalu, prócz obrzmienia gruczołów pachwinowych i owej przetoki, stwierdzono skrócenie, do 7 ctm. dochodzące lewej, nieco wykrzywionej na zewnątrz, kończyny dolnej, pozbawionej ruchów czynnych zupełnie. Udo lewe, aż do dolnej trzeciej swej części, zajętem było przez wydatną o spistości twardej obrzmiłość rozlaną, tworzącą rodzaj guza, mocno do kości przyrośłego i na ucisk niewiele wrażliwego. W przypuszczeniu, że ma się do czynienia z mięsakiem kości udowej, poprowadzono cięcie podłużne od przetoki ku dołowi przez okostną zgrubiałą do kości, poczem zauważono, że odcinek złamania dolny o nierównej, skośnej i pokrytej ziarniną powierzchni uległ przemieszczeniu ku tyłowi i górze. Ku wewnątrz znowu napotkano odcinek górny, mocno zgrubiałą i również obfitujący w ziarninę. Pomiędzy dwiema powierzchniami złamania znaleziono gąbczastą tkankę ziarninową z długimi na 1—2 ctm. martwakami. Po wyskrobaniu i obmyciu pola operacyjnego część rany zaszyto, poczem na razie okres pooperacyjny przebiegał prawidłowo; ponieważ jednak z upływem sześciu tygodni na powierzchni przedniej uda powstało nowe ograniczone obrzmienie bolesne, wypadło zatem wykonać tamże cięcie, za pomocą którego usunięto z głębi długi na 5 ctm., wkliniowany w jamę rdzeniową martwak, oraz wiele pomniejszych. Po pięciu tygodniach chory mógł już chodzić bez kul, jakkolwiek w siedm jeszcze miesięcy, pomimo wybornego stanu ogólnego, zagojenie zupełne nie nastąpiło.

Spostrzeżenia takie pouczają wymownie, że przy określaniu mięsaka kości należy postępować ostrożnie i przed podjęciem operacji, czyniącej z chorego kalekę, np. przed wyłuszczeniem kończyny dolnej—wykonać cięcie rozpoznawcze, poczem już znalezienie martwaków i wykrycie w ziarninie drobno-ustrojów swoistych naprowadzi rozpoznanie, a więc i terapię, na tory właściwe.

(*Beiträge zur klin. Chirurgie, 1896*).

K. Niedzielski.

12. Prof. Obaliński. Przyczynek do leczenia operacyjnego spraw ropnych w śródpiersiu tylnem.

Sprawy ropne, mające siedlisko w śródpiersiu tylnem, nie dawno zwróciły na siebie uwagę badaczy. NASIŁOW w 1889 r., QUENU i HARTMANN w 1891 r., na zasadzie obserwowanych przez siebie spostrzeżeń sekcyjnych ostrego ropienia w tej okolicy, zaproponowali bardzo zbliżone do siebie sposoby postępowania operacyjnego, ze względu jednak na rzadkość cierpienia wypróbować swych metod *in vivo* nie mogli. Z drugiej strony częstość przewlekłych ropni w okolicy przedniej powierzchni kręgosłupa przy chorobie Port'a i dobre wyniki, otrzymane metodą TREYES'a w leczeniu gruźlicy kręgow ledźwiowych, skłoniły VINCENT'a i AUFFRETA, a później SCHORFFERA do zastosowania tej metody w okolicy piersiowej kręgosłupa. W 1889—1890 r., ogłosili oni 6 przypadków, operowanych metodą własną, bardzo zbliżoną do

zaproponowanej przez NASIŁOW'a i QUENU-HARTMANN'a. Pierwszy przypadek operowania przy ostrem ropieniu w śródpiersiu tylnym podał do wiadomości w *Société de Chirurgie* w Paryżu ZIEMBICKI w 1875 r.

Do kazuistyki tej dodaje OBALIŃSKI 5 własnych spostrzeżeń i jeden przypadek KRYŃSKIEGO z kliniki RYDYGIERA.

Pierwszy i trzeci przypadek autora dotyczą chorych, operowanych metodą VINCENŦ'a z powodu wycieńczającego ropienia z przetoki w okolicy pachwinowej i bezwładu kończyn przy gruźlicy kręgosłupa.

Bardzo zajmujące są podane przez niego przypadki 2 i 4-y, które zalicza do kategorii: *ostitis acuta vertebrae*, opisanej poraz pierwszy przez MORIAN'a. Do roku 1873 zebrał on wszystkiego 6 takich przypadków.

W pierwszym z nich po rozszerzeniu przetoki na klatkę piersiowej, trwającej [przetoki] od kilku miesięcy, doszedł do zbiornika ropy około IV i V kręgu piersiowego, obnażonych z okostnej, lecz bez oznak próchnienia; ognisko zostało wyskrobane, a zupełne zabliznienie nastąpiło po 3 miesiącach. W drugim przypadku u mężczyzny zupełnie zdrowego po przecięciu ostrego ropnia w okolicy lędźwiowej pozostała przetoka, nie gojąca się od ½ roku. Tutaj autor znalazł obszerne obnażenie kręgow: V i IV piersiowego—z okostnej, które po wyskrobaniu zagoiło się zupełnie w ciągu sześciu tygodni.

