

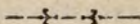
GAZETA LEKARSKA.

I. ROPNIE PRAWDOPODOBNIIE GRUŻLICZE W WĄTROBIE. OPERACYA. WYZDROWIENIE.

Opisał

Roman Jasiński,

chirurg warszawskiego szpitala dla dzieci.



Znalazłem się obecnie w drażliwym nieco położeniu; mam bowiem zamiar w artykule niniejszym podać Wam jedną tylko historję choroby, bez przytoczonych do niej cytat z autorów, bez statystyki i bez jakichkolwiek ważniejszych badań teoretycznych. Poczuję się tedy do obowiązku usprawiedliwienia się z tej mojej śmiałości. Przypadek, o którym chcę mówić, ma dla mnie znaczenie doniosłe, gdyż wlał dość znaczną otuchę do mego umysłu w chwili, gdy coraz większe go ogarniało zwątpienie o skuteczności wysiłków nieustannych, skierowanych ku ratowaniu chorych, dotkniętych ciężkimi, powracającymi cierpieniami grążliczemi.

Chora moja przeszła tak długi szereg tych cierpień, iż zwątpienie co do możności jej uratowania było, jak się przekonacie, najzupełniej usprawiedliwione. Gorąco pragnę, aby wynik obecny jej leczenia był nareszcie zwycięstwem już ostatecznem nazwany; przyszłość jednak dopiero może to sprawić.

W roku 1892 im przybyła do mnie panienska, rok trzynasty poczynająca, bardzo wynędzniała, mizerna, gorączkująca i kulejąca na lewą nogę. Okazało się, iż ojciec jej, lekarz, umarł dość młodo na ostre suchoty płucne. Chora, o przezroczystej, bezbarwnej skórze, blado sinawych wargach i bardzo drobnym kościecu, przechodziła podobno jakieś dość ciężkie cierpienie układu kiszkowego w niemowlęctwie, potem w 1891 gruźlicze cierpienie jednej z kostek ręki lewej, o czem świadczy wciągnięta blizna pooperacyjna, a obecnie ma bardzo daleko posunięte objawy typowego, gruźliczego zajęcia stawu kolanowego. Nasada kości udowej, a szczególnie kłykieć wewnętrzny oraz rzepka bardzo zgrubiałe i zbezkształcone. Cały staw zlekka zgiętego kolana przedstawia się w postaci kulisto wrzecionowatej i pokryty jest skórą bladą o żyłach rozszerzonych i lekkim rozlanym obrzęku. Nie będę tu przytaczał szczegółowo badania; wspomnę tylko, że stwierdzić mogłem istnienie ropni podokostnowych, zniszczenie chrząstek stawowych, trwającą ciężką sprawę zniszczenia w końcach stawowych i stosunkowo niezły stan więzów oraz torebki.

Wobec niewątpliwego ropienia w kości i okostnej przystąpiłem do operacyjnego leczenia i wykonałem w marcu 1893 artrektomię, połączoną z odpiłowaniem końców stawowych, wydlubaniem kawern gruźliczych w pozostałych częściach kości udowej i goleni, oraz z wycięciem rzepki. Przebieg był z początku świetny, bezgorączkowy i aseptyczny. Prawie cała rana zagoiła się doraznie, z wyjątkiem jednego kąta, w którym był pomieszczony pas gazy jodoformowej. W tem miejscu, jakoteż i w każdym niemal punkcie, przez który przechodziły szwy, pod młodą blizną zaczęły się wkrótce pokazywać pewne wzniesienia sinawe, coraz większe, coraz przezroczystsze, wreszcie to tu, to ówdzie, ziarnina obrzęknięta i grzybowata, nakoniec rozpad, ropienie, zatoki, jednym słowem: powrót gruźlicy, niestety, tak często w praktyce napotykaną. Pociągnęło to za sobą konieczność całej seryi skrobań, wycinań, rozcinań i t. d.. Wreszcie po paru miesiącach uciążliwej pracy, przy ciągłym podawaniu do wewnątrz to arseniku, to jodu, oraz przy stosowaniu miejscowym naprzemian: jodyny, jodoformu, azotanu srebra, balsamu peruwiańskiego, olejku gwoździkowego, eufenu, wszystko się zagoiło ostatecznie i dziewczynka pojechała z maszyną, chroniącą od możliwego w tym okresie skrzywienia kończyny, na wieś. Po powrocie chodziła dobrze, mając na zdrowej nodze obcas i podeszew — nadsztukowane, a na chorej przyrząd, w którym unieruchomiona kończyna wisiała, nie opierając się na ziemi. Chora tedy opierała się guzem siedzeniowym o podłogę za pośrednictwem całego układu szyn i pochw.

Aliści zaraz w następnym 1891 roku na tejże kończynie dolnej wybuchła znowu gruźlica kostno-stawowa w drobnych stawach stopy. Znowu tedy następuje w listopadzie operacja, a mianowicie nietypowe usunięcie doszczętnie chorych kości i ognisk ropno-gruźliczych.

Tym razem gojenie pooperacyjne postępowało stosunkowo dość szybko tak, że po paru miesiącach, bez przerw i powikłań, otwarta rana zagoiła się zupełnie.

W rok potem, a więc 1895-ym, gdy w kolanie lewym już bardzo mocne nastąpiły zrosty, pozwalające na chodzenie bez przyrządu, nagle występuje w kolanie prawem obfity wysięk płynny, przy gorączce, dochodzącej do 38,5° C. [nie wyżej]. Wypuściłem ten wysięk za pomocą pompy POTAIN'a i przepłukałem staw roztworem sublimatu 1:3000, oraz zastosowałem na kilka tygodni opatrunek unieruchamiający. Wysięk był rzadki, mętny. Oprócz domieszki znacznej ilości leukocytów, nic osobliwego nie można było w nim znaleźć. Przebieg pooperacyjny wyborny, bezgorączkowy. Wysięk się już nie powtórzył, a stan chorej bardzo się poprawił.

Dość spokojnie przebiegał z początku rok następny 1896.

Pod koniec jednak roku 1896-go dziewczynka zaczęła się pokładać, zmierzniała, straciła sen i łaknienie i stała się niezwykle drażliwą, skłonną do wybuchów płaczu, bólów głowy, oraz skarżyła się na ogólną utratę sił. Obrzękła znowu stopa prawa koło kostek, szczególnie pod kostką wewnętrzną; blizna pooperacyjna stała się nieco bolesną. Poleciałem wetrzeć parę razy świeżą masę rtęciową, stopę unieruchomiłem i zastosowałem okłady gorące

z płynu Burrow'a. Po tygodniu miejscowe te objawy znikły zupełnie i więcej już nie powróciły.

[Przy tych operacjach uprzejmie pomagali mi koledzy CIECHOŃSKI i GRUŻEWSKI].

Stan ogólny wcale się nie poprawiał. Przypuszczałem, że na pierwszy plan występujące ubóstwo krwi będzie w związku z oczekiwanym, aczkolwiek spóźniającym się rozwojem płciowym. Widział wówczas chorą, wraz ze mną profesor BARANOWSKI, który po dokładnem jej zbadaniu wyraził zdanie, iż nigdzie żadnych fizykalnych zmian w narządach wewnętrznych znaleźć nie można, oprócz lekkiego obrzmienia w gruczołach limfatycznych na szyi i w pachwinach. Blednica wyraźna. Badanie moczu wykazało normalny skład jego chemiczny, żadnych dowodów na cierpienie nerek lub cięższe zmiany w narządach trawienia nie znaleziono. Wogóle nigdy, pomimo dość często powtarzanych poszukiwań, nie osobliwego ani w płucach, ani w układzie moczowym zauważyć nie można było.

Z porady profesora BARANOWSKIEGO wysłałem chorą na czas dłuższy do Otwocka do zakładu kol. GEISLERA.

W kwietniu 1897 roku w Otwocku chora, po pewnej przemijającej poprawie, zaczęła prawie stale gorączkować, dostała rozwolnienia, powtarzającego się coraz częściej, aż wkrótce w rzadkim, bardzo cuchnącym kale ciemnym zaczęto dostrzegać zupełnie nie strawione cząstki pokarmów i duże ilości śluzu. Coraz to więcej dokuczały chorej wymioty, przestała prawie zupełnie jadać, skarżąc się na silne bóle w prawej połowie brzucha. Mocz stał się niezwykle ciemnym, czasami zielonawym.

W tym stanie przywieziono chorą do mnie w ostatnich dniach kwietnia. Wychudła ona do najwyższego stopnia, gorączkując ciągle i prawie nic nie jedząc. Dreszcze, dość znaczne skoki ciepłoty, ciągle rozwolnienie i mdłości, wreszcie silny ból, prawie stały w prawej połowie brzucha, trwały bez zmiany i nakazywały, szczególnie wobec aż nadto dobrze znanej mi anamnezy, zabrać się do szukania w ustroju, a przedewszystkiem w jamie brzusznej jakiegoś ogniska ropno-gruźliczego.

Nie znalazłem żadnego wysięku, ani przesięku wolnego w jamie brzusznej, ale przy badaniu jej napotkałem na znaczne zwiększenie odporności ze strony prawej, poczynwszy od linii środkowej, aż do kręgosłupa sięgające i ciągnące się od dołka podmostkowego i łuku żebrowego, aż do linii, idącej od pępka do tegoż łuku. Poniżej, a więc w dole biodrowym prawym, jak również i w pozostałych częściach brzucha nie podobnego nie wyczuwałem. Tylko w powyżej opisanych granicach, najłżejsze dotknięcie palcem do skóry brzucha wywoływało ból i odruchowe naprężenie mięśni ściany brzusznej. Odgłos opukowy na całej tej przestrzeni był tępy. Tępość ta zlewała się bez pośrednio z tępością wątroby, której granica górna wcale nie była podniesioną. Reszta brzucha nie bolesna, zapadnięta tak, że przy spokojnem oddechaniu chorej dojrzeć można było, nie dotykając palcem, w prawem podżebrzu rozlany guz o niezbyt wyraźnych granicach. Tylko granica dolna ku przodowi

występowała nieco wyraźniej, nie wykazując żadnych wyraźnych poruszeń przy wdechaniach głębszych.

Podejrzywałem tedy, że mam do czynienia prawdopodobnie z ropniem, leżącym w ograniczonej przez zlepy zapalne kiszki około wątroby, a powstałym wskutek przedziurawienia owrzodzeń gruźliczych kiszki.

Kolega KRAJEWSKI, którego wezwałem na naradę, nie wyłączając prawdopodobieństwa moich przypuszczeń, zwrócił moją uwagę na możliwość istnienia gruźliczego ropnia około-nerkowego. W każdym razie nie ulegała sprowi konieczność wykonania laparotomii. Badanie moczu, przed ową naradą przez kolegę MAYZLA, ze zwykłą mu sumiennością i drobiazgowością, dokonane, kazało nam przypuszczać jakieś nadzwyczaj ciężkie cierpienie narządów trawienia. Protokół MAYZLA brzmiał jak następuje:

Mocz nadesłany 1 maja 1897 roku w dwóch porcjach, wynoszących razem 550 centymetrów sześciennych.

Barwa winna, dość ciemna, według skali VOGEL'a III [indykan i t. d.].
Woń słaba.

Przezroczystość prawie zupełna, przy osadzie, w którym są czerwone ciała krwi i pojedyncze cylindry.

Oddziaływanie średnio kwaśne.

Ciężar właściwy z dnia 1009, z nocy 1011. Części stałych 23,40 gm.
pro mille.

Mocznika 12,75 na tysiąc; odsetka średnia.

Kwasu moczowego dużo w moczach tak lekkich (!).

Chlorki w odsetce nie zmniejszonej.

Fosforanów bardzo mało.

Siarczany. Więcej kwasów eterosiarczanych.

Indykan bardzo obfity. Czerwień indygowa ze skatoksylem i z urorozeiną.

Szczawian wapnia. Niema kryształów w osadzie.

Białko. Zaledwie niewielkie ślady, oraz ślady białek zmodyfikowanych
Glykozy ślady nie duże.

Aceton nieco wyraźniejszy.

Barwników żółciowych niema. Tylko urobilina wydatniejsza, przy innych chromogenach.

Osa d występuje jako nieznaczny męt pulchny i zawiera:

1-o. Normalnie prawie: leukocyty i nabłonki płaskie.

2-o. Czerwone ciała krwi. Swobodnych, pojedynczych bardzo mało, lecz gdzieśgdzie są one zebrane w długie szeregi, pośród szczupłych pasemek nerkowych, drobnutkie, odbarwione.

3-o. Cylindrów nader mało, tak, że ich szukać trzeba. Niektóre z nich są drobne, hyalinowe, inne z ziarenkami białkowatymi, rozproszonemi i z jedną lub dwiema komórkami mętnymi. Te ostatnie napotykają się gdzieśgdzie swobodnie leżące [nerkowe].

4-o. Nieco pasemek mucynowych.

5-o. Drobnoustroje nieliczne.

Chorą pomieściłem w zakładzie kolegi SOLMAŃA i, korzystając z pomocy jego oraz kolegów GRUŻEWSKIEGO i ZEMBRZUSKIEGO, przystąpiłem do operacji w dniu piątym maja 1897. Cięcie wykonałem nie na linii białej, lecz na linii, łączącej sutkę prawą z kolcem biodrowym prawym, przednim, górnym, a więc tam, gdzie guz najbardziej się wypukłał.

Po przecięciu ściany brzusznej i otworzeniu otrzewnej okazało się, że półkulisty rozlany guz leży w samym mięszszu wątroby. Od przodu trochę zrostów luźnych, kiszki gdzieniegdzie posklejane, a po za tem swobodna komunikacya z jamą otrzewnej.

Pod wątrobę palca wprowadzić nie mogłem, gdyż przeszkadzały mi zlepy z kiszkami, których rozdzielać nie chciałem. Na przedniej powierzchni wątroby [płata prawego], nie przedstawiającej żadnych zmian barwy, ani zmętnień, badanie dotykowe wykazało mi niejasne, głębokie chębotanie na miejscu, odpowiadającym owemu półkulistemu rozlanemu, elastycznemu obrzmieniu.

