

MEDYCYNA.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

TREŚĆ. Prace oryginalne. Przyczynek do nauki o nowotworach pęcherza moczowego. Skreślił D-r W. Stankiewicz. O uleczalnej postaci porażenia opuszkowego z udziałem kończyn, podał S. Goldflam. (Dokończenie).—Kazuistyka. Rzadki przypadek prawidłowego miesiączkowania przez otwór niezwykły przy wrodzonym zarośnięciu pochwy (atresia vaginae hymenalis congenita). Podał Franciszek L. Neugebauer. — Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego. Posiedzenie z dnia 16 Maja r. b. — Streszczenia i wyciągi. 89. O leczeniu błonicy zapomocą swoistej surowicy leczniczej (Diphtherieheilserum).—Drobniejsze wiadomości różnej treści. — Wiadomości bieżące. — Ogłoszenia.

Przyczynek do nauki o nowotworach pęcherza moczowego.

Skreślił D-r **W. Stankiewicz.**

(Rzecz czytana na posiedzeniach Warsz. Tow. Lek. d. 14 i 21 Marca 1893 r.).

Rys historyczny. Jeżeli opis przypadków klinicznych codziennie spotykanych, starannie opracowany z uwzględnieniem stron jasnych i ciemnych, czyta się z zajęciem i prawdziwy pożytek przynosi, to opis przypadków chorobowych rzadko przytrafiających się, jest obowiązkiem lekarza w celu zapoznania ogółu z cierpieniami, które niepoznane lub też zapóźno zrozumiane, narażają chorych na ciężkie dolegliwości lub zgon przedwczesny. Do rzędu takich chorób między innymi należą nowotwory pęcherza moczowego. Od najdawniejszych czasów autorowie przedstawiają je jako chorobę bardzo rzadką a zarazem prawie bezwarunkowo zgubną dla organizmu. Brak ścisłych danych rozpoznawczych, nieznanie objawów klinicznych, oraz chaos pojęć anatomo-patologicznych sprawiały, iż spotykano je tylko wypadkowo jako powikłanie przy otwieraniu pęcherza moczowego w celu wydobycia kamieni, lub też najczęściej jako *curiosum* na stole sekcyjnym, gdzie uznane za grzyb złośliwy równoznaczny z rakiem, zakwalifikowane zostały do rzędu narośli, których bezkarnie tykać nie wolno „*noli me tangere*“. Że jednak choroby te dawno już były znane i leczone przez niektórych lekarzy, świadczy opisany przypadek COVILLARD'a, który w r. 1639 rozpoznał w pęcherzu obecność guza twardego, zrobił cięcie boczne (*Sectio lateralis*), kleszczami zmiażdżył guz na drobne kawałki, wydobyl go i wyleczył chorego. Pomyślna ta operacja przeszła jednak cichaczem, nieznalazłszy naśladowców w ciągu blisko całego stulecia.

Wprawdzie wspominają już o tych chorobach autorowie XVII wieku jak: BLANCARD, DRÉLINCOURT i RUYSCH, który się wyraża, iż rozpoznanie ich jest równie niepewne jak leczenie. W XVIII wieku spotykamy już częstsze opisy guzów pęcherza i operacji przedsięwziętych w celu ich usunięcia i gdy jedni jak LE CAT i WARNER pomyślnie usuwali polipy szypułkowate u kobiet po rozszerzeniu lub rozcięciu cewki moczowej, drudzy jak: HOUSTET, MORAND, GUÉ-

RIN wyluszczać guzy napotkane przy operacji kamienia, mieli szybko zejścia śmiertelne, co rzuciło taki postrach na chirurgów, iż uznali za szkodliwe i zgrubne wszelkie pokuszenie się w celu operowania narośli pęcherzowych. Nawet pomyślny rezultat wyrwania polipa szypułkowatego przy operacji kamienia przez DESAULT'a i wpływ DUPUYTREN'a na korzyść tej operacji nie zdołały zachwiać panującej opinii co do wstrzymania się od wszelkiej interwencji chirurgicznej w tych przypadkach; opinia ta utrzymała się jeszcze przez kilka dziesiątków lat obecnego stulecia, jak świadczy o tem dzieło CHOPART'a.¹⁾

Dopiero CIVIALE śmiało swemi operacyami zdołał podkopać panujące pojęcia i zwiastować nową epokę w leczeniu guzów pęcherzowych. W r. 1827 w trakcie kruszenia kamienia wyrwał przy pomocy instrumentu, zwanego „*trilabe*“ mały guz polipowy i wyleczył chorego. Zachęcony tym wypadkiem zaczął operować guzy pęcherza w podobny sposób z rozmaitem jednak powodzeniem. Napotykanie zwykle przy operacjach kamieni guzy, zwane wówczas grzybami (*fungus*) usuwał w podobny sposób, lecz w większej części przypadków zauważył recydywy po kilku miesiącach; to go skłoniło do udzielenia rady, aby takich grzybów nie tykać, skoro się je spotka w pęcherzu jednocześnie z kamieniem. Oprócz tego CIVIALE pierwszy rozróżnił guzy powstałe z przerostu prostaty od guzów pęcherza, a nadto podzielił te ostatnie na grzyby i raki, przypisując pierwszym charakter guzów łagodnych. I te jednak śmiałe operacje oraz prace kliniczne CIVIALE'a nie znalazły naśladowców, ile razy chodziło o operacje guzów pęcherzowych u mężczyzn; przeciwnie u kobiet wykonywali liczne operacje już to przy pomocy rozszerzenia cewki, lub jej przecięcia THIENEMANN, GUILLON (1846), SPENCER WELS (1858), BRYANT (1863), GUERSANT (1868). Operacje te dotyczyły prawie wyłącznie guzów szypułkowatych czyli polipów natury łagodnej i po większej części uwięnczane były pomyślnem zejściem. LANGENBECK (1859) i BRAXTON HICKS (1868) operowali u kobiet guzy rakowate, jedna z nich umarła na zapalenie otrzewnej, u drugiej zaś wyluszczenie zupełne okazało się niemożliwem. W całym okresie do r. 1874 tylko dwa razy wykonano operację wyluszczenia guzów z pęcherza mężczyzn i to z nieszczęśliwym rezultatem: CROSSE przez cięcie boczne (*sectio lateralis*), przyczem znalazł cały pęcherz wypełniony brodawkowcem (*papilloma*), LISTON zaś i KNOX przez cięcie nadłonowe operowali torbiel błoniastą.

Okres ten od r. 1827 do 1874 zainaugurowanego operacją BILLROTH'a, słusznie nazwany okresem CIVIALE'a, o ile odznacza się postępem operacyjnym, o tyle nadzwyczaj mało w nim zdziałano na polu symptomatologii i anatomii patologicznej nowotworów pęcherzowych. Jedną z lepszych prac tego okresu stanowi praca PODRAZKI'ego w chirurgii, wydanej pod kierunkiem BILLROTH'a i PITHY, gdzie autor wbrew twierdzeniu CIVIALE'a utrzymuje, iż raki są o wiele częstsze w pęcherzu aniżeli guzy łagodne.

Dopiero w okresie nam współczesnym, datującym od roku 1874 nauka o nowotworach pęcherza moczowego dosięgła nadzwyczajnego postępu i rozwoju pod każdym względem. BILLROTH i VOLKMANN otwierają ten pochod przez swe śmiałe operacje; SIMON rozpowszechnia swą metodę leczenia guzów pęcherzowych u kobiet przez rozszerzanie cewki, a THOMPSON zastosowując cięcie środkowe cewki (*la boutonnière périnéale*) nie tylko do operacji nowotworów pęcherza, ale i do dyagnozy, daje popęd do wielu prac w tym kierunku. Za przykładem i wpływem tych znakomitych chirurgów kwestya operowania

¹⁾ Chopart, Traité des maladies des voies urinaires. 1830.

i dyagnozy guzów pęcherza zyskuje coraz więcej dokładności, ale największy i najdonioślejszy udział w tym postępie należy się GUYON'owi, który pracami swemi na polu dyagnostyki, symptomatologii i techniki operacyjnej, naukę tę doprowadził do stopnia doskonałości. Trzeba oddać zupełną słuszość ALBARRAN'owi, uczniowi GUYON'a, który w wybornem dziele swoim ²⁾ w okresie historii guzów pęcherzowych uwydatnia dwie fazy: na czele pierwszej stoją BILLROTH i VOLKMANN, drugą inauguruje świetnie GUYON.

BILLROTH w r. 1874 wykonał cięcie boczne (*sectio lateralis*) u chłopca 12 letniego w celu wydobywania mięsaka (*myosarcoma*), lecz znalazłszy narośl za wielką, aby mogła być usunięta przez ten otwór, natychmiast zrobił cięcie wysokie i znalazłszy guz wielkości pięści, szeroko przyrośnięty do ściany pęcherza, usunął część palcami a resztę podwiązał i chory wyzdrowiał. Wkrótce potem VOLKMANN spostrzegłszy u chorego 54 letniego wydzielane z moczem kawałki nowotworu, które pod mikroskopem okazały się częstkami mięśniaka (*myoma*), w celu przekonania się, w jaki sposób zrośnięty jest guz ze ścianą pęcherza, zrobił cięcie w kroczu, a następnie wyłuszczył guz przez cięcie wysokie. Chory umarł 4 dnia po operacji wskutek zacieku moczu i zapalenia otrzewnej, a przy autopsji znaleziono jeszcze dwa guzy dodatkowe. W tymże roku KOCHER usunął go pomyślnie brodawczaka (*papilloma*) przez cięcie poprzeczne (*taille prérectale*), odskrobawszy go ostrą łyżeczką od ściany pęcherza. Następnie, jak już wzmiankowaliśmy, SIMON rozpowszechnił swą metodę operowania guzów pęcherzowych u kobiet, przez stopniowe rozszerzanie cewki do możliwości zbadania okiem wnętrza pęcherza. HUMPHRY MURRAY (1877), BERKELEY HILL (1881), DAVIES-COLLEY (1880), również posługiwali się cięciem kroczowym w celu usunięcia narośli z pęcherza.

THOMPSON w roku 1880 po raz pierwszy powziął zamiar przez cięcie kroczowe zbadać palcem pęcherz, a znalazłszy guz inkrustowany solami, wydobyl go tą drogą. Myśl tej operacji powstała w nim po autopsji chorego, który umarł wskutek drenowania pęcherza przez cięcie kroczowe, znalazł bowiem brodawczaka kosmatego (*pap. villosum*) z wąską szypułką, który łatwo mógł być usunięty na tej drodze. Odtąd rozpoczął wykonywać tę operację coraz częściej, a przez rozgłosne swe prace ³⁾, w których szczególnie zajmował się anatomią patologiczną i sposobem operowania nowotworów pęcherzowych, rozpowszechnił swą metodę w całej Anglii i Ameryce północnej. Na kontynencie metoda THOMPSONA mniej znalazła zwolenników, a wykonane pojedyncze operacje przez biegłych chirurgów i GUYON'a nawet, nie były w stanie wykazać jej praktycznej wyższości wobec rywalizującej z nią metody cięcia nadłonowego. Niebezpieczeństwa bowiem, jakie dotąd tak często towarzyszyły cięciu nadłonowemu, a mianowicie obrażenie otrzewnej i zaciek moczowy zostały usunięte pod wpływem metody antyseptycznej i udoskonalenia odpływu moczu zapomocą drenu. Od tej chwili dzięki pracom PETERSEN'a, cięcie nadłoneczne wychodzi na widownię, a stosowane coraz częściej przez chirurgów jak: MARCACCI (1880), CZERNY (1881), TRENDLENBURG (1882), staje się operacją prawdziwie popularną i powszechnie za najpraktyczniejszą uznaną.