W 4-yym przypadku dwudziestoletni robotnik z wysoką gorączką i objawami zapaści skarżył się na niemożność przełykania. Badanie wykazało na szyi nieznaczny chęłbocący guz, po którego przecięciu wypuszczono znaczną ilość cuchnącej posoki. Następnego dnia gorączka opadła, stan ogólny się poprawił, chory jednak na operację się nie zgodził i zmarł przy objawach posocznicy. Operacja, wykonana według QUENU'a na trupie, dowodzi możliwości przeprowadzenia drenu przez obie rany.

U chorej KRYŃSKIEGO po wytuszczeniu gruczołów szyjowych wystąpiło zapalenie płuc, następnie zaś w dolnej części zagojonej już rany pooperacyjnej dziewiątego dnia pokazało się ropienie, pomimo rozdzielenia rany i drenowania, ropień rozszerzył się na śródpiersie. Po wykonaniu operacji metodą QUENU'a z przedrenowaniem nastąpiła znaczna poprawa.

Zestawiając ogłoszone dotąd przypadki ¹⁾, autor zwraca uwagę, że na 13 ropni ostre ropne zapalenie śródpiersia tylnego było spostrzegane 3 razy: ZIEMBICKI, RYDYGIER, OBALIŃSKI [przypadek piąty]. Z dziesięciu zaś pozostałych, dwa były początkowo ostre [choroba MORIAN'a] reszta przewlekłe [gruźlica kręgosłupa].

Przechodząc do uwag nad techniką operacyjną, OBALIŃSKI zaznacza, że metody różnią się głównie kierunkiem cięcia skórniego pod kątem ostrym [NASIŁOW], w postaci litery T [VINCENŦ], lub prosto wzdłuż kręgosłupa [QUENU-HARTMANN]. Następane zaś momenty operacji nie różnią się niczem. Żebra przecinamy na wewnątrz od ich kąta, resekujemy na przestrzeni 5—6 cm. ku kręgosłupowi, a następnie oddzielamy opłucną od główek żebrowych i bocznych powierzchni kręgosłupa. Jest to najważniejsza część operacji, czasem da się ona z łatwością wykonywać, czasem jednak przedstawia poważne trudności i w dwóch przypadkach autora opłucna została rozdarta. Skutkiem zatamponowania otworu zwitkiem jałowej gazy, w obu razach udało się OBALIŃSKIEMU ograniczyć skutki wystąpieniem odmy piersiowej. Po odklejeniu opłucnej, dostęp do tylnego śródpiersia jest już otwarty, a dalsze postępowanie zależy do właściwości poszczególnego przypadku. Ponieważ worek opłucnowy z prawej strony nie zachodzi, jak się przekonał autor, znacznie dalej ku

¹⁾ W oddziale chirurgicznym Warszawskiego szpitala dla dzieci była wykonana 4 razy operacja metodą VINCENŦ'a i 5 razy metodą TREVES'a. [Przypisek sprawozdawcy].

linii środkowej, aniżeli lewy, przeto nie jest niezbędnem operować koniecznie po stronie lewej.

Jako wskazania do operacji autor podaje: 1) *phlegmone* na szyi, zachodzące do śródpiersia tylnego; 2) ropień, znajdujący się około kręgosłupa; 3) przetoka klatki piersiowej lub okolicy łędźwiowej, drążąca do kręgosłupa; 4) ciało obce w przelyku, o ile wiadomo, w której jego ścianie utkwiło.

A. Grużewski.

13. G. Banti O pochodzeniu żółtaczki przy zapaleniu płuc.

U chorych na zapalenie płuc w 2 lub 3 dniu choroby zwykle daje się zauważyć lekkie, żółtawe zabarwienie łącznie. W moczu tych chorych znajdujemy zwykle zwiększoną zawartość urobiliny, brak barwnika żółciowego. O wiele rzadziej spotykamy się w tejże chorobie z wyraźnym, żółtem zabarwieniem błon śluzowych i łącznie przy obecności bilirubiny w moczu. Pochodzenia tej ostatniej żółtaczki nie wytłomaczono dotąd. Objaśnienia, podawane dotychczas, a nie opierające się na ścisłych badaniach, pozostają w dziedzinie hipotez, nie wyjaśniając bynajmniej pochodzenia żółtaczki. Oddawna przypuszczał autor, że jest ona pochodzenia zakaźnego, że powoduje ją *diplococcus lanceolatus capsulatus*. Już w roku 90 stwierdził B., że wspomniany dipkok, zaszczerpiony królikom, myszom i świnkom morskim, silnie niszcząco działa na ciała czerwone i wtedy już zrobił przypuszczenie takiegoż działania i u ludzi. Przytem badania autora wykazały, że przy krupowym zapaleniu płuc dipkoki znajdują się nie tylko w płucach, ale i we krwi, śledzionie, wątrobie i t. d.. Twierdzenie to, odrzućcane przez innych, popartem zostało przez wynik dodatni badań, w tymże kierunku prowadzonych przez d-ra CASARI w instytucie B. Fakt ten przemawiał za przypuszczeniem o pochodzeniu żółtaczki.

