

MEDYCYNA.

CIASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

TREŚĆ. Prace oryginalne. O przedmiotowych szmerach w uchu i głowie. Przez S. Goldflama i S. Meyersona. (Dokończenie). Przyczynki do porównawczej anatomii i fizjologii serca. Podał J. Dogiel. **Kazuistyka.** Cztery przypadki płonicy z powracającą powtórnie wysypką. — **Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.** Posiedzenie z dnia 7 Listopada r. b. — **Streszczenia i wyciągi.** 167. O antyseptycznych właściwościach ichtyolu. 168. O rozprzestrzenianiu się lasecznika błonicowego w ciele ludzkim. — O ruchu chorych w szpitalu zapasowym za m. październik r. b. — **Wiadomości bieżące.** — **Ogłoszenia.**

O PRZEDMIOTOWYCH SZMERACH W UCHU I GŁOWIE.

Przez

S. Goldflama i S. Meyersona.

Czytane w seceyi otiatrycznej na zjeździe przyrodników i lekarzy w Norymberdze w r. b.

(Dokończenie.—Zobacz Nr. 46).

Mieliśmy zatem do czynienia ze szmerem obiektywnym na czaszce, współczesnym z tętnem, przy obecności objawów ucisku mózgowego. Rozpoznanie wahało się między tętniakiem tętnicy domózgowej (*art. carotis int.*) i nowotworem mózgu, jak to w dalszym ciągu szczegółowo wyłuszczymy. Ze względu na fakt, iż ucisk tętnicy szyjowej wspólnej stale przerywał szmer zarówno subiektywnie jak i obiektywnie, nawet podczas długo, bo przez godzinę trwającego ucisku, że następnie ucisk taki nie wywoływał żadnych objawów mózgowych, oraz z uwagi, że bądź co bądź huczenie stanowiło najgłośniejszą skargę chorej, której na innej drodze pomódz nie byliśmy w stanie, postanowiliśmy, po wspólnej z kol. KRAJEWSKIM naradzie, dokonać operacji podwiązania lewej *art. carotis communis*. W tym celu chora została umieszczona w oddziale kol. KRAJEWSKIEGO, w szpitalu Dzieciątka Jezus, gdzie w przeciągu tygodnia przygotowywano wykonywano codziennie ucisk *art. carotis com.* przez godzinę, w celu przyzwyczajenia chorej do nowych warunków krążenia mózgowego, jakie ją po podwiązaniu tętnicy tej czekać miały. W ciągu tego tygodnia objawy ze strony szmeru nie uległy zmianie, tylko zauważono, iż wzrok chorej stopniowo coraz bardziej słabł, tak, że w dniu operacji nie rozróżniała już przedmiotów ją otaczających. Operację wykonał kol. KRAJEWSKI w naszej obecności dnia 15 lutego o godzinie 11 zrana. Podwiązano *art. carotis communis sin.* po uprzednim zachloroformowaniu. Chora zniosła ten rękoczyn dobrze. Objawów ze strony mózgu nie było, szmer zaś znikł w zupełności zarówno subiektywnie, jak i obiektywnie. Ale już w 4 godziny później szmer wystąpił na nowo w lewym uchu, a jakkolwiek słabiej, dawał się jednak stwierdzić stetoskopem przez opatrunek na całej lewej stronie czaszki.

Nazajutrz dnia 16. II. zanotowano: chora spała dobrze, nie gorączkuje, słyszy szmer w lewym uchu, ale słabiej, badanie zaś stetoskopem przez opatru-

nek wykazuje go w dawnej sile, z temi samemi cechami co do brzmienia i umiejscowienia, jak przed operacją. Opatrunek zdjęto 19. II.; znaleziono ranę zagojoną *per primam*, szwy zdjęto z wyjątkiem dwóch. Chora utrzymuje, iż szmer jest słabszy i że lepiej widzi lewem okiem; przy badaniu okazało się, iż palce widzi ledwie z odległości kilku łokci i że rozoznaje okno. Wyraz twarzy jest mniej ogłupiały, chora jest bardziej rozmowna. Dopiero 22. II. chora zeznała, że słyszy szmer w tym samym stopniu, co i przed operacją, co zgadzało się z wynikiem badania obiektywnego. Jeżeli teraz uciskać prawą tętnicę szyjową wspólną, szmer się zmniejsza i zmienia nieco charakter, ale nie znika, objawów ze strony mózgu podczas uciskania tętnicy nie zauważono. Rana zupełnie zagojona, pozostałe szwy zdjęto.

28. II. chora na żądanie ojca została wypisana ze szpitala i wyjechała bez naszej wiedzy do domu. W następstwie dowiedzieliśmy się, iż chora w parę tygodni po przyjeździe do domu zmarła, szczegółów jednak o dalszym przebiegu choroby i objawach przy których nastąpiła śmierć, pomimo wszelkich starań z naszej strony, nie mogliśmy się dowiedzieć.

Mamy tu do rozpatrzenia 2 szeregi objawów: jedne zależą od zwiększonego ucisku wewnątrzczaszkowego, tu należy ból głowy, brodawka zastoinowa, ogłupienie, wymioty, w drugim stoi tak wydatny objaw, jak huczący szmer jednoczesny z tętnem, słyszalny na całej czaszce i twarzy. Pierwszy szereg objawów przemawia niewątpliwie za obecnością guza wewnątrz-czaszkowego, huczący zaś szmer za tem, że ten guz jest workowatym rozszerzeniem tętnicy domózgowej lewej (*aneurysma art. carotis internae*), ponieważ chora umiejscawiała szmer w lewem uchu, ponieważ był on najgłośniejszym na lewej połowie czaszki i znikał przy ucisku tętnicy szyjowej wspólnej lewej. Istotnie, tętniak naczyń wewnątrzczaszkowych jest guzem, zmniejszającym pojemność jamy czaszkowej, mogącym dać, po dojściu do pewnej wielkości, ogólne objawy uciskowe, takie same, jak guz nowotworowy, nawet brodkę zastoinową. Rozpoznanie też różniczkowe między nowotworem mózgu a guzem, zależnym od workowatego rozszerzenia jednej z wielkich tętnic mózgowych, jest nieraz bardzo trudne, nawet niemożliwe; obecność szmeru rytmicznego jednoczesnego z tętnem przechyla szalę na korzyść rozpoznania tętniaka (GOWERS). LEUBE w niedawno wydanym podręczniku podaje za cechę różniczkową między nowotworem i tętniakiem wewnątrzczaszkowym rozwijanie się objawów ostatniego raczej wybuchami, etapami (*sprungetappenweise*). Takie jednak nagle pogorszenia występują i w przebiegu nowotworów (spowodowane przez wylewy krwi, przekrwienie oboczne i t. d.), przymiotu mózgu, a z drugiej strony obraz chorobowy przy tętniaku może się rozwijać powoli i jednostajnie. Zwyródnienie miażdżycowe naczyń siatkówki, na które powołuje się LEUBE, jest właściwe wielu stanom chorobowym i nie może służyć za cechę pomagającą do rozpoznania aneuryzmatu. Mało również punktów oparcia daje w tym względzie etyologia tego cierpienia. Zwyródnienie tłuszczowe i miażdżycowe ścian naczyńiowych jest zjawiskiem pospolitem, i przyczyną raczej krwotoków i rozmiękczeń mózgowych, aniżeli tętniaka. Przymiot daleko częściej powoduje powstawanie specyficznych nowotworów (gummatów), niż aneuryzmatów. Uraz zajmuje w etyologii, nowotworów daleko poczestniejsze miejsce, niż między przyczynami aneuryzmatu. Pozostają sprawy zatorowe, które GOWERS uważa za najczęstszą przyczynę tętniaków wewnątrzczaszkowych; według tego autora, stwierdzone w anamnezie lub obecnie istniejące zapalenie wsierdza, obok objawów guza na podstawie czaszki, czyni rozpozna-

nie tętniaka prawdopodobnem ²⁸⁾). Rzecz oczywista, że jeżeli taka koincydencja stanowi silne domniemanie na korzyść tętniaka, to brak zapalenia wsierdza, jak w naszym przypadku, aneurysmatu nie wyłącza, przy istnieniu objawów guza na podstawie czaszki.

Jak rzekliśmy, decydującym objawem ma być szmer naczyniowy obiektywnie na czaszce słyszalny, jednoczesny ze skurczem serca. Ale i ten objaw, zda się, nie jest bezwzględnie patognomoniczny dla tętniaka wewnątrzczaszkowego, gdyż bliższy rozbiór naszego przypadku zmusza do sceptycyzmu na punkcie prawdziwości tego rozpoznania dla następujących powodów.

Jak wiadomo, małe aneurysmaty najczęściej objawów nie dają, ich istnienia dopóty nie podejrzewamy, dopóki nie nastąpi pęknięcie i wylew krwi. Taka skrytość zdarza się nie tylko przy tętniakach mniejszych tętnic, jak *art. communicans ant.* i *cerebellares*, ale jest niczadką w aneurysmatach tętnicy mózgowej średniej (*art. cerebri media*) i podstawowej (*art. basilaris*). Objawy zwiększonego ucisku wewnątrzczaszkowego powstaną wtedy, gdy tętniak przedstawia dość znaczną objętość, która jest możliwą, jeżeli bierze początek z jednej z większych tętnic, znajdujących się na podstawie czaszki. Tutaj też jest najczęstsze siedlisko tętniaków, które za życia dawały objawy odpowiadające obrazowi chorobowemu guza na podstawie mózgu. Przypuszczać więc by należało, że w naszym przypadku aneurysmat wziął początek z jednej z wielkich tętnic podstawy mózgu, a mianowicie z tętnicy domózgowej lewej, ponieważ najwyższe natężenie szmeru było po lewej stronie, który zniknął na skutek ucisku lewej tętnicy szyjowej wspólnej. Dziwnym wszakże jest brak objawów, które przy takim umiejscowieniu worka aneurysmatycznego istnieć by musiały, jak to zaraz wykażemy.

Tętnica domózgowa po wyjściu z *canalis caroticus*, który prawie szczelnie wypełnia, leży na bocznej powierzchni kości podstawowej w zatoce jamistej. Tętniak w tem miejscu musiałby wywołać przemijający przynajmniej zastój w obrębie żyły ocznej, wlewającej się do zatoki, ale zaopatrzonej w połączenia z żyłą twarzową, a przede wszystkim ucisk niektórych nerwów, przebiegających w ścianie zatoki, mianowicie bloczkowego, ocznej gałęzi nerwu trójdzielnego, okoruchowego wspólnego i zewnętrznego, spowodować zatem zupełną nieruchomość gałki ocznej, znieczulenie jej, ewentualnie *kératitis neuroparalitica*, opadnięcie powieki. W dalszym przebiegu tętnicy domózgowej wewnętrznej musiałoby jej workowate rozszerzenie uciskać, oprócz tego, tylną-dolną część zrazu czołowego, przednio-dolną skroniowego, nerw wzrokowy i węchowy, a przy większym rozmiarze guza i rozwoju od tylnej ściany krzywizny tętnicy nawet uciskać wielką odnogę mózgu. W naszym zaś przypadku, ograniczenie ruchów gałek ocznych było nieznaczne, takie, jakie przy ślepotie zwykle się spotyka, nie było opadnięcia powieki, ani znieczulenia gałki, ślepotą była obustronna, jako następstwo brodawki zastoinowej, a nie bezpośredniego ucisku na nerw wzrokowy, węch zaś był zachowany. Tętniaki wychodzące z końcowej gałęzi tętnicy domózgowej (*art. cerebralis*

²⁸⁾ Mechanizm powstawania tętniaka przy zatorze Gowers objaśnia w następujący sposób. Cząsteczki wysięku przy zapaleniu wsierdza, uniesione prądem krwi, osiadają na ścianie naczynia, którego światła nie zatykają, ale wywołują zapalenie tego samego co na wsierdzu charakteru; wynikiem ograniczonego zapalenia ściany naczyniowej jest utrata elastyczności, nadmierna jej rozciągliwość i wytworzenie worka aneurysmatycznego. Tętniaki wewnątrzczaszkowe wychodzą najczęściej z tętnicy mózgowej średniej, w której też sprawy emboliczne są najczęstsze.

media) leżą najczęściej w szparze Sylwiusza, gdzie uciskają zawoje ruchowe kory i dla tego połowiczne porażenia, *monoplegiae*, drgawki podobne do JACKSON'owskich, niekiedy niemota (*aphasia*), zdarzają się wtedy często, porażenie zaś nerwów czaszkowych rzadko. Workowate rozszerzenie wychodzące z *a. communicans ant.*, *cerebralis ant.*, zwykle mają cienkie ściany, nie dochodzą do większych rozmiarów i w większości przypadków pękają, niczem poprzednio się nie zdradzając; w przypadkach, w których objawy istnieją, symptomatologia podobna jest do aneuryzmatów tętnicy domózgowej wewnętrznej, z tą różnicą, że nerwy gałek ocznych bywają niedotknięte. Tętniaki, wychodzące z *a. communicans posterior*, mają również cienkie ściany i zwykle pękają wcześniej, niż zdolają wyrzeć poważniejszy ucisk na szlak nerwów wzrokowych, nerw okoruchowy wspólny, wielką odnogę mózgu i t. d.

