

GAZETA LEKARSKA.

PISMO TYGODNIOWE
POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

Cena Gazety Lekarskiej: w Warszawie: rocznie 5 rs., półrocznie 2 rs. 50 kop., na prowincyi,
w Cesarstwie i za granicą: rocznie 6 rs., półrocznie 3 rs.

Cena ogłoszeń: Trzy pierwsze po kop. 15 za wiersz drobnem pismem, lub za jego miejsce
następne po kop. 10.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. Gajkiewicz Władysław. Wydawca: Dr. Kondratowicz Stanisław.

Adres Redaktora. Marszałkowska Nr. 45. Adres Wydawcy: Marszałkowska Nr. 49.

OGŁOSZENIA.

Wyszła z druku praca p. ł.

NOWE LEKI, ICH WŁASNOŚCI I ZASTOSOWANIA,

OPRACOWALI

K. Wenda i W. Wiorogórski.

Mieści w sobie opisy nowych środków lekarskich pod względem ich farmakognostycznym
zastosowań form i dawek.

Cena rs. 2, z przesyłką rekomendowaną 2,20. Skład w Redakeyi Wiadomości Farmaceuty-
cznych 47 Krakowskie-Przedmieście. 3—2

WSZECHŚWIAT, TYGODNIK POPULARNY, POŚWIĘCONY NAUKOM PRZYRODNICZYM. WYCHODZI W WARSZAWIE OD 1882 ROKU

POD KIERUNKIEM KOMITETU REDAKCYJNEGO,

złożonego z PP. Dr. T. Chałubińskiego, J. Aleksandrowicza, K. Deikego, E. Dziewulskiego, S. Kram-
szyka, Br. Rejchmana, A. Ślósarskiego, J. Trejdosiewicza, A. Wrześniowskiego, Br. Znatowicza.

Wydawca E. Dziewulski, Redaktor Br. Znatowicz.

Zamieszcza artykuły popularne ze wszystkich działów nauk przyrodzonych, przeważnie oryginalne
często objaśniane rysunkami, oraz referuje o postępach nauk w kronice naukowej. Na pierwszym
planie stawia artykuły treści krajowej. Rocznik składa się z 52 arkuszy druku wielkiej ósemki.

Prenumerata wynosi (od Nowego Roku 1885) w Warszawie rs. 8, półrocznie rs. 4, kwartalnie rs. 2; na pro-
wincyi rocznie rs. 10, półrocznie rs. 5. Może być wnoszona uprost do redakcyi (Podwale 2) i we wszyst-
kich księgarniach. 6—4

PAPIER FAYARD et BLAYN

PARYŻ, rue Saint-Nerry 30.

Leczy: katary, choroby piersiowe, reumatyzmy, oparzenia i nagniotki.

POKARM DLA DZIECI

Dla wzmocnienia dzieci i osób słabych **na piersi, żołądek, bezkrwistych** lub mających bladą cerkę, najlepszym i najprzyjemniejszym śniadaniem jest **BACA-HOUT** des Arabes (Rakatu Arabskie), pokarm pożywny i wzmacniający, przygotowany przez Delangreniera w Paryżu. Wystrzegać się podrobień.
Składy we wszystkich Aptekach Rossyi.

Biblijoteki matematyczno-fizycznej, wydawanej pod redakcją *M. A. Baranieckiego* z zapomogi Kassy pomocy naukowej im. Mianowskiego, wyszły dotąd następujące formy:

Seryja I: **Początki arytmetyki** *M. Berkmana*, kop. 65. **Wiadomości początkowe z fizyki** *S. Kramsztyka*, dwie części, kop. 30 i kop. 45. **Wiadomości początkowe z geografii fizycznej i meteorologii** *A. W. Witkowskiego*, kop. 45.

Seryja III: **Arytmetyka** *M. A. Baranieckiego*, rub. 1 kop. 70.

Seryja IV: **Rozwiązywanie równań liczebnych** *J. Sochockiego*, rub. 2. **Geometryja analityczna** *W. Zajączkowskiego*, rub. 3.

W druku: **Kosmografija** *J. Jędrzejewicza*, oraz **Początkowy wykład syntetyczny własności przecięć stożkowych**, *A. M. Baranowskiego*

CHLORAL W PERELKACH LIMOUSIN'A.

Wodan Chloralu w postaci cukierków.

Chloral w perelkach Limousin'a jest zawarty w cukrowanej skorupce, co mu nadaje pozór cukierków okrągłych. Każdy z tych cukierków zawiera w sobie 25 centygrammów czystego i skryształizowanego chloralu. Zażyty w tej formie chloral nie sprawia uczucia dławienia w gardle i nie ma tego nieprzyjemnego smaku, jaki posiada wodan chloralu rozpuszczonego w płynie.

Porównanie odpowiada tu wszelkim warunkom ścisłości a sprawdzenie czystości produktu jest łatwym i natychmiastowym.

Pięć do dziesięciu cukierków wywiera wpływ uspokajający i sprawdza sen. Każdy flakon zawiera w sobie 40 białych cukierków, które mają po 25 centygram, najczystsze go wodanu chloralu.

Chloral w perelkach Limousin'a znajduje się w Paryżu w aptece Limousin'a 2 bis rue Blanche, w Rossyi we wszystkich główniejszych aptekach, i składach materjałów aptecznych.

W 4-tym roku wydawnictwa miesięcznik

„MIEJDUNARODNAJA KLINIKA“

wychodzić będzie według tego samego programu jak poprzednio.

Ze względu na żądania wielu pp. prenumeratorów redakcyja postanowiła powiększyć objętość pisma i polepszyć jego stronę techniczną. Powiększenie rozmiarów pisma da redakcyi możność dodawania większych monografi j z dziedziny medycyny praktycznej.

W stosunku tego cena zostaje podniesioną a mianowicie:

Prenumerata za rok z przesyłką wynosić będzie 6 rub.

za pół roku „ „ „ „ 3 rub. 50 kop.

P. P. Studenci medycyny mogą wnosić przedpłatę ratami po uprzednim porozumieniu się z redakcyją.

Korespondencyje pienneżna wysyłać należy wyłącznie pod adresem: „Miejdunarodnaja klinika“ S. Peterburg. Wyborskaja storona, Niżegorodskaja ulica, przy księgarni Cyfowa. Listy i Gazety wysyłać można pod adresem redaktora: S. Peterburg, Wyborskaja storona, gmach Wojenno Medycynskoj Akademii mieszkania № 11. Do docenta W. Popowa.

GAZETA LEKARSKA.

Treść. I. E. Modrzejewski. O zapaleniu ucha wewnętrznego (*otitis interna*). — II. K. Zagórski. Niezwykły przebieg ropnego zapalenia miedniczki nerkowej. — *Dział sprawozdawczy.* 1. Brieger. O ptomainach. — 2. Nothnagel. O nadużyciu i innych środków przeciwgorączkowych. — 3. Petersen. Przyczynę do etjologii krzywej szyi. — 4. Atkinson. Choroba Bright'a pochodzenia ziemnego. — Wiadomości bieżące. — Od Wydawcy. — Dodatek. — Ogłoszenia.

I. O ZAPALENIU UCHA WEWNĘTRZNEGO

(*otitis interna*).

(Rzecz czytana na posiedzeniu Warsz. Tow. Lek. w dniu 21. X. 1884).

Przez

E. Modrzejewskiego.

Szanowni Panowie!

Biorąc za przedmiot dzisiejszego odczytu zapalenie ucha wewnętrznego, t. j. błędnika (*otitis interna*), czynię to z dwóch względów: najpierw dla tego, że cierpienia ucha wewnętrznego, a zwłaszcza zapalenia, jako dosyć rzadko się przytrafiające, mało są dotąd zbadanemi i nawet w najnowszych, obszernych podręcznikach otyjatrycznych pobieżnie tylko są traktowane; każdy zatem przyczynek, odnoszący się do tych cierpień, jest niezmiernie pożądanym i może wiele ciemnych lub spornych dotąd pytań rozjaśnić.

Drugim względem, który mnie skłonił do opracowania tego przedmiotu, jest przekonanie, że dokładna znajomość zapaleń ucha wewnętrznego jest niezbędną dla każdego lekarza praktyka, ponieważ wczesne rozpoznanie choroby może nieraz ocalić już nie słuch, lecz nawet życie chorego.

Postaram się podać najpierw Szanownym Panom ogólny zarys zapaleń ucha wewnętrznego, a następnie zastanowię się nad zapaleniem ucha wewnętrznego, wywołanem zarazkiem przymiotowym (*otitis interna luetica*) i zarazkiem powodującym epidemiczne zapalenie ślinianek przyusznych (*parotitis epidemica*, *Mumps*), do których to chorób odnoszą się głównie cztery przypadki zapaleń ucha wewnętrznego, które w ciągu roku miałem sposobność spostrzegać.

Ucho wewnętrzne, inaczej zwane błędnikiem, służące do bezpośredniego przyjmowania dźwięków i umieszczone w części skalistej kości skroniowej, składa się z przedsionka, kanałów półkolistych i ślimaka. Stanowi ono niejako oddzielną całość w narządzie słuchowym i jest oddzielone od ucha średniego, t. j. jamy bębenkowej, błonami okienka owalnego i okrągłego. Rozróżniają zwykle część

kostną i błoniastą ucha wewnętrznego, z których to części tak ślimak jak i kanały półkoliste są utworzone. W części kostnej błędnika, wysłanej cienką warstwą okostnej, zawartą jest część błoniasta, otoczona ze wszystkich stron płynem błędnikowym (*perilympha*). Również i w części błoniastej znajduje się płyn, zwany *endolympa*. Tak w przedsionku jak i w kanałach półkolistych oraz w ślimaku znajdują pomieszczenie ostateczne rozgałęzienia nerwu słuchowego.

Ucho wewnętrzne posiada prawie zupełnie oddzielny systemat krwionośny, którego tętnice pochodzą z *arteria auditiva interna*, t. j. gałęzi *arteriae basilaris*, żyły zaś wlewają się w części do *sinus petrosus* (pochodzące z przedsionka i kanałów półkolistych), w części do *vena jugularis* (pochodzące ze ślimaka). Istnieją również nieliczne połączenia, jak to wykazał Politzer ¹⁾, przez ścianki kostne, naczyń ucha średniego z naczyniami ucha wewnętrznego.

To, że się tak wyrażę, samodzielne stanowisko anatomiczne ucha wewnętrznego w narządzie słuchowym objaśnia nam, dla czego cierpienia ucha wewnętrznego zdarzają się rzadko razem z tak często przytrafiającymi się cierpieniami ucha średniego. Ukryte zaś położenie ucha wewnętrznego w twardej kości skalistej tłómaczy nam znowu dlaczego tak rzadko pojawiają się samodzielne, t. j. idyopatyczne zapalenia ucha wewnętrznego.

Zmiany anatomo-patologiczne, znalezione w błędniku przy ostrych zapaleniach przez Lucae'go, Moos'a, Merkel'a, Keller'a i innych, polegały na obecności w błędniku surowiczego lub też ropnego wysięku, wylewach krwawych lub drobno-komórkowym nacieczeniu. Zasługuje na uwagę pod tym względem przypadek, spostrzegany przez Schwartze'go, który u trzydziestodwuletniej kobiety, dotkniętej przymiotem, znalazł przy pośmiertnym rozbiornie włók w błędniku płyn, surowiczo-ropny, naczynia kanałów półkolistych mocno nastrzyknięte, oraz gdzieś w okolicy odpowiedniej kości skalistej; nerw słuchowy wewnętrzny i przewód słuchowy wewnętrzny oraz jama bębnekowa były prawidłowemi.

