

# GAZETA LEKARSKA

Z ODDZIAŁU CHIRURGICZNEGO D-RA ODERFELDA <sup>1)</sup>.

## I. LECZENIE SUROWICĄ PRZECIWBŁONICOWĄ W Warszawskim szpitalu starozakonnych.

Podał

**Julian Weisblat.**

—x—x—

W okresie czasu od 13 marca do 22 sierpnia r. b. stosowano leczenie surowicą w 44 przypadkach, a mianowicie:

|            |             |   |                        |
|------------|-------------|---|------------------------|
| u 4 dzieci | 1-rocznych  |   |                        |
| " 5        | " 1½        | " | [3 zejścia śmiertelne] |
| " 7        | " 2-letnich | " | [1 zejście " ]         |
| " 2        | " 2½        | " |                        |
| " 9        | " 3         | " | [4 zejście " ]         |
| " 4        | " 3½        | " |                        |
| " 7        | " 4         | " |                        |
| " 5        | " 5         | " | [2 " " ]               |
| " 1        | " 6.        |   |                        |

Początkowo używano surowicy BEHRING'a [w 12 przypadkach] i ARONSON'a [w 1 przyp.], następnie wyrabianej w Instytucie Medycyny Doświadczalnej w Petersburgu [w 14 przypadkach], od 3 czerwca zaś wyłącznie Warszawskiej [w 17 przyp.]. Wstrzykiwano ją w ścianę brzucha szpryką dziecięcio-gramową po uprzednim wyjałowieniu szpryki. W razie objawów silnego zwężenia robiono tracheotomię, a następnie wstrzykiwano surowicę.

Miejscowo stosowano inhalacje; wewnątrznie środki wykrztuśne, a w licznych przypadkach podniecające.

Po wstrzyknięciu, które robiono przy pierwszym badaniu dziecka, t. j. w dniu jego przybycia na oddział lub nazajutrz, szczepiłem cząstki błon lub śluzu z gardzieli na agarze lub surowicy krwi.

Wstrzykiwano więc antytoksynę przed otrzymaniem wyniku badania bakteriologicznego, opierając się tylko na objawach klinicznych i wychodząc

<sup>1)</sup> Na sali kobiecej oddziału chirurgicznego kol. ODERFELDA znajduje się 6 miejsc, przeznaczonych dla dzieci dotkniętych błonią.

z zasady, że: 1-o, surowica skuteczniej działa przy wcześniejszem wstrzyknięciu i 2-o, niewykrycie laseczników LOEFFLER'a nie świadczy o nieobecności dyfterytu.

Szczepionki hodowałem w pracowni D-ra ELSEMBERGA, badanie zaś bakteriologiczne robiłem w swojej prywatnej pracowni.

Stosownie do umiejscowienia sprawy dzieję materiał na 3 grupy: I. Błonica gardzieli (*angina diphtheritica*). II. Błonica krtani (*laryngitis diphtheritica*) i III. Błonica gardzieli i krtani (*angina et laryngitis diphtheritica*).

### I. Błonica gardzieli.

I. Laja C., 3-letnia, chora od dnia poprzedniego, przybyła na oddział 13. III. Na migdałach i łukach gruby nalot białawy. Ciężota 37,5°. Wstrzyknięto 20 ctm. sz. surowicy BEHRING'a № I. 20. III nalot nieco zmniejszony, ciężota 37,8°, wieczorem 37,6°; w moczu białka niema. W hodowlach znaleziono laseczniki błonicowe i paciorkowce. 21. III nalot znacznie się zmniejszył, ciężota rano i wieczór 37,5°. 22. III nalotu niema, stan bezgorączkowy. Wypisana zdrowa 21. III.

II. Menachem K., 5 lat, chory od dwóch dni; przybył 15. V. Na wewnętrznej powierzchni obu migdałów i na tylnej ścianie prawej połowy gardzieli nie bardzo duże naloty szarawe; prawy gruczoł chłonny podszczękowy powiększony; stan bezgorączkowy. Wstrzyknięto 10 ctm. sześć. surowicy Petersburskiej. 16. V nalot mniejszy; znaleziono laseczniki LOEFFLER'a i paciorkowce. 17. V nalot znikł, gruczoł cokolwiek jeszcze powiększony. Wypisany zdrów 19. V.

III. Hersz M., 1½ roku, chory od 2 dni, przybył 3. VI. Ciężota wieczorem 37,2°. 4. VI. Ciężota 38,2°; wieczorem 37,6°. Na migdałach niewielki białawy nalot. Wstrzyknięto jak w przypadku II. 5. VI. nalot na prawym migdale mniejszy, na lewym bez zmiany. Ciężota 37,6°, tętno 80. 6. VI. nalot nieznaczny. Ciężota 37,6°. 7. VI. Nalot znikł. 10. VI. Wypisany zdrów. W hodowlach laseczniki LOEFFLER'a i paciorkowce.

IV. Hersz W., 4-letni, chory od 2 dni; przybył 3. VI, na obu tylnych łukach i na tylnej ścianie gardzieli gruby szarawy nalot; gruczoły powiększone [lewy nieznacznie]. Stan bezgorączkowy. Wstrzyknięto 15 ctm. sześć. surowicy Warszawskiej. 4. VI. nalot z prawej strony mniejszy, z lewej bez zmiany. W hodowlach laseczniki błonicowe i gronkowce. 5. VI. nalot nieznaczny. 6. VI. nalotu niema, gruczoły nieco mniejsze. 10. VI. wypisany zdrów.

V. Wolf K., 2-letni, chory od 3 dni, przybył 5. VI; na obu migdałach, na prawym przednim łuku i na tylnej ścianie gardzieli grube, szarawe naloty. Stan bezgorączkowy. Wstrzyknięto jak w IV. 6. VI, naloty nie zmniejszyły się, lecz stały się pulchne i podminowane z brzegów. Białka w moczu niema. W hodowlach laseczniki LOEFFLER'a i paciorkowce. 7. VI. naloty znacznie mniejsze, gruczoły bez zmiany, 8. VI naloty znikły. 9. VI wypisany zdrów.

VI. Chawa G., 3½-letnia, chora od 3 dni, przybyła 2. VII. Na obu migdałach i na języczku duży szarawo-biały nalot, stan bezgorączkowy, białka

niema, Wstrzyknięto jak w IV. 3. VII, nalot bez zmiany. W hodowlach laseczniki LOEFFLER'a. 4. VII nalot nieco mniejszy. 5. VII nalot mniejszy, z brzegów podminowany. 6. VII nalot znikł. Wypisana zdrowa 9. VII.

VII. Anczel F., 2-letni, chory od 2 1/2 dni, przybył 29. VII. Duże, szare naloty na obu migdałach, tylnych łukach i tylnej ścianie gardzieli. Ciepłota 37,8°. Wstrzyknięto jak w IV. 30. VII, nalot białawy, pulchny, nieco mniejszy. Ciepłota 37,4°; wieczorem 37,5°; białka niema. W hodowlach laseczniki LOEFFLER'a i koki. 31. VII nalot zmniejszony, stan bezgorączkowy. 1. VIII naloty znikły; wypisany zdrów.

VIII. Lejzor L., 2 1/2 roku, chory od 3 dni, przybył 31. VII; niewielki nalot na prawym migdale i prawym tylnym łuku. Ciepłota 37,6°, tętno 76; wieczorem ciepłota 37,5°. W hodowlach laseczniki LOEFFLER'a i gronkowce. 2. VIII nalot pozostał na prawym migdale. 3. VIII nalot znikł zupełnie. Wypisany zdrów 4. VIII.

## II. Błonica krtani.

IX. Chaja B., 5-letnia, chora od 4 dni, przybyła 20. III. Nieznaczne zaczerwienienie błony śluzowej gardzieli: duszność niewielka, głos ochryply, kaszel suchy. Ciepłota 37,7°; tętno 88. Wstrzyknięto 20 ctm. sz. surowicy BEHRING'a № I i przepisano wdechania, a wewnątrz środek wykrztuśny. Wieczorem ciepłota 37,2°. 21. III stan ogólny lepszy, duszności niema, kaszel flegmisty, w moczu białka nie znaleziono. Ciepłota 37,4°, tętno 84; wieczorem ciepłota 37,2°. 22. III stan bezgorączkowy. 25. III wypisana zdrowa.

X. Izrael S., 2-letni, chory od 6 dni, przybył 29. III; na lewym migdale kilka małych punkcików białawych, jak przy *angina follicularis*; kaszel suchy, krupowy, duszność. Stan bezgorączkowy. Wstrzyknięto jak w IX. 30. III punkciki prawie doszczętnie znikły, duszności niema. W moczu białka niema. W hodowlach laseczniki LOEFFLER'a i koki. 3. IV zdrów wypisany.

XI. Estera H., 3 1/2 roku, chora od 3 dni, przybyła 1. IV; mocne zaczerwienienie gardzieli, objawy zwężenia krtani. Wstrzyknięto jak w IX, poczem zwężenie ustąpiło. Ciepłota 38,2°. W nocy wystąpiły objawy znacznego zwężenia krtani i wykonano tracheotomię. 2. IV. Ciepłota 38,0°, tętno 92; wiecz. ciepłota 37,6°; stan ogólny lepszy; białka w moczu niema. W hodowlach laseczniki błonicowe gronkowce i kokki. 3. IV. Ciepłota rano i wieczorem 37,4°, tętno 84. 8. IV. Rurkę usunięto. Wypisana zdrowa 17. IV.

XII. Symcha S., 1 rok, chory od 3 dni, przybył 26. IV; zaczerwienienie rozlane błony śluzowej gardzieli, ciepłota 38,8°, tętno 104. Poprzedniego dnia wstrzyknięto w domu 10 ctm. sz. surowicy BEHRING'a № I. Wskutek objawów gwałtownych zwężenia krtani natychmiast po przyniesieniu dziecka do szpitala wykonano tracheotomię. 27. IV ciepłota 38,6°, tętno 100, wieczorem ciepłota 38,2°. W moczu ślady białka. W hodowlach paciorkowce. 23. IV. Ciepłota 37,2°, tętno 88. Stan ogólny lepszy. 5. V rurkę usunięto. 12. V wypisany zdrów.

XIII. Majlach Ch., 3-letni, chory od 2 dni; przybył 11. V; nalotów w gardzieli niema; duszność, kaszel suchy; stan bezgorączkowy. Wstrzyknięto 10

ctm. sz. surowicy Petersburskiej. 12. V duszność mniejsza, kaszel wilgotny. W hodowlach laseczniki LOEFFLER'a i koki. 16. V wypisany zdrów.

XIV. Peśla B., 5-letnia, chora od 2 dni, przybyła 22. V; błona śluzowa gardzieli mocno zaczerwieniona. Ciepłota 37,2°, tętno 80. Duszność, sinica twarzy, wskutek czego natychmiast wykonano tracheotomię, poczem wstrzyknięto jak w XIII. 23. V. Ciepłota rano 37,4°, tętno 84; wieczorem 39,0°, tętno 112. *Bronchitis diffusa*; środek wykrztuśny. W moczu białka niema. W hodowlach laseczniki LOEFFLER'a i gronkowce. 24. V. Ciepłota 33,3° C., stan nieco lepszy. 25. V. 37,8°, tętno 92; rzężeń mniej. 26. V. stan bezgorączkowy. 28. V. rurkę usunięto. 3. VI. wypisana zdrowa.

XV. Hersz S., 1 rok, chory od 3 dni; przybył 1. VI; migdały powiększone, błona śluzowa na nich zaczerwieniona, kaszel suchy. Ciepłota 37,4°, tętno 80. W domu onegdaj wstrzyknięto 5 ctm. sz. surowicy Warszawskiej. 2. VI. Ciepłota 37,6°, tętno 80; wieczorem ciepłota 37,2°. W hodowlach laseczniki L. i gronkowce. 3. VI. stan bezgorączkowy. 6. VI. wypisany zdrów.

XVI. Lejzor N., 3½ roku, chory od 2 dni, przybył 9. VI., błona śluzowa migdałów zaczerwieniona, kaszel suchy, głos ochryply, duszność; stan bezgorączkowy. Wstrzyknięto 10 ctm. sz. surowicy Warszawskiej. Objawy zwężenia krtani po wstrzyknięciu nieco się zmniejszyły. 10. VI duszność znikła, w hodowlach laseczniki L. i gronkowce. 15. VI wypisany zdrów.

XVII. Abram M., 4 lata, chory od 2 dni, przybył 10. VI; migdały powiększone, błona śluzowa gardzieli zaczerwieniona; gruczoły podszczękowe powiększone. Stan bezgorączkowy. Duszność, sinica, tętna nie wyczuwa się. Wstrzyknięto pod skórę eter z kamforą i zrobiono tracheotomię, a następnie wstrzyknięto surowicę, jak w XVI. 11. VI. Stan zadawalający, tętno 80. 17. VI. Rurkę wyjęto. 20. VI. Wypisany zdrów.

