

GAZETA LEKARSKA

I. KRÓTKI RZUT OKA

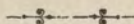
NA ROZWÓJ HISTORYCZNY SPOSOBÓW OPATRYWANIA RAN.

Wykład na uroczystości otwarcia kliniki chirurgicznej

w e L w o w i e.

Wypowiedział

Prof. Rydygier.



„Ελκος δ'ιητής επιμάσσεται, ἢδ' ἐπιθήσει
φαρμαχ' ἅ κεν παύσῃσι μελαινῶων ὀδονῶων“.

„Ranę ci lekarz opatrzy, a potem różne przyłoży
leki, po których ci może sfolgują czarne boleści“.

I dobrze się mieli ci dawni chirurgowie HOMER'a, bo sami, od bogów pochodząc, od nich swą sztukę wzięli, od nich się nauczyli robić maście gojące rany. Biegły MACHAON bowiem i PODALEIRIOS byli synami ASKLEPIOS'a, ten zaś od ojca swego, samego APOLIN'a, nauczył się sztuki lekarskiej.

W wielkiem też byli poważaniu owi lekarze nieskazitelni HOMER'a:

„Mąż, co świadomy leczenia, o wiele ważniejszy od innych.

„Strzały ci umie wykrawać i leki łagodne przykładać“.

I otóż zaraz mamy podany sposób, w jaki ówczesni chirurgowie rany opatrywali: strzały wykrawać i maści gojące na rany przykładać to były najważniejsze ich zabiegi. Dodajmy do tego, o czem HOMER na innych miejscach wspomina, że przed nałożeniem maści lekarz „wysssał krew“ lub „a krew około spieczoną wodą mu letnią oplukał i korzeń gorzki przyłożył, w rękach utarłszy, co ból poskramia, i tenże mu wszystkie odjął boleści, przyschnęła mu rana, a krew się wstrzymała“, a będziemy mieli zasady i sposoby leczenia ran, jakie się przez długie wieki utrzymywały, a nawet po części aż na nasze przeszły czasy. Zmieniały się wprawdzie maści i proszki, ale zasada wydobywania pocisków, oczyszczania ran i tamowania krwotoku utrzymywała się. Jeszcze w niedawnych wojnach ten chirurg uchodził za najlepszego, który mógł się poszczycić największą liczbą wyjętych kul, a trzeba tylko nieco bujniejszej fantazyi, żeby w proszkach z gorzkich korzeni widzieć zarazem i środek ściągający, tamujący krew (*stypticum*), i środek odwietrzający (*desinficiens*); wyssysywanie zaś ran do dziś dnia jest w używaniu u laików; sflu-

kiwanie nareszcie ran przegotowaną letnią wodą, wszak to ostatnie słowo naszych czasów—to aseptyka!

Bądź co bądź, nawet po nałożeniu wodzy wszelkiej fantazyi i poskromieniu tak rozpowszechnionej chęci wyczytywania u dawniejszych autorów rzeczy, o których im się ani nie śniło, przyznać musimy, że u starych greków chirurgia, jak na owe czasy, bardzo wysoko stała i tak dalece dbano o doskonałe opatrywanie ran, że już w najdawniejszych czasach osobni lekarze towarzyszyli wojskom w pole. Nie zadziwi to nas wcale, jeżeli zważymy, jak bitnym narodem byli starożytni grecy, wcale niepodobni do dzisiejszych. Wiemy np. na pewno, że tak we wojsku spartanów, jak i przy „dziesięciu tysiącach“ XENOFON'a, znajdowali się lekarze wojskowi.

W ogóle jednak w starożytności, tak u greków, jak u innych narodów, przeważnie księża trudnili się medycyną, a więc i opatrywaniem ran: tak było w Egipcie według najstarszego dzieła lekarskiego, papyrusa EBERS'a; tak było w Indjach według Ayur-Vedy „księgi życia“; tak też było u Żydów.

U Egipcyan chirurgia może i nie zbyt wysoko stała, jak o tem świadczą różne przepisy na maści po złamaniu kości, a nawet źle zrosnięte złamania, znajduwane u mumii, co się jednak i w naszych czasach, niestety, nieraz zdarza. Wiemy z drugiej strony, że niektóre operacje, jak kastracya, były u nich często wykonywane, a sztuczne zęby, jakie również u mumii znajdujemy, świadczą o ich zręczności.

W Indjach z wszystkich gałęzi medycyny chirurgia najwyżej była czczoną, może i tylko z konieczności. Jak bowiem wiadomo, obcinano tam za karę nosy i uszy. Nic dziwnego, że już w najdawniejszych czasach starała się sztuka lekarska usunąć te podwójnie szpecące okaleczenie za pomocą operacyi. Wiemy też z ich dzieł lekarskich, że mieli także lekarzy wojskowych. W Ramayana znajdujemy przepisy, jak układać rannych w namiotach i jak rany opatrywać: krwotok tamuje się zinnem, popiołem, olejem gorącym lub uciśkającym opatrunkiem; do wyciągania żelaznych końców strzał używa się magnesu; na rany kładzie się olejki ból kojące i soki z zieleń gojącego. Nadmienić wypada, że chirurgowie indyjscy nawet laparotomię przy niedrożności jelit wykonywali i szew jelitowy znali.

U żydów chirurgia tak dalece była zaniedbaną, że nawet rannych swoich królów pozostawiali nieraz na pobojuwisku losowi. W księgach Mojżesza znajdujemy tylko nadzwyczaj cenne przepisy dyetetyczne; a późniejszy talmud zawiera, co do chirurgii, przeważnie przepisy, zapożyczone od Greków.

Dziwnym sposobem i Rzymianie dopiero dość późno zaczęli się trudnić medycyną w ogóle, a chirurgią w szczególności. Jeszcze PLINIUSZ wspomina, że w Rzymie nie było stanu lekarskiego, chociaż stary CATO CENSORIUS w swem dziele o uprawie roli podaje różne recepty dla zwierząt i ludzi, a wcale nieźle się zna na złamaniach i zwichnięciach i na opatrywaniu wrzodów.

Dopiero CELSUS napisał znakomite dzieło o medycynie, którego księga piąta zajmuje się ranami, a siódma i ósma chirurgią wogóle. W dziele tem opisuje CELSUS, jakim być powinien chirurg, podaje dokładnie sposoby opa-

trywania ran, a pomiędzy środkami na rany wspomina smołę i żywicę, którym i dziś przyznajemy własności antyseptyczne. Mówi o podwiązaniu naczyń, jako o rzeczy dawno już znanej. Znajdujemy też u niego dokładny podział ran i po raz pierwszy wzmiankę o amputacji.

W średnich wiekach nauki lekarskie nie cieszyły się szczególniejszem powodzeniem, a tem mniej chirurgia. Przyczyny tego szukać należy w niskim poziomie wykształcenia i podrzędnem położeniu tych, którzy się chirurgii poświęcali: doktorzy medycyny—równi rycerzom—uczyli się w uniwersytetach; chirurdzy u różnych majstrów i na wędrownie zdobywać musieli swoją wiedzę. Dobrze jeszcze, jeżeli z golibrodów wyszli na chirurgów, do takich np. należał sławny AMBROISE PARÉ i wielu innych, ale i prześwietny cech katów dostarczył nie jednego chirurga.

Opanowanie medycyny przez Arabów na początku średnich wieków nie mogło korzystnie wpłynąć na chirurgię, gdyż wschodnie przekonania i zwyczaje tego narodu były przeciwne wszelkim krwawym zabiegom.

Co do kwestyi bliżej nas zajmującej, to średniowieczne szkoły toczyły długo spór pomiędzy sobą, jak należy rany opatrywać, a mianowicie: czy zakładanie szwu pierwotnego zasługuje na pierwszeństwo, czy gojenie rany otwartej i zaopatrzenie maściami. Do tamowania używano środków ściągających i rozpalonego żelaza, a o podwiązaniu naczyń prawie zupełnie zapomniano.

W nowszych czasach rozpoczyna się z wiekiem szesnastym odrodzenie i rozkwit nauk w ogóle, i dla chirurgii nastają lepsze czasy. Może nigdy, z wyjątkiem naszego wieku, opatrywanie ran nie zrobiło takiego postępu, jak właśnie wtenczas. „Piekielny wynalazek“ mnicha fryburgskiego stworzył zupełnie nowy rodzaj ran, o których starzy nie pisali i zmusił chirurgów ówczesnych przedewszystkiem do samodzielnego myślenia. Wnet jednak znaleźli się tacy, którzy nie mieli nic pilniejszego do roboty, jak nowe te rany wsunąć gdzieś w dawniejszy system. Nic łatwiejszego, jak straszne i groźne przejmujące zniszczenie postrzału przedstawić jako skutek zatrucia rany ołowiem i prochem. Jak to się dzieje i jakiego rodzaju ta trucizna by była, tego nie umiano wytłomaczyć, ale tem pewniejszy był wniosek terapeutyczny: ażeby truciznę zniszczyć, należy każdą ranę postrzałową wypalić. Oto jasna niby i do pewnika podniesiona zasada lecznicza, która przez lat dziesiątki nieszczęśliwym rannym więcej dokuczala, niż ich rany. Pozostanie to na zawsze niezmierną zasługą wspomnianego już PARÉ'go, że straszny ten środek leczniczy usunął z chirurgii. Stało się to zupełnie przypadkiem. Młody i wówczas niedoświadczony jeszcze PARÉ opowiada sam to zdarzenie, jak następuje: po zdobyciu warownego jakiegoś zamku było tylu rannych, że tylko połowę z nich mógł uszczęśliwić przepisaniem wypaleniem ran gorącym olejem; dla reszty zbrakło tego środka. Całą noc nieborak nie mógł zasnąć z troski, że nad ranem zastanie tych zaniedbanych nieżywymymi wskutek zatrucia. Jakież było miłe jego rozczarowanie, kiedy zastał ich wesółych i przy dobrem łaknieniu, a przeciwnie ci, których był według przepisów sztuki opatrzył, niemiłosiernie stękali i obrzękłe mieli rany. Po takim spostrzeżeniu posta-

nowił natychmiast nigdy już więcej nie męczyć tak niemiłosiernie nieszczęśliwych rannych, miał odwagę wystąpić przeciwko tej niby niewzruszonej zasadzie starej szkoły i zwyciężył.

Drugą wielką zasługą PARÉ'go jest odnalezienie i nanowo wprowadzenie podwiązki tętnej, które wprawdzie znanem już było w starożytności i CELSUS o niem wspominał jako o rzeczy dawno już znanej, ale w średnich wiekach zostało zapomniane. Warto też zapoznać się z podziałem ran, jaki to przedstawiony widzimy na rycinie w dziele PARÉ'go, wydanem w roku 1594, str. 354.

W następnych wiekach [XVII i XVIII] starano się zapewne poprawić sposób opatrywania ran, ale nie bardzo na tem polu postąpiono. Wpadano z jednej ostateczności w drugą: jedni zalecali zimne okłady, inni ciepłe kompresy; jedni chcieli rany zamykać, inni otwarte pozostawiać; byli tacy, którzy upust krwi, pijawki obok ścisłej diety i obfitego przeczyszczenia zalecali. Wszyscy bez wyjątku za wielką czynność około rany rozwijali, a za mało dbali o czystość. Jeszcze w naszym stuleciu dwa lub trzy razy dziennie zmywano rany jedną i tą samą gąbką, chodząc od jednego chorego do drugiego i przenosząc w ten sposób zakażenie. To też choroby przyranne grasowały nieustannie, a śmierć zabierała liczne ofiary nieraz po zupełnie małych operacjach, wyjątkowo tylko wydarzały się wyleczenia ran, któreby i dzisiejszym czasom zaszczyt przynosiły.

Do takich wyjątków należy też ten oto tu okaz, nadzwyczaj rzadki, arcy-ciekawy i może jedyny w swoim rodzaju. Zawdzięczam go uprzejmości dawniejszego kolegi, a teraz tajnego radcy dworu MUELLER'a, za którą mu i na tem miejscu serdeczne składam dzięki. Czaszka ta pochodzi od wojaka, który w bitwie pod Jeną został rannym, wyleczył się, a później na tyfus wysypkowy umarł. Widzimy tu, jak potężnem cięciem znaczny kawał czaszki kostnej zupełnie został odcięty. Skóry i części miękkich musiał u dołu mostek pozostać, przez który odżywiał się odcięty kawał kości i płat skórny. Że chory z rany tej olbrzymiej i tak niebezpiecznej rzeczywiście się wyleczył, tego dowodzi świeży zrost kostny, jakim się nanowo połączył odcięty i na dół obsunięty kawał sklepienia czaszki.

Co się jeszcze na początku i w pierwszej połowie naszego wieku tylko wyjątkowo i niejako cudem lub trafem ślepym wydarzało, to stało się regułą w drugiej jego połowie, kiedy LISTER ogłosił swój sposób antyseptycznego opatrywania ran, którym ludzkości całej niezmiernie się zasłużył, a nazwisko swoje pomiędzy jej największych dobrodziejów na zawsze zapisał.

Wprawdzie miał on pole, przygotowane przez prace doświadczalne PASTEUR'a, HUETER'a, KLEBS'a i innych, którzy się znakomicie przyczynili do wykrycia przyczyn zakażenia ran, a więc do racjonalnego uzasadnienia zapobiegania temu złemu, t. j. do należytego opatrywania.

Dzięki temu odkryciu tak znakomicie postąpiła chirurgia, takiej pewności nabraliśmy w leczeniu ran, tak się rozszerzyły granice chirurgii, że prawie z BOYER'em chciałoby się wykrzyknąć: o jakże daleko postąpiliśmy w naszej nauce!

