

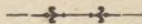
# GAZETA LEKARSKA.

## I. PRZYPADEK PRZEWLEKŁEJ NOSACIZNY U CZŁOWIEKA.

Podał

**Dr Roman Barącz,**

docent chirurgii w Uniwersytecie Lwowskim.



Nosacizna u człowieka znaną już była w 18-em stuleciu <sup>1)</sup>, jednak etyologia tej choroby była ciemną prawie do najnowszych czasów. Również już znano oddawna zaraźliwość nosacizny <sup>1)</sup> wiedzano jednak tylko o pewnym bliżej nieznanym jądzie. Zasługa odkrycia przyczyny choroby należy się bezwątpienia LOEFFLER'owi i SCHUETZ'owi <sup>2)</sup>; badacze ci nie tylko odkryli w guzach nosaciznowych u koni charakterystyczne dla tej choroby prątki, ale podali także sposób rozpoznania tej choroby w każdym przypadku z dokładną pewnością. Do hodowli użyli stężonej, wyjałowionej surowicy krwi koni i owiec.

We Francyi odkryli prawie równocześnie [nieco później] prątki nosaciznowe BOUCHARD, CAPITAN i CHARRIN <sup>3)</sup>; autorowie ci otrzymali z ropnia no-

<sup>1)</sup> Por. TARDIEU. De la morve et farcin chronique chez l'homme et chez les solipèdes. Thèse de Paris. 1843.

GUSTAW TARNAWSKI. De la morve et le farcin chronique chez l'homme et leur complications. Thèse de Paris. 1867.

GRISOLLE. Pathologie interne. Vol. II, str. 108.

Również: F. v. KORANYI. Rotz und Wurmkrankheit in PITHA-BILLROTH's Handbuch der allgemeinen und spec. Chirurgie I Band. II Theil, str. 184 i nast.

BOULEY. Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales. 1876.

F. v. KORANYI. Der Rotz. Specielle Pathologie und Therapie, herausgegeben von H. NOTHNAGEL. 1897, V Band, V Theil. Zoonosen. I Abth. str. 53.

GROSS, ROHMER, VAUTRIN, ANDRÉ. Eléments de pathologie chirurgicale générale. Paris. 1898. Tome I, str. 493.

<sup>2)</sup> LOEFFLER i SCHUETZ. Ueber die Entdeckung des Bacillus der Rotzkrankheit. Tymezasowe doniesienie STRUECK'a. Deutsche medicin. Wochenschrift. 1882. Nr. 52 i Mittheilungen aus dem kaiserlichen Gesundheitsamte. II Tom.

<sup>3)</sup> BOUCHARD, CAPITAN et CHARRIN. Sur la culture du microbe de la morve et sur la transmission de la maladie à l'aide des liquides du culture. Bulletin de l'Académie de médecine du 27 décembre. 1882. — Por. także referat BOULEY'a tamże. 1883, str. 1239.

saciznowego u człowieka hodowle w bulionie i wywołali przeszczepieniem tych hodowli typową nosaciznę u świnek morskich i osła.

W r. 1884 miał znaleźć MONASTYRSKI <sup>4)</sup> prątki opisane przez LOEFFLER'a i SCHUETZ'a w przypadku nosacizny u człowieka, nie udało mu się jednak ich wyhodować.

W Austrii udało się po raz pierwszy WEICHSELBAUM'owi <sup>5)</sup> otrzymać czystą hodowlę z ostrego przypadku nosacizny ludzkiej, dotyczącego 54-letniej szmaciarki. WEICHSELBAUM znalazł prątki nosaciznowe w zawartości krost i wydzielinie z nosa chorej i wyhodował je na różnych pożywkach. Jako najlepsza pożywka dla prątka nosaciznowego okazał się kartofel gotowany. Tak próby szczepienia na zwierzętach [świnki morskie, króliki, owce], jak i próby hodowli wypadły WEICHSELBAUM'OWI pomyślnie; nadto udało się mu znaleźć we krwi i w moczu chorej charakterystyczne prątki; tem udowodnił WEICHSELBAUM możliwość przejścia prątków do wydzielin ustroju.

Wprowadzenie kartofli gotowanych, jako pożywki dla prątków nosaciznowych, ma wielką, praktyczną doniosłość, ponieważ pozwala lekarzowi praktycznemu, który nie jest w stanie sporządzić sobie innych pożywek, bo czas na to nie pozwala, w przeciągu kilku dni rozpoznać chorobę.

Rozpoznanie ostrej nosacizny jest stosunkowo łatwym; o wiele trudniejszym jest ono w przypadkach nosacizny przewlekłej, gdzie choroba ma wiele podobieństwa do sprawy gruźliczej i syfilitycznej. Tutaj rozstrzygnąć musi badanie drobnowidzowe i bakteryologiczne zawartości krost i ropni: przeprowadzenie hodowli i szczepień na zwierzętach; dopiero przy dodatnim wyniku tych badań uprawnieni będziemy do rozpoznania nosacizny. Brak dostatecznych badań bakteryologicznych w podejrzanych przypadkach jest powodem, że postać ta nosacizny należy jeszcze zawsze do rzadkości.

W latach 1892 i 1893 obserwowałem podobny przypadek, w którym rozpoznanie nie ulegało żadnej wątpliwości, bo opierało się na przeprowadzonych hodowlach i szczepieniach. Opisując ten przypadek, chciałbym zwrócić uwagę na cechy, różniące lub zbliżające go do innych przypadków, o ile na to pozwala dostępna mi literatura <sup>6)</sup>.

Stanisław N. był ekonom ze Lwowa, lat 57 liczący, pochodzący z rodziny zdrowej i przedtem zupełnie zdrowy, zachorował przed 15 laty [w czerwcu 1878 roku] w kilka dni po wyjęciu zęba przez szewca (!) wśród silnego obrzęku policzka, ropnego wycieku z nosa i ucha i silnej gorączki. Objawy te miały ustąpić w przeciągu tygodnia [pod wpływem leczenia wewnę-

---

<sup>4)</sup> MONASTYRSKI. Beobachtungen über das Verhalten des Rotzpilzes im menschlichen Organismus. St. Petersburger medicin. Wochenschrift. 1884. Nr. 48 i referat w VIRCHOW-HIRSCHE Jahrbuch pro 1884. IX Jahrgang.

<sup>5)</sup> A. WEICHSELBAUM. Zur Aetiologie der Rotzkrankheit des Menschen. Wiener med. Wochenschrift. 1885. Nr. 21—24.

<sup>6)</sup> Całej literatury nie mogłem uwzględnić, gdyż wiele czasopism było mi niedostępnych i referaty z niektórych prac podano bardzo niedokładne.

trznego] i chory czuł się zdrowym do jesieni tegoż roku. W jesieni zauważył po raz pierwszy obrzęk w okolicy podszczękowej [której?] wielkości grochu, wzrastający powoli do wielkości orzecha włoskiego i rozmiękający. Obrzęk ten otworzył się samoistnie a ropień powstały zabliznił się powoli. Na wiosnę roku 1879 powstały prawie w tem samym miejscu 2 podobne guzy; guzy te zachowywały się podobnie jak pierwszy, t. j. najpierw były małe, twarde, niebolesne, później rozmiękły, otworzyły się samoistnie, a wrzody po nich powstałe goiły się wolno. Później co roku na wiosnę i w jesieni powstawały podobne guzy na twarzy, brodzie i szyi. Ani chory, ani otoczenie jego nie zauważyło wtedy żadnych zmian w nosie. W roku 1884 dostał 5 podobnych guzów na szyi, które tak samo się zachowywały, jak poprzednie. W 1885 wstąpił do służby jako ekonom w Czerwonym Grodzie; wkrótce potem po raz pierwszy utworzyły mu się krosty na nosie, chory twierdzi, że nos sobie wtedy odmroził. Ani podczas służby jako ekonom, ani przed tem, ani po tem chory nie miał mieć styczności z końmi podejrzanyymi o nosaciznę. Od tego czasu pojawiały się coraz nowe guziczki i owrzodzenia na nosie i przegrodzie nosowej, które goiły się jednak, odnawiały się; ostatecznie po użyciu pewnej maści tak guziki, jak i owrzodzenia na nosie miały ustąpić na dłuższy przeciąg czasu.

W roku 1887 wystąpiły nowe guzy w obu okolicach nadobojezykowych i nowe guziczki na nosie. Gdy w obrzękach nadobojezykowych wystąpiło chelbotanie, poddał się chory operacyi w szpitalu w Żaleszczykach (*evidement* obrzęków); rany po operacyi miały zagoić się w przeciągu 3-ch tygodni, a chory czuł się od tego czasu zdrowym aż do lata 1892 r.

W sierpniu 1882 r. zaczął doznawać coraz silniejszego zatkania nozdrzy, osobiwie lewego i dlatego udał się do polikliniki lwowskiej. Badanie wykazało wtedy, prócz obrzęku nosa, wypełnienie obu nozdrzy bardzo wybujałą, miękką ziarniną, wstrzymującą zupełnie oddechanie przez nos; chory miał głos nosowy i oddechał tylko przez usta. Zmiany znalezione w nosie robiły wtedy wrażenie wilka żrącego z wybujałą ziarniną (*lupus hypertrophicus*). Prócz tego zauważyłem wtedy na twarzy, nad wyrostkiem zębowym szczęki dolnej, po stronie lewej, obrzęk wielkości orzecha laskowego, wyraźnie chelboczący; obrzęk ten budził podejrzenie na sprawę gruźliczą lub promienięcą. Wybujałą ziarninę w nozdrzach wyskrobałem łyżeczką VOLKMANN'a, zaś obrzęk chelboczący na szyi przeciąłem i wyskrobałem. Badanie drobnowidzowe ziarniny z nozdrzy na laseczniki gruźlicze dało wynik ujemny; również ujemnym był wynik badania ropy z obrzęku na szczęce na promienięcą i gruźlicę. Po wylyżeczkowaniu nozdrzy mógł chory swobodnie oddechać przez nos, a rana na szczęce zgoiła się wkrótce po tamponowaniu gazą jodoformową.

Po upływie miesiąca od tej operacyi zaczął chory doznawać ponownego zatykania nozdrzy z powodu odrostu ziarniny, osobiwie w lewym nozdrzu. Również powstał mały obrzęk chelboczący na twarzy w fałdzie nosopolczkowej. Nozdrza wyskrobałem ponownie łyżeczką VOLKMANN'a również obrzęk chelboczący na twarzy przeciąłem i wyskrobałem. Odtąd zatkania nosa nie doznaje.

W początku września 1892 r. utworzył się ponownie obrzęk chełboczący nad wyrostkiem zębowym szczęki dolnej po stronie prawej, nieco ku tyłowi od miejsca poprzedniego obrzęku. Nadto stwierdziłem powiększony gruczoł podszczękowy po stronie lewej. Obrzęk chełboczący nad wyrostkiem zębowym prawym przeciąłem i wyskrobałem również w kilka dni później zgrubiałą gruczoł podszczękowy. Zawartość obu obrzęków stanowiła rzadka, brudno-żółta ropa. Opatrunki z gazy jodoformowej, a później maść lapisowa; gojenie trwało kilka miesięcy.

W początku października 1892 r. utworzył się twardy obrzęk nad końcem mostka, w miejscu połączenia kości mostkowej z chrząstkami VI-go i VII-go prawego żebra. Obrzęk ten, wielkości sporego orzecha włoskiego, rozmiękł powoli; wtedy przeciąłem go i wyskrobałem; zawartość stanowiła rzadka, mętna ropa z przymieszką białawych strzępów. Obnażenia kości ani chrząstki żebrowej nigdzie nie stwierdziłem. Rana ta zamieniła się po kilkakrotnych opatrunkach [tamponowanie gazą jodoformową] w uporczywy, atoniczny wrzód, bardzo wolno gojący się. Wrzód ten zagoił się dopiero po kilku miesiącach po kilkorazowych przyżeganiach kamieniem piekielnym i dłuższem stosowaniu maści lapisowej.

Dnia 15. XII. 1892 zgłosił się chory ponownie do polikliniki z powodu nowego obrzęku poniżej kąta lewego dolnej wargi.

Powstawanie coraz to nowych obrzęków z początku twardych, później rozmiękających w tak szybkim przeciągu czasu, a do tego w miejscach dla gruźlicy rzadkich [w wardze dolnej], brak obnażenia kości, stwierdzony po przecięciu ropnia zimnego nad mostkiem i na szczęce górnej, i równoczesne zajęcie sprawą chorobową nozdrzy, wzbudziły we mnie podejrzenie, czy nie mam do czynienia z nosacizną przewlekłą; również stanowcze zaprzeczenie przez chorego syfilisu nabytego i obraz chorobowy dla syfilisu mało charakterystyczny, nakłaniały mnie do tego rozpoznania; do upewnienia się w rozpoznaniu, dotąd przypuszczałem, potrzeba było przedsięwziąć doświadczenia [hodowle i przeszczipiania na zwierzęta].

Badanie chorego dnia 15 grudnia 1892 [w dniu przypuszczenia sprawy nosaciznowej] wykazało:

#### Badanie zewnętrzne.

Mężczyzna wzrostu niskiego, miernie zbudowany, licho odżywiony, niedokrwesty, o żółtej cerze twarzy. *Scoliosis dorsalis dextra* [według podania chorego następstwo upadku ze znacznej wysokości w 20 roku życia (?)].

