

GAZETA LEKARSKA.

Z ODDZIAŁU CHIRURGICZNEGO W SZPITALU DZIECIĄTKA JEZUS.

I. O BĄBLOWCU SIECI Z PUNKTU CHIRURGICZNEGO, Z OPISANIEM WŁASNEGO PRZYPADKU BĄBLOWCA POJEDYNCZEGO SIECI I KRÉZKI.

Podał

Władysław Matlakowski.

[Dalszy ciąg.—Patrz Nr. 6].

W dostępnej mi literaturze zdołałem odszukać następujące przypadki, w których dokonaną została operacyja z powodu bąbłowca sieci lub krézki; posłużą nam one następnie do wyprowadzenia niektórych uwag ogólnych, dotyczących rozpoznawania i leczenia.

Przypadek I SCHERENBERG'a. 23 lat licząca dziewczyna, od kilku lat chora na „brzuszne gruczoly“, od pół roku zauważyła, że brzuch stale się powiększa; od kilku miesięcy częste bóle i rozwolnienia; miesiączkowanie prawidłowe; ogólny stan dobry. Przy przyjęciu do szpitala w 1868 r. znaleziono brzuch ogromny, jak w ostatnim miesiącu ciąży; przy opukiwaniu ton tępy (*leerer Schall*) na guzie aż na szerokość ręki powyżej pępka, na lewo wszędzie tępy w tył aż do kręgosłupa, z prawej strony ton kiszkowy w okolicy kieszki ślepej i wstępucej; od góry wzdłuż łuków żebrowych i w nadbrzuszu wążka przestrzeń odgłosu bębniściego. W granicach tępości wszędzie wyraźne chęłbotanie; przez sklepienie pochwy ani chęłbotania, ani guzów wyczuć nie można; macica stoi dość wysoko. Rozpoznana torbiel jajnika. Po zachloroformowaniu chorej przebito brzuch i torbiel grubym trójgrańcem, przez który wypłynęło nieco lepkiego płynu z błonkami i pęcherzykami, które zatkały rurkę; wyjęto ją; zanim przystąpiono do radykalnej operacyi wystąpiły czwartego dnia objawy zapalenia otrzewnej, a w 42 dni chora zmarła z wyniszczenia. Przy sekcji znaleziono: sieć przechodzi od poprzecznicy na ogromny guz; wyżej wolna, im niżej tem težej z nim zrosnięta; po opróżnieniu torbieli z ropiastego, śmierdzącego płynu, zawierającego setki pęcherzy, okazuje się, że ściana torbieli najściślej zrosnięta ze ścianą brzuszną, odziewa pęcherz, macicę i zagłębienie odbytniczo-maciczne. W części sieci dużej, niezrosniętej z guzem, znajduje się białawy guzik wielkości wiśni; na dolnej powierzchni wątroby niedaleko wnęki żółtawy zółg wielkości wiśni położony w zagłębieniu; na przekroju składa się z otoczki łącznotkankowej i zawartości, składającej się z błon bąbłowcowych i ich strzępków.

(*Enormer Echinococcus des Netzes. Verwechslung mit Hydrops ovarii. Archiv f. pathol. Anatomie von VIRCHOW. 1869. T. 46, str. 392).*)

Przypadek 2 ANNANDALE'a. 32-letnia kobieta przed ośmiu laty zauważyła małe stwardnienie w dolnej części brzucha, przesuwalne, niebolesne; w takim stanie pozostawało ono przez osiem lat, aż dopiero przed dwoma miesiącami po urodzeniu piątego dziecka zaczęło nagle rość i boleć. Po wstąpieniu chorej do szpitala znaleziono u niej w podbrzuszu guz, podobny z kształtu i z wielkości do wołowej nerki, leżący w poprzek brzucha, poniżej pępka i nieco więcej na prawo od linii pośrodkowej, bardzo przesuwalny, z niewyraźnym chębotaniem, jakby w związku z siecią będący; z innymi narządami połączenia wykazać nie można. Przez nakłucie wydostano płyn brudny, lecz go wylano, nie zbadawszy; guz wkrótce nabrał i zaczął sprawiać jeszcze większy ból. Po wyciągnięciu płynu, w którym znaleziono haczyki, stan chorej bardzo się pogorszył, przyłączyła się gorączka, dreszcze, guz stał się mniej ruchomym. Laparotomija: znaleziono torbiel zrośniętą ściśle z siecią i z narządami brzuszными od tyłu; przekłuto trójgrańcem, wypuszczono liczne wtórne pęcherze, poczem brzezi otworu przyszyto do warg rany brzusznej. Wyzdrowienie.

(*British medical Journal*. 1877. Stycz. 27, str. 99).

Przypadek 3 GEISSEL'a. 46-letnia kobieta od 10 lat oddawała przez kischkę płyn przezroczysty, wodnisty z błonkami; przy badaniu znalazł G. wszystkie objawy wielokomorowej torbieli jajnika. Laparotomija: cięcie od wyrostka miedzykowatego do spojenia łonowego; wnet poznano, że to pęcherze bąblowca, licznymi zrostami przytwierdzone do sieci, do otrzewnej, rozmaitej wielkości; w środku widać było dwa duże pęcherze, które wycięto, a oprócz tego usunięto 27 mniejszych przez podwiązanie; kilka pęcherzy uległo rozdarciu. Operacja trwała dwie godziny, chora zmarła w pięć godzin po niej.

(*Revue des sciences méd.* 1877. T. XI. str. 713; streszczenie z *Deutsche med. Wochenschrift*).

Przypadek 4 KNOWSLEY THORNTON'a. Bardzo ciekawy ze względu, że chorą widziało sporo chirurgów i ginekologów, a w ich liczbie SPENCER WELLS, i wszyscy uważali guz za niezwykły guz jajnika; nikt nie pomyślał o możliwości bąblowca. 32-letnia kobieta zauważyła przed pięciu laty guz w prawej połowie brzucha; guz ten zwolna rósł, sprawiając dotkliwie bólesci; już w czasie ciąży powstało kilka nowych guzów; w szpitalu guz rósł widocznie i sprawiał silne bóle. Przy badaniu znaleziono obok ciężarnej macicy w siódmym miesiącu,

O USUNIĘCIU PĘDZELKÓW Z PRAKTYKI OKULISTYCZNEJ.

[Dokończenie. — Patrz Nr. 6].

Wyrabiają pędzelki z cieniutkich szklanych pręcików, lecz te, o ile mi wiadomo, żadnego nie zdobyły sobie uznania, a wreszcie, oprócz ceny wyższej, żadnej chyba innej wyższości nad zwykłymi pędzelkami nie mają.

Próbowano dalej, i ja sam próbowałem, zastąpić pędzelki zwitkami waty hygroskopijnej. W tym celu skręca się w stożek małą warstewkę waty; ostrym końcem umieszcza go się w klamrę stalową i nożyczkami równo przycina. Te przygotowania bardzo dużo czasu zajmują; pędzelek z waty dużo pochłania roztworu, a co najważniejsza, wata zbyt długo i w zbyt ścisłych stosunkach pozostaje z ręką pomocnika, co na jej czystość dobrze wpływać nie może, tembardziej, że ta sama ręka zużyte zwitki z klamry wyjmuje.

A żeby uniknąć bezpośredniego dotknięcia łącznicy pędzelkiem, radzili niektórzy lekarze przyciskać pędzelek, płynem napojony, do palca, utrzymującego

liczne guzy kuliste, przesuwalne po sobie i po macicy, a nadto dół DOUGLAS'a wypełniony małemi okrągłemi tworami, nie mającemi związku z macicą. Laparotomija próbna: najprzód natrafiono na przyrosłą do ściany brzusznej kieszeń z zawartością ropną; po wycięciu jej okazało się, że wyczuwane guzy są bąblowcami, rozszaniami po otrzewnej jamy brzusznej i miednicy. Utwierdzone w sieci usunięto przez podwiązanie tej ostatniej powyżej nad bąblowcami i obcięcie; torbiel w okolicy krzyżowej pozostawiono. Przebieg pooperacyjny zakłócony kilkakrotnie: najprzód po zdjęciu szwów 7 dnia nastąpiło wypadnięcie macicy przez ranę; odprowadzono ją i ranę nanowo zaszyto; przedwczesny poród; w 8 dni potem rana nanowo się otworzyła i wypadły kiszki. Mimo to nastąpiło wyzdrowienie.

(*British medical Times*, 1878, str. 565).

