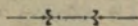


# GAZETA LEKARSKA.

## I. POLYNEURITIS ET POLIOENCEPHALOMYELITIS ANTERIOR.

Napisał

D-r Med. H. Higier.



W ostatnich czasach zaczęto zwracać uwagę na jednoczesne występowanie kilku cierpień w jednym i tym samym ustroju. Na polu badań współistnienia chorób najbardziej zasłużyła się szkoła Salpêtrière [CHARCOT, GUINON, BABIŃSKI, DUTIL, SOUQUES, BLOCQ, ONANOFF i t. d.]. W mniemaniu, iż każdy nowy przyczynek do tej, ważnej ze wszech miar, a mało zbadanej kwestyi może być wielce pożądanym, pozwalam sobie podać opis poniższego przypadku, który, aczkolwiek nie przedstawiał znacznych trudności dla rozpoznania, stanowi jednak rzadki i ciekawy przykład kombinacji przypadkowej objawów klinicznych ze strony narządu mózgo-rdzeniowego i nerwów obwodowych.

Chorą, o której poniżej mowa, miałem sposobność w swojej praktyce prywatnej poddać dokładnemu badaniu zaledwie dwa razy; tem też należy tłumaczyć sobie pewne braki w opisie, nieuniknione przy względnie krótkim czasie obserwacyjnym. Nieznaczne jednak braki, jak sądzić śmiem, nie wiele mogły wpłynąć na rozpoznanie nasze dwóch wielokrotnie ostatnimi czasy omawianych i opracowanych postaci chorobowych: *polioencephalomyelitis et polyneuritis*.

Dnia 9. XI. r. 1893 zostałem zawezwany do 25-letniej pani C. M., dotkniętej nieznośnymi bólami nóg, dokuczającymi jej prawie bez przerwy po całych dniach. Bóle te zjawily się przed 4 tygodniami. Na tydzień przed wystąpieniem bólów chora poroniła. Wydobycia 6-miesięcznego płodu dokonał kol. L.... Po tym rękoczynie, wykonanym w warunkach mało przyjaznych, chora przez dzień jeden gorączkowała. Bóle w nogach z początku były bardzo niewyraźne, coraz bardziej się jednak wzmagaly i doprowadziły do zupełnej bezsenności. Jednocześnie z bólami chora zauważyła obrzęk i osłabienie w nogach bez wychudnienia.

Objawów osłabienia szybkiego w innych częściach ciała nie było. Tylko mowa, zdaniem chorej, miała w ostatnich czasach trochę szwankować, tak, że chora widziała się zmuszoną zawezwać specjalistę [kol. MEX...], który znalazł dość ciężkie porażenie krtni.

Chora pochodzi ze zdrowej rodziny, w której nie było żadnych chorób nerwowych, ani umysłowych. Matka wątłej budowy, ale nigdy nie chorowała; 10-ro rodzeństwa chorej cieszy się dobrem zdrowiem, wszyscy jednak dotknięci są próchnieniem zębów.

Chora odznaczała się zawsze wątłą budową. Miesiączka zjawiała się po raz pierwszy w 19 roku życia, występowała nieobficie i była bardzo bolesną. Pacjentka zamężna od roku.

Przed 15 laty przebyła ciężki tyfus, który zostawił po sobie „osłabienie powiek“. Osłabienie to nie ustępowało żadnym środkom leczniczym. Przed 3 laty przeleżała z tego właśnie powodu kilka tygodni na oddziale chorób nerwowych D-ra GAJKIEWICZA, skąd została wypisaną bez znacznej poprawy<sup>1)</sup>. W ostatnich latach miał się, zdaniem chorej, zmienić wyraz twarzy; zdanie to potwierdza i otoczenie pacjentki.

Dokładnie podjęte badania chorej wykazało, co następuje: chora jest kobietą bardzo osłabioną, o prawidłowym układzie kostnym, wątłym układzie mięśniowym. Zdolności umysłowe w zupełności zachowane. Stan bezgorączkowy. Czynność serca równomierna, stała jednak przyspieszona [106—118 uderzeń na minutę]. Tętno niezbyt pełne. Lekkie wzmocnienie drugiego tonu aorty. Nieznaczne bóle w piersiach. Obie połowy klatki piersiowej równomiernie rozszerzają się przy oddechu. Nigdzie stępienia lub rzeżeń niema. Brak śladów niedokrwistości, przewlekłego alkoholizmu lub syfilisu.

Twarz jest prawie bez wyrazu. Gra mimiczna znacznie upośledzona. Czoło jest gładkie, przy największym wysiłku nie udaje się chorej wywołać na nim podłużnych lub poprzecznych zmarszczek. Obie fałdy nosowargowe są mniej lub więcej wygładzone. Wyciąganie ust na kształt lejka wykonywa chora znośnie. Podnoszenie górnej wargi i gwizdanie są utrudnione, przy nadymaniu policzków wydostaje się z ust powietrze. Zgłoski wargowe chora wymawia z trudnością.

Oczy chora nieźle zamyka, trudniej jednak je rozwiera, tak, że wskutek obustronnego opadnięcia powiek górna odstaje od dolnej tylko  $\frac{1}{2}$  ctm.. Gałki oczne są cokolwiek wypukłone i całkowicie nieruchome. Żrenice są umiarkowanie rozszerzone, reagują bardzo żywo na światło, akomodację i ból. Zezu, drżenia gałek ocznych lub podwójnego widzenia nigdy nie było.

Siła wzroku nie jest upośledzona. Dno oka, z wyjątkiem lekkiej w granicach fizjologicznych wahającej się bladeści zewnętrznych połówek brodawki wzrokowej, nie przedstawia żadnych zбочeń. Pole widzenia znacznie zwężone we wszystkich kierunkach, przeważnie zaś ku górze. Jeżeli jednak podczas badania perymetrem [notatka z r. 1890!] unieść ręką powiekę porażoną chorej, wtedy pole widzenia rozszerza się ku górze na 20°—25°.

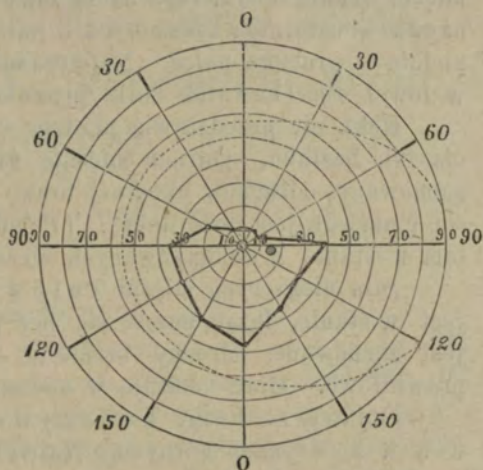
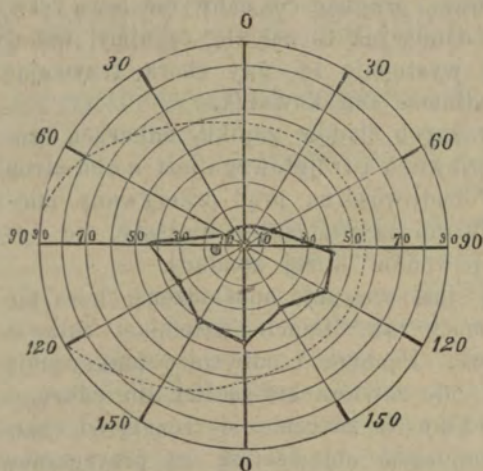
---

<sup>1)</sup> Nie udało mi się, niestety, odszukać karty szpitalnej z r. 1890, w którym to czasie chora się skarżyła wyłącznie na zaburzenia ze strony oczu. Z tego czasu zachowano tylko szematy jej pola widzenia, o czem poniżej będzie mowa.

Ruchy boczne dolnej szczęki wykonywa chora słabo. Żucie wywołuje szybko zmęczenie żwaczy, przyczem niewielkim wysiłkiem można przeszk-

Oko lewe.

Oko prawe.



dię zamknięciu ust. Okolice żwaczy oraz mięśnia skroniowego nie jest zapadnięta. Zęby są w stanie próchnienia. Ruchy językiem wykonywa chora szybko i z łatwością we wszystkich kierunkach; język jest bardzo cienki, nie zbacza, nie pomarszczony i nie drży.

Czucie na tylnej ścianie gardzieli i na języczku osłabione, odruch gardzielowy nie wyraźny. Pokarmy stałe chora trudniej i z większym wysiłkiem przełyka, niż płynne, przyczem często się krztusi, co znów powoduje napady męczącego kaszlu; przez nos pokarmy od czasu do czasu wracają. Niekiedy doznaje chora nieprzyjemnego uczucia zwężenia przełyku. Ruchy podniebienia miękkiego i języczka nader powolne i przy kilkakrotnem powtarzaniu prawie zupełnie ustają. Usiłowania chorej wyrzucenia śluzu i śliny z gardzieli pozostają zwykle płonnemi.

