

MEDYCYNĄ.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
 dla lekarzy-praktyków.

TREŚĆ. Prace oryginalne. Kilka słów o przymiocie rdzenia, przez D-ra Stanisława Orłowskiego (Dokończenie). Zapalenie tęczówki przymiotowe z rozpadem gummatów. Rupa syphilitica, podał B. R. Gepner. — **Wykłady kliniczne.** O guzach krwistych miednicy (Dokończenie). — **Streszczenia i wyciągi.** 154. O zmianach, jakim ulega mowa przy brakach wrodzonych podniebienia miękiego i twardego, oraz ich leczeniu. 155. Przedziurawienie ściany żołądka wskutek wrzodu okrągłego. 156. Tętniak tętnicy wątrobowej. 157. Leczenie bezładu kończyn górnych. — **Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.** Posiedzenie z dnia 5 listopada r. b. — **Drobniejsze wiadomości różnej treści.** — **Wiadomości bieżące.** — **Ogłoszenia.**

„Medycyna“
GAZETTE MEDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux médecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r S. Orłowski — Quelques mots sur la syphilis de la moelle épinière. 2) D-r B. R. Gepner — Iritis syphilitique avec ramollissement des gonges, rupa syphilitica.

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

„Medycyna“
MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r S. Orłowski — Einiges über syphilitische Rückenmarkserkrankung. 2) D-r B. R. Gepner — Iritis syphilitica mit Zerfall gummöser Knoten, rupa syphilitica.

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

Kilka słów o przymiocie rdzenia,

przez D-ra Stanisława Orłowskiego, ordyn. klin. chorób nerwowych Uniw. Moskiewskiego.

(Dokończenie. — Zob. Nr. 47).

B. Przypadki przewlekłe i ostrawe.

Na 35 spostrzeżeń raz tylko najsamprzód zjawiły się objawy mózgowe: niedowład połowiczny (*hemiparesis*). W reszcie przypadków cierpienie rozpoczynało się od objawów rdzeniowych; pierwszymi były zaburzenia:

w sferze ruchowej	11 razy	{	pareza obydwóch kończyn dolnych	8 razy
			pareza jednej kończyny dolnej	3 „
			mrowienie w nogach	3 „
			bóle w nogach	3 „
w sferze czucia	13 razy	{	„ kręgosłupa	2 „
			„ opasujące	5 „
			zatrzymanie moczu	6 „
			niemowolne wydalanie	1 „
w sferze moczopłciowej	10 razy	{	niemoc płciowa	2 „
			<i>priapismus</i>	1 „

Charakter okresu początkowego.

a) Typ ostrawy — 8 przypadków.

Chorzy niespodziewanie uczuwali silne bóle w krzyżu lub w pasie (5 przypadków), albo też wydalanie moczu stawało się trudne; później słabły nogi, co potęgowało się szybko. W przypadkach takich cierpienie dochodziło do punktu kulminacyjnego w niedługim przeciągu czasu: od pierwszych objawów do *acme* w dwóch przypadkach przeszło około miesiąca, w sześciu od dwóch do sześciu miesięcy.

b) Okres zwiastunów, a później względnie ostre pogorszenie—12 przypadków.

Objawy okresu zwiastunów słabe i nieokreślone: mrowienie w nogach, zbyt częste lub cokolwiek utrudnione wydalanie moczu; u trzech chorych podobne objawy bywały tylko chwilowe. Okres ten trwał:

2 do 9 miesięcy u 7 chorych.

2 do 7 lat u 5 „

Później, po pewnym momencie przyczynowym (notowane w 7 przypadkach: pięć razy wysiłki fizyczne lub nadużycia płciowe, dwa razy przeziębiecie) — lub bez żadnego widocznego powodu rozwijało się znaczne, czasem zupełne porażenie kończyn dolnych.

c) Początek nadzwyczaj powolny, przewlekły — 15 spostrzeżeń.

Tylko w trzech przypadkach cierpienie doszło do *acme* w przeciągu paru miesięcy, w innych — objawy chorobowe rozwijały się w przeciągu roku dwóch, nawet kilku lat.

Najbardziej znamionym objawem, notowanym u wszystkich tych 35 chorych bez wyjątku, było porażenie kończyn dolnych; stopień tego porażenia nie zawsze był jednakowy:

porażenie nóg zupełne 7 przypadków.

porażenie jednej nogi i niedowład drugiej 4 „

niedowład nóg 24 „

Po większej części z jednej strony niedowład był znaczniejszy, niż z drugiej (notowane w 23-ch przypadkach).

Sześć razy niedowład był silniejszy w ośrodkowych częściach kończyn, dolnych, i sześć razy w obwodowych.

Porażenie o typie BROWN-SÉQUARD'a — 10 razy.

Inne grupy mięśniowe:

osłabienie mięśni brzusznych 3 razy

„ „ pleców 8 „

niedowład kończyn górnych 4 „

Rigiditas musculorum notowana 14 razy, przykurczenie stałe 2 razy.

11 chorych nie mogło zupełnie chodzić, u reszty chód kurczowy lub parietyczno-spastyczny.

Stanie było niemożliwe w 6 przypadkach, utrudnione również w sześciu.

Objaw ROMBERG'a notowany 10 razy.

Zmiany odżywcze w mięśniach spostrzegane były u pięciu chorych (u czterech schudnięcie jednej lub obydwóch nóg *en masse*, w jednym przypadku zanik niektórych grup mięśniowych).

Pobudliwość elektromotoryczna była badana u 31 chorych; prawidłową okazała się ona u 22, zmniejszoną u 9.

Odruchy kolanowe:

prawidłowe 4 razy.

spotęgowane 27 „

osłabione 2 „

zniesione 2 „

Odruchy ścięgna ACHILLES'a (wzmianki w 33 historyach):

prawidłowe 6 razy.

spotęgowane 25 „

zniesione 2 „

Odruch kloniczny stopowy (*clonus*) notowany w 14 przypadkach, *trépilation* w 5.

Odruchy podeszwowe (wzmianki w 24-ch historyach):

prawidłowe	3 razy.
wzmoczone	17 „
zniesione lub zmniejszone	4 „

Odruchy brzuszne (wzmianki w 23-ch historyach):

prawidłowe	3 razy.
wzmoczone	9 „
zniesione lub zmniejszone	11 „

Odruchy mięśnia dźwigającego jądro (wzmianki w 20 historyach):

prawidłowe	4 razy.
wzmoczone	7 „
zniesione lub zmniejszone	9 „

Wzmoczenie odruchów termicznych było stwierdzone 3 razy.

Zaburzenia w sferze czucia.

19 chorych skarżyło się na rozmaite bóle:

bóle kręgosłupa	10
„ w pasie	11
„ w nogach	8
„ w rękach	2

Po większej części bóle te spotykano u jednych i tych samych chorych. Kręgosłup okazał się czułym na ucisk w 5 przypadkach.

Rozmaite objawy podmiotowe (parestezye) w kończynach dolnych, np. mrowienie, swędzenie i t. p., były nadzwyczaj częste (w 25 spostrzeżeniach). Uczucie opasania — 7 razy.

Badanie przedmiotowe:

czucie nienaruszone	u trzech chorych (tylko!)
zupełna lub bardzo znaczna beczułość	11 „
mniej lub więcej znaczne osłabienie czucia	21 „

Zaburzenia czuciowe zajmowały:

obydwie nogi lub części ich	14 razy.
całą dolną połowę ciała	11 „
dolne i górne kończyny	1 „
całe ciało (oprócz głowy)	1 „
jedną kończynę	5 „

Nadczułość była notowana w 6 przypadkach, zmniejszenie czucia mięśniowego w 7.

Rozmaite rodzaje czucia były upośledzone:

mniej więcej jednakowo 18 razy.

<i>anesthésie dissociée</i> . . 14 razy <i>(type syringomyélique)</i>	{	nienaruszone cz. ciepłotne	4
		„ „ dotykowe	3
		„ odczuwanie bólu	2
		osłabione tylko cz. dotykowe	4
		„ „ odczuwanie bólu	1

Wzmianki o stanie źrenic znajdujemy w 18 historyach chorób:

źrenice prawidłowe	u 11 chorych.
„ nierównej wielkości	u 2 „
„ rozszerzone	u 2 „
„ zwężone	u 2 „
zniesienie odruchów źrenicy	u 1 „

Zaburzenia w czynności pęcherza nadzwyczaj stale, —w 33-ch (na 35) przypadkach:

trudne wydalanie moczu	12
zatrzymanie	4
to zatrzymanie to mimowolne wydalanie	5
mimowolne wydalanie	4
częste i silne potrzeby (<i>besoins impérieux</i>)	8

Nieżyt pęcherza rozwinął się u 3-ch chorych.

Zaburzenia w czynności odbytnicy:

zaparcie stolca	24
mimowolne wydalanie stolca	2

Zaburzenia czynności płciowych:

zmniejszenie się wzwodów prącia	12
niemoc płciowa	7

Zaburzenia w odżywianiu i odleżyny —u pięciu chorych.

Przebieg choroby:

Stan pozostał bez zmiany u 12 chorych

Pogorszenie u 6 „

Powolne polepszenie (po okresie stałym, który trwał

od $\frac{1}{2}$ do 3-ch lat) u 7 „

Znaczne i szybkie polepszenie u 10 „

W ośmiu przypadkach przebieg choroby był bardzo nieprawidłowy, to chwilowe polepszenie, to znów pogorszenie, słowem — bardzo znaczne wahania.

Przebieg zaburzeń ruchowych:

Wszelkie zboczenia znikły u 7 chorych.

(w przeciągu pierwszych miesięcy)

Znaczne polepszenie u 7 „

W reszcie przypadków polepszenie było nieznaczne lub żadne.

Zaburzenia w sferze czucia były mniej uporczywe:

restitutio ad integrum 10 przypadków

znaczne polepszenie 10 „

stan bez zmiany 12 „

Nieprawidłowości w czynności pęcherza—były nadzwyczaj trudne do zwalczania:

pozostały one bez zmiany u 19 chorych

wzmogły się u 3 „

nastąpiło polepszenie u 3 „

„ *restitutio ad integrum* u 8 „

Odleżyny (notowane 5 razy) zabiłzniły się w 3-ch przypadkach; w dwóch postępowały one bardzo uporczywie i spowodowały śmiertelną posocznicę (jeden z chorych zmarł po upływie półtora roku, drugi po upływie trzech lat od początku choroby).

Leczenie swoiste:

Wpływ niewątpliwy	w 15 spostrzeżeniach
Polepszenie bez widocznego związku z leczeniem swoistem w	3 „
Leczenie bez skutku	w 17 „

Wyniki leczenia w przypadkach przewlekłych:

Śmierć	2 przypadki
Wyzdrowienie	7 „
Porażenie zupełne	6 „
Niedowład mniej lub bardziej znaczny	20 „

Z tej ostatniej grupy 17 chorych mogło chodzić (z pomocą), 8 mogło się zajmować pewną niezbyt uciążliwą pracą.

