

GAZETA LEKARSKA

T R E Ś Ć. I. Prof. Dr ANTONI JURASZ. O twardzieli. Str. 1001. II. J. TRUSZKOWSKI. Przypadek włóknikowego zapalenia błony śluzowej gardzieli. (*Pharyngitis crouposa s. fibrinosa*). Str. 1007. *Dział sprawozdawczy.* 151. Prof. H. ROSIN. Patologia i terapia astmy sercowej. Str. 1010. 152. Prof. J. PAL. O oddziaływaniu toksycznym tętnic wieńcowych i oskrzeli. Str. 1013. 153. M. POPOFF. Zapalenie aorty i gorączka. Str. 1015. 154. A. ABRAMS. Przyczynek do leczenia tętniaków aorty. Str. 1015. 155. MAIXNER. Endocarditis maligna ulcerosa. Str. 1016. *Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.* Posiedzenia ginekologów d. 27-go października, 24-go listopada 1911 r. Str. 1018. Posiedzenia dermatologów d. 6-go marca 1912 r. Str. 1019. Posiedzenia oto-laryngologów: 1) d. 25-go stycznia, 2) 29-go lutego, 3) 28-go marca, 4) 25-go kwietnia 1912 r. Str. 1020, 1021 i 1022. Posiedzenie neurologów i psychiatrów 20-go kwietnia 1912 r. Str. 1023. *Wiadomości bieżące.* Str. 1025. Nadesłano do Redakcyi. Str. 1026. *Ogłoszenia.*

O twardzieli.

Podał

Prof. Dr Antoni Jurasz (Lwów).

(Według wykładu niemieckiego na II kongresie austriackich lekarzy rządowych w Krakowie dnia 24-go czerwca 1912).

Przyczyna, która skłoniła mnie do wybrania „twardzieli” na temat mojego wykładu, zasadza się na przeświadczeniu, że podnoszę sprawę ważną, aktualną, przed gronem miarodajnem.

Chodzi tu przecież o zarazę, która panuje endemicznie od dłuższego czasu w krajach koronnych monarchii austriackiej, zwłaszcza w Galicyi, pośród najbiedniejszych warstw ludności i szkodę wyrządza nie tylko nawiedzonym przez nią osobnikom, lecz również ich rodzinom, wielu gminom, wreszcie całemu państwu. Jeżeli dodać tę okoliczność, że endemia ta nie zmniejsza się, lecz wzrasta, że szerzy się ona powolnie, lecz przytem stale, że grozi coraz to większą liczbą ofiar, to zdaje się usprawiedliwionem jest moje przypuszczenie, że panowie, jako organy państwowe, na tę klęskę ludową bacznie zwrócić uwagę i moim poglądom raczycie dać posłuch.

Twardziel jest to choroba zakaźna, przewlekła, o charakterze pełzającym, bardzo uciążliwa, poprzednio nieznana, i mieszana z innemi cierpieniami, jakoto z przewlekłymi nieżytami narządów oddechowych, z katarzem złowonnym nosa (ozaena), wilkiem, przymiotem, gruźlicą,

a prawdopodobnie też niekiedy z dobrotliwymi jak i ze złośliwymi nowotworami.

Dopiero przed 42 laty twardziel wprowadzona została do patologii jako oddzielna postać chorobna, gdy HEBRA z Wiednia w r. 1870 w kilku przypadkach, pochodzących z Galicji, stwierdził szczególne zgrubienie skóry na nosie i w jamach nosowych, wyosobnił to cierpienie od innych spraw podobnych, uznał za samoistne i oznaczył nazwą twardzieli nosa (*rhinoscleroma*). Wkrótce w szybkim tempie zwiększała się liczba spostrzeżeń podobnych przypadków; badania dokładne doprowadziły do wniosku, że istota tej choroby nie polega na zmianach w skórze ani na umiejscowieniu ograniczonem w nosie, lecz że to jest swoista sprawa chorobna błony śluzowej dróg oddechowych. Na propozycję GANGHOFNER'a nadano tej chorobie właściwą nazwę twardzieli (*scleroma*), obecnie ogólnie przyjętą.

Z punktu widzenia anatomo-patologicznego mamy tu do czynienia z przewlekłym naciekiem zapalnym, który tworzy się w jakimś miejscu dróg oddechowych—w nosie, w jamie nosowo-gardzielowej, w gardzieli, w krtani, w tchawicy lub w oskrzelach—w postaci zgrubienia lub narośli guzowatych lub rozlanych, miękkich i zaczerwienionych, silnie unaczynionych, i szerzy się na części przylegające. Często rozwija się wysepkowato w ten sposób, że pomiędzy większymi lub mniejszymi oddzielnymi ogniskami utrzymują się odcinki normalnej błony śluzowej, zmianom nie ulegające. W jednych przypadkach twardzielą zajęty jest tylko nos lub jednocześnie z nim krtąń, w innych tylko sama gardziel lub jednocześnie z krtanią, lub też nacieczenie umiejscawia się tylko w tchawicy lub w nosie. Słowem, cierpieniem tem dotknięte być mogą wszystkie drogi oddechowe aż do oskrzeli drugiego rzędu w większym lub mniejszym zakresie i w najrozmaitszych kombinacjach. Nacieczenie składa się z komórek okrągłych i ząbionych, które skupiają się przeważnie naokoło naczyń krwionośnych, rozmnażają się, rugują tkankę normalną, niszczą ją i stopniowo przeobrażają się na tkankę łączną, nie okazując bynajmniej skłonności do rozpadu lub tworzenia owrzodzeń.

Jeżeli czasem spotykają się rysy lub owrzodzenia, to powstają one tylko pod wpływem obrażenia i zmacerowania, są one tylko zjawiskiem przypadkowym a nie istotnem. W dalszym przebiegu nacieki te prowadzą do twardej, zbitej tkanki łącznej, która przybiera postać guzów i zgrubień chrząstkowatych, do zniepodobnień bliznowatych, do tworzenia fałd i postronków, i w wysokim stopniu narząd schorzały zmieniają.

Sprawa ta przedewszystkiem rozgrywa się na błonie śluzowej, może jednak przenikać w głąb tkanki, niszcząc błonę podśluzową, mięśnie i nerwy, a jak na nosie—szerzyć się także na skórze i powodować stwardnienie skóry z wyniosłościami guzowatemi na błonach śluzowych, skrzydłach nosa, nawet na wardze górnej. W przypadkach rzadkich przechodzi na woreczek łzowy i dziąsła; tamę natomiast dla niego stanowią części

twarde, jakoto kości i chrząstki. Znamionną jest również ta okoliczność, że tkanka twardzielowa w nosie, w krtani i w tchawicy, rozrasta się czasami do wielkości guza ograniczonego, którego istota natrafia na znaczne trudności rozpoznawcze. W ostatnim tygodniu zdarzył się we Lwowie przypadek, w którym mężczyzna, dotknięty zaburzeniami oddechowemi, padł nagle na ulicy i zmarł w następstwie zaduszenia. Dochodzenie pośmiertne okazało nowotwór w krtani, który przy dokładniejszym badaniu okazał się twardzielą.

Przyczyną zmian anatomicznych, w grubych zaledwie opisanych zarysach, jest prątek, wykryty przez FRISCH'a w Wiedniu w r. 1882. Jest on, jak to sądzić można z przedstawionego rysunku, diplokokiem, podobny zupełnie do pneumokoka FRIEDLÄNDER'a i koka ozeny LÖWENBERG'a. Pomimo jednak wzmiankowanego podobieństwa nowsze badania okazują, że prątek twardzieli (*bacillus scleromatis*) wyróżnia się własnościami biologicznymi i winien być uznany dla tej choroby za swoisty. Faktem jest, że ten drobnoustrój spotyka się w znacznej liczbie we wszystkich naciekach twardzielowych i że obecność jego przy charakterystycznych zmianach tkankowych daje niezawodny punkt oparcia dla rozpoznania.

Co się tyczy obrazu klinicznego, wspomnę o nim tylko w krótkości, gdyż twardziel znana jest panom już to z własnej obserwacji, już to z piśmiennictwa, a prof. PIENIAŻEK, jeden z najlepszych znawców tej choroby, na posiedzeniu rannem przedstawi szereg tego rodzaju chorych. Oczywiście objawy twardzieli, wobec prawie wyłącznego umiejscowienia cierpienia w drogach oddechowych polegają przeważnie na zaburzeniach w oddychaniu. Ich stopień i natężenie zależą od stopnia i rodzaju cierpienia i od zajętego niem narządu.

Przy twardzieli nosa albo jamy nosowo-gardzielowej na pierwszy plan występuje ograniczone lub też całkiem zniesione oddychanie nosem, gdy tymczasem przy twardzieli krtani, tchawicy i oskrzeli momentem głównym jest duszność, która może być tak znaczną, że chorzy wciąż znajdują się pod grozą śmierci z zaduszenia. Nie potrzeba chyba dodawać, że zwężenia gardzieli mogą utrudniać łykanie. Do tego przyłączają się zmiany wtórne w narządach sąsiednich z właściwymi im objawami: przy twardzieli nosa—choroby oczu, a przy twardzieli krtani, tchawicy i oskrzeli — przewlekły katar krtani, tchawicy i oskrzeli. Na zażnaczenie zasługuje również niezbyt rzadkie połączenie twardzieli z gruźlicą, do której twardziel stanowi czynnik usposabiający. Stwierdzono również skojarzenie przymiotu i raka ze sprawą twardzielową.

Podniesienie ciepłoty może być tylko następstwem powikłań, ponieważ sama choroba przebiega bez gorączki. Sprawa ta nie powoduje również bólów miejscowych; przeciwnie, nacieki właśnie w dalszym przebiegu cechują się hypestezyą lub anestezyą. Łatwo zrozumieć, że cierpi też stan ogólny dość wcześnie i pogarsza się w miarę postępu choroby, a chorzy wcześniej lub później stają się do pracy niezdolnymi. Stają się

oni ciężarem dla rodziny, miejsca rodzinnego, kraju i państwa, dopóki nie zakończą życia z powodu wyczerpania, zaduszenia lub jakiegoś przypadkowego ostrego lub przewlekłego powikłania.

Rokowanie jest niepomysłne, gdyż trwałe wyleczenie należy do nadzwyczajnych rzadkości. Toteż musimy się tu ograniczyć do postępowania objawowego, wyskrobania nacieków, wycięcia blizn i powrozów, do rozszerzenia zwężeń i tracheotomii. W ten sposób sprawia się chorym ulgę w dolegliwościach i usuwa się chwilowe niebezpieczeństwo dla życia, nie zabezpiecza się ich jednak od nawrotów i dalszego rozwoju sprawy chorobnej. W celu leczenia radykalnego wypróbowano szereg środków, tak do wewnątrz jak i na zewnątrz, bez wyników dodatnich. Najskuteczniejszym okazało się jeszcze naświetlanie promieniami ROENTGEN'a, zalecone przez A. RYDYGIERA ze Lwowa, w połączeniu z elektrolizą. Lecz i przy stosowaniu tej metody rzadko otrzymać można wyniki zadowalające. Wspomnę tu o przypadku twardzieli krtani, dotyczącym nauczycielki, która przybyła do mnie z objawami całkowitej utraty głosu i groźną dusznością. Po wielu miesiącach stosowania naświetlania w połączeniu z elektrolizą nastąpiło całkowite wyleczenie. Od 2-u lat chora ta bez nawrotu oddaje się stale swojemu zawodowi. Przykład drugi znajduje się w niedawno ogłoszonej pracy dra SABATA ze Lwowa. Chodziło mianowicie o twardziel nosa, gardzieli i wargi górnej u chorej, która zresztą leczona była na drodze chirurgicznej bezskutecznie. Stosowano przez 11 miesięcy promienie ROENTGEN'a na zgrubiałą wargę górną; naciek, jak to wykazuje przedstawiony rysunek, wessał się całkowicie. Ale i ten zabieg leczniczy, przy stosowaniu zresztą bardzo kłopotliwy i wiele czasu wymagający, zawodzi najczęściej. Toteż twierdzenie, że jesteśmy bezsilni w walce z rozwijającą się twardzielią, jest dotąd całkiem usprawiedliwione.

