

GAZETA LEKARSKA.

I. PRZYPADEK GUMATÓW SYFILITYCZNYCH MIĘŚNI KRTANI.

Podał

D-r Med. Antoni Elsenberg,

ordynator oddziału dla chorych wenerycznych i skórnych w szpitalu starozakonnym w Warszawie.



F. M., lat 19 liczący, krawiec, przybył na mój oddział 10 sierpnia 1893 r. [№ ks. głównej 3922] głównie z powodu duszności, która w ostatnich czasach stała się zbyt uciążliwą. Chory średniego wzrostu, dobrej budowy, przedstawia obraz ostatecznego wyniszczenia. Skóra, intensywnej ciemno-żółtej barwy, jest dosyć cienka, zanikająca, mocno pofałdowana, tłuszcz z tkanki podskórnej zanikł, mięśnie bardzo wątłe, wiotkie, tak, iż kończyny i dolne i górne są niestychnie cienkie [oprócz miejsc chorobowo zmienionych, o czem poniżej]; najlepiej względnie jest rozwinięty układ kostny. Błony śluzowe są bardzo blade, żółto zabarwione, jak i białkówki oczu.

Liczne zmiany skóry stawów i t. d., jakie widzimy już na pierwszy rzut oka, podług opowiadania chorego, datują od roku; bliższych jednak szczegółów co do początku swej choroby i co do innych danych anamnestycznych podać nie umie. Opiszemy tu szczegółowo te zmiany ze względu na to, iż tak zapuszczona forma syfilisu z tak rozlicznymi zmianami w różnych układach i organach należy dziś niezaprzeczenie do niezmiernych rzadkości.

Kończyna górna prawa. Okolica stawu łokciowego przedstawia bardzo znaczne obrzmienie, które na wychudłej cienkiej kończynie wygląda jak guz wielkości niemal głowy noworodka, twardej, elastycznej spistości. Na wyprostnej powierzchni stawu, na owym guzie znajduje się owrzodzenie kształtu prawidłowo okrągłego, o średnicy 6-ciu ctm.; brzegi jego są wystające, twarde, znacznie nacieczone, ostro ścięte, a dno jego, pokryte już miejscami czerwoną ziarniną, stanowi tkanka podskórna. Zatok żadnych z owrzodzenia tego do stawu lub kości wykryć nie można.

W zmianach okolicy stawu łokciowego przyjmują udział nietylko jego części składowe, ale i otaczające go części miękkie. Końce stawowe kości ramieniowej i łokciowej są znacznie zgrubiałe, a zwłaszcza wyrostek łokciowy, wskutek czego ruchy w stawie tym są niemożliwe i przedramię w stanie zgięcia ciągle się znajduje. W samym stawie obecnie ani wysięku, ani innych zdradzających się przy ruchach zmian powierzchni stawowych nie wykrywamy. Otaczające staw części miękkie są bardzo znacznie nacieczone, złane

prawie w jedną masę twardą, elastyczną jak gdyby miejsce nasięku gumatycznego stopniowo elastyczna tkanka włóknista zajmowała; skóra, pokrywająca to obrzmienie okolicy stawowej, jest mocno zaczerwieniona, nieruchoma.

Na skórze okolicy stawu barkowego znajduje się kilka rozpadających się gumatów, których jednak obwód i dno są twardości elastycznej; rozmiarami swymi gumaty te dochodzą do wielkości orzecha laskowego lub tureckiego. Przez skórę, pokrywającą wewnętrzną powierzchnię ramienia prawego, górną część klatki piersiowej i pachę tejże strony, przeświecają ogromnie rozszerzone żyły, wężykowato przebiegające. Te zmiany żył przypisać musimy uciskowi wywieranemu na ich większe gałęzie przez grupę guzów gumatycznych wielkości orzecha tureckiego do gołębiego jaja, twardych, elastycznych, zlewających się po części w rozległy płaski guz zrazikowaty; guz ten zajmuje mięsień piersiowy wielki i wraz z tym swobodnie porusza się daje, skóra zaś nad nim jest ruchoma.

Kończyna górna lewa również jest bardzo zmienioną. Części miękkie zwłaszcza górnej połowy ramienia w znacznym stopniu uległy zanikowi; poczynając zaś od górnej czwartej części w kierunku do obojczyka i grzebienia łopatki, skóra jest usianą licznymi gumatami. Są one wielkości orzecha laskowego, włoskiego i większe nawet, barwy czerwono-fioletowej, dosyć twarde, elastycznej spistości; niektóre z nich są owrzodzone i wydzielają żółtawą, płynną, ropiastą masę, brzegi owrzodzeń są na dosyć znacznej przestrzeni podmiowane, ścięnczałe, ciemno-fioletowe.

Na szyi z obydwu stron chrząstki tarczowej i tchawicy, przeważnie jednak po stronie lewej i ku przodowi, znajduje się mnóstwo guzów twardych, elastycznych tak na skórze, jak i w tkance podskórnej i w mięśniach. Niektóre gumaty skórne rozpadły się i owrzodziły, gumaty zaś podskórne i mięśniowe zlewają się w jedną nieprawidłową, guzowatą masę, ściśle z chrząstkami krtaniowymi i tchawicą połączone i wraz z nimi tylko poruszalne; skóra tej okolicy nie jest z tym guzem zrośniętą, przeciwnie bardzo łatwo jest przesuwalna.

Znacznych rozmiarów guz znajduje się również pod prawem uchem i nieruchomie do tylnego brzegu szczęki dolnej jest przyrośnięty; robi on wrażenie guza, składającego się ze znacznej liczby zlewających się z sobą gumatów. Dwa inne guzy, wielkości kurzego jaja, znajdują się na szczęce dolnej po jej stronie prawej; obydwa wychodzą z okostnej, są bardzo twarde, nieruchome. Jeden z nich jest tuż pod łukiem licowym i zajmuje gałąź prostopadłą szczęki dolnej i brzeg jej przedni, drugi zaś w ścisłym znajduje się związku z kątem żuchwy i poziomą jej gałęzią. Takież guzy, tylko nieco mniejsze, znajdują się po stronie lewej: jeden na górnym brzegu oczodołu, drugi w mięśniu skroniowym; na policzku zaś lewym zlewające się gumaty zajmują prawie cały mięsień żwacz i zachodzą za ucho.

Dolna lewa goleń jest zgrubiała od stawu golenio-stopowego do połowy swej długości, przeważnie z powodu bardzo znacznego rozlanego zgrubienia piszczeli, która nadto pośrodku swej wewnętrznej powierzchni nosi twarde, kostny guzik o szerokiej podstawie, wielkości gołębiego jaja. Na

skórce goleni, poniżej owego guza i na zewnątrz znajdują się dwa gumaty wielkości każdy orzecha włoskiego; kilka nadto podobnych gumatów znajduje się i na skórce zewnętrznej powierzchni goleni. Lewy staw kolanowy jest bardzo znacznie zmieniony: jest on obrzmiały, a obrzmienie to zmniejsza się w kierunku goleni i uda. Jego końce stawowe są zgrubiałe, obwód ich nierówny, guzowaty, powierzchnie stawowe jakby półpłynną substancją pokryte [obfita ziarnina?], *patella natans*; ruchy w tym stawie są niemożliwe tak z powodu powiększenia i zmian powierzchni stawowych, jak i silnych bólów.

Nos zapadły (*nez de mouton*), przegroda chrząstkowa, a w części dolnej i kostna zniszczone, stąd jamy nosowe komunikują z sobą. Języczek i łuki podniebienne z częścią podniebienia miękiego zniszczone, a mocna, gruba, bliznowata błona, będąca dalszym ciągiem podniebienia, przyrosła do tylnej ściany gardzieli, tworzy rodzaj diafragmy mniej więcej poziomej. Diafragma ta jest opatrzoną niewielkim otworem przy samej tylnej ścianie gardzieli, przez który palec zaledwie przechodzi; oddziela ona w ten sposób jamę nosogardzielową, która komunikuje z pozostałą częścią gardzieli tylko za pośrednictwem powyższego otworu.

Wskutek tych zmian gardzieli i ogromnej duszności badanie krtani było znacznie utrudnionem. Dostrzedz jednak można było, iż nagłośnia i struny fałszywe są niezmienione; struny prawdziwe były bardzo znacznie zaczerwienione i obrzmiałe, a z pod nich wystawały jakby dwa bardzo znaczne wałki, które powodowały zwężenie głośni w tak wysokim stopniu. Wraz z kol. FREIDENSONEM i SREBRNYM określiliśmy ten stan jako *chorditis vocalis inferior (subglottica)*.

Co do organów wewnętrznych, w p ł u c a c h żadnych zmian materjalnych nie wykryłem, oddech znacznie przedłużony, tak wdech jak i wydech; przestrzenie między-żebrowe zapadają się przy wdechu bardzo widocznie. Granice s e r c a normalne, tony czyste, słabe, tętno dosyć drobne. W ą t r o b a znacznie powiększona, wyczuwa się na dwa poprzeczne palce pod łukiem żebrowym, brzeg jej jest twardy, zaokrąglony, a na górnej powierzchni przeważnie lewego płatu wyczuwamy nierówności, jakby guzy różnych rozmiarów, od ziarnka grochu polnego do orzecha włoskiego. Około wętki wątroby wyczuwamy nierówny, twardy guz, dosyć płaski, nieprawidłowej formy, ściśle z wątrobą połączony. Śledziony się nie wyczuwa; jej górna granica znajduje się na VIII żebrze.

Mocz ciemno-żółciowej barwy, ani białka, ani cukru nie zawiera, natomiast bardzo wiele barwników i kwasów żółciowych; kał barwy gliniastej.

Wzrok i słuch niezmienione, zęby prawidłowe i dobrze osadzone.

Chory uskarża się głównie na duszność, osłabienie, brak łaknienia i bezsenność. Bóle w okolicy krtani niewiele mu dokuczają i tylko przy poruszaniu guzów i ucisku nieco się wzmagają.

Nie ulega najmniejszej wątpliwości, iż tę formę syfilisu, pomimo braku danych anamnestycznych, musimy uważać za formę nabytą, bardzo zastarzałą. Od jak dawna jednak cierpienie to datuje, trudno określić. Przypuścić możemy z wszelkiem prawdopodobieństwem, iż od wczesnych już lat dziecięcych F. M. na chorobę tę zapadł. Nie mamy żadnych danych po temu, by za wro-

dzony syfils ją przyjąć. Ani forma cierpienia krtani i wątroby, ani też inne zmiany do tego nas nie upoważniają. Najprawdopodobniej więc chory, będąc jeszce dzieckiem, nabył syfils albo przez obrzezanie, albo od mamki, albo też, jak to bywa między biedną ludnością, od sąsiadki, która go pod nieobecność matki karmić mogła, wreszcie przez obcowanie z innymi dziećmi, przy zabawie lub w szkole ¹⁾. Te sposoby zarażenia syfilisem nie należą bynajmniej do tak rzadkich, a złą ich stronę jeszcze i to stanowi, że rodzice tych dzieci syfilsu nie podejrzewają we wtórnym jego okresie, przypuszczając chętniej, iż wysypki, jakie dzieci miały, były to zwykłe choroby wysypkowe, jak: odra, ospa, szkarlatyna o jakimś dziwnym przebiegu i z błonicą gardzieli, krupem krtani, jeżeli lepięże w tych organach się umiejscawiały; w późnej zaś formie syfilsu zwykle zołzami nazywają. Skłonny więc jestem przypuścić, że, zaraziwszy się w jeden ze sposobów powyżej podanych, F. M., nie lecząc się, pielęgnował swą chorobę, póki go nie doprowadziła do tak rozpaczliwego stanu, w jakim się w chwili przybycia do szpitala znajdował.

Podobne postaci syfilsu zaniedbane, nigdy nie leczone, z pozoru niezwykle [co do umiejscowienia w wielu organach i tkankach i co do ilości tworów chorobowych] w rzeczywistości zdarzają się u nas jeszcze od czasu do czasu. Nie dawniej, jak w przeszłym roku podobny okaz miałem na oddziale. Chora, licząca lat około 60, z powodu zaniku gałek ocznych (*phthisis bulb.*) udała się do szpitala Oftalmicznego, skąd kol. GEPNER sen. i KAMOCKI na oddział mój ją skierowali. Cała skóra twarzy, tułowia i kończyn usiana była gumatami wielkości orzecha tureckiego do jaja gołębiego, zgrupowanymi lub rozsianymi: ilość tych gumatów dochodziła prawie do 200! Nie leczyła się, gdyż guzy te jej nie dokuczały i bynajmniej w niczem nie przeszkadzały. Dopiero utrata wzroku, szybko postępująca, a prawdopodobnie również przez sprawę syfilityczną w gałkach ocznych wywołana, skłoniła ją do szukania pomocy w Warszawie. Gumaty po zastosowaniu leczenia swoistego wessały się, pozostawiawszy liczne blizny i plamy barwnikowe, ale wzrok już się nie poprawił. Co szczególniejsza, że chora nie wiedziała nigdy, jaką jest dotknięta chorobą i w jaki sposób ją nabyła.

