

MEDYCYNĄ.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
 dla lekarzy-praktyków.

TREŚĆ. Prace oryginalne. Przyczynek do nauki o psychozach peryodycznych i o pojmowaniu zбоceń zmysłowych, podał K. Rychliński. (Dalszy ciąg). — O śmiertelnych powikłaniach chorób ucha, opracował D-r Teodor Heiman. (Dalszy ciąg). — Streszczenia i Wyciągi. 143. Choroba Basedowa i gruczoł tarczowy. 144. O leczeniu obrzęku śluzowego. — Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego. Posiedzenie z dnia 27 listopada r. b. — W sprawie leczenia błonicy surowicą krwi. — Drobniejsze wiadomości różnej treści. — Wiadomości bieżące. — Zmarli. — Ogłoszenia.

„Medycyna“

GAZETTE MEDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r K. Rychliński — Considerations sur les psychoses periodiques. 2) D-r T. Heiman — Complications léthales des maladies de l'oreille.

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

„Medycyna“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r K. Rychliński — Zur Lehre von den periodischen Psychosen. Was verstehen wir unter Sinnestäuschungen? 2) D-r T. Heiman — Ueber tödtliche Complicationen der Ohrenkrankheiten.

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

Z KLINIKI CHORÓB NERWOWYCH I UMYŚLOWYCH UNIWERSYTETU
 WARSZAWSKIEGO.

Przyczynek do nauki o psychozach peryodycznych i o pojmowaniu zбоceń zmysłowych

podał K. Rychliński, ordynator kliniki.

(Dalszy ciąg. — Zob. Nr. 49).

Nauka o pierwotnem obłąkaniu jest nabytkiem ostatnich 2 czy 3-ch dziesiątków lat, bo chociaż cierpienie to znane było dawniej, lecz doczekało się opracowania klinicznego zaledwie kilkanaście lat temu. Aliści od tego czasu i w tym kierunku postęp naznaczył swoje piętno, gdyż obecnie coraz częściej i głośniej zaczynają zupełnie słusznie przemawiać, że oprócz chronicznego obłąkania istnieje ostra forma tego cierpienia (*paranoia hallucinatoria acuta*), która zjawia się nie tylko u osobników obarczonych dziedzicznością lub z nabytem zwyrodnieniem umysłowym, lecz i u zdrowych, że bardzo często kończy się zupełnem wyzdrowieniem. Ostre to cierpienie według zdania wielu specjalistów nie ma nic wspólnego z pierwotnem obłąkaniem i do grupy zбоceń umysłowych, powstających skutkiem upośledzonego rozwoju mózgu, zaliczone być nie może. Główne objawy ostrego omamowego obłąkania są:

1) Zjawienie się nadzwyczajnej ilości najróżnorodniejszych złudzeń słuchowych, wzrokowych i innych zmysłów. Chory tak jest zajęty przesuwanymi się przed jego oczami obrazami, z taką uwagą wsłuchuje się w mowę czy to duchów, czy innych, niewidzialnych dla oka zdrowego człowieka, przesładowców swoich, że nie zwraca najmniejszej uwagi na otaczające go warunki. O takim chorym śmiało rzec można, że żyje swoim wewnętrznem życiem, a nie realnem, które wre koło niego.

2) Świadomość chorego bywa nadzwyczaj silnie zamglona, pamięć jednak przebytych strasznych chwil dosyć drobniawo bywa zachowana.

Nie będę się rozszerzał nad tem cierpieniem, gdyż nie stanowi ono przedmiotu niniejszej mojej pracy, zwrócę jednak uwagę, że gdyby mnie zapytano, z czem miałem do czynienia, obserwując przebieg jednego napadu u Chr., nie wiedząc *nota bene* nic o peryodycznym zjawianiu się tych napadów, nie ulega wątpliwości, że na zasadzie relacji, jaką mi dał sam chory, powstawszy z łoża niemocy, orzekłbym, że miałem do czynienia z ostrem omamowem obłąkaniem. Jeżeli zaś każdy poszczególne napad wytrzymuje krytykę rozpoznania ostrego omamowego obłąkania, zdaje się, że całość choroby, od pierwszych chwil jej powstania aż do obecnej pory zupełnie słusznie może być nazwaną *paranoia hallucinatoria periodica*. Lecz może słusznie kto zauważyć, że chory nasz miewa tylko obostrzenia na tle stałych zboczeń umysłowych? Otóż zdaje mi się, że pytanie to należy rozstrzygnąć tak: Chr..., nie ulega wątpliwości, jest osobnikiem psychopatycznym, czerpie część swoich sądów o rzeczach z tych przeróżnych urojeń w czasie napadu, które każą mu obserwować bliżej gwiazdy i księżyc, zajrzeć w mętne fale morskie, oglądać oblicze Boga, staczać walki, przemyślać o ruchu atomów i o powstawaniu życia i t. d. i t. d.; lecz, zdaje się, w przerwach między napadami niczem anormalnem nie odznacza się i zasługuje na miano zdrowego człowieka pręcej, niż wielu innych. Być może, że psychiatra uważny znajdzie u Chr... w jego *intervalla lucida* pewną zapalność do kwestyi mniejszej wagi, pewien upór w sądach, pewną skłonność do abstrakcyjnego myślenia; lecz zważywszy system wychowania jego, chaotyczne i niezupełne wykształcenie, dziwić się temu nie może. Wszak dziedzicznie obciążony dzieciak chowany był przez słabą i niezdającą sobie sprawy z następstw matkę, jako genialne dziecko; radością i chlubą przepełnione było jej serce, skoro ukochany jej 6-cio letni Ignas olśniewał zebrane kumoszki deklamacyą całych ustępów z „Pana Tadeusza“, a rozwiązanie zagadnienia: dla czego trzymana prostopadłe szklanka dnem do góry nie napenia się wodą, zyskiwało mu miano drugiego ARCHIMEDES’a i wynagradzane bywało cukierkami, ciastkami i t. p. materyalną zachętą do oderwanego myślenia, do ćwiczenia swej pamięci niezrozumiałym dla niego balastem. Wszak obserwacja nas uczy, że podobnie praktykowana pedagogia, uprawiana względem zdrowych dzieci, przysparza tylko szereg umiających coś, ale nie porządnie. Cóż dziwnego przeto, że tak chowane dziecko, którego mózg prawem niezbadanej dziedziczności od urodzenia nosił silne piętno „konstytucyi neuropatycznej“, tem snadniej poszło po raz wskazanej drodze i dzisiaj Chr... posiada wszystkie cechy umysłu zdolnego lecz niewykształconego.

Na zakończenie 1-szej części niniejszej pracy dodać muszę, że obserwowana przez KAUSCH’a u jego chorej utrata wagi ciała znajduje potwierdzenie i w naszym przypadku, Chr... bowiem przy krótkotrwałym nawet napadzie traci na wadze $1\frac{1}{2}$ do $2\frac{1}{2}$ klgrm., przy dłuższych zaś napadach spostrzegaliśmy utratę, dochodzącą do 7 klgrm. Mamy prawo przypuszczać, że utrata owa stoi w związku nie tylko z mniejszem zapotrzebowaniem pokarmów przez chorego, lecz i z upośledzeniem w odżywianiu się całego organizmu, wywołanem przez samą chorobę. Chr... tylko przez kilka pierwszych dni swojej peryodycznej choroby zrzuca podawane mu pożywienie, później jednak zjada zazwyczaj z apetytem dawaną mu mocną porcyę szpitalnego jedzenia wraz z dodatkową porcyą mleka.

II.

Przypadek chorobowy, który powyżej przytoczyłem, ma dla nas niepoślednie znaczenie i z innego jeszcze punktu widzenia. Jak czytelnik mógł z możliwie krótkiego opisu mego wywnioskować, napad u Chr... zaczyna się stanem podniecenia, które się wzmacnia z każdym dniem; stopniową utratą łaknienia i snu, przerywanego zbyt jaskrawymi sennymi obrazami; aż wreszcie kończy się okresem przywidzeń, które sam chory tak jaskrawo opisuje. Dodać jednak dla większej pełności klinicznej strony winieniem, że wraz z podnieceniem, a często przed jego nastąpieniem, spostrzegać możemy u chorego napięte tętno i nierówne źrenice. Objawy te, o ile wskazuje moja obserwacja, są nieomylnymi zwiastunami zbliżającego się napadu choroby. Bardzo często nasz chory przez kilka pierwszych dni okresu ostatniego, t. j. okresu przywidzeniowego, zrzuca wszystkie podawane mu pokarmy. Najciekawszy okres przywidzeń w naszym przypadku zawiera tyle ciekawego materiału, że nie sposób go wyzyskać tak, jakby się chciało. Krytyka naszego umysłu nie jest w stanie naraz podolać tym mnogim pytaniom, jakie się nasuwają przy odczytywaniu każdego niemal obrazu, który się przesuwał przed chorobliwą wyobraźnią naszego pacjenta, poprzestać przeto musimy na rozpatrzeniu głównych pytań, które w obecnej nauce zaprzatają niejednen umysł. Jednym z pierwszych nierozstrzygniętem pytaniem jest w danym przypadku—do jakiej kategorii zbroczeń zmysłowych zaliczyć winniśmy większość tych widziadeł, o których wspomina chory? Weźmy, na przykład, słowa chorego: „zdawało mi się, że na czele wojska zdobywam pod gradem kul nieprzyjacielskich most na Wiśle, przeprowadzam szczęśliwie utarczkę i minami wysadzam przebytą drogę, nieprzyjaciel zaś pali i niszczy statki nasze“. W kilku tych wierszach pomieścił nasz chory opis krwawych scen, których uczestnikiem i niemal sprawcą był sam. W chwili, gdy one rozegrywały się przed jego wyobraźnią, on sam tak silnie wierzył w rzeczywistość ich, tak moralnie był przeświadczony o realności ich, że każdemu z nas słuszenie zdawałoby się mogło, iż chory miał w owej chwili rzeczywiste omamy wzrokowe i słuchowe (niezbędne do odtworzenia sobie procesu wysadzania minami). Jeżeli jednak zechcemy analizować opis chorego, to przedewszystkiem zwraca naszą uwagę to „zdawało mi się“, którym zaczyna nasz autor opis niemal każdej sceny, przesuwał się przed nim w czasie napadu. Z tego słowa wynika, że to coś obcego, które wkrada się do jego świadomości w czasie choroby, dla niego samego jest czemś obcym, nie w tem jednak znaczeniu, jak na przykład widok dyabła lub głos piskliwy, wychodzący ze ściany lub z pod podłogi, o których opowiadają nam inni chorzy. Ci ostatni mówią nam wprost „widziałem dyabła tak i tak wyglądającego“, „słyszałem głos taki a taki“, ale nigdy nie powiedzą „zdawało mi się, że widziałem dyabła“, lub „zdawało mi się, że słyszałem“ i t. d. Dla nich ten widok lub głos jest czemś rzeczywiście istniejącym, jest czemś, co ma wszystkie cechy przedmiotowości. Chory taki i po wyzdrowieniu na samo wspomnienie tych strasznych chwil otrząsa się całym ciałem i nie powie, że wtedy zdawało mu się. Pomińmy jednak to „zdawało mi się“, gdyż przypuszczam, że może być mało przekonującym, to i wtedy zjawia się pytanie, czy rzeczywiście nasz chory mógł widzieć z najdrobniejszymi szczegółami te siły zbrojne, na czele których sam stanął, czy mógłby nam z namacalną niemal plastycznością opowiedzieć widok wybuchu min lub pożaru niszczącego jego statki? Wątpię, — gdyż według mego zdania podobnie złożonych obrazów w czasie rze-

czywistych omamów nie sposób obserwować, przez co jednak nie chcę utrzymywać, by nasz chory nie miał rzeczywistych tych zbroczeń zmysłowych; przeciwnie miewa je, z tą różnicą, że nie wyłącznie one zajmują umysł chorego w czasie napadu, lecz obok nich istnieje znaczna ilość zbroczeń zmysłowych nieco innego charakteru. Rzeczywiste omamy nie tylko nie wykluczają, lecz powołują wraz z sobą obejmowanie rzeczywistych przedmiotów, czyli inaczej mówiąc, przy rzeczywistych omamach niezbędne jest otrzymywanie wrażeń i od realnych przedmiotów, przy podobnie zaś złożonych obrazach niepodobieństwem jest, by to życie realne, które wre koło chorego, odtwarzało się w jego umyśle. Obrazy, o których opowiada nam chory, są pozbawione przedmiotowości, chory jest nimi przejęty, wierzy w istnienie ich, lecz bezwiednie niemal poczuwa się do tego, że są one wytworem jego wyobraźni, nie zaś namacalnie istniejącymi. Ta niepochwytana niemal różnica subiektywnego pocucia, o jakiej wie tylko ten, kogo nawiedzają podobne widziadła, o której trudno jednak przemawiać piórem, stanowi główną różnicę między rzeczywistymi omamami i tymi stanami, o których nam wspomina chory.

Stany podobne znane są w nauce pod mianem rzekomych omamów (*pseudohallucinationes*) i zawdzięczają swoje określenie HAGEN'owi, który pierwszy o nich przemówił. Według tego autora pod mianem rzekomych omamów powinniśmy rozumieć takie stany, kiedy chorzy opowiadają wymyślone przez siebie historie, których jednak w rzeczywistości ani nie słyszeli, ani nie widzieli. Do tej kategorii zaliczyć można:

- 1) Przypadki, w których zamiast omamów istnieją tylko urojenia, wywołane chorobliwie podnieconą fantazyą. Chorzy tacy, zwracając uwagę na objawy życia zewnętrznego, tworzą dla siebie samych świat fantastyczny, urojony, w którego osobnych scenach sami odgrywają rolę.
- 2) Przypadki, w których złudzenia pamięciowe dawno minionej przeszłości brane są za fakt obecnie istniejący.

