

MEDYCYNA.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

TREŚĆ. Prace oryginalne. Przyczynek do nauki o nowotworach pęcherza moczowego. Skreślił D-r W. Stankiewicz. (Dalszy ciąg). Kilka słów o badaniu klinicznym krwi. Skreślił Stanisław Klein. (Dalszy ciąg).—**Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.** Posiedzenie z dnia 30 Maja r. b.—**Streszczenia i wyciągi.** 95. O leczeniu otyłości. 96. Czy leki przeciwgorączkowe stosowane w chorobach zakaźnych posiadają przypisywaną im wartość? 97. Objawy tęcza w przebiegu błonicy. 98. Zapalenie a chemotaksa. List otwarty do Redakcyi Medycyny. — Wiadomości bieżące. — Zmarli — 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.).

(Dalszy ciąg.—Zob. Nr. 22).

Obserwacya II. Mięsak (*Sarcoma*) pęcherza moczowego; wyluszczenie przez cięcie wysokie; wyzdrowienie.

Jan Zalewski, lat 35, szlachcic zagonowy z pod Łukowa, przysłany został do mnie z łaskawej rekomendacyi kol. CHROSTOWSKIEGO w celu zbadania natury choroby pęcherza moczowego. Pacjent budowy średniej, cieszył się zawsze dobrem zdrowiem; w m. Lipcu roku zeszłego zauważył pokazanie się krwi z moczem bez bólu, parcia i bez żadnej wyraźnej przyczyny; krew w moczu pokazywała się w ciągu paru dni, poczem mocz stał się zupełnie czystym. Pacjent badany był cewnikiem metalowym przez lekarza wojskowego, który podejrzewał kamień, i miał zapisane lekarstwo. Drugi raz krew w moczu pokazała się w końcu Stycznia r. b., a więc po upływie pół roku od pierwszego krwawienia, i odąd mocz krwawy zaczął pojawiać się coraz częściej: co parę tygodni, co tydzień, lub co dni kilka. Charakter hematuryi był zawsze ten sam; objawiała się nagle bez wszelkiej wyraźnej przyczyny, nie towarzyszyły jej żadne objawy podrażnienia lub bólu ze strony pęcherza i znikła po pewnym czasie tak samo nagle, odrazu. Tym razem pacjent znów zasięgał rady lekarza, który po zbadaniu go cewnikiem metalowym, przepisał odpowiednią kuracyę, a gdy krwawienie zaczęło się częściej powtarzać, poradził mu udać się o pomoc do Warszawy.

Pierwszy raz badałem chorego w szpitalu 24 Marca. Na żądanie oddał około 8 uncyi moczu przezroczystego, barwy jasno słomkowej, bez woni, bez śluzu, nitek, jednym słowem idealnie normalnego. Badanie precikiem z oliwką (*explorateur à boule*) kalibr. 20 wykazało, iż cewka jest wszędzie normalnej średnicy, podatna i niewrażliwa; część prostatyczna i szyja pęcherza nie wykazują nic nieprawidłowego, ściany pęcherza przy lekkim pociskaniu i przesuwaniu oliwką nie dają uczucia jakiegokolwiek wyraźnej nierówności i chory sam nie doznaje żadnego przykrego wrażenia. Po wprowadzeniu cewnika elastycznego i zastrzyknięciu roztworu kwasu bornego, pęcherz daje się swobodnie rozciągać, przy zastrzykaniu jednak większej ilości płynu wyrzuca go energicznie. Pomimo badania cewnikami, płyn odchodzący jest zupełnie czysty, bez kropli krwi i pacjent wcale nie narzeka na ból lub podrażnienie. Badanie przez odbytnicę wykazuje prostatę małą, miękką, a ścianę pęcherza powyżej miękką, normalnej konsystencji; badanie dwuręczne nie wykrywa żadnego zgrubienia, obrzmienia lub twardości.

Brzuch miękki, ściany podatne dają się dobrze ucisnąć, objawy perkusyjne normalne. Wątroba i śledziona w granicach prawidłowych, nerki nie wyczuwalne i anamneza nie wykazuje żadnego podejrzenia na jakikolwiek związek hematuryi ze stanem nerek. Zresztą pacjent czuje się zupełnie zdrow i wszystkie inne organa ma prawidłowe. Płuca zawsze miał zdrowe i rodzina jego nie chorowała na suchoty.

Wobec tak ujemnego rezultatu naszego badania, pozostała nam jedyna droga przekonania się o źródle krwawienia z moczem—zapomocą cystoskopu. Aby nie podrażnić zbyt chorego badaniem raz po raz, poleciłem mu wziąć kąpiel, leżeć w łóżku, wypróżnić stolec zapomocą ławatyw i w dwa dni potem przystąpiłem do zbadania cystoskopem. Wstrzyknąwszy do pęcherza 150 ctni. sz. roztworu kwasu bornego, wprowadziłem z wielką łatwością cystoskop, i po kilku poruszeniach ujrzałem narośl, która przedstawiała mi się w kształcie najpodobniejszym do rozwiniętego kwiatu kamelii różowej, błyszczącej barwy, na tle ceglatego zabarwienia ściany pęcherza, z wystającymi tu i owdzie ciemnymi prążkami i plamkami. Obraz ten był nadzwyczaj wyraźny i piękny; miarkując po położeniu cystoskopu odnosiłem siedlisko narośli do ściany tylnej pęcherza i nieco z prawej strony. Badanie pacjent zniósł bardzo spokojnie i na żaden dotkliwy ból się nie skarżył.

Otrzymałem tedy stanowczą pewność obecności narośli w pęcherzu, która w tem stadium żadnym innym sposobem niemożaby być wykrytą i opierając się na rezultacie badania cystoskopowego, postanowiłem niezwłocznie przystąpić do operacji. Chociaż narośl wydawała mi się malutką, oceniłem jej wielkość równą średniej wiśni; co do natury nowotworu, w pierwszej chwili, sądząc po żywej czerwonej barwie, wziąłem go za polip łagodny, zastanowiwszy się jednak, że nie miał na powierzchni kosmków (*villi*); że powierzchnia jego była mocno błyszcząca; dalej że w tym okresie (35 lat) najczęstsze są guzy złośliwe; wreszcie że pomimo tylokrotnego badania nie krwawił, a więc posiada budowę zbitą, zmieniłem zdanie i utwierdziłem się w przekonaniu o złośliwym charakterze narośli. W takich zaś okolicznościach rychło wykonane usunięcie narośli przedstawia oczywiście najlepsze szanse.

Operację wykonałem dnia 28 Marca, przy łaskawej asystencji kol. SZTEYNERA, HORODYŃYKIEGO i PRZYBOROWSKIEGO oraz w przytomności kol. PRZEWOSKIEGO, DOBRZYCKIEGO, NEUGEBAUERA i BABIŃSKIEGO, zaproszonych w celu obejrzenia narośli przez cystoskop. Po zachloroformowaniu chorego, przygotowanego odpowiednio do operacji, wprowadziłem cystoskop i bez trudności trafiłem na nowotwór, obraz którego przedstawiał mi się jednak inaczej aniżeli przy pierwszym badaniu. Mianowicie narośl wydawała mi się większą, z brzegiem równo zaokrąglonym, na obwodzie jaśniejszą, ku środkowi zaś ciemno-czerwoną. Ściana pęcherza nie wskazywała żadnej zmiany patologicznej w bliskości nowotworu i przedstawiała zwykłą barwę żółto-ceglastą. Wszyscy przytomni koledzy obejrzelik dokładnie usadowiony nowotwór i podziwiali tak jasny i wyraźny jego obraz, a kol. DOBRZYCKI w oka mgnieniu zdjął rysunek tegoż.

Po nastrzyknięciu do pęcherza 300 gramów roztworu kwasu bornego, wprowadzono do odbytnicy balon PETERSEN'a i wstrzyknięto doń 500 gram. ciepłej wody dla uwydatnienia pęcherza; poczem zwyczajnem cięciem podłużnem doszedłem do tkanki łącznej, pokrywającej pęcherz, którą najdelikatniej palcem przesunąłem ku górze wraz z zagięciem otrzewnej. Po otworzeniu pęcherza tuż ponad łukiem łonowym, założyłem na obadwa brzegi rany ligatury (*fils suspenseurs*) i otwór ku górze przedłużyłem. Wprowadziwszy do pęcherza palec, wysledziłem narośl w miejscu zawczasu wskazanem, a chcąc ją dobrze obejrzeć i uczynić przystępną do wyłuszczenia, cięcie w pęcherzu przedłużyłem aż do fałdy otrzewnej i w bliskości kąta górnego rany założyłem na oba brzegi ligatury. Po opróżnieniu pęcherza z płynu przedstawił się naszym oczom guz wielkości dużej wiśni, prawie okrągły, ze spłaszczoną nieco powierzchnią górną, barwy otaczającej go normalnej błony śluzowej, osadzony szeroką swą podstawą na ścianie pęcherza bez wyraźnego zwężenia. Guz znajdował się na ścianie tylnej i cokolwiek na prawo od linii środkowej. Ujawszy guz haczykiem ostrym blisko podstawy, przyciągnąłem go bez trudności ze ścianą pęcherza do otworu rany i odciawszy nożyczkami wraz z tkanką podśluzową i częścią warstwy mięśniowej, ranę stąd powstałą, zaszyłem 4 szwami z cienkiego katgut. Zbadawszy całe wnętrze pęcherza i przekonawszy się, iż drugiej

narośli niema, wprowadziłem zapomocą cewnika metalowego cewnik kauczukowy PEZZER'a, przemyłem pęcherz roztworem kwasu borsowego i ranę zaszytą w pęcherzu ucisnąłem tamponikiem z gazy sterylizowanej dla uzupełnienia hemostazy. Teraz przystąpiłem do zaszycia rany pęcherzowej. Ponieważ pęcherz znajdował się w najzdrowszym stanie, a po zaszyciu ranki, wynikłej z odciętego guza, niepotrzebowałem się lękać krwawienia, postanowiłem wykonać zeszytanie całej rany pęcherzowej i skutecznie to zapomocą 7 szwów głębokich, przechodzących przez całą grubość ściany pęcherza i 6 szwów powierzchniowych, założonych sposobem LEMBERT'a na zewnątrz błonę pęcherza. Do szwu tego użyłem także katgut. Następnie grubszym katgutem połączyłem brzegi mięśni oraz przeciętej powięzi, ranę zaś skórną zaszyłem jedwabiem. Dla ostrożności nie zamknąłem samego dolnego kąta rany, ale przeprowadziłem przez skórę i mięśnie grubszą nitkę jedwabną nie zawiązując tejże (*fil d'attente*), jak radzi GUYON, aby w razie wysączenia się moczu z nieudanego szwu, nie narazić chorego na zaciek moczowy. Przed założeniem opatrunku przestrzyknałem łagodnie pęcherz, a przekonawszy się, że szew trzyma szczelnie i mocz zaledwie różowy odpływa, włożyłem w dolny kąt rany kawałek gazy sublimatowej i całą okolicę operowaną pokryłem lekko uciskającym opatrunkiem. Koniec wystający cewnika, przedłużony dodaną rurką kauczukową, wprowadzony został do szklanej kaczki, umieszczonej między udami chorego. Operacja trwała przeszło godzinę, licząc w tem czas na badanie cystoskopowe użyty.

Odjęta narośl zbadaną została łaskawie przez Sz. kolegę PRZEWOSKIEGO, uprzejmości którego zawdzięczam niniejszy opis nowotworu, oraz piękny preparat mikroskopowy.

„Nowotwór pęcherza moczowego przedstawia się w postaci nieprawidłowo okrągławej masy, która ma 14 młm. wysokości, 17 młm. szerokości i 12 młm. grubości. Ta masa mieści się całkowicie w błonie podśluzowej i granice jej wszędzie dają się ostro oznaczyć. Siedząc na błonie mięsnej, miejscami tylko posyła w nią bardzo krótkie odrostki. Błonę śluzową nowotwór wypukła, ale błona ta nad nim wszędzie pozostaje gładką, bez brodawkowatych rozrostów. Nigdzie błona śluzowa nie okazuje najmniejszych owrzodzeń, ale wszędzie naczynia krwionośne jej są mocno wypełnione krwią. Nabłonek na błonie śluzowej wszędzie zachowany, jakkolwiek tu i owdzie mocno rozciągnięty.

Co się tyczy samego nowotworu, to ma on budowę zrazową i pojedyncze zrazy jego oddziela od siebie miękka, włóknista tkanka łączna, która wszędzie jest mocno nacieczona leukocytami i zawiera stosunkowo dosyć duże naczynia krwionośne.

Same zrazy nowotworowe składają się z tkanki łącznej, zawierającej bardzo wiele komórek i mało substancji między-komórkowej; komórki w nowotworze są przeważnie dosyć duże, wrzecionowate, przyczem te wrzeciona są rozmaicie długie, często krótkie, stanowiące przejście do komórek okrągławych. Protoplasma w komórkach ziarnista i często grubo ziarnista. Jądro dosyć duże, owalne, wyraźnie ukonturowane. Jąderko przeważnie jest jedno. Na wielu komórkach zauważyć można wyraźne zjawiska karyokinezy w rozmaitych fazach rozwoju. Komórki nowotworowe w zrazach nie są ułożone bezładnie, ale wszędzie zebrane są one w wyraźne pęczki, które przeplatają się ze sobą w rozmaitych kierunkach. Często zauważyć można, że komórki w pęczkach leżą naokoło centralnego naczynia krwionośnego i stanowią dla niego rodzaj błony zewnętrznej. Naczyni krwionośnych jednak w zrazach nowotworowych nigdzie niema zbyt wiele. Pomiędzy wrzecionowatymi komórkami w zrazach nowotworu spotykają się tu i owdzie komórki podobne do leukocytów.

