

GAZETA LEKARSKA.

I. CIAŁA OBCE W UCHU.

Podał

Władysław Mączewski,

lekarz ambulatoryum dla chorób uszu i nosa w Zakładzie leczniczym dla dzieci D-ra J. BĄCZKIEWICZA w Warszawie.

— 3 —

Wobec faktu, że z ciałami obcymi w uchu, zwłaszcza u dzieci, każdy lekarz bardzo często ma do czynienia, a nieodpowiednie postępowanie przy wydobyciu tych ciał bywa nieraz przyczyną nie tylko ciężkich stanów chorobowych, lecz nawet śmierci pacyenta, sądzę, że krótkie przedstawienie tak objawów, wywołanych przez wzmiankowane ciała, jak i rękoczynów, używanych dla ich wydalenia, nie będzie bez pożytku.

Chociaż ciała obce w uchu nie przedstawiają żadnego niebezpieczeństwa dla pacyenta, jeżeli tylko pozostawione będą w spokoju, jak powiada L. JACOBSON (*Lehrbuch f. Ohrenheilkunde str. 339*), niestety rzadko to ma miejsce; wiemy bowiem jaką obawą napełnia podobny przypadek chorego i jego otoczenie, zwłaszcza jeżeli dotyczy dziecka. Zaczynają się wtedy próby wyjęcia ciała obcego z ucha za pomocą szpilek podwójnych, szydek, pincety, kornceangów i t. p. narzędzi, naturalnie bez należytego oświetlenia przewodu słuchowego zewnętrznego i bez użycia wziernika.

Skutek podobnych rękoczynów zwykle bywa taki, że ciało obce popychane coraz głębiej, powoduje bardzo poważne obrażenia przewodu słuchowego zewnętrznego, błony bębenkowej, różnych części ucha średniego, a nawet wewnętrznego.

Że tak nieraz bywa, przytoczę tu chociażby jeden ze spostrzeganych przezemnie przypadków. W czerwcu r. b. zgłosiła się do ambulatoryum zakładu leczniczego D-ra BĄCZKIEWICZA dla dzieci Stanisława K... z dziewczynką ośmioletnią, prosząc o wyjęcie kamienia, który dnia poprzedniego jakiś złośliwy chłopiec włożył jej do ucha. Udała się zaraz z dziewczynką do znajomego lekarza [nie specjalisty], ten zaś, próbując wyjąć ów kamień jakimś kleszczami, rozkrwawił ucho, przyczem dziecko, podług jej wyrażenia, wilo się z bólu.

Przy badaniu znalazłem: ucho zewnętrzne prawidłowe, u wejścia do przewodu słuchowego zewnętrznego znajdowało się nieco zeschniętej krwi, przewód sam wypełniony skrzepami. Po należytem przemyciu przewodu 3% roz-

tworem kwasu bornego i dokładnem wysuszeniu watą hygroskopijną, okazało się, że ściany przewodu nigdzie nie były naruszone, na błonie bębenkowej zaś, w tylnym dolnym jej odcinku, znajdował się otwór z nieregularnymi brzegami, wielkości 3 do 4 mm., w którym to otworze można było dostrzedz ciała obce. Błona bębenkowa mocno przekrwiona, rękojeść i krótki wyrostek młotka niewidoczne. Przy badaniu zgłębnikiem, przedsięwziętem ze wszelkimi ostrożnościami, wyczuwało się ciało twarde, ruchome, które następnie dało się dosyć łatwo pochwycić i wyjąć.

Był to rzeczywiście mały kamień [kwarc] z nierówną, chropowatą powierzchnią, kształtem zbliżony do kuli 5 mm. średnicy. Ucho jeszcze raz przestrzyknięto 3% roztworem kwasu bornego i zatamponowano gazą jodoformową. Chora więcej się nie pokazała.

Przystępując do opisanja objawów, wywołanych obecnością ciał obcych w uchu i sposobów ich wydalania, opierać się będą głównie na pracy D-ra R. HOFFMANN'a pod tytułem: *Die Fremdkörper des Ohres, ihre Beziehungen zur Nachbarschaft und ihre Behandlung (Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Nasen—Ohren—Mund und Hals—Krankheiten I. Band, Heft 12. 1896)*.

Jak wiadomo, przewód słuchowy zewnętrzny przebiega skośnie od zewnątrz ku wewnątrz i nieco ku przodowi, przyczem skręca się około swej osi w ten sposób, że u wejścia ściana przednia w przebiegu dalszym staje się przednią dolną, tylna zaś—górną tylną. Część chrzęstna przewodu, zaczynając od wejścia, gdzie jest najszersza, zwęża się stopniowo. Część kostna, w swym zewnętrznym końcu najszersza, zwęża się również i po $\frac{2}{3}$ swego przebiegu tworzy *isthmus*, za którym znowu się rozszerza, przyczem ściana dolna obniża się, tworząc zagłębienie ważne dla nas z tego względu, że w niem nieraz ciała obce niewielkiej objętości ukrywają się przed naszym wzrokiem. Z powodu skośnego ustawienia błony bębenkowej, pojedyncze ściany przewodu nie są jednakowej długości; mianowicie, przednia dolna ściana jest znacznie dłuższa od tylnej górnej, okoliczność, o której należy pamiętać, gdy chodzi o wydobywanie ciała obcego, znajdującego się blisko błony bębenkowej. Tu wspomnieć jeszcze należy o stosunkach przewodu słuchowego zewnętrznego do części otaczających, gdyż potrzebnem to jest do zrozumienia następstw, jakie wyniknąć mogą z powodu obrażenia ścian tegoż, przy gwałtownem wpychaniu lub wyciąganiu ciała obcego.

I tak, tylna ściana części chrzęstnej od tyłu i od góry nie posiada chrząstki, lecz tylko tkankę łączną, przez co skóra jej łączy się bezpośrednio z okostną wyrostka sutkowego. Na ścianie przedniej dolnej skóra przewodu przez *incisuræ Santorinianaæ* sąsiaduje ze ślinianką przyuszną, oprócz tego ściana ta w całym swym przebiegu jest w blizkiem sąsiedztwie ze stawem szczęki dolnej. Ściana ta godną jest uwagi i z tego względu, że zwłaszcza u dzieci zapalenie jej wskutek urazu przez *fissura petro-squamosa* i *petro-tympanica* może przejść do jamy czaszki lub jamy bębenkowej. Wreszcie wszelkie obrażenia przewodu nigdy nie są obojętne z powodu obecności w normalnej woszczyźnie różnych mikroorganizmów, których ROHRER znalazł aż 16 gatunków

Ciała obce, znajduwane w uchu, bywają najrozmaitsze. Najczęściej znajdujemy je w przewodzie, nierównie rzadziej w trąbce EUSTACHIUSZA, a w jamie bębnekowej i wyrostku sutkowym tylko wtedy, gdy zostaną tam wepchnięte ze znaczną siłą. Zwykle dostają się one do ucha przypadkowo, nierównie rzadziej wprowadzane bywają umyślnie. Co się tyczy trąbki EUSTACHIUSZA, to znane są tylko dwa przypadki dostania się do niej ości jęczmiennej *spon-taneo modo* z przelyku, częściej spotykamy tam odłamki świeczek z laminaryi lub z celuloиду, używanych do rozszerzania zwiężeń. Do trąbki EUSTACHIUSZA i przez nią do ucha średniego najczęściej dostaje się woda przy przestrzykiwaniach nosa.

Objawy, jakie obce ciała wywołują, są bardzo rozmaite i zależą od ich własności, położenia i miejsca, w którym się znajdują; sama ich obecność może nie wywołać żadnych objawów, gdyż, jak wiemy, nieraz przez cały szereg lat mogą tam pozostawać, nie zdradzając niczem swej obecności. Częściej jednak powodują one przytępienie słuchu, szmery, a wskutek ucisku na błonę bębnekową nastąpić może częściowy lub ogólny jej zanik. Jeżeli ciało obce posiada powierzchnię chropowatą lub ostre brzegi, łatwo rani części miękkie, powodując ból, szmery i miejscowe sprawy zapalne. W przypadku np. cytowanym przez HOFFMANN'a, odłamek włosa, dotykając jednym końcem błony bębnekowej, wywoływał tak silny ból, iż HOFFMANN przypuszczał, że ma do czynienia z zapaleniem ucha średniego. Po wyjęciu włosa ból ustał, a przekrwienie błony bębnekowej wkrótce ustąpiło. Sam spostrzegałem podobny przypadek u dwuletniego dziecka, u którego w przewodzie słuchowym lewego ucha znalazłem kawałek pierza z poduszki; dotykał on swym ostrym końcem błony bębnekowej, niepokojąc w najwyższym stopniu dziecko. Po wyjęciu ciała obcego dziecko natychmiast się uspokoiło, a po kilku dniach błona bębnekowa przedstawiała się zupełnie prawidłowo. Odłamki kłosów zbóż i traw są przyczyną nieraz znacznego bólu, a często powodują ciężkie sprawy zapalne.

Nierównie dokuczliwsze dla pacjenta objawy spostrzegamy przy obecności w uchu żywych owadów, które swymi ruchami lub silnem przyczepieniem się do skóry przewodu lub błony bębnekowej doprowadzają ludzi niemal do szału.

Oprócz miejscowych objawów, ciała obce w uchu mogą wywołać i ogólne objawy, tak np. wskutek ucisku na gałąź uszną nerwu błędnego mogą wystąpić: uporczywy kaszel, napady dusznicy, nudności, a nawet wymioty. Dalej spostrzegano połowiczny bezwład, padaczkę, skurcz przelyku, połowiczny ból głowy i inne zaburzenia ze strony nerwów czuciowych i ruchowych.

Przy zaklinowaniu ciała obcego w przewodzie, jeżeli po za niem nastąpi ropienie i jeżeli ciało takie dość wczesnie nie zostanie usunięte, to wskutek zatrzymania odpływu ropy, mogą wystąpić ciężkie powikłania wewnątrzczaszkowe [*meningitis*, ropnie w mózgu].

W jamie bębnekowej ciała obce same przez się również mogą dłuższy czas, nie wywoływać żadnych groźnych objawów, ponieważ jednak zwykle dostają się one przez wepchnięcie przy nieumiejętnem wydobywaniu, obecność ich wywołuje nieraz bardzo poważne następstwa.

Co się tyczy trąbki EUSTACHIUSZA, to przedmioty gładkie, w krótkim czasie przy ruchach wykrztuśnych i wymiotnych zwykle same wypadają; co innego, jeżeli to będą ciała o nierównej powierzchni, jak ości zbóż. Takie ciała łatwiej posuwają się w kierunku jamy bębnekowej, a wywołując tam ropne zapalenie z przedziurawieniem błony, dostają się do przewodu słuchowego zewnętrznego, z kąd już łatwo wydalone być mogą.

Również i woda, gdy przez trąbkę EUSTACHIUSZA dostanie się do ucha średniego, wywołuje mniej lub więcej silne sprawy zapalne. Obecność ciała obcego w wyrostku sutkowym prowadzi naturalnie do zapalenia i jego następstw.

Rozpoznanie obecności ciała obcego w uchu bywa niekiedy łatwe, niekiedy trudne, a czasami nawet zupełnie niemożliwe; zależy to od wielkości i miejsca, w którym ciało obce się znajduje. Niekiedy trudność rozpoznania ciał obcych polega na małej różnicy w zabarwieniu od otaczających części ucha. Do takich ciał należą małe pluskwy, pająki i pchły; te ostatnie mogą być wzięte za zeschniętą woszczyne.

Daleko większą trudność przy rozpoznawaniu ciał obcych w uchu przedstawiają te przypadki, w których robione były już nieudatne próby wyjęcia ich różnymi narzędziami; wtedy bowiem znajdujemy nieraz ściany przewodu bardzo mocno obrzmiałe, nie pozwalające obejrzenia głębszych części ucha, lub błonę bębnekową przerwaną, której strzępki zakrywają ciało obce, znajdujące się za błoną.

Badania w celu rozpoznawczym należy dokonywać tylko przy dostatecznym oświetleniu z użyciem wziernika usznego. Zgłębnikiem posilkować się należy tylko w przypadkach wyjątkowych, w każdym razie użycie to kontrolować należy wzrokiem. JACOBSON radzi użycie zgłębnika tylko w tych przypadkach, w których, wskutek nieumiejętnych prób wyjęcia ciał obcych przy pomocy narzędzi, ściany przewodu są mocno obrzmiałe, przewód sam wypełniony skrzepami krwi lub ziarniną do tego stopnia, że ciała obcego zobaczyć nie możemy. Przy badaniu zgłębnikiem głowę pacjenta należy unieruchomić lub wykonać ten rękoczyn pod chloroformem. Lecz sam zgłębnik o rozpoznaniu decydować nie może, ponieważ w tych przypadkach, w których przewód jest zraniony, lub błona bębnekowa przerwana, dotknięcie się kostnych ścian przewodu, lub ścian wewnętrznej jamy bębnekowej może nam dać uczucie ciała obcego.

Rozpoznanie ciała obcego w trąbce EUSTACHIUSZA, o ile koniec jego wystaje do jamy noso-gardzielowej, z pomocą tylnej rynoskopii nie przedstawia trudności. Jeżeli woda dostała się przez trąbkę do ucha średniego, rozpoznajemy ją po szmerach przy przedmuchiowaniu ucha kateterem, lub po charakterystycznej linii na błonie bębnekowej, odpowiadającej poziomowi wody.

Już w roku 1713 CELSUS podał sposób wydalania ciał obcych z ucha, za pomocą przestrzykiwania przewodu ciepłą wodą. Sposób ten w znacznej większości przypadków zupełnie wystarcza, a co ważniejsza, nie wymaga specjalnej wprawy, jak użycie narzędzi. Według LOFFMANN'a, KESSEL w 75% przypadków wydalil z ucha ciała obce szprycą. Na klinice w Halli w przeciągu

10 lat procent był jeszcze wyższy, bo doszedł do 85%. Procent ten byłby niezawodnie jeszcze większy, gdyby próby wyjęcia ciał obcych nie były robione nieumiejętnie, co zresztą bardzo często się zdarza. Według POLITZER'a, zaledwie 10% wszystkich przypadków dostaje się bezpośrednio do rąk specjalistów.

