

GAZETA LEKARSKA.

I. RHINITIS CASEOSA.

Podał

Władysław Wróblewski,

lekarz ambulatorium dla chorób gardła i nosa w szpitalu Ewangelickim w Warszawie.

Pod mianem *rhinitidis caseosae* wraz z francuzkimi autorami, którzy jeżeli nie wyłącznie to przeważnie przyczynili się swemi pracami do zwrócenia uwagi ogółu lekarzy na to cierpienie, rozumiemy nagromadzenie się w jamach nosa mas serowatych, białozółtych lub białoszarych, o bardzo silnym i swoistym zapachu złowonnym.

Francuzcy klinicyści uważają DUPLAY'a za twórcę tej nazwy; on bowiem pierwszy opisał cierpienie to jako osobną postać chorobową w 1874 r., opierając się na przypadkach, dawniej opisanych przez MAISONNEUVE'a [1855 r.] VERNEUIL'a [1859 r.], GUYON'a i REVERDIN'a. Autor ten jest zdania, że *rhinitis caseosa* bywa następstwem róży twarzy i nosa.

Później wspominają o *coryza caseosa* NÉLATON, JAMAIN i FERRIER, TILLAUX, KIRMISSON w swoich podręcznikach chirurgii; POINSOT, BROCHIN w encyklopedyach (*Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*). W bieżącym dopiero dziesiątku lat znaleźć można więcej prac dotyczących omawianego cierpienia, przeważnie w literaturze francuzkiej, mniej we włoskiej, a zaledwie kilka artykułów kazuistycznych ogłoszono w innych językach.

Z francuzkich autorów przedmiotem tym zajmowali się w ostatnich czasach J. MOURE ¹⁾, PÉRIER ²⁾, POTIQUET ³⁾, BORIES ⁴⁾, WAGNIER ⁵⁾, MANDROUX ⁶⁾, BEAUSOLEIL ⁷⁾, LERMOYEZ ⁸⁾.

¹⁾ J. MOURE. *Maladies des fosses nasales* 2 wydanie. 1893 r., str. 207 i w *Revue de laryng.* 1882. Nr. 1.

²⁾ PÉRIER. *Bulletin de la Société de Chirurgie*. 1879.

³⁾ POTIQUET. *Gazette des Hôpitaux*. 1889.

⁴⁾ BORIES. *Revue de laryng.* Nr. 6. 1890 r. De la nature de coryza caséeux.

⁵⁾ WAGNIER. *Revue de laryng.* Nr. 20. 1890. Coryza caséeux.

⁶⁾ MANDROUX. *Thèse de Paris*. 1890; *Revue de laryng.* 1891, str. 117. Contribution à l'étude du coryza caséeux.

⁷⁾ BEAUSOLEIL. *Étude sur l'étiologie et la pathogénie du coryza caséeux*. *Revue de laryngologie etc.* Nr. 24, 1894.

⁸⁾ LERMOYEZ. Cytowany w podręczniku: *Chorób nosa* kol. SĘPIZIĄKA na str. 133.

We Włoszech zwrócił uwagę w tym kierunku pierwszy COZZOLINO w 1884 roku w *Bolletino delle Malattie dell'orecchio della gola e del naso* i po raz drugi w 1889 r. na kongresie francuskich laryngologów. Autor ten zajmuje też samo stanowisko co i DUPLAY, t. j. uważa *rhinitis caseosa* za osobną postać chorobową, opierając się zaś na swoich kilku spostrzeżeniach dotyczących osobników zolzowatych, chce widzieć w tem skażeniu najpodatniejszy grunt dla omawianego cierpienia; zaznacza jednak wyraźnie, że bynajmniej nie przeczy DUPLAY'owi, aby róża nie miała tu również odgrywać roli. Co do etyologii, to uważa ją za niezbadaną, lecz przypuszcza, że jest *rhinitis desquamativa* wyłącznie u zolzowatych, wywołana przez pasożyty, które przechodzą przez jamy nosowe w ilości 80—90 milionów na dobę, według SMITH'a i DAVIS'a. Uważałby on przymiotnik *cholesteomatoso* za odpowiedniejszy.

Też zdania jest i WAGNIER. Upatrując analogię pomiędzy nagromadzeniem się mas serowatych w nosie i mas cholesteomatycznych w uchu, proponuje także nazwać to cierpienie zamiast *rhinitis* lub *coryza caseosa*, *rhinitis cholesteomatoso*. Przeciwno temu powstają jednogłośnie wszyscy prawie inni autorowie [MOURE, BEAUSOLEIL, KLINGEL i t. p.] twierdząc, że masy serowate są ziarninowe, bez swoistego utkania, zupełnie podobne do sera białego trochę przybrudzonego, amorfne; cholesteatomy zaś są to blaszki naskórkowe koncentryczne, wciąż ponawiające się, drażące wgląd i bardzo trudne do doszczętnego usunięcia. Masy zaś serowate, raz usunięte, [co zresztą przychodzi dość łatwo], nie ponawiają się zazwyczaj i cierpienie niemi spowodowane kończy się nagle, nie wymagając prawie następczego leczenia.

STRAZZA ¹⁾ występuje dwukrotnie jako przeciwnik COZZOLINO'a uważając *rhinitis caseosa* nie za samodzielną chorobę, lecz za objaw, towarzyszący niekiedy ropotokom jam obocznych nosa. Powstaje on skutkiem zatrzymania się odpływu, jego zgęstnienia i rozkładu. Oczyszczenie jam nosa, szerokie otwarcie jamy szczękowej i wydalenie znajdującego się tam martwaka sprawdziło w przypadku STRAZZA'y zupełne wyzdrowienie.

CIMMINO ²⁾, uczeń COZZOLINO'a, podziela zdanie swego nauczyciela, opisując jedno spostrzeżenie, dosyć zresztą wątpliwe.

J. ARSLAN ³⁾ z Padwy uważa cierpienie to za wtórne przy różnych ropieniach w nosie, gdy odpływ jest utrudnionym.

MASSEI ⁴⁾ opisuje jeden przypadek, w którym przy wyskrobywaniu ostrą łyżką mas serowatych wyszedł guz w postaci obumarłego polipa. Za przyczynę cierpienia uważa pasożyta (*bacterium filamentosum*), wykrytego przez SABRAZÉS'a.

¹⁾ STRAZZA [Genua]. Fälle von Empyem der Highmo-shöhle die sogenannte Rhinitis caseosa vortäuschend. Centralblatt f. Laryng 1896, str. 156 i 1894 r., str. 388.

²⁾ CIMMINO. Centralblatt für Laryng, 1895, str. 509 i 510.

³⁾ ARSLAN. Revue de laryng. etc. 1896.

⁴⁾ Prof MASSEI. A propos d'un cas de rhinite caséuse. Revue de laryng. 1896.

ACERBI¹⁾ opisuje histologicznie guz w powyższym przypadku MASSER'ego. GUARNACCIA²⁾, badając drobnowidzowo masy serowate, znalazł nitki tworzące siatkę, której oka były wypełnione pałeczkami, kokami, wibryonami, w hodowlach na agarze otrzymano: *staphylococcus albus*, *flavus*, *aureus*, *sarcina flavu et proteus*. Oprócz tych tworów znalazł autor liczne kolonie żółte, okrągłe, które przy zabarwieniu płynem ZIEHL'a przedstawiały masę, składającą się z nitek, tworzących siatkę. Nitki te uważa autor za *streptothrix alba* wykryty po raz pierwszy przez COHN'a w 1874 r..

Szczepienia na błonie śluzowej nosa pozostały bez skutku. *Streptothrix alba*, zdaniem tego autora, należy uważać za pasożyt identyczny z *bacterium filamentosum* SABRAZÉS'a.

W niemieckiej literaturze spotykamy jeden przypadek opisany przez BOURNONVILLE'a³⁾, dotyczący 72-letniego, węglarza, który w przebiegu jakiegoś cierpienia prawej jamy nosowej, z zajęciem oka, odpływał przez usta masy szarawe, złowonne; niektóre kawałki dochodziły w nich do wielkości orzecha. Muszla dolna znikła, jama szczękowa łączyła się z jamą nosową szerokim otworem, przez który łatwo można było włożyć mały palec. Jama ta zawierała masy serowate.

HARTMANN⁴⁾ opisał przypadek, w którym przy leczeniu ropotoku jamy szczękowej przez wypłukiwanie jej kateterem od strony średniego przewodu nosowego wychodziły w dużej ilości masy serowate, zielonkawo-brunatne, o zapachu mocno nieprzyjemnym.

SCHECH⁵⁾ w swoim podręczniku uważa *rhinitis caseosa* jako powikłanie pierwotnego zajęcia jamy szczękowej

B. FRAENKEL⁶⁾ znajdował w takich serowatych masach obok wyraźnych kryształów kwasów tłuszczowych, twory pochodne od tych kwasów przypominające nitki pleśniowe.

Najnowsza praca niemiecka o tej sprawie napisaną jest przez KLINGEL'a⁷⁾, zawiera ona jedno spostrzeżenie, dotyczące 35—40-letniej kobiety, u której masy serowate umiejscawiały się pomiędzy znacznie przerośniętą muszlą dolną i boczną ścianą nosa. Po zesunięciu tych mas za pomocą przestrzykiwania nosa ustąpiło cierpienie, które pozbawiało chorą łaknienia i powodowało obrzydliwy smak w ustach.

Z angielskich autorów wspomina o *rhinitis caseosa* SPENCER-WATSON, który w swoim podręczniku, cytowanym przez BEAUSOLEIL'a i MC. BRIDE⁸⁾ podaje dwa odnośne spostrzeżenia.

1) ACERBI. Endothéliome des fosses nasales chez une femme atteinte de rhinite caséuse. Revue de laryng. 1896.

2) GUARNACCIA. Recherches bactériologiques sur la rhinite caséuse. Revue de laryng 1896 r..

3) BOURNONVILLE. Centralblatt f. Chirurgie. 1885. Nr. 16. Cytowany u BEAUSOLEIL'a.

4) HARTMANN. Deutsche med. Wochenschr. 1889. Nr. 10. Cytowany u KLINGEL'a.

5) SCHECH. Die Krankh. der Mundhöhle etc. 1892. Cyt. u BEAUSOLEIL'a.

6) B. FRÄNKEL. Berl. klin. Wochenschr. 1894, str. 612. Cytowany u KLINGEL'a.

7) KLINGEL. Ueber Rhinitis caseosa. Archiv für Laryngologie etc. Tom III. 1895.

8) MC. BRIDE. Ueber coryza caseosa. Centralblatt f. Laryng. 1895.

W Ameryce według BEAUSOLEIL'a nikt o tem nie pisał.

W naszej literaturze znajdujemy odpowiedni rozdział w podręczniku SĘDZIĄKA ¹⁾.

Oto prawie cała literatura.

We wstępie powiedziałem, że najważniejsze prace należą do francuzkich autorów, z tych zaś najbardziej wyczerpującą jest praca BEAUSOLEIL'a, potem MOURE'a i wreszcie WAGNIER'a.

WAGNIER więc jest zdania DUPLAY'a i COZZOLINO'a, że cierpienie to stanowi oddzielną, ściśle określoną postać chorobową, cechującą się temi swoiście cuchnącemi masami, po usunięciu których następuje natychmiastowe wyleczenie bez względu na to, że masy wywołują niekiedy głębokie zmiany w kościach, gojące się również nad podziw prędko. Pod tym względem [t. j. szybkiego wyleczenia i braku nawrotów choroby] wszyscy bez wyjątku autorowie są zgodni.

BEAUSOLEIL zaś jak i prawie wszyscy inni autorowie uważają cierpienie to jako objaw, *resp.* powikłanie różnorodnych spraw chorobowych jam nosa lub zatok sąsiednich.

MOURE i MANDROUX z kliniki NATIER'a, skłaniając się więcej ku zdaniu grupy BEAUSOLEIL'a, przyznają jednak, że są niekiedy przypadki, w których objaw ten jest tak wydatnym i panującym nad wszystkimi innemi, że streszcza w sobie całą chorobę. Wtedy, zdaniem tych autorów, jest się prawie upoważnionym do utworzenia tej jednostki patologicznej.

Prawdę mówiąc cały ten spór uważam za czysto akademicki, nie mający żadnego praktycznego znaczenia.

Zanim przejdę do opisania przyczyn wywołujących to cierpienie, objawów jego i leczenia przytoczę przypadki, które miałem sposobność dokładnie obserwować.

W dniu 17 czerwca 1895 zgłosiła się do mnie pani Z., 40 lat mająca, skarżąc się na nieznośny katar i zatykanie nozdrza lewego, trwające od kilku miesięcy. Katar ten powstał w przebiegu influenzy. Oprócz tego bardzo jej dokucza, nieznośne cuchnienie z nosa, które jednak sama tylko czuje, gdyż otoczenie domowe zaprzecza temu stanowczo.

Przy badaniu nosa okazało się: nozdrze prawe bez zmian, w lewym zaś dużo ropy w okolicy muszli średniej.

Prześwietlanie wykazuje zupełną przezroczystość obu jam szczękowych.