Przy długotrwałych zapaleniach ucha wewnętrznego, Politzer, Schwartze, Knapp i inni znajdowali rozwój tkanki łącznej w części kostnej błędnika, złogi wapienne, barwnikowe lub kostne, cholestearynę, zgrubienie części błoniastych błędnika lub zanik takowych, oraz tłuszczowe zwyrodnienie narządu Corti'ego.

Pierwotne t. j. idyopatyczne, zwłaszcza ostre zapalenia błędnika są niezmierną rzadkością, tak, że większość autorów takowych nie przyjmuje. Niektórzy znów autorowie, jak np. Voltolini, przyjmują, że pierwotne zapalenia błędnika są dosyć częste, zwłaszcza u dzieci i powodują głuchoniemotę. Następne zapalenia ucha wewnętrznego mogą się rozwijać przy różnych sprawach chorobowych w uchu średnim, jak również przy chorobach ogólnych, jak przy szkarlatynie, tyfusie, przy zapaleniu opon mózgo-rdzeniowych, przy epidemicznem zapaleniu ślinianek przyusznych, przy chorobie przymiotowej i t. p.

Objawy zapalenia błędnika z przebiegiem ostrym lub długotrwałym będą się wyrażać już to jako objawy podrażnienia nerwu słuchowego i jego roz-

¹⁾ Arch. f. Ohrenheilk. Bd. XI. Ueber Anastomosen zwischen den Gefäßbezirken des Mittelohrs und des Labirynths.

gałęzi, jak: różnego rodzaju szumy i szmery w cierpiącym uchu, nadczułość słuchowa (*hyperaesthesia acustica*), zawroty głowy, wymioty, i trudność utrzymania równowagi ciała, t. j. zataczanie się chorego przy staniu lub chodzeniu najczęściej w stronę zajętego ucha, — już to jako objawy porażenia nerwu słuchowego, t. j. częściowa lub zupełna głuchota. Niekiedy istnieje znieczulenie i jakby odrętwienie części głowy i twarzy, odpowiadającej zajętemu uchu. W większości przypadków, objawy podrażnienia i porażenia występują prawie jednocześnie. Objawy powyżej skreślone zwane są dziś ogólnie Menierowskiemi, jakkolwiek Menier przyjmował, że takowe właściwe są pewnej tylko formie chorobowej, t. j. wylewom krwawym do błędnika.

Zastanówmy się szczegółowiej nad pojedynczemi, powyżej skreślonymi objawami. Szumy i szmery w chorem uchu bywają różnego natężenia i charakteru. Chory odczuwa takowe albo wprost w uchu chorem, lub też umiejscawia je w głowie, zwłaszcza jeżeli oba uszy są zajęte. Trwają one najdłużej ze wszystkich objawów, cechujących zajęcie błędnika i nie ustępują nawet przy stosunkowo znacznej poprawie słuchu. Wzmagają się one znacznie przy działaniu różnych przyczyn, powodujących napływy krwi do głowy, jak przy użyciu trunków, zmęczeniu, pracy umysłowej i t. p. Nadczułość słuchowa może być bardzo znaczną przy zajęciu błędnika i występuje również od samego początku cierpienia. W jednym z przypadków, których opis poniżej podaję, nadczułość słuchu była wybitnym i dokuczliwym objawem zapalenia błędnika.

Zawroty głowy i trudność utrzymania równowagi ciała należą do stałych objawów, ostrego zwłaszcza zapalenia błędnika. Przy staniu, chodzeniu, zawroty są silniejsze, a nadto chory nie może utrzymać równowagi ciała i nieraz zatacza się tak znacznie, że bez cudzej pomocy nie może chodzić. Zataczanie to najczęściej bywa ku stronie zajętego ucha. Zawroty głowy należą również do wcześniejszych, chociaż nie najpierwszych objawów przy ostrem zajęciu błędnika; często do takowych dołączają się nudności oraz wymioty, zwłaszcza po jedzeniu. W dwóch przypadkach, przezemnie spostrzeganych, zawroty głowy z wymiotami wystąpiły w pierwszych dniach cierpienia i trwały przez dni kilka. Zawroty głowy, a zwłaszcza towarzyszące im często wymioty, przy nieuwzględnieniu przez lekarza istniejącej głuchoty, mogą dać powód do błędnego rozpoznania cierpienia opon lub mózgowia. Oprócz zawrotów, występuje niekiedy uczucie pełności oraz ciśnienia w części głowy, odpowiadającej cierpiącemu uchu. Rzadziej skarżą się chorzy na uczucie jakby odrętwienia w odpowiedniej okolicy usznej. Jaka może być przyczyna zawrotów głowy i zwichniętej równowagi ciała przy cierpieniu błędnika? Jak można sobie objaśnić te objawy.

Znane są zapewne każdemu doświadczenia, dokonane przez Flourens'a na gołębiach i królikach, u których to zwierząt przecięcie lub zniszczenie kanałów półkolistych w uchu wewnętrznym powodowało niepewny bieg zwierzęcia oraz wahadłowe ruchy głowy ze strony, odpowiadającej zranionemu uchu. Spostrzegano również zataczanie się zwierzęcia i potykanie przy bieganiu. Na mocy swych doświadczeń, Flourens uznał kanały półkoliste za narządy, służące

do kojarzenia ruchów ciała. Doświadczenia Flourens'a powtarzało następnie wielu badaczy i z tych jedni, jak Goltz, Mach, A. Crum-Brown, uważają również kanały półkoliste jako narządy, pośredniczące w utrzymaniu równowagi ciała (*Gleichgewichtsorgane*), inni, jak Bagiński, Böttcher, a w ostatnich czasach dr. Anna Tomaszewicz wyprowadzają objawy, spostrzegane po przecięciu lub przy drażnieniu kanałów półkolistych, od uszkodzenia pewnych części mózgowia, głównie mózdzku, lub zmian następujących, najczęściej zapalnych, które się w tych narządach skutkiem operacji rozwijają. Kanały zaś półkoliste mają służyć, według tych autorów, albo wyłącznie do przyjmowania szmerów, lub też do oryentowania się o kierunku, z kąd dźwięki pochodzą.

Jakkolwiek autorowie, na mocy doświadczeń na zwierzętach, doszli do zupełnie jednak odmiennych i zasadniczo różnych poglądów, co do znaczenia kanałów półkolistych, to spostrzeżenia kliniczne większości lekarzy otyjatrów od czasów Menier'a zdają się potwierdzać pierwotną teorię Flourens'a. Wszelkie zmiany ostre lub długotrwałe w kanałach półkolistych powodują podrażnienie końcowych gałązek nerwu słuchowego, w kanałach tych umieszczonych i wywołują takie same objawy, jak przecięcie tychże kanałów. Słusznie zatem przyjmuje Politzer, że objawy Menier'owskie powstają wskutek podrażnienia nerwów przedsonka i początkowych części kanałów półkolistych (*ampullae*) i tem też jedynie dadzą się objaśnić zawroty głowy, trudność utrzymania równowagi ciała, nudności, wymioty i t. p. objawy zapalenia błędnika.

Głuchota. Głuchota występuje przy ostrem zapaleniu błędnika zwykle nagle. Chory, który przedtem doskonale słyszał, odrazu traci słuch, co jest jednym z najbardziej cechujących objawów zajęcia błędnika. Słuch rzadko bywa, zwłaszcza z początku, o tyle zniesionym, aby chory mowy głośniejszej przy uchu nie mógł rozróżnić; często nawet powtarza on wyrazy, wypowiedziane głośno na kilkanaście lub kilkadziesiąt centymetrów od ucha, jak również słyszy głos z dalszej odległości.

Najważniwszem, przy zajęciu błędnika, jest badanie odległości słuchowej, a zwłaszcza przewodnictwa kości czaszkowych na dźwięki. Co do przewodnictwa kostnego, tego najważniejszego znaku rozpoznawczego cierpienia błędnika, to takowe bywa zwykle zniesionem w zupełności, tak na zegarek jak i na widelec słuchowy. Badanie widelcem słuchowym jest niezmiernie ważnem i w niektórych przypadkach może być prawie jedynym znakiem dla rozpoznania choroby. Pomijam więc szczegółowe badanie za pomocą widelców słuchowych o różnej wysokości tonów (widelec *C, contra C* i t. p.), jak również, mało dotąd w praktyce mające zastosowania, sposoby badania, podane przez Rinne'go, Gelle'go, Bing-Loewe'go, i ograniczam się tylko do podania ogólnych zasad badania jakimkolwiek widelcem słuchowym. Jeżeli zasłonimy jedno ucho palcem i ustawimy na środku głowy dźwięczący widelec słuchowy, wtedy w uchu zatkanem usłyszymy bardzo silne dźwięki, wywołane drganiami widelca słuchowego. Zjawisko to pochodzi ztąd, że dźwięki, wywołane drganiami widelca słuchowego, nie mogą się wydobyć na zewnątrz przez zatkaną przewodność słuchową zewnętrzną, przenoszą się przez kości czaszkowe na błędnik i tam wywołują silniejsze wrażenie w rozgałęzieniach nerwu słuchowego. To samo ma miejsce, jeżeli w uchu

średniem następują jakiegokolwiek zmiany patologiczne. Drgania widelca w takim uchu również silniej są słyszane.

Jeżeli zaś z jakiegokolwiek powodów nastąpią zmiany chorobowe w uchu wewnętrznem i zniszczą na zawsze lub chwilowo działalność nerwu słuchowego, drgania widelca słuchowego nie będą w uchu zajętem słyszane.

Dla badania, ustawiamy zwykle drgający widelec słuchowy na wierzchołku głowy, na kości skroniowej, na wyrostku sutkowym (*processus mastoideus*) i na środku szczęki dolnej. Jeżeli zajęcie błędnika jest obustronnem, drgania widelca słuchowego na oba uszy przez kości czaszki nie będą słyszane; jeżeli tylko jedno ucho jest zajęte, drgania widelca słuchowego będą słyszane tylko przez ucho zdrowe. Wogóle można powiedzieć, że zniesione przewodnictwo kostne wskazuje prawie stanowczo na zniesione oddziaływanie nerwów słuchowych. Wyjątek stanowi pod tym względem wiek chorych, gdyż po sześćdziesięciu latach życia przewodnictwo kości czaszkowych jest osłabionem. Badanie słuchu odnośnie różnej wysokości tonów może mieć znaczenie tylko przy zajęciu sprawą patologiczną pewnych części błędnika, np. ślimaka.

Przy badaniu chorych, u których rozwinęło się ostre zapalenie błędnika, zwykle nie znajdujemy żadnych zmian tak na błonie bębenkowej, jak również w trąbce Eustachijusza. Niekiedy tylko znajdujemy nieznaczne przekrwienie wzdłuż rękojeści młotka i w górnej części przewodu słuchowego zewnętrznego, blisko błony bębenkowej. Co do stanu ogólnego chorych przy ostrem zapaleniu błędnika, to takowy bywa względnie dobry, w większości przypadków bezgorączkowy, chociaż niekiedy gorączka może dosięgać wysokiego stopnia. Streszczając wszystko, co wyżej powiedzieliśmy o ostrych sprawach zapalnych w uchu wewnętrznem, widzimy, że główne dane, na których opieramy rozpoznanie tego cierpienia, są:

- 1) nagłe wystąpienie głuchoty, zawrotów głowy i innych Mennierowskich objawów;
- 2) ujemne wyniki przy badaniu błony bębenkowej i trąbki Eustachijusza;
- 3) zniesione przewodnictwo kości czaszkowych na zegarek i widelec słuchowy.

