

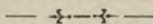
GAZETA LEKARSKA

Z ODDZIAŁU CHORÓB NERWOWYCH D-RA GAJKIEWICZA W WARSZAWSKIM SZPITALU ŻYDOWSKIM.

I. W KWESTYI ROZPOZNANIA CHORÓB STOŻKA KOŃCOWEGO RDZENIA, (*haematomyelia centralis coni medullaris*).

Przez

D-ra med. H. Higiera.



Rzecz to uderzająca, iż patologia rdzenia kręgowego do ostatnich czasów po macoszemu niemal traktowała dział cierpień stożka rdzeniowego (*conus terminalis*) i ogona końskiego (*cauda equina*). W ostatnim dopiero lat dziesiątku poczęto z godniejszą sprawą gorliwością zajmować się osobliwymi, wielce charakterystycznymi, typowo zarysowującymi się obrazami, jakie cechują choroby najniższych odcinków rdzenia oraz jego korzeni, a w bieżącym zaledwie roku otrzymaliśmy pierwsze wyczerpujące monografie tego przedmiotu [RAYMOND (1), DUFOUR (2) *], w których zestawiono i krytycznie poniekąd oświetlono cały materiał kliniczny, jakoteż anatomo-patologiczny. Zaniedbanie tego działu o tyle szczególniejszem wydać się musi, iż studia nad owym właśnie odcinkiem rdzenia kręgowego źródłem były niejednego już faktu, nie jednej wskazówki, cennej zarówno dla neurologa, jak i chirurga, a wnioski jeszcze bardziej doniosłej wagi obiecywać się zdają fizyologowi i anatomo-patologowi.

Klinicysta poznał obraz chorobowy tak wybitnie charakterystyczny i stereotypowy, jak w żadnym może cierpieniu innej okolicy kręgowego narządu ośrodkowego. I znów w tej właśnie okolicy dokładne rozpoznanie posiada, obok zainteresowania teoretycznego, niepoślednie znaczenie praktyczne, gdyż pozwala chirurgowi skutecznie i odważnie, niż w jakimkolwiek innym miejscu kręgosłupa, wdać się czynnie, zarówno przy cierpieniu kolumny samej, jak rdzenia kręgowego lub jego dodatków: sposobność do interwencji chirurgicznej jest tu z powodów łatwo zrozumiałych [uraz] dosyć częstą, możność zaś uleczenia przy danej sposobności drogą chirurgiczną — względnie największą.

Okolica ta, w której punkty wyjścia korzeni z rdzenia i z kanału kręgowego znacznymi są przedzielone przestrzeniami, pozwala fizyologowi i anatomo-

*) Wykaz odnośnej literatury p. na końcu.

mo-patologowi w najdogodniejszych badać warunkach sprawę zwyrodnienia wstępującego i w sposób ten dane swe co do przebiegu przewodów (*Leitungsbahnen*) rdzeniowych, zdobyte na zwierzętach za pomocą przecięć korzeni pojedynczych, kontrolować i porównywać z zachowaniem się tegoż w ustroju ludzkim: stożek rdzeniowy stanowi, rzecz można, stację wyjścia większości dróg wstępujących, uszkodzenie więc jego, *resp.* pochodzących, a znacznie odeń odległych nerwów ogona końskiego, naśladuje w sposób nie pozostawiający nic do życzenia doświadczenie wykonane na zwierzęciu. Wszakże rozległa nauka o drogach anatomicznych rdzenia kręgowego, o rozlanych i elektrycznych, systematycznych i pseudosystematycznych cierpieniach rdzeniowych, nauka o obwodowych polach projekcyjnych (*Projectionsfelder*) splotów nerwowych i odcinków rdzeniowych, o spleceniu obrębów sąsiadujących ze sobą korzeni, o pasmowej i węzłowej postaci zaburzeń czuciowych w sprawach korzeniowych [SHERRINGTON, STARR, THORBURN, HEAD, BRUNS, LAEHR], młodociana teoria wiądu, jako choroby pierwszego neuronu czuciowego [LEYDEN, DURANTE, MOXTER, ROSIN]: wszystko to nie mało mi do zawdzięczenia najnowszym właśnie badaniom porównawczym spraw klinicznych i anatomo-patologicznych w cierpieniach ogona, względnie krzyżo-łędźwiowego odcinka rdzeniowego.

Wzmiankowany odcinek rdzenia kręgowego zajmuje wreszcie odrębne stanowisko z innego jeszcze łatwego do zrozumienia powodu, a mianowicie, iż w nim to, według wszelkiego prawdopodobieństwa, szukać należy siedliska ośrodków czynnościowych kiszki odchodowej, pęcherza i narządów płciowych, tak wybitną w patologii rdzenia odgrywających rolę. O umiejscowieniu tych, tyle dla życia doniosłych ośrodków, o wpływie przewodów mózgowych na ich czynności, posiadamy dotąd, pomimo niezmiernej ilości spostrzeżeń klinicznych, dokonanych na myelitykach i tabetykach, dość ubogie wiadomości, dające się spożytkować dla topiki fizyologicznej. Rzecz to niemal nie do uwierzenia, iż niezliczone, tak kliczne, jak anatomo-patologiczne poszukiwania na człowieku o wiele mniej przyczyniły się do wyświetlenia tych od lat dziesiątek roztrząsanych kwestyi, niż doświadczenia fizyologiczne, dokonane na zwierzętach. Ośrodek pęcherzowy (*centrum vesico-spinale*) np., przez większość klinicystów umiejscowiony w najniższym odcinku rdzenia krzyżowego, zdaniem fizyologa GOLTZ'a, tudzież podług znanych tablic STARR-EDINGER'a, znajduje się w środkowej części rdzenia łędźwiowego. Podczas gdy, według większości podręczników, ma się ośrodek kiszki prostej (*centrum ano-spinale*) mieścić tuż pod ośrodkiem pęcherzowym, niektórzy z autorów [LACHMAN] kładą go ponad nim, lokalizując jednocześnie ten ostatni niedaleko nici końcowej (*filum terminale*). Ośrodek płciowy (*centrum genito-spinale*), mieszczony zazwyczaj na jednej wysokości z pęcherzowym, podług mniemania kilku poważnych fizyologów i klinicystów [BUDGE, BERNHARDT], znacznie wyżej się znajduje.

Takiego ubóstwa naszych wiadomości w tyle doniosłych kwestyach winną jest, jak to już słusznie zauważył ROSENTHAL (3), okoliczność, iż ani rozlane sprawy chorobowe rdzenia, ani też układowe, lub pseudosystematyczne jego cierpienia z ich różnorodnymi powikłaniami, nie nadają się wcale do dokła-

dniejszego umiejscawiania rzeczonych ośrodków odruchowych. W przypadkach tego rodzaju obok zaburzeń, dotyczących się zwieraczy, figurują stale, wcześniej lub później zachodzące, rozległe porażenia, znieczulenia, zaburzenia naczynioruchowe i odżywcze, te zaś z bogacają wprawdzie obraz chorobowy i ułatwiają rozpoznanie kliniczne, wysoce przecież utrudniają rozpoznanie umiejscowienia wyżej wymienionych ośrodków nawet przy oględzinach pośmiertnych.

Jedynie tylko ściśle ograniczone uszkodzenia [rozmięczenie, krwotok] mogłyby więcej rzucić światła na ową ciemną okolicę rdzenia, w której domyślać się należy siedliska omawianych ośrodków innerwacyjnych. Niestety, przypadków, dotyczących odosobnionego, pierwotnego cierpienia ośrodków, któreby zwłaszcza nie pozostawiały nic do życzenia co do swej czystości i bezwzględnej dowodności, przypadków tych właśnie posiadamy zaledwie parę.

Do zaniedbania zakresu chorób stożka rdzeniowego mogła się poniekąd przyczynić i ta ważna okoliczność, iż zarówno między anatomami, jak i klinicystami dotąd znaczne zachodzą różnice w pojmovaniu terminu „stożek“. Większość anatomów, jako *conus medullaris*, określa stożkowy odcinek rdzenia kręgowego, sięgający ku górze do zgrubienia lędźwiowego, ku dołowi zaś do nici końcowej. Jako granicę górną podają niektórzy anatomowie punkt wyjścia pierwszego nerwu ogonkowego [CHARPY], inni znów ostatniego nerwu krzyżowego [KRAUSE]. BRAUETIGAM (4) w swych „*Vergleichend anatomischen Untersuchungen des conus medullaris*“ upatruje początek stożka wraz „ze zwężeniem rdzenia kręgowego poniżej zgrubienia lędźwiowego“.

Wśród klinicystów pojęcie stożka mniej jeszcze jest określone. VALENTINI (5) np., któremu zawdzięczamy pierwsze dokładne, pod względem kazuistycznym prawdziwie cenne, studjum o „chorobach stożka końcowego i końskiego ogona“, zalicza do cierpień stożkowych przypadki, w których uszkodzonym był odcinek lędźwiowy, a nawet górna część *intumescientiae lumbalis*.

Ponieważ autorzy, jak to widzimy, różnią się wielce w zdaniach przy oznaczaniu górnej granicy stożka, niektórzy klinicyści, a zwłaszcza RAYMOND, usiłując uniknąć zamętu, określają ją słusznie w punkcie wyjścia trzeciego nerwu krzyżowego; albowiem przy takim tylko ustaleniu znaczenia „*coni medullaris*“ mówić można istotnie o swoistym, szczególnym obrazie klinicznym chorób stożkowych, obrazie, który teoretycznie łatwo *a priori* wykombinować, a który w istocie po kilka już razy w całej spostrzeganym był czystości, obrazie, który różni się rdzennie od obrazu chorobowego, jaki dają cierpienia wyżej położonego odcinka, przedewszystkiem zupełną nieobecnością porażień ruchowych kończyn dolnych. Położenie najniższego odcinka osi rdzeniowej stożka, jak go pojmuje RAYMOND, a wraz z nim i my, odpowiada na kręgosłupie pierwszemu kręgowi lędźwiowemu, niekiedy zaś i górnej części drugiego.

Znacznie już dokładniej określanym bywa tyle w rozpoznaniu różniczkowym ważny „ogon koński“. Pod nazwą tą rozumiemy owe korzenie nerwowe, co, wychodząc z najniższych odcinków rdzeniowych, by osiągnąć właściwych otworów bocznych kolumny kręgowej (*foramina intervertebralia*), dążyć

muszątku dołowi. Rdzeń kręgowy sięga u dorosłych normalnie do trzonu drugiego tylko kręgu lędźwiowego: poczynając więc od trzeciego nerwu lędźwiowego, korzenie tem dłuższy mają przebieg, im niżej znajduje się trzon odpowiedniego kręgu. Dość będzie, gdy dla przykładu przytoczymy, iż ostatni korzeń krzyżowy przebyć musi, zanim osiągnie swego otworu kręgowego, cały niemal kanał lędźwio-krzyżowy, czyli przestrzeń 28 przeszło ctm.

Ostre cierpienia stożka należą do rzadkości, to też je znacznie rzadziej spostrzegają od chorób ogona. DUFOUR (2) w swej monografii zdołał zanotować tylko 7 opisanych w literaturze, a należących tu przypadków: z nich sześć pod rubryką „uraz“, jeden zaś pod rubryką „krwotok rdzenia kręgowego“. Większą atoli połowę tych przypadków, jak zobaczymy niżej, należałoby bezwarunkowo wyłączyć, mowa w nich bowiem o cierpieniu rozlanem stożka w połączeniu z chorobą rdzenia lędźwiowego, albo też z cierpieniem ogona końskiego. SCHIFF (o) w swej niedawno ogłoszonej pracy twierdzi, iż znalazł 6 tylko spostrzeżeń analogicznych, włączając własny przypadek choroby stożkowej; między nimi figuruje jednak przypadek WESTPHAL'a, w którym badanie pośmiertne stwierdziło zapalenie opon rdzenia krzyżowych bez jednoczesnego zajęcia stożka.

Pragnę tu opisać przypadek, który winien być zaliczonym do niezmiernie rzadkich „czystych“ cierpień stożkowych, w znaczeniu dopiero co wyłuszczeniem, przypadek, ze stanowiska różniczkowo-rozpoznawczego pod niejednym względem zasługujący na uwagę, aczkolwiek, z powodu pomyślnego względnie zejścia choroby, jak większość mu podobnych, nie doczekał się oględzin pośmiertnych. Spostrzeżenie moje mogłoby bez wątpienia wzbudzać ciekawość i z tego jeszcze względu, iż chora w przeciągu lat 5, z większemi lub mniejszemi przerwami, pozostawała pod obserwacją lekarską, dzięki czemu przebieg choroby mógł uleść dokładnej kontroli. Mieliśmy w nim, jak historia choroby pokaże, prawdopodobnie do czynienia z ściśle ograniczonym uszkodzeniem substancji szarej rdzenia krzyżowego w owej okolicy, gdzie mają siedlisko ośrodki odbyto-pęcherzowe.

Przypadek I. Estera N. z Puław, lat 28, z rady kol. NEUGEBAUER'a wstąpiła 14 sierpnia 1891 do szpitala żydowskiego [№ 3948]. Pacjentka, skarżąca się na bóle w krzyżu oraz dręczące dolegliwości przy wydzielaniu moczu, mniej więcej 1½ r. temu skoczyła podczas pożaru z pierwszego piętra na bruk uliczny i całym ciężarem upadła na pośladek, nie tracąc wszakże przytomności. Krzyż i pośladek były w przeciągu kilku dni nader bolesnymi, szczególnie przy dotykaniu. Nogi wówczas były całkowicie porażone i nadzwyczaj wrażliwe na dotyk, później natomiast zupełnie oniemiały. Gorączki nie było, odleżyny się nie utworzyły. Krwi w moczu nie było, od pierwszej natomiast chwili chora nie była w stanie dowolnie oddawać moczu i stolca; musiano ją trzy razy dziennie kateteryzować. Gdy z powodu mocnego zaparcia otrzymywała środek przeczyszczający, wypróżniała się zazwyczaj bezwiednie.