Po usunięciu ropy widać polipa śluzowego, koloru jednak różowego. Polipa tego odjąłem pętlicą galwanokaustyczną. Był on dość duży, spłaszczony przez ucisk pomiędzy muszlą średnią a przegrodą i zawierał w środku blaszkę kostną [z muszli średniej]. Poza polipem wydzielila się wielka ilość ropy, w której pływało sporo grudek szaro-żółtawych niewypowiedzianie odrażających cuchnących. Nazajutrz usunąłem pętlicą i kleszczykami dużo ziarniny; poza nią wypłynęło znowu dużo takiej samej ropy.

¹⁾ J. SĘDZIĄK. Choroby nosa etc. 1897, str. 132.

Po dokładnem oczyszczaniu nosa wacikami przez kilka następnych dni wychodziło jeszcze dużo ropy, drożność nosa została przywróconą, cuchnienie podmiotowe i przedmiotowe znikło zupełnie a gdy ropienie prawie ustało w dniu 29. VI chora wyjechała do domu. W przebiegu leczenia przekonałem się, że miałem tu do czynienia z ropotokiem jamy klinowej, który wywołał polipy i ziarninę, a jako powikłania zjawił się nieżyt serowaty. Część ropy była przesłana kol. MAYZŁOWI do zbadania, nie ze względu jednak na *rhinitis caseosa* lecz ze względu na to, że chora ta była w leczeniu kol. HERYNGA i mojem w 1887 roku z powodu gruźlicy płuc i krtani. Dziś jest ona pod tym względem zupełnie zdrową. Na miejscu dawnych owrzodzeń z bujającą ziarniną [zagojonych wcieraniami kwasu mlecznego] w krtani widać tylko zgrubienie bliznowate *in rimula*. Głos dobry. Reszta krtani żadnych zmian chorobowych nie przedstawia.

Badanie ropy przez kol. Mayzla dokonane wykazało:

Ciecz gęsta, ropiasta, grudkowata miejscami z przymieszką krwi, woni odrażliwie cuchnącej zawiera przeważnie detryt, bardzo dużo igiełkowatych kryształów kwasów tłuszczowych pęczkami zebranych [ztań grudkowate wejście ropiastej cieczy]. Niezbyt dużo tłuszczowych komórek [kulistych, nie dużych]. Niewiele zachowanych leukocytów. Mikroby liczne. Bezskutecznie szukano laseczników KOCH'a jakoteż i promienicy.

2. IX. 1895. Stan ogólny dobry. Z nosa ropienie trwa choć mniejsze i mniej cuchnące.

26. X. Na bocznej ścianie nozdrza lewego w okolicy muszli średniej znaczne obrzmienie szarego koloru. Zatykanie nosa. Obecnie przy wycieraniu nosa nie wydzielają się już te żółte, cuchnące grudki. Obrzmienie to, pomimo znieczulenia kokainą bardzo bolesne, wyskrobałem podwójną ostrą łyżką GRUENWALD'a poczem znowu wyszło dużo owych grudek choć już mniej cuchnących, wraz z płynną żółtą ropą. W parę dni potem przypaliłem te miejsca kwasem chromnym.

18. XI. Stan zupełnie dobry.

Ostatni raz widziałem panią Z. w czerwcu b. r. i do tego czasu nawrotu cierpienia nie było.

W przypadku, powyżej opisanym grała rolę etyologiczną influenza tak jak to miało miejsce w przypadku WAGNIER'a, inni zaś autorowie o tem nie wspominają. Całe to spostrzeżenie, o ile się zdaje, przemawia za poglądem tych autorów, którzy w *rhinitis caseosa* widzą tylko powikłanie innego zasadniczego cierpienia nosa, jak tym razem ropotoku zatoki klinowej. Powikłanie to powstało skutkiem utrudnionego odpływu ropy przez polipy i masy ziarninowe, po usunięciu których ustąpiło, aby raz jeszcze przy tych samych warunkach choć z mniejszem nasileniem powrócić. Ten nawrót stanowi też cechę odróżniającą mój przypadek od wszystkich dotychczasowo ogłoszonych spostrzeżeń.

Drugi przypadek dotyczy pana B. sędziego, 47 lat mającego. Pan B., którego zresztą znam jako pacyenta od lat 10, cierpi od kilku lat na wrzód żołądka, skutkiem czego wychudł, poźółkł i nad wiek staro wygląda. W dniu

1 października 1895 roku zgłosił się do mnie, opowiadając, że lato przepędził w Landeck skąd nie dawno powrócił. Tam mu się stan żołądka znacznie poprawił, lecz zaczął cierpieć na nos. Choroba ta rozpoczęła się w połowie sierpnia ostrym nieżytem nosa, przeważnie umiejscowionym w nozdrzu prawem, z zatkaniami i ciągłym uczuciem niemożności dokładnego wytarcia nosa; co parę zaś dni występował nieznaczny podmiotowy odór z tego nozdrza. W przebiegu tego cierpienia miewał poprzednio dwukrotnie silny ból w prawym policzku i uchu z lekkim obrzmieniem twarzy. Ból ten i w tej chwili bardzo mu dokucza. Badanie stwierdziło zęby bardzo popsute, w gardzieli nieżyt przewlekły; w uchu prawem nagromadzenie zeschniętego woszczku. W nozdrzu lewym zmian niema, w prawem obrzmienie muszel, a zwłaszcza średniej, która ściśle przylega do przegrody. Po znieczuleniu kokainą i skurczeniu się muszel widać w górze nozdrza prawego, pomiędzy muszlą średnią a przegrodą, białą masę. Po przestrzyknięciu nosa wydziela się sporo biało-żółtawych grudek wielkości prosa do małego ziarnka grochu. Grudki te wydają niezmiernie przykrą woń.

Badanie zgłębnikiem, bardzo bolesne pomimo kokainy nie wykryło nic godnego uwagi.

W jamie nosogardzielowej również nic nieprawidłowego nie znalazłem. Prześwietlenie nie wykazuje żadnych zmian w jamach szczękowych. Zalecano przestrzykiwania nosa letnią wodą z kwasem bornym.

Trzykrotnie w odstępach kilkodniowych powtarzałem kokainowanie i przestrzykiwanie nosa obfitą ilością płynów letnich i za każdym razem odchodziło bardzo dużo wyżej wspomnianych grudek.

15. X. 1895. Chory oświadczył mi, iż nazajutrz po ostatniej bytności u mnie przed 3 dniami, zakrztusił się podczas obiadu jakimś kawałkiem, który wyraźnie wyleciał z nosa do jamy nosogardzielowej i gardzieli, poczem wypluł go na papier w celu przekonania się coby to być mogło. Był to twór formy mniej więcej kulistej, grudkowaty wielkości orzecha włoskiego; kolor posiadał taki sam co i poprzednio wyplukiwane grudki. Woń była tak przenikliwie odrażająca, że nie zastanawiając się dłużej pacjent wrzucił go wraz z papierem do pieca i bezwiednie okna w pokoju pootwierał. W chwili badania w nozdrzu prawem nie wykryłem żadnych zmian. Było ono zupełnie drożne; ani przy przechodzeniu zgłębnikiem, ani przy przestrzykiwaniu nosa już ani śladu dawniejszych grudek w nim nie pozostało.

Od tego czasu pan B. jest pod względem nosa zdrowy zupełnie; jak zresztą i przed tylko co opisaną chorobą nigdy nawet większej skłonności do nieżytów nosa nie miewał.

Gdy się taki przypadek spostrzega to rzeczywiście jest się prawie upoważnionym do podzielenia zdania DUPLAY'a i COZZOLINO, że *rhinitis coseosa* jest samoistna, postać chorobowa, razem z usunięciem bowiem tych mas serowatych następuje i zupełne wyzdrowienie natychmiastowo niemal.

Trzecie spostrzeżenie dotyczy przekupki S. C. 23 lat, która zgłosiła się do mnie do szpitala Ewangelickiego w dniu 14 stycznia b. r.. Choruje ona od

paru lat „na głowę”. Leżała dłuższy czas w jednym ze szpitali warszawskich, gdzie z powodu tejże choroby usunięto jej prawą gałkę oczną. Gdy jej zaproponowano jeszcze jakąś inną operację, gdyż pierwsza nie jej cierpień nie zmniejszyła, wypisała się przed kilku dniami ze szpitala i zwróciła się o pomoc do mnie. Skarży się na tak silne, stałe i nieznośne bóle głowy, że nietylko do pracy nie jest zdolną, lecz jeść i spać nie jest w stanie. Druga skarga dotyczy zatkania nosa i bólów w okolicy policzka prawego.

Po zdjęciu masy chustek i brudnej waty z głowy, znajdujemy bandaż muslinowy, ręką, widocznie, lekarza nałożony. Pod bandażem opatrunek *lege artis* na prawy oczodół [po wyluszczonej gałce pozostały] nałożony, jakoteż wyciągamy bardzo długą taśmę gazy jodoformowej, włożonej do przetoki, będącej nieco wyżej i ku środkowi od otworu przewodu nosłzowego prawego. Taśma ta była zupełnie przepojona żółtą, płynną nader złowonną ropą.

Po wprowadzeniu zgłębnika do tej przetoki wchodzimy nim w dwóch kierunkach: zupełnie poziomym na głębokość kilku centymetrów gdzie wyczuwamy wyraźnie obnażone szorstkie kości po drodze [zapewne ze zniszczonych komór błędnika kości sitowej] i idąc dalej trafiamy na opór, najprawdopodobniej tylnej ściany jamy klinowej; ku dołowi zgłębnik, wprowadzony przez przetokę, przechodzi do jamy nosowej prawej pomiędzy muszlą średnią a przegrodą, w której spotyka się z drugim zgłębnikiem wprowadzonym od strony nosa. W nosie znajdujemy nieco ropy w okolicy muszli średniej prawej i znaczną czerwonosć oraz przerost tejże muszli. Nozdrze lewe wybitniejszych zmian nie przedstawia. W gardzieli i jamie nosogardzielowej badanej wziernikiem i palcem, z wyjątkiem śluzoropnej wydzieliny w niedużej ilości i objawów przewlekłego niezżytu nic ważniejszego nie znaleziono. Zewnętrzna forma nosa prawidłowa. Na ucisk ani nos, ani policzek nie są bolesne.

Zęby w dobrym stanie. Prześwietlenie żadnych zgoła zmian w jamach szczękowych nie wykazuje.

Przystąpiliśmy do przestrzyknięcia nosa i przetoki. Otwór zewnętrzny tej ostatniej był tak duży, że swobodnie wchodziła w niego kanka dużej kauczukowej strzykawki. Razem z wstrzykniętym płynem wypływało przeważnie przez nos, a po części i przez jamę nosogardzielową, *resp.* przez usta duża ilość ropy, wysoce cuchnącej, zawierającej w dużej ilości owe grudki, które w tym przypadku były większe, niż w obu poprzednich. Po dokładnem wymyciu wytamponowaliśmy przetokę gazą jodoformową i nałożyliśmy opatrunek.

Rękoczyn ten powtarzano codziennie. W kilka dni po rozpoczęciu leczenia podczas takiego przestrzykiwania chora nagle zerwała się z krzesła i zaczęła się gwałtownie krztusić, poczem wyplunęła ciało wielkości dużego orzecha włoskiego. Przy oglądaniu tego ciała okazało się, że jest to masa, koloru brudno-szarego, dość elastyczna, o wstrętnym zapachu; co do swej formy przedstawiała ona, jak gdyby odlew jakiejś jamy [najprawdopodobniej klinowej]. Przy dalszem przemywaniu nosa i przetoki odeszło jeszcze bardzo dużo ropy i mniejszych kawałków podobnej masy. Po tym rękoczynie chora poczuła natychmiastową ulgę i od tego czasu bóle głowy bezpowrotnie minęły i pod-

miotowo czuje się zupełnie dobrze. Opatrunki robiliśmy codziennie, przy-
czem uderzyło nas niezwykle szybkie zwięzanie się przetoki tak że w niespeł-
na tydzień [około 26. I] po odejściu dużego kawałka masy serowatej nie byli-
śmy już w stanie włożyć w nią kanki najmniejszej strzykawki.

Ponieważ pamiętałem o owych obnażonych kościach, chciałem ułatwić
sobie dostęp do usunięcia martwaków od strony nosa, lub przynajmniej ula-
twić im naturalną drogę do wydzielenia się samodzielnego. W tym celu od-
jąłem pętlicą galwanokaustyczną duży kawałek przerosłej muszli średniej pra-
wej. Od strony jednak nosa nie byłem w stanie wyczuć tych obnażonych
kości.

Przetoka zaś goiła się tak szybko, że znikła zupełnie w niespełna trzy
tygodnie razem z wpływem ropnym z nosa i zatkaniem. Chora uważając
się za zdrową powróciła do zwykłych zajęć na targu.

Przez cały czas leczenia podawaliśmy chorej do wewnątrz jodek potasu
w ilości 20 granów dziennie, choć ani wywiady ani badania żadnych danych
co do syfilisu nie wykazało.