Substancja między-komórkowa w zrazach nowotworu jest miękka, słabo włóknista i często tak jej mało, że komórki nowotworowe zdają się wprost przylegać do siebie.

Wobec powyższej budowy anatomicznej, nowotwór można nazwać tylko: „*Sarcoma fusocellulare*“.

W załączonych rysunkach, wykonanych według preparatów mikroskopowych prof. PRZEWOSKIEGO, fig. 3 przedstawia 5 razy powiększony cały nowotwór w przecięciu z wykazaniem stosunku do błony śluzowej i warstwy mięśniowej; zaś fig. 4 budowę wewnętrzną samej narośli z uwydatnieniem charakterystycznych komórek wrzecionowatych.

Przebieg pooperacyjny odznaczył się brakiem wszelkiej reakcji gorączkowej, pacjent bowiem w ciągu całej kuracji nie miał wyżej nad 37,6. Przez pierwsze parę dni mocz był więcej lub mniej zakrwawiony, ale bez skrzepów i odpływ moczu z pęcherza odbywał się z największą swobodą. Chory nadzwyczajnie cierpliwy i spokojny, ułatwiał swem zachowaniem pomyślny przebieg po operacji. Po zdjęciu opatrunku 8-go dnia po operacji i oddaleniu szwów skórnych, znalazłem trochę ropy, pochodzącej z rozpadu tkanki łącznej w głębi rany. Szew skóry oraz mięśni utrzymał się należycie, mocz spływał cewnikiem w całości tak, że przy przestrzy-

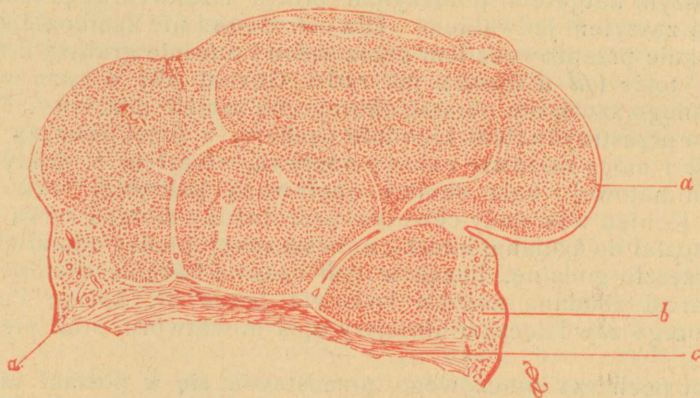


Fig. 3. *Sarcoma fusocellulare* 5/1. a. błona śluzowa (m. mucosa); b. tkanka łączna podśluzowa (text. submucosus); c. warstwa mięśniowa (m. muscularis).

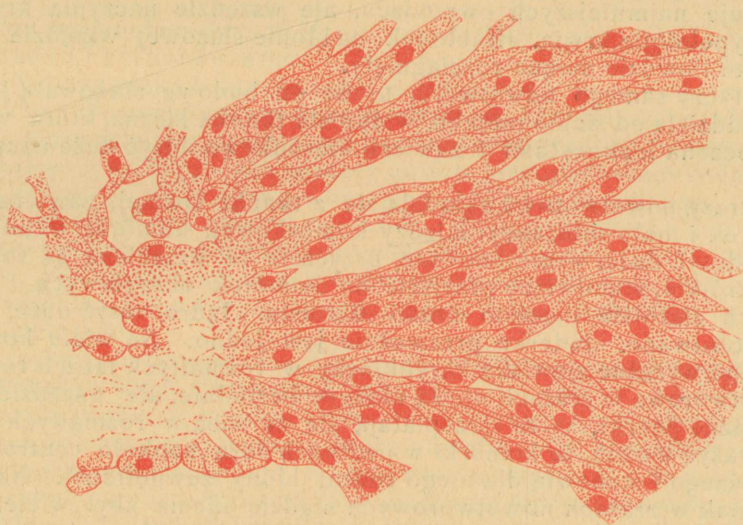


Fig. 4. *Sarcoma fusocellulare* 700/1.

kiwaniu pęcherza ani kropli moczu w ranie nie dostrzegłem. Ranę przemywałem codziennie roztworem sublimatu, a pęcherz roztworem kwasu bornego. 10-go dnia znalazłem w moczu osad nieco ropiasty, który po dwóch dniach zniknął i mocz stał się prawie przezroczystym, przy przemywaniu jednak pęcherza przekonałem się, że cokolwiek moczu przechodzi do ranki brzusznej skutkiem niezrośnięcia się w pewnym punkcie zeszytej ranki pęcherzowej. Otworek ten widocznie był bardzo mały, skoro tylko przy wstrzyknięciu większej ilości płynu do pęcherza kilka kropel przedostawało się do rany brzusznej, a ilość moczu wypływającego cewnikiem zwiększała się stale. Zależało to głównie od doskonałego funkcyono-

wania cewnika, tak, że pęcherz nigdy nie uległ rozciągnięciu przez zebrany mocz, lecz w miarę przybywania z moczowodów wypływał na zewnątrz. Grube światło cewnika ułatwiało przejście swobodnie małym skrzepom oraz kawałkom oddzielonych nabłonków, a także i szczątkom znekrotyzowanej błony śluzowej w obrębie szwów. Skutkiem szczelnego zaszycia rany w pęcherzu, właściwie tylko w ciągu kilku godzin po operacji mocz zawierał więcej krwi z kilku drobnymi skrzepami, trzeciego dnia był już zupełnie klarowny aż do dnia 10-go. Przez dwa dni mocz zawierał nieco ropy, prawdopodobnie skutkiem znekrotyzowania się kawałka tkanki w obrębie jednego szwu, a po odejściu 13-go dnia kilku małych, podłużnych strzępków, mocz oczyścił się prędko i odtąd z każdym dniem stawał się przezroczystym, bez wszelkiej niezwykłej woni. Po upływie trzech tygodni rana w pęcherzu zagoiła się zupełnie, wskutek czego cewnik usunięto, a rana w ścianie brzusznej zaczęła zwężać się szybko, tak, iż w końcu 4-go tygodnia chory zaczął wstawać z łóżka i chodzić po sali, a w kilka dni potem ranka skórna zabiłżniła się ostatecznie. Od chwili zagojenia się rany pęcherzowej pacjent oddawał przecięciowo 1600 ctm. sz. moczu dziennie z łatwością i bez wszelkiego uczucia bólu lub natężenia.

Przed wyjazdem pacjenta do domu badałem pęcherz cystoskopem w 6-tym tygodniu po operacji i najmniejszego śladu narośli nie wykryłem. Na miejscu operowanem znajdowała się smuga czerwona, odpowiadająca świeżej bliźnie widocznie dość unaczynionej. Taką samą smugę czerwoną, ale znacznie szerszą znalazłem na przedniej ścianie pęcherza w miejscu zaszytego przecięcia, w dolnej zaś części była plama nieregularna, ciemniejsza, zapewne w miejscu zropienia.

Przypadek powyżej opisany jest bardzo pouczający i zasługuje pod wielu względami na uwagę, a szczególnie ze względu na dyagnozę, charakter histologiczny narośli i rokowanie. Widzieliśmy z opisu, że tylko opierając się na anamnezie przystąpiliśmy do badania organów moczowych, gdyż w chwili ujrzenia pacjenta nie mieliśmy żadnego objawu patologicznego subiektywnego lub obiektywnego. Mocz był klasycznie czysty, pęcherz funkcjonował prawidłowo, cewka moczowa, pęcherz, prostata, nerki nie zdradzały najmniejszej zmiany chorobowej. Badanie wszelkimi dotąd używanymi sposobami dało rezultat ujemny, a nawet użycie cewnika metalowego nie wywołało najmniejszego podrażnienia, ani pokazania się kropelki krwi z moczem. Dopiero wprowadzony cystoskop wykazał nam odrazu obecność narośli, będącej źródłem pojawiającej się kilkakrotnie przedtem hematuryi. Nietylko upewniliśmy się o obecności nowotworu, ale zarazem o jego kształcie, przypuszczalnej wielkości i miejscu osadzenia w pęcherzu. Nadto przy drugim badaniu, zważywszy na jego gładką powierzchnię i brak kosmków, mogliśmy z wielkim prawdopodobieństwem wnosić o złośliwym charakterze nowotworu. W tym razie cystoskop odegrał rolę decydującą, podobnie jak oftalmoskop lub laryngoskop w chorobach odnośnych organów. Bez cystoskopu bowiem położenie chirurga byłoby bardzo kłopotliwem, gdyż niemając żadnych danych stanowczych, wypadłoby chorego trzymać w obserwacyi, a że hematurya przychodzi w odstępach czasu bardzo rozmaitych, moglibyśmy trzymać chorego miesiące, nie przynosząc mu żadnej ulgi. Wreszcie, nawet gdyby się pokazywała krew z moczem, jak w tym razie w bardzo małej ilości, badanie bez cystoskopu byłoby bezowocnem, dopóki by nowotwór, rosnąc ciągle, nie wywołał objawów groźniejszych i nie zajął znacznej przestrzeni ściany pęcherza tak, iż palcem wyczuć by go było można. Nie potrzebuję mówić, w jak smutnych warunkach przedstawiała by się wówczas operacya. Przekonywamy się również, jak wielkiego znaczenia jest pokazywanie się krwi w moczu, ten najstalszy, a nieraz jedyny objaw znajdującego się nowotworu w pęcherzu. Pacjent nasz zaledwie kilka razy zauważył obecność krwi w moczu i to w bardzo ma-

łej ilości, a przytem najmniejszych niedoznawał cierpień ani żadnych zaburzeń ze strony funkcjonalnej całego systemu moczowego. Przez wyjątkową tylko obawę udał się do lekarza, który mu przedstawił całą ważność rzeczowego objawu i polecił udać się gdzie należy. W iluż to przypadkach chorzy nie radzą się wcale lekarza lub uciekają się doń wtedy, gdy skuteczna pomoc okazuje się spóźnioną.

Pod względem anatomo-patologicznym mięsaki należą do bardzo rzadkich nowotworów pęcherza moczowego. THOMPSON w statystyce na kongresie w Berlinie w r. 1891 wykazuje 3 mięsaki na 41 nowotworów pęcherza moczowego. GUYON w swych lekcyach o nowotworach wspomina, że do r. 1888 widział tylko jeden przypadek mięsaka w pęcherzu przy autopsyi. W statystyce SPERLING'a z r. 1883 spotykamy 13 mięsaków na 122 nowotwory pęcherza; inni zaś autorzy jak: STEIN, KÜSTER, ULTZMANN, DITTRICH potwierdzają opinię o stosunkowej rzadkości mięsaków pęcherza moczowego. KOŚŃSKI również operował chorego z mięsakiem wrzecionowatym pęcherza moczowego. FENWICK przeciwnie poczytuje ten nowotwór za dosyć częsty u dzieci i starców. DAWID WALLACE ¹⁰⁾ zdając sprawę o nowotworach pęcherza moczowego na posiedzeniu towarzystwa medyko - chirurgicznego w Edynburgu 7-go Grudnia 1892 r., przytacza 23 przypadki leczone przez siebie w ciągu 3-ch lat ostatnich, w tej liczbie było 14 nabłoniaków, 8 brodawczaków (*papilloma*) i 1 przypadek *fibromyoma*, ani jednego zaś mięsaka. ALBARRAN na 89 nowotworów pęcherza, które sam badał pod drobnowidzem, znalazł tylko 2 mięsaki i w dziele swoim przytacza nadzwyczaj starannie zebraną statystykę mięsaków, zawierającą tylko przypadki ściśle zbadane i stwierdzone przez badanie histologiczne. Statystyka ta ułożona w kształcie tablicy, zawiera 51 przypadków z szczegółową rubryką autorów, operacji dokonanych, szczególnych cech histologicznych, oraz umiejscowienia w pęcherzu i inne dane drobiazgowo.

Otóż widzimy w niej, że *Sarcoma fusocellulare* jest rzadszą odmianą, gdyż czysty w tej formie figuruje tylko 6 razy, w 3 zaś innych jest pomieszany z mięsakiem alweolarnym, telangiektazyą lub z mięsakiem o komórkach okrągłych.

Co do siedliska w pęcherzu, najczęściej mięsaki lokują się na ścianie tylnej; na 49 przypadków, gdzie siedlisko nowotworu jest wskazane, 25 razy zajęta była ściana tylna, mój więc przypadek idzie za większością. Co do wielkości nowotworu, w podanej statystyce spotykam tylko 2 przypadki małych narośli, ale bez wyraźniejszego określenia, i tak: Nr. VI. THORNTON: kobieta stara, mięsak okrągło-komórkowy, mały, miękki, operacja: wyskrobany paznogciem przez cewkę moczową; mocz ropny; żadnych zaś bliższych danych co do rezultatu operacji lub recydywy niema. FENWICK (XXIII), miał przypadek *fibrosarcoma* w postaci licznych guzów, pokrywających niemal cały pęcherz, od wielkości wiśni do śliwki. Reszta zaś podanych przypadków przedstawia guzy znacznej wielkości, często w większej liczbie, z nacieczeniem ścian lub szeroką bardzo podstawą, znaczna ich część znajduje się w stanie owrzodzenia lub posuniętego rozpadu.