To smutne przeświadczenie dotyczy nie tylko niemożności uwolnienia chorych od cierpienia, ale co gorsza szerokim masom ludności nie jesteśmy w możności, w okolicach zarazą tą dotkniętych, podać środka przeciw zakażeniu i zabezpieczeniu od szerzenia się twardzieli na okolice przyległe. Dowodem tego są spostrzeżenia, zebrane w Galicyi i w Czechach. Prof. PIENIAŻEK w Krakowie, podobnie jak ja we Lwowie, z drugiej strony FRANKENBERGER i PICK w Pradze stwierdzili, że liczba chorych na twardziel, leczonych w klinikach, z roku na rok się zwiększa. Zauważono też w Czechach, że choroba ta spotyka się już w okręgach, zamieszkałych przez Niemców, które były od twardzieli wolne. Dokładniejsze pojęcie o szerzeniu się tej sprawy podają w różnych wydane czasach mapy przez L. v. SCHRÖTTER'a, PIENIAŻKA, H. v. SCHRÖTTER'a, GERBER'a, FRANKENBERGER'a i innych, które przedstawiają zachowanie się twardzieli w oddzielnych krajach według częstości zachorowania i wzrastającego tej sprawy szerzenia się.

Stąd wynika, że głównem siedliskiem zarazy jest Galicya i przylegające do niej i południowo-wschodnie prowincje rosyjskie, w których zresz-

tą niepodobna oznaczyć bliżej częstości zachorowań. A jednak wiadomo, że Galicya Wschodnia jest tą sprawą najbardziej zarażoną i że w niej spotyka się 4—5 razy więcej przypadków twardzieli, niż w Galicyi Zachodniej. W ciągu 16-u lat prof. PIENIAŻEK miał w swojej klinice około 300 przypadków twardzieli, gdy tymczasem ja w ciągu 3½ lat w swoim ambulatoryum zanotowałem 200 przypadków. Na Wschodzie spotyka się również twardziel na Bukowinie i w Rumunii.

Ciekawem jest, jak szerzy się zakażenie ze wschodniego ogniska głównego dającemi się wykazać drogami, i jak przy tem powolnem dążeniu na zachód coraz większe zatacza kręgi. Niewątpliwie wędruje ono do Galicyi Zachodniej przedewszystkiem, a stąd na Szląsk, Morawię i Czechy, gdzie jako endemia w odosobnionych panuje okolicach. Drugą drogę obiera sobie przez Węgry, do Kroacyi, do Styryi i Krainy i obecnie tam już nie należy do chorób rzadkich. Wreszcie, idąc od wschodu rosyjskiego choroba zagospodarowała się w Królestwie Polskiem i na Litwie, przekroczyła granicę niemiecką, i jak wykazał GERRER, zagnieżdżyła się w niektórych miejscowościach Prus Wschodnich. Nadto w Niemczech, w Prusach Zachodnich i innych miejscowościach, tak na północy, jak i na południu, stwierdzono pojedyncze przypadki, zwłaszcza wśród robotników sezonowych. Pozatem choroba ta spotyka się w Szwajcaryi, następnie endemicznie we Włoszech południowych i w Hiszpanii.

Często powtarzane zdanie, że twardziel jest chorobą słowiańską, nie jest słuszne; ani plemię ani wyznanie nie odgrywa tu żadnej roli. W Galicyi zapadają na nią tak słowianie, jak żydzi i koloniści niemieccy. W Czechach i w Austryi południowej choroba ta nie oszczędza Niemców, jak i ludność pochodzenia romańskiego, tak w miejscu rodzinnem jak i poza niem. Wreszcie spotykano twardziel u indów, japończyków i australczyków. Według wszelkiego prawdopodobieństwa zaraza ta, podobnie jak i inne zawleczona, została z Azji. Znalazła ona doskonałe podłoże wśród słowian wschodnich, u których stosunki higieniczne bardzo wiele przedstawiają do życzenia, i założyła mocne korzenie, aby tu tworzyć główne źródło zarazy. Poza Europą spotyka się jeszcze w Egipcie, w Ameryce północnej, środkowej i południowej. Posiada więc ona cechy międzynarodowe, stąd też z punktu widzenia zdrowia ludzkości należy nad nią się zastanowić, jako nad sprawą międzynarodową.

Dziwnem też jest, że wśród państw, zagrożonych i objętych zarazą dwa tylko rozpoczęły z nią walkę. Niemcy zwróciły baczne oko na inwazyę twardzieli i przedsięwzięły w tym kierunku środki zaradcze; Ameryka północna wydała przepis, aby nie pozwalać wylądowywać przybyszom, dotkniętym twardzielą. Tacy podróżni zwracani są z drogi. Natomiast w krajach, w których zaraza ta sroży się od dawnego czasu, odbierając zdatnego do służby żołnierza i wyrządzając wielkie straty w ludziach, w tym kierunku bardzo mało albo też prawie nic nie uczyniono.

Zuważy na to, że, o ile to było możliwe, dotąd przeprowadzone zostały trudne badania tylko nad oddzielnymi osobnikami, uwieńczone znakomi-

tymi wynikami, obecnie do państwa już należy otworzyć drogi do dalszych poszukiwań i dostarczyć środków dla dalszych w tym kierunku badań, rozszerzyć je na rodziny ludzi dotkniętych twardzielą i na okolice zarażone, wreszcie umożliwić rozwiązanie wielu zagadnień istotnych.

Przedewszystkiem organy urzędowe wprowadzić winny statystyki, dotyczące częstości twardzieli w okręgach i krajach koronnych, zmniejszenia lub zwiększenia liczby zachorowań, wieku, płci i zajęcia chorych. Następnie należałoby na miejscu zarazy dokonywać badań przez osoby fachowe. Tu należy: określenie stosunków higienicznych, sposobu życia i nawyków mieszkańców, badanie pochodzenia prątka twardzieli, a mianowicie czy przenosi się on na człowieka ze zwierząt, z roślin lub z gruntu i jakie warunki sprzyjają zakażeniu. Niezbędna też jest w okolicach, nawiedzonych zarazą, ścisła izolacya chorych i większa, niż dotąd, piecza nad nimi. Oczywiście lekarze winni dobrze poznać chorobę, zwłaszcza w jej początkach, w przeciwnym razie należałoby im uzupełnić wiadomości przez kursa specjalne; wreszcie pożądanemby było doprowadzić do zorganizowania badań międzynarodowych nad twardzielą, podobnie jak to się dzieje w stosunku do innych chorób zakaźnych. Pierwsze ku temu kroki już zrobiono. Przed kilku laty HERMANN VON SCHRÖTTER powołał do życia komisję międzynarodową, która miała na celu przeprowadzać badania w kierunkach zaznaczonych, a jeżeli komisya ta nie osiągnęła wyników donioślejszych, winne były tylko rządy, które jej usiłowań nie popierały.

Takie mogłyby być punkty wytyczne do systematycznego badania twardzieli według wzoru, dla innych zakażeń przyjętego. W twardzieli mamy wroga podstępного, którego istota, ognisko i miejsce inwazyi nie jest jeszcze wyjaśnione. Ztąd też nie wiadomo, w jaki sposób go zwalczać i jakiej w tym celu używać broni. Aby ten cel osiągnąć, a ludzkość uwolnić od tej strasznej plagi, w myśl tych wywodów należałoby zwrócić uwagę rządu na położenie rzeczy i z żądaniem szybkiego uwzględnienia postawić postulaty następujące:

1) Wszystkie przypadki twardzieli uważać należy za choroby zakaźne, o których lekarze winni zawiadamiać władze. W tym celu rząd winien wydać jaknajszybciej odpowiednie rozporządzenie.

2) W każdym kraju koronnym, dotkniętym zarazą, prowadzona być winna roczna statystyka przypadków twardzieli z dokładnem podaniem miejsca, w którym choroba panuje.

3) W celu wyosobnienia i leczenia chorych, należałoby w miejscach centralnych ognisk twardzieli urządzić stacye specjalne przy klinikach lub szpitalach i zaopatrzyć je w środki niezbędne do badania i leczenia.

4) Pożądaneby było, aby przynajmniej raz narok zbierała się konferencya przedstawicieli państw zainteresowanych (Austro-Węgry, Rosya, Niemcy, Szwajcarya, Włochy, Rumunia i Hiszpania), podobnie jak przy innych chorobach zakaźnych (gruźlica, wilk) dla opracowania kierunku dalszych badań i szybkiego rozwiązywania spraw, dotyczących twardzieli.

(Wszystkie te wnioski przyjęto z oklaskami jednogłośnie),

II. Przypadek włóknikowego zapalenia błony śluzowej gardzieli.

(*Pharyngitis crouposa s. fibrinosa*).

Podał

J. Truszkowski (Piotrków).

Wśród licznych chorób gardzieli włóknikowe zapalenie należy do tych rzadko spotykanych cierpień, którym w piśmiennictwie bardzo mało poświęcono miejsca. Przytem nieliczne opisy różnią się znacznie w szczegółach, dotyczących obrazu anatomicznego i przebiegu klinicznego. Ta rozmaitość właśnie skłoniła mnie do przytoczenia pokrótce poniższego spostrzeżenia, zasługującego, zdaniem mojem, na uwagę również z punktu widzenia trudności dyagnostycznych.

Mianowicie, w danym przypadku obraz anatomiczny początkowo robił wrażenie zwykłej *angina follicularis* i dopiero dalszy przebieg skierował uwagę w inną stronę. Zaledwie na czwarty dzień choroby można było wyłączyć cały szereg innych zachorzeń i ustalić właściwe rozpoznanie.

23/v 1912 r. A. K., lat 36-u, skarży się na ból w gardle, ból głowy, ogólne rozbicie i silny katar nosa. Ból w gardle nie pozwala choremu połykać pokarmów stałych, a płyny przechodzą z wysiłkiem, połączonym z bólem. Przed 6 dniami chory wyjechał na wieś z uczuciem niewielkiego bólu w gardle. Wskutek rodzaju zajęcia był zmuszony chodzić po łąkach i parokrotnie przemoczył nogi. Przed kilku laty już raz chorował na gardło. Obecny stan trwa-drugi dzień.

St. pr. Mężczyzna dobrze zbudowany i dobrze odżywiany. Mówi przez nos, z którego wypływa dość obficie wydzielina śluzowa. Oddychanie przez nos utrudnione. Język obłożony, wilgotny, tętno 110, ciepłota 39,5° wieczorem. W płucach nieliczne rżenia w dolnych płatach z tyłu; w sercu i w jamie brzusznej zmian nie zanotowano. Gruczoły pod-

szczękowe z obydwu stron powiększone. Z prawej — gruczoł większy i boleśniejszy. Badanie gardzieli wykazało silne zaczerwienienie i obrzmienie błony śluzowej języczka, miękkiego podniebienia, łuków i migdałków, przyczem prawy migdałek większy był od lewego — wielkości połowy włoskiego orzecha. Nalotów nigdzie nie widać. Badanie stawów i kości nigdzie bolesności nie wykazało.

24/v Tętno 110, ciepłota 39° — $39,4^{\circ}$. Ból głowy silniejszy. Połykanie jeszcze więcej utrudnione. Język silnie obłożony. Na prawym migdałku widać cztery, na lewym trzy białe, wyraźnie wystające nad powierzchnią punkty, pozwalające się usuwać bez krwawienia. Punkty te mają wielkość małego ziarnka grochu.

25/v Naloty nieco większe, ciepłota wieczorem $38,5^{\circ}$.

26/v Połykanie utrudnione do tego stopnia, że chory wzbrania się nawet przed piciem herbaty. Tętno 100, ciepłota $38,6^{\circ}$. Zaczerwienienie i obrzęk śluzówki gardzieli jeszcze większe, jak w pierwszym dniu choroby. Prócz wyżej wymienionych białych punktów na migdałkach widać teraz na błonie śluzowej języczka i przednich łuków białe naloty, miejscami przeświecające, jakby wodniste. Brzegi tych nalotów nierówne i wyraźnie nie ograniczone. Miejscami widać koło dużych plam, średnicy do $\frac{1}{2}$ ctm., plamki małe, jak ziarnko prosa. Śluzówka wokoło plamek wązkim paskiem zlekka zaczerwieniona. Stosując się do prośby otoczenia, zastrzyknąłem 2 flakony surowicy przeciwbłoniczej.

