

GAZETA LEKARSKA.

Treść. I. L. PRZEDBORSKI. Przypadek samodzielnego porażenia histerycznego krtani ze stałymi objawami skurczu fonacyjnego i oddechowego. Kilka słów w kwestyi powstawania przebiegu rozpoznawania i leczenia samodzielnej histeryi krtani. — II. A. SOKOŁOWSKI. Parę uwag nad charakterem epidemij tyfusu brzusznego panujących w Warszawie, w ciągu trzech lat ostatnich [1883, 4 i 5] [Dalszy ciąg]. — *Notatki lekarskie.* 17. L. VORSTÄDTER. Przypadek uleczenia wpływem moralnym skurczu trzech kończyn u 12-to letniego chłopca. — 18. R. JASIŃSKI. Umysłne skracanie kości, w celu leczenia rozległych zniszczeń części miękkich. — List otwarty do Redakcyi Gazety Lekarskiej. — Wiadomości bieżące. — Od Wydawcy. — Wystawa higieniczna w Warszawie. — Dodatki. — Ogłoszenia.

I. PRZYPADEK

SAMODZIELNEGO PORĄŻENIA HISTERYCZNEGO KRTANI ZE STAŁYMI OBJAWAMI SKURCZU FONACYJNEGO I ODDECHOWEGO.

Kilka słów w kwestyi powstawania przebiegu rozpoznawania i leczenia samodzielnej histeryi krtani.

Napisał

L. Przedborski,

ordynator szpitala czasowego w Łodzi.

Pomimo ścisłego związku, jaki zachodzi przy stale istniejącej histeryi, między zaburzeniami w ogólnym ustroju a chorobowymi zбочeniami w krtani, ta ostatnia przedstawia często samodzielnie cały szereg zmian chorobowych, które, ze względu na odrębne swe powstawanie lub znikanie, ze względu na olbrzymią różnorodność postaci lub swoiste leczenie, pod żadną kategorię, prócz samodzielnych form porażen histerycznych, podciągnąć się nie dają. ТНАОУ w swej pracy: „Macinnica i krtan“ powiada, że przypadki samodzielnej histeryi krtani są również częste jak i przypadki wyłącznego umiejscowienia się histeryi w narządach płciowych. Przyczyny wywołujące to cierpienie znajdujemy już to w samej krtani [zapalenia różnego stopnia i nateżenia błony śluzowej krtani, traumatyczne uszkodzenia na okolicę krtani skierowane], już to w sąsiednich, a nawet w bardziej oddalonych narządach szukać ich należy [zapalenia lub nowotwory łuków podniebienia-językowych, przedłużenie i przerost języczka]. Stale, prawidłowo istniejący związek między narządami płciowymi a krtanią tłumaczy łatwość, z jaką zmiany chorobowe, w narządach płciowych powstałe, częstokroć powodować mogą bardzo gwałtowne zaburzenia w krtani. W ostatnich czasach, po pracach HACK'a, HERINGA i wielu innych badaczy, nie ulega żadnej wątpliwości, że wiele nerwic zwrotnych, a w liczbie ich i histeryczne

porażenia krtani, zawdzięcza często swe powstawanie, przewlekłym cierpieniom jamy nosowej.

Liczne spostrzeżenia GERHARDT'a, PHILIPPEAUX, TORNWALDT'a, REIMER'a i BROZIK'a pokazały, że zmiany patologiczne w jamach: gardzielowej i nosogardzielowej, bywają również często siedliskiem, wywołującym na drodze odruchowej najróżnorodniejsze nerwice zwrotne; częściej napotykanymi zmianami w tych przypadkach są: przerosty migdałków, adenoidalne wyrosła jamy nosogardzielowej (*hypertrophia tonsillae pharyngeae s. veget. adenoid. cavi nasopharyngeae*) choroby *bursae pharyngeae etc.* Wszystkie te przyczyny jednostajne i niezmiennie działające swe prawdopodobnie wywierają za pośrednictwem wspólnego węzła lub przewodnika, łączącego krtani z miejscowością chorobowo zmienioną. Węzeł ten, według GERHARDT'a, stanowi mózg, w którym pewna specjalna warstwa mózgu w danej chwili znajduje się w stanie chorobowej pobudzalności.

Wobec olbrzymiej różnorodności postaci, w jakich zaburzenia historyczne krtani zwykły się przejawiać, poznanie takowych napotyka na znaczne trudności. Dla łatwiejszego oryentowania się, możemy przyjąć za punkt przewodni podział tych zaburzeń: na zaburzenia w sferze czucia i ruchu. Zarówno zmiany w jednej jak i drugiej sferze mogą stale przejawiać się, już to pod postacią wzmózonej wrażliwości lub nieprawidłowej działalności mięśniowej (*hyperaesthesia* [nadczułość], *hyperkynesis* [skurcze mięśniowe]), już to pod postacią zupełnego zaniku czułości i skurczliwości mięśniowej (znieczulenie [*anaesthesia*]), bezwład mięśniowy (*paresis v. insufficientia et paralysis*). Znieczulenie lub nadczułość, skurcz lub bezwład mięśniowy, oto jedna z 4 typowych postaci, pod którą historyczne cierpienie krtani stale się przejawia.

Ścisła obserwacja wykazała, że histeryja krtani w nader licznym szeregu przypadków rzadko pod jedną wyłączną postacią się przejawia; częściej daleko 4 wspomniane postaci ściśle się z sobą łączą, występują jednocześnie, co właśnie powoduje owe różnobarwne i powikłane ukształtowanie się objawów krtaniowych, które z łatwością historycznej natury cierpienia dopatrzyć się nam pozwalają. Gdy atoli zwrócimy uwagę na pewne stałe, tylko histeryi krtani właściwe, cechy w tych przypadkach gdzie histeryja krtani pod jedną postacią występuje, gdy zważymy, że cech takich w każdej formie porażenia historycznego krtani posiadamy wiele, to i w tych razach wątpliwość co do natury pochodzenia cierpienia krtaniowego w każdym oddzielnym przypadku z pewnością usunąć będziemy w stanie. Często formę porażenia historycznego krtani stanowi bezgłos (*aphonia*), który wywołany bywa przez bezwład mięśni fonacyjnych (*m. thyreo-arytenoidei et transversi*). Bezwład ten bywa zawsze dwustronnym, obraz spostrzegany przy badaniu lusterkiem za każdym razem przedstawia się odmiennie, kaszel zaś zwykle nie ulega zmianie, często nawet zyskuje na sile. Znane są przypadki, gdzie pomimo bezgłosu chore były w stanie śpiewać lub mówić we śnie. W razach, gdy bezwład bywa jednostronnym, takowemu zwykle towarzyszy niedostateczność działania, lub skurcz mięśni antagonistów. Bezgłos często ustępuje po zastosowaniu najprostszych środków lekarskich, w niektórych zaś razach stawia niezwalczony opór najgorliwsiemu leczeniu, a jednak samodzielnie, pod wpływem żywszych wzruszeń moralnych,

znika. ROSSBACH pierwszy wykazał, że już samo dotykane się zgłębnikiem strun głosowych w niektórych razach wystarcza do usunięcia, często na zawsze, bezgłosu histerycznego. Ten sam wyuik osiągamy czasami po kilkakrotnem wprowadzeniu lusterka krtaniowego. Bezgłos histeryczny często zupełnie bywa uleczonym po zastosowaniu przyszczydeł na szyję, podskórnych wstrzykiwań strychniny, przypaleniu kręgosłupa żegadłem PAQUELIN'a, metalo-terapii, nareszcie systematycznie przeprowadzonej elektryzacji.

GERHARDT w swej pracy: „*Ueber Diagnose und Behandlung der Stimm-bandlähmung*“ [1872], zalicza bezwłady histeryczne do kategorii essencyjonalnych, t. j., powstałych bez wszelkich zmian materyjalnych. Główną charakterystykę bezwładów tych, stanowi podług GERHARDT'a, zupełne zachowanie kurczliwości elastycznej strun głosowych, co się zaś tyczy zachowania się ubezwładnionych strun głosowych wobec prądu stałego lub przerywanego, to bywa ono następujące: w niektórych razach prąd elektryczny już podczas pierwszego posiedzenia sprowadza zupełną i stanowczą poprawę; często chory podczas pierwszego lub kilku następnych posiedzeń uzyskuje głos, który po kilku minutach znika; podczas następnych posiedzeń głos coraz dłużej w rozporządzeniu chorego zostaje, nareszcie po 3—5 tygodniowej systematycznej elektryzacji, chory zupełnie zostaje uleczonym. W 3-ej grupie przypadków, chory podczas każdej elektryzacji uzyskuje wprawdzie nieco dźwięczności w głosie, jest to jednakowoż wynik chwilowo osiągnięty, który niebawem znika, pozostając wciąż jednakowym i podczas następnych elektryzacji. Objaw ten dowodzi, że kurczliwość elektryczna w mięśniach jest jeszcze do pewnego stopnia zachowana. Przy najczęstszej postaci histerycznego porażenia krtani, nadczułości (*hyperaesthesia*), chorzy skarżą się na klucie, palenie, ściąganie, łechtanie i jakby uczucie obcego ciała w krtani. W roku 1885 kilkakrotnie wzywany byłem do młodej 18-letniej L., która utrzymywała stanowczo, że połknęła igłę. Pomimo kilkakrotnie dokonanego szczegółowego badania laryngoskopowego chorej, żadnego śladu obcego ciała lub zmian chorobowych w krtani i górnej części tchawicy odszukać nie byłem w stanie. L. wynik badania mego przyjmowała z zupełnem niedowierzaniem i stopniowo pod wpływem urojonego cierpienia coraz bardziej upewniała się w przekonaniu, że igła w krtani lub głębiej gdzieś w drogach oddechowych tkwić musi. Dziewczyzna ta z wyraźnem usposobieniem nerwowem, pochodzi z rodziny, w której prawie wszystkie przedstawicielki płci żeńskiej cierpią na ogólną histeryję.

Urojone, a tak często przy nadczułości krtani u histeryczek napotykanne skargi, na różnorodne dolegliwości ze strony krtani, polegają na fałszywej innerwacji krtani, która często do stanu zwanego *hypochondria laryngis* prowadzi. W niektórych razach, nadczułość krtani pochodzenia histerycznego występuje w postaci oddzielnych punktów bolesnych lub neuralgii, najczęściej po lewej stronie się umiejscawiających. Ograniczone siedlisko bólu znajdujemy na bocznych brzegach chrząstek tarczowych (*cart. thyroidea*), w przestrzeni pierścienio-tarczykowej (*spatio cricothyroidea*), w okolicy gnykowo-tarczykowej (*regio hyo-thyroidea*). Często nadczułość krtani przejawia się pod postacią *phonophobiae*. Chorzy obawiają się głośno rozmawiać, porozumiewają się z otoczeniem szeptem, gdy zaś zmuszamy ich do głośnej rozmowy, utrzymują, że doznają

szalonego bólu. Badanie lusterkiem krtaniowem, przy tej postaci cierpienia histerycznego krtani, daje zawsze ujemny wynik, gdyż rzadko kiedy jesteśmy w stanie odnaleźć zmiany anatomiczne, któreby chorobowo wzmoczoną wrażliwość błony śluzowej objaśnić mogły. Leczenie miejscowe, skierowane ku zmniejszeniu nadczułości krtani za pomocą pędzlowań z mieszaniny morfiny z gliceryną lub silnego rozczywna kokainy [10—20 %], wdmuchiwań proszku morfiny, lub przyszczydła, na boczne części szyi stosowane, często zupełnie usuwają chorobę.

