

GAZETA LEKARSKA.

Treść. I. A. GABSZEWICZ. Kostniak mięsakowaty ośrodkowy goleni prawej (*Osteo-sarcoma centrale tibiae dextrae*). — II. L. PRZEDBORSKI. Przypadek samodzielnego porażenia histerycznego krtańi ze stałymi objawami skurezu fonacyjnego i oddechowego. Kilka słów w kwestyi powstawania przebieg rozpoznawania i leczenia samodzielnego histeryi krtańi. [Dokończenie]. — III. A. SOKOŁOWSKI. Parę uwag nad charakterem epidemii tyfusu brzuszego panującego w Warszawie, w ciągu trzech lat ostatnich [1883. 4 i 5] [Dokończenie]. — *Notatki lekarskie*. 19. J. FRENKEL. Przyczynek do leczenia polucyj nocnych. — *Dział sprawozdawczy*. 57. B. S. SCHULTZE. Wyleczenie ciężkiego cierpienia połogowego przez wycięcie septycznie zakażonego ciała macicy. — Wiadomości bieżące. — Od Wydawcy. — Nadesłano do Redakcyi. — Odpowiedź Redakcyi. — Dodatki. — Ogłoszenia.

I. KOSTNIAK MIĘSAKOWATY OŚRODKOWY GOLENI PRAWEJ (*Osteo-sarcoma centrale tibiae dextrae*).

Podał

A. Gabszewicz,
były ordynator kliniki chirurgicznej.

Przypadek, o którym chcę mówić, zasługuje na wzmiankę nie tyle ze względów anatomo-patologicznych, ile ze względu na swój przebieg i rozpoznanie różniczkowe. Nowotwory kostne, biorące początek z samej kości, spotykamy wcale nie rzadko, a z pomiędzy ogólnej grupy najczęściej spostrzegamy różnorodne postacie kostno-mięsaków; te ostatnie sadowią się przeważnie na żuchwie, a z kości długich na kości udowej, na goleni i kościach przedramienia; w większości przypadków biorą one początek w szpiku kostnym nasad, tylko następnie przechodzą na trzon kości długich. Okres wieku, który najwięcej sprzyja rozwojowi powyższych nowotworów, waha się między 18—25 rokiem i w późniejszych latach; wcześniej rzadko je spostrzegamy. Wogóle wzrost ich jest powolny, rzadko tylko, i to w późniejszych okresach ich rozwoju, przebieg staje się ostrzejszym. O ile wiadomo, przewlekłe zapalenie szpiku kostnego, tak zwane *myelitis granulosa seu tuberculosa*, również najczęściej zdarza się na nasadach kości rurkowatych, występuje przeważnie w wieku młodszym, przebieg ma dosyć powolny; pod tym względem dużo cierpienie to przedstawia podobieństwa do nowotworów kostno-mięsakowatych, szczególnie w pierwszych okresach rozwoju jednej i drugiej sprawy chorobowej. Zwolna jednak powstają różnice znakomicie się uwydatniające; mięsaki kostne ośrodkowe tem się odznaczają, że przenikając szpik kostny i samą tkankę kostną, rozdymają jednocześnie kości, powodują nowotworzenie istoty kostnej w zewnętrznych warstwach kości, zajętej przez sprawę chorobową, wskutek czego ta ostatnia znakomicie nabrzmiewa; rozcięcie to dość jednostajnie obejmuje cały obwód kości chorobą dotkniętej.

Ta właśnie jednostajność obrzmienia, zwolna powstająca i jednocześnie wielkość jego dostatecznie nam wykażą, z czem właściwie mamy do czynienia. Przewlekłe zapalenie szpiku nigdy nie wywoła takiego rozděcia kości, jakie ma miejsce przy nowotworze. Wątpliwość co do istoty cierpienia wtedy tylko byłaby możliwą, gdybyśmy już mieli przed sobą zajęcie sąsiedniego stawu, co bywa przy jednej i drugiej sprawie chorobowej; wtedy rozpoznanie wahać się może pomiędzy nowotworem, a przewlekłym ziarninowem zapaleniem stawu.

Od czasu jednak do czasu zdarzają się przypadki, w których i bez zajęcia sąsiedniego stawu, rozpoznanie staje się albo niemożliwym albo też wątpliwym, wskutek tego, że rozwój nowotworu odbiega od zwykłego typu. Na powyższe trudności rozpoznawcze zwracali już uwagę VOLKMAN, DUPLAY ¹⁾, DENTU, a przypadek, który postaram się treściwie opisać, będzie jednym z dowodów, jak nieraz trudno zrobić rozpoznanie różniczkowe pomiędzy kostno-mięsakiem a zapaleniem przewlekłym szpiku.

B. P., lat 25, służąca, przybyła do kliniki szpitalnej chirurgicznej w Grudniu 1884 r.. Chora błąda, z objawami niedokrwiistości; tkanki tłuszczowej ilość umiarkowana, układ kostny i mięsny słabo rozwinięty. W dzieciństwie często jej obrzmiewały gruczoły chłonne, w chwili badania jednak nie były one powiększone. W płucach i w kanale pokarmowym żadnych zmian nie można wykryć; badanie co do przymiotu nabytego, lub odziedziczonych daje wynik ujemny, Przed 6 laty, bez widocznej dla niej przyczyny, chora zaczęła doznawać bólu w górnej części prawej nogi, chwilami ból był tak dokuczliwy, że chora zmuszona była leżeć w łóżku po kilka dni, nieraz i dłużej, często bóle te poprzedzone były przez gwałtowne dreszcze; obrzmienia nogi chora nie zauważała. Chora stosowała przeróżne środki odciągające i drażniące skórę, które nieznaczną tylko ulgę jej sprawiały. Stan ten z ciągłymi pogorszeniami lub z chwilową poprawą trwał aż do ostatnich czasów. Na 4 miesiące przed przybyciem chorej do szpitala, bóle wystąpiły daleko gwałtowniej w porównaniu z poprzednimi, jednocześnie chora spostrzegła niezbyt wielkie obrzmienie, odpowiadające kłykciowi wewnętrznemu nogi, bardzo bolesne przy dotykaniu; chodzić wtedy z trudnością już tylko mogła. Chora zdecydowała się szukać porady w szpitalu. Pierwsze badanie wykazało co następuje: wewnętrzna część nogi prawej, odpowiadająca kłykciowi wewnętrznemu pęczeli, nieco obrzmiała, różnica w wymiarze obwodu obu nogi w powyższym miejscu wynosi 1 cm., skóra nieco zaczerwieniona, mocny ucisk kłykcia wewnętrznego sprawia ból dotkliwy. Staw kolanowy prawy zdaje się również nieco obrzękłym, różnica w wymiarze obwodu obu kolan wynosi zaledwie 1 cm.. Ruchy w stawie dosyć swobodne, chociaż zbyt wyprostowanie lub zgięcie staje się bolesnym. Chora może się opierać na chorej nodze, chodzenie jednak sprawia jej wielką przykrość. Uwzględniwszy wszystkie powyższe objawy otrzymane przy badaniu chorej, postawiliśmy rozpoznanie „*osteomyelitis epiphysaria tibiae dextrae granulosa*“; brak objawów jakiegokolwiek cierpienia ze strony płuc u chorej nie mógł przemawiać przeciwko temu rozpoznaniu, gdyż o ile wiadomo, sprawy gruźlicze w kości często zdarzają się

¹⁾ Revue de Chirurgie. Mars. 1885.

zupełnie pierwotnie i tylko następczo płuca ulegają zakażeniu gruźliczemu. Z drugiej strony rozpoczęcie się choroby dreszczami, nasilenia zjawiające się w przerwach, bolesność umiejscowiona w okolicy kłykcia wewnętrznego, niezbyt wielkie obrzmienie tego ostatniego, nieznaczny odczyn w stawie, przemawiały za tem, że w nasadzie piszczeli ma miejsce tworzenie się ognisk zapalnych i że w danej chwili mamy tylko gwałtowniejsze nasilenie sprawy chorobowej przewlekłej. Za prawdopodobieństwem nowotworu w danym przypadku nic nie przemawiało; nie mieliśmy charakterystycznego jednolitego obremienia nasady goleni, które mogłoby już nastąpić ze względu na kilkoletni przebieg sprawy chorobowej, żyły podskórne, zwykle rozszerzone i nalane przy mięsakach, tutaj wcale się nie uwydatniały. W każdym razie zupełne rozstrzygnięcie rozpoznania zostawiliśmy przyszłości, a na początek stosowaliśmy wcierania szaruchy w okolicę kłykcia, syrup jodowo-żelazny wewnątrz i kąpiele słone. Środki te nie wywołały żadnej poprawy, a po kilku tygodniach obrzmienie, oprócz okolicy kłykcia wewnętrznego, zajęło jeszcze i okolicę grzebienia piszczeli w górnej części. W celu leczniczym, a jednocześnie i rozpoznawczym, wykonałem cięcie długości 4 ctm. w miejscu największego obrzmienia, t. j. między kłykciem wewnętrznym a grzebieniem; cięcie poprowadziłem do samej okostnej, która wyglądała prawidłowo, przylegała do kości mocno, części miękkie były nacieczone surowicą. Wobec prawidłowego stanu okostnej, ograniczyłem się na ten raz tem tylko cięciem, które w każdym razie wywoławszy obfity odpływ krwi zastoinowej, przyniosło chorej znaczną ulgę: ból znakomicie zmalał, obrzmienie ustąpiło. Niestety zaledwie kilka tygodni chora cieszyła się powyższą poprawą, wkrótce bowiem dawniejsze objawy wybuchły z gwałtowniejszą jeszcze siłą, chora wieczorami zaczęła gorączkować, co od czasu do przybycia jej do szpitala nie miało miejsca. Wobec powyższych objawów, przypuszczaliśmy wytworzenie się jakiegoś głębszego ogniska ropadowego w nasadzie i w tym celu postanowiliśmy z prof. JEFREMOWSKIM wykonać trepanację kości, mając zamiar posiłkować się przyrządami trepanacyjnymi kolegi STOLLA. Po należytem wymyciu goleni 5% roztworem kwasu karbolowego i po uspieniu chorej, wykonano cięcie, na miejscu poprzednim, długości 5 ctm., do samej okostnej; ta ostatnia przedstawiała się nieco wygórowaną, co daje się spostrzegać wtedy, jeżeli w przypadkach ostrego zapalenia szpiku ropa gromadzi się pod okostną; po przecięciu jednak tej ostatniej zamiast ropy, lub rozmiękczonej tkanki kostnej, oczom naszym przedstawiła się obszerna jama, wypełniona miękką masą galaretowatą, przypominającą miejscami zorganizowane skrzepy krwi, dające się łatwo rozrywać, miejscami nawet jakby świeżo dopiero ściętą krew. Po usunięciu tych mas, przekonaliśmy się, że jama ta dochodzi ku górze do samego stawu, a ku dołowi sięga granicy $\frac{1}{3}$ części górnej piszczeli. Istota kostna tego odcinka piszczeli zniszczona, zaledwie na zewnętrznym i tylnym obwodzie jamy ocalała jeszcze cienka skorupa kostna, od przodu więc i od wewnątrz jamę tę oddzielała tylko okostna od części miękkich.