Podobny nieco przypadek opisał WAGNIER (*l. c.*). Dotyczy on kobiety
31-letniej, chorej od 5 miesięcy. Cierpienie zaczęło się gorączką, kilka dni
trwającą, której towarzyszyły bóle twarzy i zatkanie nosa. Przy badaniu
znaleziono na podniebieniu z prawej strony guz z dwoma otworami, komuni-
kującymi się z jamą nosa; przez otwory te wyciekała gęsta masa. Przegro-
da nosa skrzywiona i przedziurawiona. Prawa jama nosa zupełnie wypeł-
niona taką zgęstniałą wydzieliną. Rozpoznano syfilis. Gdy kilkudniowe prze-
strzykiwania nic nie pomogły, przedmuchiwanie powietrza wyparło owe masy
do nozdrzy tylnych. Ilość ich wypełniła pół szklanki. Chora bardzo szybko
wyzdrowiała po usunięciu mas serowatych, a w 6 dni przetoki w podniebie-
niu i przegrodzie nosa były zupełnie zagojone. O zniszczeniach kości w prze-
biegu *rhinitidis caseosae* wspominają również DUPLAY, BOURNONVILLE i COZZO-
LINO uważając je za dalszy okres tegoż cierpienia. I w tym okresie również
cechą charakterystyczną jest nadzwyczaj szybkie gojenie się przetok i pokry-
wanie obnażonych kości po usunięciu mas serowatych jak tego w żadnym in-
nem cierpieniu kości nie spotykamy. Moje trzecie spostrzeżenie w zupełności
fakt ten potwierdza.

Co do przyczyn wywołujących *rhinitis caseosa* lub przygotowujących od-
powiednie podłoże dla jego powstawania to wspominałem już wyżej o przy-
puszczeniach DUPLAY'a [róża] i COZZOLINO [zołzy]; dalej każda przeszkoda
utrudniająca odpływ wydzielin z błony śluzowej, będącej w stanie zapalnym
a więc: ciała obce, owrzodzenia z obficie bujającą wydzieliną [syfilis, gruźlica]
guzy, polipy, skrzywienia przegrody nosa, obrzmienie muszli, a zwłaszcza
przy istniejących ropotokach zatok nosa. Dość jednak stosunkowo często
znajdujemy takie masy serowate bez widocznej przyczyny wywołującej. DU-
PLAY i TERRIER twierdzą, że jest tu rodzaj zapalenia błony śluzowej, powo-
dujący bardzo żywe zluszczenie się nabłonka, który gra w tych razach rolę
ciała drażniącego.

Badania drobnowidzowe wykonywane były w kilku z opisanych przypadków. W masach tych znajdowano kryształki i igielki kwasów tłuszczowych jak np. B. FRAENKEL, HERMANN w przypadku WAGNIER'a i MAYZEL w moim obok wielkiej ilości bezkształtnego rozpadu i różnego rodzaju pasożytów. Badania bakteryologiczne bardzo ściśle dokonane zostały w przypadkach BEAUSOLEIL'a przez SABRAZES'a, który wykrył w olbrzymiej ilości znajdującą się w tych masach bakterję nitkowatą (*bacterie filamenteuse*) autor ten również jak i MAYZEL w moim przypadku nie wykrył laseczników KOCH'a. Wspominałem już wyżej, że GUARNACCIA znalazł pasożyt, który utożsamia bakterję wyosobnioną przez SABRAZES'a uważając ją jednak za *streptothrix alba*.

Ponieważ szczepienia na zwierzętach i na błonie śluzowej nosa u ludzi nie zostały uwieńczone pożądanym skutkiem nie można więc jeszcze dotąd uważać badań w tym kierunku dokonanych za ukończone.

Objawy nieżyty serowatego są bardzo charakterystyczne, jak to czytelnik zauważył zapewne przy opisie moich spostrzeżeń. W pierwszym okresie ostry nieżyt nosa, nigdy zapewne nie był spostrzegany przez lekarzy, gdyż chorzy zjawiają się zawsze później gdy im zacznie dokuczać zatkanie nosa, zawsze w tem cierpieniu jednostronne, podmiotowe cuchnienie, brak powonienia, bóle, niekiedy gwałtowne, głowy i twarzy, obrzmienie policzków i powiek, zazwyczaj dolnych. Wtedy wydzielina z nosa zawiera zwykle przemieszkę krwi, posiada woń zgnilizny bardzo przenikliwą lecz swoiście tak charakterystyczną, że łatwo odróżnić ją za pomocą powonienia od niemniej przykrej przy złowonnym zanikowym nieżycie nosa. Wydzielina ta jest zwykle ropną i zawiera owe grudki, o których już wyżej kilka razy była mowa.

Co do objawów przedmiotowych to te są bardzo różne, jak to czytelnik miał możność przekonania się we wszystkich wyż przytoczonych spostrzeżeniach. Badanie tego rodzaju chorych musi być bardzo szczegółowo dokonywane.

Rokowanie jest zawsze dobre, a przynajmniej tak uważać musimy na zasadzie całej dotąd ogłoszonej literatury. Charakterystycznym jest tu natychmiastowe wyzdrowienie po usunięciu mas serowatych i nadzwyczaj szybkie gojenie się zmian kostnych. Leczenie jak to już widzieliśmy w każdym niemal przypadku, [oprócz zawsze potrzebnej czystości w postaci przemywań i t. p.] ma specjalne wskazania, a więc: usuwanie ciał obcych, nadmiernych przerostów muszel, polipów, mas ziarninowych; dalej otwieranie i wyczyszczenie jam szczękowych, o ile te są zajęte sprawą chorobową lub innych zatok, o ile są one naszym zabiegom dostępne.

Co się tyczy pytania, czy cierpienie to należy uważać za osobną postać chorobową, czy też tylko za pewien objaw, mogący towarzyszyć najróżnorodniejszym chorobom nosa i jam obocznych należy, mojem zdaniem najodpowiedniej pozostawić na teraz bez odpowiedzi aż do czasu gdy się nagromadzi w literaturze specjalnej daleko większa niż dotychczas ilość spostrzeżeń i badań drobnowidzowych, chemicznych i bakteryologicznych. Nie podobna przypuszczać, aby cierpienie to było tak rzadkiem i tylko w niektórych krajach

Europy spostrzeganiem, jakby to na zasadzie ogłoszonej literatury wnioskować wypadło.

Za bardzo pożyteczne dla ogółu czytelników uważam wprowadzenie osobnych rozdziałów omawianemu cierpieniu poświęconych w niektórych nowszych podręcznikach [MOURE, SĘDZIAK]. Brak ten jest rażącym w podręcznikach niemieckich, napisanych przez bardzo wybitnych autorów. Temu poniekąd przypisuję taką małą ilość prac niemieckich, omawianemu cierpieniu poświęconych.

Ogłaszam te moje spostrzeżenia w przeświadczeniu, że staną się one bodźcem dla innych kolegów do dalszych w tym kierunku badań, które z pewnością doprowadzą do rozstrzygnięcia etyologii tego bądź co bądź ciekawego i nie częstego cierpienia.

II. CIAŻA JAJOWODOWA PRAWA.

PEKNIĘCIE JAJOWODU. WOLNY KRWOTOK DO JAMY BRZUSZNEJ.

CIĘCIE BRZUSZNE. WYZDROWIENIE.

Podaj

Czesław Stankiewicz [Łódź].

— 1 — 3 —

Pani M., lat 30, żona urzędnika banku, zameżna od 4½ lat. Była w ciąży 5 razy: 1) poród na czasie, dokończony kleszczami; 2) poronienie w 3-im miesiącu; 3) poród na czasie; 4) poród przedwczesny w 6 miesiącu, wreszcie 5) poród na czasie, odbyty przed 5 miesiącami. Z dzieci tylko ostatnie żyje; pierwsze zmarło zaraz po porodzie, drugie po upływie 9 miesięcy. Żadnych chorób w połogu nie przechodziła. Miesiączkuje od 16-go roku życia, zawsze prawidłowo co 27 dni, bez bólów, zazwyczaj 5 dni.

Dnia 15. XI. 1896, w 4 dni po opóźnieniu się miesiączki, wystąpiło z części rodnych nieznaczne krwawienie, bez innych dolegliwości. Krwawienie to trwało już miesiąc, gdy naraz d. 16. XII. 1896 r. zrana chora zaczęła się uskarżać na silne bóleści w całym podbrzuszu i uczuła się nagle tak słabą, że musiała położyć się do łóżka. Wezwany tegoż dnia wieczorem na naradę z ordynującym kol. LITWINEM, znalazłem co następuje:

Nizka blondynka, wątłej budowy, miernie odżywiona. Błony śluzowe bardzo blade. Tętno 106, drobne. Ciężota 37,8° C. W płucach nic nieprawidłowego. Szmer skurczowy nad tętnicą płucną bez innych jakichbydz fizykalnych zmian w sercu. Brzuch umiarkowanie wzdęty, bolesny przy opukiwaniu i obmacywaniu w podbrzuszu. Skąpa wydzielina krwawa z części rodnych. Macica w przodozgięciu, nieznacznie powiększona, przesunięta ku przodowi (*anteflexio*, *antepositio*). Przy nacisku na tylne sklepienie chora doznaje silnego bólu. W jamie DOUGLAS'a nieotorbiony płyn oraz miejsca twardsze; napięcie nieznaczne. Jajowody i jajniki z powodu bolesności brzucha

nie dają się wyczuć. Odporność w prawem podbrzuszu znacznie większa, niż w lewem. Czkawka, częste odbijania.

Objawy ostrej niedokrwistości wobec skąpej wydzieliny krwawej na zewnątrz, obecność płynu i części twardszych [skrzepów] w jamie DOUGLAS'a, nagłe wystąpienie groźniejszych objawów, wreszcie wywiady pozwały postawić rozpoznanie: *graviditas extrauterina rupta*. Wobec większej odporności w prawem podbrzuszu, przypuszczałem ciężą jajowodową prawostronną.

Z powodu, iż badanie nie wykazało tworzenia się krwisteku zamkniętego lub przyjajowodowego (*haematocele peritubaria*), trzeba było przyjąć istnienie krwotoku wolnego [nieotorbionego] do jamy brzusznej. Wobec tego przedstawiłem chorej konieczność natychmiastowej operacji, na którą jednak zgody nie uzyskałem. Zaleciliśmy tedy spokój bezwzględny, pęcherz z lodem na podbrzusze, nalewkę makowcową, *extr. fl. Hydr. canad.*

Nazajutrz, dnia 17. XII 1896 chora czuła się lepiej, bóle pod wpływem makowca ustały prawie zupełnie, czkawka i odbijania zmniejszyły się znacznie. Stan taki nie trwał jednak długo. Pod wieczór, chcąc wywołać stolce, chora zażyła samowolnie łyżkę sody, poczem dostała wymiotów. Od tej chwili zaczęło się pogorszenie: bóle wystąpiły z nową siłą i osłabianie ogólne wzrastało. Dnia 18. XII. 1896 o godzinie 5½ rano stan chorej przedstawiał się następująco:

Ciepłota 36,1° C.. Tętno 140, prawie nitkowate. Wysoki stopień niedokrwistości. Krwawienie z części płciowych wciąż nieznaczne. Brzuch mocno wzdęty, bolesny. Ton opukowy w okolicach lędźwiowych i podbrzuszu przytłumiony, nad wątrobą jasny bębnekowy. W jamie DOUGLAS'a płynna zawartość w znacznej ilości, lecz napięcie wciąż bardzo małe. Krwistek się nie wytworzył. Częste i głośne odbijania.

Niechętność natychmiastowej operacji była jasną. Każda chwila zwłoki czyniła rokowanie mniej pomyślnem. Wezwany na naradę kol. KSAWERY JASIŃSKI podzielił w zupełności moje zdanie. Chora uległa wreszcie namowom i została przewieziona na oddział chirurgiczny kol. KRUSCHEGO w szpitalu miejskim Ś-go Aleksandra. O godzinie 8 m. 45 rano, wkrótce po przybyciu chorej do szpitala, tętno stało się niewyczuwalnem.

O godzinie 9-ej, po dokonaniu autotransfuzji przez obandażowanie kończyn, przystąpiłem do coeliotomii przy współdziałaniu kol. JASIŃSKIEGO, KRUSCHEGO i LITWINA. Narzędzia podawał felczer Kalinowski.