Znieczulenie (*anaesthesia laryngis*) stanowi najrzadziej napotykaną postać samodzielnej histeryi krtani. Podług THAOW'a i SAWYER JAMES'a, znieczulenie krtani występuje w postaci znieczulenia nagłośni (*anaesthesia epiglottidis*). Znieczulenie to, podług CHARCOT'a, rozszerzyć się może na całą przestrzeń krtani powyżej strun wrzekomych się znajdującą, *respective* na górną część jamy krtaniowej (*vestibulum laryngis*). STOERCK nie podziela w zupełności poglądu przytoczonych wyżej badaczy, jakoby objaw ten stanowił stałą patognomiczną cechę samodzielnych porażań histerycznych krtani, gdyż w pokaźnej ilości analogicznych przypadków, objawu tego stwierdzić nie był w stanie.

Podług THAOW'a, w $\frac{2}{3}$ przypadków samodzielnej histeryi krtani, po lewej stronie szyi w okolicach nad i pod kością gnykową, istnieją ograniczone miejsca skóry, zupełnie znieczulone i na najbardziej nawet energiczne bodźce nie oddziaływające.

Ostatnią, ze względu na olbrzymią praktyczną doniosłość najwięcej na bliższe zaznajomienie się zasługującą postać histerycznego porażenia krtani, stanowi postać skurczu histerycznego mięśni krtani. Skurcz ten bywa oddechowy [wdechowy i wydechowy] i fonacyjny. Skurcz wydechowy objawia się suchym ciągłym kaszlem, stanowiącym wprawdzie najpowszedniejszy, lecz zarazem najnieznaczniejszy objaw histeryi krtani. Kaszel ten czasami trwa bez przestanku, lub też po pewnej dłuższej przerwie, nasilenia jego stają się coraz słabszymi.

Bywają przypadki, w których kaszel ten napotyamy u młodych dziewcząt, cierpiących na krwioplucie, regularnie co miesiąc się powtarzające. W razach tych, by uchronić się od błędu postawienia zbyt pochopnie złego rokowania, należy kilkakrotnie zbadać chorą lusterkiem. Rzadziej wydarzający się skurcz wdechowy przedstawia ogromną rozmaitość odcieni, począwszy od nieznanego upośledzenia w czynności wdechania, do napadów duszności grożących nieuniknioną śmiercią. W lżejszych przypadkach, głos bywa głuchym, urywanym, oddech nieco hałaśliwym; podczas badania lusterkiem głośnia częściowo przedstawia się zamkniętą. Przy wyższych stopniach skurczu wdechowego, wdechowi towarzyszą dźwięki różnego rodzaju, przypominające jakby pianie koguta, lub szczekanie psa; sam akt wdechu staje się znacznie dłuższym, świszczącym, nareszcie skurcz wdechowy może wywołać tak silne zaburzenia w akcie oddechania, że w razie dłuższego trwania takowego śmierć z zaduszenia łatwo nastąpić może. Badanie w tych przypadkach wykazuje, że obie struny głosowe prawdziwe przy wdechu zamiast oddalać, coraz bardziej zbliżają się ku sobie, głośnia w nieznacznym tylko stopniu pozostaje roztwartą, przy następnych

usiłowaniach głębokiego odechania struny prawdziwe mało oddalają się od siebie, przyjmując położenie trupie. Jeśli nie przestajemy nalegać, by chorzy, pomimo *maximum* oddalenia strun prawdziwych, kilka razy jeszcze głęboko odetchnęli, to możemy zauważyć kilkakrotne szybkie kurczliwe zbliżanie się strun prawdziwych. Stan ten słusznie przez autorów niemieckich, wskutek bezcelowości i braku porządku w działaniu strun głosowych, stanowczo po-słuszeństwa swego woli chorego wypowiadających, jako *perverse Action der Stimmbänder* opisanym został. W niektórych przypadkach, do skurczu oddechowego histerycznego przyłączyć się może bezgłos kurczowy, czyli kurcz koordynacyjny krtani (*aphonia spastica*). Głos staje się stłumionym, z widocznym wysiłkiem wydostaje się z krtani, mowa przerywaną, wskutek potrzeby za każdym dłuższym zdaniem zaczerpnięcia świeżego powietrza; często mowa nabiera charakteru fistułowego połączonego z łkaniem, lub też występuje zająkiwanie się, utrata czasowa głosu, a nareszcie bezgłos trwały i zupełny. Przy badaniu wzornikiem krtaniowym, znajdujemy silne kurczowe zaciskanie się strun prawdziwych, już to częściowe, już to zupełne, chwilowe krzyżowanie się chrząstek nalewkowych i ruch strun głosowych tak szybki, że niepodobienstwem jest śledzić za nim.

W jednym przypadku HERING na obu wyrostkach głosowych stwierdził obecność dwu symetrycznych owrzodzeń (*Dekubitusgeschwüre*), często zaś znajdowano zmianę w położeniu jednej z chrząstek SANTORINI'ego. Opisy przypadków bezgłosu kurczowego dotychczas w literaturze w nader skąpej znajdujemy ilości. Jako przyczynę bezgłosu kurczowego podają autorzy: ogólny rozstrój nerwowy, histeryję, nadmierne wysiłki głosu. Spotykamy się z cierpieniem tem najczęściej u nauczycieli, księży, mówców, jednym słowem u osób zmuszonych do ciągłego nadużywania głosu, wskutek czego SCHECH bezgłos kurczowy zalicza do rzędu nerwic zawodowych. HERING przytacza w pracy swej z roku 1885: „Nerwice zwrotne wywołane cierpieniem jam nosowych“, opis 3 spostrzeżeń bezgłosu kurczowego, wywołanych i zupełnie uleczonych po usunięciu sprawy chorobowej w jamie nosowej.

W tymże samym roku w N. 41 *Wiener medic. Presse*, MICHAEL podaje opis przypadku, który ze względu na stałe połączenie skurczu oddechowego i fonacyjnego, uważa za jedyny, gdyż oprócz podobnej nieco obserwacji HACK'a i NIKOLAJ'a, o takim połączeniu, jakie w swem przypadku stałe obserwował, nigdzie w odnośnej literaturze wzmianki nie znalazł. Przypadek ten dotyczy pewnej 32-letniej kobiety, która w r. 1882 poczęła doznawać napadów duszności, po tygodniowym trwaniu napady te przybrały charakter skurczu wdchowego (*dyspnoe spastica*), wreszcie i kurczu fonacyjnego (*aphonia spastica*). W wspomnianej już przezemnie pracy HERINGA, znajdujemy opis przypadku, w którym po 10-latach trwania stałego skurczu fonacyjnego, do takowego przyłączył się skurcz oddechowy. Również i MOSER w pracy swej o porażeniach krtani (ostatni zeszyt *Archiv für klinische Medicin*) opisuje przypadek histerycznego cierpienia mięśni oddechowych krtani, połączony z skurczem głośni, który ustępował po zachloroformowaniu chorej, a wracał po przebudzeniu. Widzimy więc, że zdanie MICHAEL'a, upatrującego w połączeniu skurczu oddechowego ze skur-

czem fonacyjnym, nader wielką rzadkość, grzeszy zbytnią jednostronnością i przesadą. W praktyce codziennej często przekonać się możemy, że obie postaci skurczu histerycznego mięśni krtaniowych, występując niezależnie obok siebie, czasami mieszają się z sobą; zdarza się jednak może, że już to same mięśnie oddechowe, już to wyłącznie mięśnie fonacyjne jedyne siedlisko cierpienia stanowić mogą. W r. b. przez czas dłuższy obserwowałem przypadek histerycznego porażenia krtani, który z wielu względów zasługuje na wyczerpujący i szczegółowy rozbiór. We wszystkich opisanych dotychczas spostrzeżeniach skurczu mięśni krtaniowych histerycznego, choroba zwykle dotyczyła osób z wyraźnym nerwowym usposobieniem, które już to od najwcześniejszej młodości cierpiały na histeryję, już to stopniowo, pod wpływem długoletniego miejscowego cierpienia, ogólną maciennicę nabywały.

W przypadku MICHAEL'a, obok charakterystycznych zaburzeń mowy i aktu oddechania, pojawiły się jednocześnie ślinotok, *globus histericus*, drgawki całego ciała, nerwobóle, a od czasu do czasu napady histero-epilepsy. Skurcz mięśni krtaniowych początkowo wyłącznie przejawiał się w mięśniach fonacyjnych, powodując po dłuższym czasie trwania i skurcz mięśni oddechowych [HERING], lub też po pewnym czasie trwania skurczu oddechowego, do takowego przyłączał się skurcz fonacyjny [MICHAEL]. W przypadku, do którego dokładnego opisu niebawem przystąpię, zarówno skurcz oddechowy jak i fonacyjny rozwinęły się jednocześnie i razem u osoby zupełnie zdrowej, pod wpływem ciężkich i niekorzystnych dla zdrowia warunków życia. Podczas trwania skurczu mięśni krtaniowych, ogólny ustrój nerwowy nie uległ żadnym zboczeniom chorobowym. czasowa zaś poprawa, osiągnięta w cięższych przypadkach skurczu mięśni krtaniowych przy pomocy uspiania chloroformem, o jakiej wspominają MICHAEL, MOSER i HERING, w spostrzeżeniu mojem okazała się daleko trwalszą i skuteczniejszą, uwalniając mnie od konieczności dokonania tracheotomii, operacji której przytoczeni badacze uniknąć nie byli w stanie.

12 Stycznia r. b. o 7 wieczorem wezwany byłem dla podania pomocy 18-letniej Perli Ab., służącej. Przedemną wezwani koledzy COHN i WOLBERG, przypuszczając u P. cierpienie krtani, wymagali dla dokładnego rozpoznania cierpienia, przeprowadzenia badania laryngoskopowego. Perlę Ab. znalazłem niespokojną, na twarzy obficie pokrytej potem malował się wyraz strasznej trwogi; chora oddechała z trudnością, przy każdym zaś głębszem odetchnięciu sinica twarzy wzmagala się i chora stawała się coraz niespokojniejszą. Wdech znacznie przedłużony, takowemu towarzyszy głośny szmer zwężenia, po wdechu zaś następował gwałtowny napad suchego, bezdźwięcznego kaszlu; oddzielnych odkaszlnięć naliczyć mogłem do 15 na minutę.