Naturalnie w danym przypadku odrazu stało się jasnym, że nasze poprzednie rozpoznanie było mylne; cały obraz cierpienia kości przemawiał przeciw sprawie gruźliczej, jakiej oczekiwaliśmy w naszym przypadku; nigdzie najmniejszego śladu ognisk zserowaciałych, nigdzie choćby najmniejszych martwaków, tak charakte-

rystycznych dla cierpienia gruźliczego kości; przytem, choć podług VOLKMANN'a ¹⁾ i KOENIG'a ²⁾, zdarzają się więcej rozlane ogniska gruźlicze w nasadach kości, nigdy jednak nie dochodzą one do takich rozmiarów, aby mogły wytworzyć podobnie olbrzymią jamę, jaką widzieliśmy u naszej chorej. Z drugiej strony sprawa gruźlicza, gdyby tak daleko już posunęła się w nasadzie kości, niezawodnie do tej pory zakwitłaby już na dobre w stawie kolanowym, w ostatnim jednak, oprócz może nieco zwiększonej ilości mazi, nie można było dostrzedz żadnych zmian i ani śladu zwyrodnienia ziarninowego na błonie maziowej i innych tkankach staw tworzących. Wobec powyższych objawów, musieliśmy odstąpić od naszego pierwotnego rozpoznania, a wygląd makroskopowy zawartości jamy i zupełne zniszczenie kości na olbrzymiej przestrzeni dostatecznie nas przekonywały, że mamy do czynienia w obecnym razie ze złośliwą sprawą nowotworową w kości. Naturalnie nie pozostawało nic innego, jak wykonać odjęcie uda, co dopełniliśmy następnego dnia, za zgodą chorej. Badanie drobnowidzowe miękkiej masy galaretowatej, dokonane przez kolegę PRZEWOSKIEGO, wykazało ogromną ilość drobnych, okrągłych komórek, obok nich dość znaczną ilość komórek wielojądrowych; podścielisko zaledwie gdzieś dostrzeżalne; miejscami widzieć można drobinki tłuszczu i rozpad, śladów budowy tkanki kostnej żadnych. Powyższy obraz drobnowidzowy, wraz z wyglądem makroskopowym każe nam przypuszczać, że w danym przypadku mieliśmy do czynienia z kostno-mięsakiem ośrodkowym, który wziął początek w szpiku kostnym i przeniknąwszy całą istotę kostną tkanką mięsakowatą, uległ w późniejszych okresach wstecznemu zwyrodnieniu i rozpadowi; ostatnie sprawy łatwo mogły wywoływać kwrotoki do jamy nowotworowej, co, podług VOLKMANN'a, dosyć często daje się spostrzegać w mięsakach kostnych ulegających stłuszczeniu; tem chyba należy wytłomaczyć sobie dość znaczną ilość prawie świeżych skrzepów krwi, a z drugiej strony brak zupełny nawet śladu ciałek kostnych przy badaniu drobnowidzowem.

Co się tyczy samej chorej, to ta przez pierwsze 2 tygodnie miała się wcale nieźle, nie gorączkowała, rana poamputacyjna zaczęła się pokrywać dobrą ziarniną. Przy końcu 3-go tygodnia zmuszony byłem wyjechać, w czasie zaś mej nieobecności chora jednego wieczoru dostała gorączki dochodzącej do 40,5° C. bez poprzedzających dreszczów, a na drugi dzień umarła, straciwszy na parę godzin przed śmiercią przytomność; ciepłota nie obniżała się do chwili skonu. Zmieniony przed śmiercią opatrunek nie wykazał najmniejszego pogorszenia w ranie. Sekcja nie była dokonana, na skutek prośby rodziny, trudno więc dokładnie rozstrzygnąć, jaka była rzeczywista przyczyna śmierci; przeciw ropnicy przemawia jednak brak wstrząsających dreszczów i zupełnie dobry wygląd rany. Przeciw ostrej prosówkowej gruźlicy brak wszelkich objawów ze strony płuc i mylne rozpoznanie uczynione poprzednio, co do istoty cierpienia kości. Prawda, że nie badałem mas galaretowatych na laseczniki, ale można być pewnym,

1) Chirurg. Erfahrungen über die Tuberculose, Centralb. für Chir. 1885.

2) Tuberculosis der Knochen.

że wobec wyżej szczegółowo opisanego obrazu choroby, badanie dałoby zupełnie ujemny wynik. Najprawdopodobniej śmierć więc nastąpiła wskutek przerzutów nowotworu w narządach wewnętrznych.

Z powyższego opisu łatwo dostrzedz, o ile przebieg powyższego nowotworu odbiegał od ogólnego typu i o ile więcej wszystkie objawy przemawiały na korzyść zapalenia. Brakowało jednego z najważniejszych objawów nowotworu mięsakowatego, rozdęcia kości; w naszym przypadku nowotwór przeistaczał tylko tkankę kostną, nie powodując jej nowotworzenia w warstwach zewnętrznych, dziwnem się jednak wydaje to zjawisko, że pomimo tak kolosalnego braku kości piszczeli, chora prawie do ostatnich chwil mogła się opierać na cierpiącej nodze, i że chodzenie nie spowodowało zupełnego złamania cienkiej warstwy kostnej, jaka ocalała.

Żałować należy, żeśmy wcześniej nie przystąpili do trepanacji; rozpoznanie stałoby się jasnym, a chorą możnaby jeszcze było uratować, wykonywując naturalnie odjęcie uda. Mając ten przypadek na uwadze, sądzę, że we wszystkich analogicznych zdarzeniach nie należy zbyt długo zwlekać z przystąpieniem do trepanacji kości; ten ostatni rękoczyn, w razie istnienia ognisk zapalnych, będzie dobrym środkiem leczniczym, a w razie wątpliwości w rozpoznaniu dopomoże do wyświeślenia istoty cierpienia.

Jaka mogła być przyczyna rozwoju tego nowotworu, w danym przypadku trudno rozstrzygnąć; chora była służącą, zajęcia jej prawdopodobnie często musiały ją narażać na rozmaite obrażenia okolicy kolana. SCHWARTZ ¹⁾ w swej pracy za główne i bezpośrednie przyczyny tego rodzaju nowotworów poczytuje albo 1) gwałtowne uderzenia poprzedzające na jakiś czas rozwój nowotworu, albo 2) obrażenia tak zwane przewlekłe. Pierwsze, podług obliczeń SCHWARTZ'a, daleko częściej są przyczyną powstawania powyższych nowotworów, drugie wpływają na szybszy rozwój nowotworu. Do tych drugich należy zaliczyć także i stosowanie wszelkich drażniących środków przy istnieniu kostnomięsaków, które podług BARRET'a ²⁾ znakomicie przyspieszają rozwój nowotworu. Mając te dane na względzie, najracyjonalniej będzie we wszystkich sprawach chorobowych kości wątpliwej natury nie bawić się długo w stosowanie różnych środków, lecz wcześniej za pomocą trepanacji rozstrzygnąć rozpoznanie i w razie istnienia nowotworu złośliwego wykonać odjęcie odpowiedniego członka.

¹⁾ Des ostéosarcomes des membres. Paris. 1880.

²⁾ Revue de Chirurgie. 1885. Avril.

II. PRZYPADEK

SAMODZIELNEGO PORAŻENIA HISTERYCZNEGO KRTANI ZE STALEMI OBJAWAMI SKURCZU PONACYJNEGO I ODDECHOWEGO.

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

Napisał

L. Przedborski,

ordynator szpitala czasowego w Łodzi.

[Dokończenie. — Patrz Nr. 51].

Objawy skurczu fonacyjnego i oddechowego stale obserwować mogłem, ilekrotnie badanie powtarzałem; chora podczas dłuższego pobytu w szpitalu, prócz duszności, narzekała na ciągle drażnienie, łechtanie i uczucie ściągania w krtani. Współcześnie jednak z chorobowo wmożoną drażliwością krtani, przy badaniu stale stwierdzić mogłem zarówno znieczulenie nagłośni [CHARION], jak i wogóle błony śluzowej przedsionka krtani. Dotykanie palcem lub zgłębnikiem nagłośni, wprowadzenie do krtani zgłębnika, palca lub pędzelka, żadnych objawów odczynowych nie wywoływało. Po lewej zaś stronie szyi, w okolicach nad i pod kością gnykową stale istniała warstwa skóry zupełnie nieczułej na zewnętrzne bodźce [THAON]. Postawiłem rozpoznanie samodzielnej histeryi krtani. Rozpoznanie potwierdzały następujące dane: choroba rozpoczęła się nagle u młodej, cieszącej się wyborem zdrowiem osoby, pod wpływem silnego przeziębienia. Objawy towarzyszące przebiegowi choroby, jak to: znieczulenie, nadczułość i skurcze mięśni krtaniowych, stanowiące w niektórych przypadkach porażenia nerwowego krtani jedyną i wyłączną postać przejawiania się histeryi krtani, w danym przypadku wskutek łącznego i współczesnego występowania, za przyrodą histeryczną cierpienia u Perli A., stanowczo przemawiały. Brak zaś wszelkich zaburzeń ze strony ogólnego ustroju nerwowego jako to: *globi hysterici*, nerwobólów (*cardialgia ovarialgia, neuralgiae intercostales*), napadów histeroepilepsy, które w omawianym, przypadku nie tylko że nie poprzedzały miejscowego cierpienia krtani, lecz i w następstwie czasu, jak to często się zdarza pod wpływem histerycznych zaburzeń krtani, się nie rozwinęły, pozwalało cierpienie krtani u naszej chorej zaliczyć do rzędu samodzielnych porażen histerycznych krtani.