Chora pozostawała w łóżku przez trzy tygodnie. W przeciągu tego czasu niemoc i nadezłość nóg zwolna zupełnie ustąpiły, pozostał tylko ból krzy-

za i uczucie zdrętwienia w udach. Uczucia opasywania brzucha brakło całkowicie, nie stwierdzono też żadnego uczucia spazmowego, ani porażenia na kończynach górnych lub tułowiu.

Zaparcie stolca, oraz zatrzymanie moczu znikły również po jakimś czasie, wzamian jednak wystąpiła, wprawdzie nie zupełna, nader jednak dokuczliwa niemożność zatrzymania moczu: chora nie odczuwała przy pełnym nawet pęcherzu ani potrzeby wydzielenia, ani też wyciekania moczu kroplami. Uczucie rozkoszy przy spółkowaniu miało być osłabionem. Na 9 miesięcy przed upadkiem, jakoteż w 12 po upadku, odbyła prawidłowy poród bez pomocy lekarskiej.

Stan 16 sierpnia 1891. Poczucie ogólne dobre. Stan bezgorączkowy. Żadnych histerycznych stygmatów natury fizycznej lub psychicznej. Żadnych bólów głowy. Żrenice jednakowej szerokości oddziałują dobrze przy akomodowaniu, a szybko na światło. Narządy brzuszne w porządku. Miesiączka zupełnie prawidłowa. W sferze ruchowej, tudzież w czuciowej górnej połowy ciała żadnych nieprawidłowości.

Chora, leżąc w łóżku, sama z łatwością przybierać może położenie na wznak lub na boku; porusza też nogami, w zupełnie naturalnej znajdującymi się pozycyi, w wszelkim kierunku oraz w każdym stawie bez bólu i wysiłku. Twierdzenia jej, iż prawa noga jest słabszą, przedmiotowo skonstatować nie można. Stąpa dość szybko, chód jej ani jest niedowładnym, ani też skurczowym lub bezładnym. Stoi z zamkniętymi oczyma, nie chwiejąc się. Może stać na jednej nodze. Zaników, ani obrzęków niema.

Najrozmaitsze zgięcia tułowia ku przodowi i w bok wykonywa bez namysłu; klęka, nie doznając bólu. Przeginając się w tył, odczuwa tępy ból w krzyżu.

W okolicy XI—XII kręgu piersiowego znajduje się z razu nie wpadające w oczy zniekształcenie, któremu wszakże kol. NEUGEBAUER, wielce kompetentny znawca patologii słupa pacierzowego, niewątpliwie urazowe przypisuje pochodzenie; zarówno zniekształcony krąg, jak i niżej położone wyrostki cierniste wrażliwymi są na ucisk. Badanie przez kiszkę stolecową, przy którym chora żadnego zgoła nie doznaje bólu, nie wykryło nic nieprawidłowego na kościach ogonowej i krzyżowej.

Tak mięśnie, jak i nerwy kończyn nie zdradzają bolesności przy ucisku. Pobudliwość elektryczna narządu nerwo-mięśniowego nigdy się w ten lub ów sposób nie okazała obniżoną. Chora odczuwa natychmiastowo dotknięcia, ukłócia igłą, różnice ciepłoty, zmianę położenia nóg.

W okolicy natomiast pośladka, jakoteż górnej połowy ud znaczne zajmują miejsce zaburzenia czuciowe; uległa im przestrzeń posiada kształt zwężającej się ku dołowi podkowy. Ku górze sięga znieczulenie do II—III kręgu krzyżowego, boczne zaś jego granice znajdują się w odległości około 3 poprzecznych palców od krętarzy. Na udzie pas znieczulenia nie przekracza na zewnątrz nigdzie środka tylnej powierzchni, ku wewnątrz zaś ogranicza go linia, dążąca ku górze, niedaleko wewnętrznej powierzchni uda, i nieopodal kroczna na tę ostatnią przechodząca. Znieczulenie obejmuje nastę-

pnie całe krocze, rów pośladkowy, odbyt, obręby narządów płciowych zewnętrznych aż do kresów wzgórka sromnego, błonę śluzową wielkich i małych warg sromnych, łechtaczki i pochwy.

Uwagi jest godnem, iż w wymienionem terytoryum znieczulenia czucie dotykowe nie jest naruszone, gdy wrażliwość na ból i bodźce termiczne zniesioną jest całkowicie. Szczypanie mocne odczuwaniem jest jako dotknięcie. Można wetknąć w pośladek igłę na głębokość 2 cm., nie wywołując najłżejszego wrażenia. Probówka, napełniona wodą wrzącą, daje wrażenie niewyraźnego dotknięcia. Chora nie czuje w wzmiankowanych miejscach pędzla faradycznego, nawet po zupełnem nasunięciu cewek. Wskazuje ona dokładnie miejsce dotknięcia szpilką, nie umie natomiast odróżnić ostrza jej od łepka.

Największego natężenia dosięgają niewrażliwość bólowa i nieczułość cieplikowa w środku dotkniętej okolicy, t. j. mniej więcej na wysokości otworu stolcowego i wewnętrznych części pośladków, najsłabiej zaś wyrażone są na jej skraju. Znieczulenie tych dokładnie określonych okolic sprawdzaliśmy kilkakrotnie, a zeznania chorej przy rozmaitych badaniach zawsze brzmiały zgodnie.

Okolica ponadłonowa, wewnętrzne powierzchnie ud, pachwiny i podbrzusze zachowały czucie prawidłowe.

Stolca chora długo utrzymać nie może: skoro tylko poczuje pewne spieranie w brzuchu, natychmiast musi spieszyć do ustępu, aby nie przeoczyć chwili wypróżnienia. Otwór stolcowy nie zieje, lecz z umiarkowaną mocą opasuje wprowadzony palec. Gdy na kroczu lub w odbytnicy umieścić elektrodę, wówczas i najsilniejszy prąd nie jest w stanie dokuczyć pacjentce, ale też palec badającego nie odczuwa żadnego skurczu podrażnionych mięśni.

W miejsce poprzedniego zatrzymania moczu, wskutek którego musiano chorej kilka razy dziennie zakładać cewnik, stwierdzono w czasie badania znaczne zwątlenie pęcherza z niemożnością wstrzymywania moczu, tak, iż chora musi oddawać mocz co $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ godziny. Do oddawania moczu skłania chorą uczucie prężenia w pęcherzu. Mocz wydziela się drobnymi porcjami, przyczem chora odczuwa w cewce moczowej tępe, jakieś nieokreślone wrażenie. Parcie na mocz powiększa się podczas chodzenia; przy kaszlu wydziela się mocz niekiedy mimowolnie, a zdarza się to i samo przez się od czasu do czasu, mimo usilnego wstrzymywania się chorej. Na wprowadzenie elektrody zgłębnikowej, w celu zbadania czułości i pobudliwości elektrycznej zwieracza pęcherza, chora nie przystaje.

Odruchy rzepkowe i ścięgna ACHILES'a są po obu stronach obecne, ten ostatni nieco słabszy, niż to bywa prawidłowo. Z odruchów skórnych brak podeszwowego i odbytowego.

Obok ogólnego wzmacniającego leczenia [dyeta, kąpiele, strychnina, chinina] elektryzowano chorą w przeciągu całych tygodni, stosując prądy stałe na słup pacierzowy, drażnienie faradyczne mięśni krocza, galwano-faradyczne pędzlowanie okolicy znieczulonej. Zastosowałem również dwukrotnie zęgałło PAQUELIN'a na bolesną okolicę słupa pacierzowego. Sposobem próby sto-

sowano też później, w przeciągu 6 tygodni, gorset w celu zniesienia ewentualnego ucisku zniekształconego kręgu. Pomimo wszelkich wysiłków, nie zdołaliśmy przecież osiągnąć jakiegokolwiek godnego wzmiarki polepszenia w stanie zaburzeń czuciowych i ruchowych.

Od lipca 1892 chora już się więcej nie pokazała, mimo że ją kilkakrotnie wzywałem listownie.

Stan 15 maja 1896. Niedawno chora odwiedziła Warszawę, z powodu przetoki zębowej. Skorzystałem z tej okoliczności, by zbadać szczegółowo jej układ nerwowy; nie stwierdziłem jednakże nic zasadniczo nowego. Charakter nieprawidłowości czuciowych pozostał takim, jak poprzednio, zmalał natomiast znacznie obwód znieczulenia. Bóle krzyża znikły bez śladu. Żadnej zmiany w czynnościach ruchowych i odruchowych. Zaburzenia kiszkowe ustąpiły niemal całkowicie, w czynnościach zaś pęcherza dość nieznaczne zaszło polepszenie. O posunięciu zaburzeń czuciowych i ruchowych na okolice sąsiednie niema mowy.

Rzućmy raz jeszcze okiem na obraz choroby. Mamy do czynienia z młodą kobietą, która, wskutek spadnięcia ze znacznej wysokości, uległa obrażeniu słupa pacierzowego. Wkrótce potem — przy zachowanej przytomności — wystąpiło porażenie poprzeczne kończynu dolnych całkowite z utratą czucia. Jednocześnie pojawiło się uporczywe zatrzymanie moczu i stolca. Wszystkie ciężkie objawy chorobowe w przeciągu kilku dni z wolna złagodniały: po porażeniu poprzecznym dolnym nie pozostało ani śladu, z całkowitego zaś oraz rozlanego znieczulenia nóg pozostało t. zw. częściowe porażenie czucia (*dissociirte Empfindungslähmung*), obejmujące okolicę pośladka i kroczka, symetryczne pasma na tylnej powierzchni ud, tudzież błonę śluzową obwodu odbyto-pęcherzo-płciowego w najniższym jego odcinku; zatrzymanie przeobraziło się w częściową niemożność wstrzymania moczu i stolca.

W jakim miejscu usadowiło się uszkodzenie: czy w samym rdzeniu kręgowym, który, jak już wiemy, na wysokości dwu najwyższych kręgów lędźwiowych zakończy się pod postacią stożka, czy też w ogonie końskim, tym grubym pęczku stromo ku dołowi dążących, a z części lędźwiowej i krzyżowej pochodzących włókien korzeni nerwowych? W jaki sposób powstało uszkodzenie: przez bezpośredni ucisk rdzenia kręgowego, *resp.* korzeni, ze strony zwicznętego lub zesuniętego i zniekształconego kręgu boleśnego, przez wylew krwawy do mięszu rdzeniowego lub worka opony twardej, czy też przez prosty wstrząs, który następnie doprowadził do ograniczonej nekrozy mleczka, względem zakłóceń w odżywianiu włókien nerwowych narządu środkowego?

Oto dwa pytania zasadnicze, na które musimy dać odpowiedź, uwzględniając dane etyologiczne i anatomo-fizyologiczne, w posiadaniu których jesteśmy.

Etyologia, rzecz prosta, pozwala nam wyłączyć bez wahania wszelkie przewlekłe rozwijające się nowotworzenie oraz ostrawe sprawy zapalne. Uraz wywołał zniekształcenie słupa pacierzowego i tu na razie musimy szukać siedliska choroby.

Zważywszy jednak, że na wysokości XI—XII kręgu piersiowego znajduje się górny odcinek rdzenia lędźwiowego, że więc dyzlokacja musiałaby pociągać za sobą nader ciężkie, a trwałe porażenia, jakoteż rozległe zaburzenia czucia, oraz zбочenia w odruchach ścięgnistych, będziemy zniewoleni szukać dla całokształtu nader charakterystycznych objawów, jakie mamy przed sobą, innego podkładu anatomicznego. Nawet całkowite porażenie poprzeczne nóg wraz z utratą czucia, o którym wzmiankowaliśmy w wywiadach, a które wystąpiło bezpośrednio po upadnięciu, bodaj czy może być połączone związkiem przyczynowym ze złamaniem kręgu. Szybkie zniknięcie porażenia wyłącza bezspornie wszelkie głębsze uszkodzenie substancji nerwowej, wskutek zmiżdżenia, czy zakłęśnięcia kręgu; prawdopodobniejszym o wiele wydać się musi zwyczajny wpływ urazu z oddalenia, albo wstrząsu (*shock*). O ile przypuszczać każe stan obecny choroby, głównego siedliska cierpienia szukać należy znacznie niżej miejsca złamania kręgu. Potwierdza to kliniczna analiza zarówno zaburzeń czuciowych i ruchowych, jak i czynności odruchowych.

Pomówmy przedewszystkiem o zachowaniu sfery ruchowej. Jak wiadomo, z pośród nerwów, zaopatrujących kończyny dolne, z najniższego odcinka zgrubienia lędźwiowego bierze początek nerw kulszowy, któremu odpowiadają ostatni lędźwiowy i dwa najpierwsze nerwy krzyżowe. Przy obrażeniach najniższego odcinka rdzenia, w obrębie nerwu kulszowego najczęściej cierpią drobne mięśnie stopy i mięśnie łydkowe, co z jednej strony wytłumaczyć można okolicznością, iż ich ośrodki rdzeniowe znajdują się względnie najniżej, z drugiej zaś osobliwym, a wielokrotnie stwierdzonym faktem, iż i przy urazach ogona końskiego największemu ulegają uszkodzeniu najwewnętrzniejsze, czyli więc najniższe korzenie krzyżowe. W naszym przypadku żaden z wymienionych obrębów nerwowych dotkniętym nie został. Znajdujemy natomiast zбочenia ruchowe w sferze splotu krzyżo-ogonowego (*Plexus sacrococcygens*), biorącego swe źródło z korzeni ogonowych i trzech ostatnich krzyżowych, a zatem w układzie mięśniowym pęcherza, odbytnicy i kroczka. Jak więc poucza rozbiór czynności ruchowych, winniśmy szukać miejsca uszkodzenia w dolnym odcinku krzyżowym rdzenia ¹⁾.

