

# GAZETA LEKARSKA.

PISMO TYGODNIOWE  
POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

Cena Gazety Lekarskiej: w Warszawie: rocznie 5 rs., półrocznie 2 rs. 50 kop., na prowincyi,  
w Cesarstwie i za granicą: rocznie 6 rs., półrocznie 3 rs.

Cena ogłoszeń: Trzy pierwsze po kop. 15 za wiersz drobnem pismem, lub za jego miejsce  
następne po kop. 10.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. Gajkiewicz Władysław. Wydawca: Dr. Kondratowicz Stanisław.

Adres Redaktora. Marszałkowska Nr. 115. Adres Wydawcy: Marszałkowska Nr. 119.

## OGŁOSZENIA.

**D-r. Tymowski,**

praktykuje, jak lat poprzednich  
w **San Remo.**

8—7

Z dniem 1 Stycznia 1886 r. wolną będzie  
w mojej klinice ocznej posada lekarza asystenta.

Penсія roczna wynosi 800 marek. Wolne pomieszkание umeblowane i stół. Zobowiązanie na  
2 lata. Na moje zapytanie u odnośnej władzy odebrałem zapewnienie, że uzyskanie pozwolenia  
dłuższego pobytu w Poznaniu dla poddanego austrijackiego lub rossyjskiego, zaopatrzonego  
w prawny paszport, nie dozna żadnej przeszkody.

**D-r. Bol. Wicherkiewicz**  
dyrygujący lekarz

2—2

## Labolatoryjum Chemiczne

przy APTECE

**K. RAKOWSKIEGO**

w ZAWIHOŚCIE.

POLECA:



1885



1885

Syrop Podfosforonu wapnia i Forgeta, analizowane przez W. Dr. Nenckiego

Syrop Mlekana żelaza z winem

Pigułki z jodku żelaza (Blancarda)

Wino chinowo-kakaowe Bugeaud

Elixir, kit i proszek do zębów czarny z chiną

Wodę leśną wyborowego zapachu.

Skład dla Warszawy u W. Waligórskiego ulica Nowy-Świat Nr. 42.

11—5

## „ZDROWIE”

Miesięcznik poświęcony higienie publicznej i prywatnej.

Pod redakcją J. Polaka.

Pierwszy numer ukazał się 1-go Października r. b.

Warunki przedpłaty w Warszawie: rocznie 4 ruble, półrocznie 2 rs., kwartalnie rs. 1.20; na  
prowincyi i w Cesarstwie rocznie rs. 5, półrocznie 2.50.

Prenumerować można w Redakcyi (25 Ś-to Krzyzka), oraz we wszystkich księgarniach.



E L I X I R   H O U D É  
**z Chlorku Kokainy**

W skutek swych własności znieczulających stanowi doskonały środek leczniczy uspakajający wszelkie **nerwice żołądkowe**. Oprócz tego przyspiesza uzdrowienie po przebytych chorobach wzmacniając siły nadwątlone.

Środek ten jest wskazany przy leczeniu zapalenia żołądka, **nerwobólów żołądkowych niestrawności, wymiotów**, i przy wszelkich **zaburzeniach trawienia**. Uspakaja prócz tego bóle żołądka zależne od owrzodzeń lub od cierpienia rakowego.

**Dawka.** W 20 gramach naszego elixiru znajduje się dwa miligramy chlorku kokainy.

**Sposób użycia.** Należy go przyjmować kieliszkiem od wódki po jedzeniu, albo podczas napadu bólów.

**Skład główny:** w aptece A. Houdé 42 rue du Faubourg St. Denis Paris; znajduje się oraz we wszystkich aptekach Warszawy.

**PAPIER FAYARD et BLAYN**

PARYŻ, rue Saint-Merry 30.

Leczy: katary, choroby piersiowe, reumatyzmy, oparzenia i nagniotki.

Znajduje się we wszystkich aptekach.

PREPARATY BAKTERYJOLOGICZNE

Z pracowni prof. Koch'a w Berlinie z wszystkich znanych czystych hodowli są do nabycia a mianowicie: *Micrococcus prodigiosus*; *M. indicus*; Bakt. niebieskiego mleka; *B. zielonej ropy*, *Aspergillus niger*, *Asp. fumigatus*; *A. flavescens*; *Mucor corymbifer*; *M. rhizopediformis*; *Mier. tetragenus*; *M. Erysipelas*; *M. pyogenes*; *Staphyloc. albus*; *Staph. aureus*; *Posocznica myszy*; *Pos. królika*; *Zapal. płuc*; *Tyfus*; *Cholera*; *B. Finklera*; *B. serowe*; 4 stopnie karbunkułu; *B. sianowe*; *B. złośliwego obrzęku*; *Czarne drożdże*; *Czerwone drożdże*, *B. nosaczyny*; *B. gruźlicze*.

Cena preparatu 50—100 kop. Przesyłka pocztą z doliczeniem kosztów opakowania.

Odo Bujwid, Wilcza Nr. 12.

W CHEMICZNO - MIKROSKOPOWEJ PRACOWNI  
dla celów dyjagnostyki lekarskiej

D-ra E. PRZEWOSKIEGO

Prosektora Anatomii patologicznej w Cesarskim Warszawskim Uniwersytecie.

Dokonywa się wszelkich rozbiórów mikroskopowych i chemicznych, moczu, krwi, śluzu, nasienia,  
kału i t. d. 0—5

**OD WYDAWCY ROCZNIKA MEDYCyny POLSKIEJ.**

Z powodu nowej numeracji domów, upraszam pp. Kolegów zamieszkałych w Warszawie, o nadesłanie swoich adresów, najpóźniej do dnia 1 Października r. b. do Redakcji tegoż Rocznika, Nowogrodzka 26.



# GAZETA LEKARSKA.

**Treść.** I. Wł. Ołtuszewski. Koordynacyjny skurcz głośni. Kazuistyczne spostrzeżenie z Domu Zdrowia. — II. Wł. Florckiewicz. Dwa przypadki promienicy (*aktinomycosis*) (Dokończenie). — *Notatki lekarskie.* P. Zaleski. Krwawienie żyły udowej. — R. Jasiński. Uwaga od Redakcyi. — *Dział sprawozdawczy.* 51. J. N e g a. Zjazd przyrodników i lekarzy niemieckich w Strasburgu. Sprawozdanie z posiedzeń sekeyi dermatologicznej (Dokończenie). — Wiadomości bieżące. — Dodatek. — Ogłoszenia.

## I. KOORDYNACYJNY SKURCZ GŁOŚNI.

### Kazuistyczne spostrzeżenie z Domu Zdrowia

opisał

**Władysław Ołtuszewski**

*były ordynator kliniki uniwersyteckiej.*

Piotr L., z Wołynia, ksiądz, 50 lat liczący, przybył do zakładu mego 21. V b. r.. Chory pochodzi z rodziny zupełnie zdrowej. W dzieciństwie przebywał dyfteryt gardzieli, czemu przypisuje w następstwie skłonność do chorób gardła; przed 20 laty przechodził cholere i wkrótce później tyfus. Od lat kilkunastu, po stracie żony, chory czuje się nerwowym, przygnębionym. Obecna choroba rozpoczęła się przed 3 laty. Chory mianowicie spał w pokoju przy otwartem oknie i zaraz nazajutrz poczuł ból przy polykaniu i pewną zawadę przy mówieniu, mowa jednak była jeszcze zupełnie płynna. Stan ten trwał do Kwietnia następnego roku, poczem, wskutek zbytniego forsowania głosu, mowa zaczęła się przerywać w coraz większym stopniu, co trwa aż do obecnej chwili. Takiej samej przeszkody, jak przy mówieniu, chory doświadcza przy czytaniu. Śpiewał zupełnie dobrze aż do ostatnich kilku miesięcy, w ostatnim dopiero czasie zauważył przy śpiewie łamanie się głosu. Obecnie chory uskarża się na utrudnienie mowy, ściskanie w gardle i ból w piersiach. Chorego tego w Lutym roku zeszłego widzieli koledzy Hering i Sokołowski. Wspólnie z kolegą Heringiem znaleźliśmy obecny stan chorego następujący: chory budowy i wzrostu dobrego, odżywianie mierne, tkanki tłuszczowej mało. Stan bezgorączkowy. Mózgowie swobodne, nastrój umysłu pogiębiony, sen dobry. Granice płuc obniżone na 1 ctm., oddech wszędzie pęcherzykowy, z tyłu nieco osłabiony, częstość oddechów na minutę 16, kaszlu nie ma. Chory opowiada, że od lat 3 męczy się przy chodzeniu. Tony serca słabe. Tętno 60 na minutę, umiarkowanej siły, prawidłowe. Język obłożony, smak w ustach gorzki, łaknienie zmniejszone. Brzuch umiarko-



wanie wzdęty, niebolesny. Wątroby i śledziony wyczuć nie można. Stolce od lat 4 opieszale. Nos zewnętrzny wydatny, na skórze go pokrywającej dają się zauważyć zatkanie przewody gruczołów tłuszczowych. Przy badaniu wziernikiem nosowym, po stronie prawej znajdujemy muszlę średnią i dolną miernie rozwinięte, a na przegrodzie niewielkie wzniesienie; błona śluzowa bladoróżowego koloru, wrażliwość na dotyk zgłębnikiem prawidłowa.

Przegroda nosowa skrzywiona ku stronie lewej, a w dolnej jej części narośl kostna postaci stożkowatej; muszla średnia kolbiastej postaci, jakby dwudzielna, po części przylega do przegrody; muszla dolna zanikła; błona śluzowa bladoróżowego koloru; badanie zgłębnikiem okazuje, iż błona śluzowa, pokrywająca muszlę średnią, jest przerosła. Zgłębnik wykrywa znaczną wrażliwość błony śluzowej po stronie lewej, w szczególności muszli średniej i przylegającej części przegrody nosowej. Wrażliwość ta charakteryzuje się żywym bólem, łzawieniem oka lewego i chęcią do kichania. Po dotknięciu zgłębnikiem, błona śluzowa muszli i przyległej części przegrody nosowej czerwienieje. Chory opowiada, że od czasu do czasu przy jedzeniu pokarmy przechodzą przez lewą połowę nosa. Badanie zgłębnikiem błony śluzowej gardła i jamy noso-gardzielowej wykrywa nieznaczną nieczułość tejże. Błona śluzowa gardzieli różowego koloru, rozpulchniona; na tylnych łukach widać nieco rozszerzone żyły, a na tylnej ścianie kilka porozrzuconych guziczków bladoróżowego koloru.