Wracając do naszego chorego, widzieliśmy z powyższego opisu, iż jad syfilityczny przeniknął jego cały organizm, wywołał zmiany w wielu organach i tkankach, spowodował upadek energii odżywiania tkanek, sprawności organów, gdy nadto twory syfilityczne, umiejscowione zwłaszcza dokoła krtani i w samej krtani, jak i około wnęki wątroby, należały do tego typu gumatów, które mało mają skłonności do wessania, można było z góry przypuszczać, iż leczenie nie wiele już zdziałać może. Przeciwnie doświadczenie nas nauczyło, iż przy tworach tego typu, przy tych twardych, elastycznych gumatach leczenie swoiste im energiczniejsze bywa, tem szybciej prowadzi do obfitego rozwoju twardej, bliznowatej, keloidalnej tkanki, co w danym przypadku

¹⁾ Około trzech lat temu z jednego z mniejszych miasteczek lekarz tamtejszy miejski przysłał do oddziału mego kilku małych chłopczyków, którzy w chederze zarazili się syfilisem, czy to od jednego ze swoich towarzyszy, czy też od swego nauczyciela.

wcale nie było upragnionem, gdyż rozwój takiej tkanki z jednej strony doprowadziłby do jeszcze znacniejszego zwężenia krtani, któreby wprost śmierć przyspieszyć mogło; z drugiej znów strony, gdy sprawa zlokalizowana jest we wnęce wątroby, jak w danym przypadku dokoła przewodu wątrobowego, wytwarzająca się szybko i obficie tkanka łączna włóknista jeszcze bardziej ów przewód by ucisnęła, nawet mogłaby uczynić go niedrożnym. W takim razie żółta barwa skóry i łącznie byłaby jeszcze bardziej nasyconą i ciemniejszą, a wskutek zmian samej krwi powstałyby krwotoki z błony śluzowej nosa, dziąseł, drobne wylewy krwi w samej skórze i w tkance podskórnej i t. p.— stan, który wkrótce śmierć chorego za sobą pociąga.

Powyższe względy skłoniły mię przedewszystkiem do przeznaczenia choremu inhalacji, środków tonicznych i obfitej pożywnej diety. Po upływie dwóch prawie tygodni takiego leczenia, gdy chory czuł się lepiej, odżywianie trochę się poprawiło i oddech był nieco swobodniejszy, trudno się było oprzeć pokusie poprobowania leczenia swoistego, w nadziei, że oględne leczenie, powolne może choć jakakolwiek ulgę choremu sprawi; zaleciłem więc wcierania szaruchy po 2,0 co drugi dzień. Jodku potasu nie próbowałem nawet choremu podawać z obawy wywołania obrzmienia głośni i uduszenia, co przy takich zmianach krtani byłoby niemal nieuniknionem. Już po czterech wcieraniach stan się pogorszył: żółtaczka, duszność, bezgłos się wzmogły, siły chorego i odżywianie znacznie podupadły. Dwa wcierania jeszcze choremu zrobiono, poczem zaniechałem ich z powodu widocznego pogarszania się wszystkich objawów. Późniejsze leczenie toniczne uśmierzyło nieco objawy, ale nie na długo. Już 12 IX zwężenie krtani stawało się coraz większem, chory sypiać nie może, w siedzącym położeniu noc spędza. Po kilku dniach duszność znów się nieco zmniejszyła, sen dosyć spokojny lecz przerywany. Taki stan to znacznego pogorszenia, to znów niewielkiego polepszenia trwał do 30 IX. Dopiero 31 zwężenie krtani doszło do znacznego stopnia: duszność, świszczący długi wdech i wydech, sinica, tętno nitkowate. Wstrzyknięto choremu eter z kamforą i mieliśmy zamiar przystąpić do wykonania tracheotomii, ale ta okazała się niemożliwą z powodu grubej masy guzów, otaczających krtań i tchawicę: była bowiem uzasadniona obawa obfitego krwawienia, którego niepodobna byłoby powstrzymać, dalej — niemożność wprowadzenia do tchawicy rurki tracheotomicznej, a w końcu i ten wzgląd powstrzymywał chirurga od operacji, iż tchawica przypuszczalnie była na znacznej przestrzeni zwężoną. W tym więc stanie chory zmarł 2 października 1893 r.

Nazajutrz dokonałem rozbioru zwłok. W organach wewnętrznych zmiany syfilisowi właściwe znalazłem tylko w krtani i wątrobie.

Krtań i tchawica. Guz w okolicy krtani i tchawicy zajmuje przestrzeń od dolnej powierzchni kości gnykowej do 10 obrączki tchawicy; chrząstki: tarczową i obrączkową, pokrywa zupełnie z boków i z przodu tak samo i tchawicę, tylko z prawej strony grubsza ją masa guza pokrywa. Tylne części krtani i tchawicy na przestrzeni szerokości palca, gdzie przylega przełyk, nie jest przez guz ten zajęta. Zaczyna się on tuż pod skórą [z gumatami której nie ma żadnej łączności] w tkance podskórnej, przechodzi następnie

na mięśnie okolicy krtani (*sterno-thyreoides*, *sterno-hyoideus*), które zupełnie niemal zwyrodnia, nawet i mięsień mostko-obończyko-sutkowy, zwłaszcza po stronie lewej, na wysokości guza, jest zajęty przez gumaty, ściśle z guzem zlane. Cały ten guz przedstawia się jako jedna masa nierówna, zrazowata, składająca się z mnóstwa guzików wielkości orzecha tureckiego i większych, zlewających się z sobą gdzie niegdzie, tak, że wtedy tej zrazowatej budowy nie widać; w innych zaś miejscach pojedyncze zraziki, gumaty, zachowały jeszcze dosyć wydatnie swe kontury i pooddzielane są resztkami powięzi i wążkami pasemkami pozostałych jeszcze, lecz wyrodniejących pęczków włókien mięsnych prążczastych. Można by w guzie tym trzy części odróżnić: przednią i dwie boczne, z których każdą, zwłaszcza przednią i boczną lewą, co do rozmiarów przybliżenie porównać by można było do kurzego jaja, gdyby nie to, iż są o wiele dłuższe; płytkie, dosyć szerokie brzozy stanowią pozorną granicę tych oddzielnych części guza, gdyż w głębi zlewają się one w jedną masę.

Na przekroju najbardziej wystającej przedniej części guza grubość jego do samej chrząstki tarczowej i obrączkowej dochodzi do 3,5 prawie centymetrów. Zrazowatość jego występuje wydatniej, barwa jasno-żółtawa wpadająca nawet w cytrynowy odcień. Gdzie niegdzie w guzie widać resztki tkanki mięśniowej w postaci smug niewielkich, przebiegających przez tkankę guza i ginących w niej nieznacznie; powierzchnia przekroju guza jest dosyć gładka, spoiistość jego znaczna, elastyczna. Dochodząc do *perichondrium* chrząstek: tarczowej i obrączkowej, masa guza infiltruje powierzchowną warstwę chrzęstnej, nie dochodzi wszakże do samych chrząstek; chrzęstnej pierścieni tchawicy, zwłaszcza dolnych, nie zwyrodnia, ściśle jednak do niej przylega. Chociaż same chrząstki zwyrodnieniu nie uległy, są jednak małe, jakby pokurczone, uciśnięte i łatwo łamliwe.

Wskutek ucisku, przez guzy wywieranego, tchawica przepuszcza za ledwie pióro gęsie, które na wysokości chrząstki obrączkowej z trudnością precyzyjnie można, a dalej sama głośnia tak znacznie jest zwężona, iż pióra gęsiego precyzyjnie przez nią nie można. Po przecięciu krtani i tchawicy wzdłuż tylnej ich ściany okazało się, iż błona śluzowa tchawicy jest nieco zgrubiała, mocno przekrwioną i pokryta bardzo obfitą ilością śluzoropy. Struny prawdziwe i fałszywe jak i zatoka MORGAGNIE'go pokryte są również obfitą ilością śluzoropy. Struny fałszywe są dosyć znacznie obrzmiałe, ich błona śluzowa zgrubiała. Struny prawdziwe są bardzo przykurczone, długość ich nie dochodzi nawet do 9 milimetrów, brzeg górny tylko dosyć wyraźnie zarysowany, a pod nim zaraz wypukła się do wnętrza głośni pokryta przekrwioną błoną śluzową guz, który wraz z takim wystającym guzem strony przeciwnej zwęża tak znacznie szczelinę krtaniową.

Po przeprowadzeniu długiego cięcia, prostopadłego do strun, widzimy, iż zaraz pod cienką dosyć czerwoną błoną śluzową miejsce samych strun i mięśnia *thyreo-arythenoideus* zajęte przez guzy gumatyczne: wielkości wiśni po prawej stronie, nieco mniejszy po stronie lewej. Z prawej strony śladu już nawet mięśnia nalewko-tarczowego nie widać, po obu zaś stronach guzy gumatyczne, zwyrodnialszy mięśnie, idą na zewnątrz krtani pod dolnym brzegiem

chrząstki tarczowej, gdzie zlewają się z główną masą gumatyczną, otaczającą krtani; gumaty te są na przekroju gładkie, jasno żółtawej barwy, twarde, elastyczne. Inne mięśnie krtani, jak: *crico-thyreoidei*, *crico-arythenoidei* i inne, są wcale zanikłe, ale niema w nich infiltratów gumatycznych.

Wątroba jest dosyć znacznie powiększona; na powierzchni przeważnie lewego płatu widać dosyć liczne wystające gumaty. U wnętrza znajduje się gruba warstwa zbitej tkanki łącznej, pośród której gdzie niegdzie widać niewielkie szaro-żółtawe ognisko rozpadającego się gumatu; najobfitszą ta tkanka włóknista jest dokoła przewodu wątrobowego, który jest nią obrośnięty i do takiego stopnia uciskowi uległ, iż cienki drucik przezeń nie przechodzi. Pęcherzyk żółciowy zawiera niewielką ilość jasnego śluzu. Na przekroju miąższ wątroby jest przekrwiony, rozlanych wszakże zmian marskości nie przedstawia; tylko dokoła większych gałęzi przewodów wątrobowych tkanka łączna jest znacznie rozrosłą, zbitą, cytrynowej barwy, pośród tych rozrostów łącznotkankowych znajdują się miejscami rozpadające się drobne ogniska gumatyczne. Inne przewody, nie przedstawiające zmian powyższych, są dosyć znacznie rozszerzone.

W jamie otrzewnej znajduje się do pół litra przezroczystego, żółtawego płynu surowiczego.

W innych organach żadnych zmian nie znalazłem. [D. n.]

II. ROZPOZNAWANIE SKRYTYCH POSTACI ROPOTOKÓW

(*empyema*)

zatok bocznych nosa (Highmor'a, czołowych, sitowych i klinowych).

[Rzecz czytana na posiedzeniu Warsz. Tow. Lek. dnia 16. I. 1894].

Podał

D-r Jan Sędziak,

b. asystent przy oddziale chorób gardlanych i płucnych w szpitalu Ś-go Ducha w Warszawie.



W N-rze 2-im Pamiętnika Chirurgicznego z roku zeszłego [1893] ogłosiłem pracę „o leczeniu skrytych postaci ropotoków [empyematów] zatok bocznych nosa“. Jako pobudki, które mną kierowały w wyborze tego tematu, podałem we wstępie: 1) prawie zupełny brak w naszej literaturze prac w tym kierunku ¹⁾, oraz 2) niezwykłą żywotność samej kwestyi, bardzo na czasie obecnie będącej.

Tymi samymi względami powodowany, postanowiłem podać obecnie część

¹⁾ Przy tej sposobności zaznaczam, że we wstępie pomienionej pracy przypadkowo pominiętem zostało nazwisko prof. RYDYGIERA [z Krakowa], który w doskonałym swoim podręczniku chirurgii [1884 rok, zeszyt I] empyematowi zatoki HIGHMOR'a poświęca oddzielny rozdział; oraz kol. WRÓBLEWSKIEGO, który wspomina o stosowaniu jodny w tem cierpieniu [Gaz. Lek. Nr. 10. 1893].



pierwszą tej pracy, mianowicie: o rozpoznawaniu skrytych postaci empyematów zatok bocznych nosa ¹⁾).

Jak to już we wstępie powyższej pracy miałem sposobność zaznaczyć, ropnie zatok bocznych nosa [HIGHMOR'a, czołowych, sitowych i klinowych, oraz ich kombinacje] w ostatnich dopiero kilku latach zostały należycie zbada- dane zarówno pod względem rozpoznawczym, jakoteż i leczniczym. SCHAEFFER, ZIEM, LICHTWITZ, a zwłaszcza GRUENWALD: oto są przedewszystkiem nazwiska, które trwałemi zapisały się zgłoskami w dziejach rozwoju nauki o cierpieniach zatok bocznych nosa.

