

GAZETA LEKARSKA

I. O zapaleniu opon mózgowo-rdzeniowych nagminnem.

(Meningitis cerebro-spinalis epidemica).

Napisał

Dr med. Jan Pruszyński,

ordynator szpitala św. Rocha.

[Według wykładu, ogłoszonego na posiedzeniu ogólnem Warsz. Tow. Hygienicznego
dn. 7-go maja r. b.].

Żadna może choroba nie przedstawia takiej różnorodności objawów klinicznych, jak ta, która w ostatnich czasach szerzyć się zaczęła na Śląsku i w Galicyi i w pojedynczych przypadkach już i u nas wystąpiła.

Popularnie nazywają ją drętwicą karku, tłómacząc niewłaściwą nazwę *epidemische Genickstarre*, dlatego, że jednym z jej objawów jest stężenie mięśni karkowych, aczkolwiek istnieją postaci tej choroby, w których stężenie to jest albo bardzo niewyraźne, albo wcale nie występuje. MARTEAU-GRANVILLIERS nazwał ją *fièvre avec inflammation sourde du cerveau*, VIEUSSEUX — *fièvre cérébrale ataxique*, MINER — *sinking typhus*, inni angielscy lekarze — *spotted fever*, *black death*, *black typhus*, *malignant purpuric fever*, CHAUFFARD — *cérebro-spinite*. Już ta różnorodność nazw, w różnych czasach tej choroby nadanych, wskazuje, że każda epidemia posiadała swoiste cechy, zależne nie tylko od indywidualnych właściwości ustrojów zakażonych, lecz również od zbioru tych czynników, które cechują epidemię, od t. zw. *genius epidemicus*.

Jedną jednak cechą wspólną dla tej sprawy chorobowej jest zajęcie opon mózgu i rdzenia; jest to więc z punktu widzenia anatomicznego zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych.

Jeżeli przyjąć na uwagę fakt, że zmiany nie są ściśle tylko do opon ograniczone, że pewne, a w niektórych epidemiach bardzo znaczne bywają obrażenia narządów wewnętrznych, natenczas nazwa, wprowadzona przez autorów niemieckich, *typhus cerebro-spinalis*, popierana gorąco przez JACCOUN'a, jest bardzo uzasadniona.

Il n'y a pas „une meningite cérébro-spinale“, il y a „des meningites cérébro-spinales“. Zdanie to, wypowiedziane przez DIEULAFOY'a w jednym z odczytów klinicznych w Hôtel Dieu, świadczy o tem, że wzmiankowana sprawa chorobowa różnymi może być wywołana czynnikami. Wszystkie zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych są następstwem zakażenia, tylko w jednych przypadkach zarazkiem tym jest lasecznik gruźliczy, w innych pneumokoki, w innych gronkowce lub paciorkowce, w innych skojarzenia mikrobowe, w innych wreszcie pasożyt, wykryty w r. 1887 przez WEICHSELBAUM'a i noszący nazwę meningokoka. Jeżeli pierwsze postaci spotykają się w pojedynczych przypadkach zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych, tak pierwotnych, jak i wtórnych, to meningokok wykrywano nieomal wyłącznie w epidemiach tej choroby.

Pasożyt ten po raz pierwszy wyosobnił WEICHSELBAUM z ropy w 6-u przypadkach nagminnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych. Ponieważ drobnoustrój ten znajduje się przeważnie w komórkach, nosi więc nazwę *meningococcus intracellularis*.

Jest to ziarniak nieruchomy, ułożony parami, czasami w czwórki, nigdy w postaci łańcuszka. Każdy egzemplarz posiada jedną powierzchnię płaską, która odpowiada takiejże powierzchni egzemplarza drugiego; najbardziej może jest podobny do gonokoka, choć ten ostatni ma postać ziarnka kawy, pneumokok zaś przedstawia się w postaci płomienia świecy.

Barwi się meningokok różnymi barwnikami anilinowymi, jak oto: fuksyną karbolową, gencyaną anilinową, błękitem metylenowym LÖFFLER'a, metodą zaś GRAM'a odbarwia się i tem różni się również od pneumokoka, że ten ostatni barwi się GRAM'em. Pod tym jednak względem zachodzą różnice zdań pomiędzy WEICHSELBAUM'em i jego uczniami, ALBRECHT'em i GHON'em z jednej, JAEGER'em zaś z drugiej strony, który otrzymywał zabarwienie metodą GRAM'a. Wywiązała się stąd długa i przykra polemika, w której zwolennicy WEICHSELBAUM'a twierdzili, że JAEGER nie miał do czynienia z hodowlą meningokoka, lecz z jej zanieczyszczeniem lub zupełnie innym pasożytem.

Według wszelkiego prawdopodobieństwa mikrokok JAEGER'a jest odmianą meningokoka, właściwą dla pewnych epidemii zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych. JAEGER udowodnił swoistość swojego pasożyta próbami aglutynacji przy znacznem rozcieńczeniu krwi, wreszcie otrzymaniem odmian z oryginalnej hodowli meningokoka WEICHSELBAUM'a, co jest zupełnie możliwe, sądząc z zachowania się innych pasożytów względem gleb odżywczych.

Aby pasożyt uznać za swoisty dla danej sprawy chorobowej, powinien on według KOCH'a odpowiadać trzem warunkom, mianowicie: powinien znajdować się stale w ustroju zakażonym, dawać swoiste hodowle, wreszcie u zwierząt wywoływać podobne objawy choroby.

Gdy dawniej wykrywano różne pasożyty w zapaleniu opon mózgowo-rdzeniowych, to poczynając od r. 1897 wykrywano prawie we wszystkich przypadkach meningokokoki: HEUBNER we wszystkich 14-u, FÜRBRINGER we wszystkich 10-u, OSLER na 16 w 14-u, COUNCILMANN z 35-u w 33-ch, PFAUNDLER podczas epidemii w Gracu we wszystkich 10-u przypadkach.

Dodać należy, że poszukiwanie powinno być bardzo staranne i oparte na badaniu wielu preparatów. Najobficiej znajdują się wzmiankowane pasożyty w cieczy i w wysięku mózgowo-rdzeniowym, przy dłuższym trwaniu choroby przechodzą one do krwi i znajdują się w narządach wewnętrznych i w cieczeniach zapalnych oraz w wykwitach wyprysku (*herpes*).

Stwierdzono również obecność meningokoków na zewnętrznych błonach śluzowych nosa, gardzieli, w wydzielinie oskrzeli i w wysiękach ucha; nawet u zdrowych znajdować się mogą złośliwe meningokoki na błonie śluzowej nosa i być źródłem zakażenia [COUNCILMANN].

Hodują się meningokoki bardzo trudno, zwłaszcza w pierwszej generacji, zanim się do zewnętrznego środowiska przystosować mogą. Pierwsze hodowle udają się na surowicy krwi, na agarze z surowicą lub z krwią, z czasem można je przeszczepić na inne zwykłe grunta odżywcze. Na tej jednak glebie sztucznej szybko giną, to też przeszczepiać je trzeba co parę dni. Na surowicy krwi LOEFFLER'a po 24-ch godzinach przedstawiają się one w postaci kolonii okrągłych, 1 — 1,5 mil. wielk., silnie odgraniczonych, o wyglądzie przezroczystym, śluzowym. Na płycie agarowej powierzchnie kolonie są większe, niż leżące głębiej; posiadają one brzeg prawie przezroczysty i środek żółtawy, blednący ku obwodowi. Kolonie głębsze są mniejsze, mają brzeg pokrzywiony i wygląd zlekka ziarnisty. Przeszczepiają się meningokoki trudno na zwierzęta; najbardziej może wrażliwe są myszy białe przy zastrzyknięciu materii zakaźnej lub hodowli nie podskórnie, lecz do jamy otrzewnej.

Częste bywają skojarzenia mikrobowe w przebiegu zapalenia opon mózgowych z pneumokokami, z paciorkowcami, gronkowcami, lasecznikami influency, wreszcie z lasecznikami gruźliczymi, jak to wykazali HEUBNER i LEWKOWICZ.

W tym ostatnim razie zapalenie opon mózgowych daje impuls do rozwinięcia się skrytej postaci gruźlicy.

Częstość zakażenia mieszanego i trudność otrzymania czystej hodowli meningokoków, tłómaczy otrzymanie w hodowlach innych pasożytów w przebiegu zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych nagminnego.

Kiedy po raz pierwszy zjawiała się epidemia tyfusu mózgowo-rdzeniowego, niepodobna jest określić, jeżeli nie puścić wodzy bujnej fantazy; to też nie będziemy zagłębiać się w stare szpargały, aby pojedyncze zdania podprowadzać do ustalonych już obrazów klinicznych.

Pierwsze pewne dane o zapaleniu opon mózgowo-rdzeniowym nagminnym znajdujemy w pracy VIEUSSEUX'a, ogłoszonej w r. 1805 w *Journal de med. de Corvisard* z okazji epidemii, panującej w Genewie i w jej okolicach. W r. 1814 wy-

buchła epidemia wśród garnizonu w Grenobli i w Paryżu, w r. 1815 w Metz, w r. 1822 w Westfalii i w tymże czasie szerzyła się w Ameryce Północnej.

W r. 1837 epidemia tyfusu mózgowo-rdzeniowego pojawiła się we Francji południowej: w Bajonnie i w departamencie Landes, skąd w ciągu lat 10-u rozszerzyła się na cały prawie kraj, oszczędzając miejscowości góryste. W pierwszych latach dotknięte nią były Bordeaux, La Rochelle, Rocheford na północy od Bayonny, na wschód zaś Toulon, Avignon, Nîmes; panowała przeważnie wśród garnizonów i więźniów, w daleko mniejszym stopniu u mieszkańców miast. Z Tulonu z wojskami przeniosła się do Algieru.

Drugim ogniskiem tej epidemii były okolica Loiry, trzecim Brest. Od r. 1837 — 1850, według HIRSCH'a, było we Francji 57 epidemii tyfusu mózgowo-rdzeniowego; w tem 39 ognisk dotyczyło garnizonów wojskowych, 7 wyłącznie ludności cywilnej.

We Włoszech nagminne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych panowało pomiędzy r. 1839 a 1840 przeważnie w prowincjach południowych i w Sycylii, w Danii pomiędzy 1845—1848, poraz drugi w Ameryce pomiędzy 1842 — 1850. Najsilniejszego może natężenia dosięgła ta epidemia w Szwecji w latach 1854 — 1861, gdy tymczasem w Norwegii zdarzały się tylko pojedyncze wypadki zachorowań. Poraz trzeci nawiedzone były Stany Zjednoczone Ameryki Północnej w r. 1857 przy znacznem nasileniu epidemii w latach 1861 — 1863 w czasie wojny secesyjnej.

Do r. 1860 choroba ta nawiedziła prawie wszystkie kraje Europy Zachodniej i Południowej w mniejszym lub większym stopniu, środkowa część i wschód były od niej wolne. W r. 1863 panuje na Śląsku, a w zimie i na wiosnę 1864 r. prawie jednocześnie pokazuje się w Pomeranii, w Prusach Zachodnich i Wschodnich, w Brandenburgii, następnie we wszystkich państwach niemieckich.

W Rosji zjawiała się poraz pierwszy w r. 1863 w gub. Kałużskiej, w 1864 na Kaukazie i w Petersburgu.

W Księstwie Poznańskim srożyła się epidemia w r. 1866 i przedewszystkiem zajęła okolicę Bydgoszczy.

Do r. 1874 w Galicyi notowano tylko pojedyncze przypadki tej choroby. W r. 1874 BENDA w Chrzanowie obserwował 8 przypadków nagminnego zapalenia opon mózgowych, według sprawozdania GLUZIŃSKIEGO z oddziału PAREŃSKIEGO w szpitalu św. Łazarza w Krakowie od r. 1876—1880 leczono 40 przypadków tej choroby, w r. 1880 SAWICKI zebrał 45 przypadków zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych w Galicyi. W Krakowie, według statystyki BUSZKA, w r. 1893 zachorowało 268 przy śmiertelności wynoszącej 82%.

W Królestwie, o ile się zdaje, pierwszą epidemię zapalenia opon mózgowo-rdzeniowego spostrzegali KOBYLAŃSKI w Kole w r. 1866, a w roku 1867 grasowała w Warszawie. Danych epidemiologicznych co do przebiegu tej epidemii posiadamy bardzo mało; opisali ją w Proszowicach RZADKOWSKI w r. 1879, w Płocku PERKAHL w r. 1879, w Szydłowcu MARESZ w r. 1880. W roku 1894 KLARNER opisał epidemię tę w Opolu lubelskiem i w tymże roku HEWELKE roz-
wój epidemii w Warszawie.

W ostatnich czasach wybuchła epidemia na Śląsku pruskim w regencyi Opolskiej; od końca listopada r. 1904 do kwietnia r. b. statystyka wykazuje 1088 przypadków i 582 zejść śmiertelnych. 17-go kwietnia r. b. stwierdzono ją w Katowicach i w powiecie Katowickim; do 25 go kwietnia było 47 przypadków, z których 27 zakończyło się śmiertelnie. W Galicyi od 31-go stycznia do 8-go kwietnia było 437 przypadków, które w połowie prawie, bo w 188-u zakończyły się śmiertelnie. Jesteśmy więc w okresie pełnego rozwoju epidemii; pogranicze Królestwa, sądząc z poprzednich epidemii, jest najbardziej zagrożone.