Największą jednak doniosłość przedstawia nasz przypadek pod względem prognozy. Wiadomo ogólnie, jak złośliwy charakter posiadają mięsaki skutkiem szybkiego rozrastania się, wczesnie następującego rozpadu, który tak zgu-

¹⁰⁾.. Edinburgh. med. Journal. February. 1893.

bny wpływ wywiera na cały organizm. Znaną jest również wszystkim chirurgom fatalna ich skłonność do recydywy po najstaranniejszym usunięciu nowotworu. Ten smutny rezultat zawdzięczamy niewątpliwie okoliczności, iż operujemy za późno, gdy istniejący nowotwór pozapuszczał już liczne rozgałęzienia w sąsiednie tkanki napozór zupełnie zdrowe, jednym słowem gdy są zmiany niedające się makroskopijnie przy operacji wysledzić. Wynika z tego naturalny wniosek usuwania tych guzów jak najwcześniej, ale spełnienie tego wskazania natrafia na niepokonane przeszkody, zależne właśnie od braku wyraźnych objawów tak subiektywnych, jak obiektywnych, w samym początku powstającej narośli. Któryż chory skarży się na mały, miękki i niebolesny guziczek, skoro go wymaca w tkankach powierzchownych, a tembardziej gdy tenże powstaje głębiej, z okostnej i niczem nie zdradza swej podstępnej obecności? Skoro guz osiąga pewnej wielkości, wpływa na utrudnienie ruchów lub wywołuje ból, wtedy przychodzi pod oko chirurga i, jeśli pacjent idzie za jego radą, następuje operacja. Niestety, zwykle ma to już miejsce zapóźno i prędzej lub później następuje recydywa. Jeśli wykrycie wczesne tego rodzaju narośli napotyka tyle trudności w organach zewnętrznych, o ileż trudniej je wcześniej wysledzić w organach głębiej położonych, a zwłaszcza w zbiorniku, jakim jest pęcherz moczowy. Potrzeba do tego nadzwyczaj szczęśliwego zbiegu okoliczności, jaki właśnie miał miejsce w naszym przypadku. Z tych jedną stanowi dana z symptomatologii, a mianowicie krew w moczu, drugą zaś możliwość wykrycia źródła tego objawu zapomocą cystoskopu. Tylko w ten sposób udało się nam pochwylić nowotwór w najwcześniejszym okresie jego powstania i usunąć go w całości spośród tkanin sąsiednich. Przeglądając całą literaturę nowotworów pęcherza moczowego, a zwłaszcza mięsaków, nie znalazłem ani jednej obserwacji mięsaka rozpoznanego i operowanego tak wczesnie. Śmiało więc mogę twierdzić, że jeśli kiedy, to w tym przypadku można spodziewać się radykalnego wyleczenia, a dalszy stan zdrowia pacjenta stanowić będzie o nadzwyczaj ważnej kwestyi naukowej i praktycznej.

Obserwacja III. Rak nabłonniak (*epithelioma*) pęcherza moczowego w okresie rozpadu; *Cystostomia* jako *operatio palliativa*; śmierć.

W. W. lat 61, wstąpił do mego oddziału 23 Października 1890 r. Chory wyniszczony i w wysokim stopniu kacheksyi opowiada, iż cierpi od lat paru na pęcherz; z początku miewał krwotoki z moczem a następnie powoli zaczął doznawać bólów przy urynowaniu, częstego parcia, mocz zaś stał się mętny, cuchnący i często wydzielaly się z nim skrzepy krwi lub kawałki brudno szarawe. Pomimo ciągłego leczenia się, stan jego tak ogólny, jak miejscowy pogarszał się stale i obecnie niema ani chwili wolnej od bólu.

Ponieważ wszelkie badanie cewnikiem sprawiłoby tylko cierpienie choremu, przeto ograniczyłem się na badaniu pęcherza przez odbytnicę i wyczułem tędy masę twardą, wypełniającą niemal cały pęcherz z włączeniem prostaty, masa ta wyraźniej jeszcze dała się wyczuć przy jednoczesnem badaniu drugą ręką po nad spojeniem łonowem. Mocz mętny, niezmiernie cuchnący, barwy brudno szarawej, zawierał wyraźne skrzepy krwi w stanie zmienionym i liczne strzepy szaro białawe, różnej wielkości i kształtu. Po wprowadzeniu cewnika elastycznego wraz z brudnym moczem odpływała śluzoropa, z nieznośną wonią amoniakalną. Przemycanie pęcherza nie wiele mogło poprawić, gdyż najmniejsza ilość wprowadzonego płynu sprawiała choremu ból dotkliwy, wskazujący na niemożność rozciągnięcia zmienionych ścian pęcherza. Prócz tego chory skarżył się na ból w okolicy nerek oraz na zaparcie stolca, który tylko po użyciu środków przeczyszczających następował z niesłychanym bólem w całej okolicy stolca i pęcherza.

Rozpoznanie nie przedstawiało tu żadnej trudności. Mieliśmy do czynienia z rakiem pęcherza w okresie bardzo późnym, gdzie większa część organu zajęta

i zmienioną była przez nowotwór, a potworzone owrzodzenia w szyjce pęcherza pod wpływem drażniącego i gryzącego moczu, wywoływały ciągły spazm organu, sprawiając bezustanny, straszny ból choremu, który zwinięty w kłębek przedstawiał obraz niesłychanego cierpienia. Gdy wszystkie znane sposoby i narkotyki nie sprowadzały żadnej ulgi, zaproponowałem choremu operację przecięcia pęcherza, jako jedyną drogę przyniesienia mu ulgi. Pacjent zgodził się na operację dopiero 9 Listopada i zaraz ją pod chloroformem wykonałem.

Po uśpieniu chorego i przemyciu pęcherza, wprowadziłem do pęcherza cewnik metalowy i na nim otworzyłem ścianę przednią pęcherza po nad spojeniem łonowym. Rozszerzywszy otwór, wszedłem palcem i znalazłem cały prawie pęcherz wypełniony guzem rakowatym z licznymi wypukłościami i zagłębieniami w stanie posuniętego rozpadu. O wyskrobananiu nie mogłem myśleć, gdyż samo dotknięcie palcem wywołało obfite krwawienie. Zamiast więc wprowadzać dren lub cewnik *à demeure*, brzegi otworu pęcherzowego przyszyłem do otworu skóry, przemylem pęcherz roztworem 1 : 5000 sublimatu i założyłem opatrunk.

Od chwili operacji chory uspokoił się i zasnął na kilka godzin; wdzięczny był za przyniesioną mu ulgę i żałował, że tak późno zdecydował się na operację. Przy ciągle wzrastającym upadku sił umarł czwartego dnia po operacji.

W podobnych warunkach operacja przecięcia pęcherza jest wcześniej wskazana i oddaje bardzo ważne usługi. Nietylko bowiem przy nieuleczalnych nowotworach pęcherza, ale i przy wielu innych zmianach patologicznych gdzie chorzy doznają ciągłych bolesnych pozywów do oddania moczu, a również gdy do tego przylączają się objawy atonii lub retencji, podobne właśnie stany spostrzegamy często w późnym wieku u prostatyków, gdy wskutek długiego trwania kataru pęcherza i osłabienia ścian potworzą się owrzodzenia w okolicy szyi pęcherza. Podobnie bywa przy owrzodzeniach natury gruźliczej. W takich razach, gdy organizm jest osłabiony długim cierpieniem kataralnym, bólami i parciem odbierającym sen i spokój, zamiast powtarzanej kateteryzacji i przemyciań pęcherza, które tylko zwiększają cierpienia chorego, jedyną ulgę sprowadzić może przecięcie pęcherza, a zwłaszcza cystostomia. Tym bowiem sposobem szyja pęcherza pozostaje w spokoju, mocz wypływa przez ranę brzuszną i chory odzyskuje siły. Często niczem dotąd niedające się zagoić owrzodzenia lub fissury goją się łatwo bez wszelkiej aplikacji miejscowej, a otwór sam w ścianach brzusznych powoli się zwęża i przy zastosowaniu odpowiedniej protezy pozwala chorym cieszyć się względnie bardzo znośnym stanem. Podobnej operacji uległ znany syfilidolog DIDAY w Lyonie i osobiście nazwał ją błogosławieństwem dla tego rodzaju chorych. Operację cystostomii najwięcej rozpowszechnił PONCET z Lyonu, który dotąd wykonał ją w 23 przypadkach, z prawdziwą korzyścią dla cierpiących. (D. c. n.)

Z oddziału wewnętrznego prymaryusza E. NEUSSERA w Szpitalu RUDOLFA w Wiedniu i z kliniki terapeutycznej prof. STOLNIKOWA w Warszawie.

Kilka słów o badaniu klinicznym krwi.

Skreślił **Stanisław Klejn**.
Ordynator kliniki terapeutycznej.

Załatwiwszy się pokrótce z morfologią i pochodzeniem leukocytów, przejdziemy teraz do określenia ilości ich we krwi. Jeżeli weźmiemy pod uwagę rezultaty wielu obliczeń, dokonanych do chwili obecnej, to nie popełnimy błędu, oznaczając średnią ilość leukocytów w 1 mil. sześć. krwi zdrowego dorosłego człowieka na 7500, przyczem oddzielne obliczenia wahają się mniej więcej między 6000 a 9000. W każdym razie, jeżeli znajdziemy ilości cokolwiek większe lub mniejsze od tych krańcowych cyfr, to rozumie się, że nie będziemy jeszcze uważali takiego stanu za patologiczny; znaczne bowiem

tylko zboczenia ilościowe, wynoszące przynajmniej 1500 w tym lub w owym kierunku, mogą dopiero nosić cechy objawu patologicznego.

Zdarzają się jednak i stany fizjologiczne, gdzie norma powyżej ustanowiona będzie zbyt niską. U noworodków, mianowicie ssawców i u dzieci bardzo młodych 1 mil. sześc. krwi zawiera już w warunkach prawidłowych daleko większą ilość leukocytów. Według badań GUNDOBINA⁶⁾ ilość ta u dzieci do 1 roku równa się w okrągłych cyfrach 12000 z wahaniami, dochodzącemi do 2000. U starszych cokolwiek dzieci ilość leukocytów stopniowo zmniejsza się tak, że około 6-go roku życia równa się ilości napotykaney u dorosłych. Fizjologiczna leukocytoza⁷⁾ zdarza się także podczas trawienia, szczególnie pokarmów białkowatych⁸⁾. Wobec tego, że leukocytoza ta niekiedy jest dość znaczną (do 20000), należy za wsze wstrzymywać się z badaniem krwi po jedzeniu, gdyż otrzymamy wyniki fałszywe. Wogóle najlepiej jest badać krew rano przed porą zwykłego przyjmowania obfitszych pokarmów.

Umiarkowana leukocytoza (13000) występuje także stale podczas ciąży, porodu i karmienia⁹⁾. Okoliczność tę należy przeto zawsze brać w rachubę przy ocenianiu danych hematologicznych.

Co się tyczy stosunku ilościowego oddzielnych postaci leukocytów we krwi normalnej, to według obliczeń EHRLICH'a i jego ucznia EINHORN'a¹⁰⁾ wypada na wielojądrowe 64%, na limfocyty 28%, na jednojądrowe duże 6%, na eozynofilowe 1%, a na przejściowe 1% ogólnej ilości. LÖWITT¹¹⁾ oblicza ilość jednojądrowych na 20%, resztę zaś na 80%. Według RIEDER'a¹²⁾ stosunek jednojądrowych wogóle do wielojądrowych wynosi 28 : 72. USKOW oblicza ilość neutrofilowych na 75%. Ilość eozynofilowych komórek według obliczeń ZAPPERT'a¹³⁾ wynosi 1,5–4,5%, CANON¹⁴⁾ podaje ją na 2%. Jak widzimy, zgody zupełnej w cyfrach tych dotychczas nie osiągnięto.

Z tego powodu przedsięwziąłem szereg poszukiwań nad stosunkiem rozmaitych postaci leukocytów i z obliczeń moich wypada, że w normalnej krwi komórki neutrofilowe wielojądrowe wynoszą średnio 66% ogólnej ilości, jednojądrowe małe 24%, jednojądrowe duże 3%, przejściowe 5%, eozynofilowe 1,5%. Jeżeli obliczymy przejściowe i eozynofilowe razem z wielojądrowymi,

⁶⁾ Gundobin. Ueber die Morphologie und Pathologie des Blutes bei Kindern. Jahrb. f. Kinderheilkunde. N. F. Bd. 35. H. 1 i 2.

⁷⁾ J. Pohl. Die Vermehrung der farblosen Zellen im Blute nach Nahrungsaufnahme. Arch. f. exper. Pathologie und Pharmakologie Bd. 25. str. 31. 1889. oraz R. Müller. Klinische Beobachtungen über Verdaungsleukocytose. Prag. med. Woch. 1892. Nr. 17, 18, 19.

⁸⁾ H. Rieder. Beiträge zur Kenntniss der Leukocytose und verwandter Zustände des Blutes. Leipzig. 1892.

⁹⁾ Ostrogorski. Zmiany morfolog. krwi podczas ciąży, porodu i karmienia. Dyssert. Petersburg. 1891.

¹⁰⁾ M. Einhorn. Ueber das Verhalten der Lymphocyten zu den weissen Blutkörperchen. Dissert. Berlin. 1884.

¹¹⁾ M. Löwitt. Ueber Neubildung und Zerfall weisser Blutkörperchen. Ein Beitrag zur Lehre von der Leukämie. Sitzungsber. der kais. Akademie d. Wissensch. Wien. Bd. 92. Abth. III. 1885.

¹²⁾ L. c.

¹³⁾ J. Zappert. Eine neue Methode zur Zählung der eosinophilen Zellen im frischen Blut. Centralbl. f. klinische Med. 1892. Nr. 19.

¹⁴⁾ Canon. Ueber eosinophile Zellen und Mastzellen Gesunder und Kranker. Deut. med. Woch. 1892. Nr. 10.

jednojądrowe zaś duże z małemi, to stosunek wielojądrowych do jednojądrowych wyniesie 77 : 23. Cyfry te są bardzo zbliżone do podanych poprzednio i one to służą mi za podstawę do moich badań.