Wobec takiego wyniku badania, przystąpiłem zaraz do wykonania przedewszystkiem dość rozległej wentrofiksacyi wątroby. Obszyłem więc naokoło szwem LEMBERT'owskim otrzewną, pokrywającą wątrobę do otrzewnej ściennej i do warg całej rany w ścianie brzusznej. W ten sposób utrzymałem w dnie zupełnie płytkiej, obecnie prawie okrągłej rany brzusznej, powierzchnię zbliżonej do niej i przytwierdzonej wątroby. Okrągłe to dno było wielkości dziesięcio-złotówki srebrnej. W środku tej powierzchni zagłębiłem dość grubą igłę strzykawki próbnej, lecz, pomimo wepchnięcia jej stopniowego do głębokości blisko pięciocentymetrowej, nie otrzymałem żadnego płynu. Przy wyjęciu igły z tego miejsca, okazało się, że ostrze zatkałe zostało strzępem tkanki serowatej, na którym wisiała kropla dosyć gęstej ropy. Wystarczyło nam to do rozpoznania ropno-gruźliczej kawerny w wątrobie samej.

Opatrzywszy ranę aseptycznie, czekałem dni cztery na utworzenie się trwałych i dość rozległych zrostów ze ścianą brzuszną. Przez te cztery dni, tak samo, jak i przedtem, chora była nadzwyczaj osłabiona i rozdrażniona, nie jadła, miała rozwolnienie i mocno gorączkowała.

Dnia dziewiątego maja przystąpiłem do drugiego aktu operacji, a mianowicie do hepatotomii. Szwy naokoło trzymają się dobrze i aseptycznie. Powierzchnia wątroby obnażona, wygląda świeżo, znać na niej tylko lekką mętnawą siatkę o drobnitkich oczkach, zależną od zetknięcia z warstwą muślinu wyjałowionego. Powtórzyłem przekłucie próbne znowu nadaremnie, jednakże zaraz po wyjęciu igły, z miejsca ukłucia wypłynęła duża kropla bardzo gęstej ropy. Poprowadziłem tedy podłużne, cięcie, biegnące z góry na dół przez mięszsz wątroby i w końcu, po przecięciu warstwy tegoż mięszszu, mającej przynajmniej $1\frac{1}{2}$ do 2-óch centymetrów grubości, dotarłem do jamy, z której swobodnie poczęła wypływać śmietanowata ropa, unosząc z sobą płachty strzępiaste i kruche skrzepowatej tkanki zserowaciałej oraz mniejsze i większe grudki serowate.

Krwawienie z tkanki wątrobowej, przez którą przedostawałem się nożem do ropnia, nie było niepokojące wcale. Palec, wprowadzony przez ranę, wszedł do dużej ograniczonej pieczary, wielkości orzecha włoskiego o ścia

nach wysłanych jakąś strzępiastą, wiotką tkanką. Za pomocą ostrej, dość dużej łyżki VOLKMANN'a wyskrobałem całą tę kawernę, wydostając z niej mnóstwo skrzepków, strzępów i łachmanów tkanki zserowaciałej. Jamę wypchałem gazą jodoformową, spraną w sublimacie i opatrzyłem watą wyjałowioną.

Wkrótce po tej operacji gorączka znikła, rozwolnienie ustało [po kalomelu i oleju], a mocz, wydzielany obficie, przyjął barwę słomkową. Jama goiła się stosunkowo dość szybko pod wpływem wlewań to jodyny, to zawiesiny jodoformu w glicerynie i przy tamponowaniu jej pasemkami gazy jodoformowej. Ropienie było umiarkowane, a ziarninowanie od czasu do czasu bardzo wątłe i opieszale, tak, że wymagało owych powyżej wspomnianych wlewań.

Przy postępującem zmniejszaniu się jamy i rany łaknienie znacznie się wzmogło, a chora na nowo zaczęła przyjmować arsenik. Po kilku tygodniach chora wyjechała na wieś, gdzie ją bardzo cierpliwie, czysto i zręcznie opatrywała jej starsza siostrzyczka. Ta ostatnia przywiozła ją jednak po niejakim czasie, zauważywszy, że zaczyna gorączkować, że z włosowatego prawie otworu, za naciśnięciem ograniczonego nieopodal rany bolesnego i obrzmiałego miejsca, wydobywa się znowu znaczniejsza ilość ropy. Działo się to w końcu czerwca. Rozszerzywszy dość długą, wąziutką przetokę za pomocą wyjałowionego kawałka „tupelo“, zdołałem dostać się zgłębnikiem do bocznego kurytarza, który prowadził do drugiego znacznie mniejszego ropnia w wątrobie. Przeciąłem go dość szeroko [bez chloroformu] przy następnym opatrunku i zastosowałem to samo postępowanie, co i w ropniu pierwszym. Wyjeżdżając w lipcu za granicę, zostawiłem chorą pod opieką troskliwą kolegi SOLMANA w stanie zupełnie zadawalającym.

W tych dniach, a więc w połowie października 1897 r. przyszła do mnie, a potem do kolegi SOLMANA chora ta z zabliźnioną zupełnie raną, wesoła, żywiona, z rumianą dosyć twarzyczką. Ma się ona tak dobrze, jak się dotąd nigdy nie miewała: sypia doskonale, ma wilczy apetyt, tyje i zyskuje na wadze w każdym tygodniu. Urosła tak, że obecnie wygląda już na jakie 16 lat [a ma 18-y]; rozwój jeszcze nie nastąpił. Obawiam się teraz jakich nowych lokalizacji w narządach płciowych, które prawdopodobnie rozwijać się poczyna na dobre. Oby się te moje obawy nie sprawdziły, *utinam falsus vates sim!*

Przebieg gruźlicy w tym przypadku, wyniki operacyjne, oraz niezwykła rzadkość¹⁾ umiejscowienia choroby tej w takiej postaci w wątrobie: oto powody, które mnie skłoniły do napisania niniejszej notatki kazuistycznej.

¹⁾ Dotąd nie znalazłem w dostępnej mi literaturze ani jednego opisanego za życia przypadku ropnia gruźliczego w wątrobie.

II. PRZYPADEK CIERPIENIA NERWU PROMIENIOWEGO

PO WSTRZYKNIĘCIU ETERU POD SKÓRĘ GRZBI ETOWEJ OKOLICY PRZEDRAMIENIA

(*Neuritis nervi radialis*).

Podat

D-r med. Aleksander Pański [Łódź].

Neuritis [zapalenie lub zwyrodnienie nerwu] w tym znaczeniu, w jakim dziś pojmujemy to cierpienie, znaną nam jest dopiero od 1860 r., dzięki REMAK'owi ojcu, który pierwszy opisał porażenie, powstałe z powodu zapalenia nerwu. Ogólniejsze znaczenie i zaciekawienie zyskało cierpienie to od czasu ustanowienia przez JOFFROY i LEYDEN'a 1880 r. klinicznego obrazu *neuritidis multiplexis*; pracom zaś późniejszych autorów zawdzięczamy znajomość etyologii wogóle i stosunku tego cierpienia do chorób zakaźnych. Dzisiaj wiemy, że stan zapalny lub też zwyrodnienie nerwu powstać może po urazie: skaleczeniu, lub przecięciu nerwu, i że wtedy obwododowa część odcięta od komórki nerwowej ulega zanikowi, gdy na ośrodkowej części nerwu następuje zanik, na nieznacznej tylko przestrzeni. Zwyrodnienie nerwu powstaje również po silnym ucisku, trwającym przez czas dłuższy, wtedy jednak nie cały pień nerwowy od razu ulega zanikowi, lecz włókno za włóknem. Przy niektórych zajęciach mogą wystąpić tak zwane neuryty zawodowe. Dalej, widujemy zwyrodnienia nerwów pod wpływem działania na nich niektórych substancji chemicznych, jak np., przy zetknięciu się nerwu z eterem, po wstrzyknięciu takowego pod skórę. Przyczyną neurytów bywa przejście zapalenia z sąsiednich narządów na nerw. Również zaziębnienie odgrywa dość ważną rolę w powstaniu stanów zapalnych w nerwach [nerw twarzowy, splot ramieniowy, nerw kulszowy często z powodu przeziębienia ulega temu cierpieniu]. Ostre i przewlekłe choroby zakaźne, jak: tyfus brzuszny i plamisty, gorączka płożowa, dyfteryt, syfilis, gruźlica i otrucie ustroju ołowiem, arsenikiem, srebrem, alkoholem i t. p. wywołują miejscowe, a jeszcze częściej ogólne neuryty, które również wystąpić mogą jako cierpienie zakaźne, samoistne (*neuritis multiplex*). Wreszcie widujemy zwyrodnienia nerwów przy wiaździe rdzenia, które dotyczą przeważnie obwodowych części skórnych nerwów czuciowych (E. REMAK. *Real-Encycl.* XIV). Wiemy teraz również, jakie zmiany zachodzą w nerwach przy różnych postaciach neurytów, mianowicie odróżniamy: stany zapalne nerwów i zwyrodnienia. Nie zawsze zwyrodnienie i zapalenie nerwu dają się ściśle odgraniczyć jedno od drugiego, ponieważ stan zapalny może pociągnąć za sobą rozprzestrzenione zwyrodnienie; zwyczajne zwyrodnienie zaś w dalszym swoim przebiegu prowadzić może do stanu zapalnego.

O ile zwyrodnienie przebiega bez głębszych zmian w tkance łącznej nerwu lub zupełnie bez zmian w niej, nazywamy je zwyczajnie zwyrodnieniem, gdy zaś pociąga za sobą wysięk — zapalny, lub, jak przy ropniach w sąsiedz-

twie, ropny — do tkanki łącznej nerwu i przerost jej, albo gdy punktem wyjścia cierpienia nerwu jest jego stan zapalny, zaliczamy je do neurytów. Niektórzy autorowie określają zwyrodnienie nazwą *neuritis parenchymatosa* dla odróżnienia od rzeczywistych neurytów, które nazywają *neuritis interstitialis* (E. ZIEGLER, *Lehrbuch der allg. Pathol. u. pathol. Anatomie*. 1895 r.).

Pomiędzy wieloma przyczynami, powodującymi neuryty, jakieśmy już zaznaczyli wyżej, istnieje jedna, bliżej nas dzisiaj obchodząca, mianowicie wspomnieliśmy, że eter, wprowadzony pod skórę w bezpośrednie zetknięcie z nerwem, spowodować może jego zwyrodnienie, a co zatem idzie i porażenie. Jednakże przypadki porażenia nerwu promieniowego po wstrzyknięciu eteru pod skórę były bardzo rzadko spostrzegane, w stosunku do częstego stosowania eteru. W dostępnej mi literaturze polskiej nie znalazłem ani jednego opisu podobnego przypadku.

Prof. BERNHARDT w „*Erkrankungen der peripheren Nerven. Th. I. 1895 r.*“ wymienia nie wielu autorów, którzy podobne cierpienie obserwowali, lub doświadczalnie u zwierząt wywoływali, mianowicie: ARNOZAN'a (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 1892. *Des névrites consécutives aux injections hypodermatiques d'ether. Gaz. hebdom.* 1885), BRIEGER'a (*Berl. kl. Woch.* 1885. pag. 618), MENDEL'a, E. REMAK'a (*Demonstration einer partiellen Radialis-Paralyse in Folge von subcutaner Aetherinjection in der Berl. med. Gesellschaft. Berl. klin. Woch.* 1885 r. p. 76), SAMTER'a (*Berl. Inaug. Diss.* 1891 r.) i FISCHEL'a (*Berl. Inaug. Diss.* 1893 r. *Literatur-Angaben über die Aetherlähmungen des N. radialis*). E. REMAK w swoich monografi o *neuritis*, podanej w XIV tomie *Real-Encycl.*, jakoteż o *Radialislähmung*, podanej w XVI tomie tegoż dzieła z 1858 r., wymienia jeszcze kilku autorów, którzy podobne przypadki bądź obserwowali, bądź w celach doświadczalnych wywoływali i tak: CHARPENTIER'a (*Union. méd. Nr. 32. 1884 r.*), BARBIER'a [tamże. № 66. t. r.], KAST'a (*Klinisches u. anatomisches über primäre degenerative Neuritis. Deutsche Arch. f. klin. Medicin.* 1886 r. p. 60), POELCHEN'a (*Zwei Fälle von Radialislähmung nach subcutaner Aetherinjection. Deutsch. med. Woch.* 1886. Nr. 33), PITRES et VAILLARD'a (*Gaz. méd. de Paris. Nr. 21. 1887 r.*: *Des névrites provoquées par les injections d'ether au voisinage des troncs nerveux des membres*). HIRT w podręczniku „*Pathol. u. Therap. der Nervenkrankh.* 1890 r. podaje w literaturze porażenia nerwu promieniowego, prócz wspomnianych, jeszcze kilku autorów: H. NEUMANN'a (*Ein weiterer Fall von Lähmung durch subcutane Aetherinjection. Neur. Centralbl.* 1885. pag. 76) i FALKENHEIM'a (*Radialislähmung nach subcutanen Aetherinjectionen. Mittheilungen aus der med. Klin. zu Königsberg.* 1888 r.). W „*Neurol. Centralbl.*“ z ostatnich czterech lat podany jest tylko jeden referat z pracy, tyczącej się omawianego cierpienia, mianowicie wyżej wspomnianego już FISCHEL'a w 1894 r. na str. 425., z czego wnioskować wolno, iż przez ostatnich lat kilka nie opisano podobnego przypadku.