U nas w bieżącym okresie nie stwierdzono z wymaganą ścisłością zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych, ale obraz kliniczny zupełnie odpowiadał tej postaci chorobowej w dwóch przypadkach w Łodzi i w 2-ch w Warszawie.

Nawet w czasie wielkich epidemii liczba zachorowań na nią jest nieduża i nie przewyższa zwykle 1—1½% ogólnej liczby ludności [1—10 na 1000 nawet]. Drugą właściwością tej epidemii jest to, że szerzy się nieprawidłowo, skokami, dotykając miejscowości od siebie odległe, nie szerząc się na miejscowości przylegające; nadto w przebiegu swym, zupełnie jak w obrazie klinicznym, przedstawia nasilenia i zwolnienia, i gdy już zdaje się, że epidemia wygasła, na tem samem miejscu powstaje nowa.

Przeważnie dotyka dzieci i osobników młodych; zachorowania w wieku ponad lat 40 należą do nadzwyczajnej rzadkości.

Najczęściej szerzyła się wśród garnizonów wojskowych [stąd pochodzi jej nazwa choroby garnizonowej] i przenosiła się przy przemarszu wojsk, jak to wybitnie tego dowodzi epidemia, która rozpoczęła się w r. 1837 we Francyi.

Fakt, że pewne miejscowości są częściej przez nią nawiedzane, dowodzi, że muszą jeszcze istnieć pewne warunki gruntowe, sprzyjające rozwojowi zarazka.

Co do zaraźliwości zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych, to pod tym względem zdania są podzielone. Przeciwno zaraźliwości przemawiają fakta, że w jednej rodzinie najwyżej i to rzadko spostrzegano 2 przypadki tej choroby; za zaraźliwością świadczą epidemie garnizonowe, co zresztą może zależeć od zbyt-niego nagromadzenia ludzi w ciasnych pomieszczeniach. Zdaje się, że wogóle człowiek jest na tę chorobę odporny: odporność tę zmniejszają wysiłki fizyczne, zmartwienia, lekkie nawet urazy, nagłe zmiany ciepłoty, t. zw. zaziębienie.

Te drobne nieraz czynniki, jak w innych chorobach zakaźnych, sprzyjają usadowieniu się zarazka na oponach mózgowych, przenikającego tam przez drogi chłonne lub naczynia krwionośne z błon śluzowych, najprawdopodobniej, z błony śluzowej nosa, na której, jak już poprzednio zaznaczyłem, wykryć można żywotne meningokoki.

Z m i a n y a n a t o m i c z n e w przebiegu zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych umiejscawiają się przeważnie na miękkiej oponie mózgowia i rdzenia kręgowego; opona twarda albo wcale albo w bardzo nieznacznym tylko stopniu przyjmuje udział w tem cierpieniu. Kości czaszki, jako też opona twarda bywają silnie przekrwione; zatoki żyłne oraz żyły wypełnione krwią, wystę-

pują wyraźnie na tle żółtem lub żółto-zielonkawem. Błona pajęczna zachowuje właściwy jej połysk, rzadko tylko na jej powierzchni okazuje się wysięk surowiczowłóknisty. Wysięk nagromadza się tam głównie, gdzie przestrzeń podpajęczna jest większa, t. j. nad brózdami mózgu i na przebiegu naczyń, jako też na podstawie mózgu. Rzadko i tylko przy szybkim zejściu śmiertelnem wysięk bywa surowiczy, przeważnie jest mętny, czasami jest tak zbity, że sprawia wrażenie grubych błon wrzekomych. Wysięk włóknisto-ropny zbiera się w postaci blaszek wzdłuż brózd mózgowych i naczyń, czasami pokrywa mózg w postaci czepka.

Komory mózgowe zawierają ciecz mętną, kłaczkowatą; ependyma jest nastrożona, podobnie jak opona miękka mózgu i rdzenia.

Wysięk w oponie rdzenia gromadzi się głównie na tylnej jego części w brózdzie pośrodkowej tylnej, przeważnie w okolicy szyjowej i lędźwiowej. Obwodowe części tkanki mózgowej są przekrwione, zdarzają się również wylewy krwi i ogniska rozmięczenia; w rdzeniu kręgowym takie rozmięczenie może zająć cały jego przekrój poprzeczny.

Naczynia opony miękkiej, przechodzące na substancję nerwową, są wypełnione krwią i otoczone nacieczeniem drobnokomórkowem.

Korzenie nerwowe są pogrążone w ropie i przedstawiają poważne zmiany włókien nerwowych.

Lecz nie na tym tylko ograniczają zmiany w tyfusie mózgowo-rdzeniowym; narządy wewnętrzne i zmysłów ciężkim nieraz ulegają obrażeniom.

Mięśnie szkieletu, jako też mięsień sercowy przedstawia ziarniste zwyrodnienie.

W dolnych ustępach kiszek cienkich występuje mniej lub więcej silne obrzmienie gruczołów odosobnionych, w niektórych przypadkach stwierdzono nawet obrzmienie blaszek PAYER'a w bliskości zastawki BAUHIN'a, gruczoły krezkowe bywały również obrzmiałe i rozmięczone.

Wątroba i nerki przedstawiają zmiany właściwe ciężkim sprawom zakaźnym, t. j. zmętnienie i stłuszczenie komórek; śledziona zawsze jest powiększona i miękka.

W przestrzeniach surowiczych spostrzegano wysięki surowicze lub ropne.

Zmiany w uszach bywają dwojakiego rodzaju: 1) zapalenie nieżytowe ucha średniego z przedziurawieniem błony bębenkowej, w przypadkach lekkich, 2) w przypadkach ciężkich krwotoki w uchu wewnętrznym, ropienie i zniszczenie ampuł i błon błędnika.

Oczy również ulegają zapaleniu ropnemu w postaci zapalenia naczyniówki, tęczówki i naczyniówki, wreszcie ogólnego zapalenia gałki ocznej (*panophthalmitis*); zapalenie wtedy przechodzi, jak to wykazał SCHWALBE, z przestrzeni podpajęcznej mózgu za pośrednictwem szczelin limfatycznych otoczki nerwów wzrokowych do przestrzeni limfatycznej, otaczającej naczyniówkę.

[D. n.].

II. Przypadek samodzielnego pęknięcia macicy u rodzącej przy czaszkowym położeniu płodu.

Podał

Józef Saks,

[Z oddziału położniczego szpitala im. małżonków Poznańskich w Łodzi].

Sposób powstawania pęknięć macicy podczas porodu od czasu klasycznej pracy BANDI'a jest wyjaśniony należycie, niema natomiast jedności pod względem poglądów na postępowanie lecznicze przy tem groźnem powikłaniu: zwolennicy leczenia operacyjnego mają licznych przeciwników w zwolennikach terapii zachowawczej; przeto każdy przypadek pęknięcia macicy, czyto z pomyslnem, czy też z nieszczęśliwym zejściem, zasługuje na zanotowanie. Przypadek, poniżej opisany, zawiera sporo interesujących szczegółów ze względu na objawy po pęknięciu macicy i na przebieg pooperacyjny.

Pacjentka B. B., 25 lat licząca, powtórnie rodząca; pierwszy poród odbył się przed 15-u miesiącami, położenie płodu było nóżkowe; z powodu zwężenia miednicy trzeba było wówczas poród ukończyć wymóżdżeniem główki na ostatku idącej. Okres połogowy był bezgorączkowy. Pacjentce doradzałem wówczas zgłoszenie się do mnie w razie powtórnej ciąży w 8-ym miesiącu ciąży w celu wywołania u niej porodu przedwczesnego; chora jednak nie uważała za właściwe zastosować się do rad moich. Ostatnią miesiączkę miała d. 7-go kwietnia 1904 r.; silne bóle porodowe wystąpiły dnia 30-go stycznia r. b.; akuszerka została wezwana dnia 31-go stycznia o 3-iej po południu; podczas jej badania o 6-iej wieczorem pękł pęcherz płodowy; wieczorem o godzinie 10 $\frac{1}{2}$ zostałem wezwany do rodzącej; przy badaniu przez pochwę przekonałem się, że macica rozwarta na 3 palce, przodują główka i palce rączki z prawej strony; główka bardzo nieznaczną częścią swego obwodu znajduje się we wchodzie miednicy, tony płodu dobrze słyszalne. Po odprowadzeniu palców rączki, zaleciłem rodzącej położenie na boku prawym, akuszerce zaś wyczekiwanie w celu przekonania się o skuteczności bólów porodowych. Wymiary miednicy były następujące: *dist. spin.* 22,5 ctm., *dist. crist.* 23,5, *troch.* 25,0; *conj. ext.* 16,5, *conj. diagon.* 9,5 [*veram* oszacowałem na 7,5], długość ciała drobnej rodzącej 135 ctm.; mieliśmy zatem do czynienia z miednicą ogólnie zwężoną, czyniącą bardzo wątpliwem samodzielne zakończenie się porodu, jednak b e z w z g l ę d n i e n i e w y k l u c z a j ą c ą pomyslnego zejścia dla dziecka. Przez całą noc, jak się następnie dowiedziałem, rodząca miała silne bóle porodowe, które rano następnego dnia ustały, przyczem wystąpiły silne bóle brzucha. Przez całą środę, dnia 1.II r. b., rodząca była jakoby zupełnie spokojna, wsku-

tek czego akuszerka i otoczenie uważało, że zbyt częste jest wezwanie lekarza. W środę po obiedzie rodząca kilkakrotnie zwracała przyjmowane pokarmy i skarżyła się na ból brzucha; mocz oddawała kilkakrotnie. W czwartek po obiedzie, zatem w 36 godzin po mojej wizycie, zgłosiła się do mnie matka rodzącej z prośbą o radę, co ma czynić, ponieważ poród się nie posuwa; niezmiernie zdziwiony byłem tą wiadomością, przekonany bowiem byłem, że rodząca już dawno urodziła, ewentualnie przez innego kolegę rozwiązana została. Opowieść matki wzbudziła we mnie podejrzenie, że stan rodzącej jest nienormalny; wskutek tego wyraziłem zdanie o konieczności przekonania się na miejscu o stanie rodzącej i niezwłocznie udałem się do pacjentki, gdzie znalazłem stan następujący.

Rodząca o wcale niezłym wyglądzie spokojnie leży w łóżku, skarży się na występujące od czasu do czasu bóle brzucha; brzuch nie wzdęty, nie bolesny na dotyk, pod powłokami brzuszными bardzo dokładnie wyczuwam drobne części płodu, p. 108, t^o 37,9; tonów płodu nie słychać, ruchów płodu nie udaje się wyczuć.

Przy badaniu wewnętrznem przez pochwę stwierdzam brak części przodującej [przed 36-u godzinami przodowała główka]; szyja maciczna gruba, otwarta na 3 palce, jest zupełnie zachowana.

Nie ulegało wątpliwości, że mamy do czynienia z pęknięciem macicy, a płód wypadł do jamy brzusznej. O zakończeniu porodu na drodze pochwowej nie mogło być mowy wobec nieznacznego otwarcia szyi macicznej i znajdowania się płodu *in toto* w jamie brzusznej; dość znaczne zwężenie miednicy byłoby też znaczną przeszkodą przy wydobywaniu główki. Chorą przewiozłem Pogotowie Ratunkowe do szpitala imienia małż. Poznańskich, gdzie pod uspieniem chloroformowo - eterowem wykonałem laparotomię przy łaskawej pomocy kol. GOLDMANA (*ad manum*) i kol. L. PINKUSA (*narcosis*). Po otworzeniu jamy brzusznej, w ranie ukazała się nóżka płodu, za którą pociągając, wydobyłem płód nieżywy wraz z łożyskiem, również znajdującym się w jamie brzusznej; łożysko było już w kilku miejscach luźno zrośnięte z nadmiernie rozdętą pętlą kiszek. Po usunięciu płodu ujrzelśmy macicę rozdartą po prawej stronie na granicy między trzonem a szyją maciczną; rozdarcie dochodziło do linii środkowej macicy; w jamie brzusznej znajdowała się płynna krew i skrzepy krwi; otrzewna przyścienna była w wielu miejscach pokryta włókniakiem. Ponieważ brzegi uszkodzenia były niezmiernie nierówne, nie można było przedsięwziąć zeszycia miejsca uszkodzonego; należało wyciąć całą uszkodzoną macicę, tembardziej, że gorączka i niepewność stanu aseptycznego [albowiem rodząca była wielokrotnie badana w domu przez akuszerkę wątpliwej czystości] przemawiały raczej za zabiegiem radykalnym. Po wprowadzeniu paska gazy jodoformowej przez ranę maciczną do szyi macicznej, podwiązałem *ligamenta infundibulo-pelvica* i *ligam. rotunda* z obu stron, odciąłem otrzewną z przodu i z tyłu wyżej linii pęknięcia, aby mieć więcej otrzewnej do obszycia kikuta, poczem odciąłem macicę na wysokości pęknięcia (*amputatio uteri*). W celu izolowania jamy brzusznej od przewodu szyi macicznej, przyszyłem tylny listek

otrzewnej do otrzewnej przysciennej i otrzewnej pęcherza. Ściany brzuszne zaszyłem szwem dwupiętrowym. Operacja trwała minut 50. Płód średniej wielkości, obwód główki 34 cm., *diameter occipito-frontalis* 10,5, *biparietalis* 9,0, *occipito-mentalis* 12,5, długość płodu 49,0, ciężar ciała 2950 gr. Wymiary zatem płodu były normalne i tylko w zwężeniu miednicy należy szukać powodu pęknięcia macicy.

