

MEDYCYNĄ.

CHASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

TREŚĆ. Prace oryginalne. O chorobie Parkinson'a, podał Z. Bychowski (Dalszy ciąg). O śmiertelnych powikłaniach chorób ucha, opracował D r Teodor Heiman. (Dalszy ciąg). O klimacie górskim Podhala tatrzańskiego i stacji klimatycznej w Zakopanem, przez D-ra Władysława Florkiewicza. (Dokończenie). — **Streszczenia i Wyciągi.** 135. O leczeniu błonicy surowicą krwi. Uwagi z powodu leczenia błonicy surowicą krwi w Monachium. 136. Nowy sposób zeszcicia przeciętego moczowodu (anastomosis). 137. Ureterotomia zewnętrzna. 138. Anoreksya pochodzenia mózgowego i nerwice troficzne ośrodkowe. 139. Przyczynek do charakterystyki guzów glandulae caroticae. — **Bibliografia i krytyka.** Patologia i terapia neurastenii i histeryi (Dokończenie). — O ruchu chorych w szpitalu Zapasowym za m. październik r. b. — **Drobniejsze wiadomości różnej treści.** — **Wiadomości bieżące.** — **Ogłoszenia.**

„Medycyna“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r Z. Bychowski—De la maladie de Parkinson. 2) D-r T. Heiman—Complications léthales des maladies de l'oreille. 3) D-r W. Florkiewicz — Du climat dans les montagnes Tatra et de la station climatique à Zakopane.

Redaction: Dr H. Dobrzycki. Varsovie — Rue Obozna 5.

„Medycyna“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r Z. Bychowski—Ueber Parkinson'sche Krankheit 2) D-r T. Heiman — Ueber tödtliche Complicationen der Ohrenkrankheiten. 3) D-r W. Florkiewicz — Zakopane als climatische Höhenstation inmitten der Tatragebirge.

Redaction: Dr H. Dobrzycki. Warschau—Obozna str., 5.

Z POLIKLINIKI D-RA S. GOLDFLAMA.

O chorobie Parkinson'a

podał Z. Bychowski.

(Dalszy ciąg.—Zob. Nr. 46).

Na większe zaufanie zasługują pod tym względem nowsze badania BORGHIERINI'ego, KOLLER'a, KETSCHER'a i REDLICH'a. Przytaczamy szczegółowe streszczenie odnośnych prac.

BORGHIERINI ¹⁰⁸⁾ kładzie główny nacisk na zmiany w naczyniach układu nerwowego, wskutek których następują wtórne zmiany w samym układzie nerwowym. W mózgu ściany naczyń zgrubiałe, ze znaczną ilością jąder. Światło niektórych naczyń zwężone, niektórych zaś rozszerzone. Przestrzenie okołonaczyniowe rozszerzone. Od błony zewnętrznej naczyń odchodzą do otaczającej tkanki szerokie smugi tkanki łącznej. Mózdzek wykazuje analogiczne zmiany. Na moście i rdzeniu przedłużonym ślady zapalenia opony naczyniowej. Jądra neuroglii powiększone, zwłaszcza w istocie szarej; komórki nerwowe zabarwione i zmętniałe. Jądra bardzo zmienione albo zupełnie niewidzialne. W niektórych częściach szarej masy mostu znaczny rozrost tkanki łącznej. Naczynia tak samo jak poprzednio zmienione, z drobnymi tętniakami (*aneurysma miliare*). Wzdłuż nich w przestrzeniach okołonaczyniowych małe wylewy krwi. *Nucleus arciformis* zanikły. W okolicy *fibrae arcuatae externae ant.* ślady *perimyelitis*. Wszędzie znaczna ilość ciał

¹⁰⁸⁾ Ueber Paralysis agitans. Wiener medicinische Wochenschrift, 1890.

crochmalowych. Zmiany perimyelityczne szczególnie występują w rdzeniu. Część szyjowa i grzbietowa na całym prawie obwodzie otoczona tkanką łączną, bogatą w naczynia i jądra; od niej wgląb rdzenia odchodzą wyrostki wzdłuż naczyń i przednich korzeni. W niektórych przednich i tylnych korzeniach zanikłe włókna nerwowe. Neuroglia wogóle posiada cechy grubej tkanki łącznej; kanał środkowy wypełniony komórkami. Komórki nerwowe i rdzeniowe mocno zabarwione. Naczynia znacznie zmienione. Dużo ciał krochmalowych. W nerwach obwodowych BORGHERINI znalazł znaczny rozrost tkanki łącznej z zanikiem włókien nerwowych. Włókna mięśniowe zanikłe z wakuolami. Ilość jąder znacznie powiększona. W zwojach nerwu współczulnego B. znalazł rozrost tkanki łącznej, zabarwienie komórek nerwowych, zanik włókien, zgrubienie naczyń i drobne tętniaki.

KETSCHER¹⁰⁹⁾ zbadał w pracowni CHIARI'ego układ nerwowy 3-ch chorych, dotkniętych chorobą PARKINSON'a. U pierwszego opony lekko zgrubiałe, między oponą pajęczną a naczyniową w niektórych miejscach płyn. Zawoje lekko zwężone. Brózdy (*sulci*) wyraźniejsze, niż zwykle. Ilość istoty szarej w korze zmniejszona. Komory mózgowe nieznacznie rozszerzone. *Ependyma* w okolicy 4-tej komory mocno ziarnista. Badanie drobnowidzowe przedniego i tylnego zawoju środkowego (*gyri prae- i postcentrales*) wykazało zabarwienie komórek nerwowych. Naczynia rozszerzone z małymi tętniakami (rdzeń w tym przypadku nie był badany). W drugim przypadku układ nerwowy wykazał następujące zmiany. Opony obrzmiałe. Komory boczne nieco rozszerzone i napelnione mętym, krwawo zabarwionym płynem. Zwapnienie naczyń. Obrzęk mózgu. Komórki nerwowe w zawojach poczęści zanikłe, poczęści mocno zabarwione, z zanikiem jąder. W okolicy zawojów środkowych powierzchowne, ograniczone i stare ognisko rozmiękczenia. Błona zewnętrzna naczyń zgrubiała. Drobne tętniaki; przestrzenie okołonaczyniowe rozszerzone. Analogiczne zmiany były w ciałku prążkowanym i we wzgórku wzrokowym. *Ependyma* bocznych komór mocno zgrubiała. W rdzeniu kanał środkowy zarośnięty, wypełniony komórkami nabłonkowymi. Neuroglia zwiększona, szczególnie w pęczkach GOLL'a i drogach piramidalnych, ze znaczną ilością ciał krochmalowych. Komórki nerwowe mocno zabarwione, gdzieś niegdzie bez jąder. Włókna nerwowe poczęści zwyrodniałe, poczęści zanikłe; zostawiają po sobie jamy. Ponieważ w trzecim przypadku KETSCHER'a rozpoznanie choroby PARKINSON'a nie jest ściśle uzasadnione, nie przytaczamy przeto wyniku badania anatomicznego.

Takie same prawie, jak KETSCHER, zmiany znalazł i REDLICH¹¹⁰⁾ w 7-iu przypadkach, tak, że czuje się nawet w prawie wygłosić, iż „*paralysi agitanti*” odpowiadają określone zmiany anatomiczne. We wszystkich swoich przypadkach skonstatował w rdzeniu, zwłaszcza w tylnych i bocznych jego pęczkach, wyraźne, rozsiane stwardnienie okołonaczyniowe. Światło naczyń, szczególnie w tylnych pęczkach, było zwężone; błona mięsna mocno zgrubiała, wewnątrz w mniejszym stopniu. Zewnątrz błony mięsnej znajduje się gruba, bogata w jądra tkanka łączna. Ze zlewających się mniejszych ognisk powstają ogniska większe, wśród których znajdują się zmienione włókna nerwo-

¹⁰⁹⁾ Zur pathologischen Anatomie der Paralysis agitans. Zeitschrift für Heilkunde, XIII Bd.

¹¹⁰⁾ Beitrag zur Kenntniss der pathologischen Anatomie der Paralysis agitans Jahrbücher für Psychiatrie, Bd. XII, według Mendel's Cblatt XIII. p. 484.

we. W bocznych pęczkach największe zmiany występują w części, odpowiadającej pęczkom piramidalnym. REDLICH wspomina także o zabarwieniu komórek nerwowych, zarośnięciu kanału środkowego, znacznej ilości ciał krochmalowych, lecz uważa to wszystko za zmiany właściwe starości, a więc nie zależne od choroby PARKINSON'a.

KOLLER ¹¹¹⁾ punkt ciężkości tak samo przenosi na układ naczyniowy. W 3-ch swoich przypadkach znajdował znaczne zgrubienie błony zewnętrznej w tylnych i bocznych pęczkach. Wskutek ucisku tkanki łącznej na naczynia chłonne, krążenie w nich ma być utrudnione. Taki zastój zaś w naczyniach chłonnych nie może pozostać bez wpływu na odżywianie tkanki nerwowej. KOLLER więc tak samo zmiany w naczyniach uważa za pierwotne, zmiany zaś w komórkach i włóknach nerwowych są następstwem tych pierwszych.

Trzeba jeszcze wspomnieć o badaniach SASS'a ¹¹²⁾. Oprócz zmian, opisanych i przez innych autorów, jak zanik kanału ośrodkowego w rdzeniu, rozrost tkanki łącznej w kierunku naczyń tylnych pęczków, zgrubienie ścian naczyń i zwężenie światła wielu z nich, SASS znalazł wybitne zmiany i w nerwach obwodowych i mięśniach. *Peri- i endoneurium* w splocie barkowym (*p. brachialis*) oraz naczynia były zgrubiałe. Włókna nerwowe zaś w niektórych miejscach zupełnie zanikły albo uległy zwyrodnieniu. Tak samo i włókna mięśniowe nie przedstawiały się prawidłowo. Były one wąskie i zawierały dużo jąder. SASS z tego powodu przypomina spostrzeżenie LEYDEN'a, gdzie w chorobie PARKINSON'a było obwodowe zapalenie nerwów. SASS także zwraca uwagę na to, że spostrzegane przez niego zmiany w nerwach obwodowych różniły się od tych, jakie się znajdują wogóle u starców.

(D. n.).

O śmiertelnych powikłaniach chorób ucha

napisał D-r Teodor Heiman.

(Dalszy ciąg.—Zob. Nr. 46).

Powikłania śmiertelne przy chorobach *resp.* ropieniach z ucha występują pod postacią rozmaitych obrazów klinicznych. I tak:

a) Sprawa chorobowa z ucha (zapalenie, próchnienie kości i t. d.) przechodzi na jamę czaszkową i wywołuje 1) zapalenie na powierzchni zewnętrznej opony twardej (*pachymeningitis externa*) i ropień zewnątrzoponowy (*abscessus subduralis*); 2) rozlane zapalenie opon mózgowych (*meningitis, leptomeningitis*) i 3) ropień mózgu (*abscessus cerebri*).

b) Sprawa chorobowa przechodzi na zatoki mózgowie, znajdujące się w kości skalistej, lub na opuszkę żyły szyjowej i wywołuje zapalenie żył (*phlebitis*), zakrzepy (*thrombosis*), zatory (*embolia*) z następczą ropnicą i posocznicą.

c) Pierwiastki posocznicowe lub też ropne (koki) dostają się z przestrzeni kości skalistej bezpośrednio do krwiobiegu (*osteophlebitis*) i wywołują ropnicę i posocznicę, częściej zaś postać mieszaną.

¹¹¹⁾ L. c.

¹¹²⁾ Zur pathologischen Anatomie der Paralysis agitans. St. Petersburger med. Wochenschrift, 1891.

d) Sprawa ropna nadżera wielkie naczynia (*art. carotis interna, vena jugularis interna, sinus transversus*) i sprowadza śmiertelne krwotoki.

e) Sprawa chorobowa *resp.* gruźlica w kości sprowadza charłactwo ogólne, a mianowicie gruźelki opon mózgowych i płuc.

f) Nareszcie nowotwory złośliwe narządu słuchowego mogą stać się przyczyną zejścia śmiertelnego, wszelako są one wogóle rzadkie jako cierpienie pierwotne ⁹⁾.