Cierpienie nerwu promieniowego, jako skutek wstrzyknięcia eteru pod skórę, jest zazwyczaj porażeniem częściowym, mianowicie dotyczy tylko gałązki nerwowej, w obrębie której zrobiono wstrzyknięcie. Zwykle porażeniu ulegają mięśnie wyprostne palców wszystkie razem lub pojedynczo i mięsień odsiebny palucha długi [E. REMAK i inni]. Porażenia te należą do ciężkich z zu-

pełnym lub częściowym odczynem zwyrodnienia (REMAK. *Electrodiag. u. Electrother.* 1895 r. str. 81); zaburzenia czucia są przytem nieznaczne, lub może ich nie być wcale, ponieważ nerwy czuciowe kończym górnych zastępczo działają mogą jeden zamiast drugiego (*vicarivende Sensibilität*).

Aczkolwiek przypadek porażenia nerwu promieniowego po wstrzyknięciu eteru pod skórę, który miałem możność obserwowania, niczem się prawie nie różni od przypadków, spostrzeganych przez wyżej wymienionych autorów, podaję jednak jego opis, chociażby ze względu na brak podobnego spostrzeżenia w literaturze polskiej.

M., mężatka, 30 lat, handlarzka warzyw, wątłej budowy, miernie odżywiana, 7 razy rodziła zdrowe dzieci. Ciężko nigdy nie chorowała. W kilkanaście dni po ostatnim połogu, który, jak i czas popołogowy, przebiegał prawidłowo i bez gorączki, pacjentka doznała, bez wszelkich poprzedzających zwiastunów, uczucia utrudnionego oddechu w wysokim stopniu i ciężaru w piersiach tak silnego, że, zdaniem chorej, poważnie zagrażał jej życiu; przy kaszlu pokazała się krew. Zawezwany akuszer kol. K., stwierdziwszy stan bezgorączkowy i brak wszelkich objawów ze strony narządów płciowych, przypuszczał, iż ma do czynienia z częściowym zatorom tętnicy płucnej nieseptycznej natury i zalecił wstrzykiwanie podskórne, które, o ile sędzę z porażenia, jakie one spowodowały, zawierały przypuszczalnie eter. [Już po przedstawieniu chorej w Łódzkim Towarzystwie Lekarskim [marzec 1897] dowiedziałem się od kol. K., iż przypuszczenie moje było słusznem]. Wstrzyknięcia dokonał felczer w grzbietowej okolicy prawego przedramienia [miejsca dokładnie wskazać chora nie może]. Noc pacjentka przepędziła bezsennie. Następnego dnia ogólny stan chorej był lepszy, chora jednak zaczęła się skarżyć na bóle w prawem przedramieniu i ręce, na odrętwienie ostatnich kilku palców prawej ręki i na brak sił w tych palcach do tego stopnia, że wykonanie jakiegokolwiek pracy odbywać się mogło tylko pierwszymi dwoma palcami. Ponieważ w przeciągu 2 tygodni opisane ze strony prawej kończyny górnej objawy nie ustąpiły, pacjentka ponownie zasięgała rady kol. K., który łaskawie skierował chorą do mnie.

Badanie układu nerwowego wogóle nie wykryło żadnego cierpienia ogólnego, bądź czynnościowego, bądź organicznego.

Badanie prawej kończyny górnej wykazało: ostatnie trzy palce prawej dłoni są nieco zgięte w stawach dłońio-palcowych i pierwszych palcowych, wyprostować tych członków palcowych chora nie jest w stanie; zgiąć palce w pięść chora może; gdy jednakże zniewalamy chorą do ściśnięcia podanej ręki, czyni to, lecz pomimo wysiłku z jej strony ucisk jest bardzo słaby; podany przedmiot pacjentka chwytą pierwszymi dwoma palcami, gdy zaś bierze go całą ręką, przedmiot jakby luźnie spoczywał na zgiętych trzech ostatnich palcach; rozstawić palce i zbliżyć je ku sobie chora może; dłoń zgina i wyprostowuje ponad linię poziomą, może ją również obrócić na wewnątrz i zewnątrz; wykonywa ruchy odsiebne i ksobne palucha; ruchy wskaziciela odbywają się zupełnie prawidłowo, przedramieniem wykonywa ruchy z odpowiednią siłą. Uczucie dotyku, bólu, zimna, ciepła i pędzelka maszyny indukcyjnej jest

zmniejszone w porównaniu ze stroną lewą, w obrębie mniej więcej rozgałęzienia nerwu skórniego, tylnego—gałązki nerwu promieniowego (*nerv. cut. post. radial.*); granice zmniejszonego czucia odpowiadają miejscu rozprzestrzenienia się wspomnianej gałązki skórnej, podług rysunku, podanego przez BERNHARDT'a w tabl. IV przytoczonego już wyżej dzieła: *Erkr. d. periph. Nerven.*

Z badania ruchów prawej kończyny górnej wynika, że porażonymi są mięśnie wyprostne trzech ostatnich palców. Ponieważ zwykle przy porażeniach mięśnie, przeciwdziałające porażonym, nie doznając z ich strony oporu, zbytnio kureczą się, więc i w naszym spostrzeżeniu zginacze trzech ostatnich palców tworzą wyżej opisane zgięcia członków dłonio-palcowych i pierwszych palców. Zgięcia te, jakieśmy już zaznaczyli, nie dotyczą 2-ch i 3-ch członków palcowych, ponieważ wyprostowanie tych członków, jako zależne od mięśni glistowatych, otrzymujących unerwienie od nerwu łokciowego, jest zachowane, mięśnie przeto, im przeciwdziałające, a zginające te członki palcowe [mięśnie międzykostne], nie mogą zbytnio się kureczyć. Mięśniem wyprostnym trzech ostatnich palców jest mięsień wyprostny palców wspólny, który zarazem jest wyprostnym wskaziciela. Dlaczego jednakże porażeniu uległy tylko trzy ostatnie palce, odpowiedź na pytanie to znajdujemy w następujących danych anatomicznych: wskaziciel ma oprócz wyprostnego wspólnego dla 4-ch ostatnich palców jeszcze swój wyprostny właściwy, który wspólnie z dwoma wyprostnymi [długim i krótkim] palucha tworzą oddzielną warstwę mięśniową [głęboką] grzbietowej okolicy przedramienia, przyczem mięśnie tej warstwy otrzymują oddzielne gałązki nerwu promieniowego, mianowicie nerw promieniowy, doszedłszy do przegubu łokciowego, dzieli się na dwie gałęzie: przednią, powierzchnową, czyli skórnią i tylną, głęboką, czyli mięśniową; pierwsza rozprzestrzenia się na grzbiecie przedramienia, jako częściowa, skórna, dolna (*n. cutan. post. infer.*), która, jakieśmy już wyżej wspomnieli, również dotknięta została cierpieniem; druga zaś, mięśniowa, doszedłszy między dwie warstwy mięśni powierzchniowych i głębokich okolicy tylnej przedramienia, dzieli się na liczne gałązki, przeznaczone dla wszystkich tych mięśni [z wyjątkiem mięśnia łokciowego czwartego]; gałązki te zaopatrują w warstwie powierzchniowej mięsień wyprostny palców wspólny i t. d., inne znów unerwiają mięśnie warstwy głębokiej, w której znajduje się i mięsień wyprostny palca wskazującego.

Streśmy jeszcze raz zauważone objawy: stwierdziliśmy porażenie mięśnia wyprostnego palców wspólnego, zaburzenia czucia w obrębie nerwu skórniego grzbiecia przedramienia i bóle w tejże okolicy. Objawy te, według słów chorej, wystąpiły na drugi dzień po wstrzyknięciu eteru pod skórę przedramienia, być zaś może, że wystąpiły już wcześniej, lecz nie mogły być zauważone wskutek ciężkiego stanu ogólnego chorej; związek więc pomiędzy wstrzyknięciem eteru, a powstałym porażeniem, zdaje się, nie ulega wątpliwości. I w rzeczy samej, zbiór objawów w zupełności odpowiada opisom porażień eterowych, bądź spostrzeganych przez wymienionych już autorów, bądź też doświadczalnie wywoływanych [ARNOZAN; streszczenie pracy podano w № 2. Medycyny 1886 r.]; brak wreszcie innego momentu etyologicznego, który-

by opisane cierpienie mógł wywołać, utwierdza nas w przypuszczeniu, iż eter, wstrzyknięty pod skórę, zetknąwszy się z gałązką ruchową nerwu promieniowego, unerwiająca mięsień wyprostny palców wspólny, spowodował jej zwyrodnienie, a co zatem idzie i porażenie wymienionego mięśnia; jednocześnie ucierpieć musiała czuciowa gałązka tego nerwu (*n. cutan. post. infer.*), czem objaśnić sobie możemy bóle i zaburzenia czucia w obrębie jej rozprzestrzenienia.

Dla utrwalenia słuszności rozpoznania naszego wyłączyć musimy inne przyczyny, które spowodowałyby mogły omawiane cierpienie.

Ponieważ porażenie nerwu promieniowego, powstałe po wstrzyknięciu eteru pod skórę, niczem się nie różni od porażień, powstałych, czy to wskutek skaleczenia nerwu, czy też ucisku, zrodzić by się mogło przypuszczenie, iż omawiane cierpienie powstało pod wpływem ułknięcia nerwu igłą, wprowadzoną pod skórę, lub też wywiązało się wskutek dłuższego i silnego ucisku na nerw. Przeciw przypuszczeniu pierwszemu przemawia dostatecznie fakt, iż ułknięcie omawianej gałązki nerwowej jest przy wykonaniu wstrzykiwania pod skórę niemal niemożliwym, dowodem czego niechaj będą słowa OPPEMHEIM'a z jego dzieła „*Lehrb. der Nervenkr.* str. 291 wyd. 1894“: „*nicht eine Verletzung des Nerven durch die Injectionspritze ist hier im Spiele, sondern der Aether ruft entzündliche und degenerative Veränderungen im Nerven hervor*“; w tym samym duchu przemawia REMAK: „*nicht unmittelbar die Verwundung, sondern in Folge der deletären Wirkungen des Aether auf die Nervensubstanz sind subcutane Aetherinjectionen in die Streckseite des Vorderarmes als eine häufige Veranlassung partieller Radialisparalysen bekannt geworden*“. Przeciw zaś przypuszczeniu drugiemu przemawia ta okoliczność, że porażenie uciskowe zwykle tam powstaje, gdzie nerw znajduje się w bezpośrednim sąsiedztwie z kością, tak, że przy pomyślnych warunkach uledek może stałemu uciskowi; w naszym zaś spostrzeżeniu gruba warstwa mięśniowa, zewsząd gałązkę nerwową otaczająca, dostatecznie ją od urazu zabezpieczała. Samo wreszcie spędzenie nocy bezsenne przy zachowanej świadomości sprzyjać nie mogło powstaniu porażenia uciskowego.

O innych bardzo licznych przyczynach zewnętrznych, omawiane porażenie spowodować mogących [silne uderzenie, uszkodzenie nerwu i t. d.], nie może być mowy w naszym przypadku.

Co się tyczy innych przypuszczalnych czynników etyologicznych, to przede wszystkim wspomnieć musimy o porażeniach, powstających po niektórych cierpieniach zakaźnych lub wskutek oddziaływania na ustrój niektórych związków chemicznych, przeważnie na układ nerwowy szkodliwie wpływających. Do chorób zakaźnych, po których spostrzegano porażenie nerwu promieniowego, zaliczamy tyfus wysypkowy [BERNHARDT] i ostry gościec stawowy [KAST]; zapalenie nerwów po gorączce połogowej (*neuritis puerperalis*) dotyczy przeważnie nerwów ramieniowych [KAST, MOEBIUS], końcowych gałązek nerwu łokciowego i nerwu pośrodkowego ramienia. Wszystkich tych cierpień chora nie przeżywała. Do związków chemicznych, podobne porażenie spowodować mogących, należą: alkohol, ołów, arszenik i srebro. Nadużycie alkoholu, o którym w naszym przypadku nie może być mowy, powoduje wielorakie zapalenie

nerwów (*multiple Neuritis*). Przy otruciu ołowiem występuje początkowo wprawdzie tylko porażenie mięśni wyprostnych 3-go i 4-go palca, wkrótce jednak potem porażeniu ulega także wyprostny paluszka i wskaziciela, do których wreszcie przyłącza się porażenie mięśnia promieniowego zewnętrznego długiego i krótkiego i mięśnia wyprostnego napięstka łokciowego; porażenie bywa zwykle obustronne i zdarza się u ludzi, często stykających się z ołowiem [otrucie zawodowe]. Prócz porażień znajdujemy u nich i inne objawy dla tego cierpienia znamienne, jak np. czarne zabarwienie na zębach tuż pod dziąsłem. Przy otruciu arsenikiem występują obustronne zaburzenia czucia w nogach i rękach, do których się przyłączają wkrótce porażenia mięśni wyprostnych kończyn dolnych i górnych [przypadku, w którymby porażenie ograniczało się do gałązki nerwu promieniowego, nikt jeszcze nie obserwował] i wiele jeszcze innych objawów, jak: ataksya, brak odruchów kolanowych i t. d.. Przy bardzo rzadko spostrzeganem otruciu srebrem (*argyria*) występują objawy bardzo podobne do tylko co opisanych.

Fakty przytoczone pozwalają na pewnych, jak mniemam, podstawach twierdzić, iż eter, wstrzyknięty pod skórę, był przyczyną powstałego porażenia nerwu promieniowego.

Według obecnego stanu wiedzy, nerw pod wpływem eteru ulega tłuszczowemu zwyrodnieniu, które, według autorów, te zmiany obserwujących, rozprzestrzenia się ku obwodowi i spowodować może zanik dotkniętych włókien, rzadziej zaś zupełny zanik nerwu; gdy zaś komórka nerwowa, której włókno jest tylko wyrostkiem, pozostaje nienaruszoną, możliwe jest inne zejście, mianowicie zwyrodniałe włókna ulegają odrodzeniu [ZIEGLER].