Analogiczną w całej rozciągłości lokalizację stwierdzamy i w sferze czuciowej. Pomijając porażenie pewnych nerwów i zwojów splotu podbrzusznego (*pl. hypogastricus*), należącego do układu nerwu współczulnego, znajdujemy, że u chorej naszej dotknięte zostały: nerwy odbyto-ogonowe (*nn. anococcygei e pl. coccygeo*), zaopatrujące skórę rowu pośladkowego i dźwigacz od-

¹⁾ Pod nazwą tą rozumieć należy ów odcinek rdzenia kręgowego, z którego biorą początek korzenie nerwów krzyżowych.

bytu; nerwy hemoroidalne średnie (*nn. haemorrhoidales medii e pl. pudendali*), rozgałęziające się w pochwie, dolnym odcinku pęcherza i odbytnicy; nerw hemoroidalny dolny (*n. haemorrhoidalis inf. e pl. pudendali*), dążący do zwieracza odbytu zewnętrznego i skóry odbytu; nerw sromny wspólny (*n. pudendus communis e pl. pudendali*) i gałęzie jego: nerwy krokowe i nerw grzbietowy lechtaczki; nerw skórny udowy tylny (*n. cutan. femor. post. e pl. ischiadico*) i jego główne gałęzie: nerwy pośladkowe dolne, nerwy skórne krocza i nerw skórny uda. Wszelkie inne, bezpośrednio do wzmiarkowanego obwodu znieczulenia przytykające okolice skóry wykazują czucie zupełnie prawidłowe, a mianowicie: pasma skórne na tylnej powierzchni uda, unerwione przez nerw skórny udowy boczny (*n. cutan. femor. lat. e n. crurali*) i nerw skórny udowy wewnętrzny (*n. cutan. femor. int. e n. obturatorio*), na najwyższych częściach okolicy krzyżowej położone obręby 1 i 2 gałęzi krzyżowej tylnej (*nn. sac. post. e pl. sacrali*), najniższa wreszcie część ściany brzusznej, otrzymująca gałęzie od nerwu biodro-pachwinowego (*n. ileo-inguinalis e pl. lumbali*).

Większa zatem część objawów ruchowych i czuciowych przemawia, jak widzimy, głównie za ośrodkowem lub obwodowem porażeniem narządów nerwowych, należących do splotów sromnego i ogonkowego.

Analgezya w sferze nerwu skórno-udowego tylnego czyni też prawdopodobnym częściowy w cierpieniu współdziałający wyżej wychodzącego splotu kulszowego, o czem poniżej będzie jeszcze mowa.

Objawy odruchowe również wybitny stanowią dowód niskiego usadowienia się ogniska chorobowego. Umiejscawiający się w obrębie II—IV nerwu lędźwiowego odruch rzepkowy jest nienaruszony; odruch ścięgna ACHILLES'a, zależny od V nerwu lędźwiowego [STARR-EDINGER], *resp.* dwu górnych nerwów krzyżowych [THORBURN], aczkolwiek w słabszym stopniu, zawsze przecież daje się wywołać. Z nie tyle już dokładnie dających się lokalizować odruchów skórnych brak odbytowego (*Analreflex*), tkwiącego na wysokości 3—4 korzenia krzyżowego [ROSSOLIMO], oraz mieszczonego się na poziomie odruchu ścięgna ACHILLES'a, odruchu podeszwowego [ALLEN STARR]. [D. n.]

II. ZŁÓG WAPIENNY W UCHU ZEWNĘTRZNEM,

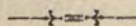
JAKO POWIKŁANIE PRZEWLEKŁEGO ROPNEGO ZAPALENIA UCHA ŚRODKOWEGO.

[Rzecz czytana na posiedzeniu Warsz. Tow. Lek. d. 27 kwietnia 1897].

Podał

W. Szumlański,

lekarz ambulatorium chorób usznych w szpitalu Dzieciątka Jezus.



We wrześniu r. 1894 przybyła na poradę 23-letnia M. M., skarżąc się na wpływ ropny z lewego ucha, trwający od dzieciństwa; ropa pokazywała się stale, dosyć gęsta, od czasu do czasu z domieszką krwi; chora nigdy z tego po-

wodu żadnych dolegliwości nie doznawała, nie leczyła się i prócz czystej waty nic do ucha nie wkładała. Mniej więcej przed rokiem, dłubiąc w uchu szpilką podwójną, uczuła, że ma w uchu „coś twardego“, i że poruszanie szpilką wywołuje ból, idący ku odpowiedniej skroni. Mimo to dopiero w ostatnim tygodniu zwróciła się o radę do jednej z bezpłatnych lecznic ogólnych, gdzie lekarz [niespecjalista], dostrzegłszy twór obcy, wypełniający całe światło przewodu zewnętrznego, zaopiniował, że jest to polip, który należy usunąć drogą operacji.

Rozpoznanie takie było o tyle usprawiedliwione, że rzeczywiście przed usunięciem z ucha ropy, przy powierzchownem badaniu można było przypuszczać istnienie polipa, od którego twór, znajdujący się w uchu, różnił się jedynie barwą brunatno-żółtą. Badanie dokładniejsze za pomocą zgłębnika przekonało od razu o błędzie rozpoznawczym, lecz bynajmniej nie pomogło do wyświetlenia sprawy: zgłębnik wskazywał, że ciało to jest ruchome, lecz twarde, jak kamień i wydające przy uderzaniu dźwięk metaliczny. Podejrzewając ciało obce, ująłem je szczypcami i ku wielkiemu zdziwieniu wydobyłem z wielką łatwością i bez sprawienia bólu ciało kształtu spłaszczonego stożka z dolnym brzegiem wklęsłym, górnym wypukłym, odpowiednio do ścian przewodu zewnętrznego, długości $1\frac{1}{2}$ ctm., szerokości przy podstawie, wystającej na zewnątrz, 1 ctm., barwy w części zewnętrznej brunatno-żółtej, w wewnętrznej, zwróconej ku błonie bębenkowej, o wiele jaśniejszej z małą, ciemną plamką na przedniej powierzchni; zewnętrzna część ciemniejsza była twarda, jak kamień; wewnętrzna, bardziej miękka, robiła wrażenie zgęstniałego i stwardniałego woszczku usznego. Po oczyszczeniu z ropy przewodu zewnętrznego okazało się, że błona bębenkowa była na znacznej przestrzeni zniszczona, ściana wewnętrzna jamy bębenkowej przekrwiona i rozpulchniona, tu i ówdzie drobne różowe granulacje.

Pomijam dalszy kliniczny przebieg tego przypadku, który nie przedstawia nic interesującego i przy stosowaniu zwykłych metod leczniczych zakończył się pomyślnie.

Powracam do zagadkowego „ciała obcego“; rozpoznanie takie zdawało się najprawdopodobniejszym, a chodziło jedynie o bliższe określenie, z czem mamy do czynienia. W tym celu preparat wrzucono do wody, w której początkowo pływał po powierzchni, zwrócony wewnętrznym końcem ku dołowi; w wodzie stopniowo pęczniał i po kwadransie opadł na dno, po 24 godzinach pozostał niezmienny. Przełożono go wówczas do słabego roztworu dwuwęglanu sody, który ma własność rozmiękania woszczku usznego, lecz i tu po upływie doby żadne zmiany nie nastąpiły. Kol. GURANOWSKI, któremu preparat pokazywałem, wyraził, sądząc z kształtu i konsystencji, słuszne przypuszczenie, że jest to prawdopodobnie ząb, który w dzieciństwie włożony został do ucha, wywołał ropienie i skutkiem długiego pobytu w uchu oblepiony został woszczkiem; idąc za jego radą zanurzyłem preparat w eterze, w którym stopniowo się rozpuszczał, nadając płynowi barwę brunatną. Po upływie 3-ech tygodni nastąpiły zmiany następujące: z części wewnętrznej mniej twardej po-

została skręcona wata, mocno złączona z częścią zewnętrzną, która znacznie zmiękła i z łatwością kruszyła się w palcach na ostry proszek.

Taki wynik badania wyjaśnił całą sprawę o tyle, że można było wytłomaczyć powstanie ciała obcego w ten mianowicie sposób, iż chora, włożywszy przed laty do ucha watę, zapomniała o niej, z biegiem czasu przylegający do waty woszczek wytworzył zbitą na pół twardą masę, sole zaś mineralne dzięki wpływowi powietrza, które spowodowało szybsze wysychanie zewnętrznej części preparatu, utworzyły w nim twardy konkrement, widoczny przy badaniu w otworze przewodu usznego.

Jedna rzecz pozostała zagadkową, mianowicie, z kąd się wzięły sole mineralne. Stanowcze twierdzenie chorej, że nigdy żadnych leków do ucha nie używała, pozwalało wyłączyć przypuszczenie, że sole powstały jako produkt krystalizacji z płynów, wlewanych do ucha [roztwór octanu alunu, kwasu bornego lub t. p.]; twierdzenie to jest tem wiarogodniejsze, że fakt tak długiego pozostawiania ciała obcego, swobodnie leżącego w uchu, przekonywa, iż nie stosowano nawet wielce popularnych przestrzykiwań, przy których z pewnością byłoby wraz z płynem odeszło i ciało obce.

Sole przeto mineralne mogły się odkładać jedynie z wydzieliny ropnej ucha środkowego, tem łatwiej, że obecność waty utrudniała swobodny odpływ ropy, która ulegała rozkładowi.

Brak rozbioru chemicznego, któryby mógł wykryć sole wapienne i potwierdzić takie przypuszczenie, oraz bezowocne poszukiwanie opisu podobnego przypadku w literaturze otyatrycznej wstrzymywały mię od ogłoszenia tego spostrzeżenia.

Dopiero w ostatnich dniach wyczytałem opisany przez BARTH'a ¹⁾ [z Lipska] przypadek zupełnie analogiczny, w którym ciało obce, po usunięciu nie zostało poddane próbom na rozpuszczalność w różnych płynach, lecz rozbiorowi chemicznemu. Wynik rozbioru był następujący: „Przy ogrzewaniu z kwasem [nie podano jakim] twarde masy rozpuszczały się z nieznacznym wydzielaniem się gazu i tworzyły na powierzchni odczynnika warstwę brunatnego, błyszczącego płynu, który rozpuszczał się w eterze, a po dodaniu alkalii zamieniał się w masę mydlaną. A zatem ciało rozpuszczone składało się z niewielkiej ilości węglanu wapnia i stosunkowo większej ilości soli wapiennej kwasu tłuszczowego (*Fetsaureskalk*). Rodzaj kwasu tłuszczowego nie mógł być oznaczony z powodu małej ilości płynu“.

BARTH przypuszcza również, że obecność waty sprzyjała szybszemu rozkładowi ropy, próchnienie zaś kości, o jakim świadczą granulacye w jamie bębenkowej, tłómaczy obecność soli wapienych. Rzadkość podobnych przypadków, zależy, jak słusznie twierdzi B., od tego, że ciało obce przy ropnem zapaleniu ucha wywołuje zazwyczaj podrażnienie i zmusza do usunięcia przeszkody, powstrzymującej odpływ ropy w pierw, nim sole wapienne zdążą wydzielić się w takiej ilości, aby wytworzyć konkrement.

¹⁾ Monatschrift f. Ohrenheilkunde. Luty. 1897.

W obu powyższych przypadkach ciałem obcym była wata, przez którą i obok której ropa mogła o tyle swobodnie odpływać, że nie występowały objawy, zniewalające do natychmiastowego usunięcia przeszkody.

Wkrótce po ogłoszeniu przypadku BARTH'a upomniał się o prawo pierwszeństwa BEZOLD¹⁾. Na międzynarodowym zjeździe otyatrów w Brukselli w r. 1888 opisał on dwa odnośne spostrzeżenia pod nazwą: *Lithiasis des äusseren Gehörgangs*²⁾, które zalicza do wielkich rzadkości, gdyż stosunek ich do ogólnej ilości chorych wynosi mniej więcej 1:10,000. BEZOLD przytacza dawniejszą literaturę tego cierpienia, zebraną w podręczniku LINCKE'go³⁾, oraz wspomina o pracy SECCHI'ego p. t. „*Otolithie*“⁴⁾, w której ogłoszone zostało jedno spostrzeżenie.

Pobieżne streszczenie przez LINCKE'ego przypadków dawniejszych bez opisu następczego badania tworów, usuniętych z ucha, czyni rozpoznanie nieco wątpliwem i wzbudza podejrzenie, że niektórzy przynajmniej z przytoczonych przezeń autorów mieli do czynienia nie ze złoгами wapiennymi, a z ciałami obcymi, które dostały się do uszów z zewnątrz. Przypadki BEZOLD'a różnią się od opisanych przez BARTH'a i przez nas tem mianowicie, że znajdował on u ludzi starszych [67 i 40 lat] wśród mas serowatych, otoczonych warstwą zmacerowanego naskórka, liczne drobne kamyki (*Versteinerungen*) o kształcie nieprawidłowym, zarówno z barwy, jak z budowy makroskopowej, podobne do małych martwiaków kości gąbczastej; długość niektórych kawałków wynosiła $\frac{1}{2}$ ctm. i więcej. Badanie drobnowidzowe wykazało budowę odmienną od budowy kości i przeważającą ilość kryształków węglanu wapnia; po dodaniu kwasu wydzielaly się gazy w postaci bardzo licznych pęcherzyków. Błona bębenkowa była zachowana i nie przedziurawiona, z przewodu zewnętrznego również ropienia nie było. Zdaniem BEZOLD'a zwapnienia tego rodzaju, podobnie jak kamyki w nosie i w przewodach łzowych, ślinowych i t. p., powstawanie swe zawdzięczają działaniu drobnoustrojów, których obecność uważa B. za przyczynę okolicznościową (*Gelegenheitsursache*); moment usposabiający (*prädisponirende Ursache*) stanowi zawsze ciało obce, jakim w przypadkach BARTH'a i naszym była wata, w przypadkach BEZOLD'a czopy zmacerowanego naskórka z przewodu zewnętrznego.