Przypadek 5 PÉAN'a. 40-letnia kobieta bardzo otyła, zdrowa, przed dwoma laty dostała zapalenia otrzewnej, po przejściu którego lekarz odnalazł w brzuchu guz, o którego naturze i punkcie wyjścia nie mógł wytworzyć sobie jasnego pojęcia; chora przeszła potem powtórne zapalenie otrzewnej, przy którym o mało nie zmarła. Z czasem guz bardzo znacznie się powiększył, a badanie jego z powodu grubości ściany brzusznej stało się bardzo trudnem. Rozpoznano torbiel jajnika. Po otwarciu brzucha w smudze białej, wypłynęło około 6 litrów płynu przesiękowego, w jamie otrzewnej liczne torbiele pływające, rozmaitej wielkości; największa rozmiarów jaja strusiego; największe między niemi nie posiadają szypułki, mniejsze zaś przyrośnięte są do głównej torbieli, po przekłuciu której wypuszczono 18 litrów cieczy krwistej, barwy czekoladowej; na dnie torbieli ogromne skrzepy. Przy poszukiwaniu szypuły od dołu, ku wielkiemu zdziwieniu PÉAN przekonywa się, że torbiel nie ma żadnego związku ani z jajnikami, ani z macicą, owszem stwierdza, że swoim górnym odcinkiem, brzegami i powierzchniami przednią i tylną zrosła jest torbiel ściśle z siecią. Stara się tedy odłuszczyć torbiel od tej ostatniej, co się udaje na pewnej przestrzeni, lecz dalej znajduje sieć tak przerosłą, rozpostartą, poskręcaną, przeładowaną tłuszczem, złogami wapiennemi, że zamiast oddzielać guz od sieci, podwiązuje tę ostatnią, utworzywszy dwa grube pęczki, poczem guz odcina. Zrazu usiłuje obie szypuły umieścić w ranie brzusznej na zewnątrz, lecz z powodu niezmierniej grubości ściany brzusznej i naciągnięcia szypuły zmuszony jest zanie-

górną powiekę i spływającemi skutkiem tego nacisku kroplami oblewać łącznicę. Łatwo pojąć, że bardzo niedostateczną i bardzo wątpliwą była korzyść z tak zmodyfikowanego sposobu. Nieraz krople, zamiast na łącznicę, przed nią spadały; nieraz pędzelek dotknął łącznicy, a wreszcie palec, utrzymujący odwróconą powiekę, wydzieliną chorobową musiał, a w każdym razie mógł być zanieczyszczonym.

Ale przy takim użyciu pędzelek tracił już swoje istotne własności: zmienił się w małą strzykawkę, czy w pipetkę, z której przy nacisku krople płynu wyciekały. Przy takim sposobie użycia pędzelka musiało wpaść na myśl, że pędzelek pipetką można zastąpić i istotnie niektórzy lekarze obecnie pipetki używają do tego celu. Pipetka jest z pewnością lepszą od pędzelka, ale do tuszowania łącznicy nie jest właściwą.

Nacisk na elastyczną część przyrządu wypycha kroplę płynu; kropla wydobywa się, zawisa w otworze i spada, spada siłą ciężkości; siła wytrysku zbyt jest małą, ażebyśmy mogli strumieniowi dowolny nadać kierunek: ztąd wypada konieczność trzymania pipetki tuż nad okiem, które zatuszować zamierzamy. Jeżeli więc chory głowę trzyma prosto, to potrzebaby końcem pipetki dotknąć chorej łącznicy, a przynajmniej palca, trzymającego powiekę. Tylko wtedy, gdy

chać i wpuścić je do brzucha. Operacja trwała dwie godziny. Wyzdrowienie; chora wstała 12-go dnia po operacji.

(PÉAN. *Diagnostic et traitement des tumeurs de l'abdomen*. T. I, str. 451. r. 1880).

Przypadek 6 VEIT-RINGS'a z kliniki ginekologicznej w Bonn. Przed operacją z wielkim prawdopodobieństwem postawiono rozpoznanie licznych bąblowców w jamie brzusznej; w przypadku tym nie udało się wydstać wszystkich guzów; śmierć nastąpiła z zatoru mózgowego; przy badaniu zwłok znaleziono, że oprócz innych narządów brzucha, bąblowce usadowiły się także w sieci.

(Według streszczenia, podanego w pracy WITZEL'a w *Inaug. Dissert.* „*Ein Fall von multiplen Echinokokken in der Bauchhöhle*. 1880).

Przypadek 7 SŁAWIAŃSKIEGO. 35-letnia kobieta, przysłana do owaryjotomii; guz wielkości głowy, w dolnym odcinku brzucha, kulisty, gładki, niewyraźnie chęlbocący; guz można bez trudności przesunąć z boku na bok, przyczem jednak stwierdzić się daje tegie połączenie z przednią ścianą brzuszną: również łatwo przesunąć guz ku górze; tymczasem napychając go ku dołowi, wywołuje się silny ból w dolku; jednocześnie zauważyć się daje znaczne napięcie tej okolicy, oraz odporność w kierunku guza, świadcząca o zroście taśmowatym. Guz powstać miał przed 8 miesiącami w górnej okolicy brzucha i dopiero w miarę, jak rósł, opuścił się ku dołowi. Ponieważ nie można było wymacać prawego jajnika, postawiono rozpoznanie na torbiel jajnika, nie bez pewnych atoli wątpliwości, z powodu, że nie można było wyczuć szypuły i że guz powstał w górnej części brzucha. Przy cięciu okazało się, że to bąblowiec jamy brzusznej, z niewiadomym punktem wyjścia, zrosnięty na znacznej przestrzeni ze ścianą brzucha i z otaczającymi częściami; brzegi worka przyszyto do brzegów rany brzusznej; dreny; w 3 miesiące zagojenie.

(*Centralblatt f. Gynaekologie*. 1880. Nr. 20).

Przypadek 8 WICKHAM LEGG'a [z St. Bartholomew's Hosp.]. 17-letnia dziewczyna radziła się z powodu guza w prawym podżebrzu; guz wielkości i postaci nerki, nadzwyczajnie ruchomy; w trzy lata potem autor znalazł guz wielkości główki w prawej lędźwiowej i podbrzuszej okolicy, przechodzący jednak poza linią pośredkową na lewo, tak ruchomy, że przesunąć można go aż do dołu biodrowego lewego, twardego, tego-elastycznego, okrągło-kulisty i gładkiej powierzchni. Nie sprawiając boleści, istnieje on już od pięciu lat. LEGG z początku

chory głowę mocno ku tyłowi przechyli i w tem niewygodnem położeniu przez pewien czas ją utrzyma, możemy pipetkę bardziej od oka usunąć, a jednak krople, z niej spływające, na łącznicę padać będą. Pipetka zawiera w sobie zaledwie kilka kropel płynu, co dla dostatecznego polania całej łącznicy niezawsze wystarcza i zmusza do powtórnego zanurzania pipetki we fiaszce z lekarstwem, a już bezwarunkowo potrzeba dla każdego chorego oddzielnie płynu w pipetkę nabierać.

Tych wszystkich niewygód unikniemy, jeżeli zamiast pipetki użyjemy zwykłej strzykawki z tłokiem. Przez nacisk, na tłok wywarty, możemy wtedy strumieniowi cieczy nadać kierunek dowolny: możemy mianowicie łącznicę poziomym strumieniem oblewać od przodu; chory więc nie ma potrzeby przechylać głowy. Otwór szpryki znajdować się może w dostatecznej od chorego oka odległości, ażeby w każdym razie bezpośredniego dotknięcia uniknąć. Przytem ilość płynu, w strzykawce zawartego, może wystarczyć nie dla jednego, ale dla większej liczby chorych, przez co zyskujemy na czasie i meteryjału oszczędzamy. Strzykawka, do tego celu służyć mająca, musi odpowiadać pewnym warunkom. Przedewszystkiem musi być dokładną, to znaczy: walec mieć równy i tłok ściśle przylegający. Otwór rurki powinien być bardzo mały, prawie wło-

brał go za nerkę przed trzema laty, obecnie mniema, że albo to jest torbiel, powstała z miedniczki i nerki skutkiem skręcenia i pociągnięcia moczowodu, albo, co prawdopodobniej, bąblowiec sieci. Chora nie ma żadnych objawów ze strony nerki i pęcherzyka żółciowego. Przekłucie dało płyn z haczykami. Wyzdrowienie. Autor wspomina, że MATHEWS DUNCAN widział taki sam ruchomy guz.

(*British medical Journal*. 1883. Febr. 10, str. 252.)

Przypadek 9 TRENDELENBURG-WITZEL'a. 10-letnia dziewczyna miała od 3 lat silne bóle w brzuchu; wkrótce potem matka jej zauważyła guz swobodnie się przesuający. Bóle przychodziły co 4—5 tygodni i były tak silne, że dziecko płakało bezustannie, tarzało się po ziemi; czasami ból ustawał nagle; następnie z powodu tych boleści musiała chora przeleżeć dwa miesiące; zatwardzenie, dyzuryja. W brzuchu wyczuwa się duży guz, napięty, zajmujący środek brzucha, do przedniej ściany nieprzyrosły, owalny, gładki, niechłobocący, mało przesuwalny z prawa na lewo, nie odbywający ruchów oddechowych, otoczony pasem odgłosu bębniastego; co do rozpoznania, to skłaniano się z początku ku torbieli jajnika, potem odstąpiono od niego. Laparotomija: widać gładki, biały, tęgi worek, który TRENDELENBURG odrazu rozpoznaje jako bąblowiec; badanie palcem nie wykryło związku guza z wątrobą, ani z jajnikiem, lub macicą. Przeszycie worka do rany brzusznej, przecięcie i wypuszczenie zawartości. Przy badaniu nie znaleziono w worku ani *scolices*, ani wtórnych pęcherzy; był to zatem jałowy pęcherz (*akephalocystis*). Wyzdrowienie.

