

MEDYCYNĄ.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
 dla lekarzy-praktyków.

TREŚĆ. Prace oryginalne. Przypadek promienicy skóry, leczony dużemi dawkami jodku potasu. Podał d-r med. Adolf Kozerski. — Kilka uwag o leczeniu błędnicy, podał D-r Stanisław Klejn. (Dokończenie). — **Wykłady kliniczne.** Syringomyelia, podał D-r med. H. Higier. (Ciąg dalszy). — **Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.** Posiedzenie z dnia 28 kwietnia i 5 maja r. b. — **Drobniejsze wiadomości różnej treści.** — **Wiadomości bieżące.** — **Zmarli.** — **Ogłoszenia.**

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

Sommaire des articles originaux: 1) D-r A. Kozerski — Un cas d'actinomycose de peau traité par de grandes doses de iodure de potassium. 2) D-r S. Klejn — Quelques remarques sur le traitement de la chlorose.

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

„Medycyna“
MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) Dr A. Kozerski — Ein Fall von Hautaktinomycose mittelst grosser Dosen Jodkalium behandelt. 2) D-r S. Klejn — Einiges ueber die Behandlung der Chlorose.

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

Z ODDZIAŁU NACZELNEGO LEKARZA SZPITALA Ś-GO ŁAZARZA, D-RA MEDYCYNY
K. WATRASZEWSKIEGO.

PRZYPADEK PROMIENICY SKÓRY, LECZONY DUŻEMI DAWKAMI JODKU POTASU.

Podał d-r med. Adolf Kozerski.

Dnia 21 X. 95 r. została przyjęta do oddziału d-ra WATRASZEWSKIEGO chora E. W. z rozpoznaniem *syphilis tarda*. Przepisano wcierania szaruchy po 2,0 gramy dziennie, jodek potasu 1,0 gram *pro die* i szary plaster na lewy policzek.

Podług wywiadów nie poroniła nigdy. Pierwsza ciąża przed 15 laty zakończyła się prawidłowem urodzeniem dotychczas w zdrowiu żyjącego dziecka. Przed 8-miu laty powiła drugie donoszone dziecko, które zmarło w 10-ym tygodniu życia na „grypę“. Ostatnie dziecko, urodzone 25 IV. 95 r., zmarło w siódmym tygodniu życia po długotrwałej bieguncie. Chora nie zauważyła u siebie żadnych objawów, któreby wzbudzały podejrzenie przymiotu. Innych chorób też nie przechodziła.

Dopiero w lutym 95 r. spostrzegła na środku lewego policzka guzik, stale z biegiem czasu rosnący. Gdy po upływie kilku miesięcy, podczas których leczyła się zapomocą przystawiania pijawek do policzka, okładów i t. d., stan coraz bardziej się pogarszał, udała się po poradę do okolicznego lekarza, który zastosował z początku smarowanie lewego policzka pastą cynkową.

następnie polecił przykładać szary plaster i zażywać salicylan sodu, o czym świadczą przedstawione przez chorą recepty.

Przed miesiącem chora cierpiała w przeciągu tygodnia na szum w uszach, ból gardła i silny ból głowy, wzmagający się w nocy. Z porady miejscowego lekarza przybyła do szpitala Ś-go Łazarza w Warszawie do oddziału naczelnego lekarza, przez którego do obserwacji została łaskawie mi poleconą.

24 X. 95 r. znalazłem, co następuje: wieśniaczka, lat 45, dobrze zbudowana, o niezbyt obfitej podściółce tkanki tłuszczowej, jędrnych mięśniach i dobrym ogólnym wyglądem. Widoczne błony śluzowe normalne. Kośćciec bez namacalnych zmian. Skóra tułowia i kończyn prawidłowa, sprężysta, żółtawo zabarwiona.

Lewa strona twarzy ciemnoczerwona, z wyraźnie sinym odcieniem, silnie nacieczona. Przekrwienie i naciek kończą się stopniowo ku górze, nieco nad wyrostkiem poprzecznym kości licowej i, nie zajmując muszli usznej, cokolwiek ponad wyrostkiem sutkowym. Przednia granica, nie dosięgając zewnętrznego brzegu oczodołu, spada pionowo ku dołowi i fałdzie noso-wargowej. Od tyłu nie przekracza granicy włosów potylicy, skąd spada ku przodowi i dołowi, przechodzi 2 ctm. poniżej tylnego kąta szczęki dolnej, biegnie pod dolnym brzegiem żuchwy i w okolicy *foramen mentale* łączy się z granicą przednią. Tak więc zajęta okolica ma kształt trójkąta równoramiennego z podstawą obróconą ku przodowi.

Skóra w tem miejscu nigdzie do kości nie przytwierdzona, przesuwalna, ma powierzchnię gładką, połyskującą, tu i owdzie pokrytą większymi złuszczaćcami się błonami. Wpoprzek środkowej części policzka powierzchowne warstwy skóry wznoszą się w postaci wałeczka, szerokości 2—5 mm., falisto biegnącego, miękiego, dającego wrażenie chelbotania pod palcami. Kilka drobnych otworów na grzbiecie wałka przepuszcza zgłębnik do jego wnętrza, dając swobodne przejście aż do samych krańców przetoki, nie wypuszczając jednak wszędy poza jej granice dla oka widoczne. Od tej dłuższej przetoki pionowo ku gorze i ku dołowi biegną liniami falistymi krótsze, prawie do samych granic zajętej okolicy.

Druga, dłuższa przetoka zatacza łuk, ku dołowi wypukłością zwrócony, od dolnego końca ucha wzduż dolnego brzegu szczęki. Trzecia, krótka, przebiega ukośnie za uchem.

Zewnętrzną ścianę przetok zdają się tworzyć powierzchowne warstwy skóry, przez które zgłębnik wyraźnie prześwieca, o ile nie pokrywa go strup lub łuska. Przez małe przedziurawienia, rozmieszczone nieprawidłowo to na końcach, to w środku przetok, daje się wycisnąć bardzo gęsta, żółtawa ropa, wypełniająca przetoki i nadająca im barwę szaro-żółtawą.

Ziarn wyraźnych ropa nie zawiera, między szkiełkami pokrywkwami daje się łatwo rozgniatać bez oporu.

Przy badaniu jamy ustnej okazuje się, że prawie wszystkie zęby mają korony po większej części spróchniałe. Ruchy szczęki są do tego stopnia ograniczone, że przy *maximum* rozwarcia ust brzegi dziąseł oddalają się od siebie wzajemnie zaledwie na 2 ctm. Błona śluzowa ust, o ile można dojrzeć, nie wykazuje zmian. Wprowadzony do ust palec wyczuwa błonę śluzową policzka gładką, nienaruszoną. Ściskając policzek między dwoma palcami, wyczuwa się największe twarde nacieczenie w okolicy mięśnia żwacza, które ku przodowi staje się coraz mniejszem.

Badanie reszty skóry i narządów wewnętrznych nie wykazało nic nie-
prawidłowego. W moczu ani białka, ani cukru nie znalazłem. Waga ciała
121 $\frac{3}{4}$ funta.

Ponieważ ze strony kośćca twarzy wszelkie ropienie dało się z łatwością
wyłączyć, sprawa, jaką mieliśmy przed sobą, dała się streścić w tworzeniu
się powierzchownych przetok śródskórnych połączonym z przekrwieniem i na-
cieczeniem okolicznej skóry i przylegających tkanek miękkich.

Obraz zdawał mi się odpowiadać jedynie tylko promienicy lub jakiejś
sprawie pasorzytniczej, przez pokrewne jej drobnoustroje wywoływanej.
Przymiot zdawała mi się wyłączać ta okoliczność, że chora część ustroju ani
w całości nie dawała obrazu ostro ograniczonego, mniej więcej okrągłego na-
cieczenia z dążnością do rozpadu w środku (*gumma*), lub na jednej części ob-
wodu (*ulcera serpiginosa*), ani dawała się rozłożyć na analogicznie zbudowane
części pojedyncze. Mamy tu, naturalnie, na myśli wyłącznie tylko późne
objawy przymiotu. Gruźlicę skóry między innymi cechuje i innego wyglądu
ropa (rzadka), i nie ogranicza się ona w ropieniu na tworzeniu prawidłowych
przetok, zawsze tej samej mniej więcej szerokości, bez dążenia do wytworze-
nia większych owrzodzeń o podmytych, cienkich brzegach. Brakowało też
w danym przypadku bolesności, tak nierozłącznej z gruźlicą skóry. Te same
względy pozwalały wyłączyć i tę postać gruźlicy, która jest znana pod nazwą
scrophuloderma.

Ta sama prawidłowość przetok wobec nieobecności nowotworu właści-
wego, perelek nabłonkowych, jakie przy rakach znajdujemy, usuwała przy-
puszczenie nowotworu złośliwego; że już nie wspomniemy o *furunculosis*
i innych sprawach ropnych skóry, przez zwykłe pasorzyty wywoływanych.

Charakter ropy w danym przypadku nie był wprawdzie dla promienicy
typowy. Coraz częściej jednak spostrzegane przypadki uczą, że i przy
promienicy ropa, zamiast, jak zwykle, rzadkiej, może być gęstą.

Należało jednak przedewszystkiem stwierdzić obecność ziarenek, a wzglę-
dnie charakterystycznych grzybów pod drobnowidzem.

Większych ziarn jednak, jak wspomniałem, nie mogłem dostrzedz, na-
wet po rozpostarciu ropy cienką warstwą na szkiełku zegarkowym. Wpra-
wdzie były tu i owdzie bryłki, o wiele mniejsze od drobnego maku, jednak
nie byłem w stanie dopatrzeć różnicy między nimi a bryłkami, jakie się spo-
tyka w ropie innego pochodzenia. 20 szkiełek pokrywkowych, pokrytych
cienką warstwą ropy z przetok wraz ze wspomnianymi ziarenkami, opłuka-
nych w roztworze ługu potasowego i badanych w glicerynie, nie wykazało
żadnego tworów, podobnego do promienicy. Badania te powtarzałem co kil-
ka dni, zawsze z jednakowym skutkiem. Tymczasem chora wcierała przepi-
sane frykcy, przyjmowała 1,0 KJ dziennie, a chore miejsce opatrywano sza-
rym plastrem.

Historia choroby zaznacza:

30. X. 95. Wtarła 10 frykcyi. Lewy policzek wyraźnie bledszy, zabarwienie
traci odcień siny.

2. XI. Części niektórych przetok, położone blisko brzegu chorego okręgu,
zamieniły się na białe, ponad powierzchnię skóry nie wystające płaskie pasma,
długości około 3 mm., mające pozory blizny wśród zaróżowionej skóry. Takie sa-
me krótkie pasma powstały wśród długich przetok, rozdrabniając je na szereg
krótszych. W innych częściach przetok, ku środkowi policzka położonych, na-
gromadza się coraz więcej ropy, wskutek czego przetoki stają się coraz wypu-
klejszemi.

5. XI. Wtarła 16 frykcyi. Waży 122½, funt.

8. XI. Pierwszy raz zabarwiłem ropę wraz z ziarenkami metodą GRAM'a. Wśród bardzo licznych wielojądrowych leukocytów (zabarwionych wezuwiną) znalazłem splot nitek, których opis podaję niżej, częścią tworzących kępę wołoku, częścią pojedynczo rozrzuconych. Gdy kilka innych szkiełek, w ten sposób lub w gorącej fuksynie karbolowej barwionych, dało ten sam wynik, nie pozostawała więc żadna wątpliwość co do natury sprawy chorobowej. Zrobiłem rozpoznanie „promienica twarzy” i zaproponowałem leczenie zapomocą jodku potasu, już w r. 1885 r. wypróbowane przez THOMASSIN'a na zwierzętach, a zastosowane z powodzeniem u ludzi naprzód przez van ITERSON'a, potem przez MEUNIER'a, BUZZI¹⁾, PONCET'a, RANSOM'a²⁾, RYDYGIERA³⁾, PRINGLE'a⁴⁾ i innych. Wcierania szaruchy i przykładanie plastra zostało zawieszone.