W roku zeszłym we Florency pod czas zimy miał B. sposobność obserwowania kilkunastu przypadków zapalenia płuc z wyraźną żółtaczką. Żółtaczka bywała silnie wyrażoną, ciemny mocz dawał reakcyę na bilirubinę, wypróżnienia były normalnie, lub też silniej, aniżeli zwykle, zabarwione. Wszystkie te przypadki charakteryzowały się ciężkim przebiegiem, więcej aniżeli połowa z zejściem śmiertelnem. W przypadkach, zakończonych wyzdrowieniem, z chwilą opadnięcia gorączki znikła bilirubina z moczu. W przypadkach, badanych pośmiertnie, znajdowano zgęszczenie żółci w drogach żółciowych, przy zupełnej ich drożności, zawartość kiszek silnie zabarwioną żółcią, śledzionę zawsze powiększoną. Drobnowidzowe badanie wątroby nie wykazało nieżyty drobnych dróg żółciowych; w komórkach jej znajdowano zmiany, właściwe upadkowi odżywiania przy zapaleniu płuc.

Z badań tych wypływa, że miano do czynienia z prawdziwą *icterus pneumonicus*. Badania bakteriologiczne stwierdziły stałą i jedyną obecność *diplococci lanceolati capsulati*, bardzo licznie znajdowanego w zapalnym wysięku płucnym, mniej licznie we krwi, wziętej z serca, w śledzionie, wątrobie i nerkach. Posiadał on [dipkok] zwykle, a znane dlań, cechy charakterystyczne, których tutaj dla braku miejsca przytaczać nie będę. Zaszczepiony królikom i myszom powodował szybko zabijającą posocznicę, przyczem znajdowano dipkoka we krwi zwierząt. Obserwacya zwierząt po zaszczepieniu rzuciła pewne światło na pochodzenie żółtaczki. U królików, którym szczepiono pod skórę wysięk płucny, ciepłota podnosiła się do 40,5°—41,5°, następowała śmierć w przeciągu 24—48 godzin. Mocz królików był ciemno-czerwono zabarwiony, wyglądał jak krew. W osadzie znajdowano ziarniste i nabłonkowe cylindry, lecz ciała czerwonych nigdy nie można było znaleźć; spektralne i chemiczne rozbiory stwierdzały obfitą obecność hemoglobiny. Wydzielanie hemoglobiny rozpoczynało się w 10—15 godzin po zaszczepieniu wysięku, nie bywało jednak stałym, ale zjawiało się napadami. Przy sekcyi znajdowano liczne podsurowicze wybroczyny, śledzionę powiększoną i miękką.

Zaszczepienie krwi królika chorego królikowi zdrowemu wywoływało te same objawy, z tą tylko różnicą, że wydzielanie hemoglobiny bywało mniej obfite. Sekcyje królików, u których wydzielania hemoglobiny nie konstatowano, wykazywały zmiany właściwe *diplococco lanceolato capsulato II*, opisanemu dawniej przez B.

Wysiłek z płuc [u ludzi] lub krew królików, wydzielających z moczem hemoglobinę, zaszczone psom. powodowały posocznicę śmiertelną po 2—3 dniach. W moczu psów znajdowano białko, niewielkie ilości hemoglobiny, urobilinę i bilirubinę; żółtego zabarwienia oczu u psów tych nigdy nie widziano.

Doświadczenia B. wskazują, że diplokok, znajdujący przy zapaleniu płuc z żółtaczką, posiada wybitne hemolityczne własności, występujące bardzo wyraźnie u królików, słabiej u psów. Wszystkie te badania uprawniają do wniosków, że żółtaczka przy zapaleniu płuc jest pochodzenia zakaźnego, zależną od hemolitycznej własności *diplococci lanceolati capsulati*. Wszystkie gatunki tego diplokokka mają własność rozpuszczania ciałek czerwonych, czem się tłomaczy zwykle, lekko żółtawe zabarwienie łącznic u chorych na zapalenie płuc; znajdująca się we krwi w niewielkiej ilości bilirubina redukuje się w tkankach do urobiliny i wydalą się, jako taka, z ustroju. W wyjątkowych tylko warunkach własność rozpuszczania ciałek bywa tak znaczną, że powoduje prawdziwą zakaźną żółtaczkę (*pleiochromischer Icterus*). W końcu zaznacza B., że badał w tymże czasie własności diplokoków, pochodzących od chorych na zapalenie płuc, nie skomplikowane żółtaczką; diplokoki te dawały cechy, właściwe *diplococco lanceolato caps. II* i nie wywoływały hemoglobinurji u królików.

Wobec rezultatów swych badań i doświadczeń na zwierzętach, autor mniema, że kwestya zakaźnego pochodzenia żółtaczki przy zapaleniu płuc jest przedezeń rozstrzygniętą.

(*Centralblatt für Bakteriologie, Parasitenkunde u. Infektionskrankheiten. Band XX. N. 24. 1896.*)

Józef Świeżawski.

TOWARZYSTWO LEKARSKIE WARSZAWSKIE

Posiedzenie z dnia 29. XII. 1896.