Nie myślę bynajmniej dziś opisywać dokładnie LISTER'a sposobu antyseptycznego opatrywania ran; powiem tylko, że zasadą jego jest, żeby środkami antyseptycznymi zapobiedz zakażeniu ran, a dalej za pomocą tychże antyseptyków zniszczyć szkodliwe przyrzuty, któreby się przypadkiem do rany dostały.

Niebawem przekonaliśmy się że środki antyseptyczne drażnią ranę, przeszkadzają jej naturalnemu zlepianiu się i przeszliśmy w odpowiednich przypadkach z antyseptyki do aseptyki. Używanie antyseptyków, czyli dezynfekcja ran świeżych, przez chirurga w zdrowych tkankach zadanych, jest zbyt częstą i poniekąd szkodliwą, jeżeli się dokładnie poprzednio oczyści pole operacyjne, ręce operatora, narzędzia i wszystko, co się ma zetknąć z raną. Aseptyka polega więc głównie na profilaksie, t. j. na dążeniu, żeby nie dopuścić zakażenia rany. Dostajemy jednak nieraz rany już zakażone, operujemy w warunkach, w których nie możemy być zupełnie pewni, że udało nam się na pewno ranę uchronić choćby od najmniejszej liczby przyrzutów i dlatego antyseptyka nie została jeszcze zupełnie wyrugowana z praktyki.

Antyseptyka, wynaleziona w Anglii, została szybko przyjęta i wydoskonalona, a raczej uproszczona w Niemczech przez nieodżałowanej pamięci nauzcyciela mego HÜTER'a, o którym na pierwszym miejscu wspomnieć nakazuje mi i wdzięczność dla niego i wielkość jego zasług w tym względzie, dalej przez VOLKMANNA, BILLROTH'a, THIERSCH'a i innych.

Niestety, to już wystarczyło Francuzom, żeby niechętnie i z pewnem ociąganiem przyjęć nowy ten sposób opatrywania, tem bardziej, że mieli w GUERIN'a opatrunku watowym pewnego rodzaju surrogat. Ze zdziwieniem czytało się ich prace, które w dziesięć lat prawie później głosić zaczęły chwałę sposobu, w Niemczech szeroko już rozpowszechnionego. Dziś i tam już panuje zupełne uznanie antyseptyki i aseptyki, jak to miałem niedawno sposobność naocznie się przekonać.

Przychodzę do końca; nie mogę jednak zamknąć krótkich mych uwag nie podjąwszy pytania: jak też było u nas w Polsce, jaki udział brała polska chirurgia w wydoskonaleniu opatrywania ran?

W dawniejszych czasach, a nawet jeszcze i w naszym wieku nie kwitnęła u nas medycyna, a tem mniej chirurgia dla tych samych przyczyn, co i u Rzymian. Obywatel polski, tak samo jak wolny Rzymianin, uważałby sobie za ujmę zajmować się nauką i sztuką, którą złotem opłacać można. Przejęci byli u nas taką samą, jak u Rzymian, zasadą, której CICERO dał wyraz: „jedna tylko uprawa roli nie ubliża wolnemu obywatelowi“ (*de officiis*). To też żaden z naszych dawniejszych lekarzy, nie wyjmując STRUSIA, nie zajął wybitniejszego miejsca w historii medycyny obok tylu wybitnych mężów w innych gałęziach nauki. Jak u Rzymian, tak i nas, przeważnie obcy—tam Grecy, u nas Niemcy—trudnili się medycyną. Żeby poznać, jak nisko u nas stała sztuka opatrywania ran, dość przypomnieć sobie, że obywatel dawniejszy zwykle przed sejmikiem obierał dwór swój z pajęczyny, żeby mieć przy często wtenczas wydarzających się pojedynkach ulubiony opatrunek na rany: pajęczynę z chlebem. Dziwi się zaiste należy, że pod takim opatrunkiem rany jeszcze częściej

nie sprowadzały śmierci. Daleko lepszy i mniej niebezpieczny był już drugi sposób opatrywania ran, także często używany, który się do dziś u ludu utrzymał: nakładanie spalonych szmatek na ranę. Środek ten przynajmniej sam rany zakazić nie może, a węgiel ma nawet, według dzisiejszych naszych pojęć, własności odkażające.

W ostatnich dopiero czasach bierzemy żywszy udział w pracach postępu w tej dziedzinie. Na przełomie ery antyseptycznej pisali u nas o opatrywaniu: GLISZCZYŃSKI, ORŁOWSKI, KOSIŃSKI, KORZENIOWSKI, GIRSZTOWT, ZIELEWICZ i inni. Z kliniki krakowskiej ogłosił MIKULICZ o leczeniu ran jodoformem, ja jeszcze w Chełmnie napisałem pracę o mgle karbolowej; SZUMAN z Torunia, śp. MATLAKOWSKI, JASIŃSKI i inni: jak zastosować sposób LISTER'a do potrzeb lekarza na prowincyi. OBALIŃSKI pisał o wpływie nowych sposobów leczenia ran na gojenie się tychże, a SCHRAMM o wyniku leczenia jodoformem. Dalej przemawiałem, jako jeden z pierwszych, za leczeniem ran bez sączków, co w odpowiednich razach znakomicie skraca czas leczenia.

Zaraz na pierwszym zjeździe chirurgów polskich mówił WEHR o zasadach udzielania pierwszej pomocy rannym w najbliższej wojnie, po którym to wykładzie ciekawa wywiązała się dyskusya, w której żywy udział brali OBALIŃSKI, ZIEMBICKI, SCHRAMM, JASIŃSKI, BARĄCZ, BOGDANIK i wielu innych. Na tymże zjeździe z mej kliniki wygłosił STEUERMARK odczyt o zachowaniu się ciał obcych w ranach, mianowicie postrzałowych.

Na jednym z następnych Zjazdów naszych wygłosił BOGDANIK świetny swój odczyt o zranieniach, jakie miały miejsce pod Białą i przedstawił nader ciekawe swe zbiory. Dzięki uprzejmości kol. WACHHOLZA, którego zakładowi podarował BOGDANIK swe okazy, mogę Panom przedstawić część tego zbioru tak ważnego dla ocenienia działania nowej broni palnej. BOGDANIK wtenczas już wykazał dowodnie, że nowa broń o małym kalibrze wcale nie jest tak humanitarna, za jaką ją miano po pierwszych ogłoszeniach BRUNSA i innych. Późniejsze badania eksperymentalne HABART'a i TSCHERNING'a potwierdziły w zupełności zdanie BOGDANIKA.

Mam nadzieję, że teraz, kiedy nam przybył drugi wydział lekarski, a z nim druga klinika chirurgiczna, medycyna polska ożywi się jeszcze bardziej, a i chirurgia nie pozostanie w tyle.

Kończę. Wobec wielkiego postępu w opatrywaniu ran, wobec znakomicie posuniętej pewności w tym względzie bierze chirurg wielką odpowiedzialność z każdą operacją na siebie i spokojnie a sumiennie brać ją może, ale przecież zdarzają się komplikacye, których napewno ani przewidzieć, ani im zapobiedz nie można, że tylko wspomnę o tak często występującem zapaleniu płuc po laparotomiach. Nie chcąc bynajmniej zmniejszyć tej odpowiedzialności, jednak podnieść muszę, że nie straciło jeszcze zupełnie znaczenia zdanie wspomnianego już sławnego PARÉ, „*je le pansay, Dieu le guérit*“, a więc rozpoczynamy i my staropolskiem „Szczęść Panie Boże!“ i nam przy pracy w tym gmachu, gdzie nieraz życie ludzkie rzeczywiście na ostrzu noża waży się będzie.

II. O NERWOWYCH ZABURZENIACH KRTANI PRZY TYFUSIE BRZUSZNYM I WYSYPKOWYM.

Napisał

Dr. Ludwik Przedborski,
ordynator szpitala starozakonných w Łodzi.

— † — † —

[Dokończenie — Patrz Nr. 25].

II. Co się tyczy etyologii, to kwestyę tę obszerniej już wyżej rozpatrzyłem, pozostaje mi więc tylko dodać kilka uwag, które kazuistyka przytoczona mi nastrocza. Przedewszystkiem nie godzę się zupełnie z poglądem LUBLIŃSKIEGO, jakoby płeć i wiek na powstawanie bezwładów krtaniowych przy tyfusie żadnego wpływu nie wywierały. Na 100 przypadków tyfusu brzuszno-zaburzenia nerwowe krtani w 12 przypadkach dotyczyły mężczyzn [12^o/o], w 13 przyp. zaś kobiet [13^o/o]; na 15 zaś przypadków tyfusu wysypkowego bezwładów krtaniowych stwierdziłem 4 razy u mężczyzn [26,6^o/o] i 3 razy u kobiet [20^o/o]. Przy tyfusie więc brzuszno-zaburzenia nie wielką przewagę istnieje po stronie kobiet [1^o/o], gdy przy tyfusie wysypkowym przewaga ta stanowczo przechyla się na stronę mężczyzn [6,6^o/o].

Odnosnie do wieku w obu postaciach tyfusu uwidacznia się fakt przejawiania się bezwładów krtaniowych z pewną predylekcyą we wcześniejszych okresach życia. Przy tyfusie brzuszno-zaburzenia pomiędzy 18-ym a 20-ym rokiem życia, aczkolwiek powikłania te nieraz istniały w okresach wcześniejszych lub późniejszych [10—36 lat]; przy tyfusie zaś wysypkowym przeciętny wiek wahał się pomiędzy 16—18 lat.

Na łatwość powstawania omawianych zaburzeń nerwowych nie bez wpływu pozostaje natura i złośliwość swoistego zarazka. Fakt ten występuje jeszcze dokładniej na jaw, jeżeli rozpatrzymy przypadki nasze oddzielnie dla każdej płci. Ze 100 przypadków tyfusu brzuszno-zaburzenia 46 przypada na kobiety, 54 zaś na mężczyzn, przyczem porażenia krtaniowe u pierwszych wystąpiły 18 razy [28,2^o/o], a u ostatnich 12 razy [22,2^o/o]. W 15 przypadkach tyfusu wysypkowego bezwładów krtaniowych stwierdziłem 3 razy u kobiet przy ogólnej ilości 6 [42,6^o/o] i 4 razy u mężczyzn, których ogólna ilość wynosiła 8 [50^o/o]. Okazuje się tedy, że porażenia krtaniowe przy tyfusie brzuszno-zaburzenia o 6^o/o częściej wydzierają się u kobiet, niż u mężczyzn, gdy przeciwnie przy tyfusie wysypkowym takowe o 7,2^o/o częściej rozwijają się u mężczyzn, niż u kobiet.

Przypadki te przebiegały pod groźną postacią, wykazywały wysokie nasilenia gorączki, objawy upadku sił i osłabienia działalności serca, co prawdopodobnie zależało od jadowitości swoistego zarazka.

Za przypuszczeniem tem przemawia również fakt występowania porażenia mięśni krtaniowych w przebiegu łagodnych tyfusów brzusznych, dopiero pod wpływem nawrotu cierpienia, które groźniej przebiegało, niż pierwotny tyfus,

co miało miejsce w 2 spostrzeżeniach, lub ukazania się nowych objawów nerwowych w mięśniach krtani, które, jak stwierdziło badanie, uzyskały już normalną sprawność czynnościową.

Zjawisko to tłómaczyć sobie możemy w ten sposób, że zarazek swoisty, zachowując się początkowo w ustroju dość łagodnie, z biegiem czasu nabierał cech bardziej złośliwych, upośledzając w silniejszym stopniu ustrój i wciągając w koło zaburzeń krtani, którą pierwotnie zakażenie zaoszczędziło.

Czy w ten sam sposób dadzą się wytłómaczyć porażenia nerwów zwrotnych, powstałych w tyfusie przy współczesnem powikłaniu włóknikowem zapaleniem płuc i opłucnej? Dla pewnej ilości odnośnych przypadków tłómaczenie to zachowuje swą siłę. Jeżeli bowiem w niektórych przypadkach fakty niezbicie wykazują, że bezwładny te zależą bezpośrednio od ucisku, wywieranego na nerwy wsteczne wysiękiem zapalnym, to dla wielu innych spostrzeżeń wpływ urazu tego zgoła żadnymi danymi nie został ustanowiony. W tych to ostatnich razach, jak sądzę, na powstanie omawianego zejścia pewien niepośledni wpływ wywiera zakażenie ustroju nowym swoistym zarazkiem.

Organizm, skutecznie obezwładniając wysiłki jednego wroga, w walce z nowym drobnoustrojem, widocznie zaopatrzonym w większe zasoby jadowitości, ulega i pozwala zwycięzko wkrazać mu w terytorya, które poprzednio z powodzeniem bronił.

Wreszcie wpływ złośliwości swoistego zarazka, o którym wspominaliśmy już przy tyfusie brzuszny, dobitniej jeszcze występuje przy tyfusie wysypkowym. Zarówno bowiem burzliwy przebieg przypadków, gwałtowniejsze wstrząśnienie ustroju oraz znacznie wyższe odsetki śmiertelności, wynoszące przy tej postaci chorobowej 20% [na 15 przypadków zmarło 3], wykazują, że ustrój pod wpływem zarazka tyfusu wysypkowego ulega silniejszemu upośledzeniu, niż pod wpływem zarazka tyfusu brzuszego; daleko zaś większa częstość w występowaniu porażień krtaniowych, wynosząca dla tej postaci chorobowej 46,6%, pozwala również dopatrywać się ze strony mięśni krtani większej wrażliwości na oddziaływanie zarazka swoistego.

III. Przebieg. Bezwładny krtaniowy przy tyfusie przedstawiają rozmaity przebieg, o czym nie zawsze łatwo sądzić; chorzy bowiem, nie doznając bolesnych dolegliwości ze strony krtani, rzadko kiedy uważają za stosowne zasięgać rady u lekarza.