Głównie jednak od chwili ukazania się prac GUYON'a i jego uczniów, datuje się ogromny postęp w nauce o nowotworach pęcherza moczowego, tak pod względem udoskonalenia dyagnozy, jako też anatomii patologicznej i tech-

²⁾ Albarran, Les tumeurs de la vessie, Paris. 1892.

³⁾ Thompson, On tumours of the bladder. London. 1884.

niki operacyjnej. W pracy FÉRÉ'go ⁴⁾ o raku pęcherza, wydanej w r. 1881, wypowiedziane zostały zasady i poglądy GUYON'a, dotyczące guzów pęcherza, z których pokazuje się, iż przez staranną i drobnostkową obserwację objawów klinicznych dochodzi się do ścisłej niemal dyagnozy nowotworów pęcherzowych bez pomocy uciekania się do próbných operacji krwawych. I tak BAZY jeden z najzdolniejszych uczniów GUYON'a, opierając się wyłącznie na badaniu objawów klinicznych, nie tylko rozpoznał obecność guza w pęcherzu, ale wykazał, iż szeroką szypulką usadowił się na bocznej lewej stronie pęcherza i ma wielkość jajka kurzego. Chory miewał wycieńczające krwotoki i silne bóle z powodu kataru pęcherza; operację wykonał B. w roku 1882 w przytomności GUYON'a i MONOD'a, otworzył pęcherz cięciem nadłonowem, a nie mogąc wyłuszczyć nowotworu w całości, odjął część jego. Chory doznał znakomitej ulgi, gdyż krwotoki i bóle ustały, a uryna stała się prawie przezroczystą; z wycieńczenia powolnego umarł po 6 miesiącach. W parę lat później GUYON ⁵⁾ w ogłoszonych drukiem lekcjach klinicznych wypowiedział swe poglądy co do symptomatologii i dyagnozy nowotworów pęcherzowych, a rozbiegając pojedyncze i najważniejsze objawy im towarzyszące, wytworzył jasną i racjonalną metodę ścisłej dyagnostyki tychże, a zarazem wskazania ich operacyjnego leczenia. Opierając się na coraz większej liczbie pomyślnych operacji, GUYON oraz jego uczniowie i zwolennicy jak: POUSSON, ROLLIN, HALLÉ, DESNOS, JAMIN, zwalczają metodę cięcia kroczonego THOMPSON'a na korzyść cięcia nadłonowego, które jedynie daje obszerny i wygodny dostęp do wnętrza pęcherza, a udoskonalając coraz bardziej technikę tej metody, wyrabiają dla niej pierwszeństwo i uznanie nie tylko we Francji i na kontynencie Europy, ale nawet w samej Anglii. W następnych swych pracach GUYON ⁶⁾, zajmuje się szczegółowo zbadaniem nowotworów pęcherza i prostaty pod względem anatomii patologicznej i dyagnozy, oraz kreśli gruntowne zasady symptomatologii tych chorób, starając się wykazać możność rozróżniania klinicznego obu tych chorób, wbrew autorom niemieckim i włoskim, którzy utrzymują, iż trudno jest znaleźć różnicę anatomiczną między rakiem prostaty i pęcherza, zaś kliniczne rozróżnienie jest niemożliwe. Dzieło wyżej wspomniane zawiera wszechstronne studia nad nowotworami pęcherza w ogólności i z tego względu jest dotąd pracą źródłową, pełną zalet, przedstawiającą obraz najnowszego postępu.

W innych krajach pracowano równie gorliwie nad nowotworami pęcherza; GLUCK i FISCHER dowiedli możności wycięcia (*resectio*) samego pęcherza, a SONNENBURG w r. 1884 wyciął mężczyźnie prawie cały pęcherz z pozostawieniem tylko trójkąta; chory żył po operacji miesiąc. W Niemczech głównie sprawą nowotworów pęcherza zajmowali się TRENDELENBURG, HASENCLEVER, GUSSENBAUER, KOCH, KÜMMELL, WINCKEL. Największy jednak wpływ na rozwój chirurgii nowotworów pęcherzowych w Niemczech wywarł MAX NITZE pracami swymi nad zbadaniem wnętrza pęcherza zapomocą oświetlenia wynalezionym przez siebie cystoskopem. NITZE opisał swój endoskop w r. 1877, lecz dopiero w r. 1879 LEITER (fabrykant instrumentów w Wiedniu) doprowadził go do stopnia praktyczności w użyciu. DITTEL pierwszy opisał w r. 1885 przypadek guza pęcherzowego, dyagnozowanego zapomocą tego przyrządu. Atoli NITZE przy nieustannej pracy wydoskonił swój przy-

⁴⁾ Féré, Du cancer de la vessie. Th. Paris. 1881.

⁵⁾ Guyon, Annales des maladies des org. génito-urin. 1854.

⁶⁾ Guyon, Leçons sur les maladies de la vessie et de la prostate. 1888.

rząd i w r. 1886 opisał 6 przypadków guzów pęcherzowych, rozpoznanych cystoskopem, a w r. 1888 ogłosił w dzienniku „The Lancet” 15 takich spostrzeżeń. Wprawdzie DÉSORMEAUX już w r. 1853 przedstawił akademii lekarskiej w Paryżu swój endoskop do badania cewki moczowej i pęcherza, przyrząd ten jednak ze względu na słabe oświetlenie badanych w głębi organów, nie mógł się upowszechnić w praktycznym użyciu, a zbudowany w r. 1885 przez BOISSEAU du ROCHER’a przyrząd nazwany *mégaloSCOPE*, jest tylko modyfikacją cystoskopu elektrycznego NITZE’go. W tej samej materii dużo pracował GRÜNFELD, który zapomocą swego endoskopu już w r. 1876 zbadał otwory moczowodów i opisał sposób manipulacji tem narzędziem; w r. 1885 wykrył obecność polipa w pęcherzu kobiety i tenże usunął drogą naturalną, przy zastosowaniu rzeczonoego oświetlenia, w rok zaś później wykonał pomyślnie podobną operację u mężczyzny.

Streszczając wyliczone powyżej poglądy i prace tylu znakomitych chirurgów w różnych krajach, widzimy, iż w Niemczech nauka o nowotworach pęcherza najgruntowniej przedstawioną została przez pracę KÜSTER’a ⁷⁾; badanie pęcherza zapomocą cystoskopu NITZE’go rozpowszechnione zostało ogólnie, a najważniejsi klinicyści przyjęli metodę cięcia nadłonowego GUYON’a, chociaż w części zmodyfikowaną (TRENDELENBURG), jako najwygodniejszą w praktyce. Niektórzy zaś jak: BARDENHEUER, HELFERICH, KÜSTER, wykonali resekcyę całkowitą pęcherza.

W Austrii sprawa leczenia nowotworów pęcherza, tak świetnie inaugurowana przez BILLROTH’a, dosięgła wysokiego stopnia rozwoju, dzięki pracom DITTEL’a, ULZMANN’a, WITTELSHÖFER’a, SCHUSTLER’a a zwłaszcza ANTAL’a ⁸⁾, który w r. 1888 napisał wyczerpujące dzieło w tym przedmiocie. Cięcie nadłonowe rozpowszechnione przez DITTEL’a, zostało ogólnie przyjęte w celu operacji nowotworów.

W Anglii dotąd klasycznym dziełem o guzach pęcherza jest przytoczona praca THOMPSON’a oraz nowsze HARRISON’a, MORRIS’a i FENWICK’a. Badanie cystoskopem nie weszło jeszcze w ogólne użycie, co zaś do metody otwierania pęcherza, to już i sam THOMPSON w wielu razach uciekał się do cięcia nadłonowego, inni zaś chirurdzy jak HARRISON i FENWICK wykonywają je przeważnie. W Ameryce północnej poznano się szybko na wartości endoskopu i skwapliwie posługiwano się nim zaczęto, przy operacjach zaś nowotworów cięcie nadłonowe ogólnie zostało przyjęte, jako najpraktyczniejsze.

We Włoszech przez długi czas posługiwano się przeważnie cięciem nadłonowym, w ostatnich jednak czasach, a zwłaszcza od ogłoszenia obserwacji CECCHERELLI’ego metoda nadłonowa wzięła stanowczo górę, a najważniejsze prace w tej kwestyi ogłosili: PACINOTI i PANEZINI.

W Danii spotykamy kilka pojedynczych obserwacji IVERSEN’a, ogłoszonych w pismach lekarskich; toż samo i w Hiszpanii, gdzie prace te są wiernem odbiciem szkoły GUYON’a.

Przeglądając ten bilans historyczny, tak świetny zwłaszcza w ostatnim lat dziesiątku, przyznać musimy, że niezmordowana a wszechstronna praca GUYON’a, jego talent kliniczny, umiejący z dziwną bystrością odkrywać najdrobniejsze odcienia symptomatologii dla wyzyskania ich w celu dyagnozy, jego zmysł syntetyczny w wyprowadzaniu wniosków w najtrudniejszych przypad-

⁷⁾ Küster, Volkmann’s klinische Vorträge. 1886.

⁸⁾ Antal, Spec. chir. Pathol. u. Ther. der Harnröhre und Blase. Stuttgart. 1888.

kach, w połączeniu z trafnym wyborem drogi leczenia oraz tak biegle opracowaną techniką operacyjną, zjednały mu niewątpliwie palmę pierwszeństwa w tym najbardziej cywilizacyjnym wyścigu naukowym, zdobytym w imię ulgi cierpiącej ludzkości i uratowania życia tysiącom jednostek, skazanym dawniej na śmierć niechybną. Odziedziczywszy spuściznę nauczania w szpitalu NECKER'a po znamienitym CIVIALE'u, wytworzył już cały zastęp biegłych chirurgów, którzy z dumą mianują się uczniami szkoły NECKER'a. Możemy tu zacytować imiona: BAZY, GUIARD, DESNOS, HALLÉ, JAMIN, MONOD, POUSSE, JANET, ALBARRAN, znane już wszystkim z licznych prac oryginalnych, pełnych rzeczywistej wartości, ale najwybitniejszym z nich jest ALBARRAN, którego najnowsza praca: „*Les tumeurs de la vessie*“ wydana w roku zeszłym, przedstawia stan nauki o nowotworach pęcherza w świetle ostatniego postępu. Obok głębokiej wiedzy i niezmiernie starannego opracowania wszelkich stron danej kwestyi, odznacza się oryginalną klasyfikacją nowotworów pod względem anatomo-patologicznym, krytycznym poglądem na dotychczasowy stan tej nauki, niezmiernie troskliwym opracowaniem dyagnostyki oraz wszelkich najnowszych sposobów badania, zwłaszcza cystoskopii. Strona kliniczna w niczem nie ustępuje innym, a dział operacyjny obrobiony z największym talentem i sumiennością. Dzieło to służyło mi za źródło do czerpania dat historycznych oraz niektórych innych danych w mojej pracy. Niestety! przeglądając tak liczne cytaty autorów w tem pięknym wydaniu, oprócz wzmianki o metodzie wewnątrz-otrzewnowej resekcji pęcherza przez RYDYGIERA, nie spotkałem się ani z jednym nazwiskiem chirurga polskiego, najszcześniejszym więc będę, jeśli obecna praca moja stanie się pobudką do ogłoszenia innych, niewątpliwie czekających tylko ostatecznego wykończenia ⁹⁾. (C. d. n.)

