

GAZETA LEKARSKA

I. AUTOSKOPIA GÓRNYCH DRÓG ODDECHOWYCH.¹⁾

Podał

Władysław Wróblewski.

—z—z—

D-r KIRSTEIN z Berlina podał nowy sposób badania krtani i tchawicy autoskopią (*Selbstschau*), przy której krtani daje obraz rzeczywisty, a nie odwrotny, jak w laryngoskopie (*Spiegelschau*). Pierwszą wzmiankę o tej metodzie znajdujemy w *Allg. med. Central-Zeitung* r. b. № 34 p. t.: *Laryngoscopia directa und Tracheoscopia directa. (Besichtigung des Kehlkopfes und der Luftröhre ohne Spiegel)*.

Następnie KIRSTEIN wygłosił odczyt w Towarzystwie Lekarskiem w Berlinie 15. V. r. b. [p. *Berl. klin. Wochenschr.* № 22. *Autoscopie des Larynx und der Trachea (Besichtigung ohne Spiegel)*], oraz później w Towarzystwie Laryngologicznem Berlińskiem (*Archiv für Laryng.* III Tom 1 i 3 zeszyt r. b.) i na zjeździe laryngologów w Heidelbergu dnia 4. VI. r. b.. W dyskusji nad tym ostatnim odczytem prof. M. SCHMIDT zaznacza wielkie trudności, z jakimi były połączone pierwsze próby zastosowania dziś powszechnie znanego i używanego laryngoskopu. Prof. KILLIAN zaś, uważając powyższą metodę za rzeczywisty postęp przy badaniu i leczeniu cierpień tylnej ściany krtani, wątpi jednak o jej powszechnem zastosowaniu u suchotników, jak wiadomo, bardziej od innych chorych wrażliwych.

Metoda ta z każdym niemal miesiącem ulegała pewnym zmianom i ulepszeniom. To też wynalazca zmuszonym był do ogłaszania coraz to nowych prac dopełniających, a więc w № 48 *Allg. med. Central-Zeitung* znajdujemy *Fortschritte in der Untersuchung des Rachens und des Kehlkopfes ohne Spiegel*, a w № 51 tegoż pisma *Meine verbesserte Methode der Autoskopie der Luftwege*. Wreszcie, jak dotąd, ostatnia tego autora praca ogłoszona w *Therapeutische Monatshefte* została streszczoną przez kol. ZIĘCIAKIEWICZA w № 41 *Gazety Lekarskiej* z r. b..

Główną część autoskopu KIRSTEIN'a stanowi szpatel w formie półryny 12 ctm. długości, szerokości 3 ctm. i 1—2,5 ctm. głębokości. Koniec szpatla nieco ku dołowi zgięty, podobnie jak szpatel REICHERT'a, przeznaczonym jest

¹⁾ [Autoskop i zastosowanie jego u chorych demonstrowany był w Towarzystwie Lekarskiem Warszawskiem 29. X. 1895 r.]

do ucisnienia więzu nagłośnio-językowego średniego, w celu odchylenia nagłośni ku przodowi, przyczem układa się ona w rynienkę.

Druga forma szpatla jest to prosta rynienka, przeznaczona do przełożenia przez nagłośnię i przycisnienia jej do nasady języka. Takie dwa szpatle podaje KIRSTEIN w ostatniej swej pracy, uważając metodę swoją jako rzecz mniej więcej skończoną. Wkrótce potem doświadczenie skłoniło samego autora do poczynienia pewnych zmian, dokonanych pod jego kierunkiem przez elektrotechnika HIRSCHMANN'a w Berlinie, a jak dotąd polegających na zmniejszeniu szpatla autoskopu oraz dodaniu nowych form szpatli z większym lub mniejszym wygięciem ku dołowi, jakoteż i szpatli, przeznaczonych do badania krtani u dzieci. Modyfikacje te są bardzo odpowiednie, gdyż jak przy laryngoskopowaniu posiłkować się musimy lusterkami różnych wielkości, tak też i różnych form i wymiarów szpatle niezbędne są dla autoskopii.

Szpatel taki umieszcza się za pomocą osobnego mechanizmu w rękojeści pod kątem prostym.

W celu badania krtani autoskopem zalecał wynalazca pierwotnie pozycję leżącą ze zwieszoną głową, następnie pozycję zmienił o tyle, że stawał z tyłu badanego, który przechylał głowę ku tyłowi i opierał ją o piersi badającego. Obecnie KIRSTEIN zaleca następujący sposób autoskopowania: badający staje naprzeciwko chorego, siedzącego na krześle z głową i szyją nieco ku przodowi wyciągniętą. Przy badaniu krtani dolny koniec szpatla opiera się o nasadę języka i nagłośni, wtedy górny opiera się o zęby górne przednie, których bolesność stanowi dla autoskopii przeciwwskazanie, pomyślnym zaś jest zupełny brak tych zębów lub dobry ich stan.

Aby jednak warga górna, *resp.* wąsy nie zaciemniały pola widzenia, w miejscu, odpowiadającym położeniu zębów, do przyrządu przystosowaną jest klamra, której istnieją trzy odmiany, różniące się wysokością. Najwyższa przeznaczoną jest do użycia podczas operacji.

W rynienkę, odpowiednio do badania ustawioną, rzucamy światło, z jakiegobądź źródła pochodzące, za pomocą reflektora. Najlepiej jednak i najjaśniej oświetla pole widzenia lampka elektryczna, umieszczona w ręczce autoskopu KIRSTEIN'a. Lampka ta pokryta jest metalowym cylindrem, zakończonym u góry soczewką zbierającą promienie światła na pryzmat, przełamujący go w ten sposób, że pada ono wprost w rynienkę. Rękojeść autoskopu łączy się tym razem za pomocą przewodników z akumulatorem lub, jak u mnie, z maszyną elektryczną o 8 elementach GRENET'a ¹⁾.

Podczas stosowania autoskopu rozróżniamy 3 pozycje. Przyciskając zlekka język szpatlem autoskopu, tak zresztą jak zwykłym szpatlem gardzielowym, widzimy całą gardziel—jest to pozycja pierwsza. Przy drugiej posuwamy nieco koniec szpatla ku nasadzie języka zlekka ją uciskając, i wtedy widzimy głębokie części gardzieli, przednią powierzchnię nagłośni, niekiedy i chrząstki nalewkowe. Przy trzeciej wreszcie pozycji silnie uciskamy końcem szpatla nasadę nagłośni, *resp.* jej więz nagłośnio-językowy średni, przyczem nagłośnia

¹⁾ Maszyny takie wyrabia u nas elektrotechnik p. Skubiński [Warszawa ul. Dobra Nr. 10].

kładzie się w rynienkę szpatała, odsłaniając wnętrze krtani. W trzeciej pozycji widać krtaniową powierzchnię nagłośni, chrząstki nalewkowe, całą długość tylnej ściany krtani, zatoki gruszkowate, tylny odcinek więzów nagłośnio-nalewkowych i tylną część strun wrzekomych i prawdziwych, przy wyciągnięciu zaś szyi badanego ku przodowi widać tchawicę, a niekiedy i rozdwojenie oskrzeli.

W celu łatwiejszego uprzytomnienia powyżej opisanego przyrządu KIRSTEIN'a podaję rysunki tegoż.

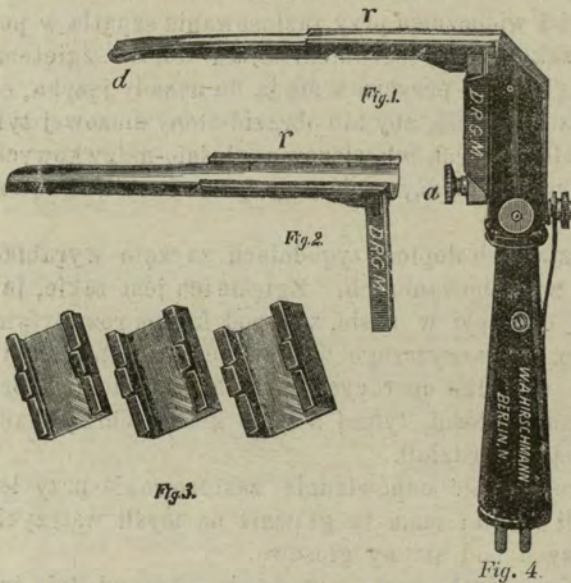


Fig. 1. Szpateł ze zgrubieniem wygiętem ku dołowi (*d*) r szyny, na które wsuwa się klamry; *a* śrubka przytwierdzająca szpateł do rękojeści.

Fig. 2. Szpateł prosty.

Fig. 3. Klamry różnych wysokości.

Fig. 4. Rękojeść.

głośni, co, jak wiadomo, prawie nigdy nie jest potrzebnem przy użyciu laryngoskopu. Przy autoskopie widzi się dokładnie, nie mówiąc już o całej rozciągniętości gardzieli, nagłośnię, chrząstki nalewkowe, tylną ścianę krtani, tylne odcinki więzów nagłośnio-nalewkowych i strun, tchawicę a niekiedy i rozdwojenie oskrzeli. Nie widać jednak zupełnie przedniego kąta strun i wszystkich części w tej okolicy leżących, wskutek czego autoskopia w celach rozpoznawczych musi być koniecznie dopełnioną laryngoskopowaniem. Części krtani widzialne przy autoskopowaniu przedstawiają się bardzo wyraźnie pod względem barwy, do której jednak oko nawykłe do obrazu lusterkowego musi nabrać przyzwyczajenia.

Przez ucisk wywierany na nasadę języka i nagłośnię, stosunki anatomiczne zmieniają się nieco, co również trzeba mieć na uwadze.

Przy sprawach chorobowych na nasadzie języka i nagłośni użycie autoskopu jest pomimo kokainy tak bolesnem, że musi być zaniechanem lub też za-

Przyrząd KIRSTEIN'a stosuję od dwóch miesięcy codziennie w szpitalu Ewangelickim; doświadczenie dotychczasowe pozwala mi wypowiedzieć wnioski następujące.

Autoskopia stanowi bez wątpienia jeden ważny krok naprzód w dziedzinie laryngoskopii, w dzisiejszym jednak okresie uważam ją jeszcze za metodę pierwotną, wymagającą wielu studyów i zmian.

Stosowanie jej wymaga stosunkowo wiele pracy i specjalnej wprawy; jest ono dla chorego o wiele przykrejszem, niż użycie zwierciadła krtaniowego. Wyjątkowo tylko udaje się autoskopowanie bez uprzedniego znieczulenia kokainą nasady języka i na-

stosowaniem z wielką ostrożnością i to tylko w celu dokładnego rozpatrzenia przedniej powierzchni nagłośni.

Krtaniową powierzchnię nagłośni i to w wielkim perspektywicznym skróceniu można widzieć tylko po silnem naciśnięciu szpatlem autoskopu na *ligamentum glossoepiglotticum medium* [nagłośnia kładzie się wtedy w rynienkę szpatla], co przy sprawach chorobowych, połączonych z bólem, jest rzeczą niemożliwą; ma to zwłaszcza miejsce u większości chorych, dotkniętych gruźlicą krtani, którzy wogóle są nadzwyczaj wrażliwi przy badaniach.

Wnętrze krtani jest bardziej widocznem przy zastosowaniu szpatla w postaci półrynny prostej, t. j. nie zakończonej zgrubieniem ku dołowi zgiętem; szpatel taki przekłada się za nagłośnię i przyciska się ją do nasady języka, co jednak czynić należy z wielką ostrożnością, aby nie obrazić błony śluzowej tylnej ściany gardzieli, chrząstek nalewkowych lub więzów nagłośnio-nalewkowych.

Prosty szpatel przeznaczonym jest do używania przy operacjach wewnątrz-krtaniowych.

Narzędzia operacyjne w ostatnich dopiero tygodniach zaczęto wyrabiać; nie miałem więc dotąd możności wypróbowania ich. Zgięcie ich jest takie, jak narzędzi, używanych obecnie do operacji w nosie, t. j. pod kątem rozwartym; są one tylko odpowiednio dłuższe. Z powyższego wynika, że w obecnej chwili przy użyciu autoskopu możliwe są tylko operacje na tych częściach, które metoda ta uwidocznia, a więc na nagłośni, tylnej ścianie krtani, chrząstkach nalewkowych i głębokich częściach gardzieli.

Autoskop KIRSTEIN'a może znaleźć odpowiednie zastosowanie przy leczeniu chorób tchawicy, oskrzeli i t. d.; mam tu głównie na myśli wstrzykiwanie płynów w celach leczniczych pod struny głosowe.