Operacja. Odurzenie eterowe. Położenie TRENDELENBURG'a. Cięcie powłok brzusznych nieco z boku od smugi białej przez mięśnie [ze względu na wiotkość ściany brzusznej] na przestrzeni 12—13 ctm., począwszy w oddaleniu na 3 palce poprzeczne od spojenia łonowego. Z jamy brzusznej po otwarciu otrzewnej, wylewa się duża ilość krwi, zmieszanej z pojedynczemi skrzepami. Rozdęte jelita wypełniają ranę powłok i wychodzą w części na zewnątrz. Po odprowadzeniu jelit i wygarnięciu krwi i skrzepów widać na tylnej powierzchni rozszerzonego prawego jajowodu otwór o brzegach nierównych, przez który sączy się ciemna krew. Lewy jajowód i jajniki prawidłowe. Dwie nawiązki jedwabne, z których jedna przechodzi pod jajowodem i więzmem obłym tuż przy

macicy,⁷ druga zaś obejmuje górną część *lig. infundibulopelvic*, wstrzymują krwawienie w zupełności. Wycięcie jajowodu po nałożeniu 2 nawiązek na *mesosalpinx*. Szybka toaleta jamy DOUGLAS'a. Zaszycie rany brzusznej, ze względu na pośpiech, szwem SCHROEDER'owskim jedwabnym [6 szwów głębokich i kilka powierzchownych]. Pod koniec operacji zaczęto wlewać fizyologiczny roztwór soli kuchennej pod skórę przedniej powierzchni klatki piersiowej.

Tętno po operacji ledwie wyczuwalne, ciepłota ciała poniżej 35° C.. Chorą przeniesiono do łóżka, obłożono gorącymi butelkami, podano mocną kawę, wreszcie zrobiono ławatywę z $\frac{1}{2}$ litra bardzo ciepłej wody i łyżki koniaku. Jednocześnie wlewano roztwór soli w dalszym ciągu do $\frac{3}{4}$ litra. O godz. 10 $\frac{1}{2}$ tętno bardzo słabe, nie daje się zliczyć; chora w stanie wielkiego niepokoju, rzuca się na łóżku, mówi niezrozumiale. Wysokie ułożenie nóg chorej i mocniejsze obandażowanie kończyn. O godz. 11 tej chora uspokoiła się, ciepłota wciąż niżej 35° C.. Godz. 3 po południu. Tętno 150, małe. Ciepłota 37,9. Pragnienie. Podano wody z koniakiem. Wypuszczono 200 ctm. sz. ciemnozarbarwionego moczu.

Godzina 8 wieczorem. Tętno 138, pełniejsze; ciepłota 37,8° C.. Częste odbijania.

D. 19. XII. 1896. Tętno rano 138, dość pełne; ciepłota rano 37,6° C.. Stan ogólny niezły. Brzuch nie wzdęty nie bolesny. Tętno wieczorem 132, ciepłota wieczorem 37,5° C.. Bardzo silne rozwolnienie do 15 razy. *T-ra thebaica*.

D. 20. XII. 1896. W nocy bredzenie. Tętno rano 128, ciepłota rano 37,9° C.. Rozwolnienie ustało. Duże pragnienie. Mocz oddaje sama. Tętno wieczorem 120, pełne, ciepłota 38° C.. Zjawia się łaknienie.

D. 21. XII. 1896. Tętno rano 114, ciepłota rano 37,5° C.. Stan ogólny bardzo dobry. Tętno wieczorem 114, ciepłota wieczorem 38,2° C..

D. 22. XII. 1896. Tętno rano 104, ciepłota rano 37,5° C..

W dalszym przebiegu ciepłota przy nasileniu wieczornem nie przewyższała nigdy 38,2° C.. Chora miała łaknienie wzmożone, sen spokojny, stolec prawidłowy i stopniowo powracała do sił. Dnia 28. XII., czyli na 10-ty dzień po operacji, wyjęto szwy, z których kilka wywołało ropienie w miejscach ukłucia. Rana powłok brzusznych zagojona na całej przestrzeni przez rychłozrost. Krwawienie z części rodnych ustało.

W dzień Nowego Roku 1897, na 15-y dzień po dokonaniu operacji, chora dostała nagle silnej gorączki, która, dochodząc z początku wieczorami do 39—39,8° C., a następnie do 38,5° C., trwała 2 tygodnie. Przy objawach bólów w prawem podbrzuszu utworzył się wysięk kikutowy (*Stumpfexsudat*) wielkości pięści, zajmujący prawe *parametrium*. Od dnia 14. I. 1897 wysięk zaczął się szybko zmniejszać tak, iż d. 29. I. 1897 na miejscu wyciętego jajowodu można było wyczuć tylko bliźną niebolesną, grubości małego palca. Tegoż dnia pani M. poraz pierwszy od czasu choroby opuściła łóżko.

W lutym i marcu r. b. czuła się bardzo dobrze, miała prawidłowo miesiączkę; objawy niedokrwistości przy stosownem leczeniu stopniowo zniknęły.

Od dnia 3. IV. 1897, gdy wypadła z dorożki, zaczęła się skarżyć na bóle krzyża, które dnia 27. IV. deszły do tego stopnia iż zmusiły chorą do ponownego położenia się do łóżka. Jednocześnie wystąpiły niemniej silne bóle w prawem podbrzuszu.

Dnia 5. V. 1897 można było stwierdzić przez powłoki brzuszne obecność guza, zajmującego podbrzusze więcej z prawej, niż z lewej strony. Guz ten wielkości główki noworodka wypełnia jamę DOUGLAS'a, wypuklając tylne sklepienie do pochwy, jest nieruchomy, umiarkowanie bolesny, daje chębotanie. Jajnik prawy, powiększony do wielkości dużego orzecha włoskiego, na ucisk czuły, przylega do wyżej opisanego guza. Macica niepowiększona, nieczuła, uniesiona ku górze i przesunięta ku przodowi tak silnie, iż trzon wypukła się przez ścianę brzuszną nad spojeniem łonowem. Tkanka łączna okołodbytnicowa nie nacieczona. Ciepłota, tętno prawidłowe. Rozpoznanie: *Pelvicoperitonitis exsudativa. Oophoritis dextra.*

Gdyż stan chorej w przeciągu paru tygodni, pomimo energicznego leczenia, nie ulegał żadnej zmianie na lepsze, postanowiłem otworzyć guz przez cięcie pochwowe.

Dnia 21. V. 1897. Odurzenie chloroformowe ¹⁾. Cięcie przez tylne sklepienie w kierunku podłużnym na przestrzeni 3 ctm. Otwarcie jamy DOUGLAS'a, z której wypływa duża ilość przezroczystego, surowiczego płynu. Wprowadzenie do jamy DOUGLAS'a paska gazy jodoformowej, wymoczonej przez 12 godzin w 0,1% roztworze sublimatu i przemytej następnie wodą wyjałowioną.

Przebieg pooperacyjny wogóle bezgorączkowy. Na 6 dzień zmieniono opatrunek. Otwór w tylnem sklepieniu drożny tylko dla jednego palca. We 2. dni potem jednorazowe podniesienie się ciepłoty do 38,5° C.. Wyzdrowienie postępowało bez przerwy szybkim krokiem, tak że pani M. mogła wkrótce opuścić łóżko. Szwy jedwabne, które wywołały w pochwie nieznaczne ropienie, wyjęto dnia 29. VI. 1897 [kol. Jasiński]. Obecnie [koniec lipca 1897] pani M. czuje się zupełnie zdrową. Jajnik prawy zmniejszył się do wielkości prawidłowej, wysięk znikł całkowicie. Blizna na miejscu wyciętego jajowodu cokolwiek czuła.

Wycięta część jajowodu, przedstawiająca środkowy i zewnętrzny odcinek jego, ma 5 ctm. długości i 6 ctm. obwodu w najgrubszym miejscu. Pęknięcie zaszło na tylnej powierzchni środkowej części. Tu znajduje się otwór o brzegach nierównych, mający 1 ctm. średnicy, prowadzący do rozszerzonej części jajowodu, wypełnionej skrzepem krwi wielkości dużego orzecha laskowego. Skrzepła krew wypełnia również pozostałą część jajowodu. Śladów zarodka nie udało się odszukać. Badanie drobnowidzowe, wykonane w pracowni prof. PRZEWOSKIEGO w Warszawie przez kolegę WITOLDA ŻURAKOWSKIEGO, wykazało co następuje. Grubość ściany jajowodu wynosi 1—3—4 mmm. Warstwa śródbłonkowa [otrzewna] zachowana tylko częściowo. Błona mięsna miejscami nacieczona leukocytami, zawiera ilość włókien znacznie zwiększoną w porównaniu z jajowodem prawidłowym; naczyń w błonie mięsnej bardzo

¹⁾ Operację wykonałem w naszym zakładzie chirurgiczno-ginekologicznym.

dużo, o znacznym kalibrze. Nabłonek błony śluzowej gdziekolwiek tylko ocalał i jest pozbawiony migawek; fałdy błony śluzowej, pokryte szeregiem nabłonka walczkowego lub nieco niższego, tu i owdzie jeszcze są widoczne. Na przecięciach jajowodu w miejscach pęknięcia widzimy rozrost błony doczesnej z jej właściwymi dużymi komórkami, oraz przekroje poprzeczne lub skośne kosmków-kosmówki o ich typowym utkaniu.

Tak więc badanie drobnowidzowe potwierdziło w zupełności rozpoznanie kliniczne.

Przypadek powyższy zasługuje na pewną uwagę ze względu na nader ciężki, beznadziejny stan chorej. Wykonałem coeliotomię na chorej bez tętna, tak iż zachodziła obawa o zejście śmiertelne na stole operacyjnym. Dodatni wynik może być wskazówką dla nas, iż w najrozpaczliwszych przypadkach przy stwierdzeniu wolnego krwotoku do jamy brzusznej, nie powinniśmy się cofać przed zabiegiem nawet tej miary, jak cięcie brzuszne, gdyż ono jedno może w danym razie uratować życie chorej.

Z ODDZIAŁU D-RA CHEŁMOŃSKIEGO W SZPITALU DZIECIĄTKA JEZUS W WARSZAWIE.

III. PRZYPADEK LICZNYCH TĘTNIAKÓW NA PODSTAWIE MÓZGU.

Podał

Adam Lande,

asystent oddziału.

45-letnia F. S., wdowa od lat kilkunastu, z zawodu gospodyni, przybyła na oddział nasz d. 3 lutego r. b. ze skargami na: 1) bóle bezustanne, samoistne choć niewielkie w prawej połowie ciała, wzmagające się przy ucisku, zwłaszcza na powierzchnię kończyny górnej, 2) bóle głowy bez określonego umiejscowienia, zmienne co do natężenia, ale wogóle niezbyt dotkliwe, 3) zawroty głowy dość często występujące, 4) ogólne osłabienie. Z wywiadów podkreślić należy zdarzenie następujące: Miesiąc temu podczas zwykłych, zajęć codziennych pacjentka nasza, cierpiąc od dłuższego czasu na wspomniane bóle głowy i zawroty, nagle utraciła przytomność. Od otoczenia dopiero później się dowiedziała, iż w owej chwili z krzesła upadła na ziemię, a gdy domowe środki ratunkowe do zmysłu nie zdołały jej przywrócić, odesłaną została niebawem do szpitala S-go Ducha. Tu w kilka godzin po przybyciu odzyskała zupełną przytomność; zgolaźnie wiedząc, co się z nią przez cały ten czas działo. Ponieważ żadnych dolegliwości nie doznawała, prócz nieznacznego osłabienia ogólnego, więc po paru dniach na własne żądanie ze szpitala wypisaną została. Po tym wypadku pacjentka zajmowała się w dalszym ciągu zwykłą pracą swoją, ale z powodu powyżej wyluszczonej skarg zapisała się ponownie do szpitala. Tu jeszcze raz zaznaczyć winniśmy, iż bóle i zawroty głowy istniały już dawniej od lat mniej więcej kilku, w stopniu jednak mniej znacznym niż

obecnie, podczas gdy bóle w prawej połowie ciała wystąpiły dopiero po opisanym przypadku.

Po dokładnem zbadaniu chorej [d. 4. V. 1897] średniego odżywiania i cokolwiek niedokrwistej, nie znaleźliśmy w narządach wewnętrznych nic anormalnego; w sferze ruchu i zmysłów, w budowie szkieletu i w stanie umieszczenia nie zanotowaliśmy żadnych wybitniejszych zmian patologicznych; w dziedzinie czucia zauważyliśmy pewną nadczułość prawej połowy ciała, a przede wszystkim kończyny górnej, co szczególnie uwydatniało się przy dotyku, odczuwanym jako ból; podkreśliliśmy nadto nieco nadmierną ale jednakową szerokość źrenic, których odczyn na światło wypadł trochę leniwie; nieprawidłowości w obrębie innych odruchów nie było. Pod względem psychicznym pacjentka zaraz na wstępie wydawała nam się nienormalną; w czym się właściwie objawiała pewna tępość jej umysłowa, trudno określić; odpowiadała ona, co prawda, na pytania zupełnie logicznie, ale czyniła to jakoś zbyt wolno, obojętnie, bezdźwięcznie, nieraz nad kwestyą dość prostą zbyt długo się na myślała, lub powtarzała dwukrotnie, jak echo, ostatnie wyrazy własnych odpowiedzi; miała nadto wyraz twarzy — *sit venia verbo* — niemądry, a szerokie źrenice nadawały jej odcień jakiegoś stałego przestachu. Stan zresztą bezgórączkowy; tętno 70, twarde i napięte; naczynia skroniowe widoczne, wyczuwalne z przebiegiem nieco wężykowatym; *climax* od kilku miesięcy. Mocz przy ilości dobowej 800 ctm. sześć., odczynie słabo-kwaśnym i ciężarce właściwym 1015, wykazał dość wyraźne ślady białka, cylindry nerkowe ziarniste i nieco ciałek ropnych.