Najpierwszym etapem na drodze tego całego szeregu postaci chorobowych, wnikających sprawy ropne w ucho, jest zapalenie ograniczone opony twardej w okolicy ogniska ropnego, połączone ze zgrubieniem jej. To ostatnie stanowi okoliczność nader ważną, bo jeżeli sprawa chorobowa ma przebieg powolny i powoli nurtuje w kości skalistej, opona twarda przez ten czas wytwarza warstwę izolacyjną między jamą czaszkową, a chorem uchem. Zdarza się niekiedy, że sąsiednia kość ulega także zgrubieniu i stwardnieniu (skleroza), tworząc przegrodę prawie nieprzepartą do rozprzestrzenienia się sprawy chorobowej z ucha na jamę czaszkową. Niestety jednak, taki przebieg stanowi wyjątek. Najczęściej zgrubiała opona twarda, będąc w zetknięciu z powierzchnią kości, uległa zapaleniu, próchnieniu, z przedziurawioną ścianą górną jamy bębnekowej, wystawiona jest na wpływ coraz nowych bodźców zapalnych, oddziela się od kości i staje się na tem miejscu zielonawą lub czarniawą, ulega owrzodzeniu, przedziurawieniu, a niekiedy obumarciu i zniszczeniu na znacznej przestrzeni tak, że opona pajęczka zetknie się bezpośrednio z błoną śluzową jamy bębnekowej (TOYNBEE). Często między oponą twardą a kością gromadzi się ropa, tworząc t. z. ropień zewnątrzoponowy. Ropnie zewnątrzoponowe dopiero w najnowszych czasach zwróciły na siebie należyłą uwagę. Biorą one początek z piramidy kości skalistej, najczęściej z powodu próchnienia sklepienia jamy bębnekowej, lub też bez niego, i przejścia ropy *resp.* bakterii do jamy czaszkowej. Napotykamy je najczęściej w średniej jamie czaszkowej t. j. nad sklepieniem jamy bębnekowej; mogą jednak przejść i na tylną jamę mózdkową i rozszerzyć się wzdłuż zatoki poprzecznej aż do steku zatokowego (*torcular Herophili*), do dziury szyjowej i wzdłuż większych i mniejszych żył; lub też bywa odwrotnie, że z jamy mózdkowej idą ku przodowi do jamy skroniowej, a nawet rozprzeszczeniają się aż do łuski kości skalistej i pod kość ciemieniową. Ropnie te mogą utworzyć się nazewnątrz po zniszczeniu kości, najczęściej w cienkiej łusce kości skroniowej. Ropa wylewa się nazewnątrz wązkim kanałem, leżącym na 1—2 centymetrów ku tyłowi i ku górze od przewodu słuchowego zewnętrznego, lub też przedostaje się nazewnątrz przez *emissarium mastoideum*, nie mogąc przebić grubej w tem miejscu kości. Czasem ropa wydziela się samowolnie przez ucho. Skoro ropa nie przedostaje się nazewnątrz, bądźto sama przez się, lub też na drodze operacyjnej, wtedy przedziurawia oponę twardą, lub też przez oponę już przedziurawioną dostaje się między nią i przestrzeń pajęczką, sprowadzając ropień wewnątrzoponowy (*pachymeningitis suppurativa interna*); dostaje się do substancji mózgu i wytwarza w niej ropień; zdaje się nawet, że dłuższe trwanie ropnia zewnątrzoponowego sprzyja rozwojowi ropnia w samej substancji mózgowej; dostaje się w okolice zatok mózgowych, sprowadzając zapalenie ich, za-

⁹⁾ Ponieważ nowotwory rzadko stanowią powikłania chorób usznych, przeto pomijam je w pracy niniejszej.

krzepy i zatyczki, lub wreszcie rozlane zapalenie opon mózgowych na podstawie, sklepieniu lub też na całej powierzchni mózgu; zapalenie rdzenia przedłużonego, a nawet pacierzowego. Podług HOFFMAN'a, ropnie zewnątrzoponowe prowadzą najczęściej do ropni mózgowych i do zajęcia zatok, najrzadziej zaś sprowadzają rozlane zapalenie opon mózgowych (*leptomeningitis*).

Zdarzają się częste przypadki, że opona twarda jest przedziurawiona, ropień zewnątrzoponowy dotyka bezpośrednio opony pajęcznej; do rozlanego zapalenia ropnego opon mózgowych jednakże nie dochodzi, a przynajmniej nie rozwija się ono aż do pewnego czasu; ma to wtedy miejsce, gdy obydwie listki surowicze już wcześniej zrosły się z sobą przez zapalenie zlepne, tworząc czasową przegrodę do rozprzestrzeniania się sprawy ropnej. Ponieważ jednak w tych razach pewna część mózgu bądźco bądź znajduje się w zetknięciu bezpośrednim z ropą, chorzy prędzej czy później giną od innych powikłań mózgowych. Są wreszcie przypadki, że sprawa ropna z jamy bębenkowej przechodzi na opony mózgowe, przyczem opona twarda w zapaleniu udziału nie bierze, lub też jest tylko nieco przekrwiona i zmętniała. To ostatnie spostrzegamy przeważnie w ropieniach ostrych ucha średniego z bardzo szybkim przebiegiem. Niekiedy związek ropnia z uchem nie daje się odnaleźć.

Zajęciu opon mózgowych często towarzyszy powiększenie się płynu podpajęcznego i zawartości komórek (w $\frac{1}{3}$ przypadków—ROBIN). Płyn ten jest zwykle surowiczy, rzadziej ropny, posocznicowy lub krwisty. W bardzo rzadkich przypadkach nie znajdujemy w jamie czaszkowej przy oględzinach pośmiertnych żadnych innych zmian, prócz powiększenia się dopiero co wspomnianego płynu. Zdaje się, że ten rodzaj puchliny pochodzi od ucisku żył GALEN'a i od zmian w zatokach mózgowych.

Wpływ sprawy ropnej na samą substancję mózgową bywa dwojaki: albo skutkiem zapalenia, albo też przez działanie ropy wytwarzają się na jej powierzchni ogniska rozmiękle (*encephalomalacia*) lub też przychodzi do wytworzenia bądź na powierzchni, częściej jednakże w samej, i to przeważnie białej masie mózgowej, prawdziwych ropni. Rozmiękczenie napotykamy w najbliższym sąsiedztwie chorej, spróchniałej lub przedziurawionej kości i nad zatoką poprzeczną, uległą zapaleniu, lub też w nieznacznym stopniu dokoła ropni mózgowych. Ropnie mózgowe pochodzenia usznego bywają rozmaitej wielkości, od ziarnka grochu do jaja gęsiego, niekiedy nawet zajmują $\frac{2}{3}$ lub całą wielką półkulę mózgu. Ropień znajduje się zawsze po stronie ucha chorego. Zwykle bywa jeden ropień, zdarza się jednak od dwóch do czterech. Kilka mniejszych ropni może zlać się w jeden większy. Najczęściej ropień łączy się albo bezpośrednio z ogniskiem ropnem pomiędzy oponą twardą i kością chorobliwie zmienioną, lub nawet z jamą bębenkową, lub też za pośrednictwem wąskiej przetoki, dokoła której mózg jest zrosnięty z oponą twardą lub z kością; niekiedy znowu oddzielony jest od kości warstwą zdrowej substancji mózgowej¹⁰⁾. Ropnie, znajdujące w półkuli przeciwległej od ogniska ropnego w uchu, nie są pochodzenia usznego. Ropa w ropniach jest czasem gęsta i żółtawa, częściej rzadka, zielonkawa, cuchnąca, a nawet

¹⁰⁾ KOERNER znalazł na 90 przypadków 10 razy warstwę zdrowej substancji mózgowej między ropniem i kością chorą, ROBIN na 67 przypadków 14 razy. Nadto KOERNER podaje: w 20 przypadkach istniał związek między ropą ropnia i kości, 7 razy opona twarda oddzielała tylko ropień od kości, 12 razy był mózg nad kością chorą zrosnięty z oponami, 8 razy był on między kością i ropniem rozmiękły.

septyczna i zawiera głównie paciorkowce i gronkowce. W znacznej liczbie przypadków, zwłaszcza dawniejszych, ropień bywa otoczony mniej lub więcej grubą torebką włóknistą.

Ropień otorbiony może przez długi czas pozostać niezmieniony, czasem torebka ulega zwapnieniu, a w rzadkich przypadkach i sama zawartość ropnia ulega tej przemianie. Częściej ropień stopniowo rośnie, ażeby ostatecznie otworzyć się do jednej z komórek mózgowych lub na powierzchnię mózgu. Niekiedy ma miejsce wylew krwawy do jamy ropnia. Ropnie, nie będące pochodzenia usznego, mogą się niekiedy częściowo lub całkowicie opróżnić do jamy bębnekowej i spowodować następne jej zapalenie ropne (ITARD, ROKITANSKY, MAC LEOD, BERNDGEN, ODENIUS i inni).

Gdy się sprawa zapalna lub ropna rozszerzy na opony mózgowe, napotykamy ją już to na podstawie mózgu, już to na sklepieniu, czasem zaś rozprzestrzenia się na całą powierzchnię mózgu. Sprawa ropna przechodzi na opony po drogach, o których wyżej była mowa (*tegmen tympani, canalis petrosomastoideus, porus acusticus internus*), albo jest następstwem ropnia zewnątrzoponowego, przez dłuższy czas trwającego, powiększenia się ropnia samej istoty mózgowej, lub też wikła ropnico-posocnicę jako sprawa wtórna. Ropa umiejscawia się pod błoną naczyniową wzdłuż wielkich naczyń, przebiegających w brózdach zawojów mózgowych; lub też bywa rozlana na znacznej przestrzeni. Gdy ropa znajduje się na sklepieniu mózgu, to często uciska zawoje jego tak, iż zostają zupełnie wygładzone. Część mózgu, stykająca się z ropą, jest na powierzchni koloru ciemniejszego z punktami krwistymi, niekiedy rozmiękczone na ograniczonym miejscu lub też na znacznej przestrzeni. Niekiedy ropa przedostaje się do komórek mózgowych. Ostatnie są zwykle rozszerzone. Ropa jest gęsta, zawiera paciorkowce, rzadziej gronkowce. Zapaleniu temu towarzyszy często zapalenie zatok i zakrzepy ich.

Skoro przy sprawach ropnych w uchu dochodzi do zapalenia zatoki, najczęściej wciągnięte zostają do sprawy: zatoka poprzeczna, zatoki skaliste i żyła szyjowa wewnętrzna, rzadziej zatoka jamista i podłużna górna. Większa częstość zajęcia pewnych zatok zależy od stosunku ich do wyrostka sutkowego, do części kostnej przewodu słuchowego zewnętrznego, do sklepienia i podstawy jamy bębnekowej. Ponieważ krążenie powrotne w przeważnej części narządu słuchowego skutecznia się przez wymienione naczynia, przeto też najzwyczajniejsze zapalenie ścian żylnych lub zakrzepy żyłek kostnych w narządzie słuchowym mogą przejść na zatoki sąsiednie przy nienaruszonych kościach. Oprócz żyłek kostnych, pewną rolę odgrywają zakrzepy zapalne żyłek wodociągowych i żyły słuchowej wewnętrznej (*v. auditiva interna*), otwierające się do zatoki skalistej dolnej *resp.* do opuszki żyły szyjowej, i splot żylny w kanale karotycznym, będący w związku z żyłami jamy bębnekowej. Zdarza się, że zajętych jest jednocześnie kilka zatok. Zajęcie więcej, niż trzech zatok naraz, należy do rzadkości. Zwykle zajęcie zatok powstaje przy cierpieniu przewlekłym kości skroniowej, rzadko przy ostrem; najczęściej przy sprawie ropnej, rzadko przy surowiczej. Choroba wyrostka sutkowego, rozciągająca się często aż do dołu zagiętego brzozy poprzecznej, stanowi najczęstszą przyczynę sprawy zapalnej zatoki. Cierpienie kości dosięgać może zatok skalistych i dochodzić do zatoki jamistej. Gdy zajęta jest ściana dolna jamy bębnekowej, opuszka żyły szyjowej wciągnięta zostaje do sprawy chorobowej. Bardzo często napotykamy przy cierpieniu zatok

ropień zewnątrzoponowy. Może on spowodować zakażenie zatoki, z którą się styka, lub też odwrotnie może powstać skutkiem zapalenia żyły.