Przy badaniu lusterkiem, którego z powodu słabego oświetlenia, dokładnie przeprowadzić nie byłem w stanie, stwierdzić mogłem obecność następujących zmian patologicznych: błona śluzowa gardzieli zaczerwieniona, nieco obrzękła, migdałki nieco powiększone, jęczyczek (*uvula*) zaczerwieniony, obrzękły i przedłużony.

W krtani, błona śluzowa dolnej powierzchni nagłośni, fałd nagłośniobiałekowych oraz strun wrzekomych przedstawia rozlane zaczerwienienie

i w nieznacznym stopniu obrzęk. Przy fonacyi, prócz wyraźnego udziału strun wrzekomych, mogłem zauważyć zaciskanie się i nader szybki ruch strun prawdziwych, podczas wdechu zaś niedostateczne oddalanie się strun głosowych, które podczas aktu oddechania pozwalało na utworzenie się w głośni wąziutkiej tylko szpary podłużnej. Szmer więc zwężenia łatwo sobie wytłumaczyć mogłem uciążliwym przedostawaniem się powietrza przez niedostatecznie roztwartą głośnię. Badanie po bardzo krótkim czasie zaniechać musiałem, gdyż nalegając na P. by głębiej oddechać się starała, wywoływałem tak gwałtowne zbliżanie się strun wrzekomych, że przez czasowo, skutkiem stykania się między sobą brzegów strun fałszywych, zamkniętą głośnię, powietrze przedostawać się nie było w stanie, następowała silna duszność i stan prawie zupełnie do *apnoe* zbliżony. Od otoczenia dowiedziałem się, że przed kilku dniami Perla A., zupełnie zdrowa, wieszając bieliznę podczas silnego mrozu, a następnie zmuszona umyć kilka podłóg, wkrótce po udaniu się na spoczynek, uczuła się nagle bardzo osłabioną. P. przeżyła napad silnego dreszczu, poczęła skarżyć się na bóle przy łykaniu. na uczucie ciągłego drażnienia w gardzieli, na silny męczący kaszel i na niemożliwość dłuższego prowadzenia rozmowy. Chcąc wygłosić nieco dłuższe zdanie, łatwo się nużyła, oddzielne wyrazy z trudem wydobywały się z krtani, głos stawał się mniej dźwięcznym, P. często się zająkiwała, a zmiany te tak szybko następowały po sobie, że w chwili gdy chorą poraz pierwszy zobaczył, t. j. po 2—3 dniach zaledwie do początku choroby, u P. zdołał się już rozwinąć stały bezgłos kurczowy. Również szybko i prawie jednocześnie rozwijały się i występowały zaburzenia oddechowe. Chora miewała częste napady duszności, które powtarzały się kilka razy dziennie, a po dwudniowym trwaniu przybrały charakter skurczu wdechowego. Państwo G., u której Perla A. pozostawała w obowiązku, sądząc że Perla zaniemogła na dławiec i że operacja tracheotomii jest w możliwie krótkim czasie niezbędną, żądali niezwłocznego umieszczenia chorej w szpitalu. Chorą obiecałem przyjąć nazajutrz, a czasowo zaleciłem zimne okłady na szyję, płukania z wody lodowej i proszek z $\frac{1}{6}$ morfiny. Dla zmniejszenia drażnienia w krtani oraz silnego kaszlu, wysmarowałem krtani 5% roztworem kokainy. Chora noc spędziła spokojnie, kaszel i drażnienie krtani znacznie się zmniejszyły. Po wstąpieniu P. do szpitala, postarałem się zebrać szczegółową anamnezę, a dla pewniejszego rozpoznania cierpienia, badanie krtani w krótkich i nader częstych odstępach czasu powtarzałem.

Perla A. liczy lat 18, silnej budowy, umiarkowanego wzrostu, odżywianie ciała wyborne, układ mięśniowy i kostny prawidłowo rozwinięte. Żadnym chorobom nie podlegała, miesiączkę miewa prawidłową. Perla urodziła się na wsi, wśród zdrowej i stosunkowo zamożnej rodziny, w której prawie wszyscy członkowie znakomitem cieszą się zdrowiem. Chora utrzymuje, że nigdy skłonnością do niezbytów gardzieli i dróg oddechowych się nie odznaczała. Badanie nosa dało wynik ujemny. Podczas każdego laryngoskopowania, przy fonacyi znajdujemy szybki ruch i silne zaciskanie się strun prawdziwych, chwilowe krzyżowanie się chrząstek nalewkowych, przyczem lewa chrząstka SANFORINI'ego znajduje się nad i przed prawą, na obu zaś wyrostkach głosowych występują symetryczne, ograniczone zaczerwienienia błony śluzowej, powstałe prawdopodobnie wskutek silnego

naporu na siebie obu tych wyrostków. Przy chęci wydobycia wysokiego tonu, obie struny wrzekome wysuwają się i kładą w ten sposób, że schodzą się aż do zupełnego zetknięcia; skoro chora dla zaczerpnięcia nieco powietrza usiłuje głębiej odetchnąć, struny głosowe na małą tylko przestrzeń oddalają się od siebie, przyjmując położenie trupie, głośnia zaś bardzo mało zostaje roztwartą. Jeśli, pomimo *maximum* oddalenia strun głosowych, nie przestawałem nalegać, by chora jeszcze kilka razy odetchnęła, wtedy mogłem zauważyć stan opisany przez niemieckich autorów pod nazwą *perverse Action der Stimmbänder*. Podczas wszystkich tych manipulacyj. badanie stawało się coraz uciążliwsem, gdyż struny wrzekome, zbliżając się aż do zupełnego zetknięcia. zakrywały wążką szparę powstałą w głośni podczas oddechania, kładąc zupełnie tamę przedostawaniu się powietrza do płuc. [D. n.]

II. PARĘ UWAG NAD CHARAKTEREM EPIDEMIJ TYFUSU BRZUSZNEGO panującego w Warszawie w ciągu trzech lat ostatnich (1883, 4 i 5).

Podał

D-r A. Sokołowski,
ordynator szpitala Ś-go Ducha.

[Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 50].

W statystyce tej zastanawiają różnice w śmiertelności w ostatnich latach, wahające się od 8 do 10%, a dowodzące większej złośliwości pojedynczych epidemij; pod tym ostatnim względem zasługuje również i moje zestawienie: i tak w ciągu dwóch lat ostatnich 1884 i 1885, na teźże samej sali, w zupełnie tychże samych warunkach higienicznych i przy temże samem leczeniu, miałem następujące dane:

Rok 1884 na ogólną liczbę chorych 403 było tyfusowych 27 z tych zmarło 2-ch
" 1885 " " " " 430 " " 23 " " 6-u

Jeśli zestawimy wreszcie nasze cyfry z cyframi wielkich szpitali ¹⁾ zagranicznych, to przekonamy się, że wyniki takowe u nas nie są gorsze od wielu statystyk zagranicznych; i tak:

Zurich pod. GRIESINGER'a	17½%
Londyn pod. MURCHINSON'a lata 48—70	17,3%
Lipsk pod. UHLE 51—57	18,5%
Kiel JURGENSEN 56—61	15,4%
" " 61—63	3,1%
" GOTH 71—85	6,0%

¹⁾ Podług tablicy zestawionej przez GOTT'a w jego pracy: *Die Typhusbewegung auf der medicinischen Klinik in Kiehl. Deutsch. Arch. f. klin. Medicin. Bd. 19.*

Monachium LEICHTENSTERN 68—70	5,4%
„ BEETZ 74—77	8,8%
„ BEETZ 78—83	9,8%
Bazylea p. LIBERMEISTER'a 67—74	8,8%
Heidelberg, WEIL 81—83	5,7%
Freiburg, FREUNDLICH 76—81	10,5%
Hamburg BUEHLAU 1875	9,4%
Braunschweig, SCHUTZ 78—83	9,1%
Berlin, SENATOR 75—84	15,7%
Drezno FIEDLER 50—66	12,3%
„ „ 67—83	10,2%
Norymbergja, FIEDLER 68—82	10,2%
Warszawa. PACANOWSKI, Klinika terapeutyczna 1872—82	9 %
„ KRAJEWSKI, Szpital Dzieciątka Jezus 1383	13,3%
„ Prof. POPOW, Klinika w szpitalu Dz. Jezus 81—84	12,9%
„ Prof. ŁAPCZYNSKI, Szpital Ujazdowski 1884	14,6%
„ SOKOŁOWSKI, Szpital Ś-go Ducha 1875—82	12 %
„ „ „ „ „	10 %

Z pozostałych 88 przypadków, zakończonych wyzdrowieniem, mieliśmy do czynienia w 24 przypadkach z tyfusem o przebiegu ciężkim, w 56 o przebiegu średnio ciężkim, a wreszcie w 8 przypadkach o przebiegu lekkim. Przypadki ciężkie odznaczały się bądź długotrwałą i wysoką gorączką, lub też groźnymi powikłaniami albo też powrotem; średnio ciężkie — mniej ciężkimi wogóle objawami. Wreszcie ostatnia kategoryja odznaczała się przebiegiem bardzo lekkim i podpadała pod kategoryję tak zwanych poronnych postaci tyfusu (*typhus abortivus*). Jak już wyżej nadmieniałem, nie mam zamiaru zestawiać szczegółowo wieku chorych, przeciętnej ciepłoty ¹⁾ i t. p. objawów; zestawienia te bowiem dokonywano już tylokrotnie i to na tak olbrzymim materjale, że nasze zestawienie nie przyniosłoby wielkiego pożytku i darmoby czas zajęło czytelnikom. Chcę tylko zwrócić uwagę na kilka okoliczności i tak: 1) w przebiegu epidemii z trzech lat ostatnich w porównaniu z innemi latami, a szczególnie z opisami w książkach, uderzało dużo przypadków ciężkich, bez zupełnego zajęcia *sensorii*, *resp.* bredzenia. Przypadki moje, pod tym względem zestawione, dały następujący wynik.