Nie wspominamy już o dość częstych zresztą tętniakach, wychodzących z tętnicy podstawowej, lub jednej z kręgowych, ponieważ o nich najmniej może być mowy w naszym przypadku, i że objawy są charakterystyczne dla ucisku mostu i opuszki.

Widzimy zatem, że brak objawów ogniskowych, bezpośredniego ucisku na twory podstawy mózgu, zmusza nas do sceptycyzmu na punkcie pozornie tak usprawiedliwionego, w obec istnienia ogólnych objawów guza mózgowego i szmeru tętniczego, jednoczesnego ze skurczem serca, rozpoznania tętniaka tętnicy domózgowej. Pod tym względem nie przychodzi nam w pomoc roztrząsanie skutków podwiązania tętnicy szyjowej wspólnej. Mogłoby się здаwać *a priori*, na podstawie powrotu szmeru w kilka godzin po podwiązaniu, że ponieważ krew w przypuszczalnym worku nie skrzepła, nie było więc aneuryzmatu. Taki jednak wniosek byłby zbyt pochopnym. Wiadomo, że przy prawidłowej chyżości biegu krwi w normalnej tętnicy pośrodku słupa krwi znajdują się elementy sformowane, na obwodzie zaś w bezpośrednim zetknięciu z wewnętrzną ścianą naczynia warstwa plazmatyczna. Przy zwolnieniu biegu krwi zaczynają się w obwodowej warstwie plazmatycznej gromadzić w coraz większej ilości białe ciała krwi i blaszki BIZZAZERO, które w dodatku nabierają pewnej lepkości (*viscositas*); z przywróceniem jednakże żywszego krwiobiegu blaszki zostają rozproszone i rozpoczęta konglutynacja usunięta. Dla dojścia do skutku konglutynacji konieczną jest, oprócz zwolnienia biegu krwi, zmiana wewnętrznej ściany naczynia; bez jednoczesnej obecności dwu tych warunków, konglutynacja i skrzepnięcie nie nastąpi (EBERTH i SCHIMMELBUSCH). Są one urzeczywistnione w worku aneuryzmatycznym, w którym sprawę krzepnięcia przyspieszają tworzące się wiry i w którym prawie zawsze napotykamy pewną ilość warstw krzepnika. Po przewiązaniu t. szyjowej wspólnej musiało w pierwszej chwili w przypuszczalnym worku aneuryzmatycznym nastąpić zwolnienie chyżości krwi i zwiększenie skłonności konglutynacyjnej; okres ten odpowiadał czasowi zniknięcia szmeru bezpośrednio po operacji. Niebawem wszakże szybszy krwiobieg został przywrócony za pośrednictwem grubych połączeń z tętnicą domózgową wewnętrzną drugiej strony i podstawową (*circulus arteriosus WILLISI*), co sprawę konglutynacji całej zawartości krwi w worku powstrzymać musiało. Konglutynacja bowiem musi trwać długo, może nawet całe dni, nim nastąpi skrzepnięcie krwi. Z tego wypada, że ujemny rezultat zabiegu odnośnie do szmeru nie przemawia na niekorzyść tętniaka, a tem mniej dostarcza argumentu za tą hipotezą.

Tak więc, choć wątpliwości nie ulegało, że mamy do czynienia z guzem mózgowym, to jednak rozstrzygnięcie kwestyi, czy z tętniakiem, czy

z nowotworem, okazało się bardzo trudnem. Ani etyologia, ani przebieg kliniczny (o ostatnich chwilach życia pacjentki, któreby może rzuciły światło na te wątpliwości, nie mogliśmy żadnych się dowiedzieć szczegółów), ani następstwa operacji podwiązania t. szyjowej wspólnej, nie dostarczyły dostatecznych danych do jej pomyślnego rozwiązania. Wprawdzie jeden objaw obrazu klinicznego, szmer tętniczy słyszalny na czaszce, znikający od ucisku t. szyjowej wspólnej, zmuszał niejako w pierwszej chwili do rozoznania tętniaka; brak jednak objawów ogniskowych guza na podstawie mózgu silnie to rozpoznanie zachwiał. Jeszcze większe trudności by się nasunęły, gdyby przypuścić, że nowotwór uciskał jedną z większych tętnic podstawy mózgu, ponieważ jest wątpliwem, czy ucisk taki, a więc i powstanie szmeru może wogóle mieć miejsce, w obec nieznaczej konsystencji istoty mózgowej; a wreszcie nowotwór taki musiałby, jak i tętniak dać objawy guza podstawy mózgu. Pozostaje więc ostatnie przypuszczenie, nowotworu, silnie ze strony t. domózgowej lewej unaczynionego, ale nie pozostającego z nią w bezpośrednim związku. Znale są i w mózgu mięsaki, których główną składową część tworzą nowowytworzone lub dawne naczynia (*Sarcoma telangiectodes, Angiosarcoma*). Można sobie wyobrazić, że duże te naczynia nowotworu mogą w pewnych warunkach wywołać szmer obiektywnie słyszalny. Jeden z nas miał przed laty sposobność spostrzegania chorego, u którego na zewnętrznej powierzchni kości biodrowej (*planum ext. ossis ilei*), koło wcięcia kulszowego, istniał guz półkulisty, wielkości połowy małego jabłka, tętniący jednocześnie z pulsem promieniowym, zmniejszający się przy ucisku aorty brzusznej, wydający ton przy wysłuchiwanu, z którego szpryką PRAVAZ'a wydobyto czystą krew tętniczą; na sekcji guz ten okazał się mięsakiem kości biodrowej. Przypuszczenie nowotworu w naszym przypadku najlepiej się zgadza z szybkim i jednostajnym rozwojem objawów, z silnie rozwiniętymi objawami zwiększonego ciśnienia wewnątrzczaszkowego (gwałtowny ból głowy, wymioty, brodawka zastoinowa). Z nowotworem raczej, a nie z tętniakiem da się połączyć zjawisko wspomniane w historii choroby, że szmer znikał sub- i obiektywnie przy ucisku lewej tętnicy szyjowej wspólnej, a zmniejszał się przy ucisku prawej t. szyjowej wspólnej. Jest to dowodem, że nowotwór otrzymywał naczynia przeważnie od t. domózgowej lewej, ale także od t. domózgowej prawej; ostatnie wszakże nie były dostatecznie obszerne dla wywołania zjawiska szmeru. W opisie choroby zaznaczone jest dalej osłabienie lewostronnych kończyn (*hemiparesis sinistra*), które zupełnie nie dałoby się objaśnić tętniakiem lewej tętnicy domózgowej, gdy tymczasem nowotwór, zaopatrywany w naczynia przez obie t. domózgowe, mógł wyrzucić ucisk pośredni na prawy szlak piramidalny. Tylko o takim ucisku może być w danym przypadku mowa, gdyż w tak małym stopniu było osłabienie lewostronne wyrażone. To naprowadza nas na kwestyę umiejscowienia guza. Wobec lewostronnego osłabienia kończyn, należałoby szukać go w prawej półkuli, z czem w sprzeczności stałoby przeważne unaczynienie od lewej t. domózgowej. Można by jednak przyjąć, że pierwotnie brał początek z lewej półkuli, z okolicy niedającej jawnych objawów ogniskowych, np. z *centrum ovale* zrazu czołowego lewego bliżej powierzchni wewnętrznej, przytykającej do prawej półkuli, w której mógł uciskać pośrednio zrazik przyśrodkowy (*lobulus paracentralis*). Jest to jednak tylko hipoteza, której brak faktycznego gruntu. Oglupienie (*hebetudo*) w naszym przypadku popiera niejako domysł umiejscowienia w zrazie czołowym, ale śpieszymy dodać, że nie różniło się sto-

pniem od zwykłe przy nowotworach innych okolic mózgowych spostrzeganego, że w każdym razie nie były to jakieś wydatne zaburzenia umysłowe, napotykanie niejednokrotnie przy zajęciu kory zrazów czołowych. Jednostajność wyrazu twarzy pacjentki, na której nie malowały się żadne wzruszenia, mogłaby być poczytaną za porażenie odruchowe, emocyjne; objaw ten wraz z mimowolnem oddawaniem moczu, mogłby być odniesiony do porażenia wzgórków wzrokowych (NOTHNAGEL, BECHTEREW), gdyby brak ruchów mimowolnych (drżenie, ruchy płasawiczne, atetotyczne i t. d.), hemianopsyi i t. d. nie czynił tego przypuszczenia mało prawdopodobnem. Jednem słowem, brak objawów ogniskowych nie pozwala w naszym przypadku na ścisłe określenie miejsca guza.

Winniśmy jeszcze podnieść okoliczność, że wprawdzie efekt leczniczy od podwiązania tętnicy szyjowej wspólnej lewej okazał się żaden, ujemnego jednak wpływu od tego zabiegu nie zauważyliśmy wcale; co więcej, mogliśmy po upływie pewnego czasu od wykluczenia tej tętnicy z krwioobiegu mózgowego uciskać bezkarnie drugą tętnicę szyjową wspólną i stwierdzić poprzednio już przez innych nabyte doświadczenie (TILLAUX)²⁹⁾. W tych warunkach szmer nie zniknął, a tylko zmieniał nieco swój charakter. Pokazuje się więc, że mózg z łatwością przyzwyczaja się do nowych warunków krążenia, w których ukrwienie jego odbywa się przeważnie przez tętnice kręgowe. PILZ³⁰⁾ zebrał 29 przypadków, w których podwiązanie tętnicy szyjowej wspólnej jednej strony nastąpiło po pewnym czasie po podwiązaniu tętnicy drugiej strony; z tych zmarło tylko 8 i tylko w 5 przypadkach istniały objawy mózgowie. WYETH³¹⁾ wspomina o przypadku, w którym obie te tętnice jednocześnie zostały podwiązane, a SMYTH o przypadku, w którym w 54 dni po podwiązaniu t. szyjowej wsp. prawej podwiązał t. kręgową prawą bez wywołania objawów mózgowych. Rossi podwiązał t. szyjową wspólną prawą u chorego, u którego po śmierci okazało się zatkanie lewej t. szyjowej wsp. i prawej kręgowej; pacjent ten żył jeszcze przez 6 dni. W żadnym z przypadków podwiązania t. bezmiennej, która to operacja odcina dowóz krwi do prawej połowy mózgu, nie spostrzegano objawów mózgowych. W niektórych jednak przypadkach występują przy podwiązaniu t. szyjowej wspólnej objawy mózgowie, które należy przypisać chwilowym zaburzeniom równowagi krążenia mózgowego.

Nie zawsze też ucisk t. szyjowej wspólnej jest zabiegiem niewinnym; dowodzi tego następujący przypadek.