Zapalenie i zakrzep zatok nie ogranicza się do miejsca powstania, lecz ulega powiększeniu w kierunku strumienia krwi lub też w kierunku wstecznym. Jeżeli zajęta jest zatoka poprzeczna, zakrzep sięga aż do żyły szyjowej wewnętrznej, a w rzadkich przypadkach dochodzi aż do żyły głównej (*v. cava*); ku tyłowi zaś dochodzi czasem aż do steku zatokowego, a nawet rozprzestrzenia się na zatokę podłużną górną lub na zatokę poprzeczną strony przeciwnej. Mogą też uleść zakrzepowi otwierające się z boku zatoki skaliste, a w dalszym ciągu zatoka jamista, żyły wzrokowe (*v. ophthalmicae*) i przez zatokę kolistą (*sinus circularis Rülleii*) zakrzep może przejść na zatokę jamistą strony drugiej. Gdy zakrzep pierwotny powstaje w jednej z zatok skalistych, to powiększa się w kierunku zatoki poprzecznej i żyły szyjowej głębokiej, lub też w kierunku zatoki jamistej. Jeżeli pierwotnie cierpi opuszka żyły szyjowej, mogą powstać zakrzepy bądź w tejże żyłę, lub też w zatoce poprzecznej i w skalistej dolnej. Niekiedy zakrzep zatoki poprzecznej rozciąga się na żyły wypustne sutkowe (*v. emissariae mastoideae*) i na żyły kłykciowe (*v. condyloideae*). Tak przy ostrych, jak i przy przewlekłych sprawach chorobowych w kości, zatoka może pozostać przez pewien czas nienaruszona (KÖRNER, LANE). Najczęściej jednakże część ściany zatoki, stykając się z kością chorą, jest już zgrubiała i pokryta ziarniną, jużto nasiąknięta ropą i rozmiękła. Nim dochodzi do przedziurawienia ściany zatoki, ta już wprzód wypełnia się zakrzepem, a krwotoki, zwłaszcza śmiertelne, z zatok są względnie bardzo rzadkie (KUHN, BÖKE, HUGUIER, SYME, TRÖLTSCH i t. d.). Skoro ściana zatoki uległa na pewnej przestrzeni zniszczeniu, zakrzep posocznicowy dotyka bezpośrednio kości chorej. Zakrzep uleść może rozpadowi częściowemu, przez co światło zatoki otwiera się nanowo, tak, że ona komunikuje z szeroką jamą kości spróchniałej. Niekiedy zakrzep ulega rozpadowi tylko w pobliżu chorej kości, będąc po bokach twardym i zorganizowanym. Takie zakrzepy kończą się często śpiczasto, w tych przeto miejscach naczynie krwionośne nie jest całkiem zatkane. Czasem znowu mogą dostać się do owrzodziałej zatoki masy cholesteatomatyczne.

Zakrzepy są zwykle następstwem zapalenia ścian zatokowych; skutkiem zapalenia ostatnie grubieją, stają się nierówne na powierzchni i to przyczynia się do wytworzenia zakrzepu. Zakrzepy mogą istnieć przez czas bardzo długi i nie wywoływać żadnych objawów. Dopiero wtedy, gdy dostaną się do nich mikroby patogeniczne, a mianowicie paciorkowiec ropny lub gronkowiec złocisty, następuje rozpad zakrzepu, tworzą się zakrzepy następne w innych zatokach mózgowych, w żyłę szyjowej wewnętrznej, w żyłę podobojczykową i t. d.; rozwijają się zatory w rozmaitych okolicach ciała, głównie zaś w stawach, powstają zawały krwiste w płucach i ropnie przerzutowe.

Zakrzepy albo organizują się w tkankę łączną, zawierającą naczynia krwionośne, lub też ulegają rozpadowi ropnemu, podobnemu do ropy i gnilnemu. Niekiedy ulegają one zwapnieniu lub skredowaceniu. Zdarzają się też wyrodnienia zatokowe zakrzepów (ROKITANSKY) t. j. że w zakrzepie tworzą się przestrzenie puste, oddzielone sznurkami łącznotkankowymi.

Sąsiadująca z chorobliwie zmienioną zatoką sama substancja mózgowa jest zwykle przekrwiona, brudna, szarobrunatna lub zielonkowata i na głębokość kilku milimetrów rozmiękczone. Często zapalenie zatok prowadzi do rozlanego zapalenia opon mózgowych, a czasem i do ropni mózgowych.

Gdy zapalenie przechodzi na żyłę szyjową, ulega ona zgrubieniu, niekiedy w czwórnasób; sąsiadujące gruczoły chłonne są obrzmiałe, otaczająca tkanka łączna stwardniała, nasiąknięta ropą lub zawiera prawdziwe małe ropnie. Czasem ropnie te dochodzą do wielkich rozmiarów i mogą wypuklić ścianę gardzieli (JANSEN, HEIMAN)¹¹⁾.

Gdy przy zapaleniu zatok i zakrzepach w nich rozwinęły się zatory i sprawy przerzutowe w rozmaitych tkankach i narządach, lub też gdy pierwiastki zakaźne wessaniu uległy bezpośrednio do krwi, w takim razie, oprócz zmian anatomicznych w jamie czaszkowej, znajdujemy je i w innych częściach ciała. Będą one różne, stosownie do tego, czy rozwinęła się ropnica, czy też posocznica; lub też będą mieszane, gdy obie postacie chorobowe współcześnie istnieją. Zmiany anatomiczne przy ropnicy lub posocznicy pochodzenia usznego nie różnią się w niczem od takichże zmian, napotykanych przy tychże zakażeniach ogólnych innego pochodzenia. Z punktu widzenia anatomicznego uważać będziemy za ropnicę tylko to pierwotne zakażenie ogólne, przy którym istnieją ogniska ropne bądź to w wielu narządach, a które z powodu swego podobieństwa nie mogą być uważane za co innego, jak tylko za następstwo zakażenia krwi, bądź też ognisko pojedyncze, które nie może być poczytywane za następstwo zakażenia miejscowego. Takie ognisko może ze swojej strony dać początek przerzutom wtórnym. Ropnie przerzutowe w mózgu napotykanie bywają nader rzadko, nie są otorbione, są bardzo liczne, małe i widzimy je w szarej i sąsiedniej białej substancji mózgu. Ropnie galki ocznej są także rzadkie, dotąd widziałem je dwa razy. Bardzo często napotyka się ropnie przerzutowe w płucach, głównie w zrazach dolnych i w tylnych odciinkach; bywa ich od 4—10, czasem do 50-ciu, od wielkości ziarnka konopnego do objętości jaja kurzego, a nawet pięści dorosłego człowieka; obok nich istnieją jednocześnie krwawe zawały (infarkty) formy klinowatej. W płucach widzimy też zapalenie zrazikowe, będące następstwem infarktów, ropni lub ogólnego zakażenia krwi¹²⁾. Częste jest także zapalenie ropne opłucnej samodzielne, lub jako następstwo cierpienia płuc. Najczęstsze są przy cierpieniach ucha i kości skroniowej ropnie w stawach i nierzadko stanowią jedyną oznakę ropnicy *resp.* są jedynymi jej przerzutami. Stawy biodrowe, kolanowe, ramienne i napięstkowe częściej niż inne ulegają zropieniu. Niekiedy mamy też zbiorowiska ropne w tkance podskórnej. Przerzuty w wątrobie, nerkach, śledzionie, jądrach, śliniankach i gruczole tarczowym, a także zapalenie przerzutowe otrzewny, są przy ropnicach pochodzenia usznego bardzo rzadkie. Wątroba jest zwykle powiększona i bez jakiegobądź zwyrodnienia, lub też jest tłuszczowo nasiąknięta (ostatnie jest rozlane lub wysepkowate), tłuszczowo lub ziarnisto zwyrodniała, lub też jest powiększona skutkiem zastojów żółci.

Wszystkie te zmiany nie przedstawiają nic charakterystycznego, gdyż są także właściwe innym chorobom zakaźnym. Nerki rzadko podlegają infarktom i ropniom przerzutowym; za to kanaliki nerkowe proste, kłębkki nerkowe i naczyń ich zawierają liczne mikrokoki (ORTH); substancja korowa jest mętna i obrzmiała, miąższ ziarnisto zwyrodniały, w piramidach są plamki krwiste z białym lub żółtym punkcikiem w środku (zatyczka włosowata), otoczka ner-

¹¹⁾ W moim przypadku ropień otworzył się do jamy ustnej.

¹²⁾ Przy zakrzepach, wywołanych gruźliczym cierpieniem kości skroniowej, mogą dostać się do krwiobiegu łasieczniki gruźlicze i sprowadzić gruźlicę płuc i ogólną.

ki łatwo się oddziela. Niekiedy napotyka się zapalenie ropne nerki. Nieżyt pęcherza rzadko się zdarza. Śledziona jest zawsze w różnym stopniu powiększona. Ropnie napotykają się w niej rzadko, obecność ich stanowi niewątpliwą oznakę ropnicy. Rozwijają się one podobnie, jak w płucach, z zawałów (infarktów). Ostatnie napotykamy dość często; zwykle nie przechodzą one w ropienie, lecz ulegają zmianom wstecznym. Ropni bywa od 1—4-ch.

(D. c. n.).

O klimacie górskim

Podhala tatrzańskiego i stacyi klimatycznej w Zakopanem,

przez D-ra Władysława Florkiewicza.

Rzecz osnuta na uwagach przeznaczonych dla Zjazdu lekarzy i przyrodn. polskich we Lwowie w r. 1894.

(Dokończenie.—Zob. Nr. 46).

Statut, obowiązujący stacyę klimatyczną w Zakopanem, określa, iż pora lecznicza trwa tam przez przeciąg całego roku, od 1-go stycznia do 31 grudnia. Potrzeba i upodobanie sprawiają jednak, że ustalił się zwyczaj rozróżniania sezonów letniego i zimowego, z których pierwszy bywa nierównie liczniej uczęszczany, bo wiele rodzin względnie zdrowych zjeżdża na lato celem przepędzenia go w warunkach pokrzepiających stan zdrowia; a w licznym znów pocście chorób przewlekłych najsposobniejsze bywa leczenie podczas miesięcy letnich. Jakkolwiek czynniki klimatu górskiego na Podhalu tatrzańskim przedstawiają zarówno podczas lata jak i w zimie niepospolite zalety, to jednak pogląd mój, oparty na dłuższym tu pobycie, skłania mię do orzeczenia, że zalety klimatyczno-lecznicze stacyi górskiej w Zakopanem w ciągu zimy występują na jaw w wyższym nierównie stopniu. Różnica ta jest wydatna, a dla unaocznienia sobie jej dosyć będzie porównać w powyższych tablicach liczbę dni pogodnych, bez wiatru, ilość opadów atmosferycznych podczas letnich i zimowych miesięcy.