### III. Błonica gardzieli i krtani

XVIII. Abram L., 6 lat, chory od 11 dni, przybył 13. III. Niewielkie, białoszarawe naloty na obu migdałach powiększonych; gruczoły podszczękowe powiększone. Stan bezgorączkowy; duszność, głos ochryply. Wstrzyknięto 20 ctm. sz. surowicy BEHRING'a № I i bezpośrednio potem wykonano tracheotomię. 14. III. Nalot większy, lecz ograniczony, z brzegów podminowany i pulchny. W hodowlach laseczniki L. i paciorkowce. W moczu ślady białka; cylindrów niema. 15. III. Na prawym migdale nalot znikł, na lewym nieduży. Wieczorem, t. j. na trzeci dzień po operacji, rurkę usunięto, ponieważ dziecko i bez niej dobrze oddecha. 16. III. Stan zadawalający; gruczoły jeszcze powiększone. Białka w moczu niema. 20. III. Wypisany zdrów.

XIX. Estera S., 4 lata, chora od 4 dni, przybyła 15. III; na łukach obu strun grube naloty szarawe; objawy dość daleko posuniętego zwężenia krtani. Ciepłota wieczorem 37,7°. Wstrzyknięto jak w XVIII. 16. III. Po wstrzyknięciu duszność stała się mniejszą, stan ogólny się poprawił, naloty nie zmniejszyły się. Ciepłota 37,4°, tętno 76, wieczorem ciepłota 37,6°. W moczu

białka niema. 17. III. Naloty bardzo małe. Ciepłota 36,8°, wieczorem 37,3°. W hodowlach laseczniki L.. 18. III. Naloty znikły. 19. III. Wypisana zdrowa.

XX. Moszek L., 1½ roku, chory od dnia wczorajszego, przybył 26. III; na łukach rozlany nalot nieznaczny; prawy gruczoł podszczękowy powiększony; niewielka duszność. Stan bezgorączkowy. W nocy objawy zwężenia krtańni powiększyły się, wskutek czego zrobiono operację [tracheotomię]. 27. III. Na łukach naloty rozszerzyły się. Ciepłota 33,5°, tętno 96. Wstrzyknięto, jak w XVIII. Wieczorem ciepłota 33,5°; białka w moczu niema. Rozlane rżenia; do wewnątrz środek wykrztuśny. 28. III Ciepłota 37,7°, tętno 88; naloty ograniczyły się i zaczynają z brzegów oddzielać się. 29. III. Naloty mniejsze; [powiększenie gruczołu podszczękowego prawie znikło. Stan bezgorączkowy. W hodowlach laseczniki L. i paciorkowce. 30. III. Nalotów niema. 2. IV. Rurkę usunięto. 11. IV. Wypisany zdrów.

XXI. Sura L., 3 lata, chora od 2 dni, przybyła 30. III; migdały powiększone i pokryte grubym, szarawym nalotem, który znajduje się także na języczku; ciepłota 38,5°, tętno 100; ciepłota wieczorem 39,1°. Obrzęk nóg; w moczu białko, cylindrów nie znalazłem. Wstrzyknięto 10 ctm. sz. surowicy ARONSON'a. 31. III. Ciepłota 38,8°, tętno 100. Ogólne osłabienie, nalot nieco mniejszy. 1. IV. Ciepłota 38,0°, tętno 112, nitkowate; naloty znacznie mniejsze. W hodowlach laseczniki L.. Wewnątrz kamfora. 2. IV. Upadek sił, ciepłota 37,4°, tętna nie wyczuwa się; nalot pozostał zaledwie na języczku. 3. IV. Chora zmarła.

XXII. Edka P., 2 lata, chora od 3 dni, przybyła 9. IV. Mocne zaczerwienienie gardzieli, nalot na łukach—większy z prawej strony; gruczoł prawy [podszczękowy] powiększony. Stan prawie nie budzący nadziei, bezgorączkowy. Duszność, sinica; wykonano tracheotomię bez chloroformu, następnie wstrzyknięto 10 ctm. sz. surowicy BEHRING'a № II. Nazajurz chora zmarła.

XXIII. Fejga G., 2 lata, chora od 2 dni, przybyła 24. IV; nalot szarawy, nie bardzo duży na obu migdałach; stan bezgorączkowy; w moczu białka niema. Objawy zwężenia—wykonano tracheotomię, a następnie wstrzyknięto surowicę BEHRING'a № I [20 ctm. sz.]. 25. IV. Naloty zmniejszyły się; białka niema. 26. IV. Naloty znikły. W hodowlach laseczniki L. i paciorkowce. 1. V. Rurkę usunięto. 6. V. Wypisana zdrowa.

XXIV. Chaja K., 3 lata, chora od 5 dni, przybyła 4. V; nalot szarawy, nie bardzo duży na łukach, obu migdałach i języczku; duszność, sinica warg, kończyny zimne; stan bezgorączkowy; natychmiast wykonano tracheotomię i wstrzyknięto surowicę Petersburską [10 ctm. sz.]. 5. V. Nalot nie zmniejszony, oddech swobodniejszy. Ciepłota 38,8°, tętno 100, w moczu dużo białka; wieczorem ciepłota 38,9°. 6. V. Nalot zmniejsza się. Ciepłota 33,8°, tętno 104; wieczorem ciepłota 38,1°. W hodowlach laseczniki błonicowe. 7. V. Nalot mniejszy. Ciepłota 39,0°; tętno 120. 8. V. Nalot nieznaczny, wydzielina z rurki obfita. Ciepłota 38,2°, tętno 112. 9. V. Nalot znikł prawie zupełnie. Ciepłota 38,8°, tętno 124; w moczu dużo białka; wieczorem chora zmarła.

XXV. Chaja S., 3 lata, chora od 5 dni, przybyła 7. V; migdały powiększone i pokryte szarym nalotem grubym, nalot także i na łukach, gruczoły

podszczękowe powiększone. Ciepłota 37,6°, tętno 140. Sinica warg, oddech utrudniony; tracheotomia, następnie wstrzyknięcie, jak w XXIV; wieczorem ciepłota 37,9°, 8. V. Oddech swobodny, nalot nie zmniejszony; ciepłota 38,2°, tętno 100, małe; w moczu białka niema. Kamfora pod skórę. Ciepłota wieczorem 38,1°. 9. V. Ciepłota 37,5°, tętno 144. Zmarła. [Laseczniki L.]

XXVI. Chaja S., 4 lata, chora od 2 dni, przybyła 10. V, na lewym migdale duży, gruby, szaro-białawy nalot; stan bezgorączkowy; objawy zwężenia krtani — tracheotomia. Wstrzyknięto 20 ctm. sz. surowicy BEHRING'a № I. 11. V. Nalot bez zmiany; w moczu białka niema, stan ogólny dobry. 12. V. Nalot bez zmiany. 13. V. Nalot mniejszy; w hodowlach gronkowce. 14. V. Nalot znacznie mniejszy. 15. V. Nalot znikł zupełnie. 19. V. Rurkę usunięto. 22. V. Wypisana zdrowa. [D. n.]

## II. O OBUSTRONNEM PORAZENIU TWARZY

(*diplegia facialis*).

Podał

**D-r med. L. E. Bregman,**

ordynator kliniki terapeutycznej w szpitalu Ś-go Ducha.

Jakkolwiek stwierdzenie obustronnego porażenia twarzowego jest rzeczą nader łatwą, to rozpoznanie przyczyny porażenia oraz umiejscowienie cierpienia napotyka niekiedy na wielkie trudności. Również jak w porażeniu jednostronnem rozróżniamy stosownie do siedliska cierpienia 3 postaci: 1) nadjądrowe (*diplegia supranuclearis*), czyli ośrodkowe, zależne od uszkodzenia ośrodków twarzowych w korze, lub torów twarzowych na całym ich przebiegu aż do jąder; 2) jądrowe (*d. nuclearis*) przy umiejscowieniu ogniska w samych jądrach nerwów twarzowych; 3) podjądrowe (*d. infranuclearis*), czyli obwodowe przy zajęciu korzeni nerwowych wewnątrz trzonu mózgowego lub też samych nerwów twarzowych. Różniczkowe rozpoznanie tych postaci opiera się na tych samych prawidłach, które stosujemy przy rozpoznawaniu jednostronnego porażenia twarzowego. Prawidła te względną jednak tylko, jak się zdaje, posiadają wartość. Tak np. przyjętem jest powszechnie, że w porażeniu nadjądrowem i jądrowem górna gałąź pozostaje wolną, w obwodowem zaś bywa również sparaliżowaną. GOWERS<sup>1)</sup> wbrew temu zaznacza, iż w porażeniu ośrodkowem górna gałąź, choć w mniejszym może stopniu, zostaje jednak dotknięta: czoło na stronie sparaliżowanej bywa gładsze, oko nie zamyka się tak mocno, lub nie zamyka się samo bez drugiego. Obwodowe porażenie znów niezawsze jednocześnie i w jednej mierze dotyczy różnych gałęzi. Górna gałąź zwłaszcza bywa nieraz w mniejszym stopniu albo wcale nie zajęta [BERNHARDT<sup>2)</sup>].

<sup>1)</sup> GOWERS. Handbuch der Nervenkrankheiten. 1892. Tom II, str. 239.

<sup>2)</sup> BERNHARDT. Facialislähmung und Facialiskrampf. Berliner. klin. Wochenschrift. 1892. str. 1300.

MANN <sup>1)</sup> niedawno zwrócił uwagę na to, że niektóre mięśnie, jak np. *orbicularis oris*, *orbicularis oculi*, niekiedy i *levator labii sup.*, mogą pozostać czynne i kurczyć się prawidłowo pod wpływem prądu elektrycznego, podczas gdy wszystkie inne mięśnie twarzy są sparaliżowane i dają odczyn zwyrodnienia. Ciekawym w tym względzie przypadek podaje HUEBSCHMANN <sup>2)</sup>: do porażenia prawostronnego typu obwodowego przyłącza się porażenie gałęzi górnej lewego nerwu twarzowego, a dopiero w 3 tygodnie później, gdy czynności ruchowe w obu gałęziach górnych powróciły, zostaje porażoną lewa gałąź dolna.

W porażeniu jądrowym stosunki są bardziej jeszcze powikłane. Dla porażenia postępowego opuszkowego charakterystycznym, jak wiadomo, jest kontrast między twarzą sztywną, podobną do maski, a czołem ruchomym, pomarszczonym. Przez różnych autorów jednakże ogłoszone zostały przypadki tego cierpienia, w których gałąź górna również była porażoną [WACHSMUTH <sup>3)</sup>, EISENLOHR <sup>4)</sup>, STEIN <sup>5)</sup>, BERNHARDT <sup>6)</sup>, REMAK <sup>7)</sup>]. W jednym ze spostrzeżeń REMAK'a przed samą śmiercią przyłączyła się *ptosis*, co zdaje się przemawiać na korzyść przypuszczenia MENDEL'a, że gałąź górna nerwu twarzowego włókna swe otrzymuje z tylnej części jądra nerwu gałkoruchowego. W drugim przypadku tegoż samego autora istniało jednak, wbrew temu, kompletne obustronne porażenie twarzowe bez jakichkolwiek zaburzeń ze strony mięśni oka. Ale i po za obrębem porażenia opuszkowego spotyka się obustronne porażenie twarzowe pochodzenia jądrowego z zajęciem wszystkich gałęzi, a ponieważ inne cechy—brak ruchów, zmianów pobudliwości elektrycznej, równoległe porażenia ruchów dowolnych i wyrazowych (*Ausdrucksbewegungen*)—jednakowo odnosić się mogą do porażenia jądrowego i obwodowego, przeto rozpoznanie staje się niekiedy nadzwyczaj trudnym. W niektórych przypadkach decydować może współczesne porażenie innych nerwów mózgowych. Porażenie nerwu okoruchowego zewnętrznego (*n. abducentis*), którego jądro jest najbliższe jądra nerwu twarzowego i okrażone przez korzenie tego ostatniego, przemawia za zajęciem mostu WAROL'a, spotyka się jednak, choć nader rzadko, i w cierpieniach obwodowych, pochodzenia reumatycznego [OPPENHEIM <sup>8)</sup>]. Nerwy słuchowe znów porażone bywają najczęściej wtedy, gdy siedliskiem choroby jest podstawa czaszki; GOWERS <sup>9)</sup> podaje jednak przypadek [dotyczący wprawdzie syfli-

<sup>1)</sup> MANN. Beitrag zur Symptomatologie der peripheren Facialislähmung. Berliner klin. Wochenschrift. 1894, str. 1192.

<sup>2)</sup> HÜBSCHMANN. Ueber Recidive und Diplegie bei der sog. rheumatischen Facialislähmung. Neurologischen-Centralblatt. 1894, str. 844.

<sup>3)</sup> WACHSMUTH. Ueber progressive Bulbärparalyse und die Diplegia facialis. Dorpat. 1864.

<sup>4)</sup> EISENLOHR. Klinische und anatomische Beiträge zur progressiven Bulbärparalyse. Zeitschrift f. klin. Med. 1880.

<sup>5)</sup> STEIN. Doppelseitige Lähmung des N. facialis und Hypoglossus nebst allgemeiner progressiver Muskelatrophie. Deutsches Archiv f. klin. Med. 1869, str. 593.

