
GAZETA LEKARSKA

I. Z ODDZIAŁU CHRONICZNYCH CHORYCH NERWOWYCH W SZPITALU
NA PRADZE.

PRZYCZYNEK DO ROZPOZNANIA POWIERZCHO- WNYCH GUZÓW MÓZGU ¹⁾.

Podał

Z. Bychowski,

ordynator oddziału.

A. J., lat 62, z zawodu szewc, którego obecnie Sz. Panom przedstawię i który, jak Sz. Panowie widzą, chodzi sam po sali, przywieziony został na oddział 12. VII. 1906 r. z zupełnym lewostronnym porażeniem połowicznym i w tak przygnębionym stanie psychicznym, że od chorego żadnych danych wydostać nie można było.

Objektywnie znalazłem co następuje:

Odżywienie mierne. Cera blada. Stan bezgorączkowy. Tętno 84, równe, jednakowe, twarde. Klatka piersiowa i jama brzuszna bez zmian widocznych. Pamięć znacznie osłabiona. Chory nie wie kiedy i przy jakich okolicznościach zachorował. Oryentuje się dobrze co do otoczenia.

¹⁾ Według pokazu w sekcji neurologicznej Warsz. Tow. Lek. 19-go stycznia 1907 r.

Lewa źrenica > prawa, obie oddziałują na światło. Ruchy gałek ocznych prawidłowe. Lewa bródka nosowo-wargowa mniej się uwydatnia niż prawa. Wogóle pareza lewego dolnego n. twarzowego.

— Mowa bez zaburzeń. Język nie zbacza. Prawe kończyny wogóle bez zmian; są zresztą ślady drżenia stopowego i z prawej strony. Lewa górna pozbawiona jest wszelkich ruchów czynnych. Jest zgięta w stawie łokciowym na $\pm 150^\circ$. Chcąc ją wyprostować, należy użyć znacznej siły. Dłoń leży zupełnie *flasque*. Ruchy bierne nie spotykają się tu z żadnym oporem. Odruchy ścięgnowe z m. *biceps* i *triceps* bardzo żywe. Są zresztą i na prawej ręce, ale w słabszym stopniu. Chory sam nie może się podnieść.

Odruchy brzuszne [górne i dolne] z obydwu stron zachowane.

Lewa dolna pozbawiona jest wszelkich ruchów czynnych. Godnem może być uwagi, że chory na pytanie, czy może poruszać lewą nogą, odpowiada potakująco. Jeżeli zaś kazać mu wykonać jakiś określony ruch lewą nogą, wykonywa żądany ruch prawą nogą; z czego niezawsze nawet sobie zdaje sprawę.

Ruchy bierne bez oporu. Odruch kolanowy i odruch ze ścięgna ACHILLESA bardzo żywe. Drżenie stopowe. Objawu BABIŃSKIEGO niema. Objawu OPPENHEIM'a niema. Odruchu podeszwowego niema.

Zucie dotykowe i bólowe wogóle zachowane, na lewej górnej chory niezawsze dokładnie umiejscawia wrażenia bólowe. Na dłoni i na stopie ze strony lewej nieznaczna może *hypaesthesia*. Lewą dłonią chory przedmiotów nie rozpoznaje [dłoń ta pozbawiona jest wszelkich ruchów^{czynnych}]. Objawów przebytego przymiotu niema.

Po kilkodniowym już pobycie na oddziale, chory zaczął szybko się poprawiać. Podnosił się sam w łóżku, dotkniętymi kończynami zaczął ruszać, aż nagle 29. VII. 1906 dostał napadu drgawek, który z małymi przerwami trwał podobno od 2-jej do 8-jej godziny wiecz. Według jednobrzmiących zeznań siadów, rzucała się lewa ręka i lewa noga. Przytomność była zupełnie zachowana.

30. VII. 1906. Chory bardzo wyczerpany po wczorajszym napadzie, choremi kończynami porusza znowu mniej.

31. VII. 1906. Udało mi się odszukać żonę chorego, od której dowiedziałem się, że mąż jej choruje od 6-u lat. Przed sześciu laty nagle w nocy „ścisnęło go za gardło”, stracił mowę, przytomność jednakże była zachowana, bo chory znakami prosił o pomoc. Stan taki trwał kilka minut. Od owego czasu napady takie zdarzały się co kilka dni, a czasami i parę razy dziennie. Bywały też i na ulicy. Opierał się wtedy o mur aż napad przechodził. Napady te nie przeszkadzały choremu w prowadzeniu warsztatu szewckiego. Dopiero w końcu 1905 r. napadom zaczęły towarzyszyć drgawki w kończynach. Zaczynało zię zwykle, jak żona wyraźnie zaznacza, od wykrzywienia głowy na lewo, poczem zaczęła się rzucać lewa ręka, a następnie i lewa noga. I podczas tych napadów, które bywają co parę dni, chory przytomności nie traci. Sprawił sobie nawet gruby kawałek kauczuku, który podczas napadu wstawia sobie prawą ręką do ust w celu uniknięcia

przygryzienia języka, co mu poprzednio się często zdarzało. Napady z początku trwały kilkanaście minut, obecnie dłużej. Mąż pijał mało, był zawsze solidnym, od pewnego czasu pamięć mu się psuje. Leżał niedawno w jednym z tutejszych szpitali przez 11 tygodni. Leczono go frykcyami. Rodziła 14 razy, 7 dzieci żyje, reszta umierała w młodym wieku.

10. VIII. 1907. Chory brał KJ. Ma się znacznie lepiej. Chodzi sam, jakkolwiek krokiem niepewnym. Lewą ręką posilkuje się wcale zadowolająco. Zmian czucia, a zwłaszcza astereognozy niema. Lewą dolną kończynę podnosi chory prawie tak wysoko, jak prawą. Odruchy brzuszne i *cremasteris* z obydwu stron, z lewej strony drzenie stopowe. BABIŃSKIEGO niema, ani OPPENHEIM'a. Zmian czucia na dolnej kończynie niema. Dno oka bez zmian. Mocz bez białka i cukru. Tętno 84, równe. Stan podmiotowy chorego o nastroju jowialnym.

15. VIII. 1906. Dziś zrana napad. Trwał około 10 minut. Przytomność była zupełnie zachowana i sąsiedzi widzieli, jak chory natychmiast po rozpoczęciu się napadu wstawił sobie kauczek do ust. Napad zaczął się wykrzywieniem się głowy na lewo, następnie zaczęła się rzucać lewa ręka i noga. Podczas mojej wizyty [godz. 12] chory leży w łóżku bardzo wyczerpany. Chodzić wcale nie może, a lewą rękę ledwie podnosi. Od rana też nie może zatrzymać moczu.

16. VIII. 1906. Lewe kończyny wciąż osłabione; *incontinentia urinae* trwa dalej. Przytomność zupełna. Zmian czucia niema. BABIŃSKIEGO niema i z lewej strony.

20. VIII. 1906. Wczoraj znowu napad, który zaczął się według słów sąsiadów i posługaczy od szyi [wykrzywiła się na lewo], a potem przeszedł na ewą rękę i nogę. Chory leży w łóżku. Nie chce wcale chodzić. Przygnębiony. *Incont. urinae*.

22. VIII. 1906. Chory wciąż leży. Dziś zrana miał znowu niewielki napad

31. VIII. 1906. Wczoraj znowu napad, który trwał 20—30 min. Zaczął się wykrzywieniem się głowy, „aż zęby się trzęsły”, następnie drgawki objęły lewą rękę i nogę. Co się tyczy drgawek w ręce, to chory i sąsiedzi zeznają, że ręka się podnosi rytmicznie w stawie barkowym. Ruchów w palcach nie spostrzegano. Chory uskarża się na ból głowy. Przy opukiwaniu prawa okolica skroniowa bolesna.

3. IX. 1906. Onegdaj znowu napad, który trwał 1½ godz. Zaczął się od wykrzywienia się głowy, drgała ręka, która też, według słów dyżurnego posługacza, była cała wykrzywiona. Przytomność podczas napadu zupełna. Chory wstawił sobie do ust kauczek. Po napadzie silny ból głowy. Obecnie chory chodzi wcale nieźle bez laski.

4. IX. 1906. Wczoraj wieczorem napad zaczął się, według słów sąsiada od szyi, przeszedł następnie na rękę i nogę. Po napadzie silny ból głowy, który trwa i obecnie. Po napadzie leżał chory kilka godzin zupełnie bez władzy. Obecnie zaś chodzi po sali sam bez kija nawet. Psychika i inteligencja chorego przedstawiają się znacznie korzystniej, niż przy przybyciu na oddział. Chory świadomy jest swego stanu ciężkiego. Potwierdza opowia-

danie żony o swojej chorobie. Zapewnia, że nigdy przymiotu nie miał. Przy nadymaniu policzków wyraźna pareza lewego dolnego nerwu twarzowego. Przy opukiwaniu głowy szczególna wrażliwość w okolicy skroniowej przed górną częścią lewej muszli usznej. Siła gruba i w lewych kończynach znaczna, nie o wiele mniejsza niż w prawych. Odruchy ścięgnowe z lewej strony żywsze. Ślady drżenia stopowego z lewej strony. BABIŃSKIEGO niema. Chory stoi z zamkniętymi oczyma dosyć dobrze.

Lewa źrenica > prawa. Zmian na dnie oka niema. Tętno 86, równe, twarde.

5. IX. 1906. Wczoraj wieczorem znowu napad, który miał ten sam charakter, co i poprzednie. Choremu ciężko podnosić się i siadać. Zwłaszcza tę ostatnią czynność wykonywa b. niezręcznie: pada całym ciężarem na krzesło „jak kloc”, jak to bywa przy chorobie PARKINSON'a.

6. IX. 1906. Wczoraj znowu napad. Przez godzinę chory był bezwładny. Obecnie jakkolwiek chodzi, ale lewą nogę wlecze zupełnie bezwładnie, czego wczoraj stanowczo nie było. Z urynowaniem wciąż nie jest zupełnie w porządku. Od czasu do czasu *incontinentia*. Tętno 90, równe. Mocz bez białka i cukru.

11. IX. 1906. Bole głowy w prawej okolicy skroniowej. Ciężko choremu chodzić. Nie ufa sobie. Boi się, że padnie. Chodzi bardzo powolnym krokiem.