1) DOWNAROWICZ przedstawia chorego z oddziału szpitalnego GAJKIEWICZA z rzadkiem cierpieniem, któremu BAMBERGER w r. 1859 nadał nazwę *spasmus tastatorius*, a które późniejsi autorowie zaliczali bądź do neuroz, bądź też do objawów cierpień organicznych układu nerwowego. GAJKIEWICZ nazwał je spazmem skaczącym, a uważa je za objaw histeryi. To ostatnie zdanie potwierdza demonstrowany przypadek, którego historia jest następująca: chory ma lat 28; od 16-go roku życia zaczął cierpieć na bóle i zawroty głowy, podobnie jak jego brat i dwie siostry; przed 7-ma miesiącami, po kilkogodzinnej jeździe konnej uczył bóle w kończynach dolnych i zaczął doznawać trudności w chodzeniu. W szpitalu stwierdzono: chód utrudniony, *retropulsio*, odruchy kolanowe wzmożone, siła mięśniowa zachowana, ogólna *hypalgesia*; objawy podmiotowe bóle i zawroty głowy, bicie serca, *globus hystericus*. Po kilku tygodniach stan pacyenta znacznie się poprawił, a przed 2 miesiącami nastąpiło znowu pogorszenie: wróciły objawy podmiotowe, a przedmiotowo stwierdzono: źrenice rozszerzone z oddziaływaniem prawidłowem, pole widzenia zwężone koncentrycznie, upośledzenie smaku, *analgesia* w rozmaitych miejscach ciała, odruchy kolanowe żywe, inne odruchy zniesione lub osłabione, mięśnie kończyn dolnych bolesne na ucisk. Gdy chory wstaje, zjawiają się skurcze w mięśniach zginaczach ud i goleni, chory staje na palcach, robi skok naprzód, potem skok w tył i powtarza to dotąd, aż póki się nie oprze rękoma o jakiś przedmiot.

2) BORYSSOWICZ wypowiada „Kilka słów w kwestyi torbieli, demonstrowanej na posiedzeniu w d. 29. IX. 1896^e 1), zastanawiając się nad pytaniem, jaką drogą jajnik dostał się między listki więzu szerokiego macicy. Za przyczynę takiego przemieszczenia jajnika nie należy uważać torbieli więzu szerokiego, ani też spraw zapalnych. Była to raczej wada wrodzona, powstała w początkowych okresach rozwoju narządów płciowych.

W dyskusyi prof. Hoyer zaznacza, że, badając preparat prelegenta, znalazł na skrawkach dwa kanały o nabłonku warstwowatym, a obok nich jajka pierwotne i bardziej dojrzałe pęcherzyki oraz zgięte kanaliki, wysłane nabłonkiem słupkowym ze śladami rżęskowego. Był to, jednym słowem, jajnik w początkowym okresie rozwoju z pozostałością przewodu WOLFF'a.

3) Prof. Kosiński opisuje następujący przypadek cięcia przełyku: chłopiec 4-letni połknął guzik od munduru, a niebawem wystąpiły trudności połknięcia, kaszel, krztuszenie się. Po kilku dniach umieszczono dziecko w szpitalu dziecięcym, gdzie, jak mówili rodzice, badano je za pomocą zgłębnika i promieni ROENTGEN'a, guzika jednak nie znaleziono. W kilka tygodni potem K. po zachloroformowaniu chłopca wyczuł ręką guzik tuż obok rękojeści mostka, dokonał przecięcia przełyku, guzik usunął, a po wyskrobaniu niewielkiej ilości ziarniny na błonie śluzowej przełyku ranę zaszył. Po tygodniu nastąpiło zabliznienie, a objawów chorobowych nie było. Zasługuje na podkreślenie fakt, że 38 dniowe przebywanie guzika w przełyku nie spowodowało zmian zgorzelinowych ściany tego narządu, oraz że guzik nie zamknął całkowicie światła przełyku. Chloroform w tym przypadku był lepszym środkiem rozpoznawczym, niż promienie ROENTGEN'a.

Jasiński w dyskusyi zaznacza, że przypadek powyższy zna z opowiadania. Dziecko badano dokładnie, a że drożność przełyku była zachowana, sądzono, iż nie guzik, lecz jakieś drobne ciało wpadło do oskrzela.

Brunner Mikołaj prześwietlał chłopca promieniami ROENTGEN'a wobec wielu kolegów, a cień guzika dostrzegł na lewo od wnętrza mostka, wprost II żebra; trudno było jednak orzec, czy guzik znajduje się w przełyku, czy też w tchawicy. Powtórne prześwietlenie na 5 dni przed zbadaniem chorego przez K. wykazało, że guzik przesunął się niżej i nieco na lewo. Rodzice chłopca na operację wtedy przystać nie chcieli.

Sztejner przypomina, że niezawsze ciało obce znosi drożność przełyku; często jednak w takich razach można je wydobyć za pomocą koszyczka GRAEFGO, jak o tem mógł się przekonać w jednym przypadku połknięcia zębów sztucznych.

Orzeł wspomina o podobnym przypadku KRAJEWSKIEGO.

Posiedzenie z dnia 19. I. 1897.

1) GEPNER [syn] przedstawia dziecko 6-miesięczne z obustronną wadą rozwojową oka, *cryptophthalmus*. Powieki rozwinięte dobrze; szpara powiekowa nieco zmniejszona. Po stronie lewej na dnie worka łącznicowego widać ślad rogówki o średnicy około 1 mm., a palcem wyczuć można gałkę oczną wielkości małej wiśni. Po prawej stronie przez napiętą powiekę górną prześwieca torbiel barwy szaro-niebieskiej, wyraźnie chęłbocąca. Przed dwoma miesiącami torbieli nie było, a śladu gałki ocznej prawej G. nie wyczuwał, dlatego też rozpoznawał wtedy *cryptophthalmus sinister* i *anophthalmus dexter*.