Na 24 przypadki tyfusu ciężkiego, w 15 przypadkach *sensorium* pozostawało w ciągu całej choroby zupełnie niezajęte, w 7-miu przypadkach było zajęcie przemijające, t. j. kilka dni trwające, lub też bredzenie występowało tylko wie-

²⁾ Do najbardziej fałszywych wyników, szczególnie u nas, mogą doprowadzić zestawienia termometryczne. Kto raz widział jak mierzą ciepłotę w ważniejszych klinikach niemieckich, t. j. co 3 godziny i to zawsze *in recto*, ten mierzenia praktykowane u nas, dwa razy dziennie przez felczera i to coraz innemi termometrami, głównie pod pachą, a często obok pachy robionemi, rzeczywiście na seryjo brać nie może, a tembardziej z nich jakichś wniosków w tym kierunku wyciągnąć nie może.

czorami, wreszcie tylko w dwu przypadkach istniała dłuższy przeciąg czasu zupełna nieprzytomność, rzucanie się lub też *sopor*. Z pozostałych 64 przypadków tyfusu średnio ciężkiego i lekkiego, zajęcie przemijające *sensorii* istniało w 10-ciu przypadkach, czyli że z ogólnej liczby 88 tyfusów zakończonych wyzdrowieniem, tylko w 19-stu istniało zajęcie *sensorii*; jeśli do tej liczby dodamy 11-stu zmarłych, u których mniej więcej istniały ciężkie objawy mózgowie [u 12-stego bowiem wystąpiły one dopiero w okresie prawie konania], to będziemy mieli razem tylko 30 przypadków, t. j. że u niespełna tylko $\frac{1}{3}$ części chorych istniały objawy mózgowie.

2) W powyższej epidemii uderzała znaczna ilość chorych, u których, pomimo wyraźnych objawów tyfusu brzuszego, brakowało w zupełności wysypki charakterystycznej. Zapewne po części daje się to tłumaczyć późniejszym okresem choroby, w którym chorzy do szpitala wstąpili, w wielu jednakże przypadkach, pomimo wczesnego okresu choroby i pomimo szczegółowej uwagi na ten punkt zwróconej, wysypki nie można było zauważyć. Zestawiając wszystkie przypadki sumarycznie, znalazłem, że u połowy chorych, t. j. 50% tylko wysypkę spostrzegaliśmy. W przypadkach, w których istniała wysypka, była ona bardzo niewyraźną, a zaledwie w kilku przypadkach była dość obfitą i po całym ciele rozrzuconą, w większości ograniczała się do klatki piersiowej, brzucha lub tułowia. Z 12-stu przypadków śmiertelnych spostrzegano wysypkę u pięciu tylko. PACAŃOWSKI w swoim sprawozdaniu notuje ją tylko 40 razy z liczby 133 chorych. Z autorów niemieckich, GOTT w pracy wyżej wzmiankowanej znajdował różyczkę u 74,8% chorych, WEIL 85%, BAUMLER aż w 91,5%. Objaw ów więc, a właściwie mówiąc nieobecność różyczki, dawniej uważany za bardzo ważny, w dzisiejszych epidemijach traci, jak to widzimy, wiele na swej doniosłości.

3) Jak wiadomo, jednym z charakterystycznych objawów tyfusu brzuszego, podawanym w podręcznikach jako objaw stały, jest rozwolnienie mniej lub więcej obfite; otóż w spostrzeganych przezemnie przypadkach istniał pewien szereg chorych, u których brakowało w zupełności tego objawu, istniało natomiast przez cały ciąg choroby uparte zaparcie stolca. Chorych, u których od samego początku do końca choroby, objaw ten istniał stale, gdzie nawet zmuszeni byliśmy do podawania środków wypróżniających, mieliśmy 10-ciu, t. j. 10% ogólnej liczby; u wielu innych chorych istniało zaparcie czasowe, następnie przechodzące w rozwolnienie. Przypadków, u których istniało od początku do końca obfite rozwolnienie, było stosunkowo bardzo niewiele.

W statystyce PACAŃOWSKIEGO tylko w jednym przypadku istniało zaparcie, stale do 13-go dnia choroby trwające. W statystyce GOTT'a objaw ten miał istnieć aż u 260 chorych. W ogromnej większości przypadków istniało rozdęcie i mniejsza lub większa bolesność brzucha przy dotykaniu, mam jednak zanotowanych 5 przypadków, w których przez cały ciąg choroby nie było najmniejszej bolesności brzucha. W jednym przypadku jednocześnie istniało uparte rozwolnienie.

4) W niektórych przypadkach uderzał niezwykły sposób rozpoczęcia choroby (*st. prodromorum*). W ogromnej większości, okres ten trwał dnie a nieraz całe

tygodnie, chorzy pracowali, skarżąc się tylko na ból głowy, lekkie dreszczyki i zawroty, w pewnym jednakże szeregu przypadków brakowało w zupełności okresu zwiastunów: chory uważał się za zupełnie zdrowego, a zapadał nagle, wśród dreszczy i bólu głowy i od tej chwili rozpoczynała się ciężka choroba. Pod tym względem pouczający jest przypadek 4-ty, zakończony śmiertelnie a opisany szczegółowo powyżej, w którym choroba rozpoczęła się w pełni zdrowia dreszczami gorączką i wymiotami. Wreszcie w innym szeregu przypadków okres zwiastunów trwający od 1-go do 2-ch tygodni, występował pod postacią silnych dreszczy codziennych z następną gorączką. Okres ten w wysokim stopniu podobny do malarii, był też w większości przypadków za to cierpienie poczytywanym. Leczenie chininą, nawet w wielkich dawkach, pozostawało bezskutecznym. W jednym przypadku spostrzegalem bardzo szczegółowo ten okres zwiastunowy u chorego, który zaraził się tyfusem, w czasie pobytu w szpitalu. Przypadek ten, jako wysoce ciekawy, podaję nieco szczegółowiej.

16-letni włóścianin, T., znajdował się od Września 1883 w szpitalu, z powodu zwężenia krtani. Zresztą był on zdrów zupełnie. Chory leczonym był metodycznym rozszerzaniem krtani. 17 Grudnia, będąc zupełnie zdrowym, dostał jak mówił mocnych dreszczy z następczem rozpaleniem. Na drugi dzień, t. j. 18. znalazłem chorego z obłożonym językiem i wzdętym brzuchem, z gorączką około 39° C.; w południe dreszcze, a wieczorem gorączka $39,6^{\circ}$ C.. 18-go ciepłota rano $39,2^{\circ}$ C., wieczór $39,4^{\circ}$ C.; zalecono 6 gran kalomelu. 19-go było kilka wypróżeń, w nocy ciepłota spadła do $37,4^{\circ}$ C., chory czuje się lepiej, wieczorem jednakże ciepłota podniosła się do $39,2^{\circ}$ C.. 20. Ciepłota rano $38,6^{\circ}$, wieczorem $39,5^{\circ}$ C.. D. 21. XII. Ciepłota rano $38,8^{\circ}$ C., sledzonę znalazłem powiększoną, brzuch wzdęty, wieczorem $40,2^{\circ}$ C.. 22. Rano ciepłota $38,2^{\circ}$ C., tętno 100. Chory nieco kaszle, zalecono 10 gran chininy, wieczorem dnia tegoż $38,6^{\circ}$ C.. 23. Znowu 10 gran chininy, ciepłota rano spadła do $37,6^{\circ}$ C., chory czuje się dobrze, wieczorem $37,6^{\circ}$ C.. 24. Chory czuje się dobrze, rano $37,4^{\circ}$ C., wieczorem $38,8^{\circ}$ C., 25. Rano wystąpiły bardzo silne dreszcze, ciepłota rano $38,2^{\circ}$ C., wieczór $39,0^{\circ}$. zalecono znowu 10 grn. chininy. 26-go chory czuje się nieźle, rano ciepłota $36,6^{\circ}$, wieczór $38,2^{\circ}$ C.. 27-go rano ciepłota $37,2^{\circ}$, wieczorem $39,6^{\circ}$ C., zalecono znowu 10 grn. chininy. 28-go rano $38,6^{\circ}$, wieczorem $39,2^{\circ}$ C.. 29-go rano $37,2^{\circ}$, wieczorem $39,2^{\circ}$ C.. 30. Ciepłota rano $37,8^{\circ}$, wieczorem $38,2^{\circ}$ C. chory czuje się osłabionym, brak łaknienia zupełny, sledziona wyczuwalna. D. 31. XII. znowu gwałtowne dreszcze rano $37,6^{\circ}$, wieczorem $39,4^{\circ}$ C.. Dnia 1. I. Ciepłota rano $38,6^{\circ}$ C., chory czuje się nieźle, wieczór $40,6^{\circ}$ C., zalecono 10 grn. chininy. D. 2. I. Chory czuje się nieźle. brzuch wzdęty, występuje rozwolnienie, rano ciepłota $37,6^{\circ}$ C., wieczorem $39,8^{\circ}$ C.. 3. Ciepłota rano $39,6^{\circ}$ C., wieczorem $40,4^{\circ}$ C.. Dopiero 4. I., t. j. 18 dnia choroby wystąpiła gorączka o typie ciągłym, ból głowy, rozwolnienie, ciągle bredzenie i przelewianie w brzuchu, jednym słowem cały obraz tyfusu brzuszego, który dopiero 40 dnia choroby skończył się zupełną rekonwalescencją, przebiegając jako tyfus dość ciężki, bez jakichkolwiek cięższych powikłań.

Jestto jedyny przypadek zarażenia się tyfusem brzuszynym na sali w ciągu trzech lat opisanej epidemii. Jest to rzecz godna uwagi tembardziej, że inni autorowie pod tym względem podają dosyć znaczne cyfry; i tak wielokrotnie już cytowany GORN podaje 5,5% takich przypadków. PACANOWSKI wzmiankuje 6 chorych przybyłych do kliniki z innymi chorobami i podległych tyfusowi dopiero po kilku tygodniach lub miesiącach pobytu w klinice.

Czy podobny korzystny wynik u moich chorych, przypisać by należało bardzo dobrej wentylacji mojej sali, starannemu odwanianiu ekskrementów tyfusowych, trudno mi powiedzieć. W roku bieżącym spostrzegałem jeszcze jeden przypadek zarażenia na sali u chorego dotkniętego ostrym gościem stawowym, a będącego w okresie rekonwalescencji.

5) Co się dotyczy kwestyi, o ile tyfus, raz przebyty, zabezpiecza od następnego zapadnięcia na tę chorobę, to pod tym względem zebrałem następujące dane: 7-miu chorych jako by miało przebywać już tyfus. Pod tym jednakże względem trudno wyrzec stanowczo, o ile owe choroby rzeczywiście były tyfusami. W jednym tylko przypadku nie ulegało to najmniejszej kwestyi, chory bowiem przed rokiem na tejże samej sali przebył tyfus brzuszny.

6) Chciałem zwrócić uwagę jeszcze na jeden objaw rozpoznawczy tyfusu brzuszego, zdaniem mojem mający pewną doniosłość, a tym jest mianowicie drżenie języka. Jest to objaw dosyć stały i występuje nieraz już w najwcześniejszych okresach choroby, kiedy jeszcze rozpoznanie bywa bardzo wątpliwem. Występuje on nie tylko w postaciach ciężkich, ale nawet w najłżejszych, i w tych właśnie stanowi on bardzo ważny objaw rozpoznawczy. Jak wszędzie tak tu winienem zaraz dodać, że objaw ten może w błąd wprowadzić łatwo, jeśli chory dotknięty jest przewlekłym alkoholizmem [tak niestety u nas pospolitym] i że nie we wszystkich przypadkach objaw ten istnieje; z naszych 100 przypadkach mieliśmy go zanotowanym 26 razy, t. j. u czwartej części chorych.