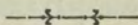
Przy badaniu górnych dróg oddechowych autoskopia stanowi dziś już ważną niekiedy metodę dopełniającą, pomocniczą; w obecnym stanie jednak jej rozwoju laryngoskopu wykluczyć nie może.

II. O NOWOTWORACH MÓZGOWIA

I LECZENIU ICH CHIRURGICZNEM.

Napisał

Władysław Gajkiewicz.



[Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 46].

Siedlisko nowotworu mózgowia w przeważającej liczbie przypadków tylko z prawdopodobieństwem może być oznaczonem, dokładne jego umiejscowienie rzadko się udaje.

Przyjrząwszy się danym statystycznym, dotyczącym siedliska nowotworów mózgowia, zauważymy pewne ich pod tym względem właściwości. W statystyce

BIRCH-HIRSCHFELD'a przytoczonych jest guzów: w mózdzku 95, w substancji korowej szarej 67, w substancji korowej białej (*centrum ovale*) 66, w zwojach (*ganglia opto-striata*) 42, w opuszce (*bulbus*) 19, we wzgórkach czworaczych 9, w przysadce mózgowej (*glandula pituitaria*) 7, w szyszce (*gl. pinealis*) 5.

BECK na 6177 seceji, dokonanych przez ostatnie 25 lat w instytucie patologicznym w Heidelbergu, znalazł 50 guzów w mózgowiu, a mianowicie: w zrazie ciemieniowym 13, w czołowym 7, w skroniowym 3, potylicowym 3, w mózdzku 8, w komórkach mózgowych 3, w zwojach 3, w przysadce 3, w różnych jednocześnie miejscach 7.

BERNHARDT na 480 nowotworów mózgowia, zebranych z różnych źródeł, znalazł opisanych guzów: w substancji korowej szarej 57, w *centrum ovale* 124, w ciałkach prążkowanych (*corpora striata*) i wzgórkach wzrokowych (*thalami optici*) 26, w odnogach mózgu (*pedunculus cerebri*) 3, w wzgórkach czworaczych (*corpora quadragemina*) 11, w szyszce (*glandula pinealis*) 3, w moście WAROL'a (*pons WAROLI*) 30, w rdzeniu przedłużonym (*medulla oblongata*) 21, w mózdzku 90, w przysadce mózgu (*hypophysis cerebri*) 5, na podstawie czaszki 39, w różnych miejscach jednocześnie 71.

STARR na 600 przypadków, opisanych przez różnych autorów, znalazł guzów w zwojach środkowych (*ganglia*) i komórkach bocznych 61, w wzgórkach czworaczych i odnogach mózgu 35, w moście WAROLA 55, w rdzeniu przedłużonym 8, na podstawie czaszki 17, w komórce czwartej 9, w mózdzku 141, w substancji korowej szarej 148, w białej 86, w różnych jednocześnie miejscach 61.

Chociaż więc wszystkie okolice mózgowia mogą być siedliskiem nowotworu, uderzającą jednak jest ich częstość w mózdzku i w substancji korowej [tak szarej, jak i białej] półkul mózgowych. Opierając się na statystyce STARR'a, musimy nadto zaznaczyć, że w mózdzku guzy 2 razy częściej spotyka się u dzieci, niż u dorosłych [96:45], a przeciwnie w substancji korowej są one częstsze u dorosłych, niż u dzieci [178:56, rachując razem guzy w substancji korowej szarej i białej]. Guzy, usadowione w substancji korowej półkul mózgowych, najczęściej bywają w zwojach otaczających rowek ROLAND'a, a więc w zwojach mieszczących w sobie większość ośrodków ruchowych. Na 164 przypadków u STARR'a, guz znajdował się w zwojach czołowych 59 razy, w pośrodkowych 62, w ciemieniowych 10, w potylicowych 16, w skroniowych 17.

Nie wiadomo, od czego zależy ta predylekcyja nowotworów do umiejscawiania się w substancji korowej półkul mózgowych i w mózdzku. Nie wiadomo, czy to w części nie zależy od wpływu, jaki uraz (*trauma*) ma wywierać [GERHARDT] na powstawanie nowotworów mózgowia.

W praktyce mojej prywatnej, a zwłaszcza w szpitalnej mam względnie często sposobność spotykać nowotwory mózgowia, gdyż rok rocznie widzę ich kilka do kilkunastu przypadków. Wnosząc z objawów, guzy te najczęściej siedzą w tylnych okolicach mózgowia, w samym mózdzku lub blizkiem jego sąsiedztwie, a do takiego rozpoznania — prócz bardzo silnie wyrażonych objawów ogólnych [ból głowy, wymioty, brodawka zastoinowa, rzadko zwolnienie tętna], — upoważniają zaburzenia w równowadze i zajęcie [najczęściej drgawki kloniczne lub

toniczne] mięśni ocznych. Na tak względnie dużą liczbę, spotykam bardzo mało, często przez cały rok ani razu, guzów usadowionych w okolicy korowej ruchowej, a więc najpodatniejszych do operacji.

Zanim zajmiemy się trzeciem pytaniem, na wstępie postawionem, mianowicie, jaka jest natura guza w danym przypadku, musimy przedewszystkiem powiedzieć w kilku słowach, jakie bywają nowotwory w mózgowiu.

Na 100 guzów mózgowia, znalezionych przez HALE WHITE'a (*Guy's Hosp. Rep.* 1886—cytowany u BERGMANN'a na str. 100) na sekcji zmarłych w szpitalu Guy w Londynie między 1872—1884 r., było: 45 gruźliczych, 24 glejaki (*glioma*), 10 mięsaków (*sarcoma*), 2 glejo-mięsaki (*glio-sarcoma*), 5 raków (*carcinoma*), 4 torbiele (*cysta*), 1 chłoniak (*lymphoma*), 1 śluzak (*myxoma*), 5 gumatów i 3 natury nieokreślonej.

OPPENHEIM [1889 — 1890] opisał z kliniki szpitala Charité w Berlinie 23 przypadki nowotworów mózgu u dorosłych [w opisie wyłączone są dzieci a również guzy mózdzku, mostu WAROL'a i rdzenia przedłużonego u dorosłych], a mianowicie: 18 glejaków, mięsaków i glejo-mięsaków, 3 raki [wtórne], 1 guz gruźliczy i 1 syfilityczny.

W statystyce BERNHARDT'a na 480 przypadków nowotworów mózgowia znajduje się: 92 gruźliczych, 52 glejaków, 65 mięsaków, 12 glejo-mięsaków, 19 raków, 23 torbiele, 11 śluzaków, 16 gumatów, 30 guzów wodunkowych (*hydatides*), 6 kostniaków (*osteoma*), 4 nerwiaki (*neuroma*), 4 piaszczaki (*psammoma*), 4 brodawczaki (*papilloma*), 3 włókniaki (*fibroma*), 2 *cholesteatomata*, 2 tłuszczaki (*lipoma*), 2 naczyniaki (*angioma*), 2 torbiele skórzaste (*cysta dermoidalis*), 1 chrząstniak (*enchondroma*); 130 natury nieoznaczonej.

W statystyce BIRCH-HIRSCHFELD'a guzów pierwotnych mózgowia znajduje się: gruźliczych 132, glejaków 86, mięsaków 76, gumatów 30, kostniaków 7, tłuszczak 1, cholesteatomatów 2, śluzaków 9.

ALLEN STARR [1889] na 600 przypadków guzów zebranych z prac BERNHARDT'a, STEFFAN'a, BRAMWELL'a i autorów amerykańskich, znalazł: gruźliczych 193, glejaków 91, mięsaków 120, glejo-mięsaków 30, torbiele 32, raków 43, gumatów 22, niedokładnie oznaczonych 71.

SEYDEL [XXI kongres chirurgów niemieckich—*Berl. klin. Wochensh.* 1892 str. 655] na 8488 sekcji, dokonanych przez lat 14 w instytucie patologicznym prof. BOLLINGER'a w Monachium, znalazł guzów gruźliczych 27, glejaków, mięsaków i glejomięsaków 39, wodunkowych 2, promienię (*actinomycosis*) 1, torbiele surowiczych 2, raków 2, piaszczaków 2, gumatów 6, natury nieokreślonej 16.

BECK na 50 guzów mózgowia: mięsaków 21, glejaków 19, gruźliczych 7, piaszczaki 2, gumat 1.

Najczęściej więc w mózgowiu bywają nowotwory gruźlicze, glejaki i mięsaki. Często również są guzy syfilityczne (*gummata*), lecz te w statystykach stanowią małą odsetkę, gdyż zwykle podlegają leczeniu i nie powodują śmierci.

Ze względów czysto praktycznych, guzy mózgowia podzielić należy na 2 kategorie: 1) guzy wyraźnie odgraniczone od tkanki nerwowej, a nawet nie-

kiedy otorbione [mięsaaki, gummaty, torbiele, włókniaki, piaszczaki i t. d.] i 2) guzy infiltrujące, których granice nie dają się od zdrowej tkanki mózgu wyraźnie oznaczyć [glejaki, gruzlicze i t. d.]. Guzy I-ej kategorii, rosnąc, rozpychają elementa mózgowie, uciskają tylko tkankę mózgowia, gdy tymczasem guzy II-ej kategorii rosną wskutek nacieczania zdrowej tkanki mózgowia, niszczą ją więc, podstawiają się za nią. Gdy guzy I-ej kategorii można łatwo wyłuszczyć, bez naruszenia tkanki mózgowia, to guzy II-ej kategorii potrzeba wycinać, zachodząc często daleko w zdrową tkankę, aby uniknąć nawrotów, co bezkarnie może się odbyć w niewielu tylko miejscach mózgu [głównie w części jego czołowej i potylicowej]. Guzy odgraniczone przez długi czas drażnią tylko tkankę, a ponieważ częstym ich siedliskiem jest substancja korowa półkul mózgowych, powodują więc — jeśli siedzą w pasie ruchowym kory (*zona motoria corticalis*) — drgawki o typie JACKSON'a z przemijającym tylko bezwładem następczym. Dopiero gdy z biegiem czasu guz zniszczy przez ucisk tę część ruchową korową, to bezwład następuje trwały i przylączają się do niego objawy zwyrodnienia wtórnego pęczka piramidalnego. Zdaniem BRAMANN'a i RIEGNER'a, guzy odgraniczone [mięsaaki] mają wywoływać brodawkę zastoinową wcześniej i większego natężenia, niż nowotwory infiltrujące [glejaki]. GOWERS twierdzi znów przeciwnie.

Z nowotworów najczęściej w mózgowiu napotykanym, guzy gruzlicze zwykle mało, często nawet zupełnie się nie kwalifikują do leczenia chirurgicznego: raz dlatego, iż ulubionym ich siedliskiem jest mózdzek, rzadziej most WAROL'a i odnogi mózgowie, a najrzadziej okolice mózgowia najdostępniejsze dla noża chirurga, to jest półkule mózgowie; powtóre, że guz gruzliczy mózgowia rzadko jest pierwotny, najczęściej bowiem ogniska gruzlicze spotykamy jednocześnie i w innych organach; wreszcie, że guzów gruzliczych w mózgowiu zwykle bywa kilka. Wedle GOWERS'a na 183 przypadków, tylko w 83 był jeden guz gruzliczy w mózgowiu, a w 100 innych przypadkach było ich jednocześnie więcej, niż jeden. Guzom gruzliczym towarzyszy nadto dość często i zajęcie opon gruzlicze (*meningitis tuberculosa*). Jeśli warunki do operacji przedstawiają się korzystnie, to jest gdy guz gruzliczy leży powierzchownie, jest pierwotny, jest jeden, i nie towarzyszy mu zajęcie opon, to i wtedy nawet wycięcie jego całkowite jest często trudnem, gdyż guzy gruzlicze nie często są ostro odgraniczone, siedzą w miękkiej tkance mózgowiej i co gorsza, najczęściej chorobliwie rozmięklej. Z tych też powodów trudno o zupełne ich wydalenie, a więc łatwiej o recydywę, łatwiej o zarażenie gruzlicze opon mózgowych, co było najczęstszą przyczyną śmierci w przypadkach nowotworów gruzliczych mózgowia, dotychczas operowanych. Na 45 przypadków guzów tuberkulicznych ze statystyki HALE WHITE'a tylko w 9, wedle obliczeń BERGMANN'a, można było kusić się o interwencję chirurgiczną, bo infekcją nie był zajęty cały organizm. Z tych 9 przypadków w 1 istniały liczne ogniska w mózgowiu, w 1 — guz znajdował się w miejscu niedostępnem dla chirurga, bo w moście WAROL'a, w 1 istniało jednocześnie cierpienie gruzlicze opon mózgowych (*meningitis basilaris tuberculosa*), w 4 innych guz był zbyt duży, tak, że na 9 tylko 1 pod każdym względem dawał szanse dobrego wyniku po operacji. Opierając się na tych danych, BERGMANN [1889] radził nie operować guzów

gruźliczych. Angielscy i amerykańscy chirurdzy innego są zdania i wycinali guzy gruźlicze z pomyślnym wynikiem. Dowodem tego, między innymi, przypadek HORSLEY'a, przedstawiony na zjeździe w Newcastle 1893 r.. W roku 1886 HORSLEY usunął z mózgu guz natury gruźliczej i chory po operacji żył jeszcze lat 6. Po śmierci, nastąpionej wskutek gruźlicy dróg moczowych, na sekcji nie znaleziono w mózgu recydywy. Że wycięcie guza gruźliczego z mózgu nie zabezpiecza ustroju przed zakażeniem gruźliczem, nie może być, zdaniem chirurgów angielskich i amerykańskich, stanowczym przeciwwskazaniem do wycinania ich, bo to samo dotyczy gruźlicy jądra, stawów i t. d., które jednak leczą operacyjnie. Zobaczmy niżej, że i wielkość guza nie może być także przeciwwskazaniem.