O uleczałnej postaci porażenia opuszkowego z udziałem kończyn.

Podał S. Goldflam.

(Dokończenie.—Zob. Nr. 20).

Po upływie pół roku pogorszenie. 8. V. 90. Chory nie może dobrze przełykać, mówić i żuć. Podniebienie miękkie porażone, odruch gardzielowy nie istnieje, mięśnie żwacze bardzo osłabione, lekkie opadnięcie powieki, szczególnie z lewej strony. 9. V. Osłabienie kończyn górnych, szczególnie abdukcji w stawie barkowym i ruchów wyprostnych w stawie łokciowym. Stan odżywiania bardzo mierny. Porażenie obu *crico-arythenoidi i postici*. 10. V. *Ptoxis duplex*, z lewej strony w wyższym stopniu. Tętno 104. 13. V. Poruszenia gorączkowe, śmierć. Badaniu drobnowidzowemu poddano rdzeń kręgowy, most przedłużony, wzgórk czworacze, zawoje podstawowe, a nadto zawoje centralne i nerwy obwodowe. Wynik badania był ujemny, znaleziono jedynie kilka przedśmiertnych wynaczynień w mózgu. HOPPE jest tego zdania, że przypadki WILKS'a, EISENLOHR'a i OPPENHEIM'a kładą pod pewnemi względami z jego obserwacją. We wszystkich bowiem tych przy-

⁹⁾ W toku rozpraw z okazji niniejszego odczytu w Warszawskim Towarzystwie Lekarskim, Prof. Kosiński mówił o kilku przypadkach nowotworów pęcherza moczowego przez siebie operowanych, które drukiem nie były ogłoszone. Na Zjeździe Lekarskim w Krakowie w r. 1891 wspominał również o resekcji pęcherza moczowego, wykonanej przy wyluszczeniu macicy rakowatej. (Gazeta Lekarska str. 901. 1891).

padkach mamy do czynienia z chorobą, wyrażającą się niedowładami w całym ruchowym aparacie ciała, w szczególności zaś w mięśniach unerwionych przez nerwy czaszki, z chorobą, która rozwija się wolno, doprowadzając pewne mięśnie do zupełnego porażenia, bez zaniku, bez zmian pobudliwości elektrycznej, z chorobą wreszcie, kończącą się śmiercią i dającą jedynie ujemny rezultat przy badaniu anatomicznem.

Oczywiście, że przypadek HORPE'go należy do zajmującej nas obecnie kategorii. Zwróć tylko uwagę na charakterystyczną chwiejność objawów, przejawiającą się nawet w ciągu dnia jednego, jak również na znaczne zwolnienia i nasilenia w przebiegu choroby.

Przypadek SENATOR'a jest następujący: robotnik 41-letni, przyjęty do szpitala 29. XI. 84. Przed 20 laty szankier bez następstw, dzieci zdrowe, poronień nie było. Przed 9 tygodniami chrypka i lekki kaszel, od 8 dni kaszel silniejszy, dreszcze, gorączka, poty, głos nosowy. Nocą z 27 na 28. XI. niemożność przełykania i spluwania, język bezwładny, wyraz twarzy martwy, oczy widocznie powiększone. 29. XI. chory nie może poruszać prawem ramieniem i powłóczy prawą nogą. *St. pr.* Zupełny bezgłos, przytomność zupełna. Tętno 64. R. 28. Prawa górna kończyna bardzo mało ruchoma, podniesienie ramienia, wyprostowanie i supinacja przedramienia, wyprostowanie palców prawie że nie możliwe; niedowład prawej nogi; odruchy stopowe i kolanowe żywe, przytem odruch kolanowy prawy jest silniejszy, jak również i prawy objaw stopowy. Wszystkie gałęzie obu nerwów twarzowych porażone; śmiech i gwizdanie niemożliwe. Chory może powieki zawrzeć, ale nie jest w stanie ich zacisnąć. Usta półotwarte, zaciśnięcie ich niemożliwe. Ruchy żuchwy normalne. Język nieruchomy. Żywienie chorego jest bardzo trudne, odbywa się jedynie zapomocą płynnych pokarmów, wlewanych od czasu do czasu przez zgłębnik przełykowy. Pobudliwość elektryczna normalna, jedynie w obrębie lewego nerwu twarzowego trzeba użyć silniejszego prądu, niż po stronie prawej. Chory nadto cierpi na gruźlicę i ma wysięk opłucnej. Noce spędza niespokojnie. Zauważono jeszcze mimowolne drgania w kątach ust, ślinotok, zmniejszoną ruchliwość miękkiego podniebienia przy fonacji i drażnieniu mechanicznem i wystawanie gałek ocznych. Stan chorego stopniowo wśród lekkich wahań poprawiał się nieco do lutego, w którym to czasie nastąpiło pogorszenie. Chory zmarł w marcu z wycieńczenia w 4 miesiące po wystąpieniu objawów porażenia.

W przypadku tym poznajemy znowu znany już typ kliniczny: szybki rozwój objawów, zajęcie całego obrębu nerwu twarzowego i mięśni żwaczy, właściwość niedowładów kończyn, polegająca na tem, że bliższe grupy mięśni silniej są dotknięte niż dalsze, zmiany w natężeniu objawów, brak zaników, drgań włókienkowych i t. d

Badanie ośrodków nerwowych (oprócz półkul mózgowych, w których makroskopowo nie znaleziono nic godnego uwagi), odpowiednich nerwów peryferycznych i mięśni dało wynik ujemny. SENATOR po wyłączeniu ostrego i przewlekłego porażenia opuszkowego, jak również porażenia pseudoopuszkowego przychodzi do przekonania, że objawy opuszkowe w tym przypadku zależały jednak od jakiejś afekcji mózgowej, niemożliwej do wykrycia makroskopowo, a prawdopodobnie niedostępnej również dla dzisiejszych środków drobnowidzowego badania.

Do zajmującej nas kategorii należy również przypadek opisany przez REMAK'a ¹⁾. Dziewczyna 12-letnia zachorowała w lutym 1890 r. na influencję, do której przyłączył się później wyciek ropny z lewego ucha, przyczem twarz była wykrzywiona. W czerwcu zauważono, że chora we śnie niezupełnie zamyka oczy i że

¹⁾ Arch. f. Psych. u. Nervenkr, XXIII. H. 3.

mowa jej po dłuższym mówieniu staje się niewyraźną. We wrześniu zaburzenia w przełykaniu. Przy badaniu wówczas dokonaniem znaleziono: Tętno 96—102, martwy wyraz twarzy, być może wskutek tego, że chora bardzo rzadko mruga, za wieranie powiek niezupełne; chora nie może ułożyć ust w lejek; język zdaje się spłaszczony, nie jest w stanie oblizać górnej wargi. Podniebienie miękkie przy fonacji wznosi się bardzo mało. Przy wymawianiu *A* po raz pierwszy unosi się nieco, przy następnych coraz mniej, aż wreszcie przestaje się zupełnie poruszać. Odruchów nie ma. Akt przełknięcia jest przerywany. Chora mówi przez nos, niewyraźnie, a po pewnym czasie zupełnie mówić nie może, co zależy od niedostatecznej ruchliwości warg i języka. Krzyczenie niemożliwe z powodu osłabienia mięśni wydechowych. Po zastosowaniu galwanizacji mowa stała się wyraźniejszą, a trudność w przełykaniu zmniejszyła się. Wykrztuszanie śluzu utrudnione, częsta duszność. 6. X. Drżenie i włókienkowe drgania języka, którego chora nie może podnieść ku górze. 16. X. Chora skarży się na osłabienie rąk, czego jednak obiektywnie nie można wykazać. 21. X. Tętno 120. Od ostatniej nocy silna duszność wskutek słabego działania mięśni oddechowych, przełykanie niemożliwe. Następnego dnia oddech spokojny, przełykanie utrudnione. 5. XI. Silna duszność, śmierć. Sekcja nie była robiona.

Powyższa obserwacja jest typową. REMAK słusznie zwraca uwagę na powolny rozwój porażen i przerwy w przebiegu choroby. Wyłączwszy *neuritis*, *dystrophia musc. progr.* i ucisk przez nowotwór, przychodzi do wniosku, że miał do czynienia z rzeczywistym porażeniem opuszkowym, wobec braku jednak zaników i t. d., jak również wobec przypadków opisanych przez WILKS'a, OPPENHEIM'a, EISENLOHR'a i innych, sądzi, że i w przypadku przezeń spostrzeganym pośmiertne badanie dałoby wynik ujemny.

Zwracam jeszcze uwagę na prędkie wyczerpywanie się, występujące w tym przypadku bardzo wybitnie. Bardzo charakterystyczny jest opis stopniowego zmniejszania się ruchliwości podniebienia podczas fonacji, jak również opis głosu, który po dłuższym mówieniu zanika wreszcie zupełnie. Następnie godne są zaznaczenia remisje takich objawów, jak zaburzenia w przełykaniu, oddechanie, mowie i t. d. Rzadkie mruganie jest zaznaczone również w moim pierwszym przypadku. Zaznaczone włókienkowe drgania języka nie były objawem wydatnym i wobec braku zaników, zmian pobudliwości elektrycznej i t. d. nie mają wielkiego znaczenia.

Nie należą tu do mojego zdaniem przypadki zaburzeń artykulacji i polykania, opisane przez BERGER'a ²⁾ u dziedzicznie skażonych dzieci z oznakami zwyrodnienia, u których poprawa jest możliwą, ani przypadek prawie uleczonego porażenia opuszkowego HELLER'a ³⁾. Trudnem w tym względzie do oceny z powodu braku szczegółowego opisu jest spostrzeżenie porażenia opuszkowego HIRTIG'a ⁴⁾ u 6 letniej dziewczyny ze znaczną poprawą.

Przytoczony materiał kazuistyczny wydaje mi się wszakże dostatecznym dla okazania, że istnieją przypadki porażen opuszkowych, których nie można pomieścić w znane dotychczas kategorie nozograficzne. Przypadki te stanowią ściśle złączoną grupę, odróżniającą się od innych cierpień opuszkowych ogólnym wyglądem, sposobem rozwoju objawów, jakością ostatnich, innem rokowaniem i brakiem zmian anatomicznych; danych, jak widzimy, jest dość, żeby usprawiedliwić wyodrębnienie jej w swoistą postać chorobową.

Cierpieniu temu ulegają osobliwie młode osobniki, choć i późniejszy wiek nie jest od niego wolny (przypadki ERB'a). Co się tyczy płci, to przewagi jed-

²⁾ Eulenb. Real.-Encyclop. T. III. S. 580.