W tem miejscu zaznaczyć wypada, że podczas leczenia wcieraniami i jodkiem potasu, nastąpiło pewne polepszenie. Naciek policzka się zmniejszył, zabarwienie straciło siny odcień i nabrało koloru żywo czerwonego; kranicowe części przetok dawały wszelkie pozory zagojenia się, chora mogła otwierać usta cokolwiek szerzej.

Ponieważ w chwili przyjęcia chorej do szpitala nie rozporządzałem jeszcze aparatem fotograficznym, dlatego dokonałem zdjęcia dopiero później.

8. XI. Chora przyjęła 4,0 KJ *de die* w 2 dawkach.

9. XI. Zaproponowałem chorej wyjęcie jednego z zepsutych zębów trzonowych w celu zbadania, na co jednak nie zgodziła się. KJ 4,0 *de die*.

10. XI. KJ. 4,0 *d. d.*

11. XI. Waży 119½ funt. KJ. 6,0 *d. d.*

12. XI. KJ. 6,0 *d. d.*

13. XI. KJ. 8,0 *d. d.*

14. XI. Bardzo dobrze znosi jodek potasu. KJ. 8'0 *d. d.*

15. XI. KJ. 10,0 *d. d.*

16. XI. W prawej pasze utworzyło się kilka małych ropni follikularnych. Po otwarciu ich wyszło niewiele ropy, która nie zawierała ani ziarenek, ani nitek promienicy. KJ. 12,0 *pro die*.

17. XI. Z każdym dniem stan policzka wyraźnie się polepsza. Naciek znacznie mniejszy, usta otwiera chora coraz szerzej. Jednak przetoki przechodzą niezmiennie wszystkie przedtem spostrzegane fazy. Mianowicie, w miarę nagromadzania się coraz większej ilości ropy, co zdaje się mieć miejsce szybciej, niż poprzednio, przetoka uwypukla się, ściana pęka w najcieńszym miejscu, wylewa się zawsze bardzo gęsta ropa, w której tu i owdzie, po rozpostarciu na szkiełku zegarkowem, dają się widzieć bardzo małe ziarenka białe. W miarę, jak przetoka napęniała się ropą i miała pęknąć, nakłuwałem ją i zbierałem ropę do badania. Po wydaleniu ropy z przetoki, ściany tej ostatniej zlepiają się, dają się przez czas jakiś przesunąć jedna na drugiej, co po tygodniu nie udaje się już. Następnie pozostałe po przetoce białe pasmo zwęża się wzdłuż i wszerz. KJ. 12,0 *p. d.*

18. XI. Chora znosi dobrze KJ. Waży 123 funt. KJ. 12,0 *p. d.*

19. XI. W ropie widać ziarenka nie większe nad pół mm. w średnicy. KJ. 14,0 *p. d.*

20. XI. KJ. 14,0 *p. d.*

21. XI. Żadnych objawów ze strony błon śluzowych. KJ. 14,0 *p. d.*

22. XI. Otwiera usta znacznie szerzej. KJ. 14,0 *p. d.*

23. XI. Ból głowy, katar. KJ. wstrzymano.

24. XI. Katar mniejszy, ból głowy prawie ustąpił. KJ.—0.

25. XI. Ból głowy i katar znikły zupełnie. Ponieważ ani wydzielina z nosa nie była obfita oraz ani łącznica, ani gruczoły ślinowe, ani błona śluzowa gardła i dróg oddechowych zajęte nie były, na skórze też żadne wykwity nie zdradzały zatrucia jodem, nie było więc pewności, czy katar należało przypisać działaniu jodku po-

¹⁾ СНОУХ. Etude clinique et therapeutique de l'Actinomycose. Archi ves générales de médecine. 1895. Str. 687.

²⁾ Centralblatt f. Chirurgie. 94. 95. Referaty.

³⁾ Ostatni Zjazd chirurgów polskich.

⁴⁾ Monatshefte f. pract. Dermatol. 1895. Str. 235.

tasu, czy też zwykłym szkodliwościom, od jakich w szpitalu trudno jest chore uchronić. Dlatego z chwilą, kiedy przez 24 godziny nie było ani bólu głowy, ani kataru, powrócono znowu do cokolwiek mniejszej dawki. KJ. 8,0 p. d.

26. XI. KJ. 9,0 p. d.

27. XI. Waży 128 $\frac{1}{2}$ funt. Kolega A. ŻURAKOWSKI był łaskaw zaszczyć kilką ziarenek na agarze. KJ. 9,0 p. d.

28. XI. Pozostał tylko jeden powierzchowny ropień na miejscu najdłuższej przetoki policzka. KJ. 10,0 p. d.

29. XI. Cały lewy policzek prawie całkowicie wolny od nacieku, blado-różowo zabarwiony. Na miejscu dawnych przetok pozostały białe paski, częściowo zupełnie wyglądające na blizny, twarde, nie dające się napełnić wodą zapomocą strzykawki PRAVAZ'a, w nie wprowadzonej. W innych zewnętrzna ściana, jakkolwiek także biała, daje się cokolwiek przesuwac nad warstwami głębszemi. Wprowadzona pod nią strzykawka napienia płynem przetokę, na pewnej jednak tylko przestrzeni. Daje to wrażenie, jakby kanał, dawniej dający przejście w całej swej długości, teraz zrosł się w niektórych miejscach. KJ. 10,0 p. d.

30. XI. KJ. 10,0 p. d. Ropnie w pasze zagoiły się.

1. XII. Katar i ból głowy. KJ.—o.

2. XII. Katar i ból głowy nie ustępują. Zaordynowano 2 razy dziennie po 0,5 *Natrii salicylici*. Waży 128 $\frac{3}{4}$ funt. KJ.—o.

3. XII. Katar mniejszy, ból głowy ustał. KJ.—o.

4. XII. Katar ustąpił. KJ. 4,0 p. d.

5. XII. KJ. 8,0 p. d.

6. XII. KJ. 8,0 p. d.

7. XII. KJ. 8,0 p. d.

8. XII. KJ. 8,0 p. d.

9. XII. Waży 128 $\frac{1}{2}$ funt. KJ. 9,0 p. d.

10. XII. KJ. 9,0 p. d.

11. XII. Policzek zupełnie wolny od nacieczenia. Ślady tego ostatniego pozostały jeszcze przed, pod i za uchem. Usta otwiera zupełnie swobodnie. Błona śluzowa jamy ust i gardła normalna, biała, bez blizn. Słyszy cokolwiek gorzej na lewe ucho, niż na prawe, co jednak, podług słów chorej, jeszcze przed początkiem choroby miało miejsce. Zewnętrzny przewód uszny wązki, przepuszcza tylko najcieniszy wziernik. O ile mogłem dojrzeć, widać było błądą, błyszczącą błonę benkową. KJ wstrzymano.

12. XII. Ból głowy, katar. *Natr. salicylic.* 0,5 dwa razy dziennie.

14. XII. Ból głowy ustąpił, katar mniejszy.

16. XII. Waży 132 funty.

17. XII. Zaledwie ślady kataru.

18. XII. Policzek blado-różowy, cienki, wolny zupełnie od jakichkolwiek ognisk ropnych. Jedynie tylko za uchem w okolicy wyrostka sutkowego zauważyć się daje okrągłe, powierzchowne nacieczenie wielkości 20 kopiejek, w którym to miejscu skóra jest żywo zaczerwieniona, w środku strupem pokrytą.

19. XII. Katar ustąpił.

21. XII. Wieczorem dreszcz. Z ucha lewego wydziela się rzadka, obfita ropa z białymi grudkami. Pod drobnowidzem w ropie widać bardzo dużą ilość komórek nabłonkowych i ropnych, jak również kokki rozmaitej wielkości. Nici promienicy nie wykryłem wcale. Ciepłota wieczorem 38,1°.

22. XII. Ciepłota rano 37,1°, wieczorem 37,6°.

23. XII. Ciepłota rano 37,0°, wieczorem 37,6°. Z ucha płynie nieprzezroczysta gęściejsza ropa przez kanał zewnętrzny, jak również przez tubę EUSTACHIUSZ'a do gardła (*Otitis media suppurativa*). Przepisano częste płukanie gardła chloranem potasu i suchą watę z kwasem bornym do ucha.

24. XII. Ciepłota rano 37,1°, wieczorem 37,3°. Z ucha wypływa gęsta ropa, w której dają się wykryć rozmaite kokki, lecz niema wcale nitów promienicy. Ból gardła przy przetykaniu. Lewa strona gardzieli silnie zaczerwieniona, obrzękła, w części pokryta gęstą ropą.

25. XII. Ciepłota rano 37,1°. Wydzielina mniej obfita. Bóle przy łykaniu mniejsze. Popołudniu silny dreszcz, ciepłota 39,6°. Skóra przed, pod i za lewym uchem żywo zaczerwieniona, obrzękła, gorąca, przy dotykaniu bolesna, od nieza-

jętej jeszcze skóry wyraźną granicą oddzielona. Rozpoznano *erysipelas*. Zastosowano miejscowo zimny okład z *hydrarg. bichlor. corr.* 0,1, *aluminii acetici* 1,0, *aq. d.* 100,0.

26. XII. Ciepłota 37,8°. Zaczerwienienie i obrzęk zajęły nie tylko całe terytorium, dawniej przez promienicę zajęte, lecz także i przylegające części, tak, że cała lewa połowa twarzy poniżej wyrostka łowego i szpary ocznej jest pokryta gorącą, żywo czerwoną, napiętą, błyszczącą skórą, bolesną przy dotknięciu. C. 38,7°.

27. XII. Obie powieki oka lewego silnie zaczerwienione, obrzękłe. Granica chorych części przesunęła się po za linię środkową nosa. Z ucha wypływa mała ilość ropy. W gardzieli lewa strona tylko cokolwiek zaczerwieniona. Ciepłota rano 37,3°, wieczorem 37,9°.

28. XII. Obrzęk i zaczerwienienie przeszły na prawą *regio zygomatica*. Lewa strona twarzy twarda, sina. Wśród kilku przetok, tych mianowicie, które najdłużej zawierały ropę, ukazują się ogniska, napelnione ropą. Ciepłota rano 36,8°, wieczorem 37,9°.

29. XII. Silny obrzęk powiek oka lewego, uniemożliwiający otwarcie go. W powiece górnej wśród twardego nacieku ropień. Bolesny naciek posuwa się coraz bliżej ku prawemu uchu. Ciepłota rano 37,9°, wieczorem 38,3°.

30. XII. Zaparcie stolca od dwóch dni. Z przeciętego ropnia górnej lewej powieki wyszło dużo bardzo gęstej ropy, nie zawierającej ani ziarenek, ani nitek promienicy. Na prawej stronie twarzy odcień sinawy zajmuje miejsce barwy żywo czerwonej, widocznej jeszcze na prawym końcu, dotykającym ucha. Ciepłota wieczorem 38,1°, rano 39,6. Ol. ryc. łyżkę.

31. XII. Lewa połowa twarzy znacznie zbladła, otęchła. Ropień powieki górnej wydziela obficie gęstą ropę bez nitek promienicy. Prawa strona twarzy też zbladła, ma odcień sinawy. Zaczerwienienie przeszło za prawe ucho, nie dochodząc do granicy włosów. Ciepłota rano 38,3°, wieczorem 38,8°. *Chinini muriatici* 0,2 dwa razy dziennie.

1. I. 1896. Z prawej strony twarzy obrzęk znikł, pozostało słabe zaróżowienie. Skóra łuszczy się cokolwiek. Lewa strona wolna od obrzęku, barwy prawidłowej, łuszczy się. Ciepłota rano 37°, wieczorem 36,5°.

2. I. Prawa strona twarzy zbladła prawie zupełnie. Zaparcie stolca. Zawieszono chininę. Po łyżce oleju rącznikowego 6 wypróżnień. *Bismuthi subnitrici* 1,0 dwa razy dziennie. Ciepłota rano 36,8°, wieczorem 37,2°.