Po operacji chora dobrze się czuła, tętno spadło do 78-u uderzeń na minutę. Pierwsza noc przeszła dobrze, chora spała przez kilka godzin z rzędu, mocz kilkakrotnie oddawała dobrowolnie, tylko od czasu do czasu skarżyła się na bóle brzucha.

Dnia drugiego, t. j. 4-go lutego t° 36,8—36,2, p. 72, sen dobry, samopoczucie dobre, mocz położnica oddaje, ale pod siebie, nie jest bowiem w możności zatrzymania moczu do czasu podania naczynia; kilka razy odchodzą wiatry.

Dnia 5-go lutego t° 37,1—37,4, p. 72; chora miała dwukrotnie wypróżnienie; ogólny stan dobry.

Dnia 6 go lutego t° 37,2—37,2, p. 60; samopoczucie dobre; dnia 7-go lutego t° 37,1—36,7, p. 90; wczoraj chora kilkakrotnie wymiotowała, jednak noc przeszła bardzo dobrze.

Dalszy przebieg pooperacyjny doskonały, nie powikłany ani razu podniesieniem ciepłoty powyżej 37,5°; z biegiem czasu chora mocz oddawała zupełnie prawidłowo. 10-go dnia zdjąłem szwy, rana brzuszna zagojona-przez rychłozrost, tylko na dole brzegi rany skórnej cokolwiek się rozchodzą na nieznacznej przestrzeni. Pomimo amputacji macicy i usunięcia jajników chora posiadała dość znaczną ilość mleka w sutkach. Przy badaniu pochwowem okazało się, że pozostała szyja maciczna dobrze uformowana. 17-go dnia, t. j. 19 lutego, chora opuściła szpital zdrowa, choć jeszcze osłabiona.

Przypadek powyższy jest interesujący, jako przyczynek do powstawania samodzielnych pęknięć macicy pomimo niedługiego trwania porodu i niezbyt znacznego zwężenia miednicy przy normalnych wymiarach płodu. Zwykle podawanych objawów pęknięcia macicy w rodzaju: zapaści, drobnego tętna, zgola w naszym przypadku nie było: wygląd chorej był dobry, tętno pełne, nieznacznie przyspieszone; tylko ustanie bólów porodowych i wymioty nasuwały podejrzenie pęknięcia macicy, dającego się łatwo stwierdzić przy przedmiotowym badaniu. Leczenie operacyjne zostało w moim przypadku uwieńczone wynikiem bardzo pomyślnym; czy leczenie zachowawcze w postaci drenowania jamy brzusznej i miejsca pękniętego, zdołałoby zachować przy życiu chorą, wydaje mi się sprawą nader wątpliwą.

III. Przyczynek do kazuistyki kataru siennego.

Podał

dr Tadeusz Wretowski,

asystent szpitala Dzieciątka Jezus.

[Dokończenie. — Patrz Nr. 23].

HOLBROOK CURTIS [1900] proponuje leczenie nalewką, albo *Extr. fluid. Ambrosiae artemisiae foliae* 2—10 kropel 3 razy dziennie w wodzie; w 1902 proponuje wstrzykiwania naparu z róż, fiołków i tejże ambrozji; WAGNER [1902] chce wogóle immunizować organizm ekstraktami z kwiatów. FINK [1904] w swej ostatniej pracy zaleca usilnie insuflacye arystolu do *antrum Highmori*, jako środek specyficzny. Pisze o tem temi słowy: „Udało mi się w arystolu znaleźć środek taki, który, zaaplikowany na śluzówkę zatoki szczękowej, leczy każdą formę *coryzae nervosae*, a więc i katar sienny“. Zaznacza jednak, że w *coryza nervosa* otrzymał efekt leczniczy, przeciągający się na parę lat, a w katarze siennym leczenie trzeba powtarzać co rok. Sam sposób *procedendi* dla posiadających technikę manipulacyi wewnątrz nosa nie jest trudny. Trzeba umieć dotrzeć cienką, odpowiednio wygiętą kaniulą do *antrum Highmori*. Przez tę kaniulę zapomocą specjalnej dmuchawki, sporządzonej przez autora, wdmuchuje się arystol. FINK radzi przez pierwsze dni powtarzać leczenie codziennie. Już po pierwszym zastosowaniu arystolu chory doznaje znacznej ulgi. Po drugiej, a rzadko kiedy trzeciej insuflacyi wszystkie objawy choroby stają się znacznie lżejsze, a przerwy większe. W ciężkich przypadkach trzeba powtórzyć wdmuchiwanie 6—7 razy, chcąc na długo oddalić wszystkie symptomy choroby. Podczas leczenia pacjenci mogą robić nawet wycieczki za miasto i przebywać w polu. Gdy ataki znów się pojawiają, FINK powtarza leczenie i wtedy cierpienie znika zupełnie.

FINK stanowczo za mało motywuje umiejscowienie cierpienia w *antrum Highmori*, a leczenie insuflacyami ze względu na niebezpieczeństwo wprowadzenia zakażenia nie znajdzie chyba szerszego zastosowania. Jeżeli rzeczywiście arystol działa dodatnio, to sędzę, że wciąganie go do nosa, jak tabaki, powinno zupełnie wystarczyć, gdyż dostanie on się do jam nosowych na równą głębokość, na jaką wpadają pyłki kwiatowe przy oddychaniu.

W jednym z ostatnich numerów *Munch.med. Woch.* prof. DENKER z Erlangen podał swój nowy i jakoby bardzo skuteczny sposób leczenia kataru siennego. Autor, wychodząc z założenia, że u osobników cierpiących na katar sienny mamy do czynienia z pewną nadczułością śluzówki nosa i łącznicy oka, postanowił odpowiednio przeprowadzonym masażem uodpornić zbytnią ich wrażliwość. Technika

masażu jest następująca. Odpowiednim zgłębnikiem, obwiniętym watą i umaczanym w roztworze, składającym się z 1,0 *Cocaini* i 0,01 *Adrenalin* *hydrochlor.* na 10,0 *Aq. destill.*, masuje się ostrożnie śluzówkę nosa. Zaczyna się od powolnych, lekkich posunięć po dolnej muszli, potem przyspiesza tempo i naciska nieco silniej. Następnie powtarza się te same rękoczynny w środkowej drodze nosowej i, jeżeli można, w górnej, masuje się muszle i przegrodę nosa. Cała manipulacja, powtarzana codziennie, zajmuje kilka minut. W przypadkach, gdy ze zmniejszeniem kichania i wydzieliny z nosa nie ustępują objawy podrażnienia łącznicy oka, według DENKER'a, dobrze ma działać wkraplana do oczu *Tinct. opii crocata* z *Aq. destill.* aa. Autor pisze, że leczenie jego dało tak dodatnie wyniki, iż chorzy bezkarnie mogli sypiać przy otwartych oknach, oraz przebywać w czasie krytycznym w polu. Dodatni wpływ leczenia miał się nawet zaznaczać w następnym roku, gdyż cierpienie albo nie powracało wcale, albo też w osłabionej formie.

Środkiem jednak najwięcej zwracającym obecnie na siebie uwagę lekarzy i pacjentów jest pollantyna DUNBAR'a. Pollantyna znajduje się w sprzedaży albo w płynie z 0,25% karbolu, aby się nie psuła, albo w proszku, koloru słabo żółtego. Większość pacjentów uważa pollantynę w proszku za lepiej działającą i wygodniejszą. Do nosa wciąga się ją jak tabakę, lub wdmuchuje, na oczy posypuje się penzelkiem. Rano po obudzeniu się trzeba zaraz zażyć pollantyny [LUEBBERT, 1904], aby uprzedzić atak i powtarzać zażywanie kilka razy na dzień. Spać trzeba przy zamkniętych oknach. Szczegółowe przepisy używania są dołączane do każdego pudełeczka.

Pollantyna DUNBAR'a ma licznych zwolenników. Jedni, jak THOST, LÜBBERT, PRAUSNITZ, pracują nad jej ulepszeniem, drudzy, jak IMMERWAHR, SEMON, BRIDE, MAYER, PHILIP, robią doświadczenia nad sobą i pacjentami. W ostatnim numerze *Berl. klin. Wochenschr.* WOLFF pisze, że prof. SENATOR ogłosił ankietę, wzywającą lekarzy berlińskich, aby przysyłali chorych na katar sienny do kliniki, w celu przeprowadzenia badań szczegółowych nad pollantyną DUNBAR'a i graminolem WEICHARDT'a. WOLFF wyraża się o pollantynie bardzo przychylnie. Nie jest ona jeszcze specyfikiem, ale działanie jej można zauważyć we wszystkich przypadkach. Słabsze ataki usuwa prawie zupełnie, a silne łagodzi; działa też dobrze, jako środek ochronny przed nowym atakiem.

Ta różnorodność środków lekarskich proponowanych i używanych przy katarze siennym oraz różnorodny skutek, dowodzi najlepiej, że cierpienie to trzeba uważać jako nerwicę. Pyłki kwiatowe są zatem tylko bodźcem, dającym impuls do wybuchu choroby. Tem też tylko tłómaczę sobie dodatni wpływ palenia przez pewien czas na moje cierpienie. Sądzę, że stosowanie też środków przeciwastmatycznych nie jednemu choremu mogłoby przynieść chwilową ulgę. Skuteczne działanie w wielu przypadkach pollantyny lub arystolu nie stoi w sprzeczności z mojem zapatrywaniem. Z tego samego punktu widzenia rozumiałem się staję dodatnie często działanie przyżegań śluzówki głębszych części nosa *Acido nitromuriatico*, *chromico*, *trichloracetico* i innymi.

Śluzówka nosa staje się na pewien czas mniej wrażliwą na przyjęcie podrażnień zewnętrznych.

Na rokowanie w katarze siennym jeszcze STICKER zapatrywał się bardzo pesymistycznie. Pisał, mianowicie, że choroba ta nawiedza chorego co rok od chwili wybuchu do końca życia. Przytem w dzieciństwie na pierwszy plan występują objawy oczne, w wieku młodzieńczym i dojrzałym oczne i nosowe, u kresu zaś życia przeważają symptomy astmy. Obecnie jednak terapia zrobiła duże postępy, tak że dla każdego chorego powinienby znaleźć się środek, który mu będzie przynosił ulgę, nawet, gdyby nadzieje pokładane w pollantynie zawiodły.

L I T E R A T U R A .

- 1) Prof. dr STOERK. Die Erkrankungen der Nase, des Rachens und des Kehlkopfes. XIII T. 1 c. Prof. NOTHNAGEL. Wien. 1895.
- 2) HEYMANN. Handbuch der Laryngologie und Rhinologie. Dr. BLOCH. Allgemeine Semiotik der Nasenkrankheiten T. III, Z. 3. 1896. Wien.
- 3) Z HEYMANN'a. Dr. BLOCH. Allgemeine Therapie der Nasenkrankheiten. T. III. Z. 4. Wien. 1896.
- 4) Z HEYMANN'a. Dr. GERBER. Rhinitis acuta T. III, Z. 4. Wien. 1896.
- 5) Prof. dr JURASZ. Die Krankheiten der oberen Luftwege. Heidelberg. 1891.
- 6) Dr. GEORG STICKER. Der Bostocksche Sommerkatarh. Prof. NOTHNAGEL. Wien. 1896.
- 7) Dr. CARL ROSENTHAL. Die Erkrankungen der Nase, deren Nebenhöhlen und des Nasenrachenraumes. Berlin. 1897.
- 8) Prof. dr SCHMIDT. Die Krankheiten der oberen Luftwege. Berlin. 1897.
- 9) Internationales Centralblatt für Laryngologie i t. d. [AMOS, BULETTE, CHEATHAM, WANGH, SANGER, SKTH S. BISHOP, Mc. CASSY, NORTON L. WILSON, razem 15 prac]. 1897.
- 10) Internationales Centralblatt für Laryngologie i t. d. 1897. [GÖNNER, W. F. STRANGEWAYS, STACHIEWICZ, J. PH. ELIAS, WILLIAM H. CAPP, GRAYSON, E. W. HOLMES, J. MÜLLER, JANKELEVITSCH, HENNEBERT. EGGER, CLARK, BISHOP, HAL FOSTER, razem 14 prac].
- 11) Z HEYMANN'a. Prof. dr KÖRNER. Die Störungen und der Absonderung in der Nase. T. III. Z. 7. Wien. 1899.
- 12) Z HEYMANN'a. Prof. dr JURASZ. Nie nasalin Reflexneurosen T. III, Z. 7. Wien. 1899.
- 13) Dr. FRIEDRICH. Rhinologie, Laryngologie und Otologie. Leipzig. 1899.
- 14) Internationales Centralblatt für Laryngologie i t. d. 1899 [3 prace].
- 15) Z HEYMANN'a. Prof. dr KILLIAN. Die Krankheiten der Kieferhöhle. T. III, Z. 11, Wien. 1900.
- 16) Internationales Centralblatt für Laryngologie i t. d. 1900 [G. GRADENIGO, J. DUNN, GAREL, A. CASTEX, C. M. COBB, A. RIXA, E. H. WRIGHT, DOUGLAS, OHLS, MAYS, W. C. HOLLOPETER, MÜRELL, F. G. SMITH, MOLINIE, MÜLLER, CLARK, KING, WESTHERBY, J. CARPENTER—praco 26].
- 17) Prof. dr KRIUKOW. Kurs głażnych bolezniej. Moskwa. 1901.