Nagłośnia postaci omegi. Tylna ściana krtani nieco zgrubiała. Struny głosowe białoszarego koloru, bez połysku. Na miejscach, odpowiadających wyrostkom głosowym, widać dwa symetryczne owrzodzenia, o brzegach wyniosłych i dnie koloru szaroczerwonego. Długość owrzodzeń wynosi 3 milim., szerokość 2 milim. (nadżarcia z ucisku). Struny głosowe przy oddechaniu zachowują się prawidłowo, przy wydawaniu zaś tonów w przednich częściach pozostawiają minimalną szparę, a w tylnych zupełnie się zaciskają, przyczem prawa strona czasami zachodzi na lewą, a czasami wciska się w nią. Drżenie strun głosowych bardzo słabe. Struny fałszywe nic godnego uwagi nie przedstawiają. Mowa chorego przerywana: kilka wyrazów mówi płynnie, poczem niektóre musi jakby wyduszać z krtani, a wskutek tego mowa przerywa się i zjawia się pewien rodzaj jąkania. Jeżeli chory jest zupełnie spokojny, to mowę jego można jeszcze zrozumieć, przy jakimkolwiek jednak wzruszeniu mowa przerywa się daleko częściej i staje się w zupełności niezrozumiałą. Zdzwajania zgłosek, jak w przypadku Schech'a, nie ma. Szeptem chory mówi daleko lepiej. Oddzielne głoski tonuje dobrze. Dopiero w ostatnich miesiącach zauważył nieznaczne przerwy podczas śpiewu. Chory czyta bardzo niewyraźnie; czytanie trudniej rozumieć, aniżeli mowę, szczególnie bywa utrudnione czytanie przy odprawianiu mszy. Działa tu, jak się chory wyraża, pewnego rodzaju obawa, że będzie źle czytał, co go gniewa i pogarsza cierpienie.

Podczas przeszkody w mowie, chory doznaje uczucia bólu i ściskania w gardle i piersiach. Kaszel i świst nie wywołują napadu skurczu. Podczas napadu skurczu oddech pozostaje zupełnie swobodny. Na zasadzie charakterystycznej mowy, badania laryngoskopowego i podmiotowych wrażeń chorego, rozpoznaliśmy chorobę jako skurez koordynacyjny mięśni krtani.



W myśl pomienionego rozpoznania, zaleciliśmy choremu absolutne wstrzymanie się od mówienia, natryski z zimnej wody na szyję i okolice krtani, bromek potasu do wewnątrz i miejscowe leczenie prądem stałym, (katoda na szyję, anoda na krtani). W ciągu dwu tygodni chory wyżył szesnaście drachm bromu. Wynik leczenia był dość dobry, gdyż chory zaczął mówić swobodniej, a przy badaniu lusterkiem krtaniowem zauważyłem mniejsze zaciskanie się strun głosowych, przy wydawaniu tonów i zmniejszenie się owrzodzeń na strunach głosowych. Po dwu tygodniach stosowania bromu, z powodu wystąpienia licznej wysypki trądzikowatej na skórze, odstawiłem go i zacząłem stosować arsenik. Zmieniłem także sposób stosowania zimnej wody i elektryczności a mianowicie: obok natrysków na kark i szyję rozpocząłem systematyczne wycierania całego ciała zimnemi prześcieradłami i według metody Schnitzler'a elektryzację kolumny kręgowej (anoda na kark, katoda na grzbiet). Ponieważ chory spieszył się do domu, a wynik stosowanych środków nie był w zupełności zadawalniającym, przypuszczając więc istnienie związku między nadczułością i przerostem muszli średniej, a skórczem koordynacyjnym mięśni krtani, dnia 9 Maja, w obecności kolegi Heringa, przypaliłem kwasem chromnym muszlę średnią i część przylegającej przegrody po lewej stronie. Odczyn był bardzo silny. Stan chorego znacznie się pogorszył, mowa stała się mniej zrozumiała. W miarę odpadania strupów, mowa powoli zaczęła się poprawiać i chory wrócił do pierwotnej nieznacznej poprawy. W takim stanie chory opuścił zakład 18 Maja i od tego czasu żadnej o nim wiadomości nie miałem; dnia 16 Maja przedstawiłem go na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Pierwszy o tej chorobie wspomina Traube (*Gesammelte Beiträge T. II S. 614*) i z niesłychaną dokładnością opisuje główne jej objawy u pewnej histeryczki, cierpiącej na bezgłos skurczowego pochodzenia. W 1875 roku Schnitzler opisał to cierpienie pod tytułem *aphonia spastica* i od tego dopiero czasu pojawiają się oddzielne kazuistyczne opisy omawianej choroby Schech'a, Jurasza, Fritsche'go, Nothnagel'a, Hack'a i innych, na których najnowsze podręczniki Bresgen'a <sup>1)</sup> i Gottstein'a <sup>2)</sup> oparły krótki opis tej choroby, pod tytułem *aphonia spastica*.

Ziemssen zupełnie o niej nie wspomina; Mackenzie bardzo niedokładnie, a Pieniżek zaledwie kilka słów jej poświęca.

Przedewszystkiem co do nazwy samej choroby, to autorowie pod różnemi nazwiskami opisują pomienione przypadki i tak: Schnitzler nazwał tę chorobę *aphonia spastica*; Jurasz i Hack — *phonischer Stimmritzenkrampf*; Nothnagel *coordinatorischer Stimmritzenkrampf*. Taka sama różnica w poglądach dotyczy istoty cierpienia.

Zanim podam moje w tym względzie zapatrywanie się i dla porównania mego spostrzeżenia ze spostrzeżeniami wyżej zacytowanych autorów, sądzę, że po-

<sup>1)</sup> Grundzüge einer Pathologie und Therapie der Nasen-Mundraehen und Kehlkopf-Krankheiten.

<sup>2)</sup> Die Krankheiten des Kohlkopfes von D-r J. Gottstein. Wien. 1884.



żytecznem będzie przepatrzyć w krótkości oddzielne ich kazuistyczne opisy, jak również z powodu rzadkości choroby dać streszczony opis samego cierpienia.

Dwa przypadki Hack'a<sup>1)</sup>). Pierwsze spostrzeżenie dotyczy zupełnie zdrowego, silnego mężczyzny, wywoławca na placach przy licytacyjach, który, z powodu nadużywania głosu, po przebytych ostrym niezycie gardła i krtani, w początkach tylko przy swem zajęciu, a w następstwie ciągle podlegał tej chorobie. Badanie lusterkiem krtaniowem nie wykryło, gdyż chory doznawał skurczu mięśni fonacyjnych tylko przy swem zajęciu na placach. W początkach swego cierpienia chory miał tylko pewną trudność przy mówieniu, w następstwie rozwinęła się zupełna *aphonia*. Choroba pozostała nieuleczalną.

Drugie spostrzeżenie dotyczy zupełnie zdrowego żołnierza, instruktora nadużywającego głosu. Po usunięciu ostrego niezytu krtani i jego następstw, wskutek ciąglego forsowania głosu, rozwinął się skurcz koordynacyjny głośni, zależny od skurczu mięśni nalewko-tarczykowych. Badanie lusterkiem wykryło brak drżenia strun głosowych i tylko przy forsownych tonach zachodzenie prawej struny na lewą.

Ciekawa rzecz w tym przypadku jest ustępowanie skurczu pod chloroformem. Cierpienie pozostało nieuleczalne.

W obu spostrzeżeniach skurczowi głośni towarzyszył ból i ściskanie w gardle.

Spostrzeżenie Nothnagel'a<sup>2)</sup> dotyczy nerwowej 36-letniej kobiety, u której z początku rozwinęło się tylko nieznaczne utrudnienie mowy, a dopiero później zupełna niemożliwość mówienia. Lusterko krtaniowe wykazywało przy wydobywaniu tonów szczelne zbliżanie się do siebie strun głosowych, a nawet zachodzenie jednej na drugą. Na szczególną uwagę w tym przypadku zasługuje to, że skurcz głośni powstawał nie tylko przy wydobywaniu tonów i mówieniu, ale przy każdym od woli zależnem pobudzeniu mięśni ścieśniających głośnie; tak np. chora nie mogła zdmchnąć zapalanej świecy, podczas gdy przy pobudzeniach niezależnych od woli skurcz znikał, tak np. chora mogła głośno kaszlać. Do zupełnego wyleczenia wystarczył tylko spokój i absolutne powstrzymanie się od mowy.

Jeden przypadek Jurasz'a<sup>3)</sup>. U nerwowej 27-letniej kobiety wystąpił nagle bezgłos. Przy badaniu lusterkiem krtaniowem okazało się, że przy fonacji struny fałszywe zakrywały prawdziwe. Struny prawdziwe szczelnie przylegały do siebie, a nawet zachodziły jedne na drugą i nie pozostawiały między sobą najmniejszej szpary. Struny prawdziwe zupełnie nie drgały. Skurczowi głośni towarzyszył ból i ściskanie w gardle. W przypadku tym to jest godne uwagi, że do skurczu fonacyjnego przyłączył się skurcz oddechowy. Cierpienie, pomimo stosowania rozmaitych środków, pozostało nieuleczalnem.

---

1) Ueber respiratorischen und phonischen Stimmritzenkrampf von D-r Wilh. Hack. Wien med. Woch. Nr. 2. 1882.

2) Ein Fall von coordinatorischen Stimmritzenkrampf von D-r Nothnagel. Deutsch. Archiv für kl. Med. T. 28. s. 304.

3) Ueber den phonischen Stimmritzenkrampf von D-r Jurasz. Deutsch. Arch. für klin. Med. T. 26. str. 157.



Trzy przypadki Schech'a <sup>1)</sup>. U 30-letniej kobiety powoli wystąpiły objawy afonii spastycznej. Lusterkiem wykryto znaczne zbliżenie do siebie strun głosowych, bez zupełnego jednak zniknięcia szpary głosowej, oprócz tego lewa chrząstka nalewkowa więcej występowała naprzód. Prawie bez żadnego leczenia chora wyzdrowiała. 2) U księdza, po uprzednim zaziębieniu, rozwinął się niezbyt krtani, po ustąpieniu którego w bardzo krótkim czasie stwierdzono zaburzenie mowy, polegające na tem, że głos podczas fonacyi albo się przerywał, albo wydobywał się z krtani z taką ciężkością, że mowa stała się niezrozumiałą. Zmiany te głosu połączone były z uczuciem ściskania w gardle i z kurczami w mięśniach szyi. Lusterko wykryło co następuje: Zacerwienie tylnej ściany krtani i strun głosowych. Struny głosowe przy zwykłym wydobywaniu tonów nie przedstawiają nic szczególnego, przy forsownej zaś fonacyi głos się przerywa, gdyż struny silnie się do siebie zbliżają i w zupełności przestają drgać. Lewa struna głosowa w okolicach wyrostka głosowego zachodzi na prawą. Wrażenia psychiczne pogarszały opisany stan. Leczenie dało wynik ujemny. W przypadku tym to jest ciekawe, że wyrazy zawierające samogłoskę *a* najczęściej wywoływały skurcz głośni.

Trzeci przypadek dotyczył księdza, u którego po uprzednim niezycie gardła i krtani, w skutek ciągłego używania głosu, rozwinął się skurcz fonacyjny głośni. Skurcz ten występował szczególnie przy mowie i szepcie i rozprzestrzenił się na mięśnie karku i szyi. Obraz laryngoskopowy przy fonacyi przedstawiał ściśle przyleganie strun głosowych, obok nieznacznej szpary głośni chrzęstnej; lewa chrząstka Santorini'ego silnie występowała naprzód. Opisany przypadek ukończył się pomyślnie przy stosowaniu natrysków z zimnej wody na kark i szyję.

Spostrzeżenie Schnitzler'a <sup>2)</sup> dotyczy 15-letniego ucznia, delikatnej budowy, zresztą zupełnie zdrowego. Bezgłos rozpoczął się nagle; chory w zupełności nie mógł mówić. Podczas wydobywania tonów, struny głosowe zbliżyły się do siebie w zupełności i nie pozostawiały żadnej szpary; przy forsownem wydawaniu głosu zachodziły jedna na drugą. Pod działaniem prądu stałego, stosowanego na kolumnę kręgową, chory w zupełności wyzdrowiał.