(WITZEL. *Beitraege zur Chirurgie der Bauchorgane*. *Deutsche Zeitschrift für Chir.* r. 1884. T. XXI. str. 141).

Przypadek 10 SPENCER WELLS'a. Kobieta operowana w Samaritan Hospital [1870—71 r.]; brzuch miał wygląd taki, jaki bywa przy torbielaku wielokomorowym jajnika; chłobotanie bardzo wyraźne; osobliwość stanowiły liczne twarde guziczki, rozsiane w ścianie brzusznej; były one twarde i nasuwały na myśl możliwość raka; niektóre znów były napół dźwięczne (*semiresonant*) i wzbudzały obawę, że utworzone są przez kiszkę; lecz fakt, iż choroba trwała od 12 lat, że chora przez ten czas urodziła kilkoro dzieci, że nie była wychudzoną, nie miała wymiotów, ani rozwolnienia, ani większych boleści w brzuchu, pozwalał wykluczać raka; nakłucie próbne dozwoliło postawić istotne rozpoznanie,

sowaty, bo w przeciwnym razie niepotrzebnie zbyt wielką ilością roztworu oblewamy łącznicę i bardzo dużo roztworu tracimy. Walec powinien być szklany i zabarwiony, ażeby roztwór lapisu mógł się przez czas pewien bez szkody w strzykawce przechować. Tłok powinien być zrobiony z materiału, któryby lapisu nie zanieczyszczał i wpływowi jego nie ulegał; najlepszym dla tego celu materiałem jest azbest. Te wszystkie części przyrządu, które z płynem się stykają, powinny być zrobione nie z metalu, a więc rurka wylotowa, pręt, na którym tłok jest osadzony i t. p.; wogóle oprócz kółka, kończącego pręt, a przeznaczonego dla palca i oprócz jakichś ramion u dołu dla oparcia dwóch innych palców, cała osada strzykawki powinna być z kauczuku. Ażeby prętem większą nadać twardość, możnaby wewnątrz kauczuku drut metalowy osadzić. Strzykawka powinna obejmować około 10 gramów płynu, aby wystarczyć mogła po jednorazowym napełnieniu nawet dla bogatego ambulatoryjum, a zarazem być tak krótką, aby łatwo ująć się dała. Strzykawka znajdować się może stale w pudełku drewnianem, aby w niej lapis, jak we flaszcze przez długi czas można przechowywać.

Napróžno szukałem odpowiedniej strzykawki, nie znalazłem w handlu żadnej, któraby tym wymaganiom odpowiadała. Zamawiałem kolejno podług tych

wprzód zanim skonstatowano drzenie bąblowcowe; w płynie wypuszczonym z jednego guzika w ścianie brzusznej znaleziono haczyki; po rozcięciu brzucha wypłynęła pewna liczba z płynem aseptycznym swobodnych torbieli rozmaitej wielkości, inne wisiały na sieci i krézce. SP. WELLS wydobyl 3—4 *℥.* bąblowców, poczem nastąpiła znaczna poprawa, lecz kobieta zmarła w kilka miesięcy później. Przypadek ten autor uważa za „*best marked case of hydatids of the peritoneum*“, niezależnego od bąblowca wątroby.

(*Diagnosis et Surgical treatment of abdominal tumours.* 1885, str. 25 i 26.)

Przypadek II SP. WELLS'a. Kobieta szczupła, niedokrwista, przysłana z rozpoznaniem guza jajnika; brzuch rozciągnięty, bolesny, chęłbocący; macica mała, ruchoma, wypchnięta ponad spojenie łonowe przez guz, zajmujący dół DOUGLAS'a. SP. WELLS zrobił laparotomię próbną, wypuścił kilka kwart śmierdzącej ropy, poczem usunął dużo małych torbieli, przytwierdzonych do sieci i do krézki, a nadto wypuścił ropę z dużej jamy w dole DOUGLAS'a. Po śmierci przekonano się, że kiszki, sieć i inne trzewa były sklezione ze sobą i ograniczały jamę, zawierającą płyn rzadki ropiasty; wątroba, śledziona były nadziane bąblowcami; dalej mała torbiel w więzie szerokim prawym; miednica zapchana licznymi drobnymi torbielami z gęstą, wapiastą zawartością.

(*Ibidem.* str. 26).

Przypadek I2 ROWAN'a. Liczne torbiele usadowione w sieci, w więzie szerokim macicy i w ścianie brzusznej; laparotomija; wydalenie pęcherzy; wyzdrowienie.

(*Centralblatt f. Chir.* 1886, str. 695, streszczenie z *Australian medical Journal*).

Przypadek I3 FETHERSTON'a. Jedenaście torbieli wyluszczone z sieci; a jedną grubościenną torbiel wszyto w ranę brzuszną; dren; ropienie; odejście licznych torbieli wtórnych (*Tochterblasen*); wyzdrowienie.

(*Ibidem*).

Przypadek I4 BACKHOUSE'a. Zropiały bąblowiec usadowiony w sieci; rozcięcie; przedrenowanie; wyzdrowienie.

(*Ibidem*).

wskazówek strzykawki w kilku fabrykach niemieckich i francuzkich, ale każda z dostarczonych mi, ma pewne wady. Jeszcze najbardziej celowi odpowiadają strzykawki, które za pośrednictwem p. Balukiewicza zamówilem w jednej z fabryk niemieckich. Są one może nieco za małe, zresztą zupełnie podług powyżej wyrażonych życzeń wykonane. Azotan srebra jednak, przez jakiś czas w strzykawce pozostawiony, ulega rozkładowi i srebro metaliczne osadza. Przyczyna tego zdaje się leżeć w tłoku, bo choć azbestem pokryty, ale włókna azbestowe zlepione są tłuszczem, który zapewne tak rozkładowo na roztwór azotanu srebra oddziaływa.

Dla spłukania nadmiaru azotanu srebra można także użyć strzykawki, wodą napełnionej, ale że wody dużo potrzeba, więc strzykawkę ciągle musielibyśmy napełniać, co byłoby rzeczą wielce niedogodną. Ażeby tę czynność sobie ułatwić, niektórzy lekarze kładą strzykawkę piłkową do miski z wodą i za każdym razem napełniają ją przez naciśnięcie w misce. Jest to sposób najgorszy; bo chociaż weźmiemy wodę zupełnie czystą, świeżo przekroploną, już ona po drugiem użyciu musi być zanieczyszczona i to wydzieliną chorej łącznicy.

Przypadek 15 ALBERT - LIHOTZKY'ego, 31 lat mężczyzna, dawniej zupełnie zdrowy, zauważył przed $\frac{1}{2}$ rokiem guz poniżej pępka, nie sprawiający żadnych dolegliwości, niebolesny, szybko rosnący. Guz jajowaty, węższym końcem ku dołowi, szerszym powyżej pępka sięgający, wyraźnie ruchomy, tępy odgłos dający, nie chęłbocący, odporny. Rozpoznanie *sarcomatylniej* ścianki pochwy *m. recti*. Laparotomija: guz przyrosły do przedniej ściany; nakłucie; oddzielenie torbieli od ściany i od sieci, z którą ściśle zrośnięta; bąblowiec wielkości główki dziecka. Przebieg gorączkowy, ropienie w dolnym kącie rany; *gangraena scroti*; *pneumonia crouposa*; wyzdrowienie. [4 lata pod obserwacją].

(*Deutsche Zeitschrift f. Chir.* XXIII. 1886, str. 136).

[C. d. n.]

II. PRZYCZYNEK DO KAZUISTYKI ZWYRODNIENIA PĘCZKÓW PIRAMIDALNYCH MÓZGOWIA.

[Rzecz przedstawiona na posiedzeniu klinicznym Warsz. Towarzystwa Lekarskiego].

Napisał

D-r med. Mik. Brunner,

Lekarz naczelny Warsz. Szpitala Ewangelickiego.

Przypadek, który Szanownym Kolegom przedstawić zamierzam, sam przez się nie należy bynajmniej do jakichś nadzwyczajnych, lecz ze względu na zmiany następcze w nim znalezione, które są bardzo interesującemi i dość rzadko spostrzeganemi, pragnę zająć na krótko uwagę Szanownych Kolegów.