Wobec danych, jakich rozbiór moczu dostarczył, rozpoznanie na pierwszy rzut oka wydawało się jasnym i prostym, a więc mocznica przewlekła, stąd bóle i zawroty głowy.

Genezę, jednak wspomnianego w wywiadach zdarzenia trudno było sobie objaśnić na podstawie takiego przypuszczenia. Nadzwyczaj ostry, że tak powiemy, czysto apoplektyczny charakter tego napadu nie pozwalał bez zastrzeżeń poważnych stawiać go w związku przyczynowym z mocznicą przewlekłą. Napad ten nie miał też żadnych cech właściwych napadowi epileptycznemu lub histerycznemu [brak było zresztą znamion histeryi ¹⁾], a gdy nie znaleźliśmy danych na przypuszczenie zatoru, więc nasuwała się myśl o wylewie krwawym w obrębie mózgu do opon jego, czy też do samej substancji. W każdym razie należało przypuszczać, iż był on niewielki, skoro bezpośrednio skutki jego tak szybko minęły, co się zaś tyczy jego umiejscowienia, to pod tym względem można było czynić mniej lub bardziej prawdopodobne domysły: te bóle samoiste w prawej połowie ciała, które, już chora wyraźnie zaznacza, wystąpiły dopiero po owym napadzie obok nadczułości, pozwalały poniekąd mniemać, że wylew mógł mieć miejsce gdzieś w pobliżu lewej torebki wewnętrznej.

¹⁾ Chora podobno przez otoczenie swe czas jakiś uważaną była za histeryczkę, i rzeczywiście na pierwszy rzut oka, zanim dokładnie na oddziale naszym zbadaną nie została, i na nas robiła wrażenie histeryczki.

trzonej (*capsula interna*), a blizna czy też torbiel skórzasta, po nim wytworzona, uciskając tylne pęczki torebki, była powodem opisanych zaburzeń czuciowych.

Chora leżała u nas około 6-iu tygodni; przez cały ten czas żadnych innych wybitniejszych cielesnych dolegliwości nie doznawała, cieszyła się apetytem niezłym i snem, nic do życzenia nie pozostawiającym; tętno miała zawsze prawidłowe, dość napięte i twarde, nieco powolne [czasami notowaliśmy niespełna 60 uderzeń na minutę]; ale pod względem psychicznym chora czuła się coraz gorzej; sama nieraz się skarżyła, że ma „męt w głowie“. To otępienie umysłowe, jakkolwiek nieznacznie i niepostrzeżenie, ale niezawodnie w ciągu pobytu chorej na oddziale wzmagало się, a pamięć słabła; pacjentka stawała się bardziej obojętną, na to, co się w jej otoczeniu działo, senna, w ruchach swych i mowie jeszcze powolniejszą, uśmiechała się nieraz bez usprawiedliwionego powodu, czasem szeptała coś sama do siebie, wzrok miała nieco osłabiony [„mgłą przysłonięty“], słuch nieco przytępiony; zdarzało się nawet, jak mi jej towarzyszki szpitalne opowiadały, że mówiła niedorzecznie, słowem stawała się głupkowatą w dosłownym znaczeniu tego wyrazu. Pod koniec czasami oddawała mocz pod siebie. Bóle i zawroty głowy przez cały czas pobytu tylko nieznacznie pogorszeniu uległy, podczas gdy przy stosownej diecie białko z moczu prawie znikło [ślady niewyraźne], a cylindry stały się o wiele mniej liczne.

Ponieważ nad całością objawów somatycznych górowały zmiany psychiczne, a mocznica nie mogła nam ich w dostatecznej mierze wytłómaczyć, zrodziło się przypuszczenie, czy nie mamy do czynienia z objawami zwiększonego ciśnienia śródmózgowego, a ewentualnie z jakimś nowotworem bardzo wolno rosnącym, czy wspomniany w wywiadach napad nie zależał od wylewu gdzieś w okolicy tego hypotetycznego guza. Badanie wzornikiem ocznym [przez okulistę dokonane] wykazało brodawkę trochę zmniejszoną, może nieco bladawą z wąskimi stosunkowo naczyniami, a więc obraz zupełnie nie taki, jaki istnienie mieliśmy prawo podejrzewać, a jakkolwiek obecność tarczy zastoinowej nie jest, jak wiadomo *conditio sine qua non* dla nowotworu mózgowego, jednak wynik tak stanowczo ujemny obok braku wszelkich objawów ogniskowych, oczywiście zachwiał naszym rozpoznaniem i skąd inąd opartem nie na nazbyt pewnych podstawach. Bardziej uzasadnioną więc stawała się myśl, iż mamy do czynienia z ogólną miażdżycą naczyń mózgowych i wynikającymi stąd zaburzeniami w odżywianiu substancji mózgowej, a jeżeli niezbyt podeszły wiek chorej, brak momentów etyologicznych nie bardzo upoważniały do tego rozpoznania, to natomiast lekka miażdżycą naczyń skroniowych, tętno twarde i napięte oraz sprawa nerkowa, dawały znów niejakié podstawy realne naszemu rozpoznaniu; można było objaśnić w takim razie fizyczne i psychiczne dolegliwości chorej i ów wylew w wywiadach zanotowany.

Pomijamy tu dla zwięzłości inne przypuszczenia, jakie nam się przy rozpoznawaniu nasuwały, przyznać jednak musimy, żeśmy nie wyłączały stanowczo nowotworu a nawet syfilisu, jakkolwiek leczenie swoiste nia odniosło skutku, a wywiady w tym kierunku czynione dały wynik stanowczo ujemny. Rozpoznanie więc nasze, pomijając niezawodne przewlekłe zapalenie nerek, wahało

się w granicach dość szerokich (*arteriosclerosis, neoplasma, lues*), gdy zaszedł przypadek, który trochę więcej światła rzucił na sprawę.

Otóż według relacji Siostry Miłosierdzia d. 7. III. chora po spożyciu wieczery zaczęła się krztusić i wymiotować, co tylko kilka chwil trwało, poczem nagle straciła przytomność, upadła na poduszki, dostała po chwili nieznacznych drgawek kończyn górnych i dolnych i w stanie zupełnej bezwiedzy całą noc przeleżała. Podczas wizyty rannej dnia następnego zanotowałem: chora zupełnie nieprzytomna, w głębokiej zapaści pogrążona, leży z oczami zamkniętymi; oddech ciężki, częsty, nierówny, głośny z licznymi rżeniami już w pewnej odległości od łóżka słyszalnymi, na ustach trochę piany i ślady zwymiotowanych pokarmów; nieznaczne ślinienie z kątów ust; skóra blada z lekkim odcieniem sinicy. Ciepłota 37,8°, tętno koło 100, dość mocne, pełne i twarde; źrenice rozszerzone *ad maximum* zupełnie nie oddziałują na światło; gałki oczne nieruchome; kończyny górne w stanie wiotkiego bezwładu, kończyny dolne też w stanie bezwładu, ale z wyraźnym odcieniem skurczowym, odruchy kolanowe bardzo wzmożone, odruch stopowy dość wybitny. Pomimo zwykłych środków ratunkowych, pod wieczór ciepłota opadła do 37,5°, a chora nie odzyskawszy ani na chwilę przytomności, zmarła.

Znaczenie tego ostatniego epizodu w przebiegu choroby nie zostawiało żadnych wątpliwości: mieliśmy do czynienia z ponownym wylewem krwi do mózgu; tym razem jednak był on znacznie obszerniejszy, a sądząc z szybkości z jaką zgon nastąpił, oraz z objawów, jakie go poprzedzały, można się było domyślać, że wylew nastąpił w obrębie *bulbus*.

Zestawiając ostatni napad apoplektyczny z napadem pierwszym i widząc, iż w tak różnych częściach substancji mózgowej nastąpiły wylewy, trudno było je czynić zależnymi od jakiejś sprawy ściśle umiejscowionej (*neoplasma*), a tem prawdopodobniejszem stawało się przypuszczenie, że mamy do czynienia ze sprawą ogólną, a więc z miażdżycą naczyń mózgowych w wysokim stopniu rozwiniętą, skoro się stała ewentualnie przyczyną aż dwukrotnego wylewu.

Badanie zwłok, dokonane d. 19 marca przez prof. PRZEWOSKIEO, wykazało co następuje [przypatujemy tu tylko dane ważniejsze]: opony twarde przekrwione, brózdy międzyzwojowe nieco wyrównane, natomiast wypukłość zwojów nieco wygładzona; w komorach zawartość płynu surowiczego powiększona; biała substancja blada, zwoje z zabarwieniem szaro-czerwonawem; cysta apoplektyczna w lewym jądrze soczewkowatym (*nucleus lenticularis sinister*) w dolnej jego części w zetknięciu z torebką wewnętrzną (*capsula interna*); *Arteria basilaris* esowato skręcona, na całej swej długości znacznie, jakkolwiek niezupełnie, równomiernie rozszerzona, a w miejscach największej grubości światło jej posiada średnicę wielokrotnie przewyższającą normalną [obwód w najszerszym miejscu wynosi 3,2 cm.]; ściana jej twarda, niepodatna, krucha, usiana licznymi żółtozabarwionymi guziczkami, wszystkie inne naczynia na podstawie mózgu też mniej lub więcej rozszerzone, tworzą prawie cylindryczne tętniaki z miażdżycowo zwyrodniałymi ścianami. Zmiany te prócz wspomnianej *art. basilaris* najwybitniej występują w okolicy *circulus Willisii*

a przedewszystkiem na *art. carotis interna sinistra*, której średnica wynosi 3—4-krotną normalnej, oraz na przebiegu *art. fossae Sylvii sin.*. Most WAROLA mocno napięty, chlebocący, na przecięciu przedstawia olbrzymie krwawe ognisko zniszczonej substancji mózgowej. *Nephritis mixta. Endoaortitis nodosa l. gr.*

Mieliśmy więc w naszym przypadku liczne tętniaki cylindryczne naczyń na podstawie mózgu przebiegających, a przedewszystkiem *aneurysma cirsoideum art. basilaris*; nadto dowody zwiększonego ciśnienia śródczaszkowego [stan brózd i zwojów oraz wodogłowie] i wylewy krwawe: stary do jądra soczewkowatego i świeży do mostu.

Badanie drobnowidzowe ściany naczyń wykazało znaczne, niejednostajne zgrubienie *intimae*, zanik częściowy a w niektórych miejscach nawet brak zupełny błony elastycznej; urywa się ona czasem na przebiegu swoim by w odległości kilku μ . ukazać się na nowo; w obrębie *intimae* spotykamy masy rozsiane, przezroczyste, jednorodnej jakby szklistej konsystencji, światło silnie łamiące, przyczem niektóre z nich dość rozległe tak, iż miejscami wkraczają w obręb *mediae* (*degeneratio hyaloidea intimae*); w *media* i *adventitia* nieznaczne ogniska nacieczenia drobnokomórkowego naokoło wspomnianych mas szklistych. Mamy więc obraz typowy cierpienia znanego pod mianem *endoarteriitis nodosa deformans*, a więc sprawę pierwotną w naczyniach, nie mającą nic wspólnego z przymiotem. Na tle tego cierpienia rozwinęły się tętniaki naczyń, wystąpiły zaburzenia cyrkulacyjne, powstało zwiększone ciśnienie śródczaszkowe, a nareszcie i śmiertelny wylew krwi do mózgu.

Tętniaki naczyń mózgowych nie należą do szczególnych rzadkości, jakkolwiek w literaturze naszej nie znaleźliśmy opisów odpowiednich.

Pierwszym, który wogóle w kwestyi tej głos zabrał, opisując dość dokładnie napad apoplektyczny wskutek pęknięcia aneurysmatu na *arteria basilaris*, był według LEBERT'a ¹⁾—MORGAGNI.

GRIESINGER ²⁾ w r. 1862 zbiera z piśmiennictwa odpowiednie opisy i na podstawie dwóch własnych bardzo dokładnych obserwacji i dwudziestu przeszło obcych wyprowadza już wnioski natury ogólniejszej. W kilka lat potem LEBERT obszernie opracowuje tę kwestyę i w pięknej swej monografii ³⁾ szerokiemi już rysami kreśli anatomopatologię, symptomatologię, prognozę i terapię omawianego cierpienia. Zestawia on 86 przypadków i poszczególne naczynia pod względem częstości, z jaką bywają siedliskiem tętniaków, szereguje w porządku następującym: *art. basilaris* [31 razy], *art. fossae Sylvii* [21], *carotis int.* [8], *communicans post.* [7], *corporis callosi* [8] w pozostałych rzadko spotykamy to cierpienie. W 19 przypadkach znaleziono „*aneurysmata multiplicia*“, przyczem autor wyraźnie podkreśla częstość z jaką sprawa umiejscow-

1) Poniżej cyt. str. 210.

2) Archiv der Geilkunde, 1862.