Głos chorej wydobywa się z wysiłkiem, jest cichy, monotony i ochrypły. Kaszle z trudnością. Nerw zwrotny z prawej strony porażony (*paralysis n. recurrentis dextrae*). *Paresis m. crico-arythenoidei postici* [kol. MEX...].

Ruchy głowy możliwe we wszystkich kierunkach. Przy odchylaniu głowy w tył następuje szybkie zmęczenie mięśni karku, a głowa okazuje dążność do pochylania się naprzód. *Ocullaris* i *sternocleidomastoidei* nie są zanikłe.

Czucie po obu stronach twarzy zachowane. Co się tyczy uczucia smaku przedniej i tylnej połowy języka, to trudno się czegoś stanowczego dobrać u niezbyt inteligentnej pacjentki. Słuch i powonienie z obu stron zachowane. Łaknienie i czynność przewodu pokarmowego są od dawna upośledzone.

Gruba siła mięśni kończyn górnych okazuje się przy wszystkich ruchach równomiernie zmniejszoną. Brak ograniczonego zaniku mięśni. Na-

pięcie (*tonus*) mięśni nie jest zwiększone; kilkakrotne wykonanie pewnego ruchu nie wywołuje zbyt szybko zmęczenia lub wyczerpania: chora jest w stanie 10 razy z rzędu podnieść ramiona lub zgiąć je w łokciu i nie czuje potem zbytznego zmęczenia. Na znaczne osłabienie kłębu lewego palucha oraz mięśni wskaziciela zwraca chora sama uwagę: pragnąc coś uchwycić lewą ręką, używa w ostatnich czasach 4 i 5 palca, a nie, jak to zwykle czynimy, wskaziciela i grubego palca. Najwyraźniej występuje to, gdy chora, trzymając w lewej ręce kawałek bułki, pragnie odłamać zeń kawałek.

Ręka nie przedstawia nigdzie wyraźnych śladów zaniku, zaburzeń czucia lub bezładu. Odruch mięśnia dwugłowego i trójgłowego jest z obu stron zachowany, odruchów okostnej brak. Pobudliwość na prąd przerywany mięśni i nerwów jest dość dobrą. [Pobudliwości na prąd stały, niestety, nie byłem w stanie z wzmiakowanych wyżej powodów bliżej zbadać].

Siła niektórych mięśni tułowia jest znacznie upośledzoną; chora nie jest w stanie, leżąc, unieść się bez pomocy rąk. Czucie natomiast tułowia jest zachowane, odruchy brzuszne żywe. Pęcherz i odbytnica funkcyjują prawidłowo. Mocz obfituje w mocznik, nie zawiera ani białka, ani cukru.

Objawy ze strony kończyn dolnych znacznie się różnią od objawów w kończynach górnych. Najwybitniejszym objawem są tu przytoczone powyżej bóle „reumatyczne“, na które chora kładzie taki nacisk w anamnezie. Bóle te, występujące samoistnie, wzmagają się zarówno przy nieznacznym dotknięciu, jak i przy bardzo mocnym ucisku. Najwyraźniej występuje ten objaw przy ucisku pewnych klasycznych punktów bolesnych (*capitulum fibulae*, *fossa poplitea*, t. zw. *Quadricepspunkt*). Bóle są stałe, mają charakter rwących, wzmagają się niekiedy w postaci napadów, przybierając jednocześnie charakter świdrujących, strzelających. Obok wrażliwości skóry i mięśni na ucisk i dotyk, można wykazać obecność parestezyi, jak np. uczucie filcu pod nogami, mrowienie, swędzenie, marznięcie, uczucie zbytznego gorąca. Powierzchnowe dotknięcie wywołuje w pewnych miejscach bolesnych gwałtowny ból, w innych znów chora nie czuje głębokiego ukłucia szpilką (*anaesthesia dolorosa*). Znieczulenie to jest najwyraźniwszem na obwodzie i zmniejsza się w kierunku do tułowia. Wyjątek pod tym względem stanowią: wewnętrzna powierzchnia łydek [okolica nerwu *sapheni majoris*], która jest zupełnie nieczuła na ból, oraz podeszwy nadmiernie znów wrażliwe na ból. Na tych ostatnich bardzo wyraźnie daje się konstatować obok hyperestezyi zwolnienie przewodnictwa czuciowego, oraz powtarzanie się opóźnionego uczucia bólu. W niektórych miejscach goleni ból po ukłuciu trwa z jednakowem natężeniem całe 15 do 25 sekund.

Czucie faradyczne skóry, pomimo nadwrażliwości powierzchniowych i głębokich tkanek, jest na obwodzie zupełnie zniesione, w okolicach zaś najbardziej dośrodkowych uda zbliża się ono do normy. Czucie mięśniowe jest również na obwodzie upośledzone. Chora nie może sobie zdać sprawy z położenia oddzielnych palców nóg przy ruchach biernych. Skonstatowanie bezładu, którego należałoby się, sądząc po innych objawach, spodziewać, jest utrudnione, ponieważ chora wskutek bólu wykonywa ruchy nadzwyczaj powoli

i ostrożnie. Z zaburzeń naczynioruchowych zanotować należy lekki obrzęk powierzchni grzbietowych stóp.

Co się tyczy stanu sfery ruchowej, to nie małe trudności przedstawia i tu przy badaniu bolesność ruchów. Mięśnie, zależne od *n. peroneus*, zdają się być w stanie niedowładu, co właściwie wnioskować można nie tyle na zasadzie ograniczenia ruchów stopy, ile położenia jej (*pes varus*). Że położenie to stóp nie mogło dawniej powstać, dowodzi okoliczność, że chora o niem wcale nie wiedziała i zdziwiła się, gdym na to zwrócił jej uwagę. Chód chorej nie mógł być zbadany wskutek silnej nadezłości podeszwy. Wyrażnych porażań i zaników niema.

Przy badaniu mięśni za pomocą prądu przerywanego nie daje się zauważyć nic nieprawidłowego w dotkniętej okolicy *n. peronei*; zewnętrzny brzeg stopy żywo unosi się ku górze, zarówno przy pośrednim, jak i bezpośrednim drażnieniu mięśni strzałkowych prądem faradycznym. Przy drażnieniu nerwu kulszowego oraz mięśni uda w miejscu wyjścia nerwu z mięśnia czworogłowego (*Quadricepspunkt*) występuje bardzo wyraźnie t. zw. objaw RUMPF'a: drgania włókienkowe i falowanie kloniczne, trwające kilkanaście jeszcze sekund po przerwaniu strumienia, poczem amplituda drgań stopniowo się zmniejsza aż do zera. Badanie mocnymi prądami udaje się bardzo łatwo, gdyż czucie faradyczne skóry, a prawdopodobnie i mięśni [DUCHENNE], jest znacznie upośledzone, ewentualnie zupełnie zniesione.

Ograniczonego zaniku mięśni nigdzie niema. Odruch podeszwy jest bardzo żywy. Brak zupełny odruchów kolanowych na obu kończynach nawet przy rękoczynie JENDRASSIK'a.

Zestawiając dane powyższe, widzimy u 26-letniej, dziedzicznie nie obciążonej kobiety, rozwijający się po ciężkim tyfusie w 9-ym roku życia, dość złożony obraz chorobowy o charakterze postępowym. Cierpienie to przez czas długi cechuje się jedynie „osłabieniem powiek“, do którego w ostatnich kilku latach przyłącza się podobnie osłabienie fonacyi i grubej siły górnych kończyn, głównie zaś lewej ręki. W ciągu ostatnich paru miesięcy występują silne bóle i parestezye w nogach oraz niemożność chodzenia—objawy, panujące nad całym obrazem chorobowym.

Już na pierwszy rzut oka przy zbieraniu wywiadów uderza okoliczność, że cierpienie, które, jeżeli wierzyć mamy słowom chorej, trwa koło 17-tu lat i występuje wyłącznie w postaci zaburzeń sfery ruchowej, od razu dotyka przeważnie sferę czuciową i to takich okolic, które przez czas trwania choroby najmniej nią były dotknięte. Niemniej godnym uwagi jest fakt, wspomniany w anamnezie, że zaburzenia czuciowe rozwinęły się w bardzo krótkim czasie, kiedy tymczasem większość objawów ruchowych występowała stopniowo, wklajając coraz bardziej obraz chorobowy. I rzeczywiście, dokładne badanie kliniczne wykazało, iż wątpliwości, które nasunęły się przy zbieraniu niezbyt dokładnej anamnezy, a dotyczące jedności obrazu chorobowego, miały pewną podstawę.