Przebieg zapaleń ostrych bywa rozmaity, zależnie od przyczyn wywołujących i natężenia spraw. Po ustąpieniu początkowych, często bardzo groźnych objawów, które trwać mogą od ośmiu dni do kilku tygodni, albo pozostaje zupełna głuchota, lub też słuch powraca w części, a nawet zupełnie, do stanu prawidłowego.

Leczenie zależnem będzie również od przyczyn powodujących; w początkach, stosownie do gwałtowności objawów, należy zalecić energiczne leczenie przeciwzapalne miejscowe, oraz środki odciągające na przewód pokarmowy. Zupełny spokój ucha przez czas dłuższy jest rzeczą niezmiernie ważną. Chory nie tylko powinien unikać rozmowy, muzyki, turkotu ulicznego i t. p., lecz nie powinien zajmować się żadną, chociażby lekką pracą umysłową, np. pisanem listów, czytaniem książek i t. p.. Ważnem jest również

w początkach choroby zupełnie zabronić odwiedzania chorego przez znajomych. Wspominam tutaj o tych drobiazgach dla tego, że nieraz, jak się przekonałem, zapominają o nich nie tylko otaczający chorego, lecz i sami lekarze. W ostrem zaś zajęciu błędnika, każdy najmniejszy wybryk ze strony chorego karany jest natychmiast pogorszeniem się stanu ucha, a co za tem idzie i stanu ogólnego. Bardzo wyraźnem było to w jednym z przypadków, którego opis poniżej podaję. Ciepłe narkotyczne wlewania do ucha, jak również okłady letnie na odpowiednią część głowy łagodzą niekiedy podniesioną wrażliwość narządu słuchowego. Długotrwałe cierpienia błędnika cechują się również objawami powyżej skreślonymi, różnią się zaś tylko tem, że objawy te przyłączają się do powolnie i stopniowo rozwijającej się głuchoty, przy której najczęściej wystąpiły już odpowiednie zmiany w uchu średnim, t. j. że zajęcie błędnika przyłącza się do tak zwanej *otitis media sicca v. sclerotica*. Szczegółowy opis tego cierpienia błędnika, jako ściśle związany z bardzo charakterystycznym cierpieniem ucha średniego (*otitis media sclerotica*), zmuszony jestem tutaj pominąć.

Przymiotowe cierpienia ucha wewnętrznego znane są niezbyt dawno. Schwartz, Moos, Gruber pierwsi zwrócili na takowe uwagę. Nieliczne mamy badania pośmiertne zmian w błędniku u osób, dotkniętych przymiotem. Zmiany te w przypadku Moos'a polegały na zgrubieniu okostnej w przedślonku, unieruchomieniu strzemięcia, drobnokomórkowem nacieczeniu i przeroście tkanki łącznej między kostną i błoniastą częścią błędnika. Łuki i komórki Corti'ego uległy również drobno-komórkowemu nacieczeniu, jako też błoniaste części kanałów półkolistych. Nerw słuchowy nie był zmienionym. Politzer w swoim przypadku znalazł, oprócz zmian po zapalnych w uchu średnim, zmiany w ślimaku, a mianowicie w komórkach zwojowych, znajdujących się w kanale węzownicowym ślimaka (kanał Rosenthal'a). W komórkach tych Politzer znalazł już-to okrągłe ziarniste komórki bez jąder, już też owalne lub kątowate ciała (?), niekiedy z jądrami. B. St. John Rossa ogłosił w r. 1878 w *Medical Record* kilka przypadków przymiotowego cierpienia ucha wewnętrznego, które nazywa *Cochlitis syphilitica*, przyjmując niesłusznie, że głównie przy tem cierpieniu zajęty bywa ślimak. Następnie S. Sexton, A. H. Buck, Webster, S. Moos, ogłosili szereg spostrzeżeń, odnoszących się do tego przedmiotu.

Co do klinicznej strony przymiotowych zapaleń ucha wewnętrznego, to takowe mogą się pojawiać w różnych okresach zakażenia przymiotowego. Politzer spostrzegł przypadek zajęcia ucha wewnętrznego już w siódmym dniu po zarażeniu, jak również w dwadzieścia lat po przebytej chorobie przymiotowej. Przyjmuje on również, że przy zajęciu ucha wewnętrznego mogą jeszcze istnieć u chorych inne objawy przymiotu, lub też cierpienie ucha jest jedynym objawem.

Co do objawów przymiotowych cierpień błędnika, to takowe nie odróżniają się od tych, które podaliśmy w opisie ogólnym. Najbardziej cechującym objawem przymiotowego cierpienia ucha wewnętrznego jest bardzo szybkie wystąpienie gwałtownych szumów w uchu i głuchoty. Chociaż szum i głuchota

niekiedy występują stopniowo, np. w ciągu tygodnia lub później, zawsze jednak prawie przychodzi chwila, w której nagle następuje znaczne pogorszenie słuchu.

Badanie ucha nie wykazuje zwykle zmian na błonie bębenkowej. Przewodnictwo kostne prawie zawsze jest zniesionem. Rzadko zajętem bywa jedno ucho, przebieg choroby bywa zwykle bezgorączkowy.

Rozpoznanie opiera się głównie na danych, poczerpniętych z opowiadania chorego, oraz na badaniu przewodnictwa kostnego. Jako przymiotowe cierpienia błędnika przyjmują: J. Hutchinson, Knapp, Wreden i inni te formy głuchoty, które niekiedy występują nagle u dzieci, zwłaszcza klasy uboższej. Głuchota pojawia się najczęściej razem z „*iritis i keratitis syphilitica*“

Rokowanie w przymiotowym cierpieniu błędnika jest, według wielu autorów, niepomyślnem; głuchota ma prawie zawsze pozostawać. Sądzę, że może się to odnosić jedynie do bardzo zastarzałych przypadków, gdyż w przypadkach świeżych i energicznie leczonych, zejście może być pomyślnem i słuch wraca do stanu prawidłowego, czego dowodzą liczne opisy odpowiednich przypadków.

Miałem sposobność spostrzegać trzy przypadki przymiotowego cierpienia ucha wewnętrznego, których opis poniżej podaję.

Pierwszy przypadek dotyczy pana X., nauczyciela prywatnego, 32 lat wieku liczącego, który w dniu 20 Lipca 1883 roku zgłosił się do mnie, przysłany przez kol. Teodora Andersa dla zbadania narządów słuchowych. Chory opowiada, że przed kilku miesiącami pojawiły się u niego wtórne objawy przymiotu (wysypka na ciele i zajęcie gardzeli), które przy odpowiedniem leczeniu za pomocą podskórnych wstrzykiwań sublimatowych (29 wstrzykiwań) znikły w zupełności.

Przed piętnastu dniami pojawił się u chorego bez żadnej przyczyny szum w uszach, a wkrótce przyłączyło się stępienie słuchu. W ostatnich dniach szum i dzwonienie w uszach stały się mocno dokuczliwemi, słuch uległ również znacznemu przytępieniu, oraz wystąpiły zawroty głowy głównie przy chodzeniu. Badanie chorego wykazało: budowa ciała szczupła, błony śluzowe blade, gruczoły chłonne na szyi i w pachwinach nieco obrzmiałe. U c h o p r a w e: przewód słuchowy zewnętrzny prawidłowy; błona bębenkowa lekko zmetniała, zwłaszcza w części tylnej, rękojeść i wyrostek krótki młotka słabo się uwydatniają, ostrokąg światła niewyraźny. W przedniej dolnej części błony bębenkowej daje się spostrzegać kilka brudno szarych punkcików, mających wygląd jakby *condylo-mata plana*. Trąbka Eustachijusza swobodna.

Odległość słuchowa. Zegarek ¹⁾ chory słyszy w odległości 6 centymetrów od ucha, przez kości czaszki nie słyszy takowego zupełnie. Mowa cicha ²⁾ słyszana jest w odległości 15 cent. od ucha. Mowa głośna w odległości 5 metrów. Drgania w idelca słuchowego dużego (C) słyszane są słabo przez powietrze i przez kości czaszkowe.

Ucho lewe. Przewód słuchowy zewnętrzny prawidłowy. Błona bębenkowa przezroczysta, dość mocno wciągnięta. Wyrostek i rękojeść młotka wydatne. Ostrokąg światła skrócony. W dolnej części błony bębenkowej około *umbo* szarawa plamka. Trąbka Eustachijusza swobodna.

¹⁾ Zegarek, którego zwykle używam do badania, słyszany jest przez ucho zdrowe w odległości 1—2 metrów.

²⁾ Mowa cicha przez ucho zdrowe winna być słyszana w odległości 10—20 metrów.

O d l e g ł o ś ć s ł u c h o w a. Zegarka chory nie słyszy ani przez powietrze ani przez kości; mowę cichą słyszy w odległości 20 cent od ucha; mowę głośnieją w odległości 6 metrów. Drgania widelca słuchowego chory słyszy przez kości czaszkowe. Jamy nosowa i gardzieliowa, oprócz lekkiego stanu nieżytkowego, żadnych zmian nie przedstawiają. Biorąc pod uwagę przebyłą chorobę przymiotową, wiek chorego (32 lat), szybkie wystąpienie głuchoty, przy nieznacznych zmianach ze strony ucha średniego, oraz zniesione przewodnictwo kości czaszkowych na zegarek, nie wahałem się postawić rozpoznania *otitis interna syphilitica*. Oprócz tego w lewym uchu istniał stan nieżytkowy trąbki Eustachijusza, oraz na błonach bębenkowych wątpliwe plamy, które również należało odnieść do choroby przymiotowej. Co do ucha wewnętrznego, to powolny rozwój głuchoty oraz bardzo nieznaczne zawroty głowy zdawały się wskazywać, że wysięk zapalny, lub też być może nacieczenie drobno-komórkowe, zajmowały głównie część ślimaka. Pomimo że chory przebył już leczenie swoiste, uważałem za konieczne, ze względu na zajęcie tak ważnych i głębokich części jak ucho wewnętrzne, poddać chorego powtórnemu leczeniu, i z tego powodu zapisał się on do szpitala św. Łazarza, gdzie odbył leczenie mieszane, t. j. wziął 30 wcierań szaruchy i wyżył 9 drachm jodku potasu.

Po odbytem leczeniu stan uszu był następującym:

P r a w e u c h o. Błona bębenkowa mniej zmętniała, szare punkciki na takowej znikły. O d l e g ł o ś ć s ł u c h o w a: Z e g a r e k chory słyszy na 20 centm. od ucha (przed leczeniem 6 ctm.), jak również przez kości czaszkowe. M o w ę c i c h ą słyszy na 5 metrów od ucha (przed leczeniem na 15 ctm.). L e w e u c h o. Błona bębenkowa nieco wciągnięta; plamka szara w dolnej części znikła. O d l e g ł o ś ć s ł u c h o w a. Z e g a r e k chory słyszy na 20 ctm. od ucha (przed leczeniem zupełnie go nie słyszał). Również słyszy chory takowy przez kości czaszkowe. M o w ę c i c h ą słyszy chory na 5 metrów od ucha (przed leczeniem 20 ctm.). Drgania widelca słuchowego dużego (C) słyszy na oba uszy jednakowo, tak przez powietrze jak i przez kości. Chorego badałem następnie jeszcze w kilka miesięcy. Stan uszu był niezmiennym, i o ile mi wiadomo, dotychczas jest jednakowy.