Chcąc ocenić omawiane zmiany, używamy prądu elektrycznego, a zachowanie się porażonego nerwu i mięśnia pouczyć nas może do pewnego stopnia o obecnym ich stanie i o możliwości wyrównania się zmian chorobowych w tychże. Drażnienie nerwu promieniowego przy przejściu tegoż z zewnętrznej powierzchni ramienia na przednią, w środku urojonej linii, przeprowadzonej od miejsca przyczepu mięśnia naramiennego do wyrostka nadkłykciowego, prądem stałym lub przerywanym nie wywoływało, bez względu na siłę prądu, skurczu mięśnia wyprostnego palców, jakoteż pozostawało bez skutku drażnienie prądem przerywanym tegoż mięśnia z jego punktów mięśniowych; względem prądu stałego mięsień wyprostny palców zachowywał się tak, iż już przy bardzo nieznacznej sile prądu [$\frac{3}{4}$ MA] otrzymywaliśmy skurcz mięśnia przy zamknięciu bieguna, tak ujemnego, jak i dodatniego, przyczem obydwa skurcze były jednakowe [KSZ=ASZ] i robiły wrażenie więcej ruchu falistego, niż skurczu. Zupełny brak pobudliwości nerwowej na prąd stały i przerywany, brak pobudliwości mięśniowej na prąd przerywany, zmiana znanego prawa drgań, wywołanych prądem stałym [KSZ nie wypadło większe, niż ASZ] i zmiana charakteru drgań [drgania nie błyskawiczne] wskazują na zupełny odczyn zwyrodnienia (*complete EAR*) z tą tylko nieznaczną odmianą, iż skurcz mięśnia przy zamknięciu bieguna dodatniego nie wypadł żywszy, ani też nie otrzymywało go się przy mniejszej sile prądu, niż skurcz mięśnia przy zamknięciu bieguna ujemnego.

Stwierdziwszy to, miałem prawo przypuszczać, że porażenie jest bardzo ciężkie i że powrót czynności w porażonym mięśniu, jak i przewodnictwo w zwyrodniałym nerwie, wrócić może po kilku miesiącach, lub nie powróci wcale [W jednym z przypadków wspomnianego wyżej ARNOZAN'a, po wstrzyknięciu eteru w udo nastąpił bezwład nerwu kulszowego z zanikiem, znieczuleniem i zaburzeniami naczynioruchowymi i w 10 miesięcy potem bezwład był w równej mierze]. Powiedzieliśmy wyżej, iż zachowanie się porażonego nerwu i mięśnia względem prądu do pewnego tylko stopnia wyrokować pozwala o przyszłym ich losie, który w przypadkach porażień nerwów obwodowych trzeba również uczynić zależnym od przyczyny, która porażenie spowodowała i od przestrzeni, na jakiej nerw został uszkodzony. I w rzeczy samej REMAK w wspomnianej już monografii, mówiąc o uleczalności i czasie trwania porażień nerwu promieniowego po wstrzyknięciu eteru pod skórę, nie czyni ich zależnymi od stopnia odczynu zwyrodnienia, lecz zaznacza wprost, iż leczą się w ciągu 6—16 tygodni („die Aether-Lähmungen heilen in 6—16 Wochen“).

Ponieważ nerw pod wpływem eteru uległ tłuszczowemu zwyrodnieniu, powrót więc do czynności uszkodzonego nerwu możliwym jest wtedy, gdy nastąpi jego odrodzenie. By przyspieszyć tę przemianę, która, jak wiadomo, odbywa się przez wrastanie włókienka osiowego wgłąb pozostałej owłókni nerwowej aż do osiągnięcia przez włókna nerwowe końcowych narządów, dla których są przeznaczone [ZIEGLER], posilkujemy się prądem stałym, stosując codziennie ujemny biegun w miejscu uszkodzenia nerwu. Że istnieje wpływ leczenia porażień obwodowych prądem stałym, świadczą dostatecznie zapatrywania na tę kwestyę zupełnie wiarogodnych autorów, jak REMAK'a, BERNHARDT'a i innych, którzy podają przypadki szybszego usunięcia porażień, leczonych prądem elektrycznym, niż nie leczonych.

W 6 tygodni po wystąpieniu cierpienia zauważyć już mogłem nieznaczną poprawę: chora mogła wyprostować pierwsze członki palcowe trzech ostatnich palców, wyprostowane palce jednak dawały się zgiąć prawie bez oporu ze strony chorej. Nieco wcześniej jeszcze pobudliwość galwaniczna porażonego mięśnia znacznie się zmniejszyła i trzeba było dla wywołania widocznego skurczu porażonego mięśnia za pomocą bieguna ujemnego użyć siły prądu do $2\frac{1}{2}$ MA.; ASZ otrzymywało się nieco silniejszym prądem, skurcze mięśnia przy zastosowaniu zmian kierunku prądu były już żywsze, nie robiły jednak wrażenia błyskawicznych. Drażnienie nerwu promieniowego z miejsca na ramieniu wyżej wskazanego prądem stałym i przerywanym nie wywoływało skurczu mięśnia wyprostnego palców, jakoteż działanie prądu przerywanego na mięsień sam nie powodowało skurczu tegoż.

W tymże czasie chora zaczęła wykonywać i inne ruchy prawą ręką o wiele swobodniej; po wystąpieniu porażenia chora posługiwała się właściwie tylko pierwszymi dwoma palcami, gdy chciała prawą ręką coś ująć, teraz zaś czyniła to całą ręką, chociaż siła zginaczy ostatnich trzech palców dawała się jeszcze łatwo przezwyciężyć.

Z zaburzeń czucia pozostały zaledwie ślady. Chora przestała się leczyć. Udało mi się jednak zbadać jeszcze raz pacjentkę w 9 tygodni po wystąpieniu

porażenia. Wykonywała ona wszelkie ruchy prawą ręką, jak dawniej, przed wystąpieniem porażenia; zaburzeń czucia nie było. Ślady przebytego porażenia znaleźć jednak można było w zachowaniu się czynnego znów mięśnia względem prądu elektrycznego: pobudliwość mięśniowa, tak na prąd stały, jak i przerywany, pozostała mniejszą, niż po stronie zdrowej.

Ze spostrzeżenia powyższego wolno wyprowadzić następujące wnioski.

Popierwsze, porażenie, wywołane wstrzyknięciem eteru pod skórę, nie daje tak złego rokowania, jakby na to wskazywał zupełny odczyn zwyrodnienia.

Powtóre, należałoby, pomimo rzadkości porażen podobnych, raz na zawsze zaniechać wstrzykiwania eteru w okolicę przedramienia; przypuszczalnie bowiem istnieje jakieś bliżej nieznanne powinowactwo pomiędzy eterem a nerwem promieniowym, dzięki któremu eter, w bliskości tegoż wstrzyknięty, wywołuje omawiane porażenie.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

150. G. Schröder. Zmiany we krwi w miejscowościach górskich oraz znaczenie tychże zmian dla zdrowego i chorego ustroju.

Poszukiwania różnych autorów zgodnie świadczą, że liczba czerwonych krążków krwi wzrasta w miarę wzniesienia się miejscowości ponad poziom morza. Wzrost ten nie jest jednostajny: ze zwiększającą się wysokością przyrost staje się coraz mniejszy, tak, że w miejscowościach wzniesionych o 1000 metrów nad poziomem morza mamy już takie same zmiany ilościowe we krwi jak w tych, których wysokość sięga 2000–4500 m. U osobników grzłicznych z dostatecznie dobrem odżywianiem, nie gorączkujących, liczba czerwonych ciałek krwi jest większa, niż u ludzi zdrowych, zamieszkałych w tej samej miejscowości. Zwiększenie ilości czerwonych ciałek krwi następuje bezpośrednio po przybyciu do miejscowości górskiej; jest ono najwybitniejsze podczas pierwszych dni pobytu w górach, a po upływie kilku [2–4] tygodni jest już ukończone. Co się tyczy hemoglobiny, to nie wszyscy badacze stwierdzili zwiększenie jej ilości w górach. Zwiększenie to, jeśli wogóle dochodzi do skutku, postępuje zazwyczaj równoległe z poprawą ogólnego odżywiania, z przyrostem wagi ciała. Po powrocie z gór ilość czerwonych ciałek i hemoglobiny zmniejsza się do pierwotnych cyfr, albo pozostaje nieco zwiększoną, co stoi w związku z osiągniętą w górach poprawą odżywiania. Czynnikiem wywołującym tę zmianę w składzie krwi, musi być stałym i ulegać możliwie najmniejszym wahaniom, gdyż z otrzymanych przy badaniu krwi danych ilościowych można do pewnego stopnia określić wysokość miejscowości. Czynnikiem tym może być tylko zmniejszone ciśnienie powietrza w górach. Autor podobnie, jak REGNARD, GRAWITZ i SCHAUMANN-ROSENQUIST, badał krew zwierząt, trzymanyh przez długi czas pod kloszem przy zmniejszonym ciśnieniu i znalazł zwiększenie ilości czerwonych krążków i hemoglobiny, odpowiadające rozrzedzeniu powietrza.

Wyżej zaznaczona okoliczność, że liczba erytrocytów nie zwiększa się w prostym stosunku do wysokości, lecz że w miarę wznoszenia się nad poziom morza przyrost staje się coraz mniejszy, również przemawia za znaczeniem w omawianej kwestyi zmniejszonego ciśnienia powietrza, gdyż obniżenie stanu barometru odbywa się w postępie ilorazowym, wówczas gdy zwiększenie wysokości—w postępie różnicowym.

Czy mamy w miejscowościach górskich do czynienia z nowotworzeniem krwi? Gdyby to miało miejsce, to przy sprawie tak ostro przebiegającej musielibyśmy niechybnie znaleźć oznaki nadmiernie wzmożonej regeneracyi w postaci czerwonych ciałek krwi z jądrem i t. d.; lecz badania hematologiczne przeczą temu. Wyżej była mowa o tem, że po powrocie z gór na równinę ilość czerwonych krążków krwi i hemoglobiny szybko zmniejsza się. Już ta jedna okoliczność przemawia przeciw nowotworzeniu. Jest rzeczą zgoła niemożliwą, aby tak ostro przebiegające zwyrodnienie krwi [t. j. rozpad czerwonych ciałek krwi i t. d.] nie powodowało wybitnych zaburzeń w ustroju, nie wywoływało żółtaczki i hemoglobinuryi. Przyczyna, wywołująca wybitne zmiany ilościowe w składzie krwi w miejscowościach górskich, musi być natury mechanicznej.

Pomijając tu mało umotywowane teorie innych autorów [Grawitz'a, Schumberg'a, Zuntz'a, Chéron'a], musimy bliżej zastanowić się nad bardzo ważnymi wynikami, do jakich doszedł niedawno Gottstein na mocy swych poszukiwań. Gottstein szuka rozwiązania omawianej tu kwestyi w zmianie objętości kamery do liczenia ciałek krwi w zależności od zmniejszonego ciśnienia powietrza. Szkiełko, przykrywające zagródkę (*Zählkammer*) w znanym przyrządzie Thoma-Zeiss'a, posiadając pewną elastyczność, może przy zmianach ciśnienia powietrza, wyginać się w jedną i drugą stronę i wywoływać zmianę w objętości jednostki masy: objętość ta przy zmniejszonym ciśnieniu powiększa się [wskutek wypuklenia szkiełka przykrywkowego], a przy zwiększonym ciśnieniu zmniejsza się [wskutek wklęsnięcia szkiełka]. Doświadczenia, przeprowadzone przez Gottstein'a, dowodzą wpływu zmian ciśnienia powietrza na objętość kamery. Jeden i ten sam preparat [zawiesina drożdży w jakimś płynie] poddany został liczeniu w gabinecie pneumatycznym z początku przy 650 mm. ciśnienia powietrza, a następnie przy 758 mm.; za pierwszym razem otrzymano 20561 komórek drożdżowych w 1 mm. sz. za, drugim — 7382. Następne bardzo pomysłowe doświadczenia Gottstein'a dowodzą, że rozmieszczenie komórek w kamerze Thoma-Zeiss'a zmienia się ze zmianą działającego z zewnątrz ciśnienia powietrza. Doświadczenia te przeprowadzał Gottstein nad zawiesiną Widłaka (*Lycopodium*).

Autor miał sposobność parę tygodni temu powtórzyć te doświadczenia w Berlinie i otrzymać zupełnie takie same wyniki. Pozostało przekonać się, czy wyniki te stosują się także do krwi. Odnosne doświadczenia autor wykonał w gabinecie pneumatycznym żydowskiego szpitala w Berlinie. Preparat krwi 200-krotnie rozcieńczony poddany został liczeniu z początku przy 745 mm. ciśnienia, następnie 624 mm. i w końcu jeszcze raz przy 745 mm. [ówczesnym stanie barometrycznym w Berlinie]. Przy 745 mm. autor naliczył 5688000 czerwonych krążków krwi w 1 mm. sz., przy 624 mm. 6132000, a przy końcu doświadczenia znowu przy 745 mm. — 5740000, t. j. prawie tyle, ile w początku. Łatwo obliczyć, że odmienny wynik, otrzymany przy ciśnieniu 624 mm., odpowiada zwiększeniu odległości szkiełka przykrywkowego od kwadracików kamery z 0,1 mm. na 0,1078 mm.. A zatem minimalna zmiana odległości szkiełka przykrywkowego od dna kamery może wywołać zwiększenie liczby erytrocytów prawie o $\frac{1}{4}$ miliona. Nie można utrzymywać, aby powyższe wyniki w zupełności wyjaśniały zwiększenie liczby czerwonych krążków krwi w miejscowościach górskich, lecz, bądź co bądź, należy poważnie uwzględnić ten znaczny błąd, jaki powoduje zwiększenie objętości kamery w przyrządzie Thoma-Zeiss'a zależne od zmniejszonego ciśnienia powietrza w górach.

(*Deutsche Medicinal Zeitung*. 11 Paźdz. 1887). Stanisław Pechkranc.