Oprócz nich, istnieje jeszcze cały szereg autorów, którzy w mniejszym lub większym stopniu przyczynili się swojemi pracami do lepszego rozpoznawania, oraz skuteczniejszego leczenia ropotoków zatok bocznych nosa. Nie będę ich jednak tu wymieniał, gdyż wspomniałem już o nich we wstępie pierwszej mej pracy; zresztą czytelnik na każdym niemal kroku będzie się z temi nazwiskami spotykał przy czytaniu niniejszego artykułu. Dzięki tym pracom, których większość przypada na kilka ostatnich lat ²⁾ i które przeważnie w Niemczech ujrzały światło dzienne, rozpoznawanie skrytych postaci ropni zatok bocznych nosa nie natrafia obecnie już na takie trudności, jak to do niedawna jeszcze powszechnie przyjmowano.

Dziś bowiem dzięki M. SCHMIDT'owi z Frankfurtu nad Menem, posiadamy „*sumum criterium*“ przy rozpoznawaniu ropni w zatokach szczękowych górnych [HIGHMOR'a], t. j. przekłucie próbne, rękoczyn analogiczny do tego, jaki oddawna stosujemy przy ropnem zapaleniu opłucnej. Dzięki dalej JURASZOWI, profesorowi z Heidelberga [naszemu rodakowi], jakoteż LICHTWITZ'owi z Bordeaux posiadamy tak dzielny środek przy rozpoznawaniu [a także leczeniu] empyematów zatok czołowych, jakim jest sondowanie [kateteryzacja] tych ostatnich. Wreszcie SCHAEFFER'owi z Bremy i GRUENWALD'owi z Monachium zawdzięczamy cenne wskazówki, pozwalające nam obecnie z zupełną prawie pewnością rozpoznawać skryte postacie ropotoków zatok sitowych oraz klinowych.

Ropnie zatok bocznych nosa, zwłaszcza HIGHMOR'a, nie są taką rzadkością, jak to powszechnie dotąd przyjmowano. Przeciwnie, dziś, kiedy rozwój nauki o skrytych postaciach empyematów tych zatok doszedł, że się tak wyrażę, punktu kulminacyjnego; kiedy posiadamy cały szereg środków, pozwalających nam z mniejszem lub większem prawdopodobieństwem rozpoznawać te cierpienia; kiedy nauczyliśmy się krytycznie oceniać cały szereg objawów, zarówno subiektywnych, jakoteż obiektywnych, umożliwiających w wysokim stopniu rozpoznanie empyematów zatok bocznych nosa: dziś, powtarzam, każdy

¹⁾ Z przyczyn odemnie niezależnych oddanie do druku niniejszej pracy znacznej uległo zwłoce.

²⁾ Wyszczególnione z wyjątkiem kilku najświeższych prac w pierwszym moim artykule do którego też czytelnika, interesującego się tą kwestyą, odsyłam.

z rynologów spotyka się w swej praktyce z temi cierpieniami niesłychanie często. Ma więc do pewnego stopnia słuszność LERMOYER¹⁾, gdy, mówiąc o ropniach zatoki szczękowej górnej, wyraża się w sposób następujący: „*je veux vous entretenir d'une affection si fréquente qu'on pourrait dire qu'elle court les rues, et cependant souvent méconnue que bien peu de médecins se rappellent l'avoir rencontrée sur leur chemin*“.

Że ropnie zatok bocznych nosa są cierpieniem stosunkowo często, nie zawsze jednak rozpoznawanem, dowodzą z jednej strony dane statystyczne, oparte na materiale sekcyjnym [GRADENIEGO z Turynu np. na 100 przypadków w tym kierunku badanych 18 razy znajdował ropę w zatoce HIGHMOR'a; ja również w moich badaniach na trupach nad sondowaniem zatok bocznych nosa, od kilku lat przeprowadzonych, niezbyt rzadko spotykałem się z ropnem zajęciem przeważnie zatoki HIGHMOR'a]. Z drugiej zaś strony na korzyść tego twierdzenia mówią również i dane statystyczne co do chorych, cierpieniem tem dotkniętych. Taki SCHAEFFER, JURASZ, ZIEM, GRUENWALD i inni posiadają kolosalną ilość obserwacji ropni w zatokach bocznych nosa, bądź to HIGHMOR'a [ZIEM], bądź czołowych [JURASZ], bądź sitowych [GRUENWALD], bądź wreszcie klinowych [SCHAEFFER].

Zajmując się od kilku lat specjalnie zatokami bocznymi nosa, przyszedłem również do przekonania, że ropne ich zajęcia zdarzają się stosunkowo bardzo często. Wogóle mam zanotowanych [z lecznicowej, jakoteż i prywatnej praktyki] bardziej dokładnie 54 przypadków skrytych postaci empyematów zatok bocznych nosa²⁾, z tych zaś większość przypada na ostatni [1893] rok.

Jak już wspomniałem, ropnie zatoki HIGHMOR'a bez zaprzeczenia najczęściej się zdarzają. Na 54 przypadki ropnego zajęcia zatok bocznych nosa — 30 razy było ono umiejscowione jedynie tylko w zatoce szczękowej górnej, przyczem w 12 przypadkach było ono prawostronnem, w 13 lewostronnem, wreszcie 2 razy z obu stron. Również i inni autorowie najczęściej spostrzegali ropnie w zatokach HIGHMOR'a: KILLIAN np. podaje 40 przypadków tego cierpienia, LUBLIŃSKI 34, LICHTWITZ 31, KUCHENBECHER z kliniki prof. SIEBERMAN'a w Bazylei 29, CHIARI 28, MAC-DONALD 22 i t. d.. Ten ostatni autor przeważnie [bo 18 razy] widywał ropnie umiejscowione z lewej strony. Z moich, jakoteż innych spostrzeżeń, nie zdaje się, by lewa zatoka miała jakąś szczególną predylekcyę do tych spraw chorobowych. Dziwną wobec powyższych cyfr wydaje się statystyka doskonałego skąd inąd znawcy chorób nosa, prof. JURASZA z Heidelberga. Autor ten, posiadający bardzo pokaźną ilość obserwacji [22 przypadki] ropni zatok czołowych, empyematów zatoki HIGHMOR'a spostrzegał zaledwie 5 przypadków i to w ciągu lat 8 na przeszło 4000 chorych. Fakt ten jednak łatwo sobie objaśnić tem, że cyfry te odnoszą się do czasów dawniejszych [od 1882 — 1889], kiedy i mniej zwracano uwagi wogóle na te cierpienia i rozpoznawanie ich nie było jeszcze tak ła-

¹⁾ Diagnostic des abcès du sinus maxillaire. La semaine méd. 7. 1893.

²⁾ Wyłączone są tu klasyczne postaci tych cierpień, których kilka przypadków [przeważnie *empyema sinus frontalis*] spostrzegałem, jako też ostre przypadki.

twem. Wspomniałem już, że i większość moich przypadków ropni zatok bocznych nosa przypada na rok ostatni, wreszcie tenżesam JURASZ, jak dowodzi tego praca z jego kliniki, przez VAN LEYDEN'a w r. 1893 ogłoszona [Refer w *Centr. Centr. f. Laryng. etc.* 1894, № 1], w r. 1892 spostrzegął już 15 przypadków empyematów zatok HIGHMOR'a.

Jestem najmocniej przekonany, że przy staranniejszem badaniu chorych, cierpieniami nosa dotkniętych, przy większem uwzględnieniu objawów, przemawiających za przypuszczalnem zajęciem ropnem zatok bocznych nosa, przy częstszem wykonywaniu próbnego przekłucia wobec podejrzenia na zajęcie zatoki HIGHMOR'a, coraz częściej spotykać się będziemy z temi cierpieniami. Z powyższego wypływa już niezmierna doniosłość całego szeregu objawów, pozwalających na mniej lub więcej pewne rozpoznanie tych cierpień. Jedne z tych objawów są wspólne dla ropni wogóle zatok bocznych nosa, inne zaś mniej lub więcej są charakterystyczne dla zajęcia tej lub owej zatoki.

Zacznijmy od pierwszych, do których przedewszystkiem zaliczyć należy mniej lub więcej obfite ropienie nosowe. Objaw to niestykanie ważny, który zawsze lekarzowi powinien nasunąć myśl ropnego zajęcia zatok bocznych nosa, gdyż nawet przy skrytych postaciach tych cierpień, t. j. takich, w których brak wszelkich objawów, uważanych za typowe [jako to: obrzmień zewnętrznych, bólów i t. p.], szczegółowe badanie prawie zawsze wykrywa choćby ślad ropienia nosowego. Nie trzeba tylko zapominać, że niekoniecznie ropienie to musi być w przednim odcinku nosa, przeciwnie dość często, zwłaszcza przy ropniach w zatokach klinowych, sitowych, a nawet HIGHMOR'a, oraz czołowych [LICHTWITZ], w tych ostatnich zwykle, wskutek przeszkód ze strony przerośniętej mocno średniej muszli [przedniego jej końca], ropa spływa li tylko ku tyłowi, gdzie dopiero przy zastosowaniu rynoskopii tylnej odkrytą być może. Zapewne, że ropienia może nie być przy zatkanium otworów, za pomocą których zatoki boczne nosa komunikują z jamami nosowemi, bądź to polipami, bądź wogóle sprawami przerostowemi na błonie śluzowej w okolicy tych otworów, lecz wtedy występują inne objawy [ból i t. d.], pozwalające z łatwością cierpienie właściwe rozpoznać. Z drugiej zaś strony, mogą być ropienia innej natury, nie mające żadnego związku z zajęciem zatok bocznych nosa, że wymienię tu tylko syfilis, ciała obce i t. p, rozpoznanie jednak tych cierpień zazwyczaj nie przedstawia żadnych trudności. Widzimy więc z powyższego, że ropienie nosowe jest jednym z najpoważniejszych, gdyż najstałym objawem, nasuwającym podejrzenie na zajęcie ropne zatok bocznych nosa wogóle. Tem więcej, że ropienie to ma jeszcze pewne cechy odrębne, pozwalające je odróżnić od ropni, inne źródło mających. Do cech tych należy przedewszystkiem jego jednostronność. Jakkolwiek bowiem zdarzają się również ropnie z obu stron [ja np. na 54 przyp. spostrzegalem je 10 razy, a na 30 przyp. ropni w zatoce HIGHMOR'a — 5 razy; co się tyczy innych autorów, to KILLIAN na 40 — 4 razy, KUCHENBECKER 2 razy na 29 przypadków, JEANTY—4 na 24, MAC-DONALD 2 razy na 22 przyp., wreszcie o wiele częściej spostrzegali obustronne ropne zapalenie zatoki HIGHMOR'a, LICHTWITZ na 31 przypadków 12 razy, oraz LUBLIŃSKY z Berlina na 34 przyp. 13 razy], to

jednak nie ulega najmniejszej wątpliwości, że jednostronne zajęcie zatok sprawą chorobową zdarza się o wiele częściej, tak, że jednostronne ropienie z nosa może być do pewnego stopnia objawem charakterystycznym dla tych cierpień — tem więcej, że z rozpoznawaniem obustronnego zajęcia zatok bocznych nosa należy być ostrożnym. Zdarzyć się bowiem może, na co słusznie zwraca uwagę GRUENWALD, że ropienie będzie rzekomo obustronnem, gdy tymczasem rzeczywiście zajęcie zatoki jest jednostronnem. Następuje to w ten sposób, że ropa może spływać ku tyłowi [jamy nosogardzielowej], skąd przy oczyszczaniu bywa aspirowaną do zdrowej połowy jamy nosa.

Jeszcze ważniejszą cechą dla ropni, mających swe źródło w zajęciu zatok bocznych nosa, jest jego peryodyczność, mianowicie, a zwłaszcza przy zajęciu zatoki HIGHMOR'a, rano po przebudzeniu się, przy zmianie pozycji leżącej na siedzącą choreży wydzielają z nosa częstokroć olbrzymie ilości ropnej wydzieliny, co jest w związku ze zmianą w pozycji otworów komunikacyjnych zatok, która to komunikacja w tych warunkach występuje.

GRUENWALD, a następnie KILLIAN uważają objaw ten za bardzo charakterystyczny dla empyematów zatok HIGHMOR'a. Zapewne, jest to do pewnego stopnia słusznem, gdyż rzeczywiście przy zajęciu żadnej zatoki bocznej sprawą ropną nie mamy wogóle do czynienia z taką częstokroć ilością ropy, jak przy zajęciu zatoki HIGHMOR'a [OAKS]. Z drugiej jednak strony przy przepełnieniu zatoki szczękowej górnej ropą, ta wydzielać się będzie obficie przy każdej pozycji chorego i w każdej porze dnia; przytem nie zawsze ropienie jest w tych razach tak obfite, przeciwnie częstokroć w zatoce HIGHMOR'a ilość ropy jest dosyć małą.

Jeszcze na innego rodzaju peryodyczność w ropieniu przy tych cierpieniach zwraca uwagę GRUENWALD w najnowszej swej pracy o ropieniach nosowych: oto, sprawy te od czasu do czasu po krótszej lub dłuższej przerwie, podczas której ropienie może dochodzić do *minimum*, ulegają znacznym pogorszeniom, co zwykle bywa w związku z atmosferycznymi zmianami.