Nowotwory mózgowia pochodzenia syfilitycznego [gummaty] powstają prawie zawsze z opon, są więc powierzchowne; zwykle nie dochodzą do dużych rozmiarów; rosnąc uciskają tylko przyległą tkankę mózgową, lecz jej nie naciekają, a więc nie niszczą; są więc łatwe do usunięcia.

Pominąwszy 2 wymienione rodzaje guzów w mózgowiu pochodzenia zakaźnego, infekcyjnego, najczęściej tam spotykamy glejaki (*gliomata*), które, jako biorące początek z neuroglii, są właściwością układu nerwowego [początek im prócz tego może dać tylko siatkówka oka]. Głojak jest nowotworem infiltrującym, a nie dyslokującym tkankę nerwową, dlatego to granice jego są niewyraźne i przy wycinaniu ich trzeba zachodzić w tkankę zdrową, aby być pewnym, że został całkowicie usuniętym. Głojak w mózgowiu zwykle jest jeden, rzadko jest ich kilka. Rośnie powoli; często dochodzi do dużych rozmiarów. Najczęściej bywa w dojrzałym wieku, chociaż był spotykany i w pierwszych latach życia. W późnych okresach swego rozwoju bywa mocno unaczyniony, co powodować może krwotoki, zdradzające się pewnymi objawami, a więc przyczyniać się mogące, jak zobaczymy niżej, do różniczkowego ich rozpoznania. Głojak atakuje tylko tkankę nerwową, a nigdy opon mózgowych, ani kości. Wychodzi najczęściej z substancji nerwowej białej. W przeważnej liczbie przypadków siedliskiem głojaków są półkule mózgowie, zwłaszcza zrazy czołowe.

Raki (*carcinomata*) w mózgowiu są prawie zawsze wtórne, metastatyczne. M. ROSENTHAL (*Real-Encyclopedie Bd. VIII.* str. 126) twierdzi, iż *carcinoma medullare* mózgu jest najczęściej pierwotny. Raki w mózgowiu przedstawiają się zazwyczaj pod postacią guzów miękkich, mocno unaczynionych, często licznych, ostro odgraniczonych, które rosną szybko, atakują kość, opony mózgowie i tkankę nerwową.

Mięsaki (*sarcomata*) spotyka się w mózgowiu, podobnie jak i glejaki, bardzo często; zdaniem STARR'a, BRUNS'a, częściej nawet, niż glejaki. Wedle tegoż BRUNS'a mięsaki mózgowia nie powodują nigdy przerzutów w innych organach, a nawet jednoczesne istnienie mięsaka w mózgu i w innym narządzie ma należeć do rzadkości. Punktem ich wyjścia może być mózg lub jego naczynia krwionośne, opony lub kości czaszki. Jeśli wychodzą z opon mózgowych lub z kości czaszki, to mogą nie niszczyć mózgu, lecz tylko go uciskać. Dochodzą często do dużych rozmiarów. Mięsaki, biorące początek z tkanki mózgowej, są guzami odgraniczonymi, otorbionymi, a więc łatwymi do wyłuszczenia. Zwykle są słabiej unaczynione niż glejaki, dla tego też i krwotoki w ich wnętrzu są

rzadkie. Najczęściej jest jeden guz, na obwodzie siedzący, gdyż mięsaki często wychodzą z opon mózgowych. W mózgu najczęściej bywa w jego półkulach. Często spotyka się glejo-mięsaki (*glio-sarcomata*).

Pomijamy inne nowotwory, rzadziej spotykane, powiemy tylko słów kilka o torbielach (*cystae*). Bywają one albo surowicze—powstałe z ogniska obumarłego kawałka mózgu lub krwotoku — albo są pochodzenia pasożytniczego. Pierwsze — chociaż bardzo często je znajdowano podczas trepanacji czaszki jako przyczynę objawów, które skłoniły lekarza do interwencji chirurgicznej — ściśle biorąc, nie są nowotworami i zwykle nie bywa przy nich objawów ogólnych, właściwych nowotworom [zwiększenie ciśnienia wewnątrz-czaszkowego], lecz tylko objawy podrażnienia miejscowego.

Z torbieli pochodzenia pasożytniczego częstszym w mózgowiu jest wąż (*cysticercus*), niż bąblowiec (*echinococcus*). Na 409 spostrzeżeń, zebranych przez SZCZYPIORSKIEGO, 336 razy był *cysticercus cellulosae*, a tylko 73 *echinococcus*, co jest w zgodzie z dawniejszem twierdzeniem DAVAINÉ'a, iż, w stosunku do innych organów, bąblowiec mózgu bywa w 7,5% przypadków, a wąż w 35,5%. Wąż częściej, niż bąblowiec, bywa jednocześnie i w innych organach, choć w ogóle rzadko. GRIESINGER na 56 przypadków węża tylko w 6 znalazł pasożyta i w innych narządach [serce, płuca, mięśnie, oczodół]; ZENKER na 17 ani razu; HAUGG na 25—1 raz; MUELLER na 36—21 razy; DRESSEL na 87—13 razy; tak samo VIRCHOW, LEUCKART, MEYER i t. d.. Pęcherzyk węża rzadko bywa 1, zwykle jest ich kilka, a czasem i kilkadziesiąt. Siedliskiem ulubionem ich jest przestrzeń podpajęczna, gdzie pęcherzyki pasożyta swobodnie pływają; rzadziej wąż usadowionym jest w komórkach mózgowych i w mięszu mózgu. KUECHENMEISTER na 88 przypadków węża mózgowia znalazł pęcherzyki: w oponach mózgowych 49 razy, na powierzchni półkul 59, w korze mózgowej 41, w substancji korowej białej 19, w komórkach 18, w jądrze ogoniastem (*nucleus caudatus*) 17, w wzgórkach czworaczych 4, w szyszce (*glandula pinealis*) 4, w moście WAROL'a 4, w mózdzku 18, w *trigonum* 8, w zrazie wężowym 2, w spoidle mózgu (*corpus callosum*) 2, w opuszcze 2. Pęcherzyki węża zwykle są małe [wielkości główki szpilki, orzecha, rzadko jaja lub jabłka—VIRCHOW, MARCHAND, BRECKE]. Nie wywołują one albo żadnych zmian, tak, że często najniespodziewaniej znajduje się je dopiero na sekcji [20,5%], albo w skutek drażnienia wywołują z jednej strony zapalenie przewlekłe opon lub błony wyściełającej komórki (*meningitis et ependymitis fibrosa chronica*), a z drugiej strony objawy podrażnienia tkanki mózgowej [drgawki, przykurczenia]. Działanie niszczące węża jest małe. Z powodu siedliska pęcherzyków na obwodzie półkul mózgowych częstymi są objawy t. zw. padaczki korowej (*epilepsia partialis s. corticalis s. Jackson'i*). *Cysticercus racemosus* trafia się rzadziej, a siedliskiem jego zwykłym jest przestrzeń podpajęczna podstawy mózgu.

Bąblowiec mózgu (*echinococcus*) przedstawia się zwykle pod postacią torbieli pojedynczej. Bąblowiec wielokomorowy (*e. multilocularis*) nie bywa w mózgu. Najczęstszym siedliskiem bąblowca w mózgu bywa mięsz lub komórki mózgowie, bardzo rzadko przestrzenie międzyoponowe. Torbiel bąblowca rośnie szybko

i dojść może do dużej objętości i dla tego prawie zawsze zdradza się objawami ucisku i zniszczeniem części sąsiadujących.

Przy rozpoznawaniu natury guza w mózgowiu należy wziąć pod uwagę:

1) wynik badania całego organizmu. Jeśli osobnik mający objawy nowotworu mózgowia pochodzi z rodziny gruźliczej, jeśli ma zmiany w płucach, stawach lub innych narządach natury tuberkulicznej; lub jeśli cierpiał na syfilis i ma w organizmie ślady przebytego lub istniejącego syfilisu; albo wreszcie, jeśli cierpi na raka w jednym z organów, to i nowotwór w mózgowiu, w pierwszym razie jest najprawdopodobniej natury gruźliczej, w drugim — syfilitycznej, a w trzecim — rakiem. Nie trzeba jednak zapominać, iż bywają wyjątki od tego pravidła. Nie zawsze np. guz w mózgu osobnika dotkniętego gruźlicą jest natury gruźliczej, jak to miało miejsce np. w przypadku opisanym z mego oddziału przez kol. RYCHLIŃSKIEGO i WIZŁA [Gazeta Lekarska 1894 r. № 35]. Również guz mózgowia może być syfilityczny, mimo, że anamneza chorego nic nie wykrywa i pomimo że nie ma objawów przebytego lub istniejącego syfilisu, jak np. w przypadku opisanym przezemnie w „Gazecie Lekarskiej”, 1895. № 2 i 3.

2) Wiek chorego. U dzieci i u dorosłych niejednakowo często spotyka się w mózgowiu różne rodzaje nowotworów. Widać to dobrze z następujących cyfr zebranych przez STARR'a. Na 300 nowotworów mózgowia u dzieci znalazł on: gruźliczych 152, glejaków 37, mięsaków 34, glejo-mięsaków 5, torbieli 30, raków 10, gumatów 2. Na 300 zaś guzów mózgowia u dorosłych: gruźliczych 41, glejaków 54, mięsaków 86, glejo-mięsaków 25, torbieli 2, raków 33, gumatów 20. U dzieci więc guzy najczęściej są natury gruźliczej, a dopiero drugie miejsce zajmuje glejak i mięsak, u dorosłych odwrotnie mięsaki i glejaki trzymają pierwsze miejsce. Powinniśmy tu przypomnieć to, cośmy powiedzieli wyżej, iż guzy natury syfilitycznej są częste w mózgowiu, lecz rzadko spotyka się je na sekcji z powodu względnie łatwej wyleczalności. Jeśli chory ma mniej niż lat 15, a nie przedstawia objawów syfilisu dziedzicznego, to guz mózgowia u niego prawdopodobnie nie jest syfilityczny, lecz zwykle gruźliczy. Jeśli chory, dotknięty objawami nowotworu w mózgowiu, jest dorosły i nie ma objawów gruźlicy w jednym z narządów ciała, to guz prawdopodobnie nie jest gruźliczy, lecz gumat, glejak lub mięsak.

3) Siedlisko guza — nie wiele dostarcza danych dla rozpoznania jego natury. Guz w mózdzku i w moście WAROL'a najczęściej jest gruźliczy. Guzy syfilityczne są prawie zawsze powierzchowne, korowe. Guz duży na podstawie czaszki najczęściej jest mięsakiem.

4) Objawy, rozwój i przebieg nowotworu. Guz, dający objawy dużego zwiększenia ciśnienia wewnątrz-czaszkowego, za wyjątkiem jeśli jest ulokalizowany na przebiegu żyły GALEN'a, zatok żylnych (*sinus*) lub w bliskości wodociągu SYLWIUSZ'a, nie jest gumatem, ani guzem natury gruźliczej, gdyż te zwykle są małe, niewielki więc ucisk wywołują. Guz gruźliczy rzadko jest większy niż wiśnia, jeśli więc badanie organizmu nie wykrywa objawów istnienia

gruźlicy w narządach, a w anamnezie niema dziedziczności, jeśli nadto zajętych jest dużo ośrodków [centrów], to gruzełek mózgu można wyłączyć.