151. E. Jeanselme. O trądzie.

Zdanie dość popularne dziś między publiką i lekarzami o tem, że trąd należy do dalekiej przeszłości, jest błędem. Choroba ta w czasach obecnych

panuje na ogromnych przestrzeniach w Azji, Ameryce i Afryce; w Europie zaś Norwegia, Islandya, Rossya, Portugalia, Hiszpania, Grecya, Turcya i Francya nawet posiadają mniej lub więcej znaczną liczbę trędowatych. Zdanie, głoszone często o niezaraźliwości trądu, przywiezionego do Francyi, też nie oparte jest na faktach, gdyż autor spostrzegał trąd u Francuzów, którzy nigdy nie opuszczali swojej ojczyzny. Znajomość więc dokładna trądu jest konieczną dla lekarza, aby mógł rozpoznać to cierpienie i zapobiegł rozprzestrzenianiu się zarazy. Autor spostrzegał w ciągu kilkunastu lat 40 trędowatych, pozostających w szpitalu Saint-Louis w Paryżu [głównie na oddziale HALLOPEAU]. Przebieg trądu w Paryżu o wiele jest łagodniejszym, aniżeli w krajach, w których trąd panuje endemicznie. Trąd rozwija się powoli napadami; przyczyną tego cierpienia jest przedostanie się do ustroju lasecznika, odkrytego przez HANSEN'a. Jak długo trwa okres wylegania (*incubatio*), dokładnie nie wiadomo, zdaje się jednak, że bardzo długo. Do pierwszych objawów trądu należą: bardzo często niedokrwiłość postępująca z bólami i zawrotami głowy, z wymiotami, osłabieniem ogólnem, bólami gośćcowymi, szczególniej krzyża, przygnębieniem fizycznym i moralnem i silną sennością. Często początek choroby zaznacza się napadami gorączkowymi o typie przerywanym. Dość często do pierwszych objawów trądu należą zaburzenia czuciowe, naczynio-ruchowe lub wydzielnicze; bóle neuralgiczne, szczególniej w paluchu i stopie, parestezye w kończynach, napady obfitych potów. Uparty katar (*coryza*) z powtarzającymi się krwotokami z nosa należy do częstych oznak trądu. Po pewnym czasie trwania tych zwiastunów następują wyraźne objawy trądu, które mogą zajmować albo tylko skórę i mamy wtedy trąd guziczkowy (*lèpre tuberculeuse*), albo też nerwy, t. j. trąd nerwowy (*lèpre nerveuse seu trophoneurotique*)

Najczęściej spotykamy formy mieszane. Wysypka bardzo obfita występuje zwykle napadami pod postacią plamek (*maculae*), przypominających ludzko wysypki syfilityczne lub łuszczycę (*psoriasis*). Wysypka ta głównie umiejscawia się na twarzy, uszach, na tylnej powierzchni rąk i nóg i na bocznych częściach tułowia. Barwa ich bywa od jasno-różowej do ciemno-brunatnej. Guziczki często zlewają się, tworząc duże wyniosłości, szczególniej na twarzy, rękach i stopach. Niekiedy twarz przybiera odrażający wyraz wskutek licznych guziczków, wyniosłości, brózd, braku rzęs, brwi: twarz taka znana jest pod nazwą maski lwiej (*le masque leonin*). Guziczki nigdy długo nie pozostają na jednym stopniu rozwoju, ulegają albo owróżdzeniu, co zwykle bywa w krajach, w których trąd stale panuje, a przeciwnie bardzo rzadko w Paryżu, albo zaczynają zmniejszać się, nareszcie znikają, pozostawiając blizny po sobie. Blizny te są bardzo charakterystyczne dla trądu, znajdują się głównie w okolicach łokci i kolan, gdzie guziczki najpierwej ulegają wessaniu. Blizny te wielkości 1—2 ctm. zupełnie powierzchowne, białe, okrągłe bez jasno wyrażonych granic. Wysypkę trądu można łatwo wziąć za wysypki innego pochodzenia; na szczęście posiadamy doskonały sposób dokładnego rozpoznania: badając czucie w obrębie tych wysypek prawie zawsze znajdujemy „*dissociation syringomyélique*“, t. j. znieczulenie na ból i ciepłość, a czucie dotykowe zachowane. Postać nerwowa trądu charakteryzuje się początkowo silnymi parestezjami [odrętwienie, swędzenie, bóle], szczególniej w obrębie nerwów łokciowego, trójdzielnego i kulszowego. Badanie tych nerwów wykazuje znaczne zgrubienie nerwu, wzdlż którego wyczuwamy narośle [najczęściej na nerwie łokciowym]. Początkowo nerwy przy badaniu są bolesne, następnie zaś tracą wszelką wrażliwość. Zaburzenia czuciowe przy trądzie przypominają takżej przy syringomyelii, różnice są mało charakterystyczne. Zaburzenia naczynio-ruchowe, wydzielnicze i odżywcze spotykają się przy obu postaciach trądu, ale szczególniej przy nerwowej.

Skóra chorych nawet bardzo młodych jest twarda, pomarszczona, jak u starców, koloru ziemistego, brudnego; człowiek białej rasy może być wzięty za mulata. Brwi, rzęsy, włosy na brodzie, pod pachami, na wzgórku łonowym wypadają; na głowie zaś zostają. O ile w początkowych okresach trądu bywają obfite poty, o tyle później skóra jest bardzo sucha; przeciwnie zaś działalność gruczołów tłuszczowych wzmacnia się silnie. Ręce i nogi mocno sine, pokryte zwykle owrzodzeniami, wysypkami; na stopach nie rzadko *mal perforant*. Często spotykamy na kończynach zaniki mięśniowe, w następstwie których ręce mają postać *main en griffe*, a stopy *pes equino-varus*. Do zaników mięśniowych często przyłączają się zmiany w kościach; zgorzel sucha kości, zastrzały na palcach rąk i nóg, przypominające zbiór objawów MORVAN'a, znikanie powolne oddzielnych kości palców i t. p. Zmiany, znajduwane na błonie śluzowej nosa, gardzieli, krtani, łatwo mogą być wzięte za cierpienie syfilityczne; do rozpoznania służą typowe zaburzenia czucia. Autor znajdował bardzo często w wydzielinie nosa liczne laseczniki trądu, ponieważ zaś niezbyt nosa często bywa bardzo wczesnym objawem trądu, przeto badanie bakteryologiczne może z łatwością wykryć istotne cierpienie; ważnem jest to i ze względu na wielką zaraźliwość wydzieliny nosowej, dotkniętej trądem. Zaburzenia oczne (*conjunctivitis*, *iritis* i inne) często są spostrzegane przy trądzie. Narządy płciowe ulegają różnorodnym zmianom. Dawniejsi autorowie utrzymywali, iż chorzy, dotknięci trądem, mają silnie rozwinięty popęd płciowy, czego nie potwierdzają nowoczesne spostrzeżenia; przeciwnie u znacznej większości siła płciowa słabnie, często bywa niemoc. Jeśli trąd rozpoczyna się przed dojściem do płciowej dojrzałości osobnika, to narządy płciowe nie rozwijają się należycie. Kobiety, zarażone trądem, po dojściu do dojrzałości płciowej rodzą prawidłowo, nie ronią. Spostrzegano niekiedy rozwój guziczkowy trądu w jądrach, co możnaby wziąć za zapalenie ich (*orchitis*). Przebieg trądu bywa różnorodny, często niejednostajnie postępujący, lecz z przerwami, polepszeniem się tak, że chorzy niekiedy uważają się za uleczonych; przerwy takie trwać mogą całe lata [8—12 lat], potem jednakże nagle bez widocznej przyczyny sprawa zaczyna się znowu rozwijać. Trąd trwać może bardzo długo; chorzy umierają zwykle od innych chorób.

(*La Presse méd.* Nr. 84, 85. 1897).

K. Stróżewski.

152. C. Sick i A. Saenger. Porażenie, spowodowane rozerwaniem nerwu promieniowego; wyleczenie za pomocą połączenia obwodowego końca tegoż nerwu z nerwem pośrodkowym.

Chłopczyk 5-letni spadł z wysokości piętra na żelazną kratę i uległ powikłanemu złamaniu lewego ramienia. Dolny odcinek wisił na mostku, wytworzonym ze skóry i części mięśnia trójgłowego. Mięsień dwugłowy, ramieniowy wewnętrzny, kruczoramienny i znaczna część mięśnia trójgłowego były przerwane; tętnica ramieniowa była rozerwana i skręcona, nerw promieniowy z rozgałęzieniami był wyrwany z przedramienia. Ocalały: nerw pośrodkowy i łokciowy oraz żyła ramieniowa. Po podwiązaniu tętnicy, połączono odcinki kostne drutem srebrnym i zeszyto mięśnie. Zagojenie nastąpiło rychło; pozostało tylko porażenie nerwu promieniowego. W celu połączenia obudwu końców tegoż nerwu we dwa miesiące po pierwszej operacji wykonano drugą. Po obnażeniu obudwu końców rozerwanego nerwu przekonano się, że brak był tak znaczny, iż niepodobna było tychże końców połączyć ze sobą.

Wobec tego postanowiono obwodowy koniec nerwu promieniowego połączyć z nerwem pośrodkowym. W tym celu na przedramieniu od strony tejże rany, która służyła do odnalezienia obwodowego końca nerwu promieniowego, obnażono nerw pośrodkowy i następnie mięśnie uniesiono tępym hakiem do góry. Wyciąwszy teraz płat z nerwu pośrodkowego, równający się połowie gru-

bości tegoż nerwu i zwrócony nasadą ku górze, połączono tenże płat z obwodowym końcem nerwu promieniowego. Części miękkie i skórę zeszyto. Zagojenie rychłozrostem. W dwa miesiące po operacji chory przedstawiał objawy zupełnego porażenia nerwu promieniowego. Mięśnie, wyprostowujące rękę i palce, dawały objaw zwyrodnienia. Pomimo długiego galwanizowania stan się nie zmienił, i chory bez poprawy opuścił szpital. W półtora roku po operacji chory pokazał się ponownie, a wówczas znaleziono, że objawy porażenia w znacznym stopniu ustąpiły.

W dwa lata po operacji stan był następujący: ruchy w łokciu swobodne; ręka i cztery palce wyprostowują się zupełnie dobrze. Duży palec podwinięty pod inne palce, nieco przyprowadzony i nie może być ani wyprostowany, ani odprowadzony. Pomimo to ręka zupełnie użyteczna; siła obu rąk jednakoowa. Czucie lewej ręki zdaje się niezmienionem. Faradyzacja dała następujący wynik: drażnienie nerwu promieniowego na ramieniu nie daje skurczu; drażnienie nerwu pośrodkowego na ramieniu oraz w miejscu ponad jego połączeniem z nerwem promieniowym daje skurcz palców; przy drażnieniu na miejscu odejścia mostka, łączącego obadwa nerwy, otrzymano wyprostowanie palców, które przy dłuższem i mocniejszym drażnieniu przechodziło w skurcz.

Omawiając literaturę opisanego przez siebie przypadku, autorowie zwracają uwagę, że pierwszy LÉTIÉVAULT zaproponował w podobnych razach łączenie uszkodzonego nerwu z sąsiednim nerwem całym. DEPRÉS wprowadził tę propozycję w czyn, łącząc obwodowy koniec nerwu pośrodkowego z nerwem łokciowym za pomocą wszczepienia. W tym celu, nie przecinając nerwu łokciowego, D. rozsunął tylko włókna tegoż nerwu, poczem wprowadził pomiędzy nie koniec nerwu pośrodkowego i w tem go położeniu umocował. Wynik miał być dobry. KOELLIKER przeczy, by taki sposób postępowania mógł prowadzić do celu, ponieważ niemożliwe tu jest wrastanie cylindrów osiowych górnego odcinka w dolny odcinek. Jednakże SICK i SAENGER przypuszczają, że i operacja DEPRÉS może dać wynik dodatni. Opierają się oni przytem na nowszych poszukiwaniach histologicznych [ZIEGLER], które wykazują, że nie cylindry osiowe, lecz otoczka SCHWANN'a gra główną rolę w sprawie odradzania się nerwów. Z tej to otoczki wyrastają boczne pędy, które w następstwie ulegają różniczkowaniu, przekształcając się w nowe cylindry osiowe i inne składowe części włókien nerwowych. Jeżeli ta teoria jest słuszną, łączenie nerwów za pomocą wszczepiania ma rację bytu.

W końcu swej pracy SICK i SAENGER starają się wytłómaczyć drogę, na której może nastąpić przeniesienie funkcji jednego nerwu na część drugiego. Przypuszczają oni dwie możliwości: pobudzenie nerwowe, przeznaczone dla nerwu promieniowego, powstaje w ośrodku tegoż nerwu i przedostaje się za pomocą jego włókien do neuronu obwodowego, względnie do rogów przednich, gdzie zostaje przelane na włókna nerwu pośrodkowego, po których dąży dalej. Możliwe jest jednakże i to, że pobudzenie nerwowe, przeznaczone dla nerwu promieniowego, już w korze mózgowej powstaje w ośrodku nerwu pośrodkowego, a zatem od początku już przebiega po tym nerwie.

(Arch. f. klín. Chir. Bd. 54. str. 271).

B. Sawicki.

153. Knaak. Przyczynę do podwójnego barwienia przy poszukiwaniach bakteriologicznych.

Badając tkanki, wydzieliny i t. p. na obecność pasożytów, posilkujemy się metodą t. zw. podwójnego barwienia, która ułatwia nam odnalezienie i określenie tychże. Oddawna znanem jest i polecanem barwienie błękitem metylenowym i eozyną. Błękit metylenowy odznacza się szczególnem powinowactwem do pasożytów: barwi on je mocniej, niż komórki, i wstępuje

z nimi w trwałą związek. Barwnik ten posiada prócz tego jeszcze tę własność, iż pod działaniem pewnych ciał chemicznych [np. siarkowodoru] odtlenia się i zamienia na związek bezbarwny t. zw. *leukomethylenblau*, który pod wpływem tlenu powietrza przyjmuje znowu pierwotną swą postać.