<sup>6)</sup> BERNHARDT. Archiv f. Psychiatrie 1889, str. 592.

<sup>7)</sup> REMAK. Zur Pathologie der Bulbärparalyse. Archiv f. Psych. 1892, str. 919.

<sup>8)</sup> OPPENHEIM. Lehrbuch der Nervenkrankheiten. 1894, str. 318.

<sup>9)</sup> GOWERS. L. c. str. 230.

tyka], w którym oba nerwy twarzowe i słuchowe zostały porażone nagle na skutek przeciągu. Objawy ze strony innych nerwów mózgowych [trójdzielny, błędny, języko-gardzielowy] towarzyszyć mogą tak porażeniu jądrowemu, jak i podjądrowemu, powstałemu bądź to przez jakiekolwiek cierpienia u podstawy czaszki, bądź też jako objaw zapalenia wielolicznego nerwów (*polyneuritis*).

Zaburzenia smaku stanowią, jak wiadomo, cechę charakterystyczną porażenia obwodowego, umiejscowionego poniżej zwoju kolankowego (*ganglion geniculatum*) aż do odejścia struny bębnekowej. Ale i one, jak słusznie zaznacza STINTZING<sup>1)</sup>, nie mają w rozpoznaniu różniczkowym znaczenia decydującego, gdyż włókna, należące do struny bębnekowej, wchodzą ostatecznie do mózgu jako część składowa nerwu trójdzielnego, zaburzenia smaku zatem również łatwo powstać mogą przez zachorowanie tego nerwu, lub jego jąder. Zdaniem GOWERS'a<sup>2)</sup>, czucie na twarzy pozostać nawet może w tym razie niezmienione, ponieważ torry smakowe natychmiast po wstąpieniu od mózgu od torów czuciowych się oddzielają.

Mniejszą jeszcze wartość dyagnostyczną posiadać musi porażenie podniebienia, gdyż tak kompetentni autorzy, jak: GOWERS i JACKSON, utrzymują, iż nigdy go w porażeniu samego tylko nerwu twarzowego nie spostrzegali, a z drugiej strony znane są przypadki, w których, pomimo że cierpienie umiejscowione było z pewnością powyżej zwoju kolankowatego, a więc przed odłączeniem się od nerwu twarzowego włókien hypotetycznych, przeznaczonych dla podniebienia, to ostatecznie nie było jednak porażone [HOFFMANN<sup>3)</sup>]. Następujący przypadek, spostrzegany przezemnie w klinice terapeutycznej, w którym porażenie nerwu twarzowego było następstwem gruźliczego zapalenia opon mózgowych u podstawy, zasługuje z tego względu na przytoczenie.

Andrzej S., 25 lat, szewc, przybył na klinikę d. 22. VI. 1895 r.. Trzy lata temu krwioplucie. Ostatniej zimy dużo kaszlał. Przed 3 tygodniami wystąpił ból głowy, szum w uszach, wymioty. W początku podobno ogłuchł na lewe ucho, lecz w następstwie słuch mu powrócił. Po kilku dniach napad z zupełną utratą świadomości, trwającą około 5-iu minut. Po przybyciu do kliniki stwierdzono: ogólne wyniszczenie; tętno małe, 92; ciepłota ciała 39,4°; świadomość niepełna, stan nieco podniecony; źrenice rozszerzone, na światło nie reagują; odruchów kolanowych brak. Nazajutrz wystąpił niedowład lewego nerwu twarzowego, wszystkich gałęzi, który w ciągu dni następnych przeszedł w zupełne porażenie. Odruchy twarzy i łącznicy zniesione. Język zbaczał nieco na prawo. Języczek stał prosto, łuki podniebienia jednakowo wysokie, poruszały się z obu stron jednakowo dobrze. Napoje nosem nie wracały. Słuch na lewym uchu zupełnie zachowany, wypływu z niego niema. Chory zmarł 30. VI. Oględziny pośmiertne [kol. E. ZIELIŃSKI] wykazały: wysięk plastyczny na podstawie mózgu, zwłaszcza w okolicy skrzy-

1) STINTZING. Ueber diplegia facialis. Münchener medicinische Wochenschrift. 1893. str. 3.

2) GOWERS. l. c. str. 232.

3) HOFFMANN. Zur Lehre von der peripherische Facialislähmung. Deutsche Festschrift f. Nervenheilkunde. 1894. str. 95.



zowania nerwów wzrokowych wzdłuż tętnicy dołu SYLWIUSZA oraz poniżej mostu VAROL'a. Lewy nerw twarzowy całkowicie zatopiony w jednolitej masie wysiękowej. Rozsiane gruzelki prosówkowe na całej podstawie mózgu. Przekrwienie opon na wypukłości. *Hydrocephalus internus*. *Induratio nigra in apice utroque; tubercula miliaria disseminata praecipue in pulmone sinistro; hydro-pericardium. Tumor lienis mollis; cyanosis renum*. W lewym uchu i wogóle w lewej kości skalistej żadnych zmian nie znaleziono.

W niektórych przypadkach obustronnego porażenia twarzowego umiejscowienie cierpienia bywa po obu stronach różne. Jedna połowa twarzy np. może być dotknięta porażeniem ośrodkowym, druga zaś obwodowym [OPPENHEIM <sup>1)</sup>]. BRASCH <sup>2)</sup> zwrócił uwagę na to, że ognisko, zajmujące jedną połowę mostu VAROL'a na większej rozciągłości, spowodować może diplegię twarzową, ponieważ dotyka jednego nerwu twarzowego przed skrzyżowaniem się, drugiego po skrzyżowaniu się. Również i ognisko, leżące w miejscu krzyżowania się obu nerwów twarzowych, pociąga za sobą porażenie obustronne twarzy, które w tym razie jest oczywiście symetryczne i ma wszystkie cechy porażenia nadjądrowego. <sup>3)</sup> Czy wreszcie jedno ognisko korowe, w myśl nauki o obustronnem unerwieniu twarzy z jednej półkuli, również stać się może przyczyną diplegii, tego w obecnym stanie rzeczy rozstrzygnąć nie możemy <sup>4)</sup>.

Wobec wielkich trudności, przy umiejscowieniu przyczyny diplegii twarzowej się nastęrczających, inne towarzyszące jej objawy chorobowe, przebieg, a zwłaszcza etiologia przypadku mają nieraz dla rozpoznania znaczenie rozstrzygające. Co się tyczy etiologii, to po wykluczeniu postępowego porażenia opuszkowego, prosopodiplegia powstaje najczęściej na tle syfilitycznym, czy to wskutek swoistego zapalenia opon na podstawie mózgu, czy też w następstwie *endarteritidis* i rozmiękczenia w moście VAROL'a; rzadziej znacznie powoduje ją obustronne złamanie podstawy czaszki lub obustronna *otitis media*; najrzadszą zaś jest diplegia obwodowa [prawdopodobnie zakaźna], która występować może tak jako jeden z objawów *neuritidis multiplicis*, jakoteż i bardziej samodzielnie, będąc poniekąd tylko podwojeniem zwykłego t. zw. reumatycznego porażenia twarzowego. Do tej ostatniej grupy zaliczyć należy następujący przypadek:

Antoni K., 26 lat, włościanin, kawaler. Ojciec chorego zdrów. Matka umarła wskutek choroby piersiowej. Chorób umysłowych lub nerwowych w ro-

1) OPPENHEIM. Zur Diagnostik der Facialislähmung. Berliner klin. Wochenschrift. 1891, str. 993.

2) BRASCH. Zur Casuistik der pontilen Herderkrankungen. Neurologisches Centralblatt. 1892. str. 236.

3) Podawane przez licznych autorów krzyżowanie się korzeni nerwów twarzowych przed wstąpieniem do jądra jest rzeczą zgoła niedowidzianą; włókna, które pozornie ciągną się od korzeni twarzowych ku *raphe*, przytaczane jako dowód owego krzyżowania się, jak to w innym miejscu wykazałem, wcale do nerwu twarzowego nie należą. Zob. moją pracę: „O wstępującem zwyrodnieniu ruchowych i czuciowych nerwów mózgowych” w Pamiętniku Tow. Lekarskiego. 1895. Zesz. I.

4) Zdaniem STINZING'a, w ten sposób tłumaczyć można przypadek podany przez A. MAGNUS'a. Archiv MUELLER'a. 1887.

dzinie nie było. Chory był przed obecnem jego cierpieniem zawsze zdrow, syfilisu nie miał. Onanizował się w małym stopniu, napojów wysokowych nie nadużywał.

Dnia 21. IV. b. r. chory doznał nagle bólów z prawej strony karku i za prawem uchem. W przeddzień, była to niedziela, bawił u znajomych w sąsiedniej wsi: położył się spać późno po północy [chory utrzymuje, że pił bardzo mało], lecz chory po kilku godzinach już, przed wschodem słońca, przebudził się i udał się końmi do domu. Po drodze miał już wyżej wspomniane bóle. Powietrze było podobno owej nocy bardzo łagodne, chory zimna nie ucuwał.

Dnia 23. IV. zauważył, że mu się twarz wykrzywiła i że nie był w stanie zamknąć prawego oka. Po paru dniach przyłączyły się parestezye: jakby chodzenie mrówek i bóle twarzy. Bóle są najsilniejsze wzdłuż dolnych szczęk i dolnych zębów, zwłaszcza ze strony prawej; występują napadami, wydają się powierzchownymi, w nocy nie pozwalają choremu spać. Następnie pojawiły się parestezye w lewej górnej kończynie oraz osłabienie tejże kończyny.

Dnia 29. IV. Chory przybył do kliniki terapeutycznej. Przy badaniu znaleziono zupełne porażenie prawej strony twarzy, charakteru obwodowego. Smak okazał się na przedniej połowie języka z prawej strony zmniejszony, podniebienie nie było porażone, słuch dobry, prawe ucho na szmery nadczułe. Pobudliwość elektryczna niezmieniona.

Dnia 5. V. Przyłączyło się porażenie lewej połowy twarzy. Dnia 6. V. demonstrowałem chorego w Towarzystwie Lekarskiem; stan przedmiotowy był następujący: Twarz wygladzona, nieruchoma. Wszelkie ruchy mimiczne zupełnie zniesione; chory nie jest w stanie śmiać się, czoła zmarszczyć, gwizdać, ściągnąć ust, i t. d.

Oczy się nie zamykają, szczelina, pozostająca otwartą, jest z lewej strony mniejsza. Żrenice równe, oddziałują dobrze. Wzrok zachowany. Ruchy gałek ocznych prawidłowe. Odruchy łącznicy z obu stron zniesione. Mowę trudno zrozumieć, zwłaszcza głoski, przy których potrzebne jest współdziałanie warg, chory wymawia niewyraźnie. W czasie mówienia często wydymają się policzki. Język wysuwa prosto, ruchy języka prawidłowe. Smak na przedniej połowie języka, zwłaszcza ze strony prawej, zmniejszony [próbowany kwasem octowym, solą kuchenną, wodą cukrzoną]. Języczek zbacza nieco na lewo, łuki podniebienia z obu stron jednakowo wysokie i przy fonacji poruszają się równomiernie dobrze. Jedzenie utrudnione, ponieważ cząstki strawy dostają się między i poza zęby i ponieważ chory przy otwieraniu ust ucuwa silniejsze bóle w szczękach. Przy polykaniu żadnych zaburzeń. Czucie na twarzy zachowane. Słuch z obu stron dobry, z prawej strony nadwrażliwość na szmery. Punkty uciskowe wszystkich 3 gałęzi nerwów trójdzielnych, oraz nerwów potylicowych przy ucisku bolesne.

Prawa kończyna górna słabsza od lewej [chory pracował zawsze prawą ręką]. Dynamometer wskazuje z prawej strony 58, z lewej 61. Czucie z obu stron jednakowe. Odruchy ścięgniste i perystalne z obu stron wzmożone. Punkty uciskowe nerwów, za wyjątkiem prawego nerwu promieniowego, niebo-

lesne. W kończynach dolnych żadnych zaburzeń niema, tylko odruchy kolanowe i ścięgien Achillesa są wzmożone. Narządy wewnętrzne prawidłowe.

Badanie elektryczne mięśni twarzy wykazuje tak przy pobudzaniu pośrednim od nerwu, jak i przy bezpośrednim prawidłową pobudliwość. Skurcz prawidłowy, formuła skurczowa zachowana.

Dnia 8. V. lewe oko nie zamyka się lepiej od prawego. Pobudliwość faradyczna i galwaniczna po stronie prawej zmniejszona. W kończynach dolnych wystąpiły parestezye. Przy chodzeniu prędko się męczy. Przedmiotowych zaburzeń w kończynach dolnych niema. Odruchy pozostały wzmożone, punkty uciskowe nerwów mało bolesne.