II. *Laesiones combinatae et pseudosystematicae.*

Do pierwszej kategorii należą cztery spostrzeżenia *tabes et myelitis diffusa acuta*.

W przebiegu choroby łatwo odróżnić dwa oddzielne okresy:

1) Objawy władu rdzenia, niezbyt daleko posunięte: bóle strzelające, objaw ROMBERG'a, niezborność kończyn dolnych (nie tak silna, aby chorzy chodzić nie mogli), zaburzenia moczopłciowe. Okres ten w trzech przypadkach trwał od dwóch do czterech lat, w jednym 17 lat.

2) Cechą zmienną okresu drugiego jest w ostrej postaci zjawiające się porażenie poprzeczne zupełne: trzech chorych uległo bezwładowi w przeciągu paru dni, u czwartego wystąpił po akcie płciowym znaczny niedowład nóg, a dopiero po upływie dwóch tygodni, także po akcie płciowym, zupełny bezwład. W tym ostatnim zatem przypadku można uważać akt płciowy jako moment przyczynowy. U innego chorego bezwład kończyn dolnych rozwinął się po przeziębieniu i rozpoczął się gorączką. W pozostałych spostrzeżeniach nie było żadnych widocznych powodów do wystąpienia bezwładu. W dwóch przypadkach jednocześnie z porażeniem ruchowym było i zupełne znieczulenie kończyn dolnych i zupełne zatrzymanie moczu; w innych dwóch czucie upośledzone i wydalanie moczu utrudnione.

Przebieg choroby rozmaity: u jednego z chorych znikły po upływie czterech miesięcy wszystkie objawy zapalenia rdzenia, pozostały poprzednie zaburzenia władowe. Stan drugiego chorego po paru miesiącach polepszył się znacznie i chory mógł chodzić z pomocą, jakkolwiek niedowład nóg był znaczny. W trzecim przypadku — o ile zmniejszały się objawy niedowładu, o tyle na pierwszy plan występowały objawy bezwładu, tak, że i po roku chory musiał leżeć w łóżku. Nareszcie w czwartym, stan chorego pozostał bez zmiany przez cały czas spostrzegania (blisko pół roku). Leczenie swoiste było stosowane we wszystkich przypadkach.

Typ złożony przedstawiał także chory, u którego podczas bardzo znacznie rozwiniętego okresu ataktycznego władu, zjawily się silne drgawki kloniczne w nogach i rękach; drgawki te powtarzały się co parę minut (przez cały rok spostrzegania) i nadzwyczaj męczyły chorego.

Etyologia tych przypadków złożonych jest godną uwagi: oprócz zarażenia przymiotem w trzech spostrzeżeniach notowana jest dziedziczność neuropatyczna i w czterech rozmaite choroby układu nerwowego.

Grupa pseudosystematycznych przypadków zawiera sześciu chorych z *pseudotabes syphilitica*.

Obraz kliniczny nadzwyczaj przypomina wiał rdzenia (trzech chorych było w okresie ataktycznym i trzech w przedataktycznym); swoją drogą niektóre objawy są mniej znamienne dla zwyczajnego wiału: znaczny niedowład nóg prawie od początku cierpienia (4 spostrzeżenia), *nystagmus* (1 spostrz.).

Od chwili zakażenia przymiotem do pierwszych objawów rdzeniowych upływało mniej czasu, niż zwykle przy *tubes*: w dwóch przypadkach mniej, niż rok; w trzech od 3 do 4 lat; tylko w jednym około 9 lat.

Rozwój choroby był daleko ostrzejszy: w pięciu przypadkach cierpienie doszło do *maximum* w przeciągu paru miesięcy i tylko w jednym objawy pógowały się w ciągu trzech lat.

Przebieg choroby: w jednym przypadku pomimo usilnego leczenia swoistego nastąpiło pogorszenie, w trzech niewielkie polepszenie i w dwóch polepszenie bardzo znaczne (w jednym z nich w przeciągu kilku tygodni pod wpływem jodu i wcierań szaruchy znikła znaczna niezborność i znieczulenie; pomimo to odruchy kolanowe nie powróciły).

III. *Syphilis cerebro-spinalis* (5 spostrzeżeń).

Objawy mózgowe poprzedzają objawy rdzeniowe.

Dwa razy cierpienie zaczęło się od napadów afazyi, raz od porażenia połowicznego też z afazyą (*hemiplegia c. aphasia*), dwa razy od porażenia jednostronnego.

Cierpienie rozwijało się gwałtownymi przeskokami od polepszenia ku pogorszeniom; godne uwagi są nawroty rozmaitych porażen; oto parę przykładów:

Pierwszy chory	$\left\{ \begin{array}{l} \textit{paralysis cruciata}, \\ \textit{monoplegia}, \\ \textit{paraplegia completa}, \\ \textit{paralysis cruciata}, \\ \text{(na przeciwnych kończynach)}. \end{array} \right.$	$\left\{ \begin{array}{l} \text{To wszystko trwało} \\ \text{dwa lata; każdy oddziel-} \\ \text{ny napad porażenia} \\ \text{ustępował po kilku ty-} \\ \text{godniach.} \end{array} \right.$
Drugi chory	$\left\{ \begin{array}{l} \textit{hemiplegia}, \\ \textit{hemiplegia}, \\ \textit{paraplegia}. \end{array} \right.$	
Trzeci i czwarty chory	$\left\{ \begin{array}{l} \textit{monoplegia}, \\ \textit{hemiplegia}, \\ \textit{paraplegia} \end{array} \right.$	

Porażenia nerwów mózgowych dość częste:

porażenie <i>n. facialis</i>	2 razy
„ <i>n. abducentis</i>	2 „
„ <i>n. hypoglossi</i>	1 „

W dwóch przypadkach napady silnego bólu głowy z zawrotem i nudnościami.

Zaburzenia w sferze psychicznej u trzech chorych: osłabienie pamięci, ogólna apatya, senność, pewne oglupienie.

Znaczne objawy opuszkowe w dwóch spostrzeżeniach.

Objawy czysto mózgowe (bez rdzeniowych) trwały w dwóch przypadkach — rok, w dwóch — dwa lata, w jednym objawy rdzeniowe wystąpiły w początkach choroby.

Przez połączenie porażen mózgowych i rdzeniowych u trzech chorych wytworzył się obraz kliniczny, znany pod nazwą *triplegia*.

Zaburzenia w sferze czucia były w czterech przypadkach: dwa razy w postaci porażenia połowicznego (*hemianaesthesia*) i dwa razy — poprzecznego.

Zaburzenia moczopłciowe — cztery razy.

Leczenie swoiste osiągnęło dobre wyniki u czterech chorych (w dwóch przypadkach w przeciągu kilku tygodni porażenia znikły zupełnie, w dwóch zmniejszyły się znacznie).

Leczenie było bezskuteczne w jednym przypadku (chory pozostawał zresztą bardzo krótko w szpitalu).

Zapalenie tęczówki przymiotowe z rozpadem gummatów. *Rupia syphilitica*.

Podał B. R. GEPNER.

Przymiot jest jedną z najczęstszych przyczyn zapalenia tęczówki: gdy jedni autorowie twierdzą, że 25% przypadków *iritidis* jest pochodzenia przymiotowego, inni podają znacznie większą liczbę, bo 75%. Nie ulega też wątpliwości, że zapalenie tęczówki jest najpowszejszym objawem ocznym zakażenia przymiotowego, szczególnie nabytego.

Iritis specifica występuje w różnej postaci, już to jako *iritis simplex*, *plastica*, *serosa*, i jest wówczas objawem wczesnym, nieraz współczesnym z wysypką, a więc może być zaliczona do objawów drugorzędnych; już to występuje jako charakterystyczna dla przymiotu postać — *iritis gummosa v. papulosa v. condylomatosa*, zdarzająca się głównie wśród objawów trzeciorzędnych lub też jako objaw powrotu sprawy przymiotowej. Znany jest jednak przypadek, w którym *iritis gummosa* była pierwszym i jedynym objawem drugorzędnym przymiotu, po którym dopiero w 2 miesiące ukazała się wysypka (KNIES). *Iritis gummosa* występuje najczęściej jednostronnie, a przynajmniej nie poraża obu oczu współcześnie: wśród niezbyt silnego (choć bywają i wyjątki) podrażnienia oka ukazują się na rozpalnionej i zmienionej barwy tęczówce guziki brudno - żółte lub pomarańczowe z siatką naczyń krwionośnych; ulubionym ich siedliskiem jest brzeg źreniczny tęczówki, rzadziej bywają przy brzegu rzęskowym. Guziki te, wielkości ziarenka prosa, wzrastają często do wielkości grochu, a zlewając się ze sobą, otaczają cały otwór źreniczny, a nawet wypełniają sobą całą komorę przednią. Twory te możemy z równą słusnością nazywać „*papula*” lub „*gumma iridis*”, gdyż, jak wiadomo, różnica między nimi jest tylko ilościowa. Rzadko bardzo na dnie komory przedniej znajdujemy ślad opadu ropnego (*hypopyon*). Przy odpowiednim leczeniu miejscowym (atropina, okład ciepły) i ogólnym (rtęć) zapalenie tęczówki przechodzi, guziki ulegają wessaniu, zostawiając ślad blizny i mniejszy lub większy przyrost tęczówki do torebki soczewki; pozostawiona bez leczenia, sprawa ta przejść może na ciało rzęskowe i naczyniówkę, niszcząc oko w zupełności.

Gdy przymiotowe zapalenie tęczówki ma wyżej opisany przebieg, rozpoznanie jego nie jest trudne; podobieństwo pewne może przedstawiać tylko gruźlica tęczówki lub ropień, wywołany przez ciało obce. Zdarza się jednak, że obraz kliniczny nie jest tak klasyczny, a wówczas rozpoznanie postawione być może litylko na podstawie badania ogólnego. Oto przypadek podobny, który przed niedawnym czasem miałem sposobność spostrzeżać.