P. K. 44 lat, skarży się na różne dolegliwości, po części natury neurastenicznej, po części zależne od przebytego przed 12 laty przymiotu. W lutym r. b. usłyszał pierwszy raz w prawem uchu pisk, który porównywa z cichym jękiem dziecka; objaw ten pozostaje dotąd w jednej mierze i jest zwłaszcza wieczorem wydatny. Od kwietnia doznaje przy zmianie położenia z siedzącego na stojące bólów w kolanach, biodrach, krzyżu, które niebawem po zrobieniu kilku kroków ustępują. Po dłuższem chodzeniu, nogi stają się ciężkie, jakby ołowiane. Najgorzej czuje się chory wieczorem: doznaje niepokoju, zawrotów i zamęcenia w głowie, ciężaru na piersiach, drgania nóg, musi się z łóżka zerwać i nieraz przez całą noc po pokoju chodzi. Często też doznaje bezpośrednio po rannem wstaniu uczucia odrętwienia lewej nogi. W ciągu ostatnich miesięcy podobno znacznie schudł. Rozbiór moczu nie

²⁹⁾ Anatomie topographique. Str. 73.

³⁰⁾ Archiv. f. Kl. Chir. Bd. IX. S. 257.

³¹⁾ The international Encyclopedia of Surgery of Asshurst. S. 500.

wykazał nieprawidłowych składników. Chory wraca z pewną poprawą z Buska, gdzie mu zrobiono 20 wcierań. Tych ostatnich zaaplikowano w różnych odstępach czasu, ostatnio przed 2 laty, ze 300, głównie z powodu bólów i zawrotów głowy, na które od zarażenia się przed 12 laty bardzo często cierpiał, niezależnie od migreny, którą jest od młodych lat dotknięty. Od pół roku, to jest od czasu wystąpienia objawów powyżej wymienionych, nie miał ani razu bólu głowy.

U chorego tego nie można było znaleźć ani śladu przymiotu, bądź skór nego, bądź wewnętrznego, żadnej podstawy materialnej dla jego skarg, prócz wrażenia słuchowego w prawem uchu. Istotnie, na całej czaszce i twarzy sły chać przez stetoskop niezbyt głośny, wysoki, ostry, piskliwy, jakby od drżenia naciągniętej struny pochodzący, szmer, jednoczesny z tętnem. Doświadczenia z uciskiem tętnic szyjowych wspólnych z trudnością się udawały, z powodu omdlenia, jakie przy tem występowało; to pewna, że przy ucisku prawej t. szyjowej wspólnej szmer tak podmiotowo, jak i przedmiotowo znikał, czy zaś ucisk lewej t. szyjowej ten sam miałby skutek, niewiadomo, gdyż natychmiast występujące przy tem omdlenie zmuszało do przerywania ucisku. W zwykłych warunkach chory w ciągu dnia pisku nie słyszy, prawdopodobnie wskutek zewnętrznego szmeru, który go zagłusza; wieczorem zaś, gdy panuje cisza, pisk staje się wydatnym. Ale już zatkanie uszu wystarcza, żeby chory i w ciągu dnia usłyszał pisk w zatkanem uchu; przy jednoczesnem zatkaniu obu uszu słyszy chory pisk to w jednym, to w drugim uchu, czasem wewnątrz czaszki. Badanie nie wykazało różnicy w donośności szmeru w ciągu dnia i późnym wieczorem. Co do twierdzenia chorego, że wieczorem jest on i z odległości słyszalny, to kol. WIŚNIEWSKI, który pacjenta od dłuższego czasu obserwuje, zapewniał, że mu się udało któregoś dnia o 5 po południu usłyszeć go z odległości $\frac{1}{2}$ — $\frac{3}{4}$ łokcia od ucha.

Był więc ten przedmiotowo dający się stwierdzić szmer pochodzenia tętniczego, ponieważ ucisk t. szyjowej wspólnej go znosił. Jest prawdopodobnem, że u syfilityka naczyń mózgowie są zmienione, że zatem warunki rozszerzania się ich pod wpływem parcia krwi są inne, aniżeli w prawidłowych tętnicach; dalej, że, ponieważ zmiany naczyniowe są zwykle w tych przypadkach najwydatniejsze w warstwie wewnętrznej, tarcie krwi o wewnętrzną ścianę naczyń jest wzmożone. Są to okoliczności, mogące objaśnić powstanie w danym przypadku szmeru, choć nie jest wykluczona możność działania bardziej miejscowej przyczyny, jak np. zwężenia kanału dla tętnicy domózgowej tej samej natury przymiotowej, o czem na wstępie była wzmianka. W przyszłości należy u osobników, dotkniętych niewątpliwie rozlaną *arteriitis luetica*, zwracać uwagę, czy i w jakich warunkach powstają u nich szmery, i od czego są zawisłe. Niedostatecznem odżywianiem ośrodków nerwowych, spowodowanem zmianami naczyniowemi, można też wytłumaczyć owe nieokreślone objawy u naszego chorego, jak zawroty głowy, drętwienie i ciężkość nóg, niepokój i t. d.

Przechodząc teraz do szmerów przedmiotowych pochodzenia żylnego, pozwolimy sobie przytoczyć przypadek, jaki niedawno mieliśmy sposobność spostrzeżeć.

Pani A. 28 lat licząca, mężatka, cierpi od 10 lat na szum w prawem uchu, dmuchający, miarowy, czasem słabszy, czasem silniejszy, a wśród hałasu ulicznego znikający. Jest to osoba o miernem odżywianiu, wydatnie anemiczna,

odbyła 5 połówów bez powikłań, dzieci nie karmiła. Przy badaniu znaleziono zaburzenia tylko w sferze krążenia, mianowicie głośny szmer żylny (*bruit de diable*), najmocniej słyszalny z prawej strony szyi, między przyczepami mięśnia mostko-obończyko-sutkowego (*m. sterno-cleido-mastoideus*), słabszy w odpowiednim miejscu lewej strony. Tegoż samego charakteru akustycznego szmer słychać było przy przyłożeniu stetoskopu do prawej muszli usznej, przedstawiał on też te same cechy, nasilał się wraz z tętnem, lecz występował tylko przy odpowiednim nastawieniu głowy, mianowicie przy prostym trzymaniu głowy, lub zwróceniu jej na lewo, znikał zaś podmiotowo i przedmiotowo przy nachyleniu głowy ku przodowi, lub zwróceniu jej na prawo, znikał również przy lekkim nacisku naczyń żylnych na szyi. Prócz tego, przy badaniu serca daje się zauważyć na przebiegu aorty lekki szmer anemiczny.

Jak wiadomo, powstanie szmeru żylnego (*bruit de diable*, *Nonnengeräusch*) objaśniamy w ten sposób, że przy wlanu się węższej *v. jugularis interna* do szerokiego *bulbus v. jugularis* powstaje wir, który u osobników małokrwistych, zwłaszcza blednicowych, z odmiennym składem krwi i odmiennymi warunkami tarcia jej o wewnętrzne ściany naczyń, powoduje szmer, u zdrowych ludzi niesłyszalny. Ponieważ we wtórnych niedokrwistościach (rak, gruźlica i t. d.), w których masa krwi uległa zmniejszeniu, objawu tego zwykle brak, to niektórzy autorowie (HAYEM), oprócz wyluszczonych warunków, przypuszczają istnienie w blednicy pewnego napięcia ścian naczyń, znajdującego się pod wpływem układu nerwowego. Zachodzi teraz pytanie, czy szmer żylny, który chora w swem uchu słyszała i który stetoskopem stwierdzić było można, powstał od rozprzestrzenienia się tegoż szmeru żylnego z okolicy nadobojczykowej, lub też wytworzył się na miejscu? Zdaniem BONDET'a ³²⁾ szmer żylny może przenosić się wzdłuż żyły szyjowej aż do *fossa jugularis*. MOOS ³³⁾ zaś przypuszcza, że duże zagłębienie *fossae jugularis (partis petrosae ossis temporis)* może wywołać szmer żylny, na tej podstawie, że otwór zatoki poprzecznej do *bulbus v. jugularis* jest bardzo wązki, wskutek czego przy pewnej szybkości biegu krwi może powstać szmer podmuchowy. URBANTSCHITSCH wszakże zwraca uwagę, że właściwie *bulbus v. jugularis* nie istnieje, a żyła tworzy tu tylko pętlę, nie zaś rozszerzenie, i że różna głębokość *fossae jugularis* odpowiada mniej lub więcej wydatnej łukowatości żyły, ale nie jest spowodowana przez opuszkowe jej rozszerzenie. Gdyby nawet istniały warunki anatomiczne, sprzyjające powstawaniu szmeru żylnego, to trudno by zrozumieć, dla czego w naszym przypadku szmer znikał przy pewnem położeniu głowy, a występował przy innych. Wiemy bowiem, że zwrócenie głowy w lewą stronę u blednicowych chorych dla tego uwydatnia szmer żylny na szyi, że przy tem następuje napięcie się powięzi szyjowej, mięśni, i, co zatem idzie, ucisk żyły szyjowej, jeszcze bardziej sprzyjający powstawaniu wiru. Nic podobnego w obrębie *sinus transversi* i *fossae jugularis* przypuścić nie można. Jeżeli dalej wspomnimy, że szmer na uchu pod względem cech akustycznych był identyczny ze słyszalnym między dolnemi przyczepami m. mostko-obończyko-sutkowego, że zarówno jak ostatni znikał przy obrocie głowy w prawo i lekkim ucisku żył na szyi—dojdziemy do przekonania, że był rozprzestrzenieniem się do ucha szmeru żylnego, powstałego w okolicy nadobojczykowej. Mamy zatem do zanotowania rzadki przypadek słyszenia przez chorą własnego *bruit de diable* w uchu, przy współczesnej możliwości stwierdzenia jego tu obecności obiektywnie za pomocą stetoskopu.

³²⁾ Handbuch f. Ohrenh. herausg. v. Schwartze. 1892. T. I. Str. 413.

³³⁾ Archiv f. Augen und Ohrenheilkunde IV Bd. I Abtheil. S. 174.

PRZYSZYNEK DO PORÓWNAWCZEJ ANATOMII I FIZJOLOGII SERCA.

Podał J. Dogiel.

Profesor kazańskiego uniwersytetu.

(Dokończenie.—Zob. Nr. 46).

Otworzywszy twardą pokrywę raka w miejscu, odpowiadającem położeniu serca, widzieć możemy ruch rytmiczny określonego miejsca, zależny od skurczów serca. Po usunięciu dość grubej i mocnej błony widzimy serce w postaci nieprawidłowego czworoboku, szerszego w górnej części, węższego w dolnej. Taką formę ma i serce homara (fig. 1). Serce raka rzeczno stojącego w łączności z naczyniami krwionośnymi (*arteria cephalica*, *art. sternalis*). Od całej powierzchni serca odchodzą w różnych kierunkach pęczki tkanki łącznej już to w postaci nici cienkich, już to rozszerzające się jako wstęgi, które zagłębiają się w przestrzenie między mięśniami (fig. 1, *a—b*); pęczki te uważać można jako więzy serca (*ligamenta cordis*). Na górnej powierzchni serca raka zauważyć można gołym okiem w pewnej odległości od siebie dwie pary otworów (fig. 1—*c*). Dolna powierzchnia serca oddziela się od wątroby, narządów płciowych i przewodu pokarmowego za pomocą cienkiej przejrzystej błony (fig. 2). Błona ta znana jest jako osierdzie (*pericardium*), choć prawidłowiej byłoby nazwać ją przeponą (*diaphragma*); brzegi jej bowiem składają się z dobrze rozwiniętych mięśni gładkich, a środek jest łączno-tkankowy (fig. 2—1 i 2). Błona ta łącznie z błoną przylegającą do serca w górnej części stanowi jakby worek, w którym mieści się serce. Worek ten wielce przypomina osierdzie, lecz czynności jego bardziej odpowiadają czynnościom przedsionków innych zwierząt (*atrium cordis*). Takim sposobem osierdzie raków uważać należy z jednej strony jako takie, z drugiej zaś jako przedsionki.