7) Drugi objaw, mający pewne rozpoznawcze znaczenie, zresztą zkądną dawno znany [LIEBERMEISTER], polega na stosunkowo nieznacznej częstości tętna w porównaniu z wysoką ciepłotą. Objaw ten spotykałem dosyć często, głównie jednakże w okresie rozwoju choroby, przy cieplocie 40° C. i wyżej znajdowano tętno 70 lub 80; w niektórych przypadkach miało to miejsce odrazu w początku choroby i w tych razach objaw ów stanowi dość ważny znak rozpoznawczy.

* * *

7) Tylko w czterech przypadkach, t. j. w 4% spotykaliśmy wyraźny powrót tyfusu. Stosunek to dość nieznaczny [WEIL i GRIESINGER 17%; GOTII 8%; LIEBERMEISTER 8%; BEETZ 12%; JURGENSEN 3%; LEICHTENSTEN 1,7% PACANOWSKI 4½%; ŁAPCZYŃSKI 1,3%]; w 1-szym przypadku, po 21 dniach ciężkiego tyfusu brzuszego, nastąpił czterodniowy zupełny stan bezgorączkowy, poczem znowu wystąpiła gorączka i objawy brzuszne 14 dni trwające. W drugim przypadku, po 16 dniach ciężkiego tyfusu, nastąpiła tygodniowa przerwa, poczem wystąpiła gorączka 8 dni trwająca. W 3-cim przypadku 18 dnia choroby nastąpiła przerwa, poczem wybuchła gorączka 10 dni trwająca, wreszcie w czwartym gorączka trwała dni 18-scie, a po 12-stu dniach przerwy wystąpiła gorączka 12 dni trwająca. We wszystkich przypadkach brakło powtórnej wysypki, występowały jednakże znowu rozwolnienie, bolesność i wzdęcie brzucha. Gorączka przedstawiała ten typ, który wybornie określił WEIL, t. j. nagłe podniesienie ciepłoty do 40° C., następnie typ nieprawidłowy z wahaniami znacznymi rannemi, nieraz do stanu prawidłowego dochodzącymi [typ przepuszczający WEIL'a]. We wszystkich przypadkach mieliśmy do czynienia ze stosunkowo bardzo lekkim po-

wrotem ciężkiego tyfusu. Dwa przypadki odnoszą się do 83 roku, 2 do 84, a rzecz szczególna, że w 1885, który jak wyżej powiedziałem, odznaczał się złośliwszą epidemią w porównaniu z 83 i 84 rokiem, nie spostrzegaliśmy ani jednego przypadku powrotu. Co do przyczyny powrotów, to chociaż w jednym przypadku mieliśmy zanotowany błąd dyjetetyczny [chory zjadł kawałek chleba], nie sądzę, aby takowy mógł być istotną przyczyną powrotu choroby, w takim bowiem razie powroty spotykałibyśmy daleko częściej, mając na uwadze nieodpowiednie zachowanie się wogóle naszych chorych i skłonność ich do przekroczeń dyjetetycznych, od których żadną miarą ustrzedz w naszych szpitalach nie można. Z wielką też słusnością, zdaniem mojem, powiada WEIL ¹⁾, że specyjalną przyczynę powrotu wskazać jest niemożliwem, zależy ona bowiem przede wszystkim od charakteru epidemii, t. j. od pewnych właściwości zarazka. Błędy w dyjecie nie mają tu żadnego znaczenia, lubo mogą do powrotu usposabiać. Toż samo i metoda leczenia. WEIL sądzi dalej, że użycie chininy może w wysokim stopniu wpłynąć na zapobieganie powstania powrotu w tyfusie. Na zasadzie moich spostrzeżeń nie podzielałbym zdania WEIL'a, w epidemii bowiem z roku 1885, w którym jak to wzmiankowałem, nie miałem ani jednego przypadku powrotu, przy leczeniu [o czem niżej powiem] prawie wcale nie używałem chininy.

8) Epidemija powyżej opisana odznaczała się stosunkowo bardzo nieznaczna ilością powikłań; i tak najczęstszym i najgroźniejszym powikłaniem było włóknikowe zapalenie płuc. Spotkaliśmy go 6 razy [procent mniej więcej podobny jak i innych autorów, WEIL 6,7; JURGENSEN 6,0; GOTH 1,2], w 1-ym tylko przypadku miało miejsce zejście śmiertelne.

Raz tylko jeden, mieliśmy do czynienia z obfitym krwotokiem kiszkiowym. Inne powikłania były następujące *Pleuropneumonia 1. Parotitis 2. Otorrhea 2. Epistaxis 3. Stomatitis 1. Abscessus in regione gluteorum 1. Angina simplex 1. Decubitus 1. Trombosis venae cruralis 1. Gastroduodenitis 1. Exulceratio scroti 1. Laryngitis 1. Perichondritis laryngea 1. Conjunctivitis 1. Nephritis 2. Peritonitis e perforatione ilei 2.*

W szeregu spostrzeganych przezemnie przypadków, w ciągu trzech lat opisanych, zdarzały się przypadki w wysokim stopniu zbaczające od prawidłowego typu tyfusu brzuszego. Przypadki te powtarzały się w ciągu trzech lat z tymże samym charakterem, stanowiąc niemal odrębne właściwości charakteru epidemii. Te to nieprawidłowe postacie chcę opisać obecnie, one bowiem zasługują w wysokim stopniu na uwagę, szczególnie pod względem praktycznym. Typy te nieprawidłowe dają się podprowadzić pod następujące postacie:

Postać I-sza. Tyfusy bez wyraźnych oznak właściwych tyfusowi brzuszemu. Już w roku 1882, a następnie w 1883, zaczęłem spostrzegać szereg przypadków ciężkich gorączek, które trudno mi było podciągnąć pod jakąkolwiek ze znanych już postaci nosologicznych. U chorych, przedtem zupełnie zdrowych, zaczęły występować jakiś czas peryjodyczne dreszcze, następnie wy-

¹⁾ WEIL. *Typhus abdominalis*; rozdział *Ueber das Typhusrecidiv* str. 75.

stąpiła gorączka ciągła z mniejszymi lub większymi zwolnieniami rannymi, nieraz prawie z typem ciągłym. Ciepłoty zazwyczaj wysokie w granicach 39°—40°. Chorzy podupadali znacznie na siłach i z tego względu udawali się do szpitali; obok gorączki mieliśmy stale powiększoną śledzionę, w wielu przypadkach istniała lekka różyczka, w innych nie dawała się zauważyć. Stan taki trwał zazwyczaj około dni 14, często i 3 do 4 tygodni. W ciągu całego czasu *sensorium* pozostawało zupełnie swobodnym, brzuch bywał zawsze niebolesnym, rozwolnienie rzadko występowało, częściej przeciwnie istniało zaparcie. Jednym słowem chorzy, jak sami w wielu przypadkach charakterystycznie się wyrażali, z wyjątkiem gorączki czuli się zupełnie dobrze; gdyby nie gorączka, jutro mógłby pójść do roboty, mówił mi jeden tego rodzaju chory. Z początku sądziłem, że w danych razach miałem do czynienia z postacią zimnicy o typie ciągłym (*febris malarica quotidiana*), tembardziej, że w niektórych przypadkach występowały również lekkie poty. Chinina jednakże, podawana nawet w dużych ilościach, pozostawała bez skutku, obniżała gorączkę, lecz choroby nie przerwała; tak samo i arsenik. Przypadki przeciwnie pozostawione bez chininy, przy jakim obojętnym środku, kończyły się zazwyczaj pomyślnie w ciągu 2-3 do 3-4 tygodni. Jednym słowem, cierpienie było dla mnie niejasnym, gdyż w żadnym sposobie nie mogłem je podciągnąć pod rubrykę tyfusu brzuszego. Dopiero w końcu 1883 roku przypadek, podobny do opisanych, zakończony śmiertelnie wskutek zapalenia otrzewnej, wyjaśnił mi istotę choroby i wykazał niezbicie, że przypadki powyższe niczem innym nie są jak tylko tyfusem brzuszynym. Przypadek ten już był szczegółowo opisany pod Nr. 6-tym zejść śmiertelnych, tutaj jeszcze raz go pokrótce powtórzę.

Młody człowiek, lat 23 mający, chorą był od czterech tygodni; przez trzy pierwsze tygodnie występowały codziennie dreszcze w nieregularnych porach dnia, lekkie bóle głowy i ogólne osłabienie, stan ten jednakże nie przeszkadzał mu zajmować się dalej swymi obowiązkami; dopiero od tygodnia położył się, wystąpiło bowiem większe osłabienie. Przy badaniu znaleźliśmy stan ogólny niezły, chory siedzi swobodnie na łóżku, narzeka tylko na ból głowy i suchość w ustach. Ciepłota 39,7° C, tętno 80. Język suchy. Brzuch przy dotykaniu bardzo nieznacznie wrażliwy. Śledziona powiększona. Na skórze parę plamek nieznacznych. W moczu białka nie ma. Zaparcie stolca od kilku dni trwające. W ciągu następnych dni dziesięciu pobytu chorego w szpitalu, przebieg choroby był następujący.

Stan sił ciągle niezły, chory w ciągu dnia więcej siedział jak leżał na łóżku, *sensorium* stale zupełnie niezajęte, chory stale skarżył się tylko na uczucie gorączki w ustach, zresztą nic mu nie dolegało. Gorączka wahała się w granicach od 39,8° do 39° C. w pierwszym tygodniu pobytu, w ciągu dwóch dni następnych ciepłota 38,6° do 39,8°. Stale istniało zaparcie stolca. Brzuch był zupełnie niebolesnym, nieznaczny kaszel ustąpił zupełnie. 12-go dnia nagle wystąpiły objawy zapalenia otrzewnej nastąpiła śmierć w 48 godzin przy objawach upadku sił. Badanie pośmiertne, szczegółowo wyżej opisane, wykazało typowe zmiany właściwe tyfusowi brzuszynemu, a więc dużą śledzionę, obszerne owrzodzenia kiszek cienkich z przedziurawieniem i następczem ostrym zapaleniem otrzewnej.

Przypadek ten, wielce charakterystyczny, jest niezbitym dowodem, w jaki odrębny sposób może przebiegać tyfus brzuszynny ze zwykłymi zmianami anatomicznymi w kiszkiach. Zastanowienia godnym jest w danym przypadku brak bole-

sności brzucha i rozwolnienia przy tak rozległej sprawie wrzodziejącej w kisz-
kach ¹⁾.

Przypadek ten należał do kategorii średnio ciężkich, zakończonych jednak-
że śmiertelnie wskutek przypadkowego powikłania, ogromna jednakże większość
przypadków tej kategorii kończy się zupełnie pomyślnie, przytem posiada prze-
bieg jeszcze bardziej łagodniejszy. Jako wzór może nam posłużyć np. następu-
jący przypadek.