3) „Aneurysmen der Hirnarterien“. Berl. klin. Woch. 1866. N-ra 20, 22, 24, 28, 34, 35, 40, 42.

wioną bywa w lewej połowie mózgu. Zjawisko to objaśnia MOESER ¹⁾ stosunkami topograficznymi: *arteria subclavia sinistra* i *art. vertebralis sin.* wychodzą z pni swoich pod kątami dla krążenia odpowiedniejszemi, aniżeli po stronie prawej, więc prąd krwi po stronie lewej jest nieco silniejszy, a ściany naczyń silniejszemu mają tu podlegać urazowi, co przy ich zwyrodnieniu łatwiej spowodować może powstanie tętniaka. KILIAN ²⁾, który zestawia 131 przypadków stwierdza tę osobliwość, ale tylko w stosunku do *arteria carotis int.* [na 5 przypadków prawostronnego aż 11—lewostronnego tętniaka], natomiast w *art. cerebri media (fossae Sylvii)* notuje sprawę 15 razy po stronie prawej na 12—po stronie lewej.

GOWERS ³⁾ w podręczniku swoim mówi, że sprawa częściej umiejscawia się z lewej strony niż z prawej a to w stosunku 4:3. Autor ten, zesumowując statystyki LEBERT'a, DURAND'a i BARTHELOW'a co do częstości, z jaką spotykamy tętniaki na różnych naczyniach, podaje tablicę następującą: na 154 przypadki sprawa miała miejsce na *art. cerebr. media (fossae Sylvii)* 44 razy, na *art. basil.* 41, *carot. int.* 23, *cerebralis ant. (corp. callosi)* 14, *communic. post.* 8, *commun. ant.* 8, *vertebralis* 7 i t. d..

Nieco odmienną statystykę podaje v. HOFMANN ⁴⁾ [74 przypadki]: u niego na pierwszym miejscu stoi *art. fossae Sylvii*, następnie *carotis int.*, *communicans ant.*, *basilaris* etc..

Z danych powyższych widzimy, iż lwia część tętniaków mózgowych przypada na *art. basilaris*, *art. fossae Sylvii*. Najrzadziej widzujemy je na *art. meningea media* [2 razy] i naczyniach mózdzku [3 razy] według statystyki KILIAN'a.

Nie chcąc zbyt rozszerzać zakresu tego artykułu, pomijamy ogólną symptomatologię, która w ścisłej pozostaje zależności od umiejscowienia i rozległości sprawy chorobowej, etyologią, która nie różni się od etyologii tętniaków wogóle, inne kwestye dotyczące cierpienia, a zwrócimy uwagę na kilka szczegółów, dzięki którym przypadek nasz zasługuje na uwzględnienie.

1) Za życia mieliśmy zupełny brak objawów ogniskowych: *art. basilaris*, tak znacznie rozszerzona i zgrubiała, nie wywierała widocznie ucisku ani na most WAROLA, ani na liczne nerwy czaszkowe, jakie u podstawy mózgu przebiegają. Nawet bóle głowy, które w takich razach zazwyczaj ściśle są umiejscowione przez chorego w okolicy potylicowej, w naszym przypadku pozbawione były tej cechy swoistej.

Widocznie sprawa cała wolno się rozwijała i nastąpiło pewne, że tak powiemy, przystosowanie się graniczących ze sobą narządów do zmienionych warunków bytu. GOWERS zaznacza, że $\frac{1}{3}$ przypadków przebiegała skrycie, na co już i LEBERT wskazywał, ale po większej części tętniaki wtedy okazywały się stosunkowo nieznacznych wymiarów. Czy lekkie przytępienie słuchu i wzro-

¹⁾ „Beitrag zur Diagn. der Lage u. Beschaffenheit von Krankheitsherden der Med. oblongata“. Deut. Arch. f. klin. Med. Bd. XXXV. 1884.

²⁾ „Beiträge zur Lehre von den makroskop. intrakraniellen Aneurysmen“. Inaug. Dissert. Würzburg. 1879.

³⁾ „Handbuch der Nervenkrankheiten“. Bd. II. 1892.

⁴⁾ Wiener klin. Woch. 1894 [wedł. OPPENHEIM'a: „Die Geschwülste des Gehirns“. 1896].

ku przypisać należy uciskowi na odpowiednie nerwy, trudno rozstrzygnąć; wobec tego, iż zaburzenia te, zresztą nieznaczne, występowały zupełnie jednako na obu stronach, słuszniej, zdaje się, zaliczyć je do szeregu objawów ogólnych, wskutek zwiększonego ciśnienia śródczaszkowego wynikłych; co się tyczy zaburzeń wzrokowych prawdopodobnie po części odegał w tej sprawie pewną rolę i stan nerek.

2) *Aneurysma cirsoideum*, dość pospolite na niektórych tętnicach np. na *art. lienalis*, w obrębie *art. basilaris*, według prof. PRZEWOSKIEGO, należy do spraw stosunkowo bardzo rzadko spotykanych.]

3) Obecność cysty w jądrze soczewkowatym i połowiczne zaburzenia czuciowe zdaje się, że pozostawały niezawodnie w przyczynowej zależności od siebie, gdyż w danym razie inaczej nie można objaśnić tych zaburzeń. Z tego względu przypadek nasz stanowi przyczynek do nauki o bólach pochodzenia mózgowego, stosunkowo nie dawno przez EDINGER'a zaobserwowanych, a u nas poraz pierwszy opisanych [przez BIERNACKIEGO.

4) Wylew do mostu przedstawia też pewne osobliwości kliniczne; ponieważ źrenice były *ad maximum* rozszerzone i nieruchome [częściej w tych warunkach widzujemy *myosis*], należy przypuszczać, iż jądro nerwu okoruchowego zostało zupełnie porażone ¹⁾. Stan kończyn mógł dowodzić, iż włókna, dla górnych kończyn przeznaczone, były zupełnie przez wylew zniszczone, podczas gdy włókna kończyn dolnych tylko uciśnięte. Niestety nie mogliśmy drobnowidzowo przypuszczeń tych stwierdzić, gdyż mózg na żądanie prof. PRZEWOSKIEGO zachowany został w całości dla Muzeum anatomo-patologicznego.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

— 3 —

108. James Newcomb. Gwajakol, jako środek miejscowo znieczulający przy małych operacjach w nosie i gardle.

LUCAS CHAMPIONNIERE pierwszy używał gwajakolu, jako środka miejscowo znieczulającego. Z początku rozpuszczał go w sterylizowanym oleju z migdałów gorzkich, następnie w zwyczajnej czystej oliwie odpowiednio traktowanej siarczanem cynku i alkoholem, a to dlatego, aby gwajakol mógł się w niej rozpuścić.

LAURENS zastosował środek ten do chorób nosa, gardła i ucha. Wykonywał on w nosie przypalania dolnej muszli, odcinania polipów zimną lub gorącą pętlą, zapędzławszy poprzednio kilka razy odpowiednio miejsca gwajakolem i pozostawiwszy tam tampon nasycony tym środkiem na jakie 15—20 minut. Skurczenie się tkanek, jakie występuje przy użyciu kokainy, było nieznaczne.

W gardzieli trudno mu było otrzymać zupełne znieczulenie, gdyż gwajakol wywoływał dławienie, pomimo to jednak LAURENS przypalał bezboleśnie granulacje i wycinał migdałki.

¹⁾ GOWERS, l. c. str. 393.

W krtani gwajakol zupełnie prawie nie działa, a to z powodu słabego wchłaniania i tworzenia rodzaju emulsji ze śluzem. Za to dobre rezultaty daje w uchu; znieczula bowiem błonę bębenkową, umożliwiając bezbolesne przekłucie błony, jak również czyraków w przewodzie zewnętrznym.

Po LAURENŚCIE prowadził dalsze badania w tym kierunku GERONZI, używając alkoholowego roztworu gwajakolu. Potwierdził on w zupełności wyniki swego poprzednika.

NEWCOMB zastosował gwajakol 36 razy u 28 chorych z cierpieniami nosa [polipy, listwy przegrody, zajęcia zatoki sitowej, zgrubienia muszeli], gardzieli [obcięcie języzka, migdałków], przyczem znieczulenie było zupełne w 14 przypadkach, częściowe w 16, lekkie w 2, a w 4-ch przypadkach nie było żadnego znieczulenia.

Wnioski, które autor wyprowadza z tych badań są następujące:

Dla zupełnego znieczulenia należy zostawić gwajakol w zetknięciu z tkanką na 10—20 minut.

Tkanki podczas operacji nie krwawią więcej, niż przy kokainie, co dowodzi, iż naczynia się kurczą.

Gdyby liczniejsze i ściślejsze badania sprawdziły otrzymane dotychczas wyniki, środek ten byłby nieocenionym szczególnie przy przekłuciu błony bębenkowej, ponieważ kokaina znieczula ją bardzo mało. Pomimo to jednak środek ten nie dorównywa pod względem dokładności i pewności znieczulenia kokainie i może być używany ze skutkiem tylko wtedy, gdy istnieją przeciwskazania dla kokainy.

S. Oppenheim.

(*Revue hebdom. de laryng. d'otologie et de rhinologie. Nr. 37. 1897.*)

109. E. Czaplewski i R. Hensel. Poszukiwania bakteryologiczne przy kokluszu.

Etyologia kokluszu pomimo wielu dociekań pozostaje dotychczas ciemną, jakkolwiek zależność tego cierpienia od pasożytów obecnie dla nikogo, zdaje się, nie może ulegać wątpliwości. Posądzano już wiele rodzajów bakterji o swoiste działanie w tym względzie, lecz przy głębszem badaniu wyłączności tej w żadnej odkryć nie było można; nawet dość życzliwie przyjęty komunikat RITTER'a o diplokokach kokluszu nie znalazł potem potwierdzenia w porównawczych pracach COHN'a i NEUMANN'a. Korzystając z panującej epidemii kokluszu w Królewcu, autorowie sami przeprowadzili szereg badań, w celu rozwiązania tej kwestji na drodze bakteryologicznej.

Do badań używali oni świeżo wyplutej płwociny, której oddzielne kawałki trzykrotnie oplukiwano w wodzie peptonowej przez potrząsanie w próbówce; postępowanie to miało na celu uchronienie się od zanieczyszczenia, jakie mogło mieć miejsce na powierzchni kulki płwocinowej dzięki wpływom postronnym. Z tak obmytej płwociny robiono rozcierane preparaty na zwykłych szkiełkach przedmiotowych, poczem poddawano je barwieniu; do tego ostatniego służyły słabe roztwory fuksyny w karbolu z domieszką gliceryny, lub bez niej. Obrazy drobnowidzowe dużo zyskiwały na jasności i czystości, gdy je po zabarwieniu na czas krótki poddawano działaniu 1% roztworu kwasu octowego. Do szczepień, jako podłoża, używali autorzy stężonej, nieprzezroczystej surowicy krwi LOEFFLER'a.

Tą drogą otrzymane drobnoustroje przedstawiają się w postaci laseczek z owalnymi brzegami; z wielkości i sposobu barwienia wielce są zbliżone do lasecznika influenzy, lecz, w przeciwieństwie do niego, rosłą na wszystkich powszechnie używanych podłożach. Wielkość tych laseczek podlega zresztą dość wyraźnym wahaniom; osobniki młode raczej za koki poczytywane być mo-

gą. Przy ostrożnem barwieniu spostrzegamy, że tak te ostatnie, jak i zupełnie dojrzałe formy, barwią się mocno w biegunowych swych częściach, pozostając pośrodku zupełnie, lub prawie zupełnie bez barwnika. Własność ta jeszcze bardziej nadaje im wygląd diplokoków. Silne barwienie różnicę tę zaciera.

Długość dojrzałego lasecznika dwa do trzech razy przewyższa jego szerokość. Na preparatach z hodowli, rzadziej z samej płwociny, spotyka się jeszcze dłuższe, nitkowate formy, wśród których nieraz dostrzedz można i łańcuszkowe postaci. Laseczniki koklusu pozbawione są własnych ruchów i odznaczają się niezwykle słabą żywotnością i odpornością. Barwią się także zwykłemi anilinowemi farbami i według sposobu GRAM'a.

Co się tyczy ilości bakterji, to w cięższych przypadkach koklusu płwocina jest w nie obficie zaopatrzona, w lżejszych zaś i na początku choroby nieraz dość drobiazgowo trzeba przejrzeć preparat, aby je odnaleść. Leżą one zazwyczaj oddzielnie, pojedynczo lub niewielkimi gromadkami, choć często spotykać się dają i gęściej zbite masy; wewnątrz komórek widzimy je rzadko, zwykle pozostają one poza ich obrębem. Hodowle [na surowicy, żelatynie] nie posiadają charakterystycznego, sobie tylko właściwego, wyglądu; szczepienie na zwierzętach dotychczas nie dawało dodatnich wyników.

We wszystkich spostrzeganych przez siebie przypadkach, których liczba dosięgała 30, autorzy zawsze wykrywali powyższe bakterje; szczególnego znaczenia, ich zdaniem, nabiera przypadek, w którym przy niepewnem rozpoznaniu wykrycie omawianych laseczników w płwocinie na kilka dni przed wystąpieniem typowych klinicznych objawów, rozpoznanie posta wie pozwoliło.