³⁾ Petersb. medic. Woch. 1882. Nr. 9.

⁴⁾ Berlin. klin. Wochenschr. 1874. str. 465.

nej nad drugą wykazać nie można. Nie udało się też wynaleźć jakiejkolwiek przyczyny, jakiegokolwiek czynnika lub związku z uprzednio przebytą chorobą. Jest to cierpienie całego systemu ruchowego; zmiany w czuciu, jak bóle, parestezye, występują tylko przygodnie.

Cierpienie to w większości przypadków rozpoczyna się od objawów w obrębie nerwów mózgowych. Pierwszemi zazwyczaj objawami, nadającymi mu piętno opuszkowe, są zaburzenia żucia, polykania i artykulacyi, rzadziej jako taki objaw występuje opadnięcie powieki, albo niedowład jednego z mięśni zewnętrznych oka. Wkrótce jednak cierpienie ogarnia inne nerwy mózgowe, tułów i kończyny. W rzadszych nierównie przypadkach sprawa chorobowa rozpoczyna się od osłabienia w kończynach górnych, przechodzi na dolne i w końcu na nerwy opuszkowe (sposzczenia OPENHEIM'a, mój przypadek drugi). Jest to cierpienie symetryczne obu połów ciała.

Objawy występują w dość szybkim tempie; zazwyczaj już w parę tygodni cierpienie jest zupełnie rozwinięte; niekiedy jednak do zupełnego swego rozwoju potrzebuje i kilku miesięcy.

Z nerwów mózgowych czuciowe i zmysłowe pozostają tylko niezajęte, wszystkie zaś ruchowe mogą ulec porażeniu. Prawie stałym jest udział w sprawie nerwu twarzowego, zwykle jego średniej i dolnej gałązki, rzadziej ocznej; to samo dotyczy ruchowej części nerwu trójdzielnego, języko-gardzielowego i błędno-przydatkowego, bardzo częstym jest udział nerwu podjęzykowego. Z tego powodu funkcye żucia, polykania i artykulacyi są zazwyczaj już wcześniej i w wysokim stopniu upośledzone. Udział nerwu błędno-przydatkowego zdradza się jeszcze przez bardzo często występujące porażenie podniebienia miękkiego, zaburzenia w oddychaniu, napady duszności i bicia serca z przyspieszonym tętnem; tutaj zaliczyć zapewne należy owe podniesienia temperatury, zjawiające się w niektórych przypadkach, bez wiadomej przyczyny. Daleko już rzadziej występują objawy porażenia w obrębie krtani (niedowład, później porażenie *m. crico arythenoïd. post.* w przypadku HOPPE'go).

Z wyżej położonych nerwów ruchowych często bywa zajęty okoruchowy w swej gałązce dla mięśnia podnoszącego powiekę; rzadszem bywa porażenie jednego z mięśni poruszających gałkę oczną.

Z tego widzimy, że nerwy opuszkowe są najbardziej w sprawie zainteresowane. W samej rzeczy powstaje obraz chorobowy bardzo zbliżony do cierpienia DUCHENNE'a, wyróżniający się jednak, jak to widzieliśmy, od niego pod wieloma względami. Tylko w rzadkich przypadkach zjawiska opuszkowe są mniej wydatne, aniżeli porażenie kończyn i tułowia.

To ostatnie zaznaczają wszystkie odnośne spostrzeżenia. Odcinki kończyn bliższe tułowia podlegają cierpieniu w wyższym stopniu aniżeli oddalone, w przeciwieństwie do tego, co bywa przy zaniku mięśni pochodzenia rdzeniowego. Przynajmniej miało to miejsce w naszych przypadkach, w których wielkie mięśnie, przyczepiające się do tułowia, szczególnie były zajęte, jak *Deltoideus*, *Ileo-Psoas*, *Tensor fasciae latae*, *Rectus femoris*, *Glutaei*. SENATOR i KOPPE wspominają również w swoich przypadkach, że ruch odsiebny i podnoszenie ramienia w stawie barkowym były szczególnie upośledzone. Na tułowi najbardziej porażone bywają mięśnie karku, szyi, a także i brzucha. Niedostateczność wydechowych mięśni zdradza się w wielu przypadkach słabym głosem i kaszlem. W niektórych przypadkach przepona uległa porażeniu.

Stopień niedowładu bywa różny, zwykle nieznaczny, może wzmódz się do stopnia zupełnego porażenia. Parcza owa przedstawia szczególne cechy, jest

to prędko wyczerpujące się osłabienie, szybko występujące zupełne znużenie. Niedowład ten przechodzi w zupełne porażenie w miarę wykonywanej funkcji, tak np. mięśnie żucia już po niewielu ruchach, a mięśnie połykania po kilku połykaniach przestają funkcjonować, mowa zaś po kilku zdaniach staje się zupełnie niezrozumiałą i przerywa się. Podobne zjawisko przedstawiało i podniebienie miękkie w moim przypadku i REMAK'a. W ostatnim podniebienie miękkie unosiło się do góry tylko przy pierwszej próbie wymawiania samogłoski *a*, w następstwie unosiło się coraz mniej, aż w końcu pozostało zupełnie nieruchome. To nam dostatecznie wyjaśnia wzmiankę w wielu spostrzeżeniach, że stopień niedowładu, najmniejszy w rannych godzinach, wzrastał się w ciągu dnia i wieczorem dochodził do największego napięcia. W przypadkach przeze mnie spostrzeganych, można było z łatwością i dowolnie niedowład kończyn doprowadzić do stanu zupełnego i wiotkiego porażenia. Rozległość mianowicie ruchu w stawie ramieniowym i biodrowym spadała stopniowo po wykonaniu pewnej ilości ruchów (10—20) do zera. Wprawdzie sprawność w ten sposób porażonych mięśni po krótkim czasie powracała, nie mniej przeto łatwość doprowadzenia do zupełnego porażenia pozostaje znamionym rysem tego niedowładu. Zjawisko to najlepiej dawało się demonstrować na mięśniach najsilniej podlegających cierpieniu, a więc przy ruchach w stawie barkowym i biodrowym, w mniejszym zaś stopniu w stawie ręki i stopy. Zdawało się nawet, że wywołanie porażenia w jednej kończynie miało ujemny wpływ na sprawność drugiej; nie był to wszakże objaw stały. W przypadku trzecim mowa stała się jeszcze bardziej niezrozumiałą po wywołaniu zmęczenia w kończynach.

Wahania w sile objawów, zwolnienia i nasilenia, trwające dnie i tygodnie, stanowią wybitną cechę cierpienia. Te ciągle fluktuujące właściwe są wszystkim jego okresom. Nawet w początkach, gdy objawy powstają i rozwijają się, chorzy mają dnie lepsze i gorsze. Te zwolnienia mamy i na wysokości rozwoju choroby, kiedy zaburzenia w połykaniu i oddychaniu, napady zaduszania, zda się, każdej chwili grożą życiu chorego. W okresie ustępowania objawów nasilenia przerywają poprawę. Po uprzedniej znacznej poprawie, dającej poniekąd nadzieję zupełnego wyzdrowienia, następuje nieraz nasilenie, mające pozór powrotu cierpienia, chociaż zazwyczaj objawy nie dosięgają pierwotnej siły i rozprzestrzenienia.

Mięśnie paretyczne nie podlegają zazwyczaj zanikowi; w paru tylko spostrzeżeniach wspomina się o spłaszczeniu karku i okolicy mięśni żwaczów, jak również o ścięczeniu języka. Brak również drżenia włókienkowego i pęczkowego; w dwu tylko spostrzeżeniach zauważono, że język przedstawia lekkie drżenie włókienkowe (REMAK i OPPENHEIM). Zdarzają się natomiast kurcze kloniczne, SENATOR widział je w mięśniach koło otworu ustnego, ERB w mięśniach twarzy i żwaczach, a ja oprócz tego, w mięśni mostko-obojęczko-sutkowym, piersiowym i naramiennym. Można przyjąć za prawidło, że pobudzalność elektryczna nerwów i mięśni pozostaje prawidłowa; w niektórych tylko spostrzeżeniach znaleziono ją w małych obszarach nieco obniżoną, ja sam w przypadku z 90 r. stwierdziłem grubsze zmiany pobudzalności elektrycznej.

Co do zachowania się odruchów ścięgnistych, to w niektórych spostrzeżeniach zaznaczono, że odruchy kolanowe były żywe a nawet otrzymano słaby odruch stopowy. Wszystko to potwierdzić mogę; oprócz tego znalazłem, że odruchy ścięgniste górnych kończyn i odruch żuchwowy dawały się łatwiej,

aniżeli w prawidłowym stanie wywołać. Zauważyłem także w dwu przypadkach, że w dalszym przebiegu choroby odruchy kolanowe zachowywały się rozmaicie, t. j. raz łatwiej, drugi raz trudniej można było je wywołać, że były na obu stronach niejednakowe, a nawet zdawało się, że się zmniejszają w miarę powtarzania badania, tak jakby w nich takie występowało wyczerpanie. W spostrzeżeniu z 90 r. znikły one nawet zupełnie, aby wraz z poprawą ponownie wystąpić.

Skórne odruchy nie przedstawiają nic szczególnego. Zasługuje tylko na zaznaczenie, że w wielu spostrzeżeniach odruch podniebiennogardzielowy był zniesiony. Tak zwane wewnętrzne odruchy (pęcherza i kiszek prostej) były stale zachowane, jak również czucie (z wyjątkiem pierwszego i drugiego przypadku, gdzie czucie dotykowe błony śluzowej, podniebienia, gardzieli i krtani lekko było zmniejszone). Organa zmysłów i stan psychiczny chorych nie przedstawiają żadnych zboczeń.

Na wysokości choroby dominującymi objawami są: porażenie mięśni służących do żucia, połykowych i zaburzenia w oddechaniu. Duszność występuje bardzo łatwo już przy najmniejszych poruszeniach, przy jedzeniu, mowie, a nawet bez żadnego powodu, w kształcie silnych napadów zaduszania, będących zazwyczaj przyczyną zejścia śmiertelnego. Spostrzeżenia ERB'a i moje pouczają wszakże, że możliwem jest i zejście pomyślne. Gdyby nie było żadnej innej cechy różniczkowej, to jeden ten fakt byłby wystarczający, aby wyłączyć to cierpienie z grupy porażień opuszkowych i nadać mu oddzielne stanowisko. Po pewnym czasie trwania objawów na wysokości rozwoju, co wynosi kilka tygodni lub miesięcy, następuje powoli polepszenie. Oddech staje się swobodniejszy, napady zaduszania rzadsze i słabsze, a lepsze połykanie umożliwia odżywianie się chorego. Jednak i w tym okresie poprawy, którego trwanie można liczyć na całe miesiące, chory nie jest zupełnie wolny od niebezpieczeństwa, gdyż w każdej chwili bez żadnej przyczyny mogą wystąpić nasilenia chorobowe. W przypadkach szczęśliwie przebiegających młody zwykle i poprzednio zupełnie zdrowy osobnik, przetrwa i to niebezpieczeństwo, poprawa kroczy zwolna ale ustawicznie, dopóki po miesiącach nie nastąpi zupełne wyzdrowienie.