Nos w całości obrzmiały, rozszerzony w wymiarze poprzecznym. Na skrzydle nosowem lewem powierzchowne owrzodzenie, wielkości sporego grochu, wypełnione bładą ziarniną. Nieco mniejsze owrzodzenie znajduje się na wardze poniżej nozdrza lewego; skóra wargi naokoło wrzodu obrzmiała, mocno napięta, sino-czerwono zabarwiona. Na grzbiecie nosa w otoczeniu wrzodu również skóra zaczerwieniona, napięta. Liczne dołki i blizny na nosie po dawnych wrzodach i krostach. Błona śluzowa nosa przedstawia w obu nozdrzach wybujałe, miękkie, łatwo broczące ziarniny, zatykające zupełnie otwory

nosowe; przy pociśnięciu na skrzydła nosowe wydziela się z obu nozdrzy obficie płyn śluzowo-ropny.

Na zewnątrz i nieco poniżej lewego kąta ust [tuż za kątem ust] znajduje się obrzęk wielkości orzecha tureckiego, sprężysto-twardy, wypuklający się ponad skórę i ku błonie śluzowej wargi. Tuż powyżej prawego kąta ust znajduje się ropień wielkości sporego grochu, do czerwieni ust sięgający.

Na 2 ctm. przed kątem szczęki dolnej po stronie lewej znajduje się płaskie, nieregularne owrzodzenie, pokryte strupami. Jeden gruczoł podszczękowy poniżej tego owrzodzenia jest powiększony do wielkości orzecha laskowego, bardzo twardy, niebolesny. Również po stronie prawej jeden gruczoł podszczękowy twardy, wielkości sporego grochu; inne gruczoły podszczękowe i nadobojczykowe niewyczuwalne. Gruczoły pachowe paciorkowato ułożone, twarde, niepowiększone; gruczoły pachwinowe wolne.

Nad obojczykiem lewym, w dołku nadobojczykowym, znajduje się owrzodzenie wielkości hellera; dno tego owrzodzenia pokryte bladą, wiotką ziarniną, brzegi nadżarte, skóra w owłosieniu brzegów sinawo zabarwiona; owrzodzenie to powstało po obrzęku, przeciętym jeszcze w początku września 1892 r. Podobne owrzodzenie, ale znacznie większe, znajduje się w dolnej części mostka w miejscu połączenia tegoż z chrząstkami dolnych prawdziwych żeber [VI i VII] po stronie prawej, również jako pozostałość po obrzęku, przeciętym w początku października 1892 r.

#### Badanie wewnętrzne.

W płucach znaczna rozedma, obniżenie granic dolnych; granice te są jednak ruchome. W dole z tyłu obfite suche rżężenia, zresztą niema nieprawidłowości. Ze strony narządu krążenia, prócz nieznacznej miażdżycy tętnic [osobliwie skroniowej], niema nieprawidłowości. Słumienie serca na mniejszej przestrzeni, niż w stanie prawidłowym, z powodu rozedmy płuc.

Wątroba znacznie obniżona i nieznacznie powiększona, sięga na 4 palce poniżej łuku żebrowego, przytem brzeg jej jest dość ostry, twardy. Śledziona nie wymacalna; wypuk w okolicy śledziony daje odgłos prawidłowy.

Prócz tego stwierdzono zez rozbieżny oka prawego i powstającą zaćmę w oku lewym [szarawy odblask]. Odruchy kolanowe i mięśniowe znacznie zwiększone i drżenie rąk [objawy podobne, jak przy *sclerosis disseminata*].

#### Rozpoznanie.

Celem upewnienia się w rozpoznaniu, przeprowadziłem doświadczenia w zakładzie bakteriologicznym lwowskiej akademii weterynaryjnej, korzystając z pomocy i rad rektora tejże akademii, profesora D-ra SZPILMANN, za co mu na tem miejscu serdecznie dziękuję.

Dnia 16. XII. 1892 sprowadziłem chorego do akademii weterynaryjnej. Prof. SZPILMANN uważał przypadek za bardzo podejrzany na nosaciznę. Tegoż dnia wyżarzonym skalpelem przeciąłem chleboczący obrzęk poniżej lewego kąta ust; zawartość ropnia, stanowiąca rzadką, szaro-żółto zabarwioną ropę służyła jako materyał do hodowli i szczepień. Ropę tę zaraz po wypróżnieniu zaszczerpiłem na gotowane kartofle i inne pożywki i równocześnie nią zaszczerpiłem świnkę

morską [młodego samca] w czoło i jamę brzuszną. W jamę brzuszną wstrzyknąłem wyjałowioną strzykawką PRAVAZ'a kroplę ropy, roztartą w bulionie [kilka ctm. sześć. bulionu]; na ostrzyżonym i odrażonym czole naciąłem wyżarzonemi nożyczkami kieszonkę, wpuściłem w nią kroplę ropy i kieszonkę zaszyłem.

Hodowle kartoflane rosły szybko i już po trzech dniach przedstawiały delikatny, do świeżego miodu podobny pokład. Po 6 dniach przybrały hodowle te odcień jasno-brunatny a po 14 dniach odcień ciemno-brunatny; na żadnym kartoflu nie rozwinęły się w odcieniu rdzawym. Ponieważ w tych pierwszych hodowlach rozwinęły się w wielu punktach pleśnie, przeszczepiłem więc hodowle na nowe kartofle, poczem uzyskałem czyste hodowle, przedstawiające te same własności co pierwsze. Tak z pierwszych jak i drugich hodowli sporządzone preparaty drobnowidzowe, zabarwione sposobem LOEFFLER'a, nie różniły się w niczem w obrazie od preparatów, pochodzących z czystych hodowli na kartoflu, wziętych z nosacizny ostrej konia: prątki podobne do gruźliczych, jednak nieco szersze, 2—5  $\mu$  długie, 0,5—1  $\mu$  szerokie, na końcach zaokrąglone, układające się zazwyczaj w jednej linii, nie okazujące własnych ruchów, jednak z wybitnym ruchem molekularnym, barwiące się bardzo dobrze sposobem LOEFFLER'a. Także na płytkach agaru glicerynowego wyrósł charakterystyczny żółtawy pokład; który przy badaniu drobnowidzowem okazywał charakterystyczne cechy hodowli nosaciznowych.

Pomimo dodatniego wyniku hodowli, wahałem się z rozpoznaniem przez czas dłuższy, ponieważ świnka morska zaszczipiona nie okazywała z początku żadnych charakterystycznych objawów chorobowych: rana na czole zagoiła się *per primam*, w jądrach nie można było zrazu zauważyć żadnych charakterystycznych zmian. Dopiero badając świnkę dnia 6. II. 1893, t. j. przeszło po 7 tygodniach po przeszczepieniu, zauważyłem stan następujący: wychudnienie, na czole guzek wielkości sporego grochu, pokryty strupem, w obu jądrach wyraźne twarde obrzęki wielkości grochu.

Dnia 12. II. stan prawie ten sam, tylko znaczniejsze wychudnienie, wyraźniejsze stwardnienie, powiększenie i bolesność jąder. Świnka ta padła 14. II. w 60 dni po zaszczipieniu.

Sekcja wykazała: w miejscu szczepienia na głowie strup wielkości grochu; po zdjęciu strupa wrzód owalny o płtykich, ostro ciętych brzegach, drążący przez całą grubość skóry. Dno wrzodu w części górnej wyścielone ciemno-czerwoną ziarniną, w dolnej wypełnione masą ziarninową, szarawobiałą; w przedniej części brzeg wrzodu stanowi kieszonka, w którą wchodzi opisana masa ziarninowa.

Powyżej fałdy kolanowej prawej, w skórze strupek wielkości prosa, po zdjęciu strupa wrzód wielkości prosa, pokryty różową ziarniną.

Jądra powiększone do wielkości małych fasoli; w *tunica albuginea* obu jąder kilka prosówkowych nacieków, żółtawo zabarwionych; w jądrze prawem naciek wielkości prosa.

O t r z e w n a ś c i e n n a jest zasiana na całej przestrzeni, a osobliwie po stronie lewej guzikami popielato-szarymi, wielkości ziarna piasku, prosa

siemienia lnianego; niektóre z tych guzików są uszypułkowane; jeden guzik tuż u przyczepu przepony dochodzi do wielkości siemienia lnianego. Podobne guziki napotykamy na przeponie; niektóre z nich są jasno-żółto zabarwione.

Sieć wielka zasiana guzikami bardzo twardymi, dochodzącymi do wielkości siemienia lnianego, zabarwionymi białawo lub szaro-łupkowo, W kresce jelit i na otrzewnie jelitowej nieliczne guziki.

Śledziona przynajmniej w trójnasób powiększona, zbita, powierzchnia jej nierówna, marmurkowa; od brzegów śledziony prawie do połowy mięszu wchodzi nacieki żółtawo zabarwione. Mięsz śledziony tylko w środku utrzymany barwy czerwono-brunatnej. Na powierzchni i przekroju również zabarwienie marmurkowe z powodu bardzo licznych ognisk w środku mięszu, większe ogniska są rozmiękłe a zeszkrobana zawartość ich stanowi masę serowatą.

Wątroba również znacznie powiększona; na dolnym, ostrym brzegu płatu prawego znajdują się liczne nacieki, podobne do nacieków w śledzionie.

Nerki powiększone, nacieków w nich stwierdzić nie można.

Oba płuca na powierzchni są gęsto zasiane guzikami szarawymi, tak licznymi, że płuca mają wygląd skrzeku żabiego, jak przy gruźlicy prosówkowej.

Opłucna ścienna również zasiana nielicznymi szarawymi guzikami.

Gruzoły chłonne podszczękowe i szyjowe znacznie powiększone, okazują na powierzchni przekroju żółtawe prosówkowate nacieki.

Dnia 4. II. 1893 powstał u chorego nowy obrzęk chełboczący w okolicy kostki zewnętrznej prawej (*malleolus externus*). Gdy ropa wyprózniona z tego ropnia, przeszczepiona śwince drugiej dała charakterystyczne hodowle, gdy świnka morska trzecia zaszczerpiona ropą, wziętą z ognisk rozmiękłych świnki pierwszej dała również charakterystyczne hodowle, rozpoznanie nie ulegało już wątpliwości, że mamy do czynienia z nosacizną przewlekłą (*malleus humidus chronicus farciminosus*). [C. d. n.]

## II. Kilka cyfr o ospie w szpitalu Zapasowym.

Podał

**J. Sz waj cer.**

Do licznych danych, zebranych w ostatnim czasie w kraju, dołączam i ja statystykę ospy w szpitalu Zapasowym za lat 7—od 1892 do 1898 roku włącznie.

[Patrz tablicę na str. 586].

Z tablicy tej widocznem jest, że:

Liczba ospowych, leczących się w szpitalu Zapasowym, wzrasta, co wobec zmniejszenia się epidemii ospy w Warszawie, tłómaczyć trzeba większem zaufaniem ludności do oddziału ospowego w szpitalu. Pomiędzy chorymi na ospę nieszczepieni stanowią blisko połowę.

W roku.	Chorych na ospę było.	W tem:		Umarło:	
		szczepionych.	nieszczepionych.	szczepionych.	nieszczepionych.
1892	106	73	33	6	13
1893	192	114	78	9	41
1894	119	69	50	4	23
1895	34	18	16	1	7
1896	127	54	73	0	38
1897	212	116	96	7	38
1898	300	170	130	13	61
Razem przez lat 7.	1090	614 czyli 56,3% ogółu	476 czyli 43,7% ospowych.	40 czyli śmiertelność 6,5%	221 czyli śmiertelność 46,4%

Śmiertelność między nieszczepionymi była przeszło 7 razy większa, niż między szczepionymi. Z nieszczepionych umierała prawie połowa.

Na zakończenie dodaję, że w ciągu 3 lat ostatnich [od 1896 do 1898 włącznie] na 3822 chorych zakaźnych było 820 czyli 21,4% takich, którym ospę nigdy nie szczepiono. Z nich 319 czyli 38,95% przechodziło ospę.

Z ODDZIAŁU CHOROBY NERWOWYCH D-RA W. GAJKIEWICZA W SZPITALU STAROZAKONNYCH  
W WARSZAWIE.

### III. KILKA PRZYPADKÓW NOWOTWORÓW MÓZGOWIA.

Napisał

**Konstanty Stróżewski.**

[Dokończenie — Patrz Nr. 22].