Ważny punkt oparcia uzyskało rozpoznanie swoistej tylko histeryi krtani we właściwej terapii. Jak bowiem z załączonego niżej opisu przebiegu choroby się okazuje, często przy pomocy najprostszego środka lekarskiego, udawało mi się usunąć na czas dłuższy najsilniejsze nawet zaburzenia ze strony krtani, często zaś dla wywołania chociażby chwilowego polepszenia do najenergiczniejszych środków uciekać się musiałem.

Dnia 13 Stycznia 1886 [pierwszy dzień pobytu Perli w szpitalu]. Chora przeżyła napad silnego skurczu wdechowego; bezgłos zupełny, chora skarży się na cią-

głe drażnienie i ściąganie w krtani. Kaszel suchy, męczący, bezprzestannie zakłóca spókoje chorej; zaleciłem sporą dawkę bromku potasu [3jj—5vj] 3 łyżki dziennie, krtani wysmarowałem 10% roztworem *cocaini mur.* i przez 10 minut stosowałem na boczne części krtani prąd przerywany.

D. 14. I. Chora noc spędziła spokojnie, drażnienie krtani i kaszel znacznie się zmniejszyły, napadu kurczu wdechowego nie było, głos zaś, już podczas elektryzacji uzyskany, przez trzy godziny pozostawał nie zmienionym. *Contin. kalii brom. Faradisatio laryngis.*

D. 15. I. Stan znakomicie się poprawił, na napady duszności lub skurczu wdechowego chora się nie skarży, głosem, podczas drugiej elektryzacji uzyskany, włada doskonale. Leczenie to samo.

D. 16. 17. 18. I. Chora czuje się wciąż dobrze, skarży się tylko na suchy, nieustający kaszel, głosem włada dobrze. Zaleciłem *morphii mur.* po 1/6 gr. dwa proszki przez dobę, w dalszym ciągu stosując pędzlowanie z kokainą i prąd przerywany.

Dnia 19 Stycznia, gdy zarówno akt oddechania jak i mowa nie przedstawiały nic do życzenia, kaszel i chorobowo wzmożona drażliwość krtani znikły, Perłę A. na własne żądanie wypisałem.

Dnia 10 Lutego, a zatem w 3 tygodnie po wypisaniu się chorej ze szpitala, Perłę A. powtórnie przyjąć byłem zmuszony. Z opowiadania jej dowiedziałem się, że przez ubiegłe 3 tygodnie czuła się zupełnie dobrze, kaszlu lub drażnienia ze strony krtani nie doznawała, głos pozostawał czystym, oddech swobodnym. Chora z łatwością ciężkim swym obowiązkiem wydołać była w stanie. W ostatnich jednakże dwu dniach [8—9 Lutego], drażnienie w krtani i kaszel wróciły, głos stawał się coraz bardziej głuchym i bezdźwięcznym, chora z trudnością tylko mogła wygłosić nieco dłuższe zdanie; często po bezpożytecznych wysiłkach, traciła głos na czas dłuższy, w nocy zaś występowały tak gwałtowne napady skurczu wdechowego, że chora obawiała się aby się udusiła; nowe swe cierpienia przypisuje ona ciężkiej pracy fizycznej i niehygienicznym warunkom życia, wśród których zmuszoną jest się obracać: kilkanaście razy dziennie musi dźwigać na znaczną wysokość [mianowicie na 2 piętro] ciężary, z powodu zaś ubóstwa licznej a niezamożnej rodziny, u której służy, oddechać musi ciągle zużytym i zepsutym powietrzem, rzadko kiedy, z powodu zimy, w ciasnym mieszkaniu państwa G. odnawianem. Stosowanie prądu elektrycznego bezskuteczne: P. tylko podczas elektryzacji jest w stanie oddzielne dźwięki z krtani wydobyć, na skurcz wdechowy prąd żadnego wpływu nie wywiera. Po zastosowaniu proszku morfiny i kokainy, kaszel i drażnienie w krtani znacznie łagodniejsze.

Dnia 11, 12 Lutego kaszel ustąpił, bezgłos trwa dalej, w nocy bywały napady skurczu wdechowego, leczenie to samo.

D. 13.—18. II. Stan chorej stawał się coraz groźniejszym, napady duszności (*laryngospasmus*) powtarzały się kilka razy przez dobę, drażnienie w krtani i kaszel znacznie się wzmogły. Po każdym wypędzlowaniu krtani kokainą, drażnienie i kaszel się zmniejszały, chora się uspakajała, następował sen trwający od dwóch do 3 godzin; natomiast gdy od prądu przerywanego i bromku potasu

żadnej poprawy osiągnąć nie byłem w stanie, zastosowałem pryszczydła na boczne części szyi.

D. 19. II. Stan chorej znakomicie się polepszył, kaszel i napady duszności znikły, głos z odcieniem wprawdzie fistułowym wrócił.

D. 19—27. II. Poprawa wciąż trwa dalej, żadnych dolegliwości ze strony krtani nie ma.

D. 28. II. Między 2-gą a 3-cią w nocy P. znowu zaskoczona została przez silny napad skurczu wdechowego. Podług słów chorej, miał to być jeden z najdłuższych a zarazem najgroźniejszych napadów duszności, jakie chora dotychczas przeżywała, napad trwał przeszło 2 godziny.

Dnia 1. Marca r. b. znalazłem ją bardzo osłabioną, już przy samym wejściu na salę dolatywał głośny szmer zwężenia, wskazujący na wciąż trwające trudne przedostawanie się powietrza. Pomimo widocznych wysiłków, P. nie była w stanie wyrzec słowa, co kilka minut następował gwałtowny napad kaszlu. Po wypędzowaniu krtani kokainą [10%], chora znacznie się uspokoiła, burzliwe objawy ze strony krtani się zmniejszyły; w ciągu dnia skurcz wdechowy się nie powtórzył.

D. 2. III. Podczas wizytacyi, P. uległa nowemu napadowi skurczu wdechowego; zastałem ją z drobnem przyspieszonym tętnem, ze znaczną sinicą twarzy, z głośnym, świszczącym oddechem. Chora niespokojna, pomimo rozpaczliwego miotania się na wszystkie strony, wszelkie usiłowania zaczerpnięcia nieco powietrza pozostawały nadaremne. Z twarzy spływał obfity kroplisty pot, wzrok dziki, błyszczący, źrenice znacznie rozszerzone. Pomimo widocznego udziału wszystkich mięśni oddechowych, klatka piersiowa prawie zupełnie się nie rozszerzała, brzuch pozostawał zapadniętym. Co kilka chwil następował gwałtowny wybuch kaszlu, a z krtani wydobywały się dźwięki, przypominające szczekanie psa lub pianie koguta. Zawezwąłem kolegę КОННА i zajęliśmy się zachloroformowaniem chorej. Już po kilkunastu głębokich odetchnięciach, sinica twarzy znikła, tętno się poprawiło, szmer zwężenia głośni znikł, akt oddechania prawidłowo i rytmicznie zaczął się odbywać. Jednocześnie z ustępowaniem skurczu wdechowego, chora zaczęła swobodnym i donośnym głosem bredzić, wygłaszając bez wszelkich trudności i dłuższe zdania. Chorą zbudziliśmy dopiero po zupełnie przeprowadzonej narkozie, przyczem przekonaliśmy się, że powrót do świadomości u P. najmniejszego wpływu na dodatni wynik uspienia nie wywarł. Przez cały bowiem tydzień, t. j. do 10 Marca, chora swobodnie głosem władała, napadów duszności i kaszlu nie miewała.

Dnia 11 Marca, chora od samego rana czuje ciągle drażnienie w krtani, kaszel silny, głos przytłumiony, nad wieczorem bezgłos zupełny i kilka napadów duszności. Zaleciłem bromek potasu z morfiną (*Kalii bromat.* 3jj, *morphii mur. gr. j.*, *Aq. dest.* ℥vj.) 3 łyżki dziennie, pryszczydła na szyję, krtani wypędzowałem kokainą.

D. 12. III. Chora noc spędziła niespokojnie, głos wrócił, napadu laryngospasmu nie było.

D. 13. 14. III. Stan zupełnie zadawalniający. Chora na żadne dolegliwości ze strony krtani się nie skarży.

D. 15. III. Z obawy utraty miejsca, chora domaga się wypisania ze szpitala, co też, pomimo namowy i rad mych by leczenia tak gwałtownie nie przerywała, a oczekiwała czasu, w którym wynik leczenia okazałby się trwalszym, uczynić byłem zmuszony.