Przechodzę z kolei do treściwego opisu samego cierpienia.

Najcharakterystycznym objawem skurczu koordynacyjnego głośni jest przerywany głos chorego (*dysphonia*), lub zupełna niemożliwość mówienia (*aphtongia*). W pierwszym razie chory kilka wyrazów mówi dość płynnie, poczem następny wyraz lub kilka wyrazów jakby wyciska z krtani, wskutek czego mowa przerywa się i pojawia się, że tak rzec można, rodzaj jąkania. Mowę takich chorych możemy naśladować, jeżeli przy zamkniętej głośni i napięciu mięśni wydechowych poprobujemy szeptać (Schech), Mowa w powyższy sposób opisana tak jest charakterystyczna, że w wielu przypadkach sama przez się wystarcza do

---

<sup>1)</sup> Patrz dwa pierwsze spostrzeżenia: Ueber phonischen Stimmritzenkrampf; Aertzl. Intelligenzblatt. 1879. Nr. 24, trzecie spostrzeżenie patrz, Bemerkungen zu einem schweren Fall phonischen Stimmritzenkrampfes von D-r Schech. Monatschrift für Ohrenheilkunde etc. Nr. 1. 1885.

<sup>2)</sup> Afonia spastica. Wien. Med. Presse. 1875. Nr. 20 i 23.



rozpoznania choroby. Przy *aphtongii* chory nie głośno nie może powiedzieć, tylko po cichu.

Utrudniona mowa lub zupełna aftongija zależna jest od skurczu mięśni fonacyjnych krtani, występującego w mniejszym lub większym stopniu. Nadmierne zamykanie się strun głosowych podczas skurczu przy fonacji nie przepuszcza wydechanego powietrza, pozbawia możności drgania struny i stosownie do stopnia tego skurczu znosi głos w mniejszym lub większym stopniu. W pierwszym razie mamy, przerywany głos, w drugim — zupełną niemożliwość mowy. Czasami się zdarza, że w krótkim przeciągu czasu skurcz zwiększa się lub zmniejsza; w tym razie otrzymujemy zdwajanie głosek lub inne nieprawidłowości przy wydobywaniu tonów. Omawiany skurcz występuje przy mowie, szepcie, śpiewie, a nieraz i przy innem od woli zależnem pobudzeniu mięśni ścieśniających głośnię (tak np. w przypadku Nothnagel'a chora nie mogła zdmuchnąć zapalanej świecy). Podczas skurczu chorzy doznają bólu i ściskania w gardle, bóle mogą też mieć miejsce w okolicach mostka lub w dolnych częściach klatki piersiowej.

Badanie wziernikiem w większej ilości przypadków nie wykrywa żadnych organicznych zmian w krtani, chyba przypadkowo. Przy oddechaniu, struny głosowe zachowują się zupełnie prawidłowo. Przy wydobywaniu tonów, w niektórych przypadkach struny głosowe w zupełności się zbliżają do siebie, nie pozostawiając między sobą najmniejszej szpary; nie dosyć na tem, mogą one zachodzić jedna na drugą aż do skrzyżowania chrząstek nalewkowych, przyczem zupełnie nie drgają; w innych przypadkach szpara pozostaje minimalna i można zauważyć nieznaczne drganie strun. Zamknięcie głośni mniej dotyczy jej części chrząstnej, gdzie najczęściej pozostaje mały trójkąt, nawet przy silnie wyrażonym skurczu. Struny fałszywe także mogą brać udział w tej chorobie i zakrywać prawdziwe, co mianowicie najczęściej ma miejsce u histeryczek. Nakoniec są przypadki, gdzie laryngoskop nawet i tych zmian nie wykrywa, a mimo to sam głos charakterystyczny w zupełności wystarcza do rozpoznania choroby.

Rokowanie nie jest tak absolutnie niepomyślne, jak to utrzymuje Mackenzie. W kilku przypadkach nastąpiło zupełne wyleczenia, jak to widzieli Schech i Nothnagel.

Pomienioną chorobę łatwo odróżnić od porażień, za pomocą badania lusterkiem krtaniowem. Od jąkania wyróżnia się utrudniona mowa przy skurczu koordynacyjnym głośni tem, że przy jąkaniu skurcz dotyczy przede wszystkim mięśni warg i języka.

Co się tyczy leczenia, to najracjonalniejszy środek posiadamy w prądzie stałym. Według metody Schnitzler'a, elektryzujemy kolumnę kręgową w ten sposób, że dodatni biegun umieszczamy na wysokości 2—3 kręgu grzbietowego, a ujemnym przesuwamy wzdłuż kolumny kręgowej. Prawie równie ważną rolę przy leczeniu tej choroby odgrywa hydroterapija, stosowana pod postacią wycierań, kąpeli i t. p., lub w postaci natrysków z zimnej wody na szyję lub kark. Natryski z zimnej wody szczególnie zachwala Schech. Oprócz stosowania pomienionych środków, chorym tego rodzaju zalecamy zupełny spokój i zupełne powstrzymanie się od mowy. Daleko mniejszą rolę odgrywają środki wewnętrzne, mianowicie *nervina* i *antispasmodica*, jakoteż miejscowe leczenie elektrycznością.



Wracając się do mego przypadku i porównawszy go z powyżej streszczonemi, widzimy, że oprócz objawów, podawanych w spostrzeżeniach innych autorów, jako to: przerywanej mowy, uczucia bólu i ściskania w gardle, pogarszania się stanu chorego pod wpływem wrażeń duchowych i t. d., spotykamy pewne wyróżnienia; i tak: mowa i czytanie u naszego chorego były bardzo utrudnione. podczas kiedy fonacja i śpiew odbywały się prawie zupełnie dobrze; dalej istniały wyżej opisane owrzodzenia na obu wyrostkach głosowych (o czem dotychczas nigdzie nie znalazłem wzmianki); nakoniec część chrzęstna głośni przy fonacji szczelnie się zaciskała, podczas kiedy inni autorowie, nawet przy najwięcej wyrażonym skurczu, widzieli część tę głośni albo nieznacznie zacisniętą, albo zupełnie otwartą. Z drugiej znów strony, brakowało w naszym spostrzeżeniu niektórych, zwykle przy tej chorobie opisywanych objawów, jak zdwajania głosek, rozprzestrzeniania się skurczu na mięśnie szyi, karku i t. d..

Dosyć trudno jest odpowiedzieć na pytanie, dlaczego skurcz w naszym przypadku zjawiał się najczęściej przy czytaniu lub mowie? Zdaje mi się, że wpływały na to dwa momenty: 1) moment przyzwyczajenia: chory częściej mówił, lub czytał, aniżeli śpiewał; 2) moment duchowy, t. j. pewnego rodzaju obawa, jakiej chory doznawał, ażeby dobrze mówić lub czytać. Chory nasz zarabiał na chleb przeważnie mową i czytaniem, często więc najprzód powzięta myśl, że może źle mówić i czytać, wywoływała niepożądany skurcz. Analogiczną obawę i wywoływany przez nią skurcz spotykamy w spostrzeżeniu Hack'a.

Szczelne zaciskanie się części chrzęstnej głośni i w związku z tem znajdujące się odleżyny na obu wyrostkach głosowych zależały od skurczu dwu mięśni, a mianowicie: obrączko-nalewkowego bocznego i poprzecznego. Uwydatnienie skurczu w wyżej pomienionych dwu mięśniach objaśniano sobie w sposób następujący. Choroba rozpoczęła się u naszego chorego od nieżyty gardła i krtani, nieżyt ten mógł spowodować niedowład mięśni nalewko-tarczycowych wewnętrznych; ponieważ chory pomimo tych dwu przeszkód nadużywał swego głosu, musiał więc jeszcze silniej natężyć pozostałe mięśnie, biorące udział przy fonacji, a te z czasem odpowiedziały na to skurczem.

Przechodzę nakoniec do określenia nazwy choroby i istoty samego cierpienia. Rzuciwszy okiem na podane powyżej spostrzeżenia, widzimy, że, ponieważ cierpienie to nie we wszystkich przypadkach wyraża się bezgłosem, dalej, że skurcz nie tylko występuje przy wydobywaniu głosu, ale i przy innych od woli zależnych pobudzeniach (w przypadku Nothnagel'a przy wydechaniu), nazwy *afonia spastica* lub *phonischer Stimmritzenkrampf* uważam za mniej odpowiednie, aniżeli nazwę Nothnagel'a skurcz koordynacyjny głośni. Ponieważ zaś choroba najczęściej nagabuje ludzi nerwowych i to przeważnie klasę nadużywającą głosu, istotę więc jej upatruję w czynnościowym skurczu mięśni krtani, analogicznie innym profesjonalnym skurczom ośrodkowego pochodzenia. Chociaż nie przeczę, że pewne miejscowe zmiany, jak nieżyty krtani, a w następstwie niedowładności mięśni i t. d., odgrywają pewną, usposabiającą do tej choroby rolę, główną jednak przyczynę widzę w ogólnych zaburzeniach systematu nerwowego. Zapatrywanie to stwierdzam tem, że choroba, choć ją często uprzedza nieżyt gardła i krtani, przeważnie zjawia się u ludzi nerwowych; dalej, że wszelkiego



rodzaju wzruszenia pogarszają stan chorego, że momenty duchowe odgrywają tutaj bardzo ważną rolę, że podczas napadów skurcz przechodzi często na mięśnie szyi i karku; nakoniec, że prąd stały stosowany na kolumnę kręgową daje dobre wyniki.

Opierając się na spostrzeżeniach Hack'a, z których wynika, że przerosty muszel średnich i t. d. wywołują różne nerwice zwrotne, spróbowałem u chorego, jak to już wyżej opisałem, zniszczyć przerosłą i nadezłą muszlę średnią, w nadziei usunięcia cierpienia. Ujemny jednak wynik tej próby zaprzeczył mojemu przypuszczeniu co do zwrotnego pochodzenia opisywanej choroby.

Kwestyję tę, będącą dziś na porządku dziennym, poruszy w oddzielnej pracy kolega Hering, który, na mocy kilku spostrzeżeń, skłonny jest upatrywać pewien związek między opisywaną tu chorobą a przewlekłym cierpieniem nosa.

---

SPOSTRZEŻENIA Z PRAKTYKI PRYWATNEJ.

## II. DWA PRZYPADKI PROMIENICY

(*aktinomycosis*).

Opisał

**D-r Władysław Florckiewicz.**

(Wykład mianym na posiedzeniu Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego).

---

(Dokończenie. — Patrz Nr. 47).

W pięciu pozostałych przypadkach (spostreżenia Izraëla, Ponfick'a, Koenig'a), których opisów nie streszczam, aby sprawozdania mojego, mającego na celu jedynie podanie pewnych wskazówek praktycznych, nie przedłużyć nad miarę i potrzebę, objawy kliniczne i sekcya stwierdziły, że w każdym z nich ogniska pierwotne choroby pasorzytnej tworzyły się w płucach, z kąd zmiany anatomiczne rozszerzały się bezpośrednio na ścianę klatki piersiowej, a także drogą przerzutów dostawały się do innych narządów.

Z oceny 9 pomienionych przypadków, tworzących grupę II-gą, autor wyprowadza następujące wnioski ogólne: Promienica pierwotna narządu oddechowego, objawia się:

1) Jako przewlekły nieżyt oskrzeli, odznaczający się małą ilością wydzielinu cuchnącej, złożonej z dwóch warstw, z których dolna cieńsza zawiera ciała ropne, nabłonek i grzybki promieniste. Właściwe zmiany anatomiczne w tej postaci choroby nie znane są jeszcze.