KANDINSKI, uznając słuszność wniosków HAGEN'a co do odróżniania omamów rzekomych od rzeczywistych, niezupełnie się zgadza z określeniem, które daje ten autor. Według KANDINSKI'ego wrzekomymi omamami winniśmy nazywać taki stan, przy którym istniejące podniecenie zmysłowych ośrodków mózgowia wywołuje nadzwyczaj jasne i określone obrazy, różniące się jednak od rzeczywistych omamów brakiem przedmiotowości. Chory sam zaznacza, że do tych przywidzeń wkłada wiele subiektywizmu. Od wspomnień zaś i od wytworów zbyt wybujałej fantazyi według KANDINSKI'ego rzekome te zbroczenia zmysłowe różnią się:

- 1) Tem, że rzekome omamy bez porównania są wyraźniejsze i plastyczniejsze; wszystkie drobiazgi (wymiary, barwy, składowe części i t. p.) zjawiają się w świadomości osobnika jednocześnie, jednocześnie jednak i giną z umysłu jego, lecz nie częściowo, jak to bywa przy jaskrawych wytworach pamięci lub fantazyi. „A więc, mówi KANDINSKI, nieprzerywalność (*Stetigkeit*) zjawiska, zmysłowe wykończenie jego, opracowanie we wszystkich najdrobniejszych szczegółach — stanowi pierwszą odróżniającą cechę rzekomych omamów“.

- 2) Tak u chorych, jak i u zdrowych rzekome omamy zjawiają się pomimo woli osobnika, niezależnie od jego świadomości, wywołać zaś jaskrawe wspomnienia lub wprowadzić w grę swoją fantazyę można dowolnie. „Samowola w powstawaniu i znikaniu rzekomych tych zbroczeń zmysłowych stanowi drugą ich cechę“, mówi KANDINSKI.

3) Zwykle pomiędzy oddzielnymi rzekomymi omamami nie ma związku logicznego.

4) Opanowany rzekomymi omamami nie doznaje uczucia, że jego umysł pracuje, gdy tymczasem żyjący fantazyą, lub wywołujący wspomnienia dobrze wie, iż jego machina myśląca pracuje. „To nie poczuwanie pracy własnego mózgu stanowi 4-tą główną cechę rzekomych omamów i zauważyć się daje tak u zdrowych, jak i u chorych“ mówi KANDINSKIJ.

5) Rzekome omamy u chorych, np. melancholików, bardzo często noszą cechę natrętności i sprawiają choremu ból i męczarnie, gdy tymczasem te same stany u zdrowych (przedsenne [hypnagogiczne] omamy BAILLARGER) nie mają tej własności. Lecz pomiędzy rzeczywistymi i rzekomymi omamami istnieje według pojęć KANDINSKI'ego różnica i pod względem miejsca powstawania tych i tamtych w mózgu chorego. Dla zrozumienia jednak tego muszę choć w kilku słowach wspomnieć o tych teoriach, które omawiają przyczynę powstawania rzeczywistych zbroczeń zmysłowych.

Każde wyobrażenie, zanim powstanie, musi przejść następujące okresy: Bodziec zewnętrzny, działający na którykolwiek zmysł nasz zapomocą swiego procesu w stosownych nerwach, dochodzi do ośrodków podkorowych, gdzie, jak utrzymuje MEYNERT, a wcześniej GRIESINGER i inni, z procesu czysto fizycznego przeistacza się w proces psychologiczny i już jako taki przechodzi do stosownych korowych ośrodków zmysłowych. W tych ostatnich, jak na płycie fotograficznej się utrwała, łącząc się drogą włókien asocjacyjnych z pokrewnymi sobie pojęciami tak co do formy i przestrzeni, jak co do porządku, w jakim utrwaliły się. Oprócz jednak korowych ośrodków zmysłowych, mózg nasz, a szczególnie jego zrazy czołowe, posiada wyższe, niż odtwarzanie zmysłowych wyobrażeń, posłannictwo. WUNDT drogą teoretyczną, klinika zaś drogą praktyczną przekonywa nas, że w zrazach tych grupują się najwyższe funkcje naszego duchowego „ja“.

Stosownie do drogi, jaką przechodzi każde podrażnienie zmysłów, nim się stanie wyobrażeniem, przypuszczano, że litylko zmieniona funkcya obwodowych przyrządów zmysłowych może wywołać omamy zmysłowe. Zwolennicy tej obwodowej teorii przypuszczali, że jakieś mało lub wcale nieznane nam sprawy patologiczne na siatkówce np. mogą wywołać omamy wzrokowe, i dopiero, gdy dowiedzionem zostało, że i ślepi i głusi niewidzą omamy, starano się wytłomaczyć powstawanie ich jakąś sprawą patologiczną w korze mózgowej. Zwolennicy tej duchowej teorii przypuszczali, że podrażnienie pewnej okolicy kory mózgowej wywołuje omamy wzrokowe, innej słuchowe i t. p. Komunikat jednak SEPILLI'ego o jednostronnych omamach wzrokowych, jakie autor ten miał sposobność spostrzegać u pewnej chorej, poderwał, zdaje się, zbyt jednostronną naukę zwolenników duchowej teorii i powołał do życia teorię MEYNERT'a, według nauki którego wszystkie omamy i złudzenia zależą litylko od podrażnienia ośrodków podkorowych. Znakomity ten psychiatra przypuszcza, że podmiotowość, jaką się odznaczają wszystkie omamy, może powstać litylko w ośrodkach podkorowych, kora zaś mózgowa może dać odtworzenie utwalonych wrażeń zmysłowych, które jednak pozbawione będą przedmiotowości. Przeciw temu uogólnieniu przyczyn powstawania zbroczeń zmysłowych powstał TAMBURINI. Według tego autora powinniśmy rozróżniać kilka rodzajów omamów: 1) omamy czysto duchowe; 2) omamy zależne od podrażnienia korowych ośrodków zmysłowych i 3) omamy zależne od podrażnienia dróg zmysłowych do kory mózgowej.

Teorya TAMBURINI'ego nic nowego jednak nie przyniosła, podobny bowiem podział projektowali wcześniej HEERMAN, LAZARUS, STEINTHAL, KAHLBAUM i inni, i chociaż są pewne różnice pomiędzy poglądami ostatnich tak między sobą, jak i względnie do teoryi TAMBURINI'ego, zasada jednak tu i tam jest jedna i ta sama.

Ważny krok naprzód uczynił wyżej notowany KANDINSKIJ. Autor ten między innymi pytaniami stara się krytycznie rozpatrzyć, czy możliwe są czysto duchowe omamy i omamy zależne litylko od podrażnienia korowych ośrodków zmysłowych? Wychodzi KANDINSKIJ z tego założenia, że każde zboczenie zmysłowe działa na osobnika tak, jak wrażenie zmysłowe, otrzymane od realnego przedmiotu, czyli że każde podrażnienie ośrodków intelektualnych i zmysłowych winno się rozszerzyć aż do obwodowych narządów zmysłowych, i mówi tak: „czy to podrażnienie ośrodków korowych powinno przechodzić temi samymi drogami, które zazwyczaj przeprowadzają tylko dośrodkowe bodźce, czy też innymi drogami? Ma się rozumieć, że dziwnem by się wydawało przypuszczenie, że półkule mózgowe posiadają inny system włókien, przeznaczonych (gdyby człowiek miał dostać obłądu) do odtworzenia omamów“.

KANDINSKIJ z całą usilnością powstaje przeciw antyfizyologicznemu przypuszczeniu o odśrodkowem przeprowadzaniu wrażeń zmysłowych i, zgadzając się w głównych zarysach z teoryą MEYNERT'a, przypuszcza, że ze względu na przedmiotowość, jaką się odznaczają omamy, uczestnictwo ośrodków podkorowych przy ich powstawaniu jest niezbędne i nieodzowne. Podrażnienie litylko korowych ośrodków zmysłowych może wywołać zboczenie zmysłowe, które pod wielu względami zasługuje na miano rzeczywistych omamów, które jednak nie posiadają tej doskonalej w szczegółach cechy realności, jaka zwykle bywa przy omamach. KANDINSKIJ podobne zboczenia nazywa omamami wrzekomemi i uważa, że powstają one w ośrodkach zmysłowych i mniej już w ośrodkach intelektualnych. Zbliżając się znacznie do rzeczywistych omamów, rzekome te zboczenia zmysłowe nigdy w nie nie przechodzą. Jak wiadomo, rzeczywiste omamy zdarzają się u ludzi zdrowych, że wskażę na Lutra, Goethe'go i innych, są one jednak przejawem chorobliwym i całkowicie zaliczone być winny do patologii. A rzekome omamy—czy również są objawem patologicznym, czy też przytrafiają się wśród normalnych warunków?

Trudno kategorycznie odpowiedzieć na to pytanie. Biorąc rzecz z teoretycznego punktu widzenia, nie ulega wątpliwości, że każde takie zboczenie zmysłowe winniśmy zaliczyć do objawów chorobliwych. Przetwory makowca, wyciąg z konopi indyjskich (*extr. cannabis indicae*), jak uczy doświadczenie, u zdrowych ludzi mogą wywołać wrzekome omamy, gdy tymczasem alkohol zdaje się przeciwdziałać powstawaniu ich (po zaprzestaniu działania wyskoku zjawiają się one w zdwojonej liczbie); lecz stany wywołane tymi środkami słusznie zwiemy stanami patologicznymi. Z drugiej jednak strony w normalnem życiu każdego niemal człowieka codziennem prawie zjawiskiem są stany bardzo zbliżone do wrzekomych omamów. Mam tu na myśli senne marzenia. Rzeczywiście, jeżeli zechcemy analizować te objawy, to zauważymy z punktu widzenia teoretycznego wiele wspólnych cech między nimi i wrzekomemi omamami: ta sama nieprzerywalność zjawiska sennego, to drobiazgowe zmysłowe wykończenie, ta samowola w powstawaniu i znikaniu sennych mar, ta nie logiczność, jaką się odznaczają poszczególne senne obrazy i to wreszcie przeświadczenie, że wyobraźnia nasza nie przyjmuje najmniejszego udziału w wytwarzaniu nieraz bardzo ułudnych widziadeł, stanowią nieodłączne własności sennych mar.

(D. c. n.).

O śmiertelnych powikłaniach chorób ucha

napisał D-r Teodor Heiman.

(Dalszy ciąg.—Zob Nr. 49).

Opisane postacie kliniczne nie wyczerpują bynajmniej wszystkich obrazów, pod jakimi powikłania śmiertelne chorób ucha wystąpić mogą. Ponieważ, jak wspomniałem wyżej, czyste postacie anatomiczne są rzadkie, a zwykle bywają z sobą kombinowane w rozmaitym stopniu, przeto stosownie do tego i obrazy kliniczne najróżnorodniej przedstawić się mogą. Rozpoznanie zatem tej lub owej postaci chorobowej przy różnorodności objawów, przy niejednostajnem występowaniu ich, przy przebiegu bardzo zmiennym, o ile daje się skutecznie w pewnych razach, o tyle w wielu innych znowu może przedstawiać bardzo wielkie trudności i nierzadko być tylko prawdopodobnem.

Mając przed sobą chorego z jakimikolwiek objawami okresu utajonego, musimy zastanowić się nad następującymi momentami: 1) Czy dane objawy są zależne od cierpienia ucha, lub też nie? 2) Jaka jest natura danego cierpienia ucha? 3) Czy dane objawy stanowią następstwo zaburzeń czysto czynnościowych, czy też są wynikiem zmian głębszych i groźnych dla życia? Gdy choroba weszła w okres ostry i manifestuje się pod postacią najróżnorodniejszą, należy ją odróżnić od postaci chorobowych, za które łatwo może być wzięta. Rozpoznawszy nareszcie cierpienie jamy czaszkowej lub krwi pochodzenia usznego, lekarz powinien określić dyagnozę anatomiczną danego cierpienia i, o ile to jest możebne, dokładnie oznaczyć postać kliniczną, jaką ma przed sobą.

Wiele z objawów okresu utajonego powikłań mózgowych przy ropieniach ucha i cierpieniach kości skalistej napotykamy w innych chorobach, nie mających nic wspólnego z chorobą ucha. Nadanie objawom tym właściwego znaczenia możebne jest tylko przy dokładnej znajomości tych wszystkich postaci chorobowych, którym one towarzyszą, i nabierają one własności dopiero wtedy, gdy wszelkie inne cierpienia mogą stanowczo być wykluczone, oraz gdy choroba ucha jest tego rodzaju, że przy niej obawiać się należy istnienia głębszych zmian materjalnych w jamie czaszkowej. Szczegółowy rozbiór wszystkich objawów okresu utajonego, przy jakich chorobach one występować mogą, zaprowadziłby nas zadaleko i nie odpowiadałby zakresowi pracy niniejszej. Dla przykładu zastanowimy się w krótkości nad jednym z objawów okresu utajonego: nad zawrotami głowy. Mogą one być następstwem przekrwienia mózgowego, mogą być pochodzenia padaczkowego, żółdkowego, sercowego i t. d.; nareszcie mogą być pochodzenia usznego, nie stanowić jednak objawu tego znaczenia, jakie one mają przy powikłaniach śmiertelnych. Tu należą zawroty z przyczyny nagromadzenia się woszczku w uchu, chwilowego zatkania się trąbki EUSTACHIUSZA i t. p.

Przy zawrocie głowy, zależnym od przekrwienia mózgu, przytomność umysłu nie wraca tak szybko, jak przy zawrocie usznym; pierwszemu nie towarzyszą zaburzenia słuchowe i wstęp do niego stanowią złudzenia wzrokowe i słuchowe. W zawrocie głowy padaczkowym istnieje zupełna utrata przytomności; w zawrocie usznym najczęściej przytomność jest zupełna, albo do pewnego stopnia zachowana. Epileptyk wraca do przytomności, nie wiedząc

o tem, co się z nim stało; chory uszny dokładnie pamięta o wszystkich przypadłościach napadu. Nareszcie u tego ostatniego zawsze słuch do pewnego stopnia na jedno lub obydwie uszy jest upośledzony. Współczesne zmiany w narządzie słuchowym u epileptyków są rzadkie.

Zawrót żołądkowy przypada zawsze z innemi przypadłościami ze strony żołądka i zwykle występuje przy pustym żołądku, a może ustać po przyjęciu pokarmu. Zresztą i tu słuch jest prawidłowy. Ma się rozumieć, że istnieje może współczesne cierpienie uszne i w takich razach ścisły rozbiór wszystkich objawów da nam poznać właściwą przyczynę zawrotu. W ten sposób rozbieramy wszystkie inne przyczyny zawrotu i gdy dochodzimy do wniosku, że zawrót w danym przypadku jest wyłącznie pochodzenia usznego, badamy narząd słuchu, ażeby bliżej określić charakter danego zawrotu: czy jest on tylko pochodzenia zwrotnego, czy też stanowi jeden z objawów okresu utajonego śmiertelnych powikłań.