3. I. Ciepłota rano 35,8°, tętno słabe, 60 na minutę. Upadek sił. Ciepłota wieczorem 35,0°. Wino. Posilna dyeta. *Coffeini* 0,1 dwa razy dziennie.

4. I. Siły lepsze. Ciepłota rano 35,8°, wieczorem 36,2°, tętno rano 68, wieczorem 70, tętno mocniejsze.

5. I. Ciepłota rano 37°, wieczorem 36,9°. Tętno rano 72, wieczorem 70. Chora coraz rzeświejsza.

6. I. Ciepłota rano 36,1°, wieczorem 36,4°. Tętno rano 70, wieczorem 72. Waga 123 funty. Znikły ostatnie ślady zaróżowienia twarzy. Z ucha wypływa więcej ropy.

7. I. Ciepłota rano 36,0°, wieczorem 36,9°. Łaknienie dobre. Dolna część skóry lewego policzka znowu cokolwiek zaróżowiona i obrzękła. Lód na obrzęk.

8. I. Ciepłota rano 36,2°, wieczorem 36,9°.

9. I. Ciepłota rano 36,5°, wieczorem 36,8°. Obrzęk dolnej części skóry lewego policzka powoli wzrasta. Skóra w tem miejscu niebolesna.

10. I. Ciepłota stale niżej 37,8°. Dolna część skóry lewego policzka cokolwiek nacieczona, sinawa, na miejscu dawnej przetoki kilka małych ropni. Skóra między uchem, a granicą włosów zupełnie prawidłowa.

13. I. Waży 126 funt.

14. I. Wydzielina z ucha pokazuje się w nieznacznej ilości.

15. I. Kilka punktów w okolicy wstępującej części szczęki dolnej zdaje się dawać wrażenie chełbotania. Po nakłuciu ich jednak wychodzi tylko czysta krew.

16. I. Kol. A. ŻURAKOWSKI był łaskaw zaszcześcić ziarenka z ropy małych ropni policzka, jak również z ropy pochodzącej z ucha. Na wacie, założonej do ucha, przez noc zbiera się zaledwie mała kropla ropy.

17. I. W nocy kilka wolnych wypróżnień.

18. I. Znowu w nocy kilka wolnych wypróżnień. *Bismuthi subnitrici* 1,0 co wieczór.

19. I. Kilka wolnych stolców w nocy. *Natrii bromati* 1,0 wieczorem.
 20. I. Rozwolnienie w nocy. *Tincturae opii gtt.* X wieczorem.
 21. I. Biegunka ustąpiła. Przed dolnym brzegiem ucha na policzku utworzył się mały ropień wielkości pół ziarnka pszenicy.
 22. I. Z ropnia przekłutego wyszła kropla gęstej ropy z bardzo wielu ziarenkami.
 23. I. Miejsce przekłucia przyschło.
 25. I. Na przekłutem miejscu ropa nie zbiera się ponownie.
 28. I. Dwa małe ropnie, tej samej co poprzedni wielkości, zebrały się za uchem. W ropie znajduje się dużo ziaren niespostrzeganej dotychczas wielkości w danym przypadku, niektóre bowiem dochodzą do wielkości ziarna maku.
 31. I. Na wysokości środka gałęzi wstępującej żuchwy utworzył się strupek wielkości pół pszennezi ziarna, po odjęciu którego wyszło trochę ropy, zawierającej sporo ziarenek; 8 z nich zaszczepiłem na agar glicerynowy i wręczyłem kol. ŻURAKOWSKIEMU.
 5. II. Po za uchem znowu zebrał się maleńki powierzchowny ropień.
 7. II. Znowu zebrały się trzy małe powierzchowne ropnie poniżej ucha. W ropie bardzo dużo ziarenek. Wydzieliny z ucha niema wcale. Zastosowano chorej 2,0 jodku potasu dziennie w łyżce wody przez odbytnicę.
 10. II. Bardzo dobrze znosi jod tą drogą. Łaknienie i trawienie prawidłowe. Waży 128 funtów.
 11. II. Stan ogólny chorej dobry. Łaknienie i trawienie prawidłowe. Wydzieliny z ucha niema. Przez wziernik uszny widać błonę bębenkową nastrzykaną, przekrwioną. Lewem uchem słyszy, jakkolwiek gorzej, niż prawem. Ruchy szczęki zupełnie swobodne. Błona śluzowa ust i gardzieli biała. Wydzielanie śliny nie zwiększone. Policzek prawy prawidłowy. Na lewym policzku, na przestrzeni, zajętej przez promienicę w chwili przyjęcia chorej do szpitala, skóra barwy prawidłowej, może co-kolwiek więcej barwnika zawierająca, brunatnawa, grubości prawidłowej, w tylnej dolnej części trochę nacieczona, wszędzie łatwo przesuwalna. Jako pozostałość powyżej opisanych przetok, widać białe pasma, mające pozór blizn 1—2 mm. szerokie, twarde. Pasma te nie są wiernym obrazem długości dawnych przetok, są bowiem od tych ostatnich krótsze. Tak więc sprawa gojenia się w tych częściach przetok, w których rozpoczęła się najwcześniej, w omawianej chwili zaszła najdalej, t. j. powstałe blizny weszły już w okres kurczenia się. Tylko w 3-ch punktach, a mianowicie: w dwóch pod uchem i w jednym w okolicy szyjki *processus coronoidei mandibulae* widoczne są jeszcze strupki. Po zdjęciu fotografii nakłuwałem igłą każdą z byłych przetok i próbowałem napęłnić je wodą zapomocą strzykawki PRAVAZ'a. Nigdzie nie udało mi się to, sądzę więc, że mam prawo uważać opisane pasma za prawdziwe blizny. Woda, zastrzyknięta pod ostatni z wymienionych strupów, napęłniła wychodzące z pod niego białe pasma na przestrzeni 5 mm. w obie strony. Ziaren jednak stąd nie otrzymałem.
 12. II. Chora wyszła ze szpitala na własne żądanie. Polecono jej w dalszym ciągu wprowadzać 2,0 jodku potasu dziennie *per anum*; po pewnym czasie ma przybyć do Warszawy w celu dalszego leczenia się.

(D. n.).

KILKA UWAG O LECZENIU BLEDNICY,

podał D-r STANISŁAW KLEJN, ordynator kliniki terapeutycznej.

(Dokończenie.—Zob. N. 23).

Spostrzeżenie I. Dnia 22 X. 1894 zgłosiła się do mnie, skierowana łaskawie przez Sz. Prof. BARANOWSKIEGO, panna A. R. z Białegostoku, lat 23, skarżąc się na błądłość, osłabienie, zawrót głowy, szum w uszach, bicie serca, zaparcie i zupełny brak łaknienia. Choroba trwa 5 lat, od 2 miesięcy wy-

stąpiło wyraźne pogorszenie. Początek choroby datuje od przeziębienia się w sklepie, znajdującym się w chłodnym lokalu piwnicznym, w którym chora latem przebywała po kilka godzin. Miesiączka, która od 15 roku życia był prawidłową, ustala wtedy, wkrótce jednak zjawia się, ale była bardzo skąpą i bladą. Pogorszenie nastąpiło nagle po 3 kąpielach słonych o ciepłocie 27—28° R., po których zjawily się nudności, osłabienie, duszność. Do tej pory chora mogła jeszcze dużo chodzić, obecnie zaś nie jest zdolna do żadnego wysiłku.

Jednocześnie z pogorszeniem wystąpiło także silne uczucie pragnienia i kilkakrotne krwawienie z nosa. W ostatnich czasach chora poczęła trochę łysieć i siwieć. Nie gorączkowała, ostatniego lata schudła trochę.

Rodzice chorej żyją, matka jest zdrowa, ojciec zaś choruje na serce i kaszle oddawna. Z sześciorga rodzeństwa 2 starsze siostry są blade, zdrowie reszty nic nie pozostawia do życzenia. Ojciec matki chorej zmarł na suchoty, od których zmarły także 2 kuzynki matki.

Przy badaniu znaleziono: bladość z odcieniem zielonkawym skóry, niezwykła bladość błon śluzowych, pokład tłuszczowy niezbyt obfity, płuca nieprawidłowego nie przedstawiają. Serce rozszerzone w rozmiarze poprzecznym, szmer skurczowy u wszystkich zastawek, huczenie w żyłach szyjowych. Tętno 98, pełne, miękkie. Gruczoł tarczowy nie powiększony. Narządy brzuszne bez zmian; stolce są blade, gliniaste, jajek glist nie zawierają. Mocz wydziela się w ilości obfitej, jest bardzo blady, nieprawidłowego nie zawiera.

Badanie krwi. Ilość krążków czerwonych w 1 mil. 3,536,000, hemoglobiny 30%, indeks barwnikowy krążka 0,4, leukocytów 8,960 w 1 mil., krążki czerwone są blade, przeważnie drobne, postać ich jest często zmieniona (poikilocytoza), rulonów widać bardzo mało, przeważnie krótkich, nieforemnych. *Blutplättchen* w ilości olbrzymiej. Na 100 leukocytów obliczono 19 małych limfocytów, 1,7 dużych, 6,5 przejściowych, 70,7 neutrofilowych, 2,1 eozynofilowych. Krążków z jądrami nie znaleziono.

Na radzie, odbytej nazajutrz z Sz. Prof. BARANOWSKIM, rozpoznano ciężką blednicę i postanowiono położyć chorą do łóżka, zalecono wycieranie skóry wodą ze spirytusem, prócz tego zaś *sol. arsenic. Fowleri* 3 razy dziennie po 5 kropel i *haemogallol* 3 razy dziennie po 0,5. Pożywienie obfite, mieszane.

1. XI. Zjawiała się blada miesiączka, która trwała 3 dni.

4. XI. Stan ogólny bez zmiany, chora zmusza się do jedzenia, choć nie ma łaknienia; hemoglobiny 29%.

10. XI. Stan bez zmiany. Hemoglobiny 33%. Leczenie to samo.

18. XI. Chorą ogromnie męczy leżenie, czuje się gorzej. Hemoglobiny 35%, leukocytów 5,840, z czego przypada na limfocyty małe 18,3, na duże 1,0, na leukocyty przejściowe 7,4, neutrofilowe 65,7, eozynofilowe 7,6. Poikilocytoza bardzo wyraźna. Leczenie to samo.

25. XI. Stan bez zmiany. Chora wzbrania się leżeć. Ilość krążków czerwonych 3,580,000, hemoglobiny 34%, leukocytów 7,760. Rulony niewyraźne, poikilocytoza. Zalecono 3 krótkie przechadzki w ciągu dnia i 9 pigułek BLAUD'a dziennie.

29. XI. Zjawiała się poraż pierwszy podczas choroby obfita miesiączka, która trwała 3 dni, jednocześnie zjawilo się krwawienie z nosa, które trwało 4 dni. Leczenie to samo w dalszym ciągu.

4. XII. Chora czuje się znacznie lepiej, łaknienie posiada dobre, chora więcej spaceruje, niż jej zalecono. Badanie krwi wykazuje 56% hemoglobiny,

leukocytów 7,680, Stosunek postaci 25,25 — 1,0 — 4,75 — 62,75 — 6,25. Rulony są wyraźniejsze, poikilocytoza mniejsza, na 1000 leukocytów znaleziono 12 normoblastów. Zalecono 15 pigułek BLAUD'a dziennie.

12. XII. Chora świetnie wygląda, czuje się bardzo dobrze, pragnęłaby już wrócić do domu. W sercu wyraźne szmery, to samo w żyłach szyjowych.

16. XII. Chora znakomicie się czuje, wygląda bardzo dobrze. Badanie krwi: krążków czerwonych 5,824,000, hemoglobiny 78%, leukocytów 8,400. Chora się niecierpliwi, pragnie pojechać do domu, uważając się za zupełnie zdrową. W sercu i żyłach szmery. BLAUD'a 3×5.