2) Jako sprawa niszcząca tkanki płucnej, powstała skutkiem przedostania się pasorzytu przy oddechaniu do najcieńszych oskrzeli i do pęcherzyków i wytworzenia przez to ogniska zapalenia okołoskrzelowego i mięśzowego. Ogniska te pierwotnie małe, powoli się zwiększają i rozszerzają, rozpad wytwarza w nich drobne jamy napelnione jego wytworami, a przez rozrost tkanki łącznej dookoła



ognisk powstają zgęszczenia mięszsowe. Ten pierwszy okres choroby zwykle przemija niepostrzeżenie, albowiem zaburzenia czynnościowe bywają nieznaczne a badanie fizykalne daje najczęściej wynik ujemny, gdyż ogniska bywają małe lub tkwią głęboko, a jeśli badanie wykazało zgęszczenie mięszsu, takowe uważanem bywa zwykle jako początek innej choroby, np. gruźlicy; jedynie badanie mikroskopowe płwociny może już wtedy wykazać w niej obecność grzybków promienistych. Wydatne objawy występują dopiero w drugim okresie choroby, gdy takowa przeniesie się poza granicę płuc, co odbywa się w sposób dwojaki:

a) przez stopniowe rozszerzenie się pasorzyta na tkanki pozostające w zetknięciu z ogniskiem pierwotnem;

b) przez przeniesienie się zarazka drogą przerzutu do dalszych narządów ustroju. Najczęściej promienica pierwotna płuc rozwija się sposobem pierwszym; ogniska z powierzchni tego narządu przechodzą na opłucną, której obydwie błony zlewają się na przestrzeni odpowiadającej zwyrodnieniu tkanki płucnej lub znacznie obszerniejszej, część opłucnej wolna ulega zapaleniu z wysiękiem, które to sprawy anatomiczne zachodzą oddzielnie lub łącznie. Dalszy rozwój choroby zależy od umiejscowienia się ognisk pierwotnych. Tkanka łączna sprzyja szczególnie rozszerzaniu się pasorzyta i jej odpowiednie przestrzenie zapełniają się szybko ogniskami ropnemi, które przy wytwarzaniu zrostów powstają także w mięśniach międzyżebrowych, w przeponie, oraz dalszych narządach, jakoto w osierdziu, w otrzewnej, wątrobie i śledzionie. W początkach tego to okresu choroba zostaje zwykle rozpoznana, albowiem powoduje już wydatne zaburzenia czynnościowe, z powodu których chorzy szukają rady lekarskiej. W trzecim okresie choroby, ogniska pasorzytne przedostają się pod skórę i wytwarzają powierzchowne obrzmienia i ropnie, których liczba i [rozmiary powiększają ciągle. Obok bezpośredniego rozszerzania się zmian anatomicznych na tkanki sąsiednie, wytwarzają się przeważnie w tym okresie ropnie przerzutowe w różnych narządach ustroju. Pomiędzy przypadkami dwóch ostatnich okresów choroby wydatne miejsce zajmują: bóle, kaszel obfity i ciągle się zwiększający odpływ ropny na zewnątrz i tegoż wyksztuszenie, wycięczenie ustroju. Gorączka może być znaczną, ciągłą lub przerywaną, może być umiarkowaną i może zupełnie nie istnieć, pomimo obszernych ropni powierzchownych i wewnętrznych. Zejście bywa zawsze śmiertelne.

W grupie III-ej podał autor 7 przypadków promienicy, której ogniska pierwotne mieściły się w przewodzie pokarmowym, a mianowicie:

a) W 1 przypadku (sposrzeżenie Chiari) wyłącznie w błonie śluzowej kieszek. W przypadku tym, sekcyja 24-letniego kowalczyka, zmarłego skutkiem porażenia postępowego, wykazała: zgorzelinę w okolicy kości krzyżowej, zanik mózgu, gruźlicę w szczytach płuc i gruczołach krezkowych, zapalenie zrazikowe w dolnych płatach płuc, kilka wrzodów gruźliczych w jelicie czczem. Na błonie śluzowej prawie całej połowy prawej jelita grubego złogi białawe, okrągłe i podłużne, zasiane ziarenkami żółtymi i brunatnemi, po zdjęciu których zostają zagłębienia spowodowane zniszczeniem błony śluzowej; rozcierane, złogi te sprawiają wrażenie piasku drobnego. Złogi te mieszczą ziarenka promieniczne, po części zwapnione, zresztą przedstawiają się jako darń grzybna, złożona z licznych i powi-



klanych nitek, mieszczących nabłonek zwapniony i pałeczki <sup>1)</sup>). Gruczoly Lieberkühna wypełnione nitkami grzybniolemi. W jamie ust i przelyku, tudzież w zębach spruchniałych nie było śladu grzybków promienistych.

b) W 6 przypadkach ogniska promienicy rozszerzyły się na otrzewną i ścianę brzucha. W jednym z nich (sposzczenie Blaschko) 38-letni handlarz win zachorował w 1878 na ostry niezbyt kiszek; po przejściu gorączki, pozostał ciągle ból w podbrzuszu lewym, a po 6 miesiącach utworzył się w tem miejscu guz twardy i bolesny, który następnie przepekał i wydzieliał ropę, której pod mikroskopem nie badano naówczas; w r. 1880 wystąpiły objawy ostrego gościa stawowego, który powtórzył się kilkakrotnie, po 5 miesiącach nad stawami rąk i nóg potworzyły się obrzęki z wybroczynami podskórnymi, które z początku będąc twarde wkrótce rozmiękły, popękały i wydzielaly ropę zawierającą charakterystyczne ziarenka, których badanie mikroskopowe wykazało obecność grzybków promienistych, znalezionych wtedy i w ropie wydobywającej się z przetoki brzusznej. Prawie wszystkie stawy kończyn były w ten sposób kolejno zajęte, w końcu wystąpiły guzy i ropnie na klatce piersiowej. Chory umarł w r. 1881. Sekcja nie mogła być zrobioną. W drugim przypadku (sposzczenie Middeldorpha) 32-letnia służąca, zachorowała w Lipcu 1882 na zapalenie otrzewnej, które powtórzyło się w jesieni t. r., poczem w podbrzuszu prawem wytworzył guz się wielkości głowy dziecka, a w Grudniu drugi mniejszy w podbrzuszu lewym, obydwa otworzyły się przez ścianę brzucha; po lewej stronie, odpływała ropa z kałem. W Lipcu 1883 ropień w okolicy pośladka lewego, w Sierpniu t. r. stwierdzono komunikację przewodu pokarmowego z moczowym, ciągle rozwolnienie. Śmierć w Październiku 1883 r. Sekcja wykazała odleżynę zgorzeliwą na kości krzyżowej, od której prowadzą przetoki w głąb miednicy małej, z jamy ropnej w podbrzuszu prawem prowadzą przetoki do kości biodrowej obnażonej i chropawej i do miednicy małej, jama w podbrzuszu lewym łączy się z jamą ropną zlewającą się z jelitem cienkim przedziurawionem w miejscu zrostu, za spojeniem łonowem ropień otorbiony komunikujący z pęcherzem i z ropniem, który mieści się w ścianie przedniej kiszki odchodowej i takową przedziurawia. W przypadku trzecim (sposzczenie Zeman'a) 30-letnia kobieta, przyjęta 11 Października umarła 11 Listopada 1882 r. 3-ci i ostatni poród 11 Kwietnia 1881 r. po którym w 3 dni wstała do pracy. W Lipcu t. r. bóle w pachwinie lewej, które po trzechdniowem leżeniu ustąpiły. W Listopadzie powtórny napad bólów w podbrzuszu i w pachwinie lewej. Po 6 miesiącach utworzył się w ścianie brzucha, pod pępkiem, guz, który otworzony wydzieliał ropę cuchnącą. Badanie wykazało w podbrzuszu lewym guz zajmujący przestrzeń od spojenia kości łonowych do górnego kolca kości biodrowej, przez otwór zewnętrzny wypływa zeń ropa przepelniona grzybkami promienistemi. Sondowanie przez otwór pod pępkiem wykazuje kilka przetok, w różnych warstwach ściany brzusznej, prowadzących do kości biodrowej. Sekcja wykazała kiszki pozarastane ze sobą i ze ścianą brzucha. Poniżej i po-

<sup>1)</sup> Nie zapuszczając się w opis budowy mikroskopowej grzybka promienistego, wspomnę jedynie, że w ogniskach chorobowych znajdują się nie tylko całokształtne grzybki, złożone z dośrodkowo ułożonych pałeczek, ale także pojedyncze pałeczki i nitki. (Przyp. Spr.)



wyżej pępka przetwory ropne zawierające liczne zierienka promieniczne. Przetwory te łączą się z przetoką podpępkową i ropniami, mieszczącymi się przy ścianie kości biodrowej lewej, z ropniem poza *rectum*, z ropniem przedziurawiającym pęcherz i przednią ścianę kiszki prostej, a wreszcie z ogniskami ropniami ciągnącymi się wzdłuż mięśnia *psous* do miejsca jego przyczepienia się na kości udowej. Wyrođenje mączkowate wątroby i śledziony. W przypadku czwartym (spozstrzeżenie Z e m a n'a) sekcja wykazała na brzegu przednim prawego płata wątroby, guz okrągły wielkości pięści, przedstawiający na powierzchni przekroju utkanie siatkowate, w którego przetworach mieściły się ogniska ropne. Przed nerką prawą, wzdłuż całej jej powierzchni znajdowało się ognisko ropne otorbione. Pętlica kiszki cienkiej przyrosła do ściany przedniej podbrzusza.