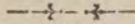
2) DMOCHOWSKI wygłosił odczyt p. n. „*Hydrops antri Iliqhmori*“. Odczyt ten będzie drukowany w Gazecie Lekarskiej.

1) Ob. Gaz. Lek. Nr. 51 z r. z..

W dyskusji prof. Brodowski wyraża zdanie, że *hydrops antri* jest następstwem zapalenia kataralnego, którego produkt, śluz, ulega później zmianom; dowodem tego są znalezione przez D. kryształy cholestearyny w płynie.

SĘDZIAK przypomina, iż pogląd co do zapalnego pochodzenia *hydropsis antri maxill.* stwierdza obserwacya LEŚNIEWSKIEGO. Wobec tego nazwę wyżej podaną należałoby odrzucić, a mówić natomiast o zapaleniu surowiczym błony śluzowej jamy szczękowej. Mówca spostrzegł dwa przypadki omawianego cierpienia, a w obu główną skargą chorych były uporczywe bóle głowy jednostronne; w jednym przypadku miała miejsce t. zw. *hydrorrhoea nasalis*. W obu przypadkach po przekłuciu nastąpiło wyzdrowienie.

WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE.



2. Przyczynek do leczenia wewnątrzmacicznego.

Do jakiego stopnia wstrzyknięcie do wnętrza macicy 50%-go roztworu chlorku cynku (*zincum chloratum*) metodą REINSTÄEDTER'a może się stać niebezpiecznym, poucza przypadek następujący, który dał nawet powód do rozprawy sądowej. Z powodu uporczywych białych upławów lekarz X. wstrzyknął 21-letniej pannie do macicy roztwór 50%-owy chlorku cynku za pomocą szprycy metalowej, zaopatrzonej w nadwyzczaj cienką i długą kaniulę metalową. Wstrzyknięto około 2 ctm. sześć. cieczy, której nadmiar przed wyciągnięciem kaniuli z macicy napowrót do szprycy wciągnięto. Natychmiast po wstrzyknięciu poczuła pacjentka gwałtowny ból brzucha, a powróciwszy do domu, dostała wymiotów, wzdęcia brzucha i w niespełna 12 godzin zmarła przy objawach zapaści. Na zwłokach po 12-u dniach dokonano sekcji (*post exhumationem*), która wykazała w dolnej części jamy brzusznej około 100 gram. płynu czerwonego i mętnego, przekrwienie i zmętnienie otrzewnej ściennej i otrzewnej, pokrywającej macicę i więzy, jakoteż przekrwienie dolnej części sieci i kiszek. Błona śluzowa macicy była pokryta strupem szarym, mazistym. Błona śluzowa jajowodów okazała się prawidłową.

HOFMEIER (*Monatschrift f. Geb. u. Gyn.* 1896. T. IV. str. 301), który przypadek ten podaje, sądzi, że przyczyną śmierci było ostre zapalenie otrzewnej; BROESE podejrzewa, że śmierć wywołało bezpośrednie zatrucie ustroju chlorkiem cynku, SAENGER zaś przypuszcza, że przyczyną śmierci był szok, spowodowany nagle, głębokim i nadwyzczaj bolesnym zniszczeniem błony śluzowej i po części warstwy mięsnej macicy, przy tetanicznym jej skurczu.

Czy tak, czy inaczej, nie ulega wątpliwości, że śmierć nastąpiła prawie bezpośrednio po wstrzyknięciu 50%-owego roztworu chlorku cynku do kanału macicy; HOFMEIER przestrzega przed stosowaniem tak silnych środków żrących, twierdząc zresztą, że tak mocne zgęszczenie nie jest wcale potrzebne, albowiem już 5–10%-owe roztwory działają nadwyzczaj silnie. Celem leczenia zapalenia kataralnego błony śluzowej macicy posługuje się H. chętnie 10–20%emi roztworami kwasu karbolowego w alkoholu. Lecz i te roztwory, niewłaściwie zastosowane, wywołać mogą również kolkę maciczną i zadrażnienie otrzewnej. Trzeba, żeby kanał szyi macicznej był dostatecznie rozszerzony i macica przedtem przestrzyknięta cieczą obojętną [1% roztworem lizolu lub karbolu]; wtedy tylko wstrzyknięcie roztworu chlorku cynku lub karbol-alkoholu do kanału macicy za pomocą szprycy BRAUN'a, lecz mającej pojemności 5 grm. cieczy i opatrzonej kaniulą kauczukową niezbyt cienką, niebezpiecznych przypadłości nie wywoła. Upřednie przestrzyknięcie macicy cieczą obojętną H. wykonywa w tym celu, żeby rozszerzyć kanał

macy [kateterem], usunąć nagromadzony tam śluz i krew i rozcieńczyć do pewnego stopnia roztwór żrący przez część płynu obojętnego, pozostałego w macicy.