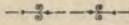
1) Monatschrift für Ohrenheilkunde. Marzec. 1897.

2) Quatrième congrès international d'otologie. Comptes-rendus et mémoires, Bruxelles. 1889, p. 337 i Ueberschau über den gegenwärtigen Stand der Ohrenheilkunde. Wiesbaden. 1895, str. 52.

3) Handbuch der Ohrenheilkunde. 1837. T. I, str. 627.

4) Archivio ital. di otologia. T. I, str. 49.

NOTATKI LEKARSKIE.



5. Kilka słów, dotyczących rozpoznawania niektórych postaci złamań.

Do rozpoznania złamania prostego w zupełności wystarczają ogólnie przyjęte zwykle sposoby badania. Skoro jednak odłamy kości wklonowują się jeden w drugi (*gomphosis*), rozpoznanie nastęrcza pewne trudności i niekiedy może być mylnie postawione. Niedawno np. widziałem chorego, u którego stwierdzono złamanie prawego ramienia z wklonowaniem odłamów; pomimo że wszystkie okoliczności, towarzyszące obrażeniu temu, jak również zmiany, w kończynie przezeń wywołane, mocno przemawiały za złamaniem, wyłączyłem je jednak z całą pewnością, a to opierając się na rękoczynie, o którym mowa poniżej.

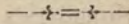
Celem tego rękoczynu jest dokładne wykrycie i umiejscowienie charakterystycznego bólu przy złamaniach, czyli t. zw. (*Bruchschmerz*). Jeżeli bowiem uszkodzona kończyna obok innych objawów wykazuje bolesność przy ucisku największą w pewnym miejscu, to zupełnie słusznie można powątpiewać, czy ból ten jedynie jest zależny od obrażenia części miękkich tylko, czy też zależy on od uszkodzenia kości. Wątpliwość ta łatwo da się usunąć, skoro uciskać będziemy samą tylko kość w kierunku jej osi, a to przez przyłożenie obu rąk do obu jej końców stawowych. A więc złamanie np. ramienia z wklonowaniem odłamów niezawodnie rozpoznamy tam, gdzie uciskanie kości w kierunku dośrodkowym będzie bolesne; oczywiście jedną ręką naszą opieramy wówczas na stawie barkowym, drugą zaś na łokciowym przy zgiętym pod kątem prostym łokciu.

Postępowanie to skądinąd bardzo proste postanowiłem ogłosić jako łatwy środek rozpoznawczy; był on mi nieraz bardzo użytecznym i zawsze nieszkodliwym.

Jakkolwiek dotąd rękoczyn ten nie był ogłoszony przez żadnego z autorów, przypuszczam jednak, że może posługiwano się nim nieraz, bo rzeczywiście leży on, jak na dłoni.

D-r med. Schroeter [Pabianice].

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.



41. Jaffe. O wpływie krwisteku na błonę maziową stawów.

Bardzo interesującą rzeczą jest sprawa wsysania przez błony maziowe wysięków czy wylewów płynnych i stałych. Przy rozwiązywaniu tego zagadnienia główną wagę przywiązywano do zbadania losów owej niezwyklej zawartości jamy stawowej, a mniej troszczono się o rozpatrzenie dokładne zmian anatomicznych, którym podlega sama błona maziowa pod wpływem zetknięcia się jej nienormalnego z krwią wynaczynioną. Zadanie to, ograniczone bardzo ściśle do określenia wpływu jedynie tylko krwi wynaczynionej na ową błonę, podjął ALFONS JAFFE, a praca jego uwieńczoną została nagrodą „miasta Berlina“.

Już BICHAT dowiódł, że błona maziowa nie posiada gruczołów i wykazał, iż owa „*poche non ouverte*“ ma powinowactwo do błon surowiczych tak bliskie, że ją wprost za odmianę tych ostatnich poczytuje (*Anatomie générale. Traité des membranes. 1806*). KOELLICKER dopiero w 1850 dowiódł, że nie tworzy ona worka zupełnego i zamkniętego, gdyż chrząstek nie pokrywa. HISS w 1865

przekonał nas, że powstaje ona z drugiego listka zarodkowego, a więc, że to, co KOELLIEKER za nabłonek uważał, jest niewątpliwie śródbłonkiem. HUETER jednak, srebrząc preparaty metodą RECKLINGHAUSEN'a spostrzegł ze zdziwieniem, że błona maziowa zachowuje się względem niej nie jak błony surowicze, lecz prawie tak, jak rogówka oka. Nie możemy streszczać tu dokładnie wszystkich szczegółów niezwykle interesującej pracy HUETER'a, cytowanych przez JAFFE'go i znanych ogólnie [HUETER, VIRCHOW's *Archiv. Bd. 36. 1866*]. Wspominamy tylko, iż niepospolity marzyciel Greifswaldzki zawniósł ostatecznie, iż błona maziowa nie jest surowiczą, lecz że składa się z tkanki łącznej bardzo obfitującej w komórki, oraz że wytwarza się ona wprost z ochrzęstnej nasadowej. Ta jego opinia wywołała istną nawałnicę zdań wręcz sobie przeciwnych. Sprzeczano się tylko o to, czy istnieje tu śródbłonek, czy bogata komórkami błona łączno-tkankowa. Więc HARPECK i HARTMANN, krytykujący metodę srebrzenia, więc SCHWEIGGER SEYDEL, twierdzący, że HUETER łudzi się obrazami sztucznych wytworów, więc MOELLER, więc CORNIL i RANVIER, SAPPEY, FREY i HENLE, opisujący nabłonki, więc STEINBERG, dowodzący za pomocą barwienia chlorkiem złota, że mamy tu do czynienia z błoną surowiczą pokrytą śródbłonkiem: oto szereg przeciwników HUETER'a. Najenergiczniejszym poplecznikiem owego śródbłonka jest jednak TILLMANS. W rękach jego strzępiaste twory (*Zotten*), zeszkrobane z błony maziowej, okazują się jako nagromadzenia to jednowarstwowego, to wielowarstwowego śródbłonka, a tę wielowarstwowość fantazyjnie przypisuje on ciągłym podrażnieniom, zależnym od ruchów stawu, a powodującym nadmierne bujanie owego śródbłonka. W obronie śródbłonka stanął też wreszcie SCHNEIDEMUEHL.

HUETER naturalnie nie dał za wygraną: skrytykował mocno metodę zeszkrobowania, użytą przez TILLMANS'a i obronił się od zarzutu opisywania wytworów pozornie sztucznych. I ruszyła w obronę HUETER'owi cała chorągiew najrozmaitszych badaczy w różnorodnie uzbrojonych metody. Więc BOEHN w kwas octowy oraz lapis zbrojny, więc GERLACH, zasłaniający się barwieniem LANDOIS [za pomocą siarku ołowiu], a więc unikający zarzutów opisywania złogów sztucznych, REYHER, kombinujący chlorek złota z hematoksyliną, TOURNEUX i HERRMANN, wreszcie ALBERT, który o tyle się tu odznaczył, iż starał się udowodnić pochodzenie błony maziowej od więzów międzystalowych. W walce tej jednak najmocniej sprawę HUETER'a poparły wielkie prace HAGEN-TORN'a, HAMMAR'a i BRAUN'a.

Na tle tej interesującej walki o histologiczną wartość błon maziowych dziwnie rysuje się rozprawa SUBBOTIN'a z atawistycznym cofnięciem się autora do badań nad budową gruczołów maziowych, o których od czasów HAVERS'a, po pracy BICHAT'a [1806] już nikt ani na chwilę nie myślał.

Stosownie do tego, czy dany autor z najbliższej nam epoki przechyła się na stronę pojęcia o blonie maziowej, jako klasycznej surowiczej, śródbłonkiem pokrytej, czy też przeciwnie należy do partyi uważającej ją za tkankę łączną, złożoną z dwu warstw mniej lub więcej wyraźnych [rogówkowatej i śródbłonkowej], warstw w każdym razie obdarzonych znaczną ilością istoty międzykomórkowej, stosownie, powiadam, do tej zasadniczej różnicy zdań, badacze ci niejednako opisują unaczynienie tej błony, o tyle jednak tylko się tu różnią, że jedni widują, iż naczynia te ostatecznie przebiegają zawsze pod warstwą komórek śródbłonkowych, drudzy zaś opisują te same naczynia, leżące na powierzchni błony, nago, lub, co najwyżej, pod przezroczystą zasłoną jednolitej istoty spójnej.

O drogach limfatycznych tyle tylko wiadano, że SCHWEIGER-SEIDEL'owi i LUDWIG'owi nie udało się nastrzyknąć przewodów sokowych i naczyń chłonnych od strony jamy stawowej, a TILLMANS, wstrzykując płyn od strony grub-

szych naczyń chłonnych, zdołał wprawdzie nastrzyknąć najdrobniejsze drogi limfatyczne podendotelialne, ale ani jedna kropla płynu nie dostała się do jamy stawowej i t. d.. Ostatecznie HAGER TORN starał się nastrzyknąć przerywy sokowe oraz najdrobniejsze naczynka limfatyczne i przekonał się, że drogi sokowe tworzą w głębszej warstwie błony maziowej grubą siatkę. Badacz ten dowodzi, że nie istnieją wrota, bezpośrednio do jamy stawowej ziejące (*stomata*) tak, że wessanie odbywa się tu przez warstwę istoty spójnej (*Grundsubstanz*).

Badaniem sprawy wsysania zajął się pierwszy BOEHM i doszedł do wniosku, że odbywa się ona w stawie tak, jak w jamach surowicznych. MOSENGEL, mówiąc o wpływie masażu na wysięki stawowe, przechyla się na stronę tych, którzy wierzą w istnienie otwartych ziejących wrot, wiodących bezpośrednio z jamy stawowej do dróg limfatycznych.

Nadzwyczaj zajmującą, szczególnie dla chirurgów, jest praca RIEDEL'a o losach krwi wynaczynionej do jam stawowych (*Deutsche Zeitschrift f. Chirurg. Bd. XII. 1880*). Wykazał on, że żywa krew, wprost z żyły do jamy stawowej sztucznie wpuszczona, po jakimś czasie w całości krzepnie [aczkolwiek nie odrazu]. Po kilku dniach komórki śródbłonkowe zaczynają pokrywać powierzchnię oddzielnych skrzepów i wrastać w ich grubość. Komórki te pochodzą albo od śródbłonka, albo od przemiany znajdujących się w mazi stawowej leukocytów. RIEDEL przypuszcza, że skrzepy same znikają ostatecznie drogą przemiany tłuszczowej, choć z drugiej strony zwraca uwagę, że w intymie znaleźć można barwnik swobodny lub zawarty w komórkach.

Ta piękna praca RIEDEL'a doczekała się jednak gruntownej zmiany, a wywody i wnioski tego autora obalone zostały przez wyborne i wyczerpujące badania BRAUN'a (*Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie. Bd. 39. 1894*). Uważne przeczytanie tej pracy polecamy gorąco czytelnikom *Gazety*, sami zaś ograniczymy się na tem miejscu paroma słowami następującymi.

BRAUN dowiódł, że i komórki błony maziowej i leukocyty wrastają w skrzep. Za temi komórkami wdrażają się weń naczynia. Komórki tkanki łącznej i leukocyty objuczają się barwnikiem i przenoszą go do błony maziowej, z której warstw barwnik ten dostaje się układem dróg sokowych do naczyń limfatycznych. Wywózka ta najenergiczniej odbywa się w tych częściach błony maziowej, które są zaopatrzone w wyrosłe strzępiaste (*Zotten*). Po dokonaniem już odbarwienia skrzepu, włóknik zostaje przez tkankę błony maziowej poprzerastany i do składu jej ściany wcielony. Skrzepy wolno pływające w jamie stawowej zostają otoczone obłoczkami włóknika i podlegają takiemu samemu losowi, jak skrzepy leżące swobodnie na powierzchni błony maziowej. Komórki, leżące swobodnie na tej powierzchni, zdaniem BRAUN'a, tak samo przyjmują udział we wchłanianiu barwnika.

Sądzę, że to streszczenie pierwszej, czyli historycznej, części pracy JAFFE'go przyda się Szanownym Czytelnikom do zorientowania się w całości przedmiotu, oraz do należytego zrozumienia części drugiej, którą jak najtreściwiej postaram się opowiedzieć.

JAFFE przekonał się, że błona maziowa nie jest błoną surowiczą, lecz tkanką łączną, której powierzchnia, zwrócona ku jamie stawowej, usiana jest licznymi komórkami łącznotkankowymi, usadzonemi ściśle jedna koło drugiej. W głębszych warstwach tej błony komórek napotykamy daleko mniej. Naczyń krwionośnych nagich nigdy na powierzchni wolnej [stawowej], w błonie maziowej nie widział, zawsze biegają one pod osłoną warstwy komórkowej, lub warstwy substancji międzykomórkowej (*Grundsubstanz*).