Pomijam poszczególny przegląd tych zmian i zaburzeń organicznych i czynnościowych w narządach oddechania, krążenia i trawienia, w których na zasadach ogólnych wskazań klinicznych najodpowiedniejszą do leczenia w klimacie górskim bywa pora letnia, oraz tych nerwic i zaburzeń w odżywianiu ustroju, które nadają się do leczenia tamże podczas każdej pory roku; którym to wszystkim prawie sprawom chorobowym odpowiada sfera działalności tamtejszych zakładów wodoleczniczych, z którymi współdziałają skutecznie czynniki klimatu górskiego. Dla skrócenia tych uwag, niepodając nawet najtreściwszej osnowy poszczególnych spostrzeżeń, w których leczeniu brałem udział zwykle doradczy tylko, ograniczam się na wymienieniu spraw patologicznych, w których miałem sposobność stwierdzić wyniki dodatnie a doniosłe, osiągnięto wskutek klimatycznego leczenia w stacyi Zakopańskiej, bądź to przez pobyt wyłącznie zimowy, bądź przedłużony przez rok cały; wyniki ocenione przedmiotowo, bez optymizmu, stanowiącego zbyt często myśl przewodnią sprawozdań, podawanych do wiadomości. Sprawami temi były:

1) Gruźlica płuc, w jej początkowych okresach rozwoju, u osób różnego wieku, dziedziczących usposobienie do tej choroby. W kilkunastu przypadkach wpływ już to półrocznego pobytu, już też dłuższego dopiero przeciągu czasu, był tak wydatny, iż badanie wykazywało tylko ślady albo nie wykazywało żadnych zmian anatomicznych, stwierdzonych poprzednio w stopniu wydatnym. W kilku przypadkach dalej posuniętej sprawy gruźliczej płuc stwierdziłem wstrzymanie jej rozwoju i wybitną poprawę stanu ogólnego, nie pozwalające jednak robić stanowczych wniosków o sposobie dalszego przebiegu choroby. Nie mogę też pominąć, że na podstawie kilku odnośnych a wybitnych przypadków, spostrzeganych w Zakopanem od długiego przeciągu czasu, należałoby wyraźnie zaznaczyć, że u jednostek, dotkniętych gruźlicą płuc, a usposobio-

nych do krwioplucia, usposobienie to nietylko nie wzmaga się pod wpływem umiarkowanego tamże stopnia rozrzedzenia powietrza, ale się raczej zmniejsza. Ten objaw kliniczny potwierdzają spostrzeżenia ze stacyi klimatycznych, położonych nierównie wyżej, niż dolina Zakopańska.

2) Brak odporności ustroju u dzieci, bądź tylko wątłych od przyjsia na świat, bądź dziedziczących usposobienie do gruźlicy, u których pomimo najlepszych higienicznych i dyetetycznych warunków domowych, przez szereg lat ich życia na nizinach, w mieście i na wsi, każde wychylenie się po za dom w porze zimowej bywało przypłacane uporeczywymi nieżytami oskrzeli, powtarzającymi się i bez tej przyczyny widocznej. Dzieci takie odbywały w ciągu zimy, podczas silnych mrozów, w dnie słoneczne i zaciszne, bezkarnie, codzienne dłuższe spacerory; a poprawa stanu odżywiania i rozwój ich fizyczny były uderzające.

3) Samoistne postacie błednicy i niedokrwistości, które długo opierały się zabiegom leczniczym, w kilku bardzo wybitnych przypadkach, pod wpływem klimatu górskiego, zmieniły ten swój charakter i powrót do zdrowia był rychły a zupełny. Takie przebieg pomienionych zaburzeń miałem sposobność spostrzegać zarówno podczas zimy, jak i w innych porach roku, byle dotknięte niemi osoby nie robiły nużących spacerów, a tem mniej wycieczek w góry, których skutki ujemne występowały prawie bezzwłocznie i stało.

4) Zakażenie zimnicze, opierające się zabiegom leczniczym, albo uporeczywie powracające u osób, mieszkających na nizinach, ustępowały rychło po przybyciu do stacyi klimatycznej w Zakopanem, gdzie albo objawy tej choroby nie występowały zupełnie, albo przed doszczętnem zniknięciem przedstawiały się przez pewien przeciąg czasu w postaci napadów częstkowych. Gdy jednak rozległa wios Zakopane posiada pewne nieliczne a ograniczone tereny, zdolne wywołać zakażenie zimnicze, a dotąd wcale nieuzdrowotnione, o czem przekonałem się na dzieciach różnego wieku, które od urodzenia nie wydalily się z miejsca zamieszkania, a jednak podległy temu zakażeniu, przeto przy wyborze mieszkania dla osób, dotkniętych chorobą odnośną, należy mieć na uwadze błąd, łatwy do uniknienia.

Dalekie jest odemnie mniemanie, że doszedłszy do posiadania w pobliskich nam Tatrach polskich nie jednej już, ale nawet kilku stacyi klimatycznych górskich, najodpowiedniej urządzonych, będziemy mogli obchodzić się w tym względzie bez reszty świata. Objawy życia są tak różnorodne, a wymagania jego tak zmienne, że ktoby sądził, iż można je zamknąć w granicach doktryny *ad hoc*, i usiłował ją przeprowadzić, zamiast osiągnąć cel zamierzony, dokona tylko bezowocnych wysiłków. Cel, dla którego postanowiłem skreślić niniejsze uwagi, jest zupełnie inny i jemu to jeszcze poświęcę słów kilka.

Pomiędzy rodzimymi częściami składowymi każdego kraju najdonioślejszy wpływ na kierunek rozwoju i stopień dobrobytu mieszkańców jego wywierają: urodzajna gleba, brzegi morskie i góry. W dzikich i jałowych górach mieszczą się nie mniej skarby. Na ich powierzchni rośnie drzewo, obecnie cenniejsze, niż produkty rolne, i toczą się górskie strumienie, których siła żywa jest potężnym motorem; w ich wnętrzu gnieźdzą się zasoby rud i minerałów; u ich stóp tryskają źródła nafty i wód mineralnych, i nareszcie pośród nich istnieją nieprzebrane zasoby czynników klimatycznych i czystego gór powietrza, które nie bez wartości dla ludzi zdrowych, zamieszkujących wielkie i ciągle wzrastające miasta, stanowią czynnik, niezem zastąpić się nie dający, wobec pewnych chorób przewlekłych, których przebieg powolny sprawia, iż ludzie, dotknięci albo zagrożeni niemi, nietylko już miesiące, ale lata spędzać są zmuszeni w klimacie górskim, mogącym zwalczyć zabójczą chorobę. Sprawa zużytkowania rodzimych czynników klimatycznych w Tatrach polskich jest dopiero w zawiązku, a zawiązek ten stanowi jedyna stacya klimatyczna górską, istniejącą w Zakopanem. Inicyatywę dał Tytus CHAŁUBIŃSKI, któremu zawdzięcza byt swój pomieniona stacya. Idea przewodnia tego niezapomnianego męża, badacza i miłośnika przyrody tatrzańskiej była rozumna i podniosła, ale forma, jaką nadał utworowi swej myśli, i podstawy, na których oparł jego byt i rozwój, były niepraktyczne i nie wydały pożądaných wyników, bo czynniki miejscowe, przez które zamierzył urzeczywistnić swą ideę, nie były do tego odpowiednio przygotowane i nietylko nie zdołały odpowiedzieć zadaniu, ale są nawet pewną zaporą do rychłego urzeczywistnienia. Należyty kierunek i odpowiednią formę zadaniu takiemu mogą nadać jedynie siły odpowiednio wyrobione i przygotowane. Gdy się zauważy krótki okres czasu istnienia stacyi klimatycznej

w Zakopanem, oraz tę okoliczność, iż wewnętrzny jej rozwój zamknięty jest w sferze samopomocy, nie można zaprzeczyć, że już wiele zostało tam dokonane. Miejscowi właściciele wzniesli już dosyć domów, które jako mieszkania lotnie czynią zadosyć umiarkowanym wymaganiom, których jednak przeważna część nie jest tak urządzona, aby w porze zimowej temperatura wewnętrzna nie podlegała nadmiernym wahaniom, a od zewnątrz zapewniony był dostęp wszechstronny promieni światła słonecznego. Osoby postronno pobudowały także pewną ilość domów, przeznaczonych na użytek zimowy i letni, których urządzenia czynią zadosyć wymaganiom średniego komfortu, choć nie wszystkie odpowiadają warunkom pożądanym przy zimowym pobycie chorych. Niemale też usługi, szczególnie podczas zimy, oddają pensjonaty, których obecnie jest kilka, a które pod względem wygodnego urządzenia mieszkań i zalet kuchni stoją co najmniej na równi z zagranicznymi tego rodzaju zakładami.

Ostatecznie jednak, wszystko, co dotąd dokonano zostało w zakresie bytu i rozwoju stacyi klimatycznej w Zakopanem, nie może być uważane jako dostateczne. Wprowadzenie tej sprawy na tory właściwe, a zapewniające trwałą przyszłość, nałoży jeszcze do zadań wdzięcznych, oczekujących urzeczywistnienia ze strony władz krajowych, ludzi zamożnych a kompetentnych do działania, które zapewnią tymże niemale korzyści, a nareszcie ze strony lekarzy, których ta sprawa tak blisko dotyczy. I zdaje mi się właściwem, a nawet koniecznem zaznaczyć tu, że rzeczywisty postęp w sprawie należytego zużytkowania czynników klimatu górskiego przez stacyę klimatyczną w Zakopanem polega nie tylko na tem, ażeby była ona licznie i już narazie jak najliczniej przez odpowiednich jej chorych nawiedzana, lecz żeby rychło przybrała to okazałe formy zewnętrzne trwałego bytu, na jakie pozwalają zarówno jej rodzimo właściwości i zalety klimatyczne, jak i zasoby cywilizacyjne społeczeństwa, wśród którego do życia powołana została i którego uprawnionym wymaganiom czyniłaby zadosyć. Ażeby w odnośnym kierunku postęp rzeczywisty nastąpił, potrzeba zdaniem mojem: 1) ażeby do działania w zakresie tej stacyi garnęli się lekarze, zamiłowani w naukowem zużytkowaniu tak materiału klinicznego, jak i zasobów leczniczych tejże stacyi; 2) ażeby ludzie, odpowiednio uzdolnieni i posiadający zasoby finansowe, bądź to samodzielnie, bądź przy pomocy zawiązanych *ad hoc* spółek, wznosili tam domy, hotele i zakłady do użytku publicznego, których urządzenie i utrzymanie wywieraloby wpływ pociągający i wyrażało pożądanę współzawodniczość; 3) ażeby jak najrychlej powstało sanatorium dla chorych piersiowych, kierowane przez kompetentnego specjalistę, który to zakład, choć nie czyni zadosyć wszelkim wymaganiom, zachodzącym w tego rodzaju przypadkach, a dla pewnej niemale ich liczby bywa nawet wcale nieodpowiedni, w przeważnej jednak liczbie przypadków cięższych, mianowicie przewlekłej gruźlicy płuc, przedstawia jedynie warunki przeprowadzenia leczenia, do skutecznego którego potrzebne jest ciągłe kierownictwo lekarza, śledzącego za każdym objawem i zwrotem choroby, rozporządzającego sposobem użycia każdej chwili czasu pacjenta i zapobiegającego nadużyciom, których, jak to miałem sposobność stwierdzić w Zakopanem, często dopuszczają się chorzy, nie zostający pod stałym nadzorem lekarskim.

Ażeby zaś możliwem się stało przeprowadzenie pomienionych zadań w odpowiednio doniosłym ich zakresie, a niemniej i innych postulatów, z którymi związany jest rozwój stacyi klimatycznej w Zakopanem, przodewszystkiem powinna być zbudowana kolej żelazna, zbliżająca tę stacyę do sieci kolei żelaznych galicyjskich. Jako rzecz wielce pożądaną uważać też należy także w przyszłości urządzenie administracyjne tejże stacyi, aby ten obszar, jaki nowy statut zakreslił dla stacyi klimatycznej, stanowił odrębną jednostkę gminną, z zakresu gminy obecnej wydzieloną, w skład zarządu której, na mocy poszczegółnej ustawy, wchodziłyby przeważnie czynniki, kompetentne do należytego oceniania istotnych zadań stacyi klimatycznej.