W przypadku powyższym nie ulega wątpliwości, że tylko energiczne leczenie przeciwprzymiotowe uratowało słuch chorego. Gdyby takowe nie było zastosowane, lub też późno zostało przedsięwzięte, zmiany w uchu wewnętrznym byłyby się utrwaliły i słuch byłby stracony, co ze względu na stanowisko socyjalne chorego pozbawiłoby go możliwości zarobkowania.

Drugi przypadek był przebiegiem daleko gwałtowniejszym.

W dniu 16. VI. r. z., wezwany zostałem do p. Z., lat 28 liczącego, który skarżył się na bardzo silne zawroty głowy, towarzyszące im wymioty i głuchotę na lewe ucho. Chory podaje, że we Wrześniu 1883 r. wystąpiły u niego wtórne objawy przymiotowe. Po 30 wcieraniach szaruchy objawy te znikły. W Marcu r. z., znowu pokazała się wysypka na ciele i chory leczony był powtórnice wcieraniami, których wziął około 30. Przed sześciu tygodniami pojawiły się bóle głowy, które trwają aż dotąd. Bóle te były prawie ciągłe i bardzo znacznego natężenia. Od dwóch tygodni, chory zauważył szum w lewym uchu, który ciągle się zwiększał, a przed dziesięciu dniami wystąpiły tak znaczne i ciągłe trwające zawroty głowy, że chory w ostatnich dniach zmuszonym był pozostawać w łóżku. Zawroty te występują nawet przy leżeniu, skoro chory podniesie głowę i towarzyszą im wymioty po jedzeniu, lub też i przy pustym żołądku. Bóle głowy umiejscowiły się obecnie więcej ze strony lewej. Jednocześnie z zawrotami, wystąpiła głuchota na lewe ucho. Chorego zastałem leżącego w łóżku, niezmiernie zmęczonego ciągłymi zawrotami głowy, oraz wymiotami. Przy badaniu znalazłem:

Budowa ciała silna, stan ogólny bezgorączkowy. Na skórze nie ma zmian chorobowych, błony śluzowe oczu i jamy ustnej dosyć blade, gruczoły chłonne szejowe i pachwinowe znacznie powiększone. Wydzielina tryprowa z kanału moczowego, obrzmienie i bolesność prawego przyjądra. Błona śluzowa jamy gardzielowej mocno zaczerwieniona. Narządy wewnętrzne zdrowe.

Badanie narządów słuchowych wykazało:

Prawe ucho zupełnie zdrowe; słuch prawidłowy. Lewe ucho: przewód słuchowy zewnętrzny i błona bębenkowa prawidłowe. Nieznaczne przekrwienie wzdłuż rękojeści młotka.

Odległość słuchowa. Zegarka chory nie słyszy ani przez powietrze, ani przez kości czaszkowe; mowę cichą słyszy w odległości 20 ctm. od ucha; mowę głośną w odległości 3 metrów. Drgania widelca słuchowego również nie są słyszalne, ani przez powietrze, ani przez kości. Na naradzie lekarskiej, odbytej dnia następnego z kolegami Zawiszą i Watraszewskim, postawiłem rozpoznanie ostrego zapalenia błędnika, *otitis interna acuta*. Zapalenie to wywołanem zostało niewątpliwie działaniem zarazka przymiotowego. (*Otitis interna luetica*). Oprócz tego u chorego istniała *gonorrhoea* i jako następstwo takowej *epididymitis dextra*.

Rozpoznanie przymiotowego zajęcia ucha wewnętrznego opierałem na następujących danych:

U chorego występowały już poprzednio wszystkie objawy choroby przymiotowej i to dosyć uporczywe, gdyż dwa razy odbywał leczenie. Zawroty głowy, wymioty, oraz znaczna głuchota wystąpiły nagle u osobnika młodego, przedtem na ucho zdrowego. Przewodnictwo kostne tak na zegarek jak i na drgania widelca słuchowego było zniesione. Na zasadzie tego rozpoznania, zdecydowanem zostało zastosowanie mieszanego leczenia przeciwprzymiotowego, t.j. półdrachmowe wcierania szaruchy i jodek potasu do wewnątrz, z początku po 15 grn. dwa razy dziennie. Chorego więcej nie widziałem; zawiadomił mnie tylko lekarz ordynujący, że już po pięciu wcieraniach bóle głowy i zawroty ustąpiły, a po 15-tu słuch o tyle się poprawił, że chory słyszał zegarek przed uchem. Pomimo tak znacznej poprawy, chory nie dokończył leczenia i wyjechał na prowincyję.

W opisanym powyżej przypadku, skutek odpowiednio skierowanego leczenia potwierdził nasze rozpoznanie. Nie zdaje mi się jednak, aby wyleczenie było zupełnem; choroba łatwo może powrócić i wtedy słuch będzie straconym, nastąpią bowiem zmiany trwale w błędniku, które już żadnymi środkami usunąć się nie dadzą.

(D. n.)

II. NIEZWYKŁY PRZEBIEG

ROPNEGO ZAPALENIA MIEDNICZKI NERKOWEJ.

Podał

K. Zagórski.

(Dokończenie. — Patrz Nr. 1).

Mając do czynienia z ludźmi wykształconymi, a bacząc na szczególny przebieg niniejszego przypadku, zwróciłem się do męża zmarłej z prośbą o zgodzenie się na zrobienie sekcji, a otrzymaawszy zezwolenie na otworzenie jamy brzusz-

nej, powiadomiłem o tem kolegę Przewoskiego, który był łaskaw wykonać takowe w mojej obecności, przyczem okazało się co następuje:

Ciało kobiety około 60 lat wieku liczącej, w najwyższym stopniu wycieńczonej i wychudłej. Skóra ziemisto-żółta, pomarszczona, tkanka tłuszczowa prawie w zupełności zanikła, steżenie pośmiertne nieznaczne. Na ścianie brzusznej, na wysokości pępka, 7 centymetrów na prawo, widać podłużny otwór, długości 5 centymetrów, idący przez wszystkie warstwy ścianki brzusznej. Przez otwór ten (powstały wskutek zrobionego przez nas cięcia) wnikamy do ślepego worka, którego sklepienie wytworzone jest przez listek otrzewnej, wyszczelniający ściankę brzuszną — podstawa przez otrzewną, pokrywającą od przodu prawą nerkę, a ścianki boczne, przez najrozmaitszego kształtu błoniaste przegrody, odgraniczające ze wszystkich stron wspomniany worek od ogólnej jamy otrzewnej. Przegrody te, włóknistej budowy, zapalnego pochodzenia, słabej spójności, rozrywają się pod naciskiem palca. Worek płaski, mający 6—8 centymetrów średnicy, zawiera nieznaczną ilość sposoczałej ropy i rozpadowych strzępków. Na dnie jego napotyamy otwór długości 3-ch centymetrów, położeniem i kierunkiem odpowiadający opisanemu powyżej otworowi w zewnętrznej ścianie brzucha. Otwór ten wiedzie nas znowu do jamy, powstałej wskutek wypuklenia się nad nerką i jej powłoką ścięgniastą (*capsula fibrosa*) zgrubiałej powłoki tłuszczowej (*capsula adiposa*) i przykrywającego ją listka otrzewnej. Jama ta więc utworzona jest właściwie przez oddzielenie się powłoki tłuszczowej od powłoki ścięgniastej nerki, przestrzeń zaś, przez to pomiędzy nimi utworzona, zawiera rozpadowe włókienka i płyn posokowaty, ropiasty. Po wydobyciu nerki na zewnątrz, okazało się, że takowa jest do połowy zmniejszona, powłoka jej ścięgniasta zgrubiała, twarda, oddziela się z trudnością; powierzchnia przekroju słabo ziarnista, istota korowa mocno ścięczała (1½ milimetra grubości), twarda, piramidy małe, zanikłe, półksiężycowej formy, wskutek zgniecenia ich wierzchołków przez wypukłą ściankę miedniczki nerkowej. Miedniczka 3 razy większa od prawidłowej, wypełniona ropiastym płynem, zawierającym okruchy kamieni nerkowych, wielkości od ziarnka piasku do ziarnka grochu. Na przedniej ścianie miedniczki, niedaleko od wyjścia moczowodu, widać otwór nieforemnego kształtu, przez który palec wskazujący przechodzi z łatwością i który to otwór łączy miedniczkę z opisaną jamą, zawartą pomiędzy dwoma powłokami nerki. Moczowód prawidłowy. Nerka lewa zwyczajnej wielkości i prawidłowej budowy. Pęcherz moczowy zawiera nieznaczną ilość mętnego moczu; zresztą oprócz lekkiego nastrzyknięcia naczyń, nic szczególnego nie przedstawia. Wątroba nieco zmniejszona, powierzchnia jej gładka, blada, budowa zrazikowa wyraźna, z obwodem zrazików żółtawym, a środkiem ich czerwonym (nacieczenie tłuszczowe — *infiltratio adiposa*). Pęcherz żółciowy wypełniony wodnistą żółcią, zawiera kamień gładki, owalnego kształtu, wielkości gołębiego jaja. Śledziona nieco powiększona, prawidłowej budowy. Inne trzewa brzuszne, tak ze względu na położenie, jak i na budowę, nic szczególnego nie przedstawiają. Na powierzchni otrzewnej żadnych śladów podrażnienia zapalnego nie ma.

Widzimy więc z tego, że mieliśmy tu do czynienia z ropnem zapaleniem miedniczki nerkowej, wywołanem obecnością kamieni (*Pyelitis suppurativa calcu-*

losa). Zebrana w miedniczce nerkowej ropa, wskutek ucisku na piramidy, a pośrednio i na istotę korową nerki, wywołała ich zanik, a następnie przedziurawiwszy przednią ściankę miedniczki wlała się między powłoki nerki, unosząc wraz z sobą kamień nerkowy. W miarę powiększania się ilości ropy, zbiornik jej posuwał się ku górze, podnosząc wraz z sobą trzewiowy listek otrzewnej, który nakoniec zetknął się z listkiem otrzewnej, wyścielającym od wewnątrz przednią ściankę brzuszną, wywołując przez tarcie zapalenie zlepne, wynikiem którego były owe błoniaste strzępy i włókniste przepony, które wytworzyły opisany ślepy worek między dwoma listkami otrzewnej, do którego wniknęliśmy naprzód, przy robieniu cięcia. Kamień nerkowy, znacznie lżejszy od ropy, pływał po jej powierzchni i dla tego wyczuwaliśmy go palcem przez sklepienie ropnia, po wejściu między dwa listki otrzewnej. Takie powstawanie ropnia tłómaczy nam, dla czego z początku wyczuwaliśmy w głębi jamy brzusznej ograniczone bolesne stwardnienie, które stopniowo rosło, stając się coraz powie-
rzhowniejszem, aż nakoniec ujawniło się w niem chełbotanie, co nas naprowadziło na myśl zrobienia przekłucia próbnego, a następnie powyżej opisanego cięcia.