Zdaniem JAFFE'go, krew wynaczyniona do stawu krzepnie już w ciągu pierwszej godziny. Krzepnięcie to jednak zmniejsza się w miarę napływania świeżo wytworzonej cieczy maziowej tak, że po 24 godzinach zawartość

jamy stawowej przedstawia się jako lepka, ciągnąca się, płynna masa krwawa. Począwszy od dnia drugiego, aż do dnia ósmego, pojawiają się w niej skrzepy, z początku coraz większe, a potem znów coraz mniejsze, co, jak się zdaje, zależy od tego, że ciecz maziowa wywiera wpływ ujemny na sprawę tworzenia się skrzepów.

Już w cztery godziny po sztucznem wstrzyknięciu żywej krwi do żywego stawu, pojawia się ogniskowate nacieczenie komórkami okrągłymi i wzrasta aż do dnia piątego; potem się zmniejsza, a na dzień dziewiąty lub dziesiąty ustaje zupełnie.

Krew płynna ulega po największej części wtłoczeniu w szczeliny sokuwe błony maziowej, skąd upływa drogami limfatycznymi. W tem wessaniu najmniejszą część zadania biorą na siebie pochłaniające barwnik leukocyty i komórki łączno-tkankowe. Począwszy od dnia szóstego, pojawia się coraz obfitsze unaczynienie w błonie maziowej. To bogactwo naczyń dochoodzi do szczytu około dnia ósmego. JAFFE przypuszcza, że zjawisko powyższe polega na nowotworzeniu się naczyń krwionośnych, aczkolwiek nie zdołał faktu tego udowodnić.

Jeżeliby udało się stwierdzić przypuszczenie JAFFE'go, że po pewnym czasie obecność krwi wynaczynionej do jamy stawowej powoduje znacznie-sze zmiany w budowie błony maziowej, a szczególnie w jej wyrostkach strzępiastych, gdyż pociąga za sobą tworzenie się nowych naczyń krwionośnych, to zyskalibyśmy drogę do bardzo ważnych badań klinicznych. W takim razie trzeba mianowicie zbadać, którego dnia po wylewie krwi poczyna się tworzenie owych naczyń. W ten sposób dałoby się może rozstrzygnąć pytanie, czy nie należałoby za pomocą stosowania wczesnego masażu i ruchów biernych starać się o uchronienie stawu od ważniejszych zmian, grożących jego błonie maziowej po takim wylewie. Dzisiaj leczenie polega właściwie na unieruchomieniu, to jest na ujednostajnieniu warunków ciśnienia i tarcia oraz sprowadzeniu ich do typu takiego, w jakim staw, pozbawiony ruchu, się znajduje. Wtedy jednak będziemy mogli zgodzić się na liczne propozycje stosowania ruchu w świeżych przypadkach krwistek stawowych, a co ważniejsza: potrafimy ściśle określić termin, w którym ta metoda istotną korzyść przyniesie, powstrzymując rozwój nowych naczyń przez przyspieszenie włączania płynu krwawego do szczelin chłonnych, drogą zmian w ciśnieniu i drogą pobudzania wydzieliny maziowej przeszkadzającej krzepnięciu wylewu.

Oprócz tego, stwierdzenie tworzenia się nowych naczyń przy krwisteku stawowym objaśniłoby nam ten, dotąd niejasny, aczkolwiek niezbyt rzadki fakt, że u ludzi, którzy już raz ulegli urazowemu wynaczynieniu krwi do stawu, taki krwistek powtarzać się czasem może bez żadnej [literalnie] przyczyny traumatycznej.

Rzecz ta, zdaniem naszym, warta jest w istocie opracowania i dla tego radzimy przeczytać w oryginale wspomnianą pracę JAFFE'go zatytułowaną: *„Ueber die Veränderungen der Synovialmembran bei Berührung mit Blut“* (*Archiv f. klin. Chir.* LIV. H. 1).
R. Jasiński.

42. Pilcz. O najczęściej używanych środkach nasennych.

Za idealny nasenny środek uważać możnaby taki, któryby zawsze niezawodnie sprowadzał sen, użycie którego nie powodowałoby żadnego niebezpieczeństwa i który nie wywoływałby żadnych nieprzyjemnych następstw, jak: wymioty, bóle głowy i t. p.. Takiego środka dotychczas nie posiadamy. Pilcz, studyjując działanie różnorodnych nasennych środków na klinice psychiatrycznej prof. WAGNER'a w Wiedniu i opierając się jednocześnie na licznych [163] pracach z literatury, przyszedł do wniosku, że do środków nasennych, naj-

więcej zbliżających się do ideału, zaliczyć należy: chloral, amylenhydrat, sulfonal, trional i wreszcie *pellotinum muriaticum*.

1. Chloral przedstawia się pod postacią kryształów o silnym zapachu i ostrym lekko gryzącym smaku. Z powodu żrących jego własności nie można go używać nie tylko do podskórnych wstrzykiwań, ale i *per os* w gęszczonych roztworach. U dorosłych średnia dawka 1,0—2,0 w wodzie. Wyższe dawki nie pozbawione są niebezpieczeństwa, po 5,0 spostrzegano zapaść. Mniejsze dawki, np. 0,5 u dorosłych nie tylko, że nie wywołują snu, lecz wywołują stan podniecenia, niekiedy nawet z omamami. Środek ten przeciwwskazany jest przy cierpieniach serca i naczyń krwionośnych, gdyż działa na nie porażająco. U chorych, leżących w łóżku, pod wpływem chloralu rozwija się skłonność do odleżyn. Ustrzem przyzwyczajają się do tego środka w nieznaaczonym stopniu. Przy dłuższym użyciu chloralu nawet u ludzi ze zdrowym układem krwionośnym porażający wpływ jego na naczynia wyraża się w ten sposób, że już nieznaaczne czynniki, jak np. minimalne ilości alkoholu, kawy lub herbaty, wywołują bardzo znaczne kongestye, tak że łatwo występują, rumień, pokrzywka, obrzęki.

2. Amylenhydrat przedstawia się jako bezbarwny płyn z właściwym mu ostrym, przypominającym mięte, smakiem i zapachem. W wodzie rozpuszcza się 1:8, w alkoholu łatwo. Środek ten odznacza się wielu zaletami, szybko sprowadza długo trwający sen bez żadnych nieprzyjemnych następstw. Nudności, bóle głowy spostrzegano tylko wówczas, kiedy podawano zanieczyszczony preparat. Środek ten może być długi czas podawany bez przerwy, zwiększać należy cokolwiek dawkę. Zwykle dajemy 2,0—3,0 w wodzie albo z alkoholem, np. w piwie. Nawet przypadkowe użycie 20,0—27,0 nie powodowało śmierci.

3. Paraldehyd jest to płyn o właściwym mu nieprzyjemnym zapachu i smaku, którego nie może zniszczyć całkowicie żaden *corrigen*s. Ujemną stroną tego środka jest to, że zapach jego udziela się wydechowi. Rozpuszcza się w wodzie 1:8, łatwo w alkoholu. Dawać go można w piwie 5,0—10,0 *pro dosi*. Jest to bardzo pewny i szybko działający środek nasenny, można go podawać w ciągu całych miesięcy, nie obawiając się żadnych nieprzyjemnych skutków. Nie oddziaływa wcale na serce i na naczynia. Objawy zatrucia występowały dopiero po kolosalnych dawkach 35,0—40,0.

4. Sulfonal przedstawia się jako proszek biały, krystaliczny bez zapachu i smaku; w zimnej wodzie prawie wcale nie rozpuszcza się, z łatwością w gorącej, szczególnie lekko alkalicznej. Środek ten szybko sprowadza sen, lecz ma wiele niedogodnych własności. Działa kumulacyjnie wskutek trudnej rozpuszczalności. Spostrzegano wiele przypadków śmierci z powodu dłuższego używania sulfonalu. Przy zatruciu występuje zapaść z silnymi żółdkowymi objawami, zapalenie nerek miąższowe, a w moczu zjawia się hematorfiryna, która nadaje moczowi kolor ciemny, mięsny. Przy podawaniu sulfonalu zwracać należy baczną uwagę: 1) na wypróżnienia, należy energicznie zwalczać zaparcia; 2) środek podawać w dawce 1,0, najwyżej 2,0 i w razie ciemnego zabarwienia moczu lub zmniejszenia się jego ilości zaprzestać podawanie sulfonalu. Podawanie dużych ilości sulfonalu nie tylko jest niebezpiecznym, lecz i zbyt cennym, gdyż u osób, u których 1,0 sulfonalu nie wywołuje snu, u tych i 4,0 nie daje efektu.

5. Pod względem chemicznego składu i nasennego działania pokrewnymi sulfonalu są trional i tetronal. Oba te środki działają jednakowo; tetronal jest bardzo drogi, a więc mało używany. Trional przedstawia białe kryształy o gorzkim smaku, rozpuszcza się w 320 częściach zimnej wody, lekko w gorącej. Sprowadza sen bardzo szybko, lecz przedstawia tożsamo niebezpieczeństwo, co i sulfonal, a więc przy podawaniu tego środka baczną uwagę

zwracać należy na zawartość pęcherza i wypróżnienia. Dajemy dawki nie większe nad 1,0 i nie dłużej nad 2—3 tygodnie z rzędu, zastępując go w razie potrzeby paraldehdem, amylenhydratem lub chlorałem.

6. *Pellotinum muriaticum* [sól alkaloidu z rośliny meksykańskiej] przedstawia się jako proszek biały bez zapachu o gorzkim smaku; rozpuszcza się łatwo w wodzie. Bardzo szybko sprowadza sen w dawkach 0,04 wewnątrz lub podskórnie, gdyż własności drażniących nie posiada żadnych. Spostrzegano niekiedy już po średnich dawkach zapaść.

Do środków nasennych, rzadziej używanych, należą: 7) *acetal* [3,0—10,0 *pro dosi*]; 8) *acetophenon s. hypnon* [0,2—0,5]; 9) *benzacetol* [0,5—1,0]; 10) *boldin* [0,2]; 11) *cannabinum tannicum* [0,25—1,0]; 12) *cannabinon* [0,05—0,1]; 13) *chloralformamid* [1,0 3,0]; 14) *chloralosum* [0,1—0,5]; 15) *chloralurethan* [4,0—5,0]; 16) *hypnotol* [1,0—3,0]; 17) *methyloal* [1,0—3,0]; 18) *extr. fluid. piscidiaie erythrinae* [1,5—3,0]; 19) *somnal* [1,0—2,0] i 20) *urethan* [1,0—3,0]. O tych wszystkich środkach tyle powiedziec należy, że działają nierówno, wywołując często skutki nieprzyjemne, jak: bóle głowy, zapaść, wymioty i t. p.; z tego powodu radzimy nie używać ich, ograniczając się do pierwszych 6, powyżej opisanych, mając na uwadze następujące zasady: 1) u osób z cierpieniami układu krwionośnego nie podawać chloralu; —) w innych przypadkach rozpoczynać od chloralu; przy dłuższem użyciu zastąpić go innymi środkami; 3) przy używaniu sulfonalu i trionalu baczna uwaga zwracać na pęcherz i zaparcie stolca i nigdy nie używać ich w ciągu dłuższego czasu; 4) gdzie wskazanem jest użycie środka podskórnie, tam używać *pellotinum muriaticum*.

Na zakończenie autor omawia jeszcze jeden środek, który, aczkolwiek nie należy do nasennych, jednakże, jako środek szybko uspakający chorych, znajdujących się w okresie silnego pobudzenia, zasługuje na szczególną uwagę praktyków. Środkiem tym jest *hyoscinum hydrochloricum*. Przedstawia on biały krystaliczny proszek o nieprzyjemnym smaku, bardzo łatwo rozpuszczający się w wodzie. Działa szybko, już po kilkunastu minutach poraża wszystkie kończyny na 6—8 godzin [podobnie jak *curare*, z tą różnicą, że nie poraża oddechania]. Prócz tego działania spostrzegano rozszerzenie źrenic, przyspieszone bicie serca, kongestye. Środek ten wielką może oddać przysługę przy przewożeniu niespokojnych chorych. Dawka jego jest 0,0001—0,0005 *pro dosi*. Przy cierpieniach serca jest przeciwwskazanym.

(*Wiener kl. Woch. Nr. 5. 1897*).

K. Stróżewski.

43. F. Schilling. Choroba Addison'a i organo-terapia.

Przypominając rozmaite dotychczas znane teorye choroby ADDISON'a, SCH. przytacza pracę MUEHLMANN'a [dokonaną w pracowni SALKOWSKIEGO].

Podług MUEHLMANN'a, ciało trujące przy chorobie ADDISON'a to breneckatechina. Substancja korowa nadnercza dostarcza istocie rdzennej materiału, z którego wytwarza się breneckatechina. Normalnie krąży we krwi kwas protokatechowy, wytwarzający się z pokarmów roślinnych. Nadnercze przetwarza kwas protokatechowy na breneckatechinę, która dotychczas znajdowana była tylko w moczu i w płynie mózgorzzeniowym. Breneckatechina barwi się na powietrzu lub w zetknięciu z tkankami w roztworze zasadowym na brunatno. Z tego powodu część substancji korowej nadnercza, przylegająca do substancji rdzennej, prawidłowo mocniej bywa zabarwiona. Jeżeli zaś breneckatechina dostaje się w większej ilości do krwiobiegu, to zabarwia się i naskórek. Prawidłowo breneckatechina zmienia się w miejscu powstania, t. j. w nadnerczu, lub zaraz po wydzieleniu się — przy pomocy splotów współczulnych — z nadnercza w inne nieszkodliwe związki. Przy chorobie zaś ADDISON'a dostaje się ona w nadmiernej ilości do krwiobiegu, tam się utlenia i zmienia w barwnik brunatny, zabarwiający skórę; trujące działanie breneckatechiny wywołuje

zaburzenia w układzie nerwowym i narządzie krążenia [powiększenia ciśnienia krwi]. Albo wytwarza się nadmierna ilość brenckatechiny, lub też normalna ilość takowej — wskutek uszkodzenia spłotu spółczulnego — nie zmienia się w związku nieszkodliwe. Wtedy chorobowo jest zmienione albo nadnercze, albo jego spłot spółczulny, lub też oba narządy razem. Mamy zatem do czynienia z samozatruciem [jak przy chorobach gruczołu tarczycowego]. Roślinożerne zwierzęta znoszą większe dawki tej trucizny, niż mięsożerne.