Dnia 16. V. władza w lewej połowie twarzy zaczęła powracać; dnia 21. V. wszystkie jej ruchy były już prawidłowe. Z prawej strony porażenie trwało i mięśnie dawać zaczęły częściowy odczyn zwyrodnienia. Pierwsze ruchy dowolne wystąpiły po tej stronie w mięśniu czołowym [26. V]; znacznie później dopiero [11. VI.] kurczyć się zaczęły mięśnie poruszające kąt ust, w początku mimo woli chorego tylko przy zamykaniu oka, a następnie i dowolnie, jednakże z wyraźnym drzeniem włókienkowym. Do d. 24. VI, w którym to dniu chory klinikę opuścił, poprawa dalej nie postąpiła.

Bóle twarzy i potylicowe były pomimo stosowania różnych środków kojących (*Antifebrinum*, *Apolysinum*, *Natr. sal.* i t. d.) bardzo uporeczywe, trwały bowiem aż do końca maja. Również długo spostrzegano zaburzenia w kończynach.

Streśćmy krótko nasze spostrzeżenie: u młodego włościanina wystąpiło, prawdopodobnie wskutek przeziębienia, prawostronne porażenie twarzowe oraz bóle neuralgiczne i parestezye w obrębie obu nerwów trójdzielnych, potylicowych, prawego splotu ramieniowego z lekkim osłabieniem prawej kończyny górnej. W 2 tygodnie później przyłączyło się porażenie lewej połowy twarzy i pojawiły się parestezye w kończynach dolnych oraz, nieznaczne zresztą, osłabienie ich czynności ruchowych. Lewostronne porażenie ustąpiło zupełnie po 2-ach tygodniach, prawostronne zaś należy do cięższych, gdyż po 2-ach miesiącach zaledwie trochę się poprawiło. Zaburzenia kończyn ustały po miesiącu.

Wątpliwości żadnej ulegać nie może, że prosopodiplegia w przypadku tym była obwodową; przedstawiając zresztą chorego w Towarzystwie Lekarskim nazajutrz po wystąpieniu diplegii, mogliśmy już na zasadzie sposobu jej powstania, cech samego porażenia i towarzyszących mu innych objawów to samo rozpoznanie postawić, określając przytem siedlisko cierpienia stosownie do szematu Ekb'a z prawej strony w miejscu oddzielania się *n. stapedii*, z lewej zaś w bliskości odejścia struny bębenkowej.

Bóle twarzy spotyka się w zwykłym, reumatycznym porażeniu twarzowym dość często, w wielu przypadkach spostrzegano nawet przedmiotowe zaburzenia czuciowe. Według Gowers'a<sup>1)</sup> znieczulenie, umiejscowione w niektórych przypadkach przed i za uchem, zależnem jest od gałązki czuciowej,

<sup>1)</sup> GOWERS. L. c. str. 233

którą w tem miejscu nerw twarzowy oddaje, a której włókna pochodzą z nerwu trójdzielnego. FRANKL-HOCHWART<sup>1)</sup>, opierając się na badaniach doświadczalnych różnych autorów, tłumaczy również zaburzenia czuciowe w ten sposób, że, u niektórych osobników przynajmniej, nerw twarzowy zawiera w sobie włókna czuciowe. W takim przypadku jednak, jak nasz, tłumaczenie to nie może być zadawalającym, gdyż bóle były tak silne i uporczywe, jak w ciężkiej neuralgii, nie ograniczały się wcale do okolicy nerwów twarzowych, a rozprzestrzeniały się na kark, okolicę potylicową i jedną kończynę górną i punkty uciskowe niektórych nerwów czuciowych były bardzo wrażliwe. Należy raczej przypuścić, że ta sama przyczyna, która spowodowała porażenie twarzowe, dotknęła również i nerwów czuciowych, wywołując z ich strony wręcz przeciwnie, aniżeli w nerwie twarzowym, objawy podrażnienia, a nie porażenia. W słabszym znacznie stopniu dotknięte być musiały nerwy ruchowe kończyn, gdyż zaburzenia w nich były bardzo nieznaczne. Bądź co bądź, przypadek nasz, podobnie jak niektóre pokrewne mu w literaturze [STRUEMPPELL<sup>2)</sup>, ALTHANS<sup>3)</sup>, INGLIESI<sup>4)</sup>], uważać można jako odrębną poniekąd postać *polyneuritidis* z przeważającym udziałem nerwów twarzowych. Wspominaliśmy już wyżej, że w zwykłej postaci tego cierpienia nerwy twarzowe, choć nadzwyczaj rzadko, uczestniczyć również mogą. Ciekawem w tym względzie jest spostrzeżenie BRASCH'a<sup>5)</sup>, które dowodzi, że pomimo zachowanej zupełnie władzy ruchowej, znaleźć się jednak mogą wyraźne zmiany pobudliwości elektrycznej, wskazujące na zajęcie wielokrotnie już wymienionych nerwów. Zaznaczamy wreszcie, że w przypadku naszym cierpienie rozwijało się poniekąd w kierunku zstępującym, słabnąc przytem w tym samym kierunku, gdy natomiast w niektórych przypadkach *polyneuritidis* z udziałem nerwów twarzowych przebieg był wręcz przeciwny [SAVAGE<sup>6)</sup>, JOLLY<sup>7)</sup>, może STEINER<sup>8)</sup>]. Trudno rozstrzygnąć, dla czego w jednym przypadku jedno, w innym inne nerwy zostają pierwiej i mocniej dotknięte, wątpić jednak nie można, że między pomienionymi cierpieniami istnieć musi blizkie pokrewieństwo. Fakty te rzucają pewne światło na istotę t. zw. reumatycznego porażenia twarzowego; czynią bowiem prawdopodobnem, że to ostatnie również jak i *polyneuritis* jest cierpieniem zakaźnem i prawdopodobieństwo jest tem większe, że obok porażenia twarzowego spotyka się nieraz mniej lub więcej wyraźne objawy ogólne i zaburzenia czuciowe, które jednak wskutek przykucia całej uwagi do przoduującego objawu często bywają przeoczone.

1) FRANKL-HOCHWART. Ueber sensible und vasomotorische Störungen bei der rheumatischen Facialislähmung. Neurolog. Centralblatt. 1891. str. 291.

2) STRUEMPPELL. Multiple Neuritis mit doppelseitiger Facialislähmung und Ataxie der unt. Extremitäten. Neurol. Centralbl. 1889. str. 601.

3) ALTHANS. Die beiderseitige Facialislähmung als eine Form der Polyneuritis. Deutsche med. Woch. 1893. str. 1086.

4) IOGLIOSI ref. w SCHMIDT's Jahrb. 1893. tom, 238. str 737.

5) BRASCH. Beitrag zur Lehre von der multiplen Neuritis. Neurol. Centralbl. 1891. str. 263.

6) SAVAGE. Note sur un cas de polyneurite infectieuse aiguë Rev. de méd. 1891. str. 138.

7) JOLLY. Ueber acute Aufsteigende Paralyse. Berliner klin. Woch. 1894.

8) STEINER. Ein Fall von Rückenmarkshyperämie, cyt. według STINTZING'a l. c.

Niezwykłym w naszym przypadku jest epizodyczne, że tak powiem, wystąpienie lewostronnego porażenia, które jako lekkie wydaje się jakby wplecionem w przebiegu ciężkiego porażenia prawostronnego; podobnego stosunku w żadnym z ogłoszonych, a dostępnych mi przypadków *proso-podiplegiae* nie znalazłem. Zaznaczyć wreszcie wypada późne [dopiero w 3-im tygodniu] pojawienie się zmian pobudliwości elektrycznej, gdyż uczy nas ono, że z rokowaniem w porażeniu twarzowym jak najdłużej wstrzymywać się należy.

---

Z PRYWATNEGO ZAKŁADU LECZNICZEGO DLA DZIECI PRZY ULICY LESZNO.

---

### III. Z DZIEDZINY ZBOCZEŃ WRODZONYCH.

Podał

**Bronisław Wilhelm Sawicki.**

— 3 —

[Ciąg dalszy.— Patrz Nr. 36].

Co się tyczy wywiadów, to w niektórych tylko przypadkach odnotowano znaczniejszy uraz [KUESTNER, KNOX, VIEHOEFER], który zawsze miewał miejsce w pierwszych miesiącach ciąży. W przypadku STADTHAGEN'a bez widocznej przyczyny w 4 miesiącu ciąży wystąpiły w okolicy macicy szarpiące bóle, które zjawiały się napadami i powtarzały się do porodu.

Na uwagę zasługują jeszcze objawy, spostrzegane niekiedy podczas porodu. Niektórzy autorowie wspominają mianowicie o długim trwaniu porodu z powodu utrzymujących płód zrostów, FRICKHOEFER zaś wspomina o trzaśnięciu, spowodowanem pęknięciem zrostu przy porodzie.

Na zakończenie sprawy o amputacjach samodzielnych należy powiedzieć słów kilka o ich znaczeniu dla płodu. Jeżeli amputacje same przez się, gojąc się łatwo, wielkiego niebezpieczeństwa dla życia płodu nie przedstawiają, to jednakże towarzyszące im inne zmiany w organizmie mogą wywołać bardzo ważne powikłania. Dość jest powiedzieć, że znaczna tylko mniejszość podobnych dzieci rodzi się żywą, ogromna zaś ilość ich zamiera jeszcze we wczesnym okresie rozwoju. Tak znaczna odsetka śmiertelności wśród podobnych płodów zależy od przeróżnych zniekształceń, towarzyszących często amputacjom samodzielnym, jakoto: rozszczepy brzucha i piersi, *hemikrania*, przemieszczenie organów wewnętrznych, *hydrencephalocela* i t. p. Do rzędu podobnych zбочzeń należy także zaliczyć ucisk pępowiny, wywołany okręceniem się jej samej wokół kończyn płodu lub też wywołany obwinięciem się wokół niej powrózka. Zwracam uwagę i na to, że przedwczesną śmierć płodu może wywołać rozrywanie się zrostów z następczem krwawieniem lub też przedwczesne odklejenie się łożyska w przypadkach zrostów, lub też okręcania się pępowiny.

W naszej literaturze akuszerijnej sprawa amputacji wewnątrz-macicznych, jako też i większości innych zбочzeń wrodzonych, zawsze leżała odło-

giem. Tylko w sprawozdaniach z posiedzeń Towarzystwa Krakowskiego za r. 1877 znajdujemy, że BYLICKI w temże Towarzystwie demonstrował preparat płodu 6 miesięcznego, który obok wodogłowia (*hydrocephalus*), zбочeń w położeniu serca, oraz wątroby i innych trzew brzusznych, posiadał na obu rękach brak dwóch palców. Do serca i do wątroby płodu przyczepiały się na trzy linie szerokie błony płodowe. Demonstracyę preparatu uzupełniał krótki wykaz przyczyn, mogących wywoływać amputacye samodzielne.

Przy pisaniu niniejszego artykułu posiłkowałem się następującemi pracami:

REUS. Ueber Spontanamputation bei foetus. Dissert. Würzburg. 1869. [bardzo sumiennie zebrana literatura].— VIEHÖFER. Ueber intrauterine Amputationen. Dissert. Bonn. 1887.— VIRCHOW. Monatschrift f. Geburtskunde. 1862. Bd. 20, str. 16.— OLLIVIER. SCHMIDT's Jahrbücher. 1835. Bd. 5. str. 203.— JENSEN. VIRCHOW's Archiv f. Patol. Anatomie. 1868. Bd. 42, str. 243.— BRAUN. Monatschrift f. Geburtskunde. 1863. Bd. 21, str. 230.— Tenże. SCHMIDT's Jahrb. 1855. Bd. 87, str. 216.— Tenże. SCHMIDT's Jahrb. 1865. Bd. 127, str. 53.— Tenże. CANSTATT's Jahresber. 1854. Bd. 4, str. 7.— HENNIG. VIRCHOW's Archiv f. Pat. Anatomie 1860. Bd. 19, str. 200.— KRISTELLER. Monatsch. f. Gebur. 1859. Bd. 14, str. 87.— DOHRN. Monatsch. f. Gebur. 1863. Bd. 21, str. 30.— NETTEKOVEN. SCHMIDT's Jahrb. Bd. 31, str. 31.— STADTHAGEN. Monatsch. f. Gebur. 1860. Bd. 16, str. 321.— BIRNBAUM. Monatsch. f. Gebur. 1858. Bd. 11, str. 329.— REGIS. SCHMIDT's Jahrb. Bd. 36, str. 32.— DANNYAN. Gazette des hôpitaux. 1853. Nr. 144, str. 581.— Tenże. Gazette des hôpitaux. 1861. Nr. 87, str. 345.— BROCA. Gazette des hôpitaux. 1855. Nr. 127.— KOTTMEIER. VIRCHOW's Archiv f. Pat. Anatomie. 1864. Bd. 29, str. 610.— ROSENBERG. VIRCHOW's Arch. f. Pat. Anat. 1865. Bd. 34, str. 107.— GURLT. Monatsch. f. Gebur. 1857. Bd. 9, str. 321.— BYLICKI. Przegląd lekarski. 1877. str. 599. Nr. 51.— BRAUN. Centr. f. Gynäkol. 1889, str. 603.— KÜSTNER. Zeitschrift f. Geburtshülfe u. Gynäkologie. 1890. Bd. 19, str. 445.— KLIX. Zur Casuistik und Aetiologie der Spontanamputationen. Dissert. Königsberg. 1889.— STRASSMANN. Archiv f. Gynäkologie. 1894. Bd. 47, str. 454.