Fr. L., 39 l. liczący, z prowincyi, przybył do Instytutu Oftalmicznego d. 6. V. 1895, podając, że od trzech miesięcy chory jest na oko lewe, a od trzech tygodni i na prawe widzi gorzej. Leczony był wpuszczaniem atropiny, Jak twierdzi, nigdy poważniej nie chorował; co do przymiotu, daje niejasne odpowiedzi. W dniu przybycia stan następujący. Oko prawe. Powieki i ich łącznica prawidłowe; łącznica gałkowa lekko przekrwiona; naokoło rogówki rąbek 2 mlm. szeroki, barwy różowo-fioletowej. Rogówka lekko zmętniała. Tęczówka mocno rozpulchniona; żrenica niekształtna, tylne zrosty. $V = \frac{1}{4}$. Zapalenie tęczówki średniego natężenia. Oko lewe. Powieki obrzękłe, przymknięte. Silny światłowstręt. Łącznica powiekowa przekrwiona; łącznica gałkowa mocno przekrwiona, barwy sino-różowej. Rogówka zmętniała; komora przednia do połowy wypełniona szaro-żółtą ropą. Tęczówka znacznie rozpulchniona, obrzękła, i tylko na nieznacznej przestrzeni brzegu rzęskowego zachowała rysunek mniej więcej prawidłowy, cała zaś część żreniczną w stanie nacieczenia ropnego. Dwie małe wybroczyny powierzchowne. Żrenica kształtu trójkąta, podstawą ku dołowi zwróconego, szerokości u podstawy 2 mlm., wypełniona wypociną barwy szarej. Gałka twarda, na ucisk niebolesna. $V =$ uczucie światła.

Mając do czynienia z zapaleniem ropnem tęczówki, szukaliśmy jakiego śladu urazu; nie było go jednak; do przerzutowego zapalenia ropnego tęczówki nie było podstawy widocznej; wobec zaś zajęcia obu oczu, dającego podejrzenie zakażenia ogólnego, powstało przypuszczenie, że mamy do czynienia z *iritis gummosa* i że obraz, jaki mieliśmy przed oczami, powstał wskutek rozpadu gummatów tęczówki. Ponieważ chory ciągle upierał się przy tem, że przymiotu nie miał, prosiliśmy kol. KOZERSKIEGO o szczegółowe zbadanie chorego. Badanie to nie tylko, że potwierdziło w zupełności rozpoznanie, ale i wyjaśniło powstanie opisanego wyżej obrazu. Na skórze znaleziona została *rupia syphilitica*, a jak wiadomo, przy rupii rozpad tworów przymiotowych jest rzeczą zwykłą. Zastosowane zostało energiczne leczenie miejscowe i ogólne (ponieważ chory nie znośił wcierań szaruchy, tracąc znacznie na wadze, podano odwar ZITTMANN'a). Wzmagające się ustawiczne ciśnienie wewnętrzne gałkowe i bóle, które choremu spać nie dawały, zniewoliły nas do przekłucia rogówki i wypuszczenia ropy, nagromadzonej w komorze przedniej. Stan poprawiał się dość szybko i dnia 19. VI. 1895 roku chory opuścił Instytut w stanie następującym. Oko prawe bez podrażnienia. Tęczówka zdrowa, żrenica wolna od zrostów, na światło oddziaływa. $V = \frac{5}{6}$. Oko lewe. Nieznaczne podrażnienie łącznicy. Rogówka czysta; na tęczówce przy brzegu żrenicznym drobne blizny i ślady zaniku. Żrenica okrągła, ale zakryta błoną nowoutworzoną. Przez czyściejszą w niej lukę widać refleks od dna oka. $V =$ liczy palce na 5 m. Choremu polecono prowadzić dalej leczenie przeciwprzymiotowe.

WYKŁADY KLINICZNE.

W. Thorn.

O guzach krwistych miednicy.

(Dokończenie — Zob. N. 47).

Wskazania do leczenia guzów krwistych powinny się opierać na ścisłych danych wywiadowczych i dokładnem badaniu. Jeżeli gdzie, to tu, dane z wywiadów poczerpnięte mają doniosłe znaczenie; chronią one od tak częstych w rozpoznawaniu

błędów i zarazem stanowią ważny punkt oparcia w ocenieniu doniosłości danej postaci guza krwistego.

Dokładne, a przytem wielce ostrożne badanie, szczególniej okolicy wierzchołka guza krwistego, jako miejsca najniebezpieczniejszego, da pojęcie o wielkości, kształcie, stopniu skrzepnięcia, udziale jajowodów i zmianach w narządach sąsiednich. Ze względu na trudności dokładnego spostrzegania takich chorych w praktyce prywatnej, należy zalecać im, o ile można, leczenie w klinice. Tu można dokładnie śledzić zmiany, w guzach krwistych zachodzące, a w razie wystąpienia groźnych objawów, zastosować leczenie odpowiednie w czasie właściwym. Przedewszystkiem leczone być winny w klinice te przypadki, które rozwijają się na tle ciąży zewnątrzmacicznej. Te oowiem przypadki mają szczególną skłonność do ponownych krwawylewów, których najniepomyślniejsze następstwo: rozstąpienie się zasklepienia guza, a wskutek tego krwotok do swobodnej jamy brzusznej — na szczęście nie należy do częstych powikłań.

Niebezpieczeństwo zropienia i sposoczenia guza jest nieco częstsze, lecz także niewielkie. A polega on na tem, że część ściany kiszki, przylegająca do guza, niekiedy wskutek ucisku doznaje znacznego upośledzenia w odżywianiu, co sprzyja przenikaniu znanego ze swych własności posocznicznych *bacterium coli*. Może to również pochodzić z jajowodów, już to skutkiem ich pęknięcia, już też naderwania dawnych zrostów w ich okolicy, jeżeli jajowody już poprzednio wskutek nieżyty lub spraw zapalnych zawierały przenośniki zakaźne. Guz krwisty, znajdujący się w swobodnym dole DOUGLAS'a i nie będący w ścisłym związku z jajowodami, nie przedstawia tego niebezpieczeństwa.

Jeżeli TH. dla wielu przypadków guzów krwistych wewnątrzotrzewnowych domaga się leczenia szpitalnego (w klinice lub zakładzie), to bynajmniej nie dlatego, aby nawoływał do rozszerzenia zakresu leczenia operacyjnego tej choroby. Dla niego bowiem tak obecnie, jak i w przyszłości, leczenie wyczekujące stanowi zasadę, a jedynie dopiero przyistnieniu ścisłego wskazania do zabiegu chirurgicznego przystępować należy.

Cięcie brzuszne przy świeżych krwawylewach, pomimo najnowszych udoskonaleń jest jeszcze i zawsze będzie rękoczynem niebezpiecznym; nie należy go mierzyć tą miarą, co niepowikłaną owariotomię. Wszczegółności wielką przedstawia trudność dokładne zatamowanie krwotoku po wydaleniu skrzepów; może się wydarzyć i to, że nie można znaleźć właściwego źródła krwotoku, a przez wydalenie skrzepów, zakrzepy naczyń zostaną rozluźnione i powstanie krwotok wtórny. Jeżeli w dole DOUGLAS'a, ani też naokoło jajowodów niema dawnych zrostów i t. p., to odnalezienie źródła krwotoku będzie łatwe, lecz wobec licznych zrostów bardzo trudne. Dodać nadto należy, że ogólny stan operowanych i silne przyleganie skrzepów również przeszkadza dokładnemu ich usunięciu. Wreszcie bardzo łatwo można uleść złudzeniu i wyciąć narząd, czyniący wrażenie chorego jedynie dlatego, że jest krwią zabarwiony i nabiegnięty, a który, gdyby był pozostawiony, odzyskałby stan prawidłowy. Żo zaś najczęściej dotyczy to kobiety, w okresie kwitnienia będącej, nicobojętną zatem jest rzeczą pozbawienie jej pozornie tylko zmienionego jajnika. Całkiem inaczej rzecz się ma wtedy, gdy chodzi o dawne zmiany zapalne, które same przez się, nawet bez guza krwistego, wskazują usunięcie chorego narządu.

O nakłuciu lub nacięciu od strony pochwy świeżego guza krwistego właściwie niema mowy. TH. ani razu nie spostrzegł tak znacznych objawów ucisku na narządy sąsiednie, ażeby te wskazywały potrzebę częściowego lub całkowitego usunięcia guza krwistego. Jedynie ponowny, zatrważający krwotok zniewolić może do operacyjnego działania w tak wcze-

snym okresie; a że tem działaniem winno być jedynie cięcie brzuszne, jest to aż nadto wyraźne. Nacięcie zaś od strony pochwy Th. uważa jako macanie w ciemności i może mieć ono zastosowanie jedynie w razie poczynającego się zropienia lub sposoczenia; tu jednakże strzedz się należy pomyłki. Sama bowiem gorączka nie dowodzi jeszcze rozkładu w guzie krwistym. Wprawdzie wahania ciepłoty ciała przy tem cierpieniu wogóle są niewielkie, jednakże Th. spostrzegał dosyć często przy wielkich guzach krwistych znacznie i powtarzająco się wielokrotnie poruszenia gorączkowe, jakkolwiek do rozkładu guza nie przychodziło. Nie należy również dać się w błąd wprowadzić żółtaczkowym wyglądem chorych, jaki Th. przy wielkich guzach krwistych spostrzegał, gdyż to, zdaniem jego, ma pochodzić od krwi wchłaniania. Wysokość ciepłoty zależy od wielkości guza i natężenia podrażnienia narządów sąsiednich. Dopiero po ścisłem rozważeniu wszystkich danych, gdy one przemawiają za rozkładem skrzepów krwi, należy przystąpić do nacięcia guza; winno ono być możliwie obszerne, należy jednak strzedz się przytem przecięcia górnego sklepienia guza.

Wrazie przewlekłania się wchłaniania mamy prawo myśleć o zabiegu operacyjnym w tych przypadkach, gdzie zdolność do pracy zbyt długo jest ograniczona lub zupełnie zniesiona. Samo bowiem istnienie guzów krwistych, dopóki nie sprawia znacznych dolegliwości, nigdy nie może być wskazówką do działania chirurgicznego.

Rzadko jednakże zdarzają się takie przypadki, naprzód przez MURET'a i SAENGER'a opisane, w których guz krwisty pozostaje na stałe i tworzy guz zbity, uważany za nowotwór jajnika lub jajowodu, i jako taki bywa operowany. Jeżeli taki stary guz krwisty sprawia chorą przypadłość dolegliwą, to doszczętne wydalenie go jest zupełnie uzasadnione. Że tego można dokonać najlepiej przez cięcie brzuszne i że taka operacja w tych warunkach nie przedstawia wielkiego niebezpieczeństwa, jest rzeczą oczywistą; że taki całkiem stęzły, martwy guz łatwo może być wyluszczonego ze swego łącznotkankowego łożyska, stwierdzają to dotąd operowane tego rodzaju przypadki. Nie znaczy to bynajmniej, aby najczęściej, na podstawie błędnego rozpoznania, dotąd operowane i wyleczone przypadki stanowiły zasadę do operacyjnego leczenia w postaci laparotomii tych wszystkich krwisteków, o których sądzimy, że zawartość ich już zupełnie zakrzepła. Aczkolwiek SAENGER sądzi, że guz krwisty zwykle po upływie 3 - 4 tygodni jest już dostatecznie stęzły, aby go można łatwo wyluszczyć, i domaga się, ażeby, w razie powstania guza krwistego wskutek pęknięcia lub poronienia jajowodu ciężarnego, dokonywać laparotomii bezzwłocznie po ustąpieniu wstrząsu (*shock*), wywołanego ostrym krwawym wylewem, i otorbienieniu się krwisteku, to jednakże Th. całkiem tego zapatrywania nie podziela z następujących względów: 1) że operacja, tak wczesnie dokonywana, jest niewątpliwie niebezpieczna, gdyż wszystkie dotąd operowane przypadki były starsze; 2) że średniej wielkości krwisteki po 14 dniach, a duże po 4 tygodniach pozostają bez zmiany, jeszcze są miękkie, a jednakże po 3 albo 5 tygodniach mogą już zacząć ulegać wchłonięciu; 3) że gdy guz nie sprawia żadnych prawie dolegliwości, to nie nas nie zniewala do operacyjnego leczenia nawet wtedy, gdyby był następstwem ciąży jajowodowej. Całkiem inaczej rzecz się ma w takim razie, gdy po niezupełnem poronieniu jajowodowem większa część krwi ulegnie wchłonięciu, a pozostałość wraz z resztkami jaja płodowego wywołuje nieustające objawy podrażnienia. Wtedy łatwo zgodzić się na laparotomię, nie zaraz jednakże po ustaniu groźnych objawów i gdy zdaje się, że już nastąpiło zupełne skrzepnięcie i otorbienie guza.