Błona, przylegająca do dolnej części, jest w łączności z wyżej opisanymi więzami serca. Na wewnętrznej powierzchni serca raka znajdują się beleczki, krzyżujące się ze sobą w różnych kierunkach (*trabeculae*), przypominające serce ryb i żab. Na wewnętrznej powierzchni znajdują się dwa otwory: jeden w górnym końcu, drugi w dolnym, przez które wchodzi *arteria cephalica* i *art. sternalis*. Otwory te mają zastawki, otwory zaś, znajdujące się w górnej zewnętrznej części serca, zamykają się za pomocą mięśni zwieraczy, a nie zastawek. Zewnętrzna i wewnętrzna powierzchnia serca (komórki), również obie powierzchnie osierdzia (przedsionek?) pokryte są płaskim nabłonkiem, o czem przekonać się łatwo za pomocą srebrzenia tych części. W skład serca homara, kraba lub raka rzeczno stojącego wchodzi różnej wielkości pęczki mięsne poprzecznie prążkowane. Mięśnie serca tych zwierząt mają więcej wspólnego z mięśniami szkieletu, niż z mięśniami serca żaby i ssawców: w 35—40% roztworze potasu gryzącego nie rozpadają się one, jak mięśnie serca żaby i ssawców, na oddzielne komórki mięsne. Mięśnie serca raków podobne są do mięśni serca owadów (*corethra plumicornis*). Nie znajdujemy tu jąder, jak w mięśniach serca żaby i ssawców. Włókna mięsne rozpadają się na cieniutkie włókienka. Pęczki mięsne łączą się ze sobą za pomocą tkanki łącznej. Prócz nabłonka, tkanki łącznej i mięśni znajdujemy jeszcze w sercu raka rzeczno stojącego nerwy i komórki nerwowe. Na nerwy w sercu raka rzeczno stojącego zwrócił uwagę I. DOGIEL. BERGER¹⁶⁾ przy pomocy metody traktowania tkanki tej złotem, kwasem osmo-

¹⁶⁾ E. Berger. Ueber das Vorkommen von Ganglienzellen in Herzen vom Flusskrebs. Wiener Sitzungsberichte der K. Akad. Bnd. 74—1877.

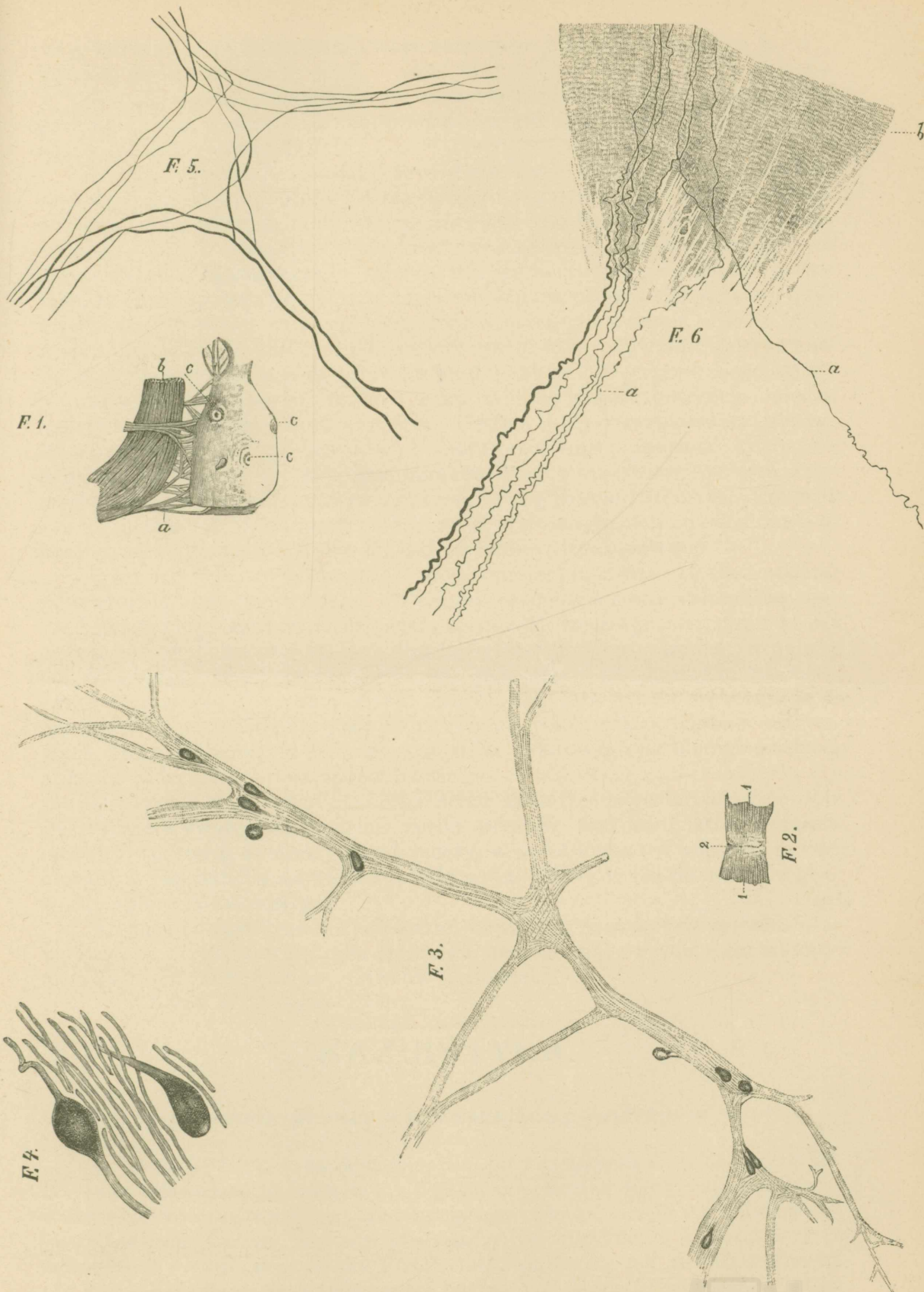
wym i izolacją wykazał komórki nerwowe tylko w tylnej części serca („Ich habe sie blos im hinteren Theile des Herzens finden können“). Komórki te BERGER określił jako dwu i trzybiegunowe. W ostatnich czasach LIDIA POGOŻEWA¹⁷⁾ w laboratorium prof. OWSIANNIKOWA wykazała w nerwie przebiegającym między mięśniami grupy komórek nerwowych (4—6) w postaci splotów. POGOŻEWA nie znajdowała więcej nad jeden taki splot w sercu raka. BERGER i POGOŻEWA porównywały sploty te do splotów nerwowych w jamie brzusznej, są one tylko nieco mniejsze od ostatnich. POGOŻEWA widziała komórki nerwowe jedno, dwu i trzybiegunowe z dużym jądrem i jąderkiem. POGOŻEWA posilkowała się metodą złożenia, rozdzielania, stwardniania i barwiła preparaty pikrokarminem. Sprawdzając powyższe badania, znalazłem, że komórki nerwowe stanowią łańcuch, ciągnący się wzdłuż całego serca; łańcuch ten składa się z dwóch grup: przednich i tylnych, a w każdej znajdujemy kilka (5—6) komórek i oddzielnie rozrzucone komórki w innych częściach serca. Główne grupy znajdują się w pobliżu wyżej opisanych otworów i przypominają sploty REMAK’a i BIDDER’a w sercu żaby. Wielkość i forma ich jest różnorodna. Forma ich jest więcej owalna. Każda komórka składa się z otoczki, zawartości protoplazmy, jądra i jąderka; są one jedno- i wielobiegunowe z dzielącym się wyrostkiem. Dwubiegunowe komórki podobne są do komórek nerwowych ryb (fig. 4). Otoczka komórek i wyrostków zawiera jądra. Komórki nerwowe i grupy ich znajdują się między włóknami nerwowymi (fig. 3 i 4). Ciekawym jest ten fakt, że pęczki włókien nerwowych łączą się ze sobą za pomocą oddzielnych włókienek, jak to ma miejsce w sercu żaby, ssawców i człowieka (fig. 5). Tego rodzaju połączenia mają wielkie znaczenie w prawidłowym kurczeniu się różnych części serca.

Błona, oddzielająca serce od narządów trawienia i płciowych, zawiera mnóstwo nerwów (fig. 6, *a—a*), biorących początek od splotu brzuszego, i częścią kończą się one w osierdziu, częścią zaś przechodzą na komórki serca. Niektóre z tych nerwów z więzami dążą do komórek sercowych. Zewnętrzsercowe nerwy biorą zapewne początek od nerwu opisanego przez I. DOGIELA¹⁸⁾: „od splotu, znajdującego się u langusty pomiędzy drugą i trzecią parą łap, odchodzą włókna nerwowe, które kierują się w górę i na zewnątrz, potem po części dzielą się w mięśniach sąsiadujących z osierdziem i w następstwie łączą się ze sobą w mięśniach tego ostatniego“.

Metoda badania komórek nerwowych i nerwów serca raka rzecznoego polega na użyciu do skrawków 1% roztworu chlorku złota i 10% roztworu kwasu mrówczanego. Wycięta część serca kładzie się na 10—20 minut do kwasu mrówczanego i stąd przenosi się na kilka minut do roztworu chlorku złota aż do zabarwienia na kolor słomkowo-żółty, stąd znów przenosi się do 10% roztworu kwasu mrówczanego, gdzie preparat pozostaje przez 12 i więcej godzin. W ten sposób preparat zabarwiony chlorkiem złota i rozpułchniony kwasem mrówczanym przenosi się na szkiełko i bada się w glicerynie przy niewielkiem powiększeniu (HARTNACK, obj. 2, ok. 2). Widać wtedy wyraźnie komórki nerwowe i nerwy. Połączenia włókien nerwowych dobrze widzieć można przy obj. 2, ok. 3 HARTNACK’a. Prócz tej metody można otrzymać dobre prepa-

¹⁷⁾ L. Pogożewa. Nierwinyja kletki kleszni i serca recznawo raka. Wiestnik jestiestwoznania. St. Petersb. 1890. N-r. 5.

¹⁸⁾ Compt. rend. 1876.



raty, barwiąc je 1% roztworem kwasu osmowego i następnie traktując je 10% kwasem mrówczanym.

Z wyżej opisanej budowy serca raka rzecznoego wynika, że jest ono bogato uposażone w nerwy i komórki nerwowe, które nie mogą być bez wpływu na czynności tego narządu.

Dane te objaśniają nam fakt, że wycięte serce jest jeszcze w stanie kurczyć się w przeciągu godziny, a i rozcięte na dwie połowy nie traci tej własności. Prócz tego w sercu raka istnieje zapewne urządzenie, regulujące czynności jego. Już C. CARUS (*l. c.*) przytacza spostrzeżenie, usprawiedliwiające to przypuszczenie. Spostrzegał on zmniejszanie się bicia serca po odcięciu głowy raka, to samo spostrzega się przy drażnieniu spłotu nerwowego. CARUS otrzymywał czasem wstrzymanie się bicia serca w przeciągu 5 minut. BRAND (*l. c.*) utrzymuje, że zniszczenie systemu nerwowego u raka wywołuje zatrzymanie się serca w rozkurczu, a pod wpływem prądu stałego lub przerywanego otrzymywał teżec, co dowodzi, że serce raka zajmuje miejsce pośrednie między sercem ssawców a mięśniami szkieletu. DOGIEL (*l. c.*) o regulowaniu czynności serca raka morskiego, langusty i homara przez nerwy powiada: „Gdy podrażnimy spłot nerwowy langusty, homara i innych rakowców, spostrzegamy zwolnienie bicia serca, a nawet zatrzymanie się jego w rozkurczu. Również zawsze możemy otrzymać zatrzymanie serca w rozkurczu, jeżeli podrażnimy za pomocą elektryczności nie tylko łańcuch spłotowy, lecz i osierdzie“.

Prace wcześniejsze uczonych, również i moja praca nad rakiem morskim, potwierdzają nowe spostrzeżenia moje nad czynnością serca raka rzecznoego. Prąd indukcyjny, stosowany na więzy serca raka rzecznoego, wstrzymuje ruch jego w rozkurczu na 10—15 sek.; drażniąc tymże prądem osierdzie w górnej lub dolnej jego części, otrzymujemy ten sam efekt. Po przecięciu osierdzia często otrzymujemy ten sam efekt. Najdłuższe zatrzymanie się serca, do 1 minuty trwające, następuje przy podrażnieniu tych cienkich włókien nerwowych, które odchodzą od głównego łańcucha spłotowego do błony, dzielącej narządy oddechania od narządów trawienia.