Co się tyczy charakteru samej ropy przy zajęciu zatok bocznych nosa, to bywa on niejednakowy: najczęściej mamy do czynienia ze zwykłą, mniej lub więcej gęstą ropą żółtą; czasami jednak, zwłaszcza, gdy jej mniej, lub przy zajęciu pewnych zatok [np. klinowych lub sitowych], może ona przedstawiać się pod postacią białawej, podobnej do zsiadłego mleka, wydzieliny. Zazwyczaj bywa mocno cuchnącą, charakterystycznego jednak zapachu nie zdaje się posiadać, choć BAYER i KUCHENBECKER podają dla ropy, pochodzącej z zatoki HIGHMOR'a, zapach starej ikry śledziowej. Częstokroć ropa, co zwłaszcza ma miejsce przy zajęciu zatok sitowych, oraz klinowej, wydziela się w małej ilości i ma tendencję do zasychania, *resp.* tworzenia strupów, stąd dość często przy ropniach zatok bocznych nosa spotykamy się z typowem, suchem, nieżytowem zajęciem błony śluzowej nosogardzieli i gardzieli (*rhinopharyngitis s. pharyngitis chr. sicca*). Czasami nawet mamy do czynienia z typową ozeną, o której w ostatnich czasach wiele bardzo, zupełnie przytem sprzecznych, wygłoszono poglądów, mianowicie: GRUENWALD, autor wielokrotnie cytowanej pracy o ropieniach nosowych, kategorycznie utrzymu-

je, że ozena nie jest bynajmniej jakąś sprawą chorobową odrębną, polegającą, jak dotąd powszechnie się przyjmowało, na nieżytowem, przewlekłym zajęciu jam nosowych z zanikiem błony śluzowej tych ostatnich, lecz że to jest po prostu objaw, który w większości przypadków zależnym jest od ropnych spraw w zatokach bocznych nosa. Śmiało to twierdzenie bynajmniej nie jest nowem; już bowiem przy schyłku XVII wieku VIEUSSENS, a także na początku XVIII [1722] REININGER wspominali o związku przyczynowym, zachodzącym między obiema temi sprawami chorobowemi. Również wzmiankę o tem znajdujemy u BORDENAVEA. W nowszych czasach teorię tę znowu wskrzesił MICHEL z Kolonii. Odtąd zaczyna sobie zyskiwać coraz więcej zwolenników, że wspomnę tu, oprócz GRUENWALD'a, gorącego jej rzecznika, GOODWILLE, THUDICHUM'a, HUNTER'a, MACKENZIE'go, ROBERTSON'a, przeważnie więc anglików, jakoteż ZIEME'a, GUY'a, LUC'a, DESPRÉS'a i wielu innych. Do poważnych natomiast przeciwników tej teorii należą przeważnie niemieccy autorowie [B. FRAENKEL, HARTMANN, SCHECH, wreszcie ZUCKERKANDL]. SCHAEFFER pierwszy przyczynowy ten związek uczynił prawdopodobnym „*ex juvantibus*“, t. j. przez wyleczenie uporczywej ozeny, uważanej, jak wiadomo powszechnie, dotąd za nieuleczalną, na drodze usunięcia ropnego zajęcia zatok bocznych nosa. GRUENWALD w ostatniej swej pracy przytacza takich przypadków trzy. SCHLESINGER natomiast w 3 przypadkach śmiertelnego kataru nosa przy przekłuciu próbnem nie znalazł ropy w zatokach HIGHMOR'a. Pytanie jednak, czy w kierunku zajęcia innych zatok były dostatecznie wykonywane badania. JURASZ wspomina o jednym przypadku ozeny, w którym po śmierci zatoki HIGHMOR'a okazały się wolnemi od sprawy ropnej.

Przedewszystkiem ważnem jest, zdaniem mojem, w tych razach szczegółowe badanie zatok klinowych, oraz sitowych, gdyż one to przeważnie bywają zajęte w przypadkach ozeny. Mnie osobiście pogląd GRUENWALD'a wydaje się dość prawdopodobnym, a to z powodów następujących: w kilku przypadkach ozeny spostrzegłem jednoczesne zajęcie zatok bocznych nosa sprawą ropną, mianowicie: 3 razy sitowych, a 2 razy HIGHMOR'a [przekłucie próbne].

Nad kwestyą tą w dalszym ciągu pracuję i wyniki tych badań w swoim czasie ogłoszę. Jakkolwiek sam dotąd nie byłem w stanie stwierdzić wyleczalności ozeny [co, podobnie jak i JURASZ, uważam za stanowczo możliwe] tą drogą, t. j. przez usunięcie cierpienia jam nosa, to jednak spostrzeżenia takich wiarogodnych autorów, jak powyżej wzmiankowani: SCHAEFFER, GRUENWALD, oraz inni, nie pozostawiają co do tego żadnej wątpliwości. Zdaniem mojem, owa przysłowiowa prawie niewyleczalność ozeny przestanie być postulatem, jeżeli zaczniemy uwzględniać leczenie przyczynowe. Bądź co bądź, sprawa to niezupełnie jeszcze wyświetlona i wymaga dalszych w tym kierunku badań. W kilku słowach wspomnę jeszcze o innych mniej ważnych objawach, wspólnych dla ropni zatok bocznych nosa, a więc o anosmii, którą GRUENWALD czyni po prostu zależną od obecności ropy w okolicy węchowej (*regio olfactoria*), motywuując swój pogląd tem, że w przypadkach zajęcia zatok bocznych z następczem ku tyłowi spływaniem ropy wydzielonej objawu tego nie spostrzegaliśmy, co zaś ważniejsza — tenże autor usuwał anosmię przez wyleczenie

ropni zatok nosa. Ja również w przypadkach swoich spostrzegałem dość często ten objaw, najczęściej stosunkowo przy zajęciu komórek sitowych.

Cacosmiam subjectivam spostrzegałem tylko raz jeden, również przy zajęciu komórek sitowych. Wreszcie niekiedy widywałem krwawienia z nosa (*epistaxis*), to ostatnie jednak może się zdarzać przy najprzeróżniejszych cierpieniach nosa i dlatego znaczenia większego mieć objaw ten nie może.

Nieco dłużej zastanowić mi się wypada nad kwestyą, będącą, podobnie jak i ozena, sporną jeszcze, często w ostatnich czasach roztrąsaną, mianowicie co do stosunku wzajemnego polipów oraz spraw przerostowych na muszlach nosa do ropni w zatokach bocznych nosa. Już WOAKES z Londynu utrzymywał, że sprawy te, mianowicie polipy, zależne są od zmian w komórkach sitowych („*necrosing etmoiditis*“). Pogląd ten w owe czasy napotkał energiczną opozycję, tymczasem obecnie w zmienionej nieco edycji gorąco wystąpił w obronie tej teorii GRUENWALD, który utrzymuje, że polipy, oraz przerosty muszel, są objawem wtórnym, zależnym od ustawicznego drażnienia błony śluzowej nosa przez ropę, wyciekającą z otworów komunikacyjnych zatok bocznych nosa. Pogląd ten znalazł zwolennika w osobie ROBERTSON'a. Większość jednak autorów dotąd jest przeciwną tej teorii [HAJEK, SCHECH i t. d.].

Inni autorowie przeciwnie sądzą, że polipy przez zatkanie otworów, łączących zatoki boczne z jamami nosa, wywołują t. zw. retencyjne ropienia [ZUCKERKANDL]. Wreszcie niektórzy [SCHAEFFER, BAYER] przyjmują polipy raz za przyczynę, drugi raz za następstwo spraw ropnych w zatokach bocznych nosa. Że między temi sprawami zachodzić musi jakiś przyczynowy związek i że wobec tego objaw ten przy rozpoznawaniu empyematów zatok nosa jest bardzo ważny, dowodzi fakt niezwykle częstej koincydencji obu tych spraw chorobowych. Już BAYER podaje ich wzajemny stosunek jak 1:4, HARTMANN zaś 1:3. Ja na 54 przypadków ropni zatok w 26, a więc prawie w połowie przypadków, spostrzegałem polipy, w pozostałych zaś po większej części mniej lub więcej znaczne przerosty muszel ¹⁾. Najczęściej kombinacje te spotykałem przy zajęciu zatoki HIGHMOR'a [na 30 przyp. 14 razy], toż samo KUCHENBECKER i KILLIAN [na 40 przyp. 12 razy polipy, a 14 — przerosty muszel polipowate], MAC-DONALD [na 22 przypadki 10 razy]. Również często spostrzegałem te sprawy przy kombinowanych ropniach zatok [na 8 przypadków 5 razy; GRUENWALD na 33 przyp. 11 razy], co sobie tłómaczę tem, że w moich przypadkach jedną z zatok zajętych sprawą ropną była szczękowa górna. Stosunkowo również dość często widywałem polipy przy zajęciu komórek sitowych [na 6 przyp. 4 razy], o wiele natomiast rzadziej przy ropniach zatok czołowych [na 9 przyp. tylko 3 razy], w jedynym niekombinowanym przypadku ropnia zatoki klinowej, jaki miałem sposobność spostrzegać, polipów nie było; GRUENWALD również jest zdania, że sprawy te najrzadziej

¹⁾ KAFEMANN z Królewca w najnowszej swej pracy (Sur la coëxistence de diverses tumeurs dans les fosses nasales et dans le pharynx. Rev. int. de Lar. 23. 1893), wspomina, że na 15 przypadków guzów [polipów], później lat 16, spotykał albo zajęcie zatok ropne, albo *caries*.

przy zajęciu zatok klinowych występują, z czem jednak nie zgadza się SCHAEFFER, największa powaga w tej kwestyi.

Że polipy, oraz sprawy przerostowe na muszlach nie stanowią przypadkowego powikłania przy sprawach ropnych w zatokach nosa, o tem, podobnie jak GRUENWALD, ani chwili nie wątpię. Przeciwnie skłaniam się do poglądu tego autora, że sprawy te są po prostu następstwem stałego drażnienia błony śluzowej w okolicy otworów komunikacyjnych przez ropę, ustawicznie wydzielającą się z tych ostatnich. Do tego poglądu skłaniają mnie następujące dane: przy jednostronnych empyematach widywałem polipy [lub polipowate muszle] tylko z jednej — mianowicie tej samej strony, i tak na 26 przypadków ropni powstałych obecnością polipów nosa, z prawej strony widziałem ich 9 razy, z lewej strony 14, wreszcie 3 razy jednocześnie z obu stron istniały obie te sprawy chorobowe. Z drugiej zaś strony nie zawsze przy zatkaniach polipami otworów zatok bocznych nosa spostrzegamy ropne zajęcie tych zatok, wbrew zwolennikom t. zw. retencyjnych ropni.

Do pewnego stopnia i umiejscowienie polipów nosa przemawia za ich pochodzeniem wtórnem, gdyż, jak to powyżej wykazałem na cyfrach, polipy najczęściej występują przy empyematach zatoki HIGHMOR'a, same zaś najczęściej biorą początek z dolnej wargi szczeliny półksiężycowatej (*hiatus semilunaris*), t. j. z t. zw. *processus uncinatus*. Wielce więc jest prawdopodobnem, że błona śluzowa, pokrywająca ten wyrostek, wskutek ustawicznego drażnienia ze strony ściekającej przez *ostium verum antri Highmori*, położonego nieco powyżej, ulega stopniowemu przerostowi, wytwarzając w końcu typowy polip nosowy. Bardzo również przekonywającym jest fakt wytwarzania się polipów w przebiegu empyematów zatok bocznych nosa, fakt, stwierdzony między innymi przez GRUENWALD'a. Autor ten zwraca uwagę na niezwykle późne w większości przypadków występowanie polipów nosa, co może do pewnego stopnia tłómaczyć to, że nie we wszystkich jednak przypadkach ropni w zatokach bocznych nosa znajdujemy polipy; po prostu nie miały one jeszcze czasu wytworzyć się [częstokroć do tego potrzeba znacznego przeciągu czasu 10—20 lat].

Jednak najważniejszym, najbardziej przekonywającym jest fakt, że uporczywe stale recydujące polipy dopiero skutecznie wyleczone zostawały przez usunięcie przyczyny ich wywołującej, t. j. przez wyleczenie empyematu tej lub owej zatoki nosa. Takich przypadków przytacza GRUENWALD 10, ja również mam ich kilka [3] do zanotowania. [C. d. n.]

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

24. Prof. Kisch [Praga-Marienbad]. Przyczynek do nauki o workach jajowodowych.

Nazwę tę noszą takie cierpienia jajowodów, które wywołują rozszerzenie się narządu i utworzenie się jakby worka, zawierającego płyn

surowicy (*hydrosalpinx*), krew (*haematosalpinx*) lub ropę (*pyosalpinx*). Przyczyną tych zmian są najrozmaitsze przeszkody mechaniczne oraz sprawy zapalne macicy i jej części dodatkowych. Według L. LANDAU'a, mięśniaki macicy, znajdujące się w pobliżu ujścia jajowodów lub między więzami [te ostatnie przemieszczają jajowody ku górze], wywołują ucisk ich naczyń, co pociąga za sobą zastój i wysięk w tych narządach z następczem utworzeniem się worków bez pierwotnych zmian patologicznych w ścianach jajowodu.