Guzy krwiste więzadłowe, pod względem praktycznym, mają daleko mniejsze znaczenie. Stosunki anatomiczne i obraz kliniczny takich guzów KUHN, SCHLESINGER i MARTIN-DUEVELIUS tak dokładnie wyjaśnili, że TH. nie ma nic do dodania. Po wyłączeniu tych, jakie powstają podczas porodu, okazuje się, że guzy krwiste więzadłowe należą do bardzo rzadko przytrafiających się cierpień narządu rodnego; przebiegają pomyślnie i rzadko wymagają zabiegu operacyjnego. Z 34 przypadków autora, w jednym tylko dokonano cięcia brzuszego; wszystkie zakończyły się wyzdrowieniem. Co się zaś dotyczy pochodzenia ich od ciąży jajowodowej, to w 11 tylko były wykazane dane wywiadowe; z pozostałych zaś 23 tylko w 3-ch powstanie ich było jasne i te tylko autor opisał.

Obustronne guzy krwiste więzadłowe spostrzegał TH. 8 razy; uważa je przeto za częste. Pochodzenie ich tłumaczy nadmiarem krwi, która nie mogąc pomieścić się w jednym więzadle, szuka dla siebie miejsca w drugim. Najczęściej wybiera ona sobie drogę przez *parametrium* tylne; tworzą się wtedy cechujące guzy, połączone z sobą jakby mostkami. Guzy krwiste więzadłowe dają rokowanie pomyślne i nie przedstawiają tego doraźnego niebezpieczeństwa, co guzy wewnątrztrzewnowe. Zdrowo więzadła nie tak łatwo ustępują pod naciskiem krwi wylanej, tak, że ustanie krwotoku jest zapewnione. Za to warunki wchłaniania dużych guzów krwistych więzadłowych są gorsze, niż guzów wewnątrztrzewnowych. Obfitość naczyń krwionośnych i chłonnych w obrębie krwiwylewu, zapewnia szybkie wchłonięcie mniejszych guzów krwistych więzadłowych. Lecz gdy większa część tych naczyń zostanie przzerwana, i listki więzadła szerokiego, skutkiem krwi ucisku, doznają zaburzenia w odżywianiu; wtedy wchłanianie krwiwylewu odbywa się niezmiernie powolnie, a, co gorsza, tylna jego ściana wiotczeje i pęka, i zawartość guza wylewa się do jamy brzusznej. Krzepnięcie w guzach więzadłowych bardzo powolnie postępuje, tak, że częstokroć guzy krwiste więzadłowe po roku znajdują się jeszcze w stanie płynnym. Z tego powodu skłonność do ponownych krwotoków, nawet po upływie dłuższego czasu, jest wielka.

Guz krwisty więzadłowy może również uleść zropieniu i sposoczeniu, jeżeli doń przodostanie się zawartość pękniętego jajowodu lub gdy guz sięga daleko do krezki okrzynicowej (*mesocolon*).

W razie pęknięcia tylnej ściany guza i krwiwylewu do jamy brzusznej, grożącego życiu chorej, cięcie brzuszne stanowi jedynie uzasadniony zabieg chirurgiczny; nacięcie od strony pochwy tylko w razie zropienia i sposoczenia guza winno być dokonywane, albowiem stosunki anatomiczne guzów krwistych więzadłowych są najczęściej tego rodzaju, że bardzo obawiać się należy skaleczenia narządów sąsiednich, zwłaszcza moczowodów. W razie niemożności dostania się do zropiałego guza od strony pochwy, nastercza się wskazanie do rezekcji kości ogonowej. Wogóle jednak, bardzo rzadko zachodzi potrzeba leczenia guzów krwistych więzadłowych zapomocą operacji.

Jako zasadę postępowania przy tego rodzaju guzach, jak i przy krwistkach typowych, uważać należy wyczekiwanie (*expectatio ad ultimum*). Jedynie doraźne niebezpieczeństwo utraty życia albo rzeczywiście długotrwałe dolegliwości, skłonić nas mogą do chwycenia noża w rękę.

(*Samml. klin. Vortr. Ueber Beckenhaematome 1895 Nr. 119 i 120*). Br. Sz.

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

154. GUTZMANN. O zmianach, jakim ulega mowa przy brakach wrodzonych podniebienia miękiego i twardego oraz ich leczeniu. Najjaskrawszym objawem przy wrodzonych brakach podniebienia twardego i miękiego jest, obok silnie wyrażonego oddźwięku nosowego, pewna zmiana w samych dźwiękach mowy, czyniąca ją mniej lub więcej niezrozumiałą. Z samogłosek najmniejszy odcień nosowy bywa przy samogłosce *a*, większy już przy *o e*, największy zaś przy *u i*. Zależne to jest od coraz silniejszego zetknięcia podniebienia miękiego z tylną ścianą gardzieli, postępującego w tymże samym porządku: *a o e i u*. Ze spółgłosek największym zmianom podlegają wybuchowe. Tak zwane ciche (*tenués*) *p t k* pozornie nie ulegają żadnemu przekształceniu; wsłuchując się jednak uważnie, przekonywamy się, że szmery, im odpowiadające, powstają nie w miejscach właściwej artykulacji, lecz w krtani i zależą od wybuchu powietrza, przechodzącego przez odmykające się struny głosowe. Z pomienionych spółgłosek cichych wcale niema właściwej głoski *k*, gdyż z powodu rozczepu podniebienia twardego, dźwięk ten nie może być wytworzony. Chorzy pomagają sobie w tym względzie, uskuteczniając otwarcie i zamknięcie przy pomocy podstawy języka i tylnej ściany gardzieli. Tym oto sposobem nieraz udaje im się dokładnie naśladować pomieniony szmer. Zmianom analogicznym ulegają dźwięczne (*mediae*) *b d g*. Zamiast *b i d* chorzy wymawiają *m i n*, zwykle zaś zastępowane *g* przez *d* zmieniają na *n*, lub też tworzą go w sposób opisany powyżej przy dźwięku *k*. W innych znów przypadkach chorzy wytwarzają dźwięczne: *b d g* przy pomocy krtani zupełnie w ten sam sposób, jak to widzieliśmy przy cichych *p t k*. Ze wszystkich spółgłosek najsilniejszy oddźwięk nosowy ma miejsce przy trących, szczególnie cichych (z powodu otwarcia głosi). Chorzy i tu pomagają sobie w ten sposób, iż zwężając otwory nosa, zmniejszają prąd uchodzącego przez nos powietrza. Z innych spółgłosek głoski *r* albo wcale niema, albo zastępuje ją dźwięk, wytwarzany przez podstawę języka i tylną ścianę gardzieli, mniej więcej w podobny sposób, jak to widzieliśmy przy *g i k*.

Opisane kompensacyjne zamiany dźwięków wytwarzają chorzy nieoperowani, względnie bez właściwie dopasowanych obturatorów w ciągu całego szeregu lat. Mniej lub więcej wyraźna ich mowa nie tyle zależy od wielkości braku, ile od zręczności chorego w umiejętnem wyrabianiu dźwięków zastępczych, oraz pewnych zmian, zachodzących w jamie noso-gardzielowej, których poznanie ważne jest zarówno dla lekarza, zajmującego się zboczeniami mowy, jakoteż dla rynologa i chirurga.

Zmiany, towarzyszące brakom, dotyczą: nosa, jamy noso-gardzielowej i krtani. W nosie znajdujemy zazwyczaj przewlekły nieżyt przerostowy, szczególnie muszel dolnych, przyczem zatkanie nosa dochodzić może do takich rozmiarów, że mowa nosowa przybiera charakter zamkniętej (*rhinolalia clausa*). Zmiana ta, aczkolwiek sama przez się niebardzo korzystna, wpływa dodatnio na mowę przy brakach, gdyż, zmniejszając prąd wydechanego przez nos powietrza, czyni możliwym wyraźniejsze wytwarzanie się dźwięków, tembardziej, że mowę nosową zamkniętą usunąć można, niszcząc zbyt znaczne obrzmienia muszel. Powinniśmy jednakowoż mieć przytem zawsze na uwadze, aby nie usuwać zbyt wiele tkanki nieprawidłowej, gdyż w ten sposób moglibyśmy spowodować stan uprzedni. Przewlekły nieżyt jamy noso-gardzielowej często powoduje zanik błony śluzowej tylnej ściany gardzieli, pociągający za sobą ważne następstwa. Jak wiadomo, do ścisłego odgraniczenia jamy noso-gardzielowej od jamy ustnej przyczynia się wałeczek PASSAVANT, tworzący się na tylnej ścianie gardzieli. W przypadkach, gdzie ma miejsce zanik błony śluzowej, wałeczek ten nie może się wytworzyć, upośledzając tym sposobem wynik leczenia operacyjnego lub też założenia odpowiedniego obturatora. Ponieważ przerost błony śluzowej przytrafia się stosunkowo częściej, aniżeli zanik, zwykle więc przerosty wałeczek korzystnie wpływa na mowę. W tymże kierunku dodatnim działają wyrosłe adenoidalne, towarzyszące przewlekłym nieżytom jamy noso-gardzielowej, ponieważ stanowią rodzaj naturalnych ruchomych obturatorów, korzystnie wpływających zarówno przy operacjach, jak i stoso-

waniu obturatorów. Nakoniec przewlekły nieżyt w krtani z towarzyszącymi mu następstwami, jak chrypka i t. d., ma także ważne znaczenie, upośledzając do pewnego stopnia wynik zabiegu operacyjnego.