(*Deutsche Med. Wochenschrift*, Nr. 37. 1897).

J. Landstein.

110. H. Park et Jonathan Wright. Bakterje nosa normalnego i własności bakterjobjęca śluzu nosowego.

Wielu badaczy śluzu nosowego przyszło do przekonania, iż w nosie jest bardzo mało bakterji. Dla przekonania się o tem dowodnie, powyżsi autorowie jeszcze raz zbadali śluz u 36 osobników z nosem normalnym, przy zachowaniu wszelkich ostrożności co do przedsionka nosa, gdzie zwykle bywa dużo drobnoustrojów. Rozpoczęli swe badania od tego, że obcięli włoski nożyczkami wysterylizowanemi i zdezynfekowali okolicę przedsionka nosa sublimatem następnie wprowadzili głęboko watę sterylizowaną, którą wyciągali wraz z dużą ilością śluzu, poddawanego następnie badaniu. W rezultacie nie znaleźli 6 razy na 36 przypadków żadnych drobnoustrojów. W jednym przypadku śluz był zabójczy dla rozwoju lasecznika węglkowego.

Jako przyczynę nieobecności bakterji w śluzie nosowym uważają powyżsi autorowie następujące warunki:

- 1) ciężkość śluzu, który, opadając z górnych odcinków nosa, unosi ze sobą drobnoustroje i usuwa je na zewnątrz;
- 2) tak samo działają ruchy migawkowe nabłonka błony śluzowej nosa;
- 3) błona śluzowa nosa nie jest dobrym podłożem dla rozwoju większości bakterji;
- 4) obecność włosków w przedsionku nosa nie pozwala drobnoustrojom przenikać głębiej do jam nosowych.

S. Oppenheim.

(*Revue hebdom. de laryng., d'otologie et de rhinologie*, Nr. 37. 1897).

111. Prof. A. Lorenz. O łamaniu garbów sposobem Calot'a.

Dotychczasowa metoda leczenia garbów polegała na wyciąganiu i przeciwwyciąganiu kręgosłupa z jednoczesnem wywarcieciem ucisku na wierzchołek gardła, otrzymane stąd polepszenie starano się utrwalić rozmaitymi przyrządami ortopedycznymi. CALOT zmienił taktykę na zaczepną, i jakkolwiek niemo-

żna jeszcze przewidzieć, jak się ona skończy niepodobna odmówić inicjatorowi jej odwagi, dochodzącej do zuchwalstwa. Posługując się jego sposobem możemy mieć w przyszłości wyniki bardzo dobre, nie należy jednak przypisywać ich wyłącznie temu zabiegowi, bo i przy dotychczasowym postępowaniu przeważna część chorych poprawia się wyraźnie.

Rozważmy teraz, czy mlecz paciierzowy przy prostowaniu garbów istotnie jest wystawionym na niebezpieczeństwo, czy też nie. Skrzywienie mleczca znika, skoro tylko po wyprostowaniu garbu zniknie występ na którym mlecz spoczywa; przytem jednak ulega on szarpaniu, na które tkanka nerwowa wogóle jest bardzo wrażliwą, jak to widzimy na przypadkach uszkodzenia nerwu kulszowego przy wprawianiu wrodzonego zwiechnięcia uda, albo przy prostowaniu przykurczenia stawu kolanowego. Chociaż wzmiankowane uszkodzenia po wielu miesiącach przechodzą zwykle bez śladu, autor wnioskuje ztąd, że nie należy prostować garbów zbyt gwałtownie. Los mleczca również jest zależnym od zachowania się przedkręgowych ropni. O ile pęknięcie ropnia przy prostowaniu garbu może być pomyślnem gdy zmniejsza się przeto ucisk mleczca, o tyle w przeciwnym razie naprężenie ropnia wskutek wyciągnięcia jego otoczki może powiększyć jeszcze istniejący już ucisk. MENARD (*Gaz. hebdomadaire 1897. N-r 43*) już rozpoczął studia anatomiczne nad wpływem prostowania garbów na zawarte w nich ogniska i nadmieniał o możliwości rozerwania opon i krwawienia w mięszu mleczca. Jakkolwiek dotychczasowe chociaż nie-liczne próby wykazują, że chorzy wogóle dobrze znoszą zabieg CALOT'a i że obawy okazały się przesadzonemi, musimy jednak brać pod uwagę przynajmniej to niebezpieczeństwo, jakie zwykle grozi choremu przy prostowaniu gruzliczych stawów, a więc przedewszystkiem rozlanie się ropy w sąsiednich tkankach. Co do upływu samego uszkodzenia podczas prostowania na postęp zapalenia, to możemy go wcale nie brać na uwagę.

Chociaż nie można jeszcze stanowczo ocenić metody CALOT'a, jednak teraz już musimy się wyrzec zbyt różowych nadziei co do trwałości wyników przez nią osiągniętych; nie trzeba zapominać, że przyczyną garbu jest gruzlica kręgow i że przy najmnijszym nawet skrzywieniu musi być brak w kości. Brak ten po wyprostowaniu ma być wypełnionym nową tkanką kostną, lecz niestety, gruzlica nie tworzy zdrowych tkanek, ale je niszczy.

Po wyprostowaniu garbu CALOT trzyma pacjenta w gipsie 6—8 miesięcy; czas ten może wystarczyć na wypełnienie nową tkanką braku w kręgach tylko w takim razie, jeżeli brak ten był niezbyt dużym, a ogólny stan chorego i inne warunki sprzyjają leczeniu. MENARD i BRUN wykazali na sekcjach, że jamy kostne w kręgach dochodzą nieraz do 6—8 ctm.; wypełnienia zaś kością takiej jamy w bezpośredniem sąsiedztwie gruzlicy, jeszcze nie spotykano w patologii gruzlicy; musiałyby chyba wyrastać z otaczających kości stalaktyty i stalagmity, któreby spajając się wzajemnie ustalały kręgosłup, albo też powstała po zniszczonych kręgach okostna zaczęłaby wytwarzać nową tkankę kostną.

Kręgosłup po wyprostowaniu mógłby pomyślnie spełniać swoje zadanie i bez utworzenia nowej tkanki kostnej, ale tylko w takim razie, gdyby garb był przesunięty wprost na przeciwną stronę, a więc ku przodowi (*lordosis*).

Bądź co bądź nawroty garbów są bardzo prawdopodobne i mogą być nawet bardzo niebezpieczne, jeżeli nastąpią nagle. Błędem jest mniemanie, jakoby garb miał tworzyć się tylko skutkiem działania ciężaru ciała na chore kręgi. Autor twierdzi, że bardzo ważnym czynnikiem jest skurecz mięśni odruchowy, występujący przeważnie w początkach choroby. Okolica chorych kręgow unieruchomiona wskutek skureczu mięśniowego, często bywa zupełnie niebolesną, dziecko chore bawi się dzięki temu po całych dniach, wygięte w pewnej pozycji; dopiero podczas snu, kiedy skurecz ten znika, najmniejsze poruszenie

sprawia dziecku ból dotkliwy. Opatrunek CALOT'a, chociaż obejmuje chorego od czupka głowy do miednicy włącznie, nie zapobiegnie wzmiankowanym skurczom mięśniowym, ponieważ pomiędzy gipsem i ciałem pomimo waty zawsze zostanie trochę miejsca dla nieznacznych ruchów kręgosłupa.

CALOT zaleca swój zabieg w początkach cierpienia kręgosłupa, twierdząc, że gojenie się przy jego metodzie trwa 5—10 miesięcy, a przy innych 2—5 lat. Lecz pierwszą operacyę CALOT robił trochę więcej niż rok temu, przeto za mało miał czasu i materyału, ażeby stanowcze w tym względzie wypowiedzieć zdanie.

Autor stosował ten zabieg tylko w jednym następującym przypadku.

10-letni chłopiec od roku cierpiał na niedowład dolnych kończyn a od 3-ich lat miał garb na wysokości łopatki niebolesny i dosyć ograniczony. Wyprostowanie garbu dało się wykonać bardzo łatwo, lecz natychmiast po obudzeniu się chorego autor stwierdził zupełny bezwład ruchowy i czuciowy obu dolnych kończyn, nazajutrz zaś bezwład pęcherza i odbytnicy. Opatrunek zdjęto i położono chorego do łóżka. Pomimo ścisłej antyseptyki przy wypuszczeniu moczu, zjawiała się stała gorączka, a w moczu ropa. Dopiero po 14 dniach stan chorego poprawił się co do pęcherza i odbytnicy, następnie paraliż odbytnicy ustąpił, bezwład jednak kończyn trwa już dwa miesiące bez zmiany. Garb zaczął wyrastać na nowo i na jego wysokości utworzyła się głęboka odleżyna pomimo obfitego podkładu z waty. Jakkolwiek z tego pojedynczego przypadku autor nie wysnuwa żadnych wniosków ogólnych, trudno jednak wobec wyżej wymienionych fatalnych skutków twierdzić, żeby złamanie garbu przynajmniej w górnej piersiowej części miało być zabiegiem tak niewinnym jak to głosi CALOT.

(*D. med. Wochenschr.* 1897. Nr. 35).

J. Borzymowski.

112. R. Mueller. Influenza i jej wpływ na narządy płciowe kobiece.

Na podstawie wielu spostrzeżeń, dokonanych podczas ostatniej epidemii influenzy w Monachium, autor doszedł do wniosku, że do rzędu bardzo często spotykanych powikłań powyższej choroby zaliczyć bezwarunkowo należy cierpienia narządów rodnych kobiecych. Wpływu influenzy na narządy płciowe mężczyzny autor zauważyć nie mógł i przytacza tylko jedyne spostrzeżenie FELKIN'a. Chcąc określić dokładniej stosunek, zachodzący pomiędzy influenzą, a narządami płciowymi kobiecymi, autor rozpatruje oddzielnie przypadki, dotyczące się kobiet poprzednio zupełnie zdrowych na narządy płciowe, następnie tych, które podlegały cierpieniom tych narządów i w końcu kobiet ciężarnych rodzących i położnic.

1) U kobiet, które nie rodziły i nie podlegały nigdy cierpieniom narządów płciowych, regularność podczas influenzy bywa obfitszą i trwa znacznie dłużej. Niezależnie od miesiączkowania, następują krwawienia z organów płciowych, połączone z silnymi bólami w brzuchu i krzyżu; krwawienia te są bardzo uporczywe, nie dają się zwalczyć żadnymi środkami i trwają w niektórych przypadkach jeszcze przez czas długi po wyzdrowieniu. U innych znowu kobiet występują przeważnie objawy ostrego nieżytu błony śluzowej macicy (*endometritis acuta*): zjawiają się obfite upławy, przy badaniu zaś wewnątrznej znajdujemy podwyższoną ciepłotę pochwy, obrzmienie, rozpułchnienie i nadezłość szyi macicznej, oraz nieznaczne powiększenie macicy. W pięciu przypadkach autor zauważył wysięk okołomaciczy. Co się tyczy wyżej opisanych krwawień, to były one spostrzegane [FELKIN] nawet u dziewcząt 10-cio i 12-letnich, które do tego czasu jeszcze nie miesiączkowały, jak również u kobiet starych.

2) Powyżej opisane objawy występują wyraźniej u kobiet, które poprzednio były dotknięte cierpieniami narządów płciowych; tu również w większości przypadków mają miejsce obfite krwawienia, oraz silne bóle w krzyżu i brzuchu. Objawy chorobowe zależą tu od istniejących już zmian patologicznych w narządach płciowych po poprzednio przebytych cierpieniach; przy istniejącym zapaleniu jajników (*oophoritis*) następuje obostrzenie tego cierpienia, wysięki przymaciczne i okołomaciczne powiększają się; przy *metritis* autor zauważył znaczne powiększenie macicy [o 1½—2 ctm. ponad zwykle powiększenie przy zapaleniu]. W przypadkach gdzie poprzednio miał miejsce ostry lub przewlekły nieżyt błony śluzowej macicy, występują na pierwszy plan upławy śluzo-ropne, cuchnące, nader obfite. Zauważono również podczas przebiegu influenzy szybki wzrost nowotworów w jamie brzusznej, jakoto: włókniaków podsurowicznych [2 przypadki], raków i torbieli jajnika [6 przypadków].

3) Na przebieg ciąży influenza wpływa bardzo ujemnie, gdyż w większości przypadków i bezwarunkowo częściej, niż przy innych chorobach zakaźnych, zdarzają się tu przedwczesne porody i poronienia. Przebieg poronień w zależności od influenzy, bywa o wiele burzliwszy, niż w warunkach zwykłych z powodu bardzo obfitych i niebezpiecznych krwotoków.

4) Wpływ influenzy na sam akt porodu nie został przez autora należycie zbadany, ze względu na nieznaczną ilość odpowiednich spostrzeżeń. W tych jednak nielicznych przypadkach już można było zauważyć, zgodnie z AMMAN'em [młodszym], ciężkie przygnębienie chorych, długotrwałość samego aktu porodu, oraz niezwykle bolesność skurczów porodowych.