Zrozumiałem wobec tego stałe się fakt, iż preparat, zabarwiony błękitem metylenowym, podlega natychmiastowemu odbarwieniu, jeśli poddamy go działaniu siarkowodoru; pasożyty jednakże przy tej procedurze zachowują barwę niebieską, ponieważ sprawa odtleniania odbywa się w nich w znacznie słabszym stopniu, niż w komórkach.

Z powyższych własności błękitu metylenowego korzystamy w celu odmiennego barwienia pasożytów z jednej strony, a komórek wraz z jądrami z drugiej.

Chcąc zbadać np. wydzielinę jamy ustnej na pasożyty, zaszuszamy ją w zwykły sposób na szkiełkach przykrywkowych i barwimy błękitem metylenowym; następnie zanurzamy preparat do roztworu wody siarkowodorowej w wodzie [1:10] aż do zupełnego odbarwienia, opłukujemy w nasyconym wodnym roztworze winianu potasu (*tartarus depuratus*, używamy go zamiast wody, aby zapobiedz utlenieniu leuko-błękitu metylenowego), nareszcie dobarwiamy w słabym roztworze fuksyny [jedna część nasyconego alkoholowego roztworu na 10 części wody] w przeciągu 5—10 sekund. Za pomocą tej metody pasożyty przybierają barwę niebieską, komórki jasno-czerwoną, jądra komórkowe niebiesko-czerwone.

Daleko lepsze wyniki otrzymujemy, odbarwiając preparat w świeżo przygotowanym 1% roztworze argoniny [związek azotanu srebra z białkiem], opłukując w wodzie i następnie w wyżej podany sposób dobarwiając fuksyną. Tutaj pasożyty barwią się na niebiesko, komórki zaś włącznie z jądrami na czerwono; tylko jądra leukocytów przybierają niekiedy barwę blado-niebieskawą. Te same własności barwiące, co błękit metylenowy, wykazują również i inne barwniki, należące do tej samej grupy chemicznej, jak np. fiolet *Lauth'a* lub zieleń metylenowa.

(*Deutsche medicin. Wochenschrift*. 1897. Nr. 42). Stan. Mutermilch.

154. Petruschky. O leczeniu gruźlicy podług Koch'a.

Autor streszcza tu wyniki dodatnie, jak sądzi, wieloletniego stosowania tuberkuliny Koch'a. Dzieliąc przebieg gruźlicy na 3 okresy [I-szy: zajęcie li tylko gruczołów chłonnych. II-gi: tworzenie się gruzelków w opłucnej, skórze, płucach i t. p. III-ci rozpad tkanki, któremu zwykle towarzyszą skutki zakażenia wtórnego], zaleca autor tuberkulinę przedewszystkiem dla chorych, znajdujących się w pierwszym okresie choroby. W każdym razie nie nadają się do leczenia tuberkuliną przypadki, w których znać stały wpływ zakażenia wtórnego. Rozpoznanie gruźlicy opiera autor tam, gdzie niema płwociny lub gdzie płwocina laseczników nie zawiera, na wywoływaniu odczynu przez wstrzykiwanie tuberkuliny [1—10 mlg.]. Dawki lecznicze dochodziły do 100 mlg. Gdzie istnieje zakażenie wtórne, należy to zwalczyć [np. przez leczenie klimatyczne], a potem dopiero stosować tuberkulinę.

O wynikach stosowania tuberkuliny mówi P. w przypadkach czystej gruźlicy gruczołów i poczynającej się gruźlicy płuc i opłucnej — wyniki były znakomite. U dzieci skrofalicznych widział autor pod wpływem tuberkuliny zupełną zmianę konstytucyi.

Historye choroby: I. Uczennica 13-letnia. Skłonność do obrzmiewania gruczołów; bóle w lewej połowie klatki piersiowej. Czasami ślady (*Andeutung*) tarcia opłucnej, zmiennie umiejscowionego. 20. II. 1893. Stan bezgorączkowy. Wstrzyknięcia rozpoznawcze tuberkuliny wywołują gorączkę. Wstrzy-

knieżcia lecznicze w ciągu 4½ miesięcy usuwają wspomniane objawy z opłucnej. Waga wzrasta z 36 klg. do 37 klg.. Gruczoły większe. 26. II. 1895: gruczoły ledwie wyczuwalne. 13. II. 1897. Ogólny rozwój bardzo dobry. [Zmiana konstytucyi].

II. W., 11-letnia uczennica. Od dzieciństwa skłonność do cierpienia gruczołów, do kaszlu suchego; czasem kłucie w boku. W rodzinie bliższej niema gruźlicy, za to jest w dalszej. *Status* 25. III. 1893: czasem ślady tarcia opłucnej, gruczoły szyjowe i pachowe wyczuwalne. Stan bezgorączkowy. Wstrzyknięcie rozpoznawcze wywołuje odczyn gorączkowy. Leczenie tuberkuliną powoduje poprawę. 26. II. 1895. X płucach nie chorobowego. Gruczoły ledwie wyczuwalne; nieco skłonności do kaszlu. 13. II. 1897. Bardzo dobry rozwój ogólny [zmiana konstytucyi]; zupełne zdrowie.

III. D., dziewczynka lat 8-u. Dnia 25. IX. 1893, gruczoły szyjowe i pachwinowe powiększone; w płucach i sercu żadnych zmian. Stan bezgorączkowy. Odczyn po tuberkulinie. Pod wpływem stosowania tuberkuliny ślady lekkiego tarcia opłucnej. Dnia 1. IV. 1896. Stan ogólny i miejscowy bardzo dobry.

IV. B., uczennica 10-letnia. Czasem kaszel z plwociną; bóle głowy; obrzmienie gruczołów, wyrosłe adenoidalne w jamie nosogardzielowej, w płucach zmian żadnych, niedokrwistość, stan bezgorączkowy. Tuberkulina wywołuje odczyn. Leczenie też wywołuje na czas jakiś objawy suchego zapalenia opłucnej. 26 IV. 1896. Silny rozwój fizyczny. Żadnych zmian w narządach. Niedokrwistość.

V. F., uczennica 10-letnia. Po kokluszu, od lat 5-ciu, napady astmatyczne. Powiększenie gruczołów. Szmer trzaskające i tarcie opłucnej. Stan bezgorączkowy. 6. IX. 1894. Odczyn po tuberkulinie. Pod wpływem leczenia tuberkuliną napady astmy coraz rzadsze, polepszenie stanu płuc, zmniejszenie gruczołów. 12. VI, 1897: stan prawie zupełnie dobry.

Sześć następujących przypadków obejmuje leczenie gruźlicy, znajdującej się w okresie drugim lub na początku trzeciego. Z tych we 2 zawierała plwocina laseczniki Кочна: jednego z tych chorych uważa P. za uzdrowionego stanowczo [były oficer, osobnik bardzo silny], drugiego za prawdopodobnie uzdrowionego. W przypadku 7-ym autor uważa pacjentkę [17-letnią] za wyleczoną, ponieważ rozwinęła się fizycznie i nie oddziaływa na tuberkulinę. W przypadku 8-ym, pomimo poprawy, „nie wyłącza“ autor „możności nawrotu“; w przypadku 9-ym przy ostatnim badaniu znalazł P. objawy, które tłumaczy „jako początek nawrotu“ sprawy gruźliczej.

Wszystkich historii chorób przytacza 11.

Wnioski autora: tuberkulina pomaga; należy jej używać przez lata całe, z przerwami (*Etappenbehandlung*). Szczególniej nadaje się skrofaliczna postać gruźlicy do leczenia tuberkuliną. Należy utworzyć, na wzór instytutów szczepienia wścieklizny, pewne „centra“ do wstrzykiwania tuberkuliny, najlepiej — przy sanatoriach dla suchotników.

(*Deut. med. Woch. 1897. Nr. 39 i 40*).

[Referent pozwala sobie zwrócić uwagę czytelnika na płytkość wniosków, jakie autor ze spostrzeżeń swych wyprowadza. PЕТRUSCHKY kładzie na karb działania tuberkuliny „zmiany konstytucyi“ u dziewcząt w wieku pokwitania i wykrzyknikiem opatrjuje ten ustęp w każdej z historii chorób, kiedy o rozwoju fizycznym dziewcząt 14 i 17 letnich mówi. Żadnej wszakże nie przytacza historii choroby, w którejby u chłopca podobny rozwój fizyczny gwałtownie następujący pod wpływem tuberkuliny, spostrzegał. Dalej, tuberkulinie przypisuje zniknięcie w ciągu 3, nawet 6-ciu lat gruczołów powiększonych u dzieci, jak gdybyśmy tego nie widzieli codziennie bez tuberkuliny. Wre-

szenie, tuberkulina znajduje się niewątpliwie w jakimś powinowactwie z tkankami i ustrojem gruźliczym, wywołuje t. zw. odczyn; ale autor nie tylko każe rozpoznać gruźlicę i leczyć ją tuberkuliną, ale z samego braku odczynu wnioskuje o wygaśnięciu gruźlicy, chociaż nie wyłącza to, jak historie przezeń przytoczone wykazują, „nawrotów“. Zamiast mówić o wyleczeniu dlatego, że i duże dawki nie dawały odczynu, należałoby mówić o większej tolerancji ustroju względem tuberkuliny, o przyzwyczajeniu się do niej; gdy po zaprzestaniu stosowania tuberkuliny ustrój tolerancję tę traci, odczyn znowu może wystąpić, nawet na dawki małe; nie zawsze występuje, bo sprawa gruźlicza wygasa często, szczególnie u dzieci. Ale nie stanowi to jeszcze zgola dowodu na korzyść tuberkuliny, o czem przytoczone przez P. historie choroby dowodnie przekonują.

I na zasadzie tak blahych wyników paroletniej pracy żąda autor urządzenia specjalnych instytutów do szczepienia tuberkuliną! S. Sterling.

155. Hugo Beckmann. Przyczynę do patologii i terapii wyrosli adenoidalnych.

Autor jest zdania, że wszystkie dotychczasowe sposoby operowania wyrosli adenoidalnych, polegające na mniej więcej powierzchownem zeskrobaniu wyrosli, są nieodpowiednie, a wyniki tego rodzaju zabiegów są mało zadawalniające. Pochodzi to z niedokładnego zapatrywania się na naturę wyrosli. Według autora w jamie nosogardzielowej, oprócz migdała Luschki, niema żadnych wyrosli adenoidalnych, chyba że za takie zechcemy pożytywać twory, znane jako *granula*. Wyrosle adenoidalne są niczem innem, jak tylko przerośniętymi blaszkami migdała, które, zrastając się pomiędzy sobą i z otoczeniem, mogą przedstawiać twory najrozmaitszych kształtów. Wychoząc z tego założenia, radzi autor usuwać migdał całkowicie, odcinając go od *fibro-cartilago* kości potylicowej. Dla wykonania tej operacji, jeszcze w r. 1893 przedstawiał autor w Towarzystwie Lekarskiem Berlińskiem narzędzie własnego pomysłu, składające się z ostrego bardzo noża, wprawionego w czworokątnej ramie, przymocowanej do rączki pod kątem tępym. Nóż powinien być tak ustawiony, aby ciał zupełnie równoległe do części podstawowej kości potylicowej. Zaznaczając, że wykonanie operacji wymaga znacznej wprawy, wykonywa ją w ten sposób. Unieruchomiwszy pacjenta, wprowadza nóż za podniebienie miękkie, posuwa go do stropu jamy nosogardzielowej i mocno przycisnąwszy, odcina migdał od *fibro-cartilaginis* i tylnej ściany jamy. Niekiedy przytem odcina się cienka warstwa chrząstki; nie powoduje to jednak złych następstw. Znaczniejsze krwawienie bywa bardzo rzadko, rana goi się szybko. Autor wykonał przeszło 5000 operacji; najmłodszy pacjent miał pół roku, najstarszy lat 30. Opierając się na tak liczny materiał, autor doszedł do następujących wniosków.

Ostre, zakaźne zapalenie migdała Luschki jest jedną z najczęstszych chorób. Zapalenie to może być samoistnem, częściej jednak występuje pod postacią ostrego, ropnego nieżytu nosa i dróg oddechowych.

Te często powtarzające się ostre zapalenia są przyczyną nierównie gorszych następstw dla ustroju, niż oddechanie przez usta, któremu dotychczas przypisywano całą winę. Tak zwane usposobienie do zaziębnienia, jest następstwem spraw chorobowych w migdale, które dany osobnik przechodził w dzieciństwie. Przewlekłe nieżyty górnego odcinka dróg oddechowych i uszu są również następstwem częstych nawrotów zapalenia migdała lub jego skutków przerostu i spraw ogniskowych. Zarazek szkarlatyny, odry, dyfterytu i t. p. dostaje się do ustroju za pośrednictwem migdała Luschki. W blizkim związku ze zmianami patologicznymi w migdale są także sprawy chorobowe, jak: *rachitis*, *laryngo-spasmus*, zółty i gruźlica. W tych wszystkich przypad-

kach zupełne wycięcie migdała LUSCHKI jest nie tylko środkiem leczniczym, lecz, co ważniejsza, profilaktycznym i wszelkie dotychczas używane metody, jak: inhalacje, pędzlowanie, przypalanie i t. p. dla nosa i jamy nosogardzielowej, a przedmuchiwania ucha sposobem POLITZER'a lub kateteryzacja tegoż, będą w przyszłości znacznie ograniczone.

(*Monatschrift f. Ohrenheilkunde*, 1897. Nr. 9).

Wł. Mączewski.

156. C. Posner. O zmętnieniu moczu. Przyczynę do klinicznego badania moczu.

Różne przyczyny mogą powodować zmętnienie moczu: jak sole, bakterye, a przede wszystkim domieszka białych lub czerwonych ciałek krwi; komórki nabłonkowe różnego rodzaju i pochodzenia—które, będąc zawieszonymi w moczu, pozbawiają go naturalnej przezroczystości. Nietrudno jest zbadać przyczynę zmętnienia moczu za pomocą odpowiednich prób.