27/v Ciepłota $38,5^{\circ}$ — $39,0^{\circ}$. Nalotów więcej — zajęły one miękkie podniebienie i tylne łuki. Przy badaniu krtani znalazłem podobne naloty i na nagłośni, co jednak nie wpłynęło ujemnie na swobodę oddechania. Przez kilka następnych dni stan chorego bez zmiany. Niektóre naloty zlewają się ze sobą, tworząc większe plamy. Ciepłota utrzymywała się stale powyżej 38° .

Dopiero na dziesiąty dzień od początku choroby zaczął się zwrot ku lepszemu. Naloty objawiały przemianę wsteczną — w niektórych miejscach zmniejszały się i goiły bez pozostawienia blizn. Prawy migdałek nie zmniejszał się, a gruczoł podszczękowy jeszcze 14-go dnia od początku choroby był wrażliwy na dotyk. Obrzęk języczka i zaczerwienienie łuków, pomimo ustąpienia nalotów, utrzymywały się jeszcze w przeciągu tygodnia.

W miesiąc po przebytej chorobie zjawiał się chory mocno zaniepokojony obecnością białych nalotów na migdałkach i w mniejszym stopniu na łukach. Nalot ten zdejmował się bardzo łatwo wata, nie dając najmniejszego krwawienia. Naloty te prócz uczucia pewnej przeszkody przy połykaniu innych dolegliwości choremu nie sprawiały. Stan chorego bezgórączkowy.

Podobny przypadek z jeszcze cięższymi objawami miałem możność spostrzegania na naradzie u 54-letniego izraelity. Tutaj początek był również ostry, z ciepłotą 40° . Zaraz przy pierwszym ukazaniu się białych nalotów ordynujący kolega zastosował 2 flakony surowicy przeciw-

błoniczej, co jednak nie wpłynęło dodatnio na przebieg choroby, gdyż naloty posuwały się dalej na języczek, przednie i tylne łuki, a nawet na nagłośnię i struny głosowe. W tym właśnie czasie widziałem chorego; było to na 5-y dzień po zastosowaniu surowicy. Nagłośnia przy laryngoskopowaniu robiła wrażenie wałka, pokrytego ciemno szarym nalotem, a struny głosowe były pokryte na brzegach wązkim paskiem białego nalotu. Zmiany te wywoływały niewielką stenozę.

Badanie nalotów w obydwu przypadkach nie wykazało obecności laseczników błoniczych, florę stanowiły wyłącznie kokki, a pomiędzy nimi diplokokki.

Obydwa te przypadki zasługują pod tym względem na uwagę, że w pierwszym z nich początek choroby był zupełnie podobny do zapalenia migdałków mieszkowego, w drugim — wobec stenozy, silnego obrzęku nagłośni i nalotów na niej — można było przypuszczać błonicę. *Anginam ulcerosam* należało wykluczyć ze względu na wiek chorych, na brak zajęcia jamy ustnej i brak zagłębień (*ulcera*) w błonie śluzowej gardzieli. Dalszy rozwój choroby wykazał, że mieliśmy do czynienia z *pharyngitis crouposa*, z jego długotrwałym przebiegiem, z podobnymi do błoniczych nalotami i powolnym ustępowaniem sprawy chorobnej ¹⁾.

Co się tyczy strony bakteriologicznej powyższej sprawy, to jest ona zupełnie ciemną. SĘDZIAK uważa tę sprawę za zupełnie samoistną, nie mającą żadnego związku z błonicą właściwą. ONODI i ROSENBERG znajdowali w większości przypadków prócz innych drobnoustrojów i laseczники błonice w błonie śluzowej nosa, uważali jednak te laseczники za mniej żywotne, gdyż nie dawały one innych objawów prócz miejscowych nalotów, i dla tego wydzielają *rhinitis fibrinosa* w odrębną jednostkę chorobną.

Badane przeze mnie naloty nie wykazały żadnych tworów, podobnych do laseczników błonicy, co upoważnia mnie do uważania powyższej sprawy za zupełnie samoistną.

W opisach tej choroby (SĘDZIAK) nie ma wzmianki o przechodzeniu jej na krtąń, co w moich przypadkach ogromnie utrudniało rozpoznanie, nasuwając myśl o błonicy. Pod tym względem podanie powyższych przypadków winnoby przyczynić do wypełnienia obrazu anatomicznego i przebiegu klinicznego tego dosyć rzadkiego cierpienia.

¹⁾ O charakterze sprawy decydowałaby bądź co bądź ostatecznie hodowla z nalotów, której jednak autor nie miał możliwości wykonać (P r z y p. R e d.).

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

151. Prof. H. Rosin. Patologia i terapia astmy sercowej (wykład kliniczny).

Astmą sercową nazywamy zjawiające się napadami w chorobach serca i wielkich naczyń uczucie silnego braku powietrza; odróżniać ją należy od duszności (*dyspnoe*), przy której uczucie braku powietrza wywołuje również krótki oddech, lecz wtedy jest to objaw stały, nie występujący w postaci napadów.

Napady astmy sercowej występują najczęściej w nocy nagle, albowiem poprzedzają je lekkie przejściowe zwiastuny, polegające na uczuciu ściskania w okolicy serca i żołądka, lub też lekkiej duszności. Zwiastuny te są poniekąd analogiczne z powiewem padaczkowym (*aura*), tylko że chorzy z cierpieniami serca w tych wypadkach częściej się mylą, niż epileptycy. Wskutek tego obawa oczekiwanego napadu u chorego, który już je przebywał, pogarsza jeszcze i bez tego ciężki stan chorego. Pełny napad przestrasza nie tylko chorego, lecz i jego otoczenie. Chory siedzi najczęściej wyprostowany (*orthopnoe*), nieco nachylony ku przodowi, z łokciami opartymi na stole lub innej stałej podstawie; oddech silniejszy, głębszy, często przyśpieszony. Wszystkie mięśnie oddechowe pomocnicze pracują usilnie, a więc: mięśnie szyi, pochyłe (*scaleni*), ramię, kręgow i całego tułowia; ponieważ nawet mięśnie twarzy, a szczególnie ust i skrzydeł nosa, biorą czynny udział, to bez przesady powiedzieć można, że w najcięższych przypadkach astmy sercowej czynne są wszystkie mięśnie ciała, najmniej tylko mięśnie kończyn dolnych. Z daleka już słyszeć się daje oddech, połączony z jękiem i rżeniami; te ostatnie najczęściej połączone z wydechem, który wtedy bywa znacznie dłuższy, niż wdech. Niekiedy oddech przybiera postać, podobną do oddechu CHEYNE-STOKES'a. Podczas napadu chorzy nie mogą ani mówić (zaledwie wymawiają oderwane sylaby), ani tykać, ani mocniej odkaszlanać, gdyż każda taka przerwa w oddychaniu grozi uduszeniem. Na czole występuje pot; w rysach twarzy odbija się strach śmiertelny. Poza tem występuje cały szereg objawów obiektywnych, nie mniej charakterystycznych dla napadów astmy sercowej. Do nich należy niezwykła bledność, połączona z sinicą warg, a niekiedy i policzków; zaostriżony nos, zapadnięte oczy i policzki tworzą obraz twarzy—*facies hippocratica*. Tętno naogół znacznie przyśpieszone, łatwo dające się ucisnąć, małe, dość często nieregularne; rzadko natomiast miewa miejsce niezwykle zwolnienie tętna. Ciśnienie krwi zawsze się obniża; jeżeli jednakże przed napadem ciśnienie było wysokie, to i podczas napadu względnie jeszcze pozostaje wysokiem. Badanie serca w ciężkim napadzie jest prawie niemożliwe. W lżejszych napadach zauważyć można powiększenie tępości serca w obu kierunkach, jako objaw ostrego rozszerzenia serca. Na miejscu uderzenia koniuszkowego widzieć się daje rozlane wstrząśnienie, mające być wyrazem okresu przedłużonego zamykania się zastawek (*Martius*). Jeżeli zaś napad jest tak słaby, że możliwem jest nawet wysłuchiwanie, to, obok niemiarowości, zamiast pierwszego tonu zauważyć można głuche furczenie; drugi ton naogół nie bywa akcentowany. Jeżeli przed napadem miały miejsce szmery sercowe, to podczas napadu stają się mniej wyraźnymi, albowiem znikają zupełnie. Dość często słyszeć się daje rytm cwałowy.

W płucach, oprócz kataru zastoinowego, którego wyrazem są rzężenia drobnobańkowe w tylnych dolnych odcinkach płuc, wszędzie dają się słyszeć rzężenia grubobańkowe i świsły, szczególnie podczas wydechu; rzężenia te słychać nawet z daleka, a niekiedy są tak silne, że zagłuszają zupełnie szmery oddechowe. Niekiedy podczas napadu daje się zauważyć ostra rozedma płuc.

Plwocina zwykle skąpa pienista, niekiedy lekko różowana. Nie zawiera ona komórek eozynochłonnych ani kryształów, swoistych dla astmy; natomiast odnaleźć w niej można tak zwane „Herzfehlerzellen“, t. j. duże okrągłe napećniałe, jedno — lub wielojądrowe komórki, zawierające barwik w postaci brunatnych ziarenek.

Napad astmy sercowej trwa około $\frac{1}{2}$ do 1-ej godziny. Przy wyniku pomyślnym chory szybko wraca do stanu zwykłego. Dłużej pozostaje osłabienie, bladeść, lekka sinica, wyraz przebytego cierpienia na twarzy. Co do choroby podstawowej, to niekiedy już po pierwszym napadzie zauważyć się daje wyraźne pogorszenie. Przy niepomyślnym wyniku podczas napadu następuje obrzęk płuc, duszenie; sinica powiększa się; tętno staje się nitkowatym, niewyczuwalnym; wreszcie występuje zimny pot, rzężenia tchawicowe i agonia.

Napady astmy sercowej nie tylko występują w daleko posuniętych okresach chorób serca i naczyń. Przeciwnie, jest on niekiedy pierwszym objawem, od którego, przynajmniej sami chorzy, uważają się za dotkniętych chorobą sercową. W początkach choroby napady bywają zwykle łagodniejsze, ale nie jest to reguła ogólna: ciężkość napadu nie zawsze jest w stosunku prostym do ciężkości cierpienia podstawowego. Wielu chorych, dotkniętych wadami serca, umiera wskutek niedomogi serca, a pomimo to typowych napadów astmy nie mieli. Odwrotnie, zdarzają się przypadki schorzeń naczyń bez widocznego udziału serca, w których napady astmy sercowej nie są rzadkością.

Patogeneza napadów astmy sercowej nie jest jeszcze ustalona. Zśród różnych teorii najprawdopodobniejszą wydaje się teoria Basci'a, gdyż poniekąd oparta jest na doświadczeniach. Według tej teorii przy niepomyślnych dla ustroju warunkach cyrkulacyjnych występuje nagle stan osłabienia lewej komory serca, co wywołuje zastój w zakresie naczyń płucnych (zmniejszenie elastyczności tkanki płucnej, przepełnienie pęcherzyków płucnych płynem przesiękowym i śluzem, ograniczenie powierzchni oddechowej). Według FRÄNKEL'a, do stanu tego przylączy się jeszcze skurcz mięśni oskrzelików, podobnie jak w astmie oskrzelowej.