18) Internationales Centralblatt für Laryngologie i t. d. 1901 [DOUGLAS, LEHMANN, W. C. HOLLOPETER, K. GRUBE, NAUVELAERTS ABRAMS, FLETCHER INGALS, R. A. BATE, G. DABBS, OLA S. HANDRIKSON, GRUBE, S. COHN, E. GLEASON, S. SCOTT, BISHOP, E. KINGSCOTE, L. SOMERS — 19 prac].

19) Dr med. ALFRED SOKOŁOWSKI. Wykłady kliniczne chorób dróg oddechowych. T. I, Warszawa. 1902.

20) Internationales Centralblatt für Laryngologie i t. d. 1902 [THOST, FRANKE, SCHNEIDER, WEIL, DIETSCH, AXILLOS, MURPHY, LAWENBURG, HOLLOPETER, HOLBROOK, JOHNSON, RIXA, MACKENZIE, KLEIN, COAKLEY, C. COOK, RICE, BOSWORTH, ROE—19 prac].

21) Prof. dr G. DIEULAFOY. Podręcznik chorób wewnętrznych. T. I. Warszawa. 1903.

22) Prof. dr DUNBAR. Zur Frage betr. d. Aetiologie u. specif. Therapie d. Heufiebers. Berl. klin. Wochenschr. N. 28. 1903.

23) IMMERWAHR ROBERT. Ueber Heufieber u. d. Behandlung des mit Dunbars Pollenantitoxin. Berl. klin. Wochenschr. N. 28. 1903.

24) THOST ARTHUR. Neuere Erfahrungen über das Wesen u. d. Behandlung d. Heufiebers. München. med. Woch. N. 23. 1903.

25) DUNBAR. Zur Ursache u. specif. Heilung d. Heufiebers. München u. Berlin. Oldenbourg. 1903.

26) DUNBAR. Weiterer Beitrag zur Ursache u. specif. Heilung d. Heufiebers. Deutsche med. Wochenschr. N. 9. 1903.

27) Internationales Centralblatt für Laryngologie i t. d. 1903 [HOPE, HOLBROOK CURTIS, H. L. WAGNER, THOST, J. CLARK, H. MYGIND, E. HOPE, J. JERVEY, E. INGALLS, W. LOWMAN, L. LOCKARD, F. SEMON, MACKEY, FINK, DUNBAR, ETJEVANT—17 prac].

28) FINK EMANUEL. Neuere Behandlungsmethode d. Heufiebers. Ther. Monatsh. H. 6. 1904.

29) IMMERWAHR ROBERT. Zur Serumbehandlung d. Heufiebers. Berl. klin. Wochenschr. N. 26. 1904.

30) DUNBAR. Weiterer Beitrag zur Ursache und specifischen Heilung des Heufiebers. 1904.

31) R. MOHR. Zur Behandlung und Verhütung des Heufiebers. Deutsche med. Woch. N. 47. 1904.

32) A. LÜBBERT. Zum Serumbehandlung des Heufiebers. Ther. Monats. N. 12. 1904.

33) Internationales Centralblatt für Laryngologie i t. d. 1904 [J. E. ALBERTS, J. HALBERTSMA, OTTO JOACHIM, BAILEY, MAC CAY, L. SOMERS, MILLS, E. GLEASON, P. MARTINS, W. WOODRING, R. WALLACE, FINK, DUNBAR, ELIAS, LOIKARD, JAMES, SEMON, BRIDE, MAYER, NORTH—23 prace].

34) CARL. PRAUSNITZ. Zur Natur des Heufiebers und seines specifischen Gegengiftes. Berl. kl. Woch. N. 9. 1905.

35) A. WOLF. Ueber das Heufieber und über die beabsichtige Sammelforschung über die Wirksamkeit des Heufiebers. Berl. klin. Woch. N. 20. 1905.

36) Internationales Zentralblatt für Laryngologie i t. d. 1905 [KUTNER, GLOG, DUNBAR, HIRSBERG, BRADDON KYLE, BOWMAN — 6 prac].

37) Prof. A. DENKER. Zur Behandlung des Heufiebers. Münchn. med. Wochenschrift. N. 19. 1905.

STRESZCZENIA ZBIOROWE



O nagminnem zapaleniu opon mózgowo-rdzeniowych

(Meningitis cerebro-spinalis epidemica),

czyli o t. zw. drętwy karku.

Zebrał

dr Tadeusz Wretowski.

Zdaniem KIRCHNER'a (1) cierpienie to niesłusznie nosi miano epidemicznego, gdyż w większości przypadków występuje sporadycznie i spotyka się względnie rzadko. Trzeba przytem zauważyć, że często przy rozpoznaniu drętwy karku zachodzą pomyłki, gdyż w wielu przypadkach drętwy późniejsze badanie wykazało istnienie gruźliczego zapalenia opon mózgowo - rdzeniowych, które, zdaniem autora, daleko więcej jest rozpowszechnione niż sądzono, lub cierpienia opon, przylączające się do influency, zapalenia płuc, lub ropnych zapaleń uszu. Ta pochoćność do błędnych rozpoznai odbija się nie tylko na statystyce, lecz nawet w pismach niespecyalnych, budząc zbyteczne obawy. Według danych statystycznych, w Prusach corocznie przypadało 120 do 140 przypadków drętwy karku, ze śmiertelnością około 50%.

Czasem jednak zdarzają się epidemie drętwy karku, jak np. w Prusach, w regencyi Oppeln w roku 1886—87 i 1895—96. Tegoroczna epidemia siłą natężenia i liczbą zachorowań o wiele przewyższyła dawniejsze. Gdy bowiem w latach 1895, 1896 i 1897 ogółem w regencyi Oppeln naliczono nie więcej, nad 297 zasłabnięć, a w tem 123 śmiertelnych, co wynosi 41,4%, to w r. b. przez 3 miesiące zanotowano zasłabnięć oraz zejść śmiertelnych 7 razy więcej. Epidemia przytem przybrała daleko większe rozmiary, gdyż objęła nie tylko Prusy, lecz i przylegające do nich Królestwo, Galicyę, oraz Śląsk austriacki. W Galicyi od 3-go stycznia do 8-go kwietnia w 78-u gminach zachorowało 437 osób, zmarło 188, na Śląsku austriackim w 24-ch gminach do końca marca zachorowało 64 osób, zmarło 21. W regencyi Oppeln do 7-go maja naliczono 1955 przypadków drętwy karku, a w tem 1002 zakończonych śmiercią. Poza tem w całym państwie Pruskim zanotowano tylko 122 przypadki, z których 62 zakończyły się śmiercią.

Obecna epidemia nasamprzód ukazała się w obwodzie regencyjnym Tarnowieckim w listopadzie roku przeszłego. Z początku zasłabnięć spotykano cokolika dni. W styczniu drętwa karku zaczęła się rozszerzać, w lutym przybrała znacznie większe rozmiary, w marcu powiększyła się jeszcze więcej, w kwietniu i w maju zatrzymała się na tejże wysokości. Choroba zogniskowała się w miastach: Huta Królewska, Beuten, Katowice, Zabrze, Pless, Rybnik, Tarnowice, oraz w ich okęgach.

Przyczyna, dla czego zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych tak rozpowszechniło się na Górnym Śląsku, tkwi, według KIRCHNER'a, w tem, że ludność tam jest

nadzwyczaj liczna, a mając ułatwioną komunikację, zazwyczaj gdzieindziej mieszka i gdzieindziej pracuje; zmieniając co chwila miejsce pobytu, ułatwia przenoszenie zarazy. Tak np. nieraz zauważono, że w 3 — 4 dni po przyjeździe robotnika z zarażonej miejscowości do swej rodzinnej wioski, dzieci jego lub sąsiadów zapadały na drętvicę karku. Ten sam wpływ na rozwój epidemii wywierają ożywione stosunki handlowe między fabrykami, hutami, oraz całymi miasteczkami i t. p.

Autor zaznacza, że epidemia tegoroczna względnie powoli rozszerza się i jest nieznaczna w stosunku do wielkiej liczby ludności w nawiedzonych okręgach, dalej, że jest chorobą bez porównania mniej zakaźną, niż tyfus, cholera, dyzenterya. Tak np., podczas epidemii tyfusu na Górnym Śląsku zapadało na dur 1,5% ludności, tymczasem na drętvicę karku zapada zaledwie 0,05%.

Co się tyczy wieku, to najwięcej na zapalenie opon mózgowo - rdzeniowych zapadają dzieci. Dr FLATTEN z Oppeln podaje następujące ciekawe dane liczbowe. Z 2037 przypadków drętwy karku, co do których wiek był ściśle ustanowiony, w pierwszym roku zachorowało 157 dzieci, między 1 i 2 r. — 231, między 2 i 3 r. — 212, między 3 i 4 r. — 217, między 4 i 5 r. — 171, a więc w pierwszych pięciu latach 988 dzieci t. j. 48,5%. Dalej między 5 i 6 r. — 150, między 6 i 7 r. — 151, między 7 i 8 r. — 122, między 8 i 9 r. — 97, między 9 i 10 r. — 94, a więc w drugim pięcioleciu 614 dzieci, czyli 31%. Zsumowawszy odsetki razem, otrzymamy, że w pierwszym dziesięcioleciu umiera 79,6% dzieci. Doliczywszy do tego 10,9% zasłabnięć, w wieku lat 10 — 15, otrzymamy 90,5%, czyli na dorosłych pozostaje tylko 9,5%.

GRAWITZ (2), przyłączając się w zasadzie do poglądów KIRCHNER'a, co do zbytnej pochopności dyagnozowania nagminnej drętwy karku, idzie dalej jeszcze, gdyż kwestyonuje urzędowe dane statystyczne i tak już niewielkie i proponuje z nazwy choroby wykreślić słowo „nagminne“. Cierpienie to w stosunku do lekarzy i personelu szpitalnego jest nadzwyczaj mało zakaźne, to też contagijność, o której wspomina KIRCHNER, musi być np. dla Górnego Śląska uwarunkowana specjalnymi przyczynami. Nawet ciasne i ciemne mieszkania oraz zadymione powietrze, usposabiające do różnych cierpień szczególnie górny odcinek dróg oddechowych, nie może decydująco wpływać na rozwój drętwy karku, gdyż w innych regencyach Prus, znajdujących się w podobnych warunkach ekonomicznych i higienicznych nie spotykamy się z epidemiami drętwy karku. Co się tyczy gardzieli i pobocznych jam, a specjalnie migdałów, to badania JANSSEN'a, przeprowadzone z inicjatywy GRAWITZ'a nad chorymi na drętvicę karku w tym roku w Charlottenburgu, wykazały, że były one zupełnie nie zajęte podczas choroby, co stoi w zupełnej sprzeczności z tem, co opisał WESTENHOEFFER [patrz niżej].

Na poparcie swoich wywodów, GRAWITZ przytacza dane ze szpitala w Charlottenburgu. W przeciągu paru tygodni było przysłanych 17-u chorych z dyagnozą i objawami drętwy karku. Po bliższem zbadaniu okazało się: w 3-ch przypadkach—intoksykacja żołądkowo-kiszkowa z objawami podrażnienia mózgowego, w 4-ch przypadkach — cierpienia opon wtórne, na rozmaitem tle; w 7-u przypadkach—zapalenie opon mózgowych gruźlicze, i tylko w pozostałych 3-ch rzeczywiście sporadyczna drętwa karku. Przy badaniu płynu, otrzymanego zapomocą punkcji lędźwiowej, w 2-ch z tych przypadków znaleziono *diplococcum Weichselbaumi*, w trzecim—oddzielne łańcuszkowce. Fakt ten, że na 17 podejrzanych przypadków okazały się tylko 3 prawdziwej sporadycznej drętwy karku, wskazuje wymownie, jak dokładnie i starannie trzeba badać chorych, nim się postawi rozpoznanie nagminnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych.