24. XII. Hemoglobiny 93%. Stan ogólny bez zmiany.

1. I. 1895. Hemoglobiny 97%. W sercu szmerów niema. Chora dobrze wygląda, znacznie utyła i na usilne żądanie dostaje pozwolenie na wyjazd do domu.

2. V. 1896. Miałem wiadomość od chorej, iż od chwili wyleczenia się czuje się zupełnie zdrową.

Przykład powyższy jest bardzo pouczający. Mielśmy tu niewątpliwie do czynienia z przypadkiem blednicy dość ciężkim, jeżeli nie bardzo ciężkim. Jak z przebiegu choroby widać, cierpienie, pomimo 4-tygodniowego leczenia, przy absolutnym spokoju w łóżku, nie tylko nie poprawiło się, ale nawet, rzecz można, pogorszyło. Tymczasem, gdy chora zaczęła wychodzić na powietrze, odbywać lekkie spacerki i brać pigułki BLAUD'a, nastąpiła tak szybka poprawa, że w ciągu 5 tygodni ilość hemoglobiny z 34% podniosła się do 97. Zapewne znaczny wpływ wywarł tu odpowiedni przetwórcy żelaza, trudno jednak przypuścić, ażeby hemogallol, jakkolwiek słabiej działa, żadnego nie wywarł wpływu na stan krwi. Arszenik, jednocześnie stosowany, również źle chyba nie mógł wpłynąć; v. NOORDEN leczy nawet niekiedy blednicę wyłącznie arszenikiem. Należy zatem przypuścić, iż absolutny spokój nie wywarł tu tego pomyślnego wpływu, o którym z takim entuzjazmem wyrażają się: NOTHNAGEL, v. ZIEMSEN, DUNIN i wielu innych. Nie idzie za tem, ażebyśmy chorym na blednicę kazali używać sporo ruchu i zachęcali je do wysiłków mięśniowych, które bezspornie na stan krwi źle wpływają. Prawda leży tu, jak zwykle, pośrodku. Jak bowiem zbyt wysiłki źle wpływają na chore dotknięte blednicą, tak samo znowu bezwzględny spokój niezawsz wywiera tak pomyślny na nie wpływ, a nawet niekiedy przedłuża leczenie. Pod tym względem zupełnie zgadzam się z QUINCKE'm, który, przyznając, że u wielu chorych absolutny sposób jest środkiem odpowiednim, twierdzi, że są jednak przypadki, w których najodpowiedniejszym jest ruch umiarkowany. Że tak być powinno, wskazuje nam analogia z życia roślinnego i zwierzęcego. Jeżeli nie każda roślina, nie każde zwierzę znosi brak słońca i dobrego powietrza, tembardziej chyba przyznać należy, iż pewna przynajmniej kategoria ludzi, i do tego chorych na blednicę, znajdujących się zwykle w okresie rozwoju, tego słońca i powietrza bardziej jeszcze potrzebuje. Może być nawet, że i sam ruch wywiera tu pewien wpływ pomyślny na odnowę krwi; nie będę się przy tem upierał, choć jestem skłonny sprawę tę rozstrzygnąć twierdząco. Z tego też względu uważam spokój absolutny za wskazany w wyjątkowych tylko przypadkach. Jakie są te przypadki, trudno narazie powiedzieć; do tego potrzebne jest odpowiednio przeprowadzone doświadczenie, być może, z uwzględnieniem momentów, które przyczyniają się w danym przypadku do wybuchu blednicy (nasz przypadek pod tym względem daje wyra-

zną bardzo wskazówkę). Z czasem zapewne uda się nam indywidualizować przypadki, tymczasem zaś, sędzę, można w każdym ciężkim przypadku spróbować leżenia, po tygodniu już jednak, jeżeli przy odpowiedniej dawce żelaza nie wystąpi wyraźna poprawa, należałoby wysyłać chore na krótki spacer; że im to dobrze zrobi, jestem najmocniej przekonany.

Przejdźmy teraz do przypadku drugiego.

Spostrzeżenie II. Dnia 20. III. 1895, zgłosiła się do mnie, skierowana łaskawie przez Szan. Prof. BARANOWSKIEGO, panna J. M., lat 21. Chora opowiada, że jest blada od dzieciństwa, w ostatnich jednak latach coraz bardziej poczęła mizernieć i słabnąć, zjawily się bóle głowy, brak łaknienia, pragnienie, uczucie ziębienia, poty i duszność przy chodzeniu. Miesiączkuje w odstępach regularnych przez 3 dni, wydzielina jest skąpa, blada. Chora jest asystentką przy szkole dentystycznej w Warszawie i jako taka pracuje tam codziennie bez przerwy od 9-ej do 3-ej po południu; podczas pracy musi ciągle stać lub chodzić. Rano przed zajęciem jada zwykle mięso, po 3-ej również zjada obiad mięsny. Rodzina chorej jest zdrowa, sama chora żadnych chorób nie przebyła.

Przy badaniu znaleziono: stan bezgorączkowy, bledość powłok i błon śluzowych, płuca bez zmian, w sercu i żyłach szyjowych szmery, gruczoł tarczowy niepowiększony, śledziona wyraźnie powiększona, wyczuwalna, inne narządy bez zmian. Mocz jest bledy, wydziela się obficie, białka i cukru nie zawiera, natomiast po ustaniu się osiada w nim obfity osad kwasu moczowego.

Badanie krwi: krążków czerwonych 5,232,000, hemoglobiny 46%, leukocytów 10160. Lekka poikilocytoza, niewyraźne i krótkie rulony, krążki same są małe. Stosunek ilościowy postaci leukocytów 19,0 — 1,4 — 6,0 — 72,8 — 0,8. Krążków z jądrami nie znaleziono.

Na naradzie z Prof. BARANOWSKIM rozpoznano blednicę i zalecono chorej nacierania skóry wodą ze spirytusem, *rheum* oraz *ferrum lacticum* 2 razy dziennie po 1,5 (na dobę 0,6 Fe) oraz dyetę obfitą według v. NOORDEN'a.

7. IV. Chora skarży się na ból w piersiach, kaszel, poty i duszność przy chodzeniu. Przy badaniu znaleziono trochę świstów w prawej połowie klatki piersiowej, inne narządy bez zmian. Tętno 120. Hemoglobiny 55%. Zalecono kodeinę i żelazo w dalszym ciągu.

20. IV. Chora miesiączkuje dość obficie, wypływ jest czerwony. Kaszlu niema od kilku dni.

28. IV. Chora skarży się na brak łaknienia. Siły są lepsze, nie męczy się już tak łatwo, jak dawniej, przy pracy. Pragnienie wciąż jest dokuczliwe. Mocz wydziela się obficie i zawiera sporo kwasu moczowego wolnego. Przy badaniu w płucach żadnych zmian nie znaleziono, szmery w sercu i naczyniach są wyraźne, śledziona cokolwiek się zmniejszyła. Hemoglobiny 64%. Leczenie to samo.

11. V. Chora czuje się zupełnie zdrową, łaknienie jest dobre, siły niezłe, duszności przy chodzeniu niema. Pracuje ciągle jak dawniej. Uczucie pragnienia nie osłabło, mocz wydziela się obficie. Hemoglobiny 77%. Przepisano pigułki BLAUD'a 6 sztuk dziennie.

26. V. Chora od tygodnia ma zaparcie. Ogólny stan dobry. Przed tygodniem była prawidłowa miesiączka. W ostatnich czasach była bardzo zdenerwowana katarą i bólem głowy, które męczyły ją przez 4 dni. Pragnienie jest znacznie mniejsze. Łaknienie dobre. Hemoglobiny 76%. Leczenie to samo.

7. VI. Wygląd i ogólny stan dobry. Hemoglobiny 80%. Ze względu, iż w ostatnich 3-ch tygodniach poprawa szła bardzo powolnie, poradziłem chorej położyć się do łóżka przynajmniej na tydzień; niestety, chora nie mogła tego uczynić, gdyż obawiała się stracić miejsce. Na to rady nie było; powiększyłem więc dawkę dzienną pigułek do 15 sztuk i zaleciłem możliwe oszczędzanie się.

24. VI. Stan znakomity; chora przez całe 2 tygodnie zajmowała się pracą swoją, jak poprzednio. Hemoglobiny 98%. Chora, pomimo, iż ją zapewniałem, iż jest zdrowa, postanowiła brać dalej pigułki (użyła jeszcze 100 sztuk). Od tej pory widuję chorą co kilka miesięcy—nawrotu nie było. Kilkakrotnie miałem sposobność badać u niej krew: zawierała ona zawsze 99—102% hemoglobiny.

W przypadku powyższym mieliśmy do czynienia z chorą, u której chyba wskazany był spokój bezwzględny; niestety jednak w żaden sposób wykonać tego chora nie mogła. Jednakże pomimo to, iż nietylko nie odpoczywała, ale i ciężko pracowała, wyzdrowienie nastąpiło ostatecznie; przeciągnęło się ono może dłużej, niż zwykle, zależało to jednak nietylko od braku spoczynku, ile od zbyt małej dawki żelaza. Gdy tę ostatnią zwiększyłem, ilość hemoglobiny, pomimo ciągłej pracy fizycznej i umysłowej, od razu podskoczyła o 20% w ciągu 2 tygodni.

Widzimy zatem, iż praca, i to dość ciężka, nie wyłącza wcale możliwości wyleczenia się z blednicy. Nie wynika jednak z tego, jak to już zaznaczyłem, ażebyśmy wszystkim chorym na blednicę kazali ciężko pracować; byłaby to również ostateczność; ale sądzę, że przykład ten wskazuje, jak należy być ostrożnym w dawaniu takich kategorycznych zaleceń, które, o ile z jednej strony niezupełnie pewnie prowadzą do celu, o tyle z drugiej znów niezawsze mogą być przez chore spełniane.

Kończąc tych słów kilka, powtórzmy jeszcze raz: najważniejszym czynnikiem przy leczeniu blednicy jest odpowiednia dawka żelaza: od niej przeważnie zależy wynik leczenia; niemniej ważnem jest ciągle obserwowanie chorych i kontrolowanie stanu krwi przez peryodyczne określanie zawartości w niej hemoglobiny aż do chwili, kiedy ostatnia dojdzie do normy. W pewnej ilości przypadków, być może, iż spokój bezwzględny przyczyni się do wzmocnienia leczenia; w pewnej jednak, może większej, koniecznym jest umiarkowany ruch na powietrzu i w słońcu. Jakie przypadki należą do pierwszej kategorii, a jakie do drugiej, jest rzeczą przyszłości, która na zasadzie ścisłych spostrzeżeń potrafi w każdym przypadku wynaleźć stosowne wskazanie. Podstawą jednak leczenia będzie w każdym razie żelazo.

Syringomyelia,

podał D-r. Med. H. HIGIER.

(Ciąg dalszy.—Zob. N. 23).

Patogeneza. Wielce sprzeczne panowały i panują obecnie poglądy, dotyczące przyczyn powstawania gliozy, gliomatozy, oraz jam w rdzeniu kręgowym. Najbardziej znane są dwie teorie: LEYDEN-VIRCHOW'a i GRIMM-SIMON'a. Pierwsza znalazła gorącego obrońcę w osobie KAHLER'a, o drugą walczył czas dłuższy SCHULTZE.

Podług LEYDEN'a syringomyelia powstaje z hydromyelii, a spotykane u dorosłych przypadki syringomyelii są to chorobliwie zmienione pozostałości wrodzonej hydromyelii. W większości przypadków rozwija się podług KAHLER'a naokoło rozszerzonego od urodzenia kanału środkowego rdzenia sprawa zapalna przewlekła, wielce podobna do zwykłej sklerozy układu nerwowego. Zatrzymanie się środkowego kanału rdzenia na pewnym stopniu zarodkowego rozwoju, w którym spostrzegać można dodatkowy wyrostek kanału ku tyłowi, odsznurowanie tego rodzaju uchyłków i inne wrodzone wady rozwojowe (kilka centralnych kanałów w miejsce jednego, powiększona liczba brózd podłużnych, *heterotopia*), wytwarza w rdzeniu kręgowym *locus minoris resistentiae*, do bujania tkanki nerwogleju natury chorobowej bardzo podatny.