Opisane dotychczas zmiany dowodzą, że lekarz winien być z niemi obeznany, aby oprócz zabiegu operacyjnego i stosowania gimnastyki ortofonicznej, mógł w sposób racjonalny usuwać to wszystko, co by mogło ujemnie działać na wynik leczenia.

Co się tyczy leczenia wrodzonych braków podniebienia twardego i miękiego, to przedewszystkiem należy wykonać odpowiednią operację lub założyć obturator, w następstwie zaś poddać chorego gimnastyce ortofonicznej podniebienia miękiego, aby wzmocnić wytworzone zaniknięcie oraz wyrobić brakujące dźwięki.

Autor dzieli wszystkie odnoszące się tu, a poddawane leczeniu przypadki na trzy kategorie: 1) gdzie pomimo operacji udatnej lub właściwie założonego obturatora nie otrzymujemy żadnego prawie wyniku odnośnie do czystości mowy. Przypadki te są bardzo rzadkie. Przytrafiają się one u osobników, nie mających żadnej energii przy wykonywaniu ćwiczeń lub też przy zbyt silnie posuniętym zaniku tylnej ściany gardzieli; 2) gdzie bez wykonania operacji lub założenia obturatora jedynie same ćwiczenia doprowadzają do dobrego wyniku. Autor miał sposobność sprawdzić tego rodzaju leczenie w dwóch przypadkach z wynikiem dodatnim. Należy tu jednak nadmienić, że ostatniego rodzaju leczenie przedstawia tę złą stronę, iż po zaprzestaniu ćwiczeń mowa nosowa może powrócić, co nigdy nie ma miejsca po dokonanej operacji lub założeniu obturatora. W tych jednak razach, gdzie z jakiegobądź powodu obawiamy się zbyt wczesnej operacji, ćwiczenia, uważane jako czynność przedwstępna, są wskazane i przynoszą choremu niewątpliwą korzyść; 3) gdzie po operacji lub założeniu obturatora mowa wyrównywa się bez żadnych ćwiczeń. Należą tu bardzo nieliczne przypadki, w których działają czynniki zastępcze (przerost muszel, ściany tylnej i t. d.), o których wyżej była mowa. W tym ostatnim jednak razie mowa prawie nigdy nie jest zupełnie czysta, gdyż zawsze możemy w niej odnaleźć ślady uprzednio mającego miejsce braku. Zwykle tak bywa, że sama operacja bez ortofonicznej gimnastyki nie prowadzi do żadnego celu, a nawet najczęściej uprzedni stan mowy pogorsza.

(*Berliner. kl. Wochen. N. 39. 1895*).

Władysław Ottuszewski.

155. PARISER. **Przedziurawienie ściany żołądka wskutek wrzodu okrągłego.** Na podstawie danych, zaczerpniętych z literatury, a także przypadków z własnej praktyki, autor rozpatruje przyczyny, przebieg, zejście i leczenie przedziurawienia ściany żołądka wskutek wrzodu okrągłego.

Niepomyślne wyniki, jakie dawały dotąd zabiegi chirurgiczne w przypadkach przedziurawienia ściany żołądka, doprowadziły wielu autorów (ROSENHEIM) do przekonania, że operacja stanowi w podobnych przypadkach tylko *allium refugium*, że lekarz przystępuje do niej raczej z chęcią spełnienia swego obowiązku, nie zaś z nadzieją uratowania chorego. A jednak sprawa ta po bliższym zbadaniu przedstawia się nieco inaczej.

Przedewszystkiem zaznaczyć należy, że zejście przedziurawienia żołądka do jamy brzusznej bez zabiegu chirurgicznego zawsze jest śmiertelne. Jedyny wyjątek stanowią te rzadkie przypadki, w których w czasie samego przedziurawienia żołądek był zupełnie próżny. Do rzędu tych ostatnich zaliczyć należy przypadek autora, szczegółowo przez niego przedstawiony. Tymczasem dokładniejsze rozpatrzenie przypadków zebranych z literatury przekonywa, że operacja daje daleko lepsze wyniki, niż metoda wyczekująca. P. zebrał 43 przypadki przedziurawienia żołądka, w których stosowana była operacja; z liczby tej w 10-iu nastąpiło uzdrowienie. Cyfra ta na tyle jest poważną, że w każdym razie nie może odbierać nadziei na przyszłość.

Wyniki operacji zależą od wielu okoliczności. Przedewszystkiem w grę wchodzi czas, ubiegły między przedziurawieniem żołądka, a operacją. Operować należy możliwie śpiesznie (rozumie się — nie w stanie *shock'u*); po upływie 10 godzin widoki powodzenia zmniejszają się. Następnie między czynnikami, od których zależy rokowanie, wymienić należy umiejscowienie wrzodu, trudniejszy lub łatwiejszy dostęp, większy lub mniejszy stopień napełnienia żołądka, a także rodzaj zawartości, wreszcie liczbę wrzodów (najczęściej bywa ich dwa).

Co do miejsca przedziurawienia żołądka, to z 43 przypadków, w 30-stu istnieją dokładniejsze dane; z liczby tej 2 przypada na krzywiznę małą, 6 na ścianę tylną, a 22 na ścianę przednią.

Dane statystyczne, zebrane przez BERTHOLD'a, stwierdzają, że przedziurawienie żołądka skutkiem wrzodu spotyka się częściej, u kobiet, niż u mężczyzn, mianowicie: na 100 przypadków przedziurawienia żołądka 77 przypada na kobiety, 23 na mężczyzn. Co się zaś tyczy częstości przedziurawienia żołądka, to dane różnych autorów wahają się między 6,5%—13% wszystkich przypadków wrzodu okrągłego.

Przechodząc do metod leczniczych i zapobiegawczych, P. formułuje swoje poglądy w sposób następujący: 1) Wrzody żołądka, umiejscowione szczególnie na ścianie przodowej, a nadto u kobiet, wymagają przede wszystkim zupełnego spokoju, pozostawiania przez czas dłuższy w łóżku. Rada ta, jakkolwiek stale w podręcznikach powtarzana, rzadko bywa uwzględniana w praktyce. Wiele wszakże przypadków wrzodu lekarze leczą ambulatoryjnie i nie zawsze kładą nacisk na konieczność ograniczenia wszelkich ruchów fizycznych. 2) W przypadkach szczególnie uporczywych i długotrwałych, w których leczenie bismutem według metody FLEINER'a zawiodło, obok leżenia w łóżku należy zalecić zupełne wstrzymanie się od użycia pokarmów przez usta przez 6—8 dni, albo lepiej 8—12 dni. Zamiast żywienia przez usta, należy zastosować ławatywy odżywcze. Przesadne wyobrażenie o szkodliwym wpływie metody powyższej na stan ogólny panuje nawet w kołach lekarzy. Chorzy względnie dobrze znoszą leczenie takie w ciągu 6—8 dni. Dokuczliwe uczucie głodu uspokajają małe dawki kokainy, pragnienie zaś gasi woda przegotowana, dawana kilka razy dziennie po łyżce stołowej. Pozostawienie żołądka w stanie zupełnego spoczynku przedstawia doskonały środek zapobiegawczy, nadto zaś i w razie przedziurawienia przy próżnym żołądku, niebezpieczeństwo znakomicie się zmniejsza. 3) Jeżeli przedziurawienie już nastąpiło, a przytem mamy pewność, że żołądek był zupełnie próżny, wówczas osobiste warunki, jakie przedstawia chory, rozstrzygają, czy należy operować, czy też zastosować metodę wyczekującą. Przy bardzo złym stanie ogólnym, ostatnia metoda przedstawia więcej szans. 4) W ostatnim razie chory powinien leżeć na krzyżu i nie przyjmować bezwzględnie żadnych pokarmów przez usta, nawet kropli wody. Natomiast można zwilżać wargi, usta i język zapomocą zmoczonego płótna. Następnie dajemy przez odbytnicę makowiec w dużych dawkach. (*extr. opii* 0,05, co 2—3 godziny). Na brzuch zalecamy lekki pęcherz z lodem, który lepiej zawiesić na czemkolwiek dla uniknięcia ucisku. Nie pozwalamy choremu wydalac mocz u dowolnie, lecz uciekamy się do cewnika. Na trzeci dzień dajemy wewnętrznie niewielką dawkę kokainy, dla zmniejszenia przykrego uczucia głodu. Na 5—6 dzień wprowadzamy już łyżkami ciepły pokarm płynny. Jednocześnie stosujemy ławatywy odżywcze 4 razy dziennie, nie przerywając ich od razu nawet po zaczęciu karmienia przez usta. 5) W razie najmniejszej wątpliwości, czy żołądek był próżny, należy bezwarunkowo i niezwłocznie przystąpić do operacji. Bez operacji, przy wypełnionym żołądku, niema nadziei utrzymania chorego przy życiu. Aby jednak operacja miała szansę powodzenia, należy do niej przystąpić w ciągu pierwszych 10-ciu godzin po przedziurawieniu żołądka.

(*Deutsch. medicin. Wochenschr.* N. 28 i 29. 1895).

W. Męczkowski.

156. Bruno MESTER. **Tętniak tętnicy wątrobowej.** Wszystkie znane w literaturze przypadki tętniaków tętnicy wątrobowej, włącznie z opisanym przez autora, w liczbie 20, rozpoznane były dopiero po śmierci. Dzielą się one na tętniaki prawdziwe i fałszywe. Rozpoznanie często jest niemożliwe z powodu zmian wtórnych. Wewnątrzwątrobowych tętniaków opisano 4, zewnątrzwątrobowych 16. Tętniaki zewnątrzwątrobowe znajdują się zwykle na tętnicy wątrobowej lub na jednej z dwóch głównych jej gałęzi, dosięgają zwykle znacznych rozmiarów, uciskają trzewa sąsiednie, szczególnie przewody żółciowe i zrastają się z przewodem wątrobowym, pęcherzykowym, żółciowym wspólnym, z pęcherzykiem żółciowym, dwunastnicą i dolną powierzchnią wątroby. Pękając — dają krwotoki do jamy brzusznej, dróg żółciowych lub kiszek. Bardzo rzadko pierwszy krwotok bywa tak znaczny, że wywołuje zejście śmiertelne; częściej miejsce pęknięcia zatyka się skrzepem, wskutek czego krwotoki mogą powtarzać się kilkakrotnie. Tętniaki wewnątrzwątrobowe wychodzą zwykle z gałązek tętnicy wątrobowej; są one zwykle