Na podstawie przytoczonej kazuistyki z pewnem prawdopodobieństwem twierdzić można, że porażenia te w ogóle częściej przebiegają pod postacią ostrych cierpień w tyfusie brzuszny, niż w wysypkowym.

Czas trwania powikłań tych przy tyfusie brzuszny zwykle przedstawiał okres 8 do 25-dniowy, średnio zaś wzięwszy, okres dwutygodniowy, jeśli przez czas ten zakłócenia nerwowe nie ustępowały, to porażenie przyjmowało charakter i przebieg cierpienia przewlekłego.

Z 25 przypadków tyfusu brzuszego, powikłanych bezwładami mięśni krtaniowych, w 14 przypadkach wyzdrowienie nastąpiło w zaznaczonym czasie.

Przy tyfusie wysypkowym przebieg cierpienia stałe bywał powolniejszym i w znacznej większości przypadków przyjmował postać cierpienia przewle-

kłego. Z 7 przypadków tyfusu wysypkowego, w których istniały porażenia krtani, tylko w 1 przypadku nastąpiło wyzdrowienie po 17 dniach.

Jak długo trwać mogą porażenia krtaniowe, nie wykazujące tendencji do wyrównania się? Na pytanie to w większości przypadków odpowiedzieć trudno, pomimo bowiem zbytniego nieraz przetrzymywania chorych w szpitalu, w celu przedłużenia okresu obserwacyjnego, pacyenci z uzyskaniem zdrowia, nie przypisując żadnego znaczenia zmianom krtaniowym, stale wyrażali życzenie powrotu do zwykłych swych zajęć.

Przebieg cierpień omawianych nieraz podlega znanemu prawu: *cessante causa, cessat morbus*, zwłaszcza w niektórych przypadkach bezwładów uciskowych (*Druckparalyse*). W jednym ze spostrzeżeń moich, w którym porażenie nerwu wstecznego zależało od ucisku, wywieranego wysiękiem zapalnym, objawy bezwładu ustąpiły po 8 dniach, w czasie tym bowiem zniknęły i objawy zapalenia płuca i opłucnej, a tem samem i uraz uciskowy.

W każdym razie zdaje się nie ulegać wątpliwości, że porażenia krtaniowe nieraz bardzo długo trwać mogą, potwierdza to wymownie fakt, podany przez LUBLIŃSKIEGO, który u jednej ze swych chorych stwierdził dwustronne porażenie rozszerzaczy głośni, powstałe w przebiegu tyfusu brzuszego przed 27 laty.

W związku z przebiegiem pozostaje i czas występowania porażień krtaniowych, chwilę tę jednakże w większości przypadków nader trudno jest uchwycić, zważywszy, że tylokrotnie już zaznaczona łagodność cierpień tych rzadko kiedy zniewala chorego do szukania porady już we wczesnych okresach rozwoju choroby.

LUBLIŃSKI, MENDEL i BOULAY utrzymują, że porażenia krtaniowe przy tyfusie brzuszonym zwykle występują w okresie zdrowienia. Z poglądem tym trudno się zgodzić, wobec faktu, że zmiany nerwowe nieraz stwierdzić mogłem już w bardzo wczesnych okresach, bo w 6 i 8 dniu, a przy tyfusie wysypkowym nawet w 3-im dniu od początku choroby. Z liczby 5 przypadków porażień krtaniowych przy tyfusie brzuszonym, powikłania te 11 razy znalazłem w okresie gorączkowym, 14 razy w rekonwalescencji; przy tyfusie wysypkowym zaś zmiany te wystąpiły 5 razy w okresie gorączkowym, w stanie zdrowienia — 2 razy. Widzimy tedy, że porażenia krtaniowe przy tyfusie brzuszonym częściej odnajdujemy w okresie zdrowienia, przy tyfusie wysypkowym — w okresie gorączki.

IV. Rokowanie przy porażeniach krtani tyfusowych bywa prawie zawsze pomyślne, zaburzenia te bowiem rzadko kiedy zagrażają ustrojowi poważnem niebezpieczeństwem. Wprawdzie LUBL. wspomina o 2 przypadkach zejścia śmiertelnego, lecz niepomyślny ten zwrot choroby zależał raz od powikłania tyfusu gruźlicą płuc [WEBER], w przypadku zaś LUBLIN. od silnego natężenia zakażenia tyfusowego. Również MENDEL i BOULAY zaznaczają, że cierpienia omawiane nie powodują zbyt groźnych dla ustroju następstw, twierdzą jednakże, że zupełne ustąpienie porażenia ma również rzadko zdarzać się, jak i zejście śmiertelne. Wszyscy zacytowani autorowie rokowanie czynią mniej pomyślnem przy porażeniach rozszerzaczy głośni, zniewalających do wykonania

tracheotomii, bardzo zaś złowrogiem przy współczesnym porażeniu obu nerwów wstecznych. Bezwzględne orzeczenie MENDEL'a i BOULAY'a co do rzadkości wyrównywania się zakłóceń nerwowych krtani przy tyfusie brzuszny, zdaniem mojem, grzeszy zbytym pesymizmem, natomiast zachowuje siłę argumentu przekonywającego przy porażeniach mięśni krtaniowych w tyfusie wysypkowym.

Z 25 przypadków tyfusu brzuszego z współczesnymi porażeniami mięśni krtani, w 14 przypadkach nastąpiło zupełne wyzdrowienie w krótkim czasie, bez wszelkiej interwencji lekarskiej, natomiast z 7 chorych na tyfus wysypkowy sześciu opuściło szpital bez poprawy ze strony krtani, a u jednego tylko objawy porażenia zupełnie się wyrównały. Przeciwno twierdzeniu LUBIAŃSKIEGO, według którego porażenie obu nerwów wstecznych stale jakoby daje rokowanie wątpliwe i posępne, przemawiają zarówno fakty, przytoczone przez MENDEL'a i BOULAY'a, jak i moje własne. Wspomnieni autorowie w jednym ze swoich spostrzeżeń zanotowali zejście pomyślne, w 2 zaś moich przypadkach, pomimo istnienia objawów, wskazujących na znaczne wyczerpanie sił chorych zakażeniem, w stosunkowo krótkim czasie nastąpiło zupełne wyzdrowienie.

Czy tracheotomia we wszystkich przypadkach bezwładu rozszerzaczy głośni jest konieczna i nie może być innymi zabiegami zastąpioną, stanowczo orzec nie mogę, osobiście bowiem zbyt mało w tym kierunku posiadam doświadczenia. W przypadkach moich częściej figurowały jednostronne porażenia rozszerzaczy, niż dwustronne; w jedynym zaś spostrzeżeniu obustronnego bezwładu rozszerzaczy głośni, spostrzeganego przezemnie przez 8 miesięcy, pomimo nieraz groźnej duszności, potrzebę wykonania rozcięcia krtani szczęśliwie ominąć byłem w stanie.

Co się wreszcie tyczy porażen nerwów wstecznych, wywołanych uciskiem, to rokowanie zależnem bywa od zmian chorobowych, uraz ten powodujących. W tych razach, gdy zmiany są krótkotrwałe lub zdradzają charakter przejściowy, te same piętna noszą na sobie i porażenia krtaniowe. Tak np. przy ucisku, wywieranym na nerw wsteczny w przebiegu włóknikowego zapalenia płuca i opłucnej wysiękiem zapalnym, z chwilą wessania się wysięku znikają objawy bezwładu [SCHROETTER i spostrzeżenie własne], gdy zaś wysięk zapalny ulega organizacyi, przekształca się w twardą, modzelowatą tkankę łączną, lub uciskowi ulega nerw wsteczny z powodu stale obrzmiałych gruczołów chłonnych i t. d., to i bezwład trwać będzie stale.

V. Rozpoznanie porażen krtaniowych, przy obu postaciach tyfusu powstających, nie należy do trudnych: ścisłe badanie wziernikiem w każdym oddzielnym przypadku takowe utrwalić jest w stanie.

Rozpoznanie napotyka na poważne trudności w przypadkach obustronnego bezwładu rozszerzaczy głośni, gdyż postać ta posiada wiele cech wspólnych z zapaleniem stawów pierścienio-nalewkowych, ze skurczem zwężaczy głośni (*laryngo-spasmus*, *spasmus adductorum laryngis*) i z formą duszności wdechowej, skurczowej (*dyspnoe spastica*).

Zapalenie stawów pierścienio-nalewkowych łatwo wyłączyć możemy na zasadzie braku początkowych objawów zapalnych: bólów przy łykaniu, zaczer-

wienienia i obrznięcia błony śluzowej, braku zmian w konfiguracji krtani i asymetrii w jednej lub w obu zatokach gruszkowatych (*sinus pyriformis*).

Trudności w rozpoznawaniu znacznie wzrastają podczas ścisłego rozróżnienia skurczu zwężacza, lub duszności skurczowej wdechowej, od porażenia rozszerzacza, ponieważ postacie te przedstawiają wielce podobny do siebie obraz laryngoskopijny. Pod tym względem, jak to wykazali MICHEL, KRAUSE i autor w pracy (19): „Przypadek samodzielnego porażenia histerycznego krtani ze stałymi objawami skurczu fonacyjnego i oddechowego“, uspienie chloroformem jest bardzo cennym środkiem rozpoznawczym. Pod wpływem uspiania następuje osłabienie napięcia w naprężonych i skurczonych mięśniach zwężających głośnię, szmer stenotyczny zmniejsza się, lub zupełnie znika, burzliwy zaś obraz choroby często na czas dłuższy, a nieraz na zawsze ustępuje. Na pozostające w stanie bezwładu rozszerzacze głośni, zabieg ten, rzecz naturalna, żadnego wpływu wyrzucić nie może [spostreżenie II], lecz ta właśnie bezsilność chloroformu wyłącza w danym przypadku skurcz głośni i stan chorobowego napięcia w mięśniach ksobnych krtani (*adductores*) — i pozwala nam stanowczo usunąć nasuwające się wątpliwości rozpoznawcze.

Na zakończenie pracy tej, pozwalam sobie w zwięzłym streszczeniu przytoczyć niektóre wnioski, do wyprowadzenia których upoważnia krytyczny rozbiór i ocena materiału kazuistycznego, w niej zebranego.

1) Bezwłady w mięśniach krtaniowych wydarzają się w przebiegu tyfusu daleko częściej, niż obecnie przypuszczamy. Fakt ten występuje w całej okazałości, jeśli każdy przypadek tyfusu, bez względu na to, czy chory uskarża się na dolegliwości ze strony krtani, czy nie, poddamy szczegółowemu badaniu, zwłaszcza w różnych okresach rozwoju cierpienia. W stosunku do tyfusu brzuszkiego zaburzenia te daleko częściej odnajdujemy przy tyfusie wysypkowym.

2) Zaburzenia te występują nie tylko w okresie rekonwalescencji, lecz również często w stanie gorączkowym nawet już w pierwszych dniach choroby. Przy tyfusie wysypkowym porażenia krtaniowe powstają częściej w okresie gorączkowym, niż w rekonwalescencji.

3) Wszystkie prawie mięśnie krtani podlegać mogą przy tyfusie bezwładowi i wbrew twierdzeniu LUBLIŃSKIEGO zwężacze głośni również często, jak i rozszerzacze.

4) W przejawianiu się porażen krtaniowych często uwydatnia się ścisła prawidłowość i kolejność. Porażenie początkowo ukazuje się w pojedynczym zwężaczu, następnie rozszerza się na całą grupę odpowiednich mięśni, wreszcie wciąga w sprawę chorobową rozszerzacze i w ten sposób rozwija się obraz zupełnego porażenia nerwu wstecznego.

5) Porządek stopniowego rozwoju i znikania porażenia nerwu wstecznego może nieraz uleść zakłóceniu i zбочeniu od powszechnie przyjętej normy F. SEMON'a. Zarówno bowiem podczas uwydatniania się, jak i podczas znikania obrazu porażenia nerwu wstecznego, początkowe i końcowe objawy cierpienia tego ukazać się mogą w zwężaczu, a nie, jak to do obecnej chwili uchodzi za pewnik, w rozszerzaczu.

6) Przebieg porażen krtaniowych przy tyfusie brzuszny uważać można za łagodny, cierpienie w większości przypadków w przeciągu 1 do 3-ch tygodni kończy się pomyślnie; przy tyfusie jednak wysypkowym bezwładny krtaniowe wykazują stałą i wyraźną tendencję do przyjmowania postaci przewlekłej.

7) Rokowanie przy porażeniach krtaniowych w tyfusie brzuszny, nawet przy obustronnem porażeniu nerwów wstecznych, jest dobre; przy tyfusie wysypkowym zupełny powrót do zdrowia należy do zejść rzadszych.

8) Na występowanie porażen krtaniowych przy tyfusie pewien wpływ okazują: większy lub mniejszy stopień złośliwości zakażenia, oraz pewna indywidualna wrażliwość. Z 7-miu członków jednej i tej samej rodziny, z których 5 przebyło tyfus wysypkowy, a 2 tyfus brzuszny—porażenia krtaniowe istniały tylko w 3 przypadkach, pomimo wybuchu choroby w zupełnie identycznych warunkach i pomimo zupełnie podobnego przebiegu cierpienia [raz przy tyfusie brzuszny i 2 razy przy tyfusie wysypkowym].

L I T E R A T U R A.

