

MEDYCYNA

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

Nr 27.

Warszawa d. 8 Lipca (25 Czerwca) 1905 r.

T. XXXIII.

WARUNKI PRZEDPŁATY

w Warszawie { rocznie . . . rb. 6 kop. — Z przesyłką { rocznie . . . rb. 7 kop. —
 { półrocznie . . . „ 3. „ — pocztową { półrocznie . . . „ 3 „ 50

Cena numeru pojedynczego kop. 15.

CENA OGŁOSZEŃ: Za wiersz jednoszpaltowy drobnym pismem lub za jego miejsce kop. 10.

Na pierwszej i ostatniej stronie kop. 20.

Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracja „Medycyny“. Biuro ogłoszeń Ungra Wierzbowa 8. Dom handlowy L. i E. Metz i Sp. Krakowskie Przedmieście 53. W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 38. W Berlinie Rudolf Mosse Jerusalemstrasse 19.

Adres Wydawcy: Jasna Nr. 6.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE. Zapobieganie sprawom parasyfilitycznym. Podał T. Trzeciński. (Ciąg dalszy). — Przyczynek do leczenia operacyjnego nowotworów rdzenia. Podał d-r med. L. Bregman. (Dokończenie). — Streszczenia i Wyciągi. 43. Przyczynek do nauki o patogenezie otyłości. 44. Jakie zadanie powinno mieć leczenie przy zupełnym pęknięciu macicy. 45. Kamica ślinowa gruczołu podszczękowego i podjęzykowego. 46. Najnowsze badania w sprawie rozpoznawania wodowstrętu (wścieklizny). — Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego. Posiedzenie z d. 1 grudnia r. z. — Jan Mikulicz Radecki. (Wspomnienie pośmiertne). — Ruch chorych w szpitalu miejskim św. Stanisława za czas od 14 maja do 14 czerwca r. b. — Drobniejsze wiadomości różnej treści. — Ogłoszenia.

„MEDYCYNA“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux médecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r TRZCIŃSKI — La prophylaxie des procès parasyphilitiques. 2) D-r L. BREGMAN — Contribution au traitement opératoire des néoplasmes de la moelle.

Redaction Dr. M. Sadowski, Varsovie — Rue Krakowskie Przedmieście 7.

„MEDYCYNA“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen. 1) D-r TRZCIŃSKI — Die Prophylaxe der parasyphilitischen Processe. 2) D-r L. BREGMAN — Ein Beitrag zur operativen Behandlung der Neubildungen des Rückenmarks.

Redaction: Dr. M. Sadowski, Warschau — Krakowskie Przedmieście 7.

PRACE ORYGINALNE.

Zapobieganie sprawom PARASYFILITYCZNYM.

Podał

T. TRZCIŃSKI.

Ordynator szpitala św. Łazarza.

Rzecz wygłoszona na posiedzeniu klinicznym W. T. L.
dnia 23. III 1905r.

(Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 26).

Tak więc wobec powyższych danych powszechnie dziś jest przyjęte twierdzenie KRAFT-EBING'a, wygłoszone przezeń na kongresie w

Moskwie, że: „w etiologii paraliżu uprzednia infekcja przymiotowa jest najstalszym i jedynym nieprzypadkowym współczynnikiem” — chociaż nie wyłącznym, i że etiologia paraliżu wyraża się dwoma słowami: „syfilizacya i cywilizacya”. Cywilizacya, albowiem prowadzi za sobą wszystkie możliwe nadużycia i chroniczne zatrucia, a wreszcie, na co się już żalił król-wicz duński Hamlet, „owe tysiączne właściwe naszej naturze wstrząśnienia” czyli, jakbyśmy dziś powiedzieli, moralne insuldy i traumaty, co wszystko razem wzięte wytwarza u niektórych

osobników małą sprawność i małą odporność mózgu, a ona znowu neuropatyczna dyspozyeya utrwała się i potęguje drogą patologicznego dziedzictwa.

Że trudno, a nawet wprost niepodobna zostać tabetykiem, nie przeszedłszy uprzednio przez syfilis, to zdaje się dziś nie ulegać wątpliwości; nie można jednak tego kategorycznego twierdzenia zastosować do demencji paralitycznej, bo znaczna liczba przypadków tej sprawy zawdzięcza swe powstanie dziedzicznemu obciążeniu, popartemu dzielnie przez nadużycia, zatrucia i ciężkie warunki istnienia.

Rzekłem wyżej, że sprawy parasyfilityczne uważam za najgroźniejsze następstwo infekcyi przymiotowej, groźniejsze, niż syfilis mózgu i mlecza; wymaga to uzasadnienia.

Choć przymiot ośrodków nerwowych jest sprawą groźną, o rokowaniu często wątpliwem nietylko *quoad valetudinem completam*, lecz nawet *quoad vitam*, niemniej przeto ta jest między nim a parasyfilisem różnica, że, po pierwsze, wcześniej rozpoznany poddaje się leczeniu i często daje się wyleczyć doszczętnie, a powtóre, jest tyle względny, że zrzadka jedynie występuje niespodzianie, a zazwyczaj uprzedza o niebezpieczeństwie za pomocą objawów zwiastunowych i pozwala wskutek tego na wczesne rozpoznanie, co jest często kwestyą życia lub śmierci dla chorego.

Któż z nas nie pamięta chorych, co tygodniami całymi dręczeni bądź to przez silne bóle głowy, bądź przez dotkliwe parestezye w dolnych kończynach, bądź także parastezye w prawej lub lewej połowie ciała, przez cały ten zwiastunowy okres czasu przyjmowali *nervina* lub *tonica*, aż wreszcie nagle powstałe objawy ogniskowe ze strony mózgu, para — lub hemiplegia, zakończyły smutną historię błędnego rozpoznania i leczenia. W takich to przecie przypadkach leczenie swoiste zastosowane w zaraniu sprawy chorobowej nie tylko ratuje życie,

ale często wraca normalną fizyologiczną szerokość funkcyi mózgu i mlecza.

Zgoła inaczej rzecz się ma w sprawach parasyfilitycznych. Okresu zwiastunowego tu nie masz, bo pierwsze objawy wiądu lub paraliżu są już więdem i paralizem, a skoro istnienie jednej z tych spraw dyagnostycznie nie ulega wątpliwości — (dziś rozpoznajemy *tabes* w jego najwcześniejszych okresach, na dziesiątki lat nie-rzad przed wystąpieniem bezładu ruchowego) — żadne leczenie nie zdoła już zahamować fatalnego i złowieszczego jej rozwoju. Bo, niestety, *tabes* nie poddaje się zgoła leczeniu swoistemu. Tyle tylko można powiedzieć, że istnieją rzadkie bardzo formy *pseudo-tabis syphiliticae*, a które są właściwie przymiotem rdzenia, (przypadki takie obserwowali: OPPENHEIM, EISENLOHR, BRASCH i EWALD, stwierdziwszy je badaniem *post mortem*), te oczywiście reagować będą na środki swoiste; że następnie zdarza się jednoczesne istnienie wiądu i przymiotu rdzenia, a wtedy dla leczenia swoistego dostępny będzie ów przymiotowy plus.

Bodaj że najwcześniejszym objawem wiądu przynajmniej w dużej większości przypadków są charakterystyczne bóle, które zmuszają chorego do szukania porady, a które stale nazywane są przez pacjentów reumatycznymi. Są one źródłem ciężkich tortur dla każdego tabetyka, co jakiś czas przykuwają go do prawdziwego łoża boleści, uniemożliwiając zawodową pracę, niszczą wszelką radość istnienia, wywołują nawet czasami dość wysokie podniesienie temperatury ciała, którego niczem objaśnić nie można, a które wraz z nimi przechodzi.

Przed czasy stale w tych inicjalnych wiądu okresach stosowałem energiczne leczenie swoiste, powodowany lękliwą nadzieją przyniesienia choremu subiektywnej ulgi, ale nie widząc nigdy jakiegokolwiek dodatniego wyniku, od lat wielu zaniechałem tego postępowania. A jako bezsilne jest leczenie swoiste wobec naj-

wcześniejszych objawów wiaǳu, tak teŹ nie zgoła działać nie moŹe w dalszym rozwoju choroby, podczas którego teŹ i stosowane nie bywa.

Nie inaczej teŹ stoi sprawa leczenia specyficznego w przypadkach demencji paralitycznej.

PoniewaŹ róŹniczkowe rozpoznanie tej formy klinicznej bywa nieraz o wiele trudniejsze, niŹ rozpoznanie wiaǳu, przeto w przypadkach wátpliwych z przymiotem w anamnezie, oczywiŹcie, stosujemy kuracjé specyficzná, choćby dla spokoju sumienia, gdy jednak rozpoznanie sié ustali, moŹemy jedynie oczekiwać wiadomego, a fatalnego zejŹcia.

Albowiem chociaŹ istniejá uleczalne postaci przymiotu móŹgu, symulujáce nieraz bardzo udatnie paraliŹ postępujácy, (pomyłki takie popełnili OPPENHEIM i WESTPHAL), chociaŹ przed dwoma laty HALBAN w literaturze paraliŹu wynalazł 12 jakoby niewátpliwych przypadków wyleczenia *resp.* remisji, trwajácych dziesiátki lat, to jednak powszechnie przyjéty jest pewnik, Źe istotny paraliŹ postępujácy jest nieuleczalny i zawsze stopniowo prowadzi do ostatecznej ruiny duchowej i fizycznej, a wreszcie do przedwczesnej Źmierci, Źe wiéc nad tym okręgiem ziemskiego przedpiekla, w którym przebywajá demenci paralityczni, śmiało napisać moŹna „*lasciate ogni speranza*”.

GroŹé parasyfilisu potęguje jeszcze skonstatowany w ostatnich czasach niewátpliwy a znaczny liczebny wzrost wiaǳu i paraliŹu, wiéksza, niŹ dawniej, częstość paraliŹu u kobiet, zjawianie sié tegoŹ u ludzi młodszych, niŹ to dawniej bywało, a wreszcie częste dzisiaj formy, poczynaające sié jako wiaǳ, a przechodzące póŹniej w wiaǳo - paraliŹ.

Skoro wiéc kaŹdemu syfilitytkowi grozi powaŹne niebezpieczeństwo ewentualnego parasyfilisu, skoro nad kaŹdym, jako miecz Damoklesa'a, zawieszona jest moŹliwość kalectwa i niedołęŹstwa — *resp.* tabesu albo demencji i przed-

wczesnej Źmierci, tedy niezmierná wagę miało-by wyjaśnienie przyczyn, dla których u jednego syfilityka rozwija sié parasyfilis, wówczas gdy inny wychodzi z niebezpieczeństwa obronná ręká i w spokoju doŹywa fizyologicznego kresu Źywota, bo wyjaśnienie tych przyczyn, być moŹe, pozwoliłoby tak ciężkiej szkodzie zabiedz.

Od lat wielu w kaŹdym nowym przypadku wiaǳu lub paraliŹu z notorycznym przymiotem w anamnezie zwracałem baczná uwagę na rodzaj przebytego specyficznego leczenia i przez długi szereg lat spotykałem w tych przypadkach zawsze teŹ same braki i opuszczenia w kuracji, powtarzające sié z jednostajnoścjá, wprost zadziwiajácá. Wszyscy ci chorzy leczyli sié bardzo mało i zgoła niedostatecznie.

CóŹ zasié nazywa sié normalnem i wystarczajácem leczeniem wczesnego przymiotu? W olbrzymiej wiékszości przypadków, zwlászczá u ludzi młodych, schematyczny przebieg wczesnego przymiotu przedstawia sié w sposób następujácy. Po okresie drugiej inkubacji występujá objawy ogólne i znikajá przy odpowiedniem leczeniu w ciágu kilku tygodni. Następuje potem okres utajonego przymiotu, trwajácy 2 do 3 miesiécy, po którym zjawia sié pierwsza recydywa, po niej w kilka miesiécy — druga, i t. d., a takie kolejne następstwo okresów latentnego i czynnego przymiotu ciágnie sié, mniej wiécej, dwa do trzech lat. ZauwaŹę w nawiasie, Źe w zwykłych, przeciętnych formach choroby daje sié dostrzegać wyraźna jednostajność w postaci nawrotów, zgodnie z faktem, oddawna ustalonym, Źe w kaŹdym ustroju jakaś tkanka lub jakiś organ jest czulszym od innych odczynnikiem na zarazek luesu. U jednych wiéc chorych recydywuje prawie wyłácznie angina, u innych wysypki skórne, u innych wreszcie sprawy okostny lub kości.