Dnia 19 Marca roku bież. znowu wezwany byłem do Perli Ab.. P. po trzech dniach zupełnego zdrowia, 18 Marca przez dzień cały miała zwiastuny zbliżającego się kurczu mięśni krtaniowych. Rzeczywiście około północy u Perli wydarzył się napad duszności kurczowej, który trwał przez całe 3 godziny. Nakłoniłem chorą do natychmiastowego porzucenia służby, a zarazem poradziłem niezwłocznie wstąpić do szpitala. Tym razem przebyła ona w szpitalu 3 tygodnie, t. j. do 8 Kwietnia r. b.. Przez ten czas, wskutek powtarzających się ciągle napadów skurczu mięśni krtaniowych, narkozę chloroformową jeszcze dwa razy przeprowadziłem i zawsze z wynikiem dodatnim. Skurcz krtaniowy, zarówno fonacyjny jak i oddechowy zniknął, stałe zaś stosowanie prądu prerywanego, pędzlowań z [10 do 15%] roztworu kokainy na błonę śluzową krtani, oraz dużych dawek bromku potasu do wewnątrz, pomyślnie zejszcie uspieniem osiągnięte na czas dłuższy podtrzymywały. Upatrując pewien związek w zaburzeniach nerwowych krtani u Perli Ab., z dotychczasowym jej trybem życia, obiecałem chorą wówczas tylko ze szpitala wypisać, jeśli przyrzeknie mi niezwłocznie porzucić służbę i udać się na wieś. Chora chętnie na to się zgodziła, z własnego bowiem doświadczenia przekonała się, że po każdym polepszeniu się jej zdrowia, ilekrotnie zmuszoną bywała wracać do stałych swych zajęć, chęć nie porzucania cięższej pracy fizycznej zawsze groźną chorobą odpokutować musiała. W Lipcu r. b. chorą znowu widziałem u siebie. Wprawdzie od czasu ostatniego wypisania się z szpitala 18 Kwietnia r. b. Perla A. napadów skurczu wdechowego nie przebywała, głos pozostawał swobodnym, kaszel chorej nie dokuczał, od początku jednakże Lipca już zauważyła, że stare dolegliwości ze strony krtani zaczynają się zwracać. Głos u chorej znalazłem zmienionym, o brzmieniu nieco ochryplem, podczas opowiadania chora łatwo się męczyła, każde zaś dłuższe zdanie kilkakrotnie urywała, by zaczerpnąć więcej powietrza. Podczas oddechania stwierdzić mogłem nieznaczny szmer zwężenia przy wdechu, oraz silny wybuch kaszlu po każdym wydechu. Badanie wykazało obecność świeżego nieżyty jamy gardzieliowej i krtani, przy fonacji pozostawała długa wążka szpara w przedniej części głośni (*paresis m. thy. arytaenoid.*), w tylnej zaś części uwydatniało się lekkie zaciskanie chrząstek nalewkowych; podczas aktu oddechania obie strony prawdziwe oddalały się od siebie po za środkową linię, lecz do ułożenia się takowych po bocznych częściach chrząstek tarczowych, jakto miewa miejsce przy prawidłowo odbywającej się czynności oddechania, nie dochodziło. Zarówno podczas fonacji jak i podczas oddechania, znaczny udział przyjmowały struny wrzekome. Po zbadaniu, chora wpadła w stan głębokiego snu, z którego po kwadransie dopiero przebudzić ją mogłem. Perla Ab., po ostatniem wypisaniu się ze szpitala, posłuszna radzie mojej, rzeczywiście porzuciła służbę i udała się do rodziny na wieś. Podczas dwumiesięcznego pobytu jej na wsi, czuła się tak znakomicie, że uwierzywszy w zupełne swe uzdrowienie, postanowiła ponownie dawne swe obowiązki objąć.

Dłuższe jednak obstawanie przy powziętem postanowieniu okazało się niemożliwym do urzeczywistnienia, gdyż chora niebawem już zaczęła uczuwać na sobie fatalny wpływ, jaki zwykle nieodpowiedni tryb życia i ciężkie warunki bytu na krtani jej wywierały. Zaleciłem chorej stosować przez kilka godzin zimne okłady na szyję, płukania lodowe, proszek z $\frac{1}{6}$ morfiny na noc i pryszczydła na szyję. Środki te wywarły znakomite działanie, P. spędziła noc spokojnie, straciła kaszel, pozbyła się duszności i uzyskała prawidłową władzę nad głosem; korzystając z osiągniętej czasowo poprawy, poradziłem P. wyrzec się raz na zawsze służby i powrócić niezwłocznie na wieś, zwalczając słuszną jej obawę pozostania się na wsi, bez wszelkiej kontroli i pomocy lekarskiej, gotowością piśmiennego udzielania w każdej chwili potrzebnych rad i wskazówek. Do obecnej chwili od P. otrzymałem już parę listów, z których się przekonywam, że przy obecnych warunkach życia wróciła do zupełnego zdrowia, gdyż w listach swych na żadne dolegliwości ze strony krtani się nie uskarża. Zdaje mi się, że w dłuższym pobycie na wsi, w życiu wśród najkorzystniejszych warunków higienicznych, w oswobodzeniu się od uciążliwej pracy fizycznej, oraz potrzeby wystawiania się na ciągłe szkodliwe wpływy jako to: oddechanie zepsutem powietrzem, przeziębianie się i t. p.. P. uzyska nareszcie pewność co do trwałości wyzdrowienia, oraz możliwość uniknięcia powtórnych zaśląbnięć.

Szczegółowy opis przebiegu powstania, oraz zejścia cierpienia krtaniowego u P. A., nastręcza mi możność uczynienia kilku uwag, które, ze względu na praktyczną swą doniosłość, na rozpatrzenie szerszemu kołu kolegów podaję.

1. W przypadkach ogólnego nerwowego rozstroju, z wyraźnym charakterem histeryi, krtani często bywa siedliskiem zaburzeń nerwowych, dotyczących już to sfery czucia (*anaesthesia, hyperaesthesia, phonophobia*), już to sfery ruchu: *hyperkynesis (spasmi) et akynesis (paresis et paralysis)*.

2. W licznym szeregu przypadków, histeryczne porażenia krtani stanowią nerwicę zwrotną, wywołaną na drodze odruchowej. Ogniskami wyzwalającymi odruchy mogą być: a) narządy płciowe, przewlekłe nieżyty macicy, częściej zmiany w położeniu jej (*ante et retroflexio et versio uteri*), b) choroby przewlekłe jamy nosowej [HERING, przypadek opisany przezemnie w Nr. 30, Gazety Lekarskiej za r. 1886], c) zmiany chorobowe w narządach jam gardzieliowej i nosogardzieliowej, przerosty migdałków [GERHARDT] zapalenia gardzieli, [PHILIPPEAUX], przerost *tonsillae pharyngeae* i choroby *bursae pharyngeae* LUSCHKI [TORNWALDT, BEIMER, BROICH].

3. Histeryczne porażenia krtani czasami mogą powstać u osób zupełnie zdrowych, u których zarówno do rozwoju choroby jak i podczas przebiegu, czasami całe lata trwającego, cierpienie krtani pozostaje wyłącznie miejscowym, pozostawiając ogólny ustrój nietkniętym [samodzielna histeryja krtani].

4. Kurcz koordynacyjny głosu, wbrew powszechnie przyjętemu pogładowi, może często powstać u osób zupełnie zdrowych, nie odznaczających się żadną wrodzoną nerwową wrażliwością lub histeryją, bez silnych wysiłków w głos, lecz jedynie pod wpływem nieprzyjaznych i niehigienicznych

warunków życia, jakimi są: uciążliwa nadmierna praca, szczupłe, zaopatrzone w złe powietrze pomieszczenie, częste przeziębianie się i t. p..

5. Zarówno bezgłos kurczowy jak i skurcz mięśni oddechowych krtani, mogą powstawać pod wpływem wspólnej przyczyny, j e d n o c z e ś n i e i r a z e m u osób zupełnie zdrowych, często zaś przez dłuższy czas swego trwania żadnego wpływu na rozwój ogólnej histeryi nie wywierają.

6. W przypadkach histerycznego skurczu lub bezwładu mięśni krtaniowych, stanowiących nerwicę zwrotną, cierpieniem narządów sąsiednich lub więcej oddalonych wywołanych, usunięciem zmian chorobowych w tychże narządach osiągamy często radykalne uleczenie cierpienia krtani. I tak, w 4-ech przypadkach skurczu histerycznego, uleczenie nastąpiło po przypaleniu przerosłych muszeli nosa [HERING, autor].

7. Pomimo sprzeczności poglądów różnych autorów na potrzebę wykonywania tracheotomii w cięższych przypadkach skurczu mięśni krtaniowych pochodzenia histerycznego, zdanie KRIESHABER'a utrzymującego, że potrzeba tracheotomii w większości przypadków jest bardziej pozorną niż rzeczywistą i że bez niej w tych razach w zupełności obejść się możemy, zdaje mi się na zupełną wiarę zasługiwać. Pogląd ten stwierdzają następujące dane: napad skurczu wdechowego często bez wszelkiej interwencji samodzielnie przechodzi, dokonana zaś już raz operacja, wobec trwania ogólnej histeryi, nie uchronia od mogącej kilkakrotnie ponowić się potrzeby powtórnego, a nawet częstszego powtórzenia tracheotomii. Z własnego doświadczenia przekonałem się, że nawet w długotrwałych i życiu chorych poważnem niebezpieczeństwem zagrażających przypadkach skurczu mięśni krtaniowych, głęboka narkoza stanowczo usuwa skurcz, często zaś na czas dłuższy znosi wszelką możliwość powrotu takowego; w lżejszych zaś przypadkach skurcz oddechowy znika po kilkakrotnem zastosowaniu przyszydeł na boczne części szyi.

8. Kokaina stanowi bardzo skuteczny środek leczniczy w licznych zaburzeniach histerycznych krtani. Dodatni wpływ jej najszybciej uwydatnia się w najpowszedniejszej postaci histerycznego porażenia krtani (*hyperaesthesia laryngis*). Działanie jej przejawia się w 3 rozmaitych kierunkach. Znosi ona drażliwość i nieprawidłowe uczucia w krtani, zmniejsza zdolność łatwego wyzwalania się odruchów, często stosowana usuwa przekrwienie, a zatem i świeży obrzęk błony śluzowej. W innych postaciach histeryi krtani działanie jej jest mniej skutecznem, chociaż dodatniego wpływu i w tych postaciach częstokroć odmówić jej nie możemy. Wiadomo, że błona śluzowa w części między-nalewkowej i na tylnej ścianie tchawicy stanowi, podług STOERCK'a, wyłączne miejsce wyzwalania się kaszlu, doświadczenia również pokazały, że często cierpienie tej części błony śluzowej daje pochop do łatwiejszego wyzwalania się na drodze odruchowej licznego szeregu nerwic zwrotnych; kokaina, znosząc w początkach zmiany chorobowe błony śluzowej między-nalewkowej, usuwa czasem ciężkie objawy histeryi krtani, znieczulenie, skurcze, nadczułość. Chwilowo lub na czas dłuższy osiągnięta pod wpływem narkozy poprawa, w niektórych przypadkach samodzielnej histeryi krtani, często ściśłem przestrzeganiem warunków higienicznych, oraz zmianą trybu życia, może być uzyskana na stałe,

[u P. po porzuceniu służby, przez cały czas pobytu na wsi, życie spokojne bez wszelkich trosk i głębszych moralnych wzruszeń, uwolnienie się od moralnej, fizycznej pracy, unikanie przeziębień, sprowadziło zupełne prawie uzdrowienie, które po każdym objęciu służby silnie bywało zachwianem].