Przy przestrzykiwaniu należy ucho silnie odciągnąć na zewnątrz i ku górze, aby przewód, o ile możności, wyprostować, a koniec szprycy oprzeć o tylną górną ścianę. Naturalnie, że przy ciałach większej objętości strumień wody należy skierować do wolnej przestrzeni pomiędzy ścianą przewodu a ciałem. HOFFMANN radzi przed przestrzykiwaniem wkropić nieco wody do przewodu dla wypełnienia przestrzeni pomiędzy ciałem obcym i błoną bębenkową, wtedy bowiem strumień wstrzykiwanej wody zyska na sile w kierunku od błony na zewnątrz. Jeżeli nie uda nam się wydalenie ciała obcego za pomocą przestrzykiwania w pozycji siedzącej pacjenta, należy spróbować przestrzykiwania, ułożwszy go na grzbiecie, ze zwieszoną mocno na dół głową. Sposób ten oddaje znakomite usługi, zwłaszcza przy ciałach ze znacznym ciężarem gatunkowym, a małej objętości, jak np. ziarnka szrutu. Ciała te, jak wspomniano wyżej, dostają się do zagłębienia w ścianie dolnej przewodu tuż przy błonie bębenkowej; zwiesiwszy więc głowę na dół, zmieniamy stosunki o tyle, że ściana dolna przewodu staje się górną, wtedy ciało obce własnym ciężarem spadnie na ścianę górną przewodu, po której popychane wodą łatwo wytoczy się na zewnątrz.

Przestrzykiwań nie należy stosować, jeżeli ciało obce powierzchnią wydrążoną zwrócone jest na zewnątrz [np. kostki od ołówków], gdyż strumień wody popchnie je głębiej. Przy ciałach łatwo pęczniejących, jak groch i t. p., zamiast wody należy użyć oliwy lub gliceryny. Jeżeli mamy do czynienia z ciałem już mocno napęczniałym, trzeba się postarać o zmniejszenie jego objętości, co osiągniemy wkropieniem do ucha płynów wyciągających wodę [1—2% roztwór kwasu karbolowego w glicerynie, lub roztwór sublimatu w spirytusie w stosunku 1:1000], poczem dopiero szprycujemy wodą.

Jeżeli w przewodzie słuchowym znajdują się żywe owady i nie udaje się wydalic ich za pomocą przestrzyknięcia wodą, należy nalać do ucha ciepłej oliwy lub gliceryny, albo wreszcie wzmiankowanego poprzednio roztworu sublimatu w spirytusie w celu zabicia ich, po chwili wypłyną one same na powierzchnię. Niekiedy jednak owady tak mocno przyczepione są do ścian przewodu, lub błony bębenkowej, że trzeba je wyjmować odpowiednią pincetą. Przy pijawkach najlepiej użyć wody z solą.

Inne metody, jak: wstrząsanie, przyklejanie pędzelka do ciał obcych za pomocą gumy, *collodium* i t. p., przedstawiają bardzo małą wartość.

Pozostaje bardzo niewielka liczba przypadków, w których za pomocą przestrzykiwań nie udaje się wydalic ciał obcych z ucha. Należą tu przypadki, w których błona bębenkowa jest przedziurawiona, czy to przez samo ciało, czy to skutkiem poprzednich spraw chorobowych; wtedy bowiem woda, przepływając przez otwór, dostaje się do trąbki EUSTACHIUSZA i nie natrafia na ścianę, o którą odbiwszy się, mogłaby pociągnąć za sobą ciało obce. Ró-

wnieź w przypadkach, w których ciało obce tak jest w przewodzie zaklinowane, że woda po za nie przedostać się nie może. W tym razie należy ostrożnie spróbować zmienić położenie ciała obcego.

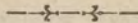
Tak więc we wszystkich tych przypadkach, w których nie uda nam się przestrzykiwaniem wydalić ciał obcych z ucha, zmuszeni jesteśmy użyć narzędzi. Aby jednak wykonać wszelkie potrzebne do tego rękoćzyny bez szkody dla pacyenta, oprócz dokładnej znajomości stosunków anatomicznych, trzeba mieć odpowiednie narzędzia, a głównie mieć znaczną wprawę i zręczność w użyciu ich, lecz to już jest rzeczą specjalistów.

II. CHINOSOL, JAKO ŚRODEK ANTYSEPTYCZNY.

Napisał

D-r Czesław Barszczewski,

asystent szpitala Św. Ducha w Warszawie.



Dzisiejsze wymagania medycyny praktycznej w sprawie wartości i wyboru środków antyseptycznych dezynfekcyjnych są znacznie większe, niż dawniej. Każdy antyseptyk, dziś używany w praktyce z większym lub mniejszym powodzeniem, prócz niezawodnych własności bakteryobójczych, winien posiadać jeszcze pewne własności fizyczne, chemiczne i farmakologiczne. Innemi słowy: wymagamy, aby dany środek dezynfekcyjny najpierw był nietrujący i nie wywierał jakiegokolwiek bądź szkodliwego działania na ustrój, następnie aby był niehygroskopijny i jednocześnie rozpuszczał się łatwo w wodzie, dalej aby nie był lotny i nie posiadał nieprzyjemnego zapachu, wreszcie aby był związkiem chemicznie ściśle określonym, czystym i tanim. Że tym warunkom nie odpowiadają najbardziej dziś używane środki antyseptyczne, jak: kwas karbolowy, jodoform, sublimat i t. d., zbytecznem jest dowodzić. Wiadome bowiem są częste przypadki zatrucia jodoformem, kwasem karbolowym i sublimatem zwłaszcza w praktyce kobiecej i dziecięcej i kazuistykę tych przypadków niemal codziennie pisma lekarskie notują.

Dla przykładu przytoczę spostrzeżenia prof. D-ra J. ROSENBACH'a z Getyngi 1896 r. nad działaniem kwasu karbolowego. W artykule pod tytułem „*Ueber die Gefahr der Karbolgangrän nach äusserlicher Anwendung vor Karbolsäure*“, autor przytacza cały szereg przypadków, w których po zastosowaniu 3% wody karbolowej już po kilku godzinach występowały oznaki zgorzeli.

Z pośród nowych środków dezynfekcyjnych w ostatnich czasach zasługuje pod każdym względem na szczególną uwagę „chinosol“. Ten środek antyseptyczny, zdaniem STEENHUISEN'a, CHATTAWAY'a i innych, w wielu przypadkach przewyższa sublimat, a w porównaniu z kwasem karbolowym i jego pochodniami [Kreolina, Lizol, Krezol i t. d.] okazuje się silniejszym od 30 do 50 razy.

Liczne prace bakteriologiczne dowodzą znacznej siły bakterycydy chinosolu, który w rozcieńczeniu 1:200,000 wstrzymuje rozwój *staphyloc. aur.* a w 1:45,000 karbunkułu (*bac. anthracis*) [BEDDIES et TISCHER]. Według CHATTAWAY'a i LONDON'a, chinosol w rozcieńczeniu 1:30,000 zabija po 10 minutach przecinki choleryczne, w rozcieńczeniu 1:15000—10000 bakterye róży, dyfterytu i tyfusu brzuszego.

Nowy ten środek antyseptyczny, badany przez D-ra L. NENCKIEGO i przezemnie w pracowni chemiczno-lekarskiej szpitali Warszawskich, okazał następujące własności chemiczno-bakteriologiczne.

Chinosol, sól potasowa sulfooksyncholininy, wzoru $C_9H_6N_2O_5K$, przedstawia się w postaci proszku drobnokrystalicznego, posiada barwę żółtą, oddziaływanie kwaśne, smak silnie ściągający. Chinosał ma zapach przyjemny, aromatyczny, podobny do szafranu. W wodzie ciepłoty pokojowej rozpuszcza się łatwo [około 60%], w wodzie gorącej w każdym stosunku.

Kwaśność chinosolu, obliczona na kwas winny, wynosi 24; nawet w stężonych roztworach chinosał białka nie ścina; podawany do wewnątrz zwierzętom w ilości 1—2 grm. *pro dosi*, nie wywołuje żadnych objawów trujących. Chinosał zabija drobnoustroje: *staphylococcus pyog. albus*, *staphyl. pyog. aureus* et *bacillus anthracis* w roztworach 1:1000, po 15 minutach, 1:5000 po 30 min., 1:10000 po 1 godzinie; w większym rozcieńczeniu, jako to: 1:30000, 1:40000, 1:50000 chinosał zabija wyżej wymienione drobnoustroje dopiero po jednej, dwu, lub trzech dobach.

Z powyższego wynika, że chinosał posiada w wysokim stopniu własności bakterycydy, nie ustępując powszechnie używanym środkom dezynfekcyjnym, jako to: sublimatowi, kwasowi karbolowemu i t. d., przewyższając je natomiast pod tym względem, że:

- 1) nie ścina białka i tem samem nie traci na sile dezynfekcyjnej,
- 2) nie posiada własności trujących,
- 3) łatwo rozpuszcza się w wodzie zwykłej ciepłoty,
- 4) posiada zapach przyjemny, aromatyczny,
- 5) nie działa drażniąco na naskórek i błony śluzowe.

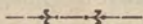
Najszerze zastosowanie chinosał znajduje w praktyce ginekologicznej i akuszeryjnej w postaci irygacji 1—2:1000; dalej w drobnej praktyce chirurgicznej przy ropnych ranach i atonicznych owrzodzeniach w postaci waty i gazy nasyconej, maści, proszku, pudru, ciasta i płynów.

Przy cierpieniach gardła, krtani, nosa i ucha chinosał bywa używany w postaci płukań, irygacji, wzięwań i zasypywań; następnie w praktyce skórnej i wenerycznej specjaliści zalecają go w postaci świeczek, maści, pudrów i szprycowań. Wreszcie chinosał stosowany jest wewnętrznie przy cierpieniach przewodu kiskowego.

Do dezynfekcyi rąk chinosał nadaje się w zupełności, do dezynfekcyi zaś narzędzi chirurgicznych nie może być używany ze względu na znaczny kwaśny odczyn, dzięki któremu tworzy z żelazem związku.

W handlu chinosol można nabyć w prasowanych tabletkach 0,5 lub 1,0 gramowych w szklanych rurkach po 10 sztuk w każdej. Cena takiej rurki wynosi 50 kop. do 1 rubla.

III. LISTY Z PARYŻA.



2) Wydłużanie mlecza przy leczeniu wiądu rdzenia. Wydłużanie nerwów w celu leczenia owrzodzeń pochodzenia neurotroficznego.

CHIPAULT pracuje ciągle nad rozjaśnieniem wpływu wydłużania nerwów na przebieg rozmaitych zjawisk klinicznych, zależnych od cierpień czy to obwodowych, czy ośrodkowych, a badania te skłoniły go do zaproponowania kilku nowych pomysłów leczniczych.

Gazeta Lekarska w numerze 23-im z roku bieżącego dała w dziale wiadomości drobnych streszczenie z komunikatu CHIPAULT'a i GILLES DE LA TOURETTE'a, z którego dowiadujemy się, że panowie ci stosowali z dość znacznym powodzeniem wydłużanie bezkrwawe mlecza ¹⁾ u tabetyków. Otóż CHIPAULT i GILLES DE LA TOURETTE pokazali mi licznych chorych, którzy obecnie bywają u nich w *hospice de la Salpêtrière* i poddają się tej metodzie leczenia. Specjalny przyrząd, pomysłu CHIPAULT'a, pozwala na bardzo dokładne zginanie kręgosłupa ku przodowi u osobnika, siedzącego z wyprostowanymi w kolanach i przytwierdzonymi do przyrządu nogami.

Takie zginanie, jak się o tem CHIPAULT i GILLES przekonali w szeregu doświadczeń specjalnych, pozwala na istotne i dość znaczne wydłużenie mlecza oraz korzeni zeń wychodzących i tem samem przewyższa metodę CHARCOT-MOCZUTKOWSKIEGO, przy której wydłużenie mlecza jest wprost problematyczne i stwierdzić się nie daje. Ponieważ w bardzo wielu przypadkach miałem sposobność stosowania owej suspensyi podług MOCZUTKOWSKIEGO, przeto byłem w stanie potwierdzić zdanie CHIPAULT'a, który zwrócił uwagę na to, że u wielu chorych zawieszanie takie jest albo bardzo trudne, albo wprost niemożliwe. U osób krwistych, bardzo otyłych, bardzo ciężkich, u osób z kruchymi naczyniami krwionośnymi i t. d. występowały objawy niepokojące, albo też sam akt zawieszania był dla nich tak przykry, lub bolesny, że musieliśmy albo skracać trwanie rękoćzynu do kilkunastu sekund, nie osiągając żadnego wyniku mechanicznego, albo zaniechać stosowania metody.

Przy elongacyi przez zginanie nie tylko wpływ na mlecz jest stanowczo bez porównania pewniejszy i większy, ale i metoda sama żadnych przykrości choremu nie przysparza. Dzisiaj zginanie kręgosłupa trwa nieraz do kwadransa i dłużej, a odbywa się dwa razy na tydzień, przez parę miesięcy. GILLES i CHIPAULT, komunikując Akademii lekarskiej wyniki swych spostrze-

¹⁾ Mylnie wydrukowano kręgosłupa (*Przyp. aut.*).

żeń, oświadczyli, że dolna część rdzenia, a szczególnie jego części tylne ulegają najbardziej owemu wydłużeniu, że z pośród 47-iu tabeteków u dwudziestudwóch nastąpiła bardzo wyraźna poprawa, a u dziesięciu nie można było doczekać się żadnych zmian, wreszcie że poprawa uzyskiwana tą drogą, wyraża się szczególnie w znikaniu lub zmniejszaniu się objawów bólowych, zaburzeń czuciowych w kończynach dolnych, zaburzeń pęcherzowych, wreszcie niemocy płciowej.

CHIPAULT mówił mi, że uważa swą metodę jako zadośćuczynienie zaledwie kilku wskazaniom objawowym w leczeniu osób dotkniętych więdem mlecza, że nie przypuszcza, aby wydłużanie korzeni nerwowych lub samego mlecza mogło stanowczo wpłynąć na przebieg zmian anatomo-patologicznych w nim zachodzących, że jednak niewątpliwie wpływa na cały szereg objawów obwodowych, nie wyłączając zmian troficznych, w rodzaju owrzodzeń drętowych, żrących, na nogach, owrzodzeń, które Francuzi stale nazywają „*mal perforant*“.