Niektóre, lub znaczna część objawów, napotykanych w okresie utajonym, właściwe są też ostremu zapaleniu ucha średniego oraz przewlekłemu nieżyłowi jamy bębnekowej. Przy ostrem zapaleniu ucha średniego napotykamy często ociężałość głowy, odurzenie i zawroty bardzo znacznego natężenia, a w wyższych stopniach zapalenia istnieje ogólna drażliwość, wymioty, bezsenność, majaczenie. Objawy te wraz z gorączką dają zbiór bardzo zbliżony do zapalenia opon mózgowych. Szczególnie u dzieci obraz ten jest wybitny, u nich bowiem często przyłączają się jeszcze drgawki pojedynczych grup mięśniowych lub całego ciała. Z chwilą pojawienia się wycieku ropnego wszystkie objawy znikają, jakby ręką były odjęte. Czasem zaś są one rzeczywiście wstępem do śmiertelnego zapalenia opon mózgowych. We wszystkich tego rodzaju przypadkach nadzwyczaj ważne jest dokładne zbadanie ucha; wczesna i należyta pomoc u wielu bardzo chorych zapobiegnie wybuchowi powikłań śmiertelnych. Zapalenie ucha, występujące jako powikłanie choroby ogólnej, jakoto: tyfusu, róży, ospy, szkarlatyny, zapalenia płuc krupowego etc., bywa zupełnie zamaskowane skutkiem objawów ogólnych; występujące przytem powikłania mózgowe kładzie się wyłącznie na karb choroby ogólnej. Objawy mózgowe przy zapaleniu ropnem ucha średniego od prawdziwego zapalenia mózgu różnią się tem, że bóle i majaczenie przy pierwszym występują z nocnymi nasileniami. Co się tyczy zapaleń ucha, wikłających choroby ogólne, ostre, to pierwsze zwykle występują przy zmniejszaniu się ostatnich, tak, że gdy choroba zasadnicza już zdaje się kończyć, występuje cały szereg nowych, często groźnych objawów.

Przewlekły nieżyt jamy bębnekowej może także być przyczyną zawrotów przemijających, a nawet stałych. I tu chory może mieć szumy rozmaitego natężenia, które w rzadkich przypadkach rodzą nawet skłonność do samobójstwa; rozwija się z czasem ciężkość głowy, objawy ucisku mózgu, nerwobóle piątej pary; chory traci chęć do pracy, pamięć jego słabnie i rozwija się hypochondrya. Jednem słowem mamy znowu przed sobą cały obraz okresu utajonego powikłań śmiertelnych. Dokładne zbadanie ucha uchroni od podobnych powikłań w podobnych razach.

Lecz nawet w ropieniach ucha przewlekłych, będących najczęściej punktem wyjścia do powikłań śmiertelnych, objawy mózgowe nie stanowią jeszcze dowodu, że mamy rzeczywiście przed sobą owe ciężkie i groźne zwiastuny. Podobne objawy bywają czysto czynnościowe, zależą od zatrzymania ropy i mogą ustąpić wraz z usunięciem momentu podtrzymującego je. Chcąc je

należycie ocenić, trzeba zastanowić się nad wielu ważnymi pod tym względem czynnikami. Trzeba się przekonać, czy kość skalista jest zdrowa lub też uległa próchnieniu; rozpoznanie zresztą bywa często bardzo trudne i tylko prawdopodobne, zyskujące na pewności dopiero albo przez bezpośrednie zbadanie zapomocą zgłębnika — rękoczynu wymagającego wielkiej wprawy i niebezpiecznego, — albo też po zbadaniu ropy drobnowidzem. Przebieg choroby, czas trwania jej, stan ogólny chorego, charakter bólów usznych, powiększanie się ich w nocy, ropienie, nie ustępujące pomimo leczenia, wytworzenie się polipów w jamie bębenkowej, ropnie na wyrostku sutkowym; ropa cuchnąca, obfita, rzadka, zmieszana z prążkami krwistymi, — wszystko to nie stanowi jeszcze dowodu próchnienia kości. Trzeba też zwrócić uwagę na wszelkie warunki i okoliczności, które poprzedziły chorobę. Jeżeli zatem przy ropieniu przewlekłym udało nam się stwierdzić próchnienie kości i przy niem wystąpi ten lub ów objaw okresu utajonego, będzie on wtedy poważniejszego znaczenia. Brak próchnienia kości nie odejmuje wszelako znaczenia tym objawom; wskazaliśmy bowiem wyżej, jak różnorodnymi drogami zapalenie i ropienie przedostać się może z ucha do jamy czaszkowej. Są zresztą wyjątkowe przypadki, które za życia żadnych lub prawie żadnych oznak obiektywnych ropienia z ucha nie dają, a pomimo to znajdujemy je, oraz powikłania, jakie wywołały, przy oględzinach pośmiertnych (BINSWANGER)²¹⁾.

Są przypadki, rzadkie wprawdzie, w których przy sprawie ropnej przewlekłej błona bębenkowa jest nienaruszona, ropa zaś wydziela się przez trąbkę EUSTACHIUSZA do ust. Chorzy tacy skarżą się na ból w uchu ciągły lub przemijający, rozmaitego rodzaju szumy, upośledzenie słuchu, a gdy ropa czasowo nie ma ujścia, występują natychmiast objawy mózgowe, które po wylaniu się ropy do ust ustępują. Chorzy tacy mają niecznośną woń z ust, wypływają masy ropne czasem krwisto zabarwione, pokarmy mają dla nich smak wstrętny; po pewnym czasie giną oni bez widocznej przyczyny, jeżeli uwaga nie była zwrócona na ucho. Podejrzewa się cierpienie żołądka, płuc, jam nosowych, aż dopóki nie wybuchną objawy mózgowe, a wtedy niestety wszelka pomoc najczęściej jest bezpożyteczna; w kości skalistej rozwinęło się znaczne próchnienie, zaś objawy mózgowe doszły do takich rozmiarów, że wyzdrowienie staje się prawie niemożliwym.

Nie mogąc w pewnych razach ustanowić związku między cierpieniem ucha i objawami mózgowymi, zawsze lepiej uczynimy, gdy przy ropieniach przewlekłych z ucha zwrócimy baczniejszą uwagę na przejawiające się objawy okresu utajonego. W podobnych razach jeden moment jest nader ważny; a mianowicie: gdy podejrzewamy, że istniejące objawy są zależne od zatrzymania ropy i gdy po usunięciu tego czynnika objawy podejrzane nie ustępują, w takim razie stanowczo zależą one od głębszych spraw chorobowych w mózgu.

Pamiętać też trzeba, że objawy mózgowe mogą być pierwotne, zaś zmiany ze strony ucha następne, wtórne. Wówczas atoli niema żadnych zmian obiektywnych w uchu; przyczyny, wpływające na podrażnienie mózgu, jak np. smutek, zmartwienie, powiększają widocznie objawy uszne, i jeżeli udaje się usunąć przyczynę, która spowodowała objawy mózgowe, stan ucha *resp.* słuch poprawia się równoległe z tem. Są nareszcie przypadki, gdzie niepodobna jest określić, czy zmiany chorobowe w uszach i objawy mózgowe stoją

²¹⁾ Zur Pathogenese des Hirnabscess. Bresl. aertzliche Zeitschrift 1879.

ze sobą w ścisłym związku, czy też powstały jednocześnie pod wpływem jednej przyczyny.

Z tego wszystkiego wynika, że objawów mózgowych przy przewlekłych ropieniach z ucha nie można uważać przez to jedynie, że towarzyszą temu cierpieniu, za następstwa zmian mózgowo-materyalnych; ażeby dyagnoza była pewną, musi się opierać nie tylko na istnieniu jednoczesnym tych dwóch czynników, ale nadto na stopniu uszkodzenia ucha, na okolicznościach, które poprzedziły, które towarzyszą lub idą za zmianami mózgowymi.

O tem pamiętać należy, że przy przewlekłym ropieniu każde wstrząśnienie mózgu, nawet czysto czynnościowe i zależne od zatrzymania ropy, które może być do usunięcia, jest bardzo ważne pod względem dyagnostycznym i prognostycznym i że między objawami, zależnymi od zatrzymania ropy, czysto czynnościowymi, odruchowymi a materyalnymi, rozpoznanie często jest niemożliwe, — tak liczne są stopnie przejściowe, tak one są podobne do siebie. Czas trwania, powtarzanie się przypadłości, ich zmienność, wystąpienie jednego objawu umiejscowionego, mniej lub więcej stałego, będą w rzeczywistości jedynymi momentami, na których możemy oprzeć się dla otrzymania szukanej różnicy. Pewne punkty oparcia możemy też otrzymać z tętna, ciepłoty ciała i z badania dna ocznego; szczególnie to ostatnie może nam wykazać zboczenia nie tylko w okresie końcowym choroby, ale nawet w okresie utajonym.

Skoro choroba weszła w okres ostry, powinniśmy ją rozpoznać i odróżnić od chorób podobnych do niej. Niejednokrotnie w pracy tej wzmiankowałem o wielu objawach odróżniających, tak, iż tutaj tylko w ogólnych zarysach zastanowię się nad daną kwestią.

Rozpoznanie natury choroby, wklajającej cierpienie uszne, przedstawia często niezmiernie trudności i nierzadko jest zupełnie niemożliwe. I nie będziemy się temu dziwić, gdy sobie uprzytomnimy, że postaci te rzadko występują czysto; zwykle, jak wiadomo, są one skojarzone z sobą i to w stopniu najrozmaitszym. Trudności są tem większe u dzieci²²⁾. Szczególnie łatwo zdarzyć się mogą pomyłki, jeżeli przeoczyć cierpienie uszne.

Rozpoznanie ograniczonego zapalenia opony twardej i ropnia zewnątrzoponowego jest najczęściej niemożliwe z powodu braku wyraźnych objawów. Napewno stwierdzają chorobę przetoki w kości skroniowej lub po za wyrostkiem sutkowym, prowadzące bezpośrednio do jamy czaszkowej *resp.* do opony twardej. Zwykle znajdujemy ropnie te przypadkowo przy operacjach pierwotnej choroby kości. Objawy bowiem ogólne i miejscowe, wynikające z powiększonego ucisku wewnątrzczaszkowego, są przy ropniu zewnątrzczaszkowym rzadkie, zwłaszcza u dorosłych.

Rozpoznanie zapalenia opon mózgowych, szybko rozwijającego się, nie przedstawia trudności, jeżeli nie pominięto cierpienia ucha. W przypadkach, powoli się rozwijających, choroba z początku nie zawsze daje się rozpoznać, czasem rozpoznanie jest zupełnie niemożliwe. U dzieci i osób młodych może zwyczajne zatrzymanie ropy wywołać ciężkie objawy mózgowe, wzbudzające podejrzenie zapalenia opon.

²²⁾ U dzieci często niepodobna odnaleźć niektórych ważnych objawów, jak np. skrzyżowanych półporażań, zaburzeń mowy, pisania i t. d. Wszystkie głębsze uszne choroby u dzieci odznaczają się wybitniejszymi objawami podrażnienia, aniżeli u dorosłych. Przy próchnieniu kości skalistej u dzieci częstsze są objawy grzlicze mózgu, aniżeli ropne.

Zapalenie opon mózgowych innego pochodzenia, rozwijające się jednocześnie z ropieniem ucha, trudno odróżnić od zapalenia pochodzenia czysto usznego. U dzieci mianowicie często rozwija się gruźliczowe zapalenie opon obok gruźliczego próchnienia kości skalistej. Wszelako w postaci gruźliczej nierzadko można wykazać moment dziedziczny: ogniska gruźlicze w innych narządach, a głównie w błonie naczyniowej oka, a także laseczniki gruźlicze. Objawy postaci gruźliczej nie są wogóle tak gwałtowne, jak przy zapaleniu ropnem pochodzenia usznego. Gorączka jest nieregularna, niewysoka, chyba, że się przylączą gruźliczki prosowate. Tętno jest z początku zwolnione, od 40—60 uderzeń na minutę, na krótko przed śmiercią niezwykle przyspieszone.

Ropienie z ucha nie jest też rzadkie przy zapaleniu nagminnem opon mózgodzeniowych. Epidemiczne wystąpienie choroby, właściwa jej toniczna sztywność karku, *opisthotonus*, bolesność kręgosłupa na ucisk i wyprysk wargowy — uchronią od popełniania omyłek.

Ropnie mózgowe i zapalenie zatok u dzieci przebiegają czasem przy objawach zapalenia opon i za takie bywają przyjmowane. Ropień i zapalenie zatok może istnieć jednocześnie z zapaleniem opon. Tylko w bardzo ostrych przypadkach, gdzie nader ciężkie objawy już w kilka dni po wybuchu ropienia z ucha występują ropień mózgu i zapalenie zatok może być wyłączane.