Pomimo że rozwój objawów chorobowych następuje w dość szybkim tempie, cierpienie to jednak należy do długotrwałych; najkrótszy przebieg wynosił 6 miesięcy, w przypadku OPPENHEIM'a śmierć nastąpiła po 2¼ latach.

Na pytanie, czy rozpoznanie tej samodzielnej i w nierzadkich przypadkach uleczalnej choroby może być uskutecznione, musimy odpowiedzieć twierdząco. Jeżeli objawy porażenia opuszkowego szybko występują u młodego osobnika, a tułów i kończyny przyjmują udział w niedowładzie, jeżeli objawy opuszkowe pod wieloma względami różnią się od cierpienia DUCHENNE'a, jeżeli mięśnie służące do żucia wcześniej i w wysokim stopniu są dotknięte, jeżeli oprócz dolnych gałązek nerwu twarzowego także i gałązka oczna jest niedowładną, jeżeli istnieje opadnięcie powieki albo niedowład jednego z zewnętrznych mięśni oka, a brak zaników, włókienkowego drgania i zmian pobudzalności elektrycznej, jeżeli zaburzenia oddechowe i napady zaduszania zajmują wybitne miejsce w obrazie chorobowym, jeżeli niedowłady przedstawiają wyżej wyszczególnione właściwości, jeżeli mamy prędkie i łatwo występujące wyczerpanie funkcji, jeżeli objawy podlegają wahaniom nie tylko z dnia na dzień, ale nawet w ciągu jednego dnia, jeżeli zdarzają się znaczne zwolnienia i nasilenia chorobowe, a odruchy ścięgnowe są zachowane, natenczas mamy do czynienia z omawianą tu formą chorobową.

Co się tyczy etyologii i patogenezы, to, jak często w patologii, możemy wypowiedzieć li-tylko nasze domniemania. W najbliższej przyszłości chodźć będzie o to, aby zapewnić tej formie stanowisko samodzielne. Momenty dziedziczne nie grają tu zdaje się żadnej roli; tylko w jednym przypadku można było dowiedzieć się, że ojciec chorej umarł na guz w mózgu. Przymiot, zatrucie wyskokiem lub inną jaką substancją można wykluczyć. Omawiane cierpienie nie ma też żadnego związku z zakaźnymi chorobami. W jednym przypadku wykazano białaczkowe właściwości krwi, inne dotyczyły krępkich osobników. Młody ich wiek zdaje się być czynnikiem usposabiającym.

Występowanie naraz wielu przypadków (wszystkie trzy obserwowałem jednocześnie) i wyłączone zajęcie narządu ruchowego nasuwają przypuszczenie, że mamy do czynienia z czynnikiem toksycznym. Fakty z patologii poczerpnięte ⁵⁾ uczą nas, że pewne szkodliwości mają poniekąd predylekcyę do wywierania złego wpływu w sferze ruchowej. Przypominam tu tylko, że *ophthalmoplegia externa (nuclearis)* powstaje przeważnie po chorobach zakaźnych (błonica, influenza, przymiot) i po zatruciach (wyskokiem, tlenkiem węgla, kwasem siarczanym, a może nawet i ołowiem). W tym kierunku najnowsze spostrzeżenie EISENLOHR'a ⁶⁾ posiada niesłychaną wagę. Znalazł on w trzech przypadkach tyfusu brzuszego u szczytu jego przebiegu zbiór objawów opuszkowych, podobnych pod wieloma względami do obrazu przez nas podanego; mianowicie: paraliż narządu artykulacyjnego, warg, języka, podniebienia, żwaczów, zaburzenia w połykaniu, pareza wszystkich mięśni ciała, wahania w sile objawów, brak zakłóceń w czuciu, odruchach, brak neurytycznych objawów; wyzdrowienie nastąpiło w dwu przypadkach. Drobnowidzowe badanie przypadku zakończonego śmiercią niewykazało żadnych znaczniejszych zmian w ośrodkach nerwowych, bakteryologia zaś dostarczyła ważnych danych. Szczepienia z rdzenia przedłużonego i dolnej okolicy lewego przedniego zawoju pośrodkowego dało bujną hodowlę żółtych koków podobnych do złocistego paciorkowca. Skrawki robione z dolnej części obu lewych zawojów pośrodkowych, z rdzenia przedłużonego, części szyjowej rdzenia kręgowego i części rdzenia na granicy jego grzbietowej i lędźwiowej, z nerwu wzrokowego, wykazały laseczki łatwo barwiące się sposobem WEIGERT'a i GRAM'a. W nerwie twarzowym znajdowały się te laseczki pomiędzy włóknami nerwowymi, a w rdzeniu kręgowym i przedłużonym w beleczkach neuroglii, w szparach tkankowych i przestrzeniach okołokomórkowych.

Jeżeli CURSCHMAN dowiódł obecności laseczników tyfusowych w rdzeniu kręgowym w przypadku, w którym za życia istniały odpowiednie rdzeniowe objawy, to przypadki EISENLOHR'a dowodzą, że gromadne wniknięcie innych drobnoustrojów do ośrodków nerwowych może się przyczynić do wywołania ciężkich objawów opuszkowych.

Opierając się na tej analogii, możnaby dla objawów opuszkowych w opisywanem przez nas cierpieniu przyjąć jakąś toksynę, która działa porażająco na aparat ruchowy, ale nie powoduje żadnej anatomicznej zmiany. Ta ostatnia okoliczność wyjaśnia nam, dlaczego opisane zaburzenia funkcji zdolne są do wyrównania. Hypotetyczna owa toksyna wywarłaby najprawdopodobniej szkodliwy wpływ na ośrodki nerwowe, czy zaś na mózg, czy na rdzeń przedłużony, musi pozostać nierozstrzygniętem, zdaje się jednak, że ostatnie przypuszczenie jest prawdopodobniejsze.

⁵⁾ Patrz wyczerpujące zestawienie Higiera (Gazeta Lekarska. Nr. 5 i 6 z 1893 r.).

⁶⁾ Deutsche medicinische Wochenschrift. 1893 r. Nr. 6.

Bardzo jest możliwe, iż przy więcej udoskonalonej technice badań ośrodków nerwowych znajdą się pewne zmiany w kategorii przypadków tu opisanych, tymczasowo zaś musimy cierpienie to uważać jako centralną neurozę.

Najwydatniejszą cechą owej neurozy, zapewniającą jej samodzielne stanowisko, jest jej wyleczalność. Wszystkie moje cztery przypadki przebiegały szczęśliwie. Nie zapominajmy jednak, że większość znanych przypadków kończyła się śmiertelnie, że więc rokowanie tego cierpienia jest niepewne.

Ponieważ objawy chorobowe cierpienia tego mają skłonność do samodzielnego wyrównania się, z tego powodu trudno jest osądzić, w jakim stosunku zabiegi nasze lecznicze mogły się do tego przyczynić. Stosowaliśmy konsekwentnie centralną galwanizację, wewnątrz podawaliśmy *tonica*, ergotyne, główny jednak nacisk kładliśmy na dobre odżywianie się chorego. Jest, zdaje się, pewnem, że do pomyślnego zejścia najwięcej przyczynił się młody wiek naszych, dość zresztą krzepkich chorych.

KAZUISTYKA.

Rzadki przypadek prawidłowego miesiączkowania przez otwór niezwykle przy wrodzonym zarośnięciu pochwy (*atresia vaginae hymenalis congenita*).

Podał Franciszek L. Neugebauer.

W dniu 18 kwietnia 1893 roku miałem zaszczyt przedstawić w Towarzystwie Lekarskiem rzadki okaz *atresiae vaginae hymenalis congenitae* u 33-letniej wieśniaczki z okolic Warszawy, Marchwiakowej, od 12 lat zamężnej. Spółkowanie, według słów pacyentki, odbywa się bez przeszkody, albowiem błona dziewicza w zamian braku otworu prawidłowego, jest tak rozciągliwą, elastyczną, że wskutek długoletniego pozycia małżeńskiego bez trudności udaje się wtłoczyć ją palcem do pochwy na 6 do 7 cent. Przy badaniu dwuręcznem przez odbytnicę oraz przez pochwę (korzystając z podatności błony dziewiczej), skonstatowałem macicę normalną oraz części dodatkowe nie zdradzające stanu chorobliwego. Pacyentkę przysłał mi kol. WEISSEL. Najciekawszem w tem spostrzeżeniu, bodaj nie jedynem w swoim rodzaju, jest to, że kobieta owa pomimo swej wady rozwojowej już od 16 roku życia co miesiąc stale regularnie miewa swoje peryody, po kilka dni trwające i na zewnątrz wydzielające się. W pierwszym dniu miesiączkowania, szczególnie przed ukazaniem się krwi chora miewa bóle w okolicy pochwy i macicy, które słabną w miarę wydzielania się krwi, a są spowodowane przez chwilowe zatrzymanie się krwi w pochwie (*haematokolpos*). Czyszczenia miesięczne, o czem dwukrotnie się przekonałem, są obfite. Chora opowiada, że krew nie wydziela się ani przez odbytnicę, ani przez cewkę. Badając chorą podczas miesiączki, znalazłem poszukiwany otwór, uciskając na wytłoczoną na zewnątrz błonę dziewiczą palcem, po wprowadzeniu drugiego palca do odbytnicy: krew wydzielała się przez małej otvorek, przepuszczający do pochwy zgłębnik grubości 1½ mm., i położony po prawej stronie z boku cewki po za fałdą błony śluzowej, otaczającą otwór cewki. Błona dziewicza w danym przypadku posiada trzy osobliwości: 1) nadzwyczajną elastyczność, 2) nadzwyczajną grubość—przy palpacyi wyraźnie odróżnić można dwie blaszki—(*hymen bilamellatus*)—jedną nalożącą, embryologicznie analizując sprawę, do elementów pochwy, czyli wewnętrzną, a drugą należącą do listka skórniego (*ectoderma*); SCHAEFFER ową bilamellarną budowę uważa za prawidłową, tak że błona dziewicza nie jest derywatem samej tylko pochwy, lecz i listka skórniego. 3) Blaszka zewnętrzna błony dziewiczej posiada defekt w kształcie trójkąta o równych brzegach i podstawie leżącej poniżej

otworu cewki. (Patrz fig. 1). Brak ten w zewnętrznej blaszce zdradza się dla oka barwą o wiele bledszą niż sama blaszka zewnętrzna, różowa, a dla palca wyniosłymi cokolwiek brzegami tego defektu, jakby walcikiem otoczonego. Powierzchnia w owym defekcie leży głębiej, niż powierzchnia blaszki zewnętrznej. Gdy rozciągniemy górną część otworu sromnego w poprzek, naciskając na skrzydła małych warg sromnych w kierunku na zewnątrz i cokolwiek ku górze, to otwór cewki przedstawia się w kształcie pionowej szpary, otoczonej dwiema wargami, fałdami błony śluzowej, ku dołowi rozchodzącymi się w kierunku rozbieżnym. Z każdej strony na zewnątrz od owych warg otworu cewki, czyli pomiędzy nimi a małą wargą sromną, widać