*

*

*

Jeśli pozwoliłem sobie, przydługim może nieco opisem zaprzętać uwagę czytelnika, to uczyniłem to dla tego, że przypadek powyższy pod względem tylko co wyluszczonej anatomicznych stosunków, należy do wyjątkowo rzadkich, tak dalece, że w dostępnej mi literaturze jeden tylko analogiczny udało mi się odnaleźć. Lanceraux ¹⁾ i Ebstein ²⁾, w wyczerpującej anatomo-patologicznej kazuistyce, wyliczają wszystkie drogi, jakimi przy ropniach nadnercza lub zapaleniu ropnem miedniczki nerkowej, zebrana ropa przedostaje się na zewnątrz. W prawidłowo przebiegających przypadkach, ropnie te stają się dostępnymi w okolicy lędźwiowej, nazewnątrz od wspólnej masy mięśni lędźwio-krzyżowych, najczęściej w kącie ograniczonym przez brzeg tylny mięśnia skośnego zewnętrznego i brzeg zewnętrzny mięśnia najszerzego grzbietu. Są to najszcześniejsze przypadki, w których odpowiednio zastosowane cięcie prowadzi za sobą zazwyczaj szczęśliwe zejście. Jeśli jednak ropień taki nie zostanie w porę otworzony i nie pęknie samodzielnie, wówczas, rozsuwając tkankę łączną, może przeciskać się po kierunku ścięgien mięśniowych, przyczem bądź po rozciągnięciu mięśnia czworobocznego lędźwi dochodzi do dołu biodrowego, wypuklając się nad łukiem Fallopijusza (König), bądź też, ściekając po mięśniu lędźwio-udowym, tworzy zbiorowisko ropy w trójkącie Scarpy. Ztąd znowu zacieki ropne dochodzą niekiedy aż do małego krętarza, a znany jest przypadek, w którym ropa przeżarłszy więzy dostała się do wnętrza stawu biodrowego (Lanceraux).

¹⁾ Dictionnaire Encyclopédique des sciences médicales. Directeur A. Deschambre. Troisième série, tome troisième, article „Rein“ par E. Lanceraux. 1876 r.

²⁾ Handbuch der speciellen Pathologie u. Therapie, herausgegeben v. D-r H. Ziemssen. Neunter Band, II Hälfte. Nierenkrankheiten vom D-r W. Ebstein art. Nephrolithiasis. 1878 r.

W innych razach zebrana około nerki ropa opuszcza się ona do małej miednicy, gdzie wywołując ropne zapalenie tkanki łącznej, otwiera się do jednego z sąsiednich narządów, np. do pęcherza (Rayer), do cewki moczowej (Charnal), lub do pochwy (Ebstein, Trousseau, Féron). Czasami ropień otwiera się do okężnicy wstępującej lub zstępującej, stosownie do tego, która nerka uległa sprawie zapalnej (Schauffus, Rayer, Chassaignac, Duffin, Cornil, Parmentier). Trousseau nadmienia, że przy takim zejściu widział 2 razy rozedniętą podskórną na znacznej przestrzeni, w okolicy lędźwio - krzyżowej. Niekiedy ropa przedostaje się przez przeponę do klatki piersiowej. Jeśli przytem sprawa zapalna rozwija się powoli, wówczas opłucna ma czas przebyć zapalenie zlepane, a wtedy przez oba jej listki, szczelnie do siebie przystające, ropa dostaje się do oskrzeli, zkad, w przystępie nagłego i gwałtownego kaszlu, wyrzucaną bywa przez usta, na zewnątrz (De Haën, Meckel, Hallé, A. Guérin, Féron, Ducasse). Ilość wydalonej tą drogą ropy dosięga niekiedy dwóch litrów (Cantegril). Jeśli naodwrot przedziurawienie przepony następuje szybko, wówczas ropa wlewa się gwałtownie do jamy opłucnej, wywołując objawy duszności, zazwyczaj kończące się śmiercią. I tu jednak zejście nie jest bezwarunkowo śmiertelne; Lancereaux podaje przypadek, w którym u 27-letniego mężczyzny ropień nadnercza otworzył się do jamy opłucnej, wywołując tylko jej zapalenie. W dwa dni później ten sam ropień otworzył się w okolicy lędźwiowej, następnie z jamy opłucnej przedostał się do płuca, a w 6 tygodni później, chory zupełnie wyleczony, wyszedł ze szpitala. Do najcięższych zejść należy otworzenie się ropnia do jamy otrzewnej, względnie rzadko spostrzegane (Rayer, Lemoine, Gardien). Wywołuje ono zawsze zapalenie ogólne otrzewnej z zejściem śmiertelnem. Nakoniec Naudet wspomina o przypadku specjalnie nas obchodzącym. W przypadku tym ropa, zebrana na przedniej powierzchni nerki, podważyła przykrywający ją od przodu trzewiowy listek otrzewnej, wywołując w nim plastyczne nacieczenie i zapalenie zlepane, a usuwając trzewa, uniosła go w górę, tak, że przylegał do przedniej ścianki brzusznej. Przypadek ten, jak widzimy, bardzo jest podobny do naszego, w krótkiej jednak wzmiance o nim nie podane jest zejście, i nie wspomniano o tem, czy robione było cięcie. Jestto zresztą, jak to już wspomniałem, jedyny znany mi przypadek w którym ropień około-nerkowy dostępny był do operacji od przedniej ścianki brzusznej, przyczem dla otworzenia go przez dwa listki otrzewnej przejść by należało; natomiast we wspomnianych wyżej przypadkach ropni, bądź w dole biodrowym, bądź w trójkącie Scarpy, ropa całą drogę, aby się tu dostać, na zewnątrz otrzewnej przebyła.

*

*

*

Rozpatrując się w opisie niniejszego spostrzeżenia, musimy zeń koniecznie wyprowadzić wniosek, nie nowy wprawdzie, ale na który nigdy zbytznego nie można położyć nacisku, a mianowicie, że wobec ciemnego chorobowego przypadku, niewolno jest lekarzowi pominąć żadnego sposobu klinicznego badania, choćby

takowe w danym razie, na pozór żadnego światła na wątpliwości nasze rzucić nie mogło. Istotnie przypuszczenie ropnia miedniczki nerkowej, lub nadnercza, w naszym przypadku zdawało się zupełnie bezpodstawowem, nie słyszałem bowiem o możliwości otworzenia się takowego przez ściankę brzuszną, wskutek czego nie zwróciłem uwagi na mocz, a jednak zbadanie takowego od razu by mnie było na właściwą naprowadziło drogę. Do winy tej z tem lżejszem przyznaję się sercem, że w danym razie wiadomość ta nie na wiele by się przydała, w niczem by bowiem wskazówek postępowania naszego nie zmieniła. Chora wprawdzie nieby więc na tem nie była zyskała, ale zawsze znacznie wcześniej zdalibyśmy sobie byli sprawę ze spostrzeganego przypadku, a pamiętać należy, że jak to słusznie powiada Charcot, przy dzisiejszym stanie wiedzy w wielu przypadkach ideałem dla klinicysty pozostać musi li tylko dokładne oznaczenie natury i miejsca cierpienia.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Brieger. O ptomainach (*Ueber Ptomaine, Berlin 1885, str. 80*).

Przed paru tygodniami podaliśmy czytelnikom naszym wyniki najnowszych badań nad otruciami, wywołanemi gnilnemi produktami trawienia, przyczem niejednokrotnie wspominaliśmy o ważnej roli, jaka w tym względzie prawdopodobnie przypada w udziale ptomainom. Obecnie podajemy w streszczeniu najnowszą pracę, mającą na celu zbadanie chemicznej przyrody tych ciał, pracę, dokonaną przez byłego asystenta Nenckiego, a obecnie profesora nadzwyczajnego i asystenta Frerichsa w Berlinie—D-ra Brieger'a.

Nie ulega żadnej wątpliwości, że obecność pasorzytów sama przez się nie tłumaczy nam wszystkich zjawisk, towarzyszących chorobom zakaźnym; prawdopodobnie chorobotwórcze te ustroje działają swe wywierają w ten sposób, iż wywołują w zakaźnym organizmie pewne fermentacyjne sprawy, przy których powstają pierwiastki trujące. Już z dawien dawna starano się wynaleźć w ciałach ludzi zmarłych na choroby zakaźne, trujące ciała, które według dawniejszych pojęć miały być chorób tych przyczyną. Pierwszy, który ciało takie w istocie otrzymał, był Panum; otrzymane przez niego ciało miało własności podobne do kury, a obok tego wywoływało silne zapalenie błony śluzowej kiszek. Później Bence Jones i Dupré otrzymali z gnijących trupów ciała, które ze względu na fluorescencyję, podobną do chininy, nazwali „zwierzęcą chinoidiną”. Bergmann i Schmiedeberg otrzymali znów krystaliczne, mocno trujące ciało, które nazwali sepsiną. Zuelzer i Sonnenschein wykazali w gnijących trupach ciało, przedstawiające reakcyje, właściwe alkaloidom, w działaniu zaś zbliżone do atropiny, kiedy znów ciało, otrzymane przez Rörscha i Fasbender'a, działało na podobieństwo digitaliny. Prawie jednocześnie Schwannert, przy dochodzeniu sądowo-lekarskiem, otrzymał oleiste ciało, o mocno zasadowych własnościach i zapachu, przypominającym propilaminę. Marquardt, a później Hager, Gautier i Siebermann otrzymali ciało, działające na podobieństwo koniiny. Toż samo znajdowali później Brouardel i Boutmy, oraz Husemann. Wolckenharr znajdował zasadę, podobną do nikotyny, lecz nie trującą. Główna jednak zasługa w tym względzie należy się Selmiemu; autor ten w gnijących trupach znajdował wiele trujących ciał, które nazwał ptomai-

nam i (od τρομα—trup), alkaloidami trupiemi lub zwierzęcemi (dla odróżnienia od alkaloidów roślinnych). Selmi odróżnia 5 rodzajów tych alkaloidów, a mianowicie: 1) ptomainy, które z kwaśnych roztworów rozpuszczają się w eterze, 2) ptomainy, które z alkalicznych roztworów rozpuszczają się w eterze, 3) ptomainy, które z alkalicznych roztworów wyciąga chloroform, 4) ptomainy rozpuszczające się w alkoholu amyłowym i 5) ptomainy, które w żadnym z powyższych płynów się nie rozpuszczają. Wszystkie, otrzymane przez Selmięgo, ciała były niekrystaliczne, pod względem zaś odczynów i działania zbliżały się do morfiny, koniiny, atropiny, delfiny lub kurary. Od tego czasu wielu autorów znajdowało ptomainy nietylko w gnijących trupach, ale nadto w świeżej krwi (Coppola), świeżem mięsie (Gacareschi i Mossò) w produktach trawienia żołądkowego i trzustkowego (Béchamp), a wreszcie w moczu ludzkim (Gautier, Bocci i Schiffer). Wszyscy jednak powyżsi autorowie zwracali uwagę tylko na własności trujące ptomain, nie zadawali sobie jednak bynajmniej pytania co do chemicznej istoty tych ciał. Pierwszy, który zasadowe produkty gnicia wyosobnił, jako chemicznie dobrze scharakteryzowane ciało, był Nenci; znalazł on przy gnicu żelatyny ciało zasadowe, składu $C_8H_{11}N$, które nazwał *collidina*. Później to samo ciało znaleźli Gautier i Etard przy gnicu ryb. Na tem ograniczają się wszystkie dokładne poszukiwania nad ptomainami.

Badania autora odnoszą się do trawienia włókniaka, gnicia mięsa, ryb, sera i t. d.