## 2. Przypadek owrządzeń skóry wrodzonych.

Oprócz amputacyi wewnątrz-macicznych, zrosty płodu z owodnią mogą wywoływać wiele innych zmian, jako to: przepukliny mózgowe, tarń dwudzielną, rozszczepy i t. p.. Być może, iż przy innej okazji w przyszłości o tem pomówimy. Dziś radbym tylko cośkolwiek powiedzieć o wrodzonych brakach skóry, które AHLFELD tymże zrostom przypisuje. Oddawna mianowicie zwracano już uwagę, że niekiedy na skórze noworodków znajdują się mniejsze lub większe powierzchnie, ziarniną pokryte. Takie ziarninujące powierzchnie spotykano tak u noworodków zdrowych, jako też u płodów nieżywych. Najczęściej takie powierzchnie zdarzają się na głowie i na twarzy. Początkowo przypuszczano, że powstają one wskutek zranienia podczas porodu przy badaniu palcem lub przy sztucznem rozszerzaniu ujścia macicznego. Taki pogląd wyrazili PLOSS, HAAKE, DOHRN i inni, którzy podobne przypadki opisywali. Jednakże tego rodzaju objaśnieniu przeczyła ta okoliczność, iż omawiane powierzchnie zawsze były pokryte dobrze rozwiniętą ziarniną i przedstawiały objawy rozpoczętego już zablizniania się, co nie mogło przecież nastąpić w ciągu kilku godzin. Toteż SCHATZ wyraził przypuszczenie, że wrodzone braki skóry na głowie powstają wskutek obtarcia w razie niewielkich zwężeń miednicy. W roku przeszłym AHLFELD, opierając się na swoich i na cudzych spostrzeżeniach, przyszedł do

wniosku, że braki skóry u płodu powstają wskutek oderwania się zrostów owodniowych. Taki sam pogląd wyraził BRAUN. AHLFELD w jednym ze swoich przypadków, obok braku skórniego na ciemieniu, znalazł po jednym nadliczbowym palcu na obu rękach i na prawej nodze. Nadto łożysko posiadało jedną tylko tętnicę, lecz za to dwa krwią napełnione naczynia żółtkowe (*Dottergefäße*). Fałda SCHULTZE'go zawierała pęcherzyk żółtkowy wraz z jego sznurkiem. Badanie mikroskopowe wykazało, że w okolicy rany był brak zupełny skóry, tak, że nie można było znaleźć ani cebulek włosowych, ani gruczołów. Zato kość i okostna były całe AHLFELD przypuszcza, że znalezione w tym przypadku nieprawidłowości przemawiają za tem, że brak skóry wywołany był zrostami tejże z owodnią.

Bardziej przekonywającym jest przypadek BRAUN'a. Dziecko urodziło się z 3 brakami skóry na obu kolanach. Kolana były w 24 godzin po urodzeniu umiarkowanie obrzmiałe; braki skórne miały nierówne, wyzębione brzegi; tkanka podskórna była obnażona. Na prawem kolanie znaleziono na obwodzie braku promienistą bliznę. Na obu kończynach powyżej i poniżej kolana zauważono wązkie, czerwono-sinawe brózdy od zaciśnięcia. BRAUN przypuszcza, że tak brózdy, jak i utraty skóry powstały wskutek zrostów z owodnią.

Za przypuszczeniem, że braki skóry u płodu mogą powstawać wskutek zrostów z owodnią, przemawia, zdaniem mojem, i ta okoliczność, że podobne braki spotyka się na tami dwudzielnej. Ponieważ ta ostatnia może powstawać wskutek zrostów owodniowych, braki zatem skóry na niej muszą mieć taki sam początek. Przypadki podobne miałem sposobność spostrzegać kilkakrotnie. Ponieważ zrosty pomiędzy owodnią i płodem najłatwiej mogą powstawać w okolicach płodu obwodowych, przeto i braki skóry zwykle spotykano na głowie, na krzyżu na kończynach. Wyjątek pod tym względem, o ile mogłem sprawdzić, stanowi następujący przypadek, spostrzegany przezemnie w roku przeszłym:

Władysława M. urodziła się 9 listopada r. p. i zaraz następnego dnia pokazano mi ją. Przy badaniu znalazłem: dziecko wątłe, lecz prawidłowo zbudowane. Na obu bokach w okolicy dolnej części klatki piersiowej i górnej części brzucha znajdujemy symetryczne duże blizny. Na stronie prawej blizna ma kształt czworoboku i zajmuje okolicę dolnych żeber, począwszy od 7-go, i okolicę podżebrową. Poprzeczny wymiar blizny od linii brodawkowej do linii pachowej tylnej wynosi 7 ctm., podłużny zaś wymiar od 7 żebra do linii, przebiegającej nieco po nad pępkiem, wynosi 5 ctm. Powierzchnia, zajęta blizną, jest nieco zakłębiona. Brzegi blizny rozchodzą się promienisto, ściągając sąsiednią skórę. Sama blizna mocno zrasta się z żebrami i mięśniami brzucha, ma barwę czerwono-sinawą i posiada w środku powierzchnię obnażoną, która nie zdążyła jeszcze zaciągnąć się naskórkiem. Obnażona powierzchnia ma barwę szaro-brunatną i średnicę 2—2,5 ctm. Na skórze wokoło blizny łuszczy się obficie naskórek. Od górnego tylnego kąta blizny idzie wązkie wydłużenie tejże do prawej łopatki. Wydłużenie to ma postać głęboko wciągniętej bliznowatej taśmy, pokrytej na powierzchni strupem. Na lewym boku znajdujemy zupełnie podobną bliznę, która jednakże nie ma powierzchni obnażonej po środku. Umiejscowienie, barwa, wygląd tej blizny, są zresztą zupełnie podobne do blizny na stronie

prawej. Znajdujemy tu nawet bliznowatą, wciągniętą taśmę, przebiegającą od tylnego górnego kąta blizny ku kątowi lewej łopatki. Taśma ta jednakże na stronie lewej jest nieco krótsza i nie tak zrośnięta z tkankami głębokimi, jak na prawej. Zebrane na razie i później wywiady dały co następuje: matka dziecka liczy lat 28, jest zdrowa i dość dobrze zbudowana. W 22 roku rodziła po raz pierwszy, poczem powiła jeszcze troje dzieci.

W 4 miesiącu podczas ostatniej ciąży M. spadła ze schodów na wznak, uderzając się plecami o stopnie, poczem długo się podnieść nie mogła. Od tej pory doznawała wciąż silnych bólów w lewej okolicy brzucha. W dalszym przebiegu ciąży M. spadała z tychże samych schodów jeszcze dwukrotnie, a mianowicie w 6 i 7 miesiącu. Ruchy dziecka poczuła M. w swoim czasie. Poród odbył się bez powikłań i trwał 2 godziny. W kilka dni po porodzie obnażona powierzchnia, leżąca w środku blizny na stronie prawej, pokryła się naskórkiem. W parę miesięcy po porodzie blizny ściągnęły się jeszcze bardziej, tak, że część dolna klatki piersiowej po obu stronach przedstawiała znaczne zagłębienia. Dziecko przed paroma tygodniami zapadło na zapalenie płuc, lecz o dalszych losach jego nic nie wiem.

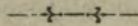
W danym przypadku obecności głębokich blizn, wskazujących na symetryczne braki skóry po obu stronach, nie mogę sobie wytłumaczyć inaczej, jak zrostami skóry płodu z owodnią. Być może, iż uraz w 4 miesiącu ciąży wywołał tu rozerwanie owodni, co spowodowało zrosty. Przypuszczenia tego nie mogłem poprzeć dowodami, ponieważ nie byłem w stanie zbadać łożyska i błon płodowych. Na uwagę w tym przypadku zasługuje niezwykle umiejscowienie braków skóry. Zwyczajnie, jakśmy wyżej mówili, braki takie występują obwodowo. Dla czego w tym razie cierpieniu uległy obadwa boki w miejscach symetrycznych, powiedzieć nie umiem.

Mówiąc o amputacjach wewnątrz-maciczych, wspominaliśmy, że owrzodzenia na skórze płodu mogą powstawać wskutek czynników urazowych, jakoto: wskutek tarcia [np. pępowiną], wskutek ucisku ze strony kości miednicy i t. p. W naszym przypadku tego rodzaju czynnik musimy wyłączyć wobec braku jakichkolwiek danych potemu. Co się tyczy innych spraw patologicznych na skórze płodu [zwłaszcza zapalnych], któreby mogły prowadzić do rozległych owrzodzeń, to o nich nie powiedzieć nie możemy, chociaż, jakśmy to wyżej widzieli, na możliwość ich wskazują pewne spostrzeżenia. W artykule tym zużytkowaliśmy następujące prace, obok niektórych wyżej przytoczonych:

DOHRN. Zeitschrift f. Geburtshilfe u. Gynäkologie. 1888. Bd. 14, str. 366.— AHLFELD. Eine neue typische Form durch amniotische Fäden hervorgebrachter Verbildung, Wien. 1894.



## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.



75. D-r Leopold Casper. Ropień gruczołu krokowego, zapalenie ropne około przyprątnej tkanki łącznej i jej żył.

Ropnie gruczołu krokowego, zdarzające się w ogóle dość rzadko, powstają zazwyczaj wtórnie jako powikłanie cierpienia narządów moczowo-płciowych, a zwłaszcza rzeżączki, jakkolwiek wytwarzają się też niekiedy i przy istnieniu kamienia albo sprawy zapalnej w pęcherzu. W ciągu lat pięciu autor zauważył 30 takich przypadków ropienia w omawianym gruczole, które dawało zawsze objawy tak wybitne, że nie było trudnem do rozpoznania. W pierwszym zatem okresie cierpienia chorzy zaczynają doznawać mocnego bólu przy oddawaniu moczu i stolca, głównie zaś na początku obu tych czynności, kojarzących się tu prawie zawsze ze sobą. Z biegiem czasu i dalszym rozwojem ropnia oddawanie moczu staje się coraz częstszem i bardziej ilościowo skąpem. Następuje wreszcie zupełne, pomimo silnego parcia, zatrzymanie moczu, a cewnikowanie, zwykle w tych razach z przyczyny miękkich ścian ropnia bardzo pomyślne, staje się koniecznem. Przy niezwykle bolesnem badaniu przez odbytnicę wyczuwa się wówczas wypuklający się, okrągławy, ostro odgraniczony, o spoistości ciastowatej i powierzchni gładkiej, guz, który miejscami daje uczucie chelbotania i po nad którym ściana kiszki stolcowej jest ruchomą. Niekiedy, wprawdzie wypuklenie owo jest bardziej wyraźnem w kierunku międzykrocza, zdarza się to jednak stosunkowo rzadko i nie uwalnia od konieczności zbadania przez odbyt, co wraz z przekłuciem próbnem jest najważniejszym czynnikiem rozpoznawczym, zwłaszcza wobec często zauważanego braku u takich chorych gorączki. Z 21 np. operowanych przez autora przypadków stwierdzono tę ostatnią w 4 spostrzeżeniach jedynie; w jednym zaś przypadku, w którym operowano ósmego dnia od chwili zatrzymania się moczu, wypuszczono po wykonaniu cięcia do  $\frac{3}{4}$  litra ropy, operowany jednak nie gorączkował przedtem wcale, czem też usprawiedliwia się owo opóźnienie zabiegu chirurgicznego.