GRIMM i SIMON upatrują przyczynę powstawania jam w bujaniu tkanki nerwogleju mlecza pacierzowego, która to sprawa, zdaniem ich, jest pierwotna, samodzielna; później, wskutek rozpadu tej tkanki, wielce zbliżonej do glejaka, mają powstawać szczeliny i jamy w rdzeniu. Zdaniem SCHULTZE'go nie potrzeba bynajmniej wrodzonego rozszerzenia kanału środkowego rdzenia lub jakichkolwiek innych upośledzeń w rozwoju: glioza może powstać i bez tego z periependymarnej centralnej istoty nerwowej, z tylnych rogów, z *substantia gelatinosa Rolandi*, a nawet z substancji zasadniczej pęczków białych. Rozrost neuroglii przy gliozie ma posiadać według SCHULTZE'go swe odrębne cechy, wyróżniające go od zwykłej sklerozy; przy tej ostatniej przeważa rozrost włókien neuroglii, nie zaś pomnożenie ilości komórek, przy niej znajduje się stale ciało skrobiowate, nigdy zaś niema skłonności do nekrobiozy lub do tworzenia jam. Wydłużoną postać gliozy centralnej należy sobie tem tłumaczyć, że ependyma służy sprawie chorobowej za punkt wyjścia, za podłoże anatomiczne.

HOFFMANN, a przed nim jeszcze MIURA, starali się oddzielić pierwotną środkową gliozę SCHULTZE'go od środkowej gliomatozy, podobnej do nowotworu. Obie sprawy prowadzą do syringomyelii, lecz jedynie glioza zawdzięcza stale swe istnienie rozwojowym wadom wrodzonym kanału środkowego rdzenia.

SCHLESINGER nie znajduje między hydromyelią a syringomyelią zasadniczej różnicy, gdyż przy badaniu drobnowidzowem nieprzerwanego szeregu skrawków (*Serienschnitte*) doszedł do przekonania, że w większości przypadków są to postacie mieszane i przejściowe między obydwojema cierpieniami. Zarówno nieforemne, pozbawione nabłonka jamy rdzenia, którym towarzyszy nadmierna glioza, jak i jamy okrągłe, pokryte wewnątrz nabłonkiem cylindrycznym, tworzą łańcuch anatomiczny, na końcach którego znajduje się z jednej strony hydromyelia, jama ze ścianami pokrytymi nieuszkodzonym nabłonkiem prawidłowym, z drugiej syringomyelia, przy któ-

rej ściany jamy składają się z tkanki łącznej i nerwogleju. Rozrost neuroglii ma stale za swój punkt wyjścia nabłonek kanału środkowego lub jego pochodne, czy to leżące w środku rdzenia kręgowego, czy też w bardziej odległych od środka miejscach, w których jednak stale znajdują się niewątpliwe elementy histologiczne kanału środkowego. W rdzeniach, w których następnie do gliozy przyłącza się syringomyelia, istnieją zazwyczaj rozmaite wrodzone anomalie kanału środkowego, które anatomicznie przedstawiają się rozmaicie: bądź jako rozszerzenie kanału środkowego (częściowa lub całkowita hydro-myelia), bądź jako pojedyncze lub mnogie uchyłki tegoż kanału, bądź wreszcie jako zdwojenie się kanału z jednoczesnem przesunięciem tegoż do tyłu w okolicę rogów tylnych lub nawet pęczków białych GOLL'a.

Rozmaite nieprawidłowości w naczyniach (sprawy zakrzepowe, zwyrodnienie ścian), zwykle spotykane przy syringomyelii, są, zdaniem wielu badaczy, w ścisłym związku przyczynowym z powstawaniem spraw rozpadowych oraz następczem wytwarzaniem się jam przy gliozie środkowej.

JOFFROY i ACHARD, dzieląc stare zapatrywania OLLIVIER'a („*myelite centrale*“) i HALLOPEAU („*sclérose periependymaire*“), uważają nazwę „*gliosis*“ za błędną, a zastępują ją określeniem „*myelitis interstitialis chronica diffusa*“. Zapaleniu podlegają jednocześnie: tkanka neuroglii, komórki ependymy i naczynia istoty szarej. Wskutek spraw zakrzepowych w naczyniach, rozwijają się ogniska nekrobiotyczne, które powoli ulegają wessaniu i tym sposobem wywołują powstawanie torbieli („*myélite cavitaire*“). Otoczka jamy jest w swoim rodzaju blizną, naokoło torbieli się wytwarzająca. W ostatnich latach wielu autorów przyłączyło się do zwolenników tej teorii (MUELLER, MEDER), przyjmując zmiany w naczyniach za zjawisko pierwotne, samodzielnie powstające, a bujanie neuroglii, które w przypadkach przez nich spostrzeganych nie było zbyt wybitne, uważając za sprawę wtórną, za wyraz niekoniecznie zawsze towarzyszącej rozpadowi regeneracji.

Jako ogniwo, łączące omawiane powyżej hipotezy, uważać można zdanie tych autorów, którzy za źródło opisywanego cierpienia przyjmują ogniska komórek nerwogleju, pozostałych w sąsiedztwie kanału środkowego jeszcze z czasów zarodkowych i posiadających samoistną, lub też pod wpływem jakiegokolwiek zewnętrznego bodźca (uraz) nabytą dążność do ciągłego rozmnażania się i wytwarzania wzmiankowanych powyżej guzów wydłużonych. Jama środkowa, spotykana przy stwardnieniu periependymarnem, jest więc zazwyczaj tylko rozszerzonym kanałem środkowym rdzenia; każda inna, ekscentrycznie położona, powstaje albo z powodu rozpadu nowotworu glejowego, albo jest odsznurowanym i rozszerzonym uchyłkiem zarodkowym kanału środkowego. Jamy, leżące w zniekształconym przez sprawę degeneracyjną rdzeniu, mogą nie mieć związku żadnego z kanałem środkowym, zupełnie zanikłym w nowotworze, a być jedynie skutkiem sprawy rozpadowej, wywołanej przewlekłym upośledzeniem odżywiania lub zupełnem zniesieniem krwiobiegu w nowotworowej substancji szarej rdzenia.

Najwięcej przeciwników ma hipoteza zastoinowa LANGHANS'a, która, przypuszczając istnienie wstępującego — od rdzenia do mózgu — prądu limfy (*aufsteigende Saftströmung*), uważa syringomyelię za skutek powiększenia ciśnienia w tylnej jamie czaszkowej. Przeciwno tej hipotezie przemawia fakt, że ani przy skoliozie, istniejącej od dzieciństwa, ani przy guzach w kanale kręgowym, względnie w tylnej jamie czaszkowej, nie spotykano stale syringomyelii. O wiele prawdopodobniejsze jest zdanie KRONTHAL'a, oparte na badaniach eksperymentalnych i doświadczeniu klinicznym, podług którego nieznaczne rozszerzenie kanału środkowego, będące w stanie wywołać skutek następczego bujania nabłonka typową sy-

ringomyelię, znajduje się stale nie poniżej, lecz ponad uciśniętem miejscem. W każdym razie hipoteza zastoinowa już z góry jest przeznaczona dla niewielkiej tylko grupy przypadków i nie powinna pretendować do bezwzględnej wyłączności¹⁾.

To samo można powiedzieć o syringomyelii, rozwijającej się pod wpływem urazu. Jeżeli nie chcemy robić prawdopodobnego wielce przypuszczenia, że istniała skryta syringomyelia, *resp.* wada rozwojowa jeszcze przed urazem, to zmuszeni jesteśmy przyjąć wylew krwi pochodzenia traumatycznego i zniszczenie tkanki nerwowej z następczą gliozą. Że ostre centralne hematomyelie (MINOR) i t. zw. *Röhrenblutungen* mogą klinicznie dawać obraz syringomyelii, nie podlega obecnie żadnej wątpliwości. Nierozumiałym tylko pozostaje fakt przejścia sprawy zupełnie ostrej w cierpienie *par excellence* przewlekłe.

Zupełnie nowe i bliżej jeszcze niezbadane są niezmiernie zajmujące uwagi i związane z nimi wnioski SCHULTZE'go o stosunku zachodzącym pomiędzy syringomyelią a wrodzonymi hematomyeliami czyli wylewami krwawymi, powstającymi nieraz w mleczu i w oponach mózgowych przy porodzie nieprawidłowym (*Dystokie*).

SCHULTZE zwraca uwagę na jedną bardzo możliwą, a dotąd należycie nie rozważoną przyczynę powstawania syringomyelii: na wylewy krwawe w rdzeniu, powstające przy porodach przewlekłych i kleszczowych. Uderzającym jest, że typowa lokalizacja syringomyelii (w zgrubieniu szyjowym mlecza i po za kanałem centralnym) zupełnie odpowiada zwykłemu siedlisku wylewów krwawych i szpar urazowych w rdzeniu u noworodków. SCHULTZE wspomina również o tem, że syringomyelii często towarzyszą ciężkie zaburzenia intelektualne, z czego wyprowadza wniosek, że wszystkie objawy w tego rodzaju przypadkach mają za podstawę jedno i toż samo podłoże anatomiczne, a mianowicie, prawdopodobnie wylewy krwawe (rdzeniowe, korowe, międzyoponowe). Co do sposobu powstawania tego rodzaju gliozy i jam, to SCHULTZE mniema, „że w przypadkach rozległych obrażeń łatwo mogą pozostać szpary i wydrążenia, które, zamiast zniszczonej tkanki, wypełniają się mniej lub więcej całkowicie komórkami oraz włóknami neuroglii, o tyle że światło szczeliny może się w następstwie zupełnie zamknąć. Ogniska owe neuroglii pozostają przez całe życie bez zmiany, lub też pod wpływem podrażnienia ulegają rozmnożeniu i bujaniu, dając początek gliozie z następczem powstawaniem szczelin i jam rozpadowych, a nawet zupełnie dobrze wyrażonym glejakiom. Możliwem jest także, że szczeliny te odrazu lub później wstępują w ściślejszy związek z kanałem środkowym, otrzymują od niego nabłonkowe wysłanie i sprawiają wrażenie rzekomego istnienia wady rozwojowej“.

(C. d. n.).

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z dnia 28 kwietnia i 5 maja r. b.

TREŚĆ: 1) BORSUK — przedstawienie chorego po herniotomii. 2) HIGIER — przedstawienie chorego z niezwykłą postacią padaczkii. 3) NEUGEBAUER — przedstawienie 2-ch macic, usuniętych z powodu raka. 4) DUNIN — Parę uwag o leczeniu blednicy. 5) BORYSSOWICZ — przedstawienie 4-ch mięśniaków.

1) Kol. BORSUK przedstawił chorego, któremu dokonał laparotomii w celu usunięcia dość znacznej części jelita, podległego na niewielkiej przestrzeni zgromadzeniu wskutek przepukliny LITTRÉ'go. Rany w ścianie brzucha nie zaszywano, lecz

¹⁾ Po bliższe szczegóły, dotyczące teorii zastoinowej, odsyłamy czytelnika do artykułów kol. DYDYŃSKIEGO (*Gaz. lek. N. 15 1896*) i kol. CŁAGLIŃSKIEGO (*Gaz. lek. N. 11. 1896*).

założono worek MIKULICZA. Nie zważając, że zagojenie nastąpiło nie przez rychłozrost, wytworzyła się bardzo mocna blizna.

2) Kol. HIGIER przedstawił chorego z następującymi objawami: chory doznaje przykrego uczucia w dołku i zdaje mu się, bez utraty przytomności, że osoby obecne mówią o nim lub powtarzają jego wyrazy a nawet myśli. Po napadzie zdaje sobie chory sprawę z tego, że się mylił, nie przypomina sobie jednak, co dana osoba mówiła. Przed 4-ma tygodniami wystąpił u chorego typowy napad padaczki z utratą przytomności i drgawkami. Po dwóch tygodniach był nowy napad. Obecnie miewa chory napady bełkotania.