- 1) MENDEL i BOULAY. *Revue de Laryngologie*. 1895. Nr. 13.
- 2) W. LUBLIŃSKI. *Deutsche medic. Wochenschr* Nr. 26. 1895.
- 3) M. SCHMIDT. *Die Krankheiten der oberen Luftwege*. 1894.
- 4) L. SCHRÖTTER. *Vorlesungen ueber die Krankheiten des Kehlkopfes*. 1892.
- 5) L. WEBER. Ein Fall von Lähmung der m. crico-arytaen. post. mit Section. *Berl. klin. Wochenschr.* Nr. 29, 1880.
- 6) H. HOCHHAUS. Ueber diphteritische Lähmung. *Arch. für pathol. Anat.* Bd. 124. 1891.
- 7) HENDRYK BURGER. Die Frage der Posticuslähmung. *VOLKMANN'S Sammlng.* Nr. 57 1892 r.
- 8) GRABOWER. Centrale Recurrenslähmung. *Berl. klin. Wochenschr.* Nr. 48. 1894.
- 9) L. PRZEDBORSKI. Linkseitige Recurrenslähmung im Verlaufe einer acuten infectiösen, Krankheit von unbekannter Natur. *Monatschr. f. Ohrenheilk.* Nr. 11. 1895.
- 10) GILBERT i LION. Microbe de l'endocardite infectieuse. *Semaine medic.* 1838.
- 11) THOINOT i MASSELIN. Contrib. a l'étude des localisations medullaires dans les maladies infectieuses Deux maladies experimentales à type spinal. — *Revue de medic.* 14. 1894.
- 12) MANICATIDE. O porażeniach pochodzenia mózgowego w następstwie błonicy. *Przeгляд Lekarski.* Nr. 50. 1856.
- 13) I. DUTTON STEKLE. Central nervous lesions in diphteria. *N. J. Medical Record.* 28 März. 1896. — *Centralblatt für Laryngologie.* Nr. 2. 1897.
- 14) HENSCHEN [Upsala] Acute disseminirte Rückenmarks.—Sklerose mit Neuritis nach Diphterie bei einem Kinde. *Fortschr. der Medic.* Nr. 14. 1896.
- 15) J. J. THOMAS. Diphteritic hemiplegia. *American Journ. of the Med. Science.* Apr. 1896. *Centralbl. für Laryngol.* Nr. 2. 1897.
- 16) O. ZIEMSEN. Ueber diphteritische Lähmungen und deren Behandlung. *Klin. Vorträge* Nr. 6. 1887.
- 17) L. PRZEDBORSKI. Ueber einen Fall von primären hysterischen Krampf der Glottisweiterer. *Monatschr. f. Ohrenheilk.* Nr. 11. 1893. — *Przypadek skurczu historycznego rozszerzaczki głośni.* *Gazeta Lekarska.* Nr. 42. 1893.
- 18) THOMAS. Sur un cas de nevríte peripherique diffuse de deux recurrents consec. à une fièvre typhoïde. *Revue de Laryngologie.* Nr. 20. 1893.
- 19) L. PRZEDBORSKI. Przypadek samodzielnego porażenia historycznego krtani ze stałymi objawami skurczu fonacyjnego i oddechowego. *Gazeta Lekarska.* Nr. 51, 52. 1886.

NOTATKI LEKARSKIE.

8. Parotitis epidemica et scarlatina.

W lutym i marcu roku bieżącego panowała w Płocku epidemia t. zw. świnki (*parotitis epidemica*). Charakter epidemii był łagodny. U dorosłych [po 16 roku życia] choroba wyjątkowo tylko się zdarzała i to w tak łagodnej postaci, że ledwie można było się domyślać tego cierpienia. Przebieg najczęściej był bezgorączkowy: podniesienie ciepłoty do 39,5—40° C. rzadko się zdarzało, i krótko trwało [2—4 dni]. Zwykle cierpiały ślinianki przyuszne z obu stron. Powiększenia zapaleniem jądra zdarzały się rzadko. Pomimo łagodnego przebiegu tej choroby, dotknięte nią dzieci wyraźnie mizerniały i bladły. W trzech przypadkach znalazłem białko w moczu.

I podczas epidemii bieżącej i podczas dawniejszych, również łagodnych, które panowały w Płocku w latach 1876 i 1887, zauważyłem jakiś związek tego cierpienia ze szkarlatyną. Nietylko, że epidemie świnki i szkarlatyny panowały jednocześnie, ale, co ważniejsza, przebycie jednej z tych chorób zabezpieczało od drugiej na czas panującej epidemii. W internacie gimnazjum męskiego z 52 pensjonarzy 12 chorowało tylko na świnkę, a 1 tylko na szkarlatynę bez wysypki z następczem zajęciem nerek. Pomiędzy przychodniemi uczniami przypadki szkarlatyny były częste. Nieraz w jednym i tem samym mieszkaniu jedne dzieci przebywały tylko szkarlatynę, inne w tym samym czasie tylko świnkę.

Ż. Perkahl.

[W podręcznikach ZIEMSEN'a i EICHHORST'a są wzmianki, że niejednokrotnie już donoszono o jednoczesnem występowaniu epidemii szkarlatyny i świnki, oraz o wzajemnem jakoby wyłączeniu się tych chorób [SCHÖNLEIN]; zawsze jednak później zaprzeczano temu. [Przypisek Redakcyi].

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

53. J. Seitz. Porażenie opuszkowe i zstępujące, spowodowane przez grzybki chorobotwórcze.

U kobiety lat 26, która oprócz zaburzeń w miesiączkowaniu, częstych niezbytów nosa i krtani, poważniejszych chorób nie przechodziła, przed 6 laty nagle bez widocznej przyczyny wystąpiły zaburzenia w mowie i w łykaniu, objawy silnej duszności oraz porażenia obu kończyn górnych i dolnych. Stan taki trwał 6 dni; po 4 tygodniach nastąpiło zupełne wyleczenie. Przez lat 6 od tego czasu żadnych nie było zaburzeń. Dopiero w 2 tygodnie po pierwszych objawach silnego kataru nosa i krtani, chora, znacznie osłabiona, zaczęła doznawać uczucia obcego ciała w szyi, bólów w brzuchu, zdrętwienia wielkiego palca u ręki lewej; tegoż samego dnia wystąpiło lekkie porażenie kończyn górnych i dolnych. Nazajutrz mowa była niewyraźna, głos podobnym był do tego, jaki występuje przy zapaleniu migdałów lub przy dyfterytycznem porażeniu podniebienia miękkiego, języczek zwracał się nieco w stronę prawą. Przy braku jakichkolwiek bądź zmian w gardzieli łykanie do tego stopnia było utrudnione, że śluz należało wydobywać palcami. Skóra na karku i potylicy bolesna. Wkrótce przy porażeniu mięśni karku głowa zaczęła opadać. Przez cały czas choroby nietkniętymi były: wzrok, słuch, smak, węch, mięśnie oczne,

górną gałąź nerwu twarzowego, pęcherz i kiszka prosta, nadto brak było bólów głowy i skłonności do wymiotów.

Stan ten pogarszał się nieomal z każdą godziną; porażenie mięśni szyi, tułowia i kończyn wzmagало się przy osłabieniu czucia dotykowego, bólowego i termicznego. Wreszcie przyłączyło się porażenie mięśni twarzy, osłabienie, a następnie zniesienie odruchów ścięgnistych, skórnych i błon śluzowych. Błona śluzowa nagłośni, chrząstek nalewkowych i strun zmian poważniejszych nie przedstawiała; ruchy jednak strun były wadliwe wskutek osłabienia mięśni krtaniowych. Przy mowie szpara głosowa miała wygląd owalny, przy głębokim wdechu otwierała się tylko do połowy. W narządach wewnętrznych żadnych zmian nie wykryto. Ciepłota była prawidłową. Tętno w ostatnich trzech dniach 108—120, liczba oddechów dochodziła do 30. Śmierć nastąpiła nagle.

Na sekcji nie wykryto zmian poważniejszych w żadnym z narządów wewnętrznych. Przy badaniu mikroskopowym mózgu stwierdzono tylko drobne wynaczynienia, dostrzegalne tylko przy znacznych powiększeniach. Nigdzie jednakże nie widać było ani emigracji leukocytów, ani rozrostu jąder komórek, ani zgrubienia lub rozpadu włókien; również zmian wyraźniejszych nie znaleziono ani w odnogach mózgowych, ani w rdzeniu przedłużonym, ani w kręgowym.

Nie wykrywszy zmian makroskopowych w mózgu, przy końcu sekcji autor przeprowadził kilka cięć przez siodło tureckie, spodziewając się, że tędy mogły do mózgu przeniknąć pasożyty z jamy nosowej, przez 10 dni dotkniętej niezylem. O zmianach w siodle tureckim S. nie wspomina, natomiast zaznacza, że przysadka mózgowa miała papkową konsystencję. Narządu tego nie wyjęto, ani żeń nie dokonano hodowli.

Przy badaniu natomiast skrawków mózgu S. wykrył w wielkiej ilości grzybki podobne do pneumokoków FRAENKEL-WEICHELBAUM'a, odosobnione lub ułożone w ogniskach lub w postaci wstążek, rozciągniętych wzdłuż beleczek tkanki łącznej pomiędzy włóknami nerwowymi lub obok naczyń. Były więc wypełnionymi przez pasożyty przestrzenie limfatyczne. Pasożyty wspomniane wykryć można było w skrawkach z mostu WARÓL'a, z rdzenia przedłużonego i kręgowego; najliczniejszymi były w skrzyżowaniach włókien mostu i pęczków piramidalnych. Wprawdzie diplokokki FRAENKEL-WEICHELBAUM'a znajdowały się w kanale centralnym, lecz bliższego związku pomiędzy niemi a ependymą wykazać się nie dało; toż samo odnosiło się do stosunku ich względem opony miękkiej. Według zdania autora, do którego na podstawie swych badań bynajmniej nie jest upoważniony, początek tej ciężkiej sprawy chorobowej dało cierpienie nosa, wywołane prawdopodobnie przez pneumokoki, skąd sprawa przeszła po drogach limfatycznych na przysadkę mózgową, a następnie przez odnogę mózgową na substancję mózgu.

(*Deutsche med. Wochenschr. Nr. 19, 1897.*)

Pruszyński.

59. Otto Kuestner. Wskazania i przeciwwskazania do myotomii.

Pomimo że myomaty macicy są nawskroś guzami łagodnymi, to jednak bardzo często sprowadzają takie stany, iż zagrażają ciężko zdrowiu, a nawet czasami i życiu; ciężkie niedokrwistości wskutek silnych krwotoków, objawy inkarceracyjne ze strony kiszki prostej i pęcherza moczowego, cierpienia mikrobiotyczne tego ostatniego i reszty dróg wydzielniczych moczowych, stany septyczne w razie sposoczenia guza: oto są wielkie niebezpieczeństwa myomatów macicy. Prócz tego stosownie do umiejscowienia guza chirurgiczne usunięcie tego i dzisiaj jeszcze należy do technicznie ciężkich i niebezpiecznych operacji. Wreszcie przy usuwaniu guza zmuszeni jesteśmy zależnie od punktu wyjścia jego usunąć nierazko jednocześnie z guzem i narządy rodzące kobiety.

Autor radzi wtenczas robić całkowitą ekstyrpację macicy przez pochwę, która to operacja, nawet przy zastosowaniu sposobu rozkwalenia macicy, jest możliwą li tylko do pewnych granic; guz nie powinien być większym nad główkę dziecięcą.

Inaczej całkiem przedstawia się rzecz cała, jeżeli macicę myomatyczną można usunąć tylko przez cięcie ściany brzusznej.

Laparo-myotomia dawniej nawet w rękach SBHROEDER'a dawała do 32% zejść śmiertelnych, wobec czego dawniejsi chirurdowie musieli ściśle rozważać wszelkie przeciwskazania i często wstrzymywać się od operacji. Wskazania, podane przez HEGAR'a, jeszcze do niedawna zachowywały całą swą siłę. Wskazania te były następujące:

- 1) Szybkie powiększanie się guza i ciężkie wskutek tego objawy uciskowe narządów jamy brzusznej i klatki piersiowej.
- 2) Ciężkie, niczem się nie dające wstrzymać krwawienie.
- 3) Puchlina brzuszna znaczna przy myomatach podsurowicznych.
- 4) Różne niekorzystne dla chorej wyrodnienia i zmiany w guzie [myksomatyczne, sarkomatyczne, zropienie, rozpad puerperalny i t. d.].
- 5) Objawy inkarceracyjne narządów jamy miedniczej.
- 6) Zupełne wypadnięcie macicy.

Już oddawna ginekologowie odczuwali potrzebę rozszerzenia tych w ciasnych ramach zamkniętych wskazań. Autor sam twierdzi, że każdy mięśniak macicy, który tylko sprawia pewne dolegliwości chorej, kwalifikuje się do usunięcia, jeżeli pewni jesteśmy, że z usunięciem guza znikną dolegliwości wszelkie, choćby jedyną drogą była tylko laparo-myotomia. W razie gdybyśmy przypadkowo postawili rozpoznanie myomatu, który nie przynosi chorej żadnych cierpień, to nie pozostaje nam nic innego, jak tylko obserwacja. W każdym razie pamiętać powinniśmy, że zwyrodnienie sarkomatyczne myomatów częściej się przytrafia, aniżeli dotychczas myślano; badanie mikroskopowe wszystkich myomatów, ekstyrpowanych w ostatnich czasach przez autora, upewniło go w tem przekonaniu. Szczegółność umiejscowienia i rozwoju guza nigdy nie powinna być przeciwwskazaniem. Właśnie te myomaty, które są najcięższymi do operacji, są też i najpilniejszymi; są to myomaty, wychodzące z szyi macicznej, *resp.* z dolnej części ciała macicznego i głęboko usadowione między blaszkami więzów szerokich. Początkowy rozwój tych guzów odbywa się wyłącznie w małej miednicy, dopóki cała nie zostanie wypełnioną.