Widziałem tedy wielu chorych, leczonych obecnie w Salpêtrière i wypytywałem ich samych bezpośrednio o wyniki. Wszyscy bez wyjątku metodę i jej skutki chwalili: jedni goręcej [neurastenicy], inni spokojniej. Zestawiając te odpowiedzi, dowiedziałem się: 1-o że tak samo, jak przy stosowaniu każdej nowej metody, przy zginaniu kręgosłupa znika cały szereg objawów podmiotowych i przykrych, aczkolwiek nie jasno określanych sensacyi, znika wrażliwość ogólna, podtrzymywana myślą o nieuleczalności choroby, poprawia się nieraz nawet sen i łaknienie, wstępuje w chorego jakaś nowa wiara w sprawność własnego organizmu, a więc tą drogą nawet stwierdzić się czasem daje pewne ograniczenie bezładu ruchów; 2-o stanowczo i stale [u każdego z zapytywanych przezemnie] zmniejszały się znakomicie, albo zupełnie znikły nieznosne, żadnym narkotykiem nie dające się usunąć bóle oraz poprawiały się albo i bez śladu znikaly objawy pęcherzowe; 3-o kurcze żołądkowe nie ustępowały przy tem leczeniu, zaburzenia czuciowe i ruchowe kończyn górnych, jakoteż cierpienia nerwów wzrokowych żadnej zupełnie zmianie nie ulegały.

Zainteresował mnie specjalnie jeden chory, który martwił się, że wogóle przyroda postawiła pewne granice, poza które przekroczyć niepodobna przy zginaniu kręgosłupa ku przodowi, okoliczność ta bowiem pozbawia go możności poddawania się metodzie CHIPAULT-GILLES'a. Chory ten dla tego pośpieszył do Salpêtriery, chcąc się poddać temu leczeniu, że sam przypadkowym sposobem wynalazł sobie środek na uśmierzanie bólów w kończynach dolnych oraz zaburzeń pęcherzowych, przekonawszy się pewnej bezsennej nocy, że zginanie kręgosłupa ku przodowi, przy sztywno wyprostowanych kolanach, stanowczo mu pomaga. Zaczął więc sam starać się o owo zginanie lub o podnoszenie kończyn dolnych jak najwyżej w pozycji siedzącej na ziemi i doszedł do tego, iż, siedząc, tak zgina kręgosłup, że obie kończyny dolne po za barkami zakłada sobie z tyłu na kark i to mu bardzo dobrze czyni. Ten sam chory jednak powiada, że chodzi tak samo marnie, jak przedtem, a nawet może nieco gorzej, twierdząc atoli, że stanowczo nie zauważył, aby mu owo zginanie choć na jotę przyspieszyło równomiernie postępujący niedowład wszystkich kończyn.

W każdym więc razie musimy stwierdzić, że w ostatnich czasach liczba środków, którymi walczyć mamy z licznymi i różnorodnymi objawami władu mleczka, powiększyła się o dwie metody niewątpliwie pożyteczne, a więc stanowczo drogocenne: 1) metoda FRENKEL'a ¹⁾ oraz 2) metoda CHIPAULT'a—GILLES DE LA TOURETTE'a.

CHIPAULT, na dowód słuszności przypuszczeń swych o wpływie elongacji przewodników nerwowych na sprawy troficzne, zwrócił moją uwagę na szereg przypadków, w których z zadziwiająco pięknym wynikiem on, oraz kilku chirurgów paryskich, zastosowali obmyślane przezeń wydłużanie nerwów przy owrzodzeniach drążących na nogach, a więc owrzodzeniach niewątpliwie nerwowego pochodzenia. Przypuszczam, że, zanim listy moje wydrukujecie, pojawi się już w handlu księgarskim 2-gi tom „*Travaux de neurologie chirurgicale*“, tam więc czytelnicy znajdą szczegóły, dotyczące prawie wszystkich tych nowości, o których na tem miejscu jak najtreściwiej Wam donoszę. Korrekty tego tomu widziałem u CHIPAULT'a, wreszcie pokazywał mi on nawet rękopisy do następnego, 3-ego tomu przygotowane. Ale nie odbiegajmy od przedmiotu. Otóż przy owych owrzodzeniach troficznych, wywołanych przez ograniczone zapalenie nerwu, wszyscy uważali za jedynie racjonalne wskazanie: amputację, powyżej granic *neuritidis*. Przy owrzodzeniach takich, w których wywołujące ich zapalenie nerwu sięgało zbyt wysoko, oraz przy tych [najczęstszych], które zależą od choroby samego rdzenia, pozostawały leczącemu dwie drogi do wyboru: albo wycięcie całego owrzodzenia wraz z dnem i brzegami, zaszycie i gojenie doraźne, albo proste oczyszczanie i antyseptyczne dozоровanie niegojącego się wrzodu. Niestety, trojakiemu tylko rodzaju wyniki osiągnąć było można: 1) niegojenie się wrzodu, 2) pewne i arcyczęste nawroty choroby szybko po zagojeniu występujące, wreszcie 3) zupełne zagojenie kosztem utraty nieraz znacznego kawałka kończyny, z niepewnością o losy drugiej, oraz o to, kiedy na pieńku amputacyjnym powrót choroby się zjawi? Próba elongacji nerwów, udających się do danej, owrzodzeniem zajętej okolicy, dała zadziwiające wyniki. Pozwolę sobie podać w streszczeniu kilka z owych przypadków, opisanych przez CHIPAULT'a w pierwszym tomie wspomnianych powyżej „*Travaux*“.

Przypadek I. *Ulcera atonica perforantia* po odmrożeniu nóg w 1870, trwające przez lat siedm. Po tym przeciągu czasu, pod wpływem leczenia, liczne wrzody pogoły się nareszcie, pokrywając się wałami i guzami modzelowatego naskórka na bezkształtujących stopę bliznach. W 1886 widać było owrzodzenie na powierzchni zewnętrznej małego palca, drugie na powierzchni wewnętrznej palucha stopy prawej, a u przyczepu ścięgna ACHILLESA mnóstwo blizn modzelowatych i guzów naskórkowych. Na stopie lewej, na której choremu odcięto paluch i palec drugi, na bliźnie powróciło owrzodzenie. W 1889, po uderzeniu, powstaje nowy wrzód drążący do stawu członkowsródstopowego palucha prawego, powikłany zgorzelą kości i rozległą utratą czucia bólowego

¹⁾ Patrz Gazeta Lekarska 1897. Nr. 31. Artykuł kol. STRÓŻEWSKIEGO o wynikach stosowania tej metody przez autora w Warszawie (*Przyp. aut.*).

i dotykowego w skórze okalającej. W 1890 amputują mu ten paluch, a wkrótce potem i goleń prawą. W 1892 blizna poamputacyjna goleni prawej przedstawia się zupełnie dobrze, ale za to stopa lewa jest już cała pokryta owrzodzeniami, obrzękła i przedstawia rozsiane placami znieczulenie, sięgające aż po staw golenio-stopowy.

W 1894 CHIPAULT wykonywa wydłużenie nerwów podeszwowych (*nervi plantares*) poniżej kostki. Piątego dnia, pod jednym opatrunkiem rana operacyjna doraźnie się zagoiła, obrzęk znikł ze stopy zupełnie, brzegi owrzodzeń się łuszczą, a dno ziarninuje. W pięć dni potem po zdjęciu drugiego opatrunku okazuje się, że wszystkie owrzodzenia najzupełniej się pogoiliły i rozsiane znieczulenie skóry znikło. Zdejmowano potem tylko niejednokrotnie stare modzele naskórkowe, pod którymi jednak skórę już zdrową znajdowano.

CHIPAULT obserwował tego chorego 8 miesięcy i w ten sposób przekonał się, że wyleczenie było trwałe.

Przypadek 2. Panu R. w 1890 r. amputowano paluch i główkę 1-ej kości śródstopowej, gdyż od lat 3 miał owrzodzenie dziurawiące, które powstało po skaleczeniu się. W półtora miesiąca po operacji już występuje na bliźnie powrót choroby w postaci rozpadowego owrzodzenia, o brzegach modzelowatych, pozbawionego czucia tak, jak i skóra otaczająca. Usunięcie próchniejącego kawałka kości z dna tego wrzodu nie miało żadnego wpływu dodatniego na dalszy przebieg.

W grudniu 1894 wydłużenie nerwu podeszwowego wewnętrznego (*n. plantaris internus*) pod kostką wewnętrzną oraz wyskrobanie dna owrzodzenia, wycięcie modzelowatych brzegów i zaszycie. Obie rany zagoiły się pod jednym opatrunkiem. Od tego czasu niema powrotu choroby.

Te dwa przypadki zależały od obwodowego cierpienia nerwów.

Przypadek 3. W 1887 r. pan H. musiał poddać się amputacji goleni prawej w $\frac{1}{3}$ dolnej z powodu wrzodu drążącego pod kośćmi śródstopia, trwającego 8 miesięcy i powikłanego zaburzeniami w czuciu skórny. Powrotu nie było, ale od lat czterech przyłączyła się ataksya i liczne owrzodzenia na stopie lewej, nie gojące się aż do 1894. Brzegi tych owrzodzeń nie były bardzo modzelowate, ale za to na całej podeszwie skóra utraciła zupełnie czucie. Wydłużenie nerwów podeszwowych (*nn. plantares*), aczkolwiek nie miało wpływu na objawy wiądu inleczna, wszelako spowodowało zagojenie trwałe wszystkich owrzodzeń pod jednym opatrunkiem. Recydywy nie było.

Przypadek 4. Pan F., mając wiąd rdzenia w okresie przedataktycznym z bólami strzelającymi i kurczami żołądkowymi (*crises gastriques*), musiał się poddać w 1893 roku wyłuszczeniu 5 ej kości śródstopowej lewej z powodu owrzodzenia drążącego. W 1894 już miał pod oboma paluchami nadczołość i owrzodzenia drążące. W 1895 CHIPAULT wydłużył mu na obu kończynach nerw oboczny wewnętrzny (*nerv. collateralis internus halucis*) i powycinał wystające brzegi owrzodzeń. Zagojenie ich zupełne nastąpiło w ciągu ośmiu dni. Na paluchu prawym nadczołość ustąpiła miejsca znieczuleniu. Powrotu choroby nie było od tego czasu.

Przypadek 5. Ferdynand H. miewał bóle strzelające. Od dwóch lat ma wrzód drążący pod prawym paluchem z rozległym próchnieniem i z lekkim znieczuleniem podeszwy. W oddziale prof. DUPLAY'a, CHIPAULT z DEMOULIN'em wydłużyli nerwy podeszwowe pod kostką wewnętrzną i wyskrobali nader cuchnące dno owrzodzenia. W dziesięć dni zagojenie zupełne, recydywy niema.

Ta nowa metoda już dzisiaj zyskała sobie zasłużony rozgłos i popularność we Francji.

Przekonałem się, że odnajdywanie nerwów odpowiednich jest dość trudne i wymaga ścisłego trzymania się następujących metod operacyjnych, podanych przez CHIPAULT'a.

1) Dla nerwów: podeszwowego wewnętrznego i zewnętrznego u ich początku (*nn. plantares: internus et externus*). Cięcie skórne, poczynające się od brzegu wewnętrznego ścięgna ACHILLESA na wysokości wierzchołka kostki wewnętrznej, zlekka łukowato biegnące ku brzegowi wewnętrznemu podeszwy, kończące się na tym brzegu w punkcie, w którym go przecina przedłużenie osi kostki wewnętrznej. Przecięcie powięzi powierzchownej, którą naprężamy przez skręcenie na zewnątrz i ustawienie odsiebne stopy. Przecięcie na cienkim zgłębniku rowkowanym pochwy naczyniowonerwowej. Odnalezienie nerwów pod widełkami rozdławiającej się tutaj tętnicy.

2) Dla nerwu obocznego, podeszwowego, wewnętrznego palucha (*n. collateralis plantaris internus halucis*). Dwucentymetrowe cięcie, równoległe do brzegu wewnętrznego podeszwy, idące od przodu ku tyłowi do spadku tylnego guzowatości śródstopowo-członkowej palucha. Nerwu szukać muszę na wewnątrz od ścięgna m. rozginacza palucha.

3) Dla nerwu obocznego podeszwowego, zewnętrznego paluszka (*n. collateralis plantaris externus digiti quinti*). Dwucentymetrowe cięcie, biegnące po przedłużeniu osi paluszka, począwszy od fałdy zgiętej śródstopowo-członkowej i prowadzone o pół centymetra od brzegu zewnętrznego podeszwy.

4) Dla pęczka wspólnego nerwów obocznych przestrzeni międzypalcowych. Dwucentymetrowe cięcie, biegnące w przedłużeniu przestrzeni międzypalcowej ku tyłowi. Przeciąć tylko skórę, gdyż nerwy leżą w tkance podskórnej powierzchowniej, niż naczynia.

5) Dla gałęzi palcowych nerwu mięśnieo-skórnego (*rami digitales nervi musculo-cutanei*). Wyznaczam sobie na brzegu przednim kostki zewnętrznej linię równoległą do osi podłużnej kości strzałkowej i na tej linii prowadzę cięcie, mające 10 centymetrów długości, zaczynając o 4 palce poprzeczne nad wierzchołkiem kostki zewnętrznej. Przecinam tylko samą skórę, rozszerzam ranę hakami na prawo i na lewo i dostrzegam miejsca, w których nerwy wychodzą na powierzchnię powięzi z pod niej.

6) Dla nerwu zaskórnego zewnętrznego (*n. saphenus externus*). Biegnie on ciągle na brzegu zewnętrznym żyły tegoż nazwiska. Na palec poprzeczny na zewnątrz od brzegu zewnętrznego ścięgna ACHILLESA, prowadzimy cięcie, mające 3 centymetry długości, zaczynając od dołu na 3 palce po-

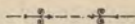
przeczne nad wierzchołkiem kostki zewnętrznej. Przecinać tylko skórę samą, bo nerw wraz z żyłami biegnie po powięzi podskórnej.