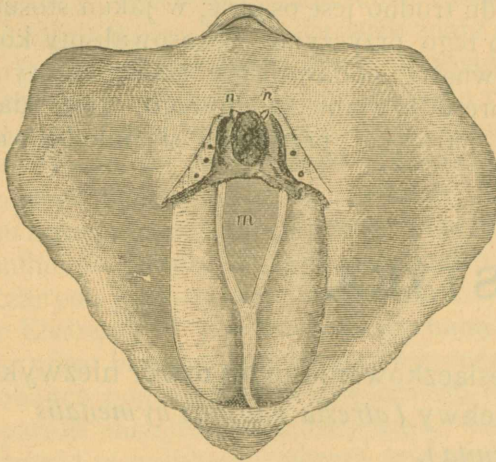


Fig. 1. *Atresia vaginae hymenalis congenita.*

powierzchnię wklęsłą, błyszczącą i bladą w kształcie sferycznego trójkąta o szerokiej podstawie skierowanej na zewnątrz i ku górze. (Patrz fig. 1 i 2). Otóż w trójkącie lewym widać dwa otworki drobnutkie, jeden na kilka mill. powyżej drugiego położone, po prawej zaś stronie trzy takie otworki. Dolny z tych trzech otworków prawostronnych właśnie jest otworem, przez który wydziela się krew miesiączkowa. Otworki te, prawie u każdej kobiety istniejące i znane pod nazwiskiem otworów gruczołów śluzowych przedsionka (*cryptae*), czyli podług KOCKS'a, opierając się na badaniach LEUCKART'a, embryologicznie odpowiadające jako formacja homologiczna otworom *glandulae prostaticae* u mężczyzny, przedstawiają nader wielką różnicę co do liczby, miejsca

swego i wyglądu. Nieraz zgłębnik wchodzi na 1 do 3 millim., innym razem istnieje tylko płytkie zagłębienie, torebka z otworkiem zaledwie dla oka dostępnym. Czasem widzimy z każdej strony po 3 takie otworki, czasem po 1, po 2, czasem liczba po obu stronach bywa nierówna, zwykle, jak i w danym przypadku, po prawej stronie jest ich więcej. Prócz tych otworów często (podług KOCKS'a 80%) u kobiet znajdujemy jeszcze inne otworki w samych wargach otworu cewki a nawet wyjątkowo już w świetle samego otworu cewki. Otworki te, wydzielające śluz i często będące siedzibą bardzo upartej w leczeniu rzeżączki, podług KOCKS'a (patrz fig. 2), leżą obok ujścia cewki u samego dołu warg, podług FREUND'a zaś na $\frac{3}{4}$ cm. powyżej podstawy otworu cewki. FREUND i KOCKS, jak widzimy, bynajmniej nie zgadzają się co do topograficznego położenia owych otworów, które mają odpowiadać resztkom zarodkowych przewodów WOLFF'a.

W dniu 19 kwietnia r. b. przy asystencji kol. SZTEYNERA wyciąłem okrągły płat znacznych rozmiarów z błony dziewiczej, obrabiając brzegi rany kilkoma szwami jedwabnymi. Pochwa okazała się rozszerzoną jak *ampulla recti*, o ścianach absolutnie gładkich, pozbawionych fałd normalnych. Macica prawidłowa leżała bardzo wysoko. Błona dziewicza bardzo gruba (3—4 mill.) składała się wyraźnie z dwóch blaszek oddzielnych, grubą warstwą tkanki łącznej połączonych. Zewnętrzną blaszkę można na tępo palcami oddzielić od blaszki wewnętrznej. Otwór, którego krew miesiączkowa się wydzielała, leży na przedniej czyli górnej ścianie pochwy, 4—5 mill. po za brzegiem błony dziewiczej. Zgłębnik wskazuje kierunek odśrodkowy od dołu ku górze (patrz fig. 2). Przy rozpatrywaniu powyższego spostrzeżenia musimy rozważyć 2 kwestye: 1) czy opisany otwór wytworzył się później, czy też istniał od urodzenia? Anamneza przemawia za przypuszczeniem drugim. 2) Jakie znaczenie ma ten otwór? Czy odpowiada otworowi gruczołów śluzowych przedsionka z komunikacją do pochwy? (Jak komunikację objaśnić?) czy też odpowiada leżącej cokolwiek więcej z boku dolnej części kanału GARTNER'a, która podług KOCKS'a zwykle (u 80% wszystkich kobiet) otwiera się w samej wardze otworu cewki.

Resztki przewodów WOLFF'a już w roku 1681 dosyć dokładnie opisane były przez MALPIGHI'ego in *Dissertatione epistolica ad Jacobum Sponium* u świń i cieląt, następnie

przez GARTNER'a w Kopenhadze w roku 1822 („*Anatomisk beskrivelse over et ved nogle dyrarters uterus undersøgt glandulöst organ.*“), w roku 1830 przez JACOBSON'a (*Die Ovenschen Körper* 1830), KOBELT'a¹⁾, FOLLIN'a (*Recherches sur les corps de Wolff. Thèse, Paris. 1850*), G. VEIT'a (*Handb. d. Krankheiten d. weibl. Geschlechtsorgane. 2 Aufl. s. 544. 1867*), który tłumaczył pochodzenie torbieli w ścianie pochwy z resztek przewodów WOLFF'a czyli kanałów GARTNER'OWSKICH.

Tego rodzaju torbiele w ścianach pochwy spostrzegalem trzy razy osobiscie; co do miejsca polozenia zupełnie odpowiadaly one spostrzezeniom VEIT'a — w jednym przypadku torbiel wielkości wiśni lezala w sklepieniu lewem pochwy, tuż przy samej szyi macicznej; ściana jej byla cienka, sinawo przeświecająca, chelbotanie wyraźne.

Dalej kanały owe opisał v. KOELLIKER (*Entwickelungsgeschichte, 2 Aufl. s. 986. 1879*); FREUND (który również tłumaczył pochodzenie torbieli ściany pochwowej z resztek przewodu WOLFF'a), GRAEFE 1882 (*Zeitschrift. f. Geb. u. Gyn. Bd.) VIII. S. 23*, VEIT (tamże). KOCKS (*Archiv f. Gynaekologie 1882 Bd. XX S. 486*), u 80% kobiet znajdywał dwa małe otworki tuż przy dolnym brzegu otworu cewki, prowadzące do przewodu długiego na 0,5 do 2,0 cm., który to przewód brał za kanał WOLFF'a. Przewody owe niekiedy ortonierały się na małych brodaweczkach, które odpowiadać miały męskiemu *caput gallinaginis sive veru montanum*. W pewnym przypadku braku pochwy i macicy znalazł KOCKS, że przewód z prawej strony nie kończył się ślepo, lecz otwierał się w kierunku do pochwy. Spostrzezenie to ma wiele podobieństwa z przypadkiem moim, albowiem również kanał nie kończył się ślepo, lecz otwierał się do samej pochwy. DOHRN w obszernej pracy o kanałach GARTNER'a (*Ueber die Gartnerschen Kanäle beim Weibe. Archiv f. Gynaekologie. 1883. XXI Bd. s. 328*), zwraca uwagę na ogromną trudność znalezienia dolnych końców przewodów WOLFF'a u dorosłej kobiety, które podług jego licznych badań mikroskopowych kończą się lub zanikają w ścianie pochwy, a właściwie w przegrodzie cewkowo - pochwowej już o wiele wyżej ponad ujściem pochwy; DOHRN nie przyznaje więc za resztki kanałów GARTNER'a owych przewodów, które KOCKS pod tą nazwą opisał.²⁾ Podług DOHRN'a przewody GARTNER'a u ludzkich płodów z drugiej połowy ciąży tylko wyjątkowo istnieją i to zwykle tylko częściowo a nie w całości, prawostronny kanał częściej i zawsze dłużej istnieje niż lewostronny, którego ślady prędkiej zanikają wskutek ucisku dolnego końca kiszki odchodowej po lewej stronie leżącej.

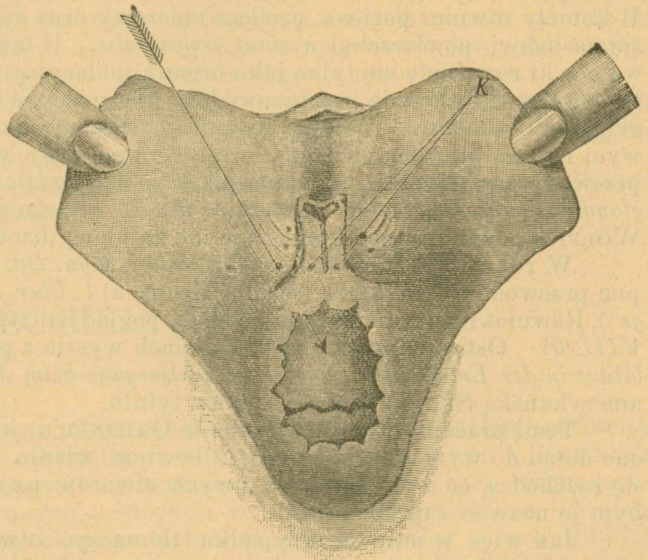


Fig. 2. Po operacyi usunięcia atresiae. Na dolnym końcu każdej wargi otworu cewki szematycznie narysowany otwór opisywany przez KOCKS'a (patrz lit. K.)

¹⁾ „Der Neben-Eierstock des Weibes“ 1846. („Bei Kuh-Embryonen von 2½ bei 3 Zoll Länge stieg der Gang auf der vorderen Fläche des Mutterkörpers u. des Scheidenrohres in das Becken hinab, um neben der Harnnöhrenöffnung zu münden“).

²⁾ DOHRN pisze l. c. str. 341: „Auch mit den Angaben von FREUND u. KOCKS stimmen meine Ergebnisse nicht überein. Diese beiden Autoren glauben in der Nähe der Urethralöffnung die Mündungen der Gartnerschen Kanäle gefunden zu haben: FREUND auf einer schildähnlichen Stelle circa ¾ ctm über der Harnröhre, KOCKS dicht am hinteren Rande des Orificium urethrae. Ich habe an diesen Stellen trotz sehr zahlreicher Querschnitte durch die Urethra die Gartnerschen Gänge nicht auffinden können“).

Kocks w swojej pracy (*Arch. f. Gyn. XX Bd. 1882 Str. 489*) porównywa *sinus urogenitalis* kobiecej z odpowiednią częścią narządów moczopłciowych męskich w następujący sposób: „U męczyzny otwory kanałów gruczołu przyprątnego, *ductus ejaculatorius* (przewody WOLFF'a), przewody MUELLER'a (*Utricular masculinus*) i cewka moczowa zchodzą się zupełnie w ten sam sposób w *sinus urogenitalis*, mianowicie w *canalis urogenitalis* u męczyzny, w przedsionku u kobiety. Z tego wynika, że organ WEBER'a powstał z końca dolnego (*Schwanzende*) przewodu MUELLERA i równa się pochwie z macicą. U kobiety również pochwa, pęcherz moczowy oraz owe dwa kanały WOLFF'a otwierają się na jednej powierzchni w *sinus urogenitalis*. U męczyzny część jamista i opuszkowa cewki rozwinęły się tylko jako organkopulacyjny *in sinu urogenitali* i morfologicznie ta część cewki głównie jest przewodem dla nasienia przeznaczonym, a dopiero w drugiej linii dla moczu. Według Kocks'a cewka męska kończy się w kanale moczopłciowym na tem miejscu, gdzie otwierają się przewody wytryskowe, organ WEBER'a oraz przewody prostatyczne; tak samo jak u kobiety, gdzie cewka, kanały WOLFF'a, pochwa, *glandulae mucosae* razem otwierają się w przedsionku. Otwory zatem przewodów WOLFF'a powinny leżeć koniecznie nie za błoną dziewiczą, lecz przed nią.