**Spostrzeżenie 4.** *Neoplasma in lobo occipitali dextro.* M. S., lat 43, zapisał się 1-szy raz do szpitala dnia 18. II 1886 r. znaleziono wtedy ślepotę połowiczną lewostronną (*hemianopsia sin.*); chory skarżył się na bóle głowy, umiejscawiane po prawej stronie i nudności. Drugi raz zapisał się dnia 10. VII. 1888 r., z wywiadów dowiedziano się, że chory przed 3-ma mniej więcej laty został uderzony faszka w czoło, krew się wtedy lała; przytomności nie stracił; obecnie widać bliznę naprawę połowie czoła. Niedługo potem zaczęły się bóle głowy, najbardziej w okolicy czołowej; z początku ciągle, potem



napadowe. Niektóre napady tych bólów były bardzo silne i połączone z wymiotami; zawroty głowy bywały silne i są obecnie. Podczas przebiegu choroby wielokrotnie tracił przytomność na mniej lub więcej krótki czas. Raz podobno stracił przytomność na parę dni, podczas których spał. Żona zdrowa; 3 dzieci zdrowych; żona nie ronila; syfilisu nie przechodził i śladów niema; pił umiarkowanie wódkę. Chory skarży się, że nie może dokładnie przypomnieć sobie niektórych faktów z przeszłości; najczęściej uskarża się na utratę wzroku i ból głowy, który rozpoczyna się w prawej kości czołowej i rozchodzi się na potylicę. Przy badaniu znaleziono: źrenice obie rozszerzone, lewa więcej; obie zaledwie cokolwiek oddziałują na światło i akomodację; chory nie widzi; ruchy gałek ocznych swobodne, lewa cokolwiek wykazuje niedostateczność mięśnia prostego wewnętrznego (*m. recti int.*); wziernik wykazuje poczynający się zanik nerwów wzrokowych po brodawce zastoinowej. Węch zniesiony. Zdarzają się zawroty głowy, podczas których chory nie wie, co się z nim dzieje; pamięć osłabiona. Ruchy i czucie zachowane w zupełności. Odruchy kolanowe wzmożone; prawy więcej; *clonus pedis dexter*. W sercu nie nienormalnego.

Dnia 21. VII. Chory nie może utrzymać równowagi w pozycji stojącej. Badanie ucha wykryło zmiany sklerotyczne w obu uszach [kol. GURANOWSKI].

Dnia 17. IX. Chory skarży się na zaburzenia w smaku, na trudność różniwania spożywanych pokarmów.

Dnia 15. I. 1889. Chory znowu zapisał się do szpitala; przy badaniu znaleziono: ruchy dowolne prawidłowe; siła mięśniowa bardzo dobra. Stać nie może, pada natychmiast ku tyłowi; niekiedy zrobi parę kroków, lecz bardzo prędko; znieczulenie w obrębie nerwu trójdzielnego lewego, czuje tam tylko głębokie ukłucie; znieczulenie rogówki i lewej połowy języka. Język trochę zbacza na lewo; nerw twarzowy w porządku; mięsień żwacz lewy (*m. masseter sin.*) działa bardzo słabo. Źrenice obie szerokie, lewa więcej; nie oddziałują; ślepotą zupełną; lekkie bieganie gałek ocznych; wziernik wykazuje zanik nerwów wzrokowych po zapaleniu; granice tarczy zatarte. Tętno 60; ogólna depresja. Podczas przebywania chorego na oddziale wielokrotne badania stwierdziły poprzednie zmiany; prócz tego chory skarżył się na drętwienie i ból w lewej połowie twarzy; często chory opowiadał różne nieprawdopodobieństwa; na pytania jednak odpowiadał dobrze. Tętno wahało się od 60 do 46 na minutę. Ogólne przygnębienie wzmagało się.

Badanie dnia 6. III. 1889 wykryło lekkie osłabienie prawych kończyn; na lewej rogówce uformował się wrzód (*keratitis neuroparalytica*); inne objawy bez zmiany. Przy wzrastającej depresji chory umarł dnia 22. IV. 1889. Naza-jutrz dokonana nekropsja wykryła następujące zmiany: ścięczenie prawej kości ciemieniowej na miejscu *tuber parietale*; opony mózgowie bez zmian. Zraz potylicowy prawy ma zawoje i brózdy spłaszczone i jest rozsunięty we wszystkich kierunkach, szczególnie ku zewnątrz; żyły na nim bardzo rozszerzone. Po przekrojeniu zrazu tego znajdujemy guz wielkości pięści, szaro-czerwonego koloru, ściśle odgraniczony, dający się wyluszczyć. Komory boczne bardzo rozszerzone. W moście WAROLA świeży krwotok [skrzep czerwony]. Zanik

ogromny nerwu trójdzielnego lewego [wtórne guzy na nim]. W nerwach wzrokowych makroskopowo zmian nie widać, lewy cieńszy od prawego. W innych częściach mózgu zmian niema. Badanie drobnowidzowe nowotworu wykazało, że jest to *sarcoma fusicellulare*.

W przypadku powyższym pierwotnie zanotowano następujące objawy: ślepotę połowiczną lewostronną, bóle głowy, umiejscawiane w prawej połowie czaszki, nudności; następnie: wymioty, chwilowe utraty przytomności, zwolnienie tętna, wziernik zaś wykrył brodawkę zastoinową. Objawy te pozwalały rozpoznać nowotwór mózgu; z objawów ogniskowych mieliśmy jedynie ślepotę połowiczną lewostronną, a po części i bóle głowy w prawej połowie czaszki; ten ostatni objaw był mało charakterystycznym dla zlokalizowania nowotworu; ślepotą połowiczną pozwalała z wielkim prawdopodobieństwem przypuścić nowotwór, niszczący ośrodek wzrokowy w prawym potylicowym zrazie. Inne objawy, jakie rozwinęły się w danym przypadku, były po części skutkiem generalizacji nowotworu, po części wyrazem ogólnego ucisku mózgu. Objawy te były następujące: porażenie nerwu trójdzielnego lewego, zanik nerwów wzrokowych, zaburzenia w równowadze ciała, smaku, ogólne przygnębienie. Ciekawym jest dany przypadek ze względu na długi przebieg choroby: chory przeszło 3 lata obserwowanym był w szpitalu. Jak nekropsya pokazała nowotwór ten mógł być operowany.

Rozpoznanie nowotworu mózgowia niekiedy nie przedstawia prawie żadnych trudności, niekiedy zaś należy do bardzo trudnych. Wszystkie bez wyjątku objawy, cechujące nowotwór mózgu, spostrzegamy i przy innych cierpieniach, a więc należy zawsze bardzo krytycznie sądzić spostrzegane objawy w każdym przypadku, podejrzanym o nowotwór.

Jednym z najwięcej wydatnych objawów nowotworu mózgu jest ból głowy. Niekiedy ból głowy bywa umiejscowiony w okolicy lub przynajmniej po stronie nowotworu, lecz bywa to tylko w rzadkich przypadkach, częściej ból bywa nieokreślony, ogólny, niekiedy zaś chorzy lokalizują go po przeciwnej stronie czaszki. Każdy długotrwały, uporczywy ból głowy powinien wzbudzać podejrzenie nowotworu i skłonić nas do ścisłego badania w celu wykrycia, z czym mamy do czynienia w danym przypadku, powinniśmy zawsze w takich razach badać mocz i dno oka. Obecność zastoinowej brodawki przeważa szalę na stronę nowotworu.

Zastoinowa brodawka względnie rzadko tylko spostrzeganą bywa przy innych cierpieniach, np. przy ropniu lub syfilisie mózgu; około 90% przypadków brodawki zastoinowej zależy to guzów mózgowia. Spotykamy i przeciwne zjawisko, mianowicie brak zastoinowej brodawki przy niewątpliwym guzie mózgu, a nawet zjawisko to należy nie do bardzo rzadkich, zwłaszcza przy nowotworach mostu, rdzenia przedłużonego, lecz bywa nawet przy nowotworach dużych rozmiarów w półkulach i innych częściach mózgu. W każdym razie objaw ten należy do najwięcej charakterystycznych i do bardzo często spostrzeganych przy guzach mózgowia.

Do bardzo ważnych objawów nowotworu mózgu należą wymioty, tak do brze na czezo, jak i po jedzeniu, zwykle akt ten odbywa się bardzo łatwo.

Wymioty podobne możemy obserwować przy zatruciach, a także u osób, dotkniętych nerwicą.

W podręcznikach zwykle podawanem bywa, jako ważny objaw nowotworu mózgu, zwolnienie tętna. W przypadkach, spostrzeganych na oddziale D-ra GAJKIEWICZA częściej widuje się przeciwne zjawisko: tętno bywa w ciągu długiego okresu trwania nowotworu przyspieszonym, niekiedy nawet znacznie, a zwolnienie tętna należy do rzadkości.

Napady padaczki, zwłaszcza o typie JACKSON'owskim, należą do bardzo ważnych objawów nowotworu mózgu. Jakiśmy widzieli w jednym z powyżej opisanych spostrzeżeń, napady drgawek w połowie twarzy trwały przez 3 lata zanim rozwinęły się inne objawy, pozwalające rozpoznać nowotwór mózgu. W owym przypadku napady te były najwybitniejszym objawem guza mózgu, gdyż nie było ani zastoinowej brodawki, ani wymiotów.

Do ogólnych objawów guzów mózgowia zaliczyć należy zawroty głowy i depresję, ale i te objawy same przez się nie mogą stanowczo przemawiać za rozpoznaniem nowotworu, jedynie w połączeniu z jednym lub z kilku powyżej przytoczonymi objawami pozwalają rozpoznać właściwe cierpienie.

Przy różniczkowem rozpoznaniu nowotworów mózgu od niektórych innych cierpień mózgowych napotykamy niekiedy wprost nie do zwalczenia przeszkody; do takich np. cierpień należy wodogłowie nabyte (*hydrocephalus int. aeq.*), zwłaszcza, że i przy nowotworach mózgu często mamy do czynienia i z wodogłowiem jednocześnie. Trudnem jest bardzo odróżnienie nowotworu mózgu od ropnia mózgu; przy tem ostatniem cierpieniu wielką rolę odgrywa etylogia; mianowicie sprawy ropne i uraz, ale i one zdarzają się i przy nowotworach. Niekiedy histerya daje objawy łudząco symulujące nowotwór mózgu, wspomnę choćby przypadek, opisany przezemnie przed paru laty, w którym były wszystkie objawy nowotworu mózgu z wyjątkiem zastoinowej brodawki. Przypadki podobne od czasu do czasu spostrzegamy na oddziale D-ra GAJKIEWICZA. Opisywane bywają przypadki histeryi, w których robiono trepanację. Wogóle przy rozpoznawaniu nowotworu mózgu należy mieć na uwadze wszystkie, powyżej podane objawy, charakterystyczne dla guzów, mianowicie: bóle głowy, wymioty, zaburzenia wzroku, zmiany na dnie oka, drgawki, porażenia, zaburzenia tętna, inteligencji, przytem należy wyłączyć możliwość innych cierpień mózgowych, mogących spowodować podobne objawy.

W wielu przypadkach nowotworów mózgu prócz ogólnych mamy jeszcze ogniskowe objawy, które pozwalają nam z mniejszą lub większą pewnością umiejscowić nowotwór. Szczegółowo rozbierać wszystkich ogniskowych objawów nie będę, gdyż to zbyt rozszerzyłoby ramy niniejszej pracy, powiem tylko, że przy ocenie tych objawów opieramy się na danych, zaczerpniętych z anatomii i fizjologii mózgu, i że nigdy nie powinniśmy zapominać, że każdy objaw, spostrzegany u chorego, tak dobrze może być wynikiem zniszczenia czy podrażnienia przez guz odpowiedniego ośrodka mózgowego, jak i wynikiem ucisku, wywieranego na mózg z bliska lub z oddali, wreszcie skutkiem wodogłowia, które tak często towarzyszy nowotworom mózgu.

Często na pierwszy plan występują objawy uciskowe, ogniskowe zaś są niewyraźne; a także, jak to często względnie spotyka się w praktyce, mamy do czynienia wyłącznie z objawami ogólnymi, ogniskowych zupełnie brak. Do objawów ogniskowych zaliczają między innymi zmianę odgłosu, jaki otrzymujemy przy opukiwaniu czaszki; niektórzy autorowie nadają nawet temu objawowi duże znaczenie.

Rokowanie przy nowotworach mózgu w znacznej większości przypadków jest fatalnem, choć opisane są w literaturze przypadki wyleczenia np. tętniaków, a nawet gruzelka (*tuberculum solitare*). Życ z guzem mózgowia można bardzo długo; są spostrzeżenia, w których 10—15 lat istniały objawy nowotworu mózgu, stwierdzone następnie pośmiertnem badaniem. Dość często w przebiegu guzów mózgu spostrzegamy zwolnienie objawów: większość, a niekiedy wszystkie objawy znikają na pewien czas, a potem znowu występują.

Leczenie nowotworów mózgu do ostatnich lat było tylko objawowem, z wyjątkiem gumatów syfilitycznych, które pod wpływem leczenia swoistego mogą w zupełności ustąpić.

Ze środków objawowych zaznaczyć należy jodek potasu, który podajemy w dużych dawkach; po zastosowaniu tego środka niekiedy spostrzegamy zwolnienie objawów. Zresztą w każdym podejrzanym o syfilis przypadku należy stosować swoiste leczenie. Z innych środków najczęściej uciekamy się do środków uspakajających w celu uśmierzenia nieznośnych bólów głowy; w tymże celu używają i środków odciągających.