W anamnezie podaje nam chora, jak już wyżej wspomniałem, następujące momenty etyologiczne: 1) ciężki tyfus brzuszny, do którego

przyłączyły się pierwsze objawy chorobowe ze strony ruchowej i 2) poronienie z krótkotrwałą gorączką, poczem wkrótce wystąpiły pierwsze objawy ze strony czuciowej. Przy badaniu klinicznym większą część objawów ruchowych znaleziono w sferze nerwów czaszkowych, mniejszą zaś część ich w kończynach, czuciowe wreszcie objawy widoczne były wyłącznie w nogach. Zupełnemu porażeniu uległy gałęzie wewnętrzne nerwu okoruchowego [odruch akomodacyjny i świetlny zachowane], *abducens* i *trochlearis*, słowem: obraz kliniczny, który w całości swej stanowi samodzielną chorobę, przez BRUENNER-GRAEFE'go *ophthalmoplegia progressiva*, przez WERNICKE'go *polioencephalitis superior* nazywaną. Cierpienie to, rozwijając się stopniowo, polega zwykle na zwyrodnieniu samoistnym jąder nerwowych istoty szarej i śródmózdzia, a mianowicie w części, idącej od tylnej ściany lejka komórki trzeciej (*infundibulum*) aż do powierzchni jądra nerwu *abducentis*. Charakterystyczną cechą tej postaci, która prawdopodobnie przed 3 laty, t. j. gdy chora nasza znajdowała się w szpitalu, tylko jako taka mogła być rozpoznana, stanowi fakt, iż, pomimo zupełnego porażenia wszystkich zewnętrznych mięśni oka, wewnętrzne (*sphincter pupillae et tensor chorioideae*) pozostają zwykle nietknięte: *ophthalmoplegia externa*. Objawy ze strony narządów mowy, czucia, połykania i oddechania, które przyłączyły się później u pacjentki naszej do całkowicie rozwiniętego obrazu porażenia zewnętrznych mięśni ocznych, należą do zupełnie odrębnego obrazu chorobowego, występującego również jako cierpienie samoistne i oznaczanego przez DUCHENNE-TROUSSEAU mianem *paralysie glosso-labio-laryngée*, przez WERNICKE'go mianem *polioencephalitis inferior*. Najczęściej używaną jest nazwa *paralysis bulbaris*; przy chorobie bowiem DUCHENNE'go mamy do czynienia z pierwotnym zwyrodnieniem szarych jąder opuszki (*bulbus*). Terminologia WERNICKE'go—*p. inferior*—z tego może względu jest stosowniejsza, że wskazuje jednocześnie na analogiczne cierpienie górnego odcinka szarej substancji—*p. superior*—przy którym mamy również do czynienia z zanikiem zwyrodniającym szarych jąder nerwowych, znajdujących się więcej ku przodowi i ku górze.

Z objawów opuszkowych skontatowano u chorej naszej: nieruchomość twarzy na podobieństwo maski, niedostateczne nadymanie policzków, niemożność gwizdania, ściągania brwi, marszczenie czoła, wygładzenie fałdy noso-wargowej [porażenie nerwów twarzowych], zmęczenie przy żuciu i poruszaniu szczęki ku przodowi [porażenie ner. trójdzielnego], utrudnienie połykania, zwracanie pokarmów przez nos, częste trafianie pokarmów do krtani, mowa nosowa, ochrypla, przy zmęczeniu monotonna i ledwie zrozumiała, niemożliwość wykonywania silnych ruchów kaszlowych, przy badaniu krtani porażenie nerwu zwrotnego prawego i niedowład lewego *posticus*, znaczne upośledzenie odruchu podniebiennego i czucia tylnej ściany gardzieli, wzmożona, do 112, częstość tętna, szybkie zmęczenie mięśni szyjowych przy pochyleniu głowy w tył (porażenie *n. glossopharyngei i vago-accessorii*). Przytoczone zaburzenia w mowie, żuciu i połykaniu, przy których to czynnościach ruchy języka bardzo ważną odgrywają rolę, mogą wskazywać na rozpoczynające się zaburzenia ze strony nerwu podjęzykowego. Przedmiotowo można było zau-

ważęć jedynie znaczny zanik języka, bez niedowładu, bez drgań włókienkowych i bez zbroczeń w pobudliwości na prąd elektryczny.

[C. d. n.]

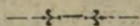
## II. PRZYPADEK T. ZW. OBRZĘKU HISTERYCZNEGO PRAWEGO RAMIENIA i symetrycznej zgorzeli obu kończyn dolnych.

[CHOROBA RAYNAUD'A].

Podał

**Gracyan Pisarzewski,**

lekarz miasta w Częstochowie.



[Dokończenie. — Patrz Nr. 16].

Streszczę pokrótce historię choroby. U osobnika stosunkowo młodego, dotąd zdrowego, lecz silnie nerwowego i przedstawiającego niewątpliwe oznaki histeryi, pod wpływem moralnego wzruszenia i przeziębienia rozwija się ostra choroba, cechująca się silnymi bólami, umiejscowionymi przeważnie w stawach, tak, że przedstawiała obraz cierpienia reumatycznego. Wkrótce potem występują zaburzenia w sferze naczynioruchowej, wyrażające się głównie obrzękami przejściowymi na ramieniu i przedramieniu i stałymi na kończynach dolnych, bólami przejściowymi przy kurczeniu stóp i kończące się zgorzelą obu goleni prawie do kolana. Zjawiają się ogólne zaburzenia pod postacią nadczułości na całym tułowiu, zniesienie czucia w miejscach obrzęku, porażenie prawej górnej i obu dolnych kończyn, znieczulenie dżiąseł i porażenie ich naczyń na tyle, że wyrwanie zębów [trzech] wykonywa pacjentka sama dobrowolnie i przytem bez żadnego krwawienia. Przy tem wszystkim choroba przebiega bez gorączki, aż do pojawienia się zapalenia reakcyjnego powyżej miejsc obumarłych, a czynność przewodu pokarmowego przez długi czas pozostaje normalną i prawidłową. Dla ścisłości wypada dodać, że przy leczeniu stosowano wszystkie możliwe środki z dziedziny pobudzających, nasercowych i rozszerzających naczynia, ciepłe okłady i rozcierania i że wszystko to nie miało żadnego widocznego upływu na przebieg choroby.

Na pierwszy rzut oka mimowoli nasuwa się pytanie, czy nie mamy do czynienia z zaturem. Pytanie to tembardziej zdawałoby się być umotywowanem, gdyż, jak wspomina historia choroby, chora miała przechodzić zapalenie wsierdzia, a i obecnie, chociaż nie słyszemy szmerów w sercu, tony jego jednakże są chropawe, nieczyste i działalność mięśnia sercowego jest nierówna, nieprawidłowa. Przypuszczenie to jednak nie może się ostać wobec szczegółowszego badania.

Obrzęk powstaje nagle na obu kończynach dolnych symetrycznie, zajmując jednakowo wysoko kończyny. Już sam fakt, że zatyczka musiałaby uwiecznić od razu w trzech miejscach i na jednej i tej samej wy-

sokości obu goleni, byłby dziwnym i trudnym do przypuszczenia. Powtóre, przy zatorze, nie wspominając o kolorze obrzęku, najpierw i najwięcej ucierpiałoby części najbardziej oddalone od serca, mianowicie palce, tymczasem w danym przypadku i obrzęk i ciemniejsze zabarwienie skóry pojawiają się najpierw w górnej części goleni. Co do bólu, to ten nie przedstawia cechy różniczkowej, gdyż wiadomo, że każda sprawa, powodująca niedokrwistość mięśni i ich obumarcie, połączoną jest z silnymi bólami. Wobec tych danych musimy wykluczyć zator, jako przyczynę zgorzeli goleni i obrzęku ramienia. O zgorzeli starczej nie wspominam nawet, gdyż zbyt młody wiek chorej [42 lat] zmusza nas od razu do wykluczenia tego przypuszczenia. Następne przypuszczenie, mające także do pewnego stopnia cechy prawdopodobieństwa w danym przypadku, jest przypuszczenie zatrucia sporyszem (*ergotismus gangraenosus*). Jak wiadomo, chora cierpiała na zaburzenia w miesiączkowaniu i krwotoki maciczne. Nie potrzebując więc przypuszczać ostrego zatrucia wskutek przyczyn przypadkowych, moglibyśmy sądzić, że chora używała i nadużywała przez czas dłuższy przetworów farmaceutycznych sporyszu i że te były przyczyną zgorzeli. Chora rzeczywiście przyjmowała sporysz pod postacią odwaru i wyciągu, stosowanego jej przedtem przez lekarzy, ale w ciągu ostatnich czterech miesięcy nie używała zupełnie tych przetworów. Przytem sam przebieg cierpienia różni się na tyle od opisywanego obrazu zatrucia sporyszem w formie *ergotismus gangraenosus*, że trudno dłużej się zatrzymywać nad tem przypuszczeniem. Jako jeden z głównych objawów przy zatruciu sporyszem występują: zaburzenia żołądkowe [Ziemssen—choroby z zatrucia] pod postacią wymiotów i biegunki, przykurczenia stałe lub przejściowe w każdym razie powtarzające się, zwolnienie tętna, zawroty głowy, osłabienie pamięci i sucha zgorzel najbardziej oddalonych części kończyn, najczęściej palców. Przy tem wszystkim choroba ta albo prowadzi do zgorzeli, albo też objawy zatrucia znikają i chory powraca do zdrowia.