12. IX. 1906. Wczoraj napad. Zaczęło się od szyi i t. d.

14. IX. 1906. Chory czuje się niedobrze. Przygnębiony. *Incontinentia urinae* od czasu do czasu się powtarza. Chory chodzi b. niezgrabnie i niepewnym, malutkim krokiem. Oftalmoskopowych zmian niema.

15. IX. 1906. Wczoraj wieczorem napad. Zaczęło się od szyi i t. d.

Tegoż dnia przedstawiłem chorego Naczelnemu lekarzowi, drowi RAUMOWI, zalecając go do trepanacyi. Rozpoznanie moje brzmiało: nowotwór, ewentualnie echinokok na granicy między dolną a ośrodkową częścią prawej brzozy ROLANDA i przylegających do niej zwojów *prae-i postcentralis*. Po szczegółowym omówieniu wszystkich *pro i contra* [por. niżej epikryzę], przyszedliśmy do przekonania, że operacya jest wskazana.

17. IX. 1906. Dokonana przez dra RAUMA operacya, [rezekcyja czaszki metodą WAGNER'a], wykazała obecność nowotworu, wychodzącego z wewnętrznej powierzchni opony twardej. Guz, jak Sz. Panowie widziecie, wielkości dużego włoskiego orzecha, uciskał przeważnie *gyrus postcentralis* w średniej i dolnej jego częściach i łatwo dał się wyluszczyć bez widocznego uszkodzenia kory mózgowej. Po wyluszczeniu go, w korze zostało dosyć znaczne zagłębienie od ucisku nowotworu.

Badanie mikroskopowe wykazało, że mamy do czynienia z *endothelioma durae matris* [dr HORNOWSKI].

Przebieg pooperacyjny był z punktu widzenia chirurgicznego zupełnie dobry. Ciepłota tylko raz [3-go dnia po operacyi] podniosła się do 38°. Zresztą rana, jak Panowie widziecie, zagoiła się zupełnie dobrze, bez wszelkich komplikacyi.

Dzięki uprzejmości dra RAUMA, któremu niniejszem serdecznie dziękuję, miałem możność i w dalszym ciągu obserwować chorego i ze swoich notatek przytaczam dane następujące.

Po operacji, która trwała około półtorej godz., przytomność zupełna. Zupełne porażenie obydwu lewych kończyn i lewego dolnego nerwu twarzowego.

18. IX. 1906. Przytomność zupełna. Drgawek nie było. Zrana lewe kończyny były podobno w stanie spastycznym, obecnie lewa dolna zupełnie *flasque*. Ruchów czynnych żadnych. Ruchy bierne nie spotykają się z oporem. Odruch kolanowy i ze ścięgna ACHILLESA umiarkowane. Podeszwy słaby. BABIŃSKIEGO ani OPRENHEIMA niema.

Lewa kończyna górna i teraz jeszcze nieco sztywna i zgięta w stawie łokciowym. Ruchów czynnych żadnych. Ruchy bierne trafiają na opór. Czućcie bolowe w dolnej części przedramienia, dłoni, dolnej części goleni i stopy wyraźnie przytępione. Język nie zbacza.

21. IX. 1906. Na lewej stopie klucie czuje chory tak samo, jak i po prawej. BABIŃSKIEGO niema.

22. IX. 1906. Po opatrunku chory czuje się dobrze. Głowa zwrócona na lewo. Oczy też w tę samą stronę. Na żądanie zresztą, chory kieruje wzrok i na prawo, ale jest wyraźna tendencja patrzenia na lewo.

27. IX. 1906. Drgawek niema. Stan podmiotowy wyborny. Porażenie lewych kończyn zupełne. BABIŃSKIEGO niema. Czućcie bolowe dosyć dobrze zachowane. Na stopie i dolnej trzeciej goleni chory bardzo niedokładnie odróżnia przemioty ciepłe od zimnych.

2. X. 1906. Dziś chory oznajmił mi, że porusza lewymi kończynami. Przy sprawdzaniu znalazłem zupełne porażenie lewych kończyn. Jeżeli zaś kazać choremu wykonać jakiś określony ruch którąś z lewych kończyn, to wykonywa ten ruch prawą. Drgawek niema.

Ze strony pęcherza, z wyjątkiem pierwszych kilku dni po operacji (*rentio urinae*), żadnych zaburzeń.

8. X. 1906. Chory podnosi i zgina lewą rękę. W dłoni żadnych ruchów nie ma. Tak samo podnosi na kilkanaście centymetrów i lewą dłoń. Ruchy stopą żadne. BABIŃSKIEGO niema.

17. X. 1906. W lewej górnej tendencja do hipertonii w zginaczach łokcia. Zresztą chory podnosi rękę dosyć wysoko, w palcach ruchów żadnych jeszcze nie ma. Dłoń lewą podnosi już dosyć wysoko. Ruchy stopą żadne. BABIŃSKIEGO niema.

5. XI. 1906. Lewą górną podnosi chory do głowy. I w palcach już niewielkie ruchy czynne. I stopą jest już w stanie wykonywać niewielkie ruchy. Odruchy, jak poprzednio.

15. XI. 1906. [2 mies. po operacji]. Drgawek niema. Chory przy pomocy służącego przeszedł się po sali. Stan podmiotowy wyborny. BABIŃSKIEGO niema. Przeniesiono chorego znowu na oddział nerwowy.

2. I. 1907. Chory chodzi sam bez pomocy służącego, utykając lewą nogą, którą podczas chodzenia wykonywa charakterystyczny ruch łukowaty (*circumductio*). Drgawek niema. BABIŃSKIEGO niema. Ruchy górną kończyną wciąż jeszcze ograniczone.

Obecny stan chorego przedstawia się, jak Sz. Panowie widzą, jak następuje: Blizna w praw. okolicy skroniowej nie bolesna. Lewa źrenica > pr. Twarz zupełnie symetryczna. Chory nawet potrafi gwizdać. Górna lewa kończyna zgięta na jakie 150° w stawie łokciowym. Zginacze łokcia w stanie hipertonii. Dłoń też zgięta. Rękę chorego podnosi do wysokości szyi. Zginanie palców może być, jakkolwiek niezupełne. Przy silnem zginaniu palców chorego doznaje przykrego uczucia w prawej okolicy skroniowej, zdaje mu się wtedy, że tam coś leży. Odr. ścięgnowe (*bicipitis* i *tricipitis*) bardzo żywe. Chory podnosi się i kładzie się sam bez wysiłku. Chodzi sam bez laski nawet — chód charakterystyczny hemiparetyczny. Odr. kolanowy i odr. ze ścięgna ACHILLESA z lewej strony żywszy niż z prawej. Z lewej strony drżenie stopowe. Odr. podeszwowych z obydwu stron niema. Niema też ani BABIŃSKIEGO, ani OPPENHEIM'a. Odr. brzuszne są [jakkolwiek nie stale] i po lewej stronie, ale słabsze niż po prawej. Na całej lewej połowie ciała niewielka, ale słaba *hypalgæsia*. Umiejscawia zaś chorego dobrze i na lewej stronie. Przedmiotów lewą dłonią nie rozpoznaje, bo też ruchy palców tu bardzo ograniczone, kreślone zaś na ręku linie, krzyże, kółka i t. p. odróżnia zupełnie dokładnie.

Drgawek [przeszło 4 mies. po operacji] nie było. Działalność pęcherza zupełnie dokładna.

Streszczając wyżej przytoczoną historję choroby, widzimy 62-letniego syfilitycznie i wyskokowo niezakażonego mężczyznę, który przed 6-u laty zaczął dostawać przy zupełnie zachowanej przytomności częstych zupełnie do siebie podobnych kurczowych napadów w lewej okolicy szyi. Przed rokiem napadom tym zaczęły towarzyszyć drgawki w górnej i dolnej lewych kończynach, zawsze przy zachowanej przytomności [kawałek kauczuku!] i zawsze o jednym i tym samym charakterze i przebiegu. Po tych napadach występowały często niedługotrwałe lewostronne połowicze porażenia i zaburzenia ze strony pęcherza.

Kiedym chorego po raz pierwszy badał, rozpoznałem zwykłe połowicze porażenie wskutek wylewu w torebce wewnętrznej. I wiek i wygląd chorego za tem przemawiały. Jedyne, co mnie wtedy już zastanowiło, to brak objawu BABIŃSKIEGO, który stale prawie bywa przy zwykłych porażeniach połowicznych. Dziwiła mnie także obecność odruchów brzusznych z lewej strony, tem bardziej, że odruchy ścięgnowe były wzmożone i nawet na stronie zdrowej były ślady drżenia stopowego. Ale pomimo to, a zwłaszcza ze względu na brak wywiadów zostałem przy pierwszym swoim rozpoznaniu. Ale kiedy wystąpił pierwszy długotrwały napad drgawek przy zupełnie zachowanej przytomności, słuszność mego rozpoznania od razu wydała mi się podejrzaną. Dokładne wywiady i miesię-

czna przeszło obserwacya doprowadziły mię ostatecznie do przekonania, że mamy tu do czynienia z uciskiem na prawy czucioruchowy ośrodek szyi, ewentualnie ramienia.

[D. n.].

II. Z ODDZIAŁU CHIRURGICZNEGO Dra A. CIECHOMSKIEGO W SZPITALU

ŚW. ROCHA W WARSZAWIE.

O uszkodzeniach kiszek pochodzenia urazowego przy zachowaniu całości powłok brzusznych.

Podał

S. Lewenstern.

[Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 40].

Powyższe dwa przypadki zaliczyć możemy do „klasycznych“; rozpoznanie należyte, wobec szeregu bardzo charakterystycznych objawów, nie nastroczało trudności szczególnych. Operacya, dokonana w 8 i 16 godzin po wypadku, stwierdziła rozwinięte w całej pełni zapalenie otrzewnej. Zejście pomimo to pomyślne, według wszelkiego prawdopodobieństwa przypisać należy młodemu wiekowi operowanych oraz dobrej sprawności ich narządów wewnętrznych: serca, płuc, nerek.

3) Sz., lat 35, wyrobnik. 15. XI. 1905 r. uderzony w brzuch końcem spadającej belki; przytomności nie stracił; w parę minut po wypadku wymiotował; potężny ból w brzuchu od samego początku. Natychmiast przyniesiony do szpitala.