SCHILLING widział w kilku przypadkach choroby ADD. znakomitą poprawę [zniknięcie brunatnej barwy skóry, polepszenie ogólnego stanu] po użyciu nadnercza; podawał od $\frac{1}{2}$ —1 nadnercza owcy młodej dziennie, z surowem mięsem siekanem, na raz, o godz. 9—10 rano, w ciągu trzech miesięcy; radzi po każdej dwumiesięcznej pauzie powtórzyć leczenie w ciągu dwóch miesięcy; nadnercze zwierzęce jest nieszkodliwe dla ustroju. W końcu jednak chorzy giną od podstawowej choroby nadnercza [gruźlica, nowotwory i t. d.]; jedyny jest znany przypadek wyleczenia [MERKEL] przy chorobie ADD. na tle syfilisu.

(*Münch. Medic. Woch.* 1897. Nr. 7.)

M. Rozental.

TOWARZYSTWO LEKARSKIE WARSZAWSKIE,

— 2 — 3 —

Prof. Kosiński przedstawił: a) pacjentkę 32-letnią z gastroenteroanastomozą; operację, do której wskazaniem był rak i rozszerzenie żołądka, wykonał przed 3 miesiącami sposobem HACKER'a: jelito cienkie, przeciągnięte przez otwór w *mesocolon*, przyszył do tylno-dolnej ściany żołądka; b) preparat torbieli skórzastej, wielkości głowy człowieka, usunięty z jamy brzusznej 32-letniej kobiety; biegun torbieli, przeciwległy długiej szypule, był przyrośnięty do sieci, od której w tem miejscu torbiel otrzymywała dość duże naczynia; obie te szypuły były skręcone półszósta raza; zawartość torbieli składała się głównie z kulek gęstego tłuszczu, podobnych do ziarna rozgotowanego grochu; c) nerkę z torbielami ropiastymi i czterema kamieniami w miedniczce i torbielach, usuniętą przez nefrektomię.

2) NEUGEBAUER demonstrował: a) kamień moczowy wielkości małego jaja kurzego, powstały dokoła dwóch szpilek do włosów, które się dostały do pęcherza 26-letniej kobiety podczas masturbacji; kamień ten wydobyto drogą kolpocystotomii; b) macię, wyciętą przez laparotomię, z powodu wielu włókniaków.

3) BREGMAN przedstawił chorego z porażeniami, podobnymi do typu BROWN-SÉQUARD'a: uderza tu niedowład lewej kończyny dolnej, bez zaniku mięśni, bez zmian pobudliwości elektrycznej, ze znacznym wzmożeniem odruchów i zaburzeniami czuciowymi, podobnymi do syryngomyelicznych; zaparcie stolca i trudność oddawania moczu [w początku choroby *incontinentia*], brak zadowolenia płciowego przy zachowaniu mocy, bolesność wyrostka ciernistego I-go kręgu lędźwiowego. Choroba wystąpiła przed 2 laty nagle. Jest to, według B., hematomyelia centralna, a krwotok zajął lewą połowę rdzenia, zwłaszcza tylną część substancji szarej i prawdopodobnie część pęczków bocznych; ognisko sięga od 8 kręgu grzbietowego do 3 lub 4 lędźwiowego.

4) KRAUSE przedstawił chłopca 18-letniego ze znacznym stwardnieniem ściany brzucha, od pępka do spojenia łonowego i od prawego brzegu mięśnia prostego brzucha do lewego grzebienia biodrowego; chory nieco gorączkuje. Rozpoznanie waha się między promieniłą i przewlekłym zapaleniem innego pochodzenia.

5) GURANOWSKI przedstawił chłopczyka 3-letniego, który po szkarlatynie z dyfterytem przeżył obustronne *panotitis*; obecnie, po 3 miesiącach choroby dziecko zapomniało mówić, a wskutek zajęcia *rami vestibuli*, chodząc, chwije się.

6) SĘKOWSKI okazał paluch, oderwany przez nagłe szarpnięcie okręconego naokoło tegoż lejca ze ścięgnem mięśnia wyprostnego.

7) SZTEYNER przedstawił 20-letniego mężczyznę, któremu z powodu unaczynionego mięsaka ośrodkowego kości ramieniowej dokonał odjęcia całej kończyny górnej lewej wraz z łopatką i większą częścią obojczyka.

8) HEIMAN wygłosił rzecz p.n. „Z kazuistyki powikłań chorób ucha i z chirurgii tychże powikłań“. W ciągu r. z. H. spostrzegał następujące przypadki powikłań chorób ucha:

a) Mężczyzna z *otitis media suppurativa sin.* i przedziurawieniem błony bębenkowej zaczął nagle gorączkować [38°]; po 2 dniach gorączka znikła, a w 10 dni potem wystąpiła ponownie wraz z nieznacznym bólem nad lewym uchem; po zastosowaniu okładu lodowego i środka czyszczącego objawy te ustąpiły. Po 3 tygodniach zauważono znowu gorączkę; chory uskarżał się na kłucie w lewym uchu i obfity wyciek ropny; i tym razem objawy powyższe wkrótce ustąpiły. W 2 tygodnie potem przy podniesionej cieplocie wystąpił na wyrostku sutkowatym ropień, po którego przecięciu znaleziono kość obnażoną. Już po zagojeniu rany i ustąpieniu ropienia z ucha zjawily się nagle wymioty i ból w lewej połowie twarzy; w oku znaleziono brodawkę zastoinową; wystąpiła amnezja werbalna. Rozpoznając ropień w III zwoju skroniowym, H. zrobił czasową resekcję kości skroniowej sposobem WAGNER'a, następnie zagłębił nóż na 2 cm. w III zwój skroniowy; wypłynęło około uncji ropy. Po wprowadzeniu do jamy ropnia gazy jodoformowej ułożono wypiłowaną kość napowrót i część rany zaszyto. W wyrostku sutkowatym, który następnie wytrepanowano, ropy nie było. W ciągu dwu tygodni po operacji stan chorego był zadawalniający, kiedy zaś następnie pogorszył się znacznie, przystąpiono do powtórnej operacji: usunięto przyrośniętą już kość i przecięto I zwój skroniowy, z którego wypłynęła uncja ropy. Nazajutrz chory zmarł. Badanie pośmiertne wykazało, co następuje; zraz skroniowy wypełniony gęstą ropą; w komorach ropy; podstawa mózgu i mózdzek pokryte ropą. Za szczególną cechę przypadku powyższego uważa H. wczesne wystąpienie objawów ropnia, na 15 dzień choroby ucha. Chory miał wygląd osowiały, co, zdaniem H., jest cechą, przyczyniającą się do rozpoznania ropnia mózgowego.

b) W przypadku drugim, przy *otitis media suppurativa chron. sin.* znaleziono na wyrostku sutkowatym przetokę, skierowaną ku przodowi. Wkrótce potem chory zaczął się uskarżać na lewostronny ból głowy; wystąpiły wymioty i zawroty głowy przy tętnie 42. Po zastosowaniu wewnętrznem jodu objawy te znikły, wkrótce jednak wróciły; prócz tego wystąpił teraz niedowład nerwu twarzowego lewego i kończyn prawych. Wygląd chorego nie był osowiałym, a w siatkówce znaleziono wylewy krwawe. Dwa te ostatnie objawy przemawiały według H. przeciw rozpoznaniu ropnia mózgowego. W 7 miesięcy po wyjściu ze szpitala chory utracił wzrok.

c) W przypadku 3-im przy *otitis media suppurat. chron.* wystąpiła gorączka bóle głowy, obrzmienie w stawie napiętkowym. Uważając objawy te za ropniacowe, H. po wytrepanowaniu wyrostka sutkowatego, wypełnionego ropą, otworzył czaszkę, poczem z jamy tej ostatniej wypłynęło około uncji gęstej ropy [ropień przedoponowy]; z zatoki poprzecznej strzykawką PRAVAZ'a wyciągnął tylko krew. Po operacji wystąpiło obrzmienie i bolesność prawie wszystkich stawów, chory jednak stopniowo powrócił do zdrowia. Uważając pomyślnie zejście w powyższym przypadku za zależne od operacji, H. postanowił odtąd przy trepanacji wyrostka sutkowatego zawsze otwierać czaszkę i nakłuwać zatokę poprzeczną, ilekroć ma do czynienia z bólami tyłogłowa, gorączką i pewnymi objawami infekcyi ogólnej.

d) W przypadku 4-ym po kilku tygodniach trwania *otitidis mediae suppur. chron.* i po przecięciu ropnia podokostnowego wystąpiły wymioty i gorączka, bez

zmian na dnie oka. Na miejscu poprzedniego ropnia wydłutowano kość karye-tyczną; z jamy czaszkowej wylało się około 20 grm. ropy. Pacjent wyzdrowiał.

e) 5-ty chory miał *otitis media suppurat. chron.*. Kiedy nagle wystąpiły wymioty, ból głowy i gorączka, H. otworzył czaszkę powyżej zatoki poprzecznej; z cięcia w niezmienionej oponie twardej wypłynęło tylko nieco krwi. Po kilku dniach przy zmianie opatrunku wypłynęło z jamy czaszkowej około 20 grm. ropy. Przypadek zakończył się wyzdrowieniem.

f) Przypadek 6-ty z objawami ropnicy: ciepłota 40°, żółtaczką, zawroty głowy, bolesność przy poruszaniu głową. Otwarto jamę czaszkową, gdzie w przestrzeni podpajęcznej znaleziono ropę; z zatoki poprzecznej wydobyto płynną krew. Po operacji wystąpiło krwoplucie, bredzenie, zapalenie stawów krzyżowo-biodrowych. Przypadek zakończył się wyzdrowieniem.

g) W kilka tygodni po trepanacji wyrostka sutkowatego wystąpiło obrzmienie stawów przy ciepłocie podniesionej. Otworzono czaszkę, lecz wskutek krwotoku z zatoki poprzecznej zaniechano poszukiwania ogniska zakażenia. Po 3 miesiącach nastąpiło wyzdrowienie.

Z przypadków swoich H. wyprowadza między innymi ten wniosek, że nie-zaawsze ropnice pochodzenia usznego zależą od zakrzepów żylnych.

W dyskusji prof. Brodowski wyraża zdziwienie, że H. opiera rozpoznanie ropnicy na istnieniu obrzmienia stawów przy stanie gorączkowym oraz, że pyemie-nie stawów i gorączka mogły być wyrazem ostrego reumatyzmu, a ropnica i „łagodność“ — są to dwa pojęcia, najzupełniej się nawzajem wykluczające. Niezrozumiałem jest również, w jakim celu H. tak często nakłuwa zatokę poprzeczną.

GAJKIEWICZ zaznacza, że uderza go znaczna liczba przypadków ropni mózgowia, operowanych przez H., podczas gdy we Francji w ciągu ostatniego dziesięciolecia Luc naliczył tylko 8 podobnych operacji. G. sam spostrzega co-rocennie po kilka przypadków spraw ropnych mózgowia, nabrał więc przekonania, że zapalenia ropne ucha środkowego muszą być u nas częste i niedostatecz-nie leczone. Ropienie z ucha środkowego dostaje się do jamy czaszkowej pra-wie wyłącznie przez kość skalistą, mianowicie 1) przez *tegmen tympani* do dołu czaszkowego środkowego, wywołując tam *abscessus epi s. extraduralis*, albo ropień w dalszej części zrazu skroniowego; 2) przez *aditus ad antrum, antrum*, komórki wyrostka sutkowatego i tylną ścianę kości skalistej — do dołu czaszko-wego tylnego; w przypadku tym powstaje tutaj ropień zewnątrz-oponowy lub ropień w dolnej części mózdzku, albo wreszcie zapalenie i zakrzep w zatoce żyl-nej poprzecznej. Sprawy ropne w mózgu zdarzają się najczęściej po stronie prawej, co utrudnia rozpoznanie ze względu na nieznaną czynność prawego zra-zu skroniowego. Na ropień w lewym zrazie wskazują zaburzenia mowy; nigdy jednak nie bywa tu afazy ruchowej; nie spotykano również t. zw. „*sensorische Aphasie*“ [WERNICKE] lub „*Worttaubheit*“ [KUSSMAUL], której ośrodek znajduje się w tym zrazie w zawoju górnym. Spotykano tylko objawy t. zw. *aphasiae opticae*, opisanej przez FREUND'a, a polegającej na tem, że chory widzi i rozpo-znaje przedmioty, lecz nie może ich nazwać; nazywa zaś dobrze te przedmioty, które rozpoznaje za pomocą nie wzroku, lecz innego zmysłu, np. węchu, słuchu. Ropnie w przypadkach podobnych znajdowano w dolnej i tylnej części zrazu skroniowego lewego, na wysokości 2 lub 3 zawoju, a więc tam, gdzie przebie-gają włókna asocjacyjne, łączące zraz skroniowy ze zrazem potylicowym móz-gu, ośrodek mowy słuchowy z ośrodkiem mowy wzrokowym. W 1-ym przy-padku H. miał do czynienia zapewne z taką właśnie afazją wzrokową.