W danym przypadku mieliśmy zaburzenia żołądkowe pod postacią bólów i wymiotów, biegunki jednak nie było, w dalszym przebiegu stan przewodu pokarmowego nie przedstawiał żadnych zmian chorobowych.

Przykurczenie stóp, opisane przy pierwszym badaniu, trwało prawie całą dobę, ustąpiło zupełnie i nie powracało więcej. Nie było też drgawek, ani zwięzienia źrenice, o czem wspominają (*l. c.*) jako o jednym z objawów omawianego zatrucia. Tętno przez cały czas było nie tylko nie zwolnione, lecz nawet przyspieszone; nie było też zawrotów głowy, osłabienia pamięci. W trzy tygodnie po rozpoczęciu się choroby, Z. była prawie zdrową i w tym czasie żadnego przetworu sporyszu nie przyjmowała; tymczasem wtedy dopiero stan chorej nagle się pogorszył i odtąd, oprócz kilkakrotnie dającej się zauważyć nieznacznej poprawy, nastąpiła zgorzel kończyn i jej smutne następstwa. Wszystko to pozwala nam wykluczyć stanowczo zatrucie sporyszem, jako przyczynę choroby. Pozostaje nam wówczas obraz choroby, znany pod nazwą „symetrycznej zgorzeli“ lub choroby RAYNAUD'a. Rzeczywiście, przeglądając opis choroby podany w EULENBURG'a *Encyklopedie*



1892 r., widzimy, że przypadek nasz posiada wszystkie główne cechy i objawy tego cierpienia.

Osobnik nerwowy nie przechodził żadnej choroby infekcyjnej w ostatnich paru latach. Choroba występuje nagle po silnym moralnym wstrząśnieniu i przeziębieniu. Choroba zaczyna się od gwałtownych bólów w członkach i od porażenia ich, przy czym zjawiają się przejściowe obrzmienia nogi i ręki; cierpienie trwa trzy tygodnie i zdaje się skłaniać ku wyzdrowieniu, gdy nagle występuje pogorszenie, które oprócz małych chwilowych popraw, kroczy ku fatalnemu zejściu. Porażenie kończyn dolnych zjawia się i jednocześnie i symetrycznie, t. j. tak, że obrzęki i asfiktyczne objawy skóry zajmują jednakową wysokość na obu goleniach. Występuje obrzmienie, a raczej powiększenie porażonych kończyn, utrata czucia w nich na bodźce mechaniczne i termiczne, oraz obniżenie ciepoty skóry. Zjawia się jednocześnie miejscowe obrzmienie, porażenie i asfiktyczne objawy na prawym ramieniu, które stopniowo przechodzą, chociaż pareza ręki trwa do końca życia. W dalszych już okresach choroby występuje przechodni obrzęk prawego przedramienia z upośledzeniem czucia dotyku i ciepoty. Wyrwanie zębów bez bólu i bez śladu krwawienia wskazuje na porażenie naczyń krwionośnych dziąseł, a więc mamy zaburzenia naczynioruchowe nie tylko na miejscach widocznych porażień, lecz i na innych, nie przedstawiających śladów cierpienia. Wszystkie te objawy dają tak jasny i wybitny obraz cierpienia, którego głównym, ostatecznym objawem jest zgorzel nóg, że nie waham się podać przypadku tego jako typowy obraz choroby RAYNAUD'a. W opisach choroby RAYNAUD'a kładą akcent na brak jakichkolwiek zaburzeń ze strony serca lub nerek, lecz istniejące u nas cierpienie serca było zbyt nieznacznym, by mogło służyć za przyczynę zgorzeli. Mieliliśmy *myocarditis* w nieznacznym stopniu, przyczem tętno było silne i pełne; w moczu zaś mieliśmy zaledwie widoczne ślady białka, co da się tłómaczyć przymieszką upławów, na które cierpiała chora. Innych zaś nienormalnych składników [cukier, cylindry] nie znaleziono. Stale tylko można było zauważyć powiększenie ilości moczczanów.

Nie podawałbym opisu tego oderwanego przypadku, gdyby nie przedstawiał coś więcej, niż tylko prostą kazuistykę. Przypadek ten, podług mego zdania, zasługuje na szczególną uwagę z tego względu, że pozwala nam mieć ogólniejszy pogląd na istotę cierpienia i zastanowić się, czy cierpienia, opisywane pod nazwą obrzęku histerycznego, erytromelalgii i choroby RAYNAUD'a, nie przedstawiają jednego i tegoż samego cierpienia, o różnej tylko sile natężenia i skutkach. Co do erytromelalgii i choroby RAYNAUD'a znamy już myśl tę, wypowiedzianą przez EULENBURG'a (*Deutsche med. Wochenschrift*, Nr. 50, 1893 r.).

W pracy tej EULENBURG idzie znacznie dalej, gdyż stawia w genetycznym związku z erytromelalgją i chorobą RAYNAUD'a cały szereg cierpień o wyrażonych klinicznych formach i anatomicznych podstawach, jak: syringomyelia, choroba MORVAN'a, *tubes dorsualis* i inne; nie wspomina jednak zupełnie o obrzękach histerycznych. Sądzę, że spostrzegany przezemnie przypadek pozwoli

wypełnić tę lukę i zaliczyć obrzęk histeryczny do ogólnej grupy nerwic naczyńioruchowych. Pierwszem ogniwem w szeregu tym będzie obrzęk, spostrzegany u histeryków i wskutek tego zwany obrzękiem histerycznym, ostatniem — choroba RAYNAUD'a.

Upamiętnijmy sobie obraz cierpienia w pierwszych jego okresach, jakie miałem sposobność spostrzegać. Porażenie prawej górnej i obu dolnych kończyn, obrzęk czerwony, nawet fioletowo czerwony, na ograniczonej przestrzeni prawego ramienia, połączony z silnymi bólami i obrzęk różowy goleni również z bólami, przykurczenie i skrzywienie obu stóp, które wystąpiło bez żadnej widocznej przyczyny i ustąpiło też zupełnie po kilkunastu godzinach. Jeżeli dodamy do tego inne spostrzegane objawy histeryi [znieczulenie gardzieli, *hyperaesthesia et anaesthesia*], jak również opisaną w historii choroby możliwość wykonywania wszystkich ruchów kończyną górną przy odwróceniu uwagi i niemożność zrobienia jakiegokolwiek ruchu tą samą kończyną, kiedy chora miała na nią zwróconą uwagę, to chyba nie zawahalibyśmy się uznać cierpienie to za porażenie i obrzęk histeryczny. Nie mogłem się ściśle dowiedzieć, kiedy i jakie były objawy porażen, obrzęków i t. p. w poprzednim okresie choroby; w każdym razie dowiedziałem się stanowczo, że były obrzmienia i zmiany w zabarwieniu skóry. Widzimy więc, że przed objawami asfiktycznymi na goleniach i ramieniu były bóle, obrzęki i zmiany w zabarwieniu skóry. Zmiany te występowały nagle i nagle znikwały. Porażenie nóg i ramienia w późniejszym przebiegu choroby zjawiało się nagle, co ma być charakterystycznym dla histeryi, gdy tymczasem obrzęk histeryczny pozostał, jako taki, tylko na ramieniu, na nogach zaś przeszedł w zgorzel symetryczną. Jako charakterystyczną oznakę i właściwość choroby RAYNAUD'a podają, że objawy asfiktyczne i zgorzel rozwijają się symetrycznie i jednocześnie na dwóch kończynach, lecz przypadek samoistnej zgorzeli jednej tylko kończyny, opisany przez ZELLER'a (*Berliner klinische Wochenschrift*, Nr. 52. 1893 r.), który nie waha się nazwać go chorobą RAYNAUD'a [podług mnie słusznie], wskazuje, że symetryczność nie jest koniecznym warunkiem omawianego cierpienia.

Pod nazwą erytromelalgii pojmujemy cierpienie, które charakteryzuje się bólami, zaczerwienieniem i obrzękiem, występującymi przeważnie symetrycznie na wszystkich kończynach, chociaż symetryczność nie jest koniecznym warunkiem cierpienia [EULENBURG l. c.].

Cierpienie to przebiega chronicznie, przyczem pogorszenia, jak i poprawy, zdarzają się nieraz bez żadnej widocznej przyczyny, zjawia się przeważnie u osobników nerwowych, lub dziedzicznie obciążonych i łączy się często z innymi psychicznymi zaburzeniami [osłabienie pamięci, inteligencji, halucynacje i t. p.]. Widzimy więc, że kliniczne objawy tego cierpienia zbliżają się zupełnie do objawów, spostrzeganych w obrzękach histerycznych i początkowych okresach choroby RAYNAUD'a. Charakterystycznymi objawami wszystkich trzech wymienionych cierpień są: ból, obrzęk i pareza podległych cierpieniu członków. Cierpienie tu umiejscawia się przeważnie na kończynach, chociaż i porażenia innych miejsc ciała także spostrzegano. Czas

trwania dla erytromelalgii i choroby RAYNAUD'a bywa przewlekły; dla obrzęku histerycznego różny, przeważnie długi i przytem cierpienie to często się powtarza. Cierpienia te zjawiają się u osobników nerwowych i łączą się często z zaburzeniami w sferze psychicznej. [WIZEL, GAJKIEWICZ, EULENBURG]. Jeżeli więc erytromelalgję i chorobę RAYNAUD'a pojmujemy jako nerwicę, prawdopodobnie pochodzenia centralnego, a być może, że i powstającą przy udziale nerwów obwodowych [EULENBURG l. c.], to wobec ogromnego podobieństwa tych cierpień z t. zw. obrzękiem histerycznym mamy prawo przypuścić, że ten ostatni nie przedstawia nic innego, jak tylko tę samą nerwicę naczynioruchową, której podlegają przeważnie histerycy. Różnicą między temi cierpieniami jest i to, że zmiany przy chorobie RAYNAUD'a i erytromelalgii obejmują oprócz ośrodków naczynioruchowych jeszcze i ośrodki troficzne [ruchowe] i że zmiany te są na tyle głębokie, iż nie mogą być zupełnie wyrównane.