Guz powoli rosnący prawdopodobnie jest glejakiem, rzadko mięsakiem, a prawie nigdy gumatem lub gruźliczej natury, gdyż te ostatnie zazwyczaj szybko ulegają przemianom wstecznym lub wessaniu.

Torbiele pochodzenia pasożytniczego rozwijają się również bardzo powoli, lecz różnią się od glejaków i mięsaków tem, iż rzadko wywołują objawy ogniskowe, a, wedle STARR'a — nigdy.

Glejaki zwykle jest nowotworem mocno unaczynionym, a zależnie od stopnia napełnienia naczyń krwionośnych wielkość samego guza może się zmieniać, przez co i natężenie ciśnienia wewnątrz-czaszkowego może ulegać ciągłym wahaniom. Subiektywnie objawia się to zmiennością natężenia objawów, a obiektywnie [oftalmoskopowo] mniejszem lub większem napełnieniem żył siatkówki i nerwu wzrokowego. Obfitość naczyń krwionośnych glejaka jest przyczyną częstych wylewów krwi do wnętrza nowotworu lub w jego sąsiedztwie, co powoduje porażenia ruchowe zazwyczaj przemijające. Jeśli więc w przypadku guza w mózgowiu mają miejsce duże wahania w natężeniu objawów; jeśli widoczne są wahania w napełnieniu naczyń siatkówki; jeśli objawy te dają się modyfikować środkami wpływającymi na ciśnienie krwi [kąpiel gorąca, zimny tusz, lawatywy drażniące i t. d.]; jeśli nadto od czasu do czasu pojawiają się objawy podobne do apoplektycznych, a zależne od krwotoku we wnętrzu guza: to wszystko to dowodzi, iż nowotwór jest mocno unaczyniony, a więc najprawdopodobniej glejak, rzadko mięsak. Mówimy najprawdopodobniej, gdyż bywają glejaki twarde, mało unaczynione.

5) Wynik leczenia próbnego. Jeśli przy stosowaniu rtęci i jodu, objawy nowotworu zmniejszają się lub giną, to przemawia to za naturą jego syfilityczną. Poprawa objawów, jakie guz mózgowia powoduje, przy poprawie stanu ogólnego, mówić ma za gruźlicą. Są to jednak wskazówki nieraz zawodzące. Stan ogólny i miejscowy może się poprawiać czasowo i przy nowotworach nie gruźliczych, a z drugiej strony nowotwory syfilityczne mogą się nie zmieniać przy leczeniu przeciwsyfilitycznem [np. przypadek opisany przezemnie w № 2 i 3 r. b.]. Wreszcie:

6) Wielość (*multiplicitas*) guzów pozwala niekiedy na wyciągnięcie wniosku o ich naturze. Glejak i mięsak są nowotworami zawsze pojedynczymi. Jeśli więc są dane pozwalające przypuszczać istnienie kilku guzów, to muszą one być natury gruźliczej, syfilitycznej lub węgry.

Widzimy więc z powyższego, iż na pytanie, jakiej natury jest nowotwór mózgowia w danym przypadku, można dać czasem odpowiedź z wielkiem prawdopodobieństwem, częściej jednak tylko przypuszczalnie, a wtedy — jak się wyraża GOWERS — z takim samym prawdopodobieństwem trafnie jak i fałszywie.

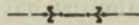
[D. n.]

III, BADANIA CHEMICZNE I KLINICZNE NAD T. ZW. MLEKIEM TŁUSTEM GÄRTNER'A (*Gärtner'sche Fettmilch*).

[Rzecz czytana na posiedzeniu Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego d. 17. IX. 1895].

Przez

D-ra Władysława Papiewskiego,
lekarza chorób dziecięcych w Radomiu.



[Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 46].

Przypadek XII. Herman Eumf..., 6 miesięcy, syn robotnika, pierwsze 3 miesiące karmiony piersią matki, potem mlekiem krowiem i kakao w odstępach nieregularnych. Wogóle był zdrow i trawił dobrze do odry, na którą chorował przed dwoma tygodniami, a która przeszła w zapalenie płuc. Po przybyciu do kliniki dziecko przedstawiało się, jak następuje: ciepłota 41,1°, oddechów 48, oddech utrudniony, typu piersiowego, z jękiem u szczytu wdechu; z tyłu w obu płucach lekkie stłumienie odgłosu wypukowego, przytem oddech oskrzelowy z licznymi rżenieniami dźwięcznymi, natomiast z przodu opuk bębniasty z oddechem zaostrozonym. Tętno serca głucho; ciężki, suchy kaszel, pomimo którego chory nie wymiotuje; od kilku dni dyspeptyczne, cuchnące wypróżnienia. Obok ogólnego leczenia zwykłego przy zapaleniu płuc [zawijania hydropatyczne, pobudzające środki] karmiono dziecko w ciągu miesięcznego jego pobytu w klinice mlekiem GAERTNER'a, lecz, jak widzimy z niżej podanej tablicy, nie osiągnęliśmy żadnego rezultatu. Stopniowe spadanie wagi ciała w ciągu pierwszych dni 15 można przypisać gorączce i upośledzonemu zwykle w chorobach zakaźnych trawieniu [stolce zawsze były płynne, śluzowe], lecz następnie rozwinęła się gruźlica płuc z gorączką i ponownymi objawami kataru kiszek, być może, również gruźliczej natury, co pomimo zmian w diecie nie zdołało powstrzymać gwałtownego [o 900 grm.] spadku wagi. Rokowanie więc tu jest bez nadziei, a mleko GAERTNER'a poprawić go nie zdoła.

Dziecko gorączkuje: 41° C.. Za pożywienie w d. 21 czerwca otrzymało herbatę, miało tegoż dnia kilka stolców.

22	czerwca,	waga: 5460.	39° C. 4 stolce płynne, śluzowe.
23	"	" 5470.	42,0° C.. 4 stolce płynne, śluzowe. Herbata i mleko krowie 1:3.
24	"	" 5280.	39,6° C.. 5 stolców płynnych, śluzowych. Herbata i mleko krowie 1:3.
25	"	" 5230.	38,6° C.. 4 stolce płynne, śluzowe. Mleko G. ½ litra.

26	czerwca,	waga: 5240.	38,6° C.	3 stolce dyspeptyczne; mleko G. po $\frac{1}{2}$ litra.
27	"	" 5280.	38,9° C.	4 stolce dyspeptyczne, zielone; mleko GAERTNER'a po $\frac{1}{2}$ litra.
28	"	" 5310.	38,4° C.	5 stolców dyspeptycznych, zielonych; mleko GAERTNER'a po $\frac{1}{2}$ litra.
29	"	" 5280.	37,7° C.	5 stolców płynnych, śluzowych; mleko GAERTNER'a po $\frac{1}{2}$ litra.
30	"	" 5790.	38,1° C.	5 stolców płynnych, śluzowych. Dostało $\frac{3}{8}$ litra mleka.
1	lipca,	" 5120.	37,7° C.	5 stolców płynnych, śluzowych; dostało $\frac{3}{4}$ litra mleka.
2	"	" 5190.		Herbata. 3 stolce.
3	"	" 5160.		" 1 "
4	"	" 5000.		Mleko G. $\frac{1}{2}$ litra. Nie było stołeczka.
5	"	" 5130.		" " " " 3 stolce gliniaste, białawe.
6	"	" 5140.		" " " " 1 stolec.
7	"	" 4980.	40,2° C.	Mleko G. $\frac{1}{2}$ litra. 6 stolców płynnych, śluzowych.
8	"	" 4910.	38,4° C.	Mleko G. $\frac{1}{2}$ litra. 6 stolców płynnych.
9	"	" 4800.	37° C.	3 stolce płynne.
10	"	" 4640.		Kleik. 3 " "
11	"	" 4430.	39° C.	Kleik. 2 stolce płynne.
12	"	" 4450,	37,2° C.	Dostaje odtąd po $\frac{1}{4}$ litra mleka G. i po $\frac{1}{4}$ litra wody 1 stolec.
13	"	" 4450.	37,7° C.	2 stolce gliniaste, białawe, śluzowe.
14	"	" 4360.		1 stolec.
15	"	" 4370.		1 stolec gliniasty, białawy.
16	"	" 4260.		1 stolec śluzowy, dyspeptyczny.
17	"	" 4190.		2 stolce śluzowe, dyspeptyczne.
18	"	" 4310.	2	" " "
19	"	" 4210.		

Przypadek XXIII. Rudolf Schöfl..., 1 rok, syn ślusarza, karmiony dotąd piersią, pomimo że od 9 miesięcy dokarmiano go kaszką i mlekiem krowim. Od 8 dni gorączkuje, kaszle, stolce przytem stały się częstsze i niestrawione, od 3 dni objawy te się pogorszyły. Badanie 27. VI. wykazało: dziecko niedokrwiście z posiniałami wargami, ciepłota 38,6°; oddech bardzo częsty z jękiem, serca działalność upośledzona, z tyłu z prawej strony aż do linii pachowej słuchanie zupełne dźwięku wypukowego, w temże miejscu oddech oskrzelowy bez rzężeń, z lewej—z tyłu nieliczne, rozrzucone rzężenia; z przodu z obu stron wyraźny odgłos bębniasty z zaostrozonym szmerem oddechowym. Rozpoznanie zapalenia płuc nie przedstawiało trudności, lecz w ciągu 15-dniowego pobytu w klinice mleko GAERTNER'a nie zdołało, jak to widzimy z niżej podanej ta-

blicy, powstrzymać spadku wagi ciała, zależnego od gorączki i upośledzonego trawienia [ciągłe, dyspeptyczne stolce]. Ponieważ z powodu poprawy w płucach i spadku gorączki dziecko wypisano z kliniki, należy się spodziewać, że mleko GAERTNER'a stosowane w lepszych, niż podczas choroby warunkach, szybciej niż inne środki odżywcze wynagrodzi dziecku stratę wagi [przeszło 900 grm.], jaką poniosło w ciągu 15 tu dni swej choroby.

27	czerwca,	waga: 5080.	Dostaje herbatę.	Stolec jeden.
28	"	"	"	"
28	"	5010.	"	1 stolec dyspept., płynny.
29	"	4610.	$\frac{1}{3}$ litra ml. G.;	1 stolec płynny.
50	"	4530.	$\frac{1}{2}$ " " "	1 " dyspept., płynny.
1	lipca,	4510.	" " " "	1 " " "
2	"	4410.	$\frac{1}{3}$ litra ml. G.	2 " " "
3	"	4430.	" " " "	1 stolec gliniasty.
4	"	4480.	" " " "	1 " " "
5	"	4460.	" " " "	1 " " "
6	"	4500.	" " " "	1 " " "
7	"	4430.	" " " "	2 stolce dyspeptyczne, płynne.
8	"	4360.	" " " "	1 stolec dyspeptyczny, płynny.
9	"	4310.	$\frac{1}{2}$ " " "	1 " " "
10	"	4220.	Kleik.	2 stolce dyspeptyczne, płynne
11	"	4170.	"	2 " " "
12	"	4180.	"	" " " "

Rozglądając się w przedstawionych powyżej wynikach badań klinicznych, przedewszystkiem zostajemy uspokojeni co do strawności mleka GAERTNER'a, jaka mogła budzić obawy, ze względu na wyższą zawartość w niem tłuszczu. Na tysiące wypróżeń, jakie po dyecie GAERTNER'owskiej miałem sposobność oglądać, zaledwie kilka razy spotkałem stolec, który z wyglądu tłustym mógłbym nazwać. Jakkolwiek zbyt złożony sposób ilościowego określenia tłuszczu w stolcach dzieci przezemnie badanych zawartego, jednak zarówno wygląd wypróżeń, pośród których tłuste zbyt nieznaczny stanowią liczbę, by na sąd wpływać mogły, wygląd normalny, gliniasty, częstokroć suchy, obok wyników badania drobnowidzowego, które nigdy nadmiernej ilości kulek tłuszczowych w polu drobnowidzowym nie wykrywało, dają, jak miemam, prawo sądzić, że procent tłuszczu w stolcach tych nie przenoślił normy określonej przez CZERNOW'a na—30% suchej reszty, a przez UFFELMANN'a na 2—3% ogólnej ilości wypróżeń.