Najczęściej wypadnie odkrywać: pień wspólny nerwów podeszwowych pod kostką wewnętrzną, nerw mięśniowo-skórny nad kostką zewnętrzną i nerw zaskórny zewnętrzny u brzegu ścięgna ACHILLESA.

Roman Jasinski,

chirurg warszawskiego szpitala dla dzieci.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.



120. Prof. Heinrich Braun. O nakłuciu łądźwiowem i znaczeniu jego dla chirurgii.

Od czasu zastosowania poraz pierwszy przez QUINCKE'go [1831] nakłucia łądźwiowego zabieg ten nie zwrócił na siebie szczególnej uwagi chirurgów; wszystkie bowiem wiadomości w tym względzie pochodzą od internistów, którzy podnoszą wartość tej metody rozpoznawczej, a po części nawet leczniczej w chorobach mózgu i opon mózgowych. Autor zestawiał dotychczasowe wyniki badań, dołączył własne spostrzeżenia i ma nadzieję, że tem zachęci do dalszych poszukiwań i dyskusji nad powyższą kwestyą. B. zaczyna od ogólnych uwag nad techniką nakłucia i nad badaniem otrzymanego tą drogą płynu mózgo-rdzeniowego.

QUINCKE używał do nakłucia trójgrańca grubości 0,6 — 1 mm., który pozwoli zagłębiać: u dzieci na 2—2,5 ctm., u dorosłych zaś na 4,5 — 7 ctm.; autor zaś oddaje pierwszeństwo igle pustej, zaopatrzonej w podziałkę centymetrową i wydrążoną rączkę. Długość takiej igły wynosi: dla dzieci 5 ctm., dla dorosłych 10 ctm., grubość zaś 1,6 mm. Wyższość igły polega na tem, że pokazująca się z otworu rączki pierwsza kropla płynu dowodzi o wprowadzeniu igły do kanału mózgo-rdzeniowego, gdy użycie trójgrańca opierało się na głębokości wkłucia i wrzawie ręki lekarza. Podług Q., należy wkłuwać igłę pod 3 lub 4 kręgiem łądźwiowym u dzieci w linii środkowej ściśle na dolnym brzegu wyrostka ciernistego, u dorosłych zaś [z powodu silnych więzów środkowych] na $\frac{1}{2}$ —1 ctm. z boku od linii środkowej i albo na wysokości dolnego brzegu wyrostka ciernistego, albo też na wysokości dolnej trzeciej części jego: igłę wtedy posuwamy naprzód, ku górze i środkowi, żeby w tem ostatnim miejscu przebiła oponę twardą. W celu określenia wyrostka ciernistego należytego kręgu łądźwiowego, należy liczyć kręgi od 7-go szyjowego, albo od przyczepu 12-go żebra. Najprostszą jednak wydaje się autorowi rada JACOBY'ego: środek linii, łączącej najwyższe punkty *cristae olei*, odpowiada 4-mu kręgowi łądźwiowemu i tuż nad nią znajduje się wyrostek ciernisty 3-go kręgu. Również bez szkody dla chorego można dokonać nakłucia pod 1 lub 2 kręgiem łądźwiowym, jak to autor niejednokrotnie sprawdził. Najczęściej się zdarza, że wykonanie nakłucia nie przedstawia wielkich trudności, niektórzy jednak autorowie wspominają o częstem trafianiu na kość. Przyczyną tego są stosunki anatomiczne, a przedewszystkiem różnaitość kształtów wyrostków ciernistych. Przeglądając całe szeregi kolumn kręgowych, B. przyszedł do wniosku, że wyrostki cierniste kręgów łądźwiowych leżą poziomo na jednakowej odległości od siebie, że w jednej kategorii górne i dolne ich brzegi są poziome i wtedy przestrzeń pomiędzy łukami kręgów jest widoczna i łatwo dostępna z tyłu, w innych zaś przypadkach dolny brzeg wyrostka jest przygięty ku dołowi, nieraz aż do oparcia się o górny brzeg następnego wyrostka, wtedy

prześczeń międzyłukowa jest mniej lub więcej zakryta przez wyrostek i dostęp do niej jest łatwiejszy z boku wyrostka. CHIRPAULT robi nakłucie pomiędzy ostatnim kręgiem lędźwiowym i pierwszym krzyżowym; miejsce to łatwo określić; wybierają je tylko lekarze francuscy.

Przy nakłuciu chory leży na lewym boku z przygiętymi do brzucha nogami i możliwie wygiętymi plecami, chociaż w wyjątkowych warunkach przy innej pozycji nie spotykamy się z wielkimi trudnościami. Znieczulenia ogólnego można unikać, chociaż ZIEMSEN i TOBIESEN uważają je za konieczne, a GOLDSCHIEDER w niektórych przypadkach za nienuknione; WILMS stosował wstrzykiwania płynu SCHLEICH'a, autor zaś chlerek etylu. Z ubocznych zjawisk, występujących podczas uskutecznienia nakłucia, wspominają o bólu miejscowym z powodu zadrażnienia okostnej, bólu w nodze przy przekłuwaniu opony twardej, bólu i zawrotów głowy przy końcu zabiegu, niepokoju, przejściowej sinicy i nakoniec o śmierci po upływie paru godzin.

Jako rezultat nakłucia otrzymujemy płyn mózgo-rdzeniowy; w wyjątkowych tylko przypadkach nie otrzymujemy płynu lub nieznaczną jego ilość, co zazwyczaj wynika z wadliwości nakłucia, zatkania igły zlepkiem włókniaka lub gęstym wysiękiem, albo nakoniec z powodu zaplątania się końca igły w końskim ogonie (*cauda equina*). Przy skrzywieniach kręgosłupa trudności wielkich nie spotykamy, gdyż kręgi lędźwiowe rzadko przyjmują udział w skrzywieniu, gdyby zaś miało to miejsce autor radzi robić nakłucie na wypukłej stronie obok dolnego brzegu obranego kręgu, gdzie łuki kręgowe są najwięcej od siebie oddalone. B. wspomina jeszcze o patologicznem skostnieniu wyrostków ciernistych i łuków kręgów lędźwiowych przy zniepodobniającem zapaleniu stawów u osób w wieku podeszłym, co czyni zabieg niemożliwym. Można także nie otrzymać płynu pomimo istnienia objawów uciskowych, jeżeli zrosty znoszą łączność przestrzeni podoponowych. W zwykłych przypadkach można wypuścić za pomocą nakłucia znaczną ilość płynu; dopiero po odejściu 10—15 cent. sześć otrzymujemy płyn z jamy czaszkowej. Podczas wykonywania samego zabiegu należy zachować pewne ostrożności: QUINCKE przerywał odpływ płynu, kiedy ciśnienie spadało do 40 mm., lub kiedy występowały groźne objawy ogólne. LENHARTZ wypuszczał 20—25 ctm. sześć., KROENIG z przerwami 20—30 ctm. sześć.

Przechodząc do badania otrzymanego w ten sposób płynu mózgo-rdzeniowego, należy przypomnieć, że normalnie jest on przezroczysty i zawiera zaledwie pojedyncze białe ciała krwi, gdy w stanach patologicznych mózgu, mlecza i opon, bywa mętnym, krwawym, lub często ropnym. Zmętnienie zależy od domieszki wielojądrowych leukocytów i drobnoustrojów.

Określenia ilości białka i cukru w płynie są dotąd tak rozmaite, że nie posiadają wartości praktycznej. QUINCKE znajdował białko 0,2 — 0,5‰, przy stanach zapalnych opon ilość ta się wzmaga. LICHTHEIM przy ropniach otrzymywał już to zaledwie ślady, już też 0,8‰, przy gruźlicy zaś opon do 1,6‰. LENHARTZ przy guzach mózgu określał 0,8‰, 1,5‰, 2,5‰. LICHTHEIM znajdował cukier stale przy ropniach, wyjątkowo przy gruźlicy, FREYMAN zaś określił go tylko u dwóch dyabetyków, cierpiących na gruźlicę opon. Również małe znaczenie posiada ciężar właściwy [normalnie 1007].

Ważniejszym jest oznaczenie ciśnienia, pod którym odchodzi płyn: widzimy stopniowanie od silnego strumienia do odpływu kroplami, chociaż najlepiej określać to ciśnienie za pomocą połączonego z igłą manometru [QUINCKE, WILMS]. Nagły spadek ciśnienia skłania do przerywania zabiegu, aby uniknąć groźnych, ogólnych objawów. QUINCKE dodaje, że umiarkowane podniesienie ciśnienia przy istnieniu ciężkich objawów uciskowych wskazuje na ostry, gwałtowne zaś podniesienie ciśnienia przy słabych objawach ogólnych na przewlekły stan chorobowy, QUINCKE za normę ciśnienia uważa 40—60 mm.

NAUNYN przy guzie mózgu znalazł je=500 mm. Na manometrze odbijają się dokładnie ruchy tętniące i oddechowe; z obecności ich można wnioskować o swobodnej łączności jamy czaszkowej i mleczkowej. Silne tętnienie wskazuje na obecność tętniaka lub ukrwionego ropnia.

Nakłucie łądźwiowe, jako czynnik rozpoznawczy, wkracza więcej w dziedzinę medycyny wewnętrznej [zapalenia opon, wylewy krwi w jamę czaszki i kanału kręgowego], niż chirurgii [guzy i ropnie mózgu, zakrzep zatoki poprzecznej]. Przy nadmiernem zapaleniu opon mózgo-rdzeniowych otrzymujemy płyn mętny lub ropiasty, w którym znaleziono: *diplococcus* i *meningococcus intracellularis*. Tak zwane przez QUINCKE'go *meningitis serosa*, jak również przy zajęciu opon mózgowych w przebiegu chorób zakaźnych, trudne jest do rozpoznania: płyn jest czysty, nie zawiera drobnoustrojów, często tylko ilość jego jest zwiększona. Ten sam wynik otrzymujemy przy guzach, ropniach mózgu i zakrzepie zatoki poprzecznej, dopóki niema powikłań zapalnych ze strony opon. JEMMA przy *mening. purul* po róży twarzy znalazł w płynie *streptococcus*. Ważniejszym w znaczeniu rokowania jest wczesne rozpoznanie gruźliczego zapalenia opon mózgowych. LICHTHEIM i wielu innych znaleźli w płynie mózgo-rdzeniowym laseczniki gruźlicze. Autor na 8 spostrzeżeń znalazł je 6 razy w czystym na oko płynie. Inni laseczników nie znajdowali.

Niezgodność rezultatów tych poszukiwań ztąd pochodzi, że czasem laseczniki znajdują się w płynie w niewielkiej ilości i łatwo je przeoczyć. Autor radzi brać do badań drobnowidzowych obłoczki skrzepy włókniaka, tworzące się w parę godzin po wypuszczeniu płynu, LENHARTZ—zatapiać w płynie kawaleczki wyjąłwionej waty, na których osiadają morfologiczne elementy. NAUWELCARS, szczerpiąc podobny płyn świnkom morskim, dwa razy otrzymał ogniska gruźlicze. W wątpliwych przypadkach ropnego zapalenia opon nakłucie łądźwiowe może pomódz do pewniejszego rozpoznania. LICHTHEIM mniemał, że przed każdą operacją ropnia lub zakrzepu należy wykonać przekłucie łądźwiowe, ażeby określić udział lub obojętność opon w sprawie chorobowej; obecność wielojądrowych leukocytów i drobnoustrojów miała przemawiać za obecnością zajęcia opon, lecz późniejsze badania nie potwierdziły tego założenia. Autor, opierając się na swoich 8 spostrzeżeniach ropnego zapalenia opon mózgowych, gdzie w sześciu wynik był dodatni, w dwóch zaś ujemny, przychodzi do wniosku, że obecność wielojądrowych leukocytów i drobnoustrojów jest stanowczem potwierdzeniem rozpoznania; nieobecność ich jednak nie wyłącza zupełnie możności istnienia sprawy ropnej w oponach. Następnie B. stawia dwa pytania: czy z dodatniego wyniku badania otrzymanego płynu można wnioskować o rozległości sprawy ropnej i czy można przedsiębrać jaki zabieg chirurgiczny przy obecności w płynie ciałek ropnych? Autor mniema, że, otrzymując płyn wyraźnie ropny, można wnioskować o znacznem rozszerzeniu się sprawy ropnej chociaż mała ilość ciałek ropnych nie przemawia stanowczo za ograniczonym zajęciem opon; dalej twierdzi on, że przy ograniczonym zapaleniu opon należy przedsiębrać odpowiedni zabieg operacyjny, w którym do tego istnieją wskazania. Autor jako ważną wskazówkę rozpoznawczą uważa obecność krwi lub płynu krwistego, otrzymanego podczas nakłucia, a nie spowodowanego jednak obrażeniem nielicznych w tej okolicy naczyń przy samym nakłuciu. QUINCKE i FUERBRINGER otrzymywali płyn krwisty przy wylewach apoplektycznych, LENHARTZ przy uszkodzeniach czaszki, powikłanych pęknięciem opony twardej i *art. mening. mediae*. Następnie autor przytacza spostrzeżenia KILIANE'go i JACOBY'ego o nakłuciu łądźwiowem przy wylewie krwi do jamy kolumny kręgowej bez złamania lub zwichnięcia kręgow, w których zabieg ten był nie tylko rozpoznawczym, ale i leczniczym; po wypuszczeniu 15—20 ctm. sześć. krwi objawy ucisku mlecza szybko ustąpiły. Lecznicza wartość nakłucia łądźwiowego jest dotąd przedmiotem nie-

zgody poglądów. LICHTHEIM i inni mniemają, że nakłucie jest pomocnem tam, gdzie i bez tego następuje wyzdrowienie; w każdym razie, usuwając chociaż czasowo groźne objawy uciskowe, przynosimy ulgę choremu i dajemy czas i możność stosowania dalszego leczenia. Zbieranie się powtórne płynu wskazuje, że nakłucie nie okazuje wpływu na samą sprawę chorobową; tem się tłumaczą wyniki ujemne przy stosowaniu tego zabiegu w celu leczniczym przy wodogłowi, wysiękowem i gruźliczem zapaleniu opon mózgowych. Bezowocnemi okazały się nakłucia łądzwiowe przy bezwładzie postępowym i ogólnym oraz przy ostrem pomieszeniu zmysłów.