Zacznijmy od leczenia tej przeciętnej formy. Przedewszystkiem co do wyboru środka, zaznaczyć muszé, Źe stawiam wyŹej ponad

wszystko leczenie wcieraniami; iniekcye, czy to rozpuszczalnych, czy to nierozpuszczalnych preparatów rtęci działają o wiele słabiej, dają krótsze okresy utajonego przymiotu i nie zabezpieczają dostatecznie przyszłości chorego, pomimo swego rzekomo logicznego uzasadnienia, ulubione zaś we Francyi leczenie wewnętrzne jest metodą najmniej racjonalną i najmniej pewną, i należałoby je chyba stosować tylko wtedy, gdy innych sposobów użyć zgoła nie można. Wobec pierwszych objawów konstytucjonalnych zrobić należy wcierań pięćdziesiąt, gdyż nie należy zapominać, że pierwsze leczenie, o ile będzie energiczne i długotrwałe, wyrokuje o całym następnym przebiegu wczesnego przymiotu, że zapewnia możliwie dłuższe trwanie okresów latentnych i słabnące coraz nasilenia objawów nawrotowych.

Ponieważ rtęć nie działa na istotę przymiotu podczas okresów utajenia, ponieważ tylko czynna forma zarazka poddaje się działaniu specyfiku, przeto między jednym nawrotem choroby a drugim leczenie jest zgoła zbędne, a nawet wprost szkodliwe, ile że bezpotrzebnie zmniejsza wrażliwość ustroju na lek, dlatego też schematyczne leczenie FOURNIER'a, stosowane co jakiś czas, bez względu na okres choroby, po za Francją jest zupełnie zarzucone. Natomiast wobec wyraźnej recydywy leczenie powtarzać należy koniecznie, choć już w mniejszych rozmiarach, bo zwykle 30 wcierań w takim razie wystarcza.

Tak więc w przypadku przeciętnego przymiotu u młodego człowieka stosujemy \pm 3 kuracye w pierwszym roku choroby, około 3 w drugim, a wreszcie często 1 lub 2 kuracye w trzecim.

Oczywiście, że istnieją liczne odchylenia od naszkicowanego powyżej normalnego czyli łagodnego przebiegu wczesnego przymiotu, które pociągają za sobą modyfikacye w leczeniu.

Przedewszystkiem bardzo częste nawroty wczesnych objawów konstytucjonalnych zjawiają się w 3 — 4 — 5 — 6 — najwyżej 7 roku choroby, a wtedy leczenie swoiste trwa naturalnie lat tyleż.

Idąc dalej w kierunku wstępnym skali patologiczno-klinicznej, spotykamy przymiot, dający *ab origine* objawy ciężkie, odporne wobec leczenia, recydujące bardzo często, nieraz dotyla, że prawie nie dają choremu jednej chwili wolnej. Wtedy, naturalnie, schemat leczenia ulega wielkim zmianom, chory jest w leczeniu prawie nieustannie, a oprócz środków specyficznych stosujemy przeróżne pomocnicze metody leczenia. Mamy następnie formę przymiotu galopującą, niezbyt ciężką co do jakości objawów, ale dającą w częstych nawrotach objawy coraz wyższego patologicznego stopnia, natomiast wyczerpującą się prędzej od innych.

Te trzy formy choroby, choć cięższe i przykrzejsze na razie, dają jednak w ogóle lepsze rokowanie pod względem dalszych losów chorego, a mianowicie, co do możliwości objawów wisceralnych w późniejszym życiu tegoż, jako że przez samą jakość swoją zmuszają go do długotrwałego i energicznego leczenia. Boć przecie usunięcie istniejących wczesnych objawów konstytucjonalnego przymiotu nie stanowi ani jedynego, ani najważniejszego celu leczenia.

Różyczka, pozostawiona samopas, trwać będzie dłużej, niż przy leczeniu, przecie w rezultacie zniknie, znikną i plamy w jamie ustnej przy jakiej takiej higienie ust, ustąpi nawet *cephalca*, ale, jeśli działamy energicznie, mając przed sobą objawy czynnego okresu wczesnego przymiotu, mamy, być może, głównie na myśli zabezpieczenie przyszłości pacjenta, możliwe zaasekurowanie go od form mózgo-rdzeniowych, od przedwczesnej miażdżycy tętnic, od objawów późnego przymiotu, od parasyfilisu wresz-

cie. Dlatego gorzej przedstawia się sprawa w tych formach przymiotu, które odchylają się od przeciętnej normy w kierunku pozornie łagodniejszego przebiegu, bo łagodniejszy, rzekomo rzadziej recydujący przymiot, oczywiście, bywa rzadziej, słabiej i krócej leczony.

Rozmaitość tych form jest wielka, ale, dodając z punktu, rzekoma ich łagodność jest bardzo zawodna, a rzadkość nawrotów lub nawet ich brak zupełny polega jedynie na ciężkich błędach w samoobserwacji chorego, jeżeli tenże, ufając samemu sobie, stałych, peryodycznych oględzin u lekarza poniechał. Najczęściej pod tym względem spotykamy z dumą przez chorego opowiadany fakt, jeśli np. zbieramy anamnezę z powodu wiadu, iż przed laty tyłu a tyłu miał chory objaw pierwotny, po nim wysypkę, z powodu której zrobił 30 wcierań, a po tem już nie — nie było żadnego więcej leczenia, bo nie było objawów choroby. Leczenie nie było powtarzane — to prawda — ale objawy choroby istniały, jeno uszły uwagi chorego. Bo są to fakty bardzo pospolite, że po pierwszej kuracji, zwłaszcza jeśli zrobiono do 50 wcierań — recydywa zjawia się w kształcie mało wyraźnym, lęklwym, jest zaledwie słabą i nikłą wskazówką, że zarazek przeistoczył się z formy utajonej w czynną.

Długo nieraz w takim przypadku szukać trzeba, zanim się znajdzie, np. na błonie śluzowej policzka, na wysokości górnych trzonowych zębów małą, ale typową sadłową plamę, kilka wykwitów lichenoidnej, grudkowatej wysypki na skórze, małe, moknące nacieczenie *in ano* lub inny, również mało wyraźny objaw choroby. Ale jeśli utajony okres trwał przedtem 2 do 3 miesięcy, te mizerne i trudne do wyszukania objawy, które nawet doświadczony lekarz przy nieco pośpieszniejszym badaniu przeoczyć może, nie tylko upoważniają nas do zainstalowania ogólnego leczenia, lecz wprost grają w tym względzie rolę kategorycznego imperatywu. Jeśli

byśmy w takim razie czekali z ogólnem leczeniem na zupełniejszą i okazalszą formę recydywy, poprzestając na lokalnej jedynie terapii, moglibyśmy w pierwszym a tak decydującym o przyszłości roku sprawy chorobowej, moglibyśmy, mówię, pozostawić chorego bez leczenia w ciągu 6 — 7 do 9 miesięcy, co by już było ciężkim błędem terapeutycznym. Ale często zdarzają się formy syfilisu, które w przebiegu swoim cierpliwość i uwagę lekarza wystawiają na próbę jeszcze cięższą. Oto u jednego z moich chorych, po pierwszych wyraźnych objawach ogólnych, nawroty sprawy zjawiały się co kilka miesięcy jedynie w kształcie bardzo niewyraźnej i błażej anginy, którą ten tylko mógł być złowić, kto dobrze znał gardziel pacjenta w okresach utajenia, do tyła nacieczenie i czerwoność były nieznaczne. Inny znów osobnik podczas recydywy nie był w stanie nigdy zdemonstrować nic więcej nad małe, płamkę na języku, a czekałem na nią z upragnieniem, aby być uprawnionym do powtórzenia kuracji. Nieznaczne powiększenie dostępnych dla palpacji gruczołów limfatycznych i ich mała bolesność stanowiły stałą postać nawrotu u innego jeszcze chorego. Był wreszcie i taki luetyk, u którego za recydywę koniecznie trzeba było uznać upadek odżywiania i znaczną utratę wagi ciała bez żadnych innych objawów choroby; potwierdziła to obserwacja *ex juvantibus*, bo w miarę leczenia specyficznego ogólny wygląd chorego ulegał widocznej zmianie na lepsze, i waga ciała wzrastała, aż wreszcie wróciła do normy.

A cóż rzec o tych przypadkach, w których istnieje typowy i rzeczywisty objaw pierwotny, a objawów ogólnych doczekać się nie można! Przychodzą wreszcie w jakiejś cudackiej i poronnej formie, np. jako bardzo słabe zgrubienie okostny kości czołowej, bezbolesne i prawie niedostrzegalne, lub kilka zaledwie wykwitów lichenoidnego syfilisu. Dlatego też słusznie żąda BLASCHKO w swych uwagach o leczeniu

przymiotu, aby lekarz badał starannie każdego syfilityka co 6 tygodni, nie polegając bynajmniej na samoobserwacji chorego, ja zaś, biorąc pod uwagę właściwą naszym chorym niedbałą lekomyślność i nieumiejętność obserwacji, wszystkich luetyków w okresie utajonego przymiotu badam co 4 tygodnie.

(C. d. n.).

Z oddziału dla chorych nerwowych d-ra Bregmana
w szpitalu Starozakonnych w Warszawie.

Przyczynek do leczenia operacyjnego NOWOTWORÓW RDZENIA.

Podał

D-r med. L. Bregman.

(Dokończenie. — Zob. N. 26).

Steszczając wyniki badania anatomicznego, mamy przypadek rozlanej sarkomatozy opon miękkich rdzenia.

Rozpoznanie tej postaci nowotworowej nastrocza, jak wiadomo, ogromne trudności. Punkcji lędźwiowej, niestety, w przypadku tym nie zrobiliśmy; być może znaleźlibyśmy w płynie mózgowo-rdzeniowym zmiany, które według RINDFLEISCH'a *) są dla tego cierpienia charakterystyczne. W trzech przypadkach rozlanego mięsaka opon autor ten znalazł w płynie mózgowo-rdzeniowym zmiany zapalne — ilość białka była powiększona, dość szybko i samoistnie powstawały w nim skrzepy (spontane Gerinnbarkeit). W jednym przypadku i to w jednym, w którym na tę okoliczność zwrócono uwagę, znaleziono bardzo liczne duże komórki z dużymi pojedynczymi pęcherzykowatymi jądrami, które to komórki R. uważa jako komórki nowotworowe.

*) RINDFLEISCH. Deutsche Zeitschrift f. Nervenheilkunde. Tom 26. Str. 134.

Rozlany mięsak opon przedstawić się może, jak wiadomo, w dwóch postaciach: 1) jako rozlane, bardziej równomierne nacieczenie nowotworowe (*sarcomatosis diffusa*) 2) w postaci rozlanych, mniej lub więcej licznych węzłów i węzełków (*sarcomatosis nodosa*). Bardzo często obie postacie równocześnie w tym samym przypadku spotykamy. Również u naszej chorej mamy obok rozlanego nacieczenia opon jeden większy węzeł w górnej części grzbietowej. Na uwagę zasługuje ta okoliczność, że węzeł był pojedynczy, gdyż w większości przypadków liczba ich jest dość znaczna.

Przy operacji nowotwór ten znalazł się w obrębie pola operacyjnego, nie mógł jednak być wyluszczonej z powodu niebezpieczeństwa poważnego uszkodzenia samego rdzenia. Położenie nowotworu odpowiadało w zupełności objawom klinicznym, które, jak wyżej wyjaśniłem, doprowadziły do rozpoznania nowotworu rdzenia i oznaczenia w tem właśnie miejscu jego umiejscowienia. Badanie drobnowidzowe potwierdziło, że rdzeń w tem miejscu uległ prawie całkowitemu zniszczeniu, w części przez ucisk, w części przez wrastanie nowotworu.

To powikłanie rozlanej sarkomatozy opon jednym nowotworem węzłowatym, który spowodował niewątpliwie samoistne objawy kliniczne, wydaje mi się, bez względu na ujemny wynik operacji, nader pouczającym. Czy węzeł ów jest nowotworem pierwotnym, rozlana sarkomatoza zaś wtórnie się doń przyłączyła, rozstrzygnąć tego z pewnością nie możemy. W pewnej mierze przemawia za tem ta okoliczność, że nowotwór ten już w czasie operacji, t. j. we wczesnym okresie choroby, przedstawił się nam dość dużym. Prócz tego SCHLESINGER*), który miał sposobność zbadać większą liczbę przypadków, dowiódł, że w przeważającej więk-

*) SCHLESINGER. Beiträge zur Klinik der Rueckenmarks- und Wirbeltumoren. Jena 1898.

szości obok rozlanej sarkomatozy opon znajduje się nowotwór pierwotny w narządach centralnych układu nerwowego (w 14 przypadkach na 18 badanych). 12 razy wykryto go w tylnej jamie czaszkowej: 9 — w mózdzku, 3 — w rdzeniu przedłużonym. W przypadku A. WESTPHAL'a ognisko pierwotne znaleziono w pagórku wzrokowym, tak samo w 1 przypadku RINDFLEISCH'a, w 2 zaś w mózdzku. Natomiast umiejscowienie mięsaka pierwotnego w rdzeniu lub w oponach rdzeniowych należy według SCHLESINGER'a do najrzadszych.