Napady astmy sercowej najczęściej zdarzają się w przypadkach arteriosklerozy, a w szczególności sklerozy tętnic wieńcowych; a więc astma sercowa najczęściej zależy od tej samej przyczyny, co i dusznica bolesna (*angina pectoris*), od której jednakże zasadniczo się różni pod względem symptomatologii. Najcięższe przypadki, z zejściem śmiertelnym, widywano przy zamknięciu światła tętnic wieńcowych (zator). Lecz i inne cierpienia, jak arterioskleroza ogólna, *myocarditis*, *aneurysma*, marskość nerek tworzą często grunt dla powstawania astmy sercowej; należą tu również i zatrucia nikotyną w wysokim stopniu. Z wad serca niedomykalność zastawek aorty do napadów astmy sercowej usposabia najwięcej. Ruch nadmierny, natężenie — rzadziej stanowią bezpośrednią przyczynę napadów astmy sercowej, niż dusznicy bolesnej. Co się dotyczy kwestyi, dlaczego sen w tym kierunku tak wpływa niepomyślnie, to istnieją zaledwie tylko pewne przypuszczenia.

Rozpoznawanie astmy sercowej w ciężkich przypadkach nie przedstawia trudności; natomiast w lżejszych nie zawsze bywa łatwym. Do

napadów astmy sercowej podobne są napady astmy oskrzelowej. Podo-
bieństwo to jest tak wielkie, szczególnie kiedy chorego widzimy pierw-
szy raz podczas napadu i niema możliwości zbadania serca, że niekiedy
rozpoznanie szybkie prawie jest niemożliwe. W takich wątpliwych przy-
padkach, już chociażby ze względów praktycznych, lepiej zatrzymać się
na rozpoznaniu astmy sercowej, niż oskrzelowej, gdyż stosowane przy
tej ostatniej niektóre środki, obniżające ciśnienie krwi, w razie pomyłki
mogłyby wywołać fatalny skutek. Do właściwego rozpoznania w znacz-
nym stopniu przyczynić się mogą wtedy wywiady: napady astmy oskrze-
lowej zaczynają się zwykle we wczesnych okresach życia; napady zaś
astmy sercowej, jeżeli nie zależą od wady serca, zwykle zaczynają się
w tym okresie życia, kiedy najczęściej występuje arterioskleroza. Poza-
tem ważną w tych razach rolę odgrywa stan tętna: przy astmie oskrze-
lowej tętno względnie nieznacznym ulega zmianom, podczas kiedy przy
astmie sercowej bywa niemiarowe i nitkowate. Wreszcie, w razie moż-
ności zbadania serca, powiększenie tępości serca przy napadzie astmy
sercowej i brak takowego przy napadzie astmy oskrzelowej — ostatecz-
nie sprawę tę wyjaśnia.

Lekkie napady astmy sercowej, przy których tętno małym wzglę-
dnie ulega zmianom, a sinicy i bladoci może nie być wcale, odróżniać
należy od astmy mocznicowej (*asthma uraemicum*) i moczkówkowej (*coma
diabeticum*). Przy tych jednakże stanach, zależnych od zatrucia ustroju,
mamy i inne objawy: majaczenie, brak świadomości, rzucanie się; poza
tem działalność serca nie ulega osłabieniu; tętno bywa najczęściej pełne,
twarde, zwolnione, a same napady duszności trwają zwykle krótko
(kilka minut), i nigdy nie bywają tak silne. Wreszcie przy rozpoznawaniu
pamiętać jeszcze należy o astmie nerwowej, którą najczęściej widzujemy
u osób młodych, słabowitych, dziedzicznie obarczonych. Astma ta także
występuje w postaci napadów, które mogą trwać znacznie dłużej (całemi
godzinami). Tutaj jednakże nie wydech, a wdech bywa przedłużony;
działalność serca i ciśnienie krwi pozostają bez zmiany; chorzy podczas
napadu chodzą, rozmawiają, czego przy astmie sercowej nie widzujemy.
Jeżeli jednakże napadom astmy nerwowej ulegają osoby starsze z obja-
wami arteriosklerozy, to dopiero dłuższe i dokładniejsze badanie daje
możność ustalenia rozpoznania właściwego.

Rokowanie przy ciężkich napadach astmy sercowej zawsze jest po-
ważne. Dość często napad taki bywa zakończeniem długotrwałego
cierpienia układu cyrkulacyjnego; ciężki napad nawet we wczesnych
okresach cierpienia może doprowadzić do śmierci, i wtedy pierwszy
napad może być zarazem ostatnim. Z drugiej jednakże strony na-
wet bardzo ciężkie napady kończyć się mogą pomyślnie. Jednakże
w razie częstego powtarzania się takich napadów, rokowanie staje się
bezwzględnie niepomyślnem. Co się tyczy napadów lekkich, zjawiają-
cych się rzadko, to o ile cierpienie podstawowe nie postępuje naprzód,
powtarzać się one mogą całemi miesiącami i latami i same przez się
nie skracają życia. W każdym jednakże razie napad astmy serco-
wej jest najczęściej niepomyślnym zwiastunem w przebiegu chorób ser-
ca i naczyń.

Co się tyczy leczenia, to typowy napad astmy sercowej wymaga
interwencji szybkiej i energicznej. Z pośród środków lekarskich pierw-
szeństwo oddawać należy tym lekom, które skrzepiają działalność serca
i szybko przechodzą do krwiobiegu. Stosować je należy w postaci wstrzy-
kiwań podskórnych, śródmięśniowych lub dożylnych, gdyż wprowadzone
per os działają zbyt wolno, a przytem samo wprowadzanie utrudnia od-

dech. Na pierwszym miejscu postawić należy kamforę i kofeinę, z których pierwsza działa na sam mięsień sercowy, a druga wzmacnia napięcie naczyń i ciśnienie krwi. Wstrzykiwanie w miarę potrzeby powtarzać należy co 15—20 minut. Te dwa środki należą do niezbędnych w napadach astmy sercowej.

Z dobrym skutkiem stosowano dalej preparaty naparstnicy, rozpuszczający się w wodzie, — digalen, a w ostatnich czasach digipura t. Digalen stosuje się w ilości 1—2 strzykawek, a w miarę potrzeby dawkę tę powtórzyć można w przeciągu godziny (wstrzykiwania robić należy śródmięśniowo lub dożylnie).

Niektórzy autorowie zalecają adrenalinę. Wobec sprzecznych pod tym względem wyników autor środek ten wtedy tylko radzi stosować, kiedy inne pozostają bez skutku (wstrzykiwać należy śródmięśniowo). Adrenalina wzmacnia wprawdzie napięcie naczyń i ciśnienie krwi, ale jednocześnie wzmacnia się i zapotrzebowanie silniejszej czynności serca. Zamiast adrenaliny stosować można również suprareninę lub epinefrynę.

Obok środków nasercowych w napadach astmy sercowej stosujemy morfinę. Środek ten, jak wiadomo, przepisujemy często w ciężkich chorobach serca, i szkodliwego wpływu na krwiobieg przytem zauważyć się nie daje. Na Kongresie jednakże w Wiesbaden (przed 10-u laty) w dyskusji nad leczeniem dusznicy bolesnej zdania pod tym względem były podzielone. Autor zaleca w napadach astmy sercowej morfinę wtedy tylko, kiedy środki nasercowe skutku pożądanego nie wywierają.

Ze środków zewnętrznych autor zaleca upusty krwi (nie mniej 200 grm.), okłady zimne lub gorące na okolicę serca, gorczyczники i t. p. Wdychanie tlenu zwykle wywiera dobry skutek; natomiast wszelkie wziewania istotnego pożytku nie przynoszą, a utrudniają oddech.

Wszystko to oczywiście dotyczy przypadków ciężkich. W przypadkach lekkich zabiegi będą mniej energiczne; często wystarczają i środki wewnętrzne, bez uciekania się do wstrzykiwań podskórnych.

Pamiętać wreszcie należy, że napady astmy sercowej są tylko jednym z objawów cierpienia podstawowego. Odpowiednie więc leczenie chorób serca i naczyń będzie jednocześnie środkiem zapobiegawczym w powstawaniu napadów.

(*Deut. med. Woch.* 1912, Nr. 16).

J. Belkowski.

152. Prof. J. Pal. O oddziaływaniu toksycznym tętnic wieńcowych i oskrzeli.

Tętnice wieńcowe serca i mięśnie oskrzeli, jak to można wywnioskować z całego szeregu doświadczeń, otrzymują unerwienie podwójne: od układu autonomicznego (n. błędny) i układu współczulnego. Co do tętnic wieńcowych, to w ostatnich dopiero czasach (1904) SCHÄFER zwrócił uwagę po raz pierwszy, że unerwienie ich różni się od pozostałych tętnic ciała, a LANGENDORFF wykazał, że podczas kiedy wszystkie inne tętnice zwężają się pod wpływem działania adrenaliny, tętnice wieńcowe rozszerzają się. Zatem w tętnicach wieńcowych serca nerw błędny zaopatruje mięśnie, zwężające tętnice, a nerw współczulny — rozszerzające, czyli zachodzi tu stosunek wprost odwrotny w porównaniu z unerwieniem pozostałych tętnic.

Co się zaś tyczy unerwienia mięśni oskrzeli, to z licznych w tym kierunku doświadczeń daje się wyprowadzić ten tylko pewny wniosek, że nerw błędny zaopatruje mięśnie zwężające oskrzela, a co do mięśni, rozszerzających oskrzela, istnieją tylko przypuszczenia, że czynność ich zależy od nerwu współczulnego. Tak np. przemawiałoby za tem stosowanie z dobrym skutkiem adrenaliny w astmie oskrzelowej (środek ten zalecają KAPLAN i V. JAGIC).

W roku 1908 autor w doświadczeniach nad tętnicami wieńcowymi serca u bydła rogatego podług techniki, podanej przez MEGER'a, wypróbował działanie wyciągu przysadki mózgowej (pituitryna), adrenaliny i pilokarpiny, a następnie i wielu innych ciał, oddziałujących na układ współczulny, lub też autonomiczny. Wypróbowane w ten sposób środki autor dzieli na dwie grupy: na środki rozszerzające i zwężające tętnice wieńcowe. Do pierwszej grupy zalicza: atropinę, adrenalinę (suprareninę), kofeinę, teobrominę, kokainę i nitryty (*amylnitrit*, *natrium nitrosum*); do drugiej: pituitrynę, muskarynę, pilokarpinę i fizostygminę. Kiedy autor zajmował się tą sprawą, ogłoszone zostały spostrzeżenia AUERA i LEWIS'a, a następnie BIEDL'a i KRAUS'a o anafilaktycznym skurczu oskrzeli u morskich świnek. Odczyn ten BIEDL i KRAUS otrzymali również przy podskórnem wstrzykiwaniu peptonu WITTE'go. Wtedy to autor postanowił sprawdzić wyniki poprzednich doświadczeń na zwierzętach, traktowanych peptonem WITTE'go.

Doświadczenia wykonywano na morskich świnkach w sposób następujący: po dokonaniu tracheotomii i przerwaniu rdzenia przedłużonego, stosowano sztuczny oddech za pomocą powietrza ogrzanego; ażeby obserwować ruchy serca i płuc, otwierano klatkę piersiową; do *v. jugularis externa* wprowadzano rurkę, przez którą wstrzykiwano roztwory peptonu i przetworów farmakologicznych, uprzednio przez autora badanych. Dla wywołania skurczu oskrzeli stosowano świeży roztwór peptonu (roztwory stare są najczęściej nieczynne) 1:10 w ilości 1,0—2,5, rzadko więcej. Skurcz oskrzeli rozpoznawano po zatrzymywaniu się ruchów oddechowych płuc podczas stosowania oddechu sztucznego. Że dwa te zjawiska są równoznaczne, można to wykazać na powierzchni przecięcia płuca: w zwykłych warunkach pokazują się pęcherzyki powietrza; nie pokazują się one natomiast, skoro tylko po wstrzyknięciu roztworu peptonu zatrzymują się ruchy oddechowe płuc.

Z doświadczeń swych autor wyprowadza wnioski następujące:

Skurcz oskrzeli, wywołany przez wstrzyknięcie roztworu peptonu może być zniesiony przez następujące po niem wstrzyknięcie roztworów: atropiny, adrenaliny (suprareniny), kofeiny, teobrominy, kokainy, *natrium nitrosum*; są to więc te same środki, które rozszerzają tętnice wieńcowe serca. Samo przez się rozumie się, że zniesienie czy też zmniejszenie się skurczu oskrzeli jest zależne od ilości wstrzykniętego peptonu oraz od ilości zastosowanych następnie wyżej wymienionych przetworów, działających w kierunku odwrotnym. Z tego więc wypływa, że środki rozszerzające tętnice wieńcowe serca, rozszerzają również i światło oskrzeli.