KIRCHNER zastanawia się nad pytaniem, czy drętwnica karku należy już do rzędu tych chorób, których czynnik wywołujący jest nam dokładnie znany. Przeglądając literaturę, sądziłoby można, że tak. Badania w tym przedmiocie są już prowadzone od szeregu lat. Otóż w ropnych komórkach płynu mózgowo-rdzeniowego (*liquor cerebro-spinalis*) oraz w śluzie z nosa i gardzieli chorych na drętwnicę karku znajdowano bardzo często ziarniniaki, mające właściwości charakterystyczne. Ziarniniaki te znajdują się najczęściej w formie dwoinek, przypominają gonokoki, gdyż tak samo znajdują się wewnątrz komórek, odbarwiają się według GRAM'a, trudno rosną na sztucznych podłożach, a szczepienia prawie zupełnie nie udają się. WEICHELBAUM opisał je pierwszy i nazwał: „*diplococcus intracellularis meningitidis*”; później opisał je JAEGER.

Prof. LINGELSHIM prowadzi obecnie razem ze swymi asystentami w instytucie higienicznym w Beuthen szczegółowe studia w tej kwestyi. Starano się odpowiedzieć na pytania, w ilu przypadkach drętwnicy karku znajdujemy dwoinki WEICHELBAUM'a, czy znajdujemy je u zdrowych osobników, oraz, czy znajdujemy je u chorych w dostatecznej ilości, aby były w stanie wywołać obraz chorobowy. Odpowiedzi stanowczej na te pytania jeszcze nie mamy. Prof. LINGELSHIM dotychczas otrzymał następujące rezultaty.

Płyn, otrzymany przy przekłuciu lędźwiowem, badał u 243-ch chorych i znalazł w nim *diplococcus Weichselbaumi* 138 razy, co się równa 56,8%. W czystej kulturze, jako jedyny mikroorganizm, znalazł dwoinkę 76 razy. Poza tem w pewnym rzędzie przypadków znalazł inne bakterye, a mianowicie, były to gronkowce lub dwoinki nie odbarwiające się według GRAM'a (*Grampositiver Diplococcus*). Badał 139 trupów i znalazł meningokoka w czystej kulturze 68 razy, co stanowi 49,5%. Próby z krwią na aglutynację przerabiał 420 razy i dodatni wynik otrzymał w 55,2%. Wydzielinę z nosa i gardzieli badał u 635-u chorych i znalazł dwoinkę WEICHELBAUM'a 146 razy, co się równa 23%. Poza tem badał u 213-u zdrowych wydzielinę z nosa i gardzieli i znalazł dwoinki W. 26 razy = 9%. Te 26 osób, u których były znalezione dwoinki WEICHELBAUM'a, pozostawały w blizkiej styczności z chorymi.

Z wyżej przytoczonych cyfr widać, że jakkolwiek w drętwnicy karku bardzo często spotykamy dwoinki WEICHELBAUM'a, to jednak nie znajdujemy ich stale [np. w płynie mózgowo-rdzeniowym], co według KIRCHNER'a, niczego nie dowodzi, gdyż te same zjawiska spotykamy i w innych cierpieniach. Tak np. w płynie przy zapaleniu opłucnej gruźliczem prawie nigdy nie znajdujemy laseczników KOCH'a.

Meningokoki są wogóle nietrwałe, i bardzo szybko giną. LINGELSHIM podczas swych badań miał najwięcej dodatnich wyników w pierwszych dniach choroby; po 5, 6, 7 dniach ilość ich szybko się zmniejszała. Dezynfekcyja łatwo niszczy dwoinki WEICHELBAUM'a. Wystarczają słabe rozczynty formaliny lub kwas karbolowy w stosunku 1 : 800. W czystej kulturze dwoinki też w przeciągu paru dni zamierają. Z tego jasno wypływa, że dzieci, jako mniej odporne na przyjęcie wszelkiego rodzaju infekcyi, łatwiej zapadają na drętwnicę karku niż ludzie dojrzały. Cierpienie rozprzestrzenia się wolno i nie silnie, trzeba całych tygodni i miesięcy, aby objęło nowy okrąg, co również nie stoi w sprzeczności z wspomnianą słabą żywotnością dwoinki. Proces zarażenia postępuje, jak przypuszcza KIRCHNER, w ten sam sposób jak w suchotach, influency, zapaleniu płuc. Człowiek zaraża się, oddychając powietrzem, w którym znajdują się rozpylone w drobniutkich cząstkach śluzu dwoinki WEICHELBAUM'a. Z górnego odcinka dróg oddechowych, a przede wszystkim z nosa, dostają się one do mózgu. Autor jednak nie wyklucza możliwości, czy przy dalszem szczegółowem badaniu krwi nie znajdzie się inny mikroorganizm, który objaśni wszystkie objawy choroby jeszcze lepiej.

Co się tyczy dyagnozy drętwy karku, to najtrudniej odróżnić jest ją od grzłliczego zapalenia opon, szczególnie gdy ono występuje w postaci bardzo ostrej, t. zw. piorunującej— „foudroyant”. W takich razach dużą pomoc przynosi przekłucie lędźwiowe, gdyż, znalazłszy w wypuszczonej cieczy dwoinki WEICHSELBAUM’a, możemy, według GRAWITZ’a, śmiało postawić rozpoznanie drętwy karku; jeżeli zaś mamy do czynienia z grzłliczem zapaleniem opon mózgowo-rdzeniowych, to nadzwyczaj rzadko możemy znaleźć laseczki KOCH’a, najczęściej zaś ich nie znajdujemy. Ważnem bardzo jest, według GRAWITZ’a, drobnowidzowe badanie płynu mózgowo-rdzeniowego. U chorych na drętwe karku znajdujemy wtedy zwyczajne wielojądrowe ciała ropne, gdy tymczasem u chorych na grzłlicze zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych znajdujemy przeważnie limfocyty. Dalej, badanie krwi [GRAWITZ] przy drętwy karku nie wykazuje we krwi zwiększonej liczby leukocytów, gdy tymczasem w przebiegu *meningitidis tuberculosae* występuje dosyć silna leukocytoza i, co ciekawsze, że z większą liczbą komórek wielojądrowych, w przeciwstawieniu do zwiększonej liczby limfocytów w wysięku z kanału kręgosłupa.

Co trzeba czynić w walce z epidemią z punktu widzenia sanitarno-policyjnego? Według KIRCHNER’a wymagalne są: izolacja chorych, ściśła dezynfekcja oraz ściśle określone zasady co do postępowania z ciałami umarłych [WESTENHOEFFER zaleca je grzebać już po 24-ch godzinach]. Ścisłe wypełnienie tych trzech warunków spowodowało, że tegoroczna epidemia drętwy karku w regencyi Oppeln nie przybrała większych rozmiarów.

Co się tyczy leczenia, to, według KIRCHNER’a, można osiągnąć pewne dodatnie wyniki zapomocą gorących kąpeli i przekłucia lędźwiowego. Trzeba wypuszczać jednak tylko niewielkie ilości płynu ¹⁾ i przytem powoli; punkcję można powtórzyć kilka razy. WESTENHOEFFER proponuje w cięższych przypadkach zamiast przekłucia lędźwiowego dłuższy czas trwające drenowanie *cavum cranii*. W jednym przypadku, gdzie ten zabieg był zastosowany, otrzymano dobre wyniki. W celu zwiększenia wydzielania moczu (*diuresis*), GRAWITZ radzi podawać chorym płyny, oraz robić codziennie przez szereg dni ławatywy z fizyologicznego roztworu soli kuchennej. Jako środki profilaktyczne KIRCHNER zaleca dla chorych i otoczenia częste płukanie ust i gardła ²⁾, oraz strzedz się, aby chorzy nie kichali lub kaszlali w stronę otaczających osób i spluwali do odpowiednio przygotowanych naczyń.

Odsetka umierających na zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych jest jeszcze bardzo duża. Dla tegorocznej epidemii w Prusach = 51,7%. Bywały jednak dawniej epidemie, w których odsetka podnosiła się do 80%. Często też występują rozmaite powikłania i następce cierpienia. Na sekcji pośmiertnej widzimy, że sprawa chorobowa umiejscawia się w okolicy skrzyżowania nerwów wzrokowych; mogą cierpieć nerwy wzrokowe, węchowe oraz inne nerwy mózgowe, czem się tłumaczy, że choroba może wywołać ślepotę, głuchotę lub długotrwałe porażenie w sferze innych nerwów czuciowych lub ruchowych.

Nad anatomią patologiczną epidemicznego cierpienia opon mózgowo-rdzeniowych oraz wykryciem dróg, którędy przenika zarazek, pracował spe-

¹⁾ Jednorazowo nie więcej, jak 50 k. c.

²⁾ Zalecane są też, szczególnie dla otoczenia, inhalacje lub ostrożne przepłukiwanie nosa lekkimi środkami dezynfekcyjnymi i ściągającymi, w rodzaju roztworu mentolu z tymolem.

cyalnie podczas tegorocznej epidemii WESTENHOEFFER (3). Zrobił on 29 sekcji na zmarłych na drętvicę karku. W tej liczbie było 22 dzieci niżej 15 lat i 7 osób dorosłych między 18—44 rokiem życia. We wszystkich przypadkach WESTENHOEFFER znalazł przestrzeń nosogardzielową całą wypełnioną szklistym śluzem, ciągnącym się, z małą przymieszką ropy. Po usunięciu śluzu wystawały w gardzieli silnie opuchnięte i zaczerwienione migdały. Opuchnięcie to i zaczerwienienie we wszystkich przypadkach obejmowało tylną ścianę gardzieli; przedni odcinek nosa był zwykle bez zmian. Często również znajdował zaczerwienione i opuchnięte podniebienie miękkie i łuki. Najczęściej było zajęte jednocześnie i ucho środkowe z jednej lub obu stron. W jamie bębenkowej znajdowano czasem śluzową masę, lecz częściej na dnie jamy ropy, a na niej pokład mętnej masy śluzu. Błona śluzowa jamy bębenkowej była mniej lub więcej zaczerwieniona i obrzękła. Na zasadzie powyżej przytoczonych danych WESTENHOEFFER wywnioskował, że sprawca cierpienia przedostaje się do organizmu przez tylną jamę nosogardzielową, zwłaszcza za pośrednictwem migdałów, to jest, mówiąc ogólniej, atakuje naprzód tkankę limfatyczną (1).

Badając najszczegółowiej kości czaszki, W. nigdzie nie znalazł ani kropelki ropy, ale zato w świeżych przypadkach tylko co zaczynającego się cierpienia widział nieraz zmiany chorobowe około przysadki mózgowej (*hypophysis*) (2), mianowicie na skrzyżowaniu nerwów wzrokowych, zaraz nad siodłem tureckim (*sella turcica*). Ta okoliczność pozwala mu sądzić, że zarazek dostaje się do *pia mater* przez komórki kości klinowej lub wzdłuż dróg naczyń, które prowadzą z jamy nosogardzielowej do siodła tureckiego, albo też wzdłuż *art. carotis interna*.

Za tem, że cierpienie zaczyna się od *hypophysis*, przemawia poza danymi anatomicznymi zez, który u dzieci występuje już w pierwszych godzinach choroby.

Przytem zapalenie opon mózgowych, jako oznaka cierpienia *cavum cranii*, jest analogiczne do chorób śluzówki bocznych jam tylnej przestrzeni nosogardzielowej (3). Dalej badania wykazały, że zapalenie opon mózgowych nigdy nie powstaje, lub chyba wyjątkowo, przez przeniesienie się cierpienia z kości sitowej, a więc z okolicy *bulbus olfactorius* (4).

Zmiany anatomiczne, spowodowane zapaleniem epidemicznym opon mózgowo-rdzeniowych, w przeciwieństwie do gruźliczego nie umiejscawiają się w mózgu w dole SYLWIUSZA. Przemawia to, zdaniem W., na korzyść limfogenego, a nie haematogenego powstawania zapalenia. Dalej WESTENHOEFFER, badając opony mózgowe, miał wrażenie, że zarazek dostaje się do *pia mater*, wywołuje kolosalne zatrzymanie limfy, a potem zapalenie; miejsce zajęte pozostaje przez jakiś czas nacieczone, po pewnym przeciągu czasu naraz, niewiadomo z jakiej przyczyny, cały wysięk gęstnieje i staje się tak twardym, że można go krajać nożem; nie wypływa już stamtąd ani jedna kropla, z wyjątkiem dużych naczyń, wzdłuż których zostaje się trochę względnie przezroczystego płynu.

O zmianach w innych narządach wewnętrznych, znajdowanych na sekcji, wystarczy zaznaczyć, że są podobne do zwykle spotykanych w ostrem zakażeniu.

Drętlica karku jest specjalnie chorobą dzieci (5). Cierpiące na drętvicę karku dzieci, oraz dorośli noszą wyraźne oznaki tak zwanej konstytucji limfatycznej (6). WESTENHOEFFER znajdował stale

powiększone mniej lub więcej wszystkie gruczoły; dalej większość dzieci miała uderzająco dużą grasicę (*thymus*).

Co do zarazka powodującego drętvicę karku, to, na zasadzie własnych badań bakteriologicznych, prowadzonych podczas tegorocznej epidemii, WERTENHOEFFER przyszedł do nieco odmiennych wniosków, niż KIRCHNER i GRAWITZ. Według niego, dwoinka WEICHSELBAUM'a-JAEGER'a wprawdzie była znajdowana w większości przypadków, ale nie ma pewnych dowodów, że ona jest jedyną sprawczynią cierpienia. Fakt, że jednocześnie lub zupełnie osobno były znajdowane inne ziarniniaki, nie wyklucza możliwości, że wszystkie bakterie grają tylko drugorzędną rolę, a właściwy zarazek jest jeszcze nieznanym (7). Tutaj rzuca się w oczy podobieństwo z zakażeniem streptokokowym w szkarlatynie.