BROESE i DUEHRSEN (*Monatsschrift. f. Geb. u. Gyn. 1896. T. IV, str. 570 i 573*) stają w obronie 50%-owego roztworu chlorku cynku do leczenia białych upławów, jako przewyższającego w skuteczności inne środki żrące. Nie radzą jednak posługiwać się w tym celu szprycą BRAUN'a, którą uważają za narzędzie niebezpieczne, lecz zgłębnikiem PLAYFAIR'a, za pomocą którego można na wacie doprowadzić środek żrący nie tylko do kanału szyi macicznej, lecz i, wbrew twierdzeniu HOFMEIER'a, po za usta wewnętrznie do jamy macicy. Stosowanie w ten sposób mocnych roztworów chlorku cynku nie jest jednak również rękoczynem obojętnym, wymaga więc pewnych ostrożności. Należy przedewszystkiem określić sobie zgłębnikiem macicznym dokładnie kierunek kanału macicy, przyżeganie zaś samo nie nazbyt często powtarzać: wystarczy zupełnie co dni 8, gdyż wtedy dopiero odpada strup, z ostatniego przypalenia pochodzący. Jeśli jednocześnie sprawą zapalną zajęte są i przydatki macicy, należy przyżęgań zaniechać zupełnie. Wogóle należy przyjąć za zasadę, aby w przypadkach białych upławów, zwłaszcza zaś zależących od rzeżączki, nie przyżęgać od razu całego kanału macicy; często bardzo bowiem do wyleczenia wystarczy zupełnie przyżeganie kanału szyi macicznej. Dopiero po kilku tygodniach, gdy to nie pomaga, można przystąpić do leczenia za pomocą przyżęgań całego kanału macicy [BROESE]. Aby kanał dostatecznie rozszerzyć i w ten sposób zabezpieczyć się po przeżeganiu przed kolką maciczną, radzi DUEHRSEN dnia, poprzedzającego przyżeganie, wytamponować macicę gazą jodoformową. Radzi też, po wstrzyknięciu środka żrącego, macicę przestrzyknąć płynem obojętnym.

SAENGER (*Ibid. s. 575*), po licznych próbach ze środkami żrącymi, przyszedł do przekonania, że przyżegania powinny być wykonywane rzadko i możliwie małą ilością mocnego roztworu środka żrącego [jak oto: 50% roztwór chlorku cynku, roztwór azotanu srebra, nalewka jodowa, *ferripyrrinum, carbolalkohol, itrol., argonin.* i t. p.]. W tym celu odrzuca zupełnie szprycę BRAUN'a, jako ze wszech miar niebezpieczną, zamiast zaś zgłębnika PLAYFAIR'owskiego, zbyt grubego i sztywnego, posługuje się od roku 1894-go przecikiem srebrnym, cienkim, płaskim i giętkim, na który nawija wate, zmoczoną w mocnym roztworze środka żrącego. W przypadkach zapalenia kataralnego błony śluzowej macicy [bez uszkodzeń błony śluzowej] przyżegania wykonywa ambulatoryjnie i wprowadza przecik do kanału pod kontrolą wzroku, nie przytrzymując wcale macicy za pomocą kulociągu, nie rozszerzając uprzednio kanału szyi i nie sondując macicy, aby nie uszkodzić błony śluzowej. Przyżeganie pierwsze trwa zaledwie kilka sekund. *Ectropium* i *erosio* części pochwowej przyżęga oddzielnie przez $\frac{1}{2}$ —1 minuty małymi wacikami, napojonymi roztworem chlorku cynku; następnie pochwę osusza i wypełnia gazą jodoformową. Przyżeganie 50%-ym roztworem chlorku cynku wykonywa S. nie częściej, niż co 12—14—16 dni, a to dla tego, że tak długo trwa okres działania przyżęgającego aż do chwili odpadnięcia strupa. W ten sposób unika się krwotoków macicznych i zwężen kanału szyi.

W przypadkach krwotoków klimakterycznych SAENGER rozszerza uprzednio macicę za pomocą laminaryi i wykonywa palcem badanie wnętrza macicy, następnie ją wyskrobuje. Po 3—4-ch dniach jamę macicy przemyla, osusza i dwoma grubymi wacikami, napojonymi roztworem 50% chlorku cynku i omotanymi na przeciku srebrnym, przyżęga po kolei w kierunku obu kątów jajowodowych, przyczem waciki te pozostawia nieco dłużej [$\frac{1}{2}$ minuty] we wnętrzu macicy. Przyżeganie to, wykonane zwykle raz tylko, wystarczy za-

pełnie do powstrzymania krwotoku. Ani szoku podczas przyżegania, ani też zwiężenia kanału lub powrotów krwotoku S. nigdy nie widział.

Stosowania laseczek z chlorku cynku celem leczenia krwotoków klimakterycznych, według metody DUMONT-PALLIER'a, tak niedawno jeszcze gorąco polecanej, SAENGER, na mocy smutnego doświadczenia, stanowczo odradza; albowiem zapalenie zlepane i zarośnięcie szyi macicznej z następczym krwistkiem w macicy bywały wynikiem tego heroicznego leczenia.

Zweigbaum.

3. Pyramidonum. Pyramidon. Jest to dwumetyl-amido-antypiryna. Przedstawia się w postaci proszku krystalicznego, biało-żółtawego. Rozpuszcza się w wodzie w stosunku 1:10. Smaku nie posiada prawie żadnego.

Prof. FILEHNE i D-r SPIRO (*Berlin, klin. Woch.* 1896. 48), przeprowadziwszy szereg doświadczeń na zwierzętach i spostrzeżeń klinicznych u ludzi, doszli do wniosku, że pyramidon działa na układ nerwowy i na ciśnienie krwi zupełnie tak samo, jak antypiryna. U zwierząt normalnych pod wpływem pyramidonu następuje, podobnie jak przy stosowaniu antypiryny, zwiększenie oddawania ciepła. I u zwierząt gorączkujących mechanizm obniżania gorączki jest dla pyramidonu taki sam, jak dla antypiryny.