Stan obecny. Budowa bardzo dobra. Tętno 90, małe. Język suchy. Brzuch twardy, zapadnięty, bardzo bolesny w okolicy pępka. Raz wraz chory wymiotuje żółcią. Stłumienie wątroby zachowane.

W 3 godziny po wypadku operacya. Znalezione: pęknięcie kiszki cienkiej, otwór wielkości grochu polnego z wywinętą śluzówką; na przedniej powierzchni poprzecznicy zdarcie błony surowiczej bardzo rozległe i podbiegi krwawe w mięsnej. W otrzewnej kał i poczynające się zapalenie włóknikowo-ropne. Szew na kiszce cienkiej; wykluczenie z jamy otrzewnej powierzchowne.

chni uszkodzonej poprzeczniczy. Obfite przemycie solą. Worek MIKULICZA. Szew częściowy powłok.

Przebieg pooperacyjny. Szybka poprawa stanu ogólnego. W trzy tygodnie w powierzchni ziarninującej w górnej części rany, gdzie wszyto kışkę grubą, powstała przetoka, wydająca obficie kał urobiony. Trzy razy w odstępach kilkotygodniowych zaszywano przetokę, zawsze bez powodzenia; wreszcie po wycięciu klina z kışki na miejscu przetoki, nastąpiło wyleczenie ostateczne. Sz. wypisał się w bardzo dobrym stanie zdrowia w maju 1906 r.

Przypadek ten, w zarysach ogólnych podobny do dwu pierwszych, różni się jedynie powikłaniem ze strony kışki grubej: mieliśmy tu do czynienia z częściowem uszkodzeniem ściany kışki, które nie dając na razie rany drażącej, doprowadziło jednak z czasem do wytworzenia się przetoki kałowej. Gdyby temu uszkodzeniu *colonis* nie towarzyszyło przebicie kışki cienkiej, nie mielibyśmy urazu, który zniwolił nas do podjęcia cięcia brzuszno; a wtedy w przebiegu dalszym możliwe byłyby dwie kombinacje: albo rana powierzchni surowiczej zabiłżniłaby się drogą zrostów z tkankami przylegającemi do niej, co stanowiłoby samowyleczenie, albo też po jakimś czasie stałoby się to, co widzieliśmy w przebiegu pooperacyjnym, t. j. nastąpiłaby zgorzel drażąca do światła kışki i wydobycie się kału do zamkniętej jamy otrzewnej; przypuszczenie ostatnie z wielu względów wydaje mi się o wiele słuszniejszym, a zejście w tym razie byłoby najprawdopodobniej niepomysłne.

A oto cztery przypadki operowane—z zejściem śmiertelnem.

4) Wincenty K., lat 50 z Czerwińska. 9. IV. 1902 r. o 4-ej po południu uderzyła go w brzuch gałąź padającego drzewa. Nie zemdlał, lecz od razu poczuł mocny ból w dole brzucha z prawej strony. W nocy wymiotował bez przerwy. Po upływie 24-ch godzin przewieziono go statkiem do Warszawy.

Stano obecny. Brzuch bardzo wzdęty, ogólnie bolesny, z prawej strony poniżej pępka stłumienie. Tętno bardzo małe i szybkie; oczy zapadnięte. Ciepłota niżej normy. Czkawka, odbijanie.

Natychmiast [o godzinie 5-ej, zatem w 25 godzin po wypadku] laparotomia przy znieczuleniu miejscowem [płynem SCHLEICH'a]. W jamie otrzewnej płyn żółtawy, mętny, cuchnący. Przedziurawienie kışki cienkiej. Szew na kışkę. Przemycie roztworem soli. Worek MIKULICZA. Szew powłok częściowy.

O 11-ej wieczorem przy coraz dalej postępującej zapaści—śmierć.

Przypadek ten mało jest dla nas puczający: chorego otrzymaliśmy dopiero po upływie 24-ch godzin od chwili wypadku; nie byliśmy przeto w stanie obserwować objawów pierwotnych, mieliśmy przed sobą typowy obraz rozlanego septycznego zapalenia otrzewnej. Rokowanie od razu musiało być fatalne ze względów następujących: 1) spóźniona operacja, 2) daleki przejazd w warunkach bardzo niekorzystnych, wreszcie 3) wiek podeszły.

5) Teodor S., lat 51. 25. II. 1903 r. o godzinie 10-ej zrana kopnięty w brzuch przez konia; od razu poczuł ostry ból w brzuchu, mimo to uczynił wysiłek, by uderzyć konia i wówczas padł na ziemię, tracąc chwilowo przy-

tomność, po paru minutach podniósł się i poszedł sam do domu [kilkadziesiąt kroków]. Tu około 11-ej wymiotował dwukrotnie. Ból, zwłaszcza w okolicy pępka z prawej strony stopniowo wzrastał się. O godz. 1 i pół przywieziony przez Pogotowie do szpitala.

O godzinie 2-ej [a więc w 4 godziny po wypadku] stan następujący: przytomny, wyraz twarzy cierpiący, skóra blada, sinica kończyn i twarzy, pot zimny. Tętno 30, miękkie. Język wilgotny. Brzuch nieco wzdęty, mięśnie bardzo napięte [widać doskonale ich zarysy]. Wielka bolesność po stronie prawej poniżej pępka. Na miejscu tępości wątroby przedźwięk bębenny. Przebieg: tętno coraz większe i szybsze, o 6-ej wynosi z górą 100 i jest niemiarowe.

O 7-ej [w 9 godzin po wypadku] cięcie brzuszne. W otrzewnej nieco płynu mętnawego, bez zapachu i bez gazów [?]. Otrzewna lśniaca, przekrwiona, na kiszce cienkiej, przy przyczepie krezki z tyłu przedziurawienie wielkości ziarna pieprzu; naprzeciwko tego otworu—na powierzchni przedniej—zmiażdżenie mięsnej i śluzowej z zachowaniem surowiczej. Rezekcja kiszki [7 ctm.]. Jamy otrzewnej nie przemywano. Szew powłok całkowity.

Przebieg. Nazajutrz i dni następujących ciepłota niżej normy [35,2°—35,4°]; częste wypróżnienia płynne, czasem wymioty, brzuch prawie zapadnięty, tętno bardzo małe, częste i nierówne chwilami chory nieprzytomny, w okresach pełnej świadomości na nie się nie skarży, zapewnia, że czuje się dobrze. W tydzień po operacji śmierć wśród objawów wyczerpania serca.

S e k c y a. Otrzewna lśniaca, bardzo niewielka ilość płynu niecuchnącego, prawie przezroczystego. Zeszyte brzoży kiszki trzymają się razem mechanicznie dzięki obecności szwów, zrostu między nimi niema. Jelita puste. Mięsień sercowy wiotki, poprzecznie rozciągnięty. Wsiedzie zdrowe.

Przypadek pod wieloma względami pouczający: początek z wstrząsem, (*shock*), który trwa parę godzin [mimo szybkiego ustąpienia nieprzytomności]; stopniowo, nieznacznie występuje zapalenie otrzewnej. „Zapaleniu“ temu nie towarzyszą powszechnie znane objawy: wzdęcie i bolesność; na jamie otrzewnej odczyn zapalny minimalny. W przebiegu pooperacyjnym widzimy źle rokującą *euphoriam* przy coraz bardziej obniżającej się ciepłocie i wzrastającej niedomodze serca. Jest to zatem klasyczny przypadek „*sepsis peritonealis*“, o której wyżej mówiliśmy. Czy założenie worka i przemycie jamy otrzewnej [czego nie uczyniono wobec zważnie dobrego wyglądu surowiczej] byłoby w stanie dać przebieg pomyślniejszy—orzec trudno.

6) Franciszek P., lat 62. 19. V. 1903 r o 11-ej zrana uderzony w brzuch końcem grubej laski; wnet poczuł ostry ból w okolicy pępka, wkrótce wymiotował. O 1-ej przywieziony do szpitala.

S t a n o b e c n y [w 2 godziny po wypadku]. Brzuch zapadnięty, twardy, bardzo wszędzie bolesny, zwłaszcza tuż poniżej pępka na linii środkowej. Tętno 72, o małym napełnieniu; przytomność zachowana. Język wilgotny.

W ciągu następujących godzin stan szybko się pogarszał, wystąpiła czkawka, niepokój, przyspieszenie tętna. Brzuch zostawał zapadnięty. O godzinie 6-ej wieczorem [w 7 godzin po wypadku] laparotomia. W jamie otrzew-

nej znaczna ilość płynu surowiczego mętnego z domieszką zawartości jelita cienkiego. Na *ileum* naprzeciwko przyczepu krezki przedziurawienie wielkości grochu. Szew kiszkowy, obfite przemycie roztworem soli. Szew całkowity powłok brzusznych.

Przebieg pooperacyjny zły: stan podgorączkowy, tętno przyspieszone i małe, wzdęcie brzucha, wreszcie 5-go dnia po operacji przez ranę powłok zaczyna przesiąkać ciecz mętna, cuchnąca. *Tamponatio cavi abdominis*. Tegoż dnia śmierć przy objawach zapaści.

Autopsja. *Peritonitis septica diffusa*. I w tym przypadku operacja nie powstrzymała rozwoju zapalenia otrzewnej.

7) Stanisław W., lat 58; kwiecień 1907 r. O 8-ej zrana kopnięty przez konia w prawą pachwinę, wnet wymioty, ból w pachwinie i wyskoczenie guza [którego przedtem nigdy nie było]. Po przewiezieniu go do szpitala znaleziono: w prawej pachwinie uwięźnięta, mocno napięta przepuklina, bolesność prawej dolnej części brzucha, napięcie powłok, czkawka. Tętno i ciepłota prawidłowe. Natychmiast — zatem w 3 godziny po wypadku — operacja. Po otworzeniu worka przepuklinowego znaleziono w nim tylko sieć i nieco płynu surowiczego z lekkim zabarwieniem krwawem. Podczas chloroformowania chorego napięcie w przepuklinie zmalało, zatem uwięźnięcie przeszło i кишки wróciły do jamy otrzewnej, wobec czego przedłużono cięcie ku górze i po szerszem otworzeniu otrzewnej z łatwością odszukano pętlę кишки cienkiej, w pewnym miejscu sino zabarwioną [część uwięźnięta] z przedziurawieniem ściany bardzo znacznem [owal długości $1\frac{3}{4}$ ctm.]. Wycięcie кишки na przestrzeni 3 ctm. klinowe; przemycie otrzewnej; worek MIKULICZA. Szew powłok częściowy.