WERTENHOEFFER zgadza się z KIRCHNER'em, GRAWITZ'em i in., że drętewica karku powstaje drogą inhalacji (8). Próbuje nawet tłómaczyć spostrzeżenie KIRCHNER'a, że dzieci w szkole nie zarażają się. Mianowicie dzieci nie odpluwają flegmy, tylko ją polykają, z tego też powodu zarazki, znajdujące się w niej nie wydostają się na zewnątrz; gdy tymczasem dorośli, plując gdzie się zdarzy, roznoszą epidemię. Z tego też względu nie zmiernie ważną jest kwestya higieny mieszkań (9). Dopiero gdy ta kwestya, łącznie z poprzednimi żadaniami KIRCHNER'a, pomyślnie załatwioną zostanie, można mieć będzie nadzieję, że drętewica karku, jako choroba nagminna, więcej się nie powtórzy.

Pytanie, czy *micrococcus meningitidis cerebro-spinalis* znajduje się nie tylko w cierpiących błonach mózgu i rdzenia, lecz i w innych produktach chorobowych, oraz w organizmie ludzi zdrowych ma wielkie znaczenie nie tylko teoretyczne, ale i epidemiologiczne. Przeglądając odpowiednią literaturę, znajdujemy na ten temat masę publikacji. Badano bakteriologicznie krew, płwocinę, kiszki, nerki, urynę, wszelkie organy zajęte rozmaitemi cierpieniami, występującymi jako komplikacye drętwy karku, nakoniec śluz z nosa i płwocinę osób zdrowych. Jedni autorzy znajdowali *micrococcum*, inni łańcuszkowce, gronkowce, wszystkie ziarniniaki jednocześnie, lub nie znajdowali żadnych. WEICHSELBAUM i GHON są zdania, że większa część tych prac jest nie ścisła lub nie wytrzymuje krytyki, inne nie są znów sprawdzone. Postanowili więc w tym roku, korzystając z epidemii, przeprowadzić ścisłe i wszechstronne badania w interesującej nas kwestyi.

Zbadane przez nich zostały: 1) przypadek świeżego zapalenia wsierdza, jako komplikacji drętwy karku, 2) jama nosowa u 19-u chorych, 3) wydzielina z nosa u 16-u osób zdrowych. WEICHSELBAUM i GHON pierwsi znaleźli w przebiegu drętwy karku powikłanie zapaleniem wsierdza, które zostało wywołane przez meningokoki. To zapalenie wsierdza w tym przypadku wskazuje na możliwość przejścia dwoinki do krwiobieg; a dotychczas mało mamy pewnych danych na to, że dwoinki znajdują się we krwi. Tutat należy spostrzeżenie BETTENCOURT'a i FRANÇA, którzy 3 razy znaleźli dwoinki we krwi serca, lecz tylko za pośrednictwem badania drobnowidzowego. OSLER i inni autorowie znajdowali dwoinki między innymi i w urynie, fakt, który o ile zostanie potwierdzony, będzie musiał być wzięty pod uwagę w walce z epidemią.

Co się tyczy obecności dwoinki przy innych komplikacyach drętwy karku, a przedewszystkiem przy katarach nosa, to w 18 u przypadkach z 19-u znaleziono ziarniniaki, które morfologicznie i przy barwieniu zachowywały się

jak dwoinki. Hodowli autorowie otrzymali nie wiele z powodu różnych przyczyn od nich nie zależnych. Jednak w tych przypadkach, w których hodowle udały się, dwoinki były zupełnie podobne do większości dwoinek w reszcie przypadków, gdzie nie robiono hodowli.

Co się tyczy obecności dwoinki u zdrowych, to badania prowadzone były nad osobnikami, które pozostały w bezpośredniej styczności z chorymi. U 3-ch zdrowych osób z 24 ch, znaleziono w wydzielinie dwoinki; w innych przypadkach znajdowano ziarniniaki, przypominające dwoinki. A więc musimy liczyć się z faktem, że i u osób zupełnie zdrowych znaleźć można meningokoki w wydzielinie z nosa lub gardzieli, pomimo, że te ostatnie nie są wcale w stanie zapalnym. Ze względu na tą swoją właściwość dwoinki przypominają inne bakterie chorobotwórcze, jak bakterie dyfterytu, influency, zapalenia płuc i t. p. Trzeba tylko odpowiednich warunków, aby dwoinki, podobnie do tamtych, wywoływały cierpienie. Stąd też zrozumiałem się staje, że drętewica karku może być przeniesiona przez osobniki, cierpiące tylko na katar nosa, u których, dajmy na to, w wydzielinie z nosa znajdując się dwoinki.

Zarówno, jak i w większości cierpienie mózgu, tak samo i w drętewicy karku spotykamy się z szeregiem symptomatów ocznych, tak ruchowych, jak i czuciowych. Naturalnie z góry trzeba wykluczyć cierpienia, wywołane tem, że chorzy po całych dniach nie zamykają lub nie otwierają oczu, gdyż przy pewnej uwadze i zachowaniu czystości oraz stosowaniu odpowiednich obmywań można je szybko usunąć, lub do nich nie dopuścić.

Co się tyczy objawów ze strony aparatu czuciowego, to spotykano krwawienia w siatkówce, co do których rokowanie, o ile zdarzały się w tylnej części gałki ocznej, jest bardzo poważne. Częściej bywał zaatakowany nerw wzrokowy, a najczęściej można było spotkać jednostronną *neuritis optica intra-ocularis*. Do rozwinięcia się tarczy zastoinowej prawie nigdy nie dochodzi. Zato spotykamy się często ze ślepotą pod postacią amaurozy bazalnej lub ambliopii. Daleko rzadziej zdarzają się korowe zaburzenia wzrokowe.

Zdarzają się też przypadki, w których mamy do czynienia z sprawami przerzutowymi. Przerzuty umiejscawiają się na *iris* lub częściej na *uvea* i siatkówce. Częściej bywają jedno-, niż dwustronne.

Bardzo charakterystyczne są też zmętnienia substancji szklistej, które pozwalają wnioskować o znacznym współudziale w tej sprawie *corpus ciliaris*, albo siatkówki. Te sprawy kończą się zazwyczaj sformowaniem się pseudogliomatu lub amaurotycznego kociego oka: spotyka się też zanik gałki ocznej.

Spotykamy się na koniec z porażeniami mięśni ocznych, paraliżami nerwów ruchowych zdarzają się parezy *n. abducentis*, częściej jednostronne, dalej *vez, nystagmus*. HEINE zwraca też uwagę na rzadko spotykany objaw mrukania (*Lidschlag*) w początku cierpienia.

W końcu artykułu autor zamieszcza tablicę, w której przytacza własne spostrzeżenia. Otóż na 100 chorych na drętewicę karku, spotkał się u 20-u z cierpieniami oczu, które dały najmniej 30 objawów chorobowych ocznych. Z tej liczby 15 odnosiło się do aparatu ruchowego, 10 do dróg wzrokowych i 5 do wnętrza oka.

Autor uważa, że twierdzenie większości, iż drętewicę karku wywołuje dwoinka WEICHELBAUM'a-JÄGER'a, nie jest jeszcze ustalone, gdyż w wielu zupełnie pewnych przypadkach znajdowano zamiast dwoinki inne ziarniniaki,

jak pneumokoki, gronkowce lub łańcuszkowce, albo też wszystkie jednocześnie. Na dowód przytacza 7 przypadków własnych, co do których przeprowadzone były ściśle badania bakteriologiczne. Dalej DRIGALSKI pierwszy, jak przypuszcza, badał podczas przebiegu zapalenia opon mózgowych bakteriologicznie wyprysk (*herpes*) na twarzy. Po szeregu prób udało mu się otrzymać czyste hodowle dwoinek WEICHELBAUM'a. On też znajdował w typowej płwocinie pneumonicznej poza *diplococcus pneumoniae* i meningokoki. W końcu artykułu autor jeszcze zwraca uwagę, że, analogicznie do innych ciężkich cierpień zakaźnych, i w drętwy karku spotykamy się z formami poronnymi, z czem lekarz praktyk powinien się liczyć.

L I T E R A T U R A.

- 1) Prof. dr M. KIRCHNER: „O obecnej drętwy karku i jej zwalczaniu”. Berl. klin. Woch. N. 23 i 24. 1905.
- 2) Prof. GRAWITZ: „Uwagi nad tegorocznymi przypadkami drętwy karku”. Berliner klin. Woch. N. 24. 1905.
- 3) Doc. dr WESTENHOEFFER: „Anatomia patologiczna i sposób przedostawania się infekcyi w drętwy karku”. Berl. klin. Woch. N. 24. 1905.
- 4) Prof. A. WEICHELBAUM i prof. A. GHON. *Micrococcus meningitidis cerebro-spinalis*, jako sprawa zapalenia wsierdza oraz jego obecność w jamie nosowej u zdrowych i chorych. Berl. klin. Woch. N. 24. 1905.
- 5) HEINE. O zaburzeniach ocznych w przebiegu drętwy karku. Berl. klin. Woch. N. 25. 1905.
- 6) DRIGALSKI. Uwagi nad drętwą karku. Deutsche med. Woch. N. 25. 1905.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

83. C. Daniel. Krwawienie w dużych torbielach jajnikowych bez skręcenia szypuły.

Torbiele z zawartością krwawą spostrzegamy w 2-eh różnych przypadkach: 1) krwawienie jest wtórnym objawem wskutek jakichbądź powikłań w zwykłych torbielach jajnikowych, 2)—co bywa rzadziej—wylanie się krwi jest pierwotnem zjawiskiem i zwiększa się w miarę powiększania się torbieli.

Rozróżniamy te dwa gatunki torbieli na zasadzie badań anatomo - patologicznych, gdyż z klinicznego punktu widzenia rozróżnianie zazwyczaj jest niemożliwe.

Wiek chorej nie ma wielkiego wpływu. Większość przypadków, zebranych przez autora, przypada na okres między 25 a 45-ym rokiem życia.

Krwawienie może powstać wskutek dobrowolnego pęknięcia torbieli po uprzednim zwyrodnieniu lub ścięczeniu ścian torbieli. W tym razie wylew może nastąpić do wnętrza torbieli, do otrzewnej, albo też jednocześnie tu i tam. Dalej krwawienie powstać może wskutek urazu; do rzędu tych przyczyn zaliczyć należy przekłucia próbne, lub opróżniające, które dają krwa-

wienia wskutek uszkodzenia naczynia w ścianie torbieli, lub w wyrostach wewnątrztorbielowych, albo też wywołują krwawienie *ex vacuo*. Nakoniec przyczyną krwawień mogą być zmiany zapalne w ścianie torbieli, lub gdy ta uległa zwyrodnieniu nowotworowemu.

Dodać należy, że wszyscy akuszerzy jednogłośnie przyznają, iż zarówno ciąża, jak i poród wywierają wielki wpływ na krwawienia w torbielach. Podczas ciąży wobec przekrwawienia w narządach płciowych wogóle łatwo powstać może wynaczynienie w torbieli, podczas porodu zaś krwawienie może być wywołane uciskiem, jaki wywierają mięśnie tłoczni brzusznej i skurczona macica.

Patogeneza torbieli z pierwotnem krwawieniem jest dość złożona. W tych przypadkach krew wylewa się do jamy, nie mającej dotąd żadnej zawartości.

Krwawienie i torbiel stanowią poniekąd jedną łączność anatomiczną i rozwijają się jednocześnie. Guzy te tworzą się wskutek wylewu krwi do pęcherzyka GRAAF'a lub wyjątkowo do ciała żółtego. W dalszym ciągu guz powiększa się wskutek tego, że powstające małe komory otwierają się stopniowo do jednej ogólnej. Według BOEKI'a, powiększanie się torbieli w niektórych przypadkach ma związek z miesiączką.

Torbiele z krwawieniem pierwotnem bywają zazwyczaj wielokomorowe, małej lub średniej wielkości. Mogą być jedno lub obustronne.

Otoczka torbieli o budowie włóknistej, elastyczna; grubość tejże otoczki pozostaje w odwrotnym stosunku do wielkości torbieli. Zawartość bywa zawsze jednakowa, czarna, gęsta — jak smoła. Badanie drobnovidzowe wykazuje zazwyczaj na wewnętrznej powierzchni resztki nabłonka pęcherzykowego.

Co się tyczy krwawienia wtórnego, to zdarza się najczęściej w torbielach ze zwyrodnieniem śluzowotem, rzadziej w torbielach bujących i bardzo rzadko w skórzastych. Objawy przy krwawieniach wewnątrztorbielowych powstają zależnie od obfitości wylewu krwi. Czasami bywają bóle w brzuchu i wymioty, jak przy zapaleniu otrzewnej. Przy obfitych zaś krwawieniach będziemy mieli wszystkie objawy krwotoku wewnętrznego. W niektórych przypadkach dochodzi do zropienia, którego przyczyną bywa zapalenie w sąsiednich narządach lub też ogólne zakażenie. Na 17 przypadków, zebranych przez autora, zropienie zdarzyło się raz jeden.