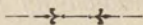
Obecnie leczenie nowotworu mózgu bywa niekiedy radykalnem, mianowicie usuwamy go za pomocą noża. W ostatnich czasach chirurgia mózgu zrobiła ogromne postępy, przynosząc wielką pomoc cierpiącej ludzkości. Co do wyników, jakie otrzymujemy od zastosowania operacji przy guzach mózgu, to powołam się jeszcze raz na pracę ALLEN STARR'a, który poczynając od operacji BENNETT'a i GODLEE [1885 r.] zebrał z literatury 220 operowanych przypadków nowotworów mózgowia; w 140 z nich guzy zostały znalezione i usunięte, z tych ostatnich w 92 przypadkach był powrót do zdrowia, a w 48 śmierć, co stanowi około 40% śmiertelności. Z postępem techniki operacyjnej spodziewać się możemy znacznego zmniejszenia się powyższej odsetki śmiertelności. Chirurgia mózgu przechodziła różne okresy, to okres entuzjazmu, to okres pesymizmu; niezawodnie wiele liczyć należy na nią, lecz w każdym przypadku należy; 1-mo rozpoznać, czy rzeczywiście mamy do czynienia z nowotworem mózgowia, 2-o należy dokładnie umiejscowić nowotwór. Przeglądając podręczną literaturę, widzimy z jak niezrozumiałą wprost pochoпноścią przystępują niekiedy do operacji, która kończy się zejściem fatalnem dla operowanego, a nekropsya wykazuje, że żadnego nowotworu nie było, a istniała tylko nerwica czynnościowa, która, jak wiadomo, może w zupełności symulować nowotwór; jedynie ścisła obserwacja i dokładne badanie pozwoli uniknąć podobnych błędów.

W ogromnej większości przypadków guzów mózgu operacja jest niemożliwą, ponieważ nowotwór znajduje się w niedostępnem dla noża miejscu. Według statystyki OPPENHEIM'a na 100 nowotworów mózgu w 6 możliwą jest

operacya, a za ledwie w 3—4 przypadkach daje ona dobry wynik. Co do przypadków, spostrzeganych na oddziale D-ra G. to jeszcze mniejszy procent ich nadawał się do operacyi.

Niektórzy autorowie radzą trepanować i w przypadkach, w których guz znajduje się w niedostępnym dla chirurga miejscu, w celu usunięcia niektórych ciężkich dla chorego objawów, jak bóle głowy, wymioty, zaburzenia wzroku, drgawki; niekiedy rzeczywiście zabieg ten usuwa powyższe objawy. W tymże celu zamiast trepanacyi stosować można przekucie kanału kręgowego, lecz ten zabieg rzadko daje dodatni rezultat. Dotychczas w literaturze opisano bardzo niewiele przypadków, operowanych z dodatnim rezultatem, które byłyby dłuższy czas po operacyi spostrzegane. Często pomimo usunięcia guza objawy nie ustępują, niekiedy zaś nawet do objawów, spostrzeganych przed operacyą, przyłączają się nowe wskutek operacyi.

### L I T E R A T U R A.



- 1) W. GAJKIEWICZ. Chirurgia mózgu i rdzenia pacierzowego. Odb. z Gaz. Lek. [1895—1897].
- 2) K. RYCHLIŃSKI. Kilka przypadków nowotworów mózgu. Medycyna. 1897. Nr. 1. 2.
- 3) J. KOSIŃSKI. Guz mózgowia w okolicy bruzdy ROLANDA lewej. Medycyna 1898. Nr. 1, 2, 3, 5.
- 4) J. CZAJKOWSKI. Przyczynki do rozpoznawania ogniskowych cierpień mózgu. Gaz. Lek. 1898. Nr. 9, 10, 11.
- 5) H. OPPENHEIM. Die Geschwülste des Gehirns. Spec. Path. u. Ther. Band. IX.
- 6) ALLEN STARR. Remarks on Brain Tumours and their Removal. Brit. M. J. 1897. 16 Octob.
- 7) E. HITZIG. Ein Beitrag zur Hirnchirurgie. Mittheil. aus dem Grenzgeb. der Med. u. Chir. Bd. III. H. 3—4.
- 8) R. LINK. Ein Fall von Pons tumor. Arch. f. Ps. und Nervenkr. Bd. 31. H. 1—2.

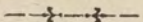
## IV. ZABURZENIA KRTANIOWE

### przy cierpieniach nerwowego układu ośrodkowego.

[Odczyt ten miał być wygłoszony na VIII zjeździe lekarzy i przyrodników polskich w Poznaniu].

Przez

**D-ra Jana Sędziaka.**



[Dokończenie — Patrz Nr. 22].

#### 4. *Tabes dorsalis (ataxie locomotrice).*

Zaburzenia krtaniowe przy wiaździe rdzenia należą do stosunkowo bardzo częstych.

Do zaburzeń tych oprócz znieczuleń błony śluzowej [MARINA (46)] należą przedewszystkiem t. zw. *crises laryngées*, przedstawiające po prostu skurcze zwieraczy głośni.

SCHLESINGER (47) spostrzegał przy tem cierpieniu *ictus s. vertigo laryngea*, OPPENHEIM (48) połączenie skurczów krtaniowych z polykowymi (t. zw. *Pharynxcrisen*). Spostrzegano też drżenie strun i bezład ich [HAV. HALL (49), SĘDZIAK (69)].

Do najczęstszych jednak, najważniejszych zaburzeń krtaniowych przy wiaździe rdzenia, należą porażenia strun głosowych, z czem zgadzają się prawie wszyscy aurorowie [GERHARDT (50), BURGER (51), KRAUSE (31)] i t. d. wyjątek stanowi jedynie DREYFUS (52), który zadziwiająco rzadko widywał tego rodzaju zaburzenia [na 22 przypadki 2 razy].

Co do mnie, to na 21 przypadków wiaźdu rdzenia, spostrzeganych w praktyce szpitalnej, notowałem porażenie krtani 7 razy, co stanowi prawie 33%. Raz jeden było obustronne porażenie mięśnia obrączko-nalewkowego tylnego raz jeden jedno [prawo] stronne porażenie nerwu zwrotnego, 2 razy jedno [prawo] stronne porażenie *postici*. Wreszcie 3 razy niezupełne porażenie mięśnia obrączko-nalewkowego.

Tym sposobem t. zw. *Posticuslähmung (paralysis postici)* słusznie BURGER nazywa objawem „*par excellence*“ tabetycznym. Porażenia te występują niekiedy bardzo wczesnie przy wiaździe rdzenia. Tak np. w przypadku SEMON'a na 2 lata przed wystąpieniem typowych objawów, a w przypadku GRABOWER'a (56) na 1¼ roku,

#### 6. *Sclerosis lateralis amyotrophica* [CHARCOT].

Niewiele dotąd posiadamy odnośnych spostrzeżeń.

Tu należą przypadki LOERI [obustronne porażenie nerwu zwrotnego] DOERLING'a [obustronny *Posticuslähmung*], CARTAZ'a (54) i t. d. Ja spostrzegalem 2 przypadki tego cierpienia, z tych w jednym, dotyczącym 39-letniego chorego na oddziale D-ra GAJKIEWICZA w szpitalu Żydowskim znalazłem prawostronne porażenie *postici*.

#### 7. *Atrophia (dystrophia) musculorum progressiva*.

Zaburzenia krtaniowe przy tem cierpieniu występują zwykle w pierwszych okresach, nie tak więc, jak w czystej postaci DUCHENNE'a (*paralysis glosso-labio laryngee*). Najczęściej występują one pod postacią porażen rozwieraczy zwykle jednostronnych, rzadziej obustronnych [przyp. KOSCHLAKOFF'a (55), oraz GEVAERT'a (56)].

Według LOERI i znieczulenia zdarzają się często przy tem cierpieniu.

W jednym przypadku *dystrophiae musculorum progressivae*, dotyczącym 11-letniego chłopca na klinice w szpitalu Ś-go Ducha nie znajdowałem w krtani wyraźniejszych zmian.

#### 8. *Syringomyelia*.

Zaburzenia krtaniowe przy tem cierpieniu zdarzać się mogą stosunkowo bardzo często. I tak CARTAZ (57) na 18 przypadków prawie w ½ je notował. Po większej części występują one pod postacią porażen nerwu zwrotnego, częściej jednostronnych, choć bywają i obustronne [SCHMIDT (58), LACK], a więc przeciwnie, jak przy *tabes dorsalis*. Często w połączeniu z porażeniem, resp. zanikiem mięśnia kapturowego [WERNTRAUD (59)].

Spostrzegamy też przy tem cierpieniu drżenie strun [SCHROETTER], oraz ruchy rytmiczne chrząstek nalewkowych przy oddechu [HORNE (60)]. SEMON, zaś ruchy lewej chrząstki nalewkowej z charakterem płasawicznym, wreszcie LACK spostrzegał przy syringomyelii „*crises laryngées*“.

Co do mnie, to spostrzegałem tylko 2 przypadki *syringomyelie incipientis*. W obu znalazłem zaburzenia krtaniowe, mianowicie porażenie lewego mięśnia obrączko-nalewkowego (*paralysis postici sin.*).

W jednym z nich 19-letni chory z oddziału D-ra CHEŁCHOWSKIEGO w szpitalu Dz. Jezus] przy ponownem badaniu po upływie miesiąca po ustąpieniu objawów syringomyelii ustąpiły i objawy ze strony krtani [porażenie struny lewej].

#### 9. *Neuritis multiplex (polyneuritis)*.

Przy tem cierpieniu SCHEIER (61) na 10 przypadków spostrzegał 2 razy znieczulenie błony śluzowej krtani.

Z 2 przypadków, jakie miałem sposobność spostrzegać w szpitalnej praktyce w jednym [32-letni chory z oddziału D-ra GAJKIEWICZA w szpitalu Żydowskim] znalazłem niezupełne porażenie *postici dextri*.

B. Czynnościowe cierpienia układu nerwowego ośrodkowego.

#### 1. *Hysteria, neurasthenia*.

Przy tych cierpieniach częstemi są *hyperaesthesiae* i *neuralgiae* krtani, również i *paraesthesiae*.

Co się tyczy znieczuleń błony śluzowej krtani, to odnośnie do histeryi zdania są podzielone. Niektórzy np. CHAIRON uważają je za stały objaw tego cierpienia, SCHECH i SEMON za częste, natomiast LOERI za bardzo rzadkie, a MACKENZIE nawet utrzymuje, że objawu tego nigdy u dwóch chorych nie widywał.

Spostrzegano [GERHARDT, SCHROETTER, LANDGRAF, ONODI i t. p.] przy tych cierpieniach *aphoniam spasticam*, t. j. fonacyjny skurcz głośni, dalej inspiacyjny funkcyjnalny [SEMON], oraz koordynacyjny [MEYER (62), wreszcie PRZEDBORSKI (63) opisał przypadek histerycznego skurczu rozwieraczy, który jednak został zakwestyonowany przez takich badaczy, jak SEMON i BURGER. SCHROETTER opisał bezład strun u histeryczek, toż samo SCHMIDT. Wreszcie drżenie strun histerycznego pochodzenia spostrzegali GERHARDT i BAGINSKY [50—54 drgań na minutę].

Co się tyczy porażenia krtani przy histeryi, to ulegają im tylko zwieracze głośni (*adductores*) i to zawsze z obu stron [prawo SEMON'a], z nich zaś głównie *mm. thyreo-arytaenoidei int.*

Istnieją wprawdzie spostrzeżenia porażenia mięśni obrączko-nalewkowych tylnych (*paralysis postici*), bądź jednostronnych [LOERI], bądź obustronnych [DUFOUR (64), SCHEPPEGRELL], słusznie jednak SEMON, BURGER oraz LERMOYER je kwestyonują.

Na 33 przypadki histeryi i neurastenii, spostrzeganych przezemnie w szpitalnej praktyce, ani razu nie widziałem porażenia rozwieraczy, a tylko zwieraczy. Również dość często stwierdzałem znieczulenia błony śluzowej krtani.

Wreszcie raz jeden spostrzegalem u 22-letniej histeryczki fonacyjny skurcz głośni.

3. *Neurosis traumatica.*

Porażenie rozwieraczy głośni przy tem cierpieniu ma według DREYFUS'a wielkie znaczenie rozpoznawcze, gdyż przemawia przeciw symulacyi, oraz przeciw funkcyonalnemu pochodzeniu porażenia, wskazując prawdopodobieństwo organicznego cierpienia.

4. *Epilepsya.*

Według GOTTSTEIN'a stałym objawem podczas, oraz po napadzie epileptycznym bywa znieczulenie krtani, GERHARDT spostrzegal przy tem cierpieniu oddechowy skurcz głośni, *ictus s. vertigo laryngea.*

LOERI również opisuje skurcz krtani przy epilepsyi.

W jednym przypadku epilepsyi [50-letnia chora], badanym przezemnie, nie było żadnych zaburzeń ze strony krtani, natomiast w przypadku histeroepilepsyi [25-letnia chora na oddziale D-ra CHEŁMOŃSKIEGO w szpitalu Dz. Jezus] znalazłem *paresis adductorum.*

5. *Porażenie drżące. (Paralysis agitans).*

SCHROETTER spostrzegal przy tem cierpieniu bezład strun, GERHARDT drżenie, toż samo MUELLER (65) [struny głosowe w powrocie z fonacyi do respiracyi wykonywały 2—3 wahadłowe niezupełne ruchy addukcyjne].

W przypadku ROSENBERG'a (66) drżenie strun występowało tylko podczas spokojnego oddechania, a więc przeciwnie, jak przy *sclerosis disseminata*, czasami w przejściu z fonacyi do oddechu. Prócz tego w przypadku tym istniało jeszcze podnoszenie i opadanie nagłośni z opóźnioną addukcją i zmien-  
nem napięciem strun, ztąd nierównomierna mowa i częsta zmiana w wysokości tonu: to falcet, to bas.