Z punktu widzenia anatomicznego zasługuje jeszcze w przypadku tym na uwagę stosunek nowotworu opon do samego rdzenia. Zazwyczaj

mięsaki opon zatrzymują się na granicy rdzenia lub, przekraczając ją wprawdzie, rozprzestrzeniają się li tylko w obwodowych częściach przekroju*). Tu natomiast nowotwór już w górnej części grzbietowej przenikł głęboko w istotę rdzeniową, w środkowej grzbietowej zaś cały niemal przekrój zajęty został tkanką nowotworową.

*) A. WESTPHAL. Ueber multiple Sarkomatose des Gehirns und der Rueckenmarkshäute Archiv f. Psychiatrie Tom 26 Str. 770. BRUNS (Die Geschwulste des Nerwen-systems. 1897) opisuje przypadek, w którym nowotwór zajął część przekroju rdzeniowego. Mięsak towarzyszył korzeniom tylnym do wewnątrz rdzenia i zajął pęczki tylne, ale i ku przedniej części przekraczał granicę piaie matris. Por. też SCHLESINGER l. c., NONNE. Deutsche Zeitschrift f. Nervenheilkunde i RINDFLEISCH l. c.

STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

43. A. LORAND. Przyczynek do nauki o patogenezie otyłości.

Różne są przyczyny powstawania otyłości. Wogóle jednak można je podzielić na dwie kategorie: zewnątrzustrojowe i wewnątrzustrojowe. Do pierwszej zaliczają się te przypadki, gdzie wprowadzenie do ustroju bogatych w jednostki ciepłotne (*calories*) pokarmów oraz przyswajanie ich odbywa się ponad miarę i potrzebę fizyologiczną danego osobnika — przyczem skłonność do tycia uwydatnia się tu tem wyraźniej, im bardziej on prowadzi życie nieczynne i nieruchliwe. W zakres drugiej kategorii wchodzi te przypadki tycia, gdzie ono się ujawnia a często i niezmiernie wzmaga przy bardzo nawet umiarkowanej dyecie.

Przypadki tego działu autor stara się objaśnić wpływem, jaki zboczenia chorobowe w niektórych gruczołach — *glandulae sanguineo-*

vasculosae — na ustrój i przemianę materii w nim wywierają.

Oto szereg danych, na których wzajemnym stosunku i łączności twierdzenie swoje opiera.

Faktem jest, że istnieje pewien związek między otyłością a gruczołami płciowymi. Wiadomem jest, że trzebieenie jest sposobem, który się wyzyskuje dla tuczenia zwierząt, mających służyć na pokarm. Takież sam wpływ okazuje kastracya na kobiety i mężczyzn (eunuchowie). Fakty te, jak to wykazały nader ściśle badania LEWY'ego i RICHTER'a — objaśniają się osłabieniem spraw oksydacyjnych w ustroju. Podobnie osłabienie energii oksydacyjnej stwierdzić się daje przy zwyrodnieniu gruczołu tarczowego. Tenże LEWY w klinice prof. NOORDEN'a wykazał, że słabnie ona przy obrzęku śluzowym (*athyreoidia*) i odwrotnie wzmaga się w sprawie chorobowej przeciwnego znacze-

nia — w chorobie BASEDOW'a (*hyperthyreoidia*), nadto że potęguje się ona przy podawaniu farmaceutycznych przetworów gruczolu tarczowego. LANZ u opasłych (tłustych) wieprzów znajdował tłuszczowe zwyrodnienie tego gruczolu. Według MERMEHREN'a obrzęk śluzowy zaznacza się początkowo nadmierną otyłością.

Zupełny jednak brak sprawności gruczolu tarczowego (*athyreoidia*) stosunkowo rzadko się zdarza, częstsze za to bywają zwyrodnienia jego częściowe, ograniczone, a w przypadkach takich częściowy obrzęk śluzowy, otyłość — jako objawy znamienne — stwierdzają badania RIVERDIN'a, BRISSAUD'a oraz HERTOIGH'a. MARFAN i GUINON też opisali przypadek niermiernej otyłości u dziecka z częściowym obrzękiem śluzowym. Wycięcie gruczolu tarczowego — zwłaszcza u zwierząt trawożernych, z pozostawieniem gruczolów paratyreoidalnych zewnętrznych — powoduje otłuszczenie tak samo zupełnie, jak i wycięcie jajników. Wogóle wynikiem operacji takiej u zwierząt bywa albo infiltracja tłuszczowa albo śluzowa.

ABRIKOSOW opisał (w Archiwie VIRCHOW'a) przypadek obrzęku śluzowego — przy zwyrodnieniu tłuszczowym gruczolu tarczowego, przyczem jednocześnie nadmierne nagromadzenie się tłuszczu wykazało się dało nawet w takich miejscach, w których ten zwykle się nie odkłada.

Inni znów opisują przypadki karłowactwa z nadmierną otyłością (BOURNEVILLE, LEMAIRE). SCHRÖTTER wspomina o przypadku choroby BASEDOW'a, interesującym wielce z tego względu, że górna połowa ciała chorej okazywała się bardzo wychudzoną, podczas gdy dolna — przeciwnie — bardzo była otłuszczone. W przypadku tym nadto dały się stwierdzić objawy obrzęku śluzowego — tak że przypadek ten uosabia niejako przejście choroby BASEDOW'a w obrzęk śluzowy. Podobne przypadki opisane też były i przez innych autorów (BABIŃSKI, SOLLIER, KOWALSKI, ULRICH).

Tak więc gruczol tarczowy, zaliczający się do kategorii *gland. sanguineo-vasculosae*, znaczny wpływ wywiera (jak to już było powyżej zaznaczone) na sprawy oksydacyjne w ustroju, *eo ipso* funkcyja jego ważną odgrywa rolę w przemianie materji. Wszystko zatem, co czynność jego tamuje, tamuje i energię oksydacyjną i na

tej drodze sprzyja otłuszczeniu. Tem to właśnie można sobie tłumaczyć tycie w starszym wieku; wtedy bowiem w gruczole nad fizjologicznie ważną tkanką gruczolową bierze przewagę rozrost tkanki łącznej. Nadto wchodzi tu jeszcze w grę inwolucya gruczolów rodzajnych (płciowych).

Z drugiej znów strony nie małoważny jest stosunek w jakim pozostają do siebie gruczoly rodzajne i gruczol tarczowy. Ujawnia się on obrzmieniem tego ostatniego w czasie miesiączkowania i ciąży; wydzielanie mleka zwiększa się przy podawaniu tyreoidyny (HARTOGUE). Naodwrot sprawy chorobowe gruczolu tarczowego (*myxoedema, Morb. Basedowi*) powodują swoistą niedomogę gruczolów płciowych (*Impotentia, amenorrhoea*). Dalej faktem, stosunek ten stwierdzającym i stwierdzonym przez ORD'a, MORWAN'a i inn., jest względnie najczęstsze pojawianie się obrzęku śluzowego po ciąży, po długotrwałem karmieniu — nadto autor zaznacza otyłość prostytutek, jako wynik nadmiernej czynności gruczolów płciowych (?). Wszystkie więc te sprawy, tyżące się sfery płciowej, odbijają się na stanie gruczolu tarczowego, a tem samem wpływają na wadliwą przemianę materji z jej następstwami.

Otyłość kobiet, które raz lub kilka razy już rodziły, daje się objaśnić wyczerpaniem niejako tego gruczolu po nadmiernej czynności jego w czasie ciąży i karmienia. Otyłość w latach klimakterycznych sprowadza się do zmian w jajnikach i gruczole tarczowym. Otyłość u ozdrowieńców po chorobach zakaźnych znajduje objaśnienie swoje w zmianach degeneracyjnych, jakie często stwierdzić się dają w przebiegu tych chorób w tym gruczole (ROGER, GARNIER, CRISPUJO, TORRI, QUERVAIN i inn.). ROGER i GARNIER stawiają przypadki te w zależności od wyczerpania się substancji koloidalnej, której wzmożone wydzielanie się w gruczole było wynikiem spotęgowanej uprzednio czynności jego. Substancja ta to właśnie — zdaniem autora — ma bardzo ważne znaczenie, i brak jej w gruczole stoi też w prostym stosunku z otyłością małych dzieci. Nadto wykazaniem zostało, że zawartość jodu w gruczole tarczowym też zależna jest od ilości w nim tej substancji (koloidalnej).

Kończąc pracę swoją, autor — na zasadzie przytoczonych powyżej faktów i własnych badań, wypowiada się tak. Należy rozróżniać:

1) Otyłość pochodzenia zewnątrzustrojowego (exogène), jaka spostrzegać się daje u ludzi, dużo jeżdżących. W tej postaci spotykamy się względnie często z moczówką cukrową.

2) Otyłość pochodzenia wewnątrzustrojowego (endogène), spowodowaną sprawami chorobowymi, oddziaływającymi na *glandulae sanguineo-vasculosae* i znamionującymi się tendencją obniżania spraw oksydacyjnych w ustroju i wywoływania przejawów (stanów), mniej lub więcej odpowiadających obrzękowi śluzowemu. Tutaj moczówka cukrowa rzadko się zdarza.

Otyli pierwszej kategorii mają zazwyczaj wygląd osobników pełnokrwistych, twarz kongestyjnie rumianą, łatwo się pocią, rzadko cierpią na zaparcie stolca — raczej okazują pewną skłonność do rozwolnienia. Chudną oni zazwyczaj szybko przy uszczuplonej diecie i zastosowaniu odpowiednich wód mineralnych.

Osobniki zaś drugiej kategorii zaznaczają otyłość swoją tłuszczem „niezdrowym”, — sadłowatym, prawie wcale albo bardzo mało jedynie się pocią, są bledzi, cierpią na zaparcie stolca i uskarżają się wiecznie na uczucie zimna. Ci to właśnie — zdaniem autora — najlepiej się nadają do leczenia przetworami gruczolu tarczowego w przeciwstawieniu do osobników pierwszej kategorii, gdzie ono jest mniej wskazane. Dalej snując wnioski, twierdzi, że istnieje ścisły związek między obrzękiem śluzowym a otyłością pochodzenia wewnątrzustrojowego, i skłonny jest zapatrywać się na ów obrzęk jako na najwyższy stopień otyłości (otłuszczenia) takiego pochodzenia, tembardziej, że budzi już nawet pewne refleksy i to, że w obydwóch sprawach jedna i ta sama tkanka (łączna podskórna) służy za miejsce odkładania się produktów ich obojga. Na korzyść takiego poglądu przemawia i to, że w daleko posuniętej już starości w tkance tłuszczowej stwierdzać się dają przemiany jej na substancję śluzopodobną (koloidalną?).

Streszczając się, autor kończy pracę swoją konkluzją, że otyłość (zależna od zmian w *gland. thyreoidea, ovarium*), *diabetes* (zależny od zmian w trzustce, kępkach LANGERHANS'a i gruczole tarczowym) i wogóle wszystkie sprawy chorobowe, polegające na zaburzeniach nutrycyjnych ustroju, zależne są od zmian w *gland. sanguineo-vasculosae*, i gdyby klasyfikować choroby na zasadzie czysto anatomo-patologicznej, to i *diabe-*

tes i otyłość (przynajmniej pochodzenia wewnątrzustrojowego) należałoby zaliczyć do chorób owych właśnie gruczolów.

(Archives Generales de Medecine. N. 47. 1904).
F. Gr.

44. Otto KÜSTNER. Jakie zadanie powinno mieć leczenie przy zupełnym pęknięciu macicy?

Autor, profesor ginekologii we Wrocławiu, utyskuje na zamęt, jaki panuje w literaturze w sprawie leczenia zupełnego i niezupełnego pęknięcia macicy¹⁾. Zamęt ten powoduje nieodpowiednią i wrzekomą ocenę sposobów leczniczych na zasadzie osiągniętych rezultatów. Z faktem, że niezupełne pęknięcie jest o wiele mniej niebezpiecznym uszkodzeniem, niż pęknięcie zupełne, należy się liczyć w przyszłości przy rozwiązywaniu pytania, dotyczącego leczenia pęknięcia; autor zaś mówi tylko o leczeniu zupełnego pęknięcia macicy.