Związki kwasu moczowego rozpuszczają się przy ogrzaniu; fosforany pod działaniem kwasów. Przy dodaniu ługu potasowego wszelkie domieszki komórkowe zmieniają się w galaretowatą masę; przez ogrzanie zaś zasadowego moczu, w razie obecności krwi, otrzymujemy rudy osad.

Lekarz zwykle sądzi o pogorszeniu lub polepszeniu sprawy chorobowej wprost na oko według stopnia zmętnienia moczu, mając naturalnie w obserwacji tego samego chorego i znając przyczynę zmętnienia moczu.

Kwestya zmętnienia nabiera pierwszorzędnej wagi, gdy zależy ono od ropy, zatem przy zapaleniach pęcherza i miedniczek nerkowych.

Autor postawił sobie za zadanie: wynalezienie dokładniejszego kryterium do sądzenia o mętności moczu, niżli to miało miejsce dotąd. Próba wysokości słupa osadu nie daje dobrej rękojmi w tym względzie, gdyż osadzanie się jest uwarunkowane przez bardzo różnorodne czynniki, tak chemicznej, jak fizycznej natury.

Dwaj uczniowie prof. POSNER'a, HOTTINGER i GOLDBERG, doszli do bardzo zadawalających i ciekawych wyników, używając do badania moczu przyrządu THOMA-ZEISS'a do liczenia czerwonych i białych ciałek krwi.

Okazało się, że przy lekkich nieżytach dróg moczowych ilość ciałek ropnych dochodzi do 5000 w młm. sześć. moczu; przy średniej ciężkości zapaleniach od 10000—20000, a przy ciężkich zapaleniach ciałek ropnych znajdujemy 50000 i więcej w młm. sześciennym.

Omyłka przy takim obrachunku jest tak małą, że to zupełnie nie wpływa na praktyczną wartość metody.

Ważniejszym i ciekawszym wynikiem pomienionych badań jest wykrycie stosunku, jaki zachodzi między ropomoczem i białkomoczem. Dokładne obliczenia wykazały, że bardzo nawet znaczna ilość ciałek ropnych daje stosunkowo niewielkie ilości białka. Tak np. przy obecności 80000—100000 ciałek ropnych w młm. sześć.—białka znajdziemy około 1‰.

Metoda badania moczu za pomocą aparatu THOMA-ZEISS'a ma jednak tę niedogodność, że chociaż daje dostatecznie pewne kryterium, ale jest kłopotliwą pod względem technicznym. Tymczasem metoda, wynaleziona przez autora, przy wystarczającej dokładności wyników, jest niezmiernie prostą w wykonaniu. Polega ona na tem, że bierzemy kawałek zadrukowanego papieru, kładziemy go na stole, a na papierze stawiamy szklankę lub kieliszek z płaskim dnem. Przytem szerokość naczynia jest bez znaczenia.

Przez szklanne dno możemy swobodnie czytać druk.

Teraz zaczynamy nalewać powoli do naczynia mętny mocz dopóty, dopóki nie będziemy mogli już przez warstwę moczu czytać druku. Wysokość słupa moczu wymierzamy w centymetrach i powiadamy np., że dany mocz ma przezroczystość 3 — to znaczy, że gdy wysokość moczu w naczyniu dosięgnie 3

centymetrów, wtedy nie możemy już przeczytać znajdującego się pod naczy-
niem druku. Z tego wynika, że jeżeli będziemy rysować krzywe ropy i prze-
zroczystości, to obie te krzywe znajdują się w stosunku odwrotnym do siebie.

Napełniać naczynia wyżej, niż do 8 centymetrów nie ma potrzeby, gdyż
liczba ta może być uważana za wyraz normalnej przezroczystości moczu.
Przy najcięższym ropomoczu przezroczystość wynosi $\frac{1}{2}$ ctm.

Autor wyliczył, jakiej ilości ciałek ropnych odpowiadają różne stopnie
przezroczystości. Tak np. przezroczystość $\frac{1}{2}$ —1 ctm. odpowiada 40000 i wy-
żej ciałek ropnych w mlm sześć. moczu.

Przezroczystość	2	10000—20000
"	3	8000
"	6	1000.

Autor wyraża nadzieję, że w praktyce metoda jego pozwoli wcale dokła-
dnie i łatwo sądzić o zmętnieniu moczu, o ilości ropy i ewentualnie o przebiegu
sprawy chorobowej

(*Deutsch. med. Woch. 1897. Nr. 40.*)

T. Korzon.

157. Parascandolo. Nowy szereg badań nad seroterapią przy zakażeniach drobnoustrojami ropnymi i przy róży.

Gdy jedni badacze utożsamiają paciorkowce ropne z paciorkowcami róży,
inni uważają je za gatunki samodzielne; autor dowodzi słuszności tego osta-
tniego poglądu, opierając się na działaniu patogenicznym obu mikrobow. A
mianowicie: jeżeli do próbki, zawierającej czyste hodowle paciorkowca
róży, wpuścimy kilka kropel surowicy zwierzęcia uodpornionego względem te-
goż duobnoustroju, to hodowla ta okazuje się po pewnym czasie nieszkodliwą
przy podskórnem jej wstrzykiwaniu np. śwince morskiej; natomiast, jeżeli do
takiej samej próbki wpuścimy nieco surowicy ze zwierzęcia uodpornionego
względem paciorkowca ropnego, to hodowla ta nie traci nic na swych wła-
snościach jadowitych. Autor dokonał w ten sposób licznych prób z paciorko-
wcami i gronkowcami ropnymi oraz kokkami róży, a modyfikując warunki
doświadczeń poszczególnych, dochodzi do wniosku, że surowica uodpornionych
względem danego mikroba zwierząt działa niwecząco na jego hodowle w prob-
ówce, a leczniczo w ustroju innych zwierząt, sztucznie przezeń zakażonych.

Następnie autor rozbiera kwestyę najodpowiedniejszych gruntów dla roz-
woju wspomnianych grzybków chorobotwórczych. Jakoż po licznych próbach
przekonał się, że gronkowiec złocisty i biały nawet po upływie $1\frac{1}{2}$ roku
zachowuje swe własności w zwyczajnym 1% peptonizowanym lub w $\frac{1}{2}$ —3% ocu-
krzonym bulionie, czego przy użyciu innych gruntów [np. bulionu z domieszką
surowicy, z wysięków patologicznych i t. p.] nie spostrzegamy. Hodowane na
tych podłożach ocukrzonych drobnoustroje nie tylko dobrze się przechowują,
ale zyskują znacznie na swej żywotności, gdyż potęguje się ich siła choro-
botwórcza.

Przeprowadzając kilkakrotnie czyste hodowle paciorkowców przez grun-
ty ocukrzone i przez ustroje zwierzęce wrażliwe na ten gatunek mikrobow,
P. wyhodował pokolenie tak żywotne, iż $\frac{1}{10000000}$ ctm. sz. jego hodowli w cią-
gu 48 godzin zabijała świnkę morską ważącą 400 grm.. Autor sądzi, iż przy
dzisiejszych metodach doświadczalnych nie można osiągnąć już wyższych stop-
ni jadowitości czystych kultur i wąpi, czy istotnie MARMOREK otrzymał
taką hodowlę, której $\frac{1}{100000000}$ ctm. sz. zabijać zwierzę, ważące 1000 grm.

Co się tyczy sposobów immunizowania, to autor za najwłaściwszy uważa
ten, który zasada się na stosowaniu tylko toksyn, a nie samych hodowli, gdyż,
jak z badań jego wynika, surowica zwierząt w ten sposób uodpornionych po-
siada energiczniejsze własności lecznicze, niż surowica zwierząt, które za po-
mocą hodowli były uodpornione.

Istnieje nareszcie, według autora, szereg spostrzeżeń klinicznych, dowodzących skuteczności surowicy przeciwopticowej, a z liczby przypadków o wyniku ujemnym należy większość położyć na karb tego, iż stosowaną bywa często surowica zwierząt uodpornionych względem paciorkowca, który w danym przypadku wcale nie jest przyczyną zakażenia; klinicyści za małą zwracają uwagę na swoistość zarazka w każdym poszczególnym przypadku.

(*Wiener klin. Woch. Nr. 39, 40. 1897.*)

A. Lande.

158. Umberto Rosa. O wpływie wewnątrz-żylnego wstrzykiwania królikom mas serowatych, wyjałowionych.

Ponieważ badania kilku autorów wykazały, że laseczniki gruźlicze, nawet martwe, są w stanie wywołać u zwierząt zmiany charakterystyczne dla gruźlicy, różniące się tylko od wywołanych przez żywe pasożyty brakiem skłonności do szerzenia się, autor więc postanowił sprawdzić, o ile szkodliwą jest masa serowata gruźliczo zwyrodnionych gruczołów chłonnych, jeżeli ją przed użyciem do doświadczenia wyjałowić. W tym celu szczepił jednej seryi królików rozarte z wodą wyjałowioną masy serowate, wyjałowione w autoklawie, drugiej zaś—tę samą bełtankę, przefiltrowaną przez świece Chamberland'a. Obie serye zwierząt pozostały zupełnie zdrowe, pomimo iż szczepienia zostały wykonane wprost do krwi i to po kilka razy z rzędu. Nie ulega wątpliwości, że w masach serowatych gruźliczych muszą znajdować się pierwotnie produkty działalności laseczników gruźliczych. Zkąd więc taka różnica pomiędzy wynikiem szczepienia przez innych autorów martwych hodowli, a wynikiem badań autora? Zdaniem jego, zależy to od tego, że w masach serowatych toksyny laseczników gruźliczych mogły być zneutralizowane, albo przynajmniej znacznie osłabione przez wydzielinę komórek, które przywędrowały tu w celach ratunkowych; wreszcie komórki te mogły zupełnie wessać i wydzielić z ustroju całkowicie odnośną truciznę.

(*Centr. f. Bacter. 1897. Bd. XXII. Nr. 16—17.*)

Wł. Janowski.

159. E. H. Hankin [Indye]. Stosunek owadów i szczurów do szerzenia się dżumy.

Autor twierdzi, że mrówki niesłusznie są obwinione o udział w szerzeniu dżumy. Autor stwierdził, że mrówki bywały zakażone dżumą tylko o tyle, o ile pożerają padłe na dżumę szczury, i powiększają w ten sposób niebezpieczeństwo zakażenia się od padłych szczurów. Znane są w Bombaju domy, w których zachorowały na dżumę tylko osoby, zajęte usuwaniem padłych szczurów. Autor spostrzegł w Kunkhal, w pobliżu Hurdwar, epidemię dżumy pomiędzy szczurami, która nie przeszła na ludzi zupełnie. Rzeczywiście, w Hurdwar szerzyła się dżuma pomiędzy ludźmi, a nie można było, pomimo najstaranniejszych poszukiwań, odnaleźć dowodów epidemii dżumy pomiędzy szczurami podczas trwania epidemii u ludzi, ani po niej. Niema więc koniecznego związku pomiędzy zakażeniem dżumą ludzi i zwierząt. Że w przypadkach autora ilość przypadków dżumy była tak ograniczona, zależało to od przedsięwziętych odnośnych środków. Zakażona dzielnica w Hurdwar była cała opróżniona i istotnie cała wymyta roztworem sublimatu. Dezynfekcyja w Kunkhal zastosowana została dopiero po stwierdzeniu epidemii pomiędzy szczurami.

(*Centr. f. Bacter. 1897. Bd. XXII. № 16 - 17.*)

Wł. Janowski.

160. E. H. Hankin i B. H. F. Leumann. Metoda szybkiego rozpoznania laseczników dżumy.

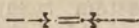
Wiadomo, że prawdziwie charakterystycznymi dla laseczników dżumy są tylko formy ich zwyrodnione pod drobnowidzem. Laseczniki te są wtedy nabrziałe, okrągławe, wrzecionowate i t. d.. W zwykłych warunkach trzeba

jednak dłuższego czasu [nieraz paru tygodni] na to, aby zaczęły się na agarze rozwijać owe postacie zwyrodnione. Autorowie przypadku doszli do wiadomości, że sól utrudnia rozwój laseczników dżumy o tyle, że owe formy zwyrodnione występują już po 24 godzinach. Radzą więc autorowie szczepić podejrzane pasożyty na zwykłe podłoża, a następnie przezszczepiać je na agar, zawierający 2,5%—3,5% soli kuchennej. Występują wtedy już po dobie owe tak charakterystyczne dla dżumy postacie gruszkowate, kuliste i koliste. Żadne inne pasożyty po dobie tak nie wyglądają. Zmniejszenie ilości soli w agarze wpływa niekorzystnie na wynik próby. Można sól zwykłą zastąpić 2% bromku lub jodku potasu, ale korzyści z tego niema.

(Centr. f. Bact. 1897. Bd. XXII. Nr. 16, 17).

Wł Janowski.

TOWARZYSTWO LEKARSKIE WARSZAWSKIE.



Posiedzenie z dnia 26. X. 1897.

1) SOŁOWIEJCZYK przedstawia dziewczynę 18-letnią, której zeszył przecięte szybą mięśnie: *flexor carpi radialis*, *flexor carpi ulnaris*, *palmaris longus*, *flexor digitorum sublimis* i *profundus*, *nervus ulnaris* i *medianus* oraz podwiązał *art. ulnaris*. Po dziesięciu dniach uczucie w palcach wróciło, a po 6 tygodniach rana zupełnie się zablizniła. Sztywność w palcach pod wpływem mięsienia ustąpiła.

2) SOŁOWIEJCZYK przedstawia chłopca 10-letniego, któremu przed pięciu tygodniami po podwiązaniu tętnicy pachowej wyluszczył całą kończynę górną prawą z powodu mięsaka trzonu i nasady dolnej ramienia.