Co się zaś tyczy wymienionych wyżej środków, zwężających tętnice wieńcowe serca, to z doświadczeń swych autor ten tylko wyprowadza wniosek, że skurczu oskrzeli, wywołanego wstrzykiwaniem peptonu, środki te nie znoszą; na pytanie natomiast, czy środki te wpływają na skurcz oskrzeli potęgująco, autor nie daje odpowiedzi. Z doświadczeń jednakże GROSSMANN'a nad muskaryną i BRODIE'go i DIXON'a nad pilo-

karpiną i fizostygminalną wynika, że środki te działają zwężająco na oskrzela, podobnie jak i na tętnice wieńcowe serca.

Wskazując na paralelizm, istniejący pomiędzy unerwieniem i toksycznym oddziaływaniem oskrzeli i tętnic wieńcowych serca, autor praktycznych wniosków, jakie mimowoli z doświadczeń tych się nasuwają, nie wyprowadza, i sprawę terapii w tym kierunku pozostawia otwartą.

(*Deutsche med. Wochenschrift*, 1912, Nr. 1).

J. Bełkowski.

153. M. Popoff. Zapalenie aorty i gorączka.

SCHRÖTTER, HUCHARD i inni twierdzą, że zapalenie aorty przebiega bez gorączki, o ile nie jest następstwem posocznicy lub ropowicy. Na podstawie długoletnich spostrzeżeń autor przekonał się, że zapaleniu aorty towarzyszy często gorączka do 38° i wyżej, czemu towarzyszą dreszcze i poty. Autor opisuje 3 typowe przypadki. Chorzy mieli następujące objawy: bicie serca, uczucie tętnienia w głowie oraz tętnie szyjnych i podobojczykowych, duszność, wzmożenie 2-go tonu na aorcie, wieczorem podniesienie ciepłoty, rozszerzenie aorty, czasem szmer w sercu. Wykluczono zimnicę, gruźlicę etc.; zastosowane leczenie przeciwsyfiliyczne dało wyniki doskonałe.

Sprawa zapalna aorty, według autora przedstawia analogię z sprawami zapalnymi wsierdzia, które też dają często niewyjaśnioną na razie gorączkę. Dodatni odczyn WASSERMANN'a otrzymał autor w 90,6% przypadkach cierpienia aorty. W niejasnych przypadkach niewyjaśnionej gorączki należy, zdaniem autora, badać cień aorty zapomocą promieni X. Dodać jednak wypada, że tą drogą zmiany w aorcie nie zawsze dają się wykryć, gdyż w sprawie świeżej aorta nie bywa wcale lub tylko nieznacznie rozszerzona. Leczenie — rtęć i jod. Odnosnie salwarsanu autor wstrzymuje się tymczasem z wydaniem swojej opinii.

(*Zeitschrift fr. klinische Medicin*, t. 75, z. 5—6).

Marta Erlichówna.

154. A. Abrams. Przyczynek do leczenia tętniaków aorty.

Autor już w 1904 roku wykazywał, że przy mocnej perkusji 7-go kręgu szyjnego normalną aortę można pobudzić do skurczu, (odruch aortalny skurczowy), przy perkusji zaś czterech ostatnich kręgów grzbietowych, można wywołać jej rozszerzenie (odruch aortalny dilatacyjny). Podobne zjawisko (kurczenie się bądź rozszerzanie aorty przy perkusji kręgów) zauważyć się daje i w tętniaku aorty.

Wynika stąd, że objawy tętniaka aorty piersiowej lub brzusznej stają się bardziej jaskrawe po perkusji czterech ostatnich kręgów grzbietowych, niż po perkusji 7-go kręgu szyjnego. Rezultat ten zresztą osiągnąć się daje częstokroć dopiero po kilku seansach perkusyjnych. Cóż więc, zwiększenie się obszaru tępości opukowej aorty po perkusji 4-ch ostatnich kręgów grzbietowych i zmniejszenie się jej po perkusji 7-go kręgu szyjnego — przemawia za rozpoznaniem tętniaka aorty.

Przytoczone spostrzeżenie odruchowego kurczenia się aorty, autor zastosował i do leczenia tętniaków. Dotychczas metodą powyższą leczono 40 przypadków tętniaka aorty piersiowej i brzusznej i we wszystkich, według twierdzenia autora, osiągnięto wyleczenie symptomatyczne.

Brak objawów poprzednich u niektórych chorych stwierdzono po upływie 4-ch lat od leczenia.

Autor zastrzega, że w przypadkach omawianych uważano za ustalone rozpoznanie dopiero po pojawieniu się klasycznych objawów fizykalnych i skiaskopowych tętniaka, że we wszystkich przypadkach notowano objawy uciskowe tętniaka i że leczenie polegało wyłącznie na wspomnianej metodzie perkusyjnej.

Wywołanie odruchu skurczowego aorty udaje się tylko przez silne perkutowanie. Drażnienie kręgu zapomocą przyrządów oscylacyjnych, wstrząsania i pocierania zawodzi. Seans perkusyjny trwać powinien około 15 minut dziennie, w razie podrażnienia skóry zaleca się przerwę. Zamiast specjalnych przyrządów wystarcza zwykły plesymet i mocny młotek perkusyjny (DÉJÉRINE'a), zapomocą których opukuje się 7-y krąg szyjny szeregiem krótkich a mocnych uderzeń. Uzasadnienie teoretyczne metody polega na tem, że ośrodek pomocniczy nerwów zwężających aortę (*vasoconstrictores*) znajduje się w rdzeniu kręgowym w bliskości wzrostka kołczastego 7-go kręgu szyjnego (3-ci segment grzbietowy rdzenia). Pobudzenie tego ośrodka może wywołać skurcz zarówno aorty prawidłowej, jak anormalnej. Odruchy aorty przebiegają drogą nerwu błędnego; podskórne wstrzyknięcie pilokarpiny (6 $\frac{1}{2}$ miligr.) wzmacnia je, atropina zaś (1 miligr.) wywiera na nie wpływ hamujący.

Jako ilustrację powyższego, autor przytacza ogólnikowo trzy odnośne historie choroby. Wniosek autora brzmi jak następuje:

- 1) Zjawisko odruchów aortalnych może być pomocnem w rozpoznawaniu tętniaka aorty.
- 2) Odruch skurczowy aorty może być wyzyskany do leczenia objawowego tętniaków aorty.
- 3) Tylko przy błędnem rozpoznaniu i w zbyt daleko posuniętych przypadkach metoda ta zawodzi.
- 4) Radioskopia i radiografia, perkusya i auskultacja stwierdza w przypadkach leczonych obiektywne polepszenie stanu chorego. Zresztą zmniejszenie rozmiarów guza nie zawsze idzie równolegle z poprawą zaburzeń podmiotowych.
- 5) Być może podobne rezultaty osiągnąćby można również w tętniakach innych naczyń, gdyż pletysmografia i sfigmografia wykazuje, że wszystkie tętnice ciała kurczą się pod wpływem konkusyl 7-go kręgu szyjnego.

(*La Presse Méd.*, 1910, Nr. 79).

L. Danecki.

155. Maixner. Endocarditis maligna ulcerosa.

W ciągu lat 25-u autor badał klinicznie i anatomicznie kilkadziesiąt przypadków zapalenia osierdza i na zasadzie takiego materiału podaje obraz kliniczny i anatomiczny tego cierpienia. Uważa *endocarditis maligna ulcerosa* i *verrucosa* za jedną jednostkę chorobną, ponieważ 1) te same bakterye, zależnie od swej ilości i zjadliwości mogą wywołać obydwie postaci kliniczne 2) u jednego i tego samego osobnika znajdują się obie postaci zmian na tej samej zastawce.

Zmiany na zastawkach w *endocarditis maligna ulcerosa* niezawsze są proporcjonalne do ciężkich objawów klinicznych ogólnej posocznicy. Przyczyna, dla której sprawa umiejscawia się na zastawkach, jest niejasną. Cierpienie to wywołane jest przez zakażenie najczęściej paciorkowcami, potem gronkowcami, gonokokami i pałeczkami okrężnicy. Zarażenie przez paciorkowce (w anginie i płonicy), daje głównie zmiany

w lewym sercu i rozrosty na zastawkach są bardzo duże, miękkie, szare; zmiany anatomiczne przechodzą niekiedy z osierdzia na sam mięsień sercowy. Przerzuty spotykają się wszędzie. Po gorączce poporodowej zmiany są częstsze w prawym sercu, przytem spotykają się częste zatory płucne. Gronkowcowe zakażenia następują najczęściej po skaleczeniu. Rozrosty są mniejsze. W zakażeniu pneumokokowym (po zapaleniu płuc lub bez niego) rozrosty na osierdziu są szaro-zielone, płaskie, zatory zdarzają się rzadko. Przy zakażeniu gonokokowym zmiany spotykają się najczęściej na zastawce dwudzielnej i na aorcie, w przypadkach ciężkich zmiany mają charakter plastyczny. Pałeczki tyfusowe i gruźlicze spotykają się rzadko przy tem cierpieniu.

Objawy kliniczne. Ze strony serca objawy są bardzo subtelne, brak ich czasem w przypadkach przebiegających piorunująco. **S z m e r y** nie są proporcjonalne do zmian anatomicznych i mogą być silne i słabe, mogą występować późno lub wcześniej, i mogą brakować zupełnie, gdy rozrosty znajdują się na komorowej stronie zastawek aorty, lub na górnej stronie zastawki dwudzielnej. Charakter szmerów jest bardzo różnorodny. Czasami występują one bardzo późno. Niekiedy przed pojawieniem się szmeru na jakiś czas ton staje się głuchy, albowież szmer występuje nagle. Te słabe szmery różnią się od szmerów w *myocarditis*: 1) że są z początku przelotne, mogą zniknąć i występować ponownie, 2) że tylko w cierpieniach osierdzia występuje szmer rozkurczowy przy szmerze skurczowym, 3) szmery występują czasem prawie w oczach lekarza i nabierają charakteru muzycznego.

R y t m zmienia się często. Bywają napady tachykardyi: 160—180 uderzeń na minutę, tętno bywa czasem niemiarowe. Jest to objaw wczesny. **C i e p ł o t a** jest zależna od stopnia infekcyi i od odporności ustroju, nie ma krzywej charakterystycznej; występują często dreszcze, szczególnie z początku choroby. Dreszcze powtarzają się czasem, choć rzadko, 2 razy na dzień. Po dreszczu gorączka trwa 5—6 godzin, potem czasem następuje zapad. Przy braku dreszczów krzywa gorączki ma małe remisye, albo odpowiada typowi *febris recurrens*, lub tyfusowi brzusz-nemu. **S t a w y.** Zdarzają się bole stawów z obrzękami i bez wysięku, albo wysięki ropne. Ropa jest rzadka i zawiera dużo bakteryi. **Z a t o r y** tworzą się przy rozpadzie rozrostów. Powstają one czasem w kisz-kach i powodują bole napadowe. Małe zatory wywołują tworzenie się ropni, lub zawałów, ropnego zapalenia mięśnia sercowego, *panophthalmitis* i t. p.; wysypki i wylewy krwi na skórę są ważne dla rozpoznania i wywoływane są przez zatory tętnic skórnych. Wysypki bywa-ją postaci najróżnorodniejszej: plamy, grudki, pęcherze napełnione płynem przezroczystym lub ropnie. Wylewy są częste w zakażeniu pa-ciorkowcami, pęcherzyki — w zakażeniu gronkowcami. Charakte-rystyczną jest błądź twarży nawet przy dużej gorączce. **P r z e b i e g** jest ostry. Choroba trwa zwykle kilka tygodni; w piśmiennictwie znane są jednak przypadki, trwające do 18-u miesięcy i to przebiegające po zapa-leniu gardzieli. W przypadkach, przebiegających przewlekłe, niema prze-rzutów, wylewów, zatorów, zato na 1-ym planie stoi charłactwo. Kończą się zwykle śmiercią. **R o z p o z n a n i e** jest zwykle bardzo trudne, czasem niemożliwe. W sprawie ropniczej stawia się rozpoznanie po wyklucze-niu takich cierpień, jak *angiocholitis*, *pyelonephritis* i t. d. Decyduje bada-nie krwi, objawy sercowe, zwłaszcza zatory i objawy ze strony skóry.