Już z dawniejszych prac wiadomo, że ptomainy powstają jedynie w pierwszych dniach gnicia; po 8 — 10 dniach ich już odnaleźć nie można, chyba, że gnicie ma miejsce przy bardzo niskiej ciepłocie ¹⁾. Fakt ten nasunął autorowi myśl, że już przy najpierwszych zmianach, jakim ulega białko, powstają trujące pierwiastki, co tembardziej było prawdopodobnem, iż, jak to pokazał Schmidt-Mülheim, Hoffmeister, Fano i inni, pepton, wstrzyknięty zwierzętom pod skórę lub do krwi, wywołuje gwałtowne objawy zatrucia. Ponieważ po śmierci, skutkiem działania niestrojowych fermentów w ciele ludzkim się znajdujących, białko bardzo prędko ulega przemianie na peptony, w tej więc sprawie może tkwić pierwsze źródło powstawania gnijących ciał w trupach. Aby kwestyję tę rozstrzygnąć, autor rozpoczął swe badania od trawienia białka. W tym celu poddawał białko 24-godzinnemu działaniu kwasu żołądkowego, przyczem otrzymywał pepton, niegnijący i nie zawierający żadnych produktów gnicia, jako to indolu, fenolu. Taki pepton wytrawiał autor alkoholem etylowym i na pozostałość działał alkoholem amyłowym; do tego ostatniego przechodziły trujące ciała, które po odparowaniu alkoholu, przedstawiały się w postaci ciemnej bezkształtnej masy. Otrzymane ciało jest pochodnem benzolu i działa mocno trująco na żaby i króliki; autor proponuje nazwać je *peptotoksynem*. Trujące działanie zależało tu nie od peptonu, tego ostatniego bowiem w otrzymanem ciele znajdowały się albo tylko ślady, albo nawet nie było ich wcale. Toż samo ciało otrzymywał autor niekiedy i z suchego peptonu Withego; jeżeli go zaś z suchego peptonu nie otrzymał, to otrzymywał je, choć w bardzo małej ilości, jeżeli pepton poddał działaniu kwasu żołądkowego. Sam sok żołądkowy żadnych trujących własności nie posiadał; toż samo powiedzieć należy o tych peptonach Withego, z których trujących ciał nie można było otrzymać.

Przy gnicu mięsa, a mianowicie 5 do 8 dnia, autor otrzymał cały szereg zasadowych produktów gnicia, które to produkty zdołał nietylko, oddzielić i w kry-

¹⁾ Już po napisaniu niniejszego streszczenia, otrzymałem pracę Schuchardta (*Arch. f. exp. Path. T. 18. Z. 5 i 6*), który i przy powołanem gnicu mięsa znajdował ciała, działaniem swem zbliżone do muskaryny.

stalicznej przedstawić postaci, ale nadto był w stanie oznaczyć ściśle ich skład i budowę chemiczną. Tu należy najpierw ciało, zwane przez autora neuridyną (składu $C_5H_{11}N_2$ —izomeryczne z amyliendiaminą), nietrujące i przytem bardzo rozpowszechnione w ustroju, otrzymanywał je bowiem autor przy gnicu mięsa, ryb, sera, kleju, nie znajdując natomiast przy gnicu włókniaka i czystego białka. W świeżem jednak mięsie go niema; zdaje się, iż znajduje ono się tam w jakimś połączeniu (tak jak np. lecytina), z którego dopiero gnicie je oswabadza. Obok neuridyny z gnijącego mięsa otrzymywał autor inny, już mocno trujący produkt, którego skład i budowa chemiczna odpowiada zupełnie ciału, zwanemu neuryną ($C_5H_{13}NO$), którą Liebreich otrzymał sztucznie z protagonu, składowej części mózgu. Zdaje się, iż przy gnicu neurina powstaje w ten sposób, iż lecytyna, ciało w całym ustroju rozpowszechnione, rozpada się przy gnicu na swe składniki, z których jeden, cholina, przez utratę jednej cząsteczki wody przechodzi w neurynę. Neuryna jest ciałem mocno trującym; 0,04 grm. na 1 kil. wagi królika, a 0,005 grm. na 1 kil. wagi kota przyprawia zwierzęta te o śmierć. Objawy otrucia bywają zupełnie podobne do objawów otrucia muskaryną, a więc polegają na mocnym ślinotoku, obfitej wydzielinie błon śluzowych, silnej duszności, przyczem zwierze wykonywa częste i bardzo obszerne ruchy oddechowe; tętno bywa bardzo częste, ciśnienie w naczyniach opada. Jako najstalszy objaw uważać należy silne wzmoczenie ruchów robaczkowych kiszek i bardzo obfite wodniste stolce. Wreszcie zwierzę zdycha wśród drgawek. Atropina jest bardzo silną przeciwtrutką neuryny i prawie natychmiastowo znosi jej działanie.

Następny szereg doświadczeń autora odnosi się do gnicia ryb, które, jak wiadomo, w zepsutym stanie spożyte powodują nieraz groźne objawy otrucia. Badania te wykazały, iż przy gnicu tem powstaje znana nam już neuridyna, a oprócz tego jeszcze następujące: 1) etyldiamina ($C_2H_4(NH_2)_2H_2O$), ciało, które już przed tem Hoffman otrzymał drogą syntetyczną. Ciało to jest dość mocno trujące, objawy zaś otrucia polegają również na ślinotoku, duszności i drgawkach, natomiast objawów ze strony kiszek brak jest zupełnie; 2) muskaryna, którą dotychczas znajdowano jedynie w ustroju roślinnym i która jak wiadomo posiada mocno trujące własności; 3) ciało składu $C_7H_{11}N^+O_2$, którego jednak budowy chemicznej autorowi określić się nie udało; ciało to, które autor nazwał gadininą, o ile się zdaje, nie posiada własności trujących.

Wreszcie przy gnicu sera otrzymał autor neurydynę, a przy gnicu kleju—neurydynę i jakieś ciało, zbliżone składem do muskaryny.

Tym sposobem można powiedzieć, iż badania Brieger'a po raz pierwszy dały nam poznać szereg produktów gnicia, wiadomej budowy i wiadomego składu chemicznego; szereg ten prawdopodobnie zwiększy się przy dalszych i bardziej urozmaiconych poszukiwaniach. Z pomiędzy tych ciał były znane i otrzymane drogą syntetyczną: neuryna, muskaryna, etyliendiamina, natomiast neuridyna i gadinina były dotychczas wcale nieznanne; z drugiej strony własności trujące przypisywano dotąd jedynie muskarynie, która, jak to pokazał Schmiedebertg, jest przyczyną trujących własności grzyba: *agaricus muscarius*. Ciała te mają najrozmaitszą budowę chemiczną i dla tego ująć się one w jedną grupę nie dadzą; nazwa ptomainy mogła by być i nadal użytą, ale jedynie dla oznaczenia ich pochodzenia, t. j. dla oznaczenia ich pochodzenia trupiiego. Różnorodność budowy chemicznej już naprzód pozwalała przypuścić, że nie ma jednego wspólnego dla ciał tych charakterystycznego odczynu. W rzeczy samej już Gautier wykazał, że odkryty przez Brouardela i Boutmy'ego, a jakoby dla ptomain charakterystyczny odczyn (niebieskie zabarwienie za dodaniem cyjanku żelaza), zależy od nieczystego przetworu, a mianowicie od obecności peptonu, co też i autor w zupełności potwierdził.

Tak więc wiemy dziś już na pewno, że nieorganizowane fermenty (pepsyna), a jeszcze więcej niższe ustroje rozkładają złożone tkanki ustroju, przyczem, obok wielu innych produktów, powstają węglowodory, zawierające jeszcze azot i posiadające mocno zasadowe własności; większa część z nich przytem posiada trujące własności. Grunt, na którym rozwijają się niższe ustroje (bakteryje), także wywiera wpływ na powstawanie tych ciał, jedne i te same bowiem grzybki produkują w mięsie ssących neuryne, w mięsie ryb zaś — muskaryne.

Ze powyżej opisane ciała mogą się stać przyczyną groźnych objawów, to żadnej nie ulega wątpliwości; jakie jednak są te objawy i w jakich one powstają okolicznościach, to jest rzeczą przyszłych badań. Dziś już jedno tylko nie ulega wątpliwości, a mianowicie, że z ptomainami rachować się należy przy ekspertyzach sądowo-lekarskich.

T. Dunin.

2. Nothnagel. O nadużyciu chininy i innych środków przeciwgorączkowych.

Na jednym z ostatnich posiedzeń (31 Października) Wiedeńskiego Towarzystwa Lekarskiego, przedstawiał D-r J a k s c h nowe przetwory przeciwgorączkowe, a mianowicie: otrzymany przez prof. S t r a u p'a na drodze syntetycznej *tetra-hydroparachinanisol*, a dla skrócenia przez niego nazwany *tallin*. Otóż sole tegoż preparatu, jako to siarczan i chlorek tallinu, posiadają, podług J a k s c h'a, wielkiej doniosłości własności przeciwgorączkowe, które autor był w stanie sprawdzić u wielu chorych gorączkujących; przetwory owe, podług J a k s c h'a, są o wiele skuteczniejsze od zalecanych ostatniemi czasy kairyny i antipiryny, nie posiadają bowiem żadnych ubocznych szkodliwych wpływów na ustroj. Przy dyskusyi, która nad tym przedmiotem się zawiązała, zabrał głos prof. N o t h n a g e l, a przemówienie jego, będące, zdaniem naszym, wielkiej praktycznej doniosłości, podajemy pokrótce: chciałem przy tej okoliczności, mówi prof. N o t h n a g e l, podnieść mój głos przeciw nadużyciu, jakie ostatniemi czasy praktykuje się na szeroką skalę, t. j. usiłowaniu leczenia *à tout prix* każdej gorączki. Skoro lekarz zwołany jest do chorego, który w dniu poprzednim zachorował i u którego znajduje się podniesienie ciepłoty do 38,5° C., lub 38,7° C., wówczas nie jest on jeszcze w stanie ściśle określić postaci choroby, a mimo to, w większości przypadków zapisuje chininę lub inny środek przeciwgorączkowy. Aby nie szkodzić, zapisuje się zwykle niewielką dawkę chininy, wychodząc z tej zasady, że należy gorączkę usunąć. Często przychodziłem do wniosku, że owo nadmierne stosowanie w ostatnich latach chininy stało się prosto zjawiskiem odruchowem. Zapatrywania nasze co do istoty gorączki, ostatniemi czasy powoli zaczynają się zmieniać. Obawa przed gorączką, przed ciepłotą 39° C., powstała głównie wskutek zkądinąd wielce zasłużonych i naukowych prac Liebermeister'a i Brandt'a. Skoro jednakże metodyczne stosowanie zimnej wody stało się zbyt kłopotliwem, wówczas wzięto się głównie do chininy i od tej pory chinina szeroko stosowana zajęła miejsce *digitalis*, *kalii* i *natrii nitrici*. Dwa ostatnie środki zniknęły niemal zupełnie z praktyki, *digitalis* zaś jako środek przeciwgorączkowy bywa bardzo rzadko używaną. Jestem najmocniej przekonany, że owo fałszywe i nadmierne stosowanie chininy, jakie obecnie się praktykuje, również po pewnym czasie zniknie z użycia. Nie potrzebuję dodawać przytem, że sposób zadawania chininy, jak to w większości przypadków się praktykuje, jest zupełnie bezużytecznym i nie może wyrzucić istotnego przeciwgorączkowego działania; 1, 2, 3, 4 decigram. nie działają wcale, nawet cały gram, jeśli takowy podzielonym zostanie i użytym w ciągu 24 godzin. Już nawet J a k s c h zwrócił na to uwagę, że gorączka jest tylko objawem, który nie należy nagwałt usuwać. Zdaniem mojem gorączka w większości przypadków jest objawem dla ustroju zbawczym, należy ona do zjawisk reakcyjnych ustroju, dążących do wyrównania zaburzeń chorob-