Wspomniałem już poprzednio, że w bardzo wielu cierpieniach można zauważyć znaczne powiększenie ilości białych ciałek krwi ponad zwykłą normę, czyli t. zw. leukocytozę. Faktem jest nieulegającym obecnie żadnej wątpliwości¹⁵⁾, że w wielu cierpieniach gorączkowych, czy to mających za podstawę anatomiczną wysięk, lub nie, ilość leukocytów we krwi bywa znacznie powiększoną. Mamy więc ten objaw zawsze przy wszystkich ostrych sprawach ropnych (RIEDER), przy zapaleniu płuc włóknikowem (NIKODZE, SADLER, RIEDER), przy zapaleniu wsierdza (PÉE), opłucnej, osierdza i otrzewnej (SADLER), przy zapaleniu ropnem opon mózgowych (LIMBECK), przy róży, gościcu (RIEDER), szkarlatynie (KOCZETKOW), błonicy (RIEDER), zapaleniu gardzieli (HALLA), przy ospie (PÉE), tyfusie powrotnym (USKOW), posocznicy (RIEDER), zapaleniu szpiku kostnego (LIMBECK) i wreszcie przy wysypkach skórnych (ESCHERICH), szczególnie przy pęcherzycy, wyprysku i świerzbiączce. Pozatem znajdujemy leukocytozę przy niedokrewności

¹⁵⁾ Literatura leukocytozy (Oprócz prac powyżej podanych):

G. Hayem. Du sang et de ses altérations anatomiques. Paris 1889.

Pée. Untersuchungen über Leukocytose. Diss. Berlin. 1890.

C. Sadler. Klinische Untersuchungen über die Zahl der corpusculären Elemente und den Haemoglobingehalt des Blutes. Fortschritte der Medicin. 1892. Supplementheft.

A. Halla. Ueber der Haemoglobingehalt des Blutes und die quantitativen Verhältnisse der rothen und weissen Blutkörperchen bei acuten, fieberhaften Krankheiten. Zeitschrift für Heilkunde. 1883. Bd. 4.

E. Reinert. Eine Zählung der rothen Blutkörperchen und deren Bedeutung für Diagnose und Therapie. 1891. Leipzig.

R. R. v. Limbeck. Klinisches und experimentelles über die entzündliche Leukocytose. Zeitschr. f. Heilkunde. 1890.

R. R. v. Limbeck. Grundriss einer klinischen Pathologie des Blutes, Jena. 1892.

Th. Escherich. Hydrämische Leukocytose. Berl. kl. Woch. 1884. Nr. 10.

J. Horbaczewski. Beiträge zur Kenntniss der Bildung der Harnsäure und Xanthinbasen, sowie der Entstehung der Leukocytosen im Säugethierorganismus. Aus den Sitzungsberichten der kaiserl. Acad. des Wissensch. in Wien. Math. naturw. Classe. B. C. Abtheil. III. April. 1891.

L. J. Tumas. Ueber die Schwankungen etc. Deutsch. Arch. f. kl. Med. 1887. Bd. 41. str. 323.

P. Römer. Ueber den formativen Reiz der Proteine Buchners auf Leucocyten Berl. kl. Woch. 1891. Nr. 36. oraz Die chemische Reizbarkeit thierischer Zellen. Virch. Arch. 1892. str. 98. Bd. 128. H. I.

C. Binz. Ueber einige wirkungen ätherischen Oele. Arch. f. exper. Path. und Pharmacol. Bd. V. s. 109.

J. F. Lyon. Blutkörperchenzählungen bei traumatischer Anaemie. Virch. Arch. Bd. 84. S. 207.

S. Felsenthal. Hämatologische Mittheilungen. Arch. f. Kinderheilkunde. 1892. II. 1 i 2.

H. Rieder. Ueber das numerische Verhalten der weissen Blutzellen bei Influenza, krupöser und katarrhalischer (Influenza) Pneumonie. Münchener. med. Woch. 1892. Nr. 29.

Koczetkow. Zmiany morf. krwi przy szkarlatynie. Dysert. 1891.

Chetagurow. Anatomia patologiczna krwi przy tyfusie brzuszny. Dysert. 1891.

Nikodze. Anatomia pat. krwi przy włókn. zap. płuc. Dysert. 1890.

R. v. Jaksch. Ueber Diagnose und Therapie der Erkrankungen des Blutes. Prag. med. Wochen. 1890. Nr. 31—33.

wskutek utraty większej ilości krwi (LYON), przy przymiocie (BIEGAŃSKI), przy nowotworach złośliwych, szczególnie przy rakach i mięsakach (HAYEM, SADLER, RIEDER), przy zapaleniu nerek (ESCHERICH), przy *anaemia infantum pseudoleukaemica* (JAKSCH), przy krzywicy (FELSENTHAL) i skażeniu moczowym (HORBACZEWSKI). Leukocytoza, wprawdzie niezbyt znaczna, powstaje także po użyciu wewnętrznem niektórych leków (POHL), a mianowicie olejków eterycznych i t. zw. środków gorzkich, oraz po wprowadzeniu do krwi niektórych substancji chemicznych, jak pilokarpiny (HORBACZEWSKI), kamfory (BINZ) i białka wraz z jego derywatami (RÖMER, RIEDER, LÖWITT). W tym ostatnim przypadku może leukocytoza być bardzo znaczną.

Normalną ilość leukocytów napotykamy niekiedy przy odrze (RIEDER), gruźlicy płucnej i ogólnej prosówkowej (RIEDER), w napadzie zimniczym (SADLER), przy influenzy (RIEDER), w tyfusie wysypkowym (TUMAS), przy zapaleniu gruźliczem opon mózgowych (LIMBECK). W tyfusie zaś brzuszny autorowie (CHETAGUROW, RIEDER) jednoznacznie podnoszą fakt zmniejszania się ogólnej ilości leukocytów czyli t. zw. leukopenię. Objaw ten skonstatowano także (RIEDER) przy niedokrwistości złośliwej, przy daleko posuniętej blednicy i marskości zanikowej wątroby. Co się tyczy tego ostatniego cierpienia, to zdarzają się, jakem się przekonał, z jednej strony przypadki ze znaczną leukocytozą, z drugiej zaś i takie, gdzie istnieje wyraźna leukopenia. W odrze bywa także częściej leukopenia (FELSENTHAL) niż normalna ilość leukocytów. Zanotować także należy, iż przy raku przełyku nigdy nie ma leukocytozy, a nawet przeciwnie leukopenia jest tu zjawiskiem bardzo częstym (RIEDER, ESCHERICH, PÉE).

Leukocytoza patologiczna może dochodzić nieraz do bardzo wysokich cyfr, zdarza się to przeważnie przy zapaleniu płuc, szpiku kostnego, przy szkarlatynie, *anaemia infantum pseudoleukaemica* oraz przy nowotworach, szczególnie mięsakach (SADLER). Cyfry te bywają nieraz tak wysokie, że tym, którzy rozpoznają białaczkę wyłącznie na zasadzie obliczenia ilości leukocytów, może się zdawać, że rzeczywiście mają przed sobą to cierpienie. Najczęstszą jest leukocytoza z ilością 20000 — 30000 leukocytów w 1 milim. sz. Większe ilości zdarzają się rzadziej, mniejsze zaś bardzo często.

Jeżeli zastanowimy się nad powyższymi faktami, wykazującymi związek rozmaitych stanów chorobowych z 3 wybitnymi typami wahań ilościowych leukocytów, to dojdziemy do wniosku, że już samo określenie ilości tych komórek może nam dać niekiedy ważne wskazówki dla rozpoznania. Na zasadzie znajomości tych jedynie faktów, łatwo odróżnimy odrę od szkarlatyny, zapalenie ropne opon mózgowych od zapalenia gruźliczego tychże, lub od tyfusu, odróżnimy początkowy okres zapalenia płuc od początku tyfusu brzuszego, a ten ostatni od tyfusu powrotnego. Badanie takie pozwoli nam powiedzieć, czy w przypadku niedokrwistości złośliwej mamy do czynienia ze sprawą pierwotną, czy też wtórną, zależną od nowotworu żołądka, w przypadku zaś gorączki przepuszczającej badanie to rozstrzygnie nam, czy mamy do czynienia z ukrytą sprawą ropną, czy też z malaryą i t. d. (D. c. n.).

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z dnia 30 Maja r. b.

Torbiel pod łopatką.

Kol. JAWDYŃSKI przedstawił chorą po wyłuszczeniu dość rzadkiej torbieli. Kobieta 27-letnia przybyła z guzem otaczającym dolny kąt łopatki w postaci wałka; część guza znajdowała się pod mięśniami grzbietu i pod łopatką, guz ten był miękki i niewyraźnie chleboczący. Rozpoznanie nastroczało znaczne trudności; najwięcej danych przemawiało za torbielą skórzastą, lub też za rozrośniętą torbielą maziową (*hygroma proliferum*). Guz usunięto przez cięcie płatowe, półkuliste; zawartość torbieli była surowicza, nie lepka; z powodu silnego zrostu z żebrami wycięto część 6-go i 5-go żebra, poczem okazało się, iż część guza wielkości połowy brzoskwini znajduje się po za żebrami i zrośniętą jest z opłucną i płucem; część tę wycięto, opłucną zeszyto, poczem założono szew na całą ranę, oprócz miejsca, przez które wyprowadzono pasek guzy. W ciągu pierwszych dwóch dni chora skarżyła się na trudności oddychania (*pneumothorax*), zresztą przebieg był zupełnie dobry.

Prof. BRONOWSKI demonstrował wyciętą torbiel, dość znacznej wielkości; wewnętrzna powierzchnia jej ścian nierówna, strzępiasta, pofałdowana, z resztkami przegrod; przegrody te świadczą, że była to z początku torbiel wielokomorowa. W zawartości surowiczej pływała wielka ilość ciał, jakby chrząstkowatych, które pod drobnowidzem robiły wrażenie błon bąblowca; podobno twory znalezione też w ścianach torbieli; są to niezawodnie produkty zwyrodnienia szklistego (*hyalin*). Podobne torbiele opisują jako: *prolifere cystoide Bindegewebswucherung*.

Torbiel łożyska.

Kol. KRYSIŃSKI pokazywał torbiel, znajdującą się przy osadzie sznurka pępkowego, na długiej szypule; wielkość torbieli w chwili porodu dochodziła wymiarów głowy dorosłego człowieka; najprzód urodziła się torbiel i jej szypuła, a następnie martwy płód niezwyklej wielkości.

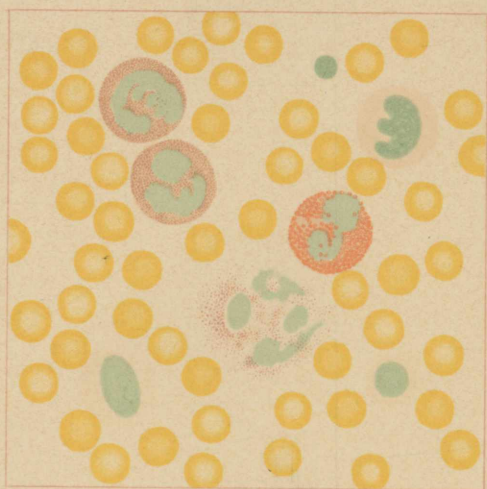
Ropień mózgu.

Kol. DUNIN przedstawił chorego po trepanacyi czaszki z powodu ropnia mózgowego. Jest to już trzeci przypadek trepanacyi, który obserwuje wspólnie z kol. KRAJEWSKIM. W pierwszym z tych przypadków na zasadzie napadów padaczki częściowej i porażen nie ustępujących od leczenia przeciwpriymiotowego, rozpoznano ognisko w zawoju środkowym; kol. KR. wykonał trepanację i usunął ognisko z zawoju środkowego tylnego i przedniego. Chory wyzdrowiał, i gdy był przedstawiony w Towarzystwie, jako ślady przebytej choroby widziano jeszcze pewien stopień ataksyi w kończynach. Po paru miesiącach objawy chorobowe wróciły, a w 8 czy w 9 miesięcy po operacyi chory zmarł. Przy badaniu pośmiertnem znaleziono: na miejscu ogniska obszerną bliznę, zrośniętą z oponą twardą, a tę ostatnią ze skórą. Komora boczna mózgu po stronie odpowiedniej była rozszerzoną 3—4 krotnie, czego powodem była zapewne konieczność wypełnienia braku pewnej części istoty mózgowej.

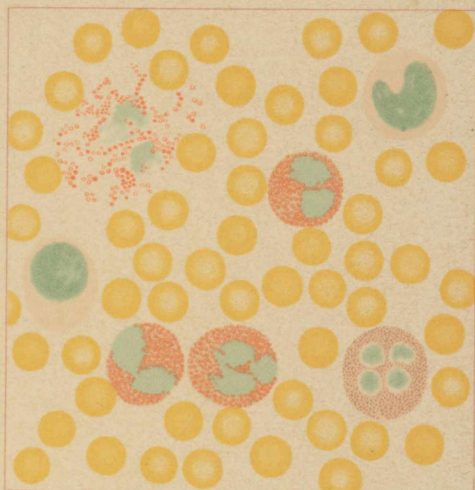
Drugi chory w wieku lat 60, przybył z częściową epilepsyą kończyny górnej lewej; rozpoznanie co do lokalizacyi było więc łatwe, a kiedy w paru miejscach pod skórą chorego guziki, wycięte do badania, okazały się wągami (*cysticercus*), nie było już wątpliwości i co do istoty cierpienia. Rozpoznano: *cysticercus lobi centralis* i po dokonaniu przez kol. KR. trepanacyi w miejscu pomienionem znaleziono 3 pęcherzyki węgry, z których jeden leżał we wgłębieniu istoty szarej mózgu. Chory w kilka godzin po operacyi zmarł, a autopsya wykazała w mózgu sto kilkadziesiąt węgry. Wgłębienie, z którego wyjęto podczas operacyi jeden z pęcherzyków, było już wygładzone.