Rozpoznanie ropni mózgowych jest wogóle trudne i czasem niemożliwe. Wiele od tego zależy, w którym okresie dostajemy chorego i jak długo spostrzegamy go. W okresie początkowym, a często i utajonym, rozpoznanie jest zupełnie niemożliwe; również będzie ono trudne w okresie ostrym czyli końcowym, jeżeli objawy ropnia będą zamaskowane przez zapalenie opon mózgowych, wywołane pęknięciem ropnia. Przy rozpoznawaniu ropnia należy oznaczyć rodzaj i umiejscowienie ropienia przyczynowego w uchu i w kości skalistej. Pamiętać trzeba, że nietylko przewlekłe, lecz i ostre ropienie z ucha prowadzić może do ropni mózgowych. Gdy istnieją oznaki ucisku mózgu, dowodzące, że w jamie czaszkowej odbywa się sprawa, zmniejszająca jej objętość, należy zbadać, czy to zmniejszenie wywołane zostało ropniem, czy też nowotworem. Najbardziej prawdopodobną pewność w rozpoznaniu otrzymujemy, jeżeli istnieją takie objawy, po których daje się oznaczyć siedlisko ropnia; a ponieważ ropnie pochodzenia usznego leżą najczęściej w zrazie skroniowym lub w mózdzku, przeto należy rozpoznać, w którym z tych dwóch odcinków ropień się znajduje. Ta dyagnoza wszelako zawsze będzie tylko prawdopodobna, niema bowiem oznak pewnych do odróżnienia ropnia mózdzku od ropnia zrazu skroniowego. Jedynie zaburzenia w koordynacji, t. j. chód niepewny i silny zawrót, są charakterystyczne dla ropnia mózdzku. Zaburzenia w koordynacji są jednak niezmiernie rzadkie, z drugiej zaś strony napotykamy je przy innych cierpieniach ośrodków nerwowych. Zajęcie jamy bębenkowej przemawia za ropniem zrazu skroniowego; zajęcie wyrostka sutkowego—za ropniem mózdzkowym. Ropienie w błędniku prowadzi do ropni w tylnej jamie czaszkowej i dla tego choroby błędnika przemawiać mogą za ropieniem mózdzku (Mc. BRIDE i MILLER); wszelako KÖRNER przekonał się, że i pod tym względem zdarzają się liczne wyjątki ²³⁾. Ostre zapalenie ucha ma prowadzić do ropni w zrazie skroniowym (BAGINSKY i GLUCK); SCHWARTZE

²³⁾ W 9 przypadkach utraty przewodnictwa kostnego ropień znaleziono w wielkich półkulach mózgu; było ono zaś zachowane w 9 przyp. ropnia mózdzkowego.

znalazł w takim przypadku ropień mózdzku (HULKE). Zupełne lub częściowe porażenie nerwu okoruchowego przemawia za ropniem zrazu skroniowego²⁴⁾. Sztywność karku istnieje przy ropniu mózdzkowym. Obecność kilku ropni jest niemożliwa do rozpoznania. Również bardzo trudne jest rozpoznanie miejsca ropnia, gdy istnieje dwustronne ropienie z uszów. Kierujemy się w tym razie umiejscowieniem bólu, odnalezieniem miejsca bolesnego przy opukiwaniu głowy, stroną skrzyżowanych i jednostronnych porażań. Pęknięcie ropnia do komór bocznych lub na powierzchnię mózgu zdradza się nagłym, gwałtownym bólem głowy, wymiotami, stanem komatycznym, zapaścią, szybkim tętnem, rozszerzeniem źrenic i porażeniem oddychania.

Od nowotworu mózgowego odróżnia się ropień w sposób następujący: przy nowotworze brak momentu etiologicznego t. j. ropienia z ucha. Wyraźne objawy ogniskowe, powolne ich wzmaganie się, szczególnie postępujące porażenie nerwów czaszkowych, mocno wyrażona *neuritis optica* przemawia za nowotworem. Szybki rozwój ciężkich objawów mózgowych, zwłaszcza, gdy przytem istnieją dreszcze i gorączka, jest oznaką ropnia.

U dzieci trzeba być ostrożnym z rozpoznawaniem ropnia mózgowego, u nich bowiem częste są gruzelki mózgu i jednocześnie cierpienie kości skalistej. Czasami napotykamy obok brodawki zastoinowej gruzelki w błonie naczyniowej. Główną oznaką rozróżniającą jest często mnogość gruzelków mózgowych, prowadząca do takich objawów ze strony mózgu i jego nerwów, iż te nie mogą być odniesione do zajęcia jednego miejsca ograniczonego.

Mocznica i *coma diabeticum* mogą czasem stać się powodem omyłek, gdy u takich osobników istnieje jednocześnie ropienie z ucha.

Przepuszczający charakter gorączki, której towarzyszy często silny dreszcz i która kończy się obfitym potem, co spostrzegamy przy ropniach mózgu, może niekiedy być powodem pomyłek; uchronimy się od nich, gdy należycie uwzględnimy inne, towarzyszące temu stanowi objawy.

Zaburzenia czynnościowe mózgu można pomieszać z ropniem, gdy mu towarzyszą tylko drgawki i zaburzenia umysłowe.

Różnicę między objawami pęknięcia ropnia, a udarem apoplektycznym nie trudno ustanowić, jeżeli uwzględnimy ropienie z ucha, a zwłaszcza, gdy przytem istnieje gorączka. (D. c. n.).

STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

143. A. EULENBURG. **Choroba Basedow'a i gruczoł tarczowy**¹⁾. Nie ulega wątpliwości, że fizjologia i klinika ostatnich czasów rzuciła wiele światła na znaczenie gruczołu tarczowego dla ustroju, jak również na ten ścisły związek, jaki zachodzi między jego zaburzeniami czynnościowymi, a niektórymi ciężkimi postaciami ogólnego charłactwa. Dość wspomnieć tutaj o o brzęku śluzowym (*Myxoedem*) i charłactwie tarczowym z jednej strony, jak również o stosunku choroby BASEDOW'a do zmian, spostrzeganych w gruczole tarczowym—z drugiej. Co się tyczy tej ostatniej postaci chorobowej, którą niektórzy (według autora—nieśluszenie) chorobą GRAVES'a nazywają, to już dosyć wcześniej wielu autorów zbiór objawów,

²⁴⁾ Przy wszystkich porażeniach skrzyżowanych i tożsamostronnych trzeba się wystrzegać, ażeby ich nie pomieszać z objawami cierpienia mostu Warol'a, które przemawiają za ropniem w tylnej jamie czaszkowej.

¹⁾ Odczyt wygłoszony na ostatnim zjeździe przyrodników i lekarzy w Wiedniu.

przy niej spostrzeganych, zależnem czyniło od pierwotnego cierpienia gruczołu tarczowego. Była to t. zw. teoria mechaniczna, według której wybitniejsze objawy choroby BASEDOW'a, jak wypuklenie gałek ocznych i kołatanie serca, tłumaczone były uciskiem przez powiększony gruczoł (*struma*). Nie zastanawiając się dłużej nad tym poglądem, błędność którego autor wspólnie z GUTTMANN'em jeszcze 25 lat temu wykazał w oddzielnej pracy, EULENBURG przechodził wprost do omówienia cierpienia tego na zasadzie nowoczesnych poglądów, czyli t. zw. chemiczno-toksycznej teorii, przypisując MOEBIUS'owi główną pod tym względem zasługę. (Porównyując chorobę BASEDOW'a z obrzękiem śluzowym, MOEBIUS zarówno w pojęciu anatomicznym, jak i w przejawach klinicznych upatrywał w jednej antytezie drugiego: tam powiększenie i przerost gruczołu, tutaj zmniejszenie i zanik; tam tachykardia, wypuklenie gałek ocznych, pobudliwość psychiczna, ogólne wyniszczenie, zanik i podniesienie ciepłoty skóry — tutaj naodwrot zwolnienie tętna, osłabienie czynności psychicznej, przyrost wagi ciała, zgrubienie i oziębienie skóry i t. p.). Według tej teorii, gruczoł tarczowy w stanie prawidłowym przetwarza szkodliwe dla ustroju substancje w obojętne i niszczy je, lub też, co jest prawdopodobniejsze, wytwarza jakąś swoistą substancję, niezbędną do podtrzymania życia. Tem się dają tłumaczyć z jednej strony objawy charłactwa, spostrzegane przy zaniku gruczołu w obrzęku śluzowym, jak również dalsze wyniki lecznicze od wprowadzenia w tych razach do ustroju gruczołu tarczowego zwierząt. Gdybyśmy jednak teorię tę chcieli w całości zastosować i do choroby BASEDOW'a, napotkaliibyśmy pewne trudności już choćby dla tego, że niezawsze objawy, napotymane przy niej, znajdują się w rażącym przeciwieństwie do obrzęku śluzowego; że niekiedy, jak to zauważył autor i inni, jedna postać chorobowa może przechodzić w drugą (obrzęk śluzowy w następstwie choroby BASEDOW'a). Trudno bowiem pojąć, dlaczego zwykle w tych razach zwiększenie wydzielania niezbędnego do życia zaczynu miałoby doprowadzać ustrój do tak niebezpiecznego, często nieuleczalnego stanu charłactwa. Należałoby więc przypuszczać, że zachodzą tutaj jakieś zjawiska złożone w przemianie materii samego gruczołu, w jego wydzielniczej i chłonniczej czynności, dzięki którym dostają się do krwiobiegu trujące pierwiastki, wywołujące zbiór objawów, cechujących chorobę BASEDOW'a.

Ze faktów tych nie można tłumaczyć jakąś pierwotną nerwicą gruczołu, jak to mniemali niektórzy, dowiodły doświadczenia HUERTLE'a, według którego faradyzacja nerwu gruczołowego u zwierząt (gałazka *n. laryngei*) nie wywołała żadnych zmian w gruczole. Wzajemian poprzedniej HUERTLE zbudował inną teorię, według której zaburzenia w czynności gruczołu, a co zatem idzie, wiadome nam postacie chorobowe były zależne od pewnych, dotychczas jeszcze bliżej nieznanych własności krwi w pojęciu ilościowym. W pierwszym przypadku rzecz ta łatwo daje się klinicznie tłumaczyć: widzimy tutaj silny przypływ krwi do gruczołu, rozszerzone tętnice i żyły, silne tętnienie i t. p., czego np. niema przy zwykłym wolu, gdzie czynność wydzielnicza gruczołu nie tylko nie jest zwiększona, ale często nawet słabnie przez zanik wydzielającego się mięszu etc., jak również, że w przebiegu choroby BASEDOW'a mogą zająć w gruczole zmiany wsteczne, w następstwie czego może wystąpić obrzęk śluzowy. Co się tyczy zmian jakościowych we krwi, to jeszcze sam BASEDOW zwrócił uwagę na anemie i chloranemie, spostrzegane w omawianej sprawie, inni zaś — na częste występowanie cierpienia u kobiet, znikanie przy niem miesiączki i dodatni wpływ ciąży. Nowsze spostrzeżenia kliniczne również zdają się przemawiać w tym duchu (występowanie choroby po zakażeniach, krwotokach, utratkach soków, żółtaczce etc.), a doświadczenia HUERTLE'a z podwiązaniem przewodu żółciowego przemawiają jeszcze więcej za tą teorią. Autor ten, wywołując u zwierząt sztucznie żółtaczkę, zauważył zwiększone wydzielanie koloidu, powstawanie jego w komórkach nabłonkowych, co się tłumaczy tem, że przy zastojach żółci, przechodzące do krwi substancje drażnią gruczoł. Lecz nie tylko wyżej wspomniane zmiany ilościowe w czynności gruczołu zachodzą tutaj. Doświadczenia CHEVALIER'a wykazały na królikach, że przy chorobie BASEDOW'a toksyczność moczu jest w trójnasób zwiększona, a BOINET i SILBERT u chorych tych wydzielili z moczu ptomainy, działające trująco na ustrój zwierzęcy. Jeszcze jeden czynnik, według autora, ma tu odegrywać niepoślednią rolę, mianowicie przyspieszenie przedostania się wydzieliny gruczołowej do krwi, co HUERTLE również mógł stwierdzić w doświadczeniu swem z podwiązaniem przewodu żółciowego.

Mówiąc o leczeniu choroby BASEDOW'a, EULENBURG zwraca uwagę, że i tutaj środki, stosowane czysto empirycznie z mniejszym lub większym skutkiem, nie są w rozterce z przytoczoną teorią. I tutaj już od dawien dawna zalecamy środki, mające na celu „poprawę krwi“, jako to: *antichlorotica*, *roborantia* i inne, które w ten lub ów sposób przyczyniają się do wzmocnienia ustroju. Co się tyczy zabiegu chirurgicznego, mianowicie częściowego wycięcia gruczołu tarczowego, to wobec dobrych wyników, otrzymanych już w niejednym przypadku, nie należy ich ignorować. W każdym jednak razie należy się doń uciekać tylko w tych razach, które nie ustępują pod wpływem leczenia innymi środkami.

Wobec więc wszystkiego, co wyżej było przytoczone, uważa autor chorobę BASEDOW'a i ściśle z nią związane zmiany w gruczole tarczowym za samozatrucie. Motywy jego w krótkości są następujące: 1) W stanie normalnym gruczoł tarczowy przeistacza chemiczne własności krwi, wytwarzając swoistą substancję, która się wydala z gruczołu poczęści przez przestrzenie międzytorebkowe, poczęści zaś przez wytworzone szczeliny międzykomórkowe, skąd wlewa się do naczyń chłonnych gruczołu. Jako czynnik, drażniący gruczoł, należy przyjąć nie podrażnienie nerwowe, lecz pewien stały skład krwi. 2) Przy chorobie BASEDOW'a ma się do czynienia ze stale wzmagającą się czynnością wydzielniczą gruczołu, przyczem wydzielina prawdopodobnie przeistacza się w substancję trującą, co daje się stwierdzić zwiększoną toksycznością moczu chorych, jak również znajdowaniem w nim przeróżnych ptomain. Prawdopodobnem jest również, że do zmian powyższych przyłącza się i szybkie wydalenie się z gruczołu wydzieliny, przyczem większa jej część wchłania się przez żyły i w ten sposób przechodzi bezpośrednio do krwioobiegu, działając w wysokim stopniu trująco. 3) Przyczynę, wywołującą powyższe zaburzenia w gruczole, należy szukać poczęści w przypływie i przepełnieniu gruczołu krwią tętniczą, poczęści zaś w jednoczesnych zmianach własności krwi u chorych. W ścisłym związku z tem znajduje się objaw stale spostrzegany, polegający na istnieniu szmerów tętnicznych w gruczole, jak również już przez dawniejszych autorów spostrzegana anemia i chloranemia, żółtaczka, zaburzenia ze strony narządów trawienia i przemiany materii, etc., etc. 4) Z poglądami tymi zgodne są i wyniki lecznicze, jakie empirycznie od dawien dawna stosowano przy chorobie BASEDOW'a, mające na celu poprawę krwi i całego ustroju, jak również zabiegi chirurgiczne, hamujące wybujałą, szkodliwą czynność gruczołu, przez częściowe jego usunięcie. (*Deutsche med. Woch. 1894, N-r 40*).