Może być jednocześnie i mowa drżąca, skandowana z powodu zajęcia warg policzków, oraz języka.

W 2 na 4 przypadki *paralysis agitans*, jakie miałem sposobność w ostatnich czasach spostrzegać w szpitalnej praktyce istniało, aczkolwiek niezbyt wyraźne drżenie strun głosowych.

6. *Pląsawica. (Chorea).*

Spostrzegano przy tem cierpieniu respiracyjny skurcz głośni, bezład [SCHROETTER], wreszcie drżenie strun głosowych [GERHARDT].

KRAUSE spostrzegal drżenie strun z porażeniem zwieraczy.

7. *Tężyczka. (Tetania).*

Skurcz głośni (*laryngismus stridulus*) spostrzegali przy tem cierpieniu LOOS (67), KRAMSZYK, KASSOWITZ w połączeniu z drgawkami kończyn górnych i dolnych.



L I T E R A T U R A <sup>1)</sup>.

- 1) KRAUSE. Ueber die Beziehungen der Grosshirn zur Kehlkopf und Rachen. Arch. f. An. u. Ph. 1884, p. 203. — 2) SEMON. Die Nervenkrankheiten des Kehlkopfes und der Luftröhre. w HEYMANN'a Handbuch der Laryn. u. Rhin. I. B. 7 i 8 L. 1897. — 3) MASINI. Sui centri motori corticali della laringe. Arch. ital. di Lar. 1888. April.—4) ONODI. Die Phonation im Gehirn. Berl. kl. Woch. 1894. Nr. 18. — 5) KLEMPERER. Exp. Untersuchungen ü. Phonationscentren im Gehirn. Arch. f. Lar. B. II. 1895. — 6) GRABOWER. Zu Onodis Stimmbildungscentrum. Arch. f. Lar. B. VI. H. 1. 1897. — UCHERMANN. Ein Fall von alternirenden, rhythmischen und clonischen Krämpfen der Glottisschliesser und Glottiserweiterer ect. Arch. f. Lar. Bd. II. p. 325. 1897. — 8) RISIEN RUSSEL. The influence of the cerebral cortex on the larynx. Proc. Roy. Soc. v. LVIII. 1895. — 9) GAREL et DOR. Du centre cortical moteur laryngé et du trajet intra-central des fibres qui en émanent. Ann. de mal. de l'oreil. 1890. Nr. 4. — 10) RAUGÉ. Des troubles neuro-moteurs du larynx. Bull. et mem. de la Soc. franç.-d'otol. de Lar. et rhin. 1895. B. VI. 51. — 11) DREYFUS. Ueber die Verwertung der Pharyngo-Laryngoscopie in der Diagnostik der Erkrankungen des Centralnervensystems. Haug's klin. Vortr. a. d. Ot. u. Ph. Rh. II. B. 6 H. 1896. — 12) EXNER. Die Innervation des Kehlkopfes. Sitz. d. k. k. Akad. in Wien. 1894. B. 89. 1—2 H. — 13) SCHECH. Exp. Untersuch. über d. Funct. d. Nerv. u. Musk. d. Kehlk. 1873. Würzburg. — 14) DARCSCHEWITSCH. Ueber die centrale Ursprung d. Accessorius WILLISII. Neur. Centr. IV. 1885.— 15) GRABOWER. Ueber die Kerne u. Wurzeln d. N. accessorius u. Vagus u. deren gegenseitige Beziehungen. Arch. f. Lar. B. II. H. 2. 1894. — 17) ONODI. Das Verhältniss des Accessorius zu Kehlkopfinnervations. Int. Cent für Lar. XI. 1895—7. — 17) STOERK. Die Krankheiten des Kehlkopfes w NOTHNAGEL'a Spec. Path. u. Ther. — 18) LUC. Les nevropathies laryngées. Paris. 1892.— 19) BURGER. Die Frage der Posticuslähmung. Samm. kl. Vortr. Nr. 57. 1892. — 20) LOERI. Die durch anderweitige Erkrankungen bedingten Veränderungen des Rachens, des Kehlkopfs und der Luftröhre. Stuttgardt. 1885. — 21) REMAK. Fall von doppelseitiger Lähmung des N. accessorius Willisii. Deut. med. Woch. 1885 27. — 22) MAJOR. Complete bilateral abductor laryngeal paralysis. N. Y. med. Jou. 1899. 28. VI. — 23) BAMBERGER. Ein Fall von Erkrankung der linken vorderen Centralordnung etc. Allg. Wien. med. Zeit. 21—24. 1896. — 24) WALLENBERG. Linkseitige Gesichts, Zungen, Schlund, Kelkopfplähmung in Folge eines Erweichungs herdens im rechten Centrum semiovale. Neurol. Centr. 1896. 5.— 25) KATTWINKEL. Deut. Arch. f. klin. Med. Nr. 59. H. 3—4.— 26) DÉJÉRINE. Aphasie motrice sous corticale et paralysie laryngé unilaterale. Bull. med. 4. III. 1891. — 27) UCHERMANN. Rechtscitige Hemiplegie, motorische Aphasie, Lähmung der Kelkopsadduktoren. Arch. f. Lar. VII. 332. — 28) OPPENHEIM. Die syphilitischen Erkrankungen des Gehirns. [NOTHNAGEL's Spec. pat. u. Ther. IX. B. I. II. III. p. 62.— 29) BULL. Doppelseitige Paralyse der mm. erico-arytenoidei post. I. C. f. Lar. IV. p. 414. — 30) OPPENHEIM. Die Geschwülste des Gehirns, w NOTHNAGEL's Spec. Path. u. Ther. IX. B. I i III T. p. 71. — 31) KRAUSE. On the disturbances of the functions of the larynx in diseases of the central nerveos system. Journ. of Laryng. 1888. Juli. — 32) SPENCER. Pharyngeal and laryngeal nystagmus. Lancet. 1886. 9 Oct. — 33) GARROD. A case of paralysis of the abductors of the vocal cords with lesions of several cranial nerves. St. Bartholom. Hosp. Rep. XXII. 1886. — 34. M. BRIDE. A contribution to the study of laryngeal paralyses Edinb. Journ. 1885. July. — 35) MOESER. Das laryngoscopische Bild bei vollkommenen einseitiger Vagusparalyse. J. C. f. Lar. II. 132. — 36) EISENLOHR. Zur Pathologie der centralen Kehlkopfplähmung. Arch. f. Psych. XIX. 1888. — 37) BOSWORTH. A case of unilateral paralysis of the abductors of the larynx etc. N. Y. med. 11. X. 1890. — 38) Ein Fall von Bulbärparalyse complicirt durch progressive Muskelatrophie etc. J. C. f. Laryng. 1896. p. 413. — 39) BROADBENT. Bulbarparalysis.

<sup>1)</sup> Przy pisaniu niniejszej pracy, zwłaszcza części ogólnej posiłkowałem się głównie wy-czerpująca, doskonałą monografią SEMON'a (2) w zbiorowym podręczniku laryngologicznym HEYMANN'a, gdzie też i cała odnośna literatura jest podana — w niniejszej pracy uwzględniłem tylko najważniejsze — dostępne mi prace, bądź w oryginale, bądź w streszczeniach. Prócz tego korzystałem również z doskonałej monografii LERMOYEZ'a (68).

Brit. med. Jour. 1886. 15. V. — 40) CARTAZ. Des paralyis laryngées d'origine centrale. France med. 1885. 134—5. — 41) ERBACH. Stimmbandlähmung bei multiplex Sclerose des Gehirns und Rückenmarks. Inaug. Diss. Würzburg. 1892. J. Cent. f. Lar. 1893—1894. p. 35. — 42) COLLET. Nouvelle observation de troubles laryngés dans un cas probable de sclerose en plaques. Lyon médic. 24. I. 1897. — 43) KRZYWICKI. Ein Fall von multipler Sclerose des Gehirns und Rückenmarks mit Intentionstumor der Stimmbänder. J. Cent. f. Lar. VIII, p. 506.—44) BATTEN and HORN. A case of disseminated sclerosis with palatal and laryngeal anaesthesia. St. Bartholom. Hosp. Rep. Nr. 12. — 45) GRIFFITH. Friedrichs ataxia. Inter. Journ. of med. Science. 1888. October.—46) MARINA. Sulla sintomatologia della tabe dorsale etc. J. C. f. Lar. VII. p. 467. — 47) SCHLESINGER. Beiträge zur Klinik u. pathologischer Anatomie der Kehlkopfstörungen bei Tabes dorsalis. Wien. kl. Woch. 1894. 26—27. — 48) OPPENHEIM. Ein Fall von Tabes dorsalis, in welchem neben gastrischen Anfällen und Larynx-krysen krampfartige Schlingbewegungen [Pharynxcrisen] bestehen. Berl. klin. Woch. 1887. — 49) DE HAVILAND HALL. The 'setonian lectures on diseases of the nose and throat in relation to general medicine. Lancet. 1897. Tal. 6—27. March-13. — 50) GERHARDT. Bewegungstörungen der Stimmbänder. 1896. NOTHNAGEL's Spec. Path. u. Ther. p. 55.— 51) BURGER. Die laryngealen Störungen bei Tabes dorsalis. LEIDEN. 1891. — 52) DREYFUSS. Die Lähmungen der Kehlkopfmusculatur in Verlaufe der Tabes dorsalis. VIRCH. Arch. 123. I. 1890. — 53) GRABOWER. Kehlkopfmuskellähmung. Berl. kl. Woch. 1893. 21. — 54) CARTAZ. Des paralyis laryngées d'origine centrale. France med. 1885. 133—5. — 55) KOSCHLAKOFF. Ein Fall von Lähmung der Glottiserweiterer. Russ. med. 1885. 1—2. — 56) GEVAERT. I. Cent. f. Lar. 1898. IV. p. 238. — 57) CARTAZ. Ueber Kehlkopfstörungen bei Syringomyelie. I. C. f. Lar. 1897. p. ico. — 58) SCHMIDT. Doppelseitige Accessoriuslähmung bei Syringomyelie. Deut. med. Woch. 1892. 26.— 59) WEINTRAUD. Zwei Fälle von Syringomyelie mit Posticuslähmung u. Ceucllartrophie. Deut. Arch. f. Nerven. B. V. 6. 1894. — 60) HORNE. Syringomyelie avec paresie de la partie gauche du ovile et des abducteur de la corde vocale gauche. Ann. de mal. de l'oreil. 1898. 3. — 61) SCHEIER. w dyskusyi nad odezytem HOLZ'a. Kehlkopfbefund bei traumatischer Neurose. I. C. f. Lar. IX. 162. — 62) MEYER. Beitrag zur Kasuistik des coordinatorischen Stimmritzenkrampfes. Münch. med. Woch. 1890. 4. — 63) PRZEDBORSKI. Przypadek samodzielnego porażenia krtani ze stałymi objawami skurezu fonacyj. i oddech. Gaz. Lek. 1886. 51—42. — 64) DUFOUR. De la paralysie hysterique des dilatateurs de la glotte. Thèse. 1891. — 65) MUELLER. Ueber Paralysis agitans mit Bethelligung der Kehlkopfmusculatur. Char. Ann. B. XII. 1887. 267.— 66) ROSENBERG. Störungen der Stimme und Sprache bei Paralysis agitans. I. C. f. Lar. IX. 264. — 67) LOOS. Die Tetanie der Kinder und ihre Beziehungen zum Laryngospasmus. I. C. f. Lar. IX. p. 510.—68) LERMOYEZ. Rapport sur les causes des paralyis recurrentielles. Bull. et nom. de la soc. franc. d'otol. de Laryng. et rhin. 1893. — 69) SĘDZIAK. Zaburzenia krtaniowe przy wiaździe rdzenia. Kronika Lek. 1899.

## V. KILKA UWAG

# O POZOSTAWIANIU CIAŁ OBCYCH W JAMIE BRZUSZNEJ

[z powodu sprawy prof. Kosińskiego i D-ra Solmana].

Podał

**Franciszek Kijewski.**



[Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 21].

Rozpatrzmy się teraz bliżej w zebranych materyale. Jak widzimy, zostawiano po laparotomiach w jamie brzusznej szczypczyki hemostatyczne, gąbki, tampony, serwety płócienne i z gazy, zgłębniki, dreny a nawet raz pierścien. Przytoczona przezemnie tu kazuistyka wykazuje bardzo wysoką

odsetkę śmiertelności, przenosi ona 40%, lecz nie we wszystkich przypadkach przyczyną śmierci były pozostawione narzędzia lub inne przedmioty, chorzy częścią umierali skutkiem wstrząsu po operacji, częścią zaś skutkiem samego podstawowego cierpienia, powodującego wykonanie laparotomii. Po otrączeniu tej liczby odsetka śmiertelności znacznie się zmniejszy. Niekiedy śmierć następowała bardzo szybko skutkiem septycznego zapalenia otrzewnej, niekiedy zaś sprawa ciągnęła się przez kilka tygodni lub miesięcy, powodując znaczne zniszczenie.