Rozpoznaje się to cierpienie przez wymacywanie sprężystego, napiętego, podłużnego, walcowatego, lub w postaci kielbasy, worka, znajdującego się w dole DOUGLAS'a, bezpośrednio po za macicą i przylegającego do niej ściśle lub oddzielonego za pomocą brzojdy. Worki te, często obustronne, niekiedy są bardzo bolesne. W celu rozpoznania należy dwuręcznie wymacać macicę i jej części dodatkowe przez pochwę, jak również i przez odbytnicę, co nie rzadko możliwe jest jedynie po zachloroformowaniu chorej. Często przy najdokładniejszym badaniu nie można orzec, o ile w wyczuwających się guzach bolesnych przyjmują udział jajowody, jajniki, wysięki okołomacicze więzy rzekome lub nowotwory. Chore skarżą się na uczucie ucisku na pęcherz i odbytnicę, na parcie na mocz i zaparcie stolca, na bóle promieniujące w kierunku kości krzyżowej, bioder i kończyn dolnych, wreszcie na osłabienie przy chodzeniu i staniu dłuższem. Czasami występują napady kolki, przy czem najsilniejszy ból umiejscawia się w okolicy jajowodów; najczęściej bywają silne krwotoki maciczne wraz z potężnymi bólami, miesięczkowanie obfite i znacznie przedłużające się.

L. LANDAU podaje następujące dwa objawy charakterystyczne dla worków jajowodowych: 1-o przy usiłowaniu odsunięcia ku tyłowi macicy przodozgiętej doznaje się uczucia, jak gdyby była przyciśnięta przez podkładkę sprężystą do spojenia na podobieństwo poduszki powietrznej lub wodnej; jeżeli się usuwa rękę, odpychającą macicę ku tyłowi, wtedy narząd wraca na swe miejsce w sposób charakterystyczny; 2-o czasem przez wyciśnięcie zawartości jajowodów do macicy można się przekonać o rodzaju płynu, zawartego w jajowodach.

MARTIN rozpoznaje tylko wtedy cierpienie jajowodu, jeżeli wyczuje zgrubienie odcinka jego, przylegającego do rogu macicy.

Autor opisuje przypadek obustronnego worka [z jednej strony *haematosalpinx*, a z drugiej *pyosalpinx*], dotyczący 39-letniej wdowy, nie rozpoznany za życia z powodu zbyt grubych ścian brzucha i niemożliwości należytego zbadania chorej z przyczyn od autora niezależnych. Zapalenie otrzewnej wskutek pęknięcia worka jajowodu, wypełnionego ropą, przypawiło chorą o zgubę. W macicy znaleziono małe mięśniaki, które mogły być przyczyną utworzenia się worków.

(Berl. kl. Woch. Nr. 7. 1894).

J. Weisblat.

25. Prof. Pel. [Amsterdam]. Guz duży mózgu bez bólu głowy, bez wymiotów i bez zmian na dnie oka. Usunięcie guza.

46-letnia osoba przed 2 laty poczuła drętwienie w palcach prawej ręki, a wkrótce osłabienie, z razu ich, a następnie przedramienia i ramienia pra-

wego; po roku chora zaczęła powłóczyć kończyną dolną prawą, tracić pamięć i bez powodu często płakała. Do tego przyłączyły się następnie drgawki w prawej połowie ciała z niezupełną utratą przytomności i zaburzenia mowy.

Przyczyna choroby niewiadoma: uraz, przymiot i otrucie wysokokowe dały się wyłączyć. Nigdy nie doświadczała bólów lub zawrotów głowy. Widzi i słyszy dobrze. Badanie chorej wykazało: czaszka przy opukiwaniu niebolesna; niedowład nerwu twarzowego prawego; ruchy oka i wrażliwość źrenic prawidłowe; na dnie oka żadnych zmian [brak brodawki zastoinowej]; słuch, powonienie i smak prawidłowe; język zbacza w stronę prawą; mowa nieco jednostajna, czasem wyraźna parafazyja; aleksya i niezrozumienie przeczytanego; pisać nie może wskutek bezwładu prawej ręki. Bezwład prawego ramienia z niewielką kontrakturą w łokciu obok znacznego zaniku prawie wszystkich mięśni kończyny górnej prawej. Zmysł mięśniowy zachowany. Od czasu do czasu występują drgawki kloniczne w ręce prawej, które następnie przenoszą się na prawą połowę twarzy i na nogę. Niedowład prawej nogi, powłóczenie jej; zanik mięśni w słabym stopniu; odruchy skórne ze strony prawej zmniejszone, odruchy zaś ścięgien z tejże strony wzmożone; wyraźny *clonus* stopy lewej. W klinice miała 4 razy napady drgawek przypominających epileptyczne w prawej połowie ciała, podczas tego przytomność była zachowana. Pomimo braku tak ważnych objawów, jak: bólu głowy, brodawki zastoinowej, zawrotów głowy, nudności i wymiotów, PÉL rozpoznał obecność guza w okolicy lewych zawojów centralnych i poprosił prof. KORTWEG'a o zrobienie trepanacji.

Po otworzeniu czaszki na wysokości lewego ośrodka kończyny górnej i po przecięciu opony twardej znaleziono guz duży (*lympho-fibroma*) tylko zrosnięty z oponami, ściśle odgraniczony od istoty mózgowej, która przez guz była tylko uciśniętą i odsuniętą. Chora zmarła zaraz po operacji.

(Berl. kl. Woch. Nr. 5. 1894).

J. Weisblat.

26. M. Sānger. Przyczynek do etyologii i leczenia operacyjnego zapalenia sromu z uporczywym swędzeniem (*vulvitis pruriginosa*).

Swędzeniem sromu nazywa się neuroza, towarzysząca rozmaitym postaciom zapalenia skóry i zakończeń nerwów czuciowych sromu i łechtaczki. Nazywa więc „*pruritus vulvae*“, ogólnie używana, jako oznaczająca jeden zaledwie z objawów zapalenia sromu, nie jest zupełnie odpowiednią dla określenia tego cierpienia, a właściwiej było by nazwać je: „*dermato-neuritis vulvae pruriginosa*“ albo krócej jeszcze: „*vulvitis pruriginosa*“. Nie należy jednak przypuszczać, aby cierpienie to było w jakiejkolwiek zależności od prawdziwej świerzbiączki (*prurigo*), która, stanowiąc chorobę skórną ogólną, właściwą wiekowi dziecięcemu, nie pojawia się u dorosłych jako cierpienie tylko do skóry sromu się ograniczające. Prócz tego należy cierpienie to odróżniać od t. zw. *kraurosis vulvae* BREISKY'ego. Jest to przerost skóry, przechodzący następnie w zanik i sklerozę, a jak się SAENGER wyraża: zanik postępowy przedstarczy i starczy sromu z pachydermią. Zwykle swędzenia sromu niema przy tem cierpieniu i dlatego istnieje przypuszczenie [ORTHMANN], że zakończenia nerwów czucio-

wych tu nie zostają dotknięte. Opisywane zaś przypadki *kraurosis vulvae* ze swędzeniem sromu należy pochylić za postacię mieszaną *kraurosis vulvae* z *vulvitis pruriginosa*.

Według SAENGER'a, niema długotrwałego swędzenia sromu bez cierpienia skórniego. *Corium* i zakończenia nerwów zawsze są jednocześnie dotknięte i dlatego nie przyjmuje on istnienia neurozy idyopatycznej lub postaci esencjonalnej, ograniczającej się li tylko do zakończeń nerwowych. Jest to więc cierpienie miejscowe sromu, powstające wskutek podziałości pewnych wewnętrznych, a głównie zewnętrznych szkodliwości, które dosięgają zakończeń nerwów i dopiero następnie do sprawy chorobowej je wciągają. Do przyczyn wewnętrznych (*endogen*) zaliczyć należy niektóre sprawy patologiczne, jak: *icterus*, *nephritis chronica*, *diabetes mellitus* i zatrucia pewne [alkoholowe, morfiną, jodoformem], które, wywołując z początku swędzenie, zaczerwienienie lub pokrzywkę, prowadzą wreszcie, pod wpływem szkodliwości zewnętrznych [tarcie, drapanie i t. d.], do przewlekłego zapalenia sromu ze swędzeniem (*vulvitis pruriginosa chronica*). Przekrwienie zastoinowe w żyłach sromnych, w żyłach hemoroidalnych i w żyłach splotu żylnego (*plexus pampiniformis*), towarzyszące wadom serca, ciąży i hemoroidom, a także tyłozgięciu macicy i guzom jej, może również niekiedy wywołać zapalenie sromu ze swędzeniem. Niektóre wysypki skórne krwiopochodne, jak: *erythema*, *urticaria*, *herpes* i pewne postacię pryszczycy wywołują zapalenie brodawek skórnych i zakończeń nerwów czuciowych. Niedawno SAENGER podał jako przyczynę pewnych chorób skórnych, a między nimi tak zwanego *pruritus senilis*, „wzmoczone gnicie kiszkowe“ z przejściem trujących leukomain do krwi.

Przyczyny zewnętrzne (*exogen*) swędzenia sromu bywają: 1) wydzielniczo-chemiczne: *hyperhidrosis*, *soeborrhoea*, moczu prawidłowy i nieprawidłowy [diabetyczny, ropny, amoniakalny, przesycony kwasem moczowym], zanieczyszczający części sromne, wydzieliny sromu, pochwy i macicy przy tryprze, katarze, polipach, raku i t. d., wydzielina kiszki prostej przy guzach hemoroidalnych 2) pasożytnicze: *morpiones*, *pediculi*, *oxyuris vermicularis*, *leptothrix*, *leptomitus*, *oidium albicans*, *micrococcus ureae*, *bacterium ureae*, *gonococcus*, *bacillus smegmae*, bakterye gnilne, rozmaite mikroby skóry i pochwy, streptokoki i stafylokoki, 3) mechaniczne: *masturbatio*, nadmierne mycie i tarcie, szczególnie brudną gąbką, drapanie i t. d., 4) termiczne: *pruritus aestivus* i *hiemalis*.

Swędzenie sromu daje się usunąć po największej części środkami, skierowanymi na przyczynę cierpienia i działającymi zewnętrznie, bezpośrednio na skórę sromu. Bywają jednak przypadki nadzwyczaj gwałtowne i uporczywe, które nie poddają się w żaden sposób leczeniu tego rodzaju, a wymagają postępowania radykalniejszego. Wtedy nie pozostaje nic innego, jak usunięcie krwawe tych części sromu, które sprawą chorobową są zajęte. Od czasu SCHROEDER'a, który wykonał i opisał 5 przypadków częściowego wycięcia sromu, operacya ta małe dotychczas znalazła zastosowanie. Całkowitego wycięcia sromu dokonano dotychczas za ledwie w dwu przypadkach swędzenia sromu [MARTIN]. Zalecając tę operacyę, autor opisuje szczegółowo dwa przypadki

całkowitego wycięcia sromu, które z powodu *vulvitis pruriginosa* wykonał w ostatnich czasach z bardzo dobrym skutkiem. Operacja jest plastyczna. Wycięte części miękkie [wargi większe, mniejsze, żołądź lechtaczki] pod postacią pasków szerokiego w kształcie podłużnej obrączki, zastępuje się skórą obwodową, którą za pomocą licznych szwów naciąga się ku środkowi. Często z operacją tą łączy się *perineorrhaphia*. Szczegółowy opis operacji wraz z rysunkami znajdzie czytelnik w oryginale. Operacja jest łatwa do wykonania. W przypadkach autora przy usuwaniu lechtaczki krwawienie było zadziwiająco nieznaczne.

Wnioski autora w sprawie operacyjnego leczenia swędzenia szromu są następujące:

1) Operacja częściowego lub całkowitego wycięcia sromu jest zupełnie usprawiedliwiona i w przewlekłym zapaleniu swierzbiączkowym sromu, w inny sposób nie dającym się wyleczyć, powinna częściej znaleźć zastosowanie.

2) Wycięcie żołądź lechtaczki, jako też jej fałd, nie powinno, zwłaszcza u kobiet starszych, wywołać skrupułów, albowiem zakończenia nerwowe tych części wskutek choroby utraciły swoją specyficzną pobudliwość.

3) U osób młodszych, jako też przy cierpieniu ograniczonym, należy spróbować, czy wycięcie częściowe nie wystarczy.

4) U osób starszych i przy cierpieniu rozlanem należy zawsze wyciąć srom całkowicie i przez odpowiednią operację plastyczną brak stąd powstały uzupełnić.

(*Centrblatt f. Gynäkologie*. 1894. Nr. 7).

M. Zweigbaum.

WARSZAWSKIE TOWARZYSTWO LEKARSKIE.

Posiedzenie kliniczne z d. 6. II. 1894 r.