Tak się przedstawia dotychczasowy zakres naszych spostrzeżeń w tym kierunku. Nakłucie łądzwiowe, jako środek rozpoznawczy, a w niektórych przypadkach leczniczy, zasługuje na szersze stosowanie i baczną obserwację otrzymanych wyników.

(*Archiv f. klinische Chirurgie*. 54, Bd. 4 Heft. 1897). A. Kopczyński.

121. D-r E. Holländer. O wartości rozpoznawczej katetyzowania moczowodów w chirurgii nerek.

Badanie moczowodów za pomocą cewnika, udoskonalone i rozpowszechnione przez CASPER'a, nie jest zabiegiem niewinnym; nawet w zdrowych moczowodach wywołuje ono bardzo często krwawienie, otwierające wstęp rozmaitym zarazkom, które mogą dostać się do moczowodów tak z chorego pęcherza, jak i z zewnątrz. CASPER twierdzi, że po tym zabiegu, pomimo krwawienia, nigdy złych skutków nie widział, a opierając się na doświadczeniach LEWIN'a i GOLDSCHMIDT'a, którzy stwierdzili w moczowodach królików wsteczny ruch zawartości pęcherza i stosując to samo do ludzi, utrzymuje, że gdyby bakterye tak łatwo miały zaszczipiać się w moczowodach, to zapalenie pęcherza musiałoby zawsze pociągać za sobą zapalenie miedniczek nerkowych.

Według CASPER'a, katetyzowanie moczowodów prowadzi do rozpoznania trzech następujących stanów:

1) Czy pęcherz, czy nerki, czy też jeden i drugie są siedliskiem choroby. Zgadając się z powyższą tezą, autor zaznacza, że ten zabieg sam bez innych metod badania jest niewystarczającym do rozpoznania i podaje dalej dobry i nieszkodliwy sposób różniczkowania zapalenia pęcherza oraz miedniczek nerkowych: jeżeli ropa wytwarza się w pęcherzu, to tylko po wielokrotnem przemywaniu pęcherza wypływa zeń czysta woda i długo potrzeba czekać na zanieczyszczenie pęcherza nową ropą, jeżeli zaś ropa wytwarza się w nerkach (*pyelitis*), to przeciwnie, płóćąc pęcherz, prędko otrzymamy czystą wodę; niedługo potrzeba czekać na pojawienie się w pęcherzu nowej ropy, napływającej doń z nerek.

2) Katetyzowanie moczowodów może zastąpić operację obnażenia nerki w celu rozpoznawczym, t. j. wyjaśnić, czy obie nerki są chore, czy też jedna tylko i która mianowicie.

Nie mówiąc już o tem, że obnażenie nerki w celu rozpoznawczym wogóle jest bardzo rzadko wskazanem, autor wątpi, ażeby omawiany sposób zawsze mógł rozstrzygnąć powyższe pytanie; czy naprzykład możemy dowiedzieć się za pomocą tego sposobu, która nerka krwawi [gruźlica, nowotwory, uwięźnięcie kamienia i t. d.], jeżeli badanie samo przez się wywołuje krwawienie w 50% przypadków.

Co zaś do gruźlicy nerek, to ujemny wynik badania moczu z jednego moczowodu łatwo może przyczynić się do błędnego rozpoznania, gruźlicze bowiem ogniska mogą nie łączyć się z drogami moczowemi.

3) Jeżeli choroba jednej nerki jest stwierdzoną, to za pomocą katetyzowania moczowodów możemy dowiedzieć się o zdolności czynnościowej drugiej.

Trzeba jednak mieć na uwadze, że jeżeli istnieje gdziekolwiek w organizmie ognisko bądź ropne, bądź gruźlicze, to zdrowa tkanka nerek zawsze ulega toksycznemu zapaleniu i wydziela białko, cylindry i leukocyty; stwierdzenie zatem mięszszowego zapalenia nerki wcale nie rozstrzyga jeszcze pytania o niezdolności jej czynnościowej, zapalenie bowiem takie, jako wtórne, znika łatwo po usunięciu owego ogniska. Stwierdzenie gruźlicy obu nerek, jak również obecność jednej tylko nerki nie jest przeciwwskazaniem do zabiegu operacyjnego. KOENIG wyłuszczył z dobrem zejściem gruźliczą nerkę pomimo to, że druga również była dotknięta gruźlicą; ISRAEL wyjmował kamienie raz z moczowodu, drugi raz z nerki, chociaż obie chore miały pojedynczą tylko nerkę.

Do trzech powyższych zdobyczy tej metody, niektórzy dodają jeszcze czwartą, mianowicie, rozpoznanie przeszkód w moczowodach [uwięźnięcie kamieni, zarośnięcie moczowodu, zwężenie, zgięcie, skrócenie, skurcz spastyczny i t. d.]. Autor zaznacza, że tym sposobem można rozpoznać tylko najniższy punkt przeszkody, lecz ani o rozciąłości, ani o ilości przeszkód sądzić nie można, przytem łatwo można być w błąd wprowadzonym z powodu obrzęku błony śluzowej moczowodu, lub skurczu tegoż poniżej przeszkody. ISRAEL w takich przypadkach radzi obnażenie nerki; w razie zaś uwięźnięcia kamienia u kobiet w środkowej części moczowodu pożądanem jest oznaczenie miejsca tego za pomocą kateteru, a to w celu wykonania operacji przez pochwę.

Wogóle autor nie odmawia tej metodzie wartości rozpoznawczej, ostrzeża tylko przed przecenianiem jej i bezkrytycznym stosowaniem *largà manu*.

(Berl. klin. Wochenschr. Nr. 34. 1897).

J. Borzymowski.

122. Doutrelpont [Bonn]. Krótkie zawiadomienie o dotychczasowych próbach stosowania nowej tuberkuliny Koch'a.

Tuberkulinę stosowano w 15 przypadkach wilka, z których w 3-ch było lekkie cierpienie gruźlicze kości, prawie we wszystkich zmiany gruźlicze w gruczołach. Dawka pierwotna $\frac{1}{500}$ mg. była początkowo bardzo szybko powiększana [$\frac{1}{250}$, $\frac{1}{100}$ i t. d.]; z powodu jednak raptownego podnoszenia się ciepłoty po dawkach większych zaczęto postępować ostrożniej, zwiększając każdą następną dawkę o $\frac{1}{500}$ mg., aż do $\frac{10}{500}$, potem o $\frac{1}{50}$, następnie o $\frac{1}{5}$ i t. d. aż do 1 mg., największa dawka, jaką na raz wstrzyknięto w jednym przypadku, wynosiła 4 mg.; było to już 38-e zaślabnięcie u tego samego chorego, przyzwyczajonego i do wstrzyknięcia dawnej tuberkuliny; dawka ta nie wywołała podwyższenia ciepłoty po nad 38° C.. Zdarzały się jednak niekiedy podskoki do 39° , a nawet powyżej 40° po $\frac{2}{5}$ — $\frac{3}{5}$ mg; ale zaraz następną ciepłota obniżała się do normalnej; jednocześnie zwiększała się ilość uderzeń tętna i oddechów; w jednym przypadku po $\frac{2}{5}$ mg. nastąpił dreszcz, ból głowy i ogólne rozbicie, w innym po $\frac{3}{5}$ mg. ból głowy, znużenie i lekki zawrót głowy. Jednego dnia spostrzegano u 7 chorych silniejszy odczyn po wstrzyknięciu TR, przygotowanej przed 5 dniami z dodatkiem 20% roztworu gliceryny, zamiast zwykle dolewanej fizyologicznego roztworu soli kuchennej. Fakt ten potwierdza zdanie BUSSENIUS'a, że okres czasu od przygotowania tuberkuliny wpływa na podnoszenie się ciepłoty.

Wyraźny odczyn zapalny miejscowy spostrzegano tylko w jednym przypadku wilka twarzy, w którym kości nosowe były powierzchownie zniszczone; po dziesiątem wstrzyknięciu $\frac{3}{5}$ mg. wystąpiło zapalenie w okolicy przetoki, podobne do tych, jakie bywały po dawnej tuberkulinie. Raz jeden po wstrzyknięciu $\frac{1}{10}$ mg. wystąpiło znaczne powiększenie śledziony z bólem i gorączką [$40,5^{\circ}$ C.]; poprzednio chory ten raz jeden tylko miał ciepłotę 38° C., zresztą zawsze niższą. U jednego chorego po 8 wstrzyknięciu $\frac{8}{500}$ mg. zjawił się białkomocz, który znikł po 2 dniach. Wszyscy chorzy zyskiwali na wadze;

leczenie znosili wogóle dobrze, niekiedy tylko skarżąc się na ból w miejscu wstrzyknięcia, w którym nieraz występowało nacieczenie; ropni lub innych zapaleń skóry, jak również wysypek nie spostrzegano.

Co się tyczy działania na samą sprawę chorobową, to następowało względnie szybko zabliznianie owrzodzeń, w przerostowej formie wilka znikały nacieki i małe guziczki, wystające przez prawidłową skórę. Objętość gruczołów zmniejszała się podczas leczenia, niekiedy jednak gruczoły podlegały ropieniu, które zniewalało do zabiegów operacyjnych.

Wogóle doświadczenie dotychczasowe przemawia za pomyślnem działaniem TR na wilka, we wszystkich bowiem przypadkach następowała poprawa. Należy tylko zawsze pamiętać o tem, aby, przechodząc do dawek wyższych, nie zwiększać ich zbyt szybko, aby uniknąć gwałtownych podwyższeń ciepłoty.

(*Deutsche med. Wochenschr.* Nr. 34. 1894).

W. Szumlański.

123. R. Müller [Berlin]. Przypadek zaśląbnięcia na ostre zapalenie gruzlicze ucha środkowego podczas leczenia nową tuberkuliną [TR.].

Chory 24 letni poddany został z powodu gruźlicy płuc leczeniu wstrzykiwaniami tuberkuliny Koch'a. Na rok przedtem, już w czasie, w którym kaszlał, zachorował na ucho lewe: bez bólu pokazał się wypływ ropny i słuch przytępsiał; ropienie trwa ciągle; laseczników w ropie nie znaleziono. Pod koniec 2-go miesiąca, nazajutrz po jednym z wstrzyknięć, uczuł stopienie słuchu w prawem uchu; badanie ucha wykazało błonę zaczerwienioną, zgrubiałą, galaretowatą [ta ostatnia cecha jest, zdaniem TRAUTMANN'a, charakterystyczną dla gruźlicy]; koło wyrostka krótkiego młotka mały, szaro-żółtawy guziczek, który nazajutrz powiększył się do wielkości prosa i zaczął się rozpadać, w tylnej zaś części błony utworzyły się dwa takie same guziczki; bólu, ani ropienia nie było. Dopiero nazajutrz nastąpił zupełny rozpad pierwszego guziczka, powstało obszerne przedziurawienie błony o nierównych, strzępiastych i zgrubiałych brzegach, oraz pokazała się ropa, w której wykryto laseczniki gruzlicze; badanie na laseczniki ropy z lewego ucha dało teraz również wynik dodatni.

W przypadku powyższym zasługuje na zaznaczenie fakt, że wstrzykiwania nowej tuberkuliny nie wpływały na poprawę cierpienia usznego oraz to, że podczas samego leczenia zjawiało się ropienie z ucha prawego, dotychczas zdrowego. Nie można twierdzić stanowczo, że nastąpiło to skutkiem wstrzykiwań, gdyż w takim razie ogniska gruzlicze powstaćby mogły i w innych organach, nie tylko w uchu. Autor skłonny jest raczej przypuszczać, że zarazek dostał się do jamy bębenkowej przez trąbkę wraz z cząstkami plwociny podczas napadów silnego kaszlu. Godną uwagi jest jeszcze i ta okoliczność, że tylko jeden największy gruzełek rozpadł się i wywołał przedziurawienie błony, w pozostałych zaś rozpad był tylko powierzchowny.

(*Deutsche med. Wochenschr.* Nr. 34. 1897).

W. Szumlański.

124. J. Herzfeld. Tuberkulina R w gruźlicy krtani.

Stosowano tuberkulinę od 28 kwietnia przez 3 miesiące 7-u chorym z gruźlicą krtani, niegorączkującym, t. j. takim, u których ciepłota nie dochodziła do 38° C. i mającym nieznaczne zmiany w płucach. Na ogólną ilość wstrzyknięć 145, ani razu nie utworzył się ropień, bywały w miejscu wkłucia niezbyt bolesne nacieki, które po kilku dniach znikały. U dwóch chorych po każdym nowym wstrzyknięciu zjawiał się ból, albo przynajmniej palenie w 2—4 dawniejszych miejscach wkłucia, pomimo że ostatnie wstrzyknięcie robiono w pewnem oddaleniu od poprzednich. Autor objaśnia to niejednokrotnie szybkim wchłanianiem toksyny i wpływem późniejszego wstrzyknięcia na wchłanianie płynu, wstrzykniętego dawniej. Objaw ten jest wprost

przeciwny temu, o czem wspomina Bussenius, mianowicie, że u jednego chorego bolesność w miejscu dawniejszego wstrzyknięcia znikła po następnym wstrzykiwaniu tuberkuliny. Wielką niedogodność stanowi szybkie mętnienie płynów i konieczność częstej ich zmiany, co czyni leczenie niezmiernie kosztownem. Podskokom gorączki zapobiegano w ten sposób, że nie zdawajano dawki, lecz stopniowo ją powiększano, a nawet w razie podwyższenia się ciepłoty o kilka dziesiątych powtarzano dawkę ostatnią. O tak zwanem leczeniu normalnem, t. j. w ciągu 29 dni, nie może być, zdaniem autora, mowy. Zanim chory zacznie bez gorączki znosić 10—20 mg. substancji suchej [co kosztuje 9—18 marek], upłynąć musi wiele miesięcy, a nawet chory, znoszący taką dawkę, t. j. uodporniony, nie może być jeszcze uważany za wyleczonego. Nawet powolne zwiększanie dawki nie zabezpiecza przed gwałtownymi podskokami ciepłoty, gdyż zdarzało się, że ten sam chory po takiej samej dawce tuberkuliny, wziętej z innego niż poprzednio naczynia, zaczynał gorączkować; zależy to widocznie od niejednakowego przygotowywania roztworów. Z innych objawów ogólnych spostrzegano kilkakrotnie zmętnienie moczu, zależne od białka, które jednak zawsze szybko znikало; czasem występowała senność, zmęczenie, bicie serca, ból głowy, a przede wszystkim utrata łaknienia.