Zmiany anatomiczne stwierdzone przez sekcję dwóch ostatnich przypadków przytoczonych, które również ukończyły się śmiercią, są w zarysach głównych podobne do poprzednich, przechodzę zatem do streszczenia dosyć obszernych uwag ogólnych, w których autor skreślił pogląd na rozwój promienicy narządu pokarmowego. Donioślejsze znaczenie kliniczne zdają mi się przedstawiać następujące tych uwag momenty: Jakkolwiek spostrzeżenia promienicy w narządzie trawienia stanowią bardzo jeszcze niedostateczny materiał naukowy, bo liczba ich jest małą, opisy nie podają obrazów zupełnych przebiegu, a sekcje wykazują zmiany anatomiczne już tak daleko posunięte i skomplikowane, że po większej części nie można z nich wnioskować o sposobie ich rozwoju; niemniej, zdaje się być pewnem, że promienica narządu trawienia powstaje w sposób trojaki: *a*) pasorzyt przedostaje się ze światła kiszek w ich ściany, *b*) przerzuty wytwarzają zatory grzybkowe w naczyniach kiszkowych, *c*) ogniska pasorzytne rozszerzają się z narządów przyległych na ściany kiszek. Ogniska promienicy wytworzone pierwotnie w kiszkach są najważniejsze i najczęstsze, i takowe autor dzieli na dwie anatomicznie i klinicznie odmienne postaci: *α*) na zmiany odbywające się na powierzchni błony śluzowej, *β*) na zmiany destrukcyjne mięszkowe, postępujące. Obydwie przedstawiają zatem podobieństwo zupełne do zmian, spostrzeganych przy promienicy narządu oddechowego. Rozpoznanie pierwszej postaci jest niemożliwem, dopóki choroba pozostaje umiejscowioną w ścianach kiszek, albowiem towarzyszące jej zaburzenia bywają jedynie wyrazem nieżyty; jedynie przy umiejscowieniu w kiszce odchodowej, możnaby cierpienie rozpoznać przez zbadanie pod mikroskopem strzępów błony śluzowej, otrzymanych przez wyskrobanie przy pomocy wziernika. Druga postać, t. j. ogniska pierwotne podśluzowe czyli mięszkowe, rozwija się dwojako, w samych ścianach kiszek i przez rozszerzenie się na inne narządy. Stosownie do umiejscowienia ognisk pierwotnych i do wytworzonych zrostów, można odróżnić cztery kierunki rozwoju choroby: 1) na ścianę brzucha, w której tworzą się guzy, ropnie i przetoki, 2) do jamy otrzewnej, gdzie wytwarzają się ropnie otorbione mogące znów otwierać się do innych kiszek i do pęcherza; 3) bez pośrednictwa ropni śród-otrzewnowych, ogniska pierwotne przez zrosty przedostają się do innych części przewodu pokarmowego lub do pęcherza; 4) przechodzą do tkanki łącznej zaotrzewnowej i wytwarzają ropnie zaotrzewnowe, obszerne i szerzące się dalej. Każdy z pomienionych sposobów rozwoju prowadzi do wytworzenia się przetok



powierzchnowych i wewnętrznych. Spostrzeżenia dotychczasowe z zakresu promienicy przewodu pokarmowego nie wyczerpują zapewne semiotyki wszelkich postaci pierwotnych i następczych tejże choroby, powinny jednakże służyć już za wskazówkę, aby w przypadku przewlekłego zapalenia otrzewnej, przetok brzusznych ropnych i kałowych, guzów trzewiowych, ropni miednicy, których podstawy anatomiczne przedstawiają wątpliwość, uwaga została zwróconą na możebność aktinomykozy. Mogą one zarazem służyć za wskazówki przewodnie przy rozpoznaniu różniczkowym pomiędzy rakiem, gruźlicą i promienicą; przy guzach jeszcze nieotwartych przekłócić próbne i aspiracja zapomocą igły tak grubej, aby przez nią przedostać się mogły ziarnka promieniczne, stanowi ważną wskazówkę dyagnostyczną.

W grupie IV-tej podał autor 5 przypadków, których opisy nie dostarczyły danych, pozytywnie określających, jaką drogą pasorzyt dostał się do ustroju. W pierwszym przypadku (spozstrzeżenie v. Langenbeck'a) brak zupełny danych wywiadowych; u chorego bardzo wycieńczonego poniżej łopatki lewej oddech amforyczny i egofonia, po stronie lewej kręgosłupa, między ostatnim kręgiem piersiowym i 3-cim lędźwiowym, cztery otwory przetok, z których wypływa ropa cuchnąca, przepelniona grzybkami promienistemi, 36-go dnia początek ostrego zapalenia płuc i opłucnej, po 8 dniach śmierć. Sekcja wykazała: między płucem lewym i przeponą wielkie ognisko ropne, w płucu świeże ognisko zapalne, w obydwóch płucach dawne stwardnienia, żadnych zaś gruzelków; przestrzeń między powięzią i kręgosłupem, od wzgórka kości krzyżowej aż po nad przeponę, wypełniona ropą, zawierającą grzybki promieniste, kręgi w temże miejscu, wskutek tkwiących w nich małych ropni promienicznych, jakby przez robaki stoczone, w kręgu lędźwiowym pierwszym takież sam ropień wielkości orzecha laskowego i odszczep kostny, po stronie lewej ropień styka się z nerką i opłucną zgrubiałą. Autor przypuszcza, że ognisko pierwotne utworzyło się w płucach, ponieważ dane anatomo-patologiczne są najbardziej zbliżone do objawów właściwych rozwoju promienicy płucnej. W przypadku drugim (spozstrzeżenie Mosdorff'a i Birch-Hirschfeld'a), u 21-letniego chorego ból w grzbiecie i wychudnięcie, we Wrześniu 1880 r. gorączka ośmiodniowa, po której wychudnięcie znacznie większe. Od Września 1881 osłabienie, kaszel, duszność, poty mocne, ziębienie, wycieńczenie zupełne i wygląd woskowy, ciepłota 39, puls 120. Fizykalne badanie płuc wykazuje ściśle ograniczoną tępość wypukową, na poprzek całej prawej połowy klatki, między 2 i 4 kręgiem i w temże miejscu oddech oskrzelowy. Wyrostek kolczasty 2-go kręgu piersiowego bardzo bolesny przy dotknięciu. Rozpoznano: *pyothorax saccatus*. W połowie Stycznia, na brzegu wewnętrznym łopatki prawej, między 2 i 3 kręgiem piersiowym, guz chelboczący, drugi zaś powierzchowny po stronie lewej kręgosłupa, po przecięciu wypływa z obydwóch ropy, zawierająca niezliczone ilości ziarenek promienicznych. W Lutym 2 nowe guzy: przy 10 kręgu i pod pachą prawą. W Marcu chory wykszusza ropę, zawierającą grzybki promieniste, tudzież kwas karbolowy wstrzykiwany w otwór przetoki. Ból i szmery i tarcia w okolicy serca. Śmierć. Sekcja wykazała: w mięśniach grzbietu po stronie prawej, głębokie przetoki ropne dochodzą do tkanki podopłucnowej i do kręgów piersiowych, których powierzchnie prawe



są obnażone i chropawe; ropień pod pachą prawą łączy się przez otwór międzyżebrowy, przedziurawiający opłucną, z jamą tejże połowy klatki, napelnioną wytworem rozpadowym, cuchnącym zawierającym liczne grzybki promieniste; znaczna przestrzeń opłucnej i gruba warstwa miąższu płuc w stanie zgorzelinowym, tkanka zmartwiała mieści wszędzie liczne grzybki promieniste; w  $\frac{1}{3}$  części tkanki płucnej niedotkniętej zgorzelą mieszczą się małe stwardnienia, zawierające grzybki promieniste, które znajdują się w oskrzelach tak prawego jak i lewego płuca; na osierdziu cienka warstwa włóknika, pod osierdziem ogniska promieniczne wielkości prosa i wielkości wiśni; górna połowa nerki lewej przeistoczona w ognisko ropne, zawierające grzybki promieniste, 2 zęby górne spróchniałe. Zdaniem autora zmiany w płucach mogły być wywołane w sposób trojaki: a) droga przerzutu, dla którego punktem wyjścia było ognisko ropne pierwotne utworzone wzdłuż kręgosłupa, b) ropień pierwotny w tkance łącznej otaczającej kręgosłup i opłucną, mógł się rozszerzyć bezpośrednio na płuca, c) ogniska promienicy pierwotne mogły powstać w płucach i rozszerzyć się na tkankę łączną otaczającą kręgi i opłucną. Autor skłania się uważać to ostatnie przypuszczenie za najprawdopodobniejsze, ze względu na kliniczne i anatomiczne warunki powstania i rozwoju choroby.

W przypadku trzecim (sposzczenie Ponfick'a), kobieta 45-letnia, na 3 lata przed śmiercią, miała ranę ciętą na wielkim palcu ręki lewej, skutkiem której obrzękła cała kończyna górna, po kilkutygodniowym ropieniu, rana zagoiła się, lecz długo powtarzały się napady bólów w barku. W 2 lata i 5 miesięcy napad bólów w grzbiecie, a w miesiąc później obrzęk pomiędzy łopatkami. Na miesiąc przed śmiercią wystąpiły na szyi po stronie lewej dwa guzy, z których jeden sam się otworzył. Sekcja wykazała: rozległe przetoki po stronie lewej nad obojczykiem, na szyi i w tkance łącznej otaczającej kręgi, przez ścianę *venae jugular. inter.* nowotwory guziczkowe wrastają w światło tejże żyły; w prawej komórce i przedsionku guz wielkości jabłka, w mięśniu sercowym ogniska, zapalenie osierdzia; w obydwu płucach ogniska dawne i świeże, w dolnym płacie płuca prawego zawał krwotoczny, w mózgu i w śledzionie ogniska przerzutowe promieniczne. Wbrew pogładowi P o n f i c k'a, że punktem wyjścia choroby była rana wielkiego palca, autor przypuszcza i motywuje, że pasorzyt przedostał się przez ścianę przelyku i że ognisko pierwotne promienicy wytworzyło się na szyi, z kąd pasorzyt dostał się do serca, a drogą przerzutów do płuc, mózgu i śledziony. W przypadku czwartym, u 61-letniego mężczyzny, przy objawach gorączki i bólów, wystąpił nagle w podbrzuszu prawem guz, który w kilka tygodni został przeciętym, na 2 miesiące przed śmiercią utworzył się ropień *in fossa iliaca. sin.*, z którego po przecięciu dobywała się ropa cuchnąca. Zator tętnicy płucnej. Śmierć. Sekcja wykazała: w okolicy *coecum* złogi otrzewnowe i ognisko ropne, zrosty pomiędzy *coecum*, *colon ascend.*, *fundus uteri* i *peritoneum*. *Fossa iliaca sin.* wypełnione przez ropień, od którego, prowadzą przetoki do grzebienia kości biodrowej i do kręgosłupa; w tkance łącznej otaczającej kręgosłup, między 3-cim lędźwiowym i pierwszym krzyżowym kręgiem, znajdują się ropnie; przewód pokarmowy w stanie prawidłowym, zęby spruchniałe. Autor przypuszcza na zasadzie wywiadów, przebiegu choroby i wyniku sekcji, że sprawa chorobowa rozpoczęła



się *in fosso iliaca sinistr.* i ztamtąd się rozszerzyła, a mianowicie, że wytworzyła się *perityphlitis*, do ogniska tej choroby za pośrednictwem zrostów dostał się pasorzyt z przewodu pokarmowego i ztamtąd rozszerzył się do *fossa iliaca sinistr.* W przypadku piątym (spozrzeżenie Zeman'a) 40-letnia kobieta na 34 dni przed śmiercią zapadła na ból żołądka, rozwolnienie, wymioty żółciowe i gorączkę, miała żołądek rozszerzony, brzuch rozdęty, ciepłota 38,8° C. Ten stan trwał przez miesiąc, na 4 dni przed śmiercią wystąpiły objawy mózgowie. Sekcja wykazała: żołądek rozszerzony, z błoną śluzową rozmiękną, kiszki w stanie normalnym, kilka pętlic kiszki dolnych zrosłych z jajowodem prawym, który przeistoczonym został w worek grubości palca, napełniony ropą i grzybkami promienistemi; część tegoż maciczna zarosła. Wysięk ropny, posokowaty na oponie miękkiej mózgu, liczne ropnie przerzutowe w mózgu: i w płucach, w wątrobie ropień wielkości jaja gęsiego. We wszystkich ogniskach pomienio-nych znaleziono grzybki promieniste. Autor przypuszcza, że ognisko pierwotne wytworzyło się w jajowodzie, dokąd pasorzyt mógł przedostać się z pochwy albo z kiszki.

## NOTATKI LEKARSKIE.

### 22. Zranienie żyły udowej.

Dnia 24. I. 1883. Teodor G., szewc, 30-letni, wysoki, chudy, źle odżywiany zranił się w prawą pachwinę, krając skórę nożem szewckim. Nóż ześliznąwszy się z deski, ugodził go na cal pod łukiem Poupart'a i prawie równoległe do tegoż, zagłębiając się ostrzem ku zewnątrz i ukośnie ku górze względem osi kończyny, przeszło na cal pod skórę.