3) Kol. NEUGEBAUER przedstawił dwie macice, usunięte z powodu raka. Przypadek pierwszy dotyczył 34-letniej mężatki, wielorodki, która przebyła przymiot i kilka sztucznych poronień. Rak usadowił się w szyi macicznej i dlatego ostatnią kol. N. usunął. Sądzi mówca, że nawrot raka w danym razie będzie, gdyż 1) raki szyi macicznej odnawiają się częściej, 2) młody wiek chorej przemawia za nawrotem. Przypadek drugi, z rakiem ciała macicy, pochodzi od 44-letniej panny. Chora skarżyła się na ucisk tępy w jamie miednicy i na cokolwiek obfitsze miesiączkowanie. Przy badaniu znaleziono powiększenie trzonu macicy, szyję zaś zupełnie zdrową. Wprowadzony do jamy macicznej zgłębnik wskazywał chropowatości błony śluzowej. Dokonane w celu rozpoznawczym skrobanie, wykazało pod drobnowidzem, że miał mówca do czynienia z rakiem. Kol. N. usunął macicę przez pochwę. Podobnych operacji dokonał mówca 24 i w jednym tylko przypadku miał zejście śmiertelne, i to wskutek niedrożności kiszek, jaka powstała po operacji.

4) Kol. DUNIN w odczycie swym przedewszystkiem zwrócił uwagę na potrzebę odróżniania prawdziwej blednicy (kolor skóry, szmer w sercu i w żyłach i t. p.) i stanu niedokrwistości po krwotokach od t. zw. blednicy rzekomej. Pierwsze dwa cierpienia leczą się wybornie żelazem, w ostatniem zaś środek ten nie pomaga. Mówca leczy chore na blednicę w sposób następujący: stwierdziwszy klinicznie blednicę, zaleca przedewszystkiem leżenie chorej w łóżku przez 6 tygodni. Obok stosownej diety podaje chorym żelazo (wyłącznie pigułki BLAUD) w dawce 0,8 *pro die*, dodając do tego 0,003 *acidi arsenicosi*. Zaburzenia żołądkowe a nawet wrzód żołądka nie stanowią przeciwwskazania do podawania żelaza (dodawać trzeba makowiec). Przy powyższem traktowaniu choroby widział mówca zawsze wyborne wyniki, radzi jednak nie poprzestawać na 6-cio tygodniowym okresie leczenia, lecz później przez czas dłuższy (około pół roku) radzi w odstępach czasu zapisywać żelazo. Zdaniem mówcy, leczenie chorych na blednicę w górach, na brzegu morza, w zakładach hydropatycznych i t. p. nie prowadzi do pożądaných wyników, a czasami nawet szkodę wyrządza.

W dyskusyi kol. BIERNACKI podnosi znaczenie przyczynowe rozwodnienia krwi, jakie spostrzegamy u chorych na blednicę. Rozwodnienie owo, według przypuszczenia mówcy, stoi w pewnym związku z rozwojem narządów płciowych u kobiet. Blednica niezawsze zależy od anemii hemoglobinowej, jak dotąd uważano, gdyż istnieje cały szereg przypadków z objawami ogólnymi i przebiegiem blednicy, które jednak przy badaniu szczegółowem krwi, zmniejszonej ilości żelaza nie wykazują. Chociaż nie mamy najmniejszego pojęcia, zaznacza mówca, jak działa żelazo, niewątpliwie ono pomaga. Również dobrze działać będzie leżenie w łóżku.

Kol. DOBRSKI, nawiązując swe przemówienie do słów mówcy, że nie ma doświadczenia, jak inne przetwory żelaza działają, zaznaczył, że pigułkom BLAUD'a już NIEMEYER, jak to sam powiedział 25 lat temu, zawdzięczał swą praktykę. Kaź-

dy lekarz próbuje różnych przetworów żelaza, zatrzymuje się jednak na pigułkach BLAUD'a, gdyż one najskuteczniej działają. Szerokie stosowanie żelaza przy różnych stanach niedokrwistości jest objawem powszednim, tylko, w miarę nabywanego doświadczenia, lekarz sam zwęża granice stosowania tego środka.

Kol. FŁORKIEWICZ zaznacza, że są różne postacie blednicy i że przy leczeniu ich przede wszystkim zwraca uwagę na dokładną ocenę istoty i doniosłości zaburzeń w narządzie trawienia, które usuwać trzeba. W drugim rzędzie środków stawia żelazo i arsenik. W trzecim rzędzie stawia ograniczenie ruchu lub leżenie w łóżku przez odpowiedni przeciąg czasu. Zabieg ten stosował oddawna, nim się dowiedział, że ktokolwiek powziął tę samą myśl. W czwartym wreszcie rzędzie stawia dodatni wpływ pobytu w górach z tem zastrzeżeniem, że chore nie będą nadużywać ruchu.

Kol. CIĄGLIŃSKI zaznaczył, że widział przy blednicy dobre wyniki po zastosowaniu niezbyt silnych natrysków i prześcieradeł.

Prof. BARANOWSKI, zwracając uwagę na stan nerwów przy blednicy, zaznaczył, że zależnie od mniejszego lub większego podrażnienia, mniejszego lub większego wyczerpania, stosujemy z pożytkiem metodę zalecaną przez DUNINA, ale znów w innych przypadkach dodatnio działać będą kąpiele w Krynicy, Spaa, Schwalbach i t. p., w innych znów doskonale działa powietrze górskie, termoterapia, a nawet i kąpiele morskie. Oprócz układu nerwowego przy blednicy zaburzeniami dotknięte być mogą i inne narządy, których sprawność i odporność u różnych osobników bywa różną. Mamy nieraz słabość mięśni, a łącznie z tem objawy wyczerpania serca, w innym znów razie przypadłości ze strony przewodu pokarmowego i sam mówca widział przypadki, w których Karlsbad sprowadził nader dobre wyniki.

5) Kol. BORYSSOWICZ przedstawił cztery okazy mięśniaków macicy, operowanych w Zakładzie Ginekologicznym. Niektóre z tych guzów zasługują na uwagę z powodu swojego umiejscowienia lub swoistego rozwoju sprawy nowotworowej, inne z powodu wyboru metody operacyjnej, przy usuwaniu ich z ustroju.

Pierwszy mięśniak, nieco mniejszy od główki noworodka, rozwinął się w mięszu lewej ściany macicy, u osoby 36-letniej, która przed 4½ laty odbyła poród prawidłowy. Od tego czasu chora zaczęła doznawać uczucia ciężaru w dolnej okolicy brzucha, opadnięcia macicy i częstej potrzeby oddawania moczu; następnie wystąpiły bóle w okolicy lewej pachwiny, zaparcie stolca i rozmaite objawy nerwowe, być może, będące w związku z niedokrwistością, zależną od niezmiernie obfitych utrat krwi podczas miesiączkowania. Badanie wykazało guz wypełniający miednicę, stanowiący jedną całość z macicą, po rozszerzeniu której można było określić, zapomocą wskaziciela, że guz nie wystaje do wnętrza macicy, lecz mieści się w mięszu jej ściany lewej. Ponieważ guz ten, zajmując miednicę małą, nieco wypukła lewe sklepienie pochwy, B. postanowił wyluszczyć go przez pochwę, pozostawiając macicę w ustroju. Po przecięciu lewego spojenia warg macicznych, lewego sklepienia pochwy oraz bezpośrednio za niem położonej powłoki mięśniowej macicy, otaczającej guz, B. zaczął go wyluszczać zapomocą wskaziciela. Odłuszczenie dolnej części guza od otaczającego mięszu macicznego odbyło się łatwo, z powodu jednak znacznej wielkości nowotworu, który nie mógł przedostać się przez przecięte sklepienie lewe, kol. B. zmuszony był dolną część guza stopniowo rozkawałać (*morcellement*), przez co nietylko zmniejszał objętość nowotworu, lecz zarazem, obniżając zapomocą kleszczyków haczykowatych, ułatwiał sobie dostęp do odłuszczenia coraz wyższych części guza od otaczającego mięszu macicznego. Po znacznem zmniejszeniu guza udało się wydobyć go nazewnątrż, poczem okazało się, że górna powierzchnia guza była pozbawiona otoczenia mię-

śniowego i pokryta tylko błoną łącznotkankową, znajdującą się między listkami więzadła szerokiego macicy. Obawiając się uszkodzenia naczyń krwionośnych, podczas odluszczenia górnej powierzchni guza od błony znacznie cieńszej i większej niż mięsna, kol. B. podzielił to przyczepienie na kilka pęczków, po podwiązaniu których oddzielił nowotwór od powierzchni dolnej wycięwanego więzadła szerokiego macicy, a jamę po wyłuszczonej guzie wypełnił wyjałowioną gazą jodoformową. Przecięte sklepienie pochwy kol. B. zaszył, pozostawiając tylko otwór przy lewym spojeniu warg macicznych. Po dokonaniu tych rękoczynów B. zauważył przesączanie się krwi z pozostawionego otworu, i chociaż krwawienie było nieznaczne, zaszył otwór, prowadzący do jamy pozostawionej po wyłuszczeniu guzie, przypuszczając, że samo ciśnienie krwi, zbierającej się w zamkniętej jamie, wystarczy do zatamowania krwawienia mięszonego. Po 24 gorzinach zdjęto szwy czasowe; po trzech dniach wydobyto gazę z jamy, poczem nie było żadnego krwawienia; po 6-iu dniach wydzielina stała się cuchnącą i ciepłota ciała od 7-go do 9-go dnia wahała się między $37,8^{\circ}$ — $38,4^{\circ}$ C. Po 4-ch tygodniach chora opuściła zakład, z przetoką, prowadzącą do płytkiej jamy pozostawionej po wyłuszczeniu guza. Po trzech miesiącach kol. B. znalazł u chorej macicę w pośrodkowym prawidłowym położeniu, ruchomą, z nieznacznym stwardnieniem, wyczuwalnem przez sklepienie lewe. Przy lewym spojeniu warg macicznych, na miejscu pozostawionego otworu, przez który wyjęto gazę z jamy, wytworzyły się wybujałości ziarninowe, w postaci uklejęw, po wycięciu których nastąpiło zabliznienie się rany i wyzdrowienie chorej.

Drugi okaz przedstawia macicę wyciętą wraz z guzem, który jest rozlanym mięśniakiem trzonu, przeważnie zaś przedniej jego ściany. Guz ten, nieco większy od jafskiej pomarańczy (dużej pięści?) wytworzył się wskutek zgrubienia i niezmiernego rozrostu ścian trzonu macicy, przyczem jama macicy nie powiększyła się, gdyż długość jej wynosi zaledwo 6 ctm. Nowotwór ten rozwinął się u dziewczicy 54-letniej, która do 50 roku życia miesiączkowała prawidłowo, lecz w ciągu ostatnich 4-ch lat krwawienia miesięczne zaczęły się stopniowo powiększać i ciągnęły się po 10 do 14 dni. W kwietniu r. z. krwotok bez przerwy trwał 6 tygodni i ustał dopiero po wyłyżeczkowaniu błony śluzowej wnętrza macicy. Po tym rękoczynie krwawienie ustało aż do lipca r. z. Następnie zaczęły się zjawiać coraz obfitsze stałe odpływy krwiste. W lutym zaś r. b. krwotok się ponowił, powstrzymywany natryskami gorącymi i rozmaitymi środkami wewnętrznymi. Wobec osłabienia chorej, spowodowanego obfitymi utratami krwi, i braku nadziei powstrzymania krwotoków przy pozostawieniu guza w ustroju, postanowiono go usunąć wraz z macicą. B. operował guz przez pochwę, przyczem zmuszony był przeciąć kroczę i tylną ścianę pochwy, następnie po odluszczeniu macicy od pęcherza i odbytnicy i po przewiązaniu tętnic macicznych, nie mogąc wydobyć guza z powodu jego wielkości, a właściwie z powodu niepodatności i starczego zaniku tkanek otaczających macicę, przystąpił do rozkawalenia guza. Po przecięciu przedniej ściany szyi macicznej, podług sposobu DOYEN'a, ujmując w kleszczyki haczykowate coraz wyższe części rozciętych brzegów szyi macicznej, kol. B. doszedł do guza, po przecięciu przedniej powierzchni którego przekonał się, że w środku nowotworu znajduje się jama, płynem wypełniona, podobnym do ropy. Jama ta wytworzyła się wskutek rozmiękczenia się guza i rozpadu drobnoziarnistego jego treści. Ujmując w kleszczyki haczykowate coraz wyższe części guza i rozcinając go coraz wyżej i głębiej, B. udało się bez przecięcia tylnej ściany szyi i trzonu macicy wydobyć nowotwór wraz z macicą z jamy otrzewnowej, poczem zostały przewiązane i przecięte więzadła szerokie macicy. Jamę otrzewnową zamknięto zapomocą skrzyżowa-

nia ligatur więzadłowych. Przebieg pooperacyjny bezgorączkowy, 14 dnia odeszły ligatury, 15-go dnia zaczęła chora wstawać.