Drażnienie więc pewnych części serca raka rzecznoego mechaniczne lub elektryczne wywołuje zatrzymanie ruchu serca w rozkurczu, które objaśnić możemy wpływem na nerwy, znajdujące się w przedsionku i w więzach; są one bowiem w łączności z nerwami komórki serca. Nerwy te idą do serca od głównego spłotu łańcuchowego.

Te dane anatomiczne i fizyologiczne objaśniają nam wpływ systemu nerwowego na czynność serca raka rzecznoego, analogiczną z rytmicznym kurczeniem się serca żaby, ptaków, ssawców i człowieka.

Kazań 17 Września 1893 r.

KAZUISTYKA.

Cztery przypadki płonicy z powracającą powtórnie wysypką.

1. D. 15/VIII r. z. do ambulatoryum Dra Jul. KRAMSZTYKA w szp. dziecięcym im. Bersonów i Baumanów, zgłosiła się F. z 7-letnią swą córeczką Martą, i opowiedziała co następuje: Przed czterema dniami dziecko, dotychczas zdrowe, zaczęło skarżyć się na ból głowy, gorączkę, dreszcze, wymioty powtarzające się kilkakrotnie. Na drugi dzień na szyi i plecach pokazała się wysypka, szybko rozszerzająca się, tak, że dnia następnego t. j. w chwili przybycia do szpitala, rozlana była po całej skórze. Podniebienie miękkie

silnie zaczerwienione, zajęcia gardła dyfterycznego nie ma. Ciało na dotyk bardzo gorące. Tętno 152, dosyć pełne, tony serca czyste. Zalecono płukanie gardła kwasem bornym oraz kwas solny i chininę wewnątrznie. Po trzech dniach wysypka zaczęła znikać, temperatura opadła, nastąpiło bardzo drobne łuszczenie się skóry. Dnia 20/VIII t. j. w dniu 10-ym choroby zalecono chorej kąpiel. Stan bezgorączkowy trwał dni 10; przez cały ten czas rekonwalescentka czuła się zupełnie dobrze. Dnia 30/VIII t. j. w 19 dni po pierwszym zapadnięciu, gorączka znów powróciła i na łuszczącej się jeszcze skórze dnia 31/VIII wystąpiła bardzo obfita wysypka, z początku cokolwiek podobna do odrowej. Następnego dnia wysypka zaczęła się zlewać, występując dużymi czerwonymi plamami na bladej łuszczącej się skórze i zajmując przeważnie piersi, plecy i kończyny dolne, tak, że skóra na oddzielnych częściach ciała była zupełnie czerwona szkarłatna. Różnica pomiędzy pierwszą wysypką a obecną polegała jedynie na tem, że nie zajmowała ona jednostajnie całego ciała, ale pozostawiała miejsca zupełnie nie zajęte, jako to: kończyny górne, brzuch. Błonicy gardła za drugim razem również nie było. Następnego dnia zauważyć można było obrzęk twarzy oraz kończyn dolnych, w moczu wykryto znaczną ilość białka. Po pięciu dniach nastąpiło dosyć znaczne powtórne łuszczenie na szyi, piersiach, plecach, a następnie i na kończynach, temperatura jednocześnie opadła do normy. Cały więc czas trwania choroby przeciągnął się od 11/VIII do 5/IX czyli dni 25. Szkarlatyna, o przebiegu dość lekkim, trwała dni 9, następnie mieliśmy dni bezgorączkowych 10, a recydywa choroby rozpoczęła się w dniu 19-tym, licząc od pierwszego zapadnięcia. Recydywa zakończyła się pomyślnie w przeciągu dni 6-ciu dosyć obfitem łuszczeniem się skóry.

2. Wacław 5 lat, zachorował dnia 23/VIII t. j. w 12 dni po swojej siostrze. Przed dwoma jeszcze dniami był na pogrzebie pięcioletniej sąsiadki, zmarłej na szkarlatynę. Przy silnej gorączce następnego już dnia wystąpiła bardzo obfita wysypka na twarzy, szyi, piersiach, a następnie na całym ciele. Znaczne zajęcie błonicowe migdałów i błony śluzowej nosa. Gruczoły podszczękowe mocno powiększone. Mieliśmy przed sobą obraz ciężkiej szkarlatyny. Po siedmiu dniach 31/VIII zaczęło się łuszczenie. Tego dnia właśnie siostra jego Marta zapadła powtórnie na szkarlatynę. 3/IX widziałem znowu chorego: skóra łuszczy się na kończynach, dyfteryt na migdałach, łukach podniebiennych oraz wargach, temperatura 38,0. Obrzęk powiek, kończyn dolnych, krzyża. W moczu nieznaczna ilość białka. Obrzęk po kilku dniach zaczął ustępować i wkrótce znikł, w moczu przez cały czas można było jeszcze wykryć ślady białka.

6/IX. Chory skarży się na ból w prawym uchu. Temp. 39°. Ślady łuszczenia na piersiach i plecach, skóra blada zupełnie. Stan ogólny nie zły.

8/IX. Temp. 38,2; z prawego ucha wydziela się nieznaczna ilość ropy — *otitis media dextra*.

12/IX. Stan ogólny dobry; dziecko bawi się; skóra łuszczy się. Dyfteryt mniejszy na wargach i gardzieli.

13/IX. Chory skarży się na nudności. Temperatura 40,0.

14/IX. 22-go dnia choroby, a po upływie 12 dni od rozpoczęcia się łuszczenia, przy temp. 40,0 wystąpiła bardzo obfita wysypka na całym ciele, twarzy, kończynach. Wygląd chorego jest bardzo charakterystyczny: na wyraźnie łuszczącej się skórze powtórna wysypka szkarlatynowa. Wysięk ropny z ucha obfity. Obrzęk kończyn znikł, w moczu ślady białka. Dyfteryt na wargach, migdałach i łukach w tym samym stopniu.

15/IX. Temp. 40,0, tętno 140, słabe. Wysypka bardzo obfita, zlewa się. Dyfteryt rozszerzył się na dziąsła. Oddech bardzo zaostrozony, kaszel.

16/IX. Na całym ciele, na skórze łuszczącej się wielkimi płatami, ukazały się drobne pęcherzyki, bardzo gęsto rozrzucone, tuż prawie jeden przy drugim. Pęcherzyki te wypełnione są płynem surowiczym; za naciśnięciem wypływa z nich płyn przezroczysty; pęcherzyki takie znaleźć można również na głowie. Podobne są one do potó-

wek. Gardło oczyszcza się zwolna. Obrzęk kończyn ponowił się. Ogólny stan chorego znacznie gorszy. Język suchy, chory bardzo często wymiotuje, nieprzytomny, niespokojny, 6 rzadkich wypróżnień.

18/IX. Temp. rano 41,0, oddech utrudniony, bardzo częsty. Liczne rżenia wilgotne. Tętno przyspieszone, słabe. Naskórek opada całymi płatami. Pęcherzyki wyżej opisane przyschły. Wieczorem tego samego dnia chory zmarł.

Chorował więc Wacław F. dni 27. Zasnął on w dwunastym dniu choroby swej siostry. Łuszczenie nastąpiło ósmego dnia. Pierwsza szkarlatyna trwała dni 10; postać choroby była dosyć ciężka, połączona z zapaleniem nerek oraz bardzo rozległym dyfterytem. Po upływie dni 13 od rozpoczęcia się pierwszego łuszczenia pokazała się wysypka po raz drugi z nowym podniesieniem się ciepłoty do 40° (stanu bezgorączkowego nie mieliśmy—*blonica*, *otitis media*). Powtórne cierpienie zaliczyć wypada również do bardzo ciężkich.

3. Czesław F. 2½ roku, zachorował 25/VIII t. j. we dwa dni po bracie Wacławie. Wysypka była trochę słabsza, ciepłota znacznie podwyższona, silne zajęcie dyfteryczne podniebienia miękkiego, migdałów, nosa i warg. Gruczoły podszczękowe bardzo powiększone. Po upływie siedmiu dni gorączka opadła—rozpoczęło się łuszczenie.

Po raz drugi widziałem chorego 12/IX t. j. po upływie 19 dni; skóra na całym ciele łuszczy się, jest jeszcze czerwona, a na łuszczącej się skórze wysypka bardzo obfita, rozlana na całym ciele. Przez cały czas ubiegły dziecko miało się zupełnie dobrze, bawiło się, stan był wciąż bezgorączkowy, dyfteryt po 10 dniach znikł.

Obecnie zaś temperatura znacznie podwyższona — 39,5, tętno 130 dosyć pełne. Błona śluzowa podniebienia miękkiego cała mocno zaczerwieniona, nalotu dyfterycznego nie ma. Oddech zaostrozony. Granice oraz tony serca prawidłowe.

15/IX. Temp. 38,0, P. 120. Wysypka się zmniejsza. Błona śluzowa gardzieli mocno czerwona.

17/IX. Temp. 38,5. Wysypka znikła zupełnie. Łuszczenie bardzo obfite.

18/IX. Temp. 38,9. P. 124. R. 32. Skóra na plecach i kończynach górnych łuszczy się całymi płatami. Oddech mocno zaostrozony. Stan ogólny gorszy.

20/IX. Chory bardzo osłabiony, nie je, nie pije. Kaszel silny, duszność, oddech mocno zaostrozony. *Bronchitis diffusa*. Przy objawach wciąż trwającego upadku sił chory zmarł dnia I/X.

4. Frania N. lat 13. Dnia 17/X rano zupełnie zdrowa, po obiedzie zaczęła się uskarżać na ból głowy, dnia następnego ból głowy i gardła, gorączka, a 19/X z rana wystąpiła wysypka na twarzy i tegoż dnia na szyi, piersiach, plecach oraz kończynach górnych, 20/X na brzuchu oraz kończynach dolnych. Wieczorem widziałem chorą po raz pierwszy, znalazłem ją w stanie następującym: skóra twarzy, szyi, całego tułowia oraz kończyn pokryta nader obfitą wysypką szkarłatną, gdzieś widać przestrzenie trochę bledsze. Język suchy, obłożony. Silne zaczerwienienie błony śluzowej podniebienia miękkiego, nalot błonkowy na migdale lewym oraz na dolnym brzegu i tylnej powierzchni języczka. Gruczoły podszczękowe w nieznacznym stopniu powiększone. Temperatura rano 39,0, wieczorem 39,5, tętno 130, dość pełne. W płucach oddech pęcherzykowy na całym przestrzeni. Granice oraz tony serca prawidłowe. Zaparcie stolca. W przeciągu następnych czterech dni temperatura trzymała się na jednej wysokości 40,0—40,3°. Tętno 130—140. Wysypka na całym ciele była nader silna, szkarłatna, nalot na migdałach trzyma się, z języczka znikł. Uryna czysta, bez białka, bez osadu, 4—5 szklanek przez dobę.

W przeciągu następnych trzech dni t. j. 25/X, 26/X i 27/X, temperatura rano około 39,0, wieczorem 39,5. Wysypka zaczyna blednąć. Leczenie: miejscowo płukanie gardła, sublimat do pędzlowania, dyeta mleczna, wino, kamfora. Chora

uskarża się na nieznaczny ból w uchu lewem, po kilku dniach *otitis media*, z obfitym wyciekami ropnym.

27/X. Drobnie łuszczenie na piersiach. Chora czuje się wogóle dobrze.

2/XI. Przez cztery dni ubiegłe temperatura trzymała się wciąż około 38°; dyfteryt znacznie mniejszy. Wydzielina ropna z ucha dosyć skąpa. Gruczoły szyjowe po stronie lewej nieco powiększone. Chora kaszle, dosyć znacznie zaczerwienienie błon śluzowych, powiek, wrażliwość na światło. Oddech pęcherzykowy, cokolwiek zaostrzony. W miejsce pierwszego tonu u wierzchołka serca nieznaczny szmer, granice serca prawidłowe. Łuszczenie nie obfite na szyi, plecach, kończynach, twarzy.

3/XI. Temp. 38,0—38,2. P. 110. Kaszel mniejszy, czerwoność łącznicy ustąpiła. Uryna bez białka, nalot dyfteryczny bardzo ograniczony.