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

Podał

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

[Dokończenie. — Patrz Nr. 51].

Postać 2-ga. Tyfusy nieprawidłowe, z przeważającemi objawami ze strony narządów oddechowych.

Niemal wszystkie postaci cięższe tyfusu wikłane były upartemi nieżyttami oskrzeli. Częstość zapaleń płuc włóknikowych podałem już przedtem, spotykałem jednakże odrębną jeszcze postać, bardzo doniosłą pod względem praktycznym.

U danego osobnika, po kilku dniach lub tygodniach zwykłych zwiastunów, t. j. dreszczy i ogólnego osłabienia, występuje gorączka o typie ciągłym, współcześnie z silnym suchym kaszlem. Objawy ze strony brzucha albo wcale nie istnieją, lub też są bardzo słabo wyrażone, śledziona stale powiększona. Różyczki często brakuje. Z przebiegiem choroby kaszel staje się coraz bardziej górującym objawem; chory kaszle ciągle noc i dzień cały, kaszel z początku suchy, męczący, później połączony jest z oddawaniem nieznacznej ilości śluzoropnej płwociny. W płucach słyszymy z początku tylko porozrzucane suche rżenia, następnie występuje zaostrenie oddechu u jednego lub obu szczytów, oraz drobne wilgotne rżenia. Do tego przyłącza się czasem lekko krwawe zabarwienie płwociny; jednym słowem występuje obraz niesłychanie podobny do tak zwanej gruźlicy podostrawej płuc (*tuberc. subacuta*), lub też nawet ostrej. Jeśli dodamy do tego, że w niektórych przypadkach trwają w ciągu przebiegu poty, oraz od czasu do czasu powtarzają się dreszczyki, to będziemy mieli niemal typowy obraz gruźlicy podostrawej płuc, tak zwodniczy, że nawet najbardziej wprawny w te cierpienia lekarz z łatwością omylić się może. W tych razach nawet badanie na laseczniki gruźlicze od błędu uchronić nie może, w większości bowiem przypadków płwociny wcale nie ma, z drugiej zaś strony doświadczenie pokazuje, że właśnie w gruźlicy ostrej, a także w pierwszych tygodniach gruźlicy podostrawej, w płwocinie laseczników zazwyczaj nie znajdujemy. W przypadkach moich tyfusu brzuszno, spotykałem cztery razy tę postać w typowej jej formie; w pierwszym przypadku mieliśmy do czynienia z 23-letnim ogrodnikiem, historję którego już przy przypadkach śmiertelnych podałem; tu ją jeszcze raz pokrótce powtórzę. W ciągu trzech tygodni chory doświadczał codziennych dreszczy i przybył na oddział z gorączką 41° C.. Znaleziono powiększoną śledzionę

i wzdęcie brzucha. Chory gorączkował ciągle w granicach 39°—40° C., kaszlał niezwykle mocno, kilkakrotnie wyrzucał płwocinę krwawą. U szczytów płuc znajdowaliśmy oddech mocno zaostrzony i rżenia drobne, wilgotne. 16-go dnia pobytu w szpitalu chory zmarł przy objawach ogólnego osłabienia, a badanie posmiertne, wyżej szczegółowo opisane, wykazało zwykły tyfus brzuszny, wrzody w kiszkiach, zapalenie opadowe płuc i bardzo rozległy nieżyt oskrzeli, dochodzący do najdrobniejszych rozgałęzień. W tym przypadku jednakże wzdęcie brzucha i lekkie rozwolnienie ułatwiły właściwe rozpoznanie, gdy zaś w następującym przypadku wątpliwość rozpoznawcza pozostawała aż do końca choroby.

33-letni, malarz, przybył na oddział 29. IV. 1885 roku. Choroba zaczęła się przed 3-ma dniami kaszlem, gorączką, do których to objawów wkrótce przyłączyła się chrypka. Przy przyjęciu znaleziono: Odżywianie niezłe. Ciepłota 40° C., tętno 88. Chory mocno ochrypnięty, kaszle silnie, wyrzucając nieco płwociny śluzowej, trochę krwią zabarwionej. W płucach z przodu i z tyłu porozrzucane suche rżenia. Język suchy, brzuch wzdęty, bolesny. Stolec nieco rozwolniony [chory brał przedtem środki przeczyszczające]. Śledziona nieco powiększona. Badanie laryngoskopowe nie mogło być wykonanem. Chory zupełnie przytomny, ogólne osłabienie znaczne.

Dnia 30. Chrypka przeszła w zupełny bezgłos, kaszel suchy trwa dalej. Ciepłota ranna 39,7° C., wieczorna 40,2° C..

1. V. Stan ten sam, na skórze zauważono jakby parę lekkich plamek czerwonych. Kaszel trwa, oddech u obu szczytów przyjmuje charakter prawie nieokreślony, jednocześnie słychać nieco drobnych rżeń. Ciepłota rano 39° C., wieczór 40,2° C..

2. V. Kaszel trwa; w dolnych ustępach obu płuc zaczynają również występować dość obfite drobne rżenia. Ciepłota rano 38,4° C., wieczorna 39,8 C..

3. V. Poprzedniego dnia wieczorem wystąpiły dreszcze, nad ranem chory spociał się nieco. Ciepłota rano 38,4° C., wieczór 40,2° C..

4. V. Kaszel trwa ciągle, chory nie odpluwa. Płwocina łaseczników gruźliczych nie zawiera. Z trudem udało mi się chorego zbadać wziernikiem krtaniowym; znaleziono: wszystkie części krtani mocno zaczerwienione, tylna ścianka nieco obrzęknięta. Głos silnie zachrypnięty. Ciepłota rano 38,6° C., wieczór 39,0° C..

5. V. Stan taki sam, Ciepłota rano 38,6° C., wieczór 39,4° C..

6. V. Wystąpiło stępienie w dolnej części prawego płuca oraz obfite rżenia drobne wilgotne. Chory kaszle silnie, płwocina znowu nieco krwią zabarwiona. Ciepłota rano 37,8°, wieczorem 40° C..

7. V. Stan taki sam, płwocina bez krwi. Ciepłota 38,6° C., wieczór 39,8° C..

8. V. Znowu kaszel mocniejszy, płwocina znowu czerwona, silne osłabienie, przytomność zupełna. Ciepłota rano 38,0° C., wieczór 39,6° C..

9. V. Kaszel trwa, płwocina skąpa, jeszcze krwią zabarwiona. Ciepłota rano 38,0° C., wieczorem 39,8° C..

10. V. Ciepłota rano 37,6° C., wieczorem 40° C., w obu płucach głównie z tyłu oddech prawie nieokreślony, pokryty znaczną ilością drobnych rżeń wilgotnych. Kaszel silny, siły nieco lepsze.

11. V. Głos mniej ochrypnięty, zresztą stan taki sam. Ciepłota rano 37,2°, wieczorem 38,2° C..

12. V. W nocy chory pociał się obficie, kaszel mniejszy, płwocina czysta, język nieco wilgotny, stolec prawidłowy. Ciepłota rano 36,8° C., wieczorem 37,4° C.. Od tej chwili gorączka ustąpiła zupełnie, chory bardzo szybko się poprawił. Kaszel zmniejszał się stopniowo, rżenia w płucach coraz się zmniejszały, w tydzień potem chory zdrow zupełnie, z bardzo nieznacznym kaszlem, opuścił szpital.

Przypadek ten opisałem nieco szczegółowiej, był on bowiem dla mnie niesłychanie ciekawym, do chwili bowiem samego przełomu, t. j. do 18 dnia choroby byłem najpewniejszy, że mamy do czynienia z podostrawą gruźlicą płuc. Gorączka ciągła, dreszcze w przebiegu, poty, plwocina krwawa, kaszel ciągły obok zupełnego braku zajęcia *sensorii* i objawów brzusznych, najzupełniej pozornie możliwość tyfusu brzusznego wykluczały. Wprawdzie mieliśmy nieco powiększoną śledzionę i widzieliśmy z początku u chorego parę plamek, wiadomo jednakże, o ile zwodnicze mogą być podobne objawy. Podobnych kilka przypadków widziałem również w roku 1885 w praktyce prywatnej; w jednym z nich, obserwanym z kolegą SADOWSKIM u 16-letniej panny, w ciągu trzech tygodni istniał mocny suchy, rozdzierający kaszel, gorączka była ciągła, z wieczornem podwyższeniem się ciepłoty do 40° C., z rannymi nieznacznymi zwolnieniami; *sensorium* były zupełnie swobodne; stale istniało zaparcie. Wysypki nie było wcale. Śledziona była nieco powiększona. W trzecim tygodniu zaczęły występować dreszcze codziennie, lekkie poty i znaczne ranne zwolnienia ciepłoty. Jednym słowem również istniał obraz lądująco przypominający gruźlicę podostrawą, tembardziej, że u jednego ze szczytów, jeśli się nie mylą prawego od tyłu, istniał oddech mocno wydłużony i nieco drobnych rzężeń. Pomimo to jednak zdaje się 20-tego czy 21-go dnia choroba skończyła się krytycznie, a chora przyszła wkrótce do zupełnego zdrowia. Zupełnie analogiczny spostrzegałem przypadek wspólnie z D-rem HANDELSMANEM u 6-cio letniej dziewczynki, u której również, oprócz nieznacznie powiększonej śledziony, istniała ciągła gorączka w granicach od 39° do 40° C., uparty suchy kaszel, prawie bezprzestanny. Przytem dziecko było zupełnie wesołe, bawiło się tak dobrze, że gwałtem musiano je trzymać w łoku. Język był suchy, brzuch wcale nie wzdęty i niebolesny, stałe zaparcie. W końcu drugiego tygodnia nastąpił przełom, w kilka dni zniknął kaszel, dziecko wkrótce wróciło do zdrowia.

Inne przypadki przytaczać uważam za zbyteczne, może i tak zbyt długo rozpisałem się o tej postaci, zdaniem jednakże mojem zasługuje ona na bliższe poznanie ze strony lekarzy praktyków, gdyż może być wzięta za zupełnie innej natury chorobę, dającą prawie zawsze zupełnie złe rokowanie.