Największą odsetkę śmiertelności powodowały gąbki pozostawione w brzuchu [na 40 przypadków—22 śmierci], co łatwo było przewidzieć wobec trudności wyjąłowania gąbek. Kiedy wyjąłowanie stało się pewniejszym, dokładniejszym, mniej też było przypadków posocznicowatego zapalenia otrzewnej, ciała obce pozostawały długi przeciąg czasu w jamie brzusznej, nie sprawiając zbyt wielkich zmian w niej. Przedsiębrano szereg doświadczeń na zwierzętach w celu wykazania tych zmian, jakie w jamie brzusznej powstawać mogą pod wpływem ciał obcych i jak sobie radzi ustrój pod tym względem.

W roku 1893 JALAGUIER i MANCLAIVE<sup>1)</sup> w towarzystwie anatomicznem w Paryżu przedstawili sprawozdanie odnośnie do tego pytania. Na zasadzie licznych doświadczeń na zwierzętach badacze ci doszli do tego przekonania, że naokoło ciał obcych, niezakażonych, powstają silne rozrosty tkanki łącznej, ciała się otorbiają, a po pewnym przeciągu czasu przedostawać się mogą bądź to do kiszki, bądź do macicy, do pęcherza moczowego, albo też wydobywają się na zewnątrz przez powłoki brzuszne, powodując długie ropienie.

STRICKLER<sup>2)</sup> w roku 1896 pracował w tymże kierunku i przyszedł do tego wniosku, że zdrowa otrzewna niezbyt łatwo reaguje na owe czynniki postronne; aby wywołać zapalenie septyczne otrzewnej przez wprowadzone ciało obce niezbędną jest obecność drobnoustrojów odnośnych. Po wprowadzeniu igieł do jamy otrzewnej STRICKLER po pewnym czasie znajdował je przyklejone za pomocą błon wrzekomych do kiszki lub do sieci.

W roku zeszłym, sekując kota przy moich doświadczeniach nad wycinaniami płuc, znalazłem w sieci u niego ciało obce,—była to igła, która przypadkowo dostała się do brzucha, zupełnie otorbiona, trzymała się sieci i przedstawiała pod postacią walka; igła cała była pokryta rdzą i w wielu miejscach bardzo zniszczona, wnioskować zatem można, że pozostawała w jamie brzusznej przez długi przeciąg czasu.

Bardzo ciekawe pod tym względem spostrzeżenie STROGANOWA, który w roku 1890 w towarzystwie ginekologicznem w Petersburgu opowiadał o kobiecie 44-letniej z guzem jajnika. Podczas owaryotomii wykryto w jamie otrzewnej ciało obce na przedniej ścianie brzucha; były to 2 igły zupełnie otorbione, które nie sprawiały chorej żadnych dolegliwości. Wywiady pozwa-

---

<sup>1)</sup> Centralblatt f. Chirurgie. Nr. 40. 1893. Bulletins de la société anat. de Paris. T. VIII. p. 184.

<sup>2)</sup> Med. record. 1896. Centralblatt f. Gynäk. Nr. 36. 1896.

lają STROGANOWOWI wnioskować, że igły te pozostawały w jamie brzusznej przynajmniej 26 lat.

Opierając się na tych doświadczeniach i znanej kazuistyce odnośnie do skutków, jakie mogą powodować ciała obce w jamie brzusznej wyprowadzić możemy następujące wnioski.

Ciała obce zakażone wywołują w otrzewnej bardzo burzliwe i znaczne zmiany, doprowadzić mogą do ogólnego septycznego zapalenia otrzewnej, następstwem którego w krótkim bardzo czasie może być śmierć osobnika. Jeżeli zaś ciało obce będzie należycie wyjałowione, to przy sprzyjających okolicznościach może pozostawać całe lata, a nawet dziesiątki lat bez sprawiania zaburzeń wybitnych. Nie pozostaje ono swobodne, lecz naokoło niego powstaje zapalenie ze znacznym rozwojem tkanki łącznej. Mówię tu o sprzyjających okolicznościach, gdyż należy mieć na uwadze wielkość ciała, jego ciężar i miejsce, w którym się zatrzymuje, gdyż igła nawet, jeżeli utkwi w tętnicy znacznych rozmiarów, z biegiem czasu może stać się przyczyną śmierci.

Aseptyczne ciała znacznych rozmiarów i wagi już tylko ciężarem swoim mogą sprawiać objawy niedrożności jelit, przez ucisk zaś na ścianę кишки powodują zmiany w samej ścianie, skutkiem czego łatwo przechodzą gazy i bakterye do otorbionego ogniska, w którym się znajduje takie ciało i wywołują tam ropienie. Przy dalszem trwaniu sprawy ściana кишки niekiedy ulega zgorzeli, ciało dostaje się do światła jelita, zatyka je niekiedy, powodując niedrożność, która zniewalała nieraz do powtórnej laparotomii i do resekcji jelit. Nie tylko кишки narażone są w takich razach na uszkodzenie, znane są przypadki tworzenia się przetok moczowych, a nawet raz znaleziono w pęcherzu szczypczyki hemostatyczne.

Niekiedy ciała te obce po bardzo długim okresie czasu same wydobywają się na zewnątrz przez odbyt: przypominam przypadek szczypczyków pozostających 4 lata w jamie brzusznej, które wyszły *per anum*, oraz wskazuję na tampon z gazy, który był pozostawiony w brzuchu po operacji, przed 12 laty! W innych znów przypadków przedziurawienie jelita i wydobycie się stolcem ciała obcego następuje bardzo szybko, w kilku spostrzeżeniach stało się to niespełna w 3 tygodnie. W otorbionych ogniskach z ciałami postronnymi w jamie brzusznej może powstawać długotrwałe ropienie, w sprawę mogą być wciągnięte powłoki brzuszne, кишки, pęcherz moczowy, tworzą się obszerne flegmony z przetokami kałowymi lub moczowymi. Wszystko to, jeżeli chirurg nie zorientuje się, co może być przyczyną takich nieoczekiwanych następstw operacji, wyniszcza organizm i może stać się przyczyną śmierci.

Z pomiędzy dostępnej mi kazuistyki raz tylko jeden znalazłem jako przyczynę śmierci krwotok, było to w przypadku prof. Kosińskiego, skutkiem ucisku szczypczyków na *art. iliaca externa* nastąpiło przedziurawienie tej tętnicy i krwotok.

Czyśmy dotąd co uczynili, aby ustrzedz się podobnych nieszczęść chirurgicznych? czyśmy przedsiębrali jakie środki zaradcze? Zapewne, że nie czekaliśmy bezradni, aż nas do tego zmusi opinia publiczna lub sądy koronne, tu-

taj najwyższym sędzią jest własne nasze sumienie, i ono to nakazywało i nakazuje nam szukać środków ochronnych.

Zaraz po pierwszych takich wypadkach wyznaczono do laparotomii osobnego pomocnika, zadaniem którego, jest liczenie narzędzi, serwet, tamponów przed przystąpieniem do operacyi i przed zaszcyciem powłok brzusznych; pomocnik ten wyłącznie zajęty jest podawaniem tych przedmiotów operującym. Jak widzieliśmy nie osiąga to pożądanego rezultatu, narzędzia liczy człowiek i omylić się może, szczególnie jeżeli skutkiem ciągłego napięcia umysł jego wyczerpany, lub też jeżeli sam jest podniecony, co przy ciężkich operacyach łatwo się zdarza. Nawet i tego niepotrzeba, dajmy na to operacya jest na ukończeniu, narzędzia przeliczone, wszystko w porządku, wtem chora zaczyna wymiotować, kiszki i sieć wydobywają się na zewnątrz, z rany przy ruchach wymiotnych krwawić zaczyna, chirurg krwawiące naczynia winien podwiązać, wtedy nie czeka na instrumentaryusza, który już spełniwszy swoje zadanie mógł być zajęty przygotowaniem opatrunku, sam bierze narzędzia i nakłada na naczynia krwawiące; jeżeli wtedy ponownie wszystko nie zostanie przeliczone, jest możliwość pozostawienia jakiegokolwiek przedmiotu w jamie brzusznej.

Gąbki, tampony i serwety pozostawiano częściej znacznie, aniżeli narzędzia. Gąbki już niemal wszyscy chirurdzy wycofali z użytku, raz, że się łatwo zakażają, a nader trudno wyjaławiają, a powtórnie, że dokładnie oczyszczane i wyjałowione kruszeją, części ich się obrywają i pozostawać mogą pomimo zachowania wszelkich środków ostrożności w jamie brzusznej.

Zdawałoby się, że najtrudniej zostawić w brzuchu serwetę, a jednak zdarzało się to względnie dosyć często.

SEVERCANO podaje spostrzeżenie, gdzie pozostawiono aż dwie serwety po 130 ctm. długie i 30 ctm. szerokie. Każdy z oburzeniem powie, jak można być tak niedbałym, tak lekceważącym życie człowieka, aby pozostawić w brzuchu aż dwie serwety takiej wielkości.

A jednak zapewnić mogę, że my chirurdzy w podobnych przypadkach ani niedbałymi, ani lekceważącymi życia ludzkiego nie jesteśmy, wszystko robimy, aby się uchronić od podobnego nieszczęścia. Każdy z nas, gdy przystępuje do laparotomii, przygotowuje się jak do aktu uroczystego i nie obawa przed sądem, ale, powtarzam, odpowiedzialność przed własnym sumieniem jest tego główną pobudką.

Niektórzy chirurdzy używają przy laparotomii tampony długie, aby końce ich pozostawały na zewnątrz brzucha, inni zaś przywiązują nitki, które również utrzymują na zewnątrz, ale wszystko to nie ma żadnego znaczenia w razie gwałtownego krwotoku lub omdlenia chorego, każda sekunda wtedy jest drogą, ratuje się życie człowiekowi, nie myśli się ani o tamponach, ani o nitkach, i tampony długie i nitki zginą w brzuchu na równi z innymi przedmiotami.

Uważam tu za odpowiednie przytoczenie własnych uwag, które mogą się przyczynić choć w części do zmniejszenia szans pozostawiania ciał obcych po laparotomiach w jamie brzusznej. Mimochodem wspomnę o tem, że tak operator jak i jego pomocnicy do operacyi powinni stanowczo pozdejmować wszelkie pierścienie z palców; takie ozdoby palców chirurga są przeciw-

wskazane przy wszelkich nawet drobnych, zabiegach chirurgicznych, a cóż dopiero mówić o takich wielkich operacjach, jakie są otwierania brzucha. Uwaga ta nawet może być zbyt dużą, gdyż dotyczy ona nieodzownych a zarazem elementarnych warunków operowania, które powinny być dokładnie znane wszystkim chirurgom.

a) Do laparotomii należy dopuszczać jak najmniejszą liczbę pomocników, ale za to nieprzygodnych, lecz dobrze wyćwiczonych i dokładnie zdających sobie sprawę z ważności zabiegu, chirurgów, na których operator w ciężkich przypadkach może w zupełności polegać.

b) Instrumentaryusz winien być człowiek przytomny, jeżeli można lekarz, obznajmiony z narzędziami i techniką operacyjną, dobrze rozumiejący, że odpowiedzialność za pozostawienie narzędzi lub serwety ciąży na nim, winien on też wiedzieć o następstwach, jakie pociąga za sobą pozostawienie ciał obcych w jamie brzusznej.

c) Narzędzi, serwet i tamponów używać mało. Są chirurdzy, którzy przy laparotomii posiłkują się znaczną liczbą szczypczyków hemostatycznych, aby uniknąć ciągłego oczyszczania i sterylizowania. Nie wydaje mi się to wygodnym, przynajmniej nie przy wszystkich przypadkach, gdyż pomimo znacznej ilości szczypczyków hemostatycznych, może ich niekiedy zabraknąć.

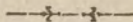
d) Serwety winny być w małej ilości, ale za to większych rozmiarów, zaniechać użycia stanowczo małych, a licznych serwetek. Na serwetach wypisywać cyfry kolejne z dwóch stron, aby uniknąć pomyłki skutkiem sklejanja się serwet.

e) Tampony świeże z gazy podawać podczas operacji pomocnikom tylko wtedy, jeżeli poprzednie będą zwrócone; jeżeli zachodzi potrzeba pozostawienia tamponu w jamie brzusznej, to osadzić go na tak zwanym „tamponhalterze“ t. j. narzędziu długim, które wystaje bardzo ponad powłoki brzuszne i tak łatwo niedostrzeżonem być nie może.

[D. n.]

## STAN I POTRZEBY

SZPITALI WARSZAWSKICH.



[Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 21].