Gdy istniejąca już w Zakopanem stacya klimatyczna górską rozwinie się w pełni pod względem naukowym, ekonomicznym i administracyjnym, ziści ona dwojakie zadanie: chorzy, których leczniczym wymaganiom czynić mogą zadosyć warunki klimatyczne Tatr polskich, nie będą szukać zdrowia w górach dalekich; a przytom stanio się rozsądnikiem innych tego rodzaju zakładów, dla których nie brakuje miejsca na Podhalu tatrzańskim, a nie zabraknie, niestety, i chorych.

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

135. H. BUCHNER, H. v. RANKE i C. SEITZ. **O leczeniu błonicy surowicą krwi.** R. EMMERICH. **Uwagi z powodu leczenia błonicy surowicą krwi w Monachium.** Jedno z posiedzeń Towarzystwa lekarskiego w Monachium było poświęcone tylko kwestyi leczenia błonicy zapomocą surowicy krwi zwierząt uodpornionych. Po krótkiem przemówieniu przewodniczącego zabrał głos BUCHNER, który, wspomniawszy o sprawie leczenia suchot płucnych zapomocą tuberkuliny KOCH'a, rokuje daleko lepszą przyszłość sprawie leczenia błonicy zapomocą surowicy krwi. Zaznacza dalej, że dotąd przy stosowaniu surowicy nie zauważono szkodliwego jej wpływu na ustrój, co do czego B. miał pewne wątpliwości, obecnie zaś na zasadzie dłuższego doświadczenia obawy te okazały się płonne. Przechodząc następnie do historycznego przeglądu sprawy leczenia błonicy surowicą i do opisu sposobu przygotowania i oceniania siły uodporniającej i leczniczej surowicy, dodaje, iż nie mamy prawa mówić, że w ogólności nie należy robić żadnych doświadczeń.

RANKE zaznacza, że pierwsze doświadczenie z surowicą leczniczą BEHRING'a robił w swojej klinice razem z OERTEL'em w grudniu 1893 r. Surowicy dostarczył sam BEHRING. R. przytacza 8 doświadczeń, wyniki których są bardzo smutne, gdyż wszystkie przypadki zakończyły się śmiercią. Dodać należy, iż dawki surowicy były bardzo małe, zaczynano od 1 sz. cm., powiększając do 5 sz. cm. Przy badaniu zwłok znajdowano pewną postać zapalenia płuc, jakiej dotąd na trupach dzieci zmarłych na błonicę nie zauważono. Surowica była badana bakteryologicznie, badanie jej nie wykazało obecności żadnych drobnoustrojów, tak, że na razie nie można było niczem objaśnić sobie tak fatalnych wyników pierwszej próby leczenia błonicy zapomocą surowicy BEHRING'a. Przystępując do opisu wyników leczenia błonicy zapomocą surowicy w ostatnich miesiącach, R. zaznacza, że od 1 maja do 24 września r. b. z 64 dzieci chorych na błonicę zmarło 43 (67,1% śmierci). Z 30 nieoperowanych zmarło 13; z 32, którym robiono intubację, zmarło 30. (Tu autor robi uwagę, że często spostrzegał, iż po całym szeregu ciężkich przypadków błonicy następuje szereg przypadków o wiele lżejszych). W końcu września R. otrzymał surowicę ARONSON'a i zaczął ją stosować od 24 września do 12 października. W tym czasie przybyło 10 dzieci chorych na błonicę i z nich 9 było leczonych surowicą ARONSON'a. Z 9 leczonych surowicą zmarło 3, reszta wyzdrowiała. U trojga zmarłych dzieci sprawa błonicowa była bardzo ciężka. Z dzieci, które wyzdrowiały, jedno było dotknięte silną błonicą; w jednym przypadku choroba miała charakter bardzo łagodny, 4-ty autor zalicza do przypadków średnio ciężkich.

Od 14 października do 28 t. m. R. leczył 10 dzieci z cięższymi postaciami błonicy zapomocą surowicy BEHRING'a. Jedno z leczonych zmarło, reszta wyzdrowiała zupełnie, lub też w okresie zdrowienia znajdowała się w szpitalu w chwili, gdy autor miał swój odczyt w Towarzystwie.

SEITZ mówił o szczepieniach ochronnych, które były dokonane na Helgolandzie oraz w jednej z wiosek Oldenburga z dobrymi wynikami, a także o swoich własnych spostrzeżeniach w tym kierunku również z dodatnimi wynikami. Szkodliwych działań pobocznych S. nie widział.

Ilość surowicy, potrzebnej do szczepienia ochronnego dla dziecka zdrowego, podaje S. na 2 sz. cm. surowicy № 1; odporność trwała 19 dni. Zapomocą szczepień powtórnych oraz powiększenia dawki można odporność na czas dłuższy utrzymać.

W przypadkach ciężkich, zwłaszcza zaniedbanych, S. radzi wstrzykiwać surowicę № III, w przypadkach lekkich № I surowicy BEHRING'a, fabrykowanej w Höchst.

Po ukończonej dyskusji przyjęto następujące wnioski: 1) Stanowcza, wyczerpująca ocena siły leczniczej surowicy BEHRING'a jest dotąd jeszcze niemożliwa, przy różnorodności bowiem błonicy, zarówno co do jej postaci, jak i stopnia natężenia sprawy chorobowej, tylko dłuższe i wyczerpujące spostrzeżenia mogą dać pewniejsze wyniki. 2) Doświadczenia nad surowicą krwi zwierząt uodpornionych należy czynić i dalej, przede wszystkim w klinikach i poliklinikach. 2) Jeżeli lekarze będą w możności stosowania surowicy w praktyce prywatnej, to powinni ściśle notować odpowiednie szczegółowe spostrzeżenia.

EMMERICH leczenie surowicą krwi uważa za terapię przyszłości. Zupełnie pewne wyniki przy leczeniu zapomocą surowicy krwi w chorobach zakaźnych u ludzi są jeszcze niemożliwe, ponieważ pierwiastki lecznicze, zawarte w surowicy zwierząt uodpornionych, znajdują się w znacznym rozcieńczeniu. Tylko zwierzętom można zastrzykiwać tak duże ilości surowicy, aby osiągnąć z całą pewnością wyleczenie. Tryumf leczenia zapomocą surowicy krwi wtedy tylko będzie zupełny, jeżeli będziemy w możności z surowicy krwi otrzymywać zupełnie czyste substancje lecznicze, dawkowanie których nie będzie przedstawiało żadnych trudności. Według zapatrywań autora, widoki co do wyników leczenia zapomocą surowicy krwi dzieci dotkniętych błonicą w szpitalu monachijskim są niepomysłne. Na dowód swoich zapatrywań E. podaje następujące szczegóły. W ciągu lat od 1886 do 1890 r. autor badał bakteryologicznie 12 przypadków błonicy z zejściem śmiertelnym. W 10 przypadkach znaleziono laseczniki *LOEFFLER*'a, lecz w 9 z 12 niewątpliwie przyczyną śmierci było zakażenie paciorkowcami lub gronkowcami. Oprócz tych drobnoustrojów spotykano jeszcze przy błonicy laseczniki, które prawdopodobnie są identyczne z *bacillus pyogenes foetidus* *PASSER*'a. Tu autor dodaje, że wyżej wspomniane drobnoustroje prawie zawsze dają się spostrzegać przy samoistnej błonicy u gołębi i kur, oprócz tego zauważono, że u sztucznie uodpornionych zwierząt bardzo łatwo wybucha jakaś inna choroba zakaźna. Możliwy zatem przypuszczać, że w szpitalu dla dzieci w Monachium w niektórych razach przeciwbłonicowa surowica nie tylko że nie działa dodatnio, lecz nawet może działać ujemnie, ułatwiając rozwój paciorkowców, gronkowców lub *bacillus pyogenes foetidus*. Prof. *RANKE* w samej rzeczy u wielu dzieci, dotkniętych błonicą i leczonych zapomocą surowicy krwi, spostrzegał osobliwą postać zapalenia płuc, która mogła być wywołana przez gronkowce lub paciorkowce.

W końcu zadaje sobie autor pytanie, od czego może zależeć w Monachium tak częsta obecność gronkowców i paciorkowców przy błonicy. Odpowiedź na to pytanie dać może fakt, iż *PASQUAY* znalazł w wodzie z kanałów w Monachium drobnoustroje, które zastrzyknięte królikom i morskim świnkom, wywoływały śmierć tych zwierząt. Drobnoustroje te po większej części nie różniły się niczem od gronkowców, spotykanych w Monachium przy błonicy. *MORI*, badając wodę z kanałów Berlina, nigdy nie znajdował chorobotwórczych paciorkowców.

Że wyżej wspomniane paciorkowce, które z wodą kanałów mogą się dostawać do rzeki (Izara), są również chorobotwórcze i dla człowieka, dowodzi według *EMMERICH*'a fakt, że robotnicy, którzy w rzece przy ujściu kanałów pracowali w ciągu dłuższego czasu, często zachorowywali na zapalenie ropne tkanki łącznej podskórnej kończyn dolnych. Autor przypuszcza, że w mieście, prawdopodobnie w mieszkaniach, znajdują się ogniska tych chorobotwórczych paciorkowców. Wynalezienie tych ognisk i zniszczenie ich mogłoby bardzo wiele dopomóc do łatwiejszego zwalczania epidemii błonicowych. Niepomysłne wyniki przy leczeniu błonicy zapomocą surowicy krwi do pewnego stopnia znaleźć mogą objaśnienie w faktach przytaczanych przez *EMMERICH*'a.

(*Münch. med. Woch. N. 45*).

M. Sadowski.

136. **HOWARD A. KELLY** (Baltimore). **Nowy sposób zeszczenia przeciętego moczowodu (*anastomosis*)**. Podczas wyłuszczenia mięśniaków macicy i wogóle wielkich guzów miednicy, zwłaszcza śródwieżowych, możliwe jest podwiązanie lub przecięcie przypadkowe moczowodu, gdy jest on odsunięty ku górze lub na bok. Przyjawszy moczowód tego rodzaju za rozszerzoną żyłę, przeciął go autor podczas wyłuszczenia mięśniaków macicy. Guz wielkości donoszonego płodu leżał w miednicy poprzecznie, opuszczając się znacznie ku dołowi ze strony prawej. Szyja, sklepienie i pęcherz odsunięte były ku stronie lewej. Podwiązano więzy okrągłe oraz naczynia jajnikowe, odseparowano otrzewną więzów szerokich ku przodowi i tyłowi, wtedy odsłonięto naczynia maciczne i jednocześnie zauważono na przedniej powierzchni guza ze strony prawej grube, płaskie jakoby naczynie, szerokości 1 cm., długości mniej więcej siedmiu cm., przebiegające w kierunku prawego rogu macicy i ginące tutaj wśród splotów żylnych. Naczynie podobnie przewiązano i przecięto, wtedy dopiero okazało się, że był to znacznie rozszerzony o zgrubiałych ścianach moczowód. Po zdjęciu górnej podwiązki wylało się z górnego odcinka około 20 cm. sz. przezroczystego moczu; zgłębnik, dochodzący wdół do pęcherza, a w górę do nerki, usunął resztę wątpliwości. Podwiązano naczynia ma-