Przy tak zwanym zaś obrzęku histerycznym zmiany obejmują mniejszą przestrzeń szarej substancji rdzenia [to jest tylko boczne rogi rdzenia między przednimi i tylnymi rogami, które EULENBURG na zasadzie zmian, znalezionych w przypadku PIERRET'a, uważa za ośrodki naczynioruchowe i wydzielnicze], nie są bardzo głębokie, tak, że mogą w zupełności być wyrównane.

Nasz przypadek wskazuje, że u jednego i tego samego osobnika pod wpływem jednych i tych samych przyczyn, bliżej nam nieznanych, powstało ogólne zaburzenie naczynioruchowe, które wyraziło się ostatecznie brakiem krwawienia i znieczuleniem dławi, obrzękiem i asfiksyą ramienia, asfiksyą i zgorzelą kończyn dolnych. Z tych objawy asfiktyczne i obrzmienie ramienia, jako nie zbyt głębokie, mogły się wyrównać i rzeczywiście wyrównały się, w ośrodku zaś dla kończyn dolnych zmiany były głębsze i rozciągały się na ośrodki troficzne, tak, że pociągnęły za sobą i zgorzel kończyn.

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

GAJKIEWICZ. Gazeta Lekarska. 1891 i 1893. — WIZEL. Gazeta Lekarska. 1893. — M. WEISS. Zeitschrift für Heilkunde. ZELLER. Berliner klin. Wochenschr. 1893. — EULENBURG. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 50. 1893.

### III. ROZPOZNAWANIE SKRYTYCH POSTACI ROPOTOKÓW

(*empyema*)

#### zatok bocznych nosa (Highmor'a, czołowych, sitowych i klinowych).

[Rzecz czytana na posiedzeniu Warsz. Tow. Lek. dnia 16. I. 1894].

Podał

**D-r Jan Śędziak,**

b. asystent przy oddziale chorób gardłanych i płucnych w szpitalu Ś-go Ducha w Warszawie.

— 2 —

[Dokończenie. — Patrz Nr. 16].

Nie idzie jednak za tem, bym metodzie tej odmawiał zupełnie znaczenia; przeciwnie sędzę, że, podobnie jak np. objaw FRAENKEL'a, i przeświecanie mo-

że w wysokim stopniu przypuszczenie obecności ropnia w zatoce HIGHMOR'a uczynić prawdopodobnem. Również nie bez znaczenia zdaje się być modyfikacya tej metody, podana w ostatnich czasach przez DAVIDSON'a: nietylko policzek w normalnych warunkach prześwieca, lecz przede wszystkim, na co wielki kładzie nacisk, dno oka, wskutek czego źrenica przedstawia się czerwoną, podczas gdy przy bardzo nawet nieznacznych ilościach ropy na dnie zatoki źrenica nie będzie oświetloną, *resp.* ciemną od strony odpowiedniej. Odkrycie to w swoim czasie zrobiło dość hałasu, zjawily się kontrolujące prace, przeważnie z Berlina HERZFELD'a, FLATAU'a, ROSENBERG'a, jakoteż MYGIND'a z Kopenhagi. Wszyscy ci autorowie wyrazili się przeciw tej metodzie, opierając się już to na wypróbowaniu tej metody u zdrowych osobników [HERZFELD: na 100 przypadków tylko w 38 dno oka przeświecało, MYGIND: na 120 przyp. w 40 istniało zaciemnienie źrenicy], jakoteż na chorych, cierpieniem tem dotkniętych [ROSENBERG — 1 przypadek oko przeświecało, a ropa była niewątpliwie w zatoce].

Zdawałoby się, że sprawa DAVIDSON'a zupełnie będzie przegrana i metoda jego na zawsze pogrzebaną, alisci występuje — i to bardzo gorąco w jej obronie w zupełnie ostatnich czasach — BURGER, który na zasadzie swoich, bardzo sumiennych badań, przychodzi do wniosku, że objaw DAVIDSON'a, który on nazywa obiektywnym, ma duże znaczenie rozpoznawcze przy empyematkach zatok szczękowych górnych. Autor ten jednak większe daleko znaczenie przypisuje innemu objawowi, jaki, zdaniem jego, stale u zdrowych osobników jednocześnie przy prześwietlaniu występuje, mianowicie: subiektywne uczucie świetlne z obu stron, którego zawsze brak po stronie zajętej sprawą ropną. Na objaw ten, o ile się zdaje, po raz pierwszy zwrócił uwagę GAREL<sup>1)</sup>.

Najważniejszą, najpewniejszą jednak metodą dla rozpoznawania ropni w zatokach HIGHMOR'a jest bez zaprzeczenia *przekłucie próbne, resp. przeszywanie próbne*. Wprowadzenie tego ważnego rękoczynu zawdzięczamy M. SCHMIDT'owi przed laty mniej więcej 5-cioma<sup>2)</sup>.

Wspominałem już po części o metodzie tej w pierwszej mej pracy o leczeniu tych cierpień, gdyż może ona jednocześnie służyć i dla celów terapeutycznych. Wykonywa się ją w sposób następujący: po starannem zdezynfekowaniu jam nosowych, oraz znieczuleniu błony śluzowej dolnego przewodu nosa [najlepiej na kilka minut zostawić watę, zwilżoną 20% roztworem kokainy], wprowadzamy do tego ostatniego igłę mocną, dość grubą, 5—6 ctm. długości, zgiętą nieco, jak radzi SCHMIDT, lub prostą, jak to czyni GRUENWALD, wraz ze zwykłą szprycą PRAVAZ'a i w odległości mniej więcej 3 ctm. od *introitus nasi* przebijamy cienką w tem miejscu blaszkę kostną, oddzielającą zatokę HIGHMOR'a od jamy nosowej. Rękoczyn ten zazwyczaj dość łatwo wykonać się daje, ponieważ jednak igła wraz ze szprycą nie daje dostatecznego punktu oporu, postępuję nieco odmiennie, mianowicie igłę wprowadzam oddzielnie za po-

<sup>1)</sup> Un nouveau signe d'empyème de l'autre d'HIGHMORE par éclairage. Ann de Mal. de l'or. etc. 2. 1893.

<sup>2)</sup> Niesłusznie pierwszeństwo w tej kwestyi przypisuje sobie BRESGEN, z Frankfurta nad Menem.

mocą bardzo masywnego przewodnika, przystosowując zwykłą szprycę, za pomocą której aspiruję zawartość zatoki. Nieudanie się rękoczynu zależy może od wadliwie wykonanej operacji, należy więc w razie napotkania znaczniejszego oporu nie używać siły, lecz koniec igły na kilka mm. przesunąć ku przodowi lub tyłowi, wreszcie trzymać się górnego odcinka przewodu pod samym przyczepem dolnej muszli, poniżej bowiem kość jest znacznie grubsza. Pomimo jednak zupełnie dobrych narzędzi, oraz odpowiednio wykonanego rękoczynu, nie jesteśmy czasami w możności przebić kości, po prostu dlatego, że jest niezwykle grubą, co jednak, acz rzadko, zdarzyć się może, o czem mnie przekonały odnośne doświadczenia na trupach. Ja kilka razy [5], prof. CHIARI zaś, znakomity specjalista w Wiedniu, wspomina o 6 przypadkach, w których nie niepodobna mu było przebić kości i trzeba było odstąpić tym sposobem od wykonania tego rękoczynu, gdyż choremu przyczynia się wtedy znaczny ból.