Przebieg zły: bez przerwy czkawka i wymioty, stan podgorączkowy, wzdęcie brzucha. Tętno coraz szybsze. Trzeciego dnia po operacji śmierć.

Przypadek ten poucza, jak należy być ostrożnym z „reponowaniem“ uwięźnięć urazowych przepuklin, t. j. iż nie należy ich wcale reponować, poza tem raz jeszcze uwydatnia obrazowo, jak trudną jest walka z „*peritonitis perforativa*“ u osobników w podeszłym wieku: zabieg operacyjny dokonano wcześniej, przedziurawienie кишки zaszło w uchyłku jamy otrzewnej [w worku przepukliny], a więc i zakażenie stąd powstałe wydawało się mniej groźne; otrzewną przemyto, założono worek i mimo to wszystko chory wkrótce zmarł.

A oto opis przypadku nieoperowanego, również z pęknięciem кишки, stwierdzonem ostatecznie na zwłokach.

8) Tomasz J., lat 65. 8. IV. 1902 r. o 5-ej po południu kopnięty przez konia w brzuch, natychmiast przywieziony do szpitala.

Stan obecny. Niewielka bolesność brzucha poniżej pępka na prawo, brzuch zapadnięty, twardy; stępienia nigdzie niema. Czkawka. Tętno 88.

O 12-ej w nocy po raz pierwszy wymioty. Wciągu nocy znaczne pogorszenie, zrana tętno tak małe, że prawie się nie wyczuwa, bardzo częste; sinica, obrzęk płuc, wzdęcie brzucha i duża bolesność rozlana; w okolicy pępka z prawej strony stłumienie, płyn wolny w jamie brzusznej; ciągłe wymioty. Wo-

bec stanu nazbyt ciężkiego do operacyi nie przystąpiono. O 1-ej w południe śmierć.

Diagnosis anatomica: „Perforatio intestini tenuis, peritonitis ichorosa, oedema pulmonum, hypertrophia et dilatatio ventriculi sin. cordis.

Z ośmiu opisanych wyżej przypadków tylko w jednym razie [przyp. 4] chory był przywieziony do szpitala tak późno, mianowicie w 24 godziny po wypadku, iż objawów wczesnych nie byliśmy tam w stanie spostrzegać. Natomiast w pozostałych, gdzie chorzy byli badani prawie bezpośrednio po urazie, lub też w ciągu paru pierwszych godzin — mogliśmy zanotować owe tak ważne w celach rozpoznawczych objawy „wczesne“, t. j. poprzedzające rozwój zapalenia otrzewnej i pozwalające bez straty czasu na przystąpienie do zabiegu operacyjnego.

Widzimy więc, że we wszystkich przypadkach bezpośrednio po uderzeniu występował ból brzucha, przytem — rzecz godna uwagi — prawie zawsze w okolicy pępka, przeważnie na dole i na prawo od niego. Wymioty również mieliśmy we wszystkich przypadkach; zjawiały się albo natychmiast, albo też w $\frac{1}{2}$ —1—2 godziny po urazie. Nie mniej stałym objawem było napięcie powłok brzusznych i zapadnięcie brzucha; w jednym razie skurcz masy brzośnej występował napadowo, przerywany okresami zwolnienia mięśni. Co się tyczy utraty przytomności, to zdarzała się ona rzadko i zazwyczaj jest krótkotrwała. Notowaliśmy pozatem zmiany w tętnie [przyśpieszenie, osłabienie napięcia], ciepłocie [lekkie podniesienie ciepłoty], zaburzenia naczynioruchowe [bładość, sinica, pot], stłumienie tonu wypukowego na miejscu największej bolesności oraz bębniaca (*tympanites*) ponad wątrobą; lecz te objawy były nie tak wybitne i występowały nie tak stale, jak trzy wyżej wskazane, mianowicie: ból ograniczony brzucha, napięcie powłok i wymioty.

Jesteśmy zatem w stanie odtworzyć wzór „klasyczny” podskórnego uszkodzenia kiszek; przedstawi się on jak następuje: bezpośrednio po uderzeniu mocny ból brzucha, przeważnie ograniczony i z biegiem czasu, stopniowo powiększający się; zapadnięcie brzucha i mocne napięcie jego powłok; wymioty; wyraz twarzy cierpiący, sinica i bładość skóry, zwłaszcza na twarzy i palcach kończyn; tętno przyśpieszone i małe; ciepłota powoli poczyna się podnosić. Z biegiem czasu klasyczność obrazu poczyna się zacieierać z powodu zjawiania się objawów nowej fazy chorobnej, mianowicie zapalenia otrzewnej.

[D n.]

III. Zmiany chorobne oraz powikłania w nosie, gardzieli, krtani i narządzie słuchowym przy influency.

Podał

W. Polański.

Lekarz ambulatoryum chor. krtani i uszu w szpitalu Praskim.

[Ciąg dalszy. — Patrz N. 40].

Skłonność do krwawień w różnych narządach, dotkniętych sprawą zapalną, jako to: z błony śluzowej nosa, jamy nosowo-gardzielowej, krtani, płuc (plwocina często bywa zabarwiona krwią przy nieżyłtowie zapaleniu płuc pochodzenia grypowego), zarówno jak i obecność typowych postaci zapalenia krwotocznego w krtani (*laryngitis haemorrhagica*), w uchu średnim (*otitis med. haemorrh.*, *myringitis haemorrhagica*) — o czem będzie mowa niżej — należą do charakterystycznych właściwości influency. Krwawienie obserwowano nawet i w oddalonych narządach; tak KRYSIŃSKI¹⁾ podczas pamiętnej epidemii w roku 1889/90 zyuważył, iż podcza influency rozwijało się pewne usposobienie krwotoczne u kobiet dotkniętych przewlekłym zapaleniem macicy, wspomniął również o pewnym 16-letnim chłopcu, u którego po przejściu influency zjawilo się moczenie krwawe. Niezmiernie wybitną rolę odgrywa influenca w powstawaniu spraw zapalnych ostrych i przewlekłych (t. zw. ropotoków — *empyemata*) zatok bocznych nosa [górnoszczękowych, czołowych, sitowych przednich i tylnych i klinowych]. Obecnie prawie wszyscy rynolodzy są zdania, że sprawy zapalne zatok bocznych nosa mają swe obfite, jeżeli nie wyłączne źródło powstawania w grypie i ostrym katarze nosa: dowodzą tego liczne obserwacye kliniczne RUNGE'go, JOURDAIN'a, KILLIAN'a, HAJEK'a, GRUENWALD'a i wielu innych, zarówno jak i badania anatomo - patologiczne, dokonane przez HARKE'go, WEICHSELBAUM'a, E. FRAENKEL'a i DMOCHOWSKIEGO. Oprócz grypy i ostrego kataru nosa mogą być przyczyną spraw zapalnych zatok bocznych jeszcze i inne choroby infekcyjne ostre, jak: krupowe zapalenie płuc, tyfus, dyfteryt, szkarlatyna, odra i t. p., lecz już znacznie rzadziej, niż to się zdarza przy grypie. Badania LINDENTHAL'a²⁾ stwier-

1) Pamiętnik Tow. Lek. z r. 1890.

2) Wien. klin. Woch 1897. Nr. 15.

dziły, że laseczki grypy często można spotkać w śluzoropnej wydzielinie zatok bocznych nosa u osób dotkniętych influencją; w niektórych przypadkach znajdowano je, jako jedyne pasorzyty w zapaleniu ostrem zatok nosa, w innych zaś w połączeniu z *diplococcus pneum.* [najczęściej], *staphylococcus pyog.*, *streptococcus*, *bacterium coli*. Dotychczas jest kwestyą niezupełnie rozstrzygniętą, czy sprawa zapalna w zatokach bocznych rozwija się następczo, jako dalszy ciąg analogicznej sprawy zapalnej śluzówki głównych jam nosowych, czy też powstaje w zatokach bocznych i głównych jamach nosa zupełnie jednocześnie i współrzędnie, a zatem niezależnie od przebiegu sprawy zapalnej w głównych jamach nosowych.

ZUCKERKANDL ¹⁾ jest zdania, że sprawa patologiczna z głównych jam nosa w dalszym swym rozwoju przechodzi następnie na zatoki boczne, czemu w znacznym stopniu ma sprzyjać ta okoliczność, że śluzówka zatok bocznych pozostaje w ścisłym związku ze śluzówką nosa i posiada nawet te same naczynia krwionośne, które przechodzą przez t. zw. *ostia nasalia* do zatok bocznych. Natomiast inni na zasadzie badań klinicznych, jak SIEBENMANN ²⁾, KILLIAN, HAJEK, i anatomicznych (HARKE, E. FRAENKEL) przypuszczają, że sprawy zapalne w zatokach bocznych rozwijają się przy grypie jednocześnie, współrzędnie i zupełnie niezależnie od rozwoju sprawy zapalnej w głównych jamach nosa. HARKE nie wyklucza i tej ewentualności, że wydzielina z nosa przy mocnem wycieraniu, kichaniu i t. p. może dostać się do jamy bocznej i wywołać rozwój sprawy patologicznej, podobnie jak to się zdarza w uchu średnim przez pośrednictwo trąbki EUSTACHIUSZA. Zatoki boczne nosa ulegają różnego rodzaju sprawom zapalnym przy influency znacznie częściej, niż to się wydaje: świadczą o tem dane anatomiczne i kliniczne obserwacje. HARKE ³⁾ na 395 sekcji, dokonanych na zmarłych na grypę i inne choroby zakaźne ostre, u 36% znalazł zmiany zapalne w różnych zatokach nosa. Jeżeli zaś w praktyce mamy możność względnie rzadziej obserwować cierpienia zatok bocznych nosa w przebiegu grypy, pochodzi to wskutek tego, że w ogromnej swej większości sprawy zapalne zatok, szczególnie, ostre ulegają samowyleczeniu, tak, że rynolodzy mają do czynienia prawie wyłącznie tylko z przypadkami przewlekłych ropotoków zatok bocznych nosa. HAJEK, KILLIAN, AVELLIS obserwowali po przebytej grypie cały szereg przypadków ropotoków jamy HIGHMOR'a, stwierdzonych z całą pewnością zapomocą przekłucia próbnego, które pomimo gwałtownych niekiedy objawów początkowych ulegały w ciągu kilku tygodni samowyleczeniu bez stosowania żadnych zabiegów leczniczych, jedynie przy metodzie wyczekiwania. Lecz aby tego rodzaju samowyleczenie nastąpić mogło, niezbędnym ku temu warunkiem jest, żeby wysięk, jaki się utworzył w którejkolwiek zatoce bocznej nosa miał zapewnione łatwe ujście do głównych jam nosowych przez t. zw. *ostia (maxillare, nasofrontale i t. p.)*,

1) Normal. u. Pathol. Anatom. der Nasenhöhle. 1893.