ciczne, wyluszczone guz, zaszyto kikut zapomocą szwów jedwabnych węzełkowych—w końcu zajęto się przeciętym moczowodem. Nasuwały się 3 możliwe plany działania: 1) wszyć górny odcinek w ścianę brzuszną i utworzyć przetokę moczową; 2) wyciąć prawą nerkę, wreszcie 3) zeszyć końce przecięte. Nie wiedząc, czy próba ostatniego rodzaju dała u człowieka kiedykolwiek wynik pomyślny i opierając się jedynie na pomyślnych rezultatach doświadczeń na psach VAN HOOK'a z Chicago, obrał autor drogę ostatnią i sposób pomienionego badacza. Przewiązawszy koniec odcinka dolnego, na $\frac{1}{2}$ ctm. poniżej podwiązki rozcięto przednią ścianę moczowodu na długości 1 ctm. Na $\frac{1}{2}$ ctm. poniżej w ten sposób utworzonej szpary przeprowadzono cienką nitkę jedwabną przez ścianę tylną do światła moczowodu, wyprowadzono ją przez szparę i po przeszyciu zapomocą niej bocznej ściany odcinka górnego w odległości paru milimetrów od brzegu, poprowadzono ją z powrotem przez szparę do światła odcinka dolnego i wskroś ściany tylnej nazewnątrz do miejsca początkowego. Drugą nitkę poprowadzono w ten sam sposób ze strony przeciwniejszej. Następnie związano końce nitkę ze stron obu, przez co górny odcinek został wciągnięty przez szparę do światła odcinka dolnego. Ażeby zapobiedz przesączaniu się moczu, nałożono szereg dodatkowych szwów węzełkowych przez warstwy zewnętrzne ściany od brzegów szpary przez przednią powierzchnię odcinka górnego, prostopadłe do kierunku moczowodu. Warstwę otrzewnej z przedniej ściany miednicy naciągnięto ku tyłowi i zeszyto z tylną powierzchnią kikuta i więzów szerokich z wyjątkiem miejsca, gdzie połączono końce moczowodu. Tutaj umieszczono pasek gazy jodoformowej, wyprowadzony przez dolny kąt rany nazewnątrz. Pozostałą ranę w ścianie brzusznej zamknięto w sposób zwykły. Pierwszego dnia po operacji wypuszczono mocz zapomocą cewnika, drugiego dnia chora oddawała mocz sama; 3-go dnia usunięto gazę, 8-go zdjęto szwy. Rychłozrost zupełny. Chora wstała 17-go dnia, wypisała się w 6-ym tygodniu po operacji. Opis przypadku swego uzupełnia autor wzmianką o okazie zeszytego w ten sam sposób moczowodu u psa. Preparat otrzymano w półtrzecia miesiąca po dokonanej operacji. Zwężenia światła, ani rozszerzenia ponad miejscem anastomozy nie znaleziono, ciągłość błony śluzowej okazała się zupełną. Na miejscu połączenia widać było nieznaczne zagięcie światła pod kątem oraz niewielki uchylek dolnego odcinka ku górze.

(*Annals of Surgery. Styczeń, 1894*).

K. Rogoziński.

137. ALBARRAN. **Ureterotomia zewnętrzna.** Chory, przedstawiony na zjeździe chirurgów w Lyonie, trzydziestoletni, przed rokiem cierpiał na kolkę nerkową ze strony lewej skutkiem zatrzymania kamienia w miejscu wejścia moczowodu do miednicy. W następstwie utworzył się ropień, po przecięciu którego pozostała przetoka, wydzielająca ropę i mocz; od czasu do czasu zatrzymywała się wydzielina nerkowa, powodując bóle i gorączkę. Przy badaniu przed 14 miesiącami znaleziono przetokę po nad więzem POUPART'a, na 2 palce poprzeczne ku wewnątrz od kolca biodrowego. Zgłębnik można było wprowadzić przez przetokę na głębokość 10 ctm., a przez macanie wyczuwało się w dole biodrowym obszerne stwardnienie zapalne. Z przetoki wydzielał się mocz ropiasty, zawierający 7 grm. mocznika w jednym litrze, mocz zaś z pęcherza zawierał bardzo mało ropy i 21 grm. mocznika.

Przypuszczając, że nerka jest jeszcze zdolna do działania, postanowił A. ją zachować, natomiast poszukać kamienia i przywrócić drożność moczowodu. Zrobiwszy cięcie łukowate po przez tkanki nacieczone dołu biodrowego, doszedł do kamienia, który przedziurawił moczowód. Był to kamień moczanowy, 12 mm. długości mający. Nie kuszając się o zeszytowanie schorzałego i wrośniętego w tkanki włókniste moczowodu, jednocześnie wykonał autor cięcie pęcherza nadłonowe poprzeczne, aby wprowadzić cewnik do moczowodu. Przez otwór pęcherzowy moczowodu wprowadził naprzód długą świeczkę (№ 6), następnie inne grubsze, by rozszerzyć przewód; co zrobiwszy, mógł wyczuć narzędzie palcem, wprowadzonym do rany biodrowej. Dalej umieścił cewnik z obciętym końcem, który założył na głębokość 20 centymetrów od otworu pęcherzowego, przemył roztworem kwasu bornego i pozostawił na stałe, zaś koniec zewnętrzny wyprowadził przez ranę pęcherzową, w części zeszytą. Ranę biodrową zeszyto częściowo, a pośrodku wypełniono gazą. Do powyżej nadmienionego postępowania upoważniał autora doświadczenia D-ra LUVIO i dwa spostrzeżenia własne cewnikowania na stałe moczowodu u kobiet.

Następstwa operacji były bardzo proste: w ciągu 10 dni cewnik pozostał w moczowodzie, ani kropla moczu nie pokazała się przez ranę pachwinową. Z pomocą operacji dodatkowej zamknięto przetokę nadłonową, pozostałą po cięciu pęcherza; chory wyzdrowiał zupełnie, nie cierpi wcale, mocz oddaje prawie czysty, od 6 miesięcy zajęty jest pracą.

Powyżej opisany, a nowy sposób postępowania może oddać istotne usługi w pewnej liczbie przypadków przetok moczowodowych, które dotychczas najczęściej usuwano przez wyluszczenie nerki.

(*Gazette des hopitaux. N. 124—1894*).

W. S.

138. O. SOLTMAN. **Anoreksja pochodzenia mózgowego i nerwice troficzne ośrodkowe.** Jakkolwiek zaburzenia czuciowe u dzieci zdarzają się rzadziej, aniżeli ruchowe, spotykamy je atoli w najwcześniejszym już wieku dziecięcym; odnoszą się one do czynności przewodu pokarmowego. Oprócz zwykłych zmian w sferze czuciowej żołądka (nadczułość, znieczulenie, parestezye) należy zwrócić uwagę na pewne zmiany swoiste, które wpływają ogromnie na stan duchowy oraz na odżywianie dziecka. Zboczenia wrażliwości żołądka, o ile dotyczą głodu, są opisywane pod mianem *parorexia*, *hyperorexia*, *anorexia*. Najbardziej częsta jest pierwsza forma, polegająca na używaniu najbardziej niestrawnych a nieraz i najwstrętniejszych rzeczy. Tak np. de BUGNY opowiada o pewnej panience, która z wielkim upodobaniem zjadała nici, szmatki płótna i t. p.; MOREAU zaś o 14-letniej pacyentce, która z pożądliwością wypijała krew ludzką. Autor miał w swej praktyce 4-letniego chłopca, który zjadał swoje wypróżnienia.

Wobec tego, że nerwice te spotykamy u dzieci małokrwistych, neurastenicznych i histerycznych, i że często powstają one bezpośrednio pod wpływem jakiegoś czynnika przygnębiającego, przestachu, zmartwienia, możemy sądzić, że mamy do czynienia z nienormalnem pobudzeniem ośrodkowem, a może i korowem nerwów smaku.

Przy *hyperorexia* odróżniać winniśmy wzmożenie się uczucia głodu oraz łaknienia. Przy bulimii opanowuje chorego gwałtowne uczucie głodu, małe jednak ilości pokarmu starczą do zaspokojenia go, lecz po to tylko, by zaraz wróciło ono z poprzednią gwałtownością; przy polifagii zaś przeciwnie, pomimo, że chory jada często i niezmiernie dużo, uczucie nasycenia się nie występuje. Według ROSENTHAL'a bulimia polega na nadczułości ośrodków żołądkowych nerwu błędnego, polifagia na znieczuleniu ośrodków nerwu błędnego, wywołujących uczucie nasycenia się; ROMBERG zaś polifagię wiąże ze zmniejszoną pobudliwością powierzchownych żołądkowych włókienek nerwu błędnego. Doznajemy uczucia sytości wtedy, gdy żołądek napełniony jest w pewnej mierze pokarmami. Fakty zaś tego rodzaju, że uczucie nasycenia występuje i wtedy, gdy wprowadzamy pokarmy wprost do żyl, pomijając żołądek, oraz że uczucie głodu bywa spotęgowywane przez wrażenia wzrokowe, słuchowe lub pod wpływem bodźców psychicznych—przemawiają za tem, że uczucie głodu ma siedlisko nietylko w żołądku, ale że ważniejszą rolę odgrywa narząd ośrodkowy.

Podobna sprzeczność w poglądach panuje co do anoreksyi. Według STILLER'a ma tu miejsce nieczułość nerwów głodowych, zdaniem ROSENTHAL'a polega ona na nadczułości nerwów obwodowych żołądka. Autor, wychodząc z zasady, że istnieje anoreksja czysto nerwowa u osobników dziedzicznie obciążonych, twierdzi, że dla tego rodzaju cierpień siedliska szukać należy w narządzie ośrodkowym, t. j. w mózgu. Jakie nieuchwytnie zmiany mają w nim miejsce, trudno jest orzec; prawdopodobnie wskutek wpływu naczyńioruchowego następuje zmiana w odżywianiu i przemianie materii komórek mózgowych i wskutek też tego energia czynnościowa tych elementów zostaje zakłócona.

Autor przytacza przypadek następujący: 12-letni chłopiec, pochodzący z rodziny neuropatycznej, po gwałtownej scenie zazdrości pomiędzy rodzicami, jakiej był mimowolnym świadkiem przed 3 laty, zmienił się bardzo, mianowicie zaś nie chciał przyjmować pokarmów. Spożywał on minimalne ilości mleka i chleba jedynie dwa razy dziennie. Wszelkie namowy, by jadł więcej, zbywał odpowiedzią: „jeść mi się nie chce, jestem syty, czuję się dobrze, a zresztą jestem już takim oryginałem“. W ciągu tych trzech lat chłopak znacznie schudł i opadł z sił. Pobyt dwukrotny w szpitalach nie wywarł żadnego wpływu, jak również hipnoza.

Badanie fizyczne żadnych zmian nie wykryło, zmysł smaku rozwinięty zupełnie prawidłowo. Zaburzeń ze strony kanału pokarmowego również niema, ani też jakichkolwiek objawów nerwowych, któreby pozwalały przypuszczać, że mamy do czynienia z histeryą. Autor próbował karmienia zapomocą cewy żołądkowej, co chory znosił bardzo dobrze, lecz następnego dnia sam dobrowolnie nic do ust wziąć nie chciał: „jest to zbyt ciężkie, wszak mogę otrzymywać to przez sondę”. Przestroga, że umrze, gdy jeść nie będzie, również żadnego skutku nie wywarła (CHARCOT w ten sposób wyleczył jedną pacjentkę), natomiast skutek po faryadycyji czaszki był znakomity. Jedną elektrodę stawiał S. na tył głowy lub kark, drugą na skronie lub na kości ciemieniowe, aby w ten sposób zwiększyć dopływ krwi do mózgu. Pacjent prąd taki, który trwał nie dłużej nad dwie minuty codziennie, znosił dobrze i z dnia na dzień chętniej i w większej ilości przyjmował pokarmy.

Przypadek swój zalicza S. do rzędu anoreksyi pochodzenia mózgowego, a właściwie korowego. W którym miejscu kory znajduje się ośrodek głodu, trudno oznaczyć dokładnie, w każdym razie na zasadzie najnowszych badań należy przyjąć, że około kory podstawy mózgu. Leczenie polega na stosowaniu prądu faryadycznego, który wywołuje pewną zmianę w warunkach odżywiania się i przemiany materji w mózgu. Prócz tego należy chorego przenieść w inne otoczenie, nie ustępować w niczem.