Trawienie białka, które pod wpływem podpuszczki tak się dobrze ścinało w kolbie chemicznej, nie jest widocznie identycznym w żołądku niemowląt. Za wyjątkiem niemowląt zdrowych, których stołeczki przemawiają za dokładnem strawieniem białka, spotykaliśmy przeważnie wypróżenia gliniaste, zawierające znaczną ilość równomiernie niestrawionego sernika, podobne do wypróżeń dzieci, karmionych zwyczajnem mlekiem krowiem, lub też stolce dyspeptyczne, w których niestrawiony sernik znachodził się w większych, zbitych gruzkach. Wynika ztąd, że trawienie połowicznej nawet w porównaniu z mlekiem

krowiem ilości przy daleko posuniętych zaburzeniach w trawieniu [t. j. przy *gastro-enteritis chronica*) jest prawie niemożliwym, przy mniej rozwiniętych (*dyspepsia chronica*), co najmniej, trudnym, i tylko u dzieci zdrowych lub lekko dyspeptycznych (*dyspepsia acuta*) może się odbywać z pożytkiem. Należy zresztą i to mieć na uwadze, że białko mleka GAERTNER'a jest tą samą kazeiną mleka krowiego, której strawność stanowi zawsze ważny szkopuł w karmieniu sztucznym, szkopuł, którego większa zawartość tłuszczu w zupełności usunąć nie jest w stanie.

Rozejrzymy się w wynikach klinicznych, biorąc na uwagę stan dzieci przy rozpoczynaniu diety GAERTNER'owskiej, ich wiek i czas trwania tej diety.

Pierwsze cztery przypadki, dotyczące dzieci zdrowych, a przynajmniej z trawieniem upośledzonym tylko w nieznacznym stopniu, od krzywicy zależnym, świadczą na korzyść własności odżywczych i strawnych mleka GAERTNER'a o tyle, że uważałem za zbyteczne czynienie dalszych badań nad dziećmi zdrowymi.

Nr.	Wiek przy rozpoczęciu diety.	Waga początkowa.	Czas trwania diety.	Wpływ diety na wagę.
1	15 miesięcy.	7500 grm.	43 dni	przybyło 1050 grm.
2	5 „	4330 „	24 „	„ 470 „
3	6½ „	4950 „	39 „	„ 760 „
4	6 „	5390 „	39 „	„ 750 „

Tak starsze dzieci [przypadek I], jak niemowlęta [przyp. II, III, IV] rozwijały się na diecie GAERTNER'owskiej tak pomyślnie, że wzrost wagi ciała nie ustępował w tych przypadkach karmieniu mlekiem kobiecym. Charakter wypróżnień dzieci karmionych piersią rzadziej już był podobnym do stolców po zwyczajnym mleku krowiem.

W drugiej grupie, obejmującej niemowlęta z pierwotnymi zaburzeniami trawienia (*dyspepsia acuta*), dała następujące wyniki:

Nr.	Wiek przy rozpoczęciu diety.	Waga początkowa.	Czas trwania diety.	Wpływ diety na wagę.
5	3 miesiące	4400 grm.	26 dni	przybyło 650 grm.
6	2 tygodnie	3620 „	16 „	„ 100 „
7	2½ miesiąca	3450 „	29 „	„ 400 „

W każdym z tych przypadków dieta GAERTNER'owska wpłynęła dodatnio: wzrost wagi nie jest tu oczywiście tak wybitnym, jak w grupie pierwszej, lecz w każdym razie wystarczającym, a co równie ważne, objawy dyspeptyczne [charakter stolców i wymioty] w przypadkach V-ym i IX-ym zostają usunięte. Przypadek VIII nie przedstawia równie wybitnej poprawy, jak

dwa inne, lecz tu odgrywa rolę i nader wczesny wiek dziecka [2 tygodnie], wiek, dla którego sztuczne karmienie, jakkolwiek ono jest, zawsze kryje w sobie niebezpieczeństwo. Uważam więc, że mleko GAERTNER'a w ostrej niestrawności jest zupełnie racjonalnym środkiem dyetetycznym, którego skutek jest tem pewniejszy, im starsze jest niemowlę.

Następną kategorią drugiej grupy obejmuje przypadki przewlekłych zaburzeń trawienia, które określam jako niestrawność przewlekłą (*dyspepsia chronica*), odznaczającą się zarazem uporczywością i większem natężeniem oraz brakiem współczesnych powikłań ze strony innych narządów. Kategoria ta stoi pomiędzy typem zaburzeń lżejszych i ostrych, jakie odniosłem do pierwszej, i typem zaburzeń cięższych, zakaźnych, określanym przez autorów francuzkich [SEVESTRE, MARFAN] i sformułowanym przez CZERNY'ego i MOSER'a¹⁾ jako *gastro-enteritis acuta et chronica*.

Oto wyniki leczenia tych przypadków mlekiem tłustem:

Nr.	Wiek przy rozpoczęciu diety.	Waga początkowa.	Czas trwania diety	Wpływ diety na wagę.
6	3 miesiące	4290 grm.	53 dni	ubyło 500 grm.
7	2 „	3750 „	26 „	przybyło 150 „
10	6 miesięcy	5030 „	19 „	„ 300 „
11	6 „	6940 „	28 „	„ 170 „
12	4½ miesiąca	4060 „	24 „	ubyło 170 „
13	3½ „	3850 „	23 „	„ 120 „
14	2½ „	3200 „	52 „	przybyło 320 „

Z tablicy powyższej widzimy, że rezultaty podawania mleka GAERTNER'a są różnorodne. Z 7-miu przypadków niestrawności przewlekłej, w 4-ch widzimy wzrost wagi, gdy w 3-ch spadek. Rozpatrując się w poszczególnych przypadkach, widzimy, że im cięższy był początkowy stan dziecka, tem mniejszy albo zgoła żadnego wpływu nie wywierała dieta GAERTNER'a: tak przypadek VI-ty, który możnaby do *gastro-enteritis* zaliczyć po kilkakrotnych silnych wahanich wagi ciała, skończył się stratą 500 grm, pomimo 53 dni stosowania mleka, inne [przyp. XII i XIII] były mniej uporczywymi i dają jeszcze nadzieję pomyślnego zejścia, gdy w tamtym rokowanie jest stanowczo złem. W równej mierze zachowywały się stolce: w przypadku VI-ym nie poprawiły się zupełnie, w 2-ch innych zaś zmieniły się z dyspeptycznych na gliniaste.

[D. n.]

¹⁾ Klinische Beobachtungen an magendarmkranken Kinder im Säuglingsalter. Jahrbuch f Kinderheilkunde. T. 38, str. 430.

IV. TRZYDZIEŚCI OŚM PRZYPADKÓW BŁONICY, LECZONYCH SUROWICĄ.

Podał

D-r Henryk Fidler,

nadetatowy ordynator szpitala Starozakonných w Radomiu.

[Ciąg dalszy.— Patrz Nr. 46].

G r u p a IV.

№ 30. W. J., 8 lat 2.IV. 1895. Przed 4 tygodniami chłopiec zachorował wśród objawów wysypki skórnej, której towarzyszyły: gorączka, silny kaszel, kichanie i światłowstręt [odra]. Choroba ta przeszła w dni kilka, poczem skóra łuszczyła się w postaci otrąb. Przed 5 dniami znowu dostał gorączki, uskarżał się na ból głowy, uszu i gardła, poczem spuchła mu szyja. Trudno mu było łykać i oddechać. Poprzedniego dnia dostał znowu na ciele wysypki.

Obecnie chory nawpół przytomny, oddech chrapliwy, utrudniony z małym wciąganiem dolnych międzyżebrzy. Na całej skórze wysypka wybroczynowa, rozrzucana, składająca się z pojedynczych kropek wielkości dużego łepka od szpilki, nieznikająca pod palcem; na tułowiu więcej, aniżeli na kończynach. Kolor wysypki brunatny [poprzedniego dnia była czerwona]. Ciepłota 39,4°, tętno 150 słabe, oddechów 38. Gruczoły szyjowe, podszczękowe i przyuszne obrzmiałe, twarde, nieruchome. Silny *foetor ex ore*. Z nosa wycieka rzadka, żółtawo-ropna wydzielina. Błona śluzowa jamy ustnej obrzmiała, czerwona i rozpułchniona. Na obu migdałach, łukach podniebiennych i miękkim podniebieniu gruby, brudno-żółty nalot. Toż samo na języczku i tylnej ścianie gardzieli. Jednem słowem, cała gardziel formalnie wytapetowana błonami. Pod drobnowidzem: laseczniki LOEFFLER'a, gronkowce i paciorkowce.

O godz. 12-iej w południe wstrzyknięto 3000 jednostek ochronnych ARONSON'a, zalecono obok tego tuszowanie ichtyol sublimatem. Wino i kamfora. Ciepłota wieczorem 39,5°.

3. IV. o godz 10 rano ciepłota 39°, o 12 w poł. 39,6° tętno 150, o 8 wieczorem 39, 4°. Stan ogólny lepszy. Chory przytomniejszy, na wołanie zwraca oczy, na pytanie odpowiada niewyraźnie wskutek zajęcia gardzieli. Połyka lepiej. Gruczoły podszczękowe mniejsze, ruchome, mniej obrzmiałe. W gardzieli: z prawej strony nalot się powiększył, przeszedł na podniebienie twarde. Nalot szary, powierzchniowy, nie daje się zdejmować, błona śluzowa nie krwawi. Z lewej strony nalot cokolwiek mniejszy, błona śluzowa prześwieca. Języczek, tylna ściana gardzieli bez zmiany. Chory spał w nocy do 12-iej, poczem był niespokojny, rzucał się. Stolca nie było. Mocz oddaje. *Foetor ex ore*.

O godz. 3-iej wstrzyknięto ponownie 1500 jednostek ochronnych [1000 ARONSON'a, 500 ROUX'a].

4. IV. Ciepłota rano 39,5°, tętno 168; wieczorem 40°, tętno nie do zliczenia. Stan ciężki bez nadziei. Chory nieprzytomny, ledwie odwraca głowę na

wołanie. Oddech chrapliwy. Rzuca się, niespokojny. Mocz oddaje. Wysypka znika. W gardzieli na prawym migdale gruby, żółty nalot tam, gdzie poprzedniego dnia był powierzchowny. Nalot zdjąć można. Na języczku i lewym migdale nalot cieńszy, nierówny okazuje jakoby skłonność do odpadnięcia. Tylne ściana gardzieli bez zmiany. *Foetor ex ore.*

5. IV. Kona. 6. IV. Umarł o 11-ej rano.

Epicrisis. Sprawa trwała 10 dni. 1-go dnia choroby zastosowano surowicę. Chory od pierwszej chwili nie rokował żadnej nadziei wyzdrowienia ze względu: 1-o na septyczną naturę sprawy błonicowej i 2-o na późny okres choroby. Jakkolwiek sprawa w gardzieli okazywała pewną skłonność do wstecznego rozwoju, to jednak stan ogólny, spowodowany zakażeniem mieszanym, nie uległ zmianie, chociaż po 24 godzinach po 1 wstrzyknięciu było chwilowe polepszenie. Zejście śmiertelne nastąpiło w 5 dni po wstrzyknięciu. To długie pasowanie się organizmu z ciężką śmiertelną chorobą skłonny jestem uważać za wpływ surowicy, która przeciągnęła życie na parę dni; według bowiem dotychczasowego doświadczenia śmierć winna była nastąpić po 24 godzinach, najdalej 48 godzinach po pierwszym widzeniu chorego. Wysypkę wybroczynową uważałem za wynik zakażenia septycznego.

№ 31. D. T., 4 lata, 30. III. 1895. Przed miesiącem dziecko zachorowało na tyfus brzuszny, który się skończył w dwa tygodnie. Dziecko się poprawiło, jakkolwiek nie podniosło się z łóżeczka i ciągle kaszłało. Dwa tygodnie dziecko było względnie zdrowe. Przed 5 dniami lekarz na prowincyi skonstatował dyfteryt gardzieli. Od tej chwili wystąpiła duszność, która się stopniowo powiększała. Dziecko mocno wyniszczone, ani śladu tkanki tłuszczowej. Silne objawy krzywicowe szczególnie na klatce piersiowej.