2) SIEBENMANN. Monatschr. f. Ohrenh. 1892.

3) HARKE. Beitrag. z. Pathol. d. ob. Athmenw. 1895.

znajdujące się dla zatoki HIGHMOR'a, czołowej i przednich komórek sitowych w średnim przewodzie nosowym w t. zw. *hiatus semilunaris*; dla tylnych zaś komórek sitowych i zatoki klinowej—w górnym przewodzie nosowym, w *fissura olfactoria*. Przeciwnie bywa, gdy wzmiankowane otwory okażą się zbyt wąskie, otoczone będą obrzękłą błoną śluzową, lub gdy muszla średnia będzie do tego stopnia powiększona, że pokrywa dolną muszlę i w dodatku przyłączy się do tego jeszcze wypuklenie przegrody nosowej; wtedy opróżnienie jamy bocznej będzie znacznie utrudnione i, co za tem idzie, samowyleczenie nastąpić nie może — ropotok więc staje się przewlekłym.

Aby temu zapobiedz, należy zapewnić wydzielinie z dotkniętej sprawą zapalną jamy bocznej swobodne i możliwie łatwe ujście do głównych jam nosa czyli usunąć wszelkie przeszkody ku temu. Przeszkody zaś mogą być następujące: polipy w średnim lub górnym przewodzie nosa, znaczne powiększenie muszli średniej, lub jej nieodpowiednia forma, skrzywienie przegrody nosa, listwy na przegrodzie i t. p. Po usunięciu więc polipów, przedniego końca muszli średniej lub całej muszli średniej, zależnie od tego, która z jam bocznych jest zajęta (górnoszczękowa, czołowa lub klinowa i t. p.) należy cienkim, stosownie zgiętym zgłębnikiem, po uprzednim znieczuleniu odpowiednich miejsc 20%-ą kokainą, zbadać drożność otworu np. *ostii maxillars*, ewentualnie przy pomocy rurki HARTMAN'a przemyć odpowiednią zatokę. Niekiedy już jednorazowe zgłębnikowanie, po którym wydzielina ukazuje się zazwyczaj w znacznej ilości, lub przemycie zatoki bywa dostateczne, aby w krótkim czasie, szczególnie przy ropotokach niezbyt długo trwających [np. kilka tygodni lub nawet miesięcy], nastąpiło *restitutio ad integrum*.

W innych znów przypadkach, jak to sam wielokrotnie miałem sposobność się przekonać, dla otrzymania dobrego wyniku wypada nawet jeszcze mniej uczynić—mianowicie, gdy przytoczonych wyżej zmian patologicznych [polipy, powiększenie muszli średniej i t. p.] niema, gdy średni przewód nosowy jest względnie dostępny, pomimo to opróżnienie zatoki np. HIGHMOR'a lub czołowej wydaje się być niedostatecznym, o czem można sądzić z danych podmiotowych badania i ze skarg chorego, wtedy jedyną niekiedy przyczyną może być obrzęk śluzówki w średnim przewodzie nosa, w *infundilutum* lub nawet tylko w obrębie samego otworu, prowadzącego do zajętej zatoki; w tych więc wypadkach wystarczającym bywa dokładne oczyszczenie głównej jamy nosowej z jej zawartości, szczególnie przedniego końca muszli średniej, który zwykle cały bywa pokryty śluzowopną lub ropną wydzieliną, dalej całego średniego lub górnego przewodu nosowego z następczem kokainowaniem [20%-ym roztworem] odpowiednich miejsc w ciągu kilku dni przy jednoczesnem dokładnem oczyszczaniu nosa przez lekarza i przez samego chorego w sposób dokładny i jedynie racjonalny, mianowicie znany pod nazwą *à la paysan*, t. j. każdej jamy nosowej oddzielnie. Przy stosowaniu kokainy przekrwienie i obrzęk śluzówki szybko ustępuje, regularne zaś oczyszczanie nosa przez chorego w powyższy sposób [co 1—2 godziny] powoduje niezatrzymywanie się wydzieliny w średnim

przewodzie nosowym, która swoją obecnością drażni i znacznie potęguje obrzęk i przekrwienie.

Częste dokładne i mocne oczyszczanie nosa przez chorych z cierpieniami zatok bocznych ma jeszcze i tę dobrą stronę, że wydzielina, wychodząc na zewnątrz, nie zbiera się w głównej jamie nosowej w znacznej ilości i nie spływa do jamy nosowo-gardzielowej i następnie dalej do krtani, tchawicy, oskrzeli i nawet płuc, co bywa przyczyną powstawania t. zw. wtórnych nieżytyłów w wzmiankowanych odcinkach dróg oddechowych u chorych, dotkniętych ropotokiem jam bocznych nosa. W znacznej większości przypadków nawet długotrwałych cierpień zatok bocznych nosa po influency, powyżej opisane zabiegi okazują się w zupełności wystarczającymi. Jak na przykład przytoczę następujący przypadek.

We wrześniu r. 1905 zgłosił się do mnie 23-letni student uniwersytetu, skarżąc się na ból głowy z lewej strony i „częste katary nosa”, utrzymujące się szczególnie długo po tejże stronie.

W kwietniu chory przeszedł influencję i od tego czasu „cierpi na nos”, bole głowy w okolicy *supra* - i *infraorbitalis sinistr.* W czasie influency chory miał duży katar i obustronne bole głowy, lecz z prawej strony po 10–15 dniach, ból głowy i zatkanie w nosie ustąpiło, pozostało tylko po lewej stronie. Chory zwracał się już do jednego z rynologów i ten proponował mu operację z wyrwaniem „względnie zdrowego” zęba górnego. Przy badaniu wziernikiem znalazłem co następuje: prawa strona nosa normalna, wydzieliny nie zawiera, średni przewód nosowy widoczny; muszla średnia ma postać i wielkość normalną. Z lewej strony—przedni koniec muszli średniej i w części dolnej pokryty dosyć gęstą śluzowo-ropną wydzieliną. Średnia muszla znacznie powiększona, jej brzeg dolny pokrywa dolną muszlę, tak, że niema „dostępu” do średniego przewodu nosowego. Przytem jest nieznaczne wypuklenie przegrody nosowej, tak, że średnia muszla prawie dotyka przegrody nosa. Rozpoznanie ropotoku jamy HIGHMOR'a [ropna wydzielina w średnim przewodzie nosa, bole głowy w okolicy *infra* - i *supraorbitalis*, a być może i czołowej po stronie lewej nie ulegało wątpliwości. Prześwietlenie zatoki HIGHMOR'a wykazało „przyciemnienie” po stronie lewej. Ustawienie lampki elektrycznej w wewnętrznym górnym kącie oczodołu nie wykazało znaczniejszej różnicy pomiędzy prawą a lewą stroną. Przypuszczając możliwość zatrzymywania się ropy w jamie HIGHMOR'a z przyczyny powyżej opisanych stosunków anatomicznych w średnim przewodzie nosa, uważałem przedewszystkiem za niezbędne usunięcie przedniej części muszli średniej, co i wykonałem tego samego dnia. Następnego dnia ilość wydzieliny znacznie się zwiększyła. Próbowałem wprowadzić zgłębnik do zatoki HIGHMOR'a, co mi się udało, poczem wyszło dużo śluzowo-ropnej wydzieliny. Choremu zaleciłem przyjmowanie KJ. Po kilku dniach bole głowy zupełnie ustały, po dwu zaś tygodniach w nosie nie było już śluzowo-ropnej wydzieliny.

Powtórne prześwietlenie zatoki HIGHMOR'a nie wykazało już przyciemnienia po stronie lewej. Chorego następnie widywałem kilka razy

w różnych odstępach czasu; ostatni raz przed pół rokiem—czuł się dobrze, bólu głowy niema; przy badaniu wziernikiem wydzieliny ropnej w średnim przewodzie nie widać. Wreszcie muszę dodać, iż według wszelkiego prawdopodobieństwa, na zasadzie wywiadów, zebranych od chorego, należałoby przypuszczać, że i po prawej stronie nosa było zajęcie zatoki górnoszczękowej, a może i czołowej [bole głowy, zatkanie w nosie i katar po prawej stronie!], lecz ze względu na zupełnie normalne stosunki anatomiczne w prawej połowie nosa, wydzielina miała łatwe ujście, więc szybko nastąpiło samowyleczenie. Wogóle nawet ropotoki przewlekłe zatok bocznych nosa po influency dają względnie dobre rokowanie, o ile nie trwają zbyt długo (na przykład kilka lat) gdyż wtedy w błonie śluzowej wytwarzają się takie zmiany patologiczne, że bez „radykalnej” operacji, polegającej na usunięciu części lub nawet całej błony śluzowej, wyleczenie nastąpić nie może; z tego względu ważną rzeczą jest wczesne rozpoznanie i odpowiednie leczenie cierpienia zatok bocznych nosa, gdyż wtedy, nawet przy stosunkowo „niewinnych” zabiegach operacyjnych można osiągnąć znacznie lepszy wynik, niż w mocno zadawnionych cierpieniach przy t. zw. radykalnej operacji, wykazanej np. metodą DESAULT-KUESTER’a, [dla zatoki HIGHMOR’a], która w wielu przypadkach, jak to mogłem obserwować, okazywała się wcale nie „radykalną”. O metodzie tej wspominam dlatego, że u nas tą metodą dosyć często nawet w obecnych czasach wykonywaną jest operacja „radykalna” na zatoce HIGHMOR’a. Metodę DESAULT-KUESTER’a należałoby zupełnie zarzucić, i w przypadkach zadawnionych cierpień zatoki HIGHMOR’a stosować znacznie „lepszą” od tej ostatniej metodę LUC-CALDWELL’a, która daleko więcej odpowiada warunkom, wymaganym od operacji w ścisłym tego słowa znaczeniu radykalnej.