3) Chciałem jeszcze wspomnieć pokrótce o dwu przypadkach odrębnej postaci tyfusu, które spotkałem w moich spostrzeżeniach. Jak wiadomo, białkomocz występuje dosyć często w przebiegu tyfusu, zazwyczaj są to zaledwie ślady białka. Nieraz występuje większa ilość białka, a nawet znajdujemy w osadzie cylindry szkliste lub ziarniste. W moich przypadkach większą ilość białka i cylindry spotykałem dwa razy w średnio ciężkiej postaci tyfusu. Oba przypadki skończyły się pomyślnie. Ślady białka spotykałem często, u ilu jednakże chorych dokładnie trudno podać, gdyż nie u wszystkich możliwe było pod tym względem badanie moczu [autorowie podają procent białkomoczu od 30 do 100. WEIL, GÜBLER i inni]. Zdarzają się jednakże przypadki, w których objawy nerkowe występują od początku choroby, istnieje białkomocz bardzo obfity, w osadzie cylindry, jednym słowem obraz przybiera cechy ostrego zapalenia ne-

rek, a nie tyfusu. Na te postacie chorobowe zwrócono niedawno dopiero uwagę [GUBLER, ROBIN, AMAT, HAMBURGER, KUSSMAUL, WEIL] i wytworzono nawet oddzielną postać chorobową pod nazwą tyfusu nerkowego (*typhus renalis*). W tych przypadkach, podług powyższych autorów, objawy kiszkowe są mało wyraźne, na pierwszym planie stoją objawy ze strony nerek, wysoka gorączka, bredzenie szybki upadek sił i w większości przypadków zejście śmiertelne. W naszej epidemii, spotykałem również przypadek podobny, bardzo charakterystyczny, podany już wyżej szczegółowo w opisie przypadków śmiertelnych [sposzczenie 10]. Choroba zaczęła się nagle bólem głowy i silną gorączką. Przy badaniu 4-go dnia choroby znaleziono znaczną ilość białka, w osadzie cylindry. Obok tego istniała silna gorączka. Śledziona powiększona. Wzdęcie i bolesność brzucha, oraz bóle w stawach. U chorego rozwijał się szybki bardzo upadek stanu ogólnego, wreszcie bredzenie i senność, a nareszcie śmierć 9-go dnia choroby. Przebieg był ciągle mocno gorączkowy. Badanie pośmiertne, szczegółowo wyżej opisane, wykazało zmiany charakterystyczne dla tyfusu brzuszego w pierwszym okresie choroby [duża śledziona, nacieczenie rozległe gruczołów kiszek cienkich], oraz zmiany właściwe ostremu zapaleniu nerek. W przypadku tym jeszcze ciekawym powikłaniem było ostre zapalenie stawów, na które *natrum salicylicum* w dużej dawce zupełnie było bezskutecznym.

4) W roku 1885 prof. JACCOUD opisał (*Leçons de Clinique médicale*) pewną odrębną, a wielce ciekawą postać tyfusu brzuszego, nazwaną przez niego postacią potową tyfusu (*La forme sudorale de la fièvre typhoïde*). Postać ta, którą już przedtem spostrzegano w południowych Włoszech, i którą szczegółowo opisał BORELLI, JACCOUD spostrzegał w Paryżu około dziesięciu razy, przeważnie u ludzi przybyłych z Włoch. Autor ten, w pracy wyżej wspomnianej, skreśla niesłychanie drobiazgowo tę postać, która się w głównych rysach odznacza tem, że w ciągu kilkotygodniowego przebiegu występuje codziennie kilka razy na dzień rodzaj znacznych wahań ciepłoty, połączonych z dreszczami i obfitymi potami [typ zwalnający], w okresie wstępnym i końcowym zaś bardzo wyraźny typ przerwany. Obok postaci typowych zdarzają się i typy mieszane, mniej wyraźne, we wszystkich jednak istnieją: dreszcze, ciągle poty i długotrwały przebieg. W typowej postaci objawy brzuszne są bardzo niewyraźne, toż samo objawy ze strony płuc; *sensorium* zawsze bywało niezające. W postaciach mieszanych spostrzegał JACCOUD objawy brzuszne i mózgowie w niewysokim stopniu. Pomimo ciężkiego przebiegu, wszystkie przypadki kończyły się pomyślnie. Chinina była w nich zupełnie bezskuteczną. Co do etjologii przypadków, to JACCOUD, podobnie jak BORELLI, pomimo braku badania pośmiertnego, uważa je za odrębne typy tyfusu brzuszego, polemizując z autorami włoskimi [MARTINI i SCHROEN], którzy cierpienie powyższe uważali za podwójne zakażenie, t. j. tyfo-malaryję. Poglądy powyższego autora znalazły potwierdzenie w pracy doktora JUHEL-RENOY ogłoszonej w Marcowym zeszycie *Archives Générales de Médecine* z roku bieżącego, w którym autor ten podaje bardzo szczegółowo jeden przypadek podobnego cierpienia, spostrzegany w szpitalu paryzkim Ś-go Antoniego, a zakończony śmiertelnie,

a w którym badanie pośmiertne wykazało zmiany właściwe tyfusowi brzuszemu. Przypadek ten jednakże nie był przypadkiem typowym, jakie opisał JACCOURD: w przebiegu było rozwolnienie, wzdęcie brzucha, różyczka, obok ciągłych, obfitych potów, znacznych zwolnień gorączkowych, z typem poczynającym, intermitującym.

Przypadek jeden, podobny do ostatniego, a stanowiący kategorię przypadków potnych mieszanych klasyfikacji JACCOURD'a, spostrzegalem również w czasie naszej epidemii i takowy opisałem szczegółowo w przypadkach zakończonych śmiertelnie [sposzczenie 11-ste]. W ciągu 13-sto dniowego pobytu w szpitalu, chory ciągle się pocił, głównie rano, gorączkował przytem stale [bardzo wysoka ciepłota od 39° do 40° C.]. Zwolnienia były stosunkowo niewielkie, chory przytem kaszlał dosyć. Objawy brzuszne były niezbyt wyraźne, *sensorium* pozostawało niezajętem. Dopiero na dwa dni przed śmiercią wystąpiło bredzenie, a wreszcie zupełna nieprzytomność i śmierć. Badanie pośmiertne [szczegółowo opisane wyżej] wykazało typowe zmiany właściwe tyfusowi brzuszemu [owrzodzenia, duża śledziona i t. d.]. Niedokładność powyższego spostrzeżenia polega na tem, że ciepłota mierzona była tylko dwa razy dziennie, nie wiemy więc, czy mieliśmy tu owe kilka razy dziennie występujące zwolnienia, o których pisze JACCOURD, spostrzeżenia te zrobione były bowiem przez nas przed ogłoszeniem pracy JACCOURD'a; cały jednakże obraz chorobowy w wysokim stopniu przypomina cierpienie, tak charakterystycznie skreślone przez JACCOURD'a.

W ten sposób przedstawiała się w naszych spostrzeżeniach epidemia tyfusu brzuszego, panującego w Warszawie w ciągu trzech lat ostatnich. Epidemija i to dość mocna panująca w roku bieżącym [1886], przedstawia się już ze znacznie odmiennymi cechami; typy opisane powyżej o niewyraźnych objawach brzusznych są rzadsze, natomiast przeważają postacie cięższe, z ciężkimi objawami brzuszniemi, z wyraźnemi, nawet od samego początku choroby, objawami mózgowemi, wyraźną i obfitą różyczką i t. d.; zresztą mam nadzieję, że w swoim czasie i tegoroczną epidemiję bliżej opiszę.

*

*

*

Na zakończenie parę słów o l e c z e n i u, jakiego się trzymałem w moich przypadkach, wogóle bowiem o leczeniu tyfusu brzuszego nie mam zamiaru się rozpisywać, kwestyja ta bowiem tylokrotnie w całej Europie, a nawet i u nas ostatniemi czasy została poruszana, że wznawianie jej nanowo uważam za zupełnie zbyteczne; zresztą zebranie głównych pod tym względem pojęć znajdzie czytelnik w streszczeniu kolegi MALINOWSKIEGO, pomieszczonem w N-rach 14 i 15 Gazety Lekarskiej z tego roku.

W 1-ym roku używałem różnych środków przeciwgorączkowych jak chininy, kwasu salicylowego, kairyny i t. p., później jednak, nie widząc z nich skutku, zaniechałem je zupełnie i trzymałem się następnie li tylko metody objawowej, indywidualizując oddzielne przypadki. Przy bardzo wysokiej gorączce stosowałem kilkakro-

tnie dziennie zimne obmywania ciała; zimne kąpiele stosowałem zaledwie w kilku przypadkach. Chorych starałem się odżywiać za pomocą diety mlecznej, we wszystkich zaś przypadkach odrazu stosowałem środki lekko pobudzające, a przede wszystkim alkohol, który zapisywałem w ilości 1—2 uncyj, w kleistym roztworze. Zapisywanie alkoholu w ten sposób jest o wiele korzystniejszym, niż stosowanie lichego wina szpitalnego, o którym nigdy na pewno nie wiemy, ile zawiera alkoholu. Przy silnym upadku działalności serca, obok alkoholu, stosowałem inne środki pobudzające, jak eter, kamforę i t. p.. Powikłania leczone były podług zwykłych prawideł. Jak to już wyżej wzmiankowałem, ostatnimi czasy zaniechałem zupełnie użycia środków przeciwgorączkowych, doświadczenie bowiem wykazało mi zupełną ich bezużyteczność; najcięższe przypadki, przy użyciu nawet wielkich dawek chininy, kończyły się śmiercią, inne bez chininy, nawet przy możliwie wysokich ciepłotach, kończyły się pomyślnie, przy li tylko objawowem leczeniu. Pod tym więc ostatnim względem podzielam w zupełności zdanie autorów, którzy w wysokiej gorączce nie widzą owego momentu, życiu chorego w wysokim stopniu grożącego; przeciwnie zdaje się dziś nie ulegać kwestyi, że gorączka dość wysoka jest rzeczą przy tyfusie w wysokim stopniu korzystną dla chorego, eliminuje ona bowiem prawdopodobnie z jednej strony zarazek, a z drugiej produkty rozkładu, w wysokim stopniu szkodliwe a nawet zagrażające życiu chorego. Pod tym ostatnim względem pouczające są spostrzeżenia ROBIN'a, zakomunikowane ostatnimi czasy Towarzystwu Lekarzy szpitalnych paryzkich [na posiedzeniu dnia 25. VI. 1886 roku ¹⁾]. Autor ten, znany już poprzednio ze swych prac głównie z dziedziny chemii fizjologicznej, w skromnym komunikacie twierdzi, że wbrew panującym dotychczas poglądom, utlenianie w ustroju przy gorączkach, *resp.* przemiana materji, nie ulega przyspieszeniu, lecz przeciwnie opóźnia się, *resp.* zmniejsza się znacznie, ztąd też należy przy leczeniu gorączek, a szczególnie zakaźnych, starać się koniecznie o przyspieszenie przemiany materji, większość bowiem ciężkich objawów napotykanych w gorączkach jest zależną od niezupełnego utlenienia materji wyciągowych, nagromadzonych we krwi i tkankach. Z tego wynika, że nie środki przeciwgorączkowe lecz przeciwnie pobudzające osiągają ten cel; czy zaś środki roztwarzające i ułatwiające wydzielanie owych niedostatecznie utlenionych materji wyciągowych, do których środków ROBIN zalicza przede wszystkim przetwory kwasu benzoowego, okażą się w tym celu rzeczywiście skutecznymi, dopiero przyszłość to pokaże.