Wszelako pomiędzy działaniem pyramidonu i antypiryny zachodzą pewne różnice, które mogą mieć dość ważne znaczenie przy stosowaniu tego nowego środka leczniczego w praktyce. Pyramidon działa daleko silniej, aniżeli antypiryna, tak, że do wywołania odpowiedniego skutku potrzebne są daleko mniejsze dawki. Działanie pyramidonu przychodzi do skutku powolniej i trwa daleko dłużej, aniżeli działanie antypiryny.

Dodać tu zresztą należy tę ważną okoliczność, że doświadczenia na zwierzętach przekonały, iż pyramidon nie wywołuje żadnej zmiany we krwi.

Wyniki, otrzymywane na klinice wrocławskiej, wypadły bardzo pomyślnie: bóle najrozmaitszego rodzaju [bóle głowy u gorączkujących, bóle przy pseudoleukemii, przy zapaleniu gruźliczem otrzewnej, bolesna sztywność karku u osoby gruźliczej, bóle głowy przy niedokrwistości, przy *polyneuritis*, przy nerwobólu międzybrowym po grypie i t. d.] pod wpływem pyramidonu bardzo szybko ustępowały. Toż samo należy powiedzieć i o działaniu przeciwgorączkowym. Objawów niepożądanych, nieprzyjemnych ani razu nie spostrzegano.

Dawka dla dorosłych wynosi 0,3—0,5 raz lub dwa razy dziennie.

Można pyramidon przepisać w roztworze wodnym: 1 pyramidonu na 30 wody bez żadnego dodatku i podać albo na raz 5 ctm. sześć. do 15 ctm. sześciennych, t. j. łyżeczkę od herbaty lub łyżkę stołową, albo też 10 ctm. sześć., a po 4 godzinach znowu 10 ctm. sześciennych.

4. Euchininum. Euchinina. Jest to eter złożony — kwasu etylo-węglanego i chininy. Przedstawia się pod postacią delikatnych, białych kryształków. W wodzie trudno się rozpuszcza; w alkoholu, eterze i chloroformie łatwo się rozpuszcza. Roztwory euchininy oddziałują alkaliczne. Z kwasami tworzy euchinina sole krystaliczne, z których chlorek euchininy łatwo w wodzie się rozpuszcza, siarczan euchininy — trudno, a najtrudniej — garbnikan euchininy.

Euchinina prawie nie posiada smaku; dopiero po dłuższym leżeniu na języku ma smak słabo-gorzawy. W mleku, w zapach, w kakao i w winie można euchininę przyjmować, nie uczuwając żadnej nieprzyjemnej goryczy. Chlorek euchininy ma smak gorzki, a garbnikan — nie posiada żadnego smaku. Dlatego też w praktyce najodpowiedniejszymi są: sama zasada — euchinina, albo też sól jej garbnikowa — garbnikan euchininy (*euchininum tannicum*).

Euchinina prócz tej zalety, że nie jest gorzką, ma jeszcze tę wyższość nad chininą, że nie wywołuje nudności, wymiotów, parestezyi smakowych i większego szumu w uszach.

Według spostrzeżeń prof. NOORDEN'a—który głównie stosował euchininę przy kokluszu, przy rozmaitych stanach gorączkowych, przy nerwobólach — 1,5—2,0 euchininy odnośnie do efektu odpowiada 1,0 chlorku chininy (*chininum muriaticum*).

Dorostłym euchininę podawać można wprost w proszku w opłatkach, a dzieciom w roztworze — w mleku, kakao, rosole. (*Therapeut. Monatsh.* 1897. 1).

5. Chinaphtholum. Chinaftol. Jest to związek betanaftolu ze siarczanem chininy. Przedstawia się pod postacią żółtego, krystalicznego proszku. Smak ma gorzki. W wodzie zimnej nie rozpuszcza się. W wodzie gorącej i w alkoholu trudno się rozpuszcza.

Według prof. RIEGLER'a, chinaftol przechodzi niezmienny przez żołądek, a dopiero w kiszkiach rozpada się na chininę i na kwas sulfo-betanaftolowy: jeden i drugi składnik wywierają działanie antyseptyczne w przewodzie kiszkiowym.

Dlatego też prof. RIEGLER za najbardziej wskazane do stosowania wzmiankowanego środka uważa następujące stany chorobowe: tyfus brzuszny, gruźlica kiszki, dyzenterya i t. d.. Oprócz tego, z powodu swego składnika — kwasu sulfonaftolowego—zalecają rzeczony środek leczniczy przeciw ostremu reumatyzmowi stawów.

Dawka wynosi 0,5 *pro dosi* — a 5,0 *pro die*. Jednakowoż dawki dobowe 2,0—3,0 są zupełnie wystarczające.

Podaje się chinaftol wprost w proszku w opłatkach. (*Therap. Monatsh.* 1897. 1).
Wiktor Grostern.

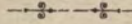
Wiadomości drobne.