Zazwyczaj zaś rękoczyn ten jest mało lub wcale niebolesny, zwykle też nie pociąga za sobą żadnych następstw. ZIEM wspomina wprawdzie o nadłamaniami kości oraz silnych krwawieniach, pierwsze jednak chyba przy wadliwie wykonanem, zbyt forsownem przebicium może się zdarzyć. Co się zaś tyczy krwawienia, to rzeczywiście czasami bywa ono przy tym rękoczynie dość znacznem. Zakażenie, o jakim wspomina BEAUSOLEIL, jest niemożliwem przy zachowaniu prawideł antyseptyki. Czasami pomimo żeśmy igłą weszli do jamy HIGHMOR'a, rezultat otrzymujemy ujemny, t. j. przy aspiracji niema ropy. Czy to ma dowodzić, że rzeczywiście jej tam niema? Bynajmniej, ujemny rezultat zależy może od tego, że koniec igły zatka się odłamkami kości, lub skrzeplą krwią, lub ropa jest tak gęstą, że wyaspirować się przez, bądź co bądź, wąską rurkę nie daje, wreszcie może być i to, że ropa w zatoce jest, lecz w ilości nieznacznej, tym sposobem igła jest ponad jej poziomem. Wszystkim tym niedogodnościom możemy zapobiedz skutecznie przez zastosowanie sposobu, przez LERMOYEZ'a podanego, a polegającego na tem, że po przebicium ścianki wstrzykuje się niewielką ilość płynu antyseptycznego [najlepiej ciepłego 4% roztworu kwasu bornego], poczem dopiero aspiruje się zawartość jamy. Tym sposobem i zatkanie światła się usuwa i ropa się rozcieńcza, wreszcie poziom cieczy się podnosi.

Oprócz próbnego przekłucia, w celu rozpoznawczym możemy zastosować i przestrzyknięcie próbne. Czasami, o ile to naturalnie jest możliwem [a bywa ono więcej, niż w połowie przypadków, jak tego dowodzą badania na trupach HANSBERG'a i moje], stosują go [GAREL, STOERK i inni również] przez otwór naturalny, lub, jak to większość autorów zaleca, przez sztucznie utworzony otwór najlepiej w dolnym przewodzie nosa [CHIARI] za pomocą np. trójgrańca KRAUSE'ego: tym sposobem jednocześnie z rozpoznaniem łączy się tu już i zabieg leczniczy.

Wstrzyknięty płyn antyseptyczny [4% kwas borny] zaraz z ropną zawartością jamy wychodzi przez otwór naturalny [o ile ten nie jest zatkany polipami, które należy więc uprzednio usunąć na drodze operacyjnej], lub dodatkowy, jeśli taki istnieje.

Zestawiając wszystko, com o ropniach w zatoce HIGHMOR'a powyżej powiedział, przychodzę do przekonania, że rozpoznanie tych cierpień obecnie nie spotyka najmniejszych trudności. Nie można tego powiedzieć o ropniach innych zatok, a w pierwszej linii czołowych, do których obecnie przechodzę.

II. *Empyema latens sinus frontalis*. Cierpienia te o wiele rzadziej się spotyka: na 54 przypadków wogóle ropni zatok bocznych nosa 9 razy spostrzegłem zajęcie zatok czołowych, z tych 5 razy od strony prawej, 1 raz z lewej, oraz 3 razy z obu stron. Oprócz tego spostrzegłem jeszcze 3 razy to cierpienie w połączeniu z ropniem zatoki HIGHMOR'a, razem więc przypadków 12.

Rozpoznanie tych cierpień należy stanowczo do najtrudniejszych, z czem zgadzają się i inni autorowie [GRUENWALD i inni], przynajmniej o wiele trudniejszym jest ono od rozpoznania ropni w zatoce HIGHMOR'a, gdyż przede wszystkim brak nam w tych razach owego „*summum criterium*“, jakim jest przekłucie próbne, z drugiej zaś strony ropnie zatok czołowych stosunkowo rzadko samodzielnie się spotyka, lecz najczęściej w połączeniu z innymi ropniami, a w pierwszej linii z ropniem zatoki szczękowej górnej [JANSSEN]. I nie dziwnego, gdyż otwory, za pomocą których komunikują one z jamami nosa, znajdują się bardzo blisko, jak wiadomo, oba w przedniej części *hiatus semilunaris*, w t. zw. *infundibulum*.

Objawy, na których opieramy nasze rozpoznawanie ropni zatok czołowych, są następujące:

1) Ropienie nosowe, objaw wogóle ważny dla ropni zatok nosa, i w tem cierpieniu ma swoje znaczenie. Zazwyczaj w średnim przewodzie nosa w jego przednim odcinku między przednim końcem muszli średniej a zewnętrzną ścianką nosa znajdujemy ropę, w mniejszej lub większej ilości, i to powinno już obudzić nasze podejrzenie co do zajęcia zatok czołowych. Ponieważ jednak mniej więcej w tem samym miejscu otwierają się zatoki, właściwie komórki sitowe przednie, nieco zaś tylko ku tyłowi znajduje się *ostium verum antri Highmori*, objaw ten więc, jakkolwiek dość ważny, zupełnego znaczenia rozpoznawczego mieć nie może. Jak odróżnić ropienie zatoki czołowej od ropienia w zatoce HIGHMOR'a, powyżej już wzmiankowałem [jest to t. z. objaw B. FRAENKEL'a]. Co się zaś tyczy odróżnienia od ropienia w komórkach sitowych średnich, to jest to prawie niemożliwym.

2) KILLIAN podaje zielone zabarwienie ropy [ropa z zatoki HIGHMOR'a ma być żółta]; jest to objaw małej wagi.

3) Ważnym natomiast objawem, przez prof. JURASZA z Heidelbergera podanym, jest przerost przedniego końca muszli średnich. Na zasadzie moich obserwacji poswierdzić również to mogę.

4) SCHECH, jako objaw różniczkowy między ropniami zatok czołowych oraz HIGHMOR'a, podaje z drowy stan zębów, co jednak jest bez większego znaczenia wobec niezwyklej częstości spraw ropnych w zatoce HIGHMOR'a pochodzenia czysto nosowego.

5) SCHAEFFER podaje jeszcze jeden objaw, mianowicie zanik odpowiedniego odcinka błony śluzowej przegrody nosa [*vis a vis* prze-

dniego końca środkowej muszli], oraz poniżej wał [listwa] przerostowy; objawu tego jednak nie byłem w stanie stwierdzić.

6) MAYO COLLIER z Londynu niezwykle często jakoby spostrzegał przy ropniach zatok czołowych *diplopiam*. Raz jeden tylko objaw ten u moich chorych spostrzegałem.

7) O ile umiejscowienie bólów głowy, *resp.* nerwobólów, nie ma większego znaczenia rozpoznawczego przy ropniach w zatokach HIGHMOR'a, o tyle znów przy zajęciu zatok czołowych, zdaniem mojem, nie są one bez znaczenia. Niezwykle często u moich chorych spostrzegałem bóle czołowe (*cephalalgia frontalis*) i nerwoból nadoczodołowy (*neuralgia supraorbitalis*).

Co się tyczy metod badania zajęcia ropnego w zatokach czołowych, to ani wypukiwanie, ani wysłuchiwanie, zalecane przez ZENCKER'a, CZERNICKIEGO, a w nowszych czasach przez LINGGA ze LWOWA, oraz JANSSEN'a, nie mają, zdaniem mojem, żadnego znaczenia przy rozpoznawaniu tych cierpień. Toż samo odnosi się i do prześwietlenia, jak to zresztą wykazał swojemi doświadczeniami VOHSEN. Jedynie tylko sondowanie, *resp.* przeszytowanie próbne może mieć rozstrzygające znaczenie, naturalnie tam tylko, gdzie jest możliwem do wykonania. Już przy leczeniu tych cierpień wspominałem obszernie o metodzie tej, służącej jednocześnie dla celów terapeutycznych, że jest możliwą prawie w połowie przypadków, jak to dowiodły odnośnie badania na trupach, oraz chorych [HANSBERG, CHOLEWA. JURASZ, LICHTWITZ, jakoteż moje <sup>1)</sup>]. Samo badanie zgłębnikiem, *resp.* katetyzacja, wykonywa się za pomocą zgłębnika lub kaniuli, długości około 15 ctm., [nieco również ku bokowi, jak słusznie radzi CHOLEWA]. LICHTWITZ zaleca zagięcie pod kątem prostym, podobnie jak to ma miejsce w rurce HARTMANN'a dla ropni w zatoce HIGHMOR'a; nie jest ono jednak, zdaniem mojem, bardzo odpowiednie. Zgłębnik taki wprowadza się między przednim końcem muszli środkowej a zewnętrzną komórką nosa, w kierunku ku górze i nieco ku przodowi i ku zewnątrz.

Wyciek ropny, a także ustąpienie objawów cierpienia [bóle i t. d.] dowodzą udania się rękoczynu. Zwykle otwór zatoki czołowej znajduje się na odległości 60—70 mm. od dna *introitus nasi* [HANSBERG].