W ostatnim dziesięcioleciu poglądy na leczenie zupełnego pęknięcia macicy bardzo były różne. Gdy w 1894 r. na kongresie ginekologicznym w Wiedniu prawie że ogólnie przemawiano z uznaniem za czynnym wdaniem się operacyjnym przy pomocy cięcia brzuszego (*coeliotomia*), niezadługo już później całkowite wycięcie pochwove macicy znalazło gorących zwolenników. I od niedawna sprawa ta przedstawia się w sposób, w jaki CHROBAK przy rozprawach w Towarzystwie ginekologicznym w Wiedniu (1901 r.) o niej się wyraził: „gdy w ostatnim trzydziestoleciu zeszłego wieku postępowanie operacyjne coraz więcej było uznawane za odpowiednie i stosowane, w ostatnich latach nastąpił zwrot, i zachowawcze leczenie przy pęknięciu macicy powoli ale stale się upowszechnia”. Obecnie bowiem zalecane wszechstronnie bywa

¹⁾ Dla zorientowania się pozwalam sobie dać następujące objaśnienie: pęknięciem macicy zupełnym czyli dziurawicem (Jerzykowski) nazywa się pęknięcie nie tylko warstw ściany macicy, ale także i otrzewny, pokrywającej macicę, tak iż przy pęknięciu tem wytwarza się komunikacja między jamą macicy a jamą otrzewny, pęknięcie zaś niezupełne czyli niedziurawicę zachodzi wtedy, gdy tylko ściana macicy uległa rozerwaniu, otrzewna zaś pozostała w całości. Sądzę że wyrażenie pęknięcie zupełne lub niezupełne, albo też dziurawicę lub niedziurawicę nie są zupełnie odpowiednie — i proponowałbym natomiast nazwę: „pęknięcie drażące“ (do jamy otrzewny) lub „niedrażące“, jako więcej malujące tę sprawę. (Przypisek sprawozdawcy).

przy pęknięciu macicy sączkowanie (drainage) jego i to jaknajobszerniejsze do pochwy. Porównawcze zestawienia leczbowe zdają się popierać zmienność tych poglądów: 39% wyzdrowień przy sączkowaniu przeciwstawiono 25% wyzdrowień po operacji cięcia brzuszego. Tak jak dane liczby nigdy nie dają rzeczywistego obrazu, to samo ma miejsce i z liczbami przy pęknięciu macicy zupełnym i jej uzdrowieniu; jest to w zupełności zrozumiałe, gdy idzie o względnie małe liczby. Gdy jednak ocenia się przypadki i starannie uwzględnia ich szczegóły, to obraz może się znacznie zmienić. Z tej zasady wychodząc, autor szczegółowo opisuje siedm przez siebie spostrzeganych i za pomocą cięcia brzuszego leczonych przypadków zupełnego pęknięcia macicy. Z tych siedmiu przypadków wyzdrowiało dwa, czyli było 27% uzdrowień. Jest to jednak wrzekomy rezultat: trzeba albowiem od tych siedmiu przypadków odliczyć 2, przy których dokonano cięcia brzuszego w kilka dni po pęknięciu, przy obecności zapalenia otrzewny ostrego, a przy których zastosowanie innego sposobu leczenia — zachowawczego, sączkowania — nie byłoby ich uratowało, to wtedy z 5 operowanych wyzdrowiały 2 = 40%. Autor, aby nie upiększać statystyki, lecz aby ocenić stosunki trzeźwo i bez uprzedzenia, nie wyłącza nawet 2 przypadków, z których w jednym, przy cięciu brzuszem, dokonaniem bezzwłocznie po pęknięciu macicy, znaleziono w jamie brzusznej paciorkowce, w drugim zaś śmierć nastąpiła skutkiem zapalenia płuc, stwierdzonego przy oględzinach pośmiertnych przez anatomo-patologa.

Zmienność pojęć co do wartości leczenia przy zupełnym pęknięciu macicy w ostatnim dziesięcioleciu wyjaśniła, iż głównym zadaniem leczenia powinno być wydalenie jaknajdokładniejsze z jamy brzusznej tak niebezpiecznego i szkodliwego czynnika, jakim jest krew i woda płodowa, za pomocą możliwie starannego sączkowania. Jeżeli udaje się to dostatecznie uczynić przez sączkowanie, to leczenie zrobiło wszystko, co w tych okolicznościach wogóle mogło zdziałać. Wszystko to jednak może się okazać niedostatecznym dla odwrócenia nieszczęśliwejściecia. Gdy albowiem płyn, wylany do jamy brzusznej, zawierał znaczną ilość mocno jadowitych paciorkowców, to po usunięciu go pozostanie jeszcze dosyć paciorkowców w jamie o-

trzewny, mogących wywołać śmiertelne nawet zapalenie otrzewny. Jeżeli jadowitość lub ilość paciorkowców była niewielka, to usunięcie gęby podatnej dla ich rozwoju za pomocą sączkowania może mieć duże znaczenie, i zapalenie może pozostać umiejscowione. Te przypadki dają się leczyć, również jak i te, w których płyn w jamie brzusznej przypadkowo był jałowy. Nie należy jednak sądzić, iż tylko te ostatnie zdrowieją, albowiem wśród uzdrowionych widzimy także i takie, które przebyły zapalenie otrzewny miejscowe i ogólne; a gdzie było zapalenie otrzewny, tam musiały być drobnoustroje.

O ile w danym przypadku płyn, wylany do jamy brzusznej, jest zakażający, o tem możemy mieć słabe zaledwo pojęcie, chociaż badanie drobnowidzowe może dać pod tym względem jakieś dane; głównym jednak zadaniem leczenia przy zupełnym pęknięciu macicy w każdym razie będzie wydalenie na zewnątrz płynu, wylanego do jamy otrzewny. O ile wydalenie to będzie dokładniejsze i zupełniejsze, o tyle więcej zadaniu swemu odpowie. Zachodzi teraz pytanie: o ile sączkowanie żądaniu temu zadosyć czyni? Czy wydalenie wylanego do jamy otrzewny płynu przy pomocy sączkowania jest zupełne? Gdy użyta bywa do drenowania gaza, to działanie jej z pewnością często pozostawia wiele do życzenia. Każdy operator, który widział, czy to podczas dokonywanej operacji, czy przy oględzinach pośmiertnych, pęknięcie macicy od strony jamy brzusznej, na zawsze zachowa w pamięci obraz, jaki musi się przedstawił: w okolicy narządów miednicy zazwyczaj znaczna ilość płynu zakrwawionego, często zabarwionego smołką a często także i zmieszanego z masą płodową (*vernix caseosa*). Ale nietylko bezpośrednio w okolicy rany macicy znaleźć można ten płyn; często całe kałuże jego znajdują się między pętlami kiszek, często w okolicach bocznych nerkowych, bardzo często zaś w obu podżebrzach, szczególniej prawem, na dolnej powierzchni wątroby i między wątrową a przepołą. Jeżeli nawet przypuścić, że dobrze działający sączek utrzyma w suchości okolicę pęknięcia macicy, co bezwątpienia niekiedy, zwłaszcza jeżeli ilość płynu nie jest wielka, udaje się, to jednakże w żadnym razie pas gazy, leżącej w ranie macicy, nie jest w możności wysączać płyn z okolic bocznych, a jeszcze mniej

z podżebrzy. Jeżeli jama otrzewny usiana jest podobnymi kałużami płynu, to nie są one wydalone na zewnątrz i wywierają wpływ swój zabójczy: pomimo sączkowania zakażenie wzmagają się, zapalenie otrzewny powiększa się, i w końcu z wszelkiem prawdopodobieństwem następuje zejście śmiertelne. Fakt ten nastęrcza pytanie, czy niemożliwym jest osiągnąć na innej, lepszej drodze koniecznego dokładniejszego oczyszczenia otrzewny, które niedostatecznie uskuteczniane bywa przez sączkowanie? Nie ulega wątpliwości, iż przez mniej lub więcej obszerne cięcie brzuszne, udostępniające jamę brzuszną, przez staranne wytarcie i wymoczenie tamponami płynu nie tylko w okolicy macicy, ale także w okolicach szczególnie podatnych dla zebrania się płynu, t. j. w nadbiodrach (Flanken) i podżebrzach, udaje się daleko lepiej i dokładniej oczyszczenie otrzewny uskutecznić. Następnie możnaby przemyć otrzewną płynem fizyologicznym, roztworem sody lub wodą wyjałowioną i jeszcze raz wytrzeć i wymaczać starannie. Jakkolwiek postępowanie to zdaje się być racjonalnem, to jednakże autor go nie zaleca; utrzymuje on bowiem, iż nawet roztwór sody nie jest środkiem, działającym z pewnością odkażająco, a przy przepłukiwaniu powierzchnia całkowitej otrzewny ulega zetknięciu z roztworem, zanieczyszczonym płynem, wylanym do jamy brzusznej skutkiem pęknięcia macicy. Jeżeli ten ostatni zawierał drobnoustroje, to przepłukiwanie spowoduje ogólne rozsianie ich po otrzewnie, nie dadzą się one w zupełności wydalić za pomocą wytarcia i wymoczenia, i w ten sposób przemycie może spowodować dalsze zakażenie i rozszerzenie się zapalenia otrzewny. Dla tego autor uważa za postępowanie lepsze i słuszniejsze zaniechanie przepłukiwania otrzewny, a ograniczenie się do starannie możliwego wytarcia i wysuszenia otrzewny z płynu, którym jest zanieczyszczona. Tego należy dokonać koniecznie przy każdym zupełnym pęknięciu macicy. Dalsze postępowanie zależne jest od osobliwości danego przypadku. Gdy rozerwane są większe naczynia, należy je odszukać i podwiązać i wogóle starannie usunąć wszelkie krwawienie. Jeżeli jest rozdarcie pęcherza, to należy je dokładnie zeszyć, co jest łatwem od strony jamy brzusznej. Należy zapobiedz, aby mocz nie wylewał się do jamy brzusznej, czemu

zapobiega wytworzenie się po kilku dniach zlepeków, ograniczających okolicę pęknięcia macicy od reszty jamy otrzewny. Czy należy pęknięcie macicy zeszyć, czy też macię wyciąć? Nad tym ostatnim rękoczynem trzeba się dobrze zastanowić, gdyż wycięcie macicy jest operacją ciężką, przedłużającą uśpienie i wymagającą zasobu sił u chorej, już i tak mocno na siłach podupadłej. W razie jeżeli wewnątrz macicy (*endometrium*) jest zakażone, to niemożna zaprzeczyć, iż wycięcie macicy jest bezwarunkowo korzystne. Wogóle jednak autor zaleca nałożenie szwu na pęknięcie, którego można dokonać i prędko i dokładnie nawet przy bardzo powikłanych ranach. W każdym razie należy zeszyć pęknięcie, gdy znajduje się ono od przodu albo z boków na przedniej ścianie macicy; jeżeli zaś pęknięcie znajduje się od tyłu i wdraża do tylnego sklepienia pochwy, to można go nie zeszywać, lecz sączkować do pochwy. Dalej autor kładzie nacisk, aby jamy brzusznej w zupełności nie zamykać; miejsce pęknięcia należy starannie i dokładnie obłożyć gazą jodoformową i koniec jej wyprowadzić na zewnątrz przez otwór dość obszerny w dolnej części rany brzusznej; jednym słowem, trzeba tamponować sposobem MIKULICZA (worek MIKULICZA). Tamponowanie to pobudza wytworzenie się zlepeków, oddzielających zakażoną, chociaż nawet zeszytą ranę od reszty jamy otrzewny, a więc zapobiega, o ile to jest możebne, rozszerzeniu się zakażonej sprawy na pozostałą zdrową jeszcze otrzewną. Możliwym jest również, że tampon z gazy jodoformowej pobudza także żywsze wydzielanie się białych ciałek krwi celem uzdrowienia mianowicie przez fagocytozę. W tym celu autor chce na przyszłość stosować zastrzykiwanie podskórne kwasu nukleinowego, pobudzającego silnie leukocytozę, działającą bezsprzecznie dodatnio na świeże sprawy zakażne.

Streszczając się, autor zaleca przy zupełnym pęknięciu macicy we wszystkich przypadkach, a nie tylko w tych, w których celem dokładnego usunięcia krwawienia jest to konieczne, obszerne cięcie brzuszne, staranne odszukanie w jamie otrzewny, szczególnie w bocznych i górnych ukrytych jej okolicach, wszelkich kałuż krwi, wody płodowej, smołki i dokładne wytarcie i wymoczenie ich. Nieprzemycanie jamy otrzewny roztworem sody, soli lub wodą wyja-

łowioną. Staranne usunięcie krwawienia przez podwiązanie w okolicy pęknięcia; szew pęcherza w razie rozdarcia jego; szew na pęknięcie macicy. Wycięcie macicy w wyjątkowych przypadkach; niezeszycie pęknięcia, gdy znajduje się ono na ścianie tylnej. Tampon sposobem MIKULICZA od strony cięcia brzuszno.