W roku 1882 BOEHM opisał (*Archiv f. Gyn. Bd. XXI. 1883. s. 176*) zapalenie ropno-przewodów GARTNER'a (według Kocks'a) („*Über Erkrankung der Gartnerschen Gänge*“). Również KLEINWAECHTER podziela pogląd Kocks'a (*Prager med. Wochenschrift 1883 VIII. 9*). Ostatnia praca o tych kanałach wyszła z pod pióra GEIGEL'a („*Ueber Variabilität in der Entwicklung der Geschlechtsorgane beim Menschen. Würzburg 1883*“). Pracę amerykańską SKEENE'a znam tylko z tytułu.

Temi pracami literatura kanałów GARTNER'a jest wyczerpana; nie doprowadziły one dotąd do wyników pewnych, albowiem zdania Kocks'a i DOHRN'a w zupełności się rozchodzą, co do tłumaczenia owych otworów parauretralnych Kocks'a, jakbym je nazwać zaproponował.

Jak więc w naszym przypadku tłumaczyć otwór, przez który krew miesięczna się wydzielala, leżący zupełnie po za obrębem błony dziewiczej, obok otworu cewki? Czy komunikacyata pochwy, od przodu zamkniętej, jest pochodzenia embryonalnego? Czy jest w jakimkolwiek związku z kanałem GARTNER'a lub nie? Czy otwór ten nie jest raczej po prostu otworem gruczołu śluzowego przedsionka i jak wtenczas objaśnić komunikację tego przewodu gruczołowego z pochwą?

Kwestya ta musi pozostać otwartą, ponieważ rozstrzygnąć ją mógłby tylko preparat anatomiczny i mikroskopowy. Chociaż więc kwestya pozostaje nierozstrzygniętą, uważałem za stosowne ciekawe to spostrzeżenie pokrótce opisać, ze względu właśnie na niejasność sprawy, niemożność ścisłej analizy przypadku i pochodzenia tej niezwyklej komunikacyi z pochwą i samą rzadkość spostrzeżenia, które, o ile znam literaturę odpowiednią, zdaje się, dotąd nie było opisywanem. Pacjentkę po operacyi przedstawiłem w towarzystwie lekarskiem dnia 25 kwietnia r. b., gdzie była badaną przez kilku kolegów.

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z dnia 16 Maja r. b.

Kol. HEIMAN przedstawił preparat ropnia zrazu robaczkowego mózdzku i lewej półkuli mózgu, powstałego wskutek cierpienia usznego (*otitis media suppurativa chronica*). Obszerniejsza wiadomość o tym ciekawym przypadku podaną zostanie przez kol. H. w najbliższym numerze „Medycyny“.

Kol. STANKIEWICZ przedstawił chorego po dokonaniem wycięciu nowotworu złośliwego (*sarcoma*) z pęcherza moczowego. W danym przypadku tylko cystoskopowi S. zawdzięcza wczesne rozpoznanie cierpienia, gdyż guz był mały, objawy nieznaczne, a inne sposoby badania dały rezultat ujemny.

Prezes PRZEWOSKI podaje opis badania drobnowidzowego powyższego nowotworu, nazywając go *sarcoma fuso-parvi-multicellulare*, przyczem zaznacza, że cystoskop w cierpieniach pęcherza polecać należy. Ze w przypadku danym nowotwór miękki i złośliwy, trwający u chorego od 9 miesięcy, był niedużym, P. uważa to za rzecz zwykłą. Zdaniem jego, nowotwory nawet złośliwe w początku rosną powolnie, dopiero jakakolwiek przyczyna, na przykład uraz lub t. p., może w nich wywołać wzrost szybki.

Prof. BRODOWSKI przypuszcza, że nowotwór ten w początku musiał nie być złośliwym (*fibroma papillare*) i dopiero w dalszym rozwoju nabrał cech złośliwych, inaczej rozrósłby się w 9 miesięcy więcej. Granica zrosła pomiędzy fibromatami i sarkomatami jest niejasną.

Prof. KOSIŃSKI, zastanawiając się nad sposobami operowania guzów pęcherza, zaznacza, że przy cięciu wysokiem dążenie do otrzymania *primae intentionis* przy szwie pęcherza jest zbyt wysokie; *prima intentio* udaje się rzadko, a przytem naraża chorego na przykre powikłania, zatoki moczowe i t. p. Gojenie rany *per secundam* z założeniem syfonu, chociaż nieco dłuższe, jest pewne i nie naraża chorego na powikłania.

Kol. STANKIEWICZ. Jakkolwiek warunki gojenia szwu pęcherzowego *per primam* są trudne, jednakże dotychczasowe wyniki, otrzymane przez S. i innych chirurgów, stanowią przemawiają za stosowaniem tegoż.

Kol. JAWDYŃSKI również na zasadzie swych spostrzeżeń przemawia za gojeniem szwu pęcherza moczowego *per primam*.

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

89. BEHRING, BOER i KOSSEL. O leczeniu błonicy zapomocą swoistej surowicy leczniczej (*Diphtherieheilserum*). Powołując się na świadectwo KOCH'a, HENOCH'a i HEUBNER'a, zaznacza przede wszystkim BEHRING, że otrzymana przez niego surowica lecznicza, pochodząca od owiec, u których wywołano odporność na błonicę, w ilości potrzebnej do leczenia chorego człowieka, jest również nieszkodliwym płynem, jak wyjałowiony fizyologiczny roztwór soli kuchennej. Przekonawszy się, że ta surowica lecznicza jest istotnie środkiem swoistym przeciw błonicy, przeszedł B. do kwestyi określenia ilości, potrzebnej do wyleczenia chorego człowieka. Pierwiastkowo otrzymana surowica miała tak mały stopień siły leczniczej, że okazywała się potrzeba stosowania wielkich ilości środka. Powoli jednak zdołał autor otrzymać surowicę, której siła lecznicza była 40 razy większą od pierwiastkowej. Ten przetwór nazywa BEHRING „normalną surowicą leczniczą“.

Jeżeli śwince morskiej zastrzykniemy 10-krotną ilość śmiertelnej dla niej dawki hodowli laseczników błonicowych, która dwa dni rozwijała się w termostacie, to nielezione zwierzęta giną w bardzo krótkim czasie. Już po 20-godzinach na miejscu szczepienia widać miękki obrzęk. Następnie zwierzę zaczyna zdradzać objawy duszności i położone na boku lub na grzbiecie nie jest w stanie o własnej sile się podnieść. Mniejsze świnki giną po 36—48 godzinach, większe po 48—60. Przy oględzinach pośmiertnych w miejscu szczepienia u pierwszych znajdujemy obfite wynaczynienia, u drugich galaretowaty wysięk. (U szczepionych mniejszą ilością hodowli i ginących po 4—8 dniach spostrzegać się dają wysięki włóknikowe). U wszystkich, powyższą ilością hodowli szczepionych zwierząt znajdujemy prócz tego przezroczysty przesiek w jamach opłucnej, a nadnercza ciemno-czerwono zabarwione, niejako spleizowane.

Jeżeli śwince morskiej, szczepionej 10-krotną ilością śmiertelnej dawki, w jakimkolwiek innem miejscu zastrzykniemy pod skórę tyle „surowicy normalnej“, aby na 500 grm. wagi ciała przypadała 0,1 leku, to świnka taka nie zdecha wskutek zakażenia, stan zdrowia jej atoli ulega zmianie. Obrzęk, który z początku, jak u zwierząt, pozostawionych do kontroli, się zjawia, powoli twardnieje i rozszerza się, tworząc twardy wysięk włóknikowy. Po jednym, czasem i po kilku tygodniach miejsce nacieczone zaczyna się odgraniczać i kurczyć, aż wreszcie skóra wraz z pokrywającymi ją włosami i leżącym pod nią nacieczeniem tworzy suchy, cienki strup, który sam odpada, poczem rana szybko zaciąga się blizną z początku gładką, która jednak później staje się gwiazdowatą i nazawsze pozbawioną włosów. U takich zwierząt z gwiazdowatą, pozbawioną włosów blizną, B. nigdy nie konstatawał odporności na błonicę. W innych przypadkach jednak spostrzegać się daje gładkie zabliźnienie i powrót włosów. Te właśnie zwierzęta, u których po odpadnięciu strupa zgorzelinowego następuje zupełne wyleczenie miejscowe, wykazują mniejszy lub większy stopień odporności na błonicę.

Opisany przebieg ściśle odpowiada temu, jaki spostrzegamy u zwierząt szczepionych nie wystarczającą do zabicia ilością hodowli laseczników błonicowych, które więc bez leczenia do zdrowia powracają. Tak więc zastrzyknięcie „normalnej surowicy leczniczej“ w ilości 0,1 na 500 grm. wagi ciała leczy zakażone zwierzęta, lecz nie zabezpiecza od zakażenia. W miarę powiększenia ilości przebieg choroby łagodnieje, a powrót do zdrowia następuje prędzej. Szczepiąc 1:500, nie znajdujemy już ani miejscowego, ani ogólnego wpływu szczepienia hodowli błonicowej. Jeżeli teraz wziąć do szczepienia zwykłą śmiertelną dawkę laseczników błonicowych, to ilość „surowicy normalnej“ potrzebnej do zapobieżenia zakażeniu będzie 10 razy mniejsza, a nawet, jak B. później się przekonał, jeszcze znacznie niższą. Ażeby określić ściśle stopień siły leczniczej danej surowicy, B. obliczał go nie w stosunku do zakażenia lasecznikami (*infection*), lecz w stosunku do zatrucia jadem błonicowym (*intoxication*). Jad błonicowy, stosowany przez B., zabija świnki morskie w dawce 0,05 ctm. sześć. po 8 dniach, w dawce 0,1 ctm. sześć. po 4—6 dn., 0,2—0,4 po 3—4 dn., 0,5—0,8 po 1—3 dn.. Różnicy w przebiegu choroby w porównaniu z zakażeniem hodowlą laseczników niema żadnej, ale te zwierzęta, które przeżyły szczepienie, odznaczają się wysokim stopniem odporności względem błonicy, stosuje się to jednak tylko do jadu starego, jakim rozporządza B., jadu mającego przeszło dwa lata. Ilość surowicy, potrzebnej do zabezpieczenia od śmierci świnki, szczepionej maksymalną dawką jadu błonicowego (0,8 ctm. sześć.), wynosi 50 razy więcej, niż przy zakażeniu lasecznikami, to jest 1:100. Surowica powinna być zastrzyknięta na kwadrans przed szczepieniem jadu.