W kilku jeszcze słowach wspomnę o różniczkowem rozpoznaniu pomiędzy tem cierpieniem a ropieniem zatoki HIGHMOR'a, oprócz objawu FRAENKEL'a, należy tu zebrane przez HARTMANN'a przedmuchiwanie, przyczem jakoby ustępować miały bóle nadoczodołowe, które autor ten uważa za patognomiczne dla ropni w zatokach czołowych. Ważniejszą jednak jest metoda, podana przez LERMOYEZ'a: jeżeli po przestrzyknięciu, *resp.* oczyszczeniu zatoki HIGHMOR'a z ropy, ta ponownie występuje w przewodzie środkowym nosa, znakiem to jest zajęcia zatok czołowych. Wogóle jednak, jak to wspominałem, odróżnienie obu tych cierpień nie zawsze jest możliwem; częstokroć

---

<sup>1)</sup> WINCKLER w najnowszej pracy: Zur Anatomie der unteren Wand des sinus frontalis. Arch. f. Lar. II zeszyt. 1893, podaje nieco odmienne cyfry: na męzkich trupach tylko w  $\frac{1}{6}$ , na kobiecych zaś w  $\frac{1}{4}$  przyp. udawało mu się sondowanie tych zatok.

dopiero *ex juvantibus* bywa wykonywane, zwłaszcza wobec nierównie częstszej, aniżeli się to dotąd przyjmowało, kombinacji obu tych spraw chorobowych.

Przechodzę obecnie do ropni w komórkach sitowych.

III. *Empyema latens cellularum ethmoidalium*. Cierpienia te nie są znowu taką rzadkością, jak to powszechnie do ostatnich niemal czasów przyjmowano. Wielką zasługę w rozwoju nauki o tych cierpieniach położył GRUENWALD z Monachium, wielokrotnie już przezemnie cytowany autor doskonałej monografii o ropieniach nosowych. Autor ten rozporządza też największym, wogóle niebywałym materiałem, gdyż 32 przypadki wynoszącym <sup>1)</sup>. SCHAEFFER liczy ich 22. Ja na 54 wogóle przypadków ropni zatok nosa, w 6 miałem do czynienia z tem cierpieniem [3 razy z prawej strony, 2 z lewej i raz z obu stron]. Oprócz tego 2 razy w połączeniu z innymi zatokami [HUGHMOR'a i klinowej]. Razem więc 8 przypadków.

Rozpoznanie tych cierpień, dzięki przedewszystkiem powyższej pracy GRUENWALD'a, nie przedstawia zbyt wielkich trudności. Z objawów, na których opieramy rozpoznanie to, przytoczę następujące.

1) Co się tyczy „ropienia nosowego“, to zwykle i w tem cierpieniu ma ono pierwszorzędne znaczenie. Z drugiej jednak strony niezmiernie trudnym jest rozstrzygnięcie, które z komórek sitowych zajęte są sprawą chorobową. Powszechnie przyjmuje się, że ropa umiejscowiona więcej ku przodowi w miejscu, odpowiadającym przedniej części *hiatus semilunaris*, w której się znajdują ujścia komórek sitowych przednich, wskazuje jakoby na zajęcie tych ostatnich; nie zapominajmy jednak, że w tem samym miejscu otwierają się również zatoki czołowe. Wogóle jednak ropy tej mniej bywa i sływa między średnią a dolną muszlą, przy ropniach zaś zatok czołowych ropienie bywa zazwyczaj obfitsze i sływa bardziej ku tyłowi [LICHTWITZ].

Również niepewnym, trudnym jest odróżnienie ropienia, mającego swoje źródło w komórkach sitowych tylnych od zajęcia zatoki klinowej: i tu i tam bowiem ropa umiejscawia się w tylnym odcinku nosa między przegrodą a środkową muszlą. Stosunkowo najłatwiej jest rozpoznać ropień w średnich komórkach sitowych, i to dzięki sondowaniu, o czem poniżej. 2) Stosunkowo często przy tem cierpieniu spostrzegałem t. zw. suchy katar gardzieli (*pharyngitis sicca*), warunkowany małą zazwyczaj, skłonną do zasychania ropną wydzieliną, sływającą ku tyłowi. Również dość częstą bywa 3) ozena jakoteż 4) *cacosmia subjectiva* [jeden przypadek u 30-letniego mężczyzny]; 5) Bóle głowy spotykałem bardzo często przy tem cierpieniu, przeważnie były one głębokie, umiejscowione jakoby od tyłu oka. OAKES również je za charakterystyczne dla tych cierpień uważa; natomiast GRUENWALD podaje jako typowe, niemal patognomoniczne, bóle, występujące przy ucisku na najwyższą część podstawy nosa, zwłaszcza zaś na kość łzową; 6) Często polipy, oraz sprawy przerostowe na muszlach. 7) Przy ropieniach w komórkach sito-

<sup>1)</sup> Kilka przypadków ropni w komórkach sitowych oraz w zatokach klinowych miałem sposobność spostrzegać, podczas mojego ostatniego [we wrześniu 1893] pobytu w Monachium, w praktyce prywatnej GRUENWALD'a.



wych częściej, niż przy innych ropieniach, występują objawy nerwowe ogólne [zaburzenia psychiczne], a więc depresja, *hypochondria*, *mania*, *aprosxia* etc.. 8) Pównież częstszymi przy tem cierpieniu bywają zaburzenia ze strony narządu wzrokowego. 9) W ostatnich czasach ROBERTSON i RUAULT zalecają przeswiecanie, mianowicie przy ropieniach sitowych jakoby występować mają charakterystyczne smugi ciemne równoległe do linii środkowej nosa. 10) Jak wszędzie jednak przy ropieniach zatok bocznych nosa, tak i przy ropniach w komórkach sitowych, najważniejszym, najpewniejszym objawem jest sondowanie. Najczęściej zgłębnik w okolicy średniej muszli natrafia na tkankę miękką, gąbczastą, dość obficie ze krwią pomieszaną, ropną wydzielinę wydzielającą, przytem konstatujemy zazwyczaj obnażoną kość, dochodząc do mniej lub więcej znacznej jamy, jako siedliska ropy.

IV. *Empyema latens sinus sphaenoidalis*. Czyste niekombinowane ropnie w zatokach klinowych należą i dziś jeszcze do względnie rzadkich. Wprawdzie SCHAEFFER z Bremy podaje kolosalną ilość spostrzeżeń własnych — 53 przypadków wynoszących, GRUENWALD zaś 14, jednakże inni autorowie nie mogą się poszczycić taką ilością przypadków [JURASZ np. cytuje jeden jedyny przypadek]. Ja na 54 przypadków wogóle ropni zatok nosa raz jeden tylko miałem do czynienia z lewostronnem czystym zajęciem tej zatoki, natomiast w połączeniu z ropniami innych zatok [głównie HIGHMORA, a także sitowych] spostrzegałem 4 takie przypadki, razem więc 5. Rozpoznanie tych cierpień i dziś jeszcze do zbyt łatwych nie należy, do niedawna zaś jeszcze uważanem było po prostu za niepodobieństwo.

Olbrzymie zasługi w rozwoju nauki o tych cierpieniach położył wyżej wymieniony SCHAEFFER.

Z objawów, pozwalających na rozpoznanie ropni w zatokach klinowych, na zaznaczenie zasługują:

1) Ropienie nosowe, zazwyczaj niezbyt obfite, spływające ku tyłowi, gdzie pokrywa strop gardzieli i tylne końce muszeli nosowych, umiejscowione bywa między *septum* a *concha media* w tylnych odcinkach. 2) Dość często przy tem cierpieniu bywa *pharyngitis sicca*, czasami zaś ozena. Często również bywają: 3) zaburzenia wzroku oraz 4) zawroty głowy, szum w uszach, raz jeden spostrzegałem *otitis acuta media supp.* 5) Bóle głowy są dosyć charakterystyczne dla tego cierpienia, w moich przypadkach bywały ona najczęściej umiejscowione w tyle głowy (*cephalalgia occipitalis*), zwykle bardzo silnego napięcia. GRUENWALD podaje jako charakterystyczne bóle w okolicy uszu. 6) Częste zaburzenia ogólne nerwowe (*hypochondria*, *mania* etc.). 7) SCHAEFFER jako charakterystyczny objaw podaje rozszerzenie grzbietu nosa, co jednak, zdaniem mojem, częściej bywa przy ropniach w zatokach czołowych i sitowych. 8) Najważniejszym jednak objawem, pozwalającym z wielkiem prawdopodobieństwem, a nawet zupełną pewnością, rozpoznawać te cierpienia, jest sondowanie, *resp.* przestrzyknięcie próbne. Dokonywa się go względnie łatwo [MOURE, GRUENWALD] za pomocą zgłębnika, *resp.* rurki [można użyć zwykłego usznego kate-

teru]. Wprowadza się rurkę w kierunku ku tyłowi i ku górze nieco między *septum* i *concha media* i wtedy z mniejszą lub większą łatwością na odległość około 72 młm. [według moich i HANSBERG'a doświadczeń na trupach], wchodzimy do jamy przez otwór [po większej części zmienionej ścianki przedniej zatoki], łączący zatokę klinową z jamą nosa za pośrednictwem t. zw. *recessus sphaenoethmoidalis*. Czasami udaje się nam [w jednym moim przypadku] widzieć dokładnie, jak przy sondowaniu wydziela się z jamy ropa.