Z rękoczynami hydropatycznymi należy się mieć na baczności; dobrze mogą niekiedy działać ciepłe wanny.

(*Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. XXXVIII. H. 1*).

St. Gutentag.

139. KOPFSTEIN. **Przyczynek do charakterystyki guzów *glandulae caroticae*.** Autor podaje rzadki przypadek, operowany przez prof. MAYDL'a. Sprawa zaczęła się od utworzenia małego guzika po lewej stronie szyi. Po 16-tu latach guz urosł do wielkości kurzego jaja. W ostatnich czasach chora (lat 46) czuła przy cięższej pracy bóle w lewej połowie głowy.

Elastyczny, tętniący guz znajdował się pod żuchwą, na wewnętrznym brzegu górnej części mięśnia obojczyko-mostko-sutkowego. Nad guzem wysłuchiwało słaby szmer. Podczas operacji okazało się, że żyła szyjowa przechodziła po stronie zewnętrznej guza, będąc z nim zrośnięta. Przecięto ją między dwiema przewiązkami. Tętnica szyjowa wspólnie z rozgałęzieniem przechodziła przez guz i, nie mogąc być odłączona, była częściowo wycięta wraz z rozgałęzieniem, przyczem tętnicę szyjową wspólną podwiązano pod, zaś domózgową, dotwarzową, gardzielową wstępującą nad guzem. Przebieg pooperacyjny dobry, bez powikłań. Chora po 18-tu dniach opuściła klinikę jedynie ze stałym rozszerzeniem prawej żrenicy.

Guz postaci jajowatej, na przekroju szaro-czerwono-żółty z wielką ilością naczyń, obrastał rozgałęzienie tętnicy szyjowej. Miał budowę siatkowatą; oczka siatki wypełnione były wielkimi, okrągłymi, owalnymi lub wielokątnymi komórkami, niekiedy o 5—6 jądrach, blisko do siebie przylegającymi i mającymi wielkie podobieństwo do komórek nabłonka. Między niemi ani śladu tkanki łącznej.

Komórki oczek, jakoteż i komórki siatki znajdowały się w bliskim związku z komórkami śródbłonka naczyń. W dwóch miejscach tworzyły one nacieczenie w postaci wysepek w błonie sprężystej tętnicy szyjowej.

K. nie uznaje guza tego ani za naczynio-mięsaka, ani za śródbłoniaka i na zasadzie tego, że *glandula carotica* obok guza znaleziona nie była, jakoteż na zasadzie podobieństwa pod względem budowy do prawidłowego gruczołu karotycznego, sądzi, że guz rozwinął się z tego ostatniego.

Guzy podobne są nader rzadkie; opisany przez autora jest mniej więcej szóstym operowanym; nie są one złośliwe, przerzutów i powrotów nie dają, rosną wolno, obrastając tętnicę szyjową od strony wewnętrznej. Dopóki zbyt duże się nie staną, nie wywołują zaburzeń.

Do rozpoznania służyć mogą następujące dane: 1) Umiejscowienie guza w *trigonum caroticum*. 2) Tętnienie zależne od tętna tętnicy szyjowej. 3) Niekiedy szmery nad guzem, powstałe wskutek ucisku naczyń, a wtenczas i słabsze tętno w tętnicach, wychodzących z uciśniętego pnia. 4) Powolny rozrost bez śladu złośliwości.

(Przypisek sprawozdawcy: Artykuł d-ra KOPFSTEIN'a odczytany był w „Spółku lek. č.“. Obecny prof HLAVA nowotwór ten uznał za śródbłoniaka).

(Časopis lékařů českých. Nº 4, 5, 6, r. 1894).

S. Kos.

BIBLIOGRAFIA I KRYTYKA.

D-r L. LÖWENFELD.

Patologia i terapia neurastenii i histeryi.

(Wiesbaden, nakł. J. F. Bergmanna. 1894).

(Dokończenie.—Zob. Nr. 46).

Dział o atakach historycznych został bardzo obszernie opracowany w świetle badań francuskiej szkoły. Autor rozpatruje tu kurczowe napady z całą różnorodnością ich wariantów, napady snu historycznego, katalepsyi, somnambulizmu, omawia tak zwany stan drugi (*état second*). Szerzej zastanawia się nad zachowaniem się świadomości podczas napadów i skłania się ku tym, którzy całkowitego jej zniesienia, jak to bywa przy epilepsyi, nawet w najcięższych napadach historycznych nie uznają. Nieobeznanemu z obszerną literaturą przedmiotu daje ogólne, ale dokładnie pojęcie o najciekawszych i najbardziej zawiłych zjawiskach z dziedziny histeryi. Szkoda tylko, że różniczkowa dyagnoza napadów historycznych względem epileptycznych, pomimo wielkiej praktycznej doniosłości, jest nieco za mało rozwinięta. Zwłaszcza uderza fakt, że autor wcale nie wspomina o wartości rozpoznawczej, jaką posiada zachowanie się odruchów wogóle, a specyjalnie zrenie podczas napadu.

Kilka stron poświęca autor hypnotyzmowi i stosunkowi jego do histeryi, szkicuje zapatrywania szkoły w Salpetrière i w Nancy, skłaniając się ku tej ostatniej, dopatrującej się wpływu sugestyi w opisywanych przez CHARCOT'a i RICHER'a trzech okresach stanu hypnotycznego (kataleptycznym, letargicznym, somnambulistycznym). Nie zgadza się też autor na uważanie hypnotycznego stanu za sztucznie wywołaną czyli zmodyfikowaną histeryę, jakkolwiek uznaje pewne powinowactwo, wiążące hypnozę z histeryą (wspólna obydwom podatność na sugestję, przejście w pewnych warunkach napadu historycznego w hypnozę).

Z pomiędzy bardzo licznych, tak zwanych imitacyi historycznych, czyli pozornie organicznych chorób, naśladowanych przez histeryę, autor rozpatruje tylko niektóre, jak *pseudomeningitis*, *pseudotabes*, *pseudosclerosis*, *pseudomalum Potti*.

W następnym rozdziale, traktującym o stanie psychicznym, właściwym histeryi, autor popiera pogląd CHARCOT'a, według którego wypada, że to, co opisywano pod nazwą charakteru historycznego (zmiennność, przekora, przesada i t. d.), jest przejawem litylko zwyrodnienia dziedzicznego, tak często kojarzącego się z histeryą. Jeżeli w konstytucyi psychicznej chorych na histeryę znajdujemy pewne rysy specyjalne, nie uwarunkowane zwyrodnieniem dziedzicznym, to stanowią je: podatność na sugestję, nadmierna pobudliwość w sferze uczucia i niemoc woli. Cechy te jednakże napotykamy u osób historycznych nie dlatego, że są one właściwe histeryi, że przez nią wytworzone zostały, lecz jedynie wskutek tego, że na tle konstytucyi duchowej tego rodzaju histerya najłatwiej powstaje. Fizjonomia psychiczna osobników, dotkniętych histeryą, nie jest wcale stereotypowa; przeciwnie, spotykamy tu najrozmaitsze typy, które jedynie modyfikowane bywają przez histeryę. W rozdziale tym omawia autor amnezję historyczną, jej często dziwaczne przejawy, i twierdzi, że amnezja właśnie bywa nader często powodem czynów, które niesłusznie tłumaczono skłonnością historyków do kłamstwa, symulacyi i t. p. Podatność na sugestję wyraża się zazwyczaj skłonnością do autosugestyi, specyjalnie względem wyobrażeń, dotyczących somatycznej sfery.

W sferze uczuć, obok nadmiernej pobudliwości, istnieje brak równowagi między stopniem siły uczucia, a łatwością, z jaką się ono wyladowywa nazownątrz; ten brak równowagi stanowi zarazem o krótkotrwałości uczucia. Prócz tego istnieje pewno zwiększenie pola uczucia, czyli obojętność na sprawy, dawniej zdolno wzbudzić zainteresowanie. Łatwość wybuchów uczucia jest powodem samobójczych usiłowań, które dawniej niesłusznie poczytywano za udane, wykonywane nie na seryo, jedynie w celu zwrócenia na siebie uwagi.

Oslabienie siły woli stanowi wybitną cechę histeryi, wszakże przejawia się ono w rozmaitym stopniu, z rozmaitą stałością i w różnej postaci.

Następny rozdział omawia przebieg i rokowanie; w sprawie tego ostatniego należy pamiętać, że objawy, którymi manifestuje się histerya, nie wyczerpują całej choroby, że po za nimi kryje się historyczna konstytucja chorego, która w odpowiedniej chwili pod wpływem przypadkowej przyczyny wybuch sprawdzić może. Dlatego też o wyleczeniu choroby mowa być może nie z chwilą usunięcia jej objawów, lecz decyduje o tem stopień odporności, jaką okazuje organizm względem szkodliwości psychicznej i somatycznej natury. Śmierć od histeryi należy do rzadkości, ale nie jest wykluczona; sprowadzić ją mogą napady drgawkowe z udziałem mięśni oddechowych, skurcz głosi, uporeczywe wymioty i wstręt do jadła. Wyleczenie lub poprawa zależy od wielu czynników (konstytucja historyczna, warunki życia, otoczenie i t. d.). Autor przyznaje, że nauka wraz z lepszym rozumieniem histeryi, zdobyła i skuteczniejsze metody lecznicze.

W dziale o rozpoznaniu omawia autor dość częstą trudność, niekiedy nawet niemożność odróżnienia histeryi od cierpień organicznych; pomocne w tych razach bywa uwzględnienie nie rodzaju zaburzeń, lecz sposobu powstawania i przebiegu choroby, ugrupowania i zmienności objawów. Słusznie ostrzega autor przed błędem podporządkowywania wszystkich, w danym przypadku stwierdzonych objawów pod godło histeryi, po za którą ukrywać się jeszcze może i organiczne cierpienie.

W kilku słowach dotyka autor hysteroneurastenii: przyczyny jej są identyczne z przyczynami histeryi i neurastenii wogóle; jedynie indywidualna konstytucja rozstrzyga o wystąpieniu tej lub innej nerwicy, lub też mieszanej ich postaci. Przeważną część tak zwanych traumatycznych nerwic należy do hysteroneurastenii. Lecz uraz nie stanowi wyłącznej przyczyny tej postaci, w której moment dziedziczny często gra przeważną rolę.

W rozdziale o zapobieganiu, mówiąc o kwestyi małżeństw, autor żąda, aby choć jedna strona, wstępująca w związek, wolna była od nerwowego cierpienia, nerwowości, lub wogóle słabej konstytucji; w takim razie wpływ rodzica zdrowego może zniweczyć ujemny wpływ rodzica chłazącego. Następnie omawia autor wychowanie fizyczne i umysłowe, stawiając ogólnie znane, lecz rzadko wykonalne *desiderata*.

Rozdział o leczeniu stanowi praca, która przed kilku laty wyszła i w polskim przekładzie pod tytułem: „Nowoczesne metody leczenia neurastenii i histeryi“. Wogóle małe zaprowadził w niej autor zmiany, niektóre działy nieco uzupełnił względnie do nowych zdobyczy nauki, inne pominął całkowicie, jak na przykład rozdział o metaloterapii, kastracyi i przyżeganiu lechtaczki. Chwali sulfonal, zaleca hyoseynę jako środek przeciwkurczowy, nie odmawia przyszłości metodzie iniekcji tkanki nerwowej (BABES, Konstantin PAUL), zaleca psychrofor, uznaje skuteczność elektroterapii, niezależną od sugestji, zwłaszcza w stanach osłabienia płciowego.