4/XI. Temp. 38,0—38,6. Chora uskarża się na dreszcze. Wieczorem ukazała się na plecach wysypka, złożona z oddzielnych czerwonych plamek, znikających za uciskiem, gęsto rozrzuconych.

5/XI. Temp. 38,6—38,3. Wysypka na plecach bardzo obfita, oddzielne plamki połączyły się z sobą; wysypka taka sama na twarzy, szyi, piersiach, brzuchu, a następnie i na kończynach górnych. Pomiędzy czerwonymi plamkami widać małe pryszczyki, te ostatnie najwidoczniejsze są na brzuchu. Kaszel ustąpił. Nalot błonkowy w gardzieli trzyma się w tym samym stopniu.

6/XI. Temp. 38,8—38,6. P. 120 regularny, dosyć pełny. Chora wymiotowała rano. Wysypka na kończynach dolnych.

7/XI. Temp. rano 39,8, wysypka na nogach obfitsza. Chora uskarża się na nudności, osłabienie oraz swędzenie całego ciała. Tętno 120 cokolwiek słabsze. Zalecono chorej dwie kąpiele w ciągu dnia o 28° z następnym owinięciem w kołdrę. Po pierwszej kąpieli ciepłota opadła do 38,9, tętno stało się pełniejszym. Uryna bez białka, 6 szklanek na dobę.

8/XI. Temp. 38,8, o godz. 4-ej 38,3, po kąpieli 37,9, P. 120. Dyfteryt znacznie mniejszy. Wysypka bardzo obfita, jednostajnie rozlana. Zalecono kamforę, chininę, wysmarowanie ciała wazeliną białą.

9/XI. Temp. 38,0—38,0, P. 120. Powtórne łuszczenie na piersi, plecach, silniejsze niż za pierwszym razem. Na wewnętrznej powierzchni kolan oraz na łokciach naskórek opada płatami. Dyfteryt znikł. Po kąpieli temp. 37,9. Obrzęk powiek i twarzy w lekkim stopniu.

10/XI. Temp. 38,6—38,0. Obrzęk powiek ustąpił, nieznaczny na twarzy oraz w okolicy kostkowej. Przez dobę 10 szklanek uryny, bez białka. Czerwoność z piersi znikła, na brzuchu i plecach słabsza. Bardzo obfite łuszczenie na plecach, piersiach, brzuchu, całe płaty naskórka opadają, zwłaszcza na plecach i pośladkach. Kąpiel. Zaczernienie błony śluzowej gardzieli, bez nalotu. Tętno 120, trochę słabsze. Kamfora.

15/XI. Skóra na piersiach, brzuchu nie łuszczy się, łuszczenie trwa jeszcze na twarzy i około kostek. Z palców opadają całe płaty naskórka. Stan ogólny dobry.

1/XII. Nieznaczne łuszczenie na stopach. Stan ogólny zupełnie dobry.

Cała więc choroba trwała od 17/X do 12/XI, dni 26; powtórna wysypka wystąpiła 18-go dnia od początku choroby. Pierwsze łuszczenie rozpoczęło się po upływie 10 dni, a drugie 6 dni od pokazania się wysypki. Recydywa w danym razie nie była przedzielona stanem bezgorączkowym od pierwszego zaszłabnięcia, co należy objaśnić trwającym zapaleniem gardła i ucha.

Na podstawie powyższych danych mogę z pewnością twierdzić, że miałem do czynienia z recydywą wysypki szkarlatynowej. Szkarlatyna pierwsza we wszystkich

czterech przypadkach przebiegała typowo, przytem Nr. I przedstawiał się w postaci dość lekkiej, Nr. II i III, a po części i IV, zaliczone być muszą do form ciężkich z silnem zajęciem błonicowem jamy nosogardzielowej. Ten sam stosunek został zachowany i podczas recydywy, a nawet mieliśmy zmianę ku lepszemu w przypadku czwartym. Przeciąg czasu, jaki dzieli wystąpienie powtórnej wysypki od pierwszego zapadnięcia, prawie we wszystkich czterech przypadkach jest jednakowy, a mianowicie, wynosi on dni 18, 19, 22 i 19 czyli około trzech tygodni. Czas bezgorączkowy u pierwszego trwał dni 10, u trzeciego dni 11, u dwóch pozostałych pacjentów gorączka wprawdzie opadła, lecz nie do normy, gdyż była podtrzymywana przez proces ropny w uchu oraz przez dyfteryt. Przed wystąpieniem powtórnej wysypki ciepłota na nowo się podnosi, a objawy ze strony jamy noso-gardzielowej bądź występują na nowo, bądź też występuje obostrzenie trwającego wciąż procesu. Łuszczenia również po pierwszym jak i po drugim ukazaniu się wysypki w żadnym z czterech przypadków nie brakło. Po pierwszej wysypce było ono lekkie, a po drugiej bardzo obfite, szczególnie w przypadkach II, III i IV skóra łuszczyła się całemi płatami.

Przebieg choroby u starszych dzieci był łagodniejszy (u 11-to i 10-cio letniej dziewcz.), u dwóch zaś młodszych bardzo ciężki.

St. Gutentag.

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z dnia 7 Listopada r. b.

Kol. J. ZAWADZKI przedstawił preparat regenerowanego raka żołądka. Preparat pochodził od chorego, u którego kol. SOLMAN przed 16 miesiącami wykonał operację resekcji odźwiernika z powodu rakowatego zwężenia. Przez rok po operacji chory czuł się dobrze, odżywał się i przybyło mu na wadze. Później wystąpiły znowu objawy rozszerzenia i chory wśród tych objawów i coraz zwiększającego się upadku sił życie zakończył. Na sekcji znaleziono bliznę po dokonanej operacji z przerostem rakowatym oraz zwężenie odźwiernika.

Kol. SADOWSKI przedstawił preparat anatomiczny tętniaka aorty wstępującej. Po nad *v. semilunares* znaleziono znaczne rozszerzenie aorty, na przedniej części którego znajduje się otwór prowadzący do worka, głębokiego 8—10 ct. Boczne ściany worka stanowią listki opłucnej, przednią mostek, który w znacznej części został zniszczony, tak, że worek znajdował się prawie pod skórą. Preparat ten dotyczy przypadku tętniaka aorty u chorego lat 57, który od 3 lat skarżył się na bóle w klatce piersiowej i uczucie zimna. Przedstawiona fotografia, zdjęta za życia chorego, daje dokładne pojęcie o wielkości i umiejscowieniu guza. Chory zmarł w szpitalu Św. Rocha, wskutek ropnego zapalenia opłucnej. Następnie S. przedstawił fotografię drugiego chorego, z bardzo wielkim guzem, znajdującym się z lewej strony mostka, u którego S. rozpoznaje tętniaka łuku aorty. Chory zauważył guz od pół roku, obecnie cierpi na silną duszność, zjawiającą się napadami po kilka razy dziennie. Stan chorego w tej chwili b. niepomyślny. Obadwaj wyżej wspomniani chorzy przechodzili przymiot.

W dalszym ciągu dyskusji nad leczeniem suchot płucnych kreozotem, prof. BARANOWSKI zaznacza, że jeżeli w jakiej, to właśnie w sprawie leczenia suchot płucnych środkiem tak rozpowszechnionym, tak spopularyzowanym jak kreozot, każdy internista powinien zająć określone stanowisko, mieć jasne pojęcie i wyrobione przekonanie. Ważne to jest nie tylko dla internisty, ale dla każdego lekarza; gdyż sprawy gruźlicze stanowią w prywatnej i szpitalnej praktyce najliczniejszy dział spostrzeżeń. Jeżeli zaś kreozot okazałby się środkiem w suchotach płucnych skutecznym, to wedle wszelkiego prawdopodobieństwa powinien nim być i przy cierpieniach gruźliczych innych narządów ustroju, jak kości, gruczoły i t. d. A jednak, mimo tak powszechnego zainteresowania się i sprawą i środkiem, którego skuteczność tutaj była rozważana, prof. B. mniema, a nawet z samego toku dyskusji wnosi, że znaczna większość jest i pozostaje w niepewności: czy kreozot działa, a jeżeli działa, czy działa dobrze, czy źle?

Na tyle obserwacji własnych, na tyle kuracji kreozotem, prowadzonych przez innych lekarzy, które prof. B. miał możność widzieć i rozważać, może zaledwie parę

razy tak się złożyło, że był skłonny wprost kreozotowi jakiś wpływ na ustrój przypisać. Ale ilość dodatnich faktów jest tak nieznaczna, że ginie w powodzi ujemnych i nie ma dla tego też dla B. znaczenia, dla którego po dziś dzień kreozot jest środkiem nijakim: ani dobrym ani złym.

A jednak B. nie może twierdzić, ażeby i z innymi i ze wszystkimi przy grzlicy stosowanymi środkami i metodami leczenia rzecz w ten sam sposób się miała, i ażeby wobec tych innych umysł lekarza pozostawał w takiej samej niezdolności do wnioskowania. Tak wcale nie jest. Każdy zapewne lekarz ma pewne metody postępowania i leczenia, które poczytuje za skuteczne i które, jako takie, w miarę możliwości stosować usiłuje. Dla prof. B. z mocy faktów empirycznych jest niewątpliwą bezwzględna zależność przebiegu suchot płucnych od warunków higienicznych i dyetetycznych, w jakich się ustrój chorego znajduje. I tutaj wprawdzie mogą się wydarzać przypadki przeczące powyższemu twierdzeniu, o przebiegu odwrotnym do wpływów higieniczno-dietetycznych; zawsze jednak, choćby nie były pojedyncze, będą one wyjątkami, stwierdzającymi regułę.

Wrażenie tej zależności tak często się powtarza, że niemal staje się dla umysłu lekarza pewnikiem takim, jakim np. dla chirurga jest metoda LISTER'a. Prof. B. mniema, że znajdzie wielu dzielących to samo przekonanie i zaznacza, że daje się tu pomyśleć i ułożyć całą skalę różnic: leczenie w izbie suterynowej lub na poddaszu, bez światła, w zacieśnionej brudnej części miasta; leczenie w szpitalu źle urządzonym i źle zaopatrzonym pod względem higienicznym; dalej leczenie w szpitalu o budowie i urządzeniach poprawniejszych; leczenie w domu prywatnym, w mieszkaniu utrzymanem czysto i porządnie w mieście; leczenie w podobnych warunkach na wsi, i na koniec, jako szczyt doskonałości, leczenie zakładowe, lub leczenie na wsi w warunkach higienicznych dostatecznych, przy doskonałym zrozumieniu znaczenia ich ze strony domowego lekarza, samego chorego i jego otoczenia. Prof. B. wypowiada swoje głębokie, a na doświadczeniu oparte przekonanie, że równie z dobrym skutkiem, jak w Goerbersdorf, Davos, leczyć można i u nas na wsi w miejscowościach względnie zdrowych, gdzie powyższym wymaganiom higienicznym zadość stać się może. Jest niezaprzeczenie zasługą sanatoryjów dla suchotników, a mianowicie pierwszego ich założyciela BREHMER'a, to uwydatnienie znaczenia higieny w leczeniu suchot płucnych oraz określenie bliższe normy wymagań higienicznych. BREHMER snuł jeszcze jakieś hipotezy „o małym sercu“, jako przyczynie usposobienia do suchot i wywodził z tej hipotezy lecznicze swoje teorie, oraz ową mętną „*immunitas*“, przywiązaną do pewnych uprzywilejowanych, górskich miejscowości, a mianowicie do Goerbersdorfu; ale jego następcy środki ciężkości leczenia suchot płucnych w zakładach lub po za nimi już gdzieindziej przenieśli.