NEUGEBAUER przedstawia: 1) Płód poroniony *in intacto amnione*. Od chwili kohabitacji dnia 7. XI. 1893 r., upłynęło dni 45 do ewakuacji jaja, która nastąpiła po 3-dniowym krwawieniu. Ewakuację kol. N. dokończył przy pomocy narzędzi. 2) Macicę amputowaną po dokonaniu cesarskiego cięcia przez kolegów SOLMANA i NEUGEBAUERA w szpitalu Ś-go Duchy dnia 8 stycznia 1894 roku. 3) Macicę amputowaną w 24 godzin po pęknięciu podczas porodu. Pęknięcie nastąpiło dnia 5 lutego o 11—12 godz. na berlinie na Wiśle, podczas obrotu, dokonanego przez jednego z kolegów przy położeniu poprzecznym o wypadniętej ręczce; operację cięcia brzuszno N. wykonał dnia 6 lutego o godzinie 3 po południu w oddziale swoim w szpitalu Ewangelickim. Wylew krwi obfity w jamie brzusznej, meteoryzm niezbyt wielki, macica doskonale skórczona, twarda, jak kamień. Chełbotanie wyraźne w brzuchu; dopiero badanie wewnętrzne, spowodowane anamnezą i t. d., wyjaśniło obecność pęknięcia podłużnego, sięgającego ku górze prawie do samego dna macicy, ku dołowi zaś do samego prawie sklepienia pochwy. Pęknięcie na ścianie tylnej macicy, skomplikowane przez naddarcia boczne

ust macicznych. Tętno przed operacją 160, po operacji 140. Wymiotów dotąd nie było, samowiedza zachowana od samego początku porodu dotąd stale. Dziecko żyje. 4) Macicę o zwyrodnieniu rakowatym po ekstyrpacji, dokonanej w oddziale, w szpitalu Ewangelickim. Chora zmarła wskutek *occlusionis intestinorum ex peritonitide* na 7 dzień po operacji przy zachowaniu zupełnej przytomności, aż do ostatniej chwili przy prawidłowej ciepłocie, która [ani razu] nie przekraczała $+ 37,4^{\circ} \text{C}$. 5) Kartofel, używany przez pacjentkę starozakonną jako pelota w połączeniu z płóciennym paskiem przeciw przepuklinie. (*Autoreferat*).

RABEK przedstawił dziecko roczne, u którego na przedniej powierzchni klatki piersiowej i na brzuchu widać znaczne rozszerzenie żył podskórnych; rozszerzenie to prawdopodobnie zależnym jest od przeszkody w krążeniu żyły czczej górnej.

OLETUSZEWSKI przedstawił dwa przypadki zbożeń funkcji mózgu przy mowie. Pierwszy przypadek dotyczył niemoty wrodzonej funkcjonalnej u Abrama P., 7 lat liczącego. Dziecko to od urodzenia nie mówiło i do 2 roku przedstawiało iuteligencję właściwą temu wiekowi. Przy końcu 2 roku malec przebył *hydrocephalus acutus*, w następstwie zaś miewał od czasu do czasu drgawki aż do 4 roku. Chorego leczył stale kol. ALTKAUER i przypadek ten skierował do kol. O. Malca tego widział kol. O. po raz pierwszy w marcu zeszłego roku i znalazł stan następujący: dziecko bardzo mało inteligentne, wszystkie ruchy wykonywa bardzo niezgrabnie: z trudnością np. uczy się kłaniać, witać, pomagać przy ubieraniu i t. d.. Pomimo oddechania ustami, kol. O. nie znalazł wyrosłych adenoidalnych. Malec robił wrażenie dziecka w wysokim stopniu głupowatego, a nawet przez rodziców uważany był za idyotę. Mały pacjent rozumiał mowę, samodzielnie jednak nic nie mógł mówić. Po 2½ miesięcznym leczeniu zaczął powtarzać wszystkie głoski z wyjątkiem *r i ł*, sylaby, znaczną ilość wyrazów, a nawet kilkadziesiąt wyrazów mógł samodzielnie mówić. Malec wyjechał na lato do Ciechocinka i pomimo zalecania, aby rodzice po powrocie rozpoczętą kurację ukończyli, przedstawił się dopiero obecnie, to jest prawie po roku. Obecnie stan jego znakomicie wyróżnia się od stanu poprzedniego. Dziecko rozwinęło się pod względem intelektualnym, a głupowaty wyraz twarzy znakomicie się zmniejszył. Chłopczyk mówi prawie wszystko, trudniejsze jednak wyrazy przekręca, to jest: przedstawia rodzaj bełkotania obwodowego, zależnego od braku wprawy w organach artykulacji, mającego miejsce czasowo i w warunkach fizjologicznych u każdego dziecka, które zaczyna się uczyć mówić. Usunięcie tego obwodowego bełkotania przedstawia już daleko mniejsze trudności, aniżeli leczenie niemoty i przy odpowiedniej opiece lekarskiej dziecko to ma wszelką szansę mówienia prawidłowo. Jako moment etyologiczny w tym przypadku kol. O. przypuszcza przebyte cierpienia mózgowie. Nie pozostawiły one wprawdzie wyraźnych śladów organicznych, upośledziły jednak odżywianie kory mózgowej do stopnia dostatecznego, aby rozwój ośrodka ruchowego mowy i jego połączeń z ośrodkami: ideacy i słuchowym, powstrzymać.

Drugi przypadek dotyczył Józefa Ł., 11 liczącego, przedstawiającego ogólne funkcyjne bełkotanie ośrodkowego pochodzenia, łącznie z organicznym obwodowym. Jest on najmłodszy z rodziny, składającej się z 4 dzieci prawidłowo mówiących. W dzieciństwie przebywał *rhachitis*, czego ślady na kośćcu pozostały dotychczas. Zaczął chodzić dopiero w 7, a mówić w 4 roku. Mowa od samego początku była niezrozumiała. Od 7 lat ma wyciek ropny z obu uszu (*otitis chronica*), słyszy jednak stosunkowo dobrze. Przed dwoma laty i przed rokiem miał kilkakrotnie drgawki, wedle słów otoczenia, wskutek niestrawności. Na pierwszy rzut oka uderza głowa dużych rozmiarów. Błady, źle odżywiony. Nieprawidłowa budowa szczęk polega na wysunięciu szczęki dolnej i bardzo dużej luce pomiędzy nieschodzącymi się ku przodowi szczękami. W jamie ustnej brak z obu stron bocznych zębów. W jamie nosogardzielowej nie znaleziono wyrostki adenoidalnych. Mowa samodzielna dziecka zupełnie jest niezrozumiała [hotentotyzm]. W omawianym przypadku bełkotanie obwodowe dotyczyło głosek: *f, w, s, i* od niej pochodnych: *z, sz, ż, c dz, dż, i* zależnym było od zmian organicznych w szczękach, bełkotanie zaś ośrodkowe pochodziło od niewłaściwego układania pozostałych głosek [oddzielnie prawidłowo wymiawianych] w sylaby i wyrazy. Niewłaściwe układanie sylab w wyrazy miało miejsce już przy powtarzaniu wyrazów i zdań, najwyższego jednak stopnia osiągało przy samodzielnej mowie dziecka, wyrazy wówczas zostawały najkompletniej zniepodobnione. Tak *np.* *pota* miało oznaczać *barszcz*, *eski* — *pierogi*, *na* — *kupił*, *alita* — *kalendarz* i t. d. I w tym przypadku jako przyczynę ośrodkowego bełkotania przypuszcza OŁTUSZEWSKI pewnego rodzaju upośledzenie w odżywianiu kory mózgowej, gdyż, jak wiadomo z rozwoju ośrodków mowy i dróg ich łączących, doskonałą się one równolegle z wzrostem inteligencji. Niemota wrodzona funkcyjnalna podobna jest do bełkotania ośrodkowego funkcyjnalnego, gdyż w obu razach istnieją prawidłowe obrazy w ośrodku słuchowym, wyróżnia się jednak od niej tem, że zależy od nieprawidłowego używania dróg, idących od ośrodka słuchowego do prawidłowo funkcyjnującego ośrodka ruchowego mowy. O. ma zamiar poddać leczeniu małego hotentotę i wynik leczniczy Towarzystwu zakomunikować. (*Autoreferat*).

MIKOŁAJ BRUNER wygłosił odczyt p. t. „O dynamomachinach w medycynie“ Po wstępnem wyjaśnieniu przyczyn, dla których w Towarzystwie prelegent podnosi głos w kwestyi dynamomachin i ich zastosowania do celów lekarskich, B. nadmienia, że już przeć 20-tu laty przedstawił maszynę dynamo-elektryczną SIEMENS'a i HALSKE'go, którą pierwszy w celach leczniczych zastosował zamiast znanych nam, a po dziś dzień używanych przyrządów indukcyjnych. Od tego czasu B. nosił się z myślą zastosowania dynamomachin do otrzymania strumienia ciągłego w celu usunięcia z praktyki t. zw. baterji galwanicznych, wiele niedogodności w tym kierunku przedstawiających. Brak stacyi centralnej dla produkowania elektryczności, z którejby lekarz w odpowiedni sposób mógł korzystać, jak przeciętny konsument z dostarczonego nam do mieszkań gazu, skłonił prelegenta do zajęcia się dynamomachi-

nami. Dziś, po trzyletniej w tym duchu pracy, jest w stanie przedstawić otrzymany rezultat, który, o ile się zdaje, w zupełności czyni zadość potrzebom lekarzy. Po tym wstępie B. objaśnił, że wszelkie przyrządy, za pomocą których ruch, t. j. pracę mechaniczną zamienić można na energię elektryczną lub na odwrót, stanowią t. zw. dynamomachiny lub elektromotory. Podstawą dla budowy obu rodzajów tych maszyn jest odkrycie elektromagnetycznych i elektrodynamicznych działań pomiędzy prądami galwanicznymi i magnesami z jednej strony, z drugiej zaś pomiędzy indukcją magnetyczną i prądami.

W roku 1832 PIRN zbudował pierwszą maszynę magneto-elektryczną, a SAXTON jej prądy zmienne zamienił na jednokierunkowe przez zastosowanie komutatora. Po małego znaczenia zmianach, we wspomnianej maszynie dokonanych przez różnych fizyków i mechaników, dopiero STOEHRER'owi udało się zbudować dobrą magneto-elektryczną maszynę, która stała się później niejako podstawą do budowy maszyn wielkich rozmiarów, urządzonych przez NOLLET'a HOLMES'a, LONXIN'a i innych i posiadających już pewne znaczenie w technice. Rzeczywista zasługa w konstrukcyi tych maszyn należy się SIEMENS'owi, który wynalazł i wprowadził zbroję cylindryczną [*Doppelt T Anker*), którą prelegent obecnym przedstawił. Zbroja ta umieszczoną jest między nóżkami magnesów w odpowiednim cyrklastem wycięciu w bliskości ich końców; ma ona dotychczas obszerne zastosowanie. ANTONIO PACINOTTI we Włoszech, TEOFIL GRAUNNE w Paryżu prawie jednocześnie w końcu 1860 r. kolosalne robią odkrycie; przedstawiając swoją armaturę pierścieniową (*Ringanker*). Nieco co już spóźniony czyni to samo KRAVOGL w Innsbruku w parę miesięcy później. H. HILDE, fizyk w Manchestrze, wystawił pierwszą maszynę na wystawie Paryskiej w r. 1867, w której magnesy stałe użyte zostały jedynie w celu pobudzenia ich prądem elektromagnesów tejże maszyny. WERNER SIEMENS zaś był pierwszym twórcą dynamomachiny zupełnie wolnej od wszelkich magnesów trwałych, zbudowanej na zasadzie obmyślanej przez niego zasady dynamicznej. Zauważył on bowiem, że każdy kawałek żelaza w naturze posiada jakiś ślad magnetyzmu naturalnego, który już posłużyć może do wywołania słabego prądu w cewkach elektromagnesów. Im prędzej obracać się będzie armatura między biegunami indukujących elektromagnesów, co znów jest w zależności od dynamicznej lub mechanicznej siły użytej do obrotu armatury, tem prąd wzbudzony będzie silniejszy. Dla tego też SIEMENS maszyny te nazwał dynamoelektrycznymi czyli dynamomachinami. Odkrycie to prawie jednocześnie na innej drodze zrobione też zostało przez WHEATSTON'a i dziwnem zbiegiem okoliczności na jednym posiedzeniu Royal Society w Londynie 14 lutego 1867 r. jednocześnie przez obu wynalazców przedstawione. Najpierwsza na tej zasadzie zbudowana przez SIEMENS'a maszyna opatrzona była jego armaturą cylindryczną, a w cztery tygodnie później LADD zbudował maszynę z dwiema takimi armaturami, z których jedna służyła do wprowadzenia wywołanego prądu do elektromagnesów, gdy druga prąd wzbudzony pierwszą na zewnątrz wyprowadzała.

W r. 1872 inżynier HEFACZ ALTENECK wynalazł armaturę bębnową (*Trommelanker*), formą zbliżoną do Siemensowskiej, która wyzyskuje całe pole magnetyczne na korzyść czynnego prądu. W r. 1873 SIEMENS zbudował arcydowcipną machinkę dynamoelektryczną, którą w parę miesięcy później już M. B. przedstawił w naszym Towarzystwie w myśl zastosowania jej do celów lekarskich.

W ciągu dwóch następnych dziesięcioleci, skutkiem wprowadzania do elektrotechniki idei FARADAY'a, a rozwiniętej przez MAXWILL'a nauki o liniach magnetycznych, następuje szalony postęp w budowie dynamomachin. Od tej pory budowane maszyny są obliczone najprzód i wielkość zredukowana do *minimum*, a przyczyniają się do tego tacy ludzie, jak: FERRARIS, SIEMENS i HALSKE, FROEHLICH, DOLIVO-DOBROWOLSKY, BRANDLEY, SILVANUS THOMPSON i inni.