144. Joh. Julius SCHMIDT. O leczeniu obrzęku śluzowego¹⁾ Z chwilą, gdy na drodze doświadczalnej starano się poznać własności fizyologiczne gruczołu tarczowego, przekonano się, że zwierzęta, które ginęły po wycięciu gruczołu, z łatwością utrzymywały się przy życiu, gdy im pozostawiano część własnego gruczołu, lub też zaszczepiano go z innego zwierzęcia. Doświadczenia te były bodźcem do zastosowania otrzymanych wyników w leczeniu niektórych chorób, głównie zaś obrzęku śluzowego, gdzie, jak wiadomo, następuje śluzowe przeistoczenie miększego gruczołu tarczowego, wywołujące w ustroju poważne zaburzenia czynnościowe i organiczne. Z początku zaszczepiano chorym gruczoł tarczowy *in substantia*, wkrótce jednak przekonano się, że wynik leczniczy zależał nie od czynności fizyologicznej zaszczepionego gruczołu, który się zawsze wysysał, lecz od soku gruczołowego, wprowadzonego tym sposobem do ustroju; zaczęto więc stosować podskórne wstrzykiwania emulsji gruczołowej, glicerynowe wyciągi i t. p., w ostatnich zaś czasach MACKENZIE i FOX—*per os* z najlepszym skutkiem. Najnowszy krok w kierunku technicznym omawianego leczenia uczynił roku zeszłego angielski aptekarz WHITE, który mając na względzie, że surowe preparaty gruczołowe predko ulegają zepsuciu i że niezawsze i niewszędzie można *lege artis* otrzymać gruczoł od świeżo zabitego zwierzęcia, zaczął przygotowywać proszek gruczołowy, który ma jeszcze tę zaletę, że można go ściśle dawkować²⁾.

¹⁾ Odczyt wypowiedziany we Frankfurtskiem Towarzystwie Lekarskiem, 7 maja 1894 r.

²⁾ Nowy ten preparat został wypuszczony w postaci pastylek, ważących około 3 grm., z których każda odpowiada $\frac{1}{6}$ owczego gruczołu. 100 takich pastylek kosztuje 3 marki. Niezależnie od tego, fabryka MERCK'a (z Darmstadu) puściła w obieg proszek suszonego gruczołu pod nazwą *Thyreoidinum siccatum*, którego 0,6 grm. odpowiada całemu gruczołowi. Przepisuje się on w postaci następującej. Rp.: Thyreoidini siccati (Merck) 2,0 Sacch. lact. 18,0 Mf. trochisci № XX D. S. 1—3 sztuk dziennie.

Autor opisuje dość szczegółowo przypadek śluzowego obrzęku, który miał sposobność leczyć zapomocą karmienia gruczołem tarczowym z jaknajlepszym skutkiem. Dotyczył on 19-letniej pacjentki, która do 5-go roku rozwijała się zupełnie prawidłowo. W 5-ym roku życia otrzymała silne uderzenie w głowę i od tego czasu zauważono, że dotychczasowy prawidłowy jej rozwój fizyczny znacznie osłabł. Autor widział ją po raz pierwszy, gdy miała lat 19. Wzrostu małego (wszystkiego 127 cm.), o twarzy bladej, grubych policzkach i wiszącej dolnej wardze, miała wygląd ocieślały, nienaturalny. Mowa nader powolna, głos niski, gruby, gruczoł tarczowy niewyczuwalny, ręce i nogi spuchnięte, przy ucisku palcem dółki się nie tworzyły. Skóra sucha, chropawa, łuszcząca się, nieco cieńsza na kończynach i tułowiu. Na stronie wyprostnej palców u nóg—zgrubienia naskórka. Żadnych zmian czuciowych i ruchowych. Mocz prawidłowy. Skłonność do szukania samotności i melancholii; inteligencja zachowana. Rozpoznanie samoistnego obrzęku śluzowego dziecięcego nie było trudne i wkrótce też stwierdzone zostało przez dobry wynik, otrzymany po zastosowaniu gruczołu tarczowego, który, jak się przekonał autor i NIELSEN, na zdrowego osobnika żadnego wpływu nie wywiera. Co się tyczy dawkowania, to autor przekonał się na swojej pacjentce, że należy tutaj być bardzo ostrożnym i rozpoczynać od małych dawek. W przeciwnym razie następują objawy zatrucia, charakteryzujące się podniesieniem ciepłoty, przyspieszeniem tętna (do 120), bólami głowy, mdłościami, wymiotami, przyczem przemiana materii się wzmacnia, a dobowa ilość moczu i ciężar gatunkowy się zwiększają. Na początku kuracy radzi autor trzymać chorych w łóżku do czasu, póki chory nie zacznie znosić odpowiedniej dawki gruczołu, co dla każdego z osobna jest rzeczą indywidualną, a więc zmienną. Nieogłędne stosowanie omawianego leku może doprowadzić nawet do typowego napadu mocznicy, jak to pewnego razu zdarzyło się autorowi. Kilka takich przypadków, zakończonych nawet śmiertelnie, znalazł autor w angielskiej literaturze. Swojej chorej autor dawał przez pierwsze miesiące naprzemian gruczoły owcze i cielęce, przeciętnie po 1 gramie 3 razy tygodniowo, później zaś pastylki WHITE'a, które w tym czasie zjawiły się w handlu. Pomimo wszystkich powyższych powikłań, jakie występowały u chorej w przebiegu całego okresu leczenia (około 10-u miesięcy), efekt leczniczy był zadziwiający. Wszelkie nieprawidłowości budowy się wygładziły i chora nawet urosła, pomimo, że mając lat 20, była w tym wieku, kiedy już większość kobiet przestaje rosnąć. Chora zaczęła miesiączkować (przed leczeniem ani razu miesiączka nie wystąpiła), przybrała na wadze, układ kostny zaczął się wzmacniać i rozwijać, co się uwidoczniło wyrzaniem się kilku nowych zębów, na miejsce dawniejszych mlecznych, nadpsutych. Badanie krwi wykazało około 4,200,000 czerwonych ciałek, hemoglobiny 80%, gdy przed leczeniem była silna anemia.

Czy jednak leczenie to jest trwałe i czy usuwa cierpienie nazawsze,—nic jeszcze stanowczego nie można w tej kwestyi dziś wyrzec. Autor nie zapatruje się pod tym względem zbyt optymistycznie i zaznacza, że polepszenie to, acz znaczne, jest tylko czasowe i dla uniknięcia nawrotów trzeba karmienie to peryodycznie powtarzać z celem profilaktycznym. W każdym jednak razie, karmienie zapomocą gruczołu tarczowego przy obrzęku śluzowym zajmuje w leczeniu tkankami i sokami ustroju najwybitniejsze już miejsce i śmiało może być polecane wszystkim lekarzom do stosowania go w praktyce.

(*Deutsche med. Woch. N-r 42, 1894*).

L. Knaster.

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z dnia 27 Listopada r. b.

TREŚĆ: 1) ZIELIŃSKI Kazimierz — przedstawienie a) chłopca z wodogłowie; b) chłopca ze zwężeniem oskrzela. 2) JAWDYŃSKI—przedstawienie okazu części kiszek grubej. 3) Dyskusja z powodu odczytu kol. BORYSSOWICZA p. t. Sposoby zapobiegające powrotowi raka macicy po jej wycięciu przez pochwę.

1) Kol. ZIELIŃSKI Kazimierz przedstawił a) 7-letniego chłopca z olbrzymiem wodogłowie. Obwód czaszki 65 cm. Ciemiączko duże nie zarośnięte, wklęsłe, jednak twarde; kości czaszki twarde, szwy wszędzie wyraźne; szew, rozdzielający kość czołową, wyraźny. Z objawów ogólnych zasługują na uwagę: brak prawie zupełny

inteligencji; brak ruchów dowolnych; drgawki ogólnie kloniczne 1—2 razy dziennie, *nystagmus*, *strabismus divergens*, przykurczenie kończyn prawych. Dziecko wypróżnia się pod siebie. Łaknienie i trawienie prawidłowe. Następnie tenże kol. Z. przedstawił b) chłopca 3-letniego, ze zwężeniem prawego oskrzela, spowodowanem prawdopodobnie wzrostem gruczołów oskrzelowych. Klatka piersiowa nieco wypukła, paciorkowate zgrubienia końców żeber, zgrubienie końców stawowych kości, wargi dosyć duże; gruczoły szyjowe nieznacznie powiększone, migdałki dosyć duże, wyrosłe adenoidalne w jamie nosogardzielowej. Objawy stępienia po prawej stronie, oddech stenotyczny, chrapliwy, słyszalny po stronie prawej z przodu; z tyłu oddech po stronie prawej osłabiony, przy odgłosie wypukowym nietympanitycznym; zaostrzenie oddechu po stronie lewej.

2) Kol. JAWDYŃSKI przedstawił okaz części kiszki grubej, usunięty drogą operacji, której się chora poddała z powodu uporczywych bólów w brzuchu. Rozpoznanie guza było łatwe, wskutek bardzo cienkich powłok brzusznych. Przy operacji okazało się, że guz zajmował część kiszki grubej, tuż po nad kiszką ślepą, która nie była przez guz zajęta.

3) W dyskusji nad odczytem kol. BORYSSOWICZA (patrz № 46 „Medycyny“), pierwszy zabrał głos kol. KONDRATOWICZ, który zaznacza, że ze słów kol. BORYSSOWICZA wnosiliby można, jakoby sposoby podawane przez niego, a mające służyć do zabezpieczenia od powrotów raka po wycięciu macicy, były po raz pierwszy przez niego zaproponowane. Tymczasem prawie wszystkie były one już poprzednio proponowane przez innych autorów i wprowadzone w użycie. Głównym źródłem, z którego kol. B. czerpał, jest praca WINTER'a, ogłoszona w roku zeszłym w „Zeit. f. Geburtshilfe u. Gyn.“, oraz odczyt, jaki tenże W. miał przed dwoma laty w berlińskim Towarzystwie Ginekologicznem. WINTER pierwszy tak ogromne znaczenie nadaje powrotowi raka przez zaszczepienie pierwocin tegoż w ranie pooperacyjnej (*Imprecidire*), co i kol. B. w swoim odczycie wypowiada, a na co ani kol. B., ani WINTER dostatecznych dowodów nie przedstawiają. Rzecz ta wymaga jeszcze znacznie głębszych studyów, może w przyszłości będzie wyjaśniona; przykłady jednak, podawane przez WINTER'a, wcale nie są przekonujące; zaledwie jeden przypadek, opisany przez SCHOPF'a, mógłby mieć pewne znaczenie. Kol. B. również żadnych dowodów na korzyść swego twierdzenia nie przytacza. Co się tyczy sposobów technicznych t. j. przygotowania macicy do operacji przez usunięcie części nowotworu zapomocą skrobania, wycinania, wypalania, następnie traktowania rany mocnymi roztworami antyseptycznymi (WINTER sublimatem, kol. BORYSSOWICZ chlorkiem cynku); dalej zmiany narzędzi na zupełnie nowo w chwili otwierania jamy otrzewnej i t. p., — to wszystkie te sposoby były już stosowane przez WINTER'a. Zakładanie kleszczyków RICHELOT'a na więzadła szerokie oprócz przewiązek, chyba nie zyska aprobaty chirurgów, ze względu na możliwość powstawania zakażenia. Nowość stanowi powrót do chemicznego traktowania odradzającego się w bliźnie nowotworu zapomocą pasty CANQUIN'a; zdaje się jednak, że sposób ten, już dawniej wypróbowany i porzucony, także nie będzie zastosowany na szerszą skalę z powodu niepewnego swego działania. Czy zaś sposoby, podawane przez kol. B. i innych autorów, wpłyną wyraźnie na ograniczenie liczby powrotów raka po wycięciu macicy, to można się będzie przekonać dopiero po dłuższym przeciągu czasu, na podstawie licznej i dobrze spostrzeganej statystyki; obecnie zaś wyciąganie pewniejszych wniosków byłoby przedwczesne.

Następnie zabrał głos kol. STANKIEWICZ, który powątpiewa o możności zakażenia nowotworem powierzchni krwawiących w czasie operacji. Gdyby tak było w istocie, musielibyśmy widzieć bardzo często takie następstwa; tymczasem przytaczane spostrzeżenia pojawiania się ognisk nowotworu rakowatego w bliźnach, pozbawione są zupełnie przekonujących dowodów i mogą być objaśniane nierównie prościej i zrozumialej. Kol. S. przytacza na dowód bardzo rychłą recydywę raka w bliźnie po wyciętej sutce, gdzie rak pierwotny zajmował tylko okolice brodawki, był twardy, nierozpadający się, a gruczoły pachowe nie były zajęte. W drugim znów przypadku po wycięciu sutki u osoby 70-letniej dopiero po 8 latach guziki rakowato wystąpiły w bliźnie. Prawdopodobnem więc jest, że pierwociny rakowe znajdowały się już w naczyniach limfatycznych przeciętych przy operacji, gromadząc się w końcach naczyń ściśniętych blizną, tam rozrastającą się, tworząc guziki w samej bliźnie. Nierównie więcej lękać się należy zakażenia posokowatego, skutkiem dostania się rozpadu rakowatego na świeżo przecięte tkanki zdrowe; tutaj bardzo łatwo może nastąpić wchłonięcie pierwiastków

septycznych i wywołać powstanie ognisk ropnych w mniej lub więcej oddalonych miejscach. Stąd o obowiązkiem jest operatora starać się o odkazanie ogniska septycznego, zanim przystąpi do przecięcia otaczających macię tkanek zdrowych. Tak samo konieczną jest rzeczą przy wycinaniu macicy rakowatej prowadzić cięcia jak najdalej od miejsca rakiem zajętego. Położenie jednak macicy wśród bardzo zbliżonych do niej ważnych narządów zmusza operatora do działania w bardzo ciasnych granicach i właśnie chociażby z tego tylko względu trudno łączyć się nadzieją doszczętnego wyleczenia raka macicy. Liczne badania mikroskopowe (HEMPEL w pracowni BROWICZA w Krakowie), dokonane na okazach raka odźwiernika, wykazały w ścianie na pozór zupełnie zdrowej ognisko rakowate w naczyniach limfatycznych w odległości 5 cm.; kierowanie się przeto dotykiem co do granic nacieczenia rakowatego niewielką oddać może usługę, gdyż najczęściej tkanki już są zajęte poza możebną granicą operacji.