Historia obecnego przypadku jest następująca. Przed kilkoma miesiącami przybył do szpitala Dzieciątka Jezus chory 28-letni, skarżący się na gorączkę, kaszel i krwioplucie. Przy badaniu znaleziono w prawem płucu, począwszy od 2-go żebra aż do dolnej granicy płuca tępość i rżenia. Płwocina bardzo cuchnąca i oddawana w wielkiej ilości, dzieli się przy zlanu na trzy warstwy: górną-śluzową, środkową-przezroczystą, dolną-ropną. Badanie drobnowidzowe wykazało w płwocinie ciała ropne, czerwone krążki krwi, kryształy kwasów tłuszczowych i włókna sprężyste. Prątków

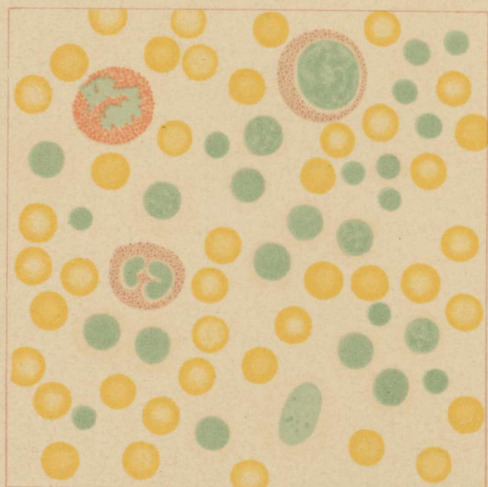
1.



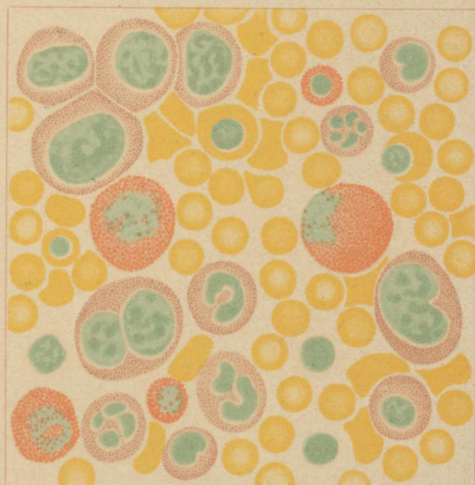
2.



3.



4.



gruzliczych nie znaleziono. Wobec tych danych rozpoznano zgorzel płuca. Po trzech tygodniach ciepłota ciała chorego spadła, nastąpiła poprawa podmiotowa i przedmiotowa; chory prosił o wypisanie go ze szpitala, gdy nagle dostał wieczorem napadu padaczkowego. Przedtem podobnych napadów chory nie doznawał. Nazajutrz zauważyć można było wzmoczenie odruchów w kończynach górnej i dolnej lewej. Chory pomimo to wypisał się, lecz już trzeciego dnia powrócił, opowiadając, iż zaraz po wyjściu ze szpitala miał napad epileptyczny, który następnie powtórzył się jeszcze kilka razy. Chory nie gorączkuje, jest jakby odurzony, skarży się na zawroty i bóle głowy, których nigdy przedtem nie doznawał. Zauważyć można porażenie lewej połowy ciała, silniej zaznaczone w kończynach dolnej, niż w górnej. Badanie całego układu nerwowego oprócz padaczki korowej i wzmoczenia odruchów, żadnych innych objawów nie wykazało. Rozpoznano ropień mózgowy, powstały na tle zgorzeli płuca, która jest najczęstszą przyczyną takich ropni po cierpieniach ucha środkowego. Rozpoznano zatem ropień przerzutowy w istocie białej mózgowia w bliskości dróg ruchowych, w zrazio ciemieniowym i zaprojektowano trepanację. Wówczas zauważono nadto wypływ ropny z ucha prawego, o którym przedtem nie wiedziano, a który, jak opowiada chory, datuje od 2-go roku życia. Odkrycie to zachwiało pierwotne rozpoznanie: zrodziło się pytanie, czy ropień nie jest w związku z cierpieniem ucha środkowego, a więc czy nie łączy w zrazio skroniowym mózgu lub w mózdzku? Wobec tego, że objawy ropnia wystąpiły od razu z całą siłą, trzymano się pierwotnego rozpoznania i zrobiono trepanację. Po otworzeniu ropnia wypłynęła ropa cuchnąca, w ilości około łyżeczki deserowej; przy badaniu ropy, znaleziono w niej niewiele ciałek ropnych i krążków krwi, za to cało masy bakterii. Po operacji nastąpiła kompletna homiplegia lewostronna ze zniesieniem uczucia, stopniowo jednak następowała poprawa, a po paru tygodniach chory mógł już chodzić. Wobecnej chwili chory jest zupełnie przytomny, chodzi dobrze, czucie skórno jest niezmienione; pozostał tylko pewien stopień ataksji lewej kończyny górnej. Rozpoznanie w danym przypadku co do przyczyny cierpienia nie może być pewnem. Zgorzel płuc wywołuje wprawdzie ropnie, które są zwykle liczne, bywają jednak i pojedyncze ropnie tego pochodzenia. Przypadek podobny spostrzegał D. przed kilku laty.

Kol. KRAJEWSKI wykonał operację dnia 30. III. r. b. Po ogoleniu i odkażeniu głowy chorego, oznaczono z prawej strony położenie rowka ROLAND'a metodą LUCAS-CHAMPIONNIERE'a, zachloroformowano chorego i nałożono sznur elastyczny naokoło czaszki, przez czoło i wyniosłość potylicową. Wykrojono płat owalny z podstawą zwróconą ku przodowi, oddzielono go od kości, zrobiono trepanem cztery otwory, z których dwa przednie odpowiadały górnemu końcowi rowka ROLAND'a, dwa zaś tylne leżały na miejscu zawoju pośrodkowego tylnego. Most kostny pomiędzy otworami, mający formę krzyża, wydłutowano; utworzono tym sposobem otwór mający 4 cm. długości i tyleż szerokości. W oponie twardej, słabo tętniącej, wykrojono także płat, po odchyleniu którego w ranę wtoczyła się istota mózgowa. Obmacywanie tej części mózgu, jak również trzy próbne przekłucia strzykawką PRAWAZ'a nie dały żadnego wyniku. Zrobiono cięcie w zawoju środkowym tylnym, gdzie przypuszczano istnienie ropnia, istota mózgu, o wiele bardziej miękka w tem miejscu niż zazwyczaj, zaczęła się wylewać przez ranę, a palec, wprowadzony do tej ostatniej, napotkał twór jajowaty, sprężysty, wielkości śliwki. Strzykawką wyciągnięto z tego tworu ropę cuchnącą; otworzono ropień, wypuszczono z niego ropę, część mózgu, która wystając, przeszkadzała do zaszycia opony twardej, obcięto nożyczkami, wprowadzono sączek do jamy ropnia, zaszyto oponę twardą, z wyjątkiem miejsca, przez które przechodził dren, płat z części miękkich rozcięto pośrodku, następnie obie części płatu przszyto do odpowiednich części obwodu. Ranę pokryto z wierzchu gazą wyjałowioną i takąż watą, a uciskając ręką, zdjęto sznur elastyczny i nałożono opaskę wywierającą ucisk umiarkowany. Wkrótce po operacji chory odzyskał przytomność i wtedy zauważono zupełny paraliż lewej połowy ciała. Po 5-u dniach zmieniono opatrunek i zdjęto szwy; przez sączek wydzielala się ropa; 10-go dnia, przy powtórnej zmianie opatrunku, zauważono pewną poprawę w kończynach; 16-do dnia chory zaczął chodzić; 34-go zamiast sączka wprowadzono pasek gazy jodoformowej, który 40-go dnia się wysunął i rana się zagoiła. Dalszy przebieg był zupełnie dobry; ataksja kończyny górnej lewej stopniowo się zmniejsza. Przyczyną ropnia w danym przypadku było najprawdopodobniej cierpienie ucha środkowego, z powodu iż otoczka ropnia była dość gruba ($\frac{1}{2}$ mm.) a więc istniał on dawno, że ściany jamy były gładkie, że ropień był pojedynczy.

Powyższy przypadek nastrocza kilka ogólniejszych uwag. Co się tyczy wskazania do poszukiwania ropnia w jamie czaszkowej, to obecność ogniska ropnego w organizmie przy wystąpieniu jednocześnie objawów ucisku mózgu, jak ból głowy, zwolnienie tętna, brodawka zastoinowa, utrata przytomności, nie wystarczają jeszcze dla chirurga. Określić miejsce ropnia, a więc trepanować można tylko przy istnieniu prócz powyższych objawów ściśle ograniczonego bólu głowy, lub jakiegos objawu ogniskowego (paraliż jednej kończyny, jak było w danym przypadku; lub epilepsya JACKSON'a). Z pomiędzy różnych sposobów określania na czaszce rowka ROLAND'a, jak LUCAS-CHAMPIONNIÈRE'a, REIDE'a i innych, najściślejszą i najodpowiedniejszą będzie metoda POIRIER'a. Co się tyczy techniki operacyjnej, to polecić można bardzo używanie przy trepanacyi sznura elastycznego; gdzie chodzi o zmniejszenie ciśnienia wewnątrz-czaszkowego, usuwać należy całkowicie wycięte kości; czasowa resekcya według metody WAGNER'a ma rację bytu przy usuwaniu nowotworów. Próbnę przekłucia mózgu niezawsze dają wynik dodatni; natomiast pewnością jest obmacywanie danej okolicy mózgu, lecz dopiero po przecięciu opony miękkiej. Z powikłań pooperacyjnych na pierwszy plan występuje obrzęk mózgu, któremu zaradzić można przez wywieranie ucisku bezpośredniego na sam mózg zapomocą tamponów z gazy, lub pośredniego przez płat z części miękkich.

D y s k u s y a:

Prof. BRODOWSKI skłania się do przypuszczenia, że ropień w danym przypadku zależnym był od zgorzeli płuc. Nie można twierdzić, żeby ropień ten miał istnieć w mózgu dwadzieścia kilka lat, musiałby się bowiem powiększać, lub też gdyby był otorbiony, to zawarta w nim ropa uległaby zgęszczeniu, a więc nie byłoby płynnej ropy, ale masa serowata z solami wapiennymi, kryształami cholestearyny i t. p. Umieszczenie ropnia w danym przypadku także nie jest typowe dla ropni pochodzenia usznego, ropni takich widział B. 10, a żaden z nich nie znajdował się w zawoju pośrodkowym. Cuchnienie ropy dowodzi, że uległa ona gniciu, a drobnoustroje gnilne najprawdopodobniej dostały się z ogniska w płucach, a nie z ucha.

Kol. JAWDYŃSKI sądzi, że prawdopodobniejsze jest pochodzenie ropnia od cierpienia usznego; ropień przerzutowy byłby wywołał objawy więcej burzliwe; wystąpiłaby gorączka i dreszcze. Kol. DUNINOWI odpowiada, że nadmierne rozszerzenie komory bocznej w pierwszym przypadku zależało raczej od trakcyi ściągającej się blizny, a nie było skutkiem ubytku istoty mózgowej, który zwykle bardzo szybko się wyrównywa. Kurczenie się blizny jest jednym z najmniej pożądanych następstw trepanacyi; może ono nawet po wielu latach wywołać epilepsyę. Dla tego też wszędzie, gdzie to jest możliwem, należy braki kostne pokrywać, implantując wycięte kawałki czaszki.

Kol. KRAJEWSKI zaznacza, że ropa nie była zbyt świeżą, zawierała mało ciałek ropnych i krążków krwi, lecz przeważnie rozpad i kropelki tłuszczu. Z powodu twardości i grubości otoczki ($\frac{1}{2}$ mm.) przypuszcza, że ropniowi dało początek dawne cierpienie ucha, ów ropień jako otorbiony mógł istnieć długo, a dopiero pod wpływem cierpienia płucnego mógł się zacząć powiększać i wywoływać objawy uciskowe. Co się tyczy implantacyi kości, to nie zawsze jest ona możliwą, a nadto nie znosi ona zupełnie blizny, lecz tylko ją dzieli na 2 piętra.

Prof. BRODOWSKI. Pojedynczy ropień przerzutowy może przebiegać bez gorączki, tembardziej kiedy, jak to miało miejsce w danym przypadku, przerzucone zostały masy drobne, które zatrzymały się w naczyniach włosowatych. W ropie nie było ciałek ropnych, bo też nie był to ropień w całem znaczeniu tego słowa, ale raczej gangrena przerzutowa. Gdyby to był stary, otorbiony, niepowiększający się już ropień, niepodobnaby wytkłómczyć, dlaczego wywołał ostro objawy.

Kol. DUNIN. Dla chirurga ważniejsze jest umiejscowienie sprawy chorobowej, niż jej rodzaj. Rozpoznanie umiejscowienia ropni jest o wiele łatwiejsze, niż nowotworów, przy których wymagamy zupełnie pewnych danych. Zresztą nawet w razie pomyłki w rozpoznaniu umiejscowienia nowotworu, a nawet i przy nieznanem umiejscowieniu, trepanacya może przynieść choremu znaczną ulgę przez zmniejszenie ciśnienia wewnątrz-czaszkowego. Zapalenie gruczołu opon mózgowych, przy którym śmierć następuje często przy bardzo nieznacznej ilości gruczków, tylko wskutek wzmożonego przez wysięk ciśnienia wewnątrz-czaszkowego, leczą obecnie zapomocą przekłucia, ewentualnie drenowania komórek bocznych. Należałoby spróbować tych

metod, zwłaszcza w szpitalach dzieciennych, gdzie podobne przypadki częściej się zdarzają.