Oddech wysoce utrudniony, wciąganie dołka i międzyżebry. Głos ochrypły. Tętno słabe, siniący niema. W prawym płucu z tyłu u dołu stępienie odgłosu wypukowego; od kąta łopatki oddech oskrzelowy z trzeszczeniami. W reszcie płuc dużo wilgotnych rżężeń. Przy próbnym przekłuciu kropie ropy w igle. W kątach ust owrzodzenia; z lewej strony na dolnej wardze owrzodzenie, pokryte nalotem sadłowatym. Na prawym migdale kilka białawych nalotów, krwawiących przy zdejmowaniu. Błona śluzowa gardzieli i jamy ustnej obrzmiała i rozpulchniona. Pod drobnowidzem laseczniki LOEFFLER'a i dużo paciorkowców.

O godz. 10-ej wieczór wykonano tracheotomię. Na stół operacyjny przyniesiono dziecko prawie konające z tętnem nitkowatym, lecz przytomne. Po operacji tętno niewyczuwalne, oddech przerywany, dziecko trupio blade. Upadek sił. W godzinę potem po zastosowaniu sztucznego oddechania i środków podniecających dziecko przyszło do siebie. Z rany wydziela się obfita, ropna płwocina. Ruchy wykrztuśne słabe.

31. III. Ciepłota rano 38°, wieczorem 38°. Tętno słabe. Oddech równy, niema wciągania. Dziecko dość wesołe. W płucach i gardzieli to samo. Rana czysta. Obfita ropna wydzielina. Wstrzyknięto 1500 jednostek ochronnych [1000 ARONSON'a, 500 ROUX]. Środki wykrztuśne i podniecające. Wieczorem stan ten sam. Tętno słabe. Dziecko sennie. Twarz wydaje się obrzękniętą.

1. IV. Ciepłota rano 38,5°, w poł. 37,8°, wieczorem 38,5°. W nocy wydzieliło się z rany dużo ropy z błonami. Cały poprzedni dzień cuchnące rozwolnienie, które się uspokoiło po makowcu. Dzisiaj tętno cokolwiek lepsze, lecz mocno przyspieszone. Dziecko dość wesołe. W prawym płucu na miejsce oskrzelowego oddechu, słyszanego jeszcze poprzedniego dnia, dużo wilgotnych rzężeń. Oddech przyspieszony, lecz równy.

W gardzieli: błona śluzowa biała, mały, powierzchniowy nalot na przednim łuku podniebiennym. Twarz nieobrzęknięta. Ogólny stan lepszy. Na około rany powierzchowne odleżyny.

2. IV. Ciepłota rano 38°, w poł. 38,5°, wieczorem 38°. W nocy dziecko było niespokojne, dusiło się wskutek zatykania się rurki obfitą, ropną, gęstą plwociną. 6 stolców cuchnących, zielonych, czarnych. W gardzieli to samo. W prawym płucu dużo wilgotnych rzężeń, w linii zaś pachowej oddech oskrzelowy. Tętno pełniejsze. Z rany wydziela się obficie ropna plwocina. Brzuch wzdęty. W nocy obfite poty.

3. IV. Ciepłota rano 38,5°, wieczorem 39,5°. Rozwolnienie trwa. Tętno słabe. Dziecko słabsze, niżeli poprzedniego dnia.

4. IV. Ciepłota rano 39,8°, w poł. 38,6°. W dolnych płatach obu płuc w linii pachowej rzężenia, trzeszczące z wyraźnym odcieniem oskrzelowym. W reszcie płuc dużo wilgotnych rzężeń. Rana pokryta żółtawym nalotem. *Pneumonia duplex. Enteritis acuta.* Dziecko umarło o 11-ej w nocy.

Epicrisis. Dziecko po przebytych niedawno tyfusie, powikłanym jakimś cierpieniem oskrzeli, silnie wyniszczone z olbrzymimi zmianami krzywicowymi, zachorowało przed 5-ciu dniami na dyfteryt gardzieli, krtani i jednostronne zapalenie płuc i opłucnej i zostało przywiezione prawie konające. Zrobiono tracheotomię, by ulżyć jedynie dziecku, w nadziei jednakże, iż do rana nie dożyje. Tymczasem po operacji i następnem wstrzyknięciu surowicy dziecko poczęło się poprawiać, było weselsze, naloty w gardzieli poczęły znikać, po 36 godzinach objawy prawostronnego zajęcia płuc zmniejszały się, lecz natomiast przyłączyło się ostre zapalenie kiszki i w ostatnich dniach lewostronne zapalenie płuc i dziecko przy stopniowym upadku sił umarło.

№ 32. B. L., 3 lata, 17. IV. Zachorowała przed 4 dniami. W nocy obudziła się z grubym kaszlem i chrypką. Podano środek wymiotny. Następnego dnia była wesoła i uskarżała się na ból gardła. Od pierwszej chwili miała duszność. Tegoż dnia wieczorem felczer widział naloty w gardzieli. Od dnia poprzedniego duszność silniejsza. Płyka trudno, kaszel wilgotny. Z nosa wydziela się ropiasty płyn. Ciepłota rano 38,3°, tętno 168 prawie nitkowate, oddech 42 utrudniony.

Dziecko leży w łóżeczku apatyczne i senne. Wciąganie dołka i dolnych międzyżebry. *Alae nasi* w ciągłym ruchu. Sinicy niema. Lewe nozdrze zatkałe zeschłą ropą. W gardzieli: oba migdały i języczek silnie powiększone wypełniają niemal całą gardziel. Błona śluzowa silnie przekrwiona i obrzmiała koloru mocno czerwonego. Wszystkie wgłębienia wypełnione białymi czopkami. W płucach trochę grubych rzężeń. Dziecko ciężko chore. Wstrzyknięto 2000 jednostek ochronnych ARONSON'a. Zastosowano środki podniecające.

Ciepłota wieczorem 39°. Wciąga silniej. Dziecko apatyczne. Tętno cokolwiek wyraźniejsze.

18. IV. Ciepłota rano 37°, wieczorem 37°, tętno 170, oddechów 48. Dziecko dość wesołe. Wciąganie takie same. Sinicy niema. W gardzieli: naloty matowo-białe. Na lewym u góry naloty zwały się w jeden, wielkości $\frac{1}{2}$ grosza. Błona śluzowa bledsza i mniej obrzękła. Migdałki prawie o połowę mniejsze. Z nosa płynie mniej. Ogólny stan lepszy. W moczu dużo białka. Mocz mało. Połyka z trudnością. Wstrzyknięto ponownie o godz. 11-tej 600 jednostek ochronnych BEHRING'a.

O godz. 3-ej wskutek silnego zwężenia krtani dokonano tracheotomii. Przy badaniu ponownem przed operacją okazało się zapalenie płuc w dolnym płacie prawego płuca. *Resp. bronchialis. Rhonchi crepitantes.* Po operacji dziecko oddecha spokojniej. Tętno słabe.

O godz. 11-ej w nocy. Dziecko śpi. Oddech przyspieszony. Tętno średnie.

19. IV. Ciepłota rano 37,3°, oddechów 54. Tętna zliczyć nie można. Rana czysta. Wykrztusza dużo płwociny przez ranę. W gardzieli: oba migdały blade. Na lewym u góry trzyma się jeszcze mały, punkcikowaty nalot, na prawym także naloty. W prawem płucu sprawa zapalna się rozszerzyła i zajmuje obecnie dolny i średni płat płuca. Stan ciężki.

O godz. 5 po południu dziecko umarło.

Epicrisis. Dziecko bardzo ciężko chore przyniesiono 5 dnia choroby z już rozwiniętymi objawami zwężenia krtani i silną niedomogą sercową. W pierwszej chwili nie przystąpiliśmy do operacji ze względu na brak sinicy, liczyliśmy bowiem na wpływ surowicy. W tym też celu wstrzyknięto bardzo dużo, bo 2000 jednostek ochronnych. Gdy jednakże po 24 godzinach zmiany nie było żadnej, wstrzyknęliśmy ponownie 600 i pomimo tego wszystkiego w 29 godzin po pierwszym wstrzyknięciu musieliśmy dokonać tracheotomii. Na sprawę w gardzieli wpływ surowicy uwidocznił się po 48 godzinach znacznem zmniejszeniem obrzęku błony śluzowej i zmniejszaniem się nalotów, lecz surowica nie mogła powstrzymać rozwoju zapalenia płuc, jak również zapobiedz porażeniu serca, już silnie zaatakowanego w chwili pierwszego wstrzyknięcia.

№ 33. N. K., 2 lata, 7. V. Chory od 4 dni. Poprzedniego dnia dziecko poczęło się dusić.

G. 7 wieczór. W gardzieli na lewym migdale biały nalot. Cała błona śluzowa gardzieli blada. Objawy silnego zwężenia krtani: dziecko wciąga dółek, międzyżebra i *jugulum*. Sinica twarzy. Dziecko na wpół senne. Ciepłota 38°, oddechów 54. Pod drobnowidzem laseczniki LOEFFLER'a i gronkowce. Wykonano tracheotomię i wstrzyknięto 1000 jednostek ochronnych ARONSON'a. Po operacji dziecko oddecha spokojnie. W nocy wydziela się przez rurkę niewiele krwawego płynu. Dziecko się kilkakrotnie dusiło; raz wyrwało rurkę.

8. V. Ciepłota rano 39,1°, oddechów 78, ciepłota wieczorem 39,5°, oddechów 54. Rano założono grubszą rurkę, lecz po założeniu dziecko poczęło się dusić, oddechów 78. Zmieniono rurkę na cieńszą, poczem oddech był 54, a po chwili 68. Cała tchawica, o ile widać przez ranę, jest wytapetowana białymi

blonami. Z rany wydziela się bardzo niewiele płwociny. Przy drażnieniu tchawicy silnym kaszlu wyskakuje kawałek twardej błony. Stan gardzieli ten sam. W płucach na całej przestrzeni wydech świszczący obok wdechowych wilgotnych rzężeń. *Croup descendens*. Wstrzyknąłem ponownie 1000 jednostek ochronnych ARONSON'a.

Godz. 6-a wieczor. W płucach z lewej strony u dołu rzężenia trzeszczące i wydech oskrzelowy. Dziecko chwilami się dusi i rzuca się niespokojnie. Poczynające się zapalenie płuc lewostronne. Stan ciężki. O 8 wieczór dziecko umarło.

Epicrisis. Dziecko małe, dwuletnie, chore od 4 dni, przyniesione było do szpitala prawie konające z sinicą i silnem zwężeniem krtani. Zrobiliśmy mu tracheotomię, by je uchronić od niechybnej a niedalekiej śmierci i wstrzyknęliśmy surowicę, która nie wywarła nawet przemijającego wpływu na sprawę dyfterytyczną i nie uchroniła dziecka od szerzenia się dyfterytu na oskrzela. Ponowne wstrzyknięcie pozostało również bez skutku, a zapalenie płuc, które wprawdzie wyszło na jaw na parę godzin przed śmiercią, przyspieszyło fatalny koniec. Dziecko było w szpitalu 24 godziny.

№ 34. K. P., 1½ roku. 28. V. Przed siedmiu dniami dostał gorączki. W 2 dni potem wyspała odra, która trwała również dwa dni, poczem poczęła znikać wraz ze zmniejszeniem się gorączki. Wkrótce potem gorączka się powiększyła i dziecko dostało duszności, która była szczególnie silna wczoraj w nocy. Chory ochrypl od 4 dni. Do dnia poprzedniego dziecko apatyczne. Dzisiaj niespokojne. Ciepłota rano 39°, tętno 180 słabe, oddechów 60.

Na całym ciele ślady odry. Dziecko dość spokojne. Wciąga lekko dolne międzyżebra, dołek i *jugulum*. Sinicy niema.

W gardzieli: na podstawie języczka biały, płaski nalot. Błona śluzowa gardzieli dość blada. Prawie cały język pokryty dość głębokimi owrzodzeniami, wyłożonemi brudno-szarym nalotem. Wargi popękane. Pod kątem lewej łopatki odgłos wypukowy tępy, oddech oskrzelowy bez rzężeń. Na pozostałej przestrzeni płuc oddech słyszalny, bez świstów. Stan ogólny średni. *Pneumonia sinistra*. Badania drobnowidzowego nie dokonałem.

Wstrzyknąłem 1000 jednostek ochronnych ARONSON'a. Godzina 6 wieczór: ciepłota 38,5° C., tętno 144, oddechów 60. Tętno mocniejsze. Dziecko silniej wciąga dolne międzyżebra, dołek i *jugulum*. Sinicy niema. Dziecko spokojne. W gardzieli: podstawa języczka i jego brzegi pokryte mleczno białym nalotem, który przechodzi również i na migdały w postaci smug.

Godzina 8 wieczór: ciepłota 39°, oddechów 60. Dziecko się dusi. Sinica. Dokonano tracheotomii. Po operacji oddechów 70, chory chociaż oddech względnie spokojniejszy. Nie wykrztusza nic. Kaszel suchy.