Nowe robić spostrzeżenia nie jest rzeczą ani tak łatwą, ani zbyt często wydarzać się mogącą, zbadanie zaś dokładne jakiegoś przypadku pod względem klinicznym może rzucić światło na wiele podobnych i wyjaśnić niejedyn fakt, zbyt mało odbijający pośród innych objawów.

Najlepiej dla obmywania łącznicy użyć irygatora, bo daje obfity, bystry strumień wody i dużą jej ilość zawiera. Nie można wszakże użyć zwykłej kanki, dla której otwarcia obu rąk potrzeba, bo tu ręka lewa trzymać musi odwrócone powieki, a dla otwierania kрана i kierowania strumieniem rozporządzamy tylko jedną ręką prawą.

Istnieją kranry urządzone dla jednej ręki, u których mianowicie oba końce tłoka połączone są pętlicą metalową; trzymając kankę w ręce prawej, możemy wielkim palcem kierować pętlicę ku sobie, lub od siebie, a w ten sposób kran zamykać, albo otwierać.

Daleko jeszcze lepszą jest kanka sprężynowa, gdzie pod działaniem sprężyny kran jest stale zamknięty. Chcąc wypuścić strumień wody, naciskamy ramię metalicznej kanki, a skoro palec usuniemy, sprężyna kran zamyka i strumień przerywa. Kanki takie, wynalezione i opisane przez D-ra CHWATA, zrobił mi w mniejszym wymiarze p. Balukiewicz: są one bardzo dogodne w użyciu i w zupełności zadanie swe spełniają; muszą wszakże być bardzo dokładnie wykończone, aby woda kroplami ciągle z nich nie sływała. Dla uniknięcia zbyt wielkiej siły strumienia kanka powinna być zakończona rodzajem sitka, jak dla zwykłych

Takim przypadkiem chorobowym, o którym mówić mam zamiar, jest za t ó r t ę t n i c y r o w u SILVIUSIA, u 27-letniej dziewczyny, z dość szybkim przebiegiem, zakończony śmiercią.

Na dzień przed wstąpieniem do szpitala wspomniona dziewczyna, służąca, dość wątłej budowy, miernie odżywiona, dotychczas uważająca się za zdrową, idąc ulicą, nagle straciła przytomność i padła na ziemię. Po odzyskaniu przytomności nie była w możności się podnieść skutkiem utraty władzy w prawej połowie ciała.

Po dostaniu się chorej do domu, zastosowane zostały przez wezwanego lekarza zwykle używane w tych razach środki, następnego zaś dnia, t. j. 10 Października 1888 r. przyjętą została do szpitala Ewangelickiego.

Przy badaniu chorej dowiedzieliśmy się, że przed dwoma laty chorowała na gościec stawowy, po którym pozostały napady bicia serca i duszności. Badanie przedmiotowe dało wynik następujący: stan bezgorączkowy, tętno 84, oddechów 24 na minutę. W płucach nic godnego uwagi. Wymiary serca znacznie powiększone, mianowicie poprzeczny. Górna granica tępości sercowej zaczyna się tuż pod drugim żebrem, granica prawej komórki sięga poza prawy brzeg mostka. Wierchołkowe uderzenia wyczuwa się przeszło na 2 ctm. poza linią sutkową na lewo, między VI a VII żebrem. Tony serca zastąpione są szmerami: pierwszy — bardzo silnym u wierchołka, drugi — nieco słabszym szmerem zastąpiony, nie pozwalają na dosłyszenie nietylko tonów tętnicy płucnej, lub zastawki trójdzielnej, lecz nawet szmerów oddechowych, tak z przodu jak i z tyłu. Rozpoznanie brzmiało: *Stenosis ostii venosi sinistri cum insufficientia valvulae mitralis* z ich następstwami; na więcej zdobyć się nie było podobieństwem.

Inne narządy wewnętrzne nie nieprawidłowego nie przedstawiały. Twarz zboczona na lewo, cały policzek prawy i czoło z tejże strony wygładzone, język i języczek zboczone na lewo, głos słaby, mowa bardzo niewyraźna, zupełna nieczułość lewej strony podniebienia miękkiego i gardzieli, przytępienie czucia tak ręki jak i nogi prawej, które, porażone w zupełności, leżą lekko połyskujące

natrysków ocznych; woda wypływa kilkoma cienkimi strumieniami i siła uderzenia jest słabszą.

Roztworu soli dla zubożenia azotanu srebra nie używam obecnie i uważam to za zbyt cenne; gdyby kto jednak bez tego nie chciał się obchodzić, toby musiał oddzielną dla roztworu soli mieć strzykawkę, albo irygator oddzielny. Tylko po zatuszowaniu łącznicy pałeczką „lapisu osłabionego“, albo skóry powiek czystym azotanem srebra, zmywam zatuszowane powierzchnie roztworem soli, a dokonywam tego za pośrednictwem kłaczka waty hygroskopijnej, w roztworze zwilżonego.

W ten sposób wszystkie zadania, jakie dotychczas pedzelkom powierzałem, spełniam obecnie za pomocą innych przyrządów, a nietylko na czystości w ten sposób stanowczo zyskałem, ale zarazem mniej tracę lekarstw i dużo czasu oszczędzam, co w szpitalnych zwłaszcza ambulatoryjach ocznych, zwykle bardzo licznych, za ważną korzyść potrzeba uważać. Nie wątpię ani na chwilę, że każdy, kto zada sobie trochę trudu, aby urządzenia te zaprowadzić i dziedzinę zamięłowanie do pedzelka przewyciężyć, uzna te korzyści bardzo prędko i należytem dla pedzelka przejmie się wstrętem.

i nieco obrzękle. Palce ręki przedstawiają pewną dążność do przykurczenia. Najmniejszy ruch w obu kończynach niemożliwy. Wobec tego stanu rzeczy rozpoznanie zapisane zostało na karcie szpitalnej: *Hemiplegia dextra e embolia arteriae fossae Sylvii sinistri — Affectio gyri centralis anterioris sinistri.*

Po kilku dniach zaczął się objawiać ruch po stronie porażonej, a z nim jednocześnie ból i chwilowe przykurczenia w nodze prawej. Po miesiącu ruchy nogi były dość swobodne, ból jednakże tak w ręce jak i w nodze stawał się coraz przykrzejszym.

W kilka dni później chora zaczęła gorączkować, co jednak po trzech dniach przeszło przy użyciu środków czyszczących. Ruchy od tej pory coraz obszerniejsze zaczęły się pojawiać w obu kończynach porażonych; wreszcie chora zaczęła już przechadzać się po sali.

Od tej pory nic szczególnego u chorej nie zaznaczono; dopiero po dwóch miesiącach pobytu jej w szpitalu, zaczęła doznawać zawrotów głowy, czasami omdleń, działalność serca znacznie się wzmogła. Od tego momentu zaczynają u chorej zjawiać się napady bicia serca coraz to częściej, krwawienia z nosa trudne czasami do powstrzymania, chrypka dochodząca do bezgłosu, kaszel, płucie krwią, obrzęk twarzy i nóg. Nakoniec przyłącza się puchlina brzucha i skóry, nieregularność tętna, w końcu ogólne wycieńczenie sił i wyczerpanie serca, poczem nastąpiła śmierć dnia 3. II. 1889 r., t. j. po czterech miesiącach od zaszłego przypadku. Nazajutrz dokonana została sekcja, przy której znaleziono, co następuje:

Odżywianie mierne, skóra blada, nacieczona, tkanka tłuszczowa podskórna niezbyt obfita, puchlina brzucha, obrzęk nóg i twarzy.

W płucach nic godnego uwagi. Serce t. zw. wołowe, przerost prosty komórki lewej, niedomykalność zastawki dwudzielnej, przerost z rozszerzeniem komórki prawej; rozszerzenie prawego przedsionka. Zapalenie wsierdzia prze-

Można te wszystkie urządzenia uważać za niezupełne ze względu, że istnieją one tylko dla ambulatoryjum, dla szpitala, dla mieszkania lekarza, że słowem zaprowadzić się dadzą w całości tylko w tych miejscach, gdzie wielu chorych o poradę się zgłasza. Lecząc chorego w prywatnym mieszkaniu, niepodobna mieć pod ręką tych rozmaitych strzykawek, irygatorów i insuflatorów.

Użycie pędzelków w tych przypadkach jest w każdym razie mniej niebezpiecznym, bo pędzelek tylko dla jednego chorego będzie użytym. Możemy wszakże i w tym razie, jeżeli idzie o lapisowanie, pędzelki zastąpić pipetką i zwykłą strzykawką piłkową. Ponieważ najczęściej może na miesście lapisować potrzeba oczy noworodków, pipetka będzie nawet dogodną; główka bowiem dziecka leży na kolanach lekarza, a krople z pipetki, prosto na dół spływając, należycie obleją łącznicę.