Rezultatem takiego wypełnienia małej miednicy bywa mechaniczne zwężenie kiszki prostej i kanałów odprowadzających mocz. Najwięcej na tem cierpi pęcherz, cewka bowiem moczowa nie zawsze bywa uciśniętą zupełnie, drożność pewna pozostaje. Przy myomacie, tak ściśle wypełniającym małą miednicę, zawsze i bezwarunkowo mamy do czynienia z dyslokacją pęcherza, na podobieństwo przemieszczenia przy *retroversio-flexio uteri gravidi*. Przemieszczenie to może dosięgać tak wysokiego stopnia, że pęcherz moczowy pokrywa zupełnie i guz i macicę, tak nawet, że po otwarciu jamy brzusznej z początku nic więcej nie spostrzegamy, tylko pęcherz moczowy. Przemieszczenie to idzie w parze ze znacznymi zmianami formy pęcherza, nie pozwalającymi na zupełne opróżnienie, w pęcherzu pozostaje zawsze dość duża ilość t. zw. *Residualharn*, która prowadzi ze swej strony następnie do zapalenia błony śluzowej i ściany pęcherza. Po otwarciu jamy brzusznej widzimy, że guz leży nieruchomo w głębi miednicy, że więc o wyważeniu go nazewnątrz nie może być mowy. Podwiązanie naczyń wskutek głębokiego usadowienia guza także może być połączone z trudnościami nie do przewyciężenia. Trudności operacyjno-topograficzne zniewalają operujących, którzy się już dawno wyrzekli kastracji przy myomatach, do wykonania takowej. Lecz i przy tej często łatwej operacji spotkać możemy szczególniejsze trudności: często jajniki leżą całkiem płasko

na guzie, albo też tak głęboko w tyle za guzem, że ich przybliżyć do cięcia brzuszno albo wcale nie można, albo z wielkim wysiłkiem. W tych to razach całkowite usunięcie jajników jest niemożliwym, pomimo woli pozostawia się kawałki funkcjonujących i nadal narządów, wskutek czego mięśniaki zmniejszają się minimalnie, a zaburzenia wcale nie znikają, wynik operacyjny jest ujemny. Nieraz trudnym jest nałożenie przewiązki na naczynia; operacja długo trwa, zdarzają się wskutek tego błędy w zastosowaniu aseptyki, prowadzące do zapalenia otrzewnej i rychłej śmierci.

Autor od roku 1892 z zasady nie robi kastracyi, lecz stara się, pomimo wielkich czasami trudności, dokonywać całkowitego wyluszczenia guza, ewentualnie macicy.

Znaczny nawet stopień bezkrwistości nie jest dla autora przeciwwskazaniem do laparo-myotomii; operacja ta nawet w bardzo ciężkich przypadkach, jeżeli już nie może zupełnie bezkrwawo się odbyć, to w każdym razie z niewielką krwią utratą, gdyż szybkie operowanie może zmniejszyć stratę krwi do *minimum*. Dalej autor nie widzi zasady do odrzucania sposobu operowania przez cięcie w ścianie brzusznej w razie sposoczenia guza, czego dowodem przytoczona przez niego szczegółowa historia podobnego przypadku. Ostrzega w każdym razie przed możliwym ciężkim zakażeniem otrzewnej.

Pomiędzy chorobami, komplikującymi mięśniaki, a figurującymi jako przeciwwskazania do operacyi, dominujące miejsce zabiera zawsze rak nieuleczalny [na przykład myomat macicy, rak piersi przed 6 miesiącami operowany, obecnie przerzuty pod pachą i w gruczołach nadobojczykowych; albo też mięśniak macicy i rak żołądka, nie nadający się do operacyi].

Tak samo zapatrywać się należy i na inne choroby konstytucjonalne, same przez się doprowadzające do śmiertelnego zejścia, jako na przeciwwskazanie do większych zabiegów operacyjnych.

Trudniejszym jest już nasze zadanie przy powikłaniach z chorobami, które wprawdzie śmiertelnie się również kończą, lecz przy stosowaniu odpowiedniej diety dopiero po długich latach: np. przewlekłe, zapalne stany płuc i suchoty płucne. Przy nie bardzo rozległych zmianach, przy zajęciu kataralnym tylko wierzchołków płuc autor nie waha się usuwać mięśniaki, wywołujące ciężkie objawy. Jednakże nieraz obserwował zakłócenie spokojnego przebiegu choroby płucnej po insulcie chloroformowym; występowały zaostrzenia, zwiększony kaszel, bóle i t. d.: wszystko to wszakże po niejakiem czasie znowu zwracało do spokojnego pierwotnego stanu; w innych zaś przypadkach okres pooperacyjny przebiegał zupełnie gładko. Nie raz jednocześnie z myomatami, a przeważnie z takimi, które sprowadzają znaczne krwi upływy, znajdujemy większe lub mniejsze stopnie *myocarditidis*, stłuszczenia mięśnia sercowego, lub też t. zw. brunatny zanik serca. Autor przypuszcza, że pojęcia o wzajemnym stosunku wyżej wymienionych zmian anatomicznych serca i niepomyślnego zejścia laparo-myotomii w ostatnich czasach gruntownie się zmieniły. Jeżeli na sekcji znajdujemy t. zw. brunatny zanik serca lub stłuszczenie mięśnia sercowego, a w okolicy mięśnia operowanego stan zapalny, choćby nawet bardzo nieznaczny, to w każdym razie jako pierwszą przyczynę śmierci uważać trzeba stan zapalny, na drugim zaś miejscu stawiać zmiany w sercu. Przekonano się, że sprawy septyczne, szczególnie po ciężkich laparo-myotomiach, mogą dawać bardzo nieznaczne objawy: mogą się one ograniczać do niewielkiego wzdęcia kiszek, do ledwie dostrzegalnego nalotu włóknikowego na kiszki do kilku centymetrów sześciennych mętnego, krwawo-brunatnego płynu w jamie DOUGLAS'a; wystarczało to jednakże, by życie chorej zniszczyć. Bakteryologiczne jednakże badanie i znajdowanie stałe streptokoków lub stafylokoków w owym płynie dostatecznie przemawia za podobnego rodzaju tłumaczeniem przyczyny śmierci po laparo-myotomii.

Te dwie formy zwyrodnienia mięśnia sercowego [podług autora najczęściej zwyrodnienia tłuszczowe] znajdujemy nieraz jako komplikację myomatu; są one skutkiem długotrwałych krwotoków i następczego wyniszczenia. Największem niebezpieczeństwem grozi bezwątpienia takiemu sercu tylko narakoza, konieczna jednakże podczas operacji. Jeżeli serce przezwycięży to niebezpieczeństwo narakozy, to więcej obawy być nie powinno. Jako przykład autor przytacza operację u kobiety 52-letniej z kolosalnym myomatem, wychodzącym z tylnej ściany szyi macicznej, głęboko między więzami umiejscowionym, dużą puchliną brzuszna; chora prócz tego miała ciężkie zapalenie mięśnia sercowego (*myocarditis*), prawdopodobnie wskutek sklerozy tętnic wieńcowych, znaczny obrzęk nóg i ściany brzusznej. Autor pomimo wszystkiego dokonał całkowitego wyluszczenia guza. Nastąpiło zupełne wyleczenie.

Przykład ten jest bardzo pouczającym pod tym względem, że najbardziej wyciężony ustrój może przebyć najcięższe operacje, a do tych śmiało można zaliczyć laparomyotomię, jeżeli nie trwają one dłużej nad $\frac{1}{2}$ do 1 godziny, jeżeli utrata krwi jest niewielką. Jeżeli od podobnego ustroju więcej nadto wymagać będziemy, jeżeli warunki gojenia rany w dodatku sprzyjającymi nie będą, jeżeli wywiąże się zakażenie, to w walce z tymi warunkami mało odporny w tych razach ustrój uledez musi i to znacznie łatwiej i prędzej aniżeli silny ustrój.

(*Sammlung klin. Vort. von Volkmann. Nr. 164. 1896 r.*) G. Wawelberg.

60. L. Hoeflmayr. Szmer sercowe pochodzenia nerwowego.

Przypadek 1. Mężczyzna, ze strony matki neuropatycznie obciążony, nigdy nie chorował na serce lub na gościec; ogólny wygląd kwitnący; żadnych objawów niedokrwistości. Natomiast wszelkie objawy neurastenii mózgowej, dosyć ciężkiej. Niewielkie rozszerzenie serca na prawo, wzmożenie drugiego tonu tętnicy płucnej i dmuchający systoliczny szmer u wierzchołka; obok szmeru tony wyraźnie słyszalne; tętno 92—104, miarowe. Inne narządy zdrowe. Przy często powtarzanych badaniach szmer zmieniał się co do siły. Po 4-tygodniowym leczeniu wzmacniającem [hydroterapia, faradyzacja ogólna, psychoterapia, dyeta—bez żelaza] znikła neurastenia, a z nią i szmer w sercu. Po jakimś czasie, wskutek podniecenia duchowego [młody człowiek powziął zamiar ożenienia się] nawrót choroby ze szmerem w sercu; choroba znów ustąpiła po 4-tygodniowym leczeniu. Pacjent zdrów do tej chwili [13 miesięcy po pierwszym badaniu].

Wśród 334 neurasteników i histeryków H. znalazł jeszcze dwóch podobnych chorych.

Przypadek 2. 25-letni prawnik, mocno zbudowany, dziedzicznie ze strony ojca obciążony. Nigdy nie chorował, był tylko z pracy duchowej mocno zmęczony. W sercu od czasu do czasu szmer systoliczny i niewielkie powiększenie wymiarów. Po 10 miesiącach H. znalazł serce w zupełnie prawidłowym stanie.

Przypadek 3. 20½-letni kupiec skarży się na wymioty przy podnieceniu nerwowem i na ogólną nerwowość. Serce wymiarów prawidłowych; na całej przestrzeni silny systoliczny, słabszy dyastoliczny szmer i rozszczepiony drugi ton zastawki dwudzielnej; tętno nieco przyspieszone. Po 16 dniach leczenia [brom, hydroterapia, dyeta] serce pod każdym względem prawidłowe; pozostała tylko nadczułość mostka na przestrzeni serca i w lewym 5-tem międzyżebżu.

H. tłumaczy powstawanie szmeru nerwowego systolicznego w sercu [zgodnie z RICHTER'em, GEIGEL'em i BOUVERET'em] zmianami w innerwacji centralnej, mającemi punkt wyjścia z nerwu błędnego w opuszczeniu jądra te opisał dokładnie KOELLIKER w swoim „*Handbuch der Gewebelehre d. Menschen*“,

1896. T. II, str. 239 i d.]. Przy neurastenii też największe zmiany bywają w mózgu i w opuszce. Ośrodek dla włókien nerwowych, porządkujących działaność serca, oraz mięśni brodawkowych przy zamykaniu się zastawek, przy neurastenii znajduje się w stanie zastojów żylnych i przesycony jest CO₂. Jeżeli stan taki trwa długo, to zastawki, wskutek upośledzenia unerwienia, nie zamykają się szczelnie, powstaje szmer, a następuje i rozszerzenie serca. Po odpowiednim też leczeniu wszystko to znika.

Z powyższego wynika, jak wielkim jest błędem [szczególnie dla leczenia], jeżeli się w podobnych przypadkach oświadcza neurastenikowi, że ma wadę serca.

(*Münch. medic. Woch.* 1897. Nr. 4).

M. Rozental.

61. Schreiber. O guzie roślinnym (*phytobezoar*) w żołądku i jego rozpoznaniu.

Prof. SCHREIBER podaje bardzo ciekawy przypadek guza roślinnego w żołądku u 45-letniej litewskiej wieśniaczki. Chora uskarżała się na ból między łopatkami i brak łaknienia. Jako przyczynę cierpienia podawała guz, który, posuwając się z dołu brzucha ku pierśsiom, sprawiał jej silny ból i mdłości [bez wymiotów]; objawy te ustępują, o ile chora zdoła unieruchomić guz w dolnej części brzucha. Po kilkakrotnem zbadaniu SCH. znalazł guz, powierzchni nierównej, większy od pięści, który z łatwością od łuku żebrowego do dolnej części brzucha przesuwając się dawał. SCH. przypuszczał, że ma do czynienia ze zwyrodniałą nerką wędrującą. Dla upewnienia się, czy guz nie jest, po prostu wyrazem nagromadzenia się kału, kazał chorej wlewać do kiszek oliwę. Istotnie po kilku dniach wszystkie objawy chorobowe ustąpiły, guz znikł całkowicie, a chorą już miano wypisać ze szpitala. SCHREIBER raz jeszcze zbadał ją za pomocą naciskania na brzuch oburękami, podczas kiedy chora wykonywała małe poruszenia; odnalazł guz, który można było wtedy wydobywać i ukrywać dowolnie.

Prof. EISELSBERG po otwarciu żołądka znalazł guz twardy, o chropowatej, brudno-żółtej powierzchni, wewnątrz sino-czarny, mający 6 cm. w poziomie, a 5 cm. w pionowym przecięciu. Obaj lekarze przypuszczali, że to jest torbiel z włosami, badanie drobnovidzowe jednak wykazało pochodzenie roślinne; odnaleziono wyraźne włókna zbite z masami rozpadu i mikrokoków. Chora przyznała się, że w celach leczniczych spożywała wielkie ilości „czarnego korzenia“, smażonego w maśle, ani ilości jednak, ani przeciągu czasu, w którym lekarstwa używała, określić nie chciała; po trzech tygodniach zdrowa zupełnie wypisała się ze szpitala. Niema wątpliwości, że przyczyna choroby nie polegała na nadmiernem używaniu „czarnego korzenia“, ale na nieznanym indywidualnych właściwościach chorej, u której niestrawione włókna roślinne tak dziwne wywołały cierpienie. Autor utrzymuje, że guz pochodzenia roślinnego pierwszy raz spostrzegany jest u ludzi za życia; zdarza się często u zwierząt szczególniej przeżywających [BOLLINGER].