Zraniony, wyrwawszy nóż, upadł ze stolka, przyczem brzuch i kończynę zalała krew, czarna, płynąca silnym, jednostajnym strumieniem. Obecna przy tem żona przycisnęła natychmiast ranę pękiem brudnych szmat, a przybyły wkrótce felczer, założył poniżej rany zaimprovizowany z deseczek turnikiet i ranę zaszył.

Dnia 27. I. widziałem chorego w domu u niego. Na cal pod łukiem widać zaszytą poprzeczną ranę, długą prawie na półtora cala. Brzegi rany sine, otaczająca skóra czerwona, błyszcząca, naprężona. Z pod szwu dobywają się kropie posoki. Kończyna silnie obrzęknięta. Silny ból w ranie. Ciągłe dreszcze, ciepłota rano 40° C.. Na żądanie moje przewieziono chorego do szpitala, po drodze wystąpiło z pod szwu kilka kropel krwi czy posoki.

Dnia 28. I. Ciepłota rano 40° C. Stan jak wczoraj. Szew zdjąłem, skrzep umazany posoką wydalilem, niewielką ilość takiejże posoki z lekka wycisnąłem, i ranę 4% fenolem przestrzyknąłem. Po zdjęciu turnikietu, krwotoku nie ma. Kończyna od pachwiny do połowy uda silnie obrzękła. Nałożywszy dla zmiany dwa turnikiety poniżej rany, chorego pod ciągłym dozorem zostawiłem. Ciepłota wieczorem 40° C..

Dnia 29. I. Rano ciepłota 40,5° C. Chinina, lód na głowę, ciepłota wieczorem 41,0° C..

Dnia 30. I. Rano ciepłota 40,6° C.. Z podłużnych zatok wycisnąłem sporo posokowatej ropy, zatoki sączkami opatrzyłem i przestrzyknąłem, wieczorem ciepłota 40,8° C..



Dnia 31. I. Rano 39,2° C., obrzęk się zmniejszył, rana mniej bolesna, ropa czystsza, ból głowy, wieczorem ciepłota 40,0° C.

D. 1. II. Rano ciepłota 39,5° C., przestrzykiwanie, opatrunek jodoformowy, wieczorem 39,8° C..

D. 3. II. Rano 39,5° C., ropa rzadka, czysta, w małej ilości, wieczorem ciepłota 40,5° C..

D. 4. II. Rano ciepłota 40,0° C., chory bredzi, bóle w kolanach; rana blada, wiotka, niebolesna; kalomel; wieczorem ciepłota 40,5° C..

D. 5. II. Rano ciepłota 39,5° C., tworząca się ziarnina cokolwiek żywsza. Chinina, wieczorem ciepłota 39,7° C..

D. 6. II. Rano ciepłota 39,5° C., chinina, wino, wieczorem 40,2° C..

D. 7. II. Rano ciepłota 40,4° C., kalomel, wino, wieczorem 39° C..

D. 8. II. Rano ciepłota 39,6° C., przy badaniu rany zgłębnikiem, pojawiło się około dwu łyżek krwi. Przy ucisku poniżej krwotok wnet ustał; wieczorem ciepłota 38,8° C..

D. 9. II. Rano 39,7° C., chinina, wino; wieczorem ciepłota 39,2° C..

D. 12. II. Rano ciepłota 39,5° C., otworzyłem małą zatokę i założyłem w nią sączonek.

D. 14. II. Rano ciepłota 38,6° C., ranę opatrzone bezemnie.

W pół godziny po opatrzeniu silny krwotok jednostajnym strumieniem, trwający po zakręceniu turnikietem. Felczer, jak twierdził, uciskał tętnicę powyżej rany, lecz krwotok trwał dalej. Wypłynęło około dwu funtów krwi. W parę godzin śmierć.

Całkowitego badania pośmiertnego nie robiono.

Po rozszerzeniu rany, żyła udowa, na centymetr nad ujściem zaskórnej wielkiej, okazała się nie zupełnie przeciętą (pozostał mostek szerokości linii) ukośnie z wewnątrz ku zewnątrz i z dołu ku górze. Tętnica nienaruszona, koniec obwodowy żyły spadnięty i wypełniony dość mocno do ścian przystającym skrzepem, koloru czekoladowego. Koniec ośrodkowy po odpreparowaniu sterczący, pusty, czysty, wewnętrzna ścianka żyły, matowa szarawożółtawa. Na cal od rany niewielka ilość nawpół skrzepłej krwi. Żadnych nagromadzeń ropy nie znalazłem, również jak i żadnych nieprawidłowości, wyjąwszy może tego, że żyła udowa nie leżała, jak to zwykle bywa w tem miejscu, głębiej niż tętnica, ale na jednej z nią płaszczyźnie.

Sądzę, że przypadek niniejszy zasługuje na uwagę, zarówno z powodu rzadkości ran przy których by została uszkodzoną tylko żyła udowa, jak i dla niezwykłego po części przebiegu, już to wreszcie dla ważności wniosków, jakie bywają stawiane co do postępowania w podobnych przypadkach.

Z bierności mojego postępowania usprawiedliwić się nie mogę; może jednak choć w części będzie ona wytłómaczoną przytoczeniem trudności położenia.

Oczyściwszy ranę i zdjąwszy turnikiet, ponieważ tętno poniżej był wyczuwalne i krwotoku nie było, postawiłem następujący wniosek: Zranioną jest żyła, najprawdopodobniej udowa; posocznica. Szukając w podręcznikach wskazówek co do dalszego postępowania, znalazłem co następuje.

Pirogow (*Naczala obszczej wojeno-polewej chirurgji*) twierdzi, że krwotoki żyłne zawsze mu się udawało zatrzymać tamponadą. Tylko 3—4 razy podwiązywał on wielkie żyły przy operacjach, lecz ze złym skutkiem. „Dostyc powieździeć, że wszystkie operacje wykonywane przezemnie lub w mojej obecności, gdzie były podwiązane wielkie pnie żyłne, zakończyły się źle“. Wogóle podwiązanie żył jest według niego niebezpiecznem. Na szczęście, mówi, podwiązania żył można prawie zawsze uniknąć.

Heitzmann (*Rys Chirurgii Ogólnej i Szczegółowej*) powiada: Jedyne krwotoki z większych żył wymagają podwiązania, które jednak o wiele niebez-



piecniejszem niż podwiązanie tętnic. Daleko lepiej podwiązać doprowadzającą tętnicę, jak odprowadzającą żyłę. (Pirógów, nie odpowiadając, stawia tylko zapytanie, czy nie można by tak postępować. Thomas podobne podwiązanie tętnicy potępia).

Thomas za jedyny środek przy krwotoku uważa podwiązanie obu końców żyły w ranie. O krwotokach z żył, któreby się same przez się zatrzymały, nie wspomina (Podręcznik do operacyi nie cierpiących zwłoki).

Emmert (Chirurgija szczegółowa) wspominając o krwotokach tętniczych z uda, mówi: Jeszcze przykrzejszym jest przypadek, gdy jednocześnie i żyła zranioną została, wtedy może zajść potrzeba odjęcia członka.

Linhardt (Chirurgija Operacyjna) wskazuje na niebezpieczeństwo natychmiastowych ośrodkowych krwotoków z żył i przytacza przypadki Roux i swój, w których po podwiązaniu żyły udowej powyżej ujścia zaskórnej wielkiej nastąpiła zgorzel kończyny. Przypadek Linhardta: Czternastoletniemu chłopcu koło zębate rozerwało wszystkie mięśnie i naczynia (zapewne tylko na przedniej powierzchni uda), tuż pod połączeniem żyły głębokiej z zaskorną. Linhardt podwiązał żyłę udową. Po 12 godzinach silny obrzęk kończyny, majaczenie, po 16 godzinach śmierć.

Linhardt sądzi, że drugi raz w podobnym przypadku wyłuszczyłyby udo. Przy wielkich krwotokach z innych żył, radzi boczne lub całkowite ich podwiązanie i nie uważa go za niebezpieczne. W razie niemożności podwiązania zaleca ucisk.

Na niebezpieczeństwo podwiązania żył wskazują głównie starsze podręczniki. Z wprowadzeniem metody przeciwnilnej, niebezpieczeństwo zapalenia żył po podwiązaniu ich, jak wiadomo, znacznie się zmniejszyło.

Postawiłem tedy następujące wnioski:

Zgorzeli w danym przypadku nie ma, zatem krążenie w żyłe udowej istnieje: gdyby ta ostatnia zranioną została, to na 5-ty dzień po zranieniu, przy ciągłym ucisku poniżej, skrzep zatkałaby już jej światło i nastąpiłaby zgorzel; uszkodzoną zatem została zaskórna wielka. Badanie pośmiertne wykazało błędność mego rozumowania. Co było powodem, że w przytoczonym przypadku zgorzel nie nastąpiła, pomimo, że żyła udowa zupełnie krwi nie przepuszczała? Żadnej anomalii nie znalazłem i krążenie mogło się tylko odbywać drobnymi połączeniami w głębszych częściach uda. Sądzę, że na utrzymanie kończyny przy życiu wpłynęła z jednej strony nie wielka tnąca płaszczyna rany, skutkiem czego mała ilość drobnych połączeń uszkodzoną została (w przypadku zaś Linhardta wszystkie mięśnie i naczynia zostały rozerwane) a z drugiej ucisk tętnicy pod turnikiem. Bardzo być może, że turniket uciskając poniżej i żyłę i tętnicę, spowodował przy zamknięciu światła żyły względną niedokrwiłość kończyny i nie dopuścił aby ciśnienie wżyle przeszło poza pewne *maximum*, które wywołując obrzęk nie spowodowało jednak zgorzeli. (Mysł tę podał mi kolega Szelkarski).

Przyczynę wtórnego krwotoku widzę w posocznicy i zapaleniu żyły. Zadając sobie pytanie, jakbym postąpił w podobnym przypadku na przyszłość, sądzę, że nie poszedłbym za radą Linhardta, aby wyłuszczać natychmiast udo. O przypadku Roux jest tylko wzmianka, że po podwiązaniu nastąpiła zgorzel. Linhardt zaś wykonał podwiązanie przy obszernem uszkodzeniu. Jeżeli przypadek Roux był podobny, to wniosek, że po podwiązaniu żyły udowej nad ujściem zaskórnej wielkiej następuje zgorzel kończyny, jest zbyt pośpieszny i rady, aby wyłuszczać natychmiast udo, nie można uważać za prawidło; tembardziej, jeżeli zwrócimy uwagę na śmiertelność przy tej ostatniej operacyi, krwotok od niej prawie nieodłączny, trudność wykonania jej *stante pede* poza kliniką i ciężkie wreszcie po niej kalectwo.



Sądzę, że na przyszłość w podobnym przypadku, owinąwszy kończynę pa-  
sem Esmarch'a, podwiązałbym oba końce żyły, a po podwiązaniu zastosował  
wzniesione położenie, suche ciepło, nacięcia, a przedewszystkiem odpowiednie  
bandażowanie kończyny.

Piotr Zaleski.