Przy wszelkich przeto bólach głowy, czyto określanym mianem „nerwowym”, czy też ograniczonym okolicą nerwu trójdzielnego z charakterem nerwobolu lub występujących niekiedy nawet pod postacią „typowej migreny”, szczególnie zaś, jeśli zjawiły się po przebytej influency, należy mieć na uwadze cierpienie zatok bocznych nosa. Dotychczas bowiem panuje jeszcze to błędne mniemanie, że ropotoki zatok bocznych nosa dają zwykle tak dolegliwe i wybitne objawy, że trudno je przeoczyć, tymczasem tak nie jest: w wielu przypadkach t. zw. skrytych ropotoków może przez dłuższy nawet czas, szczególnie w okresie t. zw. remisji, nie być literalnie żadnych objawów, dopóki nowo nabyty katar nosa lub inna jaka przyczyna, np. nadużycie alkoholu, tytoniu, większy wysiłek umysłowy lub fizyczny nie zaostrzy sprawy patologicznej, przyczem znów zjawia się ból głowy, zwiększa wydzielina z nosa i t. p., jedynie niekiedy objawy podmiotowe, wskazujące na cierpienie zatok nosa.

Ze strony gardzieli najczęstszym objawem przy grypie jest angina, która prawie niczem się różni od zwykłej *anginae catarrhalis*.

LANDGRAFF, SCHELLEY, KUSKOV i inni spostrzegali przy grypie na podniebieniu miękkim, na łukach, a niekiedy i na migdałkach ograniczone zaczerwienie, podobne do plam odrowych, które SCHELLEY uważa za bardzo

charakterystyczne. Owe plamy następnie mogą przechodzić w owrzodzenia. Podobne owrzodzenia i ja kilka razy widziałem u chorych po przebytej grypie; sprawiały im one bole, szczególnie przy połykaniu i zmuszały do zasięgnięcia porady lekarskiej; po jednorazowym zastosowaniu kw. chromnego owrzodzenia znikły.

SOKOŁOWSKI w czasie ostatniej epidemii spostrzegał często znaczny obrzęk języczka, wywołujący uczucie ciągłej zawady przy połykaniu.

RÉTHI ¹⁾ spostrzegał w przebiegu grypy *herpes pharyngis* i *pharyngitis fibrin.*; oprócz tego kilka razy porażenie podniebienia miękkiego. Chorzy na grypę skarżą się niekiedy na silne bole przy połykaniu, przyczem w gardzieli niema poważniejszych zmian, prawdopodobnie więc zależą one od zmian w mięśniach [bole mięśniowe].

COHEN ²⁾ obserwował pomyślny wpływ grypy na nabłoniaka podniebienia, który oddzielił się samoistnie. RÉTHI wspomina o przypadku influenicy, w którym nastąpiło znacznie zmniejszenie się powiększonego migdałka LUSCHKA'İ.

[D. c. n.].

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

90. J. Theopold. Przyczynek do nauki o stałej niemiarowości tętna.

Nowsze badania kliniczne wyosabiają trzy postaci niemiarowości tętna: 1) niemiarowość typu dziecięcego (*arhythmia infantilis*), 2) niemiarowość, opartą na skurczach dodatkowych serca—*extrasystole*, wreszcie, 3) niemiarowość stałą (*a. perpetua*).

1) Najczęstsza postać niemiarowości tętna—typu niemowlęcego polega przeważnie tylko na skróceniu lub wydłużeniu okresu rozkurczu serca, okres zaś skurczu przy niej pozostaje prawie niezmienionym. Postać jej oddechowa, najwięcej znana (*a. respiratoria*—przyśpieszenie tętna podczas wdechu, zwolnienie podczas wydechu), zdarza się najczęściej u dzieci, u neurasteników i u ozdrowieńców.

2) Druga postać niemiarowości tętna cechuje się przedwczesnymi skurczami serca, mniej lub więcej niepełnymi, które przerywają prawidłowy bieg tętna, bądź sporadycznie, z rzadka, bądź bardzo często. Punktem wyjścia skurczu dodatkowego może być każdy okres czynności serca.

¹⁾ RÉTHI. Berl, klin. Woch. 1894.

²⁾ Symptom. u. path. Veränd. v. S. d. ob. Luftw. b. Influenca. 1891.

Na krzywej tętno *extrasystole* przejawia się krótszą odległością od poprzedniego tętna, niż bywa prawidłowo, a natomiast wydłużeniem odległości od następnego tętna. Siła skurczu dodatkowego bywa tem większa, im dalsza jest odległość od poprzedniego tętna, i odwrotnie. Zazwyczaj w każdym przypadku poszczególnym skurcze dodatkowe powtarzają się w tem samym miejscu krzywej tętna, skąd obraz jej bywa naogół dość prawidłowy.

3) W niemiarowości stałej trwanie okresu skurczu i rozkurczu bywa zupełnie nieprawidłowe: słabe i silne skurcze następują po sobie bez ładu. Rytm serca bywa zupełnie zagubiony. W najwyższych stopniach cierpienie dochodzi do zupełnego *delirium cordis*.

Chodzi o to, czy ta postać niemiarowości tętna stanowi tylko wyższy stopień dwu poprzednich postaci, czy też jest zupełnie od nich odrębną?

Zasadniczą cechą stałej niemiarowości tętna stanowi ta, że najczęściej towarzyszy jej tętno żyłne na szyi, współczesne ze skurczem komory. Na tej zasadzie HERING upatrywał główną jej przyczynę w niedostateczności ujścia żylnego trójdzielnego. Jednakże okazało się, że niedostateczność tego ujścia, wywoływana drogą doświadczalną, stałej niemiarowości tętna nie powoduje. Autor na zasadzie swych 36-u spostrzeżeń potwierdza istotnie stałe towarzyszenie omawianej niemiarowości tętna żylnego na szyi. To ostatnie wszakże różniło się znacznie od tego, które RIEGEL uważał za objaw niedostateczności zastawki trójdzielnej: było przeważnie małe, nieraz widoczne tylko przy odpowiednim ułożeniu chorego, ograniczone do *bulbus*, nie łączyło się z tętnieniem wątroby. Drugą osobliwością tego tętna żylnego stanowił brak przejawów czynności przedsionka.

Krzywa tętna żylnego cechuje się prawidłowo: 1) wzniesieniem przedskurczowem, zależnem od skurczu przedsionka, 2) wzniesieniem skurczowem— od skurczu komory i 3) wzniesieniem rozkurczowem, które, według autora, zależy ma od opuszczenia się podstawy serca podczas rozkurczu. Brak wzniesienia przedskurczowego na krzywej tętna żylnego zdarzało się spostrzegać już MACKENZIE'mu. Autor objaw ten w stałej niemiarowości tętna uważa niemal za prawidłó: tylko w trzech jego przypadkach z pośród 36-u wzniesienie tętna żylnego przedskurczowe dało się zauważyć. Zdaniem autora, tętno żyłne o cechach przytoczonych świadczyć ma przedewszystkiem o nieczynności przedsionka (*Vorhofstillstand*), i bynajmniej niezawsze łączy się z niedostatecznością prawego ujścia żylnego. Ta nieczynność przedsionka stanowić też ma podstawową przyczynę stałej niemiarowości tętna.

Autor wywoływał ustanie działalności przedsionka i doświadczalnie zapomocą drażnienia nerwu błędnego, i stwierdził, że obieg krwi przytem zmienia się o tyle, że dopływ jej do komory odbywa się nie stopniowo, z ożywieniem dopływu w chwili skurczu przedsionka, a nagle dopiero w chwili rozkurczu komory. Początkowo objawem cierpienia ma być właśnie stała niemiarowość tętna, skurczowe tętno żyłne zjawia się dopiero później w miarę rozciągania się przedsionka aż do zupełnego jego porażenia. Jako dalsze następstwo powstaje nieznaczna niedostateczność prawego ujścia żylnego, dla której rozwoju nieczynność przedsionka stwarza oczywiście warunki bardzo pomyślne.

Stać niemiarowość tętna zdarza się w przewlekłych cierpieniach sercowych [długotrwałe wady serca, starsze zmiany sklerotyczne w mięśniu sercowym]. Objawów klinicznych niewyrównania może przytem niebyć. Pojedyncze skurcze serca bywają nieraz dość silne, kurczliwość mięśnia sercowego mało zmieniona. Jednakże brak prawidłowych pauz w czynności serca szybko zużywa jego siły zapasowe, skąd niepomyślne znaczenie prognostyczne omawianego objawu. Zwłaszcza w wadach serca jest to zwiastun nadejścia

okresu końcowego życia. W lżejszych przypadkach działanie naparstnicy może zmienić stałą niemiarowość tętna na postać jej typu dziecięcego.

(*Deutsches Archiv. f. klin. Mediz.* 1907. t. 90. str. 77 do 98). W. St.