Jeżeli idzie o wtrępywanie kalomelu w mieszkaniu chorego, to kierować się można jego zamożnością, zalecając pędzelek, albo insuflator.

We wszystkich innych razach przyrządy, mające pędzelek zastąpić, tak są proste i tanie, że równie łatwo mieć je można w mieszkaniu chorego, jak w urządzonej po temu ambulatoryjum.

Zygmunt Kramsztyk,

wlekle. Zwężenie ujścia aortycznego, niedomykalność zastawek półksiężycowych aorty. Zapalenie wsierdza brzeżne (*endocarditis marginalis ulcerosa chronica*) tychże zastawek.

Obrzęk błon mózgowych. Zawoje mózgowe przyplaszczone. W zawoju ośrodkowym przednim ognisko rozmiękczenia wielkości dwóch przy sobie leżących orzeszków laskowych, podłużne, biszkoptowate, wzdłuż zawoju z góry na dół idące, wypełnione płynem mlecznym i wiotką tkanką, po wyplukaniu przedstawiające ściany strzępkowate, pulchne.

Jak dotąd, rzecz cała bynajmniej nie należy do żadnych nadzwyczajności, prócz tego chyba, że pomimo tak dużego ogniska białego rozmiękczenia, chora stopniowo odzyskiwała możliwość chodzenia, grubsze ruchy ręki, wreszcie porażenie twarzowe znacznie się poprawiło, tak, że oniemal stało się prawie niedostrzegalnym. Zobaczymy jednak, że wszystko tem jest dziwniejszem, że znalezione później zmiany następcze w odnodze mózgowej lewej, w moście VAROL'a, w mleczu przedłużonym, nakoniec w mleczu kręgowym, jak się następnie pokazało, nader wysoko posunięte, są tembardziej interesującami że w stosunkowo nader krótkim przeciągu czasu się rozwinęły.

Zmiany wspomniane dostrzeżonemi zostały nie przy sekcji, gdyż dla klinicyisty obraz anatomo-patologiczny znaleziony w mózgu, zgodny z rozpoznaniem za życia zupełnie był wystarczającym i zadawalającym.

Z innych więc względów wyjęty pień mózgowy [t. j. wzgórci czworacze, most VAROL'a, mlecz przedłużony, wreszcie mlecz kręgowy], tak głęboko, o ile w kanale kręgowym nożem sięgnąć było można, włożony w płyn MUELLER'a, już po 24 godzinach zwrócił moją uwagę zakłęśnięciem pewnej części tkanki nerwowej [jak się później pokazało pęczka piramidalnego], różniący się w moście VAROL'a i mleczu przedłużonym nie tylko ciemniejszym od innych części zabarwieniem chromowem, lecz i konsystencyją na wpeł galaretowatą.

W pozostawionym całym tym preparacie dla dalszego stwardnienia w wymienionym płynie, aż do przeniesienia go do spirytusu, zakłęśnięte ognisko ciągle odbijało na jednolicie ubarwionem tle swą ciemniejszą barwą.

Przygotowane następnie odpowiednie do badań drobnowidzowych skrawki, barwione karminem, hematoksyliną, nigrozyną, metodą WEIGERT'a, wreszcie apfelzyną [nowy barwnik czarny, wynaleziony przez kol. JABECZYŃSKIEGO w Dorpacie], dały wynik następujący:

We wszystkich skrawkach, zarówno z mlecza przedłużonego jak i z mlecza kręgowego pochodzących, już przez lupę najdoskonalej widzieć można olbrzymią różnicę między pęczkami piramidalnymi jednej i drugiej strony. Szczególniej zaś uwydatnia się sprawa zwyrodnienia w skrawkach barwionych metodą WEIGERT'a, przyczem część zwyrodniona skutkiem zaniku włókien nerwowych odznacza się zabarwieniem jasnym, gdy na preparatach barwionych innemi barwnikami, jak nigrozyna lub apfelzyna, część zwyrodniona z powodu rozwoju tkanki łącznej przedstawia się ciemniejszą, niż na stronie prawidłowej. Zmiany te widać również i na preparatach barwionych karminem.

Zwyrodnienie pęczków piramidalnych nie ogranicza się wyłącznie do samych piramid, do samych odnóg mózgu, do mostu VAROL'a, do mlecza przedłużonego, lub pęczków przednich mlecza kręgowego, lecz nawet po skrzyżowaniu piramid widzieć się daje równie wyraźnie i w pęczku piramidalnym bocznym przeciwnej, to jest prawej strony. Pod lupą na skrawkach w jakikolwiek sposób barwionych, część zwyrodniona prawie rozróżnić się nie daje od spojenia substancji szarej mlecza lub tylnego rogu, do tego stopnia, że rzeczony róg przedstawia się jako niezwyklej szerokości i jakoby sięgający aż do rogu bocznego, a nawet przedniego. Przy słabem powiększeniu widzieć można, szczególnie w skrawkach, barwionych metodą WEIGERT'a, że zwyrodnienie pęczka bocznego sięga aż do t. zw. resztek pęczków mózdzkowych, które przy tej metodzie barwienia bardzo jaskrawo odbijają od zwyrodnionych pęczków bocznych.

Przy badaniu pod drobnowidzem przy silniejszych powiększeniach, mianowicie preparatów nigrozynowych, apfelzynowych i karminowych, część zwyrodniona piramidy zabarwiona mocniej, przedstawia się podobnie jak zwyrodniony pęczek boczny prawy, t. j. jako siateczka drobnych włókienek glei, w której niezmiennych włókienek nerwowych już ani śladu dostrzedz nie można.

W niektórych preparatach widzieć można, że piramida zwyrodniona nie przylega bezpośrednio do *fissura anterior*, lecz jest od niej oddzielona wązkim paskiem źle pospolicie zabarwionej tkanki łącznej; szczególnie widocznem to jest na preparatach nigrozynowych mlecza kręgowego, lub nawet na barwionych metodą WEIGERT'a. W tych ostatnich widać nawet, że wiele włókien nerwowych jest niezmiennych; być może, że są to włókna wstępujące, gdy zstępujące od istoty korowej zupełnie uległy zniszczeniu.

W pęczku bocznym piramidalnym w preparatach nigrozynowych, apfelzynowych, lub karminowych, wśród tkanki łącznej nowowytworzonej, mocno rozwiniętej i wrastającej błony naczyniowej, widać obficie rozproszone komórki glei, ładząco podobne do ciałek ropnych.

W preparatach, barwionych hematoksyliną, część boczna zwyrodniona przy powiększeniach słabszych wcale odgraniczyć się nie daje od tylnego prawego rogu, dopiero przy powiększeniach silniejszych można ją odróżnić.

Nakoniec wspomnieć muszę, że w skrawkach, pochodzących z części mlecza, w której ma miejsce skrzyżowanie piramid, a mianowicie na przejściu mlecza przedłużonego w część szyjową, skrzyżowanie robi wrażenie jakby tylko od prawej do lewej strony się odbywało, co ztąd pochodzi, że zanikłe lub zwyrodnione włókna lewej piramidy stają się prawie niewidzialnymi dla dobrze nawet i silną obiektywą uzbrojonego oka.

W rezultacie więc, w naszym przypadku mamy zwyrodnienie pęczków piramidalnych zstępujące, następnie, poczynające się w istocie korowej mózgu, przechodzące na odnogę mózgową lewą, na lewą połowę mostu VAROL'a, lewą piramidę mlecza przedłużonego, lewy pęczek przedni mlecza kręgowego, wreszcie na tegoż pęczek boczny prawy. Być może nawet, że i w dalszych częściach mlecza kręgowego ta sprawa ma miejsce, o czem jednak wnioskować już nie mogę dla braku możności dopełnienia mego badania,

Tego rodzaju zwyrodnienia spostrzegane i opisane były już przez TÜRCK'a, który rozróżniał zwyrodnienia wstępujące i zstępujące.

Jedynie drugie nas tutaj interesować mogą i dlatego nieco bliżej im się przypatrzmy.

Zwykle idą one w parze z zajęciem zawojów mózgowych i zajmują pęczki piramidalne nie tylko przednie, lecz i boczne przeciwnej strony, jako ze skrzyżowania pierwszych wynikające. Odpowiednio do chorej części istoty korowej cierpią piramidy tejże samej strony, a więc znajdziemy zwyrodnienie w częściach motorycznych kory mózgowej, znajdujących się w przednim i tylnym zawoju, obejmującym rowek ROLAND'a; dalej w pęczkach piramidalnych, *centri semiovalis, capsulae internae*, w odpowiednich odnogach mózgu, w moście VAROL'a, wreszcie w piramidzie mlecza przedłużonego, w pęczkach przednich mlecza kręgowego i tegoż pęczkach bocznych przeciwnej strony, na skutek skrzyżowania pewnej części pęczków piramidalnych.