Kol. HEIMAN mniema, że w danym przypadku ropień był w związku z cierpieniem ucha środkowego; z tego powodu sądzi, że należało nie ograniczać się tylko na trepanacyi, ale także należało usunąć ognisko w uchu środkowem, aby się nowy ropień w innym miejscu nie utworzył.

Kol. STANKIEWICZ przemawia za pochodzeniem przerzutowem ropnia (wskutek gangrony płuc), dalej na zasadzie swoich spostrzeżeń zaznacza, że nawet po utracie dużych kawałków mózgu nie pozostają żadne objawy mózgowe. Blizna tworząca się po trepanacyi, jest tak twarda, że zupełnie zastępuje kość.

Kol. ROTH zaznacza, że w danym przypadku nie było zupełnie pewnych objawów mózgowych lokalnych, i dotarcie do ropnia przypisać tu należy śmiałym poszukiwaniom operatora.

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

95. F. HIRSCHFELD. **O leczeniu otyłości.** Według zdania autora niewątpliwie na powstawanie otyłości składają się dwa czynniki: obfite pożywienie i nieznaczna praca mięśniowa. Pomiedzy jednak publicznością nielekarską często zdarza się spotkać ze zdaniem, iż dany osobnik pomimo umiarkowanego żywienia się staje się otyłym, i odwrotnie, używający mało pokarmów łatwo i szybko tyje. Niektórzy lekarze te pozorne przeciwności starają się objaśnić zapomocą rozmaitej siły wchłaniania części pożywnych w przewodzie pokarmowym człowieka. Zdanie to jednak bynajmniej nie jest oparte na faktach na drodze doświadczalnej otrzymanych. Przeciwnie, wszystkie dotychczasowe poszukiwania i badania w kwestyi przemiany materii dowodzą, że u każdego zdrowego człowieka zwykle z ogólnej masy pokarmów wprowadzonych do przewodu pokarmowego 90—96% części pożywnych ulega wchłanianiu i dostaje się do soków naszego ustroju. Nawet nieznaczne rozwolnienia nie mają w tym kierunku wielkiego wpływu. Tylko używanie znacznych ilości pokarmów roślinnych, zawierających w sobie dużo drzewnika, może wpływać w pewnym stopniu na zmniejszanie się wchłaniania. Inne zatem przyczyny wpływać muszą na powstawanie wyżej wspomnianych, a pozornie tylko z ogólną zasadą sprzecznych faktów. Autor przyczyny te widzi w ogólnem mniemaniu opartem na poglądach LIEBIG'a i VOIT'a, że o wartości pożywniej pojedynczych pokarmów należy sądzić z ilości zawartego w nich białka. Wskutek tego, pokarmy takie jak mięso i mleko uważane są za szczególnie pożywne i dlatego człowiek dużo podobnych pokarmów używający uważanym jest zwykle za żarłoka; nie zwraca się jednak zazwyczaj należytej uwagi, ile kto zjada, np. chleba, bułek i masła, a tymczasem pokarmy tego rodzaju posiadają także wysoką wartość pożywną.

Dla przykładu i porównania H. podaje dwa sposoby żywienia się, z których widać, że 400 grm. mięsa, 40 grm. masła, 300 grm. kartofli i 50 grm. chleba przy spaleniu się w ustroju zawartego w nich białka, tłuszczu i węglowodanów wytwarza 1150 ciepłotek (kaloryi), kiedy tymczasem 250 grm. bułek, 60 grm. masła i pół litra mleka wytwarza 1450. Okazuje się więc z tego porównania, że przy drugim sposobie żywienia się wprowadzamy do naszego ustroju więcej pożywienia niż przy pierwszym, pozornie jednak zdawałoby się, że żywienie się według pierwszego sposobu, t. j. gdzie znajdujemy 400 grm. mięsa, jest pożywniejszem. Oceniając zatem tylko przypuszczalnie wartość pożywną pewnych pokarmów, trudno nam zdecydować, czy dany osobnik je za wiele lub nie. Stąd i pozorne sprzeczności.

Drugą przyczynę otyłości, t. j. nieznaczną pracę mięśniową już jest daleko łatwiej ocenić lekarzowi przystępującemu do leczenia z otyłości danego pacjenta. Już samo zajęcie chorego daje nam bardzo ważne wskazówki. Ludzie oddający się pracy umysłowej, prowadzący życie przeważnie siedzące, uważają często, że mała przechadzka już jest wystarczająca, aby wynagrodzić ich długotrwałą bezczynność mięśniową. Wobec łatwości lokomocyi w dużych miastach i ten ruch nieznaczny bywa sprowadzany do *minimum*. Osobniki z usposobieniem flegmatycznym chętnie unikają wszelkiego ruchu i pracy mięśniowej, co przy dobrym ich nieraz apetycie łatwo sprowadzić może znaczną otyłość.

Ażeby przy używaniu mniej więcej wyłącznie pewnych substancji pożywnych a zwłaszcza węglowodanów otyłość łatwiej występowała, zupełnie nie jest dowiedzionem. Ludzie zamożni, u których otyłość zdarza się najczęściej, stosunkowo znacznie mniej spożywają węglowodanów, niż klasy ludzi biednych i ciężko pracujących. Najwięcej warunków do powstania otyłości istnieje przy nadmiernem spożywaniu tłuszczów. Że otyłość prawie wyjątkowo powstaje u ludzi zamożnych, zależy to przede wszystkim od małej ich pracy mięśniowej i od rodzaju pokarmów. Ludzie biedniejsi zwykle pracują fizycznie, pożywienie ich składa się po większej części z pokarmów roślinnych, mających dużą objętość, przez co łatwiej i prędzej swój żołądek wypełniają. Ludzie zamożni zaostwiają sobie nieraz sztucznie apetyt, wprowadzają zazwyczaj do żołądka więcej potraw, niż ustrój ich tego wymaga. Dla objaśnienia usposobienia wrodzonego do otyłości zbyt czynnym jest upatrywać ze strony komórek pewnej już wrodzonej skłonności do wchłaniania tłuszczu; autor sądzi, że prędzej przypuścić należy w tym razie odziedziczenie pewnej skłonności do zachowywania w spokoju swych mięśni, a być może, że i wrodzonej słabości całego układu mięśniowego.

Ażeby nadmierną otyłość u danego osobnika usunąć, należy przede wszystkim zalecić mu większą pracę mięśniową i zmniejszyć ilość pożywienia; ponieważ jednak, jak wiemy, u ludzi otyłych powstają jeszcze w ich ustroju pewne zmiany wtórne, a mianowicie zwyrodnienia w niektórych narządach, zadaniem zatem kuracyi odtłuszczającej winno być także usunięcie tych zmian patologicznych. Jednym z najważniejszych punktów, na który należy zwracać uwagę powinniśmy w tym kierunku, jest stan mięśnia sercowego. Odkładający się na początku na jego powierzchni, a z czasem i wnikaający (wrastający) pomiędzy jego oddzielne włókna mięśniowe tłuszcz, powoduje zmniejszoną odporność ścian serca, w stosunku do jego pracy. Wspomnieć tutaj należy, że wysoki stopień otyłości wywołac może nieraz dosyć znaczną małokrwistość. OERTEL sądzi, że przy jego metodzie leczenia otyłości, równocześnie ze znikaniem tłuszczu z ustroju następuje wyrownanie i tych zmian wtórnych, a to zapomocą dostarczania ustrojowi dużych ilości białka. Autor nie zgadza się z tym poglądem tembardziej, że OERTEL w swoich wywodach opiera się na poglądach VOIT'a, którym brak na drodze doświadczalnej dostatecznych podstaw. Ponieważ doświadczenia, co do przemiany materii u człowieka nie są podane ani przez VOIT'a, ani przez OERTEL'a, autor przedsięwziął szereg doświadczeń na ludziach otyłych w celu przekonania się, czy przy kuracyi odtłuszczającej ma miejsce utrata białka i czy wprowadzając do ustroju duże ilości białka można istnieniu tej utraty zapobiedz, a dalej, czy utrata białka będzie różną wtedy, jeżeli do bogatych w białko pokarmów dodawać będziemy tłuszcze lub węglowodany. (D. n.)

96. TROSS. Czy leki przeciwgorączkowe stosowane w chorobach zakaźnych posiadają przypisywaną im wartość? *Cessante causa cessat effectus*. Przyczyna więc gorączki, nie gorączka sama winna być przedmiotem naszych zabiegów leczniczych. Nie we wszystkich jednak chorobach gorączkowych jesteśmy w stanie działać przeciw przyczynie gorączki. Szczególniej stosuje się to do chorób zakaźnych ostrych. Rodzi się więc pytanie, czy w chorobach tych należy stosować leki przeciwgorączkowe, działające na objawy cierpienia, bezsilne zaś wobec przyczyny samej? Rozwiązanie tego pytania zależne jest od tego, jak rozumieć będziemy gorączkę. Opierając się na fakcie, że pewne drobnoustroje w cieplecie podwyższonej giną lub tracą zdolność rozmnażania się, niektórzy badacze skłonni są uważać gorączkę za objaw pomyślny, za dążenie samego ustroju do zniszczenia zarazka w nim goszczącego. Inni upatrują w gorączce bezpośredni skutek obecności pasorzytów w ustroju, objaw niebezpieczny, działający porażająco na serce a przeto wymagający bardzo energicznej terapii zapomocą znanych środków przeciwgorączkowych. Jedna i druga teoria nie jest dostateczną: wszak wyjąłowana tuberkulina KOCH'a, pozbawiona zatem tworów żywych, wywołuje wysoką gorączkę u ludzi zupełnie zdrowych, z drugiej znów strony suchotnik, zamykający w swym ustroju miliardy żywych laseczników, nie zawsze gorączkuje; gorączka występuje wtedy tylko, jeżeli laseczki wytwarzają pewne produkty powodujące podwyższenie ciepłoty ustroju. Gorączkę więc przy chorobach zakaźnych, zgodnie z powyższem zestawieniem, uważać należy jako pośredni tylko skutek obecności w ustroju bakterii; toksyny, wytwór życiowy bakterii, są przyczyną gorączki. Zadaniem więc

terapii w chorobach zakaźnych winno być usunięcie możliwości wytwarzania się toksyn w ustroju; dla dopięcia tego celu należałoby zniszczyć bakterie chorobotwórcze w ustroju, lub przynajmniej powstrzymać w rozwoju i osłabić ich siłę życiową. Osiągnięcie pierwszego, t. j. zniszczenie bakterii w ustroju dotychczas w większości chorób jest wręcz niemożliwe, co się zaś tyczy powstrzymania ich rozwoju, to w żadnym razie osiągnąć tego nie można zapomocą obecnie znanych leków przeciwgorączkowych. W tym kierunku według autora dodatnio działać mogą tylko dwa czynniki: 1-o Wzmocnienie odporności samego ustroju zapomocą dobrego odżywiania i pobudzenia przemiany materii i 2-o Podwyższona ciepłota sama przez się jest najlepszym środkiem powstrzymującym rozwój bakterii.

Gorączka wywołana produktami życiowymi (toksynami) drobnoustrojów chorobotwórczych osiadłych w ustroju, w dalszym ciągu działa ujemnie na rozwój tychże drobnoustrojów, a więc na wyrób toksyn. Zdawać by się to mogło paradoksem. Wiadomo jednak jest, że normalna ciepłota ciała 37,5° C. jest najpożytniejszą dla rozwoju grzybków chorobotwórczych; w innych warunkach rozwijać by się one nie mogły. Skoro zaś po wnikięciu do ustroju pierwszych pasorzytów, wytworzone przez nich toksyny powodują podwyższenie znacznej ciepłoty ciała chorego, znaczenie gorączki jest aż nadto widoczne. Nie brak i w naturze przykładów, że produkty drobnoustrojów wywierają zgubny wpływ na dalszy rozwój tychże: rozwój grzybków pleśniowych w wodnym roztworze cukru po pewnym czasie ustaje, gdyż nagromadzone toksyny w danym stężeniu stoją na przeszkodzie temu, dopiero większe rozcieńczenie wodą roztworu cukru na nowo umożliwia dalszy rozwój grzybków.

Gorączka jednak, szczególnie przy dłuższym przebiegu jest dla ustroju mieczem obosiecznym, działając porażająco na serce. Jeżeli więc nie jesteśmy w stanie usunąć przyczyny gorączki, obowiązkiem naszym jest przeciwdziałać złym skutkom tejże.

Czy jednakże środki przeciwgorączkowe można uważać jako środki wzmacniające zagrożoną działalność serca? Zdaniem autora — nie. Wiadomem jest, że środki takie, jak chinina, antypiryna, antyfebryna, salicyl i t. p. w pewnych razach działają porażająco na serce. Czyż więc godzi się zapomocą takich środków chcieć wzmocnić serce, którego działalność już zachwiana jest pod wpływem istniejącej gorączki?

W imię zasady więc *nihil nocere*, w terapii chorób zakaźnych ostrych należy unikać środków przeciwgorączkowych, działających jednocześnie porażająco na serce. Jedyną racjonalną pomocą z naszej strony będzie od samego początku choroby wzmacniać siłę serca, ażeby w przebiegu choroby jaknajmniej mogło ono ucierpieć od tak dzielnego środka przeciwpasorzytowego, jakim jest gorączka.