Rokowanie również zależy od obfitości krwi, lub wskutek powtarzania się krwawienia. Przy wylaniu się krwi do otrzewnej śmierć może nastąpić wskutek wstrząsu. Prócz tego torbiele z zawartością krwawą mogą wywołać niebezpieczeństwo wskutek zrostów z otaczającymi narządami, jak również wskutek zropienia. Torbiele z niewielką ilością krwi zazwyczaj nie bywają rozpoznane przed otwarciem jamy brzusznej. Przy obfitych krwotokach rozpoznanie również bywa trudne. Jeżeli u kobiety, z rozpoznaną uprzednio torbielą jajnika, lecz dotąd czującej się dobrze, nagle występują objawy ostrej niedokrwistości, należy zawsze pamiętać o krwotoku w torbieli.

Samo się przez się rozumie, że po rozpoznaniu torbielowego krwawienia wskazane jest jedynie postępowanie chirurgiczne. Ciąża nie jest przeciwwskazaniem. W końcu artykułu autor przytacza 18 zebranych przez siebie przypadków krwawienia w torbielach.

(*Revue de Gynécol. et. de Chir. abdom. 1905. N. 1*).

Bronisław Szybowski.

84. Hoffmann. Znaczenie nowszych prób szczepienia syfilisu zwierzętom.

Wobec wielokrotnych, lecz bezowocnych prób przeniesienia syfilisu na zwierzęta, lekarze do ostatnich czasów uważali syfilis za cierpienie, właściwe

tylko człowiekowi, nie dające się zaszczepić żadnemu zwierzęciu. Zupełnego jednak przewrotu w zapatrywaniach na tę sprawę dokonali Roux i Metschnikoff, którym udało się przenieść tę chorobę na mały człekokształtny, mianowicie na szympanse.

W pierwszym swem doniesieniu uczeni podają, iż szczepili syfils dwóm szympansom z wynikiem dodatnim. Pierwszemu zaszczepili wydzielinę twardego szankra w prawą stronę *praeputii clitoridis* i w prawą brew; po 23-ch dniach inkubacji w pierwszym miejscu utworzył się pęcherzyk, który przyjął później postać typowego pierwotnego wrzodu, w 56 dni po szczepieniu wystąpiły na brzuchu, plecach i udach grudki, pokryte łuską lub też strupkami. Drugiemu szympansovi zaszczepiono wydzielinę pierwotnego wrzodu i wyskrobaną masę grudki pierwszego w dwóch rozmaitych miejscach; po 35-u dniach w każdym miejscu otrzymano wrzód pierwotny. Te dwie próby dowodzą, iż szympan jest zdolny do przyjęcia zarazki syfilitycznej, że syfils wywołuje u niego takie same, jak i u człowieka, objawy i że może być przeniesiony od jednego zwierzęcia na drugie.

W drugim swem doniesieniu Roux i Metschnikoff podają, iż szczepili syfils 12-u niższymi małpom [makaki], z których u czterech w miejscu zaszczepienia po dłużej trwającem [27 — 28 dni] wyleganiu wystąpiły erozye lub też grudki, które wkrótce znikły, nie sprowadzając później obrzmienia gruczołów lub objawów ogólnych; szczepienie wydzieliny erozyi lub grudek makaka wywołało u szympansa tylko czerwoną plamkę, a dokonana po 30-u dniach próba zaszczepienia mu syfilitycznego jadu człowieka pozostała bez wyniku, z czego badacze ci wnioskują, iż zaszczepienie szympansovi osłabionego jadu syfilitycznego makaka uodporniło go przeciw syfilitycznemu jadowi człowieka.

Również doświadczenia, przeprowadzone przez Lassar'a, doprowadziły do wniosku, iż syfils daje się zaszczepić małpom człekokształtnym, że wywołuje u nich te same, co i u człowieka objawy i że można go przenieść od jednego zwierzęcia na drugie.

We wrześniu 1904 r. ogłosił szereg ważnych doświadczeń Neisser. U makaków [7] nie otrzymał przy szczepieniu żadnych wyników lub też nacieczenia, bardzo mało charakterystyczne dla syfilisu.

Z małp człekokształtnych Neisser dokonał szczepień na 9-u szympanсах, 4 ch orangutangach i jednym gibbonie. Syfilityczny jad ludzki, zaszczepiony gibbonowi, wywołał indurację, obrzmienie gruczołów i wysypkę hiperkeratotyczną. U jednego z orangutangów po szczepieniu skórkiem wystąpiła induracja i wysypka grudkowata. Podskórne szczepienie, dokonane na dwóch orangutangach i kilku szympanсах, nie dało żadnych wyników; również bez wyniku pozostało szczepienie szympansovi i orangutangowi krwi świeżego syfilityka, pozbawionej włókienka.

Ciekawe są doświadczenia Neisser'a nad uodporniającem działaniem surowicy krwi syfilityków. W ciągu 8-u miesięcy wstrzykiwał on szympansovi w pewnych odstępach czasu surowicę krwi świeżych syfilityków [w ogólności 422 cm. sz.]. Po ostatniej iniekcji zaszczepiono szympansovi, u którego do tej pory nie zauważono żadnych objawów syfilisu, tkankę syfilityczną świeżych plaków z migdałków, wystąpiły wtedy wrzody pierwotne, obrzmienie gruczołów i wysypka grudkowata. Wstrzykiwanie więc szympansovi surowicy krwi syfilityka jest dla niego nieszkodliwe, nie okazuje jednak żadnego wpływu uodporniającego.

Co się tyczy innych zwierząt domowych lub laboratoryjnych, to do tej pory u żadnego z nich nie otrzymano przy szczepieniu wyników dodatnich. Jeden przypadek z dodatnim jakoby wynikiem ogłosił Piorkowski, który wstrzykiwał koniowi bezpośrednio do żyły szyjowej krew syfilityków z rozmaitych okresów choroby, poczem wystąpiły wykwyty, pokryte strupami. Histo-

logiczne zmiany nie były jednak zupełnie typowe dla syfilisu, a podobnego rodzaju wysypka może zależeć, jak to pokazali ARONSON, BRIEGER i UHLENHUT, od wprowadzenia w krew znacznej ilości obcego białka.

Dalsze badania syfilisu u zwierząt być może doprowadzą nas w przyszłości do szczepień ochronnych i leczenia tej choroby surowicą, tymczasem jednak nie możemy się wyrzec Hg. i J. — środków, które wywierają tak potężny wpływ na produkty syfilityczne.

(*Berlin. klin. Wochenschr.* 1905. N. 6).

J. Rosenberg.

85. A. Neisser. Próby przeniesienia syfilisu na małpy.

Próby swoje autor przeprowadził w Batawii na 53-ch małpach niższych gatunków (*macacus*, *cynocephalus*, *cercopithecus*).

Skórne szczepienie ludzkiego syfilisu było dokonane na 25-u małpach. Szczepiono im w rozmaitych miejscach skóry [brwi, *praeputium*, skóra rąk, skóra piersi i brzucha] tkankę syfilityczną wrzodu pierwotnego lub łapieży. Tylko u 2-ch makaków (*macacus rhesus*) otrzymano wyniki ujemne, u wszystkich innych wynik był dodatni, przyczem w 20 — 35 dni po szczepieniu rozwijało się mniejsze lub większe obrzmienie, zaczerwienienie, nacieczenie i łuszczenie. Zarówno typowych pierwotnych gruczołów, jak i ogólnych objawów ani razu nie spostrzegano. Skórne szczepienie pierwotnych gruczołów chłonnych było dokonane dwukrotnie na *cynocephalus* i *cercopithecus sabacus* z wynikiem dodatnim: otrzymano typowe wrzody pierwotne. Podskórne szczepienie było dokonane na 5-u makakach (*macacus rhesus*), z wynikiem ujemnym. Podskórne i wewnątrz-otrzewnowe wstrzykiwania krwi lub surowicy krwi syfilityków pozostały bez wyniku.

Skórne szczepienia syfilisu zwierzęcego dawały w większości przypadków wyniki dodatnie, przyczem autor nie spostrzegał osłabienia zarazka syfilitycznego po przejściu przez organizm zwierzęcia. METSCHNIKOFF, co prawda, komunikuje o osłabieniu zarazka syfilitycznego po przejściu przez organizm *macacus sinicus*: zarazek ten wywołał u szympansa tylko lekkie objawy miejscowe, lecz nie wystąpiły objawy ogólne. NEISSER jednak spostrzegał, iż objawy pierwotne, wywołane u szympansa przeniesieniem jadu syfilitycznego od niższych małp (*mac. rhesus*, *cynocephalus babuin*, *cercopithecus fuliginosus*), są dość silne i niczem się nie różnią od pierwotnych objawów, wywołanych przez jad syfilityczny człowieka. Sceptycznie odnosi się też autor do doniesienia MERSCHIKOFF'a o uodpornieniu osłabionym zarazkiem syfilitycznym szympansa, który jakoby dzięki temu nie reagował później na syfilis ludzki. Według NEISSER'a, nie jest to dowodem uodpornienia szympansa; być może, iż był on dotknięty lekkimi objawami syfilisu, przez co reinokulacja pozostała bez wyniku.

Rozmaite gatunki małp są w niejednakowym stopniu usposobione do przyjęcia zarazka syfilitycznego: im wyższy jest gatunek, tem usposobienie to jest większe. Syfilis szympansa jest zupełnie podobny do syfilisu człowieka, METSCHNIKOFF spostrzegał u niego cierpienie błon śluzowych, NEISSER stwierdził u szympansa i orangutanga wtórne objawy, których u niższych gatunków nie spostrzegano.

(*Deutsche medic. Wochenschr.* 1905. N. 19).

J. Rosenberg.

WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE.

32. Edgar Gans. O balneologiczno - dyetetycznym leczeniu przewlekłego rozwolnienia.

Im mniej przebiegające przewlekłe rozwolnienie ustępuje leczeniu środkami farmaceutycznymi, tem większe daje ono pole do balneologiczno - dyetetycznego leczenia. To ostatnie polega na picciu wody mineralnej, zewnętrznem stosowaniu ciepła w postaci kąpeli, tuszów, okładów, wlewań do kiszki stolcowej; na uregulowaniu ruchu i pracy umysłowej i przede wszystkim na określonej dyecie. Co do diety trzeba się kierować następującymi zasadami:

1) Zachowanie, względnie przysporzenie sił przez obfite, odpowiednio przystosowane pożywienie.

2) Co do pokarmów pierwszeństwo należy oddawać:

a) pokarmom lekko strawnym, jak białko, tłuszcz pod postacią świeżego masła, węglowodany z wyjątkiem cukru;

b) tym środkom spożywczym, które zawierając garbnik, wywierają działanie ściągające, jak np. czarne jagody, kakao żółtawe, kawa żółtawe, wino czerwone;

c) środkom, które ograniczają fermentację, jak np. sacharyna.

3) Należy natomiast unikać:

a) pokarmów ciężko strawnych; do tych należą: wszystkie tłuszcze z wyjątkiem świeżego masła; sznalec, tłuste sosy, ser, tłuste ryby, tłuste mięso, wędzone ryby, wędzone mięso, kiełbasa;

b) wszystkich środków, wzmagających ruchy robaczkowe kiszek, a więc płynów z wyjątkiem zawierających garbnik; soli kuchennej w większej ilości; słonych ryb, słonego mięsa; korzeni w rodzaju pieprzu, papryki; gorzycy; kwaśnej kapusty, sałaty, ogórków, kminku, grzybków, trufli i chleba razowego: kwasów organicznych, octu, surowych i gotowanych owoców z wyjątkiem czarnych jagód; wreszcie środków, wywołujących dużo gazów, a także napojów, zawierających kwas węglany, cukru.

Autor zwraca szczególną uwagę na dodatni wpływ, jaki przy przewlekłym przebiegającej bieguncie wywiera sacharyna. Stosownie do wyżej powiedzianego autor przy leczeniu cierpienia, o którym mowa, trzyma się następującego schematu:

7 — 8 g. zrana. Zaraz po wstaniu wypić 200 grm. wody karlsbadzkiej [na 2 razy z 30 minutową przerwą] przy wolnych ruchach na świeżem powietrzu.

8 — 10 g. Po upływie godziny od czasu picia wody śniadanie, składające się z gotowanego na wodzie lub mleku żółtawego kakao dra MICHAELIS'a, lub herbaty z winem czerwonym, osłodzonej sacharyną; do tego sucharki ze świeżem masłem lub nietłustą szynką.

10 — 11 g. Wlewanie do kiszki stolcowej $\frac{1}{4}$ litra wody karlsbadzkiej, którą chory powinien się starać utrzymać w przeciągu $\frac{1}{2}$ godziny.

11 — 12 g. Spokojne leżenie w łóżku; błotny okład na brzuch takiej temperatury, jaka jest choremu przyjemna.

12 — 1 g. Praca umysłowa, pisanie listów, czytanie gazet.