Co do wyników leczenia, to wogóle były one niezadowolające; w jednym tylko przypadku można było skonstatować wyraźną poprawę: nacieki strun zeszyły, owrzodzenie zaczęło się podgajać. Lepsze wyniki daje, zdaniem autora, leczenie miejscowe chociaż zdanie to nie może być, według nas, rozstrzygającym, ponieważ niektórzy chorzy leczeni byli zbyt krótko: najwyższa dawka wynosiła zaledwie 1 mgrm.

(*Deutsche med. Wochenschr. Nr. 34. 1897.*)

W. Szumlański.

125. Baudach. O stosowaniu nowej tuberkuliny Koch'a.

W zakładzie leczniczym dla suchotników SCHOEMBERG'a w Wirtembergii wykonywał autor próby stosowania tuberkuliny w przypadkach gruźlicy płuc, u chorych niegorączkujących i z niewielkimi zmianami w płucach.

Z 20 chorych, 6 u do czasu ogłoszenia spostrzeżeń ukończyło kurację, jeden przerwał ją, reszta podlegała jeszcze leczeniu. Czas trwania leczenia wynosił najmniej 64 dni, przeważnie zaś był znacznie dłuższy, głównie z tego powodu, że autor radzi dawki duże [10, 15, 20 mgrm.] wstrzykiwać nie częściej, niż raz na tydzień. Wstrzykiwania radzi B. robić pomiędzy 7 a 8 wieczorem, ażeby mieć pewność, że przez kilka godzin po wstrzyknięciu chory zachowa zupełny spokój. Objawy po wstrzyknięciu bywały mniej więcej takie, o jakich wspominają inni autorowie, wogóle chorzy znosili leczenie dobrze. Z pobieżnego opisu 12 spostrzeżeń widać, że wyniki, jakie otrzymał B., różnią się od innych tem, że wszyscy prawie chorzy doznawali poprawy, czasem nawet bardzo znacznej, do czego jednak zbyt wielkiej wagi autor nie przywiązuje, słusznie twierdząc, iż w znacznym stopniu wpływały na przebieg leczenia dobre warunki higieniczne, dyetetyczne i ciągły pobyt chorych na otwartem powietrzu.

(*Deutsche med. Wochenschr. Nr. 34. 1897.*)

W. Szumlański.

126. Rumpf. Przyczynę do leczenia gruźlicy płuc ze szczególnem uwzględnieniem działania tuberkuliny R.

Na podstawie 12 przypadków, w których stosowano wstrzykiwania tuberkuliny, autor dochodzi do wniosków następujących:

1) Tuberkulina R. w dawce, zalecanej przez Koch'a, wywołuje często bolesne nacieki skóry, które tylko powolnie znikają; w niektórych rzadkich przypadkach przechodzą w ropienie.

2) Zwiększając powoli ilość wstrzykiwanego płynu, udaje się dojść do dawki największej z odczynem bardzo niewielkim, ale nie można być pewnym, czy po wstrzyknięciu takiej samej ilości, jaką poprzednio chory zniósł bardzo dobrze, nie nastąpi podwyższenie ciepłoty, która niekiedy przechodzi w typ gorączki zwalniającej, albo przepuszczającej.

3) Ta ostatnia okoliczność dowodzi, że pod względem odczynu, *resp.* braku odczynu, preparat nie jest stały, ani pewny, ponieważ nawet małe dawki wywołują często gorączkę, duże natomiast w tym samym przypadku bywają znoszone bez żadnych zaburzeń.

4) Odczyn po wstrzyknięciu tuberkuliny R. polega w niektórych przypadkach nie tylko na podwyższeniu ciepłoty, lecz również na zwiększonej częstości tętna, lekkiej sinicy i wyraźnych zaburzeniach ogólnych [zawrót głowy, uderzenie krwi do głowy, bóle ogólne i t. p.].

5) Zwiększona częstość tętna i pozostałe objawy ogólne mogą występować bez gorączki lub z bardzo niewielkim podwyższeniem ciepłoty.

6) Nie wiadomo dotychczas, czy zalecana przez Koch'a dawka najwyższa wywołuje u człowieka odporność przeciwko gruźlicy; działanie to jednak wydaje się bardzo wątpliwem wobec faktu, że u chorego, który przedtem nigdy nie gorączkował, zjawiła się gorączka przepuszczająca po dawce 20-mg-owej, zalecanej jako najwyższa.

7) Jeżeli z pomocą tuberkuliny R. nie uda osiągnąć odporności, to wyższość nowej tuberkuliny nad dawną polegać będzie jedynie na większej wartości substancji toksycznych.

8) W tych warunkach można będzie z tuberkuliną R. dokonywać prób w okresach gruźlicy początkowych i bardzo ograniczonych, lecz trzeba wymagać od fabryki dostarczania preparatu, działającego, o ile można, równomiernie, czem preparat dotychczasowy bynajmniej się nie odznacza.

(*Deutsche med. Wochenschr.* Nr. 34, 1897.)

W Szumlański.

127. B. Leick [Greifswald]. Wyniki, jakie osiągnięto dotychczas w klinice prof. Mosler'a po stosowaniu nowej tuberkuliny Koch'a.

Autor powstaje przedewszystkiem przeciwko wysokiej cenie tuberkuliny [10 mg. 8,50], skutkiem czego stosowanie jej musi być dotychczas bardzo ograniczone.

Leczeniu poddano dotychczas 15 chorych na gruźlicę płuc, stwierdzoną każdokrotnie wykryciem laseczników; u 5 leczenie nie zostało jeszcze ukończone, jeden po tygodniowym pobyciu w klinice zmarł nagle skutkiem osłabienia działalności serca (*Herzcollaps*); niektórzy chorzy byli w klinice bardzo krótko tak, że żaden nie doszedł do najwyższej dawki 20 grm.. Wstrzykiwania zaczynano od $\frac{1}{500}$ mg. i zdwajając zwykle dawkę co drugi dzień, robiono je na plecach pomiędzy łopatkami. Wielu chorych w ciągu pierwszej doby skarżyło się na ból palący w miejscu wstrzyknięcia, który o tyle był silniejszy, o ile większa była dawka. Odczynu miejscowego wogóle nie było; raz jeden spostrzegano nieznaczną pokrzywkę na całym ciele.

W niektórych przypadkach, zwykle w ciągu pierwszych 12 godzin, następowało podwyższenie ciepłoty zawsze jednak nieznacznego. W żadnym przypadku nie udało się skonstatować poprawy większej od tej, jaką i poprzednio osiągnano; w 2 przypadkach była ona bardzo wyraźna, lecz i w tych autor nie uważa jej za zależną od działania tuberkuliny.

Z powyższego autor wnioskuje, że nie należy obawiać się szkodliwego działania nowej tuberkuliny, ale nie ma odwagi wypowiedzieć zdania, że działa ona swoiście na sprawę gruźliczą; dotychczasowe wyniki bynajmniej go do tego nie upoważniają.

(*Deutsche med. Wochenschr.* Nr. 34, 1897.)

W. Szumlański

128. K. Georgewsky. Działanie przetworów gruczołu tarczowego na ustrój zwierzęcy.

Ze spostrzeżeń klinicznych nad działaniem przetworów gruczołu tarczowego [MENDEL, E. WHITE, NAPIER, VERMEHREN, EWALD, DENNING, BLEIATREU i WENDELSTAINT, RICHTER, ROOS, SCHOLTZ...] wysnuć można wnioski następujące, 1) Wszyscy autorowie, prócz EWALD'a, spostrzegali w okresie stosowania przetworów gruczołu tarczowego, zarówno u chorych dotkniętych słuzoobrzękiem, jak również u zdrowych, obok zmniejszenia wagi ciała, wzmoczone wydzielanie azotu z moczem, głównie w postaci mocznika. 2) Większość autorów czyni ten azotomocz zależnym od zwiększonego rozpadu zawierających azot składników ustroju. 3) Przystawianie azotu pokarmów nie jest w okresie stosowania tyroidyny upośledzonym, przeciwnie wzmaga się ono nieco. 4) Poszukiwania ROOS'a i SCHOLTZ'a wykazują, że przetwory gruczołu tarczowego wywołują wzmoczone wydzielanie fosforu. ROOS stawia w związku z tem zaburzenia we wzroście kośćca i niedostateczną czynność mózgu u kretyńców. SCHOLTZ dowiódł, że kwas fosforowy wydziela się przeważnie z kałem. Z ostatnich prac nad tym przedmiotem zanotować należy pracę TRUFFEL'a, który wykazał, że tyrojodyna BAUMANN'a wywołuje, obok zmniejszenia wagi ciała, wzmoczone wydzielanie azotu z moczem, oraz prace LEVY'ego, THIELE'go i NEHRING'a, z których wynika, że przy wewnętrznem stosowaniu przetworów gruczołu tarczowego zwiększa się wymiana gazów.

Prócz prac klinicznych mamy w literaturze także prace doświadczalne nad działaniem przetworów gruczołu tarczowego na ustrój zwierzęcy. Lecz prace te pojawiły się dopiero w ciągu ostatniego półtorarocza i są bardzo nieliczne, przytem wyniki ich w wielu punktach rozchodzą się. Należą tu badania EWALD'a, GLEY'a, LANGENDORFF'a, CHANTEMESSE'a i MARIE'go, HEINATZ'a, SCHAEFFER'a, CHARRIN'a i ROGER'a, BALLE'T'a i ENRIQUEZ'a, LANZ'a. Z wyników, otrzymanych przez tych badaczy, zanotujemy tylko niektóre. HEINTZ, wstrzykując psu sok z gruczołu tarczowego, otrzymał zwiększenie ciśnienia wewnątrznaczyniowego, przyspieszenie czynności serca i zwiększoną dyurezę. SCHAEFFER zaś bezpośrednio po wstrzyknięciu soku spostrzegał obniżenie ciśnienia, które czyni zależnym od rozszerzenia naczyń obwodowych. BALLE'T'owi i ENRIQUEZ'owi udało się przy wstrzykiwaniu podskórnem wyciągu glicerynowego gruczołu tarczowego barana wywołać u psa wole, które przy przerwaniu wstrzykiwań powoli znikło, aby przy ponownych wstrzykiwaniach nanowo się pojawić. Takie same wyniki otrzymali BALLE'T i ENRIQUEZ jeszcze u 2 psów. W późniejszej pracy B. i E., badając działanie różnych przetworów gruczołu tarczowego, podawali jednej seryi psów gruczoły do wewnątrz, drugiej wstrzykiwali podskórnem wyciąg z gruczołu, trzeciej grupie robili implantację gruczołu pod skórę. Największe działanie okazuje stosowanie wyciągu, najmniejsze—implantacja gruczołu. Obok innych objawów spostrzegane u wszystkich zwierząt wychudnięcie, utratę łaknienia, wzmoczone pragnienie, krwawe wypróżnienia i prawie u wszystkich—zapalenie łącznicy oka; u jednego psa dawało się spostrzegać przez pewien czas nieznaczne wypuklenie galek ocznych. U psów, zmarłych wskutek wstrzykiwań wyciągu, można było zauważyć pewne zmiany anatomiczne w gruczole tarczowym: był on u 3 psów powiększony, a pod drobnowidzem stwierdzono zarośnięcie wewnątrzrzazikowych naczyń chłonnych i rozszerzenie dróg chłonnych okołozrazikowych, zmiany, które, podług RENAULT'a, występują zwykle przy chorobie GRAVES'a. Jednocześnie z BALLE'T'em i ENRIQUEZ'em doświadczania robił LANZ na myszach, królikach i psach. U wszystkich zwierząt spostrzegał on znaczne wychudnięcie pomimo dobrego łaknienia, przyspieszoną czynność serca, rozwolnienie, niedowład kończyn tylnych. Objawów ostrego otrucia LANZ'owi nie udało się wywołać: u psa, który spożył naraz 300,0 gr. gruczołu, wystąpiło tylko przyspieszenie czyn-

ności serca. Na stole sekcyjnym znalazł LANZ, w przeciwstawieniu do BALLEŦ'a i ENRIQUEZ'a, gruczoł tarczowy zmniejszony, czasem do tego stopnia, że go za ledwie można było znaleźć. Porównyując działanie u ludzi i zwierząt fabrycznie przygotowanych przetworów gruczołu tarczowego, np. preparatów angielskich (*Tabloids Borroughs, Wellcome and Co.*) z działaniem gruczołów świeżych i świeżo przyrządzonych wyciągów, LANZ znalazł, że pierwsze wywołują u ludzi więcej objawów ubocznych, a u zwierząt, np. myszy, prędzej prowadzą śmierć, aniżeli drugie. Przyczynę tego zjawiska LANZ upatruje w tem, że przetwory fabryczne prędko ulegają psuciu. Tak np. tyroïdyna MERCK'a ma nawet nieprzyjemny zapach, a tabletki angielskie mają nieprzyjemny smak i zawierają, jak wykazały badania bakteriologiczne, rozmaite laseczniki chorobotwórcze, a nawet lasecznika obrzęku złośliwego.

Mając to na uwadze, posługiwał się GEORGEWSKY wyłącznie świeżymi gruczołami [wołowymi] i świeżo przyrządzonymi wyciągami. Gruczoły świeże stosował w stanie surowym i gotowane, a do wstrzykiwań podskórnych używał soku, który otrzymywał przez wyciskanie za pomocą prasy hydraulicznej, przy możliwym zachowaniu aseptyki. Poszukiwania swe czynił autor głównie na psach, poczęści także na królikach. Wnioski, do których doszedł autor na mocy swych badań, dadzą się streścić w sposób następujący.