Trzeci okaz przedstawia macicę wyciętą wraz z mięśniakiem, wielkości 2-ch pięści. Nowotwór ten rozwinął się w miększu dna macicy u osoby 42-letniej, która raz tylko rodziła przed 20 laty. Z powodu bardzo obfitych i długotwających krwawień miesięcznych, kol. B. dokonał u chorej, przed 6-iu laty, łyżeczkowania wnętrza macicy, poczem nastąpiła poprawa. Przy ponownym łyżeczkowaniu, dokonaniem przed dwoma laty, kol. B. rozpoznawał guz, wystający do wnętrza macicy, z powodu jednak osłabienia chorej, spowodowanego krwotokami macicznymi i przewlekłą sprawą płucną, nie namawiał wówczas chorej na operację doszczętną. Obecnie, skoro cierpienie płuc zatrzymało się w swoim rozwoju, krwotoki zaś maciczne zaczęły się zjawiać coraz częściej, kol. B. uznał za wskazane usunięcie guza wraz z macicą, czego dokonał przez pochwę. Po odłuszczeniu pęcherza i prostonicy oraz po przewiązaniu tętnic macicznych, kol. B. przeciął przednią i tylną ścianę macicy, poczynawszy od jej warg aż do dna. Gdy w ten sposób został udostępniony miąższowy guz trzonu, którego powierzchnia dolna, pokryta błoną śluzową, wypuklała się do jamy macicy, kol. B. przystąpił do rozkawalenia dolnej części nowotworu. Po znacznem zmniejszeniu guza, którego górna część jeszcze pozostawała w ścisłym związku z dnem macicy, przy pociąganiu guza ku dołowi, udało się wydobyć go nazewnątrz wraz z macicą, która przytem wycisowała się — co ułatwiło przewiązanie więzadeł szerokich; kikuty więzadłowe wprowadzone były do pochwy i przymocowane tu zapomocą szwu katgutowego, którym jednocześnie kol. B. zaszył jamę otrzewnową, łącząc błonę surowiczą pęcherza z prostonicą, oraz brzeg sklepienia pochwy przedniego z tylnym. Przebieg pooperacyjny bezgorączkowy, po 16 dniach odeszły ligatury, 17 dnia chora szpital opuściła.

Czwarty włókniak, który przedstawił B., był wielkości dużej śliwki francuskiej; rozwinął się on u osoby 29-letniej, w miększu wargi przedniej i w ścianie przedniej szyi macicznej, sięgając w górę nieco poza ujście wewnętrzne macicy. Chora wyszła z małżeństwa przed 7-iu laty, w 1-ym roku 3 razy poroniła, od 4-ch zaś lat żyje w rozłące z mężem, gdyż stosunki płciowe wywołują u niej rozmaite zjawiska nerwowe, jak: płacz lub śmiech serdeczny, uczucie dławienia lub duszności, napady gwałtownego kaszlu lub macienniczo - padaczkowe, rozdrażnienie nerwowe, sprawiające długotrwałą bezsenność, osłabienie i t. p. Objawy te i bez stosunków płciowych dokuczają chorej, tylko w daleko słabszym stopniu. Parcie na mocz i częste oddawanie moczu jest stałym i najbardziej dokuczliwym objawem, na który chora cierpi od lat 5-iu. Osłabienie od lat kilku stopniowo się wzmacnia z powodu obfitej miesiączki, powtarzającej się co 3 tygodnie i trwającej po 6—7 dni. Nie przypuszczając, żeby wszystkie wymienione objawy nerwowe zależały od obecności nowotworu, rozwijającego się w miększu przedniej ściany szyi macicznej i wardze przedniej, B. uważa za wskazane wyluszczyć guz, uwzględniając głównie objawy pęcherzowe. Po przecięciu poprzecznym wargi przedniej aż do guza, kol. B. zaczął go wyluszczać, nie otwierając kanału szyi macicznej. Rękoczyn ten odbywał się z wielką trudnością, gdyż cienka błona mięsna macicy, otaczająca guz, była z nim bezpośrednio zrośnięta, tak, że dolną część guza kol. B. zmuszony był uwalniać od błony zapomocą elewatora i nożyczek, górna zaś połowa guza, wypuklająca się w kierunku pęcherza i sięgająca poza ujście wewnętrzne macicy, łatwo się wyluszczyła przy pomocy wskaziciela, przy pociąganiu ku dołowi już uwolnionej od zrostów dolnej części guza. Jamę pozostałą po wydobyciu guza kol. B. zaszył piętrowo zapomocą katgut. Po operacji ustały objawy pęcherzowe i nerwowe, tak, że chora tylko parę razy podczas pobytu swojego w Zakładzie skarżyła się na bóle głowy.

W dyskusyi Sekretarz Stały BRODOWSKI zabrał pierwszy głos, zapytując, dlaczego na preparacie drugim powierzchnia zewnętrzna guza, a właściwie przerosły trzon macicy nie posiada błony surowiczej, z czego należałoby wnioskować, że macica nie była wyluszczonea całkowicie, lecz tylko jej szyja oraz guz trzonu, z pozostawieniem błony mięsnej trzonu, a być może i części guza w ustroju. Co do pierwszego przypadku, to ścieńczenie i zupełny zanik macicznej błony mięśniowej, otaczającej guz mięszowy, uważa za szczególne zjawisko, gdyż zwykle przy tych guzach ściana maciczna, w środku której one się rozwijają, ulega przerostowi. Nie uważa też Sekretarz Stały za właściwe, przy guzach mięszowych pozostawianie macicy w ustroju, gdyż w razie zajścia w ciążę, możliwe jest pęknięcie macicy podczas porodu.

Kol. CIECHOMSKI uważa wogóle wydobywanie guzów macicy przez pochwę zapomocą rozkwalania, za operacyę bardzo niebezpieczną i połączoną z wielkimi trudnościami technicznymi. W przypadku pierwszym przy przecinaniu sklepienia lewego pochwy można było łatwo uszkodzić moczowód. W 2-im i 3-im przypadku, ujmując hakami części macicy lub guza i rozkwalając je zapomocą narzędzi ostrych, bez kontroli wzroku, polegając jedynie na niepewnym zmyśle dotyku, można było przedziurawić kiszki, pęcherz lub uszkodzić sieć wielką. W trzech pierwszych przypadkach guzów macicy uważa kol. C. celiotomie za pewniejszy i bezpieczniejszy rękoczyn, niż rozkwalanie ich i wydobywanie przez pochwę. Ś. p. MATLAKOWSKI, ś. p. JAWDYŃSKI i kol. CIECHOMSKI, usuwając takie guzy przez cięcie powłok brzusznych, otrzyrywali doskonałe wyniki; nie widzi więc kol. CIECHOMSKI żadnej korzyści w usuwaniu guzów przez pochwę, chyba względy estetyczne; lecz przy wyborze metody operacyjnej należy jedynie dbać o życie chorej, nie wystawiając jej na hazard trudnych i niepewnych rękoczynów. Jaki cel miał kol. B., przedstawiając te okazy guzów wyluszczonych przez pochwę? Prawdopodobnie ten, że szczęśliwie pokonał niezmierne trudności podczas operacyi i że otrzymał pomysły zejścia po tych rękoczynach, pomimo, że, jak to na drugim preparacie widać, mogły części guza pozostać w ustroju wraz z dnem macicy, oraz że w 3-im przypadku przy wydobyciu guza nastąpiło wynicowanie się macicy.

Kol. KRYSIŃSKI uważa w pierwszym przypadku za wielce ryzykowne wyluszczenie guza i podwiązanie jego przyczepu do więzadła szerokiego macicy, gdyż nie można było wiedzieć, jaki narząd jamy brzusznej mógł być ujęty w przewiązkę; również uważa za niewłaściwe zaszycie jamy pozostałej po wyciętym guzie, nie mogąc przewidzieć, co się stanie z krwią wypełniającą jamę i gdzie się może ona wylewać. Co do przypadku drugiego, to kol. K. sądzi, że tu nie było wyraźnego wskazania do wyjęcia guza wobec wieku chorej (lat 54), gdyż krwotoki samodzielnie lub przy stosownem postępowaniu mogłyby ustać.

Kol. KRAKÓW zaznacza, że przy wzroście guzów mięszowych macicy, jama się zwykle powiększa i wydłuża, tymczasem w 1-ym i 2-im przypadku na okazach, przedstawionych przez kol. B., jama macicy pozostała prawidłową lub nawet zmniejszoną.

W odpowiedzi prof. BRODOWSKIEMU kol. BOR. zaznacza, że w przypadku 2-im wyjął guz wraz z macicą, nie pozostawiając żadnej cząstki w ustroju, brak zaś pokrycia surowiczego trzonu macicy, a właściwie guza, tem objaśnia, że podczas rozkwalania guza i silnego pociągania zapomocą tępych haków, te się obsuwały z mięszu macicy lub guza, zdzierając przytem błonę surowiczą. W miejscu, odpowiadającym ujściu wewnętrznemu macicy i nieco powyżej, błona surowicza jest zachowana, gdyż ta część macicy w kleszczyki haczykowate ujmowaną nie była. Wreszcie kol. BOR. odpowiada, że przy guzach mięszowych macicy, porody naj-

częściej odbywają się szczęśliwie, i że w przypadku 1-ym tylko zewnętrzny listek błony mięsnej uległ zanikowi, wewnętrzny zaś, stanowiący ścianę macicy, zdawał się być przy wyluszczeniu guza nieco zgrubiał.