3) SAWICKI BRON. przedstawia kobietę 30-letnią, która przed 6 tygodniami otrzymała 22 rany klute i cięte w głowę, szyję tułów i kończyny. Między innymi przecięty był mięsień naramienny w $\frac{2}{3}$ szerokości, główka długa mięśnia dwugłowego ramienia odcięta od ścięgna tuż poniżej jego przyczepu. Na przedramieniu przecięte były: nerw i tętnica promieniowa oraz ścięgno mięśnia odwracającego rękę długiego w $\frac{2}{3}$ jego grubości. Przecięte ścięgna zeszyto sposobem GIUDICEANDRE'a, mianowicie przez środek końców ścięgien przeciągnięto podwójną ligaturę, poczem każdą nitkę związano z boków ścięgien, a po zbliżeniu odcinków każdą z 4 nitek, wiszących przy górnym odcinku, związano z odpowiednią nitką dolnego odcinka. Sposób ten w danym przypadku dał bardzo dobre wyniki, pomimo że z powodu utworzenia jamy opłucnej nie można było przymocować kończyny górnej do klatki piersiowej i wypadło ją ułożyć wyciągniętą na poduszce obok tułowia. Okolica, unerwiona przez zeszyty nerw promieniowy, na trzeci dzień po operacji miała uczucie prawidłowe.

4) BRÓDOWSKI uzupełnia opis mózgu, okazywanego na posiedzeniu w d. 19. X. przez KAZ. ZIELIŃSKIEGO. *Fornix tricuspidalis*, niezmiernie rozszerzony, posiada postać zbitej, twardej tkanki. *Septum pellucidum* jest również twarde, skórzaste; jama tej przegrody jest rozszerzona. W komorze 3 mózgowia widać grube krokiewki; delikatne twory krokiewkowate leżą również między *fornix tricuspidalis* i ścięczałem *corpus callosum*. Wszystko to, zdaniem B., dowodzi, że cała sprawa jest pochodzenia zapalnego. *Tela chorioidea* i *plexus chorioidei* znajdowały się w stanie zaniku.

5) SOKOŁOWSKI wygłosił odczyt p. n.: „O stosunku cierpień górnego odcinka dróg oddechowych do niektórych ogólnych zaburzeń ustroju“.

Po wstępie historycznym i scharakteryzowaniu cierpień górnego odcinka dróg oddechowych przy chorobach ogólnych, jako spraw wtórnych, lecz nie

swoistych, opisuje S. zmiany, spostrzegane przy bladacze, moczówce cukrowej, zołzach i artrytyzmie.

Przy nieznacznym stopniu bladaczki błona śluzowa nosa, gardzieli i krtani bywa blada, w cięższych przypadkach blada i sucha, niekiedy zaś dotknięta parestezjami, które powodują uczucie dławienia, trudności połykania i kaszel. Zmiany w krtani są rzadsze i zasadzają się na bladeści błony śluzowej, czasami suchości strun głosowych prawdziwych i lekkim porażeniu zwieraczy głośni. Leczenie miejscowe w takich razach zawodzi.

Przy posuniętej moczówce cukrowej wszyscy chorzy uskarżają się na uczucie suchości w gardzieli (*pharyngitis sicca et laryngitis*), na mocny kaszel dławiący, występujący napadami w nocy. Leczenie miejscowe jest tu niezbędne. W okresie znacznego upadku odżywiania mogą powstawać owrzodzenia na tylnej ścianie krtani. Z rozwojem gruźlicy występują czasami i w krtani owrzodzenia gruźlicze. Zmian w nosie w przebiegu moczówki nie spostrzegano.

W zołzach, pod których mianem rozumieć należy usposobienie ustroju, szczególnie układu limfatycznego i błon śluzowych do oddziaływania w specjalny sposób na działanie pewnych bodźców zewnętrznych, powstają przewlekłe sprawy zapalne, często przerostowe: w gardzieli przerost migdałków, łuków tylnych i gruczołu LUSCHKI, zgrubienie tylnej ściany gardzieli. Niekiedy znajdujemy tu owrzodzenia, zazwyczaj powierzchowne. Zaburzenia podmiotowe polegają na potrzebie ciągłego chrząkania, które niekiedy przechodzi w krótki, suchy i męczący kaszel. Zmiany w nosie u zołzowatych występują jako nieżyty, prowadzące do przerostu muszli dolnych i środkowych; cierpi przytem zazwyczaj i skóra nosa; warga górna ulega również zgrubieniu; torebki włosowe wylotów nosa ulegają zapaleniu. Nieżyty suche i *ozaena* występują rzadko. Zmiany w krtani przy zołzach, spotykane rzadko, mają zazwyczaj postać przerostową. Początkowo występuje tylko przekrwienie ściany tylnej i strun fałszywych, powodujące krótkotrwałe chrypki, następnie zaś błona śluzowa w tych miejscach grubieje, chrypka przechodzi w stałą. Niektórzy autorowie [ISAMBERT] opisują owrzodzenia nagłośni, przechodzące na struny głosowe, trwające długo i zazwyczaj mało bolesne. Sprawy podobne, są według S., natury gruźliczej lub syfilitycznej. Sprawy zołzowe w narządach oddechowych należy traktować miejscowo przy leczeniu ogólnem.

Zmiany w gardzieli u artrytyków są bardzo charakterystyczne: błona śluzowa bywa przekrwiona, języzek twardy i gruby; często spostrzegać można granulacye. Leczenie miejscowe jest w tym razie bezskuteczne. W krtani do zmian rzadkich, lecz charakterystycznych dla artrytyzmu, należą złogi (*tophi arthritici*) na chrząstkach [VIRCHOW, LITTEN]; objawy, napotymane częściej, nie są charakterystyczne. Najczęściej mamy tu przemijające przekrwienia ściany tylnej i wyrostków głosowych z chrypkami; niekiedy sprawie tej ulegają całe struny prawdziwe, nieraz i rzekome, a wtedy chrypka jest bardziej upartą. Na stały powyższe leczenie miejscowe wpływa mało. U artrytyków z typowymi napadami podagry spostrzegano przemijające zbrzęknięcia stawów nalewko-obrączkowych, znikające szybko pod wpływem leczenia ogólnego.

Posiedzenie z dnia 19. X. 1897 r.

1) NEUGEBAUER przedstawia płód donoszony, zatrzymany w ciągu 6 miesięcy w lewym jajowodzie niepekniętym, a usunięty za pomocą cięcia brzuszno-

2) KRAUSE przedstawia dziecko 5-letnie z *genu valgum rhachiticum*, wyleczonem za pomocą osteotomii.

3) KOZERSKI przedstawia niezwykły przypadek świerzby u chłopca, który ze względu na dane anamnestyczne uważany był długo za dotkniętego objawami syfilisu dziedzicznego.

4) HEIMAN przedstawia pacjenta po usunięciu cholesteatomatu jamy bebenkowej i czaszkowej oraz zakrzepu zatoki poprzecznej opony twardej mózgu.

5) ZIELIŃSKI KAZ. demonstruje mózg chłopca 7-letniego, który od urodzenia dotknięty był wodogłowie. Chłopiec, pochodzący od rodziców zdrowych, posiadał układ kostny [prócz głowy] i mięśniowy nadzwyczaj mało rozwinięty; do końca życia nie mówił, nie chodził i wogóle ruchów bardziej złożonych nie wykonywał; leżąc, poruszał zwykle tułowiem wahadłowo, od strony prawej ku lewej; raz lub dwa razy w ciągu dnia miewał drgawki kloniczne, ogólne; stolce i mocz oddawał pod siebie. Przy zachowaniu wzroku uderzał u dziecka zez rozbieżny i *nystagmus*. Na podniecie słuchowe chłopiec nie reagował; czucie bólowe miał zachowane. Poznawał tylko matkę, uśmiechając się na jej widok.

Przy badaniu czaszki dziecka w listopadzie 1894 r. znalazł Z. ciemiączko wielkie niezarośnięte, zapadłe, jednak twarde. Szwy były zachowane. Obwód poziomy czaszki wynosił 65 ctm. W 2 miesiące potem wespół z RYCHLIŃSKIM przekonał się Z., że obwód czaszki wynosi już 68 ctm.; szwy były mniej wyraźne. Na proponowany zabieg chirurgiczny rodzice dziecka się nie zgodzili. W styczniu r. b. chłopiec zapadł na zapalenie płuc zrazikowe, a w marcu zmarł. Badanie ciała wykonał prelegent przy współudziale EDW. ZIELIŃSKIEGO i znalazł, co następuje: po zdjęciu skóry z czaszki widać kość gładką, lśniącą, blado-różową; szwu strzałkowego niema. Na obu kościach ciemięniowych w bliskości linii środkowej i z przodu widać dwa wklęsnięcia; po odpilowaniu sklepienia czaszki łatwo się przekonać, że są to 2 otwory, wypełnione cieniutką, twardą tkanką włóknistą barwy perłowo-białej. Szew wieńcowy i potylicowy widoczny; szwu międzyczołowego niema. Kość potylicowa nieproporcjonalnie mała. Zrostów opony twardej z kośćmi nie było. Grubość kości sklepienia czaszki niejednakowa: po stronie prawej wynosi 8 mm., po lewej 1 mm.. Ogólny kształt przekroju poziomego czaszki jajowaty; obwód przekroju kości wynosi 69 ctm., wymiar podłużny tegoż 25 ctm., wymiar poprzeczny przedni 17,5 ctm., tylny 14 ctm.. Lewa połowa czaszki w części czołowej bardziej wypukła, niż prawa; w części potylicowej przeciwnie. Na oponie twardej widać zmiany, świadczące o *pachymeningitis haemorrhagica interna et hyperplastica externa*. Opona miękka blada. Zwoje móżgowia spłaszczone; substancja korowa ścięńcząta; komory niezwykle rozszerzone, zawierają 3 litry płynu bursztynowo-żółtego, po którego wypuszczeniu mózg opada, jak pęcherz. Ściany komór na powierzchni wewnętrznej pokryte brunatnawo-żółtą, twardą błoną grubości 1 mm. (*ependymitis chronica hyperplastica pigmentosa*). Mózdzek i rdzeń przedłużony posiadają rozmiary prawidłowe, a barwę na powierzchni zewnętrznej taką samą, jak wnętrze komór.

W dyskusyi prof. Brodowski wyraża zdanie, że wodogłowie w danym przypadku spowodowane było przez *ependymitis*; przyczyną zaś tego zapalenia mógł być syfilis lub zakażenie w życiu płodowym.

Wiadomości drobne.

— 3 = 3 —

— D-r BOURDETE zakomunikował Towarzystwu anatomicznemu w Bordeaux nadzwyczaj ciekawy przypadek nadmiernej ruchliwości języka. X., lat 20-tu, cierpi od dzieciństwa na niezbyt nosa formy zanikowej. By uwolnić strop gardzieli i jamę

noso-gardzielową od strupów, przeniesionych tam z nosa, posługuje się chory językiem, a mianowicie: skręca go w górę, dochodzi do języczka, przechodzi po za miękkie podniebienie, dotyka językiem tylnego brzoza przegrody nosowej, ztąd dostaje się do stropu i następnie do tylnej ściany jamy noso-gardzielowej. Tym sposobem wyciera językiem nie tylko całą tę okolice, lecz nawet i boczne ściany oczyszcza, gdyż chory wspomina, iż wyczuwa językiem z każdej strony dwie jamy w bocznej ścianie; są to niewątpliwie: jamka ROSENMÜLLER'a i ujście trąbki EUSTACHIUSZA. Na oko język tego osobnika nie przedstawia żadnych zmian anatomicznych; smak zachowany. D-r BOURDETTE znalazł w literaturze z ostatnich lat 12-tu trzy przypadki podobnego rodzaju opisane.

(*Archives internat. de laryng., d'otol. et de rhinol. Nr. 2, 1997*). S. O.

— Jak wiadomo KOSSEL wykazał *in vitro*, że nukleina wydziela pod działaniem kwasów wodany węgla. Otóż DE RENZI i REALE [z Neapolu] przekonali się przez podawanie chorym na moczówkę cukrową kwasu nukleinowego, że ilość wydzielanego wtedy cukru w moczu się zwiększa. Niewątpliwie więc nukleina jest też jednym z źródeł wodorów węgla w ustroju.

(*Sem. méd. 1897. Nr. 51*).

Wł. J.

— Na ostatnim zjeździe terapeutów włoskich w Neapolu QUEIROLO proponował stałe odżywianie chorych tyfusowych za pomocą podawanych cztery razy dziennie lewatyw odżywczych. Powstała ztąd interesująca dyskusja, z której wynika, że aczkolwiek koledzy włoscy podzielają zdanie QUEIROLO'a, że chorych tyfusowych należy dobrze odżywiać, to jednak wszyscy uznają za niedogodne stosowanie lewatyw odżywczych, lecz zalecają obfite odżywianie odnośnych chorych mlekiem drogą naturalną.

(*Sem. méd. 1897. Nr. 51*).

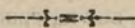
Wł. J.

— AD. CZERNY przekonał się, że ssawcy, chore na ostre zapalenie kiszek, umierają czasem nie przy objawach porażenia serca, lecz wskutek porażenia ośrodka oddechowego. Następuje w takim razie coraz znaczniejsze zwolnienie ruchów oddechów, coraz dłuższa pauza po każdym ruchu wydechowym, tak, że chorzy odnośni oddechają czasem tylko 10 razy na minutę. W rezultacie po jednej z takich dłuższych pauz oddech nie następuje wcale. Serce działa u takich chorych stale jeszcze po przerwaniu ruchów oddechowych. Zdaniem autora, opartem na badaniach porównawczych, opisane tu zjawisko zależy od gromadzenia się w ustroju nadmiernej ilości kwasów, nie związanych w dostatecznym stopniu przez zasady z powodu, iż te ostatnie wydzielają się w nadmiernej ilości u cierpiących na zapalenie kiszek ssawców.

(*Jahrbuch f. Kinderheilkunde. XLV. Bd. 1897*).

Wł. J.

Wiadomości bieżące.



Dnia 17 b. m. zmarł D-r STANISŁAW KRYSIŃSKI. Obszerny życiorys tego zasłużonego dla nauki Męża podamy w jednym z następnych numerów Gazety Lekarskiej.