U ludzi obserwowano guzy, złożone z włosów i z kału, które znikły po przepłukaniu kiszek. Guzy roślinne miano zwykle za wędrującą nerkę lub za raka i dopiero po śmierci sekcyja okazywała guz wrzekomy. Jako najważniejsze momenty do rozpoznania guza i przedsięwzięcia operacji SCH. uważa niezmierną ruchliwość guza, który można przesuwając od pępka aż pod łuk żebrowy i zatrzymywać swobodnie w każdym punkcie, jak również to, że przy użyciu proszków burzących, kiedy ruchy robaczkowe żołądka się wzmagają, widać wyraźnie, że guz raz na prawą, drugi raz na lewą przesuwa się stronę, co go wybitnie odróżnia od wędrującej nerki.

(*Mittheilungen aus den Grenzgebieten der Medizin u. Chirurgie.* 1 Bd. V Heft).

A. Ciechomski.

62. O porażeniu postępującym pochodzenia cukrzycowego.

DE HOLSTEIN podnosi kwestyę moczówki cukrowej, jako momentu etyologicznego dla porażenia postępującego. Już w r. 1864 MARCHAL DE CALVI wygłosił zdanie, że zaburzenie nerwowe, uważane dotychczas za przyczynę cukrzycy, są raczej jej następstwem. Cierpienie to wywołuje najrozmaitsze zaburzenia nerwowe, bądź to ruchowe, bądź też czuciowe, troficzne, a nawet umysłowe. LEGRAND DU SAULLE zwrócił uwagę na to ostatnie i opisał różne zaburzenia w sferze intelektualnej, spowodowane przez cukrzycę, jako to: stany apatii, senność, osłabienie pamięci, nawet długotrwałe lub przemijające napady pobudzenia maniakalnego w związku ze zmianą charakteru i usposobienia chorych [egoizm, gniewliwość].

Obaj jednak wymienieni autorowie nie wspominają nic o związku pomiędzy cukrzycą a porażeniem postępującem. Jest rzeczą oddawna wiadomą, że u obłąkanych i neuropatów zdarza się często przemijający cukromocz; bywa to i u paralityków, lecz nie pozostaje bynajmniej z porażeniem w związku przyczynowym. Autor przytacza 2 przypadki ROUILLARD'a i BAUDIN'a, w których po krótkotrwałej cukrzycy dosyć zresztą znacznego stopnia, nagle rozwinął się dosyć typowy obraz porażenia postępującego. W obu jednak tych przypadkach krótkotrwała moczówka cukrowa nie może być uważaną za moment etyologiczny porażenia, lecz raczej za objaw uciskowy ze strony 4-ej komory u chorych, będących już przedtem paralitykami. Dalej autor przytacza przypadek M. DE CALVI, gdzie u 60-letniego starca dyabetyka, po 4-ech latach cukrzycy, rozwinęło się porażenie postępujące. W przypadku CHARPENTIER'a 43-letni paralytyk (*ues* w anamnezie) wydzielał na dobę do 23 grm. cukru z moczem. Ostatni przypadek, ze względu na możliwość syfilisu, jako momentu etyologicznego dla porażenia, nie rozstrzyga bynajmniej kwestyi, o której mowa. Co się zaś tyczy przypadku DE CALVI, to brak w nim szczegółowych i pewnych danych, wyłączających możliwość współistnienia obu tych cierpień.

Dopiero ogłoszony niedawno przypadek LAUDENHEIMER'a z kliniki FLECHSIG'a rzuca na zajmującą nas kwestyą nieco światła.

L. przytacza historię chorego, pochodzącego z rodziny neuropatycznej — nie alkoholika i nie syfilityka, który od lat 20 cierpiał na cukrzycę. W 43 roku życia rozwinął się u niego typowy obraz porażenia postępującego, z objawami zarówno w sferze somatycznej (*paresis facialis sin.*, nierówność źrenic, zaburzenia mowy i t. p.), jak i intelektualnej [mania wielkości, rozrzutność, zmiana charakteru, zaburzenia pamięci i świadomości]. Chory wydzielał na dobę przeciętnie 4 litry moczu, zawierającego do 4% cukru. Po zaleceniu ścisłej przeciwcukrzycowej diety ilość cukru w moczu spadła do 0,33% i stan chorego znacznie się poprawił: chory zaczął pełnić obowiązki ajenta ubezpieczeń, a z somatycznych objawów pozostała mu tylko lekka *paresis m. facialis*, utrudniona wymowa złożonych wyrazów i wzmożenie odruchów kolanowych. Źrenice się wyrównały.

Z tego przypadku, L. wyprowadza następujący wniosek: w niektórych przypadkach cukrzycy rozwijają się zaburzenia somatyczne i intelektualne, zupełnie podobne do zaburzeń w porażeniu postępującem, których pochodzenie ujawnia się przez fakt poprawy pod wpływem ścisłego leczenia przeciwcukrzycowego. Dopóki jednak podścielisko anatomo-patologiczne tych spraw jest nieznanem, dopóty musimy je traktować jako *pseudoparalysis generalis* pochodzenia cukrzycowego.

DE HOLSTEIN dodaje, że przypadek L. rzuca światło na ciekawy mechanizm powstawania porażenia postępującego. Sprawa ta zatem może być wynikiem samozatrucia ustroju przez produkty niezupełnego rozkładu, nagroma-

dzające się w ustroju dyabetyka. To potwierdza zapatrywania CHARPENTIER'a, który uważa porażenie postępujące za sprawę pochodzenia toksycznego. (Sem. Méd. Nr. 22. 1897). Rzętkowski.

63. Z posiedzenia Berlińskiego Towarzystwa Lekarskiego. Dyskusya nad białkomoczem rțęciowym.

FUERBRINGER przedewszystkiem zwraca uwagę, że białkomocz występuje wraz z ślinotokiem i biegunką rțęciową, co jest powodem ujemnych wyników przy zbyt wczesnych badaniach. Niezbędnym warunkiem do wstrzykiwań jest dobry stan nerek i przewodu pokarmowego, które to narządy nawzajem się dopełniają, jeżeli sprawność jednego z nich jest mniejsza, a tem samem łatwiej ulegają podrażnieniu przez większą ilość rțęci. Trzeba więc baczną uwagę zwracać na stolec, moc, zwłaszcza po uprzednio przebytem zapaleniu nerek, szkarlatynie i t. p.. Zmniejszenie czynności nerek też może wywołać białkomocz, np. przy obfitem poceniu się, dlatego też należy być ostrożnym w dni upalne. Należy również unikać jednoczesnego podawania przetworów rțęciowych z jodowymi, bo tworzący się wtedy jodek rțęci bardzo drażni nerki.

BLASCHKO główny nacisk kładzie na idyosinkrazyę i na ilość podawanej rțęci, mniej się zajmując formą, bo nawet rozpuszczalne przetwory stają się nierozpuszczalnymi, wskutek tworzenia się białkanów rțęci z białkiem tkanek.

HELLER znalazł białko w 12% u chorych nie leczonych jeszcze rțęcią w okresie wysypki.

PETERSEN, odrzucają wpływ rțęci, winę przypisuje alkoholowi, SCHWIMMER zaś białkomocz uważa za objaw syfilisu ustrojowego.

WELANDER, przeciwnie, przy wcieraniach maści rțęciowej znalazł w 45% przypadków, a przy wstrzykiwaniach lub wcieraniach *hydr. thymol.* lub *sozojodol.* w 25% białkomocz, który przypisuje energicznemu rțęciowemu leczeniu.

HELLER na 280 chorych, badanych 4494 razy, znalazł w 15 przypadkach zaledwie białkomocz prawdziwy, występujący zwykle na 12 dzień leczenia. Procentowo, po wstrzykiwaniach sublimatu 3,7%, po wcieraniach 24%.

(*Annales de Dermat et de Syph.* Nr. 7. 1896). Wacław Sterling.

64. Raff. Przyczynek do statystyki trzeciorzędneho syfilisu.

Wobec tego, że nie mamy dotychczas matematycznie ścisłego dowodu, że rțęc wpływa na zmniejszenie ilości trzeciorzędnych przypadków, autor zebrał odpowiednie dane statystyczne, do których materyału dostarczyły mu prostytutki, leczące się we wrocławskim szpitalu. W wyborze materyału autor kierował się dwoma względami: 1) prostytutki żyją w mniej więcej jednokowych warunkach; 2) można pomiędzy nimi spotkać przypadki syfilisu nieleczonego.

W ogóle obserwował on 1253 prostytutki, z których było:

tylko z wczesnymi objawami	772=61,6%
z wczesnymi i późnymi objawami	39= 3,1%
tylko z późnymi objawami	39= 3,1%
wogóle syfilityczek	850=67,8%
bez objawów syfilisu	403=32,1%
	<hr/>
	1253.

Na zasadzie wyników swych badań, autor daje odpowiedź na następujące dwa pytania:

1) czy wczesne leczenie rțęcią ma wpływ na częstość objawów trzeciorzędnych?

2) czy częstość [i energia] leczenia rtęcią jest w jakim związku z częstością trzeciorzędnych objawów?

Co do I. Z liczby 850 syfilityczek wszystkich okresów [772+59+39] objawy trzeciorzędne wystąpiły u 78, co stanowi 9,1%.

Pomiędzy zaś 811 syfilityczkami [772+39], których choroba wcześniej stwierdzoną została i które wskutek tego rtęć dostawały, spotykamy 39, t. j. 4,8% trzeciorzędnych przypadków.

Co do II. Na 4³ syfilityczek, które przeszły jednokrotną kurację, albo też nie brały żadnej, miało objawy trzeciorzędne 58, co stanowi 14,3%. Z drugiej strony, na 434, które przeszły po 2 razy i więcej leczenie rtęcią, objawy trzeciorzędne miały 20, t. j. 4,6%.

(Arch. f. Derm. u. Syphil. XXXVI. B, 1 u. 2 H.)

Wacław Sterling.

65. A. Elzholz. Przyczynek do rzeczy o obłądźcie pijackim (*delirium tremens*).

Autor podjął dokładne badanie krwi w 16 przypadkach obłądźca pijackiego, w których oprócz wybitnych zaburzeń psychicznych żadnych powikłań ze strony narządów wewnętrznych nie spostrzegano. Badania te dały stałe wyniki i doprowadziły autora do pewnych odrębnych wniosków. Przebieg choroby w przypadkach autora był łagodny; w czterech tylko obserwowano podniesienie ciepłoty ciała od 38—39° C., we wszystkich nastąpiło wyzdrowienie. Szereg objawów zwiastował wybuch choroby: przygnębienie, bojaźliwość, brak łaknienia, chwila mioty; poczem w krótkim czasie po bezsennej nocy rozwijał się obraz chorobowy, niepokój, drżenia, a przedewszystkiem omamy, czyli halucynacje; objawom tym w jednych przypadkach towarzyszyło znaczne przyćmienie świadomości, gdyż całą uwagę chorego absorbowały przykre, nieraz nawet przerażające halucynacje, w innych zaś przytomność, pamięć i możność oryentowania się były do pewnego stopnia zachowane. Zazwyczaj po tygodniu lub dwóch, w czasie których bezsenność i halucynacje uporczywie trapiły chorego, następował mniej lub więcej długotrwały sen, poczem chorzy uspakajali się i powoli powracali do stanu poprzedniego.

Badanie krwi, dokonywane w czasie przebiegu choroby, jak również w okresie zdrowienia, wykazało następujące zmiany. Najmniej stałym objawem była leukocytoza; autor zaledwie w 7 przypadkach [w tych 4 z podniesieniem ciepłoty, 3 zaś z przebiegiem bezgorączkowym] notował powiększenie się ilości białych ciałek krwi i to w stopniu niezbyt znacznym; ilość leukocytów wahała się w tych razach między 8265 a 14466 w młm. sz.. Po ustąpieniu objawów choroby leukocytoza zniknęła, a nawet w dwóch przypadkach zaraz po owym śnie, stanowiącym przełom w chorobie, ilość leukocytów spadła do normy. Daleko stałszym objawem, niż leukocytoza, jest wzajemny stosunek rozmaitych rodzajów leukocytów. Autor we wszystkich przypadkach w okresie rozwiniętej już choroby obserwował znaczną przewagę leukocytów wielojądrowych, neutrofilowych nad jednojądroowymi. Przyjmując jako normę 66—73% dla wielojądrowych, a 24—32% dla jednojądrowych leukocytów, autor w swoich przypadkach otrzymywał cyfry 80—87,9% dla pierwszych, a 2,1—18% dla drugich.

W dwóch przypadkach, w których zaburzenia psychiczne nie były tak znaczne, świadomość i oryentowanie się zachowane, cyfry te najwięcej zbliżały się do normy, w jednym zaś przypadku w ciągu jednej doby, w czasie której rozwiniął się obraz chorobowy, nastąpiło powiększenie się ilości wielojądrowych leukocytów, a zmniejszenie jednojądrowych. W kilka dni po przejściu obłądźca t. j. z chwilą, kiedy halucynacje już ustąpiły, autor obserwował we krwi zupełnie odwrotny stosunek; autor otrzymywał wtedy następujące cyfry: 53,3—64,1% dla wielojądrowych leukocytów, 34,1—47,7% zaś dla jednojądrowych. Cyfry te potem coraz bardziej zbliżały się do zwykłych, dopóki norma

nie została osiągnięta w jednych przypadkach prędzej, w innych powolniej [od 4—22 dni]. Stałym zmianom podlegało również zachowanie się we krwi eozynofilowych komórek przy omawianem cierpieniu.