Otóż ten paralelizm pomiędzy warunkami higienicznymi a przebiegiem suchot płucnych, cały ogrom faktów codziennych, przez każdego lekarza spostrzeganych, a pod powyższą zasadę podciągnąć się dających, łącznie z tem, co dziś wiemy o znaczeniu wtórnych mieszanych zakażeń przy błonicy, przy durzu brzuszny i t. p., oraz łącznie z coraz bardziej naukowo uzasadniającem się przekonaniem, że suchoty płucne nie są jedynie i wyłącznie dziełem lasecznika gruźliczego, że gorączka suchotników jest gorączką ropnicową, że rozpady w mięszu płuca są skutkiem działania na mięsz drobnoustrojów ropnych *resp.* pneumokoków: wszystko to zniewala niejako, zdaniem prof. B., do tego wniosku, że zasady leczenia chirurgicznego, zasady, jakimi się kierować należy przy obsłudze położnic, stosowane być winny ściśle przy leczeniu wielu chorób zakaźnych, a w szczególności przy leczeniu suchot płucnych. Dziwić się należy, że pojęcia te, tak świetnie ilustrowane codzienną praktyką chirurgiczną, nie wniknęły dotychczas dostatecznie w umysły większości lekarzy.

Błędy, niedokładności, zaniedbanie w zarządzeniach higienicznych przy chorych ze strony internistów, napotyka się niemal codziennie, niemal na każdym kroku. Prawda, nie zawsze zalecenia lekarza bywają spełniane i rozumiane, uznane, chętnie a ściśle wykonane, ale te opory zewnętrzne o wiele łatwiej pokonywać by się dały, gdyby domowy lekarz z większym naciskiem, z głębszym przekonaniem występował i postępował.

Streszczając się, prof. B. wyraża przekonanie, którem się kieruje w leczeniu suchot płucnych od szeregu lat: zaszczepiony w ustroju lasecznik jest przedewszystkiem przez to niebezpieczny, że otwiera wrota wtórnym zakażeniom. Gdzie ustrzedz się ich można, gdzie zakażenia wtórne, a przeważnie ropne nie następują, czy to dzięki umiejęt-

scowieniu gruźlicy pierwotnej, czy to dzięki właściwemu postępowaniu z chorym, właściwym zarządzeniom ze strony lekarza, czy też dzięki warunkom zewnętrznym naturalnym, w jakich się chory znajduje; tam gruźlica albo się kończy względem, ale zwykle bardzo trwale, na lat dziesiątki wystarczającym wyzdrowieniem, albo też wlece się nader powolnie, jak to na wilku widzimy, który swój *ultra* przewlekły przebieg trudności wtórnego zakażenia zawdzięczać się zdaje.

Wskazawszy w powyższem cały plan postępowania lekarskiego przy suchotach i szczegółowo tegoż drogi, prof. B. zaznacza, że łatwo już jest należycie sformułować pytanie, dotyczące kreozotu, a mianowicie:

1) Czy sądząc z dotychczasowych doświadczeń, kreozot podawany przez dłuższy czas w dawkach czy to jak pierwotnie mniejszych, czy też, jak ostatnio proponowano, dochodzących do 4,0 dziennie, może wykazać wpływ w celu uodpornienia ustroju przeciw owym wtórnym zakażeniom, czy też nie?

2) Czy kreozot w obec już zaszłego wtórnego zakażenia, czyli wobec objawów rozpadu, w obec objawów ogólnych, jak gorączka i t. p., wywiera wpływ dodatni, czy ogranicza rozpad, zmniejsza gorączkę i t. d?

Na oba pytania prof. B. na zasadzie własnych doświadczeń odpowiada przecząco, gdyż nigdy nie miał wrażenia, jakoby ustrój przy użyciu kreozotu stawał się na zakażenia wtórne bezpieczniejszym, lub żeby zakażenie, już zaszłe, w następstwach i skutkach swoich stawało się łagodniejszym.

Za to prof. B. przyznaje inną wartość kreozotowi. Użyty jako dodatek do tranu w ilości 3—5 kropel na łyżkę, czyni spożycie tego bardzo pożytecznego środka dyetycznego łatwiejszem i strawniejszem.

Prof. PRZEWOSKI przedstawił preparat anatomiczny wgłobienia żołądka (*intussusceptio ventriculi*), pochodzący od chorego, zmarłego na biegunkę krwawą i zgorzel płuca. Żołądek jest mniej więcej o połowę skrócony w wymiarze podłużnym wskutek tego, że prawie cała średnia część jego weszła na część odźwiernikową i skurczywszy się, mocno ją zaciśnęła. Odcinek wewnętrzny tego wgłobienia stanowi mocno zaciśniętą część odźwiernikową żołądka, odcinek środkowy tworzy średnio wywrotconą część żołądka, na koniec odcinek zewnętrzny powstał z przeciągniętych ścian żołądka z okolicy jego dna. Pomiędzy wewnętrznym a środkowym odcinkiem wgłobienia leży zmarszczona zaciśnięta część *omenta majoris et minoris*. W dnie żołądka jest dość dużo zawartości śluzowej z domieszką małej ilości mas pokarmowych. Opisane wgłobienie żołądka nie dało żadnych wybitnych objawów za życia. Zgorzel płuc zależała od zatoru tętnicy płucnej. W żyło udowej znajdował się skrzep marny.

Prof. PRZEWOSKI przedstawił jeszcze drugi preparat, *chylangioma cavernosum mesocoli transversi*. Nowotwór ten pochodził od 35-letniej suchotnicy, zajmował całą szerokość *mesocoli*, ale najwięcej był rozwinięty zaraz za kiszka ze strony prawej, gdzie jamki guza były wielkości od ziarnka grochu do orzecha laskowego i więcej i w kierunku ku tyłowi zmniejszały się coraz bardziej, ale jeszcze przed samym kręgosłupem *mesocolon* ma budowę zupełnie jamistą, każda jamka ma cieniutką ścianę z włóknistej tkanki łącznej i wysłana jest od wewnątrz śródbłonkiem. W jamkach znajduje się płyn surowiczy, w którym widać wiele drobnych kropelek tłuszczowych i trochę komórek podobnych do bezbarwnych ciałek krwi.

W d y s k u s y i nad przypadkiem wgłobienia żołądka prof. BARANOWSKI zaznacza: że przy biegunce krwawej przy parciu spostrzegał nudności i wymioty, możliwe więc jest, że w danym przypadku wgłobienie to wywołane zostało przez wzmoczone ruchy perystaltyczne żołądka.

Kol. CIĄGLIŃSKI uważa sprawę tę za powstałą podczas agonii, gdyż chory nie miał wymiotów pomimo przyjmowania pokarmów, co wyklucza możliwość istnienia tego stanu przez kilka dni.

Prof. PRZEWOSKI uważa przypuszczenie prof. B. za zupełnie możliwe, gdyż spostrzegał takie przypadki u dzieci przy *colitis*. Kol. C. odpowiada, że chory, tak wyniszczony, być może nie przyjmował wcale pokarmów i dlatego nie wymiotował. Sprawy za agoniczną uważać nie można, gdyż istnieją znaczne miejscowe zaburzenia w krążeniu, zależne tylko od zaciśnięcia, a nawet zrosty zapalnie pomiędzy odcinkiem wewnętrznym i średnim.

Prof. BARANOWSKI zwraca jeszcze uwagę, że zgorzel płuc była prawdopodobnie w zależności od owrzodzeń w кишkach, a nie od zakrzepu w żyło udowej, jak chce prelegent, gdyż wówczas sprawa nie byłaby tak złośliwą.

Prof. PRZEWOSKI wątpi, ażeby tak duża zatyczka mogła przejść przez filtr naczyń włosowatych wątroby.

Prof. BARANOWSKI zaznacza, że w danym przypadku być może, można wyłączyć wątrobę i przypuścić, że zatyczka przeniesiona została przez żyły hemoroidalne, które się łączą wprost z układem żyły głównej dolnej.

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

167. ABEL RUDOLPH. **O antyseptycznych własnościach ichtyolu.** Ponieważ ichtyol stosowany jest w wielu chorobach zakaźnych, postanowił więc autor przekonać się o antyseptycznej jego wartości. Do doświadczeń używał on związku amonowego (znanego pod pospolitą nazwą ichtyolu i używanego prawie wyłącznie w praktyce), rzadziej nowego preparatu, mającego własność większej rozpuszczalności w alkoholu, a także związku sodowego. A. badał wpływ ichtyolu na świeżo zaszczipione bakterie (podług LOEFFLER'a), na dojrzałe hodowle, zasiewał je do roztworów ichtyolu o rozmaitem nasyceniu, zasiewał tamże nitki i szklane blaszki z wysuszonymi bakteriami, dolewał określone ilości ichtyolu do zasianego bulionu i t. d. Doświadczenia robiono nad. *streptococcus pyogenes* i *erysipelatis*, *staph. pyog. aureus* i *albus*, *b. diphtheriae*, *b. pyocyaneus*, *b. typhi*, *sp. cholerae asiaticae*, *b. mucosus* i *b. anthracis*. Wyniki badań są następujące: 1) preparaty ichtyolu, amonowy i sodowy, zabijają w słabych roztworach i w krótkim czasie oba streptokoki; tą okolicznością należy sobie objaśniać pożyteczne działanie ichtyolu przy różnej ropniach streptokokowych; 2) inne bakterie wyliczone (oprócz dyfterytu) są mniej lub więcej odporne względem ichtyolu, przynajmniej o tyle, że dla zabicia ich w dojrzałych hodowlach trzeba, aby czysty ichtyol działał na nie po godzinie i więcej; 3) lasecznik błonicowy, zasiany na słabych roztworach ichtyolu, zostaje szybko zabity, dojrzałe jednak hodowle są długo odporne; wypada stąd, że stosowanie ichtyolu przeciw błonicy może być pożyteczne, jeśli nie w leczniczym (co wartoby zbadać), to w zapobiegawczym celu; 4) ponieważ ichtyol okazuje się pożytecznym w leczeniu tyfusu i ożeny, pomimo, że słabo działa na odpowiednie bakterie, można więc przypuszczać, że okazałby się pożytecznym i przy leczeniu innych zakażeń, co należałoby przypisać sprzyjającemu działaniu ichtyolu na sam chory organizm; 5) ichtyol należy przechowywać albo *in substantia*, albo, co najmniej, w 50% roztworze, a roztwory słabsze przygotowywać z wszelkimi ostrożnościami, ponieważ mogą one zachowywać przez czas długi rozmaite bakterie, choćby np. złocistego gronkowca; słabsze a przechowywane roztwory ichtyolu należy przed użyciem sterylizować, co można zresztą powtarzać często bez obawy utraty swoistych jego własności. (*Centralbl. f. Bakt. u. Paras. B. XIV. Nr 13*). Żurakowski.

168. FROSC P. **O rozprzestrzenianiu się lasecznika błonicowego w ciele ludzkim.** Wbrew prawie powszechnemu zdaniu, że lasecznik błonicowy jest tylko tam, gdzie są błony fałszywe, a zgodnie ze zdaniem BABES'a i kilku innych, przekonał się autor, że pasożyta tego można znaleźć w śledzionie, nerkach, płucach, mózgu, wątrobie, krwi z serca, płynie z opłucnej i z osierdza, oraz gruczołach chłonnych. Niekiedy można go znaleźć we wszystkich narządach, w innych przypadkach tylko w niektórych; bywa on rozprzestrzeniony to równomiernie, to nie; najczęściej można go znaleźć w ogniskach zapalnych w płucach, śledzionie, gruczołach chłonnych i we krwi serca, najrzadziej w wątrobie.

(*Z. f. Hyg. u. Inf. Kr.*).

A. Żurakowski.

O ruchu chorych w szpitalu zapasowym za m. październik r. b.

Pozostało z poprzedniego miesiąca chorych 24 (m. 10, k. 14); przybyło w październiku 70 (m. 31, k. 39); wypisało się 49 (m. 21, k. 28); zmarło 18 (m. 5, k. 13).

Ogólna liczba chorych była taka sama, jak w poprzednim miesiącu, a najliczniejszą rubrykę stanowiła w dalszym ciągu ospa, a następnie cholera azjatycka i róża.

Najwybitniejszą cechą ubiegłego miesiąca stanowi znaczne rozszerzenie się ospy, której mieliśmy aż 23 przypadki (m. 12, k. 11) t. j. prawie 2 razy tyle co w miesiącu wrześniu. Cyfry takiej nie notowaliśmy jeszcze ani razu w ciągu roku całego. Dodać trzeba, że i przebieg choroby był w ogóle bardzo ciężki, szczególnie u osób nie szczepionych. Zmarło też chorych 7,

mężczyzn, z których jedno dziecko, wszyscy nie szczepieni. Chorzy pochodzili z następujących ulic i domów: Aleja Grójecka 11 i 19 (dwa przypadki), Tarczyńska 2, Twarda 11, Agricola dolna 31, Chmielna 79, Szpital Dzieciątka Jezus, Marszałkowska 67, Sienna 26 i 78 (dwa przypadki), Piękna 5, Nowolipie 60, Pawia 55, Browarna 15, Obozowa 6, Śliska 17, Grzybowska 51, Nowogrodzka 27, Okopowa 10, Miasto Płońsk i wieś Jasienno.