Kol. JAWDYŃSKI zauważa, że jeżeli rokowanie stanowi wogóle jedną z najtrudniejszych części medycyny stosowanej, to jeszcze daleko trudniejsze jest ono odnośnie losów chorego po operacji raka. Częstość się zdarza, że mamy do czynienia z przypadkiem zrozpaczoną i, pomimo to, po operacji następuje trwałe wyleczenie; w innych znów razach w przypadkach świeżych i pozornie łagodnych szybko po usunięciu choroby następuje jej powrót. Najgorsze rokowanie co do powrotu dają raki języka, macicy i odbytnicy; nawet udoskonalenie sposobów operacyjnych mało wpływa na poprawę statystyki. Jeżeli jeszcze gdzieś indziej warunki anatomiczne pozwalają na rozległe usunięcie tkanek, to przy raku macicy nawet pod tym względem, blizkiem sąsiedztwem ważnych narządów, a przedewszystkiem moczowodów, jesteśmy bardzo skrzępowani. Kol. BORYSSOWICZ w celu możliwie pewnego usunięcia części chorych po nałożeniu przewiązek i wycięciu macicy nakłada na pozostałe części tkanki przymacicznej i więzadeł szerokich poza przewiązkami kleszczyki RICHELOT'a. Metoda ta, według zdania kol. J., niepotrzebnie komplikuje operację. Nałożyć kleszczyki RICHELOT'a możebnie daleko od macicy możemy i bez uprzedniego przewiązywania, co jest upowszechnione między francuskimi operatorami; powtóre, jeszcze i poza kleszczykami możemy pozostawić zarodki rakotwórcze; a potrząsanie, przy nakładaniu kleszczyków po przewiązaniu i ściągnięciu do linii środkowej kikutów, możemy nimi pochwycić którykolwiek z moczowodów. Dlatego też w celu możliwie rozległego usunięcia tkanek daleko więcej uzasadnioną zdaje się kol. J. metoda MACKENRODT'a, jako właśnie bardzo rachująca się z położeniem i stosunkiem do macicy moczowodów. Szczególny nacisk kładzie kol. B. na zabezpieczenie się od t. zw. *impfrecidive*, t. j. od zarażenia tkanek zdrowych rakiem podczas operacji. Wprawdzie istniały w literaturze pojedyncze spostrzeżenia, mające dowodzić możliwości takiego zakażenia, dopiero jednak praca WINTER'a narobiła dużo hałasu między ginekologami. O sprawie tej należy sądzić bardzo krytycznie. Jeżeli na tak ogromną liczbę raków wargi dolnej BERGMANN opisuje jeden tylko przypadek powstania raka wargi górnej na miejscu odpowiadającym wardze dolnej, z której przedtem raka usunięto, to kol. J. byłby skłonniejszy przyjąć raczej przypadkowość pojawienia się raków na obu wargach, aniżeli zakażenie. Jeżeli gdzie, to właściwie przy raku wargi dolnej istnieją wszelkie warunki do zakażenia wargi górnej, a jednak przypadków takich nie spostrzegamy. Praca WINTER'a odznacza się brakiem krytycyzmu, a za to cechuje się wielką naiwnością. Kol. J. dla przykładu przytacza takie spostrzeżenie. U chorej po wycięciu rakowatej macicy w kilka miesięcy po operacji pojawia się w bliźnie guzik wielkości orzecha. Powtórna operacja—zagojenie. Po kilku znów miesiącach recydywa, ale wielkości jaja kurzego. Ponieważ w jednym przeciągu czasu wielkość guza pierwotnego tak była różna, WINTER wnioskuje, że druga recydywa powstała skutkiem zakażenia tkanek na dużej przestrzeni. Wszystkie cechy charakterystycznie, mające wyróżniać recydywę w ranie od *impfrecidive*, nie odznaczają się ścisłością wniosków naukowych. To samo powiedzieć można o spostrzeżeniach innych autorów, na przykład SIPPEL'a. Kol. B. w celu uchronienia się od tej *impfrecidive* rozkłada operację wycięcia pochwowego macicy na 3 części. Czy jednak może on przez to osiągnąć zamierzonego celu? Faktycznie ochrania on otrzoną od zetknięcia się z częściami rakowatymi, na której właśnie wyjątkowo tylko i nadzwyczaj rzadko pojawia się recydywa. Co się tyczy pochwy i tkanek sąsiadujących z macicą, to może w nie zaszczerpieć raka, bo do wycięcia części chorych używa narzędzi, mogących okaleczyć tkanki zdrowo. Wymycie pola operacyjnego 5% roztworem chlorku cynku nie tu nie pomoże. Jeżeli czy to komórki, czy bakterie, czy inne twory, zakażenie spowodujące, wniknęły,

czy wszczepiono zostały w tkanki zdrowe, to aniestezony roztwór sublimatu WINTER'a, ani chlorek cynku kol. BORYSSOWICZA działalności ich nie cofną. Co się zaś tyczy oczyszczenia pola operacyjnego na tyle, aby nie powstało zakażenie posocznicowe, to i pod tym względem skomplikowano manipulacje kol. B. są co najmniej zbyt ciężkie. Jeżeli kiedyś będziemy leczyć raki doszczętnie, to z pewnością nie zapomocą drobnych modyfikacji w operacjach, ale na zupełnie innej drodze.

Prof. PRZEWOSKI przytacza następujące dowody zakażenia nowotworowego: a) pomiędzy innymi opisano przez KLEBS'a trzy przypadki raka płaskokomórkowego żołądka przy takim samym raku języka; b) wtórne guziki rakowate w płucu przy raku przelyku na wysokości rozdziału tchawicy i po jej przedziurawieniu; c) przenoszenie raka z jednego zwierzęcia na drugie tego samego rodzaju. Kol. BORYSSOWICZ według zdania prof. P. ma słuszość, usiłując uniknąć zakażenia przez zaszczepienie, ale robi to nie tak, jakby należało, bo usuwając części zwyródniałe, będące w stanie rozpadu, i potem, po przepłukaniu pochwy operującej w częściach na pozór zdrowych, wtedy właśnie może w zadrażnienia błony śluzowej wszczepiać cząstki nowotworu.

Prof. PRZEWOSKIEMU odpowiada kol. JAWDYŃSKI, że nie tylko są mu znane spostrzeżenia KLEBS'a, ale i całego szeregu innych autorów. To go jednak nie przekonywa. Naprzód często się zdarza, że badanie anatomo-patologiczne nie daje dosyć pewnych i stanowczych wyników, a powtórne i wyniki, otrzymywane przy szczepieniach na zwierzętach, nie są z sobą w zupełnej zgodzie. Kiedy jedni widzieli rozrost tylko kawałka zaszczepionego, inni przyjmują możliwość zwyródnienia sąsiednich tkanek, inni na koniec spostrzegali w zaszczepionym kawałku przemiany wsteczne i zupełny zanik tkanki zaszczepionej. Za to doświadczenie kliniczne uczy czego innego. Często operujemy raki, przy których prawie że niemożliwe jest uchronić się od zetknięcia tkanki chorej ze zdrowymi i recydywy nie widzimy; i naodwrot, recydywa występuje tam, gdzie rak był naokoło otoczony częściami zdrowymi, gdzie się nie dotykano go wcale podczas operacji (rak sutki), i to recydywa nie w bliźnie, nie w gruczołach, ale w częściach bardzo oddalonych od ogniska pierwotnego.

Kol. KIJEWSKI twierdzi, że w myśl tego, co powiedział prof. PRZEWOSKI, metoda, stosowana przez kol. BORYSSOWICZA, bynajmniej nie zabezpiecza od zaszczepienia raka podczas samej operacji. Rozpadające się tkanki mogą być przyczyną zakażenia septycznego, dlatego też usuwanie ich chroni nas od tego powikłania i pole operacyjne mamy wtedy czyste; podczas zaś usuwania tkanki nowotworowej, nie uległej rozpadowi, właśnie można w zdrowe tkanki zaszczepić nowotwór. Przemywanie całej powierzchni rany 5% roztworem chlorku cynku nie niszczy już zaszczepionych pierwiastków raka, chlorek cynku nie ma swobodnego działania w tym kierunku, przynajmniej dotąd żadne doświadczenia nie potwierdziły tego przypuszczenia; zatem należy przyjąć, że przemycza się tylko ranę w celu usunięcia resztek, przylegających do jej powierzchni. Wyjałowiona woda lub fizyologiczny roztwór soli z równym pożytkiem tę rolę odgrywać może. W opisie wykonania samej operacji, dla kol. K. niezrozumiało jest, dlaczego kol. B. nakłada najpierw przewiązki, a następnie szeroko zakłada kleszczyki RICHELOT'a. Jest to utrudnienie i strata czasu. Jeżeli jesteśmy pewni, że moczowodu końcem kleszczyków nie schwycimy, to bezporównania prościej od razu zastosować kleszczyki RICHELOT'a, które z całym bezpieczeństwem, przy zachowaniu wszelkich warunków czystości, można w ranie pozostawić w ciągu kilku dni. Również, w razie nawrotu cierpienia stosowanie *pastae Canquini* nie jest wymotywowane. Jeżeli kol. B. boi się w tych razach używać noża, aby nie otworzyć jelita lub pęcherza moczowego, to *pasta Canquini* nie uchroni go od tego, gdyż, jak to słysze- liśmy, niszczy tkankę na znacznej przestrzeni.

Kol. SAWICKI. Możliwości przeszczepiania raka obok spostrzeżeń klinicznych dowodzą prace doświadczalne WEHR'a. Szczepienia takie udają się wprawdzie nie zawsze, lecz to zależy od pewnych warunków, których jeszcze dokładnie nie znamy. Co się tyczy raka macicy, to tu spostrzegano niejednokrotnie przeszczepienie nowotworu z szyi macicznej na błonę śluzową pochwy (spostrzeżenia FISCHER'a, WEHR'a i innych). Usuwanie raka, chirurg dzisiejszy stara się operować w tkankach zdrowych i usuwać najwięcej tkanki w tym kierunku, w którym nowotwór przy danych warunkach zwykł się najbardziej szerzyć. Ponieważ badania wykazały, że rak macicy najszybciej się szerzy w kierunku więzadeł krzyżowo-macicznych i więzadeł szerokich, a zatem przy wycinaniu macicy w tych razach należy jednocześnie o ile można najwięcej sąsiedniej tkanki usuwać we wspomnianym kierunku. Wychodząc z tej samej zasady, MACKEN-

RODT podał niedawno swój sposób wycinania macicy razem z częścią więzadeł szerokich. Dla umożliwienia tego MACKENRODT oddziela uprzednio macicę z częścią więzadeł szerokich od pęcherza, przyczem moczowody pozostają przy pęcherzu na przestrzeni 5 ctm., t. j. aż do miejsca, w którym przebijają więzadła szerokie w poprzek. Po takim odłuszczeniu można nakładać przewiązki na więzy szerokie w odległości 4 ctm. od macicy, bez obawy podwiązania moczowodu. Sprawdzając powyższe dane kilkakrotnie na trupach, kol. SAWICKI przekonał się, że dane te są zupełnie słuszne i sama operacja do wykonania możliwa. Sposób operowania kol. BORYSSOWICZA stanowi modyfikację sposobu MACKENRODT'a; kol. S. nie może jednakże powiedzieć, by modyfikacja ta była lepsza od pierwowzoru. Kol. B., o ile można wnosić z odczytu, odłuszcza pęcherz tylko od macicy, jak to dotąd czyniono, nakłada przewiązki tuż przy macicy i następnie w odległości mniej więcej 2—3 ctm. od tejże chwytu w kleszczyki więzadła szerokie. W tych warunkach moczowód, przylegający do dolnej przedniej powierzchni więzadła, uchwycić w szczypce bardzo łatwo. Jeżeli kol. B. to się nigdy nie wydarzyło, to widocznie nakładał kleszczyki RICHELOT'a nie na całą wysokość więzadeł, lecz tylko na dolną część tychże. Oprócz możebności uchwycenia kleszczykami moczowodu i usuwania mniejszej ilości tkanek, niż to czyni MACKENRODT, sposób kol. B. ma jeszcze jedną niedogodność: odgniatanie kleszczykami powoduje zgorzel tkanek, która łatwiej może wywołać zakażenie, niż tkanki przewiązane; wprawdzie kol. B. zamyka część rany otrzewnowej zawiązaniem ligatur i zabezpiecza się od zakażenia założeniem tamponu, jednakże, w razie jakiegś niedokładności, zakażenie łatwiej tu może nastąpić, niż przy sposobie MACKENRODT'a.

Kol. KRYSIŃSKI uważa przepłukiwanie 5% roztworem chlorku cynku za niebezpieczne, gdyż roztwór taki jest środkiem silnie drażniącym, a wiadomo przecież, że w etyologii raka drażnienie stawiają na jednym z pierwszych miejsc. Zalecana przez kol. B. metoda operacyjna przedłuża bardzo operację, a chociaż zasadą chirurga jest, aby operować możliwie czysto, należy również starać się o pośpiech, gdyż od tego w znacznym stopniu zależy dobre zejście pooperacyjne.

Kol. SZTEYNER jednocześnie zakładanie przewiązek i kleszczyków RICHELOT'a uważa za zbyt czyste, a pozostawienie ich tylko na 24 godzin za niebezpieczne z tego względu, że możliwe będzie zakażenie przyranne, jeżeli w ciągu tych 24 godzin wszystkie naczynia nie ulegną zamknięciu.