W razie całkowitego skrzyżowania piramid, t. j. wszystkich ich włókien, zwyrodnienie przednich dróg piramidalnych kończy się na mleczu przedłużonym; w mleczu zaś kręgowym jedynie w pęczku bocznym przeciwnym zwyrodnienia szukać należy. Również wydarzyć się może, że bardzo niewielka ilość włókien nerwowych ulegnie skrzyżowaniu, w takim to razie zmiany zwyrodnienia ograniczają się do zajęcia jedynie pęczka przedniego mlecza kręgowego.

W naszym przypadku, jak widzieliśmy, zwyrodnienie było widoczne w sposób zupełnie prawidłowy, skutkiem właściwego skrzyżowania pęczków piramidalnych: z tego powodu tak pęczki przednie odpowiadające stronie chorej istoty korowej, jak i pęczki boczne przeciwnej strony, znajdowały się w stanie zupełnie zdrowym.

Dodać muszę, że w razie obustronnego chorobowego zajęcia mózgu, co zresztą dość rzadko się zdarza, lub przynajmniej bardzo rzadko jednocześnie [gdyż zwykle jedna strona pierwej, druga później chorobowo dotkniętą bywa], wyżej opisane zmiany również obustronnie bywają, a rozpoznanie zmian wcześniejszych od późniejszych zależy od stopnia zwyrodnienia i rozwoju elementów nowowytworzonej tkanki.

Nie wszystkie jednak uszkodzenia kory mózgowej pociągają za sobą zwyrodnienie dróg piramidalnych, o czym wielokrotnie się przekonywano i to przy większych nawet, niż opisane, zniszczeniach mózgu. Również wielu z nas widywało ogromne zniszczenia istoty mózgowej, które albo żadnych zupełnie zбоczeń czynnościowych w kończynach nie wywoływały, lub tak nieznaczne, że zaledwie jakimś napływowi lub zastoinie żylniej przypisanemi były.

Do takich należy świeżo spostrzegany i opisany przypadek kol. KRYSIŃSKIEGO: skrzep krwi wynaczynionej zmiażdżył zupełnie istotę mózgową rogu tylnego, ostrogę ptasią, róg AMMON'a, spłaszczył odpowiedni wzgórek wzrokowy i ciągnął się wzdłuż splotu naczyniowego przez dziurę MONROI do komórki 3-ej, a przez wodociąg SYLWIJUSZA do komórki 4-ej, sięgając aż do strun nerwu słuchowego — gdy od góry ograniczony był zaledwie na 1,5 milimetra grubą warstwą czarno zabarwionej istoty korowej.

Chora pomimo tak strasznych zniszczeń mózgu, zachowała swobodę ruchów tak górnych jak i dolnych kończyn, do ostatnich chwil życia.

Podobny przypadek miałem sposobność sam spostrzegać przed bardzo niedawnym czasem w szpitalu Ewangelickim, na chorym, dotkniętym wysoko posuniętą wadą serca (*Hypertrophia cum dilatatione ventriculi sinistri. Dilatio ventriculi et atrii dextri. Endocarditis marginalis nodosa chronica valvularum bi et tricuspidalium. Insufficiencia valvulae mitralis. Endocarditis chronica*, [wynik sekcji]). U chorego tego na parę dni przed śmiercią zauważono ledwie dostrzegalny niedowład i obrzęk ręki lewej, a pacjent na kilka minut przed skonem, sam jeszcze wychodził do wychodka.

Przy sekcji znaleźliśmy zniszczony cały zraz mózgu ciemieniowy lewy, przedstawiający się pod formą rozpadającej się czerwono-sinej z białą przemieszanej masy, poczynając od sierpu opony twardej, aż do rowu SYLWIJUSZ'a. Nie tylko istota korowa przedniego i tylnego zawoju ośrodkowego, obejmująca rowek ROLAND'a, była poszarpaną i zaledwie przez błcną naczyniową w swem położeniu utrzymywaną, lecz zniszczenie z przodu poczyniło się od zraza czołowego, gdy z tyłu prawie potylicowego sięgało.

Prócz powyższych, mógłbym bardzo wiele podobnych przypadków przytoczyć z kazuistyki chorób mózgowych, spostrzeganych przezemnie choćby tylko w szpitalu Ewangelickim, poniekąd wstrząsających kwestyję umiejscowienia; ze względu jednak, aby nie odbiegać od założonego celu, jak na dzisiaj, odstąpić od tego muszę.

Wracając więc do tego, cośmy wyżej mówili, dodać wypada, że nie wszystkie uszkodzenia mózgu, pociągają za sobą zwyrodnienie pęczków piramidalnych. Wyłącznie wtedy ma ono miejsce, jeśli włókna nerwowe wspomnianych pęczków oderwane lub oddzielone zostały w jaki bądź sposób od swych ośrodków w korze mózgowej.

Uszkodzenia innych części kory mózgowej, lub zupełnie powierzchowne jej obrażenia, jak to spostrzegał ZIEGLER przy zaniku kory mózgowej u obłąkanych, dalej zmiany we wzgórkach wzrokowych, w jądrze soczewkowatym, wreszcie zniszczenie wzgórków prążkowanych, zdaniem prof. CHARCOT'a, nie pociągają za sobą zwyrodnienia pęczków piramidalnych.

Sama sprawa zwyrodnienia zaczyna się pospolicie od włókien nerwowych. KAHLER i PICK widzieli to już po 11-tu dniach od chwili przypuszczalnego uszkodzenia mózgu — chociaż być może, że sprawa zwyrodnienia zaczyna się już wcześniej. Najpierw giną pochewki nerwowe, potem włókna osiowe — potem dopiero następuje rozwój tkanki łącznej z preegzystującej glei, lub wrastającej błony naczyniowej, lub z obu razem, jak w moim przypadku.

Istota szara rzadko ulega zmianie, prawdopodobnie zaś tylko następczo, skutkiem ucisku rozrastającej się tkanki łącznej, do tego stopnia, że czasami róg przedni zmniejsza się do połowy, a komórki zwojowe zanikają. Za temiz zanikają odpowiednie mięśnie.

Przy dłuższym trwaniu choroby ośrodkowej następuje zanik włókien nerwów obwodowych. Toż samo odbywa się i w odpowiednich mięśniach.

Powstające po pewnym czasie trwania połowicznych porażen, przykurczenia pewnych grup mięśniowych i podnoszenie się odruchów ścięgniowych, Bouchardat przypisuje tym właśnie zmianom w mleczu kręgowym.

Obecność więc kontraktur bardzo niekorzystnie wpływa na rokowanie przy porażeniach połowicznych. Powrót do zdrowia możliwy jest tylko przez regenerację, na co w starych przypadkach liczyć trudno. Poprawę więc, jaką niekiedy widzimy, przypisać chyba należy pewnemu zastępstwu zanikłych elementów mózgu przez inne, znajdujące się w mózgu lub mleczu. Gdyby bowiem ostatni wyłącznie rolę przewodnika tylko odgrywał, nie posiadałby zapewne takiego mnóstwa i tak rozlicznie z sobą powiązanych komórek zwojowych, jaką jest obdarzony, a których znaczenia, jak dotychczas, prawie nie znamy.

W mojem przekonaniu, wszelka poprawa, jaką osiągamy przy stosowaniu elektryczności, kąpeli i innych tym podobnych środków leczniczych, polegać musi na podniesieniu czynności pozostałych elementów nerwowych, które w danej miejscowości zniszczeniu nie uległy, lub na obudzeniu czynności tych, które w stanie prawidłowym od tej czynności są zwolnione.

III. Uwagi nad charakterem panującej w końcu roku zeszłego w Warszawie epidemii

INFLUENZY,

ze szczególnem uwzględnieniem objawów i powikłań ze strony dróg oddechowych.

[Rzecz, czytana na posiedzeniu w Towarzystwie Lekarskiem Warszawskiem dnia 28. I. 1890].

Na podstawie własnych spostrzeżeń

podał

Dr Med. Alfred Sokołowski.

[Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 6].

Przystępuję obecnie do opisu najważniejszych, a zarazem najcięższych powikłań sprawy grypowej, jakie napotykałszy w drogach oddechowych w spostrzeganych przez nas przypadkach. Do tej kategorii zaliczamy:

I. Zapalenie płuc, noszące na sobie cechy tak zwanych zapaleń nieżyłotowych (*pneumonia catharrhalis, lobularis*). Przypadków tej kategorii spostrzegalem 10: z tych 8 w praktyce prywatnej, a 2 w szpitalnej. Zapalenia tej kategorii w naszych przypadkach były ściśle związane ze sprawą influenzową, występując bezpośrednio po niej, lub też, co w większości przypadków miało miejsce, stanowiąc z nią nierozdzieloną całość; sądzę więc, że, właściwie mówiąc, sprawy te były nie powikłaniami, a jednym z objawów cięższych postaci influenzy: doświadczenie bowiem kliniczne poucza nas, że w innych czasach zapalenia płuc nieżytowe u dorosłych należą do niesłychanie rzadkich zjawisk.