#### U W A G A O D R E D A K C Y I.

W uzupełnieniu tej notatki kolegi Z a l e s k i e g o, niezmiernie interesują-  
cej ze względu na nadwyzwyczajną rzadkość zranienia samej żyły udowej, uważa-  
my za odpowiednie dodać, iż na XI-ym kongresie niemieckiego Towarzystwa  
chirurgów w Berlinie sprawa podwiązania żyły udowej przy więzie Poupar-  
ta stanowiła przedmiot żywych i pouczających rozpraw.

B r a u n z Heidelberga twierdził, że zalecane do ostatnich czasów przez  
wszystkich prawie chirurgów (prócz Bergman'a) podwiązanie tętnicy udo-  
wej lub biodrowej wspólnej w razie zranień żyły udowej jest metodą niewłaściwą  
i niebezpieczną.

Na 12 podwizań żyły udowej (samej) było tylko 2 przypadki zgorzeli, a 10  
przypadków skończyło się pomyślnie bez ważniejszych zaburzeń w krążeniu.

Na 14 podwizań obu naczyń (żyły i tętnicy udowej) wypadło 7 a więc 50%  
przypadków zgorzeli następczej. Zły wpływ podwiązania tętnicy polega na tem,  
że po niem ciśnienie w żyłę udowej nie może się podnieść o tyle, aby mogło wy-  
wołać niedostateczność zastawek w anastomozach żyły udowej z żyłami miedni-  
cy, czyli aby takowe otworzyć.

Doświadczenia na trupach wykazały, że do otworzenia tych wrot anastomo-  
tycznych potrzeba było w 85% przypadków ciśnienia wynoszącego 180 mm. rtęci,  
a w 15% nawet 200 mm. rtęci. Na zasadzie tych doświadczeń śmiało twierdzić  
można, powiada B r a u n, że po podwiązaniu samej tylko żyły udowej, a nieraz  
i tętnicy jednocześnie, może zaburzenie w krążeniu zostać pokonanem, że w dru-  
giej seryi przypadków po podwiązaniu samej żyły zgorzeli nie będzie, a podwią-  
zanie tętnicy na pewno ją sprowadzi, że w trzeciej grupie przypadków zgorzel  
nastąpić musi po podwiązaniu samej żyły, a zapobiedz nie można wcale gangren-  
nie przez podwiązanie tętnicy. Ztąd wniosek, iż przy krwotoku z żyły udowej  
należy się starać o zatrzymanie go, jeżeli można, bez zupełnego zamknięcia świa-  
tła żyły, a więc przy mniejszych zranieniach najlepiej jest nałożyć ligaturę ścienną.  
Przy zranieniach większych, należy koniecznie podwijać podwójnie samą  
tylko żyłę, a podwiązanie tętnicy może się przydać jedynie w tych rzadkich przy-  
padkach, w których pomimo zamknięcia żyły, krwotok nie ustaje.

S c h e d e (z Hamburga) niejednokrotnie podwijał żyłę udową i wyci-  
nał większe jej kawałki przy wyluszczeniu guzów z okolicy trójkąta udowego  
i nigdy nie widział potem zaburzeń w krążeniu. Może być, iż krążenie oboczne  
w tych przypadkach rozwinęło się należycie przed operacją, wskutek ucisku no-  
wotworem na pień główny. W jednym przypadku widział zranienie żyły udowej  
tuż przy wejściu do niej żyły zaskórnej wielkiej. Nałożenie przewiązki było nie-  
wykonalnym, nałożył przeto cieniutkim katgutem szwy na ścianę żyły i na po-  
chwę naczyniową, której części wyciął. Ten ostatni zabieg miał na celu wywar-  
cie umiarkowanego nacisku na żyłę. Krwotok ustał, rana zagoiła się *per primam*,  
nie było żadnych zaburzeń w krążeniu.

Za podwiązaniem żyły odzywał się także Langenbeck. Küster radzi  
założenie dwojga kleszczyków na otwór w żyłę i pozostawienie ich na 12 do 24  
godzin. Ślady tych rozpraw znaleźć można w „*Bericht über die Verhandlungen der  
Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, XI Kongress, 1882.*”



Zaszywanie ran żylnych radzi też nieco później Pilcher (z Brooklyn) „*Annals of anat. and Surgery vol VIII. 1883. p. 51*“. Streszczenie tej interesującej pracy znaleźć można w „*Revue de chirurgie* za rok 1884. Nr. X“.

R. Jasiński.

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

### 51. Zjazd przyrodników i lekarzy niemieckich w Strasburgu. Sprawozdanie z posiedzeń sekcji dermatologicznej.

(Dokończenie. — Patrz Nr. 47).

#### Drugie posiedzenie.

Przewodniczący p. *Doutrelepont*.

P. *Unna* na pokazuje skrawki ze skóry dotkniętej trądem (*lepra*), przygotowane zapomocą własnej metody wysuszania (*Trockenmethode*). Skrawki te mają dowodzić, że ogniska trądowe w skórze, które dotychczas uważano za komórki zawierające laseczki, wcale nie są komórkami, ale kępkami laseczników otoczonymi obwódką śluzową. Takie kępki laseczników wypełniają wszystkie naczynia chłonne skóry, znajdują się też w torebkach włosów i gruczołach potowych, oraz w naczyniach krwionośnych, niema ich zaś w gruczołach łojowych.

P. *Touton* zgadza się z p. *Unną* co do umiejscowienia laseczników, jedankże sądzi, że metoda p. *Unny* nie nadaje się do rozstrzygnięcia kwestyi, czy laseczniki leżą w komórkach, ponieważ wytwarzająca się para wodna może rozerwać błonkę komórkową. Na dowód tego pokazuje preparat, przygotowany według metody p. *Unny* z kilkoma przerwami w kępce laseczników. Wykazanie jądra (*nucleus*) dla tego jest niemożliwym, że takowe uległo procesowi nekrotycznemu.

P. *Neisser* też nie wątpi, że metoda *Unny* znaczne wywołuje zmiany w komórkach. Sądzi on, że laseczniki leżą w komórkach. Dziur opisanych przez p. *Unnę* nie uważa za poprzednio istniejące jameczki (*vacuolae*). Co się tyczy ognisk trądowych w jądrach (*testiculi*), to zdaje mu się prawdopodobnem, że tu kępki laseczników nie leżą w komórkach.

P. *Unna* odpowiedział p. *Toutonowi*:

„1) Gdyby przy użyciu mojej metody komórki miały pękać, to wszystkie musiałyby okazywać resztki rozerwanych błonek komórkowych.

2) Trzebaby wykazać stopniowe znikanie jąder (*nuclei*) zapomocą pewnych barwników (hematoksyliny, safraniny).

3) Trzebaby wykazać komórki zawierające laseczniki i resztki jąder, a zabarwione w kolorach dopełniających (*Complementäre-Farben*).“

P. *Neisserowi* zaś odpowiedział:

„Sądzę, że dziurki w kępkach laseczników są identyczne z jameczkami (*vacuolae*) t. zw. komórek trądowych, a tylko przez wysuszenie powiększają się, stają się wydatniejszymi“.

P. *Doutrelepont* sądzi, że trudno jest rozstrzygnąć z preparatów *Unny*, czy laseczniki leżą w komórkach czy też na komórkach. W preparatach jego, przygotowanych według dawniejszej metody, po roku jeszcze widać laseczniki tak wyraźnie, jak w preparatach p. *Unny* po sześciu miesiącach.

Odczyt p. *Fingera* z Wiednia: „O naturze szankra miękkiego“.

P. *Finger* wykonał liczne szczepienia w celu wyjaśniania natury szankra miękkiego, zmodyfikował zaś sposób szczepienia o tyle, że ropa szczepiona



braną była z owrzodzeń na częściach płciowych. Rezultaty jego są godne uwagi. Opis pierwszego przypadku jest bardzo szczegółowy i żałuję mocno, że nie mogę w całości tu zamieścić. Finger opiera się na czterech przypadkach. Wywoływał on ostrą łyżeczką ranki przy spojeniu tylnym (*commissura posterior*), które albo same przez się, albo po nasypaniu proszku sabinowego (*pulvis sabinæ*) wytwarzały ropę, dającą się zaszczepić. Wrzody te nie były podobne do szankrów miękkich i, gdy przestano nasypywać proszek sabinowy, szybko się goiły. Wynikiem szczepienia były guziki, które już po 48 godzinach zamieniały się na krostki soczewicy. Te zaś ostatnie wreszcie na wrzodziki, które w wielu pokoleniach dawały się szczepić. Z doświadczeń tych bezwątpienia wnosić możemy, że szankier miękki może być produktem szczepienia ropy zwyczajnej na osobnikach niesyfilitycznych. Nie dziwnego zatem, że i ropa syfilityczna wywołuje szankra miękkiego, który jednak w tym razie później w przymiot przechodzi. Zachodzi przeto pytanie, czy szankier miękki posiada swoisty zarazek, czy też zostaje tylko wywołowanym przez nieswoiste podrażnienie. Szankier miękki przedstawia niektóre właściwości, które nie zgadzają się z istnieniem swoistego zarazka, mianowicie:

1) Brak okresu wylegania (*Incubatio*).  
2) Zarazek chorób zakaźnych rozmnaża się po przeniesieniu na miejscu zakażenia, wskutek czego objawy chorobowe wzmagają się. Natomiast zarażliwość szankra miękkiego bywa największą z początku (w krostce), a potem zmniejsza się stopniowo.

3) Jest faktem ogólnie stwierdzonym, że różne miejsca ciała nadzwyczaj rozmaicie oddziałują na ropę szankrową.

Z wszystkiego tego p. Finger wnioskuje, że szankier miękki jest jedynie produktem przeniesienia drażniącej ropy na szczególnie drażliwe miejsca skóry i błon śluzowych.

P. Dautrelepont opisuje przypadek zgorzeli skóry z wytworzeniem się wrzekomych bliznowców (*Pseudo-keloïde*) po obrażeniu.

Służąca w zakładzie obłąkanych blisko Bonn ukłuła się szpilką pod paznokieć wielkiego palca lewej ręki. Następnego dnia na pierwszym członku wielkiego palca okazały się dwie białawe plamy. Podobne plamy pojawiały się stopniowo na całym ciele, a niektóre z nich zamieniały się na pęcherzyki i skóra pod nimi przeszła w zgorzel. Następnie wytworzyła się nader bujna ziarnina, która wreszcie przekształciła się w rodzaj bliznowca. D. stosował sublimat, pod wpływem którego wrzody zablizniały się prawidłowo.

Wykład dał powód do krótkiej dyskusji, w której przyjęli udział pp. Finger, Lesser i Lipp, przytaczając podobne przypadki.

### Trzecie posiedzenie.

Przewodniczący p. Dautrelepont.

#### Odczyt p. Neisser'a o wstrzykiwaniu kalomelu.

Prelegent przychodzi do następujących wniosków: 1) Poleca wstrzykiwanie 1 ctm. kilkoprocentowej zawiesiny kalomelu w wodzie solnej: 2) Wstrzykiwania najlepiej robić raz na tydzień, wszystkiego 4—6 razy. Najstosowniejszym miejscem do wstrzykiwań jest *regio glutealis*. 3) Wstrzykiwania kalomelu są obok wcierań najskuteczniejszą i najenergicniejszą metodą leczenia przymiotu.

Wady metody tej są: większa bolesność, niekiedy z dość znacznymi nasiekami, jako też częstsze zapalenie błony śluzowej jamy ustnej.