Od czasu rozpoczęcia stosowania u chorych błonicowych „surowicy normalnej“, wyniki lecznicze stały się o wiele lepsze, niż przy używaniu słabszej. Z 30 leczonych przypadków (z tych 11 w instytucie chorób infekcyjnych, 3 w klinice HENOCH'a) zmarło 6 (20% śmiertelności). B. przyznaje, że liczby te są zbyt małe, aby coś stanowczego o wartości leczniczej jego środka powiedzieć było można.

KOSSEL podaje wyniki lecznicze 11 dzieci, dotkniętych błonicą, w instytucie KOCH'a. Zmarło 2 skutkiem zakażenia wtórnego (paciorkowcami). Oba przypadki należały do bardzo ciężkich. Z 9 wyleczonych u 3-ga prócz gardzieli zajęta była krtani, u 3-ga nos, u 3-ga wybitny *foetor ex ore*. Białkomocz był w jednym przypadku.

Co się tyczy sposobu stosowania surowicy, to wstrzykiwania robione były za pomocą strzykawki KOCH'a 10 ctm. sześć. objętości. Miejszem szczepienia była skóra, ponad mięśniami piersiowymi. Odczynu ani ogólnego, ani miejscowego niema. W miejscu wkłócia zauważyć się daje niewielka bolesność w przeciągu pierwszych 24-godzin. Czy surowica ma jaki wpływ na sposób oddzielania się błon, K. nie jest w stanie orzec. O wpływie na przebieg choroby ogólnej wobec małej ilości spostrzeżeń nic pewnego podać nie może. Przebieg wszystkich prawie przypadków był niezwykle pomyślny, pomimo to, że zaledwie 2 z nich można było nazwać łżejszemi. Z 4-dzieci, poddanych tracheotomii, troje wyzdrowiało. Wstrzykiwania robione były w ilości 10,0—25,0 na raz codziennie lub z przerwami. Czas trwania leczenia 4—9 dni.

W ostatniej części pracy BEHRING wraz z BOEREM przedstawiają sposób określania stopnia siły leczniczej, *resp.* zapobiegawczej (*Heil-und Immunisirungswerth*) danej surowicy wobec zakażenia lasecznikami i zatrucia jadem błonicowym. W ostatnich czasach otrzymali oni od 7 owiec surowicę, której siła lecznicza przewyższa znacznie takąż siłę „normalnej surowicy“. W końcu zaznaczają, że niepodobna powiedzieć, jaki wpływ ma surowica lecznicza na samą chorobę, wobec tego, że żadne zmiany w oddzielnych objawach chorobowych dostrzedz się nie dają. Środek działa na chorobę jako na całość, a działanie to wyraża się:

- 1) Zapobieganiem chorobie, jeżeli surowica zastosowaną została przed wystąpieniem oddzielnych objawów.
- 2) Zapobieganiem postępowi i pogorszeniu się objawów, które już wystąpiły.
- 3) Ustępowaniem ciężkich i daleko posuniętych zakażeń i przemianą ich w pomyślnie przebiegające.

(*Deutsche med. Woch. Nr. 17 i 18, 1893*) Z. Srebrny.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

— Jakkolwiek znane są przypadki pierwotnej gruźlicy gruczołów chłonnych bez oznak gruźlicy płuc, postanowił jednak PIZZINI kwestyę tę poddać ponownemu badaniu. W tym celu wycinał gruczoły okołoskrzelowe z trupów ludzi, zmarłych wskutek chorób ostrych i niedotkniętych gruźlicą. Gruczoły te szczepił następnie świnkom morskim pod skórę. W 12 przypadkach (z liczby 30) świnki ginęły skutkiem gruźlicy. Zasługuje na uwagę, iż gruźlica powstawała u zwierząt wtedy tylko, gdy im szczepiono gruczoły oskrzelowe, natomiast po zaszczepieniu im gruczołów krezkowych i szyjowych z tegoż samego trupa zakażeniu nie ulegały. Dowodzi to, iż laseczniki gruźlicze mogą przechodzić przez płuca do gruczołów sąsiednich, nie osiadając w błonie śluzowej dróg oddechowych. (Z. f. kl. M. T. 21).

— SAUVÉ opisuje rzadki przypadek puchliny brzucha u kobiety z nowotworem jajnika, u której w ciągu 2-ch lat wykonano 22 razy przekłucie brzucha i wypuszczono razem 1110 litrów płynu. Obwód brzucha przed przekłuciem wynosił zwykle 155—170 ctm.. Na owaryotomię chora się nie zgadzała. MEAD przytacza przypadek, w którym wypuszczono w ciągu 6½ lat 1920 litrów płynu. Wreszcie LECANU opisał przypa-

dek, w którym w ciągu 25 lat dokonano 886 przekłuć brzucha. (Jour. de med. et de chir. pratique. 93).

— SCHIMMELBUSCH, szczepiąc myszom laseczki karbunkulowe, a królikom paciorkowce, dokonywał następnie badań nad dezynfekcyą ran zakażonych. Bezpośrednio po zakażeniu opłukiwał świeżą ranę sublimatem; pomimo tego wszystkie zwierzęta ginęły po 24 godzinach. Tak samo okazały się bezskutecznymi: kwas karbolowy, kreolina, wyskok, ług potasowy i kwas octowy, t. j. środki, posiadające w próbach wybitne własności dezynfekcyjne. Dla przekonania się o szybkości, z jaką drobnoustroje wnikają do ustroju, S. szczepił je na ogonie zwierząt, który następnie amputował w rozmaitych odstępach czasu. Otóż, po upływie 10 minut od chwili zakażenia, amputacja już nie powstrzymywała rozwoju choroby. (Münch. m. Woch. 18—93).

— ZIEMSEN zaleca wstrzykiwania miąższowe w cierpieniach migdałów, które, zdaniem jego, prawie zawsze zależą od pasożytów. Każdorazowo wstrzykuje 0,5 c. sz. 1%-ego roztworu kwasu karbolowego. Rękoczyn ten nie jest bolesnym. SAHLI stwierdził zupełnie zdanie ZIEMSEN'a. Używa on tróchlorku jodowego zwłaszcza w błonicy. (Mün. med. Woch. 17—93).

Wiadomości bieżące.

— Kol. WŁAD. KRAJEWSKI, ordynator szpitala Dzieciątka Jezus, otrzymał koncesyę na wydawanie pisma zeszytowego p. t. „Przegląd Chirurgiczny“. Pismo to poświęcone będzie przede wszystkim chirurgii, oraz: oftalmologii, laryngologii, otyatrii, akuszeryi, ginekologii, chorobom skórny i wenerycznym, z uwzględnieniem strony chirurgicznej w każdym z działów powyższych specjalności. Właściwość zamierzonego wydawnictwa stanowi to, że będzie ono wydawane w dwóch językach, t. j. w polskim i francuskim. Zasadnicza, środkowa część pisma będzie redagowana po polsku; na część tę złożą się prace oryginalne polskie, części zaś na zewnątrz niej po francuzku, mianowicie: część przed polskim tekstem stanowić będą referaty w języku francuskim z prac polskich w tymże zeszycie pomieszczonych; po tekście zaś będą referaty w języku francuskim z wszelkiego rodzaju prac chirurgicznych w innych czasopismach polskich ogłoszonych. Wydawca i redaktor zarazem, wzorował się po części na znakomitszych publikacjach amerykańskich,

które również na wstępie podają streszczenia z prac w danym zeszycie lub tomie pomieszczonych. Program pisma: artykuły wstępne, prace oryginalne, wykłady kliniczne, krytyka i bibliografia, korespondencye, protokoły posiedzeń towarzystw chirurgicznych i t. d.. Pierwszy zeszyc „Przeglądu Chirurgicznego“ ma wyjść na początku Lipca, i tak jak inne, zawrze około 150 stronnic druku. Cztery podobne zeszyty stanowić będą rocznik czyli tom. Prenumerata wynosi w Warszawie rs. 10, na prowincyi rs. 12.

Jak widzimy, wydawnictwo powyższe, które będzie przemawiało do czytelników w europejskim języku, pomyślane jest na obszerniejszą skalę. Redaktorowi—wydawcy z całego serca życzymy powodzenia.

— P. Wojciech Górski, właściciel i kierownik tutejszej prywatnej sześcioklasowej szkoły realnej, posyła na mającą się wkrótce otworzyć wystawę higieniczną w Petersburgu album rysunków swych urządzeń szkolnych wraz z szczegółowymi ich opisami.

— Od dnia 25 do 27 b. m. odbywać się będzie V-ty kongres Towarzystwa Niemieckiego Ginekologicznego, na który, jak dotąd, zapowiedziano do 50-ciu odczytów. Na porządku dziennym jest między innymi dyskusja o symphyseotomii oraz dyskusja dotycząca operacyjnego leczenia przydatków macicznych. Z naszych lekarzy biorą udział MARS i NEUGEBAUER.

— Jubileusz. W dniu 3 czerwca r. b. odbędzie się w Resursie Obywatelskiej obchód

jubileuszowy b. profesora warszawskiej akademii medycznej, oraz b. profesora Szkoły Głównej, b. dziekana Jerzego Aleksandrowicza, w którym wezmą udział liczni przyrodnicy oraz lekarze, uczniowie zasłużonego profesora.

W dniu zaś 6-ym czerwca r. b. w resursie Kupieckiej, grono tutejszych lekarzy obchodzić będzie także jubileusz 50-cio letniej działalności na polu naukowym i społecznym D-ra Ludwika NATANSONA.

Redakcja Medycyny uwiadamia Sz. Kolegów, iż z wszelkimi interesami dotyczącymi administracji pisma, jako to: wnoszeniem prenumeraty, odbiorem wszelkich należności, reklamacyami, nabywaniem brakujących numerów i wydawnictw Medycyny, zamawianiem odbitek, kupnem zamówionych książek i t. d., zwracać się należy *nie do Redakcji*, lecz do *Administracji* pisma pod adresem: **Dr. L. Guranowski, Marszałkowska 129.**

Do niniejszego N-ru „Medycyny“ dołącza się Prospekt „Domu Zdrowia“ D-ra Dobrskiego.

WYDAWCA Dr. L. Guranowski.

REDAKTOR odpowiedzialny Dr. H. Dobrzycki.

OGŁOSZENIA.

Dragées ferri albuminati własnego wyrobu.
Dwie pigułki odpowiadają zawartości jednej łyżeczki od kawy, Liquor ferr albuminati.

Poleca apteka E. Gessnera w Warszawie, Jerozolimska 27.

D-r M. Cereha

I-szy asystent kliniki chorób kobiecych Prof. Madurowicza, ordynować będzie od 10-go czerwca jak w roku zeszłym w **Krynicy**. Domek Szwajcarski.

D-r Kazimierz Kruszyński

ordynuje jak lat poprzednich od 1 Czerwca

8—4

w Szczawnicy.

D-r E. BRÜHL

ordynuje od 16-go Września do 10 Maja w **Meranie**, Marktgasse 5;

od 15 Maja do 15 Września w **Gleichenbergu**, Villa Max

12—1

D-R H. LUBOWSKI

lekarz zdrojowy, ordynuje od d. 20 Maja przez wszystkie sezony
w Ciechocinku.

4—1