Z objawów, charakteryzujących zapalenie płuc nieżytowe natury influenzowej, zasługują na uwagę następujące:

1-o. Początek choroby rozpoczynał się w niektórych przypadkach po tygodniu, a nawet dwóch, zwykłej sprawy influenzowej; u innych cho-

rych w dwa do trzech dni po pierwszych dreszczach i bólu krzyża występowały objawy płucne. U większości chorych nie mieliśmy jednego dreszczu, lecz przeciwnie ziębienia nieznaczne trwały kilka dni do tygodnia.

2-o. U większości chorych występowały zaraz z początku bóle różnego natężenia w górnej części klatki piersiowej, przeważnie pod obojczykami. Bóle te trwały ze stopniowo zmniejszonym natężeniem cały przebieg choroby. W jednym przypadku nawet po ustąpieniu gorączki trwały one jeszcze przez dni kilka.

3-o. Jednocześnie z bólami występował kaszel, przedstawiający dwie główne odmiany. W jednym szeregu przypadków, t. j. tym, w których sprawa pęcherzykowa [alweolarna] występowała po pewnym dłuższym przeciągu czasu [około tygodnia] trwania sprawy influenzowej o formie oskrzelowej, kaszel był mocnym, częstym z wyrzucaniem obfitej plwociny, stanowiąc jeden z głównych przedmiotów skargi chorego. W drugim szeregu przypadków, t. j. w tych, w których sprawa płucna rozpoczynała się szybko, nie będąc poprzedzaną dłuższym kaszlem, ten ostatni objaw był zazwyczaj bardzo nieznacznym, krótkim, najczęściej bez plwociny, lub też z bardzo nieznaczną plwociną.

4-o. Plwocina. Jak tylko co wzmiankowałem, pierwsza kategoria chorych, kaszląc, obficie wyrzucała śluzo-ropną plwocinę. Była ona gęstą, w niczem nie przypominając charakterystycznej plwociny właściwej ostremu włóknikowemu zapaleniu płuc. W 2-ch przypadkach, spostrzeganych na oddziale, a w których było wielokrotnie wykonywane badanie drobnowidzowe, to ostatnie wykazało tylko obecność ciałek śluzo-ropnych, komórki nabłonkowe z dróg oddechowych i dużą ilość śluzu. Badanie na laseczniki gruźlicze, które w jednym przypadku ze względu na podejrzenie na tę sprawę, niemal codziennie wykonywanem było, dawało wynik ujemny. W 3-ch przypadkach w pierwszych dniach choroby widziałem plwocinę nieco krwią zabarwioną; rdzawej jednakże plwociny nie spostrzegałem ani razu.

5-o. Poty. Jednym z wielce typowych objawów były poty, spostrzegane od początku choroby. U większości były to poty lekkie, głównie występujące nad ranem, u dwóch jednakże chorych były tak obfite, że przypominały poty rozplywowe suchotników, z tą różnicą, że występowały nie tylko nad ranem, lecz w ciągu całej doby. U jednego z chorych nawet w okresie zdrowienia istniały one — chociaż w mniejszym stopniu.

6-o. Ciężkość gorączkowa, towarzysząca stale od początku choroby, odznaczała się wielce nietypowym przebiegiem. Obok wysokich wieczornych nasileń, dochodzących do 40° C., mieliśmy ranne znaczne spadki — nawet do stanu prawidłowego. W przypadku, spostrzeganym w szpitalu, gorączka, trwająca dni 14, przedstawiała *maximum* wieczorne 40,2° C., na drugi dzień spadła do 37,2° C., na 3-ci dzień zaś potem stale trzymała się około 39,0° C., poczem znowu przedstawiała znaczne wahania. Wogóle typ gorączki we wszystkich przypadkach był zupełnie nieprawidłowym, przypominając nieco trzeci i czwarty tydzień gorączki, towarzyszącej tyfusowi brzuszemu.

7-o. Dusznność prawie we wszystkich przypadkach była bardzo nieznaczną, w jednym tylko, gdzie jednocześnie obok ognisk rozrzuconych w obu

płucach, istniały objawy mocnego nieżytu najdrobniejszych oskrzeli, duszność w ciągu kilku dni występowała w dość znacznym natężeniu.

8-o Stan ogólny chorych w większości przypadków [u 7-iu], pomimo wysokiej gorączki, nie przedstawiał wyraźnych zaburzeń: czuli się oni bardzo dobrze, narzekając jedynie na nieznaczny ból głowy, zupełny brak łaknienia, lub też znaczne uczucie wysychania w gardle. W pozostałych przypadkach istniały wyraźne zaburzenia ze strony stanu ogólnego, a więc znaczny upadek sił, ogólny niepokój, uczucie strachu, mocny ból głowy i t. p.. U dwóch zaś chorych istniały objawy znacznej depresji, przypominającej wysoce stan tyfusowy [skłonność do snu, wieczorne majaczenia i t. p.].

9-o. U kilku chorych znajdowałem wyraźnie powiększoną śledzionę.

10-o. Z objawów ze strony narządów trawienia zanotować należy stale we wszystkich przypadkach istniejący zupełny brak łaknienia, przeciągający się nawet na długo w okresie zdrowienia, oraz zaparcie stolca, stale towarzyszące większości przypadków.

11-o. Wysypka, przypominająca odrę, istniała w jednym przypadku, trwała krótko [2 dni]. Czy była właściwością choroby, czy też zależną od anty-piryny, którą chory przyjmował przedtem, trudno jest orzec; winienem tu jednak nadmienić, że był to jedyny tylko przypadek wysypki na całą znaczną, jak to wyżej wzmiankowałem, ilość chorych, dotkniętych influencją, spostrzeganych przezemnie.

12-o. Objawy fizyczne ze strony klatki piersiowej przedstawiały się różnie i wogóle dawały stosunkowo nieznaczne objawy względnie do gorączki i innych wyżej skreślonych objawów. W większości przypadków mieliśmy w jednym ze szczytów płucnych, najczęściej w miejscu, odpowiadającym bólowi, oddech mocno zaostrozony z licznymi drobnopęcherzykowymi rżęczeniami, przyjmującymi nieraz charakter dźwięczny; obok tego odgłos opukowy był w tych miejscach nieco krótszym. W innych przypadkach takie objawy ogniskowe istniały rozrzucone w różnych częściach klatki piersiowej głównie z tyłu. W jednym zaś przypadku, dotyczącym kilkunastoletniego chłopca, sprawa umiejscowioną była w obu dolnych i tylnych zrazach płuc. Tamże, obok oddechu nieokreślonego, istniała wielka ilość grubo-pęcherzykowych rżężeń z charakterem dźwięcznym, dających prawie objawy tak zwanego *gargouillement*. Obok jednakże tych charakterystycznych objawów wysłuchowych, objawy opukowe były bardzo niewyraźne: wyraźnej tępości wykryć nie było można. Sprawa po kilku tygodniach wyrównywała się w zupełności.

Obok objawów, świadczących o istnieniu ognisk zrazikowych, głęboko położonych, istniały w większości przypadków objawy i rozlanego nieżytu najdrobniejszych oskrzeli [porozrzucane świsty]. U 2-ch jednakże chorych objawy ściśle były tylko umiejscowione do szczytu płucnego.

13-o. Przebieg wogóle był długim. Najkrótszy termin wynosił dwa tygodnie, najdłuższy przeszło 6 tygodni. W przebiegu zauważyłem dwa wyraźne typy: postać cięższą i lżejszą, których właściwości najlepiej objaśnią dwa następujące przypadki.

N., lat 26 licząca, będąc przedtem zupełnie zdrową, doznała w połowie Grudnia dreszczy, ogólnego silnego rozłamania, oraz mocnego bólu w okolicy podobojczykowej, lewej. Chora czuła się tak odrazu osłabioną, że zmuszoną była położyć się do łóżka, przyczem wieczorna ciepłota dnia tego doszła do 39° C., przy współcześnie istniejącem bardzo obfitem poceniu się ciała. W ciągu kilku dni następnych gorączka ciągle wahała się w granicach 39° C. a 39,5° C., jednocześnie zjawił się nieznaczny suchy kaszel; chora pociła się wciąż, brzuch był wzdętym, niebolesnym, śledziona zdawała się być powiększoną. Stan ogólny podupadł znacznie. Dopiero piątego dnia choroby zauważono u lewego szczytu w okolicy nadgrzebieniowej stałe rżenia suche, przy jednocześnie mocno zaostrzonym oddechu. Gorączka trwała przeszło dni dwanaście, w ostatnich kilku dniach przedstawiała ranne nierégularne spadki do stanu prawidłowego, połączone ze znacznem ogólnem osłabieniem chorej, która pociła się ciągle mocno, kaszel stał się suchym, z umiejscowieniem wyżej wzmiankowanym. Wycieńczenie chorej było tak znaczne, że mimo stosowanych niezwykle obficie środków pobudzających istniała obawa ostatecznego wyczerpania. Z początkiem 3-go tygodnia wystąpiło powolne zdrowienie z powolnym powrotem do zdrowia.