29. V Ciepłota o godz 3 rano 40°. Do godz. 3-ej ciągły, nieustający, suchy kaszel. Od 3-ej kaszel wilgotniejszy. Dziecko poczęło wykrztuszać trochę przezroczystej, śluzowej płwociny, a rano już ropną z małemi błonkami. W przerwach między napadami kaszlu dziecko spało.

Godzina 11 rano: ciepłota 39°, tętno 180, oddechów 40. Tętno średnie. Dziecko spokojne. Wciąga jeszcze dołek i dolne międzyżebra. W gardzieli stan ten sam. Błona śluzowa blada. Owrzodzenie na języku pokryte szaro-

żółtym nalotem. Wargi prawie całkowicie pokryte takim samym nalotem. W lewym płucu u dołu oddech oskrzelowy z trzeszczeniami. Takież trzeszczenie w górnej części tegoż płuca i dolnej prawego. *Pneumonia lobi inferioris pulmonis sinistri. Hyperaemia lobi superioris ejusdem pulmonis et lobi inferioris pulmonis dextri.*

Stan ciężki, obok tego całą noc rozwolnienie. Wstrzyknięto o 12-ej 500 jednostek ochronnych ARONSON'a.

Godzina 7-a wieczór ciepłota 40°, oddechów 90. Tętna zliczyć nie można. W płucach stan ten sam. Rozwolnienie trwa bez zmiany. Stan bez nadziei.

30. V. O godzinie 2½ rano dziecko umarło.

Epicrisis. Dziecko było chore wprawdzie dopiero 3 dni, lecz bezpośrednio przedtem przebyło odrę i przyszło z objawami zapalenia płuc obok dyfterytu gardzieli i krtani. Gdy w 9 godzin po wstrzyknięciu nie było poprawy, a przeciwnie dziecko poczęło się dusić, dokonaliśmy tracheotomii, która wprawdzie zniosła sinicę i poprawiła typ oddechu, jednak nie zmniejszyła częstości jego, co już zależało od sprawy w płucach. Surowica tu tylko ten skutek wywarła, iż sprawa w gardzieli nieznacznie się posunęła i że wreszcie chociaż w nieznacznym stopniu poczęły się oddzielać błony w krtani w 20 godzin po 1-szem wstrzyknięciu; lecz na przebieg właściwy pomimo powtórnego zastosowania wpływu nie wywarła, albowiem sprawa w płucach [niezależna od dyfterytu, a wywołana zarazkiem odry] posuwała się coraz dalej, obejmując górną część lewego płuca i dolną prawego, a rozwolnienie, *resp.* zapalenie kiszek nie mogło pomyślnie wpłynąć na zejście. Dziecko więc umarło wskutek obustronnego zapalenia płuc i kiszek. Śmierć nastąpiła w 39 godzin po wstrzyknięciu.

[C. d. n.]

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

92. Dr. Schach. Przyczynek do rozpoznawania i leczenia przewlekłych ropni zatok czołowych.

Z pomiędzy subiektywnych objawów omawianego cierpienia na pierwszym miejscu postawić należy silne bóle głowy. Występują one albo peryodycznie w formie typowej nadoczodołowej neuralgii, albo też trwają stale w formie uczucia tępego ucisku ponad oczami; rzadziej daleko mamy do czynienia z zajęciem całej głowy, lub też okolicy skroniowej.

Co się tyczy obiektywnych danych, to za pomocą palpacyi już w początkowych okresach ropienia możemy konstatować nadczulość i bolesność przedniej i dolnej ściany zatoki; mniejsze lub większe zmiany kości i pokrywających je miękkich części. Głównie zwracać należy uwagę na dolną ścianę zatok czołowych, która, będąc zazwyczaj znacznie cieńszą od przedniej, prędzej ulega zmianom patologicznym.

Badanie jam nosowych nie daje, zdaniem autora, żadnych pewnych danych dla rozpoznania omawianego cierpienia, za to za pomocą prześwietlania zatok czołowych dochodzimy zawsze do decydujących wniosków.

Co się tyczy leczenia przewlekłych ropni zatok czołowych, to wszelkie zabiegi w tym kierunku ze strony nosa uważa autor, na zasadzie swych obserwacji z lat ostatnich, za wprost bezcelowe: tą drogą osiągamy zazwyczaj tylko chwilową ulgę i to w świeżych przypadkach; w zastarzałych przypadkach o radykalnym wyleczeniu tą drogą mowy być nie może. Pogląd swój autor motywuje tem, iż zatoki czołowe podzielone są za pomocą kostnych i tkanko-łącznowych przegródek na kilka pięter i oddziałów, których oczyszczenie przy pomocy wprowadzonego od strony nosa kateteru jest niemożliwe. Powtóre, w zastarzałych przypadkach błona śluzowa, wyściełająca zatoki czołowe, ulega znacznym zmianom, wymagającym zupełnego jej usunięcia.

Proponowane początkowo przez SCHAEFFER'a, a następnie przez WINCKLER'a rozszerzenie ujścia zatok czołowych, lub otwarcie dostępu do nich przez dolną ścianę zatoki [od strony nosa], uważa autor za bardzo niebezpieczne.

Za jedynie racjonalny i prowadzący do celu zabieg uważa autor otwarcie zatoki czołowej z zewnątrz i wyłuszczenie całej błony śluzowej, wyściełającej zatokę; wynikiem tej operacji było u autora zawsze zupełne wyleczenie.

(*Archiv für Laryngologie und Rhino'ogic. III Band. 1—2 Heft.*)

A. Zięciakiewicz.

93. W. Kernig. O wstrzykiwaniach podskórnych *liq. arsenicalis Fowleri*.

Powyzszy zabieg leczniczy stosował autor tak w praktyce szpitalnej, jak i prywatnej—wszędzie tam, gdzie było wskazanie do podawania arszenika, a gdzie stan żołądka i kiszek nie pozwalał na podawanie tegoż *per os*. Do wstrzykiwań używał KERNIG roztworu *liq. arsenic. Fowleri* w stosunku jednej części na dwie części przekroplonej wody—po pół strzykawki PRAVAZ'a na dobę. Przypadki, w których zabieg ten był stosowany—ogółem 35 dają się podzielić na trzy grupy.

Pierwsza obejmuje te przypadki, w których wstrzykiwania robiono przez czas dłuższy od 20 do 150 razy - i w których pomyślny rezultat nie ulegał wątpliwości. Do drugiej należą te przypadki, w których wstrzykiwania stosowano przez czas krótszy - od 5 do 12 razy—i w których wstrzykiwania służyły tylko jako wstęp do wewnętrznego użycia arszeniku. Nakoniec, do trzeciej grupy zaliczyć można te przypadki, w których omawiana metoda pozostała bez wszelkiego wpływu — bądź dla zbyt krótkiego stosowania, bądź też dlatego, że stosowaną była w przypadkach rozpaczliwych.

Pierwsza grupa obejmuje 12 przypadków, bądź to niedokrwistości złośliwej, bądź niedokrwistości występującej przy biegunkach, po tyfusie, przy *botriocephalus latus*, przy gruźliczem nacieczeniu wierzchołków płuc, przy syfilisie i t. p. Jak wyżej powiedziano—wyniki tu były niewątpliwie pomyślne — z wyjątkiem trzech przypadków, zakończonych śmiercią. W dwóch z tych przypadków chodziło o ukrytego prawdopodobnie raka, w trzecim — było zapalenie opon mózgo-rdzeniowych o przewlekłym przebiegu. Pewną poprawę w wyglądzie chorych — chwilową wprawdzie — spostrzegł autor i tu także.

Do drugiej grupy należy 10 przypadków niedokrwistości, zależnej od wrzodu żołądka, kataru kiszek, *botrioccephalus latus*, gruźlicy w okresie początkowym, białaczki wrzekomej i t. p. Wstrzykiwania robiono tu przez czas względnie krótki, i uważano je jako wstęp do wewnętrznego podawania arszeniku, na co w danej chwili stan przewodu pokarmowego nie pozwalał. I tu wyniki były bardzo pomysłne.

W trzeciej grupie widzimy 12 przypadków, w których wstrzykiwania pozostały bez dodatniego wpływu. Metoda stosowaną tu była przez czas zbyt krótki, a przypadki należały do nader ciężkich. Grupy tej oczywiście autor, dla względów powyższych, nie bierze pod uwagę przy ocenie omawianego zabiegu, podczas gdy dwie pierwsze zachęcają do dalszego stosowania wstrzykiwań — oczywiście, przy ścisłym wskazaniu, t. j. wtedy, kiedy przy istniejącej niedokrwistości, lub innem cierpieniu, upoważniającem do podawania arszeniku, jako to: białaczce i białaczce wrzekomej, zimnicy, raku, gruźlicy, pewnych cierpieniach nerwowych, mają miejsce takie zaburzenia przewodu pokarmowego, które uniemożliwiają wewnętrzne używanie arszeniku, a także tam, gdzie istnieje pewna idyosynkrazia żołądka do tego środka. W przeciwnych razach — wygodniejszy sposób podawania arszeniku *per os* daje równie dobre wyniki. Rzecz prosta, że przy wstrzykiwaniach dbać należy o absolutną czystość rąk, skóry chorego, i strzykawki; dzięki temu, pomimo tak znacznej ilości wstrzykiwań, udało się autorowi, uniknąć niepożądanych powikłań.

(*Zeitschrift für klinische Medicin. Bd. 28, Heft 3 u. 4.*)

Bronisław Peltyn.

94. Eulenburg. O chorobie Thomsena.

Opisując przypadek, obserwowany w ciągu lat 10, autor usiłuje poddać krytyce istniejące teorie o rzadkiem tem i niezrozumiałem dotychczas cierpieniu. Technik dentystyczny 25-letni przy ruchach czynnych dostawał sztywności mięśni, która nie pozwalała przez kilka chwil na dowolną zmianę kierunku ruchów. Przy lekkim podrażnieniu mechanicznem jaskrawo występowały skurczone pęczki włókien mięsnych. Prąd faradyczny podnosił wrażliwość i skłonność do drgań oscylacyjnych; słabe strumienie faradyczne wywoływały drżenie, silne — tężec, który ustawał wszakże z chwilą przerwania prądu; słabsze względnie strumienie pociągały za sobą tężec mięśni drażnionych, działanie silniejszych rozszerzało się na części przyległe. Oddziaływanie galwaniczne było ilościowo wzmożone; przy zamykaniu strumienia katoda i anoda dają skurcze przy prądach prawie jednakiego natężenia; przy otwieraniu strumienia skurcze otrzymują się z trudnością i wcześniej przy anodzie, niż katodzie. Najbardziej uderza charakter skurczu przy zamykaniu strumienia; względnie słabe strumienie [2—4 met.] dają już skurcz powolny; silniejsze dają ten sam obraz we względnie jaskrawszej formie. Nie udało się otrzymać podanych przez ERB'a rytmicznych fal skurczowych, przebiegających od Ka do An., jakkolwiek padantycznie wykonywano wszystkie zalecenia ERB'a i podnoszono prąd do 25 M. A. Inni badacze również nie dostrzegali objawu ERB'a. Jest to więc objaw, jakkolwiek interesujący, względnie rzadki. Oddziaływanie franklinizacyjne było takie same, jak faradyczne.

Drażnienie nerwów za pomocą wszystkich trzech postaci strumieni dało skurcze błyskawiczne bez trwania następczego (*Nachdauer*) i bez jakichkolwiek objawów nienormalnych, nie spostrzegano nawet zmian ilościowych.

Odruchy [skórne i ścięgniste] normalne; kolanowe tylko nieco osłabione.

Ogólny stan zadawalający. Pacjent nauczył się nawet ukrywania niedogodności, jakie wynikały ze stanu jego mięśni i wszelkie czynności wykonywał dosyć zręcznie.

Najciekawszą i najważniejszą osobliwością cierpienia jest jego rodzinny charakter. Rodzice zdrowi; matka podobno cierpiała na migrenę i „kurcze” żołądka. Rodzice żadnymi węzłami pokrewieństwa nie byli związani. Stryj miał dwóch synów głuchoniemych; siostra matki ma wole. Wszyscy trzej bracia [32, 31, 25-letni] i jedna z 3 siostr dotknięci są opisanem cierpieniem. W dzieciństwie siostry cierpiały podczas ząbkowania na drgawki, a w wieku późniejszym miały migrenę.