Kol. WINAWER zaznacza, iż z podanych przez kol. B. sposobów, pierwszy ma na celu zabezpieczenie chorej od powrotu raka przyranego, drugi zaś — od powrotu zaszczepionego. Pierwszy sposób można zestawić z podanym niedawno sposobem MACKENRODT'a. MACKENRODT operuje w ten sposób, iż usuwa więzadła szerokie w całej ich rozciągłości, w większym lub mniejszym oddaleniu od macicy; kol. B. zaś dąży do usunięcia głównie tkanki przymaciczej, która pozostaje w najbliższym sąsiedztwie z szyją maciczną. Wiadomo, iż rak dolnego odcinka macicy szerzy się *per contiguitatem* na najbliższe otoczenie szyi macicznej. Wobec tej okoliczności nie można nie uznać w zasadzie za racjonalny sposób kol. B., który to sposób dąży do oddzielenia tkanki przyszyjowej przez nałożenie kleszczy RICHELOT-PÉAN'a nazewnątrż przewiązek jedwabnych. O ile sposób ten może być pewny, tylko z czasem, przez szczegółowe badania drobnowidzowe wyciętych wraz z macią więzadeł, określić będzie można. Wówczas bowiem można będzie przekonać się, w jakiej rozciągłości i w jakim oddaleniu od macicy zajęto są więzadła szerokie przy raku dolnego odcinka, który wydaje się jeszcze umiejscowionym wyłącznie na macicy. Co do zarzutu, jakoby, ujmując dolną część więzadeł szerokich w kleszcze, łatwo było zacisnąć moczowody, to zarzut ten nie wydaje się słuszny. Odłuszczając dokładnie pęcherz moczowy od szyi macicznej i więzadeł szerokich i ujmując w kleszcze więzadła szerokie w nieznanym oddaleniu, prawie tuż poza przewiązkami, jak to kol. B. czyni, wówczas powikłania tego uniknąć można. Drugi sposób kol. B. ma na celu ochronę od powrotu raka zaszczepionego. Rozpatrując w tych sposobach, jakie w tym celu były dotąd podane, sposoby FRITSCH'a, WINTER'a, GOTTSCHALK'a, MACKENRODT'a i CLEVELAND'a, przyjsć można do wniosku, iż niektóre z tych sposobów prawie wcale, zaś inne tylko niedostatecznie chronić mogą od powrotu raka zaszczepionego. Ze sposobów tych sposób WINTER'a wydaje się najprostszym i najpewniejszym, tembardziej, iż WINTER, posilkując się tym sposobem już od półtora roku, nie spostrzegał powrotu przez zaszczepienie. Przy długotrwałej operacji łatwo będzie nieco komórek rakowych palcami przenieść i w otwartą tkankę przymaciczną wszczepić. Także sposób

MACKENRODT'a, bardzo racjonalny w zasadzie, nie zawszę może być pewny. Gdy błona śluzowa sklepień pochwowych ulegnie zwyrodnieniu, wówczas worek, z płatów pochwowych wytworzony, łatwo rwać się będzie i częściej pochwowa macicy nie będzie dostatecznie izolowana. Stąd wniosek, iż przyjmując kwestyę przeszczepialności raka, przynajmniej klinicznie, za dowiedzioną, nie możemy twierdzić, byśmy ostatecznie już byli w posiadaniu sposobu łatwo wykonanego, chroniącego bezwzględnie od powrotu raka zaszczerpionego. Jaką rolę w szeregu tych sposobów odegra sposób kol. BORYSSOWICZA, trudno jest osądzić. Tylko fakty dalsze mogą nam o wartości sposobu dać dostateczne świadectwo. Rozstrzygać tę sprawę dziś—jest co najmniej przedwczesnie.

W odpowiedzi kolegom, głos w dyskusji zabierającym, kol. BORYSSOWICZ zaznaczył: Zarzut kol. KONDRATOWICZA, że podane przez kol. B. sposoby operowania raka macicy, mające na celu uniknięcie powrotu tego cierpienia po wycięciu całkowitem macicy, są zapożyczone z pracy WINTER'a, jest najzupełniej niesłuszny i przez nikogo nie może być popierany, kto przeczytał pracę WINTER'a. W pracy WINTER'a niema mowy o sposobach operowania, podanych przez kol. BORYSSOWICZA. WINTER zaleca dla uniknięcia zaszczerpienia raka zeszkrobanie nowotworu, odkażanie rany $\frac{1}{2}\%$ roztworem alkoholowym sublimatu i przypalanie jej żegadłem PACQUELIN'a, — sposób zaś kol. B. polega na amputacji nadpochwowej szyi macicznej, powyżej nacieczzeń rakowatych i na odkażeniu powierzchni rany, powstałej po odluszczeniu pęcherza i odbytnicy od szyi macicznej, zapomocą 5% roztworu chlorku cynku. Odkażanie rąk i zmiana narzędzi, wspólna w postępowaniu WINTER'a i kol. B., nie dowodzi podobieństwa metod, gdyż każdy operator tak postępuje po usunięciu części zakażonych, zanim przystąpi do operacji na tkankach zdrowych. Zarzut kol. KONDRATOWICZA tembardziej jest nieczem nieusprawiedliwiony, gdyż kol. B., mówiąc o tem postępowaniu, nadmienil, że odkaża ręce i zamienia narzędzia, tak samo, jak to zaleca WINTER i inni. Zarzut, że stosując kleszczyki, narazić się można na zakażenie rany, upada wobec dobrych wyników, otrzymanych przez ginekologów, używających kleszczyków przy wycinaniu macicy. Chlorek cynku był stosowany w celu niszczenia raka macicy przed jej wycięciem: kol. B., pierwszy zaczął stosować ten środek po wycięciu macicy w celu zniszczenia podejrzaney ziarniny. Trudno się zgodzić, według słów kol. B., z kolegą JAWDYŃSKIM, że nie możemy zaręczyć, czy rak nawet w początkowym rozwoju nie ponowi się po całkowitem wycięciu macicy; z większą jednak pewnością można twierdzić, że skoro nacieczenia nowotworowe przekroczyły tkankę maciczną, powrót cierpienia jest prawie niezaprzeczalny. Oprócz przytoczonych przez kol. PRZEWOSKIEGO, przypadków, dowodzących zaszczerpialności raka, za dowód służyć mogą również prace LANGENBECK'a, NOWICKIEGO i WEBER'a oraz wyniki dodatniego szczepienia raka na ludziach, podane przez HAHN'a, BERGMANN'a i CORNILL'a. Niektóre też znane przypadki kliniczne, jak zarażenie się wargi górnej od dolnej, podniebienia od raka języka, wargi sromnej jednej od drugiej oraz skóry brzucha od owrzodzenia rakowatego na obwisłej sutce, dowodzą zaszczerpialności raka. Po wycięciu szyi macicznej, zajętej przez raka, kol. B. splukuje powierzchnię rany 5% roztworem chlorku cynku w celu usunięcia cząstek nowotworu i odkażenia powierzchni rany od posocznicowych lub nowotworowych pierwiastków; nie ma zaś wcale kol. B. zamiaru odkażać głębokich warstw tkanek otaczających macicę, gdyż podczas wycinania szyi macicznej unika ujmowania zapomocą narzędzi tych tkanek. Kol. B. nie ma więc na celu uniknięcia zakażenia otrzewnej, lecz przedewszystkiem rany po odluszczeniu pęcherza i odbytnicy od szyi macicznej, gdyż rana ta nie może być dokładnie przepłukana i odkażona po otwarciu jamy brzusznej. Zarzut kol. JAWDYŃSKIEGO i SAWICKIEGO, że ujmując tkankę przyszyjową (nie więzadła szerokie, jak chce kol. JAWDYŃSKI) zapomocą kleszczyków RICHELOT'a nazewnątrz przewiązek, można ucisnąć moczowody, upada z tego powodu, że kol. B. nie zdarzył się taki przypadek w praktyce, a powtóre, że po operacjach, dokonanych na trupach, można stwierdzić znaczną odległość moczowodów od zaciśniętych kleszczyków; nakoniec przedstawiony okaz macicy wraz z moczowodami i pęcherzem wykazuje znaczną odległość moczowodów od szyi macicznej (5—6 ctm.), która daje możność stosowania kleszczyków w celu szerszego usunięcia tkanki otaczającej szyję maciczną, o którą właśnie chodzi, gdyż w niej przebiegają głównie pnie naczyń chłonnych, odprowadzających limfę z powierzchni szyi macicznej. W odpowiedzi prof. PRZEWOSKIEMU kol. B. nadmienia, że przedewszystkiem stara

się usunąć całkowicie raka, amputując szyję powyżej nacieczeń, że powierzchnię szyi po amputacji przypala zogadłom PACQUELIN'a, a powtóró, iż nie jest do-
wiedzionem, że komórki raka, rozsiane w tkance, są zaraźliwsze od tych, które stano-
wią podścielisko raka, które nie są w stanie rozpadu, lecz posiadają własności ży-
wotne i zdolne do zaszczipienia. W odpowiedzi kol. KRYSIŃSKIEMU kol. B. zaznacza,
że przypalanie powierzchni rany zapomocą 5% roztworu chlorku cynku nie uważa za
szkodliwe, gdyż rana ta goi się nie doraźnie, lecz przez ropienie, odkażenie więc takiej
rany zawsze jest korzystne i nie może ułatwić rozwoju raka przez drażnienie. 5% chlo-
rek cynku mumifikuje powierzchnię rany oraz komórki raka, przylegające do tej
powierzchni lub wtłoczone w nią podczas odłuszczenia na tępo pęcherza i kiszki
prostej od szyi macicznej. Kol. B. dodaje, że przy stosowaniu podanych zmian ope-
racyjnych i stosowaniu chlorku cynku do odkażenia rany, nie tylko nie spostrzegali
u chorych podwyższenia się ciepłoty po operacji, lecz że tampony, wypełniające po-
chwę, nie wydawały gnilnej woni przy wyjmowaniu ich na 9 lub 11 dzień po ope-
racji.

W sprawie leczenia błonicy surowicą swoistą.

Kwestya dnia, kwestya surowicy przeciwbłonicowej, zaczyna wchodzić w drugą fazę. Łatwo
było przewidzieć, że po publikacjach, głoszących tryumf nowej metody leczenia błonicy, dadzą
się słyszeć głosy przeciwnie, odmawiające jej wartości leczniczej, a nawet potępiające ją jako
szkodliwą.

Wkrótce po ukazaniu się w handlu surowicy BEHRING'a, zjawiały się jedna po drugiej
wiadomości o pomyślnym wpływie środka na błonicę, — wiadomości, oparte przeważnie na małej
liczbie spostrzeżeń. Przytaczano przypadki wyleczenia, mówiono o bardzo ciężkich postaciach
błonicy zakończonych wyzdrowieniem, przyczem zapomniano, że i przy dawniejszych metodach
leczenia takie same rzeczy się zdarzały. Opierano się na statystyce, porównując śmiertelność
w jednej epidemii ze śmiertelnością w innych, zapominając znowu o rozmaitej złośliwości epi-
demii błonicowych. Przytaczano na dowód skuteczności środka, że śmiertelność z 50% lub 60%
spadała na 20% — 25%. Skąd takie okropne cyfry? Toć epidemie błonicy ze śmiertelnością,
dochodzącą do 50%, należą na szczęście do rzadkich. Środek nowy uznano za swoisty w całym
znaczeniu tego wyrazu, t. j. leczący napewno błonicę czystą, byleby leczenie rozpoczęte zostało
w pierwszych dniach choroby, nie czekając, co przyszłość przynieść może. Nazwano surowicę
BEHRING'a środkiem bezwarunkowo nieszkodliwym, zapominając, iż do wygłoszenia takiego zda-
nia potrzeba więcej, niż kilkudziesięciu spostrzeżeń, więcej, niż jednej epidemii. Oto faza pierw-
sza, w której entuzjazm kazał zapomnieć o trzeźwości i krytycyzmie.

Nie długo dał na siebie czekać głos sceptyka, głos, znowu z przykrością nadmienić musimy,
nie pozbawiony subiektywizmu, a nie oparty na licznych spostrzeżeniach i nie dających się ode-
przeć argumentach.

Na przedostatniem posiedzeniu Towarzystwa Lekarsk. Berlińskiego wystąpił HANSEMANN
z odczytem o błonicy i surowicy przeciwbłonicowej. Pomijamy część pierwszą odczytu, w której
H. stara się udowodnić, że lasecznik LOEFFLER'a nie jest zarazkiem swoistym dla błonicy, przy-
taczając motywy, wielokrotnie już przez zwolenników LOEFFLER'a odpierane, i przechodzimy do
drugiej, do kwestyi wartości leczniczej surowicy BEHRING'a. Niewątpliwie zdziwić musiały każ-
dego następujące trzy wnioski HANSEMANN'a: 1) Nie mamy żadnych naukowych i doświadczal-
nych dowodów na to, że surowica BEHRING'a jest środkiem swoistym dla błonicy człowieka.
2) Również i praktyka nie dostarczyła takiego dowodu. 3) Środek ten może być szkodliwy.
Rzecz naturalna, że dla dowiedzenia trzech tych postulatów trzeba było wybierać z ogłoszonych
dotychczas danych najgorsze, przemilczając o pomyślnych, a także skrzętnie notować wiadomości
prywatne, mogące nową metodę potępić i pogrzebać przy samych narodzinach.

A więc przedewszystkiem własności ochronne środka BEHRING'a nie są bynajmniej dowie-
dzione. KOSSEL mówi raz, że surowica uodparnia na 8—14 dni, drugi raz — że na 2—3 tygo-
dni. Sam twórca metody terminu tego określić nie jest w stanie. A należałoby przedewszystkiem
dowieść, czy wogóle surowica przeciwbłonicowa ma działanie ochronne. Tymczasem wiemy, że
jedno z dzieci, szczepionych przez EHRLICH'a, zachorowało na błonicę. SCHUELER wspomina

o przypadku, szczepionym 23 września, a dotkniętym chorobą 30 tegoż miesiąca. KOSSEL podaje trzy przypadki powrotu błonicy u dzieci leczonych surowicą. Tenże KOSSEL spostrzegał 2 dzieci, które zapadły na błonicę we dwa dni po szczepieniu ochronnem. BEHRING'owi i współ-pracownikom jego muszą być znane liczne inne przypadki nieudanego szczepienia, gdyż radzą obecnie wstrzykiwać 150 jednostek uodporniających, ażeby immunizować na 6 tygodni. Co się tyczy wyników leczniczych, to przedewszystkiem niema żadnego dowodu na to, że środek działa istotnie na zmiany miejscowe i na stan ogólny. Wprawdzie powiada KOSSEL, że naloty szybko oddzielają się i gorączka nagle spada, lecz znowu KOERTE nie widział żadnego wpływu ani na ciepłotę ciała, ani na cierpienie miejscowe. HILBERT mówi, że przebieg choroby we wszystkich przez niego spostrzeganych przypadkach nie różnił się bynajmniej od naturalnego. MENDEL spostrzegał po wstrzykiwaniach podniesienie się ciepłoty ciała. Wobec braku dowodów bezpośredniego wpływu leku na istotę choroby, zwrócono się do statystyki. Na zle strony statystyki zwrócił niedawno uwagę GOTTSTEIN. Ogólnie przyznawano, że liczby podawane są zbyt małe, że czas jest zbyt krótki. GOTTSTEIN wykazał, że statystyka KOSSEL'a jest mylna, gdyż autor ten nie pomieścił w niej trzech przypadków zakończonych śmiercią, prócz tego stracił jedno dziecko wskutek powrotu błonicy. Historia błonicy dowodzi, że statystyka śmiertelności od błonicy częstokroć pozornie spadała pod wpływem różnorodnych leków miejscowych. MEYER przy swoim sposobie leczenia z 60-ga dzieci stracił tylko jedno. A takiej statystyki surowica jeszcze nam nie dostarczyła. KOERTE podaje procent śmiertelności u leczonych surowicą na 33,1%, z ciężkich przypadków zmarło 58,2%, ze średnio ciężkich 29,8%, z lekkich 1. Lekarze praktycy nigdy nie mieli tak wielkiej śmiertelności w błonicy, jak obecnie szpitale przy stosowaniu surowicy. Prócz tego szpitale mają teraz zupełnie inny materiał błonicowy, niż dawniej, gdyż przyjmują przypadki, które bezwarunkowo same bez leczenia zakończyć się muszą pomyślnie. Utrzymywano, że czyste przypadki błonicy niewątpliwie wyzdrowiewają po stosowaniu surowicy; tymczasem KOSSEL stracił jedno dziecko wskutek powrotu błonicy, KOERTE zaś 8, z których 5-ro zmarło pomimo wczesnego zastosowania środka. BOCK zastrzyknął dziecku choremu surowicę w drugim dniu choroby, trzeciego dnia dziecko bez powikłań zmarło. Z dwójga rodzeństwa jedno dziecko nie szczepione wyzdrowiało, drugie pomimo wstrzykiwań zmarło. Inne dwuletnie dziecko otrzymało 1000 jednostek immunizacyjnych i zmarło we dwa dni później przy zwykłych objawach. W szpitalu Charité zachorowało na błonicę dwuletnie, dotknięte krzywicą dziecko. W przeciągu 24 godzin wykazano w błonach laseczniki LOEFFLER'a i zastosowano zaraz surowicę. Pomimo to wystąpiły objawy dławca; zrobiono tracheotomię; śmierć trzeciego dnia. Badanie zwłok nie wykazało żadnych powikłań, lecz zwyczajny dławiec błonicowy. Prócz tego spostrzegano cały szereg porażeń po stosowaniu surowicy, co znowu przeczy swoistości środka.