niewielkie, prawdopodobnie wskutek przeszkody, stawianej rozwojowi ich przez miąższ wątroby. Niekiedy przy ropniach wątroby tworzą się tętniaki w ścianie ropnia, na podobieństwo tętniaków w jamach gruzliczych. Jako przyczyny powstawania tętniaków *art. hep.* podają zmiany w ścianie tętnicy, kamienie żółciowe, obrażenia. Wiek chorych zwykle średni lub młody. Główne objawy kliniczne są następujące: bóle, krwotoki, żółtaczka, powiększenie wątroby i pęcherzyka żółciowego, znaczna niedokrwistość i upadek sił. Bóle zjawiają się najwcześniej i występują we wszystkich przypadkach bardzo wybitnie, przeważnie w okolicy żołądka, czasami znów w prawem lub lewem podżebrzu, stosownie do położenia tętniaka. Przyczyną bólów bywa przy tętniakach zewnątrzwątrobowych podrażnienie i ucisk gałęzi splotu wątrobowego i słońcowego, przy tętniakach wewnątrzwątrobowych ucisk i napężenie błony surowiczej wątroby, rozszerzenie i podrażnienie dróg żółciowych przy wylewie krwi do nich. Krwotoki stanowią też stały objaw tętniaka wątroby. Krew wydala się zwykle przez kiszki ze stolcem, lub też przez żołądek z wymiotami. Drogi żółciowe najczęściej bywają miejscem wylewu krwi. W stolcu nawet po kilku dniach występuje zabarwienie krwawe, a niektórzy spostrzegali wydzielanie się skrzepów krwi razem ze świeżą, niezmienną krwią. Krwotoki mogą powtarzać się wielokrotnie i są zwykle przyczyną zejścia śmiertelnego. Żółtaczka jest objawem mniej stałym; dotychczas spostrzegano ją w ośmiu przypadkach, i to jako objaw przejściowy, to jako stały. Przyczyną jej jest ucisk dróg żółciowych. Powiększenie wątroby i inne objawy spotykamy nieczęsto; bywa też gorączka do 40°. Guz nie daje się wyczuć; raz jeden spostrzegano tętnienie wątroby. Cierpienie trwać może 2½ do 8½ miesięcy. Rozpoznanie za życia możliwe jest w przypadkach z powtarzającymi się krwotokami, z powolnym przebiegiem. Przy rozpoznaniu opieramy się na wywiadach, ścisłem spostrzeganiu i trzech głównych wyżej przytoczonych objawach. Rzadko się zdarza, żeby bóle, krwotoki i żółtaczka istniały jednocześnie; przeważnie mamy dwa pewniejsze objawy, lub pierwszy i trzeci, lub drugi i trzeci. Trzeba też wyłączyć kamicę żółciową, wrzód dwunastnicy i zakrzep żyły wrotnej, przy których mogą być te same objawy. Przy kamicy krwotoki występują dosyć późno, przy tworzeniu się przetok, lub też z błony śluzowej dróg żółciowych przy przejściu kamieni. Pewne wskazówki dają wywiady. Wyłączenie wrzodu żołądka i dwunastnicy również przedstawia pewne trudności. Leczenie tętniaka *art. hep.* może być tylko operacyjne: przewiązanie gałęzi lub samej tętnicy. Doświadczenia COHNHEIM'a i LITTEN'a na psach pokazały, że po przewiązaniu tętnicy wątrobowej dopływ krwi tętniczej do wątroby bywa dostateczny; to samo było w przypadku LEDIEU, gdzie została przewiązana *art. hep.*; dopływ krwi odbywał się tu zapomocą *art. pylorica*.

(*Zeitschrift f. kl. Med.* Bd. 28 Heft. 1:2).

A. Białobrzęski

157. FRENKEL. **Leczenie bezładu kończyn górnych.** Przed kilkoma laty po dał FRENKEL psycho-mechaniczną metodę leczenia bezładu kończyn dolnych. Późniejsze spostrzeżenia HIRSCHBERG'a i BECHTEREW'a potwierdziły dodatnie wyniki tej metody. Obecnie podaje autor sposoby zastosowania jej do kończyn górnych. Z góry uprzedza F., że bezład dłoni, napiętka i palców trudniej się leczy, niż bezład ramienia i przedramienia. Ten ostatni ustępuje po kilku odpowiednich ćwiczeniach, ruchy zaś palców są więcej złożone i delikatne, wymagają też większej sprawności i ścisłości. Dla usunięcia objawów bezładu ze strony palców i dłoni, trzeba je ćwiczyć zapomocą ruchów, przy których najmniejsze zboczenie uniemożliwia prawidłowe wykonanie zamierzonego ruchu. Ćwiczenia te zmieniamy stopniowo i nieznacznie, przyzwyczajamy też chorych do kontrolowania swoich czynności. Rozpoczyna się zwykle ćwiczenie od stawu ramieniowego i łokciowego, zapomocą przyrządu w postaci kawałka drzewa, długości 45 ctm., przedstawiającego na przecięciu trójkąt z równymi stronami, mającymi po 5 ctm. Jeden kant ich jest wyźłobiony, drugi jest spłaszczony, trzeci zaś ostry. Przyrząd kładziemy na stole przed chorym równolegle do szerokiego końca stołu, z wyźłobieniem ku górze, i każemy mu przeprowadzać ołówki po wyźłobieniu od górnego końca do dolnego, po linii prostej, zapomocą ruchów wyłącznie w stawie ramieniowym i łokciowym. Zmieniając pozycję chorego i przyrządu, szybkość i wielkość ruchów, utrudniamy lub ułatwiamy ćwiczenie. Najtrudniejsze są ruchy bardzo wolne. Dla kontrolowania postępów możemy przerysowywać rozmaite linie, kąty różnej wielkości, zaczynając od większych, trójkąty, półkola, koła. Przy ćwiczeniach tych

odwika chory od wahań bocznych. Do więcej trudnych należą ćwiczenia na desce czworokątnej, na której mamy wzdłuż brzegów 18 i w środku 19 otworów wielkości końca palca, w które chory wkłada palce, zaczynając od jednego i tego samego otworu, następnie przechodzi do sąsiednich, a potem do leżących na znacznej odległości. Stopniowo zwiększamy też szybkość ruchów. Jeszcze trudniejsze są ćwiczenia z przyrządem podobnym do powyższego, tylko z czopkami zamiast otworów. Taką postać ma przyrząd z zatyczkami, które chory bierze z deski i wtyka w otwory lub przekłada z jednego otworu w drugi. Zatyczki chory bierze końcami palców i jest zmuszony dzielić swoją uwagę między zatyczki i deskę. Używany też jest przyrząd w postaci ramy, z której zwieszają się na sznurkach różnej wielkości i barwy kule. Kule wprowadzamy w ruch i każemy choremu zatrzymać je z początku w chwili wybranej przez niego, potem we wskazanej przez nas, a na koniec na zawołanie. Można też rozbujać kilka kul i kazać je chwycić stosownie do wskazanej barwy. Wykonywanie ćwiczeń na zawołanie jest znacznie trudniejsze, gdyż chory nie wie, kiedy i jaki ruch będzie zmuszony wykonać i nie może się do niego odpowiednio przygotować. Zmusza go to do silnego napięcia uwagi. Używane też są krążki drewniane wielkości od rubla srebrnego do 20 kop., które chory sortuje i układa jeden na drugim. Ćwiczenia rozpoczyna się zwykle od najłatwiejszych; następnie przechodzimy do trudniejszych i t. d. Nie trzeba czekać ze zmianą, aż chory będzie wykonywał ćwiczenia bez zarzutu, gdyż jednostajność zmniejsza uwagę chorego i nuży go. Lepiej jest brać nowy przyrząd, jak tylko spostrzeżemy, że chory zaczyna być nieuwważnym. Na każde posiedzenie potrzeba kilku przyrządów. Ilość i jakość ich dobiera się odpowiednio do stanu chorego i jego inteligencji. Autor powtarzał posiedzenia jeden raz do trzech dziennie w ciągu 45 minut. Przy ćwiczeniach potrzebna jest kontrola lekarska lub też osoby, która ma znaczny wpływ na chorego, ażeby zapobiedz niedbałemu spełnianiu ruchów. Nie trzeba też zbytnio męczyć chorych. Oprócz tego bardzo pożyteczne jest spełnianie przez chorych własnoręcznie drobnych czynności codziennych: ubieranie się, zapinanie guzików, krawata, jedzenie, gra w karty, gra na fortepianie, pisanie atramentem. Pamiętać jednak należy, iż metoda ta nie leczy i nie wstrzymuje rozwoju samej choroby, ale zmniejsza lub usuwa główny objaw t. j. bezład. Chorzy, którzy z wielką trudnością mogli się ubierać, jeść, grać w karty, po pewnym czasie spełniają wszelkie te czynności łatwo, bez śladu bezładu i piszą zupełnie dobrze piórem. Pomyślny wynik nie tyle zależy od ciężkości choroby, ile od inteligencji, siły woli, uwagi i wytrwałości chorego. Zdarza się, że w ciężkich przypadkach prędzej i łatwiej dochodzimy do dobrych wyników, aniżeli w lekkich. Każde polepszenie oddziałuje nader dodatnio na ogólny stan chorego i zmniejsza neurasteniczne i histeryczne objawy, które tak często spotykamy przy władze rdzenia. Następuje też polepszenie czucia skórno-mięśniowego. Prawa bywa trwała, jeżeli chory nie zaniecha ćwiczeń.

(*Zeitschr. für klin. Med.* Bd. 28. Heft 1 i 2. 1895).

A. Białobrzęski.

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z dnia 5 listopada r. b.

TRESÓ. 1) RYCHLIŃSKI — przedstawienie mózgu z wgłębieniem kory w okolicy zrazu czołowego lewego. 2) ŚWIĄTECKI — przedstawienie chorego z nowotworem jamy noso-gardzielowej. 3) SOLMAN — przedstawienie a) chorego z nowotworem biodra, b) guza wyjątego z jamy brzusznej. 4) SOŁOWIEJCZYK — przedstawienie chorego z uszkodzeniem tętnicy ramieniowej i niektórych nerwów ze spłotu barkowego. 5) JAWDYŃSKI — przedstawienie okazów: a) ślinianki, b) raka krtani, c) rakowato zwyrodniałej torbieli więzów szerokiego macicy. 6) BREGMAN — odczyt: „O wstępującem zwyrodnieniu nerwu twarzonego“.