EULENBURG usiłuje przedstawić rokowanie i pewne zabiegi w ciężkiem tem cierpieniu. Ponieważ u starszych braci opisanego chorego cierpienie doszło do pewnego kresu i dalej się nie posunęło, przypuszcza on tedy możność ograniczenia się jego objawów. Nie należy sądzić, że chorzy odnośni stają się kalekami, do żadnych czynności niezdolnymi. Inteligentni pacyenci mogą dojść do pewnej wprawy w wykonywaniu ruchów i spełniać dosyć złożone czynności techniczne [technicy dentystyczni]. Należy unikać wszystkiego, co może podnieść natężenie skurczów, więc zbytecznych ruchów i zimna.

O naturze cierpienia nie chce autor wydać sądu. Przy chorobie THOMSEN'a i pokrewnych [paraliż rodzinny peryodyczny, *myasthenia gravis pseudoparalytica*] szukano źródła w autointoksykacji. Analogiczne do obrazów chorobowych starano się wywołać za pomocą trucizn mięśniowych [weratryna, fizostygmina], otrzymywano jednak zupełnie odmienne krzywe myotoniczne. Drażnienie mechaniczne dawało również zupełnie inne objawy. Krzywa kurczącego się mięśnia przy chorobie THOMSEN'a przypomina krzywą mięśnia zmęczonego, zbliża się do krzywej mięśni gładkich. HELMHOLZ i PFLUEGER zauważyli, że oziębienie pływa na krzywą kurczącego się mięśnia, jak zmęczenie, a wszak wiemy, że zimno pogarsza stan chorych, dotkniętych chorobą THOMSEN'a.

Istniejący materyał nie daje prawa do oświadczenia się na jakąkolwiek z istniejących teorii o patogenezie cierpienia THOMSEN'a.

(*Deutsche med. Wochenschrift*. 1896. Nr. 42).

Maksymilian Biro.

Wiadomości bieżące.

— 3 —

— BIONDI w przypadku raka prawego migdalka i policzka wykonał, po usunięciu nowotworu, plastykę, która polegała na tem, że po podwiązaniu tętnicy językowej wyciął z języka płat, zawierający błonę śluzową i mięśnie, poczem tymże płatem pokrył brak. Nastąpiło wyzdrowienie. (*Sem. médic.* 6 Nov. 1895).

— Na IX zjeździe chirurgów francuskich TUFFIER przedstawił chorego, któremu przed czterema laty wyciął wierzchołek prawego płuca, zajęty gruźlicą. Chory miał wówczas lat 19; gruźlica była ściśle umiejscowiona w prawym wierzchołku. TUFFIER wyciął wierzchołek płuca przez trzecie międzyżebro bez resekcji żebra. Doszedłszy cięciem poprzecznym w omawianem międzyżebrowo do opłucnej, T. nie przecinał jej, lecz odluszczył na znacznej przestrzeni od żeber. Następnie wypadający przez ranę wierzchołek płuca obmacał, i znalazłszy ognisko gruźlicze wielkości orzecha, obciął tenże wierzchołek na 2 ctm. poniżej miejsca chorego. Ranę T. zaszył bez sączka. W 12 dni po operacji chory wyzdrowiał; cierpienie dotąd nie powróciło. (*Sem. méd. 6 Nov.; Presse méd. 25 Oct.*)

— Na posiedzeniu Tow. Lekarskiego w Wiedniu d. 18. X. 1895. ROBERT PORGES przedstawił 62-letniego wieśniaka, któremu przed 5-iu laty prof. MAYDL wyciął z powodu raka prawie cały żołądek wraz z odźwiernikiem i przyszył wpust (*cardia*) do dwunastnicy. Rąbek żołądka, pozostawiony przy wpuście, nie przynosił szerokości palca, wycięta zaś część miała 18 ctm. długości i 17 ctm. szerokości. Badanie drobnovidzowe w zupełności stwierdziło rozpoznanie pierwiastkowe; przebieg pooperacyjny był wysmienity. Od tej chwili je pacjent wszystko, przyczem nie doświadcza żadnych dolegliwości, pracować musi dość ciężko, a waga ciała jego wynosi 80 klgr., podczas gdy przed operacją ważył tylko 54½ klgr. Wobec braku nawrotu w ciągu lat 5-iu należałoby, zdaniem mówcy, przypadek niniejszy uważać jako wyleczony doszczętnie. W dyskusyi prof. HACKER zwraca uwagę na konieczność dokładnego badania drobnovidzowego, inaczej bowiem obszerną, twardą bliznę po wrzodzie okrągłym można by pomylić za nowotwór złośliwy i ztąd fałszywie co do doszczętnego wyleczenia raka poczynić wnioski. Przy sposobności sam powołuje się na przypadek spostrzegany przezeń i operowany przez BILLROTH'a w kwietniu 1890. Badanie drobnovidzowe stwierdziło tutaj raka cylindrycznego, poczynającego się w gruczołach żołądka. Chory, o którym mowa, do dziś dnia żyje i cieszy się jak najlepszym zdrowiem. Oba więc przytoczone przypadki są wymownym dowodem uleczalności z raka żołądka na drodze operacyjnej, co prawda, są one jedyne dotąd z ogłoszonych w literaturze, reszta bowiem nigdy nie mogła osiągnąć lat pięciu bez nawrotu. (*Wien. klin. Woch. N. 43. 1895.*) A. C.

Wspomnienie pośmiertne.

— W dniu 12 b. m. po długich cierpieniach umarł w swym majątku Nowawieś w Siedleckiem D-r PAWEŁ ZDANOWICZ w 52 r. życia. Urodzony w Strasburgu w Alzacyi, gimnazjum ukończył w Wilnie, nauki zaś lekarskie w b. Szkole Główniej. W ciągu lat 10-iu był lekarzem szpitalnym w Bielsku, później oddawał się wolnej praktyce lekarskiej w Lublinie, gdzie pełnił przez 3 lata obowiązki sekretarza, a następnie wiceprezesa przy miejscowem Towarzystwie Lekarskiem. Stopniowa utrata wzroku, który ostatecznie utracił przed 6-iu laty, zmusiła s. p. ZDANOWICZA do porzucenia praktyki i schronienia się na wieś, gdzie też zakończył smutne swoje życie szczerze żałowany dla swych przymiotów towarzyskich i prawego charakteru. Cześć jego pamięci!

A. Jarosiński [Sterdyń].

APTEKA E. GESSNERA

Aleja Jerozlińska 27 róg Kruczej

w WARSZAWIE.

Niniejszem mam zaszczyt podać do wiadomości W. Panów Doktorów, iż stosując się do przyjętej we Francyi nader dogodnej formy stosowania leków pod postacią pigulek powlekanych cukrem (dragées), przygotowałem cały szereg tego rodzaju przetworów, złożonych z bardziej używanych środków lekarskich, których spis poniżej zamieszczam:

Dragées kreosoti Fagi 0,03	¹⁾ Dragées ferri albuminati 0,05
„ „ „ 0,05	„ „ carbonici-Blaudii minor aa 10,00 =
„ „ „ 0,05 c. acid. arsenicos	100
0,001	„ „ „ -Blaudii major aa 15,00 =
„ kreosoti Fagi 0,10	100.
„ „ „ 0,10 c. acid. arsenicos	„ „ Valletti
0,001	„ „ dialisati peptonati 0,05
„ kreosoti Fagi 0,15	„ „ lactici 0,05
„ „ „ c. balsam. toltutan aa 0,05	„ „ oxydulati Kirchmani (Eis magn.
„ acid. arsenicos 0,001	pill.)
„ aloes 0,10	„ guajacoli 0,05
„ balsam. peruviani 0,05	„ „ 0,05 c. acid. arsenicos 0,001
„ „ „ 0,05 c. acid. ars.	„ „ 0,05 c. extr. belladonae 0,000
0,001	„ ichtyoli 0,05
„ chinini ferro-citrici 0,05	„ jodoformii 0,05
„ „ muriatici 0,05	„ „ 0,05 c. acid. arsenicos.
„ „ sulfurici 0,05	0,001
„ extr. Cascar. sagrad. fluid. 0,5	„ „ 0,05 c. morph. muriatic.
„ „ hydrast. Cenadens. fluid. 0,5	0,004
„ „ rhei comp. 0,05	„ pepsini 10,05 (c. acid. mriat.)
„ „ rhei simpl. 0,05	„ picis 0,05
„ „ Valerianae spir. 0,10	

¹⁾ Dwie pigułki odpowiadają je dnej łyżeczce roztworu.

Dragées czyli pigułki cukrem powlekane, pomimo swego pięknego wyglądu posiadają tę wyższość przed innymi formami lekarskimi, że zarobione są zupełnie obojętnymi środkami, jak korzeniem ślazowym i wyciągiem lukrecjowym, że zapobiegają rozkładowi lub też ulatnianiu się danego leku jakim podlegać może pod wpływem tlenu powietrza i długiego przechowywania, że znoszą nieprzyjemny smak lub zapach stosowanych środków leczniczych i że pozwalają z największą ścisłością dozowanie przepisanego leku.

Wszelkie zamówienia na draże z żądaną kompozycją jak najchętniej przyjmuję, lecz w ilości niemiejszej dwóch funtów, ponieważ powlekanie cukrem (drażowanie) mniejszych ilości pigulek jest niemożliwem.

J. RUTKOWSKI

Apteka i Pracownia Chemiczno-farmaceutyczna

w Warszawie, ulica Długa Nr. 16. Telefonu Nr. 155,

poleca:

Przetwory chemiczno-farmaceutyczne specjalnie **Ekstrakty lecznicze** (*Extracta fluida, spissa et sicca in vacuo paratae*), wyrabiane przez perkolację i wyparowanie w próżni.

Nowe środki lekarskie sprowadzane z pierwszych źródeł z chwilą pojawienia się w handlu.

Czyste przetwory chemiczne do celów analitycznych.

Barwniki Dra G. Grübera w Lipsku do badań mikroskopowych.

Różne przyrządy pomocnicze do robót mikroskopowych, jako to: szkiełka przedmiotowe i pokrywkowe, miseczki, flaszki, igły, szpadle, pincety i t. p.
(dla aptek i szpitali ceny hurtowe). 26-20

Nakładem i staraniem WYDAWNICTWA DZIEŁ LEKARSKICH POLSKICH W KRAKOWIE

wyszła **Serya I-sza** rozpraw z zakresu
medycyny praktycznej pod redakcją

Prof. D-ra Korczyńskiego zawierająca **II rozpraw.**

Cena całej Seryi **3 zlr.**

Serya II-ga zawiera: 1) O dziedziczeniu kily. **Doc. D- Fingier** 25 ct. 2) O operacyjnem leczeniu chorób płuc i opłucny. **Doc. D- Trzebicki** 80 ct. 3) O marskości płuc. **D-r Biegański** 40 ct. 4) Antyseptyka i Aseptyka. **D-r Bogdanik** 25 ct. 5) Metody badań niektórych lic sądowo-lekarskich. **Doc. D-r Wachholz.** 30 ct. 6. O leczeniu biegunki przewlekłej. **Prof. D-r Jaworski,** 25 ct. 7) Zapalenie sympatyczne oka. **Doc. D-r Sroczyński.** 55 ct. 8) Cboroba Basedowa. **D-r L. Korczyński.** 35 ct. 9) Sekeya sądowo-lekarska, protokół i orzeczenie. **Doc. D-r Wachholz.** 35 ct.

Cena całej Seryi **3 zlr.**

Nabyć można we wszystkich księgarniach, oraz wprost w Administracji Wydawnictwa
Kraków Floryańska 13. 0-1

NOWSZE DZIEŁA.

STARANIEM I NAKŁADEM WYDAWNICTWA DZIEŁ LEK. POL. W KRAKOWIE

wyszły:

I. HYDROTERAPIA

przez **Doc. D-r St. Smoleńskiego** II-ie wydanie powiększone. Cena 2 zlr. 50 ct.

2. GIMNASTYCZNE LECZENIE CHOROÓB NIEWIEŚCICH

przez **D-r Wl. Harajewicza.** Cena 40 ct.

Nabyć można we wszystkich księgarniach, oraz w Administracji Wydawnictwa
Kraków Floryańska 13.

Księgarnia E. WENDE i Spółki,

0-7

Krakowskie Przedmieście 9,

otrzymała na skład główny:

Shakespeare W. Hamlet - Królewicz duński.

Wydał, przełożył, ustępem, wyjaśnieniami i przypiskami opatrzył

D-r Władysław Matlakowski.

Cena **3 rs. 60 kop.**