Dalej B. mówił o t. zw. jednostce magnetycznej i o polu magnetycznym. Według systemu CGS, którego podstawę stanowi gram jako miara wagi, centymetr—jednostka długości i sekunda—jednostka czasu. Jednostkę magnetyczną posiada ten biegun, który takż z nim jednoimienny, znajdujący się w odległości jednego centymetra, odpycha z siłą 1 dyny. Dynę zaś, czyli jednostkę siły, przedstawia ta siła, która 1-mu gramowi w czasie jednej sekundy nadaje prędkość jednego centymetra. Ilość jednostek magnetycznych na centymetrze powierzchni biegunowej stanowi gęstość powierzchni magnetycznej; miękkie żelazo może posiadać na powierzchni 1-go centymetra do 1,700 tych jednostek, gdy stal najwyżej do 500.

Dziś owe jednostki powierzchni magnetycznej zastąpiono pojęciem linii magnetycznych, z niej wychodzących w powietrze lub metal. Przestrzeń zaś, zajęta przez wychodzące i wchodzące napowrót linie magnetyczne, stanowi pole magnetyczne danego magnesu, a ilość linii magnetycznych na cm^2 jest siłą pola. Ilość zaś tychże linii dla materiału, w który one wnikają, nazywa się indukcyą, przenikaniem, wewnętrznem magnesowaniem, a ta się zwiększa stosownie do materiału przenikliwszego od powietrza.

Nakoniec prelegent wspomniał o sile magnetomotorycznej, która jest proporcjonalną do siły prądu magnetyzującego i ilości zwojów, owinięte elektromagnesu stanowiących. W dalszym ciągu przeszedł mówca do opisu dynamomachiny i jej części składowych, mianowicie wytwarzających pole magnetyczne, czyli elektromagnesów i części indukujących, t. j. armatury.

Pierwsze, t. j. magnesy polowe, składają się z jąder żelaznych i ich owinięcia. Jądro rozpada się na jądro właściwe i jego części końcowe, które są rozszerzone w celu objęcia, o ile możności, na największej przestrzeni między niemi, obracającej się armatury. Zwykle stanowią one jedną całość, odlaną lub odkutą z jak najmiększego żelaza szwedzkiego.

Do owinięcia służą blachy, sztaby, druty grube lub cienkie, zawsze doskonale izolowane. Starają się zawsze o to, by maszyna posiadała największą masę żelaza, najmniejszą zaś miedzi.

Forma elektromagnesów bywa najrozmaitszą, co zależy od względów fa-

brykanta; jedyna zasada, aby armatura bez względu na jej rodzaj, o ile możliwości, była objęta elektromagnesami.

Drugą częścią składową jest armatura [induktor], a ta stosownie do formy bywa pierścieniową, bębnową, taflową, kulistą, wreszcie gwiazdistą. Składa się ona z jądra żelaznego i owinięcia; w wyjątkowych razach jądro bywa drewniane.

W tem miejscu na odpowiednich rysunkach B. uwydatnił przebieg linii magnetycznych zarówno przy armaturze o jądrze drewnianem, jak i żelaznem, wykazawszy, że w pierwszym razie pole magnetyczne jest jednostajne, linie magnetyczne proste i względem siebie równoległe. W drugim razie pole magnetyczne zupełnie inny przebieg linii przedstawia i przede wszystkim w jądrze żelaznem następuje zagęszczanie linii magnetycznych, co stanowi nader korzystny wpływ żelaznego pierścienia armatury, albowiem ilość linii przez każdy zwój armatury przeciętych jest bardzo wielka, mianowicie pomiędzy końcami rozszerzeń biegunowych.

Ponieważ armatura składa się z pierścienia żelaznego [z drutów, blach i t. d.], owiniętego w kierunku swych promieni pewną liczbą szpułek z drutów miedzianych izolowanych i połączonych między sobą w kolektorze, przeto prąd, wytworzony przy nader szybko obracającej się armaturze, jest dość jednostajnym. W mniejszej swojej maszynie w ciągu minuty każdy zwój 72 do 75 tysięcy razy, w większej około 36 tysięcy razy przecina pole magnetyczne; łatwo więc pojąć, że wytworzony prąd jest jednostajnie ciągłym.

Prócz wspomnianego zagęszczenia linii, widzimy jeszcze pewnego rodzaju zawleczenie linii magnetycznych, skutkiem tego linia nie natrafia między dwiema połowami pierścienia, nie wypada prostopadle do osi elektromagnesów, lecz pod pewnym kątem; w dobrych maszynach pochylenie to wynosi najwyżej do 10° , z tego powodu ustawienie sprężyn lub szczotek prąd odprowadzających jest ukośne. Niektórzy autorowie widzą w tym przewagę jednego bieguna nad drugim; kwestya ta nie jest jeszcze rozwiązana.

Sposób łączenia z sobą pojedynczych szpułek na pierścieniu armatury należy do zadań techniki; my tylko wspomnieć możemy, że rozróżniają łączenie otwarte, zamknięte, i t. d. Dodać można, że pojedyncze szpulki odpowiadają do pewnego stopnia elementom galwanicznym i odpowiednio do tego łączone być mogą na napięcie lub na siłę prądu.

Drugi główny typ armatury przedstawia armaturę bębnową (*Trommelanker*. *Trommel Induktor*), która przedstawia rodzaj walca, złożonego z żelaznego cylindra, na osi obrotowej utwierdzonego, pokrytego izolowanymi miedzianymi drutami, podłużnie, t. j. równoległe do osi przebiegającymi, w części t. zw. czołowej nader umiejętnie działkami kolektora połączonymi, tak, że oddają zawsze prąd ciągły, jednokierunkowy, szczotkom lub sprężynom metalowym takowy odprowadzającym, co stanowi genialność pomysłu HEFNER ALTENEKA. Taka armatura, możliwie ściśle objęta pomiędzy nóżkami elektromagnesów, dozwala na możliwe wyzyskanie pola magnetycznego na korzyść prądu.

Korzyści, jakie przedstawia ta armatura, leżą w długości jej owinięcia przy bardzo małej ilości martwych drutów, w mniejszym oporze, w ścisłości pola magnetycznego i jego formie, wreszcie w silnem osadzeniu na osi. Wady: trudność reperacji i wentylacji.

Części dodatkowe dynamomachiny są: kolektor i szczotki. Kolektor przedstawia cylinder, złożony z pojedynczych wycinków metalowych, podługowatych, kliniastą formę mających, nitką azbestową lub powietrzem rozdzielonych promienisto w postaci walca podłużnego na osi ułożonych i z sobą w jedną całość połączonych.

Przeznaczeniem tegoż jest sprowadzanie prądu z pojedynczych szpułek i zamiany prądu zmiennego na jednokierunkowy, ciągły, nakoniec przenoszenie tegoż z części ruchomych, obracających się, na części stałe, t. j. szczotki.

Szczotki są to przyrządy, służące do odprowadzenia prądu. Składają się z pojedynczych drutów lub blaszek, w formę szczotki ułożonych. W ostatnich czasach robią szczotki z węgla preparowanego pospolicie z metalu miększego od działek kolektora.

Szczotki muszą zawsze diametralnie przylegać do kolektora, a przez ich próbné przestawianie dochodzi się do ich najkorzystniejszego położenia względem kolektora.

Na zakończenie B. przedstawił podział dynamomachin na t. zw. maszyny o prądzie ciągłym (*Gleichstrommaschinen*) i zmiennym (*Wechselstrommaschinen*). Z tych pierwsze dzielą się na maszyny pierścieniowe (*Ringmaschinen*) i bębnowe (*Trommelmaschinen*), stosownie do użytej armatury. Oba zaś te rodzaje stosownie do sposobu owinięcia elektromagnesów dzielą się na 3 gatunki: 1-o maszyny o prądzie głównym (*Haupt* lub *Serienmaschinen*), do naszych celów lekarskich nieprzydatne, 2-o maszyny o prądzie ubocznym (*Schunt* lub *Nebenschlussmaschinen*, *Machines à derivation*), 3-o maszyny o mieszanem owinięciu (*Compound Maschinen*).

Ostatnie dwa rodzaje są dla nas nader pożyteczne i w zupełności zadaniu medycyny praktycznej odpowiadają; mogą bowiem dostarczać prądów do galwanizacji, do światła i do galwanokaustyki. Maszyny o mieszanem owinięciu, które także maszynami o stałem natężeniu końcowem nazywają z powodu, że bez względu na zewnętrzną pracę prawie stale to samo natężenie posiadają, przed innymi na pierwszeństwo zasługują.

Następnie po wyłożeniu wszelkich możliwych korzyści, jakie dla nas przedstawiają dynamomachiny, Bruner przeszedł do demonstracji praktycznej zbudowanych przez siebie przyrządów elektroterapeutycznych. Cały odczyt B. illustrował prawie w zupełności przyrządami w naturze, bądź dla wyjaśnienia kwestyi teoretycznych odpowiednimi *ad hoc* sporządzonymi rysunkami. (*Autoreferat*).

Wiadomości terapeutyczne.

—-+--+—

17. **Haemalbuminum. Hemalbumina.** D-r DAHMEN (*Deutsche medic. Woch.* 1894. 14) podaje nowy przetw6r dla leczenia niedokrwistości i blednicy i oto, co o nim mówi. Wog6le przetwory żelaza uważamy za środki lecznicze, specyficzne przeciwko blednicy. Wszelako w wielu przypadkach środki te zawadzają. Nasuwa się tedy przypuszczenie, czy choroba krwi w tych właśnie przypadkach nie zależy od braku lub niedostatku, prócz żelaza, i innych substancji, nieodzownie potrzebnych dla krwi zdrowej. W takim razie możnaby na pewno z blednicy uleczyć, gdyby zdołano wprowadzić do organizmu wszystkie konieczne składniki krwi. Po długich poszukiwaniach DAHMEN, jak utrzymuje, otrzymał podobnego rodzaju przetw6r. Jest to proszek, nie ulegający rozkładowi, rozpuszczający się w gorącej wodzie, oraz w płynach alkoholowych. Proszek ten zawiera hemoglobinę wraz z hematyną, białko surowicze i paraglobulinę [z wyjątkiem wł6knika]. Spostrzeżenia, robione w szpitalu [w Krefeldzie] nad wpływem tego przetworu u osób blednicowych i niedokrwistych, dały bez wyjątku bardzo dobre wyniki. Jedna np. z chorych, lecząca się w szpitalu od kilku miesięcy, po 14 dniach leczenia hemalbuminą zyskała na wadze trzy funty, a druga podobna chora w takim samym czasie przybrała aż pięć funtów. We wszystkich przypadkach, leczonych tym przetworem, przede wszystkim zauważono wielkie wzmoczenie apetytu.

Przetw6r, o którym mowa, zawiera odmiany białka w postaci niekrzepających kwaśnych białkan6w; które ulegają wessaniu nawet u osób cierpiących na zaburzenia w trawieniu. W końcu dodać należy, że fosforany wapnia i magnezu, a mianowicie dwufosforany i tr6jfosforany, przechodzą wobec hemalbuminy w rozpuszczalne związki z białkiem i że z tego powodu mogą one znaleźć zastosowanie przy leczeniu krzywicy (*rhachitis*).

Dawka wynosi 1 gram trzy lub pięć razy dziennie.

18. **Ichtyol przeciwko gruźlicy płuc.** D-r M. COHN z Hamburga donosi (*Deutsch. med. Woch.* 1894. 14) o pomyślnych wynikach, jakie otrzymał przy leczeniu ichtyolem gruźlicy płuc u robotników i wog6le u osób biednej warstwy ludności. Ludzi takich niepodobna wysyłać ani do specjalnych dom6w zdrowia, ani w g6ry, ani nad morze; tacy najczęściej i na kr6tki pobyt na wsi pozwolić sobie nie mogą. Długie używanie kreozotu jest i drogiem i często sprowadza zaburzenia w trawieniu. Tran, szczególnie w lecie, odbiera apetyt i wywołuje objawy gastryczne. Ponieważ ichtyol (*ammonium sulfichthyolicum*) ¹⁾ posiada własności antybacylarne i wpływa pomyślnie na czynność trawienia, przeto COHN powziął myśl stosowania tego przetworu u suchotników. W ciągu dwóch lat w 100 przypadkach COHN otrzymał bardzo dobre wyniki. Przede wszystkim wznagał się apetyt: chorzy zaczęli lepiej

¹⁾ Wiadomości terapeut. Gazeta Lekarska. 1891. str. 519.

się odżywiać, przez co i stan ogólny i miejscowy szybko ulegały poprawie. Nigdy nie spostrzegano żadnych nieprzyjemnych następstw, zależnych od przyjmowania ichtyolu.

Ze względu na tanią i na łatwiejsze wessanie COHN przepisuje wprost roztwór wodny ichtyolu, a mianowicie:

Rp. *Ichthyoli*
Aqu. destillatae
aa. 20,0.