Przy wielokrotnych wstrzykiwaniach podskórnych soku gruczołu tarczowego lub wyciągu glicerynowego, jak również przy karmieniu gruczołami surowymi lub gotowanymi, występuje stopniowo u psów cały szereg zaburzeń, jak: czynności serca, podniesienie ciepłoty o kilka dziesiątych stopnia, azotomocz, niekiedy cukromocz, w pierwszych czasach pewnie podniecenie zwierzęcia, ogólne przygnębienie, osłabienie, utrata łaknienia, rozwolnienie, wymięty, czasem ślady białka w moczu, ropne zapalenie łącznie, słabość kończyn, zwłaszcza tylnych drżenie tychże, niedowład, porażenia—szczególnie kończyn tylnych, czasem utrata czucia na całym ciele, brak odruchów, napady drgawek klonicznych i śmierć.

U młodych zwierząt, a szczególnie u tych, które znajdują się jeszcze w okresie wzrostu, objawy ze strony układu nerwowego są silniej wyrażone i bardziej rozprzestrzenione, aniżeli u zwierząt dorosłych.

Co się tyczy cukromoczu, który niekiedy występuje przy stosowaniu tyroïdyny, to u psów, otrzymujących wyłącznie pożywienie mięsne, nie występuje on nigdy, przy pokarmie mieszanym zjawia się i to tem szybciej, im więcej wodań węgla zawiera pokarm. Określając ilość substancji wyciągowych w moczu [przez odejmowanie ilości N moczownika od ogólnej ilości azotu], autor znalazł, że w największej części przypadków w tych dniach, w których mocz zawierał cukier, zarówno bezwzględna ilość niedostatecznie utlenionych, *resp.* wyciągowych substancji, jako też względna — w stosunku do całkowitej ilości azotu — zmniejszała się. A zatem natężenie sprawy utleniania było w tych dniach znaczne. Pod tym względem różni się wzmiankowany cukromocz od innego rodzaju doświadczalnego cukromoczu, jaki występuje u psów po usunięciu trzustki: temu cukromoczowi towarzyszy duża zawartość ciał wyciągowych. Występowania wola i wypuklenia gałek ocznych autor ani razu nie spostrzegł, wbrew twierdzeniom ENRIQUEZ'a i BALLEŦ'a.

Jeśli przerwać stosowanie przetworów gruczołu tarczowego wówczas, gdy objawy nerwowe nie są jeszcze bardzo wybitne, to psy stopniowo wracają do zdrowia; w przeciwnym razie giną. U królików występują w ogólności przy wstrzykiwaniach podskórnych gruczołu tarczowego [wołu] te same objawy, co u psów. Różnica polega tylko na tem, że cukromocz nigdy nie dawał się spostrzec, objawy niedowładu były słabo wyrażone i śmierć następowała szybciej. U psów, które znajdowały się w stanie równowagi azotowej, przeróbka materii już w ciągu pierwszych dni ulegała istotnej zmianie: ilość wy-

dzielanego z moczem azotu znacznie się zwiększała. Również zwiększeniu ulegała ilość chlorków, P_2O_5 i SO_3 . Największa ilość azotu wydziela się w postaci mocznika. Przystawianie N pokarmów w okresie, w którym jeszcze nie wystąpiły zaburzenia ze strony żołądka i kiszek, nie jest upośledzone, niekiedy nawet polepsza się. Szukając przyczyny przyspieszenia czynności serca pod wpływem tyreoidyny, autor, w pracowni fizyologicznej prof. PAWŁOWA i przy pomocy tegoż uczonego, wyciął z obu stron *ganglion stellatum* u psa i usunął tym sposobem wpływ nerwów przyspieszających czynność serca (*nn. accelerantes*). Po zagojeniu rany zewnętrznej autor zaczął traktować psa tyreoidyną i po pewnym czasie otrzymał znaczne przyspieszenie działalności serca. A zatem przyspieszenie to nie jest zależnem od podrażnienia wzmiankowanych nerwów. Inne doświadczenia autora każą wyłączyć wpływ porażenia obwodowych zakończeń nerwu błędnego, jak również hamującego ośrodku tegoż nerwu. Zdaniem autora, gra tu rolę pobudzenie ekscytomotorycznego przyrządu serca. Prócz przyspieszenia czynności serca znajdujemy jeszcze ze strony układu krążenia wzmożenie ciśnienia wewnątrzczasyniowego.

Zmiany anatomo-patologiczne znajdujemy następujące: wychudnięcie, wybitny zanik tkanki tłuszczowej i mięśni szkieletu, przekrwienie nerek i miejscami zwyrodnienie tłuszczowe nabłonka kanalików krętych, przekrwienie mózgu, a zwłaszcza rdzenia przedłużonego i wybroczyny włoskowate w istocie opuszki i w bliskości dna 4-ej komory. Gruczoły tarczowe są blade, barwy żółtej, zmniejszone i przedstawiają następujący obraz drobnowidzowy: pęcherzyki są wypełnione zawartością klejową i rozszerzone; nabłonek jest spłaszczony, jądra komórek nabłonkowych barwią się mocno, zaródź zaś słabo. Naczynia krwionośne i chłonne są spadnięte; często można widzieć, że ściana między 2 sąsiednimi pęcherzykami jest przerwana i pęcherzyki komunikują z sobą.

Ta okoliczność, że przy rozmaitem stosowaniu [do wewnątrz, pod skórę, za pomocą implantacji] rozlicznych przetworów gruczołu tarczowego [gruczoły świeże, gotowane, wyciąg glicerynowy, sok] otrzymuje się stale jeden i ten sam prawie obraz, przemawia za tem, że charakterystyczne objawy tyreoidyzmu zależą od jednego jakiegoś ciała, a zupełny kontrast objawów tyreoidyzmu z objawami śluzozobrzęku zdaje się przemawiać na korzyść poglądu, że istota czynna gruczołu tarczowego stanowi wytwór sekrecyi wewnętrznej tego gruczołu. Wyniki, otrzymane przy stosowaniu wyciągu glicerynowego gruczołu, dowodzą, że istota czynna przechodzi do gliceryny, a doświadczenia z gruczołami surowymi i gotowanymi wykazują, że ciało to nie zostaje zniszczone ani przez soki trawienne, ani przy ciepłocie wrzenia. Czy ciało to jest identyczne z tyrojo-dyną BAUMANN'a, t. j. czy zawiera jod, dotąd nie wiadomo. Bądź co bądź, bardzo ciekawe są wyniki badań TOEPFER'a: autor ten otrzymał z gruczołów tarczowych barana ciało zupełnie analogiczne z tyrojo-dyną BAUMANN'a, z tą samą zawartością jodu, natomiast nie mógł znaleźć śladu jodu w gruczołach tarczowych wołu, choć badał dużą ilość tych gruczołów; tymczasem wiemy, że działanie na człowieka przetworów gruczołu tarczowego jednego i drugiego zwierzęcia jest jednakowe. Substancja czynna gruczołu tarczowego nie jest jadem w zwykłym znaczeniu tego wyrazu. Przy wstrzykiwaniu podskórnem [psom, królikom] soku gruczołu tarczowego lub przy karmieniu [psów] surowymi gruczołami nigdy nie występują objawy ostre; autorowi ani razu nie udało się, przy wstrzykiwaniu podskórnem soku, spostrzeżać, przynajmniej w ciągu pierwszych 20 minut, ani przyspieszenia czynności serca, ani zwiększenia ciśnienia krwi. Objawy tyreoidyzmu występują dopiero po mniej lub więcej długotrwałem stosowaniu tyreoidyny.

Przy zaburzeniach w czynności gruczołu tarczowego cierpi, jak wiadomo, bardzo silnie układ nerwowy. Wielu autorów jest tego zdania, że gruczoł

tarczowy wyrabia pewną substancję, która jest niezbędną dla prawidłowej czynności mózgu. Za ten przemawia znaczna ilość zawierających fosfor ciał białkowych w gruczole tarczowym, jak również poszukiwania MORCORUN'a, wykazujące podobieństwo tyreonukleoalbuminy z neurostrominą szarej substancji mózgu. Ze stosowanie tyreoidyny wpływa na stan ośrodkowego układu nerwowego, wynika także ze zwiększonego wydzielania P_2O_5 [ROOS, SCHOLZ, GEORGIEWSKY]. Autor zwraca uwagę także na podobieństwo objawów tyreoidyzmu (*polyuria, azoturia, polyphagi, polydypsia, glykosuria*) z moczówką cukrową, której przyczyna, jak wiadomo, tkwi w zmianach ośrodkowego układu nerwowego, specjalnie rdzenia przedłużonego. Z tą okolicznością zestawia autor zmiany anatomiczno-patologiczne, często znajdowane w opuszczeniu zwierząt traktowanych tyreoidyną. Wszystkie te dane dowodzą, że w rozwoju objawów tyreoidyzmu ośrodkowy układ nerwowy, głównie zaś rdzeń przedłużony, przyjmuje bardzo ważny udział.

Na mocy wyżej powiedzianego staje się zupełnie zrozumiałem działanie lecznicze przetworów gruczołu tarczowego przy śluzozbrzęku i otłuszczeniu. Przy pierwszym wprowadzamy do ustroju tę substancję, której zanikły gruczoł tarczowy nie jest zdolny wytwarzać; przy drugim — działanie lecznicze polega na znacznym wzmoczeniu przemiany materii. Co się tyczy działania tyreoidyny przy wole, to przyjąć należy, że przerost gruczołu tarczowego jest wyrazem niedostatecznej jego czynności. Skoro tylko brak ten pokryjemy przez wprowadzanie wytworu gruczołu z zewnątrz, ustaje tem samem przyczyna, która wywołuje wole i stopniowo następuje zanik jego. Zbawienne działanie przetworów gruczołu tarczowego przy całym szeregu etyologicznie ciemnych chorób tłumaczy się przez wpływ ich na ośrodkowy układ nerwowy i zależną od tego zmianę w przeróbce materii.

Czy racjonalnem jest stosowanie gruczołu tarczowego w chorobie GRAVES'a [BASEDOW'a]? Wyżej widzieliśmy, że stosowanie przetworów tego gruczołu wywołuje większość objawów charakterystycznych dla choroby BASEDOW'a. Okoliczność ta przemawia za tem, że przynajmniej w niektórych przypadkach choroba GRAVES'a warunkowana jest nadmierną sekrecją gruczołu tarczowego. W związku z tem stoją przypadki choroby GRAVES'a, w których objawy jej znikły po częściowem usunięciu wola lub po podwiązaniu tętnic gruczołu. Lecz nie ulega wątpliwości, że choroba BASEDOW'a może powstać i na innej drodze, bez udziału gruczołu tarczowego, np. przy uszkodzeniu pewnych części rdzenia przedłużonego. *corpus restiforme* [FILEHNE], przy zatruciu kokainą [DURDUF], wreszcie, jak pouczają spostrzeżenia kliniczne, może ona rozwinąć się nagle w następstwie jakiegoś gwałtownego afektu lub na drodze odruchowej przy podrażnieniu błony śluzowej nosa lub przy istnieniu nerki wędrującej. Większość autorów nie otrzymywała od stosowania gruczołu tarczowego przy chorobie GRAVES'a żadnego polepszenia; niektórzy notowali nawet pogorszenie; liczba przypadków z wynikiem pomyślnym jest bardzo nieliczna.

(*Zeitschrift f. klin. Medic.*, Tom 33. Zeszyt I i II. 1897).

Stanisław Pechkranc.

129. D-r J. Garel. O niedowładzie miękkiego podniebienia typu przerywanego przy neurastenii.

Niedowład miękkiego podniebienia pochodzenia neurastenicznego cechuje typ przerywany, trwający od kilku sekund do kilku minut i zjawia się, oraz i znika nader szybko.

Autor opisuje trzy przypadki tego cierpienia.

W pierwszym u kobiety, cieszącej się do 60-go roku życia doskonałym zdrowiem, zjawily się objawy neurasteniczne, jako skutek silnych wzruszeń

moralnych. Po czterolatniem trwaniu tej choroby mowa chorej nagle przybrała dźwięk nosowy, przyczem jednak chora rozpoczyna zdanie wyraźnie, po kilku zaś wyrazach mowa staje się nosową. Gdy chora przerwie i odpocznie nieco, to znowu zaczyna mówić wyraźnie, lecz wnet następuje zmiana i wyrazy stają się nawet niezrozumiałymi.

Niekiedy chora zwraca przy łykaniu pokarmy przez nos.

Przy badaniu przedmiotowem gardła widać, że podniebienie miękkie jest nieruchome i w położeniu prawie pionowem; czucie zachowane.

Drugi przypadek dotyczy kobiety 32 letniej, w której po grypie rozwinęło się podobne cierpienie. Przy liczeniu od liczby 1 oddźwięk nosowy łączy się już z liczbą 6.

Również i trzeci podobny przypadek obserwował GAREL u kobiety 33-letniej, bardzo nerwowej. Tu porażenie trwało bez zmiany 3 miesiące; po dwóch prawie latach powtórzyło się w formie spotęgowanej.

Porażenie podniebienia miękkiego nie należy do cierpień zbyt rzadkich; widzimy je jako skutek błonicy gardzieli, wskutek cierpień ogólnych (*sypylis*) lub umiejscowionych bądź w narządzie nerwowym ośrodkowym (*tubes, paralysis glosso-labio laryngea*), bądź obwodowym (*neuritis peripherica*). Wszystkie te przyczyny jednak nie istniały w opisywanych przez GAREL'a przypadkach i niedowład podniebienia miękkiego tutaj przypisać należy neurastenii u wzmiankowanych osób.

Od porażenia histerycznego różni się neurasteniczne tem, iż jest niezupełne, niestałe i zjawia się napadami.