We wszystkich obserwowanych przez autora przypadkach obłądu pijackiego komórki eozynofilowe w ciągu choroby albo zupełnie znikają, albo też znajdują się w nieznacznych zaledwie ilościach, przyczem bardzo wybitnie występował związek tego objawu z nasileniami choroby.

W przypadkach cięższych, połączonych z bezustannemi przykremi halucynacyami, z zupełną utratą świadomości, komórek eozynofilowych brakło zupełnie, w przypadkach zaś łagodniej przebiegających znajdowały się choć w ilości zmniejszonej. Po obudzeniu się ze snu, stanowiącego niejako *crisis* w chorobie, zjawiają się zaraz komórki eozynofilowe i ilość ich, wzmagając się coraz bardziej, po pewnym czasie dochodziła do cyfry najwyższej, tak w jednym przypadku autor po 25 dniach obserwował we krwi 1,9%, w innym zaś — po 30 dniach 16,2%, w innym zaś jeszcze po 31 dniach 8% komórek eozynofilowych. Zupełnie podobne zmiany we krwi spostrzegano już [BIEGAŃSKI, ZAPPERT, CANON i inni] w przebiegu wielu chorób zakaźnych, z tą tylko różnicą, że powrót do normalnych stosunków następował przy tych ostatnich daleko prędzej, aniżeli przy obłądzie pijackim.

Mimowoli nasuwa się dziś przypuszczenie, że za przyczynę tych zmian uważać należy przenikanie do ustroju substancji szkodliwych, a więc dla chorób zakaźnych—toksyn. Lecz jakaż to substancja powoduje te zmiany przy obłądzie pijackim, występującym li tylko u przewlekłych alkoholików? Autor nie uznaje, aby czynnikiem tym był alkohol, sam przez się. Przypuszcza on, że pod wpływem długotrwałego nadużywania alkoholu wytwarza się w ustroju pewna substancja, stanowiąca rezultat działania alkoholu na substancje ustroju, przedewszystkiem, być może, na ciała białkowe. Jest to zatem coś podobnego, jak powstawanie antytoksyn przy przenikaniu do ustroju bakterji i ich toksyn. Różnica polega na tem, że antytoksyna jest siłą obronną dla ustroju, owa zaś substancja, wytwarzająca się pod wpływem alkoholu, jest wprost trującą, wywołującą cały szereg objawów, napotykanych u przewlekłych alkoholików.

Wiadomo każdemu, że wiele z tych objawów, jak np. drżenie i ranne wymioty, dają się zwalczać przez alkohol. Widzimy więc zatem, że alkohol, który powoduje wytwarzanie się w ustroju substancji trującej, jest zarazem dla tegoż ustroju niejako antytoksyną. Takie przypuszczenie autora potwierdzają poniekąd poszukiwania MARMEGO nad działaniem morfiny. Badacz ten, wstrzykując psom przez czas dłuższy morfinę, otrzymywał następnie z narządów wewnętrznych [płuc i wątroby] substancję, która dawała takie same reakcje, jak oksydymorfina. Po wstrzyknięciu substancji tej występowały u psów objawy morfinizmu, które znikaly po wstrzyknięciu morfiny.

(*Jahrb. f. Psychiatrie und Neurol. Bd. 2. 1897.*)

L. Dydyński.

TOWARZYSTWO LEKARSKIE WARSZAWSKIE.

— 3 —

Posiedzenie z dnia 18. V. 1897.

1) FRENKEL przedstawia dziecko 1-roczone, ważące 53 funty, t. j. tyle, ile wynosić powinna waga dziecka 6—8-letniego. Prócz nadmiernej otyłości nie zauważono żadnych objawów patologicznych. Rodzice dziecka są zdrowi; matka sama je karmi.

2) CETNAROWICZ przedstawia dziewczynkę 8-letnią z guzem złośliwym lewego oczodołu, wychodzącym zapewne z tkanki łącznej pochewki nerwu

wzrokowego. Gałka oczna lewa jest wysadzona ku przodowi i na zewnątrz; badanie dna oka wykazuje zanik nerwu wzrokowego i liczne wybroczyny w naczyniówce. Chora nie widzi jednak i na drugie oko, w którym żadnych zmian stwierdzić nie można; należy zatem przypuścić, że nowotwór przeszedł i na prawy nerw wzrokowy.

3) STANKIEWICZ przedstawia troje dzieci ze skrzywieniem stóp (*pes varus*) w różnym stopniu. U dwojga dzieci, u których istnieją zmiany w kościach, St. zamierza wykonać resekcyę klinową tych ostatnich i po wyleczeniu pacjentów Towarzystwu przedstawić.

4) MEYERSON opisał przypadek guza gardzieli u mężczyzny 26-letniego, pochodzącego z rodziny zdrowej. Chory od kilku lat doznaje trudności w połykaniu, a przed pięcioma tygodniami ochrypl. Badanie gardzieli podczas spokojnego oddechania nie wykazuje w niej żadnych zmian; kiedy zaś chory zaczyna się krztusić, widać guz, podnoszący się do góry. Badanie lusterkiem krtańniowem wykazuje z lewej strony gardzieli, ponad krtańią, guz na szerokiej szypule, ruchomy. Po usunięciu guza za pomocą pętlicy galwanokaustycznej powstała powierzchnia, mająca około 1 ctm., z otworkiem, w który można było wprowadzić zgłębnik na 4 mm.. Obecnie rana jest zagojona.

PRZEWOSKI uzupełnia opis M. przez podanie wyników badania guza. Guz ten, o formie stożka, pokryty jest nabłonkiem płaskim, którego najgłębsze komórki mają formę cylindryczną. Pod nabłonkiem leży tkanka łączna, jądro zaś guza stanowi chrząstka szklistawa, otoczona zbitą tkanką łączną z włóknami sprężystymi. Prócz głównego jądra chrząstkowego znaleziono wśród tkanki łącznej kilka małych chrząstek, o budowie chrząstki sprężystej. Pokrywająca guz błona śluzowa zawiera całą masę gruczołów surowiczych i niewielką ilość śluzowych. Guz opisany należy niewątpliwie do rzędu potworniaków; chrząstka powstała tu, być może, z łuków skrzelowych.

5. MEYERSON przytacza opis przypadku pęcherza kostnego w nosie u 20-letniej kobiety. Guz ten całkowicie wypełniał jamę nosową. Nie mogąc usunąć go w całości, M. odjął jego wierzchołek; z jamy guza, który, jak się okazało, był pęcherzem kostnym, powstałym z muszli środkowej, wylała się ropa. Ściany pęcherza, grubości skorupy od jaja, usunięto następnie z łatwością.

PRZEWOSKI opisuje budowę ściany pęcherza w przypadku powyższym. Warstwa wewnętrzna składa się z nabłonka cylindrycznego, jednowarstwowego, pokrytego rzęskami; dalej idą kolejno: błona szklistawa, tkanka włóknista nacieczona, kość, znowu tkanka włóknista i nabłonek cylindryczny, rzęskowy. Na powierzchni wewnętrznej blaszki kostnej mieściły się *lacunae* Howshipa i osteoklasty. Gruczołów żadnych nie znaleziono. Istnienie błony śluzowej wewnątrz pęcherza kostnego wskazuje, że ten ostatni powstać musiał z zagłębienia muszli przez zarosnięcie otworu, który to zagłębienie łączył z jamą nosową, podobnie jak powstaje np. *hydrops antri maxillaris*.

6) PRZEWOSKI opisuje fałdę w postaci sierpa, jaką napotyka stale na wewnętrznej powierzchni ściany żyły głównej górnej, przy ujściu tejże do przedstonka prawego, o 4—5 mm. od brzegu mięśnia przedstonkowego. Jest to, według P., szczątkowa zastawka żyły głównej górnej, analogiczna do *valvula Thebesii* i *valvula Eustachii*.

7) PRZEWOSKI demonstruje dwa preparaty tętniaków na podstawie mózgu. Jeden z nich pochodzi od kobiety 40-letniej, która za życia uważaną była za histeryczkę. Przed kilku laty owa chora miała napad utraty przytomności i władzy w jednej połowie ciała; bezwład trwał krótko; natomiast dość długo jeszcze potem doznawała chora bólów w kończynach. Śmierć nastąpiła nagle, po napadzie drgawek ogólnych z rozszerzeniem źrenic i utratą przytomności. Na trupie znaleziono zmiany miażdżycowe w tętnicach całego ciała; tętnice zaś podstawy mózgu, stanowiące *circulus arteriosus*, jak również ar-

teriae fossae Sylvii nie tylko miażdżycowo zmienione, lecz znacznie rozszerzone i powyginane esowato (*aneurysma cyrsoides*). W moście znaleziono świeży wylew krwi wielkości orzecha laskowego, a w lewym *nucleus lenticularis* ślad starożytnego wylewu.

Drugi preparat pochodzi od 22-letniego syfilityka, zmarłego przy objawach wylewu krwi do mózgu. Jest to tętniak lewej *art. fossae Sylvii* wielkości dużego ziarnka grochu, o ścianach do 1½ mm. grubości. W ścianie dolnej tętniska widać szparę długości około 5 mm., a dokoła niego opona miękka, nacieczona znaczną ilością w części skrzeplęj, w części zaś świeżej jeszcze krwi. Substancja korowa i biała mózgu w okolicy wylewu porozywana i nacieczona krwią. Przy badaniu drobnowidzowym w tętnicy dołu SYLWUSZ'a poniżej tętniaka nie znaleziono żadnych zmian; natomiast powyżej w *adventitia* nacieczenia drobnokomórkowe w postaci ognisk rozmaitej wielkości. *Adventitia* ściany tętniaka zmieniona w rodzaj tkanki ziarninowej; *media* zanikła, poprzerywana i nacieczona, *intima* zaś prawie niezmieniona. Analogiczne zmiany w *arteria fossae Sylvii* demonstruje P. na preparatach drobnowidzowych z innego podobnego przypadku. Zmiany opisane uważa P. za *periarteriitis gummosa*, która, jak to widać z przytoczonego przypadku, może wywołać utworzenie się tętniaka.

Co do niedość opracowanej etyologii tętniaków wogóle, to, według P., przyczynami tych ostatnich mogą być: wrodzony niedorozwój ściany naczynia [EPPINGER], uraz, działający z zewnątrz, czy nawet od strony światła naczynia (*aneurysma embolicum* PONFICK'a), miażdżycy tętnic, szczególnie gdy zmiany miażdżycowe zajmują *adventitia* i *media*, dalej—*mesoarteriitis* [KOERTNER] i zapalenia ścian naczyniowych pochodzenia pasożytniczego (*aneurysma vermicosum*) BOLLINGER'a u koni, zależne od rozwoju w ścianie tętnic krezkowych *strongyli armati*, *aneurysma embolicum infectiosum* PONFICK'a przy *endocarditis ulcerosa*, tętniaki powstałe na tle zapalenia gruźliczego ściany zewnętrznej i środkowej tętnicy, wreszcie tętniaki przy zapaleniu syfilitycznym.

W dyskusji prof. BRODOWSKI wyraża zdanie, że podane przez PRZEWO-SKIEGO przyczyny tętniaków należą do nader rzadkich. Zdarzają się dość często tętniaki bez żadnych dostrzegalnych zmian w *intima* i *media* naczyń. Najważniejszą rolę w etyologii tętniaków odgrywa wrodzona lub nabyta wątpliwość ścian naczyń, ujawniająca się pękaniem włókien sprężystych *mediae*. B. wątpi, by syfilis mógł być przyczyną tętniaków, sprowadza on bowiem zażywczej *endoarteriitis obliterans*.

Przewoski odpowiada, że nader rzadko można dowieść, iż tętniak powstał na tle wrodzonej słabości ściany naczynia. Natomiast większość autorów najważniejszą rolę w powstawaniu tętniaków przypisuje miażdżycy. Syfilis najczęściej wprawdzie wywołuje *endoarteriitis*, ale zdarzają się przypadki syfili-su, w których cierpi nie *intima*, lecz *adventitia*. Jest to forma, znana pod nazwą *periarteriitis gummosa* lub *nodosa*. Z *adventitia* sprawa patologiczna przejść może na *media* i wywołać w niej takie zmiany, że ściana naczynia pod wpływem ciśnienia krwi może się wypuklić.

Posiedzenie z dnia 25. V. 1897.

1) Prof. Kosiński przedstawia śledzionę, wyciętą u 40-letniej kobiety, która przybyła do szpitala z objawami nagromadzenia się wielkiej ilości płynu w jamie otrzewnej. Po wypuszczeniu przez przekłucie ściany brzucha 12 litrów płynu surowiczego, wymacano nader powiększoną śledzionę. Badanie krwi, dokonane przez L. NENCKIEGO, wykazało tylko znaczne jej rozwodnienie [2½ miliona ciałek czerwonych na 1 mm. sz.] przy zachowanym normalnym stosunku wzajemnym ilości ciałek czerwonych i białych. Innych objawów.

białaczki również nie znaleziono. W dwa tygodnie po przekłuciu brzucha płyn znówu nagromadził się w jamie otrzewnej. Przystąpiono wtedy do splenektomii, która z powodu olbrzymio rozszerzonych naczyń śledziony [tętnica grubości niemal aorty] nie była łatwą. Usunięta śledziona waży $10\frac{1}{2}$ *tt* przy wymiarze podłużnym 36 *ctm.*. Badanie krwi, wziętej wprost z naczyń śledziony, dało te same wyniki, co poprzednie. Przy operacji przekonał się K., że wątroba posiada powierzchnię i brzegi nierówne; prawdopodobnie więc przyczyną puchliny brzucha była marskość wątroby.