Autor zaznacza w końcu, iż ma doświadczenie i przy innych sposobach leczenia, jednakże głosuje za wdaniem się czynnem t. j. operacyjnem, nie uznając zasady, w nowszych czasach często głoszonej, iż ostatecznie wszystko jedno, co się uczyni, albowiem, jeżeli zakażenie już istnieje, następuje śmierć, przy nieobecności jeszcze zakażenia — wyzdrowienie.

(R).

45. A. PERONE. Kamica ślinowa gruczołu podszczękowego i podjęzykowego.

Aczkolwiek kamica ślinowa nie należy do cierpień zbyt rzadkich, to jednak aż do roku 1889 ograniczano się prawie jedynie do stwierdzenia faktu, ewentualnie do usunięcia kamyczków z przewodów ślinowych, pozostawiając na stronie badania pod względem histologicznym samego gruczołu. Dopiero w roku wspomnianym w przypadku operacji usunięcia kamyczków wraz z gruczołem, wykonanej przez prof. BERGER'a, gruczoł wyluszczone — zdaniem autora — po raz pierwszy zbadany został pod tym względem — przez prosektora PILLIET'a. Ten to właśnie na zasadzie otrzymanych danych i obrazu drobnowidzowego zaopiniował, że cierpienie to polega na sprawie infekcyjnej w samym gruczole. W przypadku, przez się obserwowanym a poniżej przytoczonym, autor pogląd taki podziela i na taką właśnie przyrodę omawianej sprawy nacisk kładzie.

Chory 60-letni w 15 roku życia po raz pierwszy zauważył w okolicy podszczękowej prawej mały guz, początkowo nie bolesny, który jednak wraz ze stopniowem powiększaniem się po upływie czterech miesięcy stał się dolegliwym i znacznie utrudniał żucie i połykanie. Przy badaniu stwierdzono wtedy w przewodzie WHARTON'a kamyczek, po wydaleniu którego chory czuł się zupełnie dobrze. W dwa lata później jednak dolegliwości znów powróciły — i znów, po stwierdzeniu i wydobyciu drugiego kamyczka, ustąpiły. Odtąd przypadłości podobne, trwające po kilka miesięcy, wciąż od czasu

do czasu się powtarzały i kończyły zazwyczaj po stosowaniu przemywań jamy ustnej chlorałem potasu, a zwłaszcza po odpluciu przez chorego ziarenek, niby piasku. W ostatnich czterech miesiącach bóle znacznie się wzmogły, co skłoniło chorego do szukania pomocy chirurgicznej w klinice.

Przy badaniu znaleziono zaczerwienienie i obrzmienie całej dolnej prawej okolicy podszczękowej oraz guz wielkości jaja kurzego, trudno przesuwalny, od strony zaś jamy ustnej rozszerzony, powyginany i guzowaty przewód WHARTON'a, dający przy obmacywaniu — na całej swej długości wrażenie ciała twardego, niby kamień. Przy naciskaniu gruczołu ślinowego podszczękowego oraz przewodu wydalił się z tego ostatniego udaje nieco ropy, przy katetyryzowaniu zaś stwierdzono obecność w nim kamyczków. Zrobiono więc rozpoznanie: Kamica ślinowa gruczołu podszczękowego z nagromadzeniem się kamyczków ślinowych w przewodzie WHARTON'a. Długotrwałość sprawy chorobowej (lat 45) i ocena wszystkich danych czyniła niewątpliwem, że ma się do czynienia ze sprawą zapalną chroniczną, zadawnioną w samym gruczole, pod wpływem której uległ on stwardnieniu (*sclerosis*). Powodując się tymi względami, nie ograniczono się na nacięciu jedynie (*incisio*) przewodu ze strony jamy ustnej dla usunięcia w ten sposób kamyczków, lecz dokonano wyluszczenia gruczołu wraz z przewodem oraz gruczołu ślinowego podjęzykowego, który również okazał się chorobowo zmienionym, przez ranę operacyjną w okolicy podszczękowej.

Przy oględzinach wyluszczone gruczoł okazuje się powiększony, przewód WHARTON'a rozszerzony. Przy przecinaniu jego nóż silnie skrzypi. Cały przewód aż do rozgałęzień jego wewnątrz gruczołu okazuje się wypełniony kamyczkami (7) wielkości grochu, dość twardymi, szarawymi, silnie do siebie przylegającymi, o powierzchniach niby przyszlifowanych. W gruczole stwierdzić się dają liczne drobne ropnie — w otrzymanych zaś hodowlach streptokoki, łatwo i obficie się mnożące. Badanie pod względem histologicznym wykazało prawie zupełny zanik tkanki gruczołowej, zastąpienie jej przez zbitą tkankę łączną i czyniło widocznem, że przemiana ta była skutkiem długotrwałej sprawy zapal-

nej infekcyjnej -- najprawdopodobniej przyrody streptokokowej, dowodem czego — zdaniem autora — było to, że w gruczole stwierdzić się dały różne fazy sprawy destrukcyjnej — od ropni okresu późniejszego t. j. świeżo powstałych aż do wytworzenia się dojrzałej tkanki łącznej i jako okres przejściowy między obojgiem mniej lub więcej obfite nacieczenie komórkami młode mi z ich tendencją ku przemianie w tkankę łączną. W gruczole ślinowym podjęzykowym wykazano analogiczne zmiany sklerotyczne.

Wogóle przyczyny tworzenia się kamyczków ślinowych rozmaicie objaśniano. Autor wyraża przekonanie, że jedyną przyczyną kamicy ślinowej jest infekcja (streptokokowa), zaprzecza więc innym teoryom, jak: 1) fizyko-chemicznej (LANCELOT, ROBIN), według której tworzenie się kamyczków zależne jest od zmiany odczynu śliny i braku lub zmniejszenia się ilości pewnych fermentów bezpostaciowych, utrzymujących sole śliny w roztworze, 2) mechanicznej (RICHER, WRIGHT), według której kruszyny kamienia zębowego, dostawszy się do przewodu WHARTON'a, stają się jądrem do tworzenia się kamieni, wreszcie 3) nerwowej (MOREAU), według której afekcja *chordae tympani* staje się powodem zwiększenia ilości soli mineralnych w ślinie i osadzania się ich nadmiaru. Pierwszy dopiero GALLIPPE w r. 1886 wygłosił teorię mikrobową powstawania kamicy ślinowej. Autor na poparcie twierdzenia swojego powołuje się na spostrzeżenia GRAEFE'go, FÖRSTER'a, NARKIEWICZA, COHN'a, BACARDI'ego i MAIocchi'ego co do tworzenia się konkrementów wapienych w kanalikach łzowych, na obserwacje BILHARZ'a, BLANCHARD'a, KLEBS'a, ZANCHARLI'ego co do tworzenia się kamieni w pęcherzu moczowym — na prace DUPRÉ'a, DUFOURT'a, HANOT'a, FOURNIER'a i in., a zwłaszcza MIGNOT'a, który w roku 1897 otrzymuje kamyczki żółciowe po zastrzyknięciu *bacterii coli* do pęcherzyka żółciowego i dowodzi, że samo wprowadzenie tylko do tegoż ciała obcych aseptycznych tworzenia się w nim kamyczków nie powoduje. Wreszcie prace WALDAYER'a, MAAS'a i KLEBS'a dowiodły, że jądra kamyczków ślinowych stanowią nagromadzone bakterye, to też — zdaniem autora, gdzie drobnoustrojów wewnątrz kamyczków nie ma, tam przyjąć należy, że one zamarły. Są-

dzi więc on, że obecnie dyskusji podlegałby jedynie mogła kwestya, czy kamica jest wynikiem zjawisk biochemicznych, spowodowanych obecnością mikrobów w środowisku (*humeurs*) (GALLIPPE-LETIENNE), czy też powstaje ona drogą pośrednią wskutek zapalenia, spowodowanego infekcją (szkoła niemiecka, GILBERT, DOMINICI, FOURNIER). Zdaniem jego, ciała obce, przedstawiające się do dróg ślinowych, mogą w kamicy odgrywać rolę o tyle jedynie, o ile wnoszą z sobą infekcję.

Kamyczki w większości przypadków nie są pojedyncze, jeśli zaś stwierdza się często jeden tylko kamyczek, to objaśnić to raczej można tem, że operację rzadko się posuwa aż do wyluszczenia gruczołu. Wielkość ich bywa różna bywają maleńkie, jak ziarnko piasku, niekiedy dochodzą jednak znacznej objętości, POWDER np. we wnętrzu gruczołu znalazł kamyczek 44 grm. wagi. Składają się one głównie z fosforanów i węglanów wapnia oraz substancji organicznej, mieszczącej się zwykle w środku kamyczka i reprezentowanej po większej części przez drobnoustroje.

Zmiany anatomo-patologiczne wyrażają się rozszerzeniem przewodu, sklerozą tkanki łącznej międzyzrazikowej i zanikiem mięszu gruczolowego. Skleroza ta jednak nie zależy wprost od zatkania przewodu wyprowadzającego, lecz, jak to wykazali ALBARRAN i STRASS dla nerek przy upośledzonej drożności dróg moczowych — od infekcji. Toć przy przeszkodzie w odpływie moczu, dopóki tejsze nie usuwa się drogą odpowiednich zabiegów chirurgicznych (katetyzacja i t. d.), a więc dopóki sprawa w nerkach pozostaje w okresie aseptycznym, rzecz cała ogranicza się do rozszerzenia a następnie do zaniku kanalików moczowych nerkowych obok lekkiej sklerozy niezapalnej. Z chwilą jednak stosowania rękoczynów chirurgicznych, względnie z chwilą przeniknięcia drobnoustrojów do nerek, zmiany, ujawniające się w nich, przybierają cechę infekcyjną, i sprawa, zależnie od jadowitości ich, zaznacza się albo zwykłą sklerozą i skupieniami młodych komórek — nie dochodząc jednak do ropienia, albo też wprost zapaleniem ropnem (*nephritis suppurat.*). Tak więc rozszerzenie się kanalików wydalających i zanik tkanki gruczolowej są tu wynikiem przeszkody dla od-

plywu moczu przez przewód moczowy główny, skleroza zaś zależy od czynnika dodatkowego t. j. infekcji bakteryjnej.

Rozpoznanie zazwyczaj jest łatwe, opiera się ono na obrzmieniu okolicy jednego lub drugiego gruczołu ślinowego podszczękowego, zajmującym również pod błoną śluzową jamy ustnej okolicę odpowiedniego przewodu WHARTON'a, na bólach, wzmagających się od czasu do czasu (kolka ślinowa) zwłaszcza podczas jedzenia, na pewnej, zazwyczaj nieznacznej ilości ropy, dającej się wycisnąć z przewodu, wreszcie na sondowaniu, pozwalającym wykazać kamyczki *in ductu*. Nie zawsze jednak jest ono tak łatwe, zwłaszcza wobec silnych objawów zapalnych — tu więc należy mieć na względzie *fluxio, periostitis maxill., adenophlegmone*.

W razach ostrego zatrzymania się odpływu śliny z przewodu należy jeszcze rozstrzygnąć, czy ono jest spowodowane kamyczkami, czy też ciałem obcym lub silnym zapaleniem samego przewodu. W przypadkach tego rodzaju, obok starannego obmacywania, kwestyę rozstrzyga kateteryzowanie, gdzie zaś się ono okazuje trudne, RICHEL i DEPRÈS radzą wprost wkłuć igłę przez błonę śluzową w guz.

W niektórych razach należy jeszcze wyłączyć guzy złośliwe języka, dolnej ściany jamy ustnej, gummata, mieć na względzie martwak (sekwestr) kostny, *exostoses*, wreszcie zapalenie gruczołu gruczołu gruczołu.

Co się tyczy leczenia, to najeczęściej ograniczyć się można na usunięciu kamyczków wprost przez ujęcie przewodu za pomocą sondy, albo też przez małe nacięcie od strony błony śluzowej. W innych przypadkach zastarzanych, gdzie takie traktowanie nie na wiele się przydaje, a zbyt długie wyczekiwanie może się stać powodem ciężkich powikłań, najlepiej usunąć drogą operacyjną gruczoł wraz z przewodem, tembardziej, że przy odpowiedniej technice i należytej aseptyce zabieg ten nie okazuje się niebezpiecznym, a blizna, po nim powstała — nie oszpeca.

(Archives gener. de Medecine. N. 46. 1904).