(*Zeitschrift für klinische Medicin*, t. 75 z. 1—2). Marta Erlühówna.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

Posiedzenie ginekologów d. 27-go października 1911 r.

1. JANCZEWSKI STEFAN przytacza w streszczeniu przypadek przedziurawienia macicy łyżeczką przy skrobaniu z wypadnięciem sieci do pochwy, zakończony pomyślnie bez operacji. W 4 lata później J. wykonał u tejże chorej cięcie brzuszne z powodu *abortu: tubarius*, na miejscu przedziurawienia macicy znajdowało się zagłębienie, mogące pomieścić koniec małego palca, i tutaj była przyrośnięta sieć w postaci pasma szerokości 1-go cm.

W dyskusyi MONSIORSKI zaleca wrazie przedziurawienia macicy dokonanie kolpomotomii przedniej i tylnej i zaszcycie zrobionego otworu. LEŚNIEWSKI — wrazie bodaj drobnych objawów podrażnienia otrzewnej radzi utworzenie jednego ze sklepień i zaszcycie otworu i, co ważniejsza, sączkowanie małej miednicy, by dać ujście substancjom toksycznym.

STANKIEWICZ, FINKELKRAUT, NEUGEBAUER, LEBENSBAUM, LIPSZTAT, SZYBOWSKI zgadzają się na otwarcie sklepienia w przypadkach przedziurawień powikłanych. LEBENSBAUM uważałby za nieodzowne nie tylko zeżycie otworu, lecz i całkowite usunięcie macicy: 1) jeżeli skutkiem przedziurawienia jest silne krwawienie, nie dające się niczem usunąć; 2) w przypadkach septycznych i 3) jeżeli do jamy macicy skutkiem przedziurawienia przedostały się trzawa, kiszka i t. d.

JANCZEWSKI STEFAN jest zwolennikiem wyczekującego leczenia.

2. MONSIORSKI poruszył kwestyę ważniejszych błędów w rozpoznaniu cierpień ginekologicznych: ciąża zamaciczna i zapalenie wyrostka robaczkowego, ostre zapalenia przydatków i ciąża zamaciczna lub uwięźnięta torbiel jajnika, a najczęściej ciąża maciczna i włókniak. Dalej przedstawił preparat ciężarnej macicy z nierównym rozwojem różnych części, rozpoznanie przed zabiegiem: włókniak lewego rogu macicy.

W dyskusyi zabierali głos: THIEME — zaleca w wypadkach wątpliwych obserwację, przy zabiegu zaś oględność w wycinaniu guzów macicy; LEŚNIEWSKI, HUZARSKI, ZWEJGBAUM, SZYBOWSKI, ALTKAUER — przytaczają przypadki podobnych pomyłek rozpoznawczych z piśmienictwa i praktyki.

3. NEUGEBAUER demonstrował preparat pooperacyjny, ujawniający ciekawą pomyłkę rozpoznawczą: rozpoznawano prawdopodobną ciążę i guz przymaciczny, uwięźnięty w zatoce DOUGLAS'a; preparat na przekroju wykazuje macicę ciążarną w 2-im miesiącu i 2 włókniaki przedsurowicze: jeden mniejszy na przedniej ścianie, drugi większy, wychodzący z tylnej ściany macicy.

4. NATANSON przedstawił preparat macicy, wyciętej z powodu oderwania sklepienia i pęknięcia podczas porodu.

5. NEUGEBAUER odczytał sprawozdanie z odczytu BUMM'a p. t. „Co otrzewna znosi, a czego nie znosi”. (Ma być drukowane w „Przeglądzie chirurgicznym i ginekol.“).

Posiedzenie ginekologów d. 24-go listopada 1911 r.

1. GRZANKOWSKI przedstawił 17-letnią chorą, operowaną metodą pochwową z powodu *haematometra et defectus vaginae*. Obecnie wytworzo-

ny kanał pochwowy o ścianach gładkich i dość podatnych ma 6 ctm. długości, *uterus bicornis unicollis sine portione vaginali*.

2. NEUGEBAUER demonstrował: 1) zawartość torbieli skórzastej jajnika w postaci kuleczek różnej wielkości, jest to następstwo koagulacji tłuszczu dermoidalnego; 2) przedstawił 21-letnią pannę starozakonną o płci wątpliwej, mającą jednak więcej cech mężczyzny niż kobiety.

3. LEŚNIEWSKI wygłosił odczyt pod tytułem: „Przyczynek do leczenia ropniaków jajowodów”. (Rzecz ta drukowana będzie w „Przegl. Chir. i Ginekol.“).

Wł. Staniszewski.

Posiedzenie dermatologów d. 6-go marca 1912 r.

F. MALINOWSKI przedstawił 4 przypadki: 1) *scleroderma universalis* we wszystkich okresach rozwoju, trwającą od roku. Po zastosowaniu fibrolizyny, masażu i smarowania tłuszczem skóra na piersiach i plecach znacznie się zaróżowiła i zmiękła, tak iż chory łatwiej wykonywa ruchy i oddychanie; 2) *lichen ruber planus* na całym ciele i *lichen ruber acuminatus* na bocznych powierzchniach tułowia. Po 40-u wstrzyknięciach kakodylu sodu — codziennie 0,2 — wykwity płaskiego liszaja wessały się, pozostawiając mocno brązowe zabarwienie, gdy wykwity liszaja stożkowatego zmieniły się mało; 3) *carcinoma cutis* w postaci 5-iu obszernych owrzodzeń, o średnicy dłoni, na klatce piersiowej z tyłu, powstałych przed 10-iu laty. Cierpienie dane ciekawe jest ze względu na podobieństwo owrzodzeń do gumatów i ze względu na mnogość ognisk i przebieg powolny; 4) przypadek z rozpoznaniem ograniczonej twardzieli. U 60-letniej kobiety znajduje się od kilku tygodni pod lewym kątem ust wykwit, powoli rozszerzający się, o skórze twardej, bladej i usianej otworami gruczołów potowych. Możliwość istnienia wilka rumieniowatego (*lupus erythemat.*) należy wykluczyć na zasadzie zabarwienia skóry, braku blizny pośrodku wykwitu i czopów tłuszczowych.

WIŚNIEWSKI przedstawił nietypowy przypadek łuszczycy u 2-letniej dziewczynki na tułowiu i miejscami na kończynach, przedstawiającej się w postaci drobnych (do ziarnka grochu) grudek, gdzieniegdzie pokrytych łuseczką (*psoriasis punctata*).

ZALESKI przedstawił przypadek grzybicy guzowatej (*mycosis fungoides*), trwającej od 2½ lat u żyda, lat 58, w postaci licznych, rozmaitej wielkości guzów i owrzodzeń, z których część podlegała samoistnemu wchłanianiu i zabliznianiu. Chory, leczony arsenikiem, zmarł po 3-ch tygodniach pobytu w szpitalu przy objawach ogólnego wyniszczenia.

ROZENBERG przedstawił przypadek raka na czole (*ulcus rodens*) z odnośnym preparatem drobnowidzowym i przypadek *syphilis papulo-squamosa congenita* u 5-miesięcznej dziewczynki.

BERNHARDT przedstawił: 1) przypadek grzybicy guzowatej, trwającej około 4-ch lat u 50-letniej kobiety. Pod wpływem arseniku i naswietlań promieniami X wszystkie owrzodzenia zablizniły się oraz wessały się nacieki guzowate. Stan ogólny zadowolający; 2) przypadek twardzieli nosa (*rhinoscleroma*). Chora, A. N., 27 lat, dotychczas była zawsze zdrowa. Rodziła 5 razy, nie ronila. Ostatni poród przed 4-ma miesiącami. Karmiła do czasu wstąpienia do szpitala. Obecne cierpienie rozpoczęło się przed 7-iu laty, ujawniając się pod postacią

białawego stwardnienia wielkości grochu w lewym otworze nosowym. Przed 4-ma laty zjawily się zmiany w prawym kanale nosowym, zaś przed rokiem na podniebieniu. W chwili obecnej stan chorej jest następujący: nos znacznie rozszerzony, nozdrza wypełnione czerwonym twardym niebolesnym naciekiem, bezpośrednio łączącym się z takimże naciekiem, znajdującym się na skórnej części przegrody nosowej. Ten ostatni naciek posiada kształt guzowaty, wielkości około orzecha laskowego, chrząstkową spoistość i barwę śliwkową, światło kanałów nosowych niedrożne. Na miękkim podniebieniu widać naciek, kształtu okrągłego, wielkości 2-u kop. monety. Naciek ten jest ciemno-czerwony w środkowej części i tutaj wyraźnie nadżarty, zaś jego obwodowa część wznosi się w kształcie wałeczka barwy szaro-różowawej. Spoistość znaczna.—Języczek częściowo zniszczony, odciągnięty ku tyłowi i zrośnięty z grzbietową (tylną) powierzchnią wyraźnie nacieczonego podniebienia miękkiego. Badanie krtani ujawnia nacieczenie nagłośni oraz przestrzeni międzynałekowej (*laryngoscleroma*). Gruczoły szyjne nieco powiększone. Nieznaczące wole. 3) Trzy przypadki wilka po polsku tego twarży, leczone metodą HERZHEIMER-ALTMANN'a — zastrzykami niami tuberkuliny, poczynawszy od pół do 5-iu miligramów i więcej, oraz salwarsanu 0,3—0,4 dożylnie. Próby tej metody są bardzo zachęcające. Obserwacja przypadków trwa.

STERLING przedstawił 2½-letnią dziewczynkę z owrzodzeniem, zajmującym ¾ bocznej lewej powierzchni języka, trwającym od 4-ch tygodni. Rozpoznanie waha się pomiędzy gruźlicą, syfilisem (*ulc. primit.*) i rakiem.

A. Racinowski.

Posiedzenia oto-laryngologów: 1) d. 25-go stycznia 1912 r.

MESZ przedstawił chorą, l. 59, z zarośnięciem nozdrzy tylnych, z lewej strony zupełnem, z prawej zaś częściowem; badanie palcem wykazuje zarośnięcie kostne.

MEYERSON jest zdania, iż zarośnięcie nozdrzy spowodowane jest zmianami na tle syfilisu, czego dowodzi przyrośnięcie podniebienia miękkiego. Poprawę można osiągnąć na drodze operacyjnej.

ERBRICH przedstawił chorą ze zwężeniem tchawicy wskutek zmian twardzieliowych, które były usunięte przy pomocy bronchoskopii. Chora ma jeszcze zmiany w nosie i jamie nosowogardzielowej, niema zaś żadnych zmian w krtani, co zasługuje na uwagę.

Następnie ERBRICH pokazał: a) rurkę tracheotomijną, która odłamała się od blaszki i wpadła do oskrzela prawego, chory był przysłany z Lublina; rurkę usunięto po uprzednim prześwietleniu chorego; b) kość, usuniętą przy pomocy bronchoskopii z prawego oskrzela, która tkwiła tam w ciągu całego miesiąca; c) pokazał ezofagoskop, przez który wprowadza sondę z mandryną do przełyku u chorych po oparzeniu ługiem.

W dyskusyi A. SOKOŁOWSKI zwraca uwagę na bardzo pomyślne wyniki, jakie obecnie daje bronchoskopia w przypadkach ciał obcych w drogach oddechowych, dawniej przypadki tego rodzaju prawie zawsze miały zejście śmiertelne wskutek rozwijającej się zgorzeli płuc.

Kaczyński przypomina o próbach stosowania bronchoskopii w astmie oskrzelowej, na co SOKOŁOWSKI odpowiada, że podobne próby robione były przez niego i ERBRICHA, lecz wyniku dodatniego nie było.