Do rzędu wielu palących spraw szpitali naszych należy zaliczyć obsadzenie posad ordynatorów w tychże szpitalach. Obowiązująca dotąd ustawa z r. 1842 nie daje pod tym względem żadnych wyraźnych wskazówek. Mniej więcej przed dwudziestoma laty, ówczesny inspektor szpitali warszawskich, prof. WALTHER, wypracował, a następnie po zatwierdzeniu wprowadził w życie specjalną instrukcję, mocą której każda co druga posada ordynatora miała być otrzymywana przez konkurs. Myśl zaprowadzenia konkursów okazała się w praktyce bardzo szczęśliwą, gdyż tą drogą szpitale otrzymały wielu bardzo zdolnych ordynatorów, znaczenie ordynatury szpitalnej podniosło się w oczach społeczeństwa i lekarzy, a młodzi lekarze, rozpoczynający swą karyerę, pozy-

skali silny bodziec do pracy naukowej. Zdawałoby się, że po tak, śmiało rzecz można, świetnej próbie, zarząd szpitali postara się rozwinąć zasadę konkursów i przedewszystkiem rozciągnąć ją na wszystkie wakujące posady w Warszawie, a następnie na prowincyi. Tymczasem stało się inaczej. Z jednej strony liczba ordynatorów, mianowanych bez konkursu, zaczęła się od niejakiego czasu coraz bardziej powiększać, z drugiej strony przyjęto zasadę, by tym wszystkim, którzy raz przystąpili do konkursu, dawać następnie wakujące ordynatury. W ten sposób konkursy stały się do pewnego stopnia rzadkością, rzeczą przypadku, gdyż samo ogłoszenie konkursu znalazło się w zależności od tego, ilu kandydatów i jaką na posadę miało protekcyę. System protekcyjny zaczął się przejawiać nawet na konkursach, co musiało wpłynąć także ujemnie na znaczenie tych ostatnich. Wszystko to miało ten skutek, że nawet w łonie zarządu szpitali zaczęły się podnosić głosy przeciwko obecnym konkursom. Pomimo to wszystko konkursy, nawet w dzisiejszej swej postaci, nie zatraciły swego znaczenia i nie są pozbawione dodatniego wpływu na szpitalnictwo. Znane są nam przypadki, w których jednostki, starające się całą siłą protekcyi o posadę, po ogłoszeniu konkursu, nawet nie przystępowały do tegoż.

Otóż gdyby konkursy tylko chroniły szpitalnictwo od takich ordynatorów, to jużby zasługa ich była niemała. Pozatem jednakże mają one i inne strony dodatnie. Pomijając zachęcanie młodych lekarzy do sumiennej pracy naukowej, musimy zaznaczyć, że konkurs, choćby nieraz pod względem ostatecznego wyniku niezupełnie odpowiadał słuszności, będzie budził zawsze przez swą jawność więcej zaufania, niż system protekcyjny. Jak nie wypłynie na nim zdeklarowana miernota, tak znowu nie przejdzie bez śladu wybitniejsza zdolność i praca. To właśnie stanowi główną przyczynę żywotności konkursów i zainteresowania się nimi nie tylko naszego świata lekarskiego, lecz nawet do pewnego stopnia całego ogółu. Odpowiednio zreformowane konkursy, obok reform w zarządzie szpitali, o czem mowa będzie niżej, mogłyby się ogromnie przyczynić do nawiązania nici łączności pomiędzy szpitalami a społeczeństwem, mogłyby nanowu rozbudzić zainteresowanie się tego ostatniego szpitalnictwem i skierować upust ofiarności publicznej na tę drogę. Z przytoczonych wyżej względów, uważamy za niezbędne nie tylko zatrzymanie konkursów, lecz i odpowiednie zreformowanie ich. Przedewszystkiem należałoby, wzorując się na Francyi, postawić zasadę, że każda posada ordynatora szpitalnego winna być obsadzana przez konkurs. Pozatem konkurs mianuje jednego tylko ordynatora, wszyscy zaś inni konkurujący, pomimo ustrzymania się przy konkursie,—przyjmując za zasadę, że każda posada ordynatora może być obsadzana tylko przez tych, którzy zadość uczynili warunkom konkursu,—muszą przy następnym wakansie przystępować do konkursu, narówni z innymi. Sprawi to wprawdzie więcej kłopotu zarządowi szpitali, lecz za to będzie bardziej słuszne.

Główne warunki konkursu dziś są następujące: kandydaci składają swój życiorys i ogłoszone przez siebie prace [to ostatnie stało się wymagalnem w latach ostatnich]. Otrzymują oni sześć tygodni [czas zupełnie wystarczający] na przygotowanie się. Konkurs polega na publicznem zbadaniu dwóch chorych, rozpoznaniu i wygłoszeniu odczytu na temat, mający związek z cierpieniem badanych pacjentów. Na badanie chorych kandydat otrzymuje pół godziny i tyleż na odczyt. Na konkursie chirurgicznym kandydat obowiązany jest nadto wykonać dwie operacye na trupie. Sędziowie konkursu w ilości sześciu, wybierani są z grona profesorów uniwersytetu, naczelnych lekarzy i ordynatorów szpitalnych. Wybrany sędziom przewodniczy inspektor szpitali. Co do składu sędziów, możemy jedno tylko powiedzieć, iż radziłyśmy w ich gronie widzieć zawsze ludzi z dużym zasobem wiedzy i doświadczenia,

by się nie zdarzało, iż sędzia niedawno jeszcze stawiał swe pierwsze kroki pod kierunkiem sądownego. Przy wybieraniu chorych, mających podlegać publicznemu badaniu, sędziowie winni się trzymać zasady, wyrażonej zresztą w instrukcyi, by mianowicie brać przypadki wyraźne, w których rozpoznanie jest możliwe i nie wymaga dłuższej obserwacyi oraz specjalnych metod badania, niemożliwych do zastosowania na konkursie. Punkt ten zaznaczamy dla tego, że jednakże, pomimo wyraźnego omówienia go w instrukcyi, wybierano niekiedy na konkurs takie przypadki, w których dokładniejsze rozpoznanie okazało się możliwem dopiero przy operacyi lub na sekcyi. Jest to tak samo nieodpowiednie, jak i wyznaczanie na konkurs chorych, którym jeszcze kilka dni życia pozostało, których ani podnieść ani posadzić porządnie nie można. Nie mówiąc już o trudnościach badania w takim razie, musimy zwrócić uwagę na niestosowność mordowania takiego chorego przez kilku lekarzy w ciągu paru godzin. Zwykle na konkurs wybierają dwóch chorych, których badają po kolei wszyscy współubiegający się. Jestto wysoce nieodgodne, gdyż chorych nuży i badanie ich utrudnia. O wiele byłoby odpowiedniejsze wybieranie takiej liczby chorych, by każdy z nich był badany przez dwóch konkurujących. Los stanowiłby w takim razie, kto jakiego ma badać chorego, jak to się zresztą dzieje z operacyami na trupie, przy konkursach chirurgicznych. Kwadrans czasu na zbadanie chorego w przypadkach zupełnie prostych wystarcza, ponieważ jednakże chorzy nasi przy wywiadach nie umieją odpowiadać krótko i węzłowato, i ponieważ konkursy powinny dawać przypadki do rozpoznania w tych warunkach możliwe, lecz zawsze nieco powikłane, wobec tego pragnęlibyśmy czas badania przedłużyć do 25 lub przynajmniej 20 minut dla każdego chorego. Natomiast pół godziny na odczyt uważamy za zupełnie dostateczne, byle tylko treść odczytu była ściśle zastosowana do danych przypadków.

Zdarza się mianowicie bardzo często, iż prelegent wybiera sobie za treść odczytu jakąś rzecz, luźno tylko z danymi chorymi związaną, i na ten temat cały czas mówi. Otóż odczyt, zdaniem naszym, winien się zajmować li tylko uzasadnieniem dyagnozy [zaraz po zbadaniu chorego sędziom na kartce danej, jak to dawniej bywało] oraz drobnostkowym omówieniem terapii. W ten sposób konkurujący łatwiej może wykazać cały zasób swej wiedzy teoretycznej oraz doświadczenia praktycznego, niż wygłaszając jeden z kilku, przygotowanych przez siebie na wszelki przypadek, odczytów. Na konkursach chirurgicznych, obok powyższych postulatów, należałoby zaprowadzić bezwarunkowo wykonywanie operacyi na żywych, gdyż operowanie na trupach nie może dać dokładnego pojęcia o wyrobieniu technicznem kandydata. Pomijanie operacyi w szpitalu wydaje się nam tem dziwniejszem, że wymagalne są one przy konkursach okulistycznych. Skoro przeto można współubiegającym się powierzać na konkursie zdejmowanie katarakty, gdzie niezręczny ruch operującego może oślepić chorego, to przecież tembardziej możnaby im pozwolić wykonywać amputacje, rezekeje i t. p. Zadając konkurującym wykonanie mniej niebezpiecznych operacyi na chorych, należałoby jednocześnie wyznaczać na trupach cięższe operacje, niż się to obecnie dzieje, by konkurenci mogli wykazać w ten sposób znajomość anatomii topograficznej. Należałoby jednakże dawać trupy świeże i w dostatecznej ilości, by można było na nich faktycznie sprawdzić wiadomości anatomiczne konkurujących. Być może, iż przy zastosowaniu takich wymagań konkursy pochłaniałyby sędziom nieco więcej czasu, niż się to dzieje obecnie, nie mniej przeto mogą sędziowie w imię dobra społecznego ponieść taką ofiarę, gdyż sprawa warta tego.

W ostatnich czasach zdarzało się nam kilkakrotnie ze strony osób, mających głos w sprawach szpitalnictwa, słyszeć zarzuty, że ordynatorowie szpitali warszawskich aż dotąd nie interesowali się szpitalnictwem i jego brakami



i że dopiero potrzeba było głosu z góry, by ich w tym kierunku przebudzić. Otóż zarzuty te są najzupełniej niesłuszne. Wielu ordynatorów zawsze interesowało się szpitalnictwem, często zwiedzali lepsze szpitale zagraniczne, od czasu do czasu pomieszczeni w tej sprawie w czasopiśmie lekarskich lub publicznych. Jeżeli jednakże nie zabierali często głosu pod tym względem, to jedynie dla tego, że najzupełniej nie mieli posłuchu u zarządu szpitalnego. Przeciwnie nawet, można się było obawiać, że bardziej obszernie wystąpienie w tej kwestyi będzie poczytane za stronną krytykę, stanie się kamieniem obrazy dla wielu osób i ściągnie przykrości na piszącego ordynatora. Przepuszczamy, iż tym względem musiał się kierować jeden z lekarzy miejscowych, ogłaszając przed dwoma laty obszerną i ze znajomością rzeczy napisaną pracę, skoro się podpisał tylko pseudonimem.

W sprawach szpitalnych zdania ordynatorów zasięmano bardzo rzadko i tylko doraźnie. Gdy przed kilkoma laty zamierzono przenieść szpital Dzieciątka Jezus, powołano wprawdzie początkowo dwóch ordynatorów do rady przy układaniu planów nowych budowli, atoli po wykończeniu pierwotnego planu już więcej zdania ich nie zasięmano. Plan ulegał licznym zmianom, lecz przy tem nie zwracano się już do opinii ordynatorów, pomimo że ci, jako wciąż się stykający z potrzebami szpitali, nie jedną mogli byli dać cenną uwagę. Gdy szpital, po ostatecznym zatwierdzeniu planów, zaczęto budować, zarząd szpitalny, dzięki inicjatywie obecnego inspektora szpitali, znowu się zwrócił do opinii ordynatorów szpitalnych i źle na tem, sądzimy, nie wyszedł.

Nie mniej przeto, gdyby w swoim czasie nie gardzono zdaniem lekarzy-ordynatorów, uniknięto by ważnych błędów, których dziś już poprawić nie można. Tak więc naprzykład, wszystkie sale operacyjne w nowym szpitalu, pierwotnie zaprojektowane w rozmiarach odpowiednich, skureczono następnie o tyle, że nie będą one w stanie odpowiedzieć dzisiejszym wymaganiom. Długość wynosi 5 metrów, szerokość zaś niewiele przewyższa 4 metry, to jest tyle, ile powinno mieć okno w porządnej sali operacyjnej [nowy szpital w Norymberdze]. W ten sposób salę operacyjną tworzy mały niewygodny pokój, w którym trudno będzie ustawić wszystko, do operacji potrzebne, oraz pomieścić się lekarzom. Ci, którzy projektowali taką salę, najwidoczniej nie mieli pojęcia o tem, w jakich warunkach odbywa się operowanie. Wprawdzie w niektórych lecznicach prywatnych, rzadziej w szpitalach publicznych, za granicą można się spotkać z małemi salami operacyjnymi, lecz te mają przeznaczenie specjalne, służą do czystych laparotomii, a przytem nawet w tych warunkach niezawsze okazują się dogodnymi. Kto był przy laparotomii w takiej porę, ten mógł się zniechęcić raz na zawsze do takiej salki. Pominąwszy, że lekarze są, jak wodą zlaną, że pot im się tak leje z twarzy, iż z obcieraniem jego nie można nadążyć, pominąwszy nawet to, powiadamy, nie można przecież uważać za zbawienne dla chorego chloroformowanego oddechanie takim dusznym powietrzem. W nowobudującym się szpitalu położenie jest o tyle gorsze, że nie tylko laparotomijne, lecz wszystkie sale operacyjne i opatrunkowe są za ciasne.

[C. d. n.]