— † = † —

— Spostrzeżenie E. BIERNACKIEGO o analgezyi nerwu łokciowego, jako objawie władu rdzenia [Gaz. Lek. 1894 № 2 i *Neurol. Centralbl.* 1894, 1. IV.], wywołało żywe zainteresowanie w literaturze niemieckiej. W № 51 *Deut. med. Woch.* E. Hiss podaje literaturę tego przedmiotu [CRAMER, BOEDEKER i FALKENBERG, HILLENBERG, GOEBER, LAEHR, ORCHANSKY] i własne spostrzeżenia nad „objawem BIERNACKIEGO“ u chorych umysłowych. Z dotychczasowych badań okazuje się, że objaw ten o wiele częściej i stalej spotykano u paralityków (*par. progress.*), niż u chorych na wład rdzenia; u tych ostatnich cyfry, podawane przez różnych autorów, wahają się w granicach 75%—37,2%, u paralityków wyniki są mniej więcej jednakowe [70%]. Hiss zauważył charakterystyczne zachowanie się czucia nerwu łokciowego u epileptyków: w ciągu 12 godzin po napadzie wykazać można znieczulenie *n. ulnaris* na ucisk u osobników, które w okresie wolnym od napadów tego znieczulenia nie mają. Jeżeli dalsze spostrzeżenia potwierdzą fakt, podany przez HISS'a, objaw BIERNACKIEGO miałby wielkie znaczenie dla rozpoznania epilepsji. BIERNACKI przypuszczał, że objaw jego stoi w związku ze zmianami tabetycznymi. Dotychczasowe wyniki badań pośmiertnych [jedna sekcja władu rdzenia i 6 bezwładu postępującego] przypuszczeń tych nie potwierdziły, t. j. że dla objawu BIERNACKIEGO dotychczas siedliska anatomicznego nie znaleziono.

A. P.

Wiadomości bieżące.



— W d. 6 b. m. obchodzonym będzie uroczyste w Petersburgu jubileusz 25-letniego zawodu nauczycielskiego prof. MARCELEGO NENCKIEGO. Następny numer Gazety poświęcimy specjalnie przypomnieniu czytelnikom zasług naukowych, jakimi znakomity Jubilat zdobył sobie wszechświatowe uznanie u obcych, a wdzięczność i wysokie poważanie u swoich.

— Wkrótce ma się odbyć w Wenecyi konferencya międzynarodowa w celu obmyślenia środków zaradczych przeciwko wtargnięciu dżumy do Europy. Niebezpieczeństwo grozi ze strony lądu i ze strony morza. Rossya prawdopodobnie weźmie na siebie obronę ze strony Persyi, jak to już nieraz robiła. Konferencya przedewszystkiem musi obmyśleć środki dla zapobieżenia rozszerzeniu się dżumy drogą morską. Straż sanitarna na morzu Czerwonym dobrze jest zorganizowaną na przypadek cholery, mocarstwa zatem mogą zapobiedz przedostaniu się dżumy, akceptując środki, proponowane przez konferencyę paryską [1894] i organizując kwarantannę w Aden, jak również przy wejściu do kanału Suezkiego. O wiele trudniejszym będzie urządzenie nadzoru sanitarnego w zatoce perskiej, gdzie tylko na stronie tureckiej znajduje się jedna dobrze urządzona stacya sanitarna [Bassorah], chociaż i ta znajduje się zanadto w głębi, aby mogła w zupełności odpowiedzieć swemu przeznaczeniu. Najważniejszym zadaniem konferencyi byłoby obmyślenie środków dla zapobieżenia pielgrzymkom muzułmanów do miast świętych, a to zadanie właśnie jest najtrudniejszym wobec fanatyzmu mas i bezradności rządów Turcyi i Persyi. (*Sem. méd. Nr. 5*).

— W znanej i uczęszczanej przez Polaków miejscowości klimatycznej Gries pod Bozen [w bliskości Meranu] kol. LUDWIK NAZARKIEWICZ urządził w willi Loreley zakład leczniczy, zaopatrzony w urządzenia wodolecznicze, inhalacyjne i t. d. Chorzy więc Polacy, zmuszeni udawać się do Gries, będą mogli korzystać z pomocy lekarza rodaka.

— Profesor farmakologii w Jurjewie [Dorpat], D-r KOBERT, opuszcza katedrę i obejmuje kierownictwo zakładu dla chorych płucnych D-ra BREHMER'a w Görbersdorfie.

— **Zmarł** w Kownie 16 stycznia r. b. D-r OTTON RZAŚNICKI w 58 roku życia, wysoko ceniony przez kolegów i publiczność dla swej wiedzy i przymiotów charakteru. Testamentem zapisał on 1000 rs. na kasę im. MIANOWSKIEGO.

ODPOWIEDZI REDAKCYI.

Panu I. J.: oto kilka z żądanych adresów:

Kegan Paul, Trench, Trübner and C. Limited, Paternoster House, Charing Cross Road.

H. K. Leis, 136 Gower Street.

J. and A. Churchhill, 21 New Burlington Street.

T. Fischer Unwin, 11 Paternoster Buildings.

Bliss, Sonds and Co, 12 Burleigh Street, Strand W. C.

Whittaker and Co, Paternoster Square E. C.

George Bell and Sons York Street, Covent Garden.

Do dzisiejszego N-ru Gazety dołącza się dla wszystkich prenumeratorów Katalog dzieł wydanych z zapomóg kasy im. J. MIANOWSKIEGO.

Wydawca, D-r St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny, D-r Wł. Gajkiewicz.

Доводено Цензурою Варшава 24^я екабра 1897. Друк Ковалевського, Варшава Mazowiecka 8