Jeżeli sprawa chorobowa pozostawioną zostaje samej sobie, natenczas może wywołać szereg mniej lub więcej groźnych dla chorego następstw: a) Ropienie rozszerza się na otaczającą okółprzyprątną tkankę łączną (*phlegmone periprostatium*), a badanie przez odbyt wykrywa wtedy obecność wypuklającego się dużego i rozlanego guza, który ma powierzchnię mniej, niż przy ropniu równą i nie jest tak miękki, przyczem odpowiadająca mu ściana jelita stolcowego nie jest przesuwalną. Jeżeli i teraz jeszcze nie zostaje wykonanym odpowiedni rękoczyn lub też ropień nie otworzy się samoistnie, sprawa zapalna przenieść się może na pobliską otrzewną, wywołując ropne jej zapalenie (*peritonitis purulenta*), lub też na warstwę surowiczą pęcherza (*pericystitis abscedens*). b) W gorzej jeszcze przebiegających przypadkach cierpienie wikła się zapaleniem żył splotu okółprzyprątnego (*phlebitis paraprostatica*), przy którym występują ciężkie objawy ogólne, a więc: wstrząsające dreszcze oraz znaczne podwyższenie ciepłoty ciała. Według HOGUES'a przy obmacywaniu (*per rectum*) stwier-

dza się wówczas istnienie twardego, o nierównej powierzchni guza, dającego uczucie, jakby się wymacywało pakunek, który składa się z grubych pasm włóknistych. Rokowanie jest nader niepomyślne; z jednej bowiem strony po wykonaniu cięcia naraża się chorego na niebezpieczny z naczyń zapalnie rozszerzonych krwotok i możliwe następcze zatory, z drugiej znów przypadki nieoperowane kończą się zwykle śmiercią wśród objawów ropnicy, wyzdrowienie zaś bywa wyjątkowem tylko. Tem też objaśnia się owa wysoka stosunkowo śmiertelność, którą SEGOND w zaniedbanych odnośnych przypadkach oblicza na 20%. c) Daleko jednak częściej ropień gruczołu krokowego, nim ulegnie tym powikłaniom, otwiera się sam przez się do cewki moczowej lub do odbytnicy, wytwarzając niejednokrotnie w ten sposób przetokę niezupełną, a nawet i zupełną, jeżeli kanał prowadzi z cewki przez istotę gruczołu do jelita stolcowego; przykre to następstwo daje się usunąć zresztą dość łatwo i często nawet bez potrzeby uciekania się do operacji, gdyż nieraz stwierdzono, że po dokładnem opróżnieniu i odkażeniu jamy ropnia przetoki takie goiły się całkowicie. Dodać należy, iż, jakkolwiek rzadko, ropnie mogą pękać do międzykrocza, a nawet do dołu kulszo-stolcowego (*fossa ischio-rectalis*) lub w okolicy pachwinowej. d) W przypadkach wreszcie nader zaniedbanych chory prócz tego narażonym zostaje na utratę wydzieliny gruczołu, co zwykle kończy się bezpłodnością (*impotentia generandi*); jak wykazały bowiem doświadczenia WILSON'a, FUERBRINGER'a i PERCY'ego wydzielina ta jest niezbędną dla utrzymania przy życiu nitek nasiennych. Różne są przyczyny, które warunkują ten, tak niepożądany wynik, mianowicie: całkowite zropienie tkanki wytwórczej gruczołu, dalej—nie drożność, t. j. zwężenie lub zarośnięcie (*obliteratio*) przewodów wytryskowych (*ductus ejaculatorii*), zależne od bliznowatego skurczenia tkanek, te ostatnie otaczających, co ma miejsce po przebytych tamże sprawach zapalnych; nakoniec wykrzywienie się otworów ujściowych tychże przewodów i wylewanie się wskutek tego ich zawartość ku tyłowi, o czem wspominają w swych spostrzeżeniach DEMAUX i LA PEYRONIE.

Operacja, o ile możności wczesna, jest jedynym, podług autora, zabiegiem leczniczym. Chociaż widywano niekiedy rozejście się nacieku ropnego przy odpowiedniem leczeniu przeciwzapalnem wskutek zapewne otorbienia się ropnia, zwyrodnienia i śmierci drobnoustrojów, tłuszczowego wreszcie przeistoczenia i wessania się komórek ropnych, to jednak spostrzeżenia te tyczyły się prawdopodobnie w znacznej swej części właściwie nie dużego zbiorowego ropnia, lecz ostrego ropnego zapalenia gruczołu (*prostatitis purulenta*), przy którym znajdują się w zrazikach tegoż malutkie, poddzielane od siebie ogniska zapalne. Leczeniu jednak takiemu zbyt długo ufać nie można, przeciwnie zaś z otwarciem ropnia drogą krwawą należy pospieszyć się zawsze, mając na względzie przytoczone następstwa metody wyczekującej.

Istnieje kilka sposobów wykonywania zabiegu. Operowanie w międzykroczu, stosowane przeważnie przez DEMARQUAY'a i GUYON'a, przedstawia tę stronę ujemną, że prowadzi, przy głębszem zwłaszcza umiejscowieniu ropnia do nieuchronnego niemal przecięcia przewodów wytryskowych; w 3 wprowadzie przypadkach autor wykonywał szczęśliwie ów zabieg od strony krocza, lecz

tam ognisko ropne było umiejscowione nader powierzchownie. Drugi dokładny, pewny i oszczędzający części miękie, praktykowany przez DITTEL'a i ZUCKERKANDL'a sposób, zasadzający się na wyosobnieniu błony śluzowej odbytnicy i następnie dopiero przecinaniu ropnia, możebnym jest tylko w przypadkach wczesnych; najczęściej bowiem ropień gruczołu krokowego, torując sobie ku kiszce stolcowej drogę, pociąga za sobą znaczne ścięczenie warstwy tkanek pomiędzy nim samym a ową błoną śluzową i z tej przyczyny wyosobnienie staje się niewykonalnym zupełnie. Pozostaje więc jedynie trzeci i najdawniejszy sposób: otwieranie ropni przez odbyty, który, dzięki surowo przestrzeganemu leczeniu odkażającemu, przestał być niebezpiecznym i nie daje obecnie powikłań; po głębokiem zatem uspieniu chorego, po wprowadzeniu do jego odbytu wziernika i uprzystępnieniu sobie w sposób powyższy pola operacyjnego, po obmyciu, możliwem tegoż odkażeniu i zamknięciu światła kiszki od góry paskiem gazy jodoformowej—otwiera się ropień w miejscu najwyraźniejszego chęłbotania, a wypuściwszy ropę i przemywszy jamę roztworem octanu glinu, wprowadza się do tej ostatniej owinięty w gazę dren; ranę, po opanowaniu krwawienia, wypełnia się gazą nadzwyczaj szczelnie. Tegoż dnia chory dostaje makowiec, w ciągu zaś pierwszych dni czterech dokonywa się opatrunku 2—3 razy dziennie, poczem dren należy usunąć; wtedy zwykle rana goi się bardzo prędko. Powstające niekiedy przetoki, jeżeli nie zasklepią się same, należy okrwawić i zaszyć. Postępując w ten sposób, autor we wszystkich 18 przez odbyty operowanych przypadkach otrzymywał stale wyniki bardzo pomyślne, t. j. wyleczenie chorego zupełne, nie stwierdziwszy nigdy zakażenia rany, nie mówiąc już o jakichkolwiek objawach ropnicy.

(Berlin. klin. Wochenschr. Nr. 21—22. 1895.).

K. Niedzielski.

#### 76. H. Rieder. O rozszerzeniu i przeroście serca w następstwie przemogi (*Ueberanstrengung*) oraz o pierwotnych chorobach serca wogóle.

Pierwotne cierpienia mięśnia sercowego zwróciły ostatnimi czasy szczególną uwagę klinicystów i anatomo-patologów. Zwłaszcza te cierpienia, które powstają wskutek przeciążenia fizycznego, były wielokrotnie przedmiotem szczegółowych poszukiwań ze strony rozmaitych badaczy. Jednakże nauka o przemodze serca (*Ueberanstrengung des Herzens*), stanowiącej główny moment przyczynowy powstawania samoistnych (*idiopatyczne*) chorób serca, nie jest jeszcze dostatecznie opracowaną i wiele odnoszących się tu kwestyi jeszcze czeka na rozwiązanie. Aczkolwiek panujący w ostatnich czasach w nauce lekarskiej kierunek bakteryologiczno-chemiczny nie bardzo sprzyjał poszukiwaniom w tej dziedzinie patologii, to jednak najważniejsze prace, przedmiotowi temu poświęcone, pojawiły się właśnie w ostatnich czasach [FRAENTZEL, LEYDEN, BOLLINGER, KREHL, FREY i inni].

Już HOPE, HUNTER, KREYSIG, STOKES byli tego zdania, że nadmierny wysiłek mięśniowy może spowodować chorobę, *resp.* rozszerzenie serca. Lecz pierwszym, który szczegółowiej badał wymienione stany chorobowe, był PEACOCK. Autor ten zrobił spostrzeżenia na górnikach z Kornwalii i na podsta-

wie tych spostrzeżeń naszkicował obraz chorobowy, któremu nadał nazwę *Minner's Asthma*. Późniejsze prace o tym przedmiocie zawdzięczamy: MEYERS'owi, THOMAS CLIFFORD ALBUTT'owi, DA COSTA, THOMPSON'owi [który spostrzegł przypadki ostrego rozszerzenia serca, połączonego nawet z rozerwaniem zastawek, w następstwie nadmiernych wysiłków fizycznych], wreszcie MACLEAU i MOINET'owi. Pomimo przekonywających przypadków, które, prócz wzmiankowanych autorów, opisali nadto TRAUBE, BERMER, WILH. BAUR, JOH. SEITZ, CURSCHMANN i inni, poczęto z różnych stron wyrażać wątpliwość co do tej nieznaney przedtem choroby [DUCHEK, FRIEDREICH, OPOLZER, E. SEITZ, SCHROETTER, SPILLMANN, BERNHEIM i inni]. KUNZE zupełnie nawet zaprzeczał możliwości powstawania pierwotnego przerostu i rozszerzenia, uważając przypadki JOH. SEITZ'a i MUENZINGER'a za nieczyste, jak również znane przypadki PEACOCK'a [robotnicy Kornwalii], w których, zdaniem jego, istniało następcze rozszerzenie serca, zależne od powikłań płucnych.

Za pierwotnym przerostem stanowczo przemawiał GERHARDT, który spostrzegł u chorych, dotkniętych epilepsją, przerost serca, powstały wskutek silnych wysiłków mięśniowych. Podczas gdy, zdaniem większości autorów, obie połowy serca biorą dość równomierny udział w przeroście odśrodkowym, FRIEDREICH przyjmuje li tylko przerost lewej komórki i to wyłącznie u osób klasy robotniczej.

Doświadczalnie starał się kwestyę pierwotnego przerostu rozstrzygnąć SCHOTT w Nauheim. Badając zupełnie zdrowe osoby przed i po mocowaniu się, znajdował rozszerzenie serca na prawo i na lewo na 1—2 ctm., a u jednego osobnika po kilkuminutowem mocowaniu się wierzchołek serca miał przesunąć się poza linię sutkową na 5,5 ctm. (!). Badania te wymagają wszelako potwierdzenia.

Dalsze historyczne dane, tyżące się pierwotnych chorób mięśnia sercowego, są doskonale zestawione w pracach THURN'a i BOLLINGER'a.

Nie ulega żadnej wątpliwości, że osobniki młode daleko lepiej nadają się do studyów nad pierwotnemi cierpieniami serca, niż starsze, u których zmiany zależne od wieku i różne choroby organiczne, prowadzące do przerostu serca [rozedma płuc, miażdżycza tętnic, marskość nerek], warunkują zawily obraz chorobowy.

Lżejsze przypadki rozszerzenia serca, w których występuje bicie serca, duszność, omdlewanie, przyspieszona i nieprawidłowa czynność serca, zdarzają się, zdaniem doświadczonych klinicystów, dość często. Bardziej pouczające są te przypadki, w których jednorazowy, lecz gwałtowny, wysiłek mięśniowy, prowadzi do znacznego, czasem zabójczego, rozszerzenia serca.

THOMPSON opowiada o 28-letnim mężczyźnie, który bezpośrednio po podniesieniu znacznego ciężaru uczuł silny ból w okolicy serca, wkrótce potem przedstawiał objawy nieomogi serca przy silnem powiększeniu tegoż i po upływie 14 dni zmarł. Przy oględzinach pośmiertnych serce okazało się mocno rozszerzonem, nadzwyczaj wiotkiem i stłuszczenem. CORVISART wspomina o pewnym kuryerze, który bez wytchnienia przebiegł kouno 1000 mil i po 8 dniach zmarł przy objawach osłabienia serca, obrzękach i sinicy. Tenże

autor przytacza inny przypadek, w którym mężczyzna, tocząc dużą beczkę wódki, dostał silnego napadu kaszlu i wkrótce zmarł. Sekcja wykazała ogromne rozszerzenie serca. W przypadku CURSCHMANN'a 22-letni kelner, który dawniej prowadził nieregularny tryb życia, lecz nie nadużywał napojów wyskokowych, już od 2 lat cierpiał na szybkie męczenie się przy pracy, kołatanie serca i duszność, do których wreszcie przyłączyła się puchlina ogólna. Podczas oddawania stolca nastąpiła nagle śmierć. Przy badaniu zwłok znaleziono przerost obu komórek, znaczne rozszerzenie jam serca, tłuszczowe zwyrodnienie mięśnia sercowego i obrzęk mózgu. Przypadek BOLLINGER'a dotyczy 32-letniego mężczyzny, który przez szereg lat obracał ciężkie koło. *Abusus in Baccho* nie było. Z biegiem czasu rozwinął się u niego pierwotny przerost serca z ostrą niedomogą mięśnia sercowego. Przy sekcji znaleziono pierwotny przerost i rozszerzenie całego serca, cyanotyczną indurację wątroby i nerek, umiarkowany przesięk do jamy osierdzia. Późniejsze spostrzeżenie tego autora dotyczy 19-letniego subiekta kupieckiego, cyklisty i pijaka, który po krótkotrwałej chorobie zmarł przy objawach niedostateczności serca.

RIEDER podaje 3 przypadki pierwotnych chorób serca, tyjących się osobników młodych. Przypadki te w streszczeniu tak się przedstawiają.