F. Gr.

46. D. W. POOR. Najnowsze badania w sprawie rozpoznawania wodowstrętu (wścieklizny).

Możność jaknajwcześniejszego rozpozna-

nia, czy zwierzę podejrzane o wściekliznę rzeczywiście było nią dotknięte, jest sprawą niezmiernie ważną ze względu na niepokój, trawiący ludzi pokąsanych, oraz na ewentualną konieczność przedsięwzięcia natychmiastowego leczenia. Aby więc wyniki oględzin pośmiertnych danego zwierzęcia potrzebnie tej zadość uczyniły i w razie jeśli ono istotnie wścieklizną dotknięte było, niewątpliwie i szybko rozpoznać ją pozwoliły, niezbędnym jest, ażeby wykazane zmiany anatomo-patologiczne były dla choroby tej znamienne, rozstrzygające, ażeby ujawniały się nie tylko w późniejszym lecz i we wcześniejszym jej okresie i ażeby sposób ich wykazania był łatwy, nie wymagający zbytek nakładu czasu lub zbyt skomplikowanych zachodów.

Z powyższych więc właśnie względów zmiany anatomo-patologiczne, spostrzegane i opisane przez BABES'a w rdzeniu oraz przez VAN GEHUCHTEN'a i NELIS' w *ganglia nervi sympathici*, w *ganglia intervertebralia* i w *ganglia plexiforma nervi pneumogastrici* — aczkolwiek bardzo ważne, jako niebędące jednak patognomicznymi i wymagające dla swojego wykazania względnie dłuższego czasu i znacznej technicznej wprawy, dezyderatom powyższym zadość nie czynią. Natomiast — zdaniem autora — sprawę tę w sposób zadawalający rozstrzyga możliwość wykazania przy wodowstręcie tak zw. ciałek NEGRI'ego. Noszą one tę nazwę dlatego, że NEGRI — prof. Uniw. w Pawii — poraz pierwszy w r. 1903 je opisał i zwrócił uwagę na rolę, jaką odgrywają w patogenezie omawianej sprawy. Wykazać się one dają głównie w komórkach PURKINIE'go, w mózdku oraz w komórkach zwojowych rogu AMMON'a. Są to drobnutki twory o średnicy 1 — 23 mikronów, owalne lub też o postaci nieregularnej i o odczynie barwionym eozynofilowym. Bywają one albo jednolite, albo pierścieniowate, albo wreszcie dostrzegać się w nich dają *vacuolae*; niekiedy zawierają nieregularnie ugrupowane ziarenka, albo też przedstawiają się w postaci masy zarodkowej (*protoplasma*), zawierającej jedno lub kilka jakoby jąder, otoczonych okrągłymi niezabarwionymi polami. Mają one zachowywać swoją postać pomimo rozkładu (gnicia) tkanki mózgowej, po długotrwałem zanurzeniu w glicerynie i po wielodniowem wysuszeniu. Autor odnajdywał je też łatwo nawet w mózgach, które trzymane

przez 48 godzin w lodzie ulegały zupełnemu zamrożeniu.

Zdania co do ich przyrody są podzielone: podczas gdy jedni (NEGRI) zaliczają je do drobnoustrojów (*protozoa*), inni utrzymują, że uosabiają one jedynie pewnego rodzaju zwyrodnienie albo czerwonych ciałek krwi, albo niektórych składowych części komórek nerwowych ośrodkowego układu nerwowego.

Wykazanie ich ma doniosłe bardzo znaczenie. Z 550-iu przypadków, badanych w pracowniach europejskich, w 334-ch, w których obecność ich dowiedziono, stwierdzo również i drogą innych prób (biologicznej), że odnośnie zwierzęta dotknięte były wścieklizną. Z pozostałej zaś liczby 206 w jedenastu tylko przy nieobecności owych ciałek dowiedziono drogą szczepień jej istnienia.

Z powyższego więc wypada, że obecność ich może być uważana za niezaprzeczony dowód istnienia wodowstrętu, i że możliwa pomyłka na korzyść wścieklizny w przypadkach braku ich co najwyżej wyrazić się daje stosunkiem 5:100.

Spostrzeżenia i doświadczenia, czynione przez autora w pracowni urzędu lekarskiego w przypadkach stwierdzonej wścieklizny u ludzi, psów, koni, królików, świnek morskich — bądź to powstałej drogą zwykłą wskutek ukąszeń zwierząt, nią dotkniętych, bądź spowodowanej szczepieniem, wykazywały zawsze obecność ciałek NEGRI'ego, nadto pozwalały dowieść, że u wielu wściekłych psów, nadesłanych do pracowni, znajdowano je po zabiciu ich, po jednociowem już nieraz trwaniu u nich objawów choroby.

W innych sprawach chorobowych (5 przypadków błonicy u świnek morskich, 1 przypadek zakażenia gronkowcowego z zajęciem mózgowia u królika, 1 przypadek zakażenia pneumokokowego u człowieka, 1 przypadek krwotoku mózgowego pochodzenia urazowego — u człowieka, 1 przypadek tężca — u człowieka i 6 przypadków tężca doświadczalnego u świnek morskich), w jednym tylko jedynym przypadku tężca u świnki morskiej znaleziono w mózdzku twory, do pewnego stopnia przypominające te ciała, t. j. znaleziono w mózdzku w komórkach PURKINIE'go nieliczne ciała eozynofilowe, lecz i te co do wyglądu znacznie się różniły od ciałek, spostrzeganych w wodowstręcie, i zdaniem

autora — nikt, obznajmiony z badaniem ciałek NEGRI'ego, nie wziąłby ich za te ostatnie.

Bądź jak bądź, podobieństwo to pozwala przypuszczać i pewne podobieństwo ich przyrody, tembardziej, że w obydwóch tych sprawach chorobowych (*rabies i tetanus*) *virus* szerzy się drogą układu nerwowego. Jak dotąd jednak, kwestya, czy ciała te w tężcu stanowią pewną tylko modyfikację ciałek NEGRI'ego w wodowstręcie, albo czy oba te rodzaje ciałek wykazują tylko pewne podobieństwo powierzchowne, dostatecznie wyswietlona nie została. Tutaj — choćby nawet pytanie co do ich identityczności rozstrzygnięte zostało w sensie twierdzącym — ograniczyć się jedynie wypada na zaznaczeniu, że obecność ich zawsze prawie stwierdzić się daje we wściekliznie, a wyjątkowo chyba w tężcu, nadto, że psy często ulegają wściekliznie, bardzo rzadko zaś tężcowi.

W celu przygotowania preparatów dla badania mikroskopowego należy wziąć skrawki i z substancji korowej mózdzku i z rogu Ammonowego, albowiem ciała omawiane mogą być tu więcej, tam zaś mniej liczne i odwrotnie. Utrwalać można w płynie ZENKER'a, barwić zaś w roztworze eozyny z błękitem metylowym. Przy takiej metodzie postępowania zawarte w komórkach ciała uwydatniają się jako czerwone struktury na niebieskim tle komórek. Można też dla utrwalenia posługiwać się absolutnym wyskokiem, a dla zabarwienia hematoksyliną i eozyną. Przy takiej technice rozpoznanie może być dokonane w ciągu 24 godzin.

Przez ciała NEGRI'ego zyskuje się więc nową szybką metodę badania, stojącą pod względem dokładności niejako na jednym stopniu z laboratoryjnym badaniem błonicy lub gruźlicy; dają one możność wczesnego rozpoznania istoty sprawy chorobowej, nadto nie mała też wagę przywiązywać należy i do tego, że materiał do badania (ze względów wyżej omówionych) daje się przesyłać i z dalszych odległości bez obawy zniszczenia ciała.

(Medical Record. N. 1797. r. 1905).

F. Gr.

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Sprawozdanie z posiedzenia dermatologicznego
d. 1 grudnia 1904 r.

ŻERA do protokołu co do swojej chorej dodaje następujące uzupełnienie: badanie anatomo-patologiczne sprawy było wykonane przez pr. PRZEWÓSKIEGO, który uważa ją za *carcinoma fibrosum*, a więc w zupełności potwierdza dyagnozę kliniczną ŻERY. Według PRZEWÓSKIEGO na preparacie mikroskopowym widać, „że od naskórka do głębi skóry wrastają atypowe sople tkanki naskórkowej, że dalej rozgałęziają się one, że miejscami łączą się w rodzaj sieci i że takim sposobem dosięgają aż do tkanki łącznej podskórnej. Jednocześnie tkanka łączna skóry okazuje dowody jasnego rozrostu zapalnego, przyczem tworzy podścielisko dla ciał nabłonkowych. Ciała rakowe są wogóle małe, a tkanka łączna bardzo prędko przybiera charakter bliznowaty. W podścielisku z tkanki łącznej nie znaleziono nigdzie komórek olbrzymich, ani laseczników, to jest tych elementów, które dałyby możliwość myśleć, że twór patologiczny na twarzy jest wilkiem”. Przy niniejszem ŻERA załącza preparat mikroskopowy.

ELZENBERG zwraca uwagę, że załączony preparat mikroskopowy nie pozwala na rozpoznanie raka: brak chociażby typowych ciałek rakowych. Tego rodzaju obraz drobnowidzowy daje bardzo często chroniczna zapalna sprawa. Znane są w literaturze zdarzenia, gdzie w sprawach atypowych nawet koryfeusze anatomii patologicznej (VIRCHOV) robili omyłki. Następnie ELZENBERG przypomina kolegom przypadek, demonstrowany przez niego w Tow. Lek., gdzie rozpoznany mikroskopowo przez jednego z kolegów niewątpliwy rak okazał się *acne bromatum*.

TRZCIŃSKI, zważywszy na anamnezę, *status praesens, decursus*, a następnie preparat mik-

roskopowy, na którym są widoczne wrastania od naskórka do głębi skóry sople naskórkowych i tworzenie przez nich sieci, — obstaje przy rozpoznanu rakowca.

b) FELIKS MALINOWSKI dodaje do protokołu co do przypadku *erythema papulo vesiculosum* po arseniku następujące uzupełnienie: zaraz po demonstracji u jego chorej nastąpił proces wsteczny; po tygodniu skóra znacznie przybladła, wykwity, szczególnie na miejscach, mniej dotkniętych wysypką, zmniejszyły się, i rozpoczęło się łuszczenie naskórka.

W 2 tygodnie po domonstracji tylko na biodrach można było zauważyć jeszcze nieliczne pęcherzyki i dość silne oddzielanie się łuseczek, które po tygodniu ustało, pozostawiając skórę o normalnym wyglądzie. Prób z podawaniem nanowo arseniku nie można było wykonać wobec stanowczej odmowy chorej.

1) TRZCIŃSKI przedstawił chorego w początkowym stadium *lichen ruber planus*. Przypadek ten jest pod tym względem ciekawy, że blaszki na goleniach skutkiem dość silnego nacieczenia ciemno brązowego koloru mogłyby nasunąć przypuszczenie luesu. Tylko na mosznie dostrzegamy nieliczne typowe wykwyty *lichen ruber planus*.

2) WESOŁOWSKI przedstawił tymczasowo chorą z *Keloid spontaneum* na lewym ramieniu. Wyniki badań anatomo-patologicznych tego przypadku będą na następnych posiedzeniach treścią odczytu.

3) ŻERA przedstawił chorego z owrzodzeniem na goleni lewej, ciekawem pod względem rozpoznawczym. Chory J. D. lat 54 już w 16-ym roku życia zaczął dostawać na goleni lewej „pryszczów”, które się zlewały i tworzyły owrzodzenie. W 20-ym roku życia miał on szankra, którego leczył miejscowo, idąc za radą fel-

czera, zmywaniem własnym moczem. Chory przedstawia na goleni lewej, prawie na środku między rzepką a przegubem stopowym, owrzodzenie kształtu podkowy, której wypukłość jest zwrócona do stopy, a ramiona obejmują powierzchnię zewnętrzną i wewnętrzną goleni. Brzegi owrzodzenia nierówne, dość płaskie, dno dość czyste, skąpą ziarniną pokryte, miejscami z nalotem popielatej barwy. Tylna część goleni między ramionami podkowy przedstawia gładką błyszczącą bliznę barwy brunatnej. Poniżej i powyżej brzegów owrzodzenia i w środku podkowy, a zatem na wewnątrz i zewnątrz jej, spostrzegać się dają płaskie wzniesienia nad powierzchnią skóry zdrowej, wielkości mniej więcej rubla srebrnego, pokryte masą miękką, jakby lojem, po usunięciu której szpadlem ukazują się brodawki skórne mocno rozrośnięte, niekrwawiące. Usuwanie tej miękkiej powłoki sprawia choremu ból. Powyżej wyniosłości, znajdującej się wewnątrz podkowy, widać guz wielkości orzecha laskowego, nieco spłaszczony, pokryty skórą błyszczącą, bolesny. Na skórze innych okolic ciała niema żadnych zmian. Gruczoły chłonne nie powiększone. Chory doznaje bólu tylko po zmęczeniu kończyny chodzeniem. ŻERA, obserwując chorego od lat kilku, dopiero w ostatnim czasie po dłuższym niewidzeniu go dostrzegł 2 powyżej opisane wzniesienia na skórze.