W niektórych przypadkach ropnia zrazu skroniowego spostrzegano ślepo-otę połowiczną, zależną od zniszczenia lub ucisku włókien, idących od *pulvinar* i *corpus geniculatum est.* do ośrodka wzrokowego w zrazie potylicowym, lub też od ucisku ropnia zewnątrz-oponowego w dole czaszkowym środkowym na jeden

ze szlaków (*trachus*) nerwu wzrokowego [w tym ostatnim razie występuje nadto brak odczyna tęczówki na światło]. W jednym z przypadków H. ropienie szerzyło się ku tyłowi, mogła więc powstać ślepotą połowiczna, chociaż H. o niej nie wspomina.

Dalej wspomina G. o możliwości pomieszania ropnia mózgowia z histeryą i opisuje 3 odpowiednie przypadki.

Co do metod leczenia operacyjnego ropni mózgowia pochodzenia usznego, to za najracjonalniejsze uważa G. operowanie na wysokości wyrostka sutkowatego: usuwa się w ten sposób źródło cierpienia, a niekiedy przez otworzenie samego tylko wyrostka lub atyki usuwa się groźne objawy mózgowe, zależne czy to od *meningitidis serosae*, czy też od wchłaniania pierwiastków chorobotwórczych, wreszcie, trepanując wyrostek, leżący nisko, ułatwia się ropie odpływ.

Rychliński za niejasny uważa opis przypadku, w którym objawy mózgowe zniknęły po kuracji rtęciowej: porażenie kończyn z jednej strony, a nerwu twarzewego z drugiej przemawiałoby za sprawą rozlaną, a rozlane sprawy syfilityczne obejmują zwykle szersze koło ośrodków. Co do przypadku ropnia zrazów czołowych pochodzenia nosowego, to R. widział 4 podobne, a zawsze spostrzegał upośledzenie zdolności rachunkowych chorych.

Według Szumlańskiego, H. niesłusznie ropnicę pochodzenia usznego bez zakrzepu zatoki tylnej uważa za łagodną: rokowanie w takich przypadkach jest rzeczywiście pomyślniejsze, przebieg jednak niekiedy bardzo ciężki. Jako dowód przytacza S. opis odpowiedniego przypadku. Że rozpoznanie histeryi od ropnia mózgu jest trudnem, dowodzi znany Sz. przypadek, w którym objawy mózgowe przy przewlekłym ropieniu w uchu środkowym wzięto za objawy histeryi i rozpoczęto leczenie hydropatyczne, kiedy nagle nastąpiła śmierć chorej, zapewne wskutek pęknięcia ropnia w mózgu [badania pośmiertnego nie było].

Krajewski radzi występować energicznie w przypadkach przewlekłego ropienia w uchu środkowym, które to przypadki najczęściej powodują powstawanie ropni mózgowia: należy trepanować wyrostek sutkowaty z otwarciem wszystkich jego komórek, w razie zaś potrzeby uciekać się do operacyi Stacke'go, dążąc do usunięcia wszystkich tkanek chorobowo zmienionych.

Sprawy wewnątrz-czaszkowe przy ropnych cierpieniach ucha powstają najczęściej w bezpośrednim sąsiedztwie chorej kości, a rzadko tylko drogą p. przutku, że jednak ognisko dość oddalone może powstać *per continuitatem*, dowodzi tego spostrzegany przez K. przypadek, w którym z powodu objawów epilepsyi Jackson'a dokonał trepanacyi i utworzył ropień w *gyrus praecentralis*; chory po 5 tygodniach zmarł, a na sekcyi znaleziono liczne ropnie w 1 i 2 zawoju czołowym oraz drogę do nich wyźłobioną u kości, a idącą od kości skalistej.

Powikłania mózgowe chorób ucha mogą być różnorodne, a dla żadnego z nich niema jakichś specjalnych objawów typowych; stąd nie należy wyczekiwać objawów charakterystycznych, lecz zawsze przy objawach mózgowych należy wykonać trepanację wyrostka sutkowatego z usunięciem całej chorobowo zmienionej kości, w razie znalezienia skrzepu w zatoce esowatej należy ją otworzyć; w razie krwotoku dość jest zatamponować koniec zatoki krwawiącej gazą jodoformową. Próbnę przekłucie zatoki ze względu na możliwość zakażenia nie jest odpowiedniem. W razie dalszego trwania objawów mózgowych należy poszukiwać ropnia mózgowego najlepiej przez otwór po trepanacyi.

Gabszewicz uważa metodę Wagner'a, stosowaną przez Heimana, za nieopowiednią przy leczeniu ropni mózgowia, ponieważ nie pozwala ona śledzić za gojeniem się ropnia. Dalej przytacza G. opis 2 operowanych przez siebie przypadków: w jednym z nich przy trepanacyi ropnia nie znaleziono, a po zastosowaniu wewnętrznem jodku potasu objawy mózgowe ustąpiły. Przypadek drugi dotyczył ropnia zewnątrz- oponowego, który objawów mózgowych nie powodował.

Zebranie lekarzy prowincjonalnych

w Kutnie i Łęczycy.

Sprawozdanie za rok III [1896].

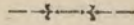
W ciągu r. 1896 odbyło się zebrań 4 [w marcu, maju, wrześniu i w grudniu], z tych 2 w Kutnie i 2 w Łęczycy. W zebraniach brało udział 26 kolegów [z Kutna, Łęczycy, Żychlina, Krośniewic, Łowicza, Piątku, Ozorkowa, Włocławka, Borusic, Kowala, Luserza]. Na 4 posiedzeniach [zwykle od godz. 7 do 12½ wiecz.] odczytano i przedyskutowano 21 referatów [przez 9 lekarzy], a mianowicie:

- 1) BERNHARDT [Łęczycy]. Przypadek *melaenae neonatorum*.
- 2) BERNHARDT [Łęczycy]. Przyczynę kazuistyczną do działania wielkich, wewnątrz zadawanych, dawek azotanu bizmutu.
- 3) F. ARNSZTEJN [Kutno]. O terapeutycznym stosowaniu kofeiny.
- 4) SZPIGANOWICZ [Kutno]. O użyciu kleszczy akuszeryjnych.
- 5) HANDELSMAN [Kutno]. Przypadek pseudoparaliżu histerycznego.
- 6) A. TROCZEWSKI [Kutno]. Niezwykły przypadek skrycie przebiegającej posocznicy w okresie połogowym [drukowany w № 10. Gazety Lekarskiej z r. 1897].
- 7) NAWROCKI [Łęczycy]. Dwa przypadki tęcza macicy w przebiegu porodu.
- 8) F. ARNSZTEJN [Kutno]. Kilka słów o ciężkich przypadłościach, towarzyszących otyłości i o ich leczeniu.
- 9) F. ARNSZTEJN [Kutno]. Obecny stan nauki o przyczynach ropienia i grzybkach chorobotwórczych.
- 10) HANDELSMAN [Kutno]. Przyczynę do leczenia epilepsji.
- 11) A. TROCZEWSKI [Kutno]. Przypadek ciąży macicznej, błędnie rozpoznany jako ciąża zewnątrz-maciczna, z przejściem następczem w nowotwór złośliwy. Laparotomia. *Sectio caesarea*. Wyzdrowienie [podany do „Przeglądu Chirurgicznego“].
- 12) A. TROCZEWSKI [Kutno]. Przypadek ciąży zamacicznej [brzuszej] z prawidłowym rozwojem płodu w ciągu pełnego okresu trwania tejże. Zmacerowanie płodu i wytworzenie się przetoki pępkowej i do kiszki. Laparotomia. Wyzdrowienie. [Drukowany w № 9. Gazety Lekarskiej z r. 1897].
- 13) A. TROCZEWSKI [Kutno]. Przypadek guza jajnika natury złośliwej. Laparotomia. Wyzdrowienie.
- 14) B. WIECZORKIEWICZ [Żychlin]. Przypadek błonicy nosa i gardzieli, powikłany w przebiegu płonicy i pomyślnie leczony surowicą, jako przyczynę do sprawy zakażeń mieszanych.
- 15) J. SZPIGANOWICZ [Kutno]. Przypadek *placentae adhaesivae* [ref. ustny].
- 16) KONOPACKI [Łowicz]. Przypadek pęknięcia języka [ref. ustny].
- 17) BERNHARDT [Łęczycy]. Przypadek *morbilli recurrens* [ref. ustny].
- 18) ZIEMNICKI [Łęczycy]. Trzy przypadki szczególnego przebiegu zakażenia zimniczego.
- 19) F. ARNSZTEJN [Kutno]. Przypadek ciąży zaśniadowej, 11 miesięcy trwającej.
- 20) F. ARNSZTEJN [Kutno]. Przypadek uporczywego zaparcia stolca po wielkich dawkach azotanu bizmutu.
- 21) F. ARNSZTEJN [Kutno]. Przypadek bezmoczności w przebiegu płonicy, zakończony śmiertelnie przy niezwykłych objawach mocznicowych.

Prócz komunikowania referatów powyższych na posiedzeniach demonstrowano również choroby.

A. Troczewski.

WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE.



6. *Folia Betulae albae*. Liście brzozy pospolitej, jako środek moczopędny. Wiemy z jednej strony, jak ważne wogóle znaczenie mają środki moczopędne; z drugiej zaś strony przyznać należy, że farmakopea wcale a wcale nie obfituje w owe t. zw. *diuretica*. Wobec tego każdy nowy nabytek w tym kierunku nie powinien dla nas być obojętnym, szczególnie, jeśli się to tyczy leku, o którym na pewno można przynajmniej to powiedzieć, że jest nieszkodliwym dla ustroju.

Prof. WINTERNITZ (*Blätter f. klin. Hydrotherapie. 1897. 1*) bardzo zachwala na par liści brzozy pospolitej (*infus. fol. Betulae albae*) jako wyborny środek moczopędny. Liście brzożowe powinno się zbierać na wiosnę. Dla wysuszenia trzeba je rozłożyć w cienkiej warstwie w miejscu ciemnym, suchem i dobrze przewietrzonym. Gdy liście są już zupełnie wyschnięte, przechowywać je należy w workach, albo w pudłach.

Dla przyrządzenia filiżanki naparu brzożowego trzeba wziąć 25—35 gramów [mniej więcej uncję] owych wysuszonych liści, nalać na nie 150—200 gramów wody wrzącej, pozwolić wodzie jeszcze ze dwa razy przy ogniu zakiepieć i następnie odstawić na dwie godziny. W końcu trzeba od liści odebrać napar, który też wówczas już jest gotowym do picia.

Można też całą ilość naparu, potrzebną na cały dzień, przygotować od razu, a więc ze dwie lub trzy filiżanki i pić go w rozmaitych porach dnia na zimno albo letnio.

Herbatka rzeczona ma smak nie najgorszy, nieco gorzkawy, a działanie jej moczopędne jest, jak zapewnia WINTERNITZ, bardzo silne: już w 24 godziny po pierwszym wyżyciu wzmiankowanego naparu zaczyna się zwiększać wydzielenie moczu. Nieprzyjemnych, niepożądanych objawów przytem nigdy nie spostrzegano. Szczególnie ważną jest ta okoliczność, że ani razu nie spostrzegano podrażnienia nerek. W przypadkach puchlin, zależnych od rozmaitych przyczyn, ilość białka w moczu oraz substancji morfotycznych, jak: nabłonków, cylindrów, stopniowo zmniejsza się coraz bardziej.

Ilość moczu z 300 ctm. sześć, pod wpływem naparu zwiększa się do 2000, 2500 i na tej wysokości trzyma się przez cały czas stosowania wzmiankowanego środka. W niektórych przypadkach prof. WINTERNITZ spostrzegał zwiększone wydzielenie moczu nawet jeszcze przez pewien dość długi czas po odstawieniu leku.

W jednym przypadku, jak zaznacza prof. WINTERNITZ, pomimo znacznego osłabienia mięśnia sercowego, pomimo wysoko posuniętej sprawy atermatycznej, ilość moczu pod wpływem naparu brzożowego bardzo szybko się zwiększyła, poczem wszystkie objawy, a szczególnie duszność i obrzęki znikły.

Ponieważ środek, tak gorąco przez WINTERNITZ'a zalecony, jest w każdym razie nieszkodliwym, niewinnym, więc powinni aptekarze nasi skorzystać z wiosny i odpowiednio zapasy zrobić.

7. *Peroninum*. *Peronina*, nowy środek kojący. Jest to związek eteru benzylowego z chlorkiem morfiny.

D-r SCHROEDER (*Therap. Monatsh. 1897. 1*), przeprowadził szereg spostrzeżeń klinicznych nad działaniem tego środka u chorych, dotkniętych gruźlicą płuc i przez to trapionych dokuczliwym kaszlem i bezsennością.

W największej liczbie przypadków pod wpływem peroniny kaszel zaraz się uspokajał. Tylko wyjątkowo peronina okazywała się nieskuteczną.

Na wykrztuszanie i na ilość płwociny zwykle środek wzmiankowany nie wpływał wcale, chociaż nieraz można było zauważyć, że chorzy po zażyciu peroniny mniej wykrztuszali, niż dotąd.

Zaburzeń ze strony przewodu pokarmowego wogóle nie spostrzegano po peroninie; wszelako u dwóch chorych na drugi dzień wystąpiły mdłości i zaparcie.

U wszystkich chorych peronina wywoływała mocny i spokojny sen.

Wogóle należy powiedzieć, że peronina okazała się bardzo dobrym środkiem kojącym (*narcoticum*), zajmującym pośrednie miejsce między morfiną a kodeiną.