**Spostrzeżenie I.** 24-letni student prawa do 1882 r. nigdy ciężko nie chorował; w 1882 r. przez 4 tygodnie chorował na błonicę. Od tego czasu był zawsze zdrow. Dnia 9 i 10 czerwca 1889 r., czując się zupełnie dobrze, przedsięwziął z przyjaciółmi wycieczkę w góry. Wchodzenie na górę odbywało się w dość szybkim tempie. Jeszcze przed dojściem do szczytu wystąpiło u chorego bicie serca i duszność, tak, że kilkakrotnie musiał odpoczywać. Po krótkim wypoczynku na szczycie góry, nastąpił powrót również szybki. Nazajutrz przedsięwziął chory taką samą wycieczkę, która sprawiła mu jeszcze większe dolegliwości. Wieczorem chory wiele wymiotował, a nazajutrz zrana zauważył obrzęk naokoło kostek i popołudniu wrócił do Monachium. Przybywszy tu, chory nie był w stanie wskutek duszności wejść na schody. Od 13 czerwca począł uskarżać się [na bicie serca, duszność i brak łaknienia. Dopiero 19 czerwca, gdy wskutek powiększenia się duszności zaledwie mógł zrobić kilka kroków, położył się do łóżka i poradził się lekarza, który kazał remu niezwłocznie udać się do szpitala. Tu otrzymał pacjent zaraz pęcherz lodowy na okolicę serca, wino i naparstnicę. Pacjent już od 12 lat jeździ na rowerze i często przedsiębrał na swojej maszynie uciążliwe wycieczki, po których występowało często pobudzenie czynności serca. Przechodził trypra i syfilis. Od 6 lat pija codziennie około 10 litrów piwa.

*St. praesens* 20 czerwca. Silna budowa, dobre odżywianie. Nieco przesięku do jam opłucnej. Silne tętnienie żył i tętnie szyjowych. Wzmoczone ruchy serca, widoczne w 2—5 odstępnie międzyżebrowym, *pulsatio epigastrica*. Uderzenie wierzchołkowe w 5 międzyżebrowym na zewnątrz od linii sutkowej, słabo się wyczuwa. Stłumienie serca przekracza na prawo prawy brzeg mostka. Tętno serca czyste; tylko na lewym brzegu mostka słychać dość słaby szmer skurczowy. Pierwszy ton zastawki dwudzielnej i 2-i ton aorty wzmocnione. Tętno małe i częste [96], lecz rytmiczne. Powiększenie stłumienia wątroby.

O istnieniu przesięku do jamy otrzewnej i powiększeniu śledziony nie da się napewno nic powiedzieć. Silny obrzęk kończyn dolnych. Mocz w małej ilości, bez białka, z obfitym osadem ceglistym. Wieczorem ciepłota 38,1° C.

W dalszym przebiegu obrzęki jeszcze się wzmogły, ilość moczu była bardzo mała, przy najłżejszym ruchu występowała duszność i sinica, 24 czerwca zaordynowano kalomel; od tego czasu obrzęki przy wzmagającej się dyurezie zaczęły się zmniejszać. Podjęte 1 czerwca, gdy jeszcze istniały objawy zastoinowe, określenie ilości hemoglobiny we krwi dało 10% [FLEISCHL]; ciśnienie krwi *in a. temporalis dextra* wynosiło 85, w lewej *a. temp.* 100 Hg [sfigmomanometr BASCH'a]. Dnia 12 lipca obrzęki już zupełnie znikły, lecz duszność przy najmniejszych ruchach i bezsenność pozostały. Dnia 19 lipca chory po raz pierwszy wyszedł z łóżka, przespawszy w nocy około 6 godzin bez środków nasennych. Tętno regularne, dobrze napięte, pełne. Słumienie w okolicy serca przekraczało jeszcze linię środkową mostka, a uderzenie wierzchołkowe znajdowało się w 6 odstępie międzybrowym na linii pachowej przedniej. Tętno, z wyjątkiem 1-go u zastawki dwudzielnej, czyste. Wątroba i śledziona znacznie mniejsze. Podmiotowo chory czuje się zupełnie dobrze. W 1891 chory odbył kilkotygodniowe ćwiczenia wojskowe, które mu wcale nie zaszkodziły. Od tego czasu prowadzi spokojny tryb życia, zajmuje się gospodarstwem rolnem, unika wysiłków cielesnych i piwa nie pije wcale. Stan chorego jest zupełnie zadawalający.

Moment etyologiczny w przytoczonym przypadku jest zupełnie jasny: ciężka praca mięśniowa obok długotrwałego *abusus cerevisiae*. Serce chorego zapewne już oddawna było słabe; brakowało tylko przyczyny okolicznościowej, aby tę słabość serca uwydatnić.

Co się tyczy oddzielnych objawów chorobowych, to powiększenie słumienia serca było znaczniejsze, niż to bywa przy prostym rozszerzeniu serca. Wśród objawów początkowych na pierwszym planie stały silne wymioty obok kołatania serca i duszności. Niezwykłą była w opisanym przypadku ogromna puchlina ogólna, która pod wpływem kalomelu zupełnie ustąpiła. Ciśnienie krwi okazało się normalnem wówczas nawet, gdy istniały jeszcze objawy zastoinu. Rytm cwałowy, który ogólnie słusznie uchodzi za niedobry znak prognostyczny, nie mógł być wykryty przez cały czas obserwacji.

Zdaniem autora, w przypadkach, podobnych do wyżej opisanego, polepszenie, *resp.* wyzdrowienie przychodzi do skutku niesłychanie rzadko. Podobny przypadek przytacza ORR: „Duszność, bicie serca, zawroty głowy, niewydolność mięśniowa istniały latami całemi u pewnego młodego oficera. Jednego razu wystąpiły nagle zawroty głowy, nieprzytomność, wymioty, bezsenność. Przy bezwzględnym spokoju cielesnym nastąpiło powoli polepszenie, lecz powiększenie wymiarów serca trzymało się uporczywie, [jak w opisanym wyżej przypadku] i okres zdrowienia trwał dość długo“.

Dalej autor usiłuje rozstrzygnąć pytanie: czy mieliśmy w opisanym przypadku do czynienia ze stanem, który można uważać za przejściowy przerost serca? Mielibyśmy w takim razie analogię z przerostem serca podczas ciąży (*Schwangerschafts-Hypertrophie*), nieuznanym przez jednych autorów [LOEHLIN,

FRAENTZEL i inni], bronionym przez drugich [W. MUELLER, BOLLINGER, DREYSEL]. OTT również stawia kwestyę, czy przerośnięte odcinki serca mogą uleść wstecznemu rozwojowi. THURN uważa taki wsteczny rozwój za możliwy. Choć spostrzeżenie kliniczne w przytoczonym przez autora przypadku przemawiało za obecnością przerostu serca [obok rozszerzenia], byłoby jednak ryzykownem na podstawie jednego takiego spostrzeżenia przy braku danych badania pośmiertnego przyjąć, że przerost rzeczywiście istniał. Zniknięcie objawów chorobowych każe raczej przypuszczać, że istniało niepowikłane ostre rozszerzenie jam serca. Dwa następne spostrzeżenia autora tyczą się młodych ludzi, należących do klasy robotniczej. Zmiany serca w tych przypadkach posunięte były już tak daleko, że wyrównanie zaburzeń czynności serca było niemożliwe.

**Spostrzeżenie II.** Fryderyk H., służący, 27 lat. Od 14 dni istnieje silny kaszel z obfitą białą plwociną i kolkami w prawym boku. Do tego wkrótce przyłącza się silne kołatanie serca przy najmniejszym wysiłku. Przed 8 dniami chory zauważył lekki obrzęk kończyn dolnych. Zawezwany lekarz rozpoznał wadę serca i odesłał chorego do szpitala. Przedtem nigdy, jak utrzymuje, chorym nie był, dolegliwości ze strony serca nie miał, na bóle w stawach nie cierpiał. Praca, jaką wykonywał, była wogóle nie ciężką, lecz czasami, jak np. przed 5 tygodniami, zmuszony był przez pewien czas ciężiej pracować. Ojciec chorego umarł na chorobę serca, matka zdrowa. *Potatorium*, jak również *lues* nie było. Jeszcze będąc dzieckiem, w grach, ćwiczeniach, stał niżej od swoich rówieśników.

*St. praesens* [17 lutego 1893]. Budowa i odżywianie średnie. Twarz blada, sinicowa. Silny obrzęk na kończynach dolnych, tułowiu i kończynach górnych. Oddech 22. Tętno małe, częste, regularne. Oddech u wierzchołków płuc pęcherzykowy, zastrzony, pizerywany. Przesiek do obu jam opłucnej, większy do prawej. Okolica serca mocno wypukłona. W lewych odstępach międzyżebrowych od przodu silne tętnienie. Na szyi silne tętnienie tętnic i falowanie żył szyjowych. Stłumienie serca przekracza prawy brzeg mostka na  $1\frac{1}{2}$  palca, ku górze sięga górnego brzegu 3 żebra, na lewo przekracza linię sutkową na 1 palec poprzeczny. Uderzenie wierzchołkowe w 6 odstępnie międzyżebrowym, bardzo rozlane, pomiędzy linią sutkową i przednią pachową. *Ad. apicem cordis* głośny szmer skurczowy, na mostku dość głośny podwójny szmer. Szmer skurczowy nad aortą. Nad zastawką trójdzielną i tętnicą płucną szmer skurczowy; 2-gi ton tętnicy płucnej znacznie wzmożony. Puchliny brzucha niema. Wątroba mocno powiększona. Dobowa ilość moczu 900; mocz zawiera niewielkie ilości białka. Rozpoznanie: niewyrównana wada zastawkowa, albo samoistne rozszerzenie i przerost serca. Leczenie: spokój i *excitantia*.

W dalszym przebiegu uderzającą była niestałość szmerów, tak, że niebawem ustalonym zostało rozpoznanie pierwotnego przerostu i rozszerzenia serca. Od czasu do czasu występował rytm cwałowy. Często pojawiała się rozwolnienie. Pod wpływem kalomelu [3 razy dziennie po 0,2, w połączeniu z mąkowcem] obrzęki zaczęły szybko zniknąć i obszar stłumienia serca znacznie się

zmniejszył. Zawsze słyhać było lekki szmer u wierzchołka serca. 7 marca wieczorem chory czuł się zupełnie dobrze; obrzęki już zupełnie znikły, czynność serca była dobra, tętno prawidłowe, zlekka przyspieszone, na bóle i duszność chory nie uskarżał się. Do północy spał dobrze; o 1¼ godz. zrana, po kilkominutowym siedzeniu na łóżku, nastąpiła nagle, bez zwiastunów, śmierć. Przy oględzinach pośmiertnych [prof. BOLLINGER] znaleziono: rozszerzenie i przerost lewej, w mniejszym stopniu także prawej komórki. *Endocarditis fibrosa retrahens mitralis. Tuberculosis pulmonum subchronica.*

W tym przypadku dość dokładnie znany jest czas od pojawienia się ostrego cierpienia serca do zejścia śmiertelnego. Pod względem rozpoznawczym przez dłuższy czas nie wiadomo było, czy miało się do czynienia z prostym rozszerzeniem, czy jednocześnie także z przerostem. Dane badania przedmiotowego, a zwłaszcza wzmoczenie 2-go tonu nad aortą i tętnicą płucną, przemawiały za przerostem, a krótki czas trwania przeciążenia mięśniowego—przeciw przerostowi. Nie została wyjaśnioną przyczyna śmierci [nagła śmierć przy spokojnem leżeniu w łóżku]. Przytoczony przypadek okazuje niezmiernie podobieństwo do przypadków ZUNKER'a i CURSCHMANN'a, lecz w tych ostatnich znaleziono na stole sekcyjnym zwyrodnienie tłuszczowe mięśnia sercowego. W przypadku J. SEITZ'a nastąpiła również nagle śmierć w łóżku. Mówiliśmy już wyżej o niepomysłnem znaczeniu prognostycznym rytmu cwałowego. Potwierdza to opisany dopiero co przypadek.

**Spostrzeżenie III.** Chory, 19 lat, wyrobnik, ciężko pracuje już od 14 roku życia, będąc zajęty już to noszeniem kamieni, już też popychaniem wagonów. Przed kilku miesiącami zaczął cierpieć na duszność i bolesny ucisk w piersi. Przed 2 tygodniami chory zmuszony był ciężko i pospiesznie pracować przez pewien czas, bo szło o wykończenie roboty na termin. Podczas roboty nagle uczuł osłabienie, silny ból głowy i mroczyki przed oczami. Jednocześnie wystąpiła silna duszność i uczucie ucisku w piersiach. Powróciwszy do domu, chory zauważył obrzęk nóg, który, rozszerzając się dalej, dosięgnął nazajutrz pępka. Chory utrzymuje, że już w dzieciństwie miał krótki oddech, nie mógł nigdy szybko chodzić lub wchodzić na schody, ażeby nie dostać duszności. Również oddawna już ma cierpieć na bicie serca. W dzieciństwie przechodził szkarlatynę, dyfteryt i zapalenie płuc. Ojciec zmarł wskutek jakiejś choroby płuc. Matka i bracia zdrowi. *Potatorium* lekkiego stopnia [*maximum* 4 litry piwa dziennie]. Syfilisu nie było. Na 5—6 dni przed nagłem zaślabnięciem codziennie wymiotował. Jednocześnie istniał silny kaszel z krwawo zabarwioną płwociną. Od czasu zachorowania sen niedobry.