wych; jaką jednakże drogą wyrównanie owo następuje dotychczas określić tego nie jesteśmy w stanie. Z punktu widzenia chorób zakaźnych, sądzono pierwotnie, że życiowe sprawy mikroorganizmów ulegają, pod wpływem wysokich ciepłot, znacznemu zwolnieniu, doświadczenia jednakże późniejsze wykazały, że takowe sprawy jeszcze szybciej i lepiej pod wpływem wysokich ciepłot się odbywają. Zaznaczyć tu jednakże należy ciekawy wynik doświadczeń Miecznikowa, który wykazał, że tak zwane *Fagocythy* niszczą mikrokokki i robią je nieszkodliwymi dla ustroju i że owa sprawa niszczenia szybciej następuje przy wysokich ciepłotach. Z drugiej strony należy zapisać wynik klinicznej obserwacji, wskazującej z wszelką pewnością, że przy leczeniu przeciwgorączkowym, ani o jeden dzień nawet nie jesteśmy w stanie skrócić choroby gorączkowej i że istnieją typy chorób, przebiegających prawie bez gorączki, a mimo to kończące się śmiercią wskutek różnorodnych przyczyn. Również znane nam są liczne zбочenia, występujące w przebiegu chorób gorączkowych, bynajmniej od gorączki niezależące. Pomimo to, nie chcę bynajmniej zaprzeczać, aby wysoka gorączka nie wymagała naszej interwencji; i owszem ciepłoty, przekraczające 40° C., winny być energicznie zwalczane, ciepłoty jednakże w granicach 39° C. nie wymagają tego bynajmniej, a szczególnie w chorobach o krótkim przebiegu. Wreszcie zależy tu wiele od indywidualnych warunków organizmu, warunków konstytucji i t. p.. Wogóle jednakże można powiedzieć, że ciepłota, nieprzekraczająca 40° C., nie szkodzi choremu. Każdy, ktokolwiek spostrzegał chorych dotkniętych gorączką powrotną, najlepiej sam wie o tem. Widząc jak chory dotknięty gorączką powrotną, przy 40° C., a nawet 41° C. wybornie znosi takową, jak czuje się podmiotowo dobrze, jak mózgowie wcale nie jest dotkniętem, jak po spadku ciepłoty chory jest nieco tylko osłabionym, trudno dopatrzeć się w jaki sposób i w czym owa tak nadmiernie wysoka ciepłota choremu zaszkodziła. Kończę, jeszcze raz powtarzając, że uważam za nadużycie w wysokim stopniu przy ciepłotach 38,5° C. lub 39° C. i to jeszcze w pierwszych dniach choroby, stosowanie leczenia przeciwgorączkowego a głównie chininy, która jest środkiem drogim i w tych razach równie dobrze kwasem solnym, węglanem sodu lub innym podobnym środkiem zastąpioną być może.

Sprawozdawca, w zupełności podzielać sposób zapatrywania się prof. N o t h n a g e l'a, sądzi, że nietylko w chorobach ostrych lecz również i w przewlekłych gorączkowych, leczenie przeciwgorączkowe, a szczególnie podawanie chininy, jest zbyt, a nawet wielokrotnie szkodliwym. Typem tych chorób są suchoty płucne, w których, ze względu na tak zwaną gorączkę hektyczną, oddawna kuszono się o usuwanie takowej drogą różnych środków przeciwgorączkowych, głównie wychodząc z tej zasady, że gorączka, przyspieszając przemianę materji, wywołuje szybkie zniszczenie ustroju. O ile rozumowanie to teoretyczne jest sztucznem, o tyle praktyka wykazała bezowocność tego rodzaju leczenia; sam sprawozdawca w ciągu całego szeregu lat wypróbował różne środki przeciwgorączkowe i zawsze z ujemnym wynikiem. Ze środków tych najbardziej szkodliwym okazuje się chinina, w dawkach bowiem małych, jak to niestety aż zbyt często widzi się ją zalecaną u suchotników, nie działa ona wcale i jest poprostu marnotrawstwem pieniędzy; w dużych dawkach, zniża ciepłotę stanowczo, ale zato wpływa ujemnie na trawienie, a wywołując nieraz długotrwałe zaburzenia w trawieniu, a przedewszystkiem utratę łaknienia, jest dla ustroju przez to samo bardziej szkodliwą aniżeli pożyteczną. Toż samo daje się powiedzieć o kairynie, która, o ile się przekonałem, obok ujemnego wpływu na trawienie, zmniejsza ciepłotę tylko czasowo; wymiary bowiem, które u moich chorych polecałem wykonywać w ciągu nocy, wykazały, że po całodziennym spadku ciepłoty po użyciu kairyny, ciepłota późno w nocy dochodziła do niebywałej u chorego wysokości, t. j. do 41° C. i wyżej. Z tego, co wyżej nadmienilem o kairynie, wynika, że przy ogłaszaniu wiadomości o nowych lekach przeciwgorączkowych należałoby unikać możliwych błędów przez częste mierzenie ciepłoty co dwie godziny, jak to

w swoim czasie robiono w klinice Wunderlich'a i to w ciągu całej doby, inaczej bowiem wyniki nie są pewne, i działanie, a głównie pożytek z leku może być tylko pozornym. Tym sposobem pożytek z tych leków jest żaden, a korzystny wpływ ich na niżnienie ciepłoty jest tylko zwodniczym, żaden bowiem z nich nie wpływa na istotę choroby, lecz tylko na objaw. Wogóle mogą powiedzieć, że suchotnicy znoszą gorączkę, a nawet wysoką bardzo ciepłotę. wybornie i że starając się w tych razach o odpowiednie odżywianie chorego, ową szkodę z podwyższonej ciepłoty jesteśmy w stanie w pewnym stopniu pokrywać.

(Wiener. Med. Blätter)

A. Sokolowski.

3. Petersen. Przyczynę do etjologii krzywej szyi (*caput obstipum*). (*Zur Aetiologie und Behandlung von Caput obstipum*).

We wszystkich prawie podręcznikach od czasów Stromeyer'a znajdujemy ugruntowane zdanie, jakoby przyczyną krzywej szyi, zjawiającej się bardzo wczesnie u małoletnich dzieci, było rozerwanie mięśnia mostko-obojczyka sutkowego podczas porodu. Tak np. Fischer w świeżo wydanym zeszycie „*Deutsche Chirurgie*“ mówi: „pewnem jest, iż krzywa szyja często powstaje wskutek rozerwania mięśnia podczas porodu.“ Busch w podręczniku Ziemssen'a wyraża się w ten sposób: „wrodzona krzywa szyja powstaje, jak to Stromayer pierwszy wykazał i jak to powszechnie jest przyjętem, prawie bez wyjątku wskutek tego, że *m. sterno-cleido-mastoidens* przy porodzie ulega rozerwaniu i że z czasem na miejscu pęknięcia wytwarza się bliznowate skurczenie tkanki, co powoduje skrócenie mięśnia. Dla tego też zniepodobienie to spostrzegamy prawie jedynie u dzieci, na których główkę podczas porodu nakładane były kleszcze, lub których główka przy położeniu pośladowem i nóżkowym wydobyta była przy pomocy silnych pociągów.“ Petersen zajął się najprzód sprawdzeniem u źródła, w dziełach Stromeyer'a i przekonał się, że autor ten nigdzie nie dowiódł powyżej przytoczonego twierdzenia, ani nawet nie cytuje spostrzeżeń, któreby twierdzenie to udowodnić mogły. Podobnież rzecz się ma z Dieffenbach'em, w dziełach którego Petersen również nie znalazł ani jednego przypadku wytworzenia się *caput obstipum* na skutek rozerwania mięśnia w czasie porodu. Bohn zebrał z rozmaitych autorów w 1864 r. 15 przypadków krwawiaków (*haematoma*) mięśnia mostko-obojczyko-sutkowego, oraz ogłosił 2 własne spostrzeżenia, z których okazuje się, że czasami obserwowano przemijające przekrzywienie szyi, to na stronę chorego mięśnia, to na stronę zdrowego, tak, że Bohn przychodzi do wniosku, iż *caput obstipum* nie jest bynajmniej nieodłącznym następstwem owego krwawiaka. W jednym przypadku, częściowe stwardnienie w mięśniu po krwawiaku nie uległo wessaniu w ciągu całego roku, a mimo to później mięsień pozostał prawidłowym i krzywa szyja nie wytworzyła się. Tak samo miała się rzecz w przypadkach Hirsch-Sprung'a i Stadfeldt'a, przytoczonych przez Fasbender'a, oraz w spostrzeżeniu własnem tego autora, w których po obrażeniach mięśnia podczas porodu nie widziano *capitis obstipi*, pomimo że w przypadku Fasbender'a krwiak był bardzo znaczny. Ruge na 64 przypadki ekstrakcyi widział 18 razy obrażenie mięśnia, o którym mowa, lecz mimo to ani razu nie znalazł przy sekcyi wrodzonego skrócenia tego mięśnia.

Przejrawszy odnośną literaturę, Petersen stawia sobie pytanie, czy zawsze po rozerwaniu mięśnia, po zagojeniu się, następuje jego skrócenie, czy też czasami tylko. Kazyistyka tego przedmiotu jest wogóle skąpą. Autor przytacza odpowiednie ustępy z dzieł Rust'a, Walther-Jaeger-Radius'a, Bardeleben'a, Billroth'a, Hueter'a, Koenig'a, Volkmann'a, których my powtarzać tu nie możemy; z nich okazuje się, że następstwem rozerwania bywa rozstąpienie się końców rozerwanego mięśnia, wydłużenie tego ostatniego, osłabienie jego czynności, lecz nigdzie nie ma mowy o skróceniu; i dopiero kiedy

mowa o mięśni *sterno-cleido-mastoideus*, wtedy następstwem rozerwania ma być skrócenie. W literaturze atoli P. nie znajduje ani jednego przypadku, świadczącego o tem. Maydl w osobnej pracy o podskórnych rozerwaniach mięśni i ścięgien, zestawił 143 przypadki, między niemi 10 dotyczących mięśnia mostko-obojęczyko-sutkowego, lecz ani w jednym nie obserwowano skrócenia rozerwanego mięśnia.

Na zasadzie tego wszystkiego, Peterson dochodzi do wniosku, że rozerwanie rzeczonoego mięśnia należy wykreślić z pomiędzy przyczyn choroby, zwanej *caput obstipum*. Na nieszczęście na miejsce obalonego tłumaczenia niepodobna postawić innego; można tylko ograniczyć się na przypuszczeniach, podobnie jak w etjologii stopy koszlawej.

(*Archiv f. klin. Chirurgie*, str. 781—798. Tom XXX, 1884).

Wł. Matlakowski.