ELZENBERG przewiduje w danym razie złą prognozę—*amputatio cruris*.

Według WOJCIECHOWSKIEGO powstanie guza jest rezultatem sprawy zapalnej *periosteum*, a według ŚWIĄTECKIEGO rozrost brodawek nastąpił skutkiem ciągłego drażnienia ich wydzielinami z owrzodzenia.

4) KURELLA przedstawił 30 letniego mężczyznę z podupadłym odżywianiem, skarżącego się na silne swędzenie całego ciała, głównie tułowia i kończyn górnych, trwające już 5 miesięcy. Na skórze, prócz zwykłych śladów od zdrapań i pęcherzyków wielkości łebka szpilki, napiętych, z mętną białawą zawartością, widać powierzchnie moknące, wielkości od srebrnej do miedzianej 5-0 kopiejki, z nierównymi brzegami i bez halo, częściowo przykryte cieniutkim łatwo się oddzielającym strupkiem lub też takąż nabłonkową warstwą. Dostępne gruczoły

chłonne nieco powiększone, niebolesne; błona śluzowa niezajęta.

ELZENBERG przyjmuje tę sprawę za *pemphigus pruriginosus*, którego prognoza przy dodatnich warunkach higienicznych i dyetetycznych jest względnie pomyślna.

5) WIŚNIEWSKI przedstawił chorego J. Ł. lat 76, który skarży się na guz w okolicy grzbietu, istniejący od 9 miesięcy. Guz ten zjawiał się jakoby po zdrapaniu przez samego chorego brodawki i znajduje się na wysokości 5, 6 i 7 piersiowych kręgów między łopatkami na linii, odpowiadającej kręgosłupowi. Powiększa się on ciągle i w danej chwili dosięga piąstki małego dziecka. Guz, składający się z 3 części, jest koloru brązowo-czerwonego i bolesny przy dotknięciu. Podstawa guza nie ma oznak zapalnych. WIŚNIEWSKI rozpoznaje mięsaka, który się wytworzył na miejscu zdrapanej brodawki.

6) WIŚNIEWSKI przedstawił D. W. lat 18-u chorą już od 4-tych miesięcy. Na wewnętrznej powierzchni lewego przedramienia widzimy wykwyty błyszczące, nieluszące się, które, zlewając się, dosięgają wielkości 20-kopiejki, nieprawidłowej konfiguracji. Miejscami dostrzegamy czworokątne, różowe, błyszczące wykwyty wielkości główki gwoździa. Podobne wykwyty zauważyć można i na wewnętrznej stronie prawego przedramienia w dolnej trzeciej jego części. Wykwyty te są typowe dla *lichen ruber planus*.

7) FELIKS MALINOWSKI przedstawił 50-letnią kobietę, która pod wpływem zmartwienia, jak sama twierdzi, skutkiem śmierci bliskich jej, została nawiedzona następującym cierpieniem skóry: na prawej dolnej i górnej kończynie po stronie rozginaczy widać dwojakiego rodzaju sprawę: pośrodku skórę cieniutką, pomarszczoną, koloru czerwono-niebieskiego, mającą wygląd angielskiej bibułki, pozbawioną elastyczności i bardzo podatną na uszkodzenie. Przez nią przegładają znakomicie rozszerzone i węzowato pozakręcane żyły (wenty) podskórne. Po bokach tej przestrzeni dostrzegamy nacieczenia ogniskowe najrozmaitszej wielkości, od 5 kop. do srebrnego rubla i większe, bez wyraźnie określonych granic czerwonego z brązowym odcieniem koloru, często

zlewające się. Sprawa zawsze rozpoczyna się od nacieczeń, które, znikając powoli, zostawiają po sobie skórę w stanie zaniku. Chorobę tę nazywają *atrophia cutis idiopathica*, lecz ze względu, że zanik skóry w niej jest procesem wtórnym, słuszne będzie miano, dane jej przez KAPOSI'ego: *dermatitis atrophicans*.

8) Feliks MALINOWSKI przedstawił 20-letniego mężczyznę z upośledzonym odżywianiem, z objawami silnej neurastenii, który od 3 lat zauważył na swej skórze zmiany, subiektywnie nie sprawiające mu żadnego cierpienia: na

przednich i bocznych powierzchniach obu dolnych kończyn dość symetrycznie skóra jest cieńsza, niż normalnie, jednakowoż nie w takim stopniu, jak w przypadku poprzednim, blado-czerwona z sinawym odcieniem, chłodnawa. Przez skórę widać wyraźnie rozszerzone podskórne naczynia. W porównaniu z *atrophia cutis idiopathica* brak tutaj nacieczeń, poprzedzających zanik skóry. Tego rodzaju *atrophia cutis* można zaliczyć do tak zwanych trofoneuroz skóry.

JAN MIKULICZ - RADECKI.

(Wspomnienie pośmiertne).

Było to w roku 1882. Do Warszawy przybył w celu dokonania operacji brzusznej świeżo mianowany profesor chirurgii uniwersytetu Jagiellońskiego, były asystent ówczesnego króla chirurgii BILLROTH'a — 32-letni Jan MIKULICZ. Zainteresowanie przebiegiem i wynikiem operacji było ogromne: codziennie dopytywano się o stan chorej, o wysokość temperatury i dziwiono się wielce, że chora nie gorączkuje wcale, wątpiono o zejściu pomyślnem i dziwiono się, że okres zdrowienia przebiega bez wszelkich powikłań. Upłynęło parę tygodni, i chora opuściła łóżko w zupełnem zdrowiu. Dla Warszawy było to zdarzenie dosyć niezwykle: wyzdrowieć po otworzeniu jamy brzusznej i w dodatku ani chwili po operacji nie gorączkować — to przed dwudziestu kilku laty dla nas było prawie fenomenem. W owym czasie bowiem w naszych klinikach chirurgicznych posocznica i ropnica pooperacyjna kosily jeszcze obfite żniwo, a zejście śmiertelne po amputacjach kończyn i wyluszczeniach stawów nie należało bynajmniej do rzadkości, zaś po

operacjach brzusznych stanowiło niemal że prawidło. Nawet takie rękocyny, jak operacja przepukliny uwięzłej przy zupełnie zdrowej jeszcze kiszce, kończyły się zazwyczaj śmiercią, a nieraz i ludzie zdrowi po wyluszczeniu niewinnego kaszaka lub tłuszczaka, ba nawet po badaniu zgłębnikiem macicy powiększali materiał sekcyjny. To też dla nas, przyzwyczajonych do uroczystego święcenia każdej pomyślnie zakończonej owariotomii, wynik operacji, dokonanej przez MIKULICZA, był imponujący, dla krakowskiego profesora zaś stanowił on podwalinę przyszłego powodzenia w Królestwie. Już samo wezwanie młodego jeszcze podówczas chirurga do osoby bardzo zamożnej, zaufanie, jakim go lekarze warszawscy obdarzyli, dowodziły, że MIKULICZ już w owym czasie poważnie w chirurgii zajmował stanowisko, choć dopiero od lat siedmiu w nauce był znany. Wkrótce bowiem po skończeniu wydziału lekarskiego w uniwersytecie Wiedeńskim roku 1875 zaczął pisywać do pism lekarskich niemieckich i szeregiem prac

poważnych zwrócił na siebie uwagę świata naukowego. Równocześnie przy boku tak świetnego mistrza, jakim był BILLROTH, doskonalili stronę techniczną swego zawodu i zyskał sławę zręcznego operatora.

Gdy w roku 1882 po śmierci prof. BRYKA zaważowała katedra chirurgii w uniwersytecie Jagiellońskim, ministerium oświaty w Wiedniu ofiarowało ją MIKULICZOWI. Zaledwie lat pięć MIKULICZ służył nauce polskiej: brak dobrze urządzonej kliniki, nie dość rozległe dla tak potężnej organizacji pole działania, a może i inne względy sprawiły, że zmarły profesor nie przywiązał się zbyt do zajmowanej posady i w r. 1887 przeniósł się na stanowisko dyrektora kliniki chirurgicznej i profesora zwyczajnego w uniwersytecie Królewieckim. Tymczasem sława MIKULICZA rosła, zjednywając mu chorych z Królestwa, Litwy i Rosyi, którzy w ciężkich swych cierpieniach u niego ratunku szukali. Pomimo dużego powodzenia MIKULICZ jednak porzucił w roku 1890 Królewiec, przyjąwszy ofiarowaną mu katedrę chirurgii w Wrocławiu, gdzie urządził sobie wzorową, jedną z najokazalszych w Niemczech klinikę, która ściągająca do siebie zarówno lekarzy, jak i chorych ze wszystkich stron świata. Piętnastolecie, spędzone na stanowisku profesora kliniki Wrocławskiej, stanowi najpiękniejszą kartę w niezwykle czynnym życiu MIKULICZA: oprócz poważnego zbogacenia nauki owocami swych prac naukowych, wykształcił duży zastęp dzielnych chirurgów, którzy obecnie sami już katedry uniwersyteckie zajmują.

W chwili najintensywniejszej pracy — latem roku zeszłego — MIKULICZ zaczął doznawać dolegliwości żołądkowych, około Bożego Narodzenia sam wymacał u siebie guz w brzuchu, w styczniu roku bieżącego operowany był przez EISELSBERG'a, który znalazł raka żołądka, zrosniętego z trzustką i kiszka grubą. Przed dwoma miesiącami obfity krwotok żołądkowy zwiastował zbliżający się szybko koniec: 14 czerwca r. b. zgasła na widnokręgu nauki gwiazda pierwszorzędnej wielkości.

W ciągu 30 lat zawodu lekarskiego a 23 działalności profesorskiej MIKULICZ przyczynił się w wysokim stopniu do postępu wiedzy chirurgicznej: nie ma prawie działu chirurgii, któ-

regoby cennymi pracami nie wzbogacił. Z szczególnem jednak zamiłowaniem od samego zarania swej pracy twórczej oddawał się sprawie postępowania przeciw- i bezgnilnego. Zwłaszcza to ostatnie stanowiło przedmiot jego bezustannych badań, dowodzących, z jaką niezachwianą wytrwałością zmarły profesor dążył do osiągnięcia możliwego w tym kierunku ideału. Jego to pracom zawdzięczamy odróżnianie zakażenia z powietrza i przez dotknięcie (Luft- und Kontraktinfektion). Przekonawszy się o bezskuteczności wszelkich metod zupełnego odkażenia rąk, MIKULICZ pierwszy wprowadził operowanie w rękawiczkach, a badania FLÜGGE'go nad zakażeniem przez drobniutkie kropelki śliny, rozpylane w powietrzu przy mówieniu (Tröpfcheninfektion), skłoniły go do osłaniania twarzy cienką przezroczystą woalką podczas operacji. Choć ostatni ten pomysł nie znalazł szerszego naśladownictwa, dowodzi on jednak, jak wytrwale dążył MIKULICZ do usunięcia wszelkich czynników, mogących wywołać zakażenie rany. Do tejże dziedziny jego pracy należą badania nad jodoformem, które wyświetliły sposób działania tego środka i utrwaliły stosowanie jego w gruźlicy stawów i ropniach opadłych. Z nazwiskiem MIKULICZA złączona jest metoda badania przelyku i żołądka przy pomocy endoskopu elektrycznego (oesophagoskopia i gastroskopia), a sposób tamponowania jamy otrzewny za pomocą t. zw. worka MIKULICZA na zawsze nazwisko jego w nauce utrwalił.

W dziedzinie chirurgii brzusznej MIKULICZ położył zasługi wielkie, udoskonalivszy technikę i metody operacji na kiszka i żołądka. W dziele tym na szczególną uwagę zasługuje praca jego o chorobach trzustki. Oryginalną myśl MIKULICZA stanowi częstokroć udatne usiłowanie leczenia choroby BASEDOW'a za pomocą częściowego wycięcia wola, a wielkie zamiłowanie do chirurgii ortopedycznej dało impuls do powstania znakomitych prac o wrodzonym zwiechnięciu biodra i *torticollis*. W ostatnich latach pracował nad metodą operowania na narządach klatki piersiowej w próżni.