5) W przebiegu połogu spotykamy także nieprawidłowości: odchody przez dłuższy czas są bardzo obfite, cuchnące i krwawe; zwijanie się macicy następuje powoli; wydzielanie się mleka bywa również upośledzone. W 5-ciu obserwowanych przez autora przypadkach miały miejsce nawet zapalenia okołomaciczne [lecz czy nie skutkiem zakażenia przy rękoczynach?].

Leczenie. Przedewszystkiem autor zwraca szczególną uwagę na zapobieganie, zalecając, prócz odpowiedniej higieny narządów płciowych, chininę w dawkach 0,3—0,5 [po śniadaniu]. U kobiet ciężarnych autor usiłuje zażegnać grożące niebezpieczeństwo poronienia przez zalecenie ciągłego leżenia w łóżku, zimnych okładów na brzuch i makowca [*per os*, lub też w postaci wlewań do pochwy lub odbytu 16 do 20 gtt. *tincturae opii p. d.*]. Podczas porodu należy przestrzegać najsurowiej zasad antyseptyki; autor zwraca uwagę na najmniejsze obrażenia części płciowych i przypala je chlorkiem żelaza, lub posypuje nosofenem. Przy odchodach obfitych i cuchnących stosuje przemycanie wewnątrzmaciczne roztworem kwasu bornego. Co się tyczy powolnego zwijania się macicy, to autor gorąco zaleca mięsienie macicy podług THURE BRANDT'a, przy jednoczesnym podskórnym zastrzykiwaniu ergotyiny; zabieg ten jednak stosować można tylko przy stanie bezgorączkowym.

(*Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Frauenheilkunde und Geburtshilfe I. B. 8. H.*).
Zygmunt Rosen.

113. A. Coolidge. Dysfagia historyczna.

Formę tę, opisał poraz pierwszy HOFFMANN, pomimo tego jednak i później nie odróżniano jej często od ścisku przełyku (*oesophagismus*) zależnego od cierpienia organicznego przełyku, od zmian mózgu i nerwu błędnego, od działania odruchowego innych narządów, od wpływu różnych leków, od morskiej choroby i od wścieklizny.

Dysfagia historyczna zdarza się częściej u kobiet zwłaszcza podczas ciąży i pod wpływem silnych wzruszeń; obserwowano ją jednak i u dzieci.

Objawy tej choroby są: ból, uczucie ściskania i obecności obcego ciała w przetyku. We wszystkich przypadkach zgłębnik przetykowy przechodzi bez przeszkód.

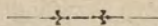
Napad mogą wywołać następujące przyczyny: ciała obce, które z przetyku przeszły do żołądka, cierpienia migdałków podniebiennych i językowego. JOHNSTON odnalazł raz przyczynę w zebraniu się woszczku w uchu.

Chorzy często chudną. Leczenie zasadza się na usunięciu przyczyn i na częstem wprowadzaniu zgłębnika.

S. Oppenheim.

(*Revue hebdom. de laryng. d'otologie et de rhinologie. Nr. 37. 1897.*)

TOWARZYSTWO LEKARSKIE WARSZAWSKIE.

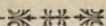


Posiedzenie z dnia 14. IX. 1897.

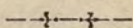
1) Prof. M. NENCKI wypowiedział rzecz p. n.: „Etyologia księgosuszu“. Odczyt ten ukaze się wkrótce w Gazecie Lekarskiej.

2) DOBROWOLSKI przedstawił mężczyznę 27 lat mającego, który przed dwoma laty, przebywając w miejscowości, dotkniętej epizootią, znaną pod nazwą zarazy pyska i racie, pijał mleko surowe, a wkrótce potem dostał, jak mówi, „zapalenia w ustach“. Cierpienie to trwało parę miesięcy, a w ciągu następnych dwu lat powracało parę razy. Obecnie przed dwoma tygodniami wystąpiło znowu. Badanie jamy ustnej chorego wykazuje na języku, na dziąsłach, na całej powierzchni wewnętrznej policzków i warg, na łukach i na migdałkach cały szereg guziczków wielkości ziarenka grochu polnego, nieco wystających nad powierzchnię błony śluzowej, łatwo krwawiących, bardzo bolesnych; gdzieniegdzie widać owrzodzenia, pokryte szarym nalotem, oraz pęcherzyki, wypełnione płynem surowicznym lub ropą. D. wyłącza u swego pacyenta afy, syfilis i gruźlicę, a cierpienie uważa za nabyte od krów, chorych na zarazę pyska i racie. Badanie bakteryologiczne nalotu z owrzodzeń zostało przedsięwzięte.

3) POLAK wygłosił odczyt p. n.: „Wpływ skupienia ludności na śmiertelność z chorób zakaźnych“. Za materyał do powyższej pracy posłużyły prelegentowi wyniki ankiety mieszkaniowej, dokonanej przed kilku laty w Warszawie. Miasto podzielono wtedy na 90 rewirów, a w każdym z nich określono liczbę mieszkańców, przypadającą na 1 pokój. Z drugiej strony P. obliczył dla każdego z rewirów liczbę zgonów osób dorosłych i dzieci na poszczególne choroby zakaźne w okresie od r. 1886 do 1892 r., czyli za lat 7. Tablice statystyczne P. wykazują, że w rewirach o większym skupieniu ludności śmiertelność ogólna z chorób zakaźnych jest większa, niż tam, gdzie na 1 pokój przypada mniejsza liczba osób: w rewirze o skupieniu 3,80 osób na 1 pokój śmiertelność ta wynosiła 53,36:10000; przy skupieniu 0,97, — tylko 22,31:10000. Śmiertelność wskutek poszczególnych chorób zakaźnych podlega tym samym prawom; nieznaczne od nich odstępstwa widzimy tylko w tablicy śmiertelności tyfusu brzuszego.



Listy otwarte do Redakcyi Gazety Lekarskiej.



SZANOWNY KOLEGO REDAKTORZE!

Z powodów odemnie niezależnych dziś dopiero jestem w stanie replikować na odpowiedź kol. SCHROETTER'a, w N-rze 30 Gaz. Lek. zamieszczoną.

Kol. S. nie zrozumiał dobrze myśli mojej, zawartej w liście z N-ru 27 Waszego pisma. Powiedziałem tam wyraźnie: „Przy słabym ucisku wklonowane odłamy nie poruszają się, a ztąd ucisk nie może wywołać bólu“, inaczej mówiąc twierdzę, że brak bólu przy stosowaniu zabiegu kol. S. nie wyłącza złamania z wklonowaniem, jeśli za złamaniem w ogóle przemawiają inne oznaki, których suma, a nie pojedynczy objaw, stanowią o rozpoznaniu. W przypadkach kol. S. bólu przy ucisku dośrodkowym nie było, bo go według mnie być nie mogło, a pomimo to złamania z wklonowaniem, jak ja je rozumiem [p. list mój z N-ru 27], istnieć mogły.

Ta właśnie myśl jest „esencją“ mojego listu; dla tej to przyczyny więcej polegałbym na umiejętnem badaniu za pomocą palców w celu wykrycia „*Bruchschmerz*“. Kol. S. zapewne zauważył, badając złamania kości, że chory inaczej reaguje na ucisk uszkodzonych części miękkich, a inaczej wskutek bólu przy ucisku kości na linii złamania; trzeba tylko umieć jednocześnie badać kość palcami i patrzeć choremu w twarz, na której uwydatnia się znaczna różnica siły bólu w pierwszym i drugim razie. Naturalnie, mowa tu być może tylko o ucisku, wywieranym prostopadłe do osi kości, i nie rozumiem, z kąd u kol. S. powstała myśl o ucisku palcami w kierunku osi kości, o czem w moim liście niema ani słowa.

W końcu jeszcze raz wyrażę żal, że kol. S. nie podał szczegółowego opisu przypadku swego, w którym wyłączył złamanie „pomimo wszystkich okoliczności i zmian, mocno przemawiających za takowem“.

W nadziei, że Szanowny Redaktor nie odmówi mi miejsca dla tych słów kilku, pozostaję

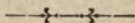
z należnym szacunkiem,
Józef Pelczyński.

SZANOWNY REDAKTORZE!

Pozwól mi uzupełnić notatkę lekarską kol. A. STEVENSONA [zamieszczoną w N-rze 35 Gaz. Lek.] wiadomością, że prócz przypadku ogólnego wyłysienia, opisanego przez LE BRUNA, w naszej literaturze istnieje jeszcze drugi opis podobnego przypadku, pomieszczony przez niżej podpisanego w Waszej Gazecie z r. 1891 na str. 722.

J. Pelczyński.

Wiadomości drobne.



— ERNEST SCHWALBE dodaje opis przypadku raka pierwotnego ścian kawermy gruźliczej, znalezionej przy badaniu zwłok osobnika, zmarłego wśród objawów gruźlicy płuc z krwiopluciem. Kawerna, wielkości jaja kurzego, leżała w górnym płacie płuca lewego, a z jednej z jej ścian wychodził guz o powierzchni nierównej błyszczącej, jednostajnie żółtej. Dalsze badanie stwierdziło, że guz był rakiem i że wychodził ze ściany oskrzela.

(*Virchow's Archiv*, 1897, T. 149).

A. K.

— GLEITSMANN rozróżnia w rozwoju zniekształceń szczęki górnej, zależnych od wyrosła adenoidalnych, dwa okresy: 1) słabszy, który charakteryzuje wydłużenie przednio-tylnego wymiaru sklepienia podniebiennego ze zbliżeniem się do siebie bocznych ścian szczęki; okres ten rozwija się przed drugim ząbkowaniem i 2) silniejszy, gdy wyrosła nie zostały usunięte i wpływem swym wywołały zmiany następujące: sklepienie podniebienne staje się jeszcze wyższem, niż w 1-ym okresie; wewnętrzne zęby sieczne, zrobiwszy obrót około swej osi, zwracają się ku sobie swemi powierzchniami językowemi; reszta zębów zmienia także swoje położenie; jedne zachodzą na drugie. Przegroda nosa, posunięta przez podniebienie ku górze, krzywi się i zmniejsza jamę nosową. Za podstawową przyczynę tych zmian uważa autor ciągły ucisk policzków na boczne powierzchnie górnej szczęki. W stanach normalnych, przy oddychaniu nosem, temu uciskowi przeciwdziała język, który ciśnie na górną szczękę z wewnątrz, przy wyrosłach zaś adenoidalnych, gdy osobnik musi oddychać ustami, język przy oddychaniu opuszcza się ku szczęce dolnej i nie wywiera ucisku na powierzchnię zębową górnej szczęki.

(*Revue hebdomadaire de laryng. d'otol. et de rhynologie. Nr 37. 1897.*)

S. Oppenheim.

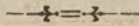
— SCHMIEGELOW opisuje zakończony śmiercią przypadek krwotoku po usunięciu wyrosła adenoidalnych z jamy nosogardzielowej. Przypadek ten dotyczył 12-letniego chłopca, operowanego przez jednego z lekarzy, za pomocą noża GORTSTEIN'a, bez uśpienia. Pacjent zachowywał się podczas operacji spokojnie, gdy nagle po parokrotnem posunięciu noża po prawej ścianie bocznej gardzieli wystąpił obfity krwotok tętniczy ustami i nosem. W parę minut potem, pomimo tamponowania i wlewania roztworu soli do żyły, chłopiec zmarł. Sekcja wykazała uszkodzenie ścian *art. carotis int.* w bliskości jej wejścia do *canalis caroticus partis petrosae*, a żadnych uszkodzeń tego naczynia na miejscu rany w ścianie bocznej gardzieli.

(*Monatsschrift für Ohrenheilkunde. 1897. Nr. 3.*)

A. K.



Wiadomości bieżące.



- Wskutek rozkazu cesarza WILHELMA preparaty gruczolu tarczowego, jako niebezpieczne, mogą być w Państwie Niemieckiem sprzedawane tylko w aptekach.
- W Zagrzebiu w drodze urzędowej ogłoszono, że za leczenie jaglicy (*trachoma*) honorarium przez lekarzy nie będzie pobierane.
- Docentem chirurgii Uniwersytetu Lwowskiego został D-r H. SCHRAMM.

Zmarli: w Abbazyi EDWARD V. HOFMANN, profesor medycyny sądowej Uniwersytetu Wiedeńskiego;
w Upsali FRITHJOF HOLMGREN, znany powszechnie fizyolog szwedzki;
w Paryżu BERNARD LUIS, przed CHARCOT'em najbardziej znany neuropatolog paryski;
w Budapeszcie znany chirurg, JÓZEF KOVACS;
w Karakalinie w Rossyi D-r JÓZEF SUPIŃSKI.

DO PP. PRENUMERATORÓW.

Upraszamy Pp. Prenumeratorów, którzy zalegają z opłatą, o rychłe uregulowanie rachunków.

Wydawca, D-r St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny, D-r Wł. Gajkiewicz.

Дозволено Цензурою, Варшава 12 Сентября 1897. Друк Ковалевського, Warszawa, Mazowiecka 8