P. Bockhardt (z Wiesbadenu) przemawia o wstrzykiwaniach białkanu rtęci z surowicą (*Serum-Albumin-Quecksilber*). Preparat ten daje się długo zachować bez rozkładu i przy wstrzykiwaniu ma nie wywoływać bólu. Prelegent obszerniej o tem pisał w Nr. 5 *Monatshefte für pract. Dermatologie*, Unn'n'y i Hebry.

W dyskusji p. Doutrelepont sądzi, że do opowiadań o bolesności przy wstrzykiwaniach rozmaitych preparatów nie można przywiązywać wielkiego znaczenia, przez wzgląd na rozmaitą wrażliwość chorych i inne okoliczności.

Dalej p. Kopp przemawia o naukowej podstawie pojęć o zbocheniach odżywiania skóry zależnych od nerwów.

Długi ten odczyt jest streszczeniem obszerniejszej pracy, która wkrótce pojawi się w druku.

P. Schuster (z Akwisgranu) przedstawia dwa nowe preparaty mydła rtęciowego miękkiego, zawierające 50% *resp.* 33% rtęci. Preparaty te mają się odznaczyć od mydła Oberländer'a (zawierającego 25% rtęci) tem, że łatwiej dają się wcierać i przytem nierozkładają się; mają też energiczniej działać niż maść szara, na dowód czego prelegent przytacza, że prędzej wywołują *stomatitis* i biegunkę. Liczne rozbiory przekonały, że rtęć w znacznej ilości z kałem się wydziela. Rozbiorem kału mówca daje pierwszeństwo przed rozbiorami moczu, ze względu, że wykazanie rtęci w kale jest pewniejsze i łatwiejsze (? Ref.)

Dyskusja: P. Nega podaje wyniki otrzymane przy leczeniu mydłem rtęciowym w klinice Strasburskiej (patrz *Gaz. Lek.* 1884. Nr. 37); badanie kału uważa za zbyt ciężkie, gdy chodzi tylko o jakościowe wykazanie rtęci, albowiem wykazanie jej w moczu za pomocą metody Fürbringer'a zawsze jest możliwe po kilkakrotnem badaniu. Do tego twierdzenia przychyliła się także pan Bockhardt.

#### Czwarte posiedzenie.

Przewodniczący p. Lipp (z Gratzu).

P. Doutrelepont mówi o lasecznikach przymiotowych. Badał on 9 stwardnień pierwotnych, 2 łepieże, 5 guziczków i jeden miękczak. Ilość znalezionych laseczników w tkankach nie jest wielka. Wydzieliny przymiotowe rzadko tylko badał, nie przywiązując do tego wielkiej wagi. D. stwierdza wyniki pracy Alvarez'a i Tal'a (*Gaz. des hôpitaux*, 1885. Nr. 90), którzy w wydzielinie napełtka znaleźli bakteryje co do postaci, wielkości i zabarwienia nie odróżniające się wcale od laseczników przymiotowych Lustgarten'a. Wynika ztąd, że laseczników Lustgarten'a nie można dotychczas uważać za swoiste dla przymiotu.

Dyskusja: P. Finger zaszczerpił produkty trzeciorzędnego przymiotu 10 zdrowym osobom bez skutku, wnioskuje więc, że trzeciorzędni przymiot nie jest już zaraźliwy. Według niego więc istotne mikroby przymiotowe powinnyby znajdować się licznie w produktach pierwszorzędniego i drugorzędniego przymiotu, a wcale nie albo rzadko tylko w wytworach przymiotu trzeciorzędnego.

P. Unna mówi o leczeniu *ane rosacea* za pomocą kwasu sfacelinowego.

P. Lang (z Insbruku) opowiada o dwu przypadkach *ichtyosis* ze znacznym skurczeniem skóry, spostrzeganych u dwojga dzieci w jednej rodzinie.

P. Wolff mówi o jodolu, nowym przetworze jodowym. Stosował on ten środek przy wrzodach miękkich i przekonał się, że po zmodyfikowaniu wrzodów kwasem salicylowym, jodol tak samo wpływa na gojenie wrzodów jak jodoform. Roztwór jodolu w oliwie wstrzyknięty królikom nie wywołuje miejscowego zapalenia. Używany do wewnątrz w dawce 16 cgr. codziennie nie drażni kiszki.

Dalej p. Wolff mówił o stosunku chorób wenerycznych i przymiotowych w Strasburgu.



Opierając się na nader licznych danych statystycznych, W. przychodzi do wniosku, że względna liczba chorych dotkniętych chorobą przymiotową stale się zmniejsza, chociaż bezwzględna liczba osób cierpiących na choroby weneryczne w ostatnich latach się powiększyła. W. przedstawia tablicę, okazującą graficznie statystykę chorób wenerycznych od roku 1800—1884. Po każdorazowym wydaniu nowych ustaw przeciw tajnej prostytucji lub po energiczniejszym wykonaniu istniejących ustaw policyjnych, liczba chorych kobiet zwiększała się, mężczyzn zaś zmniejszała się. Co do stosunku wrzodu miękkiego do przymiotu, to W. zgadza się z Neisser'em, Finger'em i Lipp'em, że wrzód miękki, pod wpływem energiczniejszego występowania przeciw tajnej prostytucji, staje się coraz rzadszym.

Przewodniczący p. Lipp zakończył posiedzenie wyrażeniem zadowolenia, iż dzięki staraniom p. Wolffa utworzoną została oddzielna sekcja dermatologiczna.

*Julijusz Nega.*

## Wiadomości bieżące.

*Warszawa.* W początku Stycznia r. p., w pracowni przy tutejszem Towarzystwie lekarskiem, kolega M. J a k o w s k i rozpocznie zajęcia praktyczne badań grzybków chorobotwórczych. Kole-dzy, pragnący przyjąć udział w takowych, mogą porozumieć się co do warunków z kolegą J a k o w s k i m (Wspólna 33) lub w naszej redakcyi.

— Zmarły w r. b. w Kamionce (Podole) D-r G o ł ę b i o w s k i, między innymi legatami, zapisał tutejszemu Towarzystwu lekarskiemu rs. 5000, a 2000 rs. kasie wsparcia wdów i sierot po lekarzach.

*Praga.* Zmarł tu w d. 11 b. m. w 34 roku życia D-r Jerzy Czarda, wiele rokujący docent chorób uszu i nosa przy tutejszym czeskim wydziale lekarskim.

*Londyn.* Zmarł tu w d. 10 b. m. w 73 r. życia fizjolog Carpenter.

— Stosownie do życzenia tutejszego Towarzystwa lekarzy angielskich, lord major ogłosił subskrypcyję dla zebrania funduszu, potrzebnego na zakupienie odpowiedniego honorowego upominka Pasteur'owi za jego odkrycia nad szczepieniem wścieklizny.

*Paryż.* Na ostatniem posiedzeniu tutejszej Akademii lekarskiej D-r Riche w imieniu Nicatiego i Rietscha przedstawił pracę niezmiernie ciekawą i ważną. Autorowie wzmiankowani otrzymali według metody Stasa z czystej hodowli mikrobów przecinkowych Koch'a pewną ptomainę, płynną, a w 100° C. lotną. Wstrzyknięcie owej ptomainy pod skórę wywoływało u zwierząt barzo szybko objawy cholery i śmierć. Ciż sami autorowie otrzymali ze krwi i z wątroby ludzi, którzy umarli na cholere i których w dwie godziny po śmierci badano, ptomainę (*alkaloid*), przedstawiającą też same własności chemiczne i fizjologiczne, co i ptomaina, otrzymana wprost z hodowli mikrobów przecinkowych.

*Zdrowie Nr. 3.* Artykuł wstępny. (Projekt opłaty za wody. Postulaty co do nowego wodociągu warszawskiego) L u t o s t a n s k i. Zdrowie i choroba. Wyniki badania wody studzien miejskich oraz rzeki Wisły w Warszawie (z pracowni chemicznej Uniwersytetu warszawskiego). Klimatologija Warszawy (p. K o w a l e z y k a). Zwolennicy i przeciwnicy szczepienia (przez Abr..) *Dział sprawozdawczy.* Konferencyja sanitarna w Rzymie, przez M o l e s c h o t t a. *Z praktyki sanitarnej* Stacje meteorologiczne w Królestwie, przez M. C. Projekt łaźni przy stacyi filtrów na Koszykach. *Korespondencyje.* Z gubernii lubelskiej, podał K r e t. z Zürich, p. H. Fr. *Kronika.* *Dział statystyczny.* Schemat czyli wzór opisu danej miejscowości pod względem sanitarnym.

Do dzisiejszego N-ru Gazety Lekarskiej dołącza się bezpłatnie dla wszystkich prenumeratorów „Katalog nowych dzieł lekarskich“ za miesiąc Październik. 1885.

Wydawca Dr. St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny Dr. Wł. Gajkiewicz.

Дозволено Цензурою. Варшава, 14 Ноября 1885 г. Друк К. Ковалевського, Крólewska Nr. 29.



WYDAWNICTWO DZIEŁ LEKARSKICH NAKŁADEM GAZETY LEKARSKIEJ.

W tych dniach opuściło prasę dzieło pod tytułem:

# PSYCHIJATRYJA,

czyli nauka o chorobach umysłowych,  
oryginalnie napisana przez

**D-ra Med. Rothego**

Naczelnego lekarza Zakładów dla Obląkanych w Warszawie.

Autor, znany jako gorliwy pracownik na polu psychiatrii, mając na względzie studentów prawników, oraz szerokie koło lekarzy praktyków, napisał dzieło, mogące zaspokoić wszelkie wymagania lekarzy praktyków, tak pod względem rozpoznawania, jako też pod względem leczenia chorób umysłowych. Dzieło zawiera 18 arkuszy druku.

Cena Rs. 1 kop. 80, z przesyłką Rs. 2.

Nabywać można u Wydawcy Gazety Lekarskiej Marszałkowska Nr. 119.

0—5

Wydawnictwo Gazety Lekarskiej.

Wyszła z druku nakładem Gazety Lekarskiej

# FARMAKOLOGIJA

professorów Nothnagel'a i Rossbach'a

Cena dzieła wynosi Rs. 6, z przesyłką Rs. 6 k. 50.

Nabywać takowe można w Redakcyi Gazety Lekarskiej, Marszałkowska 119. oraz w innych Redakcyjach warszawskich czasopism lekarskich i we wszystkich księgarniach.

Wydawnictwo Gazety Lekarskiej.

Wyszło z druku nakładem „Gazety Lekarskiej“ dzieło pod tytułem:

# CHOROBY SERCA

**D-ra OSKARA WIDMANA**

*prymaryjusza szpitala powszechnego we Lwowie.*

Dzieło to opatrzone licznymi drzeworytami w tekście zawiera 24 arkusze druku.

Cena dzieła wynosi rs. 3., z przesyłką rs. 3 kop. 30.

Nabywać można u wydawcy „Gazety Lekarskiej“

MARSZAŁKOWSKA 119.

0—28

U Wydawcy Gazety Lekarskiej

można nabyć życiorys

Professora **D-ra H. Hoyerera.**

napisany przez

**D-ra Wł. Matlakowskiego**

(st. LXXVI i portret prof. H.)

Jest to osobne odbicie życiorysu z „Księgi Pamiątkowej“ ofiarowanej prof. H. przez współwłaścicieli Gazety Lekarskiej. Zewnętrzna strona wydania (druk, papier i ozdoby) jest taka sama jak w „Księdze“. Cena rubli trzy.

30.