1) Kol. RYCHLIŃSKI okazał mózg mężczyzny, u którego za życia rozpoznawano bezwład postępujący. W mózgu tym, obok typowych dla bezwładu postępującego zmian w oponach i korze mózgowej, znaleziono znaczne wgłębienie w okolicy 2-go lewego zawoju czołowego. Dosięgało ono prawie lewej bruzdy ROLAND'a i wywołane zostało przez rodzaj torbieli, wypełnionej płynem przezroczystym. Płyn ten zebrał się między oponą pajęczą i miękką na ograniczonej przestrzeni. Opona pajęczą zrosnięta była z oponą twardą, ta zaś z kością, która w miejscu tem przeświecała, będąc

nadzwyczaj cienką. Chory, od którego mózg ten pochodził, cierpiał, o ile R. wiadomo, od lat młodych na jakieś napady nerwowe, polegające na tem, że często w czasie nawet ożywionej rozmowy zasypiał na chwilę, poczem prowadził dalszą rozmowę zupełnie prawidłowo. Objawy bezwładu postępującego zjawily się w 1892 r., chory zaś zmarł w miesiącu bieżącym. Na kilka dni przed śmiercią—dostał napadów padaczkowych, które go do śmierci nie opuszczały. Przechodził przymiot kilkanaście lat temu. Przed 5—6 laty z powodu objawów norwowych powtórzył leczenie przeciwpriymiotowe. Okazany mózg, zdaniem R., jest ciekawy: 1) ze względu anatomo-patologicznego, mianowicie, zachodzi pytanie, jaki był początek tej rzekomej torbieli, i 2) ze względu klinicznego, gdyż dosadnie wykazuje, że pomimo ucisku zawoju Broca, mowa chorego, wprawdzie dysartryczna (wywołana bezwładem postępującym), nie była zniesiona; potwierdza więc to zdanie, jakie wypowiedział swojego czasu prof. BRONOWSKI, że nowotwory, rosnące powoli w okolicy ośrodków mowy, mogą nie wywoływać niemoty.

Prof. BRODOWSKI sądzi, że zebranie się płynu w danym razie nastąpiło wskutek miejscowego ograniczonego zapalenia opon, wskutek czego wytworzył się wysięk, uciskający korę mózgową.

2) Kol. ŚWIĄTECKI przedstawił 18-letnią chorą, skarżącą się od roku na zatkanie w jamie nosowej lewej i uczucie zawady w gardzieli. Badanie wykazało obecność guza w jamie noso-gardzielowej. Zdaje się nie ulegać wątpliwości, że guz jest włóknikiem, a raczej śluzo-włóknikiem. Usunięcie guza będzie uskutecznione pętlą galwanokaustyczną drogą przez nos.

3) Kol. SOLMAN przedstawił chłopca z nowotworem biodra lewego i okazał guz wyjęty z jamy brzusznej, kształtu jajowatego, który po rozkrojeniu składał się z masy włosów. Zębów nie znaleziono.

4) Kol. SOŁOWIEJCZYK przedstawił 22-letniego mężczyznę, u którego z powodu uszkodzenia tętnicy ramieniowej prawej i niektórych nerwów ze splotu barkowego, przewiązał tętnicę ramieniową i obie żyły, a rozerwane nerwy zeszył. Przebieg pooperacyjny był bezgorączkowy, czucie i ruchy, poprzednio zniesione w całej kończynie i palcach, wróciły do stanu prawidłowego.

5) Kol. JAWDYŃSKI okazał: a) śliniankę podzuchwową, pochodzącą od chorego, przedstawionego przez J. na posiedzeniu Tow. Lek. z dnia 18 czerwca. Ślinianka przedstawiała się jako torbiel o bardzo grubych i twardych ścianach z zupełnym zaniem pierwiastków gruczołowych. W środku torbieli znajdował się kamień, długi przeszło na 2 ctm., szeroki na 1 ctm. Ciało twarde, które się wyczuwało na przebiegu przewodu WHARTON'a, było tylko guzikiem ze zwykłej tkanki łącznej. b) Następnie J. przedstawił okaz raka krtani, pochodzący od 62-letniego mężczyzny, operowanego z powodu tego cierpienia 19. IX. r. b. Przy badaniu wyciętej krtani okazało się, że nowotwór zajmował tylko zatokę gruszkowatą (*sinus pyriformis*), nie przechodząc do wnętrza krtani. Tylko wskutek ciśnienia guza zzewnątrz, krtani była mocno zwężona. Przebieg pooperacyjny był zupełnie bezgorączkowy, bez żadnych powikłań ze strony narządów oddechowych. Po kilku dniach nastąpiło rozwolnienie, a następnie wymioty, tak, że najmniejszą ilość pokarmu, wlewano przez zgłębnik, chorey wymiotował. Wskutek zupełnej niemożności przyjmowania pokarmów, wyniszczenie szybko następowало i chory zmarł 6. X. W przypadku tym J. odstąpił od metody zawsze stosowanej przez niego, i nie rozszedził krtani przed jej wyluszczeniem. Ponieważ wnętrze krtani nie było zajęte, przeto możnaby było ograniczyć się na wycięciu połowicznym, co możeby więcej zapewniło pomyślny wynik operacji. c) Trzeci preparat pochodził od 52 letniej kobiety, u której J. wykonał operację z powodu guza w jamie brzusznej. Guz ten był torbielą, powstałą, o ile się zdaje, w lewym więzie szerokim macicy; unosząc od tyłu otrzewną, torbiel rozwijała się pomiędzy nią i kręgosłupem, następnie dolna jej część uległa zwyrodnieniu rakowatemu. To zwyrodnienie rakowate, wywołujące bardzo grube zrosty, pomału następnie przeszło na samą macicę. Po stronie lewej rak doszedł do krzywizny esowatej, nie zwyrodniał jej jednak, a tylko w nowotwór wciągniętych zostało kilka *appendices epiploicae*, które też po uprzednim podwiązaniu odcięto. Przebieg pooperacyjny doskonały. Nietylko ustąpiły wszystkie zaburzenia, ale i wygląd chorej znacznie się poprawił. W końcu J. zapytuje, jaką drogą mógł powstać w tem miejscu guz rakowaty.

W dyskusyi prof. BRODOWSKI zauważył, że dla wytłomaczenia tego, wypadu posiłkować się niedawno ogłoszoną t. zw. *Coeloma-theorie* HERTWIG'ów. Według tej teorii, nie śródbłonek wysięcia otrzewną, lecz nabłonek.

6) Kol. BREGMAN w odczycie swym p. t. „O wstępującem zwyrodnieniu nerwu twarzowego“, zaznacza, że z pośród różnych metod, używanych do wykazania zwyrodnienia wtórnego, najlepszą jest metoda MARCHI'ego, gdyż z jej pomocą rozpoznajemy włókna zwyrodniałe po tem, że nie dają odczynu barwienia, lecz przeciwnie, wyróżniają się one jako szeregi kulek czarnych na brązowym tle otoczenia. Mówca przedstawia okaz, sposobem tym barwiony, pochodzący od chorego, który zmarł w szpitalu Ś-go Ducha z powodu gruźlicy płuc, a na 2½ miesiąca przed śmiercią dotknięty został porażeniem nerwu twarzowego lewego, powstałym wskutek cierpienia ucha średniego. Porażony nerw i mięśnie dawały zupełny odczyn zwyrodnienia. Przy oględzinach pośmiertnych nerw okazał się w przewodzie FALLOPIUSZ'a, niżej kolana, bardzo ścięnczony, o powierzchni mętnej. Przedstawiony okaz był skrawkiem z mostu VAROL'a na wysokości t. zw. kolana nerwu twarzowego i zawierał ze strony lewej liczne kulki czarne. Zwyrodnienie nie jest bardzo silne, gdyż, jak mówca doświadczalnie stwierdził, zależy ono: a) od wieku osobnika: im jest młodszy, tem ono silniejsze i szybciej postępuje; b) od miejsca, w którym nerw został przerwany: im bliżej ośrodka, tem zwyrodnienie wyraźniejsze. W danym przypadku osobnik był starszy, i nerw przerwany został w dolnej części przewodu FALLOPIUSZ'a, a więc bardziej obwodowo. Przypadek B. jest 3-im w literaturze, w którym u człowieka, zgodnie z wynikami doświadczeń na zwierzętach, stwierdzono zwyrodnienie wstępującego nerwu twarzowego. Określenie zwyrodnienia tego, jako wstępującego—nie jest zupełnie ścisłe, gdyż na zasadzie pewnych danych przypuszczać należy, że ma ono przeciwnie—kierunek zstępujący. B. dowiódł na zwierzętach, u których zwyrodnienie to, wskutek krótkiego czasu, jaki przeszedł między rękoczynem a śmiercią, było w słabym stopniu rozwinięte, że jest ono znacznie wyraźniejsze w części włókien, przyległej do jądra, aniżeli w tej, która jest od jądra bardziej oddalona. Opisano wyżej zwyrodnienie jest tylko pojedynczym przypadkiem tak zwanego przez francuzów: *Degeneration retrograde*, t. j. zwyrodnienia, któremu ulega część włókna, pozostająca w związku z komórką odżywczą. Pod względem praktycznym, mówca podnosi, że w cięższych przypadkach goścowego porażenia nerwu twarzowego następować musi również częściowo zwyrodnienie wsteczne; możliwość wyzdrowienia zależy, być może, od ilości zajętych włókien.

W rozprawach kol. CIĄGLIŃSKI zaznacza, że metoda MARCHI'ego daje dobre obrazy tylko w skrawkach ze świeżej sprawą zwyrodnienia, kiedy myelina niezupełnie jeszcze zanika. Po trzech, jak utrzymuje DÉJERINE, tygodniach trwania sprawy zwyrodniającej włókna nerwowe, otrzymujemy obrazy mniej wyraźne. Zdaniem C., badając tkankę nerwową ludzi, należy stosować i metodę WEIGERT'a, która w starszych przypadkach daje wynik lepszy, gdyż wykazuje dokładnie, które nerwy są zwyrodniałe.

Kol. BREGMAN odpowiada, że rzeczywiście metoda MARCHI'ego daje najlepsze wyniki tam, gdzie masy rozpadowe myeliny jeszcze się nie wessały. Czas, w którym to następuje, zwłaszcza dla włókien narządów ośrodkowych, nie da się dotychczas ściśle oznaczyć; w każdym razie czas, podany przez DÉJERINE'a, jest za krótki, gdyż B. jest w posiadaniu preparatów zwyrodnienia doświadczalnego, 57-dniowego, które nie pozostawiają do życzenia. Co się tyczy danego przypadku, w którym porażenie trwało 2½ miesiąca, to być może wprawdzie, że nioktóre włókna zwyrodniałe uległy już zanikowi, tak, że nie dały odczynu MARCHI'ego. Wobec tego jednak, że z przyczyn, wyłuszczonych w odczycie, oczekiwać należało z góry słabego stopnia zwyrodnienia, B. sądzi, że metoda WEIGERT'a nie dałaby w tym razie preparatów tak niedwuznacznych, jak otrzymane sposobem MARCHI'ego.

Kol. Mikołaj BRUNNER zaznacza, że przed 22 laty ERB w pracy swej wykazał, że tak zwany odczyn zwyrodnienia w różnych swych przejawach zależy głównie od większego lub mniejszego zwyrodnienia w nerwach. Co się zaś tyczy samej metody barwienia MARCHI'ego, to B. sądzi, że skrawki, metodą tą zabarwione, można jeszcze w razie potrzeby barwić metodą WEIGERT'a dla otrzymania obrazu dokładnego.