W odpowiedzi kol. CIECHOMSKIEMU kol. BOR. zaznacza, że nie uważa wydobywania guzów przez pochwę, wraz z macicą lub z pozostawieniem jej w ustroju, za ryzykowniejsze od wycinania ich przez otwarcie jamy brzusznej; przeciwnie, odsetka śmiertelności, podawana przez PEAN'a i DOYEN'a, znacznie jest mniejsza, niż wogóle po celiotomiach, a tembardziej po celiotomiach przedsięwziętych w celu wycinania guzów twardych macicy. W przypadkach więc przedstawionych nie miał zamiaru narażać życia chorych na niebezpieczeństwo w widokach estetyki, lecz wykonywał trudniejsze rękoczyny, uważając je za bezpieczniejsze, niż otwieranie jamy brzusznej i tą drogą wyjmowanie guzów twardych macicy. Że przebieg pooperacyjny po takim wycięciu macicy najczęściej bywa łagodniejszy, że operacja ta nie zostawia u chorej blizny ściany brzusznej i że nie grozi jej przepukliną, są to okoliczności drugorzędne, które jednak przemawiają na korzyść wydobywania guzów przez pochwę. To też kol. BOR. uważa za właściwą dążność do usuwania przez pochwę tych guzów twardych macicy, które do rozkawalenia się nadają. Co do rozkawalenia guzów, to odbywa się ono zawsze pod przewodnictwem palców przy guzach podsłuzowych; przy wyluszczeniu zaś guzów wraz z macicą, ujmowanie w kleszcze haczykowane, przecinanie i wycinanie odbywa się zawsze nie tylko pod przewodnictwem palców, lecz i pod kontrolą oka. Wobec tego nie grozi żadne niebezpieczeństwo uszkodzenia kiszek, sieci, pęcherza i t. p. narządów, chyba, że przypadek był źle rozpoznany i niewłaściwie przeznaczony do rozkawalenia. Przecinając sklepienie lewe w przypadku pierwszym, moczowodu kol. B. nie mógł, jak utrzymuje, uszkodzić, gdyż moczowody przebiegają w sklepieniu przednim, nigdy w bocznym. Przypadki zaś swoje kol. B. przedstawił nie z powodu niezmiernych trudności operacyjnych, lecz dlatego, że rozkawalenie nowotworów macicznych przez pochwę rzadko u nas bywa stosowane; zresztą przedstawione guzy i pod względem anatomo-patologicznym zasługują na uwagę. Co do usuwania guzów macicznych przez celiotomię, to kol. B. zaznacza, że operację tę wykonywał i nadal stosować będzie w przypadkach, nie nadających się do rozkawalenia, oddając zawsze pierwszeństwo temu ostatniemu zabiegowi, pomimo, że po celiotomiach ma dotąd bardzo dobre wyniki i wcale się do nich nie zraził. Wogóle, wydobywanie przedstawionych guzów odbyło się łatwo i prędko, bez żadnych niespodzianek; wynicowanie zaś macicy było pożądaną, gdyż ułatwiło ono podwiązanie więzadeł szerokich macicy i usunięcie jej z ustroju wraz z guzem.

W odpowiedzi kol. KRYSIŃSKIEMU kol. B. wyjaśnia, że przewiązanie przyczepu dolnej powierzchni więzadła do górnej części guza dokonano tuż przy samym guzie i po wydobyciu go wraz z wynicowaniem więzadłem nazewnątrż pochwy; zabieg ten więc odbył się pod kontrolą oka, a zatem nie mogłyby być w przewiązki ujęte żadne narządy, lecz jedynie błona łącznotkankowa, guz otaczająca, przyczem otrzewna nie była wcale ujmowana.

Nie mogło też grozić w przypadku pierwszym żadne niebezpieczeństwo z zaszycia jamy, gdyż krwawienie z powierzchni jamy było nieznaczne, mięszone, pochodzące z przerwanych drobnych naczyń przy odłuszczeniu guza. Ucisk więc, wywarty przez tampon, prawdopodobnie wystarczyłby do zatrzymania tego krwawienia, co jeszcze pewniej, zdawało się, nastąpi przy nagromadzeniu się krwi; ciśnienie jej jeszcze łatwiej zatamować może krwawienie mięszone. Zresztą obawa krwawienia była płonna, gdyż przy wyjmowaniu tamponów na 2-gi i 3-ci dzień po operacji nie wydzieliły się z jamy skrzepy, tylko tampony, miernie ciemną krwią

nasiąknięte. Co do wskazania do wycięcia macicy w przypadku drugim, to o tej sprawie można sądzić tylko po szczegółowym zbadaniu stanu zdrowia chorej, jak również wzięwszy pod uwagę, czy osoba zmuszona pracą zarabiać na utrzymanie, może wyczekać niepewnego wyniku terapeutycznych zabiegów i małych operacji, do których już się zraziła. Zresztą wyczekiwanie na ustanie krwawienia na nicby się nie przydało, gdyż jama macicy była w stanie zaniku, zarówno jak więzadła i pochwa; na okres więc przełomowy nie można było liczyć, gdyż on już nastąpił prawdopodobnie w roku 50-ym i od tego czasu krwawienia zaczęły się wzmacniać. Wskazaniu więc lekarskiemu i życzeniu chorej stało stę zadość.

Kol. KRYSIŃSKI nadmienia, że wskazaniemi lekarskiemi czasami rządzi *furor operativus*, jak to się działo z operacją *vaginofixatio* przy tyłopochyleniu macicy które niedawno wykonywano na setki; wymagania zaś chorych operowania ich czasami zależą od histerycznych ich zachcianek.

Kol. BORYSSOWICZ odpowiada, że zapalom operacyjnym nigdy nie ulegał i nie ulega obecnie; jako dowód na to przytacza fakt, że dotąd ani razu nie przyszył macicy do pochwy, gdyż nie zdarzył mu się przypadek, wymagający tego rękoczynu; sztucznych więc wskazań nie tworzy. Co do zachcianek operacyjnych macienniczego pochodzenia ze strony chorej, to te stanowczo kol. B. wyłącza: chora przed operacją nie zdradzała objawów maciennicznych i jeżeli się odważyła na taką operację, jak wycięcie macicy, a nawet jej wymagała, to widocznie, że stan zdrowia bardzo dokuczył chorej i zmusił wprost do szukania ulgi w tym środku:

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

== Według BOAS'a stosowanie środków czyszczących w nawykowym zaparciu stolca winno stanowić *ultimum refugium*. W cierpieniu tem należy wypełniać trzy wskazania: 1) dawać głównie pokarmy, które pozostawiają dużo resztek, a które możnaby nazwać kałorodnymi. Tutaj należą: chleb czarny, szczególnie chleb GRAHAM'a, kartofle, jarzyny (rzepa, marchew, szparagi, groch, soczewica), makaron, kasza, potrawy mączne; 2) wprowadzać z pokarmami ciała, zawierające dostateczną ilość cukru lub soli, aby wywołać żywszy przebieg przez kiszki i w ten sposób rozwadniać masy, pozostające w kiszkach. Temu wskazaniu zadosyć czynią: kompoty słodkie (szczególnie śliwki, figi, marmolada z jabłek); kompoty słodzić należy cukrem mlecznym, który nadto, jako ważny środek pomocniczy, używać należy 3—4 razy dziennie po łyżce stołowej w mleku, herbacie, kawie. Za napój zaleca się jabłecznik czysty lub napój z winem; 3) zalecać pokarmy, które dzięki zawartości kwasów organicznych (masłowy, mleczny, octowy) pobudzają ruchy robaczkowe w kiszkach. Tu zaliczyć należy: maślanke, kefir, serwat-

kę. Dzięki tej metodzie BOAS osiągnął zupełne uzdrowienie w wielu zadawnionych przypadkach (niektóre przeszło 20 lat). W innych szczególnie uporczywych dobroczynny wpływ wywierają: lawatowy z wody, czopki z gliceryny lub zastrzykiwania podskórne gliceryny. W wyjątkowych tylko przypadkach uciekać się należy do środków czyszczących, a mianowicie: *extr. rhei compos.*, *tamarindus*, przetwory *frangulae*, a przede wszystkim *cascara sagrada* (Rp. *extr. fluid. casc. sagr.* 30,0, *syr. cort. aurant.* 30,0 *M.D.S.* 3 razy dziennie po łyżeczce od kawy) i *podophyllinum* (Rp. *podophyllini* 0,30, *extr. belladon.* lub *hyosciami* 0,30. *Mfp. N.* 30. *S.* 3 razy dziennie po 1—3 pigułki). Natomiast odrzucić należy *aloes*, *colocynthis*, *jalapa*, *gummi guttae*, wody Sedlitz i inne *drastica*. Wreszcie z pożytkiem można stosować leczenie wodą elektrycznością. (Le progrès méd. 1895. N. 47).

== Dr. HAYWARD oddawna już stosuje z powodzeniem miód przeciwko róży. Jeżeli róża dotknęła głowę, to naprzód każe golić włosy, poczem miejsca zajęte różą pokrywa kompresem, na którym znajduje się gruba warstwa miodu. Dla

oczu pozostawia otwory. Bóle przytem zawsze znikają, również wymioty i bóle głowy. Przebieg choroby zawsze bywa przy tej metodzie krótszy. Jednocześnie H. stosuje wewnątrznie środki przeciwgorączkowe. Uzdrawienie zwykle następuje po 3—4 dniach. (l'Independence médic. 13. XI. 95.). *W. M.*

= Eunuchy wyróżniają się znacznym wzrostem, przewyższającym zazwyczaj dwa metry. D-r LORTET przedstawił w Tow. lek. lugańskim szkielet eunucha, przywieziony z Egiptu. Długość szkieletu wynosi 1 m. 96 cm.; klatka piersiowa krótka, miednica mała, prawie zanikowa, kości kończyn nader cienkie i długie, szczególnie kości kończyn dolnych. Do 7—10 roku życia, w którym dzieci podlegają kastracyi, wzrost ich jest zwykły. Operacja wykonywa się w sposób nader pierwotny: jednym cięciem brzojtem oddziela się prącie i mosznę, poczem operowanego zakopują po

szyję w piasek suchy, by powstrzymać krwawienie, zaś na 4-y dzień nakładają opatrunek z oliwą; drugi sposób operowania, bardziej bolesny, polega na odcięciu prącia i moszny zapomocą cienkiej nitki, co powoduje mniejszy krwotok. 70% operowanych umiera w okresie pooperacyjnym. (Lyon médical. N.13. 1896).

= MORIN, stosując u chorych na gruźlicę płuc tyreoidynę, otrzymał wyniki zadawalające, wobec czego zachęca do dalszego wypróbowania tej metody leczniczej. Na myśl tę naprowadziły autora następujące spostrzeżenia: wśród chorych na obrzęk śluzowy bywa znaczny % suchotników; u suchotników bardzo często spostrzegamy zanik gruczołu tarczowego; wreszcie u osobnika, dotkniętego gruźlicą płuc, zauważył autor znaczną poprawę, gdy nastąpił przerost gruczołu tarczowego.

(Therap. Monatshefte N. 11. 1895).

Wiadomości bieżące.

— Na wystawie higienicznej objaśnienia szczegółowe w rozmaitych działach udzielane będą przez odpowiednich specjalistów dla lekarzy przybyłych z prowincyi w dniu 28 i 29 czerwca r. b.

— Ponieważ termometry zwykle po upływie 2 lat od chwili ich nabycia pokazują niedokładnie stopień ciepłoty, a mianowicie rtec podnosi się wyżej, niż powinna, niektórzy fabrykanci dostarczają do sprzedaży tylko te termometry, które u nich na składzie przeleżały 2 lata i dopiero po upływie tego czasu uległy sprawdzeniu.

— W Berlinie, Wiedniu i w Reims powstało towarzystwo, mające na celu egzekwowanie należności lekarskich od pacjentów, nie chcących płacić dobrowolnie. Egzekwowanie należności dopełnia towarzystwo od swego imienia,

tak, że lekarze nie są zmuszeni osobiście lub w swoim imieniu przed adwokatów stawać w sądach.

— **Zmarli.** W dniu 6 b. m. d-r Ludwik NATANSON w 75 r. życia. O działalności i wielkich zasługach tego męża powiemy obszerniej w najbliższym numerze naszego pisma. Pogrzeb zmarłego odbył się w dniu 8 b. m., przy niezmiernie liczny udział publiczności. Nad grobem przemawiali: kaznodzieja d-r CYLIKOW, prof. BARANOWSKI w imieniu Warszawskiego Towarzystwa Lek. oraz adwokat Józef KIRSZROT-PRAWNICKI w imieniu Zarządu gminy starozakonnych.

Od Redakcyi.

Wszelkie listy, dotyczące spraw naukowych oraz artykułów dla „Medycyny“, obecnie winny być nadsyłane pod adresem: D-r med. M. Sadowski, Krakowskie Przedmieście N. 7 w Warszawie.

WYDAWCA Dr. L. Guranowski.

REDAKTOR odpowiedzialny Dr. H. Dobrzycki.

Доволено Цензурою. Варшава 30 Мая 1896 г.

Druk K. Kowalewskiego, Warszawa Mazowiecka 8.