Na zakończenie jeszcze jedna kwestyja: czy kalomel oddawna, a szczególnie u nas, używany w początkach tyfusu ma jakiś wpływ na skrócenie lub złagodzenie przebiegu tyfusu, jak to powszechnie dawniej przypuszczano? Pod tym względem spostrzeżenia w moich przypadkach dają następujące dane. Kalomelu w dawkach przeczyszczających, w początku choroby używałem u 51 chorych, t. j. przeszło w 50%, w 24 ciężkich tyfusach stosowałem u 12-stu; z 12-stu którzy zmarli u 3-ech; w ośmiu lekkich przypadkach 3 razy i 21 razy w 56-ci

¹⁾ Sprawozdanie w N-rze 27 „Gazette Hebdomadaire“.

średnich u 21 chorych. Ze spostrzeżeń moich wypływałoby, że właśnie najłżejsze przypadki były te, w których nie dawano kalomelu, przeciwnie część najcięższych, bo aż połowa, u tych u których stosowano kalomel. Daleki jestem jednakże od wyprowadzenia wniosku o szkodliwości kalomelu w tyfusie, sądzę jednakże, że w tej kwestyi mogą zupełnie podzielić poglądy WEIL'a, który, odmawiając kalomelowi działania swoistego, a przedewszystkiem przerywającego w tyfusie, uważa środek ten, stosowany w początku tyfusu, jako przeczyszczający [tam gdzie przeczyszczenie jest wskazaniem] wybornie i na pewno działający bez podrażnienia kiszek i wywołania jakichś szkodliwych pobocznych wpływów.

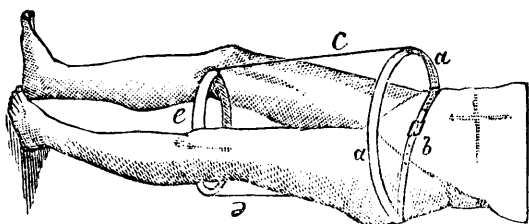
NOTATKI LEKARSKIE.

19. Przyczynę do leczenia polucyj nocnych.

Jedną z nader częstych dolegliwości, wiekowi młodzieńczemu właściwych, są polucyje nocne. Wytrysk nasienia przy snach lubieżnych, o ile niemal za zjawisko fizjologiczne uważać można, gdy przy wstrzemięźliwości w niezbyt krótkich powtarza się odstępach, o tyle staje się poważną formą patologiczną, o ile zbyt często się pojawia i przez długie okresy czasu trwa. Pomijam tutaj te przypadki, które zależą od organicznych zmian narządów płciowych, lub też sąsiednich im, jak np. *gonorrhoea, strictura urethrae, prostatitis, helminthiasis, haemorrhoids etc.*, gdyż te z jednej strony znikają same jednocześnie z usunięciem wymienionych chorób, z drugiej znowu strony stanowią znaczną mniejszość przypadków. Mówię zaś o tych przypadkach, które często bardzo zjawiają się u młodych ludzi, zupełnie od wymienionych zaburzeń wolnych, lecz u których polucyje są w związku z rozstrojem nerwowym. Co do tej ostatniej przyczyny, to jedni utrzymują, że główną tu rolę odgrywa powiększona wrażliwość całego układu nerwowego, która to wrażliwość w sferze wyobrażeń wyraża się żywocią ich powstawania i energią ich wpływu na czynności fizjologiczne, wskutek czego przesuwające się obrazy lubieżne łatwo wywołują erekcyję i polucyje. Inni znowu uważają za główną przyczynę w mowie będącego cierpienia zlokalizowaną nadczułość nerwów narządu płciowego, która przy najmniejszym mechanicznem lub termicznem podrażnieniu części płciowych zewnętrznych, może spowodować erekcyję, wywołującą dopiero, jako objaw wtórny, sen lubieżny. Wytrysk nasienia w tym przypadku zależy nie od bujności wyobrażeń, lecz od miejscowej nadmiernej wrażliwości nerwów czulnych narządów płciowych. Nie przeczę, że mogą istnieć formy polucyj nocnych zależne od neurastenii mózgowej, od chorobowej wrażliwości wyobraźni, sądzę wszakże, iż przeważnie mamy do czynienia z polucyjami, których przyczyną jest lokalna nadczułość narządu płciowego. Wszak studyja nowsze nad snami wogóle dowiodły, że nie obrazy i widziadła senne, ukazujące się przypadkowo w myśli, wywołują w następstwie wrażenia pewnego zmysłu, lecz odwrotnie: wrażenia zmysłowe prawdziwe, przypadkowo we śnie powtarzające się, podsuwają naszemu umysłowi szereg obrazów, mających związek z temiż wrażeniami. Zmysł dotyku ma być najobfitszem źródłem takich złudzeń nocnych. To samo w zupełności daje się zastosować do aktu powstawania polucyj: nie widziadła lubieżne, przypadkowo nasuwające się naszemu umysłowi, wywołują erekcyję, a zatem i polucyje, lecz przeciwnie, tarcie o kołdrę lub materac i wysoka ciepłota wywołują z łatwością w danym wieku erekcyję, a dopiero ta ostatnia udziela umysłowi wrażeń

lubieżnych, które kojarzą się w myśli z odpowiednimi obrazami sennymi i wywołują polucyję.

Jeżeli tak jest w istocie, jeżeli w przeważnej ilości przypadków bezpośrednią przyczyną polucyj bywa wywołana mechanicznie erekcją, to łatwo zrozumieć, że głównym dążeniem leczenia powinno być usunięcie właśnie przyczyny i nie zależnie od działania uspakajającego na cały układ nerwowy za pomocą bromu lub *liq. Fovleri etc.*, [których skuteczność zbyt często nas zawodzi], należałoby głównie skierować działalność naszą lekarską w wyż wymienionym kierunku. Ponieważ erekcję wywołują: 1) zbyt wysoka ciepłota pod kołdrą, 2) tarcie prącia o tęż kołdrę, 3) ucisk, jakiego doznają części płciowe od założonej jednej na drugą nogę i 4) takież ucisk przy pozycyi mocno przechylonej na bok. te więc cztery warunki należałoby usunąć. Piszący te słowa przez czas dłuższy używał sam skutecznie i pacjentom swoim polecał przyrząd bardzo prosty, obliczony właśnie na usunięcie tylko co wymienionych 4-ech przyczyn, a osiągnięty dobry wynik zachęca go do zapoznania z przyrządem tym szerszego koła:



Obwód *a* obejmuje spięcego na wysokości kości pachowej i odstaje z przodu na $\frac{1}{4}$ łokcia. Pasek *b* przyczepiony u dołu obręczy przymocowuje ją do ciała. Od górnego i dolnego punktów obręczy idą dwa pręciki nieruchome *c* i *d* do obręczy owalnej *e*, rozdzielającej od siebie obie nogi. Ten właśnie prosty przyrząd nie pozwala kołdrze dotykać się narządów płciowych, a więc zabezpiecza je od zbytniego ciepła i tarcia, przeszkadza bezwiednemu we śnie przekładaniu jednej nogi na drugą, również zbytniemu przechylaniu się na bok. Dla przyzwyczajonych do leżenia na jednym boku należy tylko w tym samym przyrządzie zmienić przyczep paska u boku obręczy zamiast u dołu. Słabą stroną tego przyrządu stanowi to, że nie pozwala we śnie przewracać się z jednego boku na drugi osobom do tego przyzwyczajonym, lecz zmusza do trzymania się jednej pozycyi, wskutek czego śpiący w pierwszych nocach często się budzi. Lecz kto zna chorych bardzo cierpiących na polucyję, jak oni chętnie spiąją na gołej nawet podłodze, lub podkładają pod siebie przedmioty najbardziej szorstkie dla jaknajczęstszego budzenia się i unikania w taki sposób polucyj, ten zrozumie, jak łatwo ci biedacy zgodzą się na małą niewygodę połączoną z użyciem tego przyrządu.