Drugim znaczącym faktem ubiegłego miesiąca jest pojawienie się kilku nowych ognisk cholery pod Warszawą, a mianowicie w Mokotowie i w okolicy rogatek Powązkowskich, z których pierwsze według wszelkiego prawdopodobieństwa znajdzie się w przyczynowym związku z ogniskiem w Ochocie. Wszystkich chorych na cholere mieliśmy 7 (m. 3, k. 4); pochodzili oni z następujących okolic: 1) Bejtan Daniel, lat 37, robotnik kolei Nadwiślańskiej, przybył do szpitala dnia 2. X. z baru na linii kolei Nadwiślańskiej i zmarł 4. X. Przypadek ten uważa się za zalewany, gdyż chory przybył 26. IX. z gub. Wołyńskiej. 2) Trętowska Józefa, lat 43, przybyła 6. X. *in st. algido* i zmarła 8. X. Chora ta przyjechała dzień przed przybyciem do szpitala z gub. Łomżyńskiej wsi Szelkowo. Po drodze piła wodę z Narwi. 3) Nowak Piotr, lat 44, przybył dnia 7. X. z Ochoty, gdzie mieszkał w sąsiedztwie zapadłej na cholere rodziny Charendów, zmarł po 5-iu godzinach. 4) Pietrzak Zuzanna, lat 40, przybyła dnia 13. X. z ulicy Piaskowej N-r 8 i wypisała się zdrowa 23. X. 5) Kotarski Stanisław, lat 13, z Mokotowa. Chory ten dał początek epidemii w Mokotowie, przysłany zaś był do szpitala Zapasowego z powodu wysypki na ciele, jako dotknięty ospą, która jednakże okazała się pokrzywką pocholeryczną (*urticaria cholericca*), 10 dnia cholery. Wypisany został dnia 26. X. 6) Cupik Feliksa, lat 8, ul. Burakowska N-r 19, zasnęła w domu izolacyjnym na Lesznie, dokąd odesłana została po zasłabnięciu matki swojej, zmarłej w szpitalu Dzieciątka Jezus. Przybyła dnia 17. X., zmarła następnego dnia o godzinie 2 w nocy. Nakoniec 7) Pietrzak Marya, lat 14, z ul. Piaskowej N-r 8, córka Zuzanny, chorej na cholere w szpitalu Zapasowym, przybyła dnia 19 i wypisała się zdrowa dnia 27. X. Zmarło ogółem na cholere chorych 5 (m. 3, k. 2).

Następne miejsce co do ilości chorych zajmuje r ó ż a, przypadków 7 (m. 3, k. 4) z ulic: Ogrodowej 25 i 41, Pawiej 52, Pokornej 6, Woli i Aresztu na Chłodnej.

Co się tyczy innych chorób zakaźnych, to t y f u s w y s y p k o w y zaczyna się pojawiać nieco częściej; pięć przypadków (m. 3, k. 2), jakie mieliśmy, pochodzą z ulic: Leszno 104, Twarda 10, Elektoralna 34, Wola.

Zastanawiające jest występowanie coraz częściej w ostatnich czasach t y f u s u b r z u s z n e g o u mieszkańców Warszawy. Prócz 2 przypadków z okolic (Zielonki, Bronice), mieliśmy jeden z ulicy Miodowej N-r 17, zakończony śmiercią i stwierdzony sekcją. Przebieg tych tyfusów jest w ogóle bardzo ciężki.

Z innych form zakaźnych mieliśmy w ubiegłym miesiącu 5 przypadków o d r y (k. 2, m. 3), 4 - z a p a l e n i a p ł u c w ł ó k n i k o w e g o, 2 przypadki b i e g u n k i k r w a w e j i po jednym przypadku g r u ź l i c y p ł u c i p o s o c z n i c y.

J. Szewajcar.

Wiadomości bieżące.

— Obecny stan epidemii cholery a z y a t y c k i e j w Warszawie. Kol. ŚWIĄTECKI zaznacza, że cholera w ostatnich czasach przyjęła charakter bardziej epidemiczny i podaje następujące dane: od 4 Października przybyło do szpitala zapasowego chorych 12, z tego zmarło 6, wyzdrowiało 4, pozostaje 2; od 10/X do szpitala żydowskiego przybyło 7, zmarło 3, wyzdrowiało 3, pozostaje 1; od 15/X do szpitala Dz. Jezus przybyło 21, zmarło 7, wyzdrowiało 1, pozostaje 13. Razem było chorych 40, z których wyzdrowiało 8, zmarło 16, pozostaje 16.

Chorych przyniesiono do oddziałów z następujących miejscowości:

1) Gmina Czyste ze wsi Ochota 10, 2) Mokotów 15, 3) Warszawa (Burakowska, Złota, Litewska, Dunaj Wązki) 6, 4) Praga 3, 5) ulica Piaskowa, za rogatką powązkowską 1.

Prócz tego 5 przyjezdnych. Główne ognisko było w Mokotowie, gdzie obok studni, do której

spływały wydzieliny z wychodka, znajdowała się i glinianka, z której też wodę czerpano. Studnię i gliniankę zasypano. Dozór lekarski ustanowiono.

— W ubiegłą niedzielę t. j. d. 19 b. m. odbyło się poświęcenie nowo zbudowanego domu przy szpitalu Ewangelickim. Budynek dwupiętrowy, jedną część obecnie ze szpitalem tym stanowiący, mieści na dole poczekalnię, ambulatoria, gabinet do badań bakteriologicznych, oraz gabinet dla lekarza kierującego oddziałem ginekologicznym, mieszczącym się na pierwszym piętrze i składającym się: z sali wspólnej na 4 łóżka, kilku pokoi dwułożkowych, i pewnej liczby pokoi mieszczących po jednym łóżku. Sala operacyjna zbudowana według współczesnych wymagań nauki, a przy niej pokój na narzędzia i materiały opatrunkowe z urządzeniami do sterylizacji wszystkiego, co tylko w zetknięciu z osobą operowaną ma się znajdować, dopełnia tego oddziału. Piętro wyżej służy na mieszkanie dla

9-in dyakonis, cały szpital obsługujących, oraz na składy utensyliów. Wobec coraz szerszej działalności, jaką szpital, o którym mowa, rozwija, że tylko wspomniemy o tem, iż gdy do niedawna liczba porad rocznie udzielanych wynosiła około 4-ch tysięcy, obecnie dochodzi do tysięcy czterestu; wobec braku oddziału ginekologicznego, którego potrzeba oddawać gwałtownie czuć się dawała, zbudowanie odpowiedniego pomieszczenia okazało się niezbędnem. Umożliwiło ono zarazem zaprowadzenie w tymże szpitalu reform i udogodnień, które z obecnego szpitala ewangelickiego, pomimo jego zacieśnionego położenia i nie imponującego zewnętrznego wyglądu, czynią instytucję mogącą zarówno świadczyć wiele dla cierpiących, jak i dla nauki; budując bowiem nowy pawilon, skorzystano z tej okazji i poddano wszystkie części składowe szpitala starannemu przeglądowi i odnowieniu, za co całemu personelowi lekarsko-administracyjnemu wielkie należy się uznanie, ile że w doprowadzeniu do skutku rozpoczętego dzieła, nie mało różnej natury trudności, wytrwałością i pracą pokonać musiano.

Ze względu, iż każda instytucja, wyszła z łona społecznego, powinna budzić zainteresowanie, pozwolimy sobie powtórzyć kilka danych historycznych, jakie ze szczegółowego przemówienia kuratora szpitala ewangelickiego, prof. H. STRUWEGO, wielce na polu działalności obywatelskiej zasłużonego, zacytowaliśmy:

„Grunt, na którym stoi szpital ewangelicki, już od roku 1638 jest w posiadaniu miejscowego Zboru ewangelickiego. Stanowił on początkowo cmentarz dla ewangelików, licznie zamieszkałych w miasteczku Lesznie pod Warszawą.

Przywilej króla Jana Kazimierza z r. 1652 zawarowywa ewangelikom swobodne używanie tego cmentarza.

W roku 1736 Zbór ewangelicko-augsburski nabył plac przy cmentarzu i wybudował na nim dom drewniany z izbą na pomieszczenie biednych chorych.

Już w roku 1778 collegium kościelne wypracowało instrukcję dla Nadzorcy szpitala.

Pod koniec zeszłego wieku przeniesiono cmentarz ewangelicki za rogatki wolskie, a plac opróżniony użyto na rozszerzenie szpitala. Wybudowano na nim dwa domki parterowe murywane, które przez długi szereg lat były siedzibą szpitala.

Dopiero w roku 1819 powzięto myśl rozszerzenia szpitala. Myśl tę urzeczywistniono jednak dopiero za prezesostwa D-ra WILHELMA MALCZA w roku 1837, w którym stanął obecny stary gmach szpitala na rogu ulic Karmelickiej i Mylnej.

Od tego czasu szpital rozwija się stale i podnosi tak pod względem swych urządzeń wewnętrznych, jak i pod względem lekarskim. Tacy lekarze, jak ŚWIEŹKI, DWORZACZEK i CHAŁUBIŃSKI byli jego lekarzami naczelnymi.

Obecnie przez wybudowanie nowego domu rozszerza się jego zakres działalności. Środki na pobudowanie oddziału kobiecego złożył szpitalowi D-r FR. NEUGEBAUER, który sam ofiarował rubli 2000, a matka jego 500 rubli, nadto zebrał on na ten cel u osób dobroczynnych przeszło 3000 rubli. Reszta funduszu na budowę dwupiętrowego domu zebrana została ze znacznych rocznych zapomóg, dawanych szpitalowi od roku 1888 przez właścicieli fabryk K. Dittricha w Żyrardowie i K. Samojłera w Łodzi, oraz dzięki funduszowi, powstałemu z zysków przy sprzedaży, zamianie i wylosowaniu papierów wartościowych, będących własnością szpitala.

W roku 1892 było w szpitalu 970 chorych, z tych tylko 259 ewangelików, następnie 28 prawosławnych, 16 starozakonnych, a znaczna większość bo 667 chorych wyznania rzymskokatolickiego. To nadaje szpitalowi ewangelickiemu charakter instytucji ogólnie filantropijnej, założonej i utrzymywanej środkami Zboru ewangelickiego.

— W dniu 4 b. m. jako w czwartą rocznicę śmierci ś. p. TYTUSA CHAŁUBIŃSKIEGO, odbyło się w kościele św. Piotra i Pawła na Koszykach poświęcenie pomnika ściennego, wzniesionego przez kolegów, uczniów i przyjaciół profesora kliniki terapeutycznej b. Warszawskiej Akademii lekarskiej, a następnie b. Szkoły Głównej i uniwersytetu. Pomnik składa się z tablicy z białego marmuru, ze stosownym napisem, ujętej w ozdobne obramowanie z czerwonego marmuru, z popiersiem nieodżałowanego profesora z marmuru kararyjskiego, wykonanem przez artystę rzeźbiarza Syrewicza.

— XI-ty międzynarodowy zjazd lekarski, który się miał odbyć w r. b., odbędzie się w roku przyszłym w Rzymie i trwać będzie od 29 Marca do 5-go Kwietnia.

Sprostowanie. W N-rze 46 Medycyny str. 926 w. 32 od góry zamiast: „choroby“, winno być: „chorobie“; str. 934 w. 22 od góry, zamiast: mniej, winno być: niemniej; str. 935 w. 7 od dołu zamiast: śpiczaste (?) *condylomata*, winno być: lepsze śpiczaste (*condylomata acuminata*), wreszcie str. 936 w. 21 od dołu zamiast: RAYFAIT'a, winno być PLAYFAIR'a.