W rzędzie środków, któreby zadość czyniły temu wskazaniu, pierwsze miejsce zajmuje dobry koniak w wielkich dawkach. Działanie koniaku, zdaniem autora, jest bardzo skomplikowane: 1-o Dostarcza on ustrojowi gorączkującemu jakoby materiału palnego, a tem samem zmniejsza znakomicie wyczerpanie sił chorego. 2-o Działa jako środek pobudzający serce, jakkolwiek winien on być łączony z innymi środkami pobudzającymi (kamfora, eter i t. p.). 3-o Oprócz powyższego autor skłonny jest przyznawać koniakowi w ustroju działanie bezpośrednie bakterjobójcze, opierając się na dwóch przypadkach *febris puerperalis*, gdzie po upajających dawkach koniaku gorączka spadła bezpowrotnie.

Zdaniem autora, bakterie wydzielają różnego rodzaju toksyny, z których jedne wywołują podniesienie ciepłoty, inne działają trująco na serce i t. d.. Toksyny owe występują w każdym rodzaju choroby i w każdym poszczególnym przypadku nie w jednakowym wzajemnym stosunku i ilości, od czego zależy kliniczny obraz cierpienia. Suchotnik np. przez długi czas znosi wysoką gorączkę bez wyraźnego osłabienia serca, gdy tymczasem przy ropnicy, gorączce płożowej, pneumonii występuje rychło porażenie serca po krótkotrwałej gorączce. Błonica z bardzo nieznaczem podniesieniem ciepłoty jest pomimo to nader niebezpieczną dla działalności serca. Niekiedy porażenie serca występuje wtedy, gdy już przeszły objawy ostre. Jednem słowem, w chorobach zakaźnych ostrych główne niebezpieczeństwo grozi choremu ze strony toksyn, działających porażająco na serce, a nie gorączkotwórczych.

Choroby zakaźne ostre dzieli autor na niewinne, niebezpieczne i bardzo niebezpieczne.

Ostre zapalenie kiszek i oskrzeli u dorosłych, *angina*, *parotitis*, różyczka, odra i t. p. w zwykłym przebiegu nie grożą choremu żadnem prawie niebezpieczeństwem, jakkolwiek nieraz połączone są z gwałtowną gorączką. Owa niezłomność tych chorób wedle autora tłumaczy się tem, że pasorzyty odnośnie nie wytwarzają toksyn działających porażająco na serce, lecz tylko toksyny gorączkowe, że pasorzyty te szybko giną pod wpływem podniesionej ciepłoty ustroju i przyspieszonej przemiany materii. Stosowanie tu środków przeciwgorączkowych jest co najmniej zbyteczne.

W drugim rzędzie chorób zakaźnych, jak płonica, tyfus, niektóre formy włóknikowego zapalenia płuc większe niebezpieczeństwo dla ustroju warunkuje się wzmoczoną odpornością ze strony zarazka, który przez dłuższy czas wydziela toksyny gorączkotwórcze i przez to naraża serce na niebezpieczeństwo porażenia wskutek wzmoczonego utleniania ustroju, powodującego osłabienie mięśnia sercowego. W chorobach tych, obok środków pobudzających i wzmacniających przede wszystkim należy podawać koniak, ażeby zmniejszyć samopalenie się ustroju i dać mu możność bez szkody dla siebie wytwarzania wysokiej ciepłoty niezbędnej do zwalczania zarazka.

W cierpieniach tych dawki środków przeciwgorączkowych mogą zapewne obniżyć ciepłotę i na pewien czas usunąć szkodliwy wpływ wysokiej ciepłoty, obniżenie to jednakże jest tak krótkotrwałe, a niekiedy nawet niedostrzegalne, że nie może być brane w rachubę w porównaniu ze szkodliwym wpływem, jaki środki te wywierają na serce. Szybko powracająca gorączka zastaje serce ze zmniejszoną odpornością wskutek porażającego działania środków przeciwgorączkowych i w rezultacie otrzymujemy pogorszenie stanu. Jeżeli niekiedy w praktyce widzimy, że chory bezkarnie znosi środki podobne, dowodzi to tylko, że siła serca była bardzo znaczną.

Najniebezpieczniej dla życia ludzkiego przedstawia się trzecia grupa chorób, jak niektóre postacie tyfusu, zapalenia płuc, ropnicy, septycemii, błonicy i t. p. Wielka złośliwość tych chorób zależną jest przede wszystkim od tego, że zarazki im właściwe wytwarzają obficie toksyny, które działają trująco na serce. Obok tychże występują w większej lub mniejszej ilości toksyny gorączkotwórcze, potęgując grozę położenia. Niekiedy jednak sprawa przebiega przy bardzo nieznacznej gorączce i kończy się porażeniem serca.

W przypadkach tej grupy stosowanie wspomnianych środków przeciwgorączkowych jest zawsze szkodliwym.

W końcu swej pracy stawia autor następujące wnioski.

I. Fakty przekonywają nas, że w chorobach zakaźnych ostrych mamy do czynienia z toksynami o różnem działaniu: a) toksynę powodującą gorączkę, b) toksynę powodującą porażenie serca.

a) Toksyna powodująca gorączkę w działaniu swem na ustrój może być hamowaną zapomocą koniaku; im wyższa ciepłota, tem więcej koniaku.

b) Przeciw toksynie sprawdzającej porażenie serca należy stosować wszelkie znane dotychczas środki pobudzające i wzmacniające serce. Środki te należy we właściwych chorobach stosować z samego początku cierpienia, nie zaś wtedy, gdy już wystąpiły objawy porażenia serca.

II. Leki przeciwgorączkowe mogą działać porażająco na serce; działanie to występuje tem łatwiej, im więcej serce zagrożone, jest krążącą we krwi toksyną; stosowanie więc środków tych winno być zaniechane, gdyż przy a) jest bezpożyteczne, przy b) wprost szkodliwe. (*Deut. med. Woch.* 1893. Nr. 14). *Wł. Zaw.*

97. BAGINSKY. **Objawy tęcza w przebiegu błonicy.** Autor obserwował przypadek błonicy, który ze względu na towarzyszące mu objawy oraz ze względów leczniczych zasługuje na uwagę. 4³/₄ lat mający chłopiec od czterech dni uskarża się na bolesne uczucie przy połykaniu. Podczas próby otworzenia ust dziecku wystąpił nagle napad tęcza: twarz chorego przybrała barwę czerwono-brunatną, mięśnie szczękowe skurczyły się, oddech stał się przerywanym, oczy przymknięte, głowa ściągnięta ku karkowi, mięśnie karku, pleców, brzucha stwardniały, tętno 100; porażenia nerwu twarzowego nie było. Na prawym brzegu języka można było spostrzedz owrządzenie głębokie z grubym, szarym nalotem; z ust czuć

się dawał zapach bardzo nieprzyjemny. Badanie bakteryologiczne nalotu owrzodzenia laseczników LOEFFLER'a nie wykazało, wobec czego przypuszczenie błonicy upadło. Obejrzeć jamy ustnej oraz nosogardzielowej nie było można, gdyż przy każdej próbie występowały objawy tęcza i toż samo powtarzało się, gdy próbowano dać dziecku trochę mleka. Rozpoznano szczękostisk oraz tęzec wskutek rany języka. Czwartego dnia pobytu chorego w szpitalu ciepłota w ciągu jednego dnia podniosła się do 39,0° C., a następnego do 39,6° C., i wtedy poddano chorego leczeniu metodą BEHRING'a, t. j. podskórnymi wstrzykiwaniami leczniczej surowicy krwi (*immunisirendes Tetanus-Heilserum*); wstrzykiwano z początku w odstępach trzygodzinnych po 5—10 ctm., raz wstrzyknięto 32 ctm. w trzech miejscach. Poprawy najmniejszej autor nie zauważył. Po kilku dawkach w ciągu doby wystąpiła na ciele wysypka, podobna do szkarlatynowej, która znikła po upływie pięciu dni; następnego dnia wstrzyknięto 20 ctm. surowicy, zawierającej 0,75% karbolu. W miejscach ukłuć utworzyły się wkrótce głębokie ropnie; ropa, otrzymana z tych miejsc, laseczników tęcza nie zawierała.

Jednocześnie ze zniknięciem wysypki objawy tęczowe znacznie osłabły, tak, że dziecko mogło już usta cokolwiek otworzyć; wtedy udało się zauważyć, że gardziel jest bardzo czerwoną, bez nalotów, podniebienie miękkie mocno naciezione, na błonie zaś śluzowej prawego policzka oraz prawego brzegu języka głęboko sięgające, ciemno-czerwone owrzodzenie. Ze strony oka wystąpiły bardzo groźne objawy zapalenia błonicowego. Na uwagę zasługuje okoliczność, że w oddziale wewnętrznym, gdzie z początku leżał chory, ściśle odosobnionym od zakaźnego, a następnie i w pawilonie szkarlatynowym, dokąd został przeniesiony chory, rozwinęła się mała epidemia ciężkiej błonicy.

Przedsięwzięte powtórne badania bakteryologiczne wykazały w śluzie, wziętym z gardzieli, lasecznik LOEFFLER'a. Wszystko to razem wzięte zmusiło autora do zmiany pierwotnego rozpoznania; należało przyjąć chorobę za tęzec, przebiegający współcześnie z błonicą. Oprócz powyższych powikłań rozwinęło się następnie zapalenie ucha średniego, gruczołów szyjowych, białkomocz, obustronne porażenie nerwu okoruchowego, arytmia, rozszerzenie serca, niemożność połykania, porażenie kończyn dolnych. Pomimo tych wszystkich groźnych objawów, po trzymiesięcznym trwaniu zaczęła się poprawa i po upływie jeszcze jednego miesiąca dziecko wyszło ze szpitala zdrowe. BAGINSKY uważa tęzec w tym przypadku za jeden z objawów błonicy. O tej postaci tęcza, jaką ROSE opisał pod nazwą *tetanus hydrophobicus*, niema mowy, gdyż brakło dwóch ważnych objawów: porażenia nerwu twarowego i wodowstrętu. Za poglądem autora przemawia przypadek poczęści analogiczny z powyższym, a opisany przez BOUISSON'a oraz trzy inne, tyżące się dzieci w wieku od lat 3 do 5. Autor przypuszcza, że jad błonicowy posiada własność wywoływania nie tylko porażen, lecz i drgawek tonicznych.

Przechodząc do kwestyi wartości leczniczej metody BEHRING'a i oddając hołd należny usiłowaniom BEHRING'a, B. się na ten sposób leczenia tęcza bardzo sceptycznie zapatruje. Chociaż przypadek dany skończył się pomyślnie, nie mamy jeszcze prawa wyciągać wniosku, że stało się to dzięki owym właśnie wstrzykiwaniam; zresztą objawy tęcza ustąpiły po upływie 8-iu dni od zaprzestania stosowania tego środka. Przypadek drugi, przytoczony przez autora, nie przemawia również za skutecznością środka: ośmiodniowy ssawiec zapadł na szczękostisk oraz tęzec, i pomimo, że w ciągu 7-iu godzin wstrzyknięto mu 20 ctm. sześć. surowicy leczniczej, zmarł.

Co się tyczy wysypki, którą B. przyjął za szkarlatynową, BEHRING wspomina, że jest to wysypka sztuczna, wywołana wskutek wstrzykiwania surowicy. Autor zwraca również uwagę na zapalenia ropne tkanki podskórnej, jakie towarzyszą wstrzykiwaniam. BEHRING radzi dodawać do surowicy krwi pewną ilość kwasu karbolowego, przeciw czemu występuje BAGINSKY energicznie, gdyż dodatek taki w wieku dziecięcym jest bezwarunkowo szkodliwym, u noworodków zaś nawet zabójczym. Leczenie cierpienia polega na dyecie mlecznej, w razie potrzeby należy wprowadzać zapomocą zgłębnika mleko, wino, trochę jaj, peptony; można uciec się również do preparatów żelaza, kofeiny oraz inhalacji tlenu.

(*Berlin. klin. Wochen. Nr. 9. 1893.*) St. Gutentag.

(W dyskusyi nad tym przypadkiem w Tow. Lek. Berl. przemawiał HENOCH. Wstrzymując się od wszelkich przypuszczeń co do natury cierpienia, zaznacza, że nie zdarzyło mu się nigdy widzieć w błonicy objawów tęcza.

O wartości leczniczej metody BEHRING'a wobec niewielu do owego czasu dokonanych szczepień, H. stanowczego zdania nie wypowiada jeszcze; tyle pewnego, że nawet duże dawki surowicy leczniczej żadnej szkody nie przynosiły. O korzyści przekonać się nie mógł: przypadki lekkiej błonicy kończyły się pomyślnie, jeden zaś cięższy, w ten sposób leczony, skończył się śmiercią).

(Berl. klin. Woch. Nr. 4. 1893).

98. UNNA. **Zapalenie a chemotaksa.** Autor, zajmujący się oddawna specjalnie badaniem chorób skóry, doszedł do przekonania, że dotychczasowe teorie zapalen wogóle (VIRCHOW, COHNHEIM) nie są w stanie objaśnić wielu spraw zapalnych spostrzeganych na skórze, i skłania się do hipotezy LEBER'a, o udziale chemotaksy w sprawach zapalnych, opartej na badaniach nad zapaleniem w oku. W chemotaksie, owej tajemniczej sile chemicznego przyciągania w żywej materii, widzi autor główną i najzupełniej zadawalniającą podstawę do zrozumienia istoty i objaśnienia objawów sprawy zapalnej wogóle. Jako przykład podaje autor rozbiór sprawy zapalnej skórnej *Impetigo BOCKHART'a*; tworzące się tu ropnie naskórka, zależne od obecności gronkowca złotego i białego, można jedynie objaśnić zapomocą chemotaktycznego działania gronkowca na leukocyty. Gronkowiec znajduje się tu w błonie naskórka, pozbawionej naczyń, bezpośrednio pod warstwą rogową, tkanka niejscowa nie ulega żadnej widocznej zmianie, produkty więc zapalne zbierające się około pasorzytów, muszą być przyciągane przez nie z głębszych warstw skóry. Jeżeli dalej zwrócimy uwagę, że w głębszych warstwach a przede wszystkim w brodawkach skóry przy tem cierpieniu naczynia bynajmniej uszkodzone nie są, lecz zaledwie nieco rozszerzone, że dalej emigracja leukocytów wokoło naczyń po utworzeniu się ropy następuje, musimy przyjść do wniosku, że przyciąganie leukocytów z naczyń warstwy brodawkowej jest tu całą osnową sprawy zapalnej.