Hypnotyzmowi, który w powyższej pracy zaledwie w kilkunastu wierszach omówiony został, poświęca autor obszerniejszy rozdział. Mówi w nim o metodach hypnotyzowania, najbardziej skłania się ku metodzie sugestji i fiksacyi jednocześnie. Leczniczy efekt hypnozy sprowadza się bądź do wywołania senności i znużenia, pożytecznych w stanach podrażnienia nerwowego, bądź też — i to jest wynik najwybitniejszy — do sugestji, łatwiej dającej się osiągnąć w stanie hypnozy, niż na jawie. Należy autor do zwolenników stosowania hypnozy, jakkolwiek nie uznaje krańcowych twierdzeń, jakoby hypnotyzm był specyfikiem przeciw chorobom nerwowym. Metoda ta stanowi niewątpliwie wzbogacenie arsenału leczniczego przeciwko histeryi i neurastenii; nie wpływa jednak na nerwicę w ten sposób, że wytrącony z równowagi układ nerwowy sprowadza do stanu normalnego, lecz tylko usuwa pojedyncze objawy, tem samem jednak oddając niekiedy nieocenione usługi na drodze całkowitego usunięcia choroby. Autor uważa hypnotyzm za metodę leczniczą równie dobrą, równie mającą prawa, jak i inne, niekiedy doskonałą, innym razem zupełnie nieskuteczną; nie uznaje też przesadnych obaw co do złych następstw jej, pod jednym atoli warunkiem, że, jak wszelka metoda, stosowana będzie umiejętnie, z uwzględnieniem indywidualności chorego i przez doświadczonych na tem polu lekarzy; sama znajomość metod hypnotyzowania nie daje jeszcze prawa do praktycznego stosowania tej umiejętności. Autor przeciwny jest stosowaniu hypnozy dopiero po wyczerpaniu daremnem wszystkich innych metod leczniczych. Za najodpowiedniejsze do leczenia hypnotyzmem uważa autor objawy o charakterze stałym, porażenia, znieczulenia, przykurczenia, także bez-

senność, brak apetytu, stany przymusowe. Zazwyczaj przed stosowaniem hypnozy autor próbuje skuteczności psychicznego leczenia (nie hypnotycznego), dającego się kombinować z każdą metodą leczniczą.

W sprawie kuracyi WEIR-MITCHELL'a autor twierdzi, że stosowanie jej z całym rygiorem napotyka często nieprzewidywane trudności i że z drugiej strony dobre wyniki dają się otrzymywać przy modyfikacji tej metody, np. przez ograniczenie jedynie ruchów zamiast leżenia w łóżku, obfite odżywianie zamiast tuczenia, stosowanie kąpiei i t. p.

Zakończenie książki stanowi przegląd bibliograficzny za ostatnich kilkanaście lat i szczegółowy skorowidz, ułatwiający odszukanie danego przedmiotu.

Rzecz cała zaleca się jasnym, choć zwięzłym wykładem; jeżeli miejscami teoretyczna strona przedmiotu wypadła nieco zbyt treściwie, to usprawiedliwia autora wypowiedziany w przedmowie cel książki: służenia potrzebom praktyka-lekarza, któremu istotnie niejedną wątpliwość rozproszyć potrafi.

S. Bernstein.

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

W dniu 19 września, po wygaśnięciu epidemii cholery, szpital zamknięty został dla chole-rycznych, a w dniu 15 października, po odpowiednim odnowieniu, szpital napowrót przeznaczony został dla chorych zakaźnych ostrych. Do końca miesiąca października przybyło chorych 48 (m. 17, k. 31); wypisało się 23 (m. 9, k. 14); zmarło 2 (2 kobiety); pozostało na następny miesiąc chorych 23 (m. 8, k. 15).

Główną cechą ubiegłego miesiąca jest przedewszystkiem zupełne wygaśnięcie u nas tyfusu wysypkowego, którego nie mieliśmy ani jednego przypadku. Jest to fakt bardzo ciekawy i od kilku lat jeszcze u nas nie notowany. Niemniej wybitnym objawem jest niesłychanie rzadko występująca ospa, której mieliśmy zaledwie 4 przypadki (u kobiet), z których jeden nieszczepiony, wszystkie bardzo łagodne i pomyślnie zakończone. Pochodzą one z ulic: Nowowiełka 5, Królewska 1, Nowolipie 28 i wieś Konek. Do ujemnych cech ubiegłego miesiąca należy: bardzo licznie występująca róża, szkarlatyna i odra, — obie choroby często w postaci bardzo ciężkiej. Pierwszej mieliśmy aż przypadków 12 (m. 4, k. 8); pochodzą one z ulic: Nowy-Świat 42, Zakroczyńska 5, Miła 9, Twarda 5, Targowa 22, Podwale 19, Leszno 88, Gęsia 83, Nizka 28, Przejazd 13, Pańska 40 i Solec 37. Wszystkie przypadki zakończyły się pomyślnie.

Następna rubryka pod względem ilościowym przypada odrze, której mieliśmy przypadków 10 (m. 4, k. 6), wszystkie u dorosłych i pomyślnie zakończone. Pochodzą one z ulic: Nowy-Świat 48, Maryensztad 20, Dzielna 47, Ujazdowska 21, Wolność 21, Twarda 57, Wielka 33, Śliska 23, Leszno 26.

Szkarlatyna, której mieliśmy przypadków 7 (m. 1, k. 6), wszystkie również u dorosłych, występowała w niezmiernie ciężkiej postaci, w jednym przypadku jako krwotoczna, z obszernymi wylewami krwi podskórnymi i z obfitymi krwawieniami. Dwa przypadki zakończyły się śmiertelnie. Chorzy przybyli z ulic: Chmielna 87, Wolska 3, Czerniakowska 114, Ogródowa 44, Żłota 21 i Solec 48.

Na uwagę również zasługuje zjawienie się tyfusu brzuszego, którego 4 przypadki (m. 1, k. 3) zakończyły się pomyślnie. Wszystkie jednak pochodzą z okolic miasta: Białostocka 3, Wolska 35 (dwa przypadki, chore powróciły niedawno z prowincyi) i osada Stanisławów.

Z innych chorób zakaźnych mieliśmy: 3 przyp. błonicy gardła (Marszałkowska 71, Nowo-Senatorska 8, Ś-to Krzyżka 29), 2 przypadki *anginae follicularis* i jeden biegunki krwawej.

J. Szwajcer.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

== MICHEL zaleca następującą metodę leczenia suchot płucnych. Chory wdycha bez przestanku *ol. menthae piperitae*; w tym celu umieszcza się przed nosem chorego niewielka fiaskeczka z watą, napojoną olejkami miętowym, chorzy mogą też wdychać parę olejku z rodzaju

papierosa, w gilzie którego umieszczono napojoną watę. W nocy należy zwilżać poduszkę 15—20 kroplami olejku. Oprócz tego zaleca autor podawanie co trzy godziny po łyżce następującej mieszanki: Rp: Creosoti 8,00 Alco- holi rect. 550,0 Glycerini 250,0 Chloroformii

20,0 Ol. Menthae 8,00. MDS. Przy takim postępowaniu zauważono, że laseczniki w płwocinie giną bezpowrotnie między 11 i 60 dniem po rozpoczęciu leczenia. Wszyscy chorzy przeszli do zdrowia zupełnego i to nie tylko tacy, u których były początki gruźlicy, lecz nawet tacy, u których istniały jamy.

— METTENHEIMER w szpitalu dzieciennym w Szwerynie w 2 przypadkach płasawicy stosował eksalginę. W przypadkach tych obok obfitego pożywienia, jodku żelaza i ćwiczeń gimnastycznych, autor podawał 0,10 do 0,15 eksalginy 3 razy dziennie. W obu przypadkach wyzdrowienie nastąpiło w ciągu 6—8 tygodni, a poprawa wkrótce po rozpoczęciu podawania eksalginy. W 3-im przypadku, współcześnie leczonemu bez eksalginy, wyzdrowienie nastąpiło po 10 tygodniach. (Arch. f. Kinderh. XVII, zes. V. VI).

— NEPVEN, badając istotę i patogenę beriberi, przyszedł do wniosku, że jest to choroba zakaźna, polegająca na tłuszczowym zwyrodnieniu wątroby, nerek, mięśnia sercowego i niektórych nerwów. Jad powoduje rozmnażanie się komórek łącznotkankowych, szczególnie w wątrobie i w nerwach, poczem występuje bardzo wyraźna karyokineza w leukocytach. Wątroba należy do narządów najbardziej cierpieniem dotkniętych, autor przeto sądzi, że punktem wyjścia choroby jest przewód pokarmowy.

— JARISCH zaleca przy *sycosis parasitaria* masę BENCK'a składu następującego: Rp: Hydrargyri oleinici 5% — 20,0 Zinci oxydati, Amyli aa 7,0 Vaselini flavi 14,0 Ac. salicylici 1,2 Ichtyoli 1,0 M. f. ung.

Wiadomości bieżące.

— Czytamy w pismach codziennych, iż „Rada miejska dobroczynności publicznej postanowiła utworzyć specjalną komisję do zajęcia się sprawą wyrobu w Warszawie surowicy do leczenia dyfterytu. Komisja będzie złożona z inspektora szpitali cywilnych, oraz lekarzy szpitalnych. Rada miejska ma w następstwie wystąpić z prośbą o wyasygnowanie 10,000 rubli. Surowica będzie wprowadzona do szpitali: przy ul. Aleksandrya i przy ul. Śliskiej. Ma być nadto sprzedawana lekarzom wolnopraktykującym. Sądzimy, iż chwalebne to postanowienie nie będzie jednak tamowało działalności osób prywatnych, chcących przyłożyć rękę do tego pożytecznego dzieła, t. j. chcących zapewnić byt instytucjom, również wyrób surowicy leczniczej na celu mającym. Specyfiku tego chyba nie będzie za dużo, boć i prowincya również musi być w niego zaopatrzona. Kontrola oczywiście, jak nad aptekami, i w tym razie będzie rządowa, ale inicjatywa prywatna winna być uznana i niekępowana.

— Podobno rada gubernialna dobroczynności publicznej zamierza wydelegować lekarza do zwiedzenia zagranicą instytutów szczepienia surowicy przeciwbłonicowej. Byłby to więc już trzeci delegat w tymże samym celu wysłany, który chyba nie ograniczy się na zwiedzeniu rzeczonych instytutów, lecz obezna się ze sposobem przygotowywania surowicy leczniczej i w przyszłości weźmie udział w jej produkcji. Co się zaś tyczy samej metody leczniczego postępowania, a mianowicie sposobu wykonywania iniekcji, ilości wprowadzanej pod skórę lecni-

czej surowicy, lub częstości iniekcji, to rzecz ta już dostatecznie została wystudyowana i z dnia na dzień materyał w tym względzie wzrasta.

— Pisma codzienne donoszą, iż jedna z dam tutejszych podjęła myśl zaopatrzenia naszego miasta w instytucję dozorczyń chorych. Niektóre z pism przypuszczają, iż będzie to kantor dozorczyń, inne znów, omijając tę nazwę, zaznaczają, że będzie to instytucja filantropijna, nie mająca na celu materyalnych zysków. Jakkolwiekby się podobna instytucja nazywała i ktokolwiek byłby jej inicjatorem, zawsze wielką wyświadczy usługę, jeśli myśl tę urzeczywistni. Brak bowiem odpowiednio przygotowanych dozorczyń chorych zarówno lekarzom jak i publiczności dotkliwie czuć się daje, szczególnie gdy chodzi o pielęgnowanie chorych, chorobie zakaźnej uległych. Dozorczyń takich nie mogą zastąpić ani siostry miłosierdzia, polem działania których jest wyłącznie szpital i których liczba jest nieznaczna, ani też obsługa felerzka, bardzo droga, a więc dla ludzi niezamożnych niedostępna. Brak podobnej instytucji w mieście półmilionowem — instytucji, któraby z czasem mogła swą działalność rozciągnąć i na prowincję, jest stanem w najwyższym stopniu nienormalnym. Na pochwałę jednak naszego społeczeństwa powiedzieć należy, iż oddawna starania w tym kierunku przedsiębrało, i to niejednokrotnie. Może obecna inicjatorka będzie szczęśliwsza, czego jej w interesie ogółu szczerze życzyć należy.