U neurasteników przy wykonaniu ruchu mogą być dwojakiego rodzaju objawy: 1) ruch nadmierny, przewyższający zamierzony i mający charakter spazmu i 2) ruch niedostateczny, z początku tylko odpowiadający zamierzonemu, lecz następnie chwiejny i słaby wskutek wyczerpania nerwowego. Do wykonania dłużej trwającego ruchu konieczne są przerwy dla naładowania, że tak powiemy, energii nerwowej, to też objawy czynnościowej niedomogi podniebienia miękkiego istniały w przypadkach GAREL'a wskutek niedostatecznego zapasu energii nerwowej, potrzebnej do wykonania danego ruchu w przeciągu danego czasu

(*Archiv. internat. de laryng., d'otol. et de rhinol. Nr. 3. 1897.*)

S. Oppenheim.

130. D-r Luc. Nowy sposób operowania ropotoków jamy szczękowej.

Wszystkie sposoby operowania ropotoków szczęki górnej mają pewne własności ujemne. Gdy operujemy przez otwór, zrobiony w wewnętrznej ścianie jamy HIGMOR'a, t. j. przez nos, to nie możemy dokładnie oczyścić jamy za pomocą wyskrobania; operując zaś ze strony przedniej powierzchni jamy, t. j. od strony policzka, przez oddzielenie górnej wargi i otworzenie następcze kostnej przedniej ściany w *fossa canina*, otrzymujemy, co prawda, pole operacyjne zupełnie otwarte i możemy dokładnie oczyścić jamę, lecz za to podlega ona niebezpieczeństwu zakażenia ze strony ust, a co gorsza, narażamy chorego na trudność w przeżuwanii pokarmów; prócz tego pokarm miesza się z środkami lekarskimi, wprowadzonymi do jamy bądź dla dezynfekcyi, bądź dla przyspieszenia gojenia, słowem chory spożywa pokarmy z sosem jodoformowym lub jakim innym w tym rodzaju.

Luc stara się wyzyskać dobre strony, a unikać złych obu powyższych sposobów. Wykonywa on operację w następujący sposób: pierwszy moment zasadza się na szeroki otworzeniu jamy wyż wzmiankowanym sposobem t. zw. DÉSAYL'a. Przecina się nożem górną wargę na wysokości 15 młm. ponad szyjką zębów górnych, oddziela się szeroką skrobaczką błonę śluzową w górę w celu odsłonięcia przedniej powierzchni zatoki; za pomocą dłuta

i młotka otwiera się zatokę i oczyszcza naocznie skrobaczką. Można też dla pewności skutku wytrzeć jamę watą, zmoczoną w roztworze chlorku cynku w stosunku 1:5.

Teraz następuje oryginalny moment operacyjny: zapomocą okrągłego perforatora [o średnicy najmniej 9 centymetrowej], poruszanego przez motor elektryczny, lub za pomocą dłutka i młotka przebija się wewnętrzną ścianę jamy w jej części najniższej i najbardziej ku przodowi. Następnie wprowadza się dren, oczyszcza raz jeszcze jamę i przysypuje jodoformem, poczem zaszywa się ranę wągową.

Przez następne dwa dni chory nie przyjmuje żadnych pokarmów przez usta, aby rana mogła prędszej się zrosnąć. Poczynając od 4-go dnia można przez dren od strony nosa przemywać jamę kwasem bornym lub roztworem formolu 1:1000, lecz czynić to trzeba delikatnie, by nie rozerwać tylko co zrośniętej rany. Po niejakiem czasie [2 — 3 tygodni] można dren wyciągnąć i przemywać jamę za pomocą kateteru.

Oryginalność tego zabiegu chirurgicznego zasadza się na tem, iż rozpoczynamy operację pierwszym sposobem, a kończymy drugim, albowiem otwór, zrobiony w przedniej ścianie, jest tylko czasowym, służąc do oczyszczenia jamy i do przeprowadzenia drenu do nosa; później się go zakrywa i cały zabieg kończy się traktowaniem od strony jamy nosowej.

(*Archiv. internat. de laryng. d'otol. et de rhinol. Nr. 3. 1897.*)

S. Oppenheim.

131. Przyczynek do nauki o akromegalii.

Akromegalia nie należy do chorób niezwykle rzadko spostrzeganych; od czasu, kiedy P. Marie w 1886 r. przez dokładny opis tej choroby zwrócił na nią uwagę lekarzy, zebrało się w literaturze przypadków około 100, lecz nie wiele z nich z badaniem pośmiertnem, a jeszcze mniej z dokładnem badaniem pośmiertnem. Z tego powodu anatomia patologiczna omawianego cierpienia, a również etyologia wymagają jeszcze dalszych poszukiwań. Pod względem klinicznym akromegalia nie przedstawia wogóle żadnych trudności. STRUEMPELL podaje szczegółowy opis kliniczny, a potem i badanie pośmiertne przypadku akromegalii, obserwowanej przez niego w ciągu 4 lat na klinice w Erlangen. I opis kliniczny i pośmiertne badanie prowadzą do wniosku, że autor miał do czynienia z typowym przypadkiem akromegalii: wszystkie objawy, między innymi powiększenie dolnej szczęki, powiększenie rąk i nóg, nowotwór w przysadce mózgu (*hypophysis cerebri*), odpowiadają charakterystycznemu obrazowi choroby, opisaney przez P. MARIE. Co do etyologii STRUEMPELL sądzi, że trudno nawet wyobrazić sobie jakąkolwiek zewnętrzną przyczynę, któraby mogła w zdrowym dotychczas organizmie wywołać takie głębokie zmiany, jakie znajdujemy przy akromegalii.

Zdaniem tego autora, akromegalia z wszelkiem prawdopodobieństwem należy do chorób ustrojowych, wrodzonych (*endogene*). STRUEMPELL zbija wygłaszane niejednokrotnie zdanie, że przyczyną akromegalii jest cierpienie przysadki mózgu, t. j. skutek hyperplazji i zwyrodnienia tego narządu mają następować zaburzenia w jego czynnościach, następstwem czego zjawiają się jako wtórne objawy: zaburzenia we wzroście miękkich części i kości, w przemianie materji, w czynnościach narządów płciowych i t. d..

W literaturze znajdujemy zaledwie jeden przypadek akromegalii, w którym na sekcji nie znaleziono guza w przysadce mózgu. Przeciwno tej teorii przemawia to, że niejednokrotnie znajdowano na sekcjach nowotwory przysadki mózgu, dające wszelkie objawy guzów mózgowia bez objawów akromegalii. Nareszcie zdaniem STRUEMPELL'a dziwnem jest przypisywać tak wielkie znaczenie w ekonomii naszego organizmu tworowi, który pod względem budowy i swego rozwoju przedstawia się jako narząd szczątkowy.

STRUEMPPELL sądzi, że guz, znajdujący w przysadce mózgu przy akromegalii, należy uważać za objaw swoisty dla tej choroby, lecz tylko równoznaczny innym objawom. Prócz właściwej przyczyny akromegalii, która zasadza się na wrodzonym usposobieniu ustroju, jest jeszcze wiele okolicznościowych, zewnętrznych przyczyn, które sprzyjają wystąpieniu objawów akromegalii; do takich przyczyn STRUEMPPELL zalicza: psychiczne wpływy, uraz, zaraźliwe choroby, przeziębienia i inne. STRUEMPPELL zaznacza, że pacjentka jego na kilka lat przed wystąpieniem pierwszych objawów akromegalii cierpiała często na dość szybko mijające obrzęki twarzy i rąk; podobnie spostrzeżenie robiło i wielu innych lekarzy. STRUEMPPELL sądzi, że owe obrzęki uważać należy za zwiazstuny akromegalii.

Godnym zaznaczenia w przypadku STRUEMPPELLA jest ból w palcach rąk i nóg, na jaki chora stale się uskarżała. Na zakończenie STRUEMPPELL podnosi podobieństwo, a zarazem i różnicę, jaka zachodzi między akromegalią a sklerodermią: i tu i tam mamy do czynienia z cierpieniem ustrojowym, wrodzonym, lecz w pierwszym przypadku mamy rozrost skóry i kości, a w drugim przeciwnie zanik ich. Ciekawem jest, jak się zachowuje przysadka mózgu przy sklerodermii.

Prof. SCHULTZE podaje szczegółowy opis kliniczny i pośmiertne badanie akromegalii, obserwowanej przez niego w ciągu kilku lat; przypadek ten należy do typowych, wyróżnia się od innych brakiem skrzywienia kręgosłupa (*kyphosis*), które P. MARIE zalicza do stałych objawów akromegalii. SCHULTZE zwraca uwagę na to, że niejednokrotnie objawy akromegalii mogą zatrzymywać się przez dłuższy czas na jednym stopniu rozwoju, a nawet mogą ulegać poprawie. W podanym przez niego przypadku wymiary obwodu ciała, oddzielnych palcy zmniejszyły się bez podawania jakichkolwiek środków leczniczych. Autor przestrzega z tego powodu przed zbyt szybkim wyciąganiem dodatkowych wniosków z podawania przetworów gruczołów w razie poprawy niektórych objawów.

(1. STRUEMPPELL. *Ein Beitrag zur Pathologie u. path. Anat. der Akromegalie. Deut. Zeit. f. Nerv. Bd. 11. H. 1—2.* 2. FR. SCHULTZE. *Beitrag zur Sympt. und Anat. der Akromegalie. Deut. Zeit. f. Nervenheil. Bd. 11. H. 1—2.* K. Strózewski.

Wiadomości drobne.

— 3 = 3 —

— KRZYSZTAŁOWICZ podaje 15 przypadków syfilisu, leczonego za pomocą *haemolum hydrargyro-jodatum*, przyczem wysypka plamista znikła po zażyciu 8 — 14,0 leku, grudkowata po 22,0. Autor przyszedł do wniosku, że w przypadkach lekkich środek ten działa energicznie, ujemną jednak stroną jego jest działanie uboczne na narządy trawienia, co zmusza do częstych przerw.

[Na oddziale D-ra med. ELSENBERGA czynione były próby z tym środkiem; podawano go kobietom i dzieciom, lecz objawy uboczne [wymioty, bóle brzucha, biegunka, brak apetytu i t. d.] zniewoliły do powrócenia do zwykłych metod leczniczych] (*Przyp. ref.*).

(*Arch. f. Dermat. u. Syph. XLB. 2 u. 3 H.*)

W. St.

— EPSTEIN podaje, że na 8292 wstrzykiwania najrozmaitszych nierozpuszczalnych przetworów rtęci, dokonanych na 908 chorych, tylko w 7 przypadkach wystąpiła *embolia pulmonum*.

(*Arch. f. Derm. u. Syph. T. XL. Zesz. 2 i 3.*)

W. St.

— Rzadko spostrzegamy napady epileptyczne, wywołane przez podrażnienie skóry. W. I. HARRIS w dostępnej mu literaturze znalazł tylko 2 takie przypadki,

z których jeden opisany był przez DUNSMURE'a, drugi przez H. JACKSON'a; oba te przypadki dotyczyły młodych chłopców, u których każde niespodziewane dotknięcie głowy wywoływało napad epileptyczny, nawet podczas snu. HARRIS podaje opis 3-go podobnego przypadku; tym razem dotyczy to 5-letniej dziewczynki, która cierpi na napady epileptyczne od kilku miesięcy; każde dotknięcie głowy, policzka, głaskanie po włosach wywołuje typowy napad epileptyczny, jeśli dotknięcie nastąpiło niespodziewanie dla dziewczynki. Podczas snu wywołać napad w ten sposób nie udawało się. W szpitalu w ciągu kilkumiesięcznego pobytu chorej zwykle napady epileptyczne rzadziej przytrafiały się, a napady wskutek dotknięcia ustaly w zupełności. Chorej podawano przetwory bromu.

(*The Lancet*. 28. VIII. 1897).

K. S.

— Znaczenie urazu w powstawaniu różnorodnych cierpień w ostatnich czasach nabiera coraz więcej siły; gromadzą się fakty, dowodzące, że nawet wskutek nieznacznych uszkodzeń mogą rozwinąć się przewlekłe organiczne cierpienia układu nerwowego. Na dowód tego ERB przytacza nowe 2 spostrzeżenia, a zarazem wspomina o kilku innych spostrzeżeniach, zaczerpniętych z literatury. 1-szy przypadek dotyczy 56-letniego rolnika, nieobciążonego dziedzicznie, który upadł, poślizgnąwszy się, na pośladki; na razie chory poczuł tylko silny ból w krzyżu i pośladkach, lecz podniósł się o własnej sile i zajmował się nadal pracą; dopiero w 14 dni po upadku poczuł pewną sztywność w łydkach, potem utrudnienie przy ruszaniu paluchem prawej nogi, potem paluchem lewej nogi i powoli w ciągu 3 miesięcy rozwinęły się objawy *poliomyelitis anterioris lumbalis*. Drugi przypadek dotyczył 38-letniego kowala, zupełnie dotychczas zdrowego i pochodzącego ze zdrowej rodziny. Chory uderzony został młotem w obie ręce; początkowo zjawily się silne bóle w ramionach; w parę dni po wypadku kowal ów mógł znowu pracować, lecz nie mógł tak dobrze podnosić rąk w górę, jak przedtem. Dopiero w 2 lata po wypadku wystąpiły objawy osłabienia w rękach w połączeniu z chudnięciem rąk. I w tym przypadku w ciągu roku rozwinął się obraz *poliomyelitis acut. cervicalis chronicae*. W obu tych przypadkach uraz był nieznacznym tak, że o wylewie krwi, zgnieceniu i t. p. ciężkich uszkodzeniach rdzenia niema mowy; niezawodnie początkowo były tylko molekularne zmiany, które zwykle łatwo wyrównywiają się, w niektórych zaś przypadkach pod wpływem odpowiednich warunków stają się punktem wyjścia dla głębszych zmian organicznych.

(*Deut. Zeit. f. Nervenheil. Bd. 11. 1 u. 2 H.*)

K. S.

Wiadomości bieżące.

— — — — —

— Nagrodę imienia NATANSONA, jaką Kasa MIANOWSKIEGO udziela co 4 lata za najlepszą pracę polską z dziedziny biologii, otrzymał kol. E. BIERNACKI za swe prace hematologiczne, nagrodzone już poprzednio przez Tow. Lek. Warszawskie.

— We Wrocławiu pod redakcją D-ra WOLFFBERG'a zaczęło wychodzić nowe czasopismo „*Wochenschrift für Therapie und Hygiene des Auges*“.

Zmarli: w Warszawie KOTELEWSKI, b. prof. medycyny sądowej;
H. WELCKER, b. prof. anatomii w Halli, znakomity antropolog.

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.

Доволено Цензурою, Варшава 19 Сентября 1897. Друк Kowalewskiego, Warszawa, Mazowiecka 8