*St. praesens* [3 czerwca 1893 r.]. Silna budowa, dobre odżywianie. Lekki obrzęk kończyn górnych i tułowia, silniejszy na kończynach dolnych. Oddech utrudniony [przy udziale skrzydeł nosa]. Stopy i dłonie mocno sine, w mniejszym stopniu—twarz. Lekki przesięk do jam opłucnej i objawy zastoinowe w dolnych częściach płuc. Silna *pulsatio epigastrica*, a w okolicy serca mocne falowanie, synchroniczne z akcją serca. Stłumienie serca niezmiernie powiększone: na prawo na 1½ poprzecznego palca nie dochodzi do prawej linii sutkowej, na lewo na 2 palce poprzeczną przekracza lewą linię sutkową, ku gó-



rze sięga górnego brzegu II-go żebra. Uderzenie wierzchołkowe znajduje się na 2 poprzeczne palce na zewnątrz linii sutkowej w 5 i 6 odstępach międzybrownym, bardzo rozlane, wstrząsające klatkę piersiową. 1-szy ton <sup>ad apicem</sup> dźwięczny, ale z podmuchem, pozostałe tony czyste i dobrze słyszalne. 2-gi ton nad aortą zlekka metaliczny. Na lewym brzegu mostka słychać wyraźnie rytm cwałowy. Słumienie serca nie przechodzi za miejsce uderzenia wierzchołkowego. *In cavo peritonei* niewielki przesiek. Wątroba i śledziona powiększone. Nawet lekkie poruszenie chorego w łóżku powoduje wzmożenie się duszności i sinicy. Tętno ledwo wyczuwalne, miękkie i częste [110]. W moczu spora ilość białka. Zawartość hemoglobiny 128% [podług GOWERS'a].

Rozpoznanie. Ostre rozszerzenie serca wskutek przeciążenia. Przerost serca. Leczenie. Spokój w łóżku. Mocne wino. Pęcherz z lodem na okolicę serca. *Infus. folior. Digitalis*

Przy powiększeniu się dyurezy stopniowa poprawa [zmniejszenie się stłumienia serca, zniknięcie obrzęków], jednakowoż przy każdym wysiłku cieleśnym występuje rytm cwałowy i potrójne tony. Przemijające dwubitne tętno. Ciśnienie krwi [*in a. temporalis*, podług BASCH'a] zmniejszone [60 mm. Hg.].

Z powodu okoliczności familijnych chory zmuszony był wypisać się ze szpitala, lecz po upływie 3 tygodni [3 września] wrócił, gdyż duszność, bicie serca, obrzęki i zawroty głowy nanowo się pojawiły. Przytem isniały objawy porażenia prawostronnego. Dnia 5 września zrana nastąpiła nagle śmierć we śnie. Badanie zwłok okazało samoistne rozszerzenie i przerost obu połów serca. *Embolia cerebri. Induratio cyanotica lienis, hepatis, renum. Infarctus anaemicus renis sin. Oedema pulmonum.* Nieżyt zastoinowy narządów trawienia.

W opisanym przypadku, zarówno jak w spostrzeżeniu II, istniała już od wczesnej młodości skłonność do kołatania serca i duszności, która to skłonność pozostaje, być może, w zależności od zmniejszonej elastyczności i nienormalnej rozciągliwości ścian serca. Bezpośrednią przyczyną, która wywołała zabójcze cierpienie serca [ostrą niedomogę mięśnia sercowego], była bez wątpienia forsowna praca na 14 dni przed wstąpieniem chorego do szpitala. Rytm cwałowy i dwubitność serca, których niepomyślne znaczenie prognostyczne już zaznaczono wyżej, istniały i w tym przypadku. Zator mózgu zależał od wytwarzania się zakrzepu w jamach serca. Od samego początku nie ulegało wątpliwości, że miało się do czynienia nie z prostym rozszerzeniem, lecz jednocześnie z rozszerzeniem i przerostem serca. Śmierć nastąpiła także w tym przypadku, jak w poprzednim [i w innych wyżej cytowanych], nagle.

[D. n.]

(*Deutsches Archiv für klinische Medicin. 55 Band. Festschrift Herrn Prof. Dr. F. A. von Zenker. Zur Vollendung seines 70 Lebensjahres gewidmet. Leipzig. 1895*).

Stanisław Pechkranc.

## WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE.

16. Urotropinum. Urotropina. Prof. NICOLAIER (*Deutsche med. Wochensch.* 1895. 34) podaje ciekawe doświadczenia i spostrzeżenia nad działaniem nowego środka leczniczego, któremu nadał nazwę: urotropina, z tego powodu, że pod wpływem tego leku mocza nabiera nowych własności. Jest to heksametylen-tetramina, którą otrzymuje się z formaldehydu i amoniaku.

Środek ten jest nieszkodliwym dla człowieka, gdyż można bezkarnie podawać nawet 6—8—10 gramów na dobę, przynajmniej niektórym osobom mniej wrażliwym.

Urotropinę w moczu wykryć można za pomocą wody bromowej, z którą daje osad pomarańczowo-żółty dwubromku urotropiny. W ten sposób można się przekonać, że urotropina bardzo szybko przechodzi do moczu, a mianowicie w kwadrans po zażyciu. Po odstawieniu zaś można urotropinę znajdować jeszcze przez pewien czas w moczu, względnie do dawki zażytej: po dawce 0,5 urotropina znika w 13 godzin, a po dawce 1,0 — w 27 godzin.

Urotropina zwiększa wydzielanie moczu i rozpuszcza kwas moczowy, przy czem mocza nie przestaje kwaśno oddziaływać.

Owa własność rozpuszczania kwasu moczowego wcale nie zależy od zwiększonej ilości moczu, ale wprost od obecności urotropiny, o czem przekonać się można z następujących doświadczeń.

Do pewnej ilości moczu, rozmaitego stężenia, danej osoby dodajemy złogi kwasu moczowego i pozostawiamy w ciepłocie 37° C. przez kilka dni. Złogi nie rozpuszczają się, a mocza po pewnym czasie znacznie ulega fermentacji amoniakalnej. Jeśli tejże osobie podamy najprzód odpowiednią dawkę urotropiny — 1,0 do 3,0 — to mocza nabierze zupełnie odmiennych własności. Najprzód, mocza taki można trzymać przez długi czas w ciepłocie 37° C., a odczyn jego pozostanie ciągle kwaśnym, fermentacja zaś amoniakalna nie wystąpi tak, jak w moczu zwykłym. Powtóre, dodawszy do takiego moczu złogi kwasu moczowego, zobaczymy, że w ciepłocie 37° C. owe złogi zaczną się rozpuszczać już w ciągu pierwszej doby; stopniowo owe złogi coraz bardziej będą się zmniejszać, aż nareszcie po kilku dniach z owych zlogów pozostaną tylko resztki zrębu, złożonego z substancji organicznej, która, jak wiadomo, stanowi zaczątek zlogu i kamienia. Z chwilą, gdy urotropina znika w moczu, tenże traci własności rozpuszczania kwasu moczowego.

Dalsze spostrzeżenia przekonały, że, jakkolwiek niektóre osoby znoszą doskonale 8—10 gramów na dobę, bywają jednakże inne osoby, u których mniejsze dawki, np. 6 gramów, już wywołują nieprzyjemne objawy, a mianowicie: dotkliwe palenie w okolicy pęcherza, rozpromieniające się i do cewki moczowej, czasami bywa i parcie na mocza. Wszelako z odstawieniem środka znikają i wspomniane objawy. Mniejsze dawki, np. 1,0—1,5 można bardzo długi czas podawać bez obawy wywołania owych nieprzyjemnych objawów.

Z tego powodu prof. NICOLAÏER stosuje w celach leczniczych nie duże dawki, ale 1,0—1,5 na dobę, przyczem całą dawkę urotropiny, w wodzie rozpuszczonej, podaje na raz zrana.

Spostrzeżenia, jakie dotąd robiono nad wpływem urotropiny u osób cierpiących na kamienie moczowe, wypadły dość pomyślnie. Szkodliwego wpływu dotąd nigdy nie zauważono, nawet wówczas, gdy stosowano ten środek u osób cierpiących, oprócz kamieni moczowych, na zapalenie nerek przewlekłe.

Urotropina, oprócz tego, posiada pewne własności antybakteryjne: mocz taki nie przechodzi w fermentację amoniakalną, pozostając ciągle kwaśnym, *bacterium coli commune* w nim rozwinać się nie może.

Prof. NICOLAÏER, opierając się na tych własnościach, zastosował urotropinę w dwóch przypadkach przewlekłego ropnego zapalenia pęcherza moczowego. Ze szczegółowo podanych historii chorób istotnie wnosić trzeba, że urotropina doskonale wpływa na stan takiego pęcherza. Po zastosowaniu tego leku mocz stopniowo stawał się mniej mętnym, przestawał wydawać przykrą woń amoniakalną, a nawet zmieniał swój zwykły dotąd odczyn alkaliczny na kwaśny. Za każdym razem, gdy zaprzestano podawać urotropinę, mocz na nowo przyjmował dawne przykre własności.

W tych razach chorzy przyjmowali 1,0—1,5 urotropiny w roztworze wodnym co dwie godziny łyżkę.

Wiktor Grostern.

## Wiadomości bieżące.

— D. 23—25 września r. b. odbędzie się w Gracu XXV kongres niemieckiego Towarzystwa Dermatologów.

— III kongres internistów francuskich odbędzie się na początku sierpnia roku przyszłego w Nancy.

— Z powodu urlopu, danego prof. G. SÉR, TARNIER'owi i LANNELONGUE'owi wykłady powierzono w ciągu r. 1895—1896 CHARRIN'owi, BAR'owi i NÉLATON'owi.

— Prof. STRAHL z Marburga objął katedrę anatomii w Giessen.

— Profesorem fizjologii w Pradze mianowany został prof. ROLLET z Gracu.

— Na katedrę anatomii w Innsbruku powołano prof. ROUX.

— Dyrektor oddziału chirurgicznego szpitala ogólnego w Hamburgu, prof. SCHEDE, obejmuje katedrę chirurgii w Bonn.

**Zmarli:** VERNEUIL, b. profesor kliniki chirurgicznej na wydziale lekarskim w Paryżu;

SURY, prof. Medycyny sądowej w Bazylei;

MISCHER, b. profesor fizjologii na wydziale lekarskim w Bazylei.

# A. G E S S N E R A

Aleja Jerozolimska № 27 róg Kruczej

W WARSZAWIE,

*ma honor podać do wiadomości, iż stosując się do przyjętej nader dogodnej formy podawania leków pod postacią win, przygotowała cały szereg tego rodzaju preparatów i listę takowych poniżej zamieszcza:*

**Wino Kakaowo-chinowe** (*Vin de Bugeaud*) przyrządzone na Maladze, flaszka 1.10 kop.

**Wino chinowe czyste** na Maladze, flaszka 1.50 kop.

„ „ z żelazem zawiera 1% żelaza, flaszka 1,75 kop.

**Wino Condurango czyste** na Xeresie, flaszka 1.75 kop.

„ „ z żelazem zawiera 2% żelaza, flaszka 2 ruble.

**Wino Coca** (*Vin de Coca*) na liściach Krasnodrzewu (*Erythroxylon coca*) na Maladze, w stosunku 1 : 20, flaszka 1.50 kop.

**Wino goryczkowe** (*e rad. Gentianae*) na Xeresie, flaszka 1.50 kop.

**Wino Kola** (*Vin de Cola*) na nasionach Kola, przedtem odpowiednio upalonych, na Maladze. Nasiona Kola zawierają 2,34% Cofeiny, flaszka 2.25 kop.

**Wino Kwassyjowe** na winie węgierskiem wytrawnem, flaszka 1.50 kop.

**Wino Kwassyjowe** na Xeresie, flaszka 1.50 kop.

**Wino pepsynowe słodkie** na francuzkiem desserowem, zawiera 2% pepsyny flaszka rs. 2.

**Wino pepsynowe wytrawne** na Xeresie zawiera 2% pepsyny, flaszka rs. 2.

**Wino przeczyszczające** z korą *Cascaræ Sagradae* na Maladze, flaszka rs. 2.

**Wino rabarbarowe czyste** na Maladze, flaszka 1.75 kop.

**Wino rabarbarowe** z korą chinu królewskiej na Maladze, flaszka 1.75 kop.

**Wino senesowe** (*fol. Sen. alex. sine resina*) na Xeresie, flaszka 1.75 kop.

**Wino manganowo-żelazne z peptonem** (*Vinum ferro-mangani peptonati*) w Xeresie, zawiera 1% *ferro-mangani peptonati*, flaszka rs. 2.

**Wino peptonowe** na Maladze, zawiera 5% peptonu, flaszka rs. 2.

**Wino piołunowe** (*Vin de Vermuth*) na białem francuzkiem winie, flaszka 1.50 kop.

Butelka zawiera 420,0 do 450,0.