W różnych chorobach zapalnych skórnych, połączonych z tworzeniem się pęcherzy, spotykamy odmienną zawartość tychże: w pęcherzykach pryszczycy np. leukocyty zmieszane z surowicą, w innych formach zupełnie czystą surowicę bez żadnej domieszki upostaciowanej, lub wreszcie leukocyty z włóknikiem. We wszystkich tych przypadkach patogenesa jest ta sama: pasorzyt przenika pod warstwę rogową skóry, mnoży się i wytwarza toksyny, które względnie do swej wartości, mniej lub więcej oddziałują chemicznie na sąsiednie tkanki, wprowadzając w ruch ruchome cząsteczki tejże, części składowe krwi i limfy, jak również komórki wędrujące. Odpychanie cząsteczek jako siła odśrodkowa uchyla się przed naszą obserwacją; przyciąganie zaś, siła dośrodkowa, od pasorzytów do cząstek ruchomych tkanek otaczających, wyraża się jasno zgromadzeniem się tychże w ognisko, które zowiemy wysiękiem, samą zaś sprawę — zapaleniem. Od rodzaju bodźca chemicznego wywołującego zapalenie, od jego powinowactwa chemicznego zależy rodzaj wysięku. Działanie na odległość bakterii w ustroju (przy pomyślnych warunkach ich rozwoju) winno być zawsze uwzględnianem.

Wreszcie zwraca autor uwagę, że chemotaktyczna teoria zapalenia usuwa dwa paradoksy wynikające z teorii COHNHEIM'a, a mianowicie: 1) potrzebę przyjmowania pierwotnych zmian w naczyniach, któreby umożliwiły wychodzenie leukocytów, i 2) zwolnienie fali krwi wobec rozszerzenia naczyń przy zapaleniu.

Wobec teorii chemotaktycznej tak często bezskutecznie poszukiwane pierwotne zmiany w naczyniach przy zapaleniu są zbyteczne: pod wpływem przyciągania chemicznego przez nieuszkodzone ściany naczyń przechodzą składniki krwi i limfy i co najwyżej skutek takiego przechodzenia mogą wystąpić w ścianach naczyń uszkodzenia wtórne.

Zwolnienie fali krwi w rozszerzonych naczyniach również tłumaczy się łatwo wpływem na krew siły przyciągania, wychodzącej z ogniska pasorzytów; zależnie od rodzaju i mocy czynnika chemotaktycznego, widzimy raz przeważnie obfite zbieranie się przy ścianach naczyń leukocytów (przy ropieniu), drugi raz przeważnie rozszerzenie naczyń (przy wysiękach surowicznych, globulinowych, włóknikowych).

Przy takim rozumieniu rzeczy przekrwienie zapalne zbliża się pod względem fizycznym do przekrwienia zastoinowego, różni się jednak od tegoż zasadniczo rodzajem wysięku. Podczas kiedy przy przekrwieniu pochodzenia chemotaktyczne-

go spostrzegamy różniczkowanie wysięków, zależne od chemicznej natury bodźca, przy przekrwieniu zastoinowym, zależnem od mechanicznej przeszkody w krążeniu lub zmniejszenia zewnętrznego ciśnienia atmosferycznego, przesiakają przez ściany naczyń wszystkie składowe części zawartości tychże. Stąd wyraźna różnica pomiędzy wysiękiem a przesiękiem.

W końcu konkluduje autor: Zapalenie jest to zaburzenie w tkankach ustroju (progresywne albo regresywne, wysiękowe, proliferacyjne lub wreszcie nutrytywne), wywołane przez zjawienie się wysięku z naczyń krwionośnych wskutek obecności w tkankach jakiegoś chemotaktycznie działającego ciała.

(Berl. Klin. Woch. Nr. 20 1893).

Wł. Zawadzki.

List otwarty do Redakcyi Medycyny.

Szanowny Panie Redaktorze! W N. 20 Medycyny w dziale wiadomości bieżących, przy wzmiance o szerzeniu się w Warszawie zapalenia nagminnego opon mózgodzeniowych, Redakcya Medycyny wzywa lekarzy prowincjonalnych do nadesłania krótkich chociażby danych o rozwoju i przebiegu tej rzadkiej a niezmiernie ciekawej epidemii. Czyniąc zadosyć wezwaniu, podaję do wiadomości to, co widziałem, choć może dane osiągnięte nie wiele się przyczynić mogą do rozjaśnienia tylu ciemnych punktów dotyczących się sposobu powstania i szerzenia się epidemii nagminnego zapalenia opon mózgodzeniowych i patogenazy choroby.

Przed laty kilkunastu spostrzegałem w m. Kutnie i w bliższej okolicy przypadki zapalenia nagminnego opon mózgodzeniowych; w ciągu całego szeregu lat nie widziałem ani jednego przypadku tej choroby. Dopiero w ostatnich kilku tygodniach spostrzegałem 8 przypadków; 6 przypadków spostrzegałem w osadzie fabrycznej Dobrzelin, położonej o wiorstę od stacyi Pniewo drogi Warszawsko-Wiedeńskiej i o wiorstę od miasteczka Żychlin, 16 wiorst od miasta Kutna; 1 przypadek we wsi Pniewo, 1 przypadek w miasteczku Krośniewicach o 13 wiorst od Kutna oddalonego, w przeciwnym zupełnie punkcie. W mieście Kutnie i najbliższej okolicy nie widziałem ani jednego przypadku, tak samo jak inni koledzy kutnowscy, lecz za to w okolicy dalszej, bliżej wzmiankowanego wyżej miasteczka Żychlina położonej, spostrzegali niektórzy koledzy kutnowscy, a szczególnie w Żychlinie mieszkający, liczne przypadki nagminnego zapalenia opon mózgodzeniowych. W przypadkach przeze mnie spostrzeganych, na zaznaczenie zasługują następujące punkty:

Wszystkie spostrzegane przypadki dotyczyły dzieci: najmłodsze miało rok, najstarsze 7 lat, 6 dzieci, które zachorowały w osadzie fabrycznej Dobrzelin, należały do 6 rodzin; w 5 rodzinach było więcej dzieci, które bynajmniej nie były oddzielone. Choroba we wszystkich spostrzeganych przeze mnie przypadkach zaczynała się nagle, wśród najlepszego stanu zdrowia, silnym bólem głowy, gorączką, wymiotami i ogólną prostracą. Przebieg choroby przedstawiał niewielkie różnice: 5 przypadków zakończyło się w ciągu tygodnia do 10 dni wyzdrowieniem; 1 przypadek wyzdrowieniem po 3 tygodniach; 1 u dziecka rocznego 5 dnia choroby śmiercią; 1 przypadek najcięższy u dziecka 7 letniego, pomimo 3 tygodniowego przeszedł trwania jeszcze się nie zakończył; dziecko ciągle jeszcze gorączkuje.

Z objawów spostrzeganych w przebiegu choroby na zaznaczenie zasługuje: sztywność karku w przypadkach cięższych, bolesność przy ucisku na kręgi szyjowe w przypadkach lżejszych i we wszystkich przypadkach znaczne rozszerzenie źrenic; w przypadkach lżejszych *sensorium* swobodne; w cięższych (szczególnie dotyczącym się 7 letniego chłopca) tylko w pierwszych dniach lekka nieprzytomność i bredzenie. W dwóch przypadkach przez cały czas trwania choroby zez, w jednym przypadku (7 letni chłopak) zupełna głuchota i pareza kończyn dolnych. Czynność kiszek i pęcherza we wszystkich przypadkach prawidłowa, tak samo czynność połykania.

Pod względem rozpoznania, zapalenie nagminne opon mózgodzeniowych nie przedstawiało w przypadkach moich żadnej prawie trudności i wyraźnie się odróżniało od innego rodzaju zapaleń błon mózgowych, często u dzieci spostrzeganych, nagłym i ostrym bardzo początkiem, w zupełności przypominającym ostry początek innych chorób zakaźnych (błonicy, ospy i t. p.), gwałtownym bólem głowy. Do objawów stałych, ułatwiających wielce rozpoznanie, należały: sztywność lub ból karkowy, rozszerzenie źrenic, półprzytomność w pierwszych dniach choroby, brak drgawek. W jednym przypadku przez cały czas przebiegu choroby zauważyłem głuchotę, która pomimo 3 tygodniowego trwania choroby dotąd trwa i prawdopodobnie na całe życie pozostanie. Przed kilkunastu laty spostrzegałem też przypadek zapalenia nagminnego opon mózgodzeniowych, po którym powstała głuchota centralnego, mózgowego pochodzenia.

Jaką drogą powstało ognisko chorobowe w osadzie fabrycznej Dobrzelin, nie mogłem się dobać; nie ulega wątpliwości, że jest ono jednym z licznych ognisk obszerniejszej epidemii. Czy zapalenie opon mózgoworędziowych nagminne jest chorobą zaraźliwą t. j. czy zarażenie odbywa się bezpośrednio, nie umiem stanowczo powiedzieć; moje przypadki przemawiałyby przeciw bezpośredniemu zarażeniu. W każdym razie zdaje się nie ulegać wątpliwości, że epidemia nagminnego zapalenia opon mózgoworędziowych, nagabująca przeważnie dzieci, nie szerzy się tak szybko i nie napada tyle jednostek, co inne choroby zakaźne, właściwe wiekowi dziecięcemu, jak odra, płonica, ospa i t. p.

F. Arnstein.

Wiadomości bieżące.

— Otrzymałmśmy pracę D-ra OŁTUSZEW-SKIEGO: „Szkic fizjologii mowy ze szczególnem uwzględnieniem głosek alfabetu polskiego“, wydaną z zapomogi Kasy pomocy imienia D-ra MIANOWSKIEGO. Praca ta w streszczeniu była drukowana w Medycynie. Sądzimy, że badania lekarza w tym kierunku winny zainteresować grono lingwistów naszych, mało uwzględniających zasady fizjologii.

— Z dniem 1 Czerwca zakład hydropatyczny D-ra DOBRZYCKIEGO przy ulicy Oboźnej, przeszedł na własność D-ra A. CIĄGLIŃSKIEGO.

— Nowiny Lekarskie podają szereg paragrafów przyjętej na jednym z ostatnich posiedzeń Tow. Lek. w Zurychu ustawy, a mianowicie: 1) Nie wolno lekarzowi leczyć chorego, będącego pacjentem innego kolegi, bez jego wiedzy i zezwolenia. 2) Przybędzie li chory do lekarza, a ten wie, że go dotąd inny leczył kolega, naten-szas piśmiennie lub ustnie winien go o tem zawiadomić. 3) Zastępuje li lekarz drugiego lekarza, to nie powinien po jego powrocie pacjenta dalej leczyć, lecz przekazać go dawniejszemu lekarzowi. 4) Wszelkie anonowanie w celu reklamy i polecanie się publiczności jest niedozwolone. 5) Nie wolno zniżać zwykłych cen w celu zwiększania sobie klienteli. 6) Konsultowanie z home opatą jest niedozwolone i u-właczające godności lekarskiej. Tak samo kon-

sultować nie wolno z lekarzem, nie stosującym się do niniejszych uchwał. 7) Skoro zażąda chory pomocy drugiego lekarza, chętnie należy na to się zgodzić. 8) Lekarzowi konsultującemu nie wolno przepisywać i radzić bez obecności domowego lekarza. 9) Gdy odbyła się konsultacya, natenczas lekarz konsultujący dalej nie powinien już leczyć chorego bez jego i jego lekarza prośby. Kolega przekraczający powyższe ustawy, zostanie wykluczony z Towarzystwa Lekarskiego.

— Zmarli. JAKÓB MOLESCHOTT, słynny fizjolog, prof. uniwersytetu w Rzymie. Urodzony w Holandyi w r. 1822, studiował i habilitował się w Heidelbergu, lecz już wkrótce, z powodu wygłoszenia krańcowo-materyalistycznych poglądów, zmuszony był opuścić to miasto na żądanie rządu badeńskiego i przeniósł się do Zurichu. Następnie powołany został do Tury-nu i wreszcie do Rzymu. Najwybitniejszymi pracami jego są: Fizjologia pokarmów, fizjologia przemiany materyi, badania nad krwią, oddechaniem, tworami rogowatemi, działaniem jodo-formu, inercyą serca, tworzeniem się żółci i t. d..

PAWEŁ GUTTMANN, dyrektor szpitala Moabit w Berlinie, znany autor podręcznika dyagnostyki klinicznej i wydawca „Jahrbuch für praktische Aerzte“.

Do niniejszego numeru dołącza się tablicę litografowaną do artykułu Stanisława Klejna.

WYDAWCA Dr. L. Guranowski.

REDAKTOR odpowiedzialny Dr. H. Dobrzycki.

OGŁOSZENIA.

D-r MAJKOWSKI
praktykuje przez cały sezon w Busku.

Tegoż do nabycia monografia „Busko“ 60 kop.

12—6