Wreszcie w kilku słowach wspomnę o rozpoznawaniu:

V. kombinowanych empyematów zatok bocznych nosa. Te, dopiero dzięki pracy GRUENWALD'a, należycie poznano. Na 54 ogółem ropni w zatokach bocznych nosa 8 razy miałem do czynienia z podobnego rodzaju cierpieniem, mianowicie: 3 razy było ropienie z zatoki czołowej i HIGHMOR'a [raz ze strony prawej, dwa razy z lewej].

3 razy ropnie zatoki HIGHMOR'a były kombinowane z zajęciem ropnem zatoki klinowej [raz ze strony lewej, raz ze strony prawej i raz obustronne].

1 raz istniała jednocześnie sprawa ropna w zatoce HIGHMOR'a i komórkach sitowych [ze strony lewej], wreszcie

1 raz zajęte były sprawą ropną zatoki HIGHMOR'a, sitowe, oraz klinowe po stronie lewej.

Najczęstsze więc spostrzegałem kombinacye ropni zatok czołowych i HIGHMOR'a, z czem zgadza się również JANSSEN, co do pewnego stopnia można sobie wytłómaczyć po prostu zakażeniem, *resp.* rozszerzeniem się sprawy zakaźnej ropnej z jednej zatoki [np. czołowej] na drugą [HIGHMOR'a i *vice versa*], co jest bardzo możliwem wobec blizkiego sąsiedztwa otworów, łączących te zatoki z jamami nosa.

Również często spostrzegałem kombinacye empyematów zatok szczękowych górnych z zatokami klinowemi, rzadziej z sitowemi. Wogóle, zdaniem mojem, ropotoki kombinowane o wiele częściej muszą się zdarzać, aniżeli to się dotąd przypuszcza. Wobec jednak trudności, jakie się napotyka przy rozpoznawaniu tych cierpień, nie dziwnego, że w wielu razach ich nie rozpoznajemy. Że częste być one mogą, to *a priori* tylko z punktu widzenia teoretycznego można przypuszczać; wszystkie bowiem prawie otwory, za pomocą których zatoki boczne komunikują z jamami nosa, mniej lub więcej blisko siebie się znajdują, tym sposobem bardzo możliwą jest rzeczą, że pierwotnie sprawa ropna, umiejscowiona jedynie w jednej zatoce nosa, w następstwie drogą zakażenia wywołuje takąż sprawę w innych sąsiednich.

Jak już wspomniałem, rozpoznanie tych cierpień należy do bardzo trudnych i tylko, że się tak wyrażę, „*ex juvantibus*“ dokonywać się daje. Weźmy przykład: mamy ropę w średnim przewodzie nosa, mamy cały szereg objawów wspólnych dla ropni wielu zatok nosa, mamy pewność, że z empyematem zatoki nosa mamy do czynienia; lecz z którą? Oto pytanie, na które w pierwszej chwili nie możemy dać stanowczej odpowiedzi. Zarówno może być ropień w zatoce HIGHMOR'a, jak i w zatoce czołowej, lub sitowej przedniej; nie dość na tem, zarówno mogą wszystkie te trzy zatoki być zajęte sprawą chorobową. Robimy przekłucie próbne zatoki HIGHMOR'a, znajdujemy ropę.

Czy rozpoznanie już jest pewnem? Bynajmniej! Nie wyklucza to zajęcia jednoczesnego zatok czołowych lub sitowych. Gdy jednak po starannem, pewnem wyleczeniu empyematu zatoki Hienmor'a, ropę w dalszym ciągu znajdujemy w średnim przewodzie nosa, gdy objawy ropnia [ból i t. d.] istnieją, wtedy mamy pewność, że mamy do czynienia z kombinowanymi empyematami. Te ostatnie zaś, jak to widzieliśmy, mogą przedstawiać najrozmaitsze odmiany.

Widzimy z powyższego, jak olbrzymi postęp uczyniła wiedza nasza w kierunku zbadania ropnych spraw w zatokach bocznych nosa. Miejmy nadzieję, że i te niewielkie trudności, jakie jeszcze czasami spotykamy przy rozpoznawaniu tych cierpień, w niedalekiej przyszłości będą usunięte i cierpienia te dla naszego rozpoznania oraz leczenia najzupełniej będą dostępne.

## NOTATKI LEKARSKIE.

### 4. Posocznicza w następstwie ropnego zapalenia miedniczek nerkowych i nerek.

Dnia 8. X. r. z., przybył do kliniki dyagnostycznej A. K., subjekt handlowy, lat 28-iu, skarżąc się na wymioty, występujące natychmiast po przyjęciu pokarmu, zaparcie stolca, brak łaknienia i na bóle kłujące w boku prawym. Stan taki trwa od 9 dni; przedtem chory nigdy ciężej nie zapadał, od roku jednak czuje się osłabionym. Przed 6 laty przechodził trypra; leczył się w ciągu 4-ch miesięcy, po czem wycieku z cewki moczowej nie zauważył, a przy oddawaniu moczu żadnych nie doznawał dolegliwości. Syfilisem nie był dotknięty, nadużyte płciowych nie popełniał, trunków używał zawsze w ilości nadmiernej. Przy badaniu przedmiotowem stwierdzono:

Chory wzrostu średniego, dobrze zbudowany i odżywiany. Skóra elastyczna; obrzęków nigdzie nie zauważono. Na skórze tułowia widać gdzieś tam porożrzucane pryszczki. Błony śluzowe zaczerwienione. Język obłożony dość obfitym szarym nalotem na powierzchni, koniec i brzegi jego wybitnie zaczerwienione. W gardzieli *pharyngitis granulosa*. Płuca zmian nie przedstawiają; tylko z prawej strony od tyłu granica płuca na linii łopatkowej odpowiada IX-emu żebru. Tony serca czyste; tętno 110, pełne. Objętość brzucha nieco zwiększona. Dolny brzeg wątroby wyczuwa się na 3 ctm. poniżej granic prawidłowych, a począwszy od linii sutkowej prawej, przechodzi jakby bezpośrednio w guz twardy, bolesny, niechłobocący, owalny, odgraniczony od dołu linią pępkową. Śledziona nie powiększona. Ciepłota w dniu badania wieczorem wynosiła 38,2°. Ilość dobowa moczu wynosiła 450 ctm. sześć. Mocz ten miał barwę żółtą [№ 3 VOGEL'a], ciężar właściwy 1,015, oddziaływanie wybitnie alkaliczne; zawierał białko w ilości 1,0% [według ESBACH'a], a w niezbyt znacznym osadzie dachówkowato ułożone owalne komórki nabłonkowe, znaczną ilość nabłonka płaskiego, dość znaczną ilość leukocytów, nadto kryształki fosforanu magnezu i amonu [ $\text{NH}_4\text{MgPO}_4 + 6\text{H}_2\text{O}$ ] oraz moczanu amonu.

Pierwszego dnia po przybyciu do szpitala, chory zaczął wymiotować z początku resztkami pokarmowemi, następnie płynem zielonkawym. Spodziewając się bardzo znacznej ilości żółci, jedną z 8 porcyi, wydalonych w ciągu doby, poddałem badaniu chemicznemu.

Wymiociny te przedstawiały się w postaci ciemno-zielonkawego, prawie przezroczystego płynu z nieznacznym osadem, zawierającym tłuszczowo wyrodnione komórki cylindryczne i rozpad drobnoziarnisty. Płyn ten posiadał słabo zasadowe oddziaływanie, ciężar właściwy 1,015, zapach słaby, mdły. Zawierał białko, hemialbumozę i śluz w małej ilości, peptonu nie zawierał; dawał wyraźną reakcję GMELIN'a na barwniki żółciowe i PETTENKOFER'a na kwasy żółciowe; wszystkie próby na obecność cholestearyny w pozostałości po odparowaniu soku dały wynik ujemny. Po odbarwieniu węglem kostnym płyn przy ogrzewaniu z  $\text{CuSO}_4$  i  $\text{KOH}$  daje reakcję TROMMER'a. Wszystkie próby na kwas solny dały wynik ujemny; ani zakwaszony, ani zalkalizowany sodą, płyn ten krążka białka [0,1 gr.] po upływie 24 godzin nie trawił, nie zawierał również ani fermentu dyastatycznego, ani rozszczepiającego tłuszczu. Sucha pozostałość jego [części stałe] wynosiła 3,023%, w tem części organicznych wogóle 2,572%, ciał straconych przez alkohol wraz z nieznaczną domieszką fosforanu żelaza 0,4302%, części nieorganicznych 0,451%.

Wymioty po przerwie jednodniowej stale w ciągu całego przebiegu choroby się pojawiały i ustały z chwilą znacznej zapaści, która nastąpiła na 2 dni przed śmiercią. Przez cały czas obserwacji chory miewał wstrząsające dreszcze i niczem nienasycone pragnienie, gdy tymczasem w ciągu dwu pierwszych dni ciepłota wynosząca 38,0—38,2, następnie 37,2—37,5 zrana była wyższą od wieczornej ciepłoty, która w ciągu ostatnich dwu dni życia opadła poniżej normy do 36—36,2°. Tętno z początku pełne, napięte, 94—104 na minutę, 15 i 16. X. było niewyczuwalnem. Ze