91. Sahli. Sfigmobiometrya, nowa metoda badania obiegu krwi.

Pod tą nazwą H. SAHLI [Bern] opisał nową metodę, pozwalającą bezpośrednio mierzyć pracę fali w tętnicy ramieniowej i pośrednio oznaczać stosunek wielkości skurczu serca w warunkach patologicznych i normalnych. Odbieraczem pracy tętna jest zwykły mankieta RIVA-Rocci'ego o szerokości 8'ctm.; po założeniu mankieta na ramię, uciska się poniżej ramię opaską ESMARCH'a aż do zniknięcia tętna w tętnicy promieniowej; w ten sposób praca tętna w tętnicy ramieniowej staje się możliwie największą i możliwie najbardziej zbliżoną do pracy tętna w aortcie. Mankiet łączy się z rtęciowym manometrem i mieszkciem; zapomocą mieszka można podnosić do dowolnej wysokości ciśnienie powietrza w mankiecie i w zamkniętym ramieniu manometru. To powietrze pod ciśnieniem stanowi elastyczny łącznik pomiędzy tętnicą a rtęcią w manometrze: przenosi więc pracę tętna na rtęć w manometrze, wprowadzając ją w rytmiczne wahania, a równocześnie, dzięki swej elastyczności, znosi wpływ własnych wahań rtęci, wykonywanych działaniem siły ciężkości; dzięki tej okoliczności wznoszenie się rtęci w manometrze przy każdym wahnieniu może określać rzeczywistą miarę pracy wykonawczej przez tętno w danej chwili. Dokładność, z jaką praca tętna przenosi się na rtęć, zależy od ciśnienia powietrza w łączniku pneumatycznym [miarą tego ciśnienia jest oczywiście różnica poziomów rtęci w ramionach manometru, gdy rtęć się nie waha]; gdy to ciśnienie dochodzi pewnej wysokości, rtęć wykonywa wahania najrozleglejsze. Można przyjąć wogóle, że w tej chwili praca tętna przenosi się na rtęć najdokładniej; dlatego też z rozległości tych właśnie wahań określa się pracę tętna w sposób następujący.

Oznaczamy przez H różnicę poziomów rtęci w ramionach manometru, gdy rtęć się nie waha, przez h przyrost różnicy poziomów podczas wahnienia [rozległość wahnienia]. Całkowita różnica poziomów podczas wahnienia osiąga więc $H+h$; waga tego słupa rtęci wynosi $[H+h] qs$, jeżeli przez q oznaczmy przekrój poprzeczny manometru, przez s wagę rtęci w jednostce objętości. Łatwo zrozumieć, że tylko wierzchołek tego słupa przebiega podczas wahnienia drogą h , gdy podstawa jego, istniejąca tylko chwilowo, przebiega drogą O . Praca, wykonana przy wahnieniu, jest więc taka sama, jakiej potrzeba, aby słup rtęci, ważący, jak wyżej, $[H+h] q$ s podnieść na wysokość $\frac{h}{2}$,

i wynosi w ten sposób $\frac{h}{2} [H+h] q s$. Jest to właśnie praca fali krwi w zamkniętym ku obwodowi odcinku tętnicy ramieniowej, w obrębie mankieta podczas jednego skurczu; możemy ją wyrazić ściśle w miligrammilimetrach, oznaczając w miligramach wielkość s i w milimetrach wielkości H i h oraz promień manometru; możemy ją następnie przeliczyć na ergi, biorąc pod uwagę, że jeden miligrammilimetr równa się 981×10^{-1} ergom. W celach klinicznych dokładność ta jest naturalnie zbyt dobra; możemy tu za jednostkę pracy obrać stałą wielkość qs , a wtedy wyrazem pracy tętna będzie iloczyn $\frac{h}{2} [H+h]$.

Wielkości H i h można odczytywać wprost na podziałce manometru, wygodniej je jednak oznaczać ze sfigmobiogramu. Sztyft połączony z pływają-

kiem, unoszącym się na powierzchni rtęci w otwartym ramieniu manometru, zapisuje wahania rtęci w postaci falistej krzywej na posuwanej okopconej tablicy. Każdej zmianie ciśnienia w łączniku pneumatycznym odpowiada właściwie inna krzywa, znajdująca się na tablicy tem wyżej, im to ciśnienie jest wyższe. Z każdej krzywej można oznaczyć pracę wykonaną przy jednym wahaniciu rtęci podczas kreślenia tej krzywej; aby otrzymać H , trzeba tylko zmierzyć odległość danej krzywej od prostej, jaką pływak kreśli u samego dołu tablicy, gdy w łączniku pneumatycznym panuje ciśnienie atmosferyczne—i odległość tę podwoić [gdy w otwartym ramieniu manometru rtęć podnosi się np. o 1 ctm, różnica poziomów H powiększa się o 2 ctm.); h równa się wysokości wahaniec w danej krzywej. Obliczając pracę wahań rtęci dla rozmaitych krzywych, prawie zawsze otrzymujemy wartości najwyższe dla krzywych o największych wahaniciach; dlatego też te krzywe bierzemy głównie w rachubę przy określaniu pracy tętna, jak zaznaczyliśmy na początku.

Ponieważ nie chodzi tu o rejestrowanie przebiegu zjawiska w czasie, a tylko o zapisywanie wielkości wahań, tablicę sfigmolografu posuwa się więc nie zapomocą mechanizmu zegarowego, ale po prostu kolbą ręczną.

Pomijając oczywiste naukowe znaczenie liczebnego określania pracy tętna, nadmienimy tylko, że na wielkości tej pracy odbija się np. zawsze w sposób niedwuznaczny korzystne działanie środków naporstnicowych w tych nawet razach, gdy pod wpływem tych środków ciśnienie krwi pozostaje bez zmiany lub wbrew oczekiwaniu obniża się jeszcze.

Wspominaliśmy na początku, że zapomocą pomiarów sfigmometrycznych można określić, czy i w jakim stosunku wielkość skurczu serca w danym przypadku jest większa lub mniejsza, niż wielkość skurczu w warunkach normalnych; trzeba tylko w tym celu brać jeszcze pod uwagę i ciśnienie krwi, a to na podstawie rozważań następujących. Z dokładnością, wystarczającą dla celów klinicznych, można wyrazić pracę skurczu serca A przez iloczyn SP , gdzie S oznacza wagę wypychanej przez serce krwi [wielkość skurczu], a P ciśnienie krwi w aorcji, zamiast którego możemy tu rozważać bez wielkiego błędu przeciętne ciśnienie w tętnicy ramieniowej. Przy badaniu sfigmometrycznym określamy pewną, niewiadomą, ale przypuszczalnie jednako-

wą w każdym przypadku część tej pracy $\frac{A}{n} = a$; mamy więc $a =$

$\frac{SP}{n}$, z kąd $S = \frac{na}{P}$. Ponieważ przyjęliśmy, że niewiadoma wielkość n jest jednakowa w każdym przypadku, dla warunków normalnych można

więc napisać wzór analogiczny $S_1 = \frac{na_1}{P_1}$. Z tych dwu analogicznych wzorów

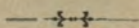
wyprowadza się żądany stosunek $\frac{S}{S_1} = \frac{aP_1}{a_1P}$, wolny już od niewiadomej

wielkości n ; a i a_1 określa się sfigmometrycznie, a określenie ciśnień krwi P i P_1 nie nastęrcza również żadnej trudności.

(*Deutsche med. Woch.* 1907, Nr. 16, 17).

Jun Rzepko.

Przegląd bibliograficzny.



DR ŁAGOWSKI. Co to jest gruźlica (suchoty) i jak się od niej chronić należy. Warszawa 1907.

Jako pierwsza z zapowiedzianego w przedmowie szeregu rozpraw popularnych wydawnictwa imienia ALFREDA SOKOŁOWSKIEGO, ukazała się książeczka pod powyższym tytułem [stron 68, VIII^o].

Celem wydawnictwa jest szerzenie wskazówek higienicznych wśród klas nieoświeconych, w chatach wiejskich, warsztatach rzemieślniczych i przekonanie do nich. Zadanie to nie łatwe, to też prace mają być pozyskiwane drogą konkursu, i omawiana została właśnie nagrodzoną.

Autor bierze za motto: „strzeżonego Pan Bóg strzeże”; możeby lepiej było przerobić je z francuska na: „strzegącego się Pan Bóg strzeże”, aby uwydatnić właśnie potrzebę osobistego czynnego występowania w sprawie zachowania zdrowia, zwłaszcza, że pomimo różnego rodzaju ochron, mało jesteśmy strzeżeni od suchot.

Z porządku, w jakim autor rozpoczyna zaznajamiać czytelnika z przedmiotem, można sądzić, że przypuszcza, iż ten umie odroźnić suchotników wśród swego otoczenia. Bo dopiero po omówieniu—jak w monografii—zmian na trupie, etyologii, lasecznika, jego jadu, zaraźliwości gruźlicy, dziedziczności, kreśli mu obraz suchotnika i objawy chorobne. Zatem dopiero idzie część najważniejsza: profilaktyka, higiena i wreszcie rozdziały o sanatoryach, ligach przeciwgruźliczych i t. d.

Niewątpliwie, niema wiadomości niepotrzebnych, ale tam, gdzie chodzi o pewien cel określony, należałoby na nim ześrodkować całą uwagę czytelnika, nie rozpraszając jej na rzeczy tylko pośrednio związane.

Z opracowania szczegółów autor wywiązuje się dobrze, język ma prosty i zrozumiały, chociaż są i ustępy niejasne. Np. [str. 35], „Małżeństwo” [rozdziałik w danem opracowaniu zupełnie zbyteczny]: „ponieważ najłatwiej gruźlicy ulegają ci, których matki bądź ojcowie na suchoty pomarli, należałoby przeto suchotnikom zabronić wstępować w związki małżeńskie”.

Nie wiem, czy autor zna swoich czytelników i czy może się spodziewać, że będzie zawsze zrozumianym, i co ważniejsza, czy rady jego będą mogły być przez nich wprowadzone w życie. Podawanie ich bez tych widoków pociąga za sobą albo wzruszanie ramion, albo uczucie żalu lub goryczy.

Dotyczy to zwłaszcza 21 przepisów zapobiegawczych względem gruźlicy. Nie spełniają ich ludzie kultury wyższej i zamożniejsi; czyż będą je mogli wypełniać czytelnicy właściwi książeczki?

Nie wszystkie są przytem aksjomatami medycyny. Np. zalecanie mleka gotowanego niemowlętom może uchronić je od przypuszczalnie obecnych laseczników gruźliczych i innych, ale na pewno narazi je na choroby więzi—przez pokarm, pozbawiony pierwiastków tkankotwórczych.

O. H.

NEKROLOGIA.

Ś. p. Gracyan Pisarzewski.

Niespodziewanie i coraz częściej w czasach ostatnich spełniać musimy smutny obowiązek zapisywania w miejscu tem wypadków zgonu wybitnych kolegów naszych, kreślenia obrachunków życiowych.

Zmarły w Częstochowie w d. 11-go października r. b. w sile wieku, bo w 45 roku życia, ś. p. GRACYAN PISARZEWSKI należał do wybitniejszych lekarzy naszych.