Za to niewątpliwie ma środek BEHRING'a działanie ujemne, gdyż, jak wiadomo, surowica jednego zwierzęcia, zastrzyknięta drugiemu, należącemu do innego gatunku, wywołuje wybitne zmiany we krwi (*dissolutio*). Stąd też, oprócz niby niewinnej pokrzywki, spostrzegano wylewy krwawe pod skórą, bóle w stawach, stan komatyczny. BAGINSKY i CANON notują po wstrzykiwaniach niezwykle często osłabienie serca i przyspieszenie tętna. Prócz tego niewątpliwie działa surowica niepomyślnie na nerki, co stwierdzają KOERTE i RITTER. Jedno dziecko, leczone w szpitalu Friedrichshain bez surowicy przy pomyślnym przebiegu choroby, przeniesione zostało z powodu cierpienia oka do Charité. Tu wstrzyknięto mu 15 ctm. surowicy. Dziecko to zmarło przy objawach niezwykle ciężkiego zapalenia nerek. Należy więc, konkluduje H., czekać, czy środek BEHRING'a nie okaże się raczej przynoszącym więcej szkody, niż pożytku.

W rozpoczętej nad odczytem tym dyskusji, BERGMANN wystąpił przeciwko zdaniu HANSEMANN'a o nieswoistości lasecznika LOEFFLER'a; co się tyczy rozpoczętych przez niego badań nad działaniem surowicy, to obiecuje ogłosić je dopiero po upływie roku. VIRCHOW przyznaje, że porównanie cyfr śmiertelności u leczonych surowicą i nie leczonych nią, przemawia bezwarunkowo za pożytkiem środka.

Z. Srebrny.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

— D-r HILBERT z Królewca oblicza, że w ciągu ubiegłych pięciu lat na 229 przypadków błonicy, jakie spostrzegał w poliklinice uniwersyteckiej, wystąpiło zarażenie u rodzeństwa dzieci chorych w 43-ch przypadkach, t. j. w 19% wszystkich przypadków, z których zmarło osób 12, t. j. 28%. W roku bieżącym, w razie pojawienia się w poliklinice przypadku błonicy, HILBERT szczepił surowicę ARONSON'a lub BEHRING'a, różnej mocy i rozmaitej ilości, wszystkim dzieciom, w rodzinie chorych się znajdującym, w ogólnej ilości 64 szczepień w 25 rodzinach. Wstrzykiwania były znoszone dobrze, nie wywoływały podniesienia ciepłoty ciała lub jakichkolwiek powikłań. Z powyższej liczby 64 dzieci, siedmioro zapadło po kilku do kilkunastu dniach na błonicę, ale ta przebiegała w ogólności łagodnie i we wszystkich przypadkach zakończyła się pomyślnie. Autor sądzi, że zastrzykiwanie, wykonywane przez niego (1 ctm. surowicy BEHRING'a № I), było w ogólności niedostateczne. Dalsze badania wykażą zapewne, że do uodpornienia większe ilości wstrzykiwać należy. Oprócz tego leczył H. 11 przypadków mniej lub więcej ciężkiej błonicy wstrzykiwaniami surowicy BEHRING'a № I i II. Wszystkie te przypadki, z których dwa były połączone z objawami silnego zajęcia krtani, zakończyły się pomyślnie. W latach ubiegłych śmiertelność wynosiła 23%. (Berl. klin. Woch. № 48, r. 1894).

— MENDEL spostrzegał przypadek błonicy gardła i krtani, w którym w 8 dni po wstrzyknięciu dwóch porcji surowicy BEHRING'a, a w 5 dni po zniknięciu nalotu, przy dobrym stanie ogólnym dziecka, wystąpiła nagle obfita wysypka krwawa, z mniejszych i większych plam złożona, na całym ciele. Wysypka po kilku dniach znikła bez śladu. Autor sądzi, że przyczynę wysypki stanowi surowica końska, która wstrzyknięta innemu zwierzęciu w ilości 1%, jak to z prac LANDOIS wiadomo, wywołuje skłonność do krwawienia. (Berl. klin. Woch. № 48).
J. K.

— D-r CNYRIM w 7 dni po zastrzyknięciu sobie samemu, z powodu zapalenia gardła, 10 ctm. sz. surowicy (Höchst) № II, zauważył wysypkę pokrzywkową na miejscu zastrzyknięcia, a następnych dni wystąpiło obrzmienie gruczołów chłonnych, bóle w stawach kolanowych i łokciowych, ból głowy. Ciepłota podniosła się do 39,5°. Po 5 dniach objawy te ustąpiły. W zupełnie podobny sposób zachorował d-r K. przy zastrzyknięciu 10 ctm. sz. surowicy (Höchst) № I. W przypadku tym objawy ogólne wystąpiły na czwarty dzień po zastrzyknięciu, obrzmienie gruczołów na 7-y dzień, pokrzywka na 8-y. 11-go dnia objawy zaczęły ustępować, jednak jeszcze po 21 dniach istniały bóle w prawym ramieniu i trudność poruszania niem. (Deut. med. Woch. № 48).

Wiadomości bieżące.

— Zeszyt III Pamiętnika Tow. Lek. Warszawskiego wyszedł z druku i zawiera, między innemi, sprawozdanie z obrotu i stanu funduszków Kasy Wsparcia podupadłych lekarzy, oraz wdów i sierot biednych po lekarzach pozostałych, z rok 1893, z którego to sprawozdania podajemy ważniejsze dane następujące: I. Fundusz nieruchomości czyli żelazny. Z końcem roku 1892 wynosił rs. 33,892, k. 57, a że w roku 1893 powiększył się o rs. 589, k. 23, zatem z końcem roku 1893 wynosił rs. 34,481, k. 80. II. Fundusz ruchomy. Z końcem 1892 r. pozostało w kasie funduszu ruchomego rs. 1,252, k. 3. W ciągu 1893 r. wpłynęło: a) ze składek terminowych od Członków Kasy rs. 3,592, k. 25; b) z ofiar jednorazowych, nie przewyższających rs 50, rs. 386, k. 5; c) z procentów od kapitałów hipotecznie lokowanych i od papierów procentowych rs. 1,703. k. 9;

d) przelew z oddzielnego funduszu, ofiarowanego przez profesora d-ra Juliana KOSIŃSKIEGO, $\frac{1}{4}$ części procentów, stosownie do woli ofiarodawcy rs. 100. Ogół dochodu z remanentem wynosił rs. 7,033, k. 42. Z tej sumy wydano w 1893 roku: a) na wsparcia: mianowicie 4-m lekarzom, 2-m matkom zmarłych lekarzy, oraz 81 wdowom i sierotom po lekarzach, w ubóstwie pozostałym, łącznie 87 osobom lub rodzinom, rs. 5,488, k. 80; b) na wydatki administracyjne rs. 386, k. 60; c) odpisano w rozchodzie stratę na kupienie listu zastawnego m. Warszawy na rs. 250, za który zapłacono rs. 254, k. 95. Razem wydano rs. 5,880, k. 35. Remanent przeto w dniu 1-go stycznia 1894 r., rs. 1,153, k. 7. III. Fundusz stały z legatu d-ra Józefa TORAŃSKIEGO. Prz y c h ó d: Z końcem r. 1892 fundusz ten wynosił rs. 2,623, k. 26 $\frac{1}{2}$. W r. 1893 wpłynęło za kupony od listów zastawnych m. Warszawy na rs. 2,500

—rs. 118, k. 74. Ogół przychodu z remanentem rs. 2,742, k. $\frac{1}{2}$. Z tej sumy wydano na wsparcie podupadłemu lekarzowi w dniu imienin testatora t. j. 19 marca 1893 r., rs. 116, k. 19 $\frac{1}{2}$. Zatem fundusz ten 1 stycznia 1894 r. wynosił rs. 2,625, k. 81. IV. Fundusz z legatu d-ra Leona LANDE. Remanent z końcem r. 1892 wynosił rs. 2,095, k. 50. W r. 1893 wpłynęło za kupony od listów zastawnych m. Warszawy na rs. 2,000, rs. 95. Ogółem przychodu z remanentem rs. 2,190, k. 50. Z procentów wydano, stosownie do legatu, w rocznicę zgonu ofiarodawcy 18 lutego 1893 r. wsparcie: 1) jednemu lekarzowi rs. 50, 2) dwóm wdowom po lekarzach rs. 45; razem rs. 95. Remanent z końcem r. 1893 wynosił rs. 2,095, k. 50, a mianowicie: 1) funduszu stałego w listach zastawnych m. Warszawy rs. 2,000, 2) remanent z procentów rs. 95, k. 50. V. Fundusz ofiarowany przez profesora d-ra Juliana KOSIŃSKIEGO. Remanent z końcem r. 1892 wynosił rs. 8,211, k. 86. W 1893 r. wpłynęło rs. 483, k. 26; zatem ogół przychodu z remanentem rs. 8,695, k. 12. Z tej sumy wydano, stosownie do woli wyrażonej w zapisie: a) na pożyczki 2-m lekarzom i 3-m kandydatom medycyny, przygotowującym się do egzaminu na stopień lekarza, rs. 390; b) przełano do funduszu ruchomego Kasy Wsparcia rs. 100; c) odpisano w przychodzie stratę przy kupnie listu zastawnego m. Warszawy na rs. 100, za który zapłacono rs. 103, k. 20,—rs. 3, k. 20. Remanent z końcem r. 1893 wynosił rs. 8,201, k. 92 jako fundusz stały. VI. Fundusz z zapisu d-ra Walentego STANCZUKOWSKIEGO. Remanent z końcem r. 1892 wynosił rs. 229, k. 80. W r. 1893 wpłynęło za kupony od listów likwidacyjnych rs. 7, k. 60. Ogół przychodu z remanentem rs. 237, k. 40. Oprócz wyżej wymienionych funduszy, należących do Kasy Wsparcia podupadłych lekarzy oraz wdów i sierot po lekarzach, Komitet wydał w r. 1893, stosując się do prośby Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego, wsparcia z procentów od kapitałów, pozostających w bezpośrednim rozporządzeniu Towarzystwa Le-

karskiego. Zarząd Towarzystwa przełał procenty za r. 1893 do Komitetu, dla rozdzielenia ich na wsparcia między podupadłych lekarzy oraz wdowy i sieroty po lekarzach, stosownie do zastrzeżeń w legatach uczynionych. Z tych procentów Komitet wydał w r. 1893 następujące wsparcia: 1) Z procentów od funduszu stałego rs. 7,500, z legatu d-ra Jana BĄCEWICZA, 5-ciu niezamożnym wdowom po lekarzach, wyznania chrześcijańskiego, w dniu imienin ofiarodawcy, t. j. 24 czerwca 1893 r. po rs. 90 każdej, w ogólnej zaś sumie rs. 450. 2) Z procentów od stałego funduszu rs. 13,500, z legatu d-ra Feliksa JABŁONOWSKIEGO, wydano, stosując się do woli ofiarodawcy, wsparcie jednemu podupadłemu lekarzowi, rodem z Warszawy, religii Rzymsko-Katolickiej, za r. 1893 rs. 300, pozostało zaś w kasie na dalsze wsparcia rs. 140, k. 78. 3) Z procentów od funduszu stałego rs. 1,000, z zapisu wdowy po lekarzu Teofilu KOCZOROWSKIEJ, wydano, stosownie do woli testatorki, w dniu jej imienin 20 grudnia 1893 r., wsparcia wdowom i sierotom, religii Rzymsko-Katolickiej, a mianowicie: a) jednej wdowie po lekarzu rs. 25, b) dwóm wdowom, jako wsparcie dodatkowe do otrzymanego z funduszu ruchomego rs. 20, c) dwóm córkom zmarłych lekarzy rs. 15, razem w sumie rs. 60. 4) Z procentów od funduszu stałego rs. 2,000, z legatu Henryka Michała CZEKIER-SKIEGO, stosownie do woli jego, w dwóch półrocznych terminach, a mianowicie w miesiącach lutym i wrześniu 1893 r., wydano wsparcia: a) dwóm wdowom po lekarzach: jednej rs. 25, drugiej rs. 20, razem rs. 45 i b) jednej wdowie po aptekarzu rs. 50, w ogólnej sumie rs. 95. Ogólna suma wsparć, wypłaconych w 1893 roku 103 osobom i rodzinom, wynosiła rs. 6,605.

Zmarli. W Lublinie zmarł w ubiegłym tygodniu d-r B. TETZ, długoletni naczelnik lekarz szpitala Starozakonnych. Zmarły odznaczał się rozległą wiedzą lekarską i cieszył się uznaniem i sympatją kolegów i szerszego ogółu. Pismo nasze niejednokrotnie zasilał pracami swojemi.

OD ADMINISTRACYI.

Uprasza się Szanownych abonentów o wczesne nadsyłanie prenumeraty na rok 1895, oraz o wniesienie zaległej.