T. stolarz, lat 64 mający, zawsze zdrow; choroba obecna zaczęła się przed
dwoma dniami dreszczami, bólem głowy i ogólnem roz biciem. Przy badaniu zna-
lezione. Ciepłota 38,4° C., tętno 92. Ogólny stan dobry. Tętno serca czyste.
Brzuch nieco wzdęty, niebolesny, język suchy, zaparcie stolca od 3-ch dni trwa-
jące. Śledziona powiększona, górna jej granica na VII żebrze, w płucach niez-
naczny stopień rozemdy. Wysypki nigdzie nie można zauważyć. Zalecono
kalomel, poczem nastąpiło kilka obfitych wypróżnień. Dnia następnego ciepłota
rana 37,4° C., tętno 80. Chory czuje się bez zmiany, język suchy. Ciepłota
wieczorna 38,6° C..

Dnia 20. V. Ciepłota ranna 38,2° C., tętno 96. Język dalej suchy, brzuch
niebolesny, było wypróżnienie twarde. Ciepłota wieczorna 39,4° C.. 21. Ciepłota
38,4° C., tętno 88. Język nieco wilgotniejszy, brzuch niebolesny. Chory skarży się
tylko na ogólne osłabienie; wieczorna ciepłota 39,0° C.. 22. Stan bez zmiany.
Ciepłota rano 38,4° C., wieczorem 38,5° C.. Toż samo 23-go ciepłota ranna
38,2° C., wieczór 38,6° C.. Śledziona powiększona, brzuch niebolesny. 24-go
W nocy miały miejsce obfite poty. Język wilgotnawy, ciepłota ranna 36,6° C.,
tętno 72. Brzuch niebolesny, chory czuje się lepiej, wieczorem ciepłota 36,8° C.,
od tej chwili chory zaczął się szybko poprawiać, nabrał łaknienia, siły coraz się
wzmagały. Jako zupełnie zdrow wypisał się 2. VI. 9-go więc dnia nastąpiła
najwyraźniejszy przełom i rekonwalescencyja, zaledwie kilka dni trwająca. Okres
zwiastunów nie istniał wcale.

A oto przypadek drugi nieco odmienny.

P., policyjant, lat 25 liczący, przybył na oddział 1. VI. 1885 roku. Choroba
zaczęła się przed czterema dniami nagłym dreszczem i bólem głowy, następnie
bólami w kończynach i ogólnem roz biciem. Przedtem był zdrow zupełnie. W cią-
gu dni czterech, w czasie których pełnił jeszcze służbę, występowały kilka razy
dziennie dreszcze z następczą gorączką. Chinina zażywana okazała się bezsku-
teczną. Przy badaniu znaleźliśmy: ciepłota 39,4° C., tętno 100. Odżywianie wy-
borne, chory uskarża się na ból głowy i kończyn. Język suchawy. Brzuch nieco
wzdęty, niebolesny. Śledziona powiększona, górna granica na VII-mem żebrze,
wyczuwa się z łatwością; od 1½ doby zaparcie stolca. Inne narządy nie przed-
stawiają zbroczeń. Zalecono kalomel w dawce wypróżniającej. 2. VI. Ciepłota
37,6° C., tętno 76. Czuje się lepiej, wieczorem ciepłota 38,6° C.. 3. VI. Ciepłota
rano 38,0° C., tętno 80. Język drżący, było obfite wypróżnienie. Wieczorem cie-
płota 39,2° C.. 4. VI. Nieco poci się w nocy, rano ciepłota 37,0° C., tętno 84.
Język lekko obłożony, wieczorem ciepłota 38,6° C., tętno 80. 5. Ciepłota rano
37,2°, chory nieco się pocił, czuje się lepiej, wieczorem 38,0° C.. 6. Stan bezgorą-
czkowy, od tego poprawienia stopniowo w kilka dni chory zdrow wypisał się.

W danym przypadku choroba skończyła się 9-go dnia, lecz bieg ciepłoty
był inny, bardziej zbliżony do typu silnie zwalniającego, początek podobny jak

¹⁾ Zresztą o czemś podobnem częstokroć miałem sposobność przekonać się i w innej spra-
wie wrzodziejącej kiszek, t. j. przy owrzodzeniach gruźliczych; widziałem nieraz bardzo obszerne
wrzody przebiegające bez bólu brzucha i charakterystycznego rozwolnienia.

w pierwszym przypadku, t. j. dreszcze, nagłe bóle głowy i kończyn. Chinina była bezskuteczną.

Podobne przypadki, częściej niż w praktyce szpitalnej, napotykałem w praktyce prywatnej sam, lub też wspólnie z memi kolegami. W większości przypadków były one brane za postaci nieprawidłowe zimnicy, nigdzie chinina nie przerywała ich, po większej części zalecano dalej chininę, a przypadki kończyły się 8 lub 10-tego dnia pomyślnie, podobnie jak moje w szpitalu lub na mieście bez użycia chininy.

Niektóre przypadki, spostrzegane na mieście z innemi kolegami, ciągnęły się i dłużej, prawie do trzech tygodni, cały prawie czas, a głównie przez pierwsze dwa tygodnie towarzyszyły codzienne dreszcze. Stale jednakże pozostawało *sensorium* zupełnie nie zajęte. Zupełna niebolesność brzucha. W tych przypadkach wszędzie chinina, nawet w wielkich dawkach i to podskórnie wstrzykiwana, pozostawała bez skutku. Choroba, jak to tylko co w wspomnianym przypadku miało miejsce, kończyła się w końcu trzeciego tygodnia zupełną apyrekсыją z następczą regularną rekonwalescencyją. Przypadki niektóre, spostrzegane na mieście, wikłyły się jeszcze obok dreszczy i potami, od czasu do czasu w ciągu przebiegu gorączki występującymi. Takowe to jeszcze bardziej utrudniały rozpoznanie, naprowadzając na myśl koniecznie zimnicę.

Dla mnie były te przypadki stanowczo tyfusem brzuszny m o postaci, którą powyżej skreśliłem.

Sądę, że pod tę samą kategorię należy odnieść przypadki, spostrzegane przez prof. ROSEGO w 1883 i 1884 roku, a opisane szczegółowo w N-rze 1 Medycyny z r. 1885 p. t. „O szczególnej postaci malaryi spostrzeganej w Warszawie 1883 r.“. Przypadki opisane przypominają najdokładniej opisaną przezemnie postać tyfusu. Profesor ROSE słusznie w końcu swej ważnej pracy mówi, że postaci te nie może zaliczyć do zimnicy zwykłej, a skłonny m jest dopatrzeć się w nich pewnego, choć dalekiego, powinowactwa z zimnicą i że wreszcie tylko obfitszy materiał szpitalny, a głównie przypadki połączone z badaniem postmiernym mogą kwestyję wyjaśnić należycie.

W tej samej kwestyji ciekawe artykuły polemicznej natury kolegów DUNINA, ARNSTEINA i RAJKOWSKIEGO znajdzie Czytelnik w Gazecie Lekarskiej z roku 1885.

Prof. ŁAPCZYŃSKI, w pracy poprzednio cytowanej, pomieszczonej w N-rze 20-stym 1885 r. w rosyjskim czasopiśmie Wraczu, zastanawia się nad związku m tyfusu z zimnicą, panującą endemicznie w Warszawie i twierdzi, że u ludzi, którzy kiedyś przebywali zimnicą a następnie dotknięci byli tyfusem brzuszny m, zimnica wywiera swój wpływ na przebieg tyfusu w trojaki sposób: 1) w początku tyfusu wywołuje w ciągu 2—3 dni, a nieraz i dłużej, dreszcze i poty z następczym obniżeniem ciepłoty do stanu prawidłowego; 2) w ciągu przebiegu tyfusu zimnica wywołuje również dreszcze prawie codzienne, z następczym potem, czasem w połączeniu z poruszeniem znacznym ciepłoty [postaci rzadkie]. 3) Najczęściej zimnica odbija się na końcowym okresie tyfusu wywołując typ gorączki o postaci przerywanej. Wszystkie wymienione powyżej typy spotykałem u moich chorych, którzy poprzednio wcale zimnicy nie przebywali. Pierwszy

typ w zupełności przypomina początek tylko co o opisanej przezemnie postaci poronnej tyfusu brzuszego. Drugi typ napotykałem również pod postacią, którą wkrótce opiszę jako potną postać tyfusu brzuszego. Wreszcie trzeci typ również często spotykałem w poronnych średnio ciężkich przypadkach tyfusu brzuszego. Czy jednakże w samej rzeczy zimnica panująca w Warszawie nie może wpływać na przebieg tyfusów i wywoływać te postacie mieszane zimniczo-tyfusowe, już kilka lat temu opisane przez WERNICH'a, pozostaje to kwestyją zupełnie jeszcze otwartą. Dopiero możliwość zbadania krwi lub wydzielin w każdym przypadku na obecność jednego lub drugiego swoistego pasorzytu, może kwestyję sporną w zupełności rozstrzygnąć.

Zresztą podobne postacie opisali już dawniej inni autorowie szczegółowo, znowu je poruszył prof. WEIL w wielokrotnie wspomnianej pracy, opisawszy je pod nazwaniem tyfusu poronnego (*typhus abortivus*). Postać tę WEIL opisuje bardzo szczegółowo, opisy jego w zupełności są zgodnymi z moimi spostrzeżeniami. WEIL spostrzegał w czasie epidemii Heidelbergskiej 1883—4 32 przypadki podobnego tyfusu. Podług niego typ gorączki tyfusu poronnego bywa taki sam jak przy tyfusie średniego natężenia, lecz tu w połowie lub w początku drugiego tygodnia zaczynają się zwolnienia. I tutaj zdarza się podług WEIL'a typ gorączki przemijającej [jak to w wielu i moich przypadkach miało miejsce]. Choroba podług WEIL'a kończy się najczęściej *per lysin*, toż samo miało i w moich przypadkach miejsce, chociaż widywałem i typowe przypadki kończące się *per crysin*. Zwiastuny, trwające kilka dni lub tygodni, zdarzają się rzadko, zwykle choroba rozpoczyna się nagle dreszczem silnym, który niekiedy przez kilka dni z rzędu o tej samej godzinie się powtarzał, zupełnie podobnie jak to miało miejsce i w moich opisanych przypadkach. Dalej WEIL widział w niektórych przypadkach objawy mózgowo, oraz stale objawy kiszkowe; jak to już wyżej wspomniałem, brakowało ich prawie zupełnie w moich przypadkach. WEIL widział 5 razy powrót po podobnym tyfusie, czego ja nie widziałem. Podług WEIL'a rokowanie jest zawsze pomyślne, w moich przypadkach tylko jeden zakończył się śmiertelnie, jak to wyżej wspomniałem. [D. n.]

NOTATKI LEKARSKIE.