4. Atkinson. Choroba Bright'a pochodzenia zimnicznego.

Oprócz wątroby i śledziony, na które jad bagienny zdaje się swoisty wpływ wywierać, zmiany anatomiczne innych narządów, pod jego wpływem zachodzące, mało dotąd zwracały na siebie uwagi. Szczególniej odnosi się to do nerek, które w klimatach gorących pod działaniem jadu bagiennego często ulegają cierpieniu, wyrażającemu się białkomoczem i moczeniem krwawem. Blackhale pierwszy w 1818 roku zwrócił uwagę na białkomocz w przebiegu lub po przebyciu gorączki bagiennnej. Chenouard uważa tę ostatnią, za jedną z częstych przyczyn zapalenia nerek, a Lenz znajdował je w $\frac{1}{4}$ spostrzeganych przypadków zimnicy. Rosenstein w Gdańsku twierdzi, że zapalenie nerek w 23% bywa pochodzenia zimniczego. Hertz białkomocz uważa za częsty objaw *febris intermittens perniciosae*. Soldatów w 350 sekcjach żołnierzy zmarłych 1878 roku w Rumelii wschodniej na zimnicę znalazł cierpienie nerek. Z powodu rzadkości zimnicy w Anglii, angielscy autorowie mało na cierpienie nerek w jej przebiegu zwracali uwagi i zdania ich pod tym względem różnią się między sobą. Przeglądając nieliczne prace autorów, dotyczące tego przedmiotu, przekonać się można, że jad bagienny działa na nerki nie zawsze i w sposób bardzo rozmaity, wywołując raz gwałtowne przekrwienie z krwawym moczem lub białkomoczem, lub też zapalenia różnego natężenia i do różnych zmian anatomicznych prowadzące. Autor w ciągu 1882 roku spostrzegł 76 przypadków *febris intermittens et remittens*, w których pięć razy zauważył białkomocz, w roku następnym zebrał nową seryję spostrzeżeń w liczbie 45; z tych w 5 ciu znalazł białkomocz w czasie napadów, w dwóch był on przemijający, w trzech zaś przypadkach rozwinęły się następnie wszystkie objawy zapalenia nerek.

Cierpienie nerek pochodzenia zimniczego dzieli autorowie na 4 grupy a mianowicie: 1) Przekrwienie zapalne, 2) *Glomerulo-nephritis*, 3) *Nephritis granulosa* Brighta, 4) Przerodzenie zapalne nerki.

Pierwsza z tych postaci obejmuje hematuryję i hemoglobinuryję nawałową, przekrwienie ze skłonnością do stwardnienia tkanki łącznej i przekrwienie ze skłonnością do przerostu nabłonka. Hematuryja i hemoglobinuryja nawałowa zdarza się u osób, które uległy gwałtownemu napadowi *febris intermittens perniciosae*. Przekrwienie ze skłonnością do stwardnienia tkanki łącznej bywa przy *febris remittens* charakteru tyfoidalnego, nakoniec przekrwienie ze skłonnością do przerostu nabłonka, spostrzegano przy *febris intermittens perniciosae* lub *febris remittens* dłużej trwającej.

Glomerulo-nephritis lub *nephritis diffusa* bywa ostrą i przewlekłą. Pierwsza występuje we wczesnym okresie zakażenia bagiennego przy *febris intermittens* lub

remittens, a przewlekłą postać od ostrej odróżnić bardzo jest trudno. *Nephritis granulosa* klinicznie z trudnością może być odróżnioną od postaci poprzedzającej. U osób charłacznych występuje ostatnia postać przeistoczenia zapalnego z wytwarzaniem się torbieli pod wpływem dłuższego zakażenia bagiennego. Leczenie zwróconem być winno przeciw zakażeniu bagienne, a polepszenie warunków higienicznych należy mieć także na względzie. Przemijający białkomocz niekiedy może trwać i w przerwach wolnych od napadów, a wyższe jego stopnie usposabiają do ostrego zapalenia. Stanom zapalnym towarzyszy niekiedy puchlina; lubo w ogóle cierpienia te mają skłonność do wyleczenia, przy dłuższem trwaniu jednak i przy przewlekłym zakażeniu bagienne, nerki ulegają ważniejszym zmianom, jak to bywa przy przewlekłej chorobie Bright'a, z wszelkich innych przyczyn powstałej. Zwalczywszy zakażenie bagienne, należy w przewlekłych przypadkach leczenie opierać na ogólnych prawidłach.

(*The americ. Journal of med. Sciences. 1884, Lipiec.*) A. Malinowski.

Wiadomości bieżące.

Warszawa. Na posiedzeniu, odbytem w tutejszem Towarzystwie lekarskiem w d. 7 b. m., wybrano na urzędników na r. b. na prezesa D-ra G e p n e r a, na wiceprezesa D-ra R o g o w i c z a, na sekretarza dorocznego D-ra N u s s b a u m a.

— Zmarł tu w d. 31 Grudnia r. z. D-r Henryk S t e r n w wieku lat 31, wychowaniec Warszawskiego uniwersytetu. Pozostawił on po sobie w kółku bliżej go znających jak najlepsze wspomnienie. Znaczny majątek zapisał na cele dobroczynne, między innymi na kasę imienia M i a n o w s k i e g o i na stypendyja.

Kraków. W d. 31 Grudnia r. z. zmarł tu prof. fizjologii wszechnicy Jagiellońskiej D-r G u s t a w P i o t r o w s k i. Obszerniejszą wzmiankę damy w następnym numerze.

— D-r T. H e r i n g z Warszawy został wybrany na członka korespondenta tutejszego Towarzystwa lekarskiego.

Prace oryginalne w polskich czasopismach lekarskich.

Przegląd lekarski Nr. 1. Adamkiewicz. O rozmaitej formie uwiadu rdzenia paciierzowego. — Rydygier. Trzy nowe przypadki wycięcia odźwiernika oraz kilka uwag o wskazaniu i sposobie operowania. — K o h n. Vagina septa infra simplex Operatio. — G w i a z d o m o r s k i. Sprawozdanie roczne z „Domu Zdrowia“.

Medycyna Nr. 1. R o s e. O szczególnej postaci malaryi, spostrzeżonej w r. 1883 w Warszawie. — S c h a i t t e r. O kwestyi przeżycia.

Wszechświat Nr. 1. Zasady termochemii podał Stanisław Kramsztyk. — Życie w otchłaniach morskich p. Moseleya przełożył A. Wrześniowski. — Ostatni rok podróży po Ekwadorze przez Jana Sztolmana.

OD WYDAWCY.

„Gazeta Lekarska“ wychodzić będzie w ciągu roku 1885 według tego samego programu i na takich samych warunkach jak dotychczas.

Dla uniknięcia zwłoki w przesyłce pisma, uprasza się o wczesne przysyłanie przedpłaty i o dokładne zawiadomienie o wszelkiej zmianie adresu.

Tych Pp. prenumeratorów, którzy zalegają w opłaceniu przedpłaty za rok bieżący, uprasza się o rychłe uregulowanie rachunków.

Do dzisiejszego N-ru Gazety Lekarskiej dołącza się bezpłatnie dla wszystkich prenumeratorów prospekt na „Wszechświat“ w r. 1885.

Wydawca Dr. St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny Dr. Wł. Gajkiewicz.

Дозволено Цензурою, Варшава, 28 Декабря 1884 г. Друк. К. Ковалевського Крólewska Nr. 23.

Wyszedł z druku

ROCZNIK MEDYCyny POLSKIEJ

wydawany staraniem i nakładem

Dr. J. Rogowicza.

Rok VII—1885 w II częściach:

Część I zawiera **Przegląd roczny piśmiennictwa lekarskiego polskiego.**

Część II (w oprawie) stanowi **Rocznik lekarski** następującej treści: Mierzenie ciepła ciała i zachowanie się jej w ważniejszych chorobach. Tabela porównania 3-ech cieplomierzów. Antipyrina, nowy lek zniżający gorączkową ciepłotę ciała. Mięszaniny zniżające ciepłotę. Leczenie ran. Sposób wlewania roztworu soli kuchennej do żyły, zamiast przetaczania krwi. Odtrutki. Ratowanie omdlałych i w śmierci pozornej będących. Dawkowanie ważniejszych leków dla dzieci. Największe dawki ważniejszych leków dla osób dorosłych. Ważniejsze zdrojowiska lecznicze: cechujący ich skład chemiczny, działanie, wskazanie do ich użycia i t. p. Ważniejsze kąpiele morskie, zakłady wodolecznicze, miejsca kuracyi winogronowej i stacje klimatyczne. Sposób pisania wagi dziesiętnej. Spis lekarzy w Królestwie Polskiem praktykujących i urzędujących, z podaniem dokładniejszych adresów mieszkających w Warszawie. Dziennik z kalendarzem na cały rok 1885. Tabelki do obliczania i zapisywania dnia spodziewanego porodu. Ogłoszenia. Cena obu części Rocznika 1 rs. 20 kop., z przesyłką 1 rub. 35 kop., Skład główny u d-ra J. Rogowicza w Warszawie ul. Nowogrodzka, 20. Sprzedaje się we wszystkichredakeyjach pism lekarskich, oraz w znaczniejszych księgarniach w Warszawie.

0—4

Wydawnictwo Gazety Lekarskiej.

Wyszła z druku nakładem Gazety Lekarskiej

FARMAKOLOGIJA

professorów Nothnagel'a i Rossbach'a

Cena dzieła wynosi Rs. 6, z przesyłką Rs. 6 k. 50.

Nabywać takowe można w **Redakcyi Gazety Lekarskiej**, Marszałkowska 49. oraz w innych Redakcyjach warszawskich czasopism lekarskich i we wszystkich księgarniach.

Wydawnictwo Gazety Lekarskiej.

Wyszło z druku nakładem „Gazety Lekarskiej“ dzieło pod tytułem:

CHOROBY SERCA

D-ra OSKARA WIDMANA

prymaryjusza szpitala powszechnego we Lwowie.

Dzieło to opatrzone licznymi drzeworytami w tekście zawiera 24 arkusze druku.

Cena dzieła wynosi rs. 3., z przesyłką rs. 3 kop. 30.

Nabywać można u wydawcy „Gazety Lekarskiej“

MARSZAŁKOWSKA 49.

0—24

W TYCH DNIACH OPUŚCIŁA PRASĘ
MIKROSKOPIA I MIKROCHEMIA PLWOCINY

w chorobach dróg oddechowych.

O. BUJWIDA.

z 6-oma chromolit. tablicami. Cena rs. 1. Skład Główny w Księgarni Gebethnera i Wolfa.
 0—6

NAKŁADEM AUTORA

wyszedł z druku pierwszy zeszyt dzieła p. t.

PODREĆCZNIK CHIRURGII SZCZEGÓŁOWEJ
D-ra L. RYDYGIERA

Dyrektora pr. Kliniki chirurgicznej w Chełmie n. Wisłą.

Całe dzieło wyjdzie w III tomach a 6-ciu zeszytach opatrzone licznymi rycinami. Cena pojedynczego zeszytu wynosi 5 MK (rs. 2 kop. 50, flor. 2 cent. 75). całego dzieła 30 MK (rs. 15 flor. 16 cent. 50).

Nabywać można u wydawcy w Chełmie (Culm a M.) i we wszystkich księgarniach. 0—6

Wydawnictwo dzieł lekarskich polskich w Krakowie.

Wyszło i jest do nabycia we wszystkich księgarniach dzieło p. t.

S Y F I L I D O L O G I J A

napisana przez **D. Ż. Krówczyńskiego** w 8, str. XII i 448.

Cena 5 złr. w. a.

FABRYKA PRASOWANYCH PASTYLEK I MEDYKAMENTÓW
APTEKARZA W. RUSSYANA

egzystująca od lat trzech

Skład w Warszawie ulica Kotzebue Nr. 3.

Poleca po cenach przystępnych pastylki elegancko wykonane w wyborowym gatunku z gwarancją iż do wyrobów swoich nie używam żadnych kleistych substancji obciążających trawienie.

Fabryka przyjmuje wszelkie medykamenty w większej ilości do komprimowania za skromne wynagrodzenie. Cenniki na żądanie franco. Adres „Russyan Warszawa.” 24—9