Przypadek 2-gi dotyczył 21-letniego rzeźnika, który wstąpił na oddział 2-go Grudnia z powodu gorączki, suchego kaszlu, od przeszło dwóch tygodni trwającego. Miał on być przedtem zupełnie zdrowym, choroba zaczęła się nagle dreszczami, ogólnem osłabieniem i zaburzeniami gastrycznymi, przytem cały czas chory miał się bardzo obficie pocić. Chory w chwili badania uskarżał się na ból głowy, brak łaknienia i obfite poty, cały dzień trwające. Kaszlał sucho, wyrzucając rano nieznaczne ilości śluzoropnej płwociny. Badanie objektywne klatki piersiowej wykazało mocno zaostrzony oddech w okolicy nadgrzebieniowej prawej, tamże liczne, szczególnie przy kaszlu słyszalne drobno-wilgotne rżenia. Język umiarkowanie suchy, brzuch mało wzdęty, śledziona bardzo wyraźnie powiększona. Zaparcie stolca dość uparte. W ciągu dni 20 szczególnej obserwacji chorego, stan jego pozostawał bez zmiany: czuł się wogóle dobrze, skarżąc się tylko na lekki ból głowy i brak łaknienia; gorączkował stale w granicach między 38,4° C. a 40,0° C.; dwa razy tylko, to jest 11-go i 13-go dnia pobytu w szpitalu ranne ciepłoty były prawidłowe. Cały przeciąg dni 20 pocił się niezwykle obficie w ciągu całej doby, przeważnie jednak w nocy. Objawy objektywne u szczytu niewielkiej ulegały zmianie.

Płwocina wielokrotnie badana laseczników gruźliczych nie zawierała. 21 dnia pobytu chorego w szpitalu gorączka spadła zupełnie, chory zaczął szybko się poprawiać, rżenia i oddech wydłużony u szczytu wkrótce zniknęły, w ciągu jednakże jeszcze prawie 2-tych tygodni poty, acz w mniejszym rozmiarze, jeszcze się powtarzały.

14-o. Zejście we wszystkich przypadkach, z wyjątkiem jednego, było zupełnie pomyślnem. Chorzy po mniejszym lub dłuższym przeciągu czasu wracali do stanu prawidłowego. U dwóch chorych pod koniec choroby wystąpiły jeszcze objawy nieznacznego wysięku opłucnej, który jednakże powoli uległ

prawidłowemu wessaniu. Jedyńy przypadek, zakończony śmiertelnie, dotyczył przeszło 60-cio-letniego mężczyzny ze znaczną rozedmą i starymi zmianami w szczytach, u którego w końcu drugiego tygodnia wystąpił znaczny upadek sił i śmierć przy objawach obrzęku mózgu. W przebiegu istniała znaczna gorączka, mocna duszność, objawy zaś miejscowe ograniczały się do rzeżeń prawie dźwięcznych w dolnych częściach prawego płuca, bez wyraźnego w tem miejscu stępienia, bez charakterystycznej płwociny rdzawej. Początek cierpienia stanowiła typowa grypa postaci oskrzelowej. [D. n.]

Wiadomości bieżące.

— Od jednego z kolegów, w Warszawie mieszkających, otrzymaliśmy list, w którym donosi, co następuje:

„W tych dniach zgłosił się do mnie pewien przedsiębiorca, który za opłatą rs. 5 od pojedynczego lekarza chce wywieszać w hotelach listę lekarzy, praktykujących w Warszawie. Naturalnie, iż na liście figurować będą nazwiska tych lekarzy, którzy powyższą sumę zapłacą. Ponieważ uważam za rzecz uwłaczającą etyce lekarskiej podobne afiszowanie się w hotelach, przeto chcę na tej drodze przestrzedz kolegów, by pomysłowemu przedsiębiorcy posłuchu nie dawali i nie zamieszczali swych nazwisk na liście powyższej“.

Podzielamy najzupełniej zapatrywanie się na tę kwestyję autora listu i wyjątek powyższy pomieszczamy dla tego, aby młodych kolegów uchronić od postępku, potępionego przez kodeks etyki lekarskiej.

— GOTTRECHT za pomocą ścisłych doświadczeń potwierdził dawniejsze spostrzeżenia RICHARDSON'a z r. 1863 nad przeciwnym działaniem amoniaku. Do doświadczeń użytych został węgiel amonu, który dodawano do ośrodków hodowlanych w rozmaitej ilości. Okazało się, że dodatek węgla amonu w stosunku 5% znosi żwawo postępującą sprawę gnicia. Mięso, zachowane w atmosferze, zawierającej większą ilość węgla amonu, przechowuje się bez gnicia przez czas dłuższy. Okazuje się i z tych ciekawych spostrzeżeń, że produkty przemiany materji drobnoustrojów stają się dla nich samych szkodliwymi, gdy się nagromadzą w zbyt znacznej ilości. W zwykłych warunkach gnicia węgiel amonu wytwarza się stopniowo, powolnie i nie następuje nagromadzenie jego w takiej ilości, aby rozwój drobnoustrojów gnilnych został wstrzymany.

NEKROLOGIJA.

Dnia 6 b. m. zmarł w Heidelbergu D-r ORTO BECKER, zwyczajny profesor oftalmologii, w wieku lat 62. Strata Jego zasmuciła bez wątpienia wszystkich kolegów w specjalności, którym dobrze znane były naukowe i nauczycielskie zasługi zmarłego, szczerzy zaś żal wzbudzić musiała we wszystkich, co mieli szczęście zetknąć się bliżej z tą niepospolitą postacią, zniwalającą serca wszystkich uprzejmem, choć pełnym powagi obęjściem, budzącem jednocześnie głęboką cześć.

Klinika Jego i pracownia z nieporównaną gościnnością stały dla wszystkich otworem: od swoich pracowników wymagał w zamian jedynie zamiłowania, nauki i pracy. Pobyt też w klinice BECKER'a bogacił nie tylko zawodową wiedzę młodego lekarza, ale wywierał zarazem niezmiernie dodatni moralny wpływ: BECKER brzydził się wszelką błągą; interes nauki i ludzkości stawił zawsze na pierwszym miejscu i umiał zawsze utrzymać się w godności prawdziwego kapłana nauki. Przyjacieli i współpracowników ALBERTA GRAEF'E'go, ARLT'a, DONDEK'a i HELMHOLTZ'a — tych wielkich działaczy złotej epoki oftalmologii — najszcześliwszym czuł się podczas dorocznych zjazdów oftalmologów w uroczym prastarym nadnekar skim grodzie, mogąc ze starszymi kolegami wznowiać tradycyję genialnych pionierów naszej nauki i krzewić je wśród młodszych.

BECKER nie żył i nie działał wśród naszego społeczeństwa; z płodów ducha Jego korzystamy jednak wszyscy, a niedeń na pośród nas nawet bezpośrednio wiele Mu zawdzięcza: niechaj więc wolno mi będzie na tem miejscu spełnić osobisty dług wdzięczności i chociaż kilkoma, z serca płynącymi, słowami uczcić pamięć męża, zgasłego przedwczesnie dla nauki i ludzkości. *W. Kamocki.*

Zmarli: W dniu 7 b. m. zmarł w 82 roku życia, czasowo przebywający w mieście naszym ś. p. HENRYK KUŁAKOWSKI, D-r med. byłej akademii Wileńskiej, b. profesor zwyczajny Cesarskiej Akademii Medyko-chirurgicznej w Petersburgu, b. lekarz naczelny Głównego Towarzystwa dróg żelaznych rosyjskich. Zmarły był jednym z ostatnich uczniów JEPRZEJA ŚNIADECKIEGO i do końca życia wyznawał teoryje Mistra swego, w obronie których dwukrotnie głos zabierał w łamach „Gazety Lekarskiej“ [T. VII. 1869 i T. XV. 1873].

Był to człowiek rzadkiej prawości. Cześć Jego pamięci!

Zmarł K. WESTPHAL, prof. kliniki chorób nerwowych i umysłowych w Berlinie, znany z licznych odkryć na polu neuropatologii, między innymi z odkrycia „odrchu kolanowego“.

Do dzisiejszego N-ru Gazety Lekarskiej dołącza się bezpłatnie dla wszystkich prenumeratorów Prospekt na „Zdrowie“ w r. 1890.

Wydawca D-r St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny D-r Wl. Gajkiewicz.

Доволено Цензурою, Варшава 1 Февраля 1890 г. Druk K. Kowalewskiego, Królewska Nr. 29.