17. Przypadek uleczenia wpływem moralnym skurczu trzech kończyn u 12-letniego chłopca.

Wśród chorych przebywających tego lata w Druskiernikach na kuracyi obserwowałem z kol. FINEM, 12-letniego chłopca M. H. Dąb [z Bielska] z przykurzeniem obu kończyn dolnych i lewej górnej, tego stopnia, iż gołonie prawie przylegały do ud, a te ostatnie do tułowia, a na kończynie górnej przedramię zbliżone było do ramienia a ramię do klatki piersiowej, palce zaś ręki mocno zaciśnięte w kułak. Wszelkie ruchy dowolne i bierne były niemożliwe. Silne bóle w kolumnie kręgosłupowej i w skurczonych kończynach. Podczas' snu, przykurczenia znikają zupełnie.

Choroba zaczęła się ubiegłej zimy w miesiącu Listopadzie; wracając ze szkoły chory poślizgnął się na lodzie i uderzył się w lewe kolano, które bez żadnych

objawów zapalnych bolało go przez pewien czas; następnie ból rozszerzył się na całą kończynę i skutkiem tego chory zaczął kuleć, trzymając ciągle kończynę w położeniu skurczonym. Z powodu wzmagającego się bólu, chory zmuszony był przeważnie leżeć, chodzić zaś mógł tylko przy pomocy szcudeł. W początkach Maja, chory wstając z łóżka uczuł niespodzianie silny ból w całej prawej kończynie dolnej, która w jednej chwili się skurczyła i odtąd chodzenie stało się niemożliwym. W tydzień, w podobnych okolicznościach wystąpiło przykurczenie kończyny górnej lewej, poprzedzone również bólem.

Uznawszy cierpienie za histeryję, postanowiłem podzielać na wolę chorego bólem, groźbą i moralnym zniewoleniem. Rozpocząłem od kończyny górnej w sposób następujący: Włożywszy w chorą rękę elektrod masyżki indukcyjnej, oświadczyłem choremu, że wkrótce poczuje w rękę silny ból, od którego jednak odrazu się uwolni, jeżeli palce otworzy, w przeciwnym zaś razie trzeba będzie zrobić głębokie cięcia w rękę. Przystawiwszy drugi elektrod do ramienia chorego głośno, krzyknąłem: otwórz rękę. Palce przedtem skurczone, rzeczywiście się otworzyły tak, że elektrod z ręki wypadł. Wkrótce jednak palce znowu napowrót się skurczyły. Doświadczenie to powtórzyłem kilkakrotnie i za każdym razem skutek był ten sam i to stopniowo z coraz większą łatwością się zjawiający. Korzystając z tego powodzenia, zażądałem od chorego z pewną natrętnością, ażeby otworzył rękę już bez pomocy elektrodu, czego jednak żadną miarą, przy największem nawet usiłowaniu, nie był w stanie wypełnić. Wtedy nie czekając długo, otworzyłem mu palce własną ręką i położywszy na dłoń parę szpilek, puściłem odrazu palce i krzyknąłem „tak trzymaj bo się ukłujesz“; chory palców już nie skurczył. Gdy to się stało, zabrałem szpilki i ciągle dość głośno napominałem chorego ażeby ręki nie zamknął. Widząc że chory i to uskutecznia, otworzyłem przed nim książkę i dla odwrócenia myśli jego, kazałem mu z niej prędko czytać; chory czytał z zajęciem, a ręka cały czas była otwartą. Zabrawszy książkę, energicznie nakazałem, choremu zamknąć palce i w tej chwili takowe otworzyć, co również wypełnił, z początku z pewną trudnością, a po krótkim wszakże ćwiczeniu, dość zręcznie. Gdy się przekonał, że chory już bez trudności otwiera i zamyka swe palce, zmusiłem go do naśladowania wszelkich ruchów, jakie sam wykonywałem.

Ponieważ chory dowolnie przedramienia nie mógł wyciągnąć, wyprostowałem mu je przemocą, schwyciłem nóż i udając, że chcę krajać, energicznie krzyknąłem „nie kurcz ręki“: przedramię pozostało wyprostowane. Powoli zniewoliłem chorego, że i przedramieniem wykonywał takie ruchy, jakie mu kazałem. W tenże sposób udało mi się wrócić i kończynom dolnym ruchy dowolne.

L. Vorstädter [Białystok].

Opisany przypadek jest niewątpliwie, jak to zresztą i autor utrzymuje, przypadkiem histeryi, która i u dzieci występować może i do wielkich rzadkości nie należy. Leczenie psychiczne, jak w ogóle w histeryi, i tutaj oddało wielką usługę.

[Przypisek redakcyi].

18. Umysłne skracanie kości, w celu leczenia rozległych zniszczeń części miękkich.

W numerze 42 *Centralblatt für Chirurgie* znajdują sprawozdanie z pracy MARTEL'a, ogłoszonej w N-rach 9, 11 i 12 *Gazette médicale de Paris* z roku bieżącego, zatytułowanej: „*Du raccourcissement methodique des os des membres dans le traitement des lesions avec destruction étendue des parties molles*“.

Już samo pojawienie się tego streszczenia z pracy nieco przedwcześnie ogłoszonej, wykazuje w danym przypadku, że sprawa o której mowa jest bardzo interesującą i każde spostrzeżenie tego rodzaju jaknajskwapliwiej notowane być winno. Ośmiela mnie to do zanotowania przypadku, przed kilku laty przemnie operowanego, z ogłoszeniem którego wstrzymywałem się ze względu na

to, iż jedno spostrzeżenie nie może stanowić podstawy do wniosku i ma w dziennikarstwie lekarskim co najwyżej znaczenie reklamy. Dziś gdy mnie w ogłoszeniu pomysłu chirurgicznego uprzedzano, gdy szczupły materyjał kazuistyczny MARTEL'a i LOBKERA (*Centr. Blatt für Chir.* 1884 N. 50), zwrócił na siebie uwagę publiczności lekarskiej, postanowiłem podać do wiadomości ogólnej fakt, iż w r. 1880 wykonałem, przy łaskawej pomocy ś. p. kolegi PŁACZKOWSKIEGO, wypiłowanie czterech ctm. kości strzałkowej i piszczelowej zupełnie zdrowych, jedynie w celu zagojenia obszernych zniszczeń części miękkich, w skutek urazowej zgorzeli takowych.

Przypadek ten dotyczy Anny Wysockiej, około 50-lat podówczas mającej, której koło omnibusu przeszło przed laty dwoma przez nogę prawą, przygniotłszy takową do bruku żelaznego..

Następstwem tego przypadku było proste złamanie obu kości goleni prawej i znaczny bardo wylew krwi podskórny, sięgający aż do kolana. Z powodu, że poszkodowana była osobą oddawna cierpiącą na żylaki kończyn dolnych, że skóra tedy źle była odżywiana i często owrzodzeniom ulegała, przeto pomimo normalnego i szybkiego zrosnięcia złamanych kości, części miękkie uległy dość rozległej zgorzeli.

W dwa lata po przypadku, Wysocka zażądała mojej pomocy z powodu, iż kończyny prawej, zgiętej pod kątem prostym do uda i ciągle podlegającej owrzodzeniom, używać nie była w stanie.

Przy badaniu chorej okazało się, iż dawne złamanie zrosło się bez śladu, że jednak stopa prawa, pomimo zgięcia kończyny w kolanie, ustawiona była w pozycji stopy końskiej (*pes equinus*), w skutek blizny gwiazdowatej skóry i mięśnia łydkowego. Oprócz tego na przedniej powierzchni goleni znajdowała się druga blizna, nieprawidłowych kształtów, sięgająca z góry ku dołowi od połowy goleni do granicy z $\frac{1}{3}$ tejże. Na szerokość blizna ta miała prawie na całej przestrzeni około 6 ctm. i ciąglą ulegała owrzodzeniom, tak, że prawie cała tworzyła, niezbyt wprawdzie głębokie, ale nigdy nie gojące się przewlekłe owrzodzenie,

Pomimo tak niezwykłego ustawienia kończyny, ruchy czynne i bierne w stawie kolanowym i golenio-stopowym, aczkolwiek nieco ograniczone, zniesionemi jednakże nie były.

Z początku wykonałem chorej podskórne przecięcie ścięgna ACHILLESOWEGO i korzystając z odurzenia chloroformowego, owrzodzenie na bliźnie przedniej wyskrobałem i pokryłem licznymi wysepkami przeszczepionej skóry. Dodałem do tego wyprostowanie i szynę gipsową tylną, oraz odpowiedni opatrunek przeciwnilny. Po paru tygodniach przekonałem się, że owrzodzenie poprzednie bardzo mało zyskało na zagojeniu przez szczepienie wysepek skóry, a że za to blizna tylna takiemuż atonicznemu uległa owrzodzeniu.

Za zgodą chorej, po wspólnej naradzie z kol. ś. p. PŁACZKOWSKIM, postanowiliśmy w celach ortopedycznych wypiłować chorej część szkieletu goleni, aby w ten sposób znieść nadmierne i tak nieszczęśliwie wklajające się naprężenie dwóch blizn.

Wynik operacji był zupełnie zadawalniający, bo chociaż ostateczne zagojenie nastąpiło zaledwie po dwu miesiącach, to jednak chora ze skróceniem kończyny o 5 ctm. do 6 ctm., chodzi do dzisiejszego dnia na obu nogach, z prawym obcasem i podeszwą odpowiednio nadsztukowaną.

Wycięcie wykonaliśmy typowo, prawie bezpośrednio nad kostkami, tak jak je się na trupie wykonywa przy ćwiczeniach operacyjnych. Powolny i niezupełnie nieprawidłowy przebieg pooperacyjny objaśniam sobie przeniesieniem mimowolnem do rany zadanej, tych kolonij drobnoustrojowych, które na owrzodzonej bliźnie wegetowały, pomimo wszelkich naszych starań.

Koniec końcem owrzodzenia owe raz na zawsze się pogoiliły, bóle i obrzęk w kończynie chorej znikły, a Wysocka była w stanie powrócić do stałych swych zajęć kucharskich.

Niechże i ten przypadek figuruje w liczbie umyślnie podejmowanych skrótów szkieletu, mających na celu leczenie rozległych zniszczeń części miękkich.

R. Jasiński.

LIST OTWARTY do Redakcyi Gazety Lekarskiej.

SZANOWNY REDAKTORZE!

Dowiedziawszy się w tych dniach od D-ra ORŁOWSKIEGO, że sposób traktowania szypuły [przy owaryotomii] metodą wewnątrz-otrzewnową, był przez Niego już opisany, śpieszę ze sprostowaniem mylnego zdania swego, wyrażonego w N-rze 45 Gazety Lekarskiej, jakoby sposób ten nie był u nas dotychczas przez nikogo ogłoszony. W N-rach 42 i 43 Medycyny z roku 1881 D-r ORŁOWSKI opisał trzy swe owaryotomije, z których dwie wykonał metodą wewnątrzotrzewnową. Jeden z tych przypadków [Józefa THOMAS] zakończył się pomyślnie i jak mówił D-r ORŁOWSKI, operowana do dziś dnia cieszy się pożądanem zdrowiem.