1 — 2 g. Obiad. Świeże ostrygi, niesolony kawior, kleiki [lub czysty rosół na kurczęciu, lub cielęcinie] z ryżem, drobną kaszką, krupą, sago, tapioką, owsianką, do tego można troszkę jarzynki i jak najmniej soli.—Szczupak, sandacz, lin, pstrąg, sztokfisz na świeżem masle.—Możdżek cielęcy.—Kurcze,

gołąb, cielęcina, kotlet barani, sarna, kuropatwa, bażant, befszytk, wszystko miękkie bez tłuszczu, bez cebuli, smażone na świeżem maśle; zielony groszek, marchewka, kasztany, kartofle w powstaci *purée*, ryż, makaron, budyn z ryżu, drobnej kaszki, tapioki bez żółtek, bez cukru, z dodatkiem białka, mąki, sacharyny, soku z czarnych jagód, kisiel z czarnych jagód z sacharyną, sucharki, wino z czarnych jagód, czerwone wino.

2 — 4 g. spoczynek poobiedni.

4 — 6 g. Podwieczorek: kakao żółdziowe, lub herbata z winem czerwonym, sucharki. Spacer.

6 — 7 g. 200 grm. wody karlsbadzkiej [jak wyżej];

7 — 8 g. Kolacya z dwóch dań lub zimna przekąska, składająca się z nietłustej szynki, pieczeni cielęcej, kurczęcia, sucharków, świeżego masła i napojów, jak zrana.

8 — 10 g. Przed udaniem się na spoczynek prysznicowskie owijania na brzuch.

Trwanie kuracyi od 4-ch do 6-u tygodni.

(*Therapeut. Monatshefte. Zesz. 4; 1905 r.*).

W. Breszel.

33. O leczeniu furunculosis i folliculitis preparatami drożdży.

Zarówno *furunculosis*, jak i *folliculitis* zostają wywołane przez drobnoustroje. Zakażenie może powstać bezpośrednio [zakażenie zewnętrzne], lub pośrednio przez naczyńia krwionośne [zakażenie wewnętrzne]. KIRCHBAUER w obydwóch wymienionych cierpieniach stosował leczenie przetworami drożdży, bądź wewnątrznie [*levurinoza* — 3 razy dziennie po łyżeczkę przed jedzeniem], czy też zewnętrznie w postaci mydła, składającego się z 2-ch części kwasu salicylowego, 7-m cz. *Sulfur. praecipitati* i 91 cz. drożdży. Wyniki, do jakich przyszedł autor, są następujące: Wewnętrzne stosowanie drożdży w *acne*, *furunculosis* i *folliculitis* przy zakażeniu wewnętrznym daje dobre wyniki; natomiast przy zakażeniu zewnętrznym takie stosowanie drożdży nie osiąga celu i w tych razach racjonalniej stosować drożdże zewnętrznie, najlepiej w postaci wyżej wzmiankowanego mydła [mydło takie przygotowuje fabryka GEORGE HEYER w Hamburgu p. n. „Hefeseife“]. Podwójne [zarówno wewnętrzne, jak i zewnętrzne] stosowanie drożdży wskazane jest wówczas, kiedy albo etiologia danego przypadku nie jest jasną, albo kiedy zakażenie pierwotnie zewnętrzne drogą naczyń limfatycznych dostanie się do krwiobiegu.

(*Deutsch. med. Woch. 1905. N. 18*).

W. Breszel.

WARSZAWSKIE TOWARZYSTWO LEKARSKIE.

Sprawozdanie z X-go posiedzenia Sekcyi Ginekologicznej z d. 30.III. 1905 r.

1) LEŚNIEWSKI przedstawił macicę, dotkniętą rakiem części pochwowej i wyciętą od strony brzucha sposobem JONESCO.

2) J. JAWORSKI przedstawił drobnowidzowy preparat z pierścieniowatego wynicowania wraz z wypadnięciem cewki moczowej.

3) Tenże przedstawił dwie szpryce: pomysłu prof. FRITSCH'a i przez siebie zbudowaną do wprowadzania maści do wnętrza jamy macicy.

4) F. NEUGEBAUER przedstawił:

a) pacjentkę 20-letnią, od czterech lat bezdzietnie zamężną, z *hypertrophia idiopathica mammarum*; prawa sutka waży prawie 6 funtów, lewa 4 funty;

b) szklankę od piwa, wyjętą z pochwy chłopki; szklanka przebyła w pochwie 4 lata i wywołała zupełne zniszczenie *septi vesico-vaginalis*, oraz częściową zgorzel kości *in angulo ossium pubis*;

c) *pessarium* z wosku, założone wieśniaczkę *post partum*; wianek przeleżał w pochwie przez całą następną ciążę i po urodzeniu się dziecka dopiero wypadł z pochwy;

d) kamień pęcherzowy, wielkości małego jabłka, usunięty u 20-letniej niezamężnej służącej na drodze cięcia pochwowego. Kamień wytworzył się dookoła dwóch szpilek podwójnych, które dostały się do pęcherza przy masturbacji;

e) *pessarium anticonceptionale* dra HOLLWEG'a.

5) A. ROSNER [Kraków], omawiając udział ginekologów polskich w Zjeździe międzynarodowym ginekologicznym, mającym się odbyć w jesieni w Petersburgu, przedstawił następujący wniosek: Zawiadomić prof. ORTA, iż ginekolodzy polscy wezmą udział w projektowanym Zjeździe o tyle, o ile będzie ustanowiony Komitet narodowy polski, w skład którego wchodzić będą przedstawiciele ginekologów ze wszystkich trzech dzielnic.

Wniosek został przyjęty.

6) J. JAWORSKI wypowiedział odczyt. p. n.: „Nasz udział w międzynarodowych Zjazdach”. Odczyt był wydrukowany wraz z wnioskami w „Odcinku” Nr. 14 „Gazety”.

M. Rylko.

Sprawozdanie z XI-go posiedzenia Sekcji Ginekologicznej z d. 27.IV. 1905 r.

1) LEŚNIEWSKI przedstawił 4 macice z włókniakami, wycięte przezeń przez laparotomię, a to nieco zmienionym sposobem DOREN'a.

2) NEUGEBAUER przedstawił:

a) nowotwór zrazikowaty, wielkości małej pomarańczy, usunięty u czteromiesięcznego chłopczyka o częściowej *hypospadiasis penis* z dolnej powierzchni samego prącia. Przed operacją rozpoznanie wahało się pomiędzy *fibroma* (*molluscum pendulum*) a *teratoma*. Drobnowidz wykazał włókniak;

b) ogromną torbiel przyjaźnikową, usuniętą na drodze laparotomii w 5-ym miesiącu ciąży. Cięża dotarła do normalnego końca i przy pomocy kleszczy urodziło się żywe dziecko.

3) NEUGEBAUER wypowiedział odczyt o ropniach ściany brzusznej przedniej. Najczęstsze ropnie ściany brzusznej są pochodzenia operacyjnego: wyropienie nitek, pogrążonych w ścianie brzusznej. Drugą kategorię tworzą ropnie, powstałe wskutek wydzielania się na tej drodze ciała obcego z jamy brzusznej [tampon zapomniany, szwy i t. d.] lub też z wnętrza kiszek [osć rybia, zdźbło słony]; dalej nieraz przez ropień ściany brzusznej wydzielają się na zewnątrz kamienie żółciowe. W innych przypadkach ropnie ściany brzusznej powstają wskutek zakażenia jakiegokolwiek ranki skórnej z zewnątrz: ran po stawianiu pijawek, po wdrażeniu do ściany brzusznej jakiegokolwiek ciała obcego, np. igły.

Dalej wyliczyć należy przypadki otworzenia się na zewnątrz ropnia, pochodzącego od zropiałych nowotworów [włókniaka, torbieli], płodu pozamacicznego, *haematocoele* i t. d. Dodać wypada jeszcze promienicę ścian brzusznych. Pozostają jeszcze dwa gatunki bardzo ważne ropni ściany brzusznej. Są to ropnie, związane z persystencją *ductus omphalo-mesaraici*, szczególnie ropiejące przetoki w pępku, a dalej ropnie, powstałe w związku z persystencją częściową lub całkowitą przewodu ośroczni (*urachus*). Najciekawsze są przypadki, gdzie *urachus*, poprzednio zarośnięty, uzyskuje na nowo światło wskutek zatrzymania się moczu w pęcherzu z jakiegokolwiek przyczyny mechanicznej: zatkania cewki kamieniem, zagięcia cewki moczowej, *atresiae urethrae*, nareszcie wskutek *incarceratio uteri gravidi retroflexi*. Spostrzeżenie ostatniej kategorii obserwował N. w roku 1884 w klinice ś. p. ojca swego.

Chora W. K. przybyła do szpitala w dwa tygodnie po porodzie z przetoką dolnej części ściany brzusznej, do pęcherza prowadzącą. Półtora cala powyżej

tej przetoki znaleziono ciemnobrunatną bliznę po zagojonej w trakcie ciąży takiej samej przetoce, a nareszcie w samym pępku leżała druga takąż blizna. Wywiady wykazały że w trzecim miesiącu ciąży, wskutek *incarcerationis uteri gravidi* nastąpiło zatrzymanie moczu [chora przez dwa tygodnie nie oddawała uryny]—powstał ropień w pępku i pękł; mocz wylewał się przez pępek. Później powstał drugi ropień poniżej, a gdy ten pękł, górny się zagoił. Gdy nareszcie jeszcze niżej powstał trzeci ropień i pękł, to drugi się zagoił. Przez tę najniższą przetokę chora oddawała mocz do porodu. Po porodzie zaś zaczęła urynować drogą zwykłą i ta trzecia przetoka szybko się zagoiła.

4) W sprawie opieki nad położnicami i noworodkami, postawionej przez ZWEJGBAUMA, a szczegółowo omawianej na jednym z poprzednich posiedzeń, zabierali kolejno głos: CYKOWSKI, ZABOROWSKI, POPIEL, LEŚNIEWSKI, GROMADZKI, RYŁKO, JAWORSKI [ZWEJGBAUM nie był obecny], godząc się, iż sama sprawa, w zasadzie bardzo ważna, nie da się jednak rozwiązać przez powołanie do życia instytucji pielęgniarek położniczych, któreby miały za zadanie zastępować i wyręczać akuszerki w pielęgnowaniu położnic.

Braki, jakie akuszerki u nas posiadają, a co się ujemnie odbija na położnicach i noworodkach, są wynikiem bardzo różnych przyczyn, od których w pewnych razach i przyszłe pielęgniarki zapewne wolnemi nie będą. Do przyczyn tych należą: brak dobrych szkół ogólnych, brak wzorów odpowiednich w szkołach dla akuszerek, nizki poziom etyczny, brak racjonalnej kontroli czynności akuszerki i t. d. Wobec tego, że w sprawie tej wszyscy członkowie sekcji się wypowiedzieli, a głosy ich wydrukowano w „Ginekologii” [№ 3—1905], uznano sprawę za wyczerpaną. Na wniosek J. JAWORSKIEGO Sekcja postanowiła podjąć opracowanie i wydanie w celu jak najszerszego rozpowszechnienia: „rad dla ciężarnych, rodzących i położnic”, a także „wskazówek pielęgnowania dzieci w 1-ym roku życia”.

Do komisji, która ma tego dokonać, oprócz wnioskodawcy, powołano: GROMADZKIEGO, CYKOWSKIEGO, POPIELA i ZABOROWSKIEGO. *M. Ryłko.*

Wiadomości bieżące.

— Towarzystwo lekarzy w Weimarze postanowiło, aby lekarze świętowali w niedzielę i na początek co drugą niedzielę przez cały dzień, a w trzecią niedzielę od południa. Wyjątek mają stanowić wypadki nagłe.

— Cesarz Wilhelm ofiarował 30000 marek na rozszerzenie niemieckiego sanatorium dla suchotników w Davos [Szwajcarya].

— Nakładem „Wydawnictwa dzieł lek. polskich im. EDWARDA KORCZYŃSKIEGO w Krakowie”, wyszło dzieło p. t.: „Krótki zarys nauki o chorobach usznych”. Napisał dr RAFAŁ SPIRA. Nabywać je można w księgarni A. KRZYZANOWSKIEGO lub w administracji Towarzystwa w Krakowie [Kopernika, 15]. Cena dzieła 10 kor.

— Zmarli: STANISŁAW NIEDZIELSKI, dyrektor zakładu wodoleczniczego w Ojcowie, jeden z najlepszych hydroterapeutów polskich. Zgon jego prawdziwie zasmucił nie tylko chorych, lecz i lekarzy, którzy od dawna cenili go jako dobrego obywatela, lekarza i kolegę.

Prof. K. WERNICKE, dyrektor kliniki chorób nerwowych i umysłowych poprzednio przez długie lata w Wrocławiu, a w ostatnich czasach w Halli. Prace jego nad zboczeniami mowy, zwłaszcza nad ośrodkiem słuchowym mowy w zawoju skroniowym lewym górnym, są klasyczne. Podczas jazdy rowerem w Turynii, został tak nieszcześnie przejechany przez wóz ładowny, iż wkrótce zmarł.

MURPHY — znany chirurg.

Młody lekarz poszukuje stałego miejsca przy szpitalu, laboratorium lub w zakładzie leczniczym. Bliższe wiadomości w Redakcji Gazety Lekarskiej.