Urodzony we Włodawie, na Podlasiu, w roku 1862, po ukończeniu szkół średnich, wstąpił na wydział lekarski Uniwersytetu Warszawskiego, który ukończył w r. 1885. Osiadłszy przed kilkunastu laty w Częstochowie w celu praktykowania, nie poprzestawał na oddaniu się obowiązkom tylko lekarza wolnopracującego, a następnie i miejskiego, lecz rozpoczął pracę w szpitalu tamecznym pod kierunkiem kol. WŁ. BIEGAŃSKIEGO, a później kształcił się już specjalnie w klinikach ginekologicznych i akuszerskich: OLSHAUSEN'a, DHUERSSEN'a, MACKENROTT'a i LANDAU'a w Berlinie.

PISARZEWSKI, obdarzony ruchliwą intelligencją, zapalem wogóle do pracy, a dużym zamiłowaniem do nauki lekarskiej, pod wpływem WŁ. BIEGAŃSKIEGO i przy wspólnej z nim pracy w szpitalu, w pracowni, a także specjalnymi studjami za granicą nad ginekologią i położnictwem, wkrótce wyrósł na wydatnie wyróżniającego się wyrobieniem i uzdolnieniem z pośród współkolegów na prowincyi, lekarza; PISARZEWSKI, sam obdarzony niepowszednimi zaletami ducha i umysłu, a może właśnie dlatego, nie zawahał się, przy okazji, publicznie w druku, p. n. „WŁADYSŁAW BIEGAŃSKI, jako człowiek i kolega”, oddać sprawiedliwość i uznanie tej zasłudze pedagogicznej.

Bogata duchowo natura i zdolna do porywów względem wszystkiego co zwie się zwykle dobrem, a także swojskiem, zadowolnić się nie mogła tylko medycyną, lecz szukała ujścia dla swoich umilowań w pracy społecznej. Na prowincyi pole to nader rozległe, lecz najczęściej ugięte; w robocie zawsze spotkać się trzeba z przeszkodami i szykanami, wynikającymi z naszego anormalnego życia politycznego, a również często z drobną, lecz dokuczliwą, zniechęcającą za-

wiścią, będącą szczególnie tam następstwem braków życia towarzyskiego. Pomoc, zachęta do pracy publicznej wydarzają się tam nader rzadko; przeszkody, utrudnienia bardzo często. Zmarły kolega nasz niezwykły był łatwo pod tym względem się zniechęcać i często czynną a skuteczną dłoń do niejednego przedsięwzięcia publicznego w mieście swojem przykładał.

Piśmiennictwo lekarskie G. PISARZEWSKI obdarzył kilkunastoma artykułami i rozprawami, w latach dawniejszych z medycyny wewnętrznej, w ostatnich, gdy się na ginekologa i akuszerza wyspecjalizował, z zakresu tych działów. Do pierwszej kategorii, między innymi należą: „Przypadek t. z. obrzęku histerycznego prawego ramienia i symetrycznej zgorzeli obu kończyn dolnych [Choroba RAYNAUD'a]”. Gaz. Lek. 1894. „Przypadek rany postrzałowej serca, zakończony po 7-u godzinach śmiercią”. Medycyna 1896. „O jednym z najwcześniejszych objawów syfilisu mózgu”. Czas. Lek. 1901.

Do kategorii drugiej: „Błona mięsna, jako oderwana ściana macicy dwudzielnej”. Czas. Lek. 1902. „O leczeniu pęknięć macicy”. Czas. Lek. 1902. „Dwa przypadki cięcia cesarskiego klasycznego przy względnem wskazaniu”. Medycyna. 1903. „Przedstawienie preparatu macicy, wyciętej wskutek olbrzymiego mięśniaka”. Czas. Lek. 1904. „Przedstawienie chorej po operacji *vaginofixatio uteri*”. Czas. Lek. 1904. „Przedstawienie preparatu macicy z pęknięciem dolnego odcinka i szyjki z lewej strony”. Czas. Lek. 1904. „O zapobieganiu gorączce w położu”. Ginekologia. 1904. „O pubiotomii”. Gaz. Lek. 1906. „Dwa nowe przypadki pubiotomii”. Ostatnia praca drukowana przed miesiącem w naszej Gazecie.

PISARZEWSKI pozostawił ślad swej pożytecznej działalności lekarskiej nie tylko w dorobku piśmienniczym, lecz i pod względem praktycznym. Głównie, za Jego staraniem i zachodem powstaje w r. 1899 w Częstochowie—Przytułek dla położnic. W ciągu I-go 3 $\frac{1}{2}$ -lecia istnienia zakładu tego przebywało w nim kobiet 292. Przeciętna liczba miesięczna wynosi 10 rodzących. Operacje akuszeryjne wynosiły 30% ogólnej liczby porodów. Oprócz czysto lekarskiej działalności, to jest pomocy dla rodzących, przytułek ten wpływa na podniesienie poziomu wiedzy położniczej pośród akuserek wiejskich po wszech. Praktykują w nim babki wiejskie, które następnie zdają egzamin.

Przytulki takie wraz ze szkołami dla babek wiejskich, jak wiemy, wpływają zbawiennie na uporządkowanie pomocy położniczej na prowincyi. Ostatnio zmarły kolega stworzył do wspólki w Częstochowie na mniejszą skalę, zakład ginekologiczny, który zapewniając na miejscu racjonalną pomoc chorym, odzwyczajają tamtejszą nadgraniczną ludność od szukania tej pomocy w sąsiednich Prusach.

W pracy więc systematycznej, wytrwałej, w przedsięwzięciach rozumnych, pożytecznych, ś. p. G. PISARZEWSKI nigdy nie ustawał, zawsze znalazł się tam, gdzie Go obowiązek, lub uczucie do czynu powoływały. Gdyśmy organizowali w Sekcyi akuszeryjnej przy Warsz. Tow. Lek., rozprawy o postępowaniu przy miednicach scieśnionych, zwróciłem się do nieżyjącego już dziś, niestety, kolegi, o współudział, wiedząc, iż On w Częstochowie pierwszy u nas w kraju dokonał z pomyślnym wynikiem kilku pubiotomii; PISARZEWSKI na wezwanie zaraz się stawił: przybył nie tylko z referatem w tej kwestyi, lecz przywiózł swoim kosztem dwie kobiety wraz z dziećmi, przez siebie operowane i w Tow. Lek. nam je przedstawił. Na Zjazd do Lwowa w lipcu nie omieszkał przybyć, a przez żywy udział w posiedzeniach sekcyi naszej, stał się oczywiście zaprzeczeniem, aby w warunkach niekorzystnych, w jakich my tutaj zmuszeni jesteśmy pracować, nie można było dla cierpiących i nauki naszej dodatnich wyników otrzymywać.

W pierwszych dniach sierpnia spotkałem PISARZEWSKIEGO w Krynicy. Był pełen życia, zapału, fantazyi... Ściskając mi dłoń na pożegnanie, przyrzekał, iż weźmie udział w pracy około Muzeum Ludowego w Częstochowie... Nie sądzono

Mu było i nadal pracować, czego On tak gorąco pragnął i ci wszyscy, co wartość pracy Jego, owoców jej, ocenić mieli możność.

Przed 3-ma tygodniami zapadł na ostrą *appendicitis*, pomimo ratunku, usiłowań i opieki braterskiej zarówno kolegów miejscowych, jak i kilku warszawskich, którzy parokrotnie do Niego do Częstochowy jeździli, nie udało się niestety katastrofy odwrócić. Wczoraj GRACYAN PISARZEWSKI, ku wielkiemu żalowi tych wszystkich co Go bliżej znali, życie zakończył.

Warszawa 12. X. 1907.

J. JAWORSKI.

Wiadomości bieżące.

— W obec wielkiego majątku instytucji, znajdujących się dotąd w zawiadywaniu Rady Miejskiej Dobroczynności Publicznej, przekazanie ich pod zarząd Magistratu do d. 14-go listopada okazało się niemożliwe. W obec tego Komisya zaproponowała wyjednanie przedłużenia terminu do d. 14-go stycznia 1908 r. Podobno rachowano się jeszcze z możliwością wprowadzenia samorządu miejskiego do tego czasu.

Podkomisya wyłoniona do opracowania programu działalności Komisji [prezes Komisji i członkowie: pp. TROICKIJ, ANUCZYN, ZIENKOWSKI, STĘPIŃSKI, LECHOWICZE (ojciec i syn) i MĘCZKOWSKI], zaproponowała plan pracy w 4-ch podkomisyach: 1) gospodarczej, 2) finansowej, 3) majątkowej i 4) organizacyjnej.

— Na posiedzeniu klinicznym Warsz. Tow. Lek. w dniu 15 b. m. odczytany został protokół komitetu konkursowego imienia ADAMA BOGUMIŁA HELBICHA. Komitet rzeczony na posiedzeniu w d. 4 b. m. przyznał dwie nagrody: rb. 150 kol. TEODOROWI HERYNGOWI za pracę p. t. „Metody badania i miejscowego leczenia chorób krtani“ [r. 1905] oraz rub. 100 kol. ALFREDOWI SOKOŁOWSKIEMU za III tom wykładów chorób dróg oddechowych [suchoty płucne] r. 1906. Dzieło to dra SOKOŁOWSKIEGO w roku zeszłym uzyskało nagrodę Akademii Umiejętności w Krakowie. Nagradzone dzieła wydane zostały przez Gazetę Lekarską.

— Kol. TEODOR HERYNG wybrany został członkiem korespondentem Królewskiego Tow. Lek. w Londynie (*Royal Society of Medicine*).

— Kol. JAN SĘDZIAK został zaproszony na sprawozdawcę z działu polskiego w amerykańskim czasopiśmie „*Annales of otology, rhinology and laryngology*“.

— ZMARLI: Dr JÓZEF ROŻAŃSKI b. prymaryusz chorób wenerycznych i skórnych we Lwowie.

— Dr STANISŁAW KOPEĆ, b. lekarz miejski, w wieku lat 69, w Warszawie.

— Dr JAKÓB GUTWEIN, w wieku lat 61 w Warszawie.

Redaktor i Wydawca, Dr med. Jan Pruszyński.

Druk K. Kowalewskiego. Warszawa. Mazowiecka 8.