J. Frenkiel.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

57. B. S. Schultze. Wyleczenie ciężkiego cierpienia połogowego przez wycięcie septycznie zakażonego ciała macicy.

Opis przypadku tego, przedstawionego przez autora na 59-tym zjeździe niemieckich naturalistów i lekarzy w Berlinie, jest następujący:

Fanny S., lat 21 licząca, pierwiastka, urodziła d. 7. IX. r. b. w 7-ym miesiącu ciąży dziecię nieżywe, zmarłe podczas porodu lub na krótki czas przedtem. Łożysko nie odchodziło. Akuszerka, próbując wydobyć je, oderwała pępowinę. Lekarz, przywołany w parę godzin potem, znalazł, że dno macicy było wyraźnie na dwie części przedzielone (*uterus bicornis*), kanał szyjki był tak zwężony, że nie można było dojść do łożyska. Wyciskanie nie miało żadnego skutku. Chorą

przeniesiono do kliniki. Następnego i trzeciego dnia również nie można było przejść przez kanał szyjki. Ciepłe kąpiele, strumień ciągły, głęboka narkoza, nie wywierały żadnego wpływu na rozszerzenie się kanału, przez który nawet palca nie można było przeprowadzić. Wieczorem 9. IX. ciepłota osiągała 39,9° C., wystąpił dreszcz wstrząsający oraz cuchnący wypływ z macicy; zastosowano przepłukiwania dezynfekcyjne. Wieczorem 10. IX, po głębokiem zchloroformowaniu chorej, udało się przeprowadzić palec przez zwężony kanał i stwierdzono, że macica była dwurożną, że lewa jej połowa była pustą, w prawej zaś znajdowało się łożysko; zaledwie mały kawałek łożyska udało się odzielić, był on bardzo cuchnący. Nastęrczało się wskazanie usunięcia łożyska przez przecięcie ścian brzusznych, ponieważ jednak objawy nie były bardzo groźne, a znane są przypadki, w których łożysko odchodziło później ognile, przeto postanowiono zaczekać. Dnia 11. IX. rano ciepłota 36° C., wieczorem 40,1° C. powtórnie dreszcz wstrząsający, oraz objawy podrażnienia otrzewnej. Następnego dnia rano przystąpiono do przecięcia ścian brzusznych. Nie można było naprzód określić, czy trzeba będzie wykonać cięcie cesarskie metodą konserwatywną, czy też wyciąć prawy róg macicy, czy — co było najprawdopodobniej — wykonać rodzaj operacji Porro. Cięcie ścian brzusznych poprowadzono od pępka do spojenia łonowego, wydobyto na zewnątrz ręką macicę, nałożono sznur gumowy, przecięto macicę i wydobyto łożysko straszliwie śmierdzące. Ścianka macicy była zgnilą, rozpad gnilny dochodził aż na 2 mm. do otrzewnej, lewa połowa też miała barwę zmienioną. Okazało się koniecznem wycięcie całej macicy. Pętlice kiszek leżące blisko macicy są mocno zaczerwienione, wyglądają, jak gdyby były pokryte ziarniną. W jamie brzusznej nie ma wysięku. Więzy były tak krótkie, że trzeba było je popodwiązywać i poprzecinać, poczem macicę wraz z jajnikami wycięto. Ponieważ powierzchnia przecięcia pieńka była mocno zmienioną, a z przeciętych przestrzeni limfatycznych wypływał płyn ropiasty, przeto wszyto pieńek w ranę brzuszną, otrzewną ścienną poniżej ligatury elastycznej mocno przszyto do samego pieńka, a następnie powierzchnię szypuły przypalono i potraktowano chlorkiem cynku.

Ciepłota w dniu operacji wynosiła 37° C., w ciągu następnych dwu dni podniosła się do 40,2° C., później zaś opadła do 39, 38° C., a 1. X. wynosiła 37,5° C.. Od pieńka rozszerzyła się na powłoki brzuszne powierzchowna zgorzel, niedługo jednak ograniczyła się. Dziewiątego dnia po operacji odcięto pieńek nożyczkami, 11-go dnia zdjęto ligaturę elastyczną, 13-go ostatnie szwy z rany brzusznej, która zagoiła się doraznie, usunięto też różne zgorzelinowe strzępy z lejkowatego zagłębienia w szypule, które poczęło wypełniać się dobrą ziarniną, a ostatecznie zablizniło się, poczem położnica odzyskała zupełne zdrowie.

Zakażenie macicy powstało w tym przypadku wskutek zatrzymania łożyska, co pewnie w części zależało od nieprawidłowej budowy macicy. Jednakoż i w tych przypadkach, w których budowa macicy jest prawidłową, jeżeli nastąpi zatrzymanie łożyska, lub też zakażenie gnilne macicy, nawet bez zatrzymania łożyska, to można będzie postawić takie samo wskazanie, jak w opisanym przypadku. Wskazania te można bliżej określić w sposób następujący:

1. Należy rozpoznać, iż macica stanowi ognisko zakażenia ciągle działające i że dostęp do niej przez części rodne nie jest dostatecznym.
2. Należy rozpoznać, że istnieje tylko w macicy ognisko, grożące śmiertelnem zakażeniem.
3. Wykluczyć ogniska następcze, dalej położone w kierunku dośrodkowym, jak wszelkie zakrzepy i przerzuty.

Fakt, że części łożyska, a nawet i całe łożyska, pozostawać mogą miesiące nieraz w macicy i nie stać się źródłem zakażenia, oraz że wiele kobiet powraca do zdrowia nawet po ciężkich chorobach połogowych, będzie sam przez się wpływał na ograniczenie wskazań do podobnego — jak opisane — postępowania

nia. Jednakowoż autor wyraża nadzieję, iż na 11000 położnic, umierających co-
rocznie w państwie niemieckim, chociaż kilka da się co rok ocalić przez wyko-
nanie konserwatywnego cięcia cesarskiego dla wydobycia łożyska.

(*Deutsche med. Wochenschrift*, Nr. 44. — LXI. 1886).

D-r St. Kondratowicz.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Prezesem tutejszego Towarzystwa lekarskiego na rok 1887 wybrany został prof. MIKULICZ, wiceprezesem prof. KOPERNICKI, sekretarzem dorocznym D-r DOBRUCHOWSKI.

Doroczne posiedzenie administracyjne Towarzystwa Lekarskiego War-
szawskiego odbędzie się we Wtorek dnia 28 Grudnia 1886 r. o godz. 6½ wieczorem.

- 1) KRAMSZTYK JULJAN. Sprawozdanie z prac D-ra STRZESZEWSKIEGO.
- 2) STOCKMAN. Sprawozdanie z prac D-ra ZWEIGBAUMA.
- 3) FUNK. Sprawozdanie z prac D-ra SZADKA.
- 4) Sekretarze stały: Projekt budżetu na rok 1887.
- 5) Wniosek Zarządu dotyczący zachowania charakteru członków czynnych, członkom ho-
norowym wybranym z grona członków czynnych.
- 6) Sprawozdanie z biblioteki i czytelnicy Towarzystwa za rok 1886.

Prace oryginalne w polskich czasopismach lekarskich.

Przegląd lekarski, Nr. 51. LESSER. Kilka uwag o obrzemiach kręgosłupa. — BLUMENSTOK.
Sprawa Ritterów. — ROŚCISZEWSKI. Sprawozdanie z oddziału wenerycznego za r. 1884. — TALKO
ŁĘGOWSKI HRYNCEWICZ. Rzadki przypadek porodu bliźniąt będących rozmaitego okresu rozwoju.

Medycyna Nr. 51. 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 przysyła-
nie 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.

NADEŚLANO DO REDAKCYI:

S. S. ZALEWSKI. Pogawędka o podawaniu pierwszej pomocy obumierającym czyli ludziom
będącym w stanie śmierci pozornej. Warszawa. 1886.

WATRASZEWSKI. Bemerkung über „einen Fall von Schankier im Mittelohre“ etc. Odbitka
z St. Petersb. med. Woch. Nr. 44.

Kalendarz na rok 1887, p. t. „Gość“, ułożony przez K. Promyka.

ODPOWIEDŹ REDAKCYI.

D-r M. S. Najlepiej posługiwać się rocznikami medycyny, z których po niemiecku wycho-
dzą roczniki 1) VIRCHOW'a i HIRSCH'a; 2) SCHMIDT'a, a po francuzku HAYEM'a.

Do N-ru bieżącego Gazety Lekarskiej dołącza się bezpłatnie dla wszystkich prenumeratorów
„Katalog nowych dzieł lekarskich“ księgarni E. Wendego i S-ki za miesiąc Listopad 1886 oraz ty-
tułową kartę Tomu VI. Seryi II-jej i spis rzeczy zawartych w tymże tomie.

Wydawca Dr. St. Kondratowicz

Redaktor odpowiedzialny Dr. Wł. Gajkiewicz.

Доводено Цензурою. Варшава 11 Декабря 1886 г. Друк К. Ковалевського. Królewska. Nr. 29.

EMSKE ŹRÓDŁO SODOWO-LITOWE

(Wilhelmsquelle)

wyróżnia się, jak wykazuje analiza Prof. D-ra R. Fresenius'a z Wiesbaden, pomiędzy innymi wodami sodowo-litowemi ilością stałych części składowych. Źródło Obersalzbrunnen Kronenquelle posiada 0,01140 dwuwęglanu litu (zawierającego wodę), gdy tymczasem źródło Wilhelmsquelle zawiera go 0,011528; pierwsze źródło zawiera 0,87264 dwuwęglanu sodu (zawierającego wodę), drugie zaś 2,191659. Wysyłka odbywa się w butelkach szklanych $\frac{3}{4}$ litrowych za pośrednictwem wszystkich składów wód mineralnych i aptek, oraz bezpośrednio przez dyrekcję źródła:

König Wilhelm's Felsenquellen w Bad-Ems.

0—1

Dr. Reichstein

przyjmuje z chorobami chirurgicznymi, leczy także **massażem** według metody d-ra Mezgera i prof. Mosengeila. Świętojerska 30. 10—3

Dr. E. Brühl,

ordynuje od 16 Września do 10 Maja w **Meranie**, Villa Livonia;
od 15 Maja do 15 Września w **Gleichenbergu**, Villa Max.

12—8

WYDAWNICTWO DZIEŁ LEKARSKICH NAKŁADEM GAZETY LEKARSKIEJ.

Wkrótce 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.

WYDAWNICTWO DZIEŁ LEKARSKICH NAKŁADEM GAZETY LEKARSKIEJ.

Wyszło z druku dzieło pod tytułem:

GRZYBKIE CHOROBY TWÓRCZE

napisał

Maryjan Jakowski,

b. asystent kliniki dyjagnostycznej.

Dzieło to zawiera 13½ arkuszy druku 7 tablic litograf. i rysunki w tekście.

Cena rs. 2 kop. 50, z przesyłką rs. 2 kop. 75.

Nabywać można u Wydawcy Gazety Lekarskiej Marszałkowska Nr. 119.