2) d. 29 go lutego 1912 r.

ELIASBERG przedstawił chorego, l. 19, dotkniętego od 5-iu miesięcy cierpieniem *lichen ruber planus*; zajęte są wargi, język, okolica pod językiem i policzki; oprócz tego są zmiany na skórze prawego uda, wykwitły są bardzo małe i tworzą siatkę o połysku masy perłowej. Jako leczenie stosuje się arsenik zazwyczaj z wynikiem dodatnim.

SZMURŁO przedstawił: a) chorą dotkniętą prawie od dzieciństwa ropieniem w zatokach nosa z prawej strony, co spowodowało *neuritis optica* z osłabieniem wzroku do $\frac{1}{4}$, przytem wszystkie przedmioty chora widziała w kolorze trupio-zielonym. Sz. usunął chorej muszlę średnią i górną, otworzył komórki sitowe i doszedł do zatoki klinowej, wynik był dodatni wzrok się poprawił, ropienie ustało; b) chorego, l. 63, ze znacznem powiększeniem gruczołu tarczowego, który wywiera ucisk na przednią ścianę tchawicy i powoduje objawy duszności. Wskazaną jest operacya.

W dyskusyi MEYERSON potwierdza dodatni wynik operacyi otwarcia komórek sitowych i zatoki klinowej drogą endonazalną, by nie oszpecić chorej; dodatni wynik operacyi potwierdza również i LUBLINER, chociaż zastrzega, że od czasu operacyi upłynęło dopiero 2 miesiące. Co zaś do przypadku wola (struma) KACZYŃSKI przytacza przypadek z własnej praktyki, gdzie po jednej flaszce jodu guz znacznie się zmniejszył.

MESZ radzi zastosować promienie RÖNTGEN'a.

CHORAŻYCKI i ZAMENHOF przeciwnie twierdzą, że naświetlania w przypadkach wola nie dają żadnego rezultatu, zdanie to podziela i MEYERSON i dlatego radzi nie zwlekać, lecz wykonać operacyę niezwłocznie ze względu na wiek chorego.

ERBRICH robi uwagę, że w wielu sprawach gruczołowych pod wpływem naświetlań napięcie tkanek narazie się zmniejsza, lecz następnie wszystko wraca do dawnego stanu; w przypadkach więc wola zaleca stosować najprzód tracheoskopię, aby zbadać, jaka część gruczołu jest powiększona, i tylko tę część następnie usunąć.

MARCINKOWSKI odczytał rzecz: „Nystagmus jako objaw kliniczny“ (drukowane w „Medycynie i Kron. lek.“ № r. b.).

3) d. 28 go marca 1912 r.

Z. DOBROWOLSKI przedstawia chorego lat 25 z porażeniem prawostronnem nerwu twarzowego; chory zgłosił się przed 2 tygodniami ze skargą na bóle w uchu, szum i znaczne osłabienie słuchu. Obecnie porażenie się zmniejszyło i słuch się poprawił. D. rozpoznaje zapalenie surowicze ucha środkowego, porażenie zaś musi być wywołane przez ucisk nagromadzonego płynu na nerw w kanale FALLOPIUSZA.

LUBLINER przedstawia chorego, lat 26, w 5 tygodni po operacyi doszczętnej wskutek ropnia mózdzku pochodzenia usznego; ropienie z ucha lewego trwa 7 lat. Przy badaniu znaleziono: stan bezgorączkowy, nieznaczne porażenie dolnej gałązki nerwu twarzowego, brak zupełny błony bębenkowej; w górno-tylnym odcinku krwawiąca ziarnina. Wyrostek bolesny. Słuch prawie = 0. Badanie ROENTGENEM wykazało próchnicę rozległą piramidy dokoła jamy bębenkowej, oraz rozszerzenie kości wzdłuż szwu potylicowo skroniowego w kierunku do zlewu żył. Objaw BARANY'ego w obydwu kończynach. Tętno 60. Przy operacyi doszczętniej wzdłuż zatoki usunięto mnóstwo ognisk i ziarniny; powyżej i poniżej zatoki kości wyskrobano ostrą łyżeczką; obnażono oponę twardą mózdzku

i przedniej części zrazu potylicowego mózgu. Obecnie chory ma jeszcze zawroty głowy, nieznaczny *Romberg* i *diplopia*.

W dyskusji nad przypadkiem Z. DOBROWOLSKIEGO, LUBLINER zapytuje, czy D. łączy porażenie i zapalenie nieżytowe ucha środkowego, czy też uważa za 2 sprawy niezależne od siebie.

T. HEIMAN widzi w danym przypadku 2 sprawy: *perineuritis* nerwu twarzowego i wysięk w jamie bębenkowej; przyczyna zaś obu spraw mogła być jedna — zaziębienie.

DOBROWOLSKI uważa, że zaziębnieniem nie można objasnić porażenia i jednocześnie wysięku w jamie bębenkowej.

MARCINKOWSKI przypuszcza znów, że u chorego w kanale nerwu twarzowego mogły być t. zw. dehiscencye; tą drogą zawartość jamy bębenkowej może uciskać na nerw.

W dyskusji nad przypadkiem LUBLINERA MARCINKOWSKI twierdzi, że można było *à priori* przypuszczać ropień w okolicy *vermis*, gdyż chory miał objaw BARANY'ego w obydwu kończynach.

T. HEIMAN zapytuje, jak L. objaśnia obecnie istniejące objawy, czy są one pochodzenia mózdkowego, czy też błędnikowego.

LUBLINER przypuszcza, że miejsce dawnego ropnia wypełnia się masą łącznotkankową; z jednej więc strony objawy mogą być wskutek podrażnienia błędnika, z drugiej zaś wskutek zmian w nerwach wzrokowych.

MARCINKOWSKI jest zdania, że powstałe obecnie objawy są pochodzenia mózdkowego, czego dowodzi to, że chory pada zawsze jednakowo bez względu na położenie ucha w przestrzeni.

T. HEIMAN prosi LUBLINERA, aby tenże po dłuższym czasie powtórnie pokazał chorego, wyzdrowienia bowiem po ropniach mózdku są rzadkością.

4) d. 25-go kwietnia 1912 r.

SZMURŁO przedstawił chorego, l. 20, z guzem (*fibroma*), wypełniającym tylną część prawej jamy nosa i jamę nosowogardzielową; obecnie jama nosowogardzielowa jest wolna (chory już po operacji); pozostała tylko część guza w tylnej części nosa. Na zasadzie owego przypadku i innych, obserwowanych dawniej, Sz. twierdzi, że guzy podobne najczęściej mają początek w tylnej części nosa.

A. SOKOŁOWSKI przedstawił chorego, l. 22, pochodzącego z Chełmszczyzny, z owrzodzeniem w nosie i gardzieli od 6-iu miesięcy; w rodzinie gruźlicy nie było, przymiotu nie przechodził, jest żonaty. Płuca i inne narządy wewnętrzne są zdrowe. W owrzodzeniach łaseczników KOCH'a nie wykryto i próba PIRQUER'a ujemna; podobnie i odczyn WASSERMANN'a. Co do twardzieli kultury wypadły ujemnie. Wykonano więc następnie próbę MANTOUX'a, która wypadła dodatnio; mamy więc do czynienia z gruźlicą o postaci łagodnej, zbliżonej do wilka.

S. zwraca uwagę na ważność dokonywania w wątpliwych przypadkach próby MANTOUX'a, która jest bardzo czułą i nie zawodzi w wielu razach tam, gdzie inne próby dają wynik ujemny.

ERBRICH przedstawił chorego, l. 42, z nowotworem złośliwym (mięsakiem) nosa; chory przed 20-u laty przechodził przymiot, przed 1½ rokiem zaczął odczuwać zatkanie w nosie i miewać częste krwotoki z nosa. Obecnie guz, jak to widać, przeszedł już na podniebienie twarde; chory będzie skierowany na oddział chirurgiczny dla dokonania operacji radykalnej.

Następnie ERBRICH i Cz. JANKOWSKI przedstawili chorego po pomyślnie dokonanej operacji całkowitego wycięcia krtani, lecz choremu temu obecnie wyrosły włosy w górnej części przetyku; przy badaniu ezofagoskopem widoczne są wystające kępki włosów. JANKOWSKI sądzi, że z czasem nastąpi metaplasia naskórka; w podobnym bowiem przypadku GLÜCKA po kilku latach naskórek zasymilował się do błony śluzowej i objawy ustały.

W końcu SZMURŁO przedstawił preparaty drobnowidzowe do swego przypadku *lymphangiomia nasi*.

W dyskusji nad I-y m przypadkiem, demonstrowanym przez SZMURŁĘ, OPPENHEIM twierdzi, że nowotwory jamy nosowogardzielowej, zdarzające się u osobników młodych, zawsze mają początek w jamie nosowogardzielowej, nie zaś w tylnej części nosa, jak to przypuszcza SZMURŁO.

LUBLINER również jest zdania, że guzy owe u młodych osobników pochodzą z *fibro cartilago basilaris* i dlatego tak szybko rosną zazwyczaj w dwu kierunkach—do jamy nosowej i do jamy nosowogardzielowej.

MEYERSON zwraca uwagę, że przy usuwaniu tego rodzaju guzów pętlą bywa znaczne krwawienie i dlatego radzi stosować elektrolizę; rokowanie w takich przypadkach nie zawsze jest dobre i często przechodzą takie guzy w złośliwe, rzadziej zaś znikają.

W. Polański.

Posiedzenie neurologów i psychiatrów 20-go kwietnia 1912 r.

1. KRUKOWSKI. Przypadek wiałdu i przymiotu rdzenia.

Chory, l. 38, przed 16-ma miesiącami osłabienie wzroku i zaburzenia urynowania. Od 6-iu miesięcy postępujące porażenie dolnych kończyn. 12 lat temu *lues*. Przedmiotowo: nierówność źrenic, objaw ARGYLL-ROBERSTON'a. Osłabienie siły wzroku. Niedowład obu kończyn dolnych, napięcie mięśniowe wzmożone, obustronny *clonus*, objaw BABIŃSKIEGO. Zaburzenia czucia typu BROWN-SÉQUARD'a. Odczyn WASSERMANN'a dodatni. Objawy wskazują na dawny wiałd rdzenia, oraz cierpienie rdzeniowe, powstałe w ostatnim roku.

STERLING nie uważa za konieczne rozpoznanie wiałdu rdzenia, a tylko przymiotu rdzenia. Tego samego zdania jest BORNSTEIN.

GAJKIEWICZ rozpoznawałby syfilis mózgowo-rdzeniowy.

KOPCZYŃSKI uważa, że zanik nerwów ocznych nie zabezpiecza tabetyka przed rozwojem dalszych ciężkich objawów.

2. ZIENKIEWICZ. Przypadek nowotworu kręgosłupa.

Chora, l. 27, cierpi od roku na bole w prawej kończynie dolnej. Badanie stwierdziło na razie tylko prawostronny objaw LASÈGUE'a; po 2-u tygodniach zniknął odruch z prawego ścięgna Achillesa, jednocześnie bole przeszły i do lewej kończyny dolnej. Po 2-u tygodniach zniknął odruch Achillesa po lewej stronie. Rentgenogram wykazał występ kostny 5-go kręgu lędźwiowego po stronie lewej. Mowca rozpoznaje nowotwór 5-go kręgu lędźwiowego.

3. KOPCZYŃSKI S. — przedstawił chorą po dwukrotnej trepanacji paliatywnej.

Chora, l. 34, od 1½ roku cierpi na bole głowy z wymiotami, osłabienie wzroku. Rok temu stwierdzono zastoinę na dnie oka. Objawów lo-

kalnych w tym czasie nie było żadnych. Rozpoznanie wahało się pomiędzy *meningitis serosa* a nowotworem mózgowia. Dokonano trepanacji paliatywnej (BORZYMOWSKI), poczem objawy ogólnomózgowe znikły zupełnie. Pół roku temu wzrok osłabił jeszcze bardziej, jednocześnie stwierdzono osłabienie czucia stereognostycznego w prawej kończynie górnej. Dokonano trepanacji po raz drugi, poczem zaczęła się rozwijać przepuklina mózgu, która po 8-iu miesiącach doszła do wielkości główki dziecka. Bole głowy przeszły, wzrok osłabiony znacznie. Mowca z powodu tego przypadku wypowiada uwagi ogólne, dotyczące wskazań do trepanacji paliatywnej.