2) OLTUSZEWSKI przedstawia pannę 19 letnią z wrodzonym brakiem podniebienia twardego i miękkiego. Bez uprzedniej operacji, odpowiedniem leczeniem tylko O. poprawił jej znacznie wymowę, gdy bowiem dawniej pacjentka nie wymawiała głosek: *w, k, g, t, d, s* i pochodnych: *sz, ż, c, cz*, teraz, chociaż z pewnym wysiłkiem, może zupełnie dobrze mówić. Na dobry wynik leczenia wpłynęło w danym przypadku istnienie zmian przerostowych kompensacyjnych w jamie nosogardzielowej.

3) PRZEWOSKI zabiera jeszcze raz głos w sprawie preparatu, demonstrowanego w Towarzystwie przez BORYSOWICZA w dniu 29. IX. 1896 i 29. XII. 1896, mianowicie torbieli, wyluszczonej z więzów szerokiego macicy, a zawierającej w swej ścianie jajnik. P. badał ów jajnik i wyraził zdanie, że nie różni się on prawie od normalnego jajnika dorosłej kobiety. Prof. HOYER badał również drugą część preparatu i uważa jajnik wzmiankowany za niezupełnie rozwinięty. Z powodu tak różnych rezultatów badania PRZEWOSKI prosił prof. HOYERA i innych kolegów o wspólne przejrzanie wszystkich skrawków. Badanie to wykazało, że cały twór jest stanowczo jajnikiem, że jajnik ten zawiera folikuly pierwotne z młodemi jajkami, folikuly starsze, pęcherzyk GRAAF'a, wreszcie *corpora fibrosa* i przejścia od nich do ciał żółtych; od jajnika dorosłej kobiety różnił się omawiany jajnik tylko tem, że był mocno spleaszony przez płyn, zebrany z torbieli.

4) PRZEWOSKI przedstawia cztery preparaty: *a*) Dziewczynkę nowonarodzoną ze skrzywieniem *mesovarii* prawego jajnika; w skrzywieniu tem brały udział zewnętrzny koniec jajowodu i koniec wyrostka robaczkowatego. Wskutek obrzęku i przekrwienia żylnego prawy jajnik posiadał wielkość dużego orzecha włoskiego. Otrzewna znajdowała się w stanie zapalenia; brzuch wskutek obfitego wysięku znacznie powiększony. *b*) Macicę 22-letniej chorej na gruźlicę z obu jajnikami zmienionymi w torbiele wielkości prawie głowy dziecka. Prawa torbiel wskutek skrzywienia szypuły odcięła się od niej zupełnie i, dostawszy się do jamy brzusznej, przyrosła do *omentum majus* w okolicy pępka. *c*) Jajniki 20-letniej kobiety z trzema torbielami, rozwiniętymi z ciał żółtych, wielkości orzecha laskowego, ziarnka grochu i małego ziarnka grochu, z zawartością surowiczą żółtawą. Ściany torbieli są pofałdowane grube, twarde, białe-żółtawe. Składają się one ze zbitej włóknistej tkanki łącznej i na wewnętrznej powierzchni nie posiadają nabłonka. *d*) Preparat raka oskrzela prawego, znalezionej przypadkowo przy sekcji ciała 70-letniego mężczyzny, zmarłego wśród objawów, które wzięto za objawy gruźlicy płucnej. Rak płasko-komórkowy wyszedł z nabłonka prawego oskrzela i przedstawia się tu w postaci wrzodu z nierównymi brzegami; przeszedł następnie do górnego zrazu prawego płuca i spowodował tam wytworzenie się jamy wielkości pięści. W lewej nerce znaleziono wtórne ognisko rakowate. Śmierć chorego nastąpiła wskutek rozlanego zapalenia włóknikowego płuca prawego.

5) GROSGLIK mówił „o odstoinie w cewce moczowej“. Chory 26-letni, żonaty, który nigdy rzeżączki nie przebywał, przed 9 miesiącami poczuł kolący ból w cewce w czasie oddawania moczu zaraz po odbytych stosunku z żoną. W trzy dni potem zjawił się wyciek z cewki, który pomimo leczenia wstrzykiwaniami trwał bez przerwy 9 miesięcy. Badanie chorego przez G. wyka-

zało, co następuje: pacjent oddaje mocz 2—3 razy na dobę strumieniem grubym; przy oddawaniu moczu doznaje bólu kolącego w głębi cewki. Obfita wydzielina gonokoków nie zawiera. W okolicy kąta moszno-prąciowego stwardnienie, bolesne przy ucisku. Zgłębnik elastyczny z główką № 18 napotyka w tem miejscu na opór, zgłębnik zaś oliwkowaty № 16 po pewnym oporze przechodzi. Endoskop OBERLAENDER'a w całej części cewki przed stwardnieniem nie wykazuje żadnych zmian; do stwardnienia zaś nie da się doprowadzić. Za pomocą zgłębnika metalowego THOMPSON'a stwierdził G. na miejscu stwardnienia obecność twardego ciała obcego w świetle cewki. W przekonaniu, że jest to kamyk cewkowy, starał się G. usunąć owo ciało za pomocą szczypek COLLIN'a, lecz bezowocnie; dopiero po zachloroformowaniu chorego, łyżeczką, wprowadzoną do cewki, wydobyl z niej sekwestr, poczem wprowadził à demeure kateter NÉLATON'a na dwie doby. Zaraz po operacji wydzielina znikła zupełnie, a pacjent czuł się zupełnie zdrowym. Usunięty martwak ma pół cala długości, $\frac{1}{4}$ cala szerokości, jest płaski, z jedną powierzchnią gładką i błyszczącą, a drugą nierówną. Sposób przedostania się martwaka do cewki wyjaśniło późniejsze badanie, a zwłaszcza wywiady: przed 12 laty chory spadł z wysokości kilku łokci, przyczem uderzył się w okolicę lewego stawu biodrowego. Chorował potem rok cały, w 3 lata zaś po wypadku poczęły mu się wytwarzać ropnie w rozmaitych okolicach ciała; z niektórych po pęknięciu wychodziły kostki. Od 3 lat pacjent był zupełnie zdrow aż do ostatniej choroby. Cierpienie u swego pacjenta uważa G. za przewlekłe zapalenie szpiku kostnego. Martwak znaleziony w cewce, był zapewne częścią wewnętrznąj powierzchni miednicy w sąsiedztwie panewki i po przejściu zapalenia z kości na otaczające części miękkie i wytworzeniu się zrostu pęcherza przedostał się do jamy tego ostatniego, a stąd do cewki. Możliwym jest również, że jedno z ognisk zapalnych mieściło się w okolicy spojenia łonowego, skąd sekwestr powoli torował sobie drogę do cewki. W literaturze istnieją już opisy 7 podobnych przypadków.

List otwarty do Redakcyi Gazety Lekarskiej.

— * — * —

SZANOWNY KOLEGO REDAKTORZE!

Otwierając w lipcu r. b. stację ratunkową w tatarsalu na Ordynackiem, upraszamy za Twojem pośrednictwem Kolegów o łaskawe zapisywanie się na członków naszego Towarzystwa. Według §§ 4, 6, 7 i 8 ustawy Towarzystwa, drukowanej w całości w Z. 8. „Kroniki Lek.“, istnieją trzy kategorie członków: honorowych i protektorów [wkład 1000 rs.], zwyczajnych [składka jednorazowa rs 100, lub rocznie rs. 5] oraz czynnych, którymi mogą być tylko lekarze. Lekarze, którzy czynny udział w pracy Towarzystwa przyjmują, skladek nie opłacają.

Wobec czysto filantropijnego celu i rzeczywistej potrzeby stacyi mamy nadzieję, że zarówno pismo, redagowane przez szanownego Kolegę, jak i Koledzy nie poskąpią nam swego poparcia.

W tej nadziei upraszamy Kolegów o łaskawe zapisywanie się na członków Towarzystwa. Zapisy przyjmują członkowie Zarządu, lekarze: wiceprezes prof. J. KOSIŃSKI, koledzy: R. JASIŃSKI [inspektor stacyi], W. STANKIEWICZ, W. SZTEYNER i JÓZEF ZAWADZKI [sekretarz zarządu].

Prosząc o umieszczenie odezwy powyższej w piśmie Szanownego Kolegi, łączymy wyrazy poważania.

Sekretarz
Józef Zawadzki.

Wiceprezes
J. Kosiński.

Wiadomości drobne.

— S. WOLF ogłosił z kliniki prof. MADELUNG'a w Strasburgu ciekawy przypadek ograniczonego, ropnego zapalenia opon mózgowych, zakończony śmiercią. 34 letni chory w ciągu ostatnich 7 lat miewał często ból w prawym uchu. Ból znikł dopiero na 3 miesiące przed śmiercią po przekłuciu prawej błony bębenkowej. W miesiąc potem ponowił się ból w prawej połowie głowy, robiący wrażenie neurastenicznego; wyrostek sutkowy na ucisk niebolesny. Po kilku tygodniach znowu ból w prawej połowie głowy, nareszcie w 3 miesiące po przekłuciu błony bębenkowej silny dreszcz, ciepota 39,5^o, tętno 60, a po 5 dniach porażenie lewostronne i zapaść. Zrobiono trepanację na wysokości prawego zraza skroniowego; po przecięciu twardej opony wydzieliła się łyżeczka ropy. W godzinę po operacji chory odzyskał przytomność. Wieczorem ciepota 36,5^o, zapaść, drgawki lewej połowy ciała i śmierć. Na sekcji znaleziono: zakrzep w prawej zatoce poprzecznej, zakrzep w żyłe opony miękkiej, wpadającej do tejże zatoki, ograniczone zapalenie ropne opon mózgowych w okolicy zakrzepniętej żyły; przewlekłe zapalenie średniego ucha i wyrostka sutkowego prawego; świeże kataralne zapalenie płuc. Bakteryologiczne poszukiwania ropy stwierdziły obecność pneumokoków FRAENKEL'a. Rozglądając się w literaturze, autor znalazł, że przyczyną zapalenia opon mózgo-rdzeniowych najczęściej bywają: *pneumococcus* FRAENKEL'a [44,25%] i *diplococcus intracellularis* WEICHELBAUM'a [34,48%]; przy ograniczonym zapaleniu opon mózgowych dotychczas spostrzegano tylko *pneumococcus* Fr. Najczęściej miejscowe zarażenie następuje w ten sposób, że bakterye, znajdujące się w jamie nosowej lub ustnej, dostają się przez trąbkę EUSTACHIUSZA do jamy bębenkowej albo błędnika, a stamtąd do wewnątrz mózgu. Rzadziej następuje ogólne zakażenie wskutek przyniesienia bakteryi do mózgu przez krew.

(Berl. kl. Woch. Nr. 10. 1897).

K. S.

Wiadomości bieżące.

- IX Zjazd chirurgów polskich odbędzie się w Krakowie w d. 19, 20 i 21 lipca roku bieżącego.
- D-r HILARY SOHRAMM i WIKTOR WEHR zostali mianowani docentami do wykładów z zakresu chirurgii w uniwersytecie Lwowskim.
- Katedrę fizjologii w Berlinie po Du Bois REYMOND'zie ma ostatecznie objąć profesor ENGELMANN z Utrechtu.
- Na pomnik PASTEUR'a, który ze składek międzynarodowych ma stanąć w Paryżu, zebrano 297,000 franków.
- Dn. 27. b. m. odsłoniętym będzie w szpitalu Salpêtrière w Paryżu pomnik dla DUCHENNE'a [de Boulogne], znakomitego badacza neuropatologii i neurofizjologii z czasów przed CHARCOT'owskich.
- W Filadelfii w d. 3. b. m. odbyło się pierwsze posiedzenie Towarzystwa gastro-enterologicznego.
- W Wiesbadenie zmarł znany chemik FRESERIUS.

DO PP. PRENUMERATORÓW.

Upraszamy o wczesne nadsyłanie przedpłaty za II-gie półrocze r. b., tych zaś Pp. Prenumeratów, którzy zalegają z opłatą, upraszamy o rychłe uregulowanie rachunków.

Wydawca, D-r St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny, D-r Wł. Gajkiewicz.

Дозволено Цензурою, Варшава 13 Юня 1897. Druk Kowalewskiego, Warszawa, Mazowiecka 8.

Oryginalne absolutnie czyste,
taninowe wino

Marque de posé



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 Marsylji, D-ra Nenckiego i Prof. Milicera dokumentnie wykazały, mianowicie:

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

Alkoholu	18,2 ^o / _o	14,74 ^o / _o
Ekstraktu	22,96 ^o / _o	14,52 ^o / _o
Cukru	19,6 ^o / _o	11,40 ^o / _o
Kwasu	0,62 ^o / _o	0,65 ^o / _o

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).

26-8

Prywatny dom zdrowia

10-5

dla nerwowych i umysłowo chorych otwarty będzie w Sierpniu b. r. w Lublinie. Zgłaszać się: Lublin D- **Olechnowicz** ordynator oddziału umysłowo chorych przy szpitalu S-go Wincentego.

D-r Kazimierz Kruszyński

10-10

ordynuje jak lat poprzednich od 20 maja w Szczawnicy.

ZEGIESTÓW w Galicyi nad **POPRADEM**
kolej, poczta, telegraf w miejscu.

Najsilniejsza szezawa żelazista. Pora kąpielowa trwa od 20 Maja, do końca Września. Kąpiele borowinowe, żelaziste, hydropatyczne i popradowe.

WODA ŻEGIESTOWSKA

znajduje się we wszystkich wielkich Składach Wód Mineralnych.

Lekarz Ordynujący D-r Wł. Hojnacki ast. chor. kobiecych.

10-5

D-r Leon PETRESENN

b. Elew-Asystent kliniki lekarskiej Uniwersytetu Jagiellońskiego

5-5

ordynuje od 20 maja do końca września

w Piszczanach, cieplicach siarczanych w Węgrzech.