Kol. BREGMAN zaznacza, że tej pracy ERB'a nie zna i że ani we wcześniejszych, ani w późniejszych pracach, sprawie zwyrodnienia wstępującego poświęconych, z nazwiskiem tego autora się nie spotkał; zresztą sam ERB w sprawie tej w latach ostatnich głosu nie zabierał. Skrawki, barwione sposobem MARCHI'ego, nie dają się już barwić metodą WEIGERT'a. Można je jeszcze barwić karminem, ale i to barwienie nie wychodzi zupełnie udalnie.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

— LEVY spostrzegł przypadek wysiękowego surowiczego zapalenia opłucnej, gdzie w tydzień po ostatniem przekłuciu zwolna rozwinęła się odma piersiowa. Badanie bakteryologiczne wysięku surowiczego wykryło w nim obecność grubego lasecznika, obficie gaz wytwarzającego. Lasecznik ten, zaszczipiony śwince morskiej, sprowadzał śmierć. Na miejscu szczepienia powstawał wysięk surowiczy, wypełniony pęcherzykami gazu. (Arch. f. exp. Path. B. XXXV).

— 60 letni staruszek został przejechany przez ciężki wóz. Koła przeszły przez brzuch na wysokości żeber fałszywych, które jednakże uszkodzone nie zostały, jak również i powłoki brzuszne. Po wypadku staruszek przy małej pomocy poszedł po 30 stopniach schodów do swego mieszkania, następnie odwieziony został do szpitala, gdzie po przybyciu na własne żądanie zjadł duży talerz zupy. Lekarz skonstatował nieznaczne obtarcie skóry na wysokości żeber fałszywych, małą bolesność brzucha, szczególnie w okolicy prawych żeber fałszywych, które jednakże ani złamane, ani zwichnięte nie były. Uderzenia serca słabe, tętno zaledwie wyczuwalne. W kilka godzin chory zmarł. Badanie pośmiertne wykryło kilka ciemnych pręg wybroczynowych na powierzchni wątroby i na 8 ctm. długie pęknięcie zdrowego zresztą żołądka w okolicy krzywizny małej. Żołądek zupełnie pusty; jama otrzewnej wypełniona gazem, krwią i spożytą zupą. (Lyon méd. 78. 4. 95). W. Z.

— GRUBE spostrzegł wyraźny wpływ dodatni na stan ogólny i odżywianie przy moczówce cukrowej przetworów wapna (4 grm. dziennie). Chorzy tego rodzaju zwykle pozbawiani

są pokarmów, najwięcej zawierających wapna, niezbędnego w ekonomii ustroju. Być może, że pomyślny wpływ diety mlecznej u dyabetyków, zależy właśnie od znacznej zawartości wapna w mleku. (Münch. med. Woch. 1895—21). W. Z.

— W ciężkim przypadku ostrego zapalenia opon mózgowych pochodzenia zakaźnego (*diploc. FRAENKEL'a*) u dziecka siedmioletniego RIGHI wykonał zastrzyknięcie podskórne surowicy krwi, pochodzącej od siostry małego chorego, która znajdowała się w okresie zdrowienia również po ostrem zapaleniu opon mózgowych. 5 ctm. szc. surowicy usunęło szybko wszystkie objawy chorobowe, jak: gorączkę, zez, porażenie nerwu twarzowego, sztywność mięśniową, ból głowy. Wyzdrowienie nastąpiło niebawem. (La semaine méd. N. 51. 1895). W. Z.

— WÜNSCHE poleca przeciw ostrym nieżytom (dróg oddechowych, błony śluzowej nosa, w influenzy) roztwór mentolu (0,5—1,0) w chloroformie (10,0). 4—6 kropel tego roztworu nalewa się na dłoń, rozciera i wdycha głęboko przez nos i usta kilka razy dziennie. Częste kichanie, uczucie drażnienia w gardzieli i krtani szybko znika. Obfita wydzielina z nosa również prędko ustaje. (Ther. Monatsh. N. 9. 1895). L.

— BLEIBTREU i WENDELSTADT stwierdzili, że przyczyną szybkiego chudnięcia ludzi otyłych pod wpływem preparatów gruczołotarczowego, jest wzmożony rozpad białka ustrojowego, którego powstrzymać nie można nawet przez obfite podawanie pożywienia bezazotowego. (Deut. med. Woch. 1895—22). W. Z.

Wiadomości bieżące.

— Stan sanitarny Warszawy, po niepomyślnych bardzo miesiącach sierpnia i września, uległ w ciągu ubiegłych dwóch miesięcy znacznej poprawie. Śmiertelność w październiku około 25‰, spadła w listopadzie do 20,5‰, jest więc niższa, aniżeli w odpowiednim miesiącu roku ubiegłego. Z chorób epidemicznych wydarzały się w tym czasie: szkarlatyna o ciężkim przebiegu, wikłająca się często zapaleniem nerek, błonica, tyfus brzuszny, róża, w złośliwej postaci występująca, i zapalenie płuc włóknikowe. Odra, tyfus wysypkowy, krztusiec i biegunka krwawa rzadziej się napotykały. Częściej natomiast widywaliśmy łagodne choroby zakaźne, jak: różyczkę, zapalenie gru-

czółów przyusznych nagminne i żółtaczkę, która w ciągu kilku ubiegłych tygodni wyraźnie epidemiczny przyjęła charakter, zwłaszcza u dzieci.

— W tych dniach otwarty został III oddział chirurgiczny w Szpitalu Dzieciątka Jezus. Ordynatorem tego oddziału jest kol. SZREYNER. Salę operacyjną urządzono nową kosztem 1,300 rs. Ilość łóżek dla chorych chirurgicznych nie została powiększona, a tylko odpowiednio podzielona pomiędzy trzech ordynatorów.

— Wyszła z druku „Diagnozytyka różniczkowa chorób wewnętrznych” przez d-ra Wł. BIEGAŃSKIEGO, w wydaniu drugim, opatrzonem drzeworytami, ponownie przez autora opraco-

wanem i powiększonym dodatkiem części 1-ej „choroby górnego odcinka dróg oddechowych“ przez d-ra A. SOKOŁOWSKIEGO. Str. 898, XII.

— U Gustawa FISCHER'a w Jenie zacznie wychodzić czasopismo p. t. „Mittheilungen aus den Grenzgebieten der Medicin und Chirurgie“ pod redakcją prof. MIKULICZA we Wrocławiu i B. NAUNYN'a w Strassburgu. Dziennik ten ma być poświęcony tym gałęziom medycyny, w których chirurgia styka się z medycyną wewnętrzną. Artykuły mają być pisane w tym duchu, aby zarówno były zrozumiałe i interesujące dla chirurgów, jak i dla lekarzy, zajmujących się medycyną wewnętrzną. Czasopismo będzie wychodziło w terminach nieokreślonych, zeszytami po 6 do 7 arkuszy. Każdy tom będzie zawierał 40 arkuszy, oraz do 20 tablic i rysunków.

— D-r HAWKIN powrócił już z Indyi do Paryża. Prasa angloindyjska jednogłośnie twierdzi, że doświadczenia D-ra CHAWKIN'a zostały uwieńczone pomyślnymi wynikami. Przewodniczący towarzystwa lekarskiego w Kalkucie zaznacza, że w 43,000 przypadkach szczepień ani razu nie zauważono żadnych złych skut-

ków; przeciwnie, według danych statystycznych D-ra SAMSON'a, dyrektora służby sanitarnej w Kalkucie, było 20 razy mniej przypadków cholery, a oprócz tego śmiertelność pomiędzy tymi, którym dokonano szczepień, zmniejszyła się 18 razy.

— Rada administracyjna Instytutu PASTEUR'a postanowiła utworzyć komitet w celu zbierania składek we wszystkich krajach na pomnik dla PASTEUR'a.

— Związek przemysłowców francuskich ogłosił konkurs z nagrodą 1000 franków za najlepszy projekt wychodków dla fabryk i zakładów rękodzielniczych. Projekty winny być przesyłane przed 31 grudnia r. b. do Paryża, rue de Lutèce N. 3.

— Angielski bogacz DELMAR zapisał 100,000 funtów szterlingów w celu założenia przytułków dla epileptyków i cierpiących na raka.

— Komitet meteorologiczny Stanów Zjednoczonych Ameryki Północnej zaczął wydawać dziennik p. t. „Climate and Health“ w celu wyjaśnienia stosunku pomiędzy zdrowiem a danymi meteorologicznymi.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie ogłasza następujące tematy do nagród konkursowych z funduszu imienia D-ra Adama HELBICHA, a mianowicie:

1) Historia Warszawskiej Akademii Medyko-Chirurgicznej i Wydziału Lekarskiego Szkoły Głównej w Warszawie. 2) Zasady określenia niezdolności do pracy i zarobkowania po uszkodzeniach wskutek nieszczęśliwych wypadków. 3) Czy istnieją odrębności w przebiegu i etyologii chorób u ludności żydowskiej w naszym kraju? 4) *Pharmacopoea pauperum* w szero-kiem rozumieniu tego wyrazu. Praktyczny przewodnik taniego ordynowania środków lekarskich i opatrunkowych. 5) Anatomia patologiczna i etyologia szankra miękkiego. 6) Unerwienie i refleksy jamy noso-gardzielowej. 7) Anatomia patologiczna i etyologia dysenterji. 8) Anatomia patologiczna i etyologia *enteritidis follicularis*. 9) Wahanie się ilości pepsyny w chorobach żołądka. 10) Zbadać doświadczalnie na zdrowych i chorych wydzielanie soku żołądkowego pod wpływem roztworów różnego stężenia dwuwęglanu sodu. 11) Zbadać własności odkazające formaliny. 12) Porównanie wartości metod operacyjnych przetok pęcherzowych u kobiet po porodzie, na podstawie własnego doświadczenia.

Termin do złożenia rozpraw oznacza się trzechnie, to jest do dnia 19 października roku 1898. Za pracę napisaną na którykolwiek z powyższych tematów wyznacza się nagroda rs. 150, z zastrzeżeniem możności przyznania nagrody w wyższej kwocie, aniżeli rs. 150, w razie wyjątkowej wartości pracy. Takich nagród na rzeczony okres konkursowy oznaczono 6. Wszystkie prace nadesłane być mają pod adresem „Sekretarza Stałego Towarzystwa Lekarskiego w Warszawie“ (ulica Niecała № 7), z zachowaniem zwykłych form konkursowych, t. j. nazwiska autorów i miejsce ich zamieszkania mają być podane w osobnych kopertach zapieczętowanych i opatrzonych stosownymi dewizami. Prawo ogłoszenia drukiem rozpraw uwieńczonych zastrze- ga sobie Towarzystwo Lekarskie.

Z upoważnienia Towarzystwa, Sekretarz Stały Prof. d-r Brodowski.

„Do numeru dzisiejszego dołącza się dla wszystkich prenumeratorów katalog pism peryodycznych medycznych francuskich i niemieckich księgarni E. Wendo i Sp“.