FLATAU podnosi częstość ujemnych wyników po trepanacjach, stwierdza „powrotną falę” w chirurgii mózgu. Podobne zdanie wypowiada HIGIER.

BYCHOWSKI uważałby za wskazane dokonanie punkcji według ANTON-BRAMANA.

BREGMAN wypowiada się za dokonywaniem trepanacji w przypadkach, gdzie grozi utrata wzroku.

4. FLATAU i STERLING. Przypadek tężyczki z objawami myotonicznymi.

Chora, l. 21, zaczęła doświadczać przed 3-ma miesiącami bolesnych kurczów w kończynach, w ostatnich tygodniach zauważyła, że po ujęciu przedmiotu nie może rozewrzeć dłoni przez czas pewien. Przedmiotowo: kończyny górne w pozycji „*main d'accoucheur*”. Napięcie mięśniowe wzmożone. Dolne kończyny w *pes equinus*. Brak odruchów ścięgowych. Napady skurczu krtani. Objaw TROUSSEAU wybitny, CHVOSTEKA ujemny, ERBA — wyraźny. Prócz tych objawów tężyczkowego typu u chorej stwierdzić się dają objawy myotoniczne, mianowicie przy ruchu czynnym dłoni następuje skurcz mięśni w tym ruchu, trwający kilka minut. Badanie elektrycznością stwierdziło odczyn myotoniczny w niektórych mięśniach dłoni.

BREGMAN obserwował często objawy myotoniczne w sprawach zanikowych mięśni, w padaczkę i t. p.

KOPCZYŃSKI przypomina o pracy ORZECHOWSKIEGO nad powikłaniem tężyczki przez myotonię.

5. HIGIER. Dwa przypadki hemiplegii w przebiegu duru brzuszego.

Chora, l. 10, przechodziła ciężki tyfus, trwający 9 tygodni. Podczas drugiego nawrotu wystąpiło nagle porażenie prawostronne z afazją ruchową i umysłową. Obecnie, w siedem miesięcy później, niedowład twarzy i nogi jest minimalny, porażenie górnej kończyny trwa w dalszym ciągu. Odruchy po stronie prawej wzmożone, objaw BABIŃSKIEGO jest. Podobny przebieg miał i 2-gi przypadek. Mowca przypuszcza sprawę encefalistyczną w mózgowiu wskutek zakażenia.

BYCHOWSKI, GAJKIEWICZ nie uważają podobnych porażen w tyfusie za rzadkość.

6. JAROSZYŃSKI. Dwa przypadki psychoneurwii w wieku szkolnym.

a) przypadek hysterii. Dziewczynka, l. 10, nagle zaczęła doznawać bólu głowy, ziębienia, wreszcie dostawać ataków, w których zamykała oczy i siedziała nieruchomo. Potem opowiadała matce, że przychodzi do niej jakiś „czarny pan” i każe liczyć, poczem odchodzi i wtedy może znowu otworzyć oczy. Potem tenże pan przynosił jej kamienie, worki z solą i kazał je nosić. W dalszym ciągu chora dostawała napadów drgawek. Badanie stwierdziło, że drgawki te dadzą się wywo-

ływać i usuwać zapomocą sugestyi i tą drogą chora została wyleczona. Co do przyczyny choroby okazało się, że dziewczynka przed kilku miesiącami dostała po rękach od nauczyciela i nic o tem nie mówiła matce; choroba rozwinęła się, gdy braciszek jej został ukarany przez ojca niesprawiedliwie. W przypadku tym zasługuje na uwagę wiek chorej i przyczyna, polegająca na „tłumieniu“ urazu (w pojęciu FREUD'a), oraz specjalna symbolizacja urazu przez ataki somnanbulizmu.

b) przypadek skrupułów w chorobliwych.

Chłopiec, l. 16, wychowywany nieumiejętnie przez rodziców, nadmiernie strofowany przez ojca, po spowiedzi 5 tygodni temu zaczął mieć skrupuły, dotyczące grzeszności. Obawiał się np. chodzić po chodniku, żeby się nie niszczył, oddychać koło ściany, żeby nie wilgotniała i nie psuła się. Przy odpowiedzi dodawał „zdaje się“, na wszelki wypadek, aby nie skłamać, pytał się, jak składać chusteczkę, aby się najmniej zniszczyła, obawiał się mieć poduszkę przy spaniu, spał zawsze w jednej pozycji, aby nie być tyłem do obrazka świętego, w myśli dodawał zawsze „pan“ do nazwiska znajomych osób, a nawet i przedmiotów nieżyjących (np. „pani Wisła“) i t. p. Mówca analizuje pod względem psychologicznym ten przypadek, zaliczając go do psychastenii, podnosząc stan psychiczny „niepewności (*le doute*), doznawanych przez chorych ze skrupułami i myślami natrętnymi.

HIGIER co do 1-go przypadku wypowiada zdanie, że 1-y uraz nietyle znaczył w powstawaniu choroby, co drugi.

JAROSZYŃSKI przytacza fakty popełniania samobójstwa przez uczniów wskutek podobnego urazu (niesprawiedliwa kara).

Tad. Jaroszyński

Wiadomości bieżące.

— Prof. Dr STANISŁAW CIECHANOWSKI otrzymał tytuł i charakter profesora zwyczajnego.

— Wydział dobroczynności magistratu warszawskiego na posiedzeniu zeszłego tygodnia uchwalił przyjąć pod zarząd miasta, na zasadach ogólnych, wspaniały dar p. ZOFII SZLENKIERÓWNY w postaci szpitala dla dzieci na 100 łózek, którego budowa przy zbiegu ul. Leszno i Żytniej kończy się niezadługo. Wewnętrzny zarząd szpitala stanowiąc będzie rada zarządzająca pod przewodnictwem p. SZLENKIERÓWNY jako dożywotniej kuratorki szpitala.

Fakt darowizny powyższej świadczy wymownie o rosnącym zaufaniu naszego społeczeństwa do obecnej administracji szpitali warszawskich.

Zaufanie takie obowiązuje...

— W ostatnim numerze tygodnika „Nasze Źródło“ (oficjalnego organu Krajowego Związku Źródłowisk i Uzdrowisk) znajdujemy zestawienie tegorocznej frekwencji naszych zdrojowisk i uzdrowisk. Okazuje się z niego, że frekwencja ta wyniosła do 16 sierpnia **79526**, choć nie przysłała wykazów znaczna liczba zdrojowisk (Iwonicz, Morszyn, Wysowa, Usiła, Jaworze, Ojców, Połoga, Sławuta, Sławinek i mnóstwo letnisk podkarpackich). W porównaniu z ubiegłymi latami frekwencja wzrosła blisko o 19000 osób. W tymże numerze znajdujemy przegląd kilku zdrojowisk i uzdrowisk (Pohulanka nad Dźwiną, Truskawiec, Nałęczów, Ojców, Worochta), oraz opis wiewu zdrojowego w Truskawcu. Na wiecu tym wyrażono uznanie Krajowemu Związkowi Źródłowisk i Uzdrow. we Lwowie za jego dotychczasową działalność z prośbą, aby na tej drodze wytrwale dalej pracował. O ile wiemy, nasze towarzystwa przyjaciół po-

szczególne miejscowości leczniczych (Nałęczowa, Ojcowa, Ciechocinka) również nie próżnują, co niewątpliwie wpłynie pomyślnie na rozwój naszych miejscowości leczniczych. Czas byłby wielki po temu, gdyż biedny nasz kraj zawieli, bo kilkamilionowy haracz opłaca corocznie zagranicy w pogoni za zdrowiem, które tak łatwo mógłby znaleźć u siebie.

— W Weimarze odbył się Zjazd słuchaczek 17-u uniwersytetów Niemiec i Austrii, na którym uchwalono złożyć do rządu petycję o zrównanie pod względem praw studentek uniwersytetu ze słuchaczami płci męskiej oraz o dopuszczanie kobiet do docentur uniwersyteckich.

— Przed kilku laty z ofiary prof. BACCALI'ego powstał w Rzymie fundusz konkursowy dla nagradzania najlepszych prac włoskich z zakresu terapii. Z funduszu tego Komitet przyznał w roku bieżącym nagrodę samemu ofiarodawcy profesorowi BACCALI!

— W Łódzkim szpitalu miejskim dla chorób zakaźnych gorączkowych ruch chorych był następujący:

od 19 go sierpnia					
do 26-go sierpnia	było	przybyło	wypisało się	zmarło	pozostało
ospa	3	—	—	—	3
szkarlatyna	5	2	1	—	6
dur wysypkowy	1	—	—	1	—
dysenteria	1	—	—	—	—
róża	—	—	—	1	—
Ogółem	10	2	1	2	9

NADESŁANO DO REDAKCYI.

1) Dr A. PUŁAWSKI. Jod und Thyreoidin als Ursache der Basedow-Krankheit bei Kropfbehandlung. Odb. z Medizin klinik. 1912.

2) W. NOWICKI i K. ORZECZOWSKI. Stwardnienie guzowate i choroba RECHLINGHAUSENA jako jednostka chorobna pod względem anatomicznym. Odb. z Neurol. pol. 1912.

Do numeru niniejszego dołącza się dodatek „Pipérazine Midy“.

Redaktorzy: Dr A. Puławski i Dr W. Starkiewicz. Wydawca: Dr W. Szumlański.

Wszelkie artykuły są płatne. Autorzy otrzymują bezpłatnie 25 odbitek.

WARUNKI PRENUMERATY „GAZETY LEKARSKIEJ“, „PRZEGŁĄDU PEDIATRYCZNEGO“ i „ODCZYTÓW KLINICZNYCH“

Gazeta Lekarska w Warszawie rocznie rub. 7, półrocznie rub. 3.50; na prowincyi, w Cesarstwie i za granicą: rocznie rub. 8, półrocznie rub. 4, kwartalnie rub. 2.

Cena numeru pojedynczego kop. 20.

Przegląd Pedyatryczny rocznie rub. 4. Numer pojedynczy rub. 1.

Odczyty Kliniczne rocznie (12 zeszytów) rub. 4. Zeszyt pojedynczy kop. 40.

Oplacający Gazetę rocznie bezpośrednio w Administracyi otrzymują Przegląd Pedyatryczny za rub. 2 rocznie w Warszawie i za rub. 2.40 z przesyłką. Tygodnik Lekarski Lwowski dla prenumeratorów Gazety kosztuje rub. 4 rocznie.

CENA OGŁOSZEŃ: w Gazecie za wiersz dwuszpaltowy drobnem pismem na stronie pierwszej i ostatniej kop. 30, na stronach przylegających do tekstu kop. 25, na pozostałych przed tekstem kop. 20 za tekstem kop. 16. Opłata za wiersz jednoszpaltowy wynosi połowę

W Przeglądzie Pedyatrycznym: na okładce (str. 2, 3, 4) cała strona rub. 20, 1/2 str. rub. 11 1/4 str. rub. 6; za tekstem: cała strona rub. 15, 1/2 str. rub. 8, 1/4 str. rub. 4.50.

Ogłoszenia przyjmują: Administracja Gazety Lekarskiej, Dom handlowy L. i E. Metzl i S-ka Marszałkowska 130 i Biuro Ungra, Wierzbowa 8. W Krakowie H. Falek, Św. Gertrudy 2; w Berlinie Rudolf Mosse, Jerusalemstrasse 46/49 i K. Lohner, Grossbeerenstr. 92; w Paryżu M-r Gray de Gourcy, 46. Boulevard Barbés.

Administracja (Zielna 11) otwarta w dni powszednie od 10-ej do 2-ej.

Druk K. Kowalewskiego Warszawa, Piękna 15.