W przypadku tym D-r O. szypułę [krótką i dosyć szeroką] przewiązał za pomocą dwóch grubych jedwabnych nitok i prócz tego trzy wybitniejsze naczynia w szypule oddzielnie przewiązał; następnie szypułę wpuścił do jamy brzusznej.

Kierując się bezstronnością, czuję się w obowiązku sprostowanie to ogłosić, przepraszając zarazem Szanownego D-ra ORŁOWSKIEGO, że ważną pracę Jego przeoczyłem. Przyznam się, że o ogłoszeniu przypadków tych drukim nie wiedziałem, bo nie będąc w latach 1881 i 1882 w Warszawie, nie miałem sposobności czytania Medycyny,
Zweigbaum.

Wiadomości bieżące.

Warszawa. Dnia 29 Listopada r. b. upłynęło 5 miesięcy od chwili rozpoczęcia tutaj leczenia wścieklizny metodą PASTEUR'a. W ciągu tego czasu podległo leczeniu 89 osób, pochodzących z różnych stron kraju i Cesarstwa i pokąsanych w 2 przypadkach [9 osób] przez koty, w pozostałych przypadkach [80 osób] przez psy wściekłe, lub silnie podejrzan. Największą liczbę chorych, bo aż 37 dostarczyła gubernija Warszawska, dalej Radomska 14, Piotrkowska 9, Łomżyńska i Grodzieńska po 6, Kowieńska 4, Lubelska, Wołyńska i Siedlecka po 3, Płocka, Mińska, Mohylewska i Ufińska po 1. Z Warszawy i jej okolic zgłosiło się osób 18, z samego miasta 3 osoby [2 pokąsania], z Nowej Pragi 6 osób [3 pokąsania], z gminy Brudno 4 [1 pokąsanie] i z przedmieścia Woli 5 [1 pokąsanie]. Wścieklizna kąsającego zwierzęcia stwierdzoną została w 75% przez świadectwo lekarzy lub weterynarzy, w 10% przez zaszczerpienie królików psim mózgiem lub rdzeniem, lub też przez wścieknięcie się pokąsanych równocześnie zwierząt [koń, 2 razy po 2 psy i wół],

Leczenie trwające dni 10 leczenia odbywali po części w szpitalu Wolskim [43 osoby], gdzie jest na ten cel przeznaczony osobny oddział dla 8-miu osób [4-eh mężczyzn i 4 kobiet], po części ambulatoryjnie w pracowni przy ulicy Wilezej.

Wyniki stosowania metody uważać można za pomyślne, zdarzył się bowiem dotąd 1 tylko przypadek zakończony śmiercią. Zmarł mianowicie d. 22. XI. 11-letni chłopiec z Lubelskiego pokąsany d. 2. VIII. a przybyły na kurację 11. VIII. D-r SACHS z Lublina, w którego opiece chory przed śmiercią pozostawał, nie może jednak orzec stanowczo, czy przyczyną śmierci była tutaj wścieklizna czy też inna choroba. Chory umarł niespodzianie i przytomnie, oprócz gorączki [39] i chwilowego majaczenia innych objawów nie było.

O. Bujwid.

Dorpat Odsłonięty tu został uroczyste pomnik dla słynnego embryologa v. BAERA.

Porządek dzienny posiedzenia klinicznego, Towarzystwa lekarskiego Warszawskiego mającego się odbyć w dniu 21 Grudnia 1886.

- 1) REICHMAN. O sokotoku żołądkowym (*gastrosuccorrhoea*).
- 2) KRAMSZTYK ZYGMUNT. O związku łuszczyki z jaglicą.
- 3) KAMOCKI. O operacyjnem leczeniu oderwania siatkówki.

Prace oryginalne w polskich czasopismach lekarskich.

Przegląd lekarski. Nr. 50. LESSER. Kilka uwag o obrzmieniach kręgosłupa. — GLUZIŃSKI i JAWORSKI. Kilka uwag w sprawie nadmiernego wydzielania soku żółtkowego i nadmiernej jego kwaśności. — BLUMENSTOK. Sprawa Ritterów.

Medycyna Nr. 50. ROGOWICZ. Nowe zakłady publiczne [przytułki] dla biednych rodzających w Warszawie.

OD WYDAWCY.

„Gazeta Lekarska“ wychodzić będzie w ciągu roku 1887 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.

Wystawa higieniczna w Warszawie.

1) Wystawa higieniczna otwartą zostanie w Warszawie w 1887 roku i trwać będzie od 15-go Maja do 1-go Lipca.

2) Wystawa urządzoną będzie na placu ujazdowskim. Biuro wystawy mieści się w Magistracie m. Warszawy, w wydziale inżynieryi.

3) Nagrody dla wystawców składać się będą z dyplomów uznania i listów pochwalnych. Odznaczenia takie przyznawane będą na posiedzeniach ogólnych zarządu na przedstawienie komitetów wystawy. Zagraniczne okazy konkursowi nie podlegają.

4) Osoby pragnące umieścić okazy, składają deklaracje jednocześnie załączając opłatę za miejsce w ilości rubla jednego od łokcia kwadratowego, licząc za cały przeciąg pobytu przedmiotów na wystawie. Wystawca usuwający przedmioty przed zamknięciem wystawy, traci prawo do miejsca zajętego poprzednio.

UWAGA. W pewnych wyjątkowych razach zarządowi przysługuje prawo przyjęcia przedmiotów bez opłaty.

5) Zarząd posiada prawo odmowy przyjęcia przedmiotów. W przypadku takim, kwota nadesłana natychmiast zwróconą będzie osobom, które ją wniosły. Osoby cofające deklarację tracą prawo do odbioru wniesionych opłat.

6) Wystawcy pokrywają oprócz kosztów przesyłki, przeniesienia, ustawienia i potem uprzątnienia okazów wydatki na wszystko cokolwiek odnosi się do urządzenia ich oddziałów i muszą dopilnowywać sami porządku w obrębie takowych.

UWAGA. Wystawcy nadsyłający przedmioty, których ocenienie wymaga analizy chemicznej, obowiązani są przedstawić gotowy rezultat poważnie przeprowadzonego rozbioru lub też uiścić zapłatę za rozbiór. Cennik odnośny zostanie w tym celu podany.

7) Urządzenie atoli pojedynczych oddziałów nie może się odbywać bez udziału zarządu, a to w celu zachowania właściwego stosunku w ugrupowaniu, oświetleniu i symetrii rzeczy w obrębie całej wystawy.

8) Pokarmy sprzedawane na wystawie ulegać będą kontroli sanitarnej ze strony zarządu wystawy.

9) Zarządowi wystawy przysługuje prawo poddawania ściślejszemu badaniu przedmiotów nadesłanych na wystawę, oraz jedyne prawo wydania katalogu wystawy. Zwiedzający pragnąc wykonać rysunek, skreślić plany i t. p. muszą otrzymać na to pozwolenie zarządu. Nie stosuje się to do właścicieli okazów, którzy mają prawo reklamowania swoich towarów w sposób ogólnie przyjęty.

10) Wszelkie uszkodzenia terenu i gmachu wystawy obecnością przedmiotów wywołane, naprawione być winny na koszt wystawców.

11) W razie potrzeby bliższych informacji wystawcy otrzymać je mogą w biurze wystawy.

12) Deklaracje przyjmowane będą począwszy od chwili ogłoszenia niniejszego regulaminu. Ostateczny termin składania deklaracji oraz ostateczny termin nadsyłania przedmiotów, ogłoszone zostaną w czasie właściwym.

13) Organem wystawy higienicznej jest czasopismo miesięczne „Zdrowie.“

Do N-ru bieżącego Gazety Lekarskiej dołącza się bezpłatnie dla wszystkich prenumeratorów próbny N-er „Wszelchwiata“ oraz „Katalog dzieł lekarskich“ księgarni Kleisingera w Warszawie.

„WIADOMOŚCI LEKARSKIE“

CZASOPISMO MIESIĘCZNE
poświęcone wszystkim gałęziom wiedzy lekarskiej
redagowane i wydawane

przez
Dra J. K. Wiktora
we Lwowie.

Wychodzić będzie i w r. 1887 w zeszytach miesięcznych i zawierać będzie:
a) Rozprawy oryginalne z zakresu wszystkich gałęzi medycyny. b) Sprawozdania z prac lekarzy polskich, czeskich, rosyjskich, francuzkich, angielskich, niemieckich etc. jakoteż kazuistykę lekarską. c) Krytykę i biblijografię lekarzy polskich. d) Kronikę wiadomości i spraw lekarskich. e) Ogłoszenia z wyjątkiem reklam i ogłoszeń o środkach uniwersalnych.

Prenumerować można rocznie lub półrocznie. Przedpłata wynosi w ces. rosyjskiem rocznie 4 Rbl., półrocznie 2 Rbl. Ogłoszenia po 10 kop. za 1 wiersz nonpareille przyjmuje.

Redakcja i Administracja „Wiadomości lekarskich“ we Lwowie, przy ulicy Akademickiej Nr. 16. 2—1

St. Petersburger

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

będzie wychodzić w r. 1887 według dotychczasowego programu i pod obecną redakcją. Ma ono za zadanie być organem dla lekarzy praktyków i obznajmiać ich przez pomieszczanie **prac oryginalnych** oraz **streszczeń i ocen** pojawiających się dzieł z postępami medycyny współczesnej. Szczególniejszą uwagę zwraca na **literaturę lekarską rosyjską i polską** by czytelników nie posiadających tych języków zaznajomić z pracami w nich drukowanymi.

Cena prenumeracyjna wynosi: w Rosyji z przesyłką 8 rubli rocznie, 4 ruble półrocznie; w innych krajach 16 marek rocznie, 8 półrocznie. Prenumeratę nadsyłać można do księgarni C. Rikker'a w St. Petersburgu. Newski Prospekt № 14, **rękopisy** zaś i wszelką korespondencyję redakcyjną do Redaktora D-ra Gustawa Tilling'a (Kiraznaja 39). —Ogłoszenia przyjmuje wyłącznie centralny kantor ogłoszeń Fr. Petrick'a, Newski Prospekt № 8. 2—1

WYDAWNICTWO DZIEŁ LEKARSKICH NAKŁADEM GAZETY LEKARSKIEJ.

W ciągu roku bieżącego opuści prasę dzieło pod tytułem:

TERAPIJA OGÓLNA

przez prof. Hoffmanna.

Cena dzieła wyniesie Rs. 4, z przesyłką 4.50 a zatem będzie tańszą od oryginału niemieckiego. Przedpłatę można nadsyłać do Wydawcy Gazety Lekarskiej. Marszałkowska 119.