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY

### 58. Ernest Karajan. Wyleczony przypadek wielorakch polipów kiszkowych.

Autor opisuje ciekawy i nader rzadki przypadek wielorakich polipów kiszczyki cienkiej: u 23-letniego chorego wystąpiły nagle silne bóle w brzuchu i wzmoczenie ruchu robaczkowego kiszek; w czasie napadu chory wyczuwał pod pępkiem guzowatość w kształcie kielbasy, prócz tego w różnych okolicach

brzucha okrągłe guzy, bolesne przy dotykaniu. Cierpienie, któremu towarzyszyły częste wymioty i brak apetytu, po 4-ch tygodniach ustąpiło. W trzy miesiące później powtórzyło się toż samo, w silniejszym jednak stopniu; po sześciu tygodniach nastąpiło czasowe polepszenie, w następnym zaś roku znaczne pogorszenie; opisane powyżej napady męczyły chorego po 8—10 razy dziennie, przytem chory czuł, że najsilniejszy ból występuje zawsze w jednym i tem samym miejscu i trwa tutaj najdłużej. Od tego czasu przerwy wolne od napadów trwały zaledwie po parę dni i z tego powodu chory zapisał się w marcu 1898 r. do kliniki ALBERT'a. Przy badaniu chorego wyczuwano poniżej i na lewo od pępka podłużną, miękką guzowatość, dającą wrażenie rozdętej pętlicy kiszkowej.

Podczas operacji, po otworzeniu jamy brzusznej, znaleziono rzeczywiscie rozdętą do grubości przedramienia część kiszki biodrowej, przy dalszem zaś badaniu zauważono w tejże kiszce wpochwienie długości około 5 ctm.; wpochwiona część kiszki dała się łatwo wyciągać i u wierzchołka jej wyczuło guz wielkości orzecha, a 10 ctm. powyżej taki sam drugi. Przy dalszem przeszukiwaniu kiszki znaleziono jeszcze parę narośli w górnym odcinku kiszki biodrowej, oraz w dolnym czczej. Kiszka cienka, poczynając od najniżej położonego guza aż do dwunastnicy, była rozszerzoną i przerośniętą. W żołądku, dwunastnicy i kiszce grubej nie zauważono żadnych zmian chorobowych. Za pomocą cięcia podłużnego otworzono kiszkę na miejscu najniżej położonego guza i znaleziono narośl na dość cienkiej nóżce, którą podwiązano i przecięto. Tym samym sposobem usunięto guz, leżący powyżej i oprócz tego jeszcze 8 nowotworów takiego samego kształtu. Prócz tego przy otwieraniu [pięciokrotnem] kiszki zauważono dużą ilość małych, nie przewyższających wielkością ziarenka grochu polipów, których jednak z powodu ich mnogości nie usuwano. Przebieg pooperacyjny był nader pomyślny: po 2 tygodniach pacjent opuścił klinikę.

W trzy tygodnie później znaleziono u pacjenta w kiszce prostej narośl, z szeroką podstawą, która jednak po dwóch miesiącach znikła bez śladu. Przy badaniu chorego w lutym 1899 r. żadnych zmian chorobowych w narządach brzusznych nie wykryto.

Badanie drobnowidzowe wyciętych guzów wykazało, że składają się one z tkanki łącznej, są pokryte nabłonkiem, wogóle nie różnią się prawie budową od normalnej błony śluzowej kiszki.

Nowotwory takie, jak wiadomo, spotykają się najczęściej, nieraz w znacznej ilości, w kiszce prostej, następnie w kiszce grubej, w cienkiej zaś nader rzadko. W literaturze znalazł autor tylko jeden tylko przypadek, opisany przez KANTHAC'a i FURNIALL'a, gdzie liczne polipy znaleziono [przy sekcji] tylko w kiszce cienkiej. Dalej przytacza K. jeszcze dwa opisane przypadki [przez PETROW'a i HEUSER'a] wielorakich polipów zarazem kiszki cienkiej i grubej. Znacznie częściej spotykają się polipy pojedyncze kiszki cienkiej; autor podaje krótki opis podanych dziesięciu przypadków podobnych.

(Wien. Klin. Woch. № 9. 1899)

P. Hincz.

### 59. Muscatello i Damascelli [Neapol]. O wpływie przecięcia nerwu na sprawę gojenia się złamań.

Autorowie doświadczenia swe wykonywali w sposób następujący: wycinali królikom ze splotu ramieniowego odcinek długości 1½ do 2-ch centymetrów, obejmujący wszystkie, a więc i naczynioruchowe jego włókna, następnie zaś łamali po stronie sparaliżowanej i zdrowej kość łokciową mniejwięcej we środku. Wybierali kość łokciową z tej przyczyny, że nieszkodzona kość promieniowa chroniła w dużym stopniu kość złamaną od znacznych przemieszczeń, które w sprawie gojenia złamań tak ważną odgrywają rolę. Łamanie kości

dokonywali bądź to natychmiast po wycięciu nerwu, bądź po upływie pewnego czasu [*maximum* 37 dni]. Badanie pośmiertne złamanych kości następowało w różnym czasie [od 6 do 75 dni] po rozpoczęciu doświadczenia.

Jako owoc swej pracy autorowie wypowiadają następujące twierdzenia:

1) Różne odmiany sprawy gojenia się złamania w kończynie, usuniętej z pod wpływu układu nerwowego, następowały po sobie w tym samym porządku kolejnym, co i w kończynie prawidłowo unerwionej; odłamy ostatecznie zrały się ze sobą przy pomocy blizny kostnej.

2) Pewne nieprawidłowości w sprawie gojenia się złamania w kończynie sparaliżowanej zależne są nie od zaburzenia bezpośredniego czynności twórczej elementów regeneracyjnych kości wskutek braku pobudzenia nerwowego, jeno pośrednio mogą być następstwem przemieszczenia odłamów, spowodowanego zniesieniem władzy ruchu, czucia skórniego, kostnego i mięśniowego lub też znacznego wynacznienia, słowem warunków, towarzyszących stale przecięciu nerwu.

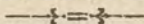
3) Wyniki badań mnych autorów, dotyczące omawianej sprawy, a stwierdzające czy to nadmierny rozwój blizny (*callus*), czy to brak jej kostnienia w kończynie, dotkniętej bezwładem, należy objaśniać przesuwaniem się odłamów, wadliwością przyrządów unieruchamiających kończynę złamaną, wreszcie nieprawidłowymi ruchami, uwarunkowanymi utratą czucia dotykowego i mięśniowego, wskutek czego zwierzęta nie spostrzegały przeszkód w ruchach i nie miały świadomości położenia kończyny złamanej.

4) W układzie kostnym sprawa tworzenia się nowych elementów podczas gojenia się, jak również tkanka nowowytworzona w swych przemianach kolejnych aż do ostatecznej fazy kostnienia mogą obywać się bez wpływu układu nerwowego.

(*Archivio per le scienze mediche. Volume XXIII*).

Lorentowicz.

## Wiadomości bieżące.



— Kol. HIGIER, referent prac polskich w zakresie medycyny wewnętrznej w nowowychodzącem od maja r. b. w Berlinie piśmie „*Deutsche Aertzte-Zeitung*“, prosi autorów o nadsyłanie mu odbitek z prac swoich.

— Wyszedł z druku tom XV Pamiętnika Fizyograficznego, poświęcony pamięci ANTONIEGO ŚLÓRSKIEGO. Tom ten zawiera prace następujące: I. Meteorologia i hydrografia: Spostrzeżenia meteorologiczne, dokonane w ciągu roku 1894 na stacyach meteorologicznych, urządzonych staraniem Sekcyi cukrowniczej. Wykaz spostrzeżeń fenologicznych z roku 1895 i 1896, nadesłanych do redakcyi „*Wszechświata*“. II. Geologia z chemią. J. SIEMIRADZKI. Zarys geologii Warszawy. Z. GORAZDOWSKI. O składzie chemicznym tatrzańskich minerałów skalotwórczych. III. Botanika i zoologia. St. CHEŁCHOWSKI. Grzyby podstawko-zarodnikowe Królestwa Polskiego (*Basidiomycetes polonici*). Część pierwsza, *Autobasidiomycetes*. IV. Antropologia. E. MAJEWSKI. Toporki kamienne z okolic górnego Bugu i Styru.

— **Prace oryginalne w czasopismach lekarskich polskich.** *Kronika Lekarska*. Zeczyt 11. L. RABEK. Błonica u dziecka dwutygodniowego. J. SĘDZIAK. Zaburzenia krtaniowe w wjadzie rdzenia. [Dok.]. — *Przegląd Lekarski*. № 21. A. KROKIEWICZ. Wielokrotny gruczolak żołądka (*Adenocarcinoma multiplex ventriculi*) w przebiegu niedokrewności złośliwej postępowej (*Anaemia pernicioosa progressiva*). Z. WIERZBICKI. Spostrzeżenia kliniczne nad wartośćią leczniczą heroiny. I. FRANZOS. W sprawie konserwowania materyałów spożywczych, a zwłaszcza wina, kwasem salicylowym. — *Medycyna*. № 21. W. SZTEYNER. Życiorys prof. JULJANA KOŚCIŃSKIEGO

W. HORODYŃSKI i W. MALISZEWSKI. O ranach serca. Przyczynę do operacyjnego leczenia zranień serca wraz z opisem trzech własnych spostrzeżeń. SOLMAN. Dwa przypadki pneumatomii z powodu ropnia płuc. H. ODERFELD. O operacyjnym leczeniu wPOCHWIEŃ JELIT (*invaginatio*). Przyczynę do techniki operacyjnej. A. LEŚNIEWSKI. Przyczynę do patologii gruczołów chłonnych pachwinowych. L. ZEMBRZUSKI. Przyczynę do chirurgii pęcherzyka żółciowego. Cholecystoenterostomia sposobem MURPHY'EGO. Wyzdrowienie. E. TYMIENIECKI. Przypadek zwichnięcia goleni w stawie kolanowym. L. KRAUSE. Przemieszczenie jądra pod skórę okolicy pachwinowej pochodzenia urazowego. M. BORSUK. Przypadek rezekcyi ślepej kiszki. — № 22. J. BARANOWSKI. Profesor KOSIŃSKI jako praktyk. W. HORODYŃSKI i W. MALISZEWSKI. O ranach serca. Przyczynę do operacyjnego leczenia zranień serca wraz z opisem trzech własnych spostrzeżeń. [Dok.]. L. KRAUSE. Przemieszczenie jądra pod skórę okolicy pachwinowej pochodzenia urazowego. [Dok.]. — *Krytyka Lekarska*. № 6. T. DUNIN. Narodowość w nauce. N. LIKIERT. Expertyza lekarsko-sądowa. A. WRZOSEK. W sprawie lekarek. Z. KRAMSZTYK. O potrzebie oddzielenia ambulatoryum od szpitala. P. Śp. MARCIN EHRLICH.

## N E K R O L O G I A.

W dniu 17 maja r. b. zmarł w Płocku prezes Płockiego Towarzystwa Lekarskiego D-r med. ś. p. MARCIN EHRLICH w 75 roku życia. Urodzony w 1834 r. w Kurlandyi, nauki lekarskie studiował w Jurjewie, w sławnym wówczas uniwersytecie dorpacskim, a uzyskał w r. 1862 po obronieniu rozprawy „*de leukaemia*“ stopień doktora medycyny, wstąpił do służby wojskowej, którą porzucił, gdy w r. 1872 został inspektorem lekarskim gub. płockiej; po roku zrzekł się tego obowiązku i poświęcił się wyłącznie praktyce. W owym czasie za jego staraniem powstało Towarzystwo Lekarskie w Płocku, któremu też przewodniczył od czasu założenia do ostatnich chwil życia. Z prac, dotyczących się przeważnie kazuistyki, umieszczanych w czasopiśmiech lekarskich wymienić należy: 1) Przypadek niemoty przy durzycy brzusznej. *Medycyna*. 1877. V. 68. — 2) Przypadek do nauki o przyczynowości dychawicy. *Med.* 1876. IV. 829. — 3) Przypadek przechodniej, przepuszczającej niemoty. *Med.* 1875. III. 725. — 4) Przypadek przepukliny pachwinowej wewnętrznej, zaciśniętej. *Operacya*. Wyzdrowienie. *Med.* 1876. — 5) Przestroga dla posługujących się błażnecem (*laminaria*). *Med.* 1877. V. 341. — 6) Trzy przypadki drgawek właściwych ciężarnym, rodzącym i położnicom. *Ibidem*. — 7) Kilka uwag przy postępowaniu przy ciąży pozamacicznej jajowodowej. *Ibidem*. — 8) Postępowanie lekarskie przy poronieniach. Zmarły ś. p. D-r ERlich pozostawił po sobie niezatarte wspomnienie jako lekarz i człowiek.

*J. Chmieliński.*

### ZA POŚREDNICTWEM REDAKCYI GAZETY LEKARSKIEJ

**Na sanatorium dla suchotników [salę lekarską]:**

złożyli:

D-r SEWERYN ZAMESKI rb. 25, D-r KERYK POPŁAWSKI z Kusiatyna rb. razem rb. 23, łącznie z poprzednimi rb. 715 kop. 75.

*Komitet Kasy Wsparcia podupadłych lekarzy oraz wdów i sierot biednych po lekarzach pozostałych* uprasza wszystkich Członków teje Kasy o przybycie na ogólne zebranie, odbyć się mające w dniu 14 czerwca r. b. we środę o godzinie 8 wieczorem, w sali posiedzeń Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego [ulica Niecała № 7], na którym Komitet w myśl § 13 obowiązującej ustawy złoży publiczne zdanie sprawy ze snych działań za rok 1898.

Za Wydawcę, D-r Jan Pruszyński.

Redaktor odpowiedzialny, D-r Wł. Gajkiewicz.

Дозволено Цензурою, Варшава 28 Мая 1899. Druk Kowalewskiego, Warszawa, Mazowiecka 8.