Wyliczenie dokładne wszystkich prac, jakimi hojnie zasilal przeważnie piśmiennictwo niemieckie, stanowiłoby zadanie zbyt wielkie, dosyć wspomnieć, że obok licznych artykułów mniejszych i monografií obszerniejszych opracował

wraz z BRUNS'em i BERGMANN'em „Handbuch der praktischen Chirurgie“, wydał wspólnie z MICHELSON'em „Atlas der Krankheiten der Mund- und Rachhöhle“, z KÜMMEL'em „Die Krankheiten des Mundes“, a z TOMASZEWSKĄ „Orthopädische Gymnastik“. Obok tego wydawał od r. 1876 razem z NAUNYN'em „Mittheilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie“, które przyczyniły się znakomicie do zrozumienia i oceny trafnej spraw, obie te gałęzie wiedzy lekarskiej obejmujących.

Czynny do ostatniej niemal chwili, jeszcze na 3 miesiące przed śmiercią ogłosił w „Deutsche Medizinische Wochenschrift“ pracę „O znaczeniu promieni ROENTGEN'a dla chirurgii“.

Taką olbrzymią, bogatą w owoce praktyczne spuściznę literacką pozostawia po sobie zmarły w 55 roku życia chirurg genialny!

MIKULICZ, którego ojciec był podobno Polakiem, sam, zdaje się, czuł się bardziej Niemcem, i dumną jest z niego nauka niemiecka. W uznaniu niespożytych zasług jego cesarz Niemiecki nadał mu przed kilku laty szlacheństwo, gdy poszukiwania archiwalne dowiodły prawa dołączenia do nazwiska MIKULICZ przydomka szlacheckiego v. Radecki.

Po polsku pisał MIKULICZ tylko w okresie zajmowania katedry uniwersyteckiej w Krakowie; z większych prac, w języku polskim ogłoszonych, zasługują na uwagę: „O użyciu jodoformu w leczeniu ran“ i „Przyczynek do nauki o leczeniu ran“.

Miejscem urodzenia MIKULICZA były Czerńowiec na Bukowinie, gdzie przyszedł na świat dnia 16 maja r. 1850.

S.

Ruch chorych w szpitalu miejskim św. Stanisława.

za czas od 14 maja do 14 czerwca 1905 r.

W ciągu miesiąca sprawozdawczego żadnej wybitnej infekcji nie było.

Pozostało chorych z uległego miesiąca 94 (44 m. 50 k.), przybyło nowych 96 (43 m. 53 k.), 105 (44 m. 61 k.) wyzdrowiało, z polepszeniem wypisały się 2 kobiety, jednego mężczyznę przewieziono do szpitala Dzieciątka Jezus według rodzaju choroby. 10 (5 m. 5 k.) zmarło, na miesiąc następny pozostało w leczeniu 72 (37 m. 35 k.)

Stosownie do rodzaju infekcji było chorych na:

Różę z poprzedniego miesiąca 25 (13 m. 12 k.), nowych chorych przybyło 25 (9 m. 16 k.), na miesiąc następny pozostało 24 (10 m. 14 k.), wyzdrowiało 24 (11 m. 13 k.), 2 (1 m. 1 k.) zmarło. Mężczyzna z powodu powikłań ze strony

nerek (obostrzenie śródmiąższowego zapalenia nerek), kobieta chora na uwiad starczy przewieziona z zakażeniem różą ze szpitala Dzieciątka Jezus.

Chorzy przebyli dni szpitalnych 784 (364 dni — 22 m. i 420 d. — 28 k.), zapisani z następujących ulic domów: Bednarska 9, Dzielna 24, Elektoralna 10, Górczewska 20, Krucza 7, Koszykowa 28, Książęca 22, Leszno 25, Nowowolska 8, Przemysłowa 12, Piwna 15, Topiel 10, Towarowa 25, Wolska 35, Wspólna 47, Żórawia 33, ze wsi Drobin, Jasiennice, Nowe Brudno, Pelcowizna, Siedzów, z m. Łodzi i Włodawy.

Ospa. Przybyło 8 (4 m. 4 k.), w tej liczbie 3 k. z nieszczepioną ospą, z ubiegłego miesiąca pozostało 25 chorych (12 m. 13 k.), pozostawało

stało w leczeniu na miesiąc następny 11 (6 m. 5 k.), wyzdrowiało 21 (10 m. 11 k.), 1 k. na ospę krwotoczną zmarła.

Chorzy ospowi przebyli dni szpitalnych 441 (204 d. — 16 m. i 237 d. — 17 k.), zapisani byli z następujących ulic i domów: Czerniakowska 114, Dworska 4, Fabryczna 16 (2p.), Gnojna 3, Krakowskie-Przedmieście 1, Ś-to Krzyska 35, Twarda 36.

Tyfus wysypkowy. Z ubiegłego miesiąca pozostało 18 (9 m. 9 k.), nowych chorych zapisało się 19 (10 m. 9 k.), na miesiąc następny pozostało chorych 13 (9 m. 4 k.) wypisano zdrowych 21 (9 m. 12 k.), zmarło 3 (1 m. 2 k.) Zejście śmiertelne nastąpiło skutkiem przebiecia kryzysu u chorych tyfusowych w warunkach ciężkich dla zaradzenia infekcyi przed zapisaniem się do szpitala.

Chorzy przebyli dni szpitalnych 434 (233 d. 19 m. i 201 d. 18 k.), zapisani z następujących ulic i domów: Dzielna 61, Dzika 56, Erywańska 14, Gęsia 77, Karmelicka 12, Leszno 52, Ostrowska 9, Smocza 27, Śliska 54, 45, Sapieżyńska 8, Smocza 60, Stawki 16, 34, Żelazna 36, ze wsi Koło 2 przypadki.

Tyfus brzuszny. Z ubiegłego miesiąca pozostało 3 chorych (1 m. 2 k.), 1 m. przybył w miesiącu sprawozdawczym, wyzdrowiało 3 (1 m. 2 k.), 1 zejście śmiertelne z powodu ciężkiej formy infekcyi.

Chorzy przebyli 57 dni szpitalnych (37 d. 2 m. 20 d. 2 k.).

Płonica. Nowych chorych zapisano 13 (9 m. 4 k.), 1 k. pozostała z ubiegłego miesiąca, 8 (5 m. 3 k.) pozostaje na miesiąc następny, wypisano zdrowych 6 (4 m. 2 k.). W leczeniu płonicy stosowano surowiec przeciwploniczą d-ra PALMIRSKIEGO z rezultatami absolutnie dodatnimi.

Chorzy na płonicę przebyli 117 dni szpitalnych (75 d. 9 m. i 42 d. 5 k.), zapisani byli z następujących ulic i domów: Chmielna 89, Leszno 102, Litewska 12, Marszałkowska 114, Nalewki 3, Nowogrodzka 8, Nowolipie 44, Podwale 1, Piękna 17, Pańska 90, Skierniewicka 5, Wspólna 9.

Odra. W miesiącu sprawozdawczym zapisano 8 (3 m. 5 k.), z ubiegłego miesiąca pozostało 4 (1 m. 3 k.), na miesiąc następny pozosta-

je w leczeniu 4 (2 m. 2 k.) wyzdrowiało 8 (2 m. 6 k.)

Dni szpitalnych przebyli 95 (36 d. 4 m. i 59 d. 8 k.)

Biegunka krwawa. 1. m. pozostał z ubiegłego miesiąca, zapisano nowych chorych 4 (2 m. 2 k.), na miesiąc następny pozostaje 4 (3 m. 1 k.), 1 k. wypisano zdrową; chorzy przebyli dni szpitalnych 43 (39 d. 3 m. 4 d. 2 k.)

Błonica. Z ubiegłego miesiąca pozostał 1 m., 3 (1 m. 2 k.) zapisano nowych, na miesiąc następny pozostał 1 m., wypisano zdrowych 2 (1 m. 1 k.), zejście śmiertelne 1.

Dni szpitalnych przebyli chorzy 34 (24 d. 2 m. i 10 d. 2 k.).

Prócz tego z ubiegłego miesiąca pozostali chorzy na zapalenie błon śluzowych dróg oddechowych ostre 1 k., na nieżyt cuchnący oskrzeli 1 m. (zejście śmiertelne), obostrzoną niedomykalność zastawek dwudzielnych — po 3 dniach pobytu w szpitalu zmarł, nieżyt żołądka i kiszek ostry 2, zapalenie nerek mięszone 1 k., septyczne zapalenie wnętrza macicy 1 k., wrzód goleni 1, rumień zwyczajny 1 k., zapalenie płuc włóknikowe 1, manię popołogową 1 k., uwiąd starczy 1 k. wypisała się z polepszeniem, reszta wymienionych chorych opuściła szpital zdrowymi, również jak 3 m. na zapalenie gardła (2 mięszone, 1 kataralne) i 1 k. na gościec stawowy podostry.

Nakoniec w miesiącu sprawozdawczym przybyli chorzy na ostrą niestrawność 1 k., kontuzję biodra 1 k., wysiękowe zapalenie opłucnej 1 m., ostre zapalenie nabłonka skórniego 3 k., ekzemę 2 k., liszaj płaski 1 k., z ostatnich 4 k. pozostają w leczeniu, inni wypisani zdrowymi.

Ogółem w miesiącu sprawozdawczym 180 chorych przebyli dni szpitalnych 2316.

Zamiejscowych chorych przybyło 18 (8 m. 10 k.)

Badań pośmiertnych dokonano 2.

Biletów odmownych chorym, nie kwalifikującym się do szpitala Ś-go Stanisława, wydano 12 (8 m. 4 k.)

Śmiertelność miesięczna wynosi 5,26%.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= Na zasadzie 8 przypadków niekształceń kręgosłupa i klatki piersiowej BARIÉ starał się wyjaśnić mechanizm zaburzeń sercowych, które istniały w 7 z powyższych przypadków. *Kyphosis* tylko w znacznym stopniu skrzywienia powodować może objawy ze strony serca lub płuc. *Lordosis* nie wpływa ujemnie. Największe zaburzenia wywołuje *scoliosis*, zwłaszcza przy skrzywieniu na lewo, skutkiem przemieszczenia serca i mechanicznego ucisku naczyń wielkich; ze strony narządów oddechowych może być przekrwienie, zastój, rozedma. (Sem. méd. 2—3. 04).

= Antypiryna wywołuje, jak wiadomo, niekiedy wysypkę, mianowicie różyczkę, rumień i pokrzywkę. O wiele rzadziej napotyka się plamy rozlane, z początku czerwone, lecz wkrótce przybierające kolor czarny. Najrzadszym atoli zjawiskiem bywa pojawianie się zupełnie czarnych plam na prąciu, które FOURNIER jeszcze w r. 1889 opisał pod nazwą „verge noire”. Tego rodzaju przypadek opisał teraz MALHEBRE. Dotyczy on mężczyzny 30-letniego, który niedawno przebył przymiot. Z powodu bólów głowy od lat 15 brał antypirynę po 1.0—2.0. Raz po takim prozku zauważył zupełnie czernienie żołądki. Na innych miejscach skóry podobnych plam nie było. Po za powyższą zmianą skóra prącia była normalna. (Jour. de malad. cut. Lip. 04).

= CHEVALLERAN opisuje kobietę 38-letnią, która po obfitych krwotokach macicznych nagle oślepla na lewe oko, a nazajutrz i na prawe. Badanie wziernikiem wykryło błądzenie brodawki nerwu wzrokowego i wylewy w siatków-

ce dookoła brodawki. Po miesiącu brodawki uległy zanikowi

(Arch. f. Aug. T. 50).

= ARONSOHN, zastrzykując królikom pod skórę lub do żyły adrenalinę, wywołał cukromocz; natomiast wprowadzanie tejże do pęcherza, do odbytnicy, do przewodu rdzeniowego lub pendzlowanie nią jamy ust nie spowodowało cukru w moczu. Cukier zjawiał się już w ½ godziny po iniekcji i znikał po 24 godzinach. Jeżeli po wstrzyknięciu adrenaliny nakłuć ośrodek ciepłoty, to cukromoczu się nie spostrzega.

(Virch. Arch. T. 174).

= COPPEZ spostrzegł przypadek promieniocytozodołu u robotnika w browarze. Prawdopodobnie grzybek dostał się przez zęby spróchniałe przy rozgryzaniu ziarna żyta do szczęki górnej, a ztąd wyżej. Gałka uległa wypukleniu, rogówka zropiała, wreszcie chory umarł przy objawach mózgowych.

(Arch. f. Aug. wrzes. 04).

= Zdaniem BAYFORD'a, najlepszym sposobem leczenia rzeżączki ostrej są przepłukiwania cewki wodą gorącą. Leczenie rozpoczyna się od chwili pierwszych oznak choroby. Przepłukuje się po 10—20 minut co 2 godziny. Bierze się wodę jak można najgorętszą. Jeśli chory nie znosi gorącej wody, to autor radzi brać zimną nawpół z wodą utlenioną.

(Amer. Med. 30. 7. 04).

P.