Z takiego roztworu chorzy przyjmują początkowo trzy razy dziennie po 4 krople, a stopniowo zwiększając, w końcu dochodzą do 40 kropel trzy razy dziennie. Dzieci od 5 do 12 roku życia przyjmują połowę takiej dawki. Najlepiej lekarstwo to zażywać tuż przed jedzeniem, a dla zabicia złego smaku można popić nieco kawy czarnej. Wszelako niektórzy chorzy wolą lekarstwo to zażywać po jedzeniu, na co również pozwolić można. Powiększa się dawkę w ten sposób, że codziennie dodaje się o jedną kroplę więcej, aż do największej dawki, przy której już stale się pozostaje. Lekarstwo wzmiankowane należy przyjmować w większej ilości wody: duży kieliszek lub pół szklanki. Pigułki ichtyolowe nie odznaczają się taką skutecznością, jak roztwór.

Wiktor Grostern.

Wiadomości bieżące.

— M. COHN i H. NEUMANN dokonali bakteryologicznego badania płwociny u 25 dzieci dotkniętych kokluszem; dzieci te liczyły od 1 roku do 10 lat i w chwili, gdy C. i N. badali ich płwocinę, znajdowały się one od niedawna w *stadium convulsivum*; u 3 było jednocześnie zapalenie płuc. W płwocinach spotykali C. i N. rozmaite drobnoustroje, jednakże żadne tak często, jak łańcuszkowce [na 25 przypadków w 20, z tych w 12 przypadkach prawie czyste hodowle]; rozwijały się one na bulionie w sposób różny: niektóre powodowały zmętnienie całego bulionu i te przedstawiały się w postaci krótkich łańcuszków (*Streptococcus brevis-Lingelsheim*); inne tworzyły tylko osad na dnie naczynia z bulionem; te ostatnie układały się w długie łańcuszki (*Str. longus*). Oprócz tych, najczęściej widywanych drobnoustrojów, spotykali C. i N. w niektórych przypadkach i pałeczkę AFANASJEWĄ, oraz rozmaite diplokokki, pomiędzy którymi kilka razy *diplococcum RITTERI* i w 1 przypadku, powikłanym zapaleniem płuc, *diplococcum FRAENKELI*. Oprócz tego w 1 przypadku, dotyczącym 25-letniej kobiety, przy badaniu bakteryologicznem śluzu, dobytego z krtani, wyhodowali C. i N. czyste hodowle łańcuszkowca krótkiego. Wszystkim tym drobnoustrojom odmawiają C. i N. swoistego znaczenia przy kokluzie i uważają je li tylko za przypadkowych mieszkańców dróg oddechowych. (*Archiv für Kinderheilk., B XVII. H. I-II. S. 24—32*).

J. W.

— Bakteryę, napotykaną w wodzie, a podobną do wibryonów cholerycznych, posiadają, podług KUTSCHER'a, jedną nieznaną dotychczas własność, pozwalającą odróżnić je od laseczników przecinkowych z większą, niż dawniej, pewnością. Jest to fosforescencya [światłem zielono-białem]. Posiadało ją 11 hodowli, z których 4 założone były w Hamburgu z wypróżnień chorych, co do których albo wcale nie było podejrzenia cholery, albo też bardzo słabe, a 7 z wody, zaczerpniętej wprost z Elby, lub też wodociągowej. Wszystkie te hodowle rozwijały się na żelatynie nie typowo i o wiele prędzej, niż przecinkowce cholery. Żadna z notorycznych hodowli

laseczników przecinkowych własności fosforescencyi nie posiadała. Najsilniejszą fosforescencyę wykazywały hodowle, założone na zwykle używanych podłożach odżywczych i przy ciepłocie około 22° C.. Światło nie ma żadnego wpływu na zwiększanie lub też na zmniejszanie się fosforescencyi, natomiast brak tlenu przeszkadza wystąpieniu tego zjawiska i tamuje rozwój wibryona; ten ostatni może, nawet po przejściu przez kiszki ludzkie i ustrój zwierzęcy, nie utracić własności fosforescencyi. (*Deutsche medic. Woch. 1893. Nr. 49.* J. W.)

— TREIBEL [Berlin]. Dyfteryt przewodu usznego zewnętrznego. Do tej pory opisano bardzo mało przypadków tego rodzaju. Przypadek autora dotyczy trzyletniego dziecka z blonicą gardzieli, która przeszła wkrótce na kąty ust i nosa, oraz nieco głębiej do nosa. Do tego przyłączyło się opuchnięcie wyrostka sutkowego lewego (*oedema collaterale*). Oprócz nalotów na migdałkach, w kątach ust i nosa, T. zauważył w obu przewodach usznych [w lewym w większym stopniu] błony grube, białawo-żółte, które światło przewodu stosunkowo mało zwięźzały. Po trzech dniach błony grubości 2 mm. oddzieliły się same przez się. Jedna z nich przedstawiała odlew przewodu usznego chrząstkowego, na którym widać było również odbicie skrawka (*tragus*), przeciwskrawka (*antitragus*) i wcięcia SANTORINI'ego (*incisura Santoriniana*). Po oddzieleniu ich pozostała lekko krwawiąca powierzchnia. Przewód kostny i bębenek były zabarwione na kolor białawy. W błonie znaleziono pałeczki podobne do dyfterytycznych, hodowle jednak nie dały dodatniego wyniku, może dlatego, że błony przechowano w wodzie, do której dolano trochę sublimatu; oprócz pałeczek znajdowano paciorkowce. Błona składała się z tkanki zmartwiałej, w której było niewiele włókien, obojętnych na kwas octowy, a rozpuszczających się częściowo w ługu potażowym. (*Deut. med. Woch. Nr. 52. 1893.* J. Weisblat.)

— GLUCK [Berlin]. Przyczynek do rozpoznania i leczenia złośliwych guzów krtani. U 68-letniego chorego G. usunął lewą połowę krtani z powodu raka, którego to rozpoznano na mocy wyciętej części. Gruczoły szyjowe cierpieniem dotknięte nie były. Przez ranę GLUCK wprowadził cewnik do przelyku, przymocował go do skóry, ranę zaś wypełnił gazą jodoformową; uniknął w ten sposób pobudzenia do wymiotów oraz kaszlu, co ma miejsce zwykle przy wprowadzeniu sondy drzez nos lub usta. Na miejscu brakującej struny głosowej wytworzyła się blizna wałeczkowata, która z nietkniętą struną prawą ułatwia tworzenie się głosu, tak, że chory mówi wyraźnie głosem ochryplym. Aby uniknąć zapalenia płuc wskutek spływania krwi oraz wydzielin z rany (*Schluckpneumonie*) autor i ZELLER proponują wycinać tchawicę, a odcinek jej dolny przyszywać do rany [w niektórych przypadkach jednak jest to niemożliwe, np. wskutek zrostów z sąsiednimi miękkimi częściami]; następnie, po zagojeniu rany, można, naciąwszy tylną [obecnie górną] ścianę tchawicy, zaszyć przetokę tchawicy lub też, rozszerzwszy nacięcie, wstawić w nie krtan sztuczną. W końcu autor kładzie nacisk na konieczność wczesnego rozpoznania złośliwych nowotworów krtani; temu tylko zawdzięcza, że pacjent jego przetrwał 15 miesięcy jest wolny od recydywy; z tego samego powodu jeden z chorych KRAUSE'go [mięsak krtani] dwa lata, a drugi [rak] 5 lat są wolni od nawrotu. (*Berl. kl. Woch. Nr. 51. 1893.* J. Weisblat.)

— BACCELLI [Rzym]. O wewnątrzżylnych wstrzykiwaniach sublimatu. Otrzymawszy dobre wyniki po wstrzykiwaniach wewnątrzżylnych chininy u chorych z zimnicą, autor zaczął wprowadzać do organizmu tą samą drogą sublimat u chorych dotkniętych syfilisem. U dwóch takich chorych z objawami mózgowymi wyniki były znakomite, podczas gdy wewnętrzne użycie rtęci, wcierania i wstrzykiwania podskórne, a także jodek potasu w znacznych dawkach pozostawały bez skutku. Obecnie w wielu klinikach włoskich, a także w praktyce prywatnej stosują w ten sposób sublimat u takich chorych syfilitycznych, u których zwykle środki pozostają bez skutku. B. używa następującego roztworu: sublimatu 1,0, soli kuchennej 3,0 i wody 1000,0,

a wstrzykuje go do żyły w zgięciu łokciowym lub innej na powierzchni ręki albo nogi. Jeżeli wstrzykiwanie wykonywa się prawidłowo, to daje się zauważyć brak objawów miejscowych, jak: bóle i obrzęki. Po kilku sekundach po wstrzyknięciu chory uczuwa w ustach smak słony i metaliczny rtęci, a po 5—6 minutach następuje ślinotok. Leczenie rozpoczyna się od 1 mgr. dziennie, następnie powiększa się dawkę do 2, 3, 4—8 mgr.. Czasami można rozpocząć wstrzykiwania od 4 mgr.. Autor wymienia następujące zalety takiego postępowania: 1) mała ilość środka, która, pod inną postacią zastosowana podskórnie lub za pomocą wcierania, nie jest obojętną dla organizmu, 2) możliwość szybkiego zwalczenia niektórych objawów, wskazujących na zatrucie krwi bezpośrednio przez jad syfilisu i 3) szybkie i niezawodne działanie na ściany naczyń, stanowiących ulubione siedlisko zmian syfilitycznych. (*Berl. klin. Woch. Nr. 13. 1894.*)

J. Weisblat.

— Zachęcony spostrzeżeniami PLAYFAIR'a, JOHN GAMER trzy razy stosował chlorał podczas porodu u pierwiastek i za każdym razem otrzymywał nadspodziewanie dobre wyniki. Chlorał, zdaniem autora, znakomicie i szybko rozszerza usta maciczne i zwalnia mięśnie międzykrocza. Poporodowego krwotoku w żadnym z tych przypadków nie było, jak również nie spostrzegano żadnych trudności lub nieprawidłowości podczas rodzenia się łożyska. Autor radzi używać chlorału w małych kilkakrotnych dawkach [10 granów co 1 do 3 godzin] zamiast chloroformu podczas długotrwałych bólów porodowych u pierwiastek, nie zauważył bowiem w pomienionych przypadkach zmniejszenia się siły wyłaczającej i tych obfitych krwotoków, jakie nieraz widzieć można po użyciu chloroformu. Skutek, t. j. poród następował bardzo szybko, bo w przeciągu 4-ch do 8-iu godzin po przyjęciu pierwszego proszku [użyto w każdym przypadku trzy proszki], pomimo iż usta maciczne przed podaniem chlorału przepuszczały zaledwie jeden palec. (*Lancet. Nr. 3664. 1893.*)

K. Orzel.

— R. GERSUNY. Jeszcze przed niespełną pięciu laty zabiegi operacyjne przy niedrożności kiszek miały wielu przeciwników pomiędzy lekarzami. Obecnie chociaż poglądy zmieniły się zupełnie, wyniki jednak na tej drodze leczenia nie są jeszcze zbyt świetne, głównie dlatego, że operacja zazwyczaj podejmowaną bywa za późno, t. j. wówczas dopiero, gdy wystąpią objawy zakażenia. Działanie jak najszybsze przy niedrożności jelit jest nieodzowne, a jako wskazanie do rękoczynu wystarczyć może ujemny wynik głębokich wlewań przez odbytnicę, wykonanych bezwarunkowo przez samego lekarza. Autor w obszernej swej pracy kładzie szczególny nacisk na owe wlewania, a sam wykonywa je w sposób następujący: choremu w ustawieniu kolano-łokciowym wprowadza się do odbytnicy rurkę gumową irygatora bez kanki, posmarowaną tłuszczem, na 10 ctm. głębokości; rurkę tuż przy odbycie owija się wokół wata, aby zapobiedz wylewaniu się wody, wreszcie podnosi się irygator do wysokości 1—1½ metra. Wlewać należy powoli z przerwami 3 do 4 litrów płynu, t. j. ilość, która, wypełniwszy całą okrężnicę, dochodzi do zastawki biodrowo-kątnicznej. Po usunięciu rurki i zaciśnięciu odbytu zaleca się choremu zatrzymanie, o ile można, najdłużej płynu. Niezmiernie ważną w celach rozpoznawczych rzeczą jest dokładne obejrzenie wyciekającego płynu, zwłaszcza ostatnich jego porcji; skoro bowiem ciecz ta z wejrzenia przypomina rzadką grochówkę, wówczas rokować można pomyślnie nawet bez operacji. Jeżeli pierwsza lawatywa wydalona została bez skutku, wypada powtórzyć jeszcze raz wlewanie w odstępie 3—4 godzin i niezwłocznie przystąpić do laparotomii, jeżeli wynik pozostał, jak wyżej, ujemny. Chociaż postępowanie takie zajmuje prawie połowę dnia, nie należy jednak zaniechać go nigdy już choćby dla tego, że kilkogodzinna zwłoka wyniku operacji nie pogorszy, sam zaś niewinny rękoczyn częstokroć zbawiennym bywa. (*Aphoristisches zur Darmchirurgie. Wiener med. Presse. 1894. Nr. 9, 5.*)

W. Ł.