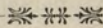
Dawka pojedyncza wynosi 0,02—0,04.

Peroninę można podawać albo jako proszek, rozpuszczony w wodzie, w herbacie, albo też w miksturze łyżkami stołowymi, albo wreszcie w pigułkach

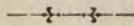
Rp. *Peronini* 0.5
Aqu. destill. 100.0
M. D. S. Wieczorem łyżeczkę w wodzie ocukrzanej.

Rp. *Peronini* 0.1
Aqu. destill. 145.0
Spirit. rectific. 5.0
M. D. S. Trzy razy dziennie łyżkę stołową.

Rp. *Peronini* 0.3
Pulv. rad. Liquirit.
Succ. Liquirit aa q. s.
ut spil. N. XXX. S. Na noc dwie lub trzy pigułki.
Wiktor Grostern.



List otwarty do Redakcyi Gazety Lekarskiej.



SZANOWNY REDAKTORZE!

W prasie francuskiej [lekarzkiej] zaczynają pojawiać się od czasu do czasu artykuły, dotyczące leczenia garbów POTT'a za pomocą metody CALOT'a. Pisałem już o tem w Gazecie. Chcąc uniknąć zarzutu ze strony czytelników, jakobym nie uwzględnił publikacyi późniejszych, pośpieszam Wam donieść, że dla tego nie streściłem artykułów:

1) *Du redressement forcé des bossus (communication à la société de médecine de Paris. 13 Mars. 1897 par M. DELORE (De Lyon)*, pomieszczone w „*La France médicale*“ z kwietnia. 1897,

i 2) *Le redressement des bossus par LUTAUD*, pomieszczone w „*Journal de médecine de Paris*“ 28 lutego. 1897,

że oba te artykuły napisane są w celu obrony prawa pierwszeństwa, mieszają skoliozę i *torticolis* z próchnieniem kości przy chorobie POTT'a, oraz metodę GLISSON'a i SAYRE'a [zawieszanie i gorsety gipsowe] z masażem forsownym przy skoliozach, z gwałtownem wyprostowywaniem przykurczeń i t. d. i z metodą CALOT'a, z którą właściwie mało co mają wspólne.

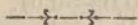
Streszczenie podobnych artykułów mogłoby jedynie zwiększyć zamęt, szczególnie wobec tej okoliczności, że nie wszyscy lekarze dostatecznie są obeznani ze szczegółami chirurgii kręgosłupa i mlecza paciierzowego.

Nie zawadzi tu cierpliwość. Czekamy przedewszystkiem na orzeczenie Paryskiej Akademii nauk, w której buletynach dotąd była tylko pomieszczoną wiadomość, iż specjalna komisya wyznaczoną została do ocenięcia nowej metody.

R. Jasiński.



Wiadomości drobne.



— D-r BEYBR opisał 8 przypadków obłąkania ostrego t. zw. amencji, którą spostrzegał u kobiet w wieku od 51 do 56 lat, pochodzących z rodzin, obarczonych dziedzicznością w większym lub mniejszym stopniu. Chore te przez szereg ostatnich miesięcy lub nawet lat, mniej więcej od czasu ustania miesiączkowania, zdradzały objawy ogólnego niedomagania i częste bóle głowy, ogólne rozdrażnienie, bojaźliwość, nadzwyczajną skłonność do płaczu, bezsenność i upadek odżywiania. Wybuch samej choroby poprzedzały zazwyczaj różnorodne troski: przejścia rodzinne, procesy, klótnie o spadek, dochodzenia sądowe. Pod wpływem tych okoliczności stan przygnębienia wzmagął się, poczem obłąkanie objawiało się nagle. Następował stan znacznego przyćmienia świadomości, chore przestawały orientować się w całym otoczeniu, nie poznawały nikogo, śmiały się, śpiewały, krzyczały, modliły, biegały po pokoju, to znowu chowały się po kątach. Do tego obrazu chorobowego przyłączały się przykre halucynacje: chore słyszały głosy, śpiewy, widziały przed sobą najrozmaitsze postacie, aniołów, djabłów i t. p.. Wieczorami stan podniecenia powiększał się i trwał nieraz przez całe noce. Chore rozrywały na sobie odzienie, gestykułowały nadzwyczaj żywo, rzucały się na ziemię, a pokarmów nie chciały przyjmować. Stan taki trwał od 2—3 tygodni. Powoli chore zaczęły się uspakajać, coraz lepiej orientowały się co do osób, miejsca i czasu, halucynacje ustępowały. Stan zdrowienia trwał od 6—8 tygodni, poczem chore nie tylko pod względem psychicznym nie zdradzały żadnych nienormalnych objawów, ale nawet fizycznie wyglądały lepiej, aniżeli przed chorobą. Przypadki autora stanowią cenny przyczynek do kwestyi cierpień umysłowych u kobiet w latach klimakterycznych.

(*Archiv f. Psych.* 29 Band. 1 Heft).

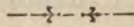
L. Dydyński.

— BRAUER z kliniki prof. SCHULTZE'go [w Bonn] opisał przypadek zapalenia nerwów obwodowych (*polyneuritis*), ciekawy ze względu etyologii i zmian, znalezionych pod drobnowidzem. U 24-letniego mężczyzny, niedawno zarażonego syfilisem, po wcieraniach w ciągu 5 tygodni szaruchy wystąpiły objawy zapalenia nerwów obwodowych; w parę miesięcy potem powtórnie zjawily się objawy syfilisu, wskutek czego robiono choremu wstrzykiwania z *Hg. salic.*; objawy swoiste zniknęły szybko, lecz objawy zapalenia nerwów zwiększyły się; innych objawów zatrucia rtęcią nie było. Zmiany anatomo-patologiczne ograniczały się prawie wyłącznie do zwyrodnienia otoczki myelinowej (*Markscheide*). Prawie we wszystkich nerwach obwodowych stwierdzono jednakowe zwyrodnienie otoczki. W zwojach międzykręgowych znaleziono w wysokim stopniu wyrazone zmiany w otoczce, cylindry osiowe normalne, w komórkach widocznych zmian nie było. W rdzeniu zmiany znajdowały się w niektórych tylko komórkach rogów przednich. Naczynia krwionośne normalne. Za najprawdopodobniejszą przyczynę cierpienia w tym przypadku autor uważa zatrucie rtęcią jednocześnie z toksycznym działaniem syfilisu.

(*Berl. klin. Woch.* Nr. 13, 14. 1897).

K. S.

Wiadomości bieżące.



— Z różnych stron dochodzą nas zapytania, czy lekarze nasi rzeczywiście „uwzięli się“ nie posyłać chorych do miejscowości leczniczych, leżących w obrębie cesarstwa niemieckiego. Niektóre nawet pisma lekarskie [np. Wracz] wyrażają zdziwienie i powątpiewanie o możliwości takiej akcyi ze strony lekarzy, którzy w stosunku do chorych nie powinni się rządzić względami politycznymi. O ile wiemy, żadnej zbiorowej akcyi w tej sprawie nie było. I słusznie, gdyż takie kwestye należy pozostawić sumieniu każdego lekarza. *Salus aegroti suprema lex esto!* Gdyby w najbardziej nieprzyjaznym i niesympatycznym dla nas kraju istniał jaki zakład, o którym bylibyśmy przekonani, że chorzy znajdą w nim zdrowie, a choćby ulgę, której gdzieindziej znaleźć nie mogą, nie wahałoby się ani na chwilę chorych tam posyłać bez względu na wszelkie okoliczności i panujące prądy polityczne. Co więcej, jeżeli chory oświadcza nam, że go żadne względy nie obchodzą i żąda od nas, abyśmy go do danego kraju wysłali, obowiązkiem jest naszym żądanie to spełnić i opierając się na naszej wiedzy i doświadczeniu wskazać odpowiednią miejscowość leczniczą. Co do tego dwóch zdań być nie może. Wśród naszych lekarzy daleko rzadziej, niż gdzieindziej, zdarzają się wykroczenia w tym kierunku. Owszem, lekarze nasi schlebiają raczej popędowi publiczności do cudzoziemczyny, zbyt ostro krytykując zwykle zakłady swojskie. Na dobrą sprawę, mając do rozporządzenia we własnym kraju takie pierwszorzędne co do własności leczniczych miejscowości, jak: Ciechocinek, Busk, Solec, posiadając kilka dobrze urządzonych zakładów hydropatycznych, a w sąsiedniej Galicyi: Krynicę, Żegiestów, Iwonicz, Rabkę, Szczawnicę i znakomitą stacyę klimatyczną w Zakopanem, moglibyśmy w większości przypadków obchodzić się nie tylko bez pruskich, ale wogóle bez cudzoziemskich miejscowości leczniczych. A jeżeli jeszcze do powyższych dodamy Karlsbad, Maryenbad i wogóle miejscowości lecznicze, znajdujące się po za granicami Cesarstwa niemieckiego, to już doprawdy nie widzimy dobrej racyi, ażebyśmy dla bardzo w tym razie platonicznej idei bezstronności mieli koniecznie zachęcać naszych chorych do udawania się na kuracyę do kraju tak wrogo usposobionego względem Polaków, jak Prusy. To wrogie usposobienie daje się przecież uczuć w codziennem życiu, w tysiącnych drobnych i większych przykrościach, na które nieraz skarżą się chorzy, zwłaszcza wrażliwsi i nie wyrzekający się na obczyźnie swej indywidualności. Chory oprócz kuracyi i wygód potrzebuje życzliwej atmosfery i przyjemnych wrażeń. Tych się bynajmniej spodziewać nie może w kraju Hakatystów. Bylibyśmy złymi lekarzami, gdybyśmy licząc się tak bardzo z jednej strony z leczniczymi i higienicznymi warunkami miejscowości kuracyjnych, zapominali zupełnie o czynnikach psychicznych, które w obecnym czasie w pruskich miejscowościach leczniczych dla Polaków nie mogą być pomyślne. Dla tego też sądzimy, że lekarze nasi mają rozwiązane ręce względem prusko-niemieckich miejsc kąpielowych i, o ile nie zachodzi wyjątkowo wa tego potrzeba, z czystym sumieniem mogą tam chorych nie posyłać, mając na uwadze już nie względy polityczne, lecz dobro tychże chorych. Ciężka atmosfera Hakatyzmu jest równie, a może i więcej dla polskiego zdrowia szkodliwą, jak powietrze przesycone wyziewami, jak zła woda do picia, jak niezdrówka kuchnia.

Zmarli we Francyi: MAISONNEUVE, jeden z najdawniejszych chirurgów francuskich, z epoki przedantyseptycznej i
 MAGITOT, powaga w dziedzinie odontologii.
 w Opatowie, kol. CELESTYN MALHOMME.

Wydawca, D-r St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny, D-r Wł. Gajkiewicz.

Oryginalne absolutnie czyste,

taninowe wino

Marque déposée



ST. RAPHAEL



Dodatknie rezultaty stwierdzone przez powagi lekarskie, zostały osiągnięte jedynie tylko prawdziwym winem St.-Raphael pochodzącem z tej leczniczej miejscowości, a nie naśladownictwami.

Jako przyczynek ich wysokiej wartości posłużyć mogą niektóre porównawcze cyfry najważniejszych części składowych, jakie rozbiory chemiczne Urzędowego Laboratorium Doświadczalnego w Marsylii, D-ra Nenckiego i Prof. Milicera dokumentuie wykazały, mianowicie:

Wino oryginalne taninowe St Raphael. posiada:--Wino naśladowane pod tą marką z Walencji posiada

Alkoholu	18,2%	14,74%
Ekstraktu	22,96%	14,52%
Cukru	19,6%	11,40%
Kwasu	0,62%	0,65%

Z tych badań najwidoczniej wynika niezaprzeczalna wyższość oryginalnych win tak pod względem odżywczym jak i tonicznym.

Oryginalne Wino posiada jako cechę autentycznego pochodzenia herb miasta St. Raphaël jak wyżej i na każdej butelce pieczęć komory celnej.

Na listowne zapytania Szanownych Panów Doktorów chętnie udzielamy wszelkich objaśnień.

Société Vinicole de Saint Raphaël (Var-France).

26-4

KAPIELE REINERZ

na Szlązku Pruskim,

3-3

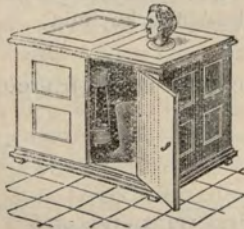
uzdrowisko kuracyjne klimatyczne,

w lasy bogate, 568 metr. nad powierzchnią morza. Posiada trzy źródła do picia, alkaliczno-żelaziste, obfitujące w kwas węglany. Kapiele mineralne, błotne, tuszowe oraz wyborny zakład żętyczny i mleczny. W ogóle gorąco zalecane we wszystkich sprawach osłabienia organizmu. Frekwencja 7000 osób, 8 lekarzy kąpielowych.

Otwarcie sezonu z początkiem maja.

Ostatnia stacya kolejowa Rückers-Reinerz (4 kilometry). Polskie gazety i książki w bibliotece. Prospekty bezpłatnie i franco.

Do Szanownych Panów Doktorów.



Pozwalam sobie zwrócić uwagę WW. Panów lekarzy na łaźnię pokojową mego pomysłu i proszę najuprzejmiej o przekonanie się, czy łaźnia ta spełnia swoje zadanie. W tym celu proszę pofatygować się do składu mego w Warszawie przy ulicy Marszałkowskiej Nr. 8 dla wypróbowania i ocenienia wartości tejże łaźni.

w Warszawie ul. Marszałkowska Nr 8, STANISŁAW GLIŃSKI.

Cena kompletnej łaźni parowej pokojowej od 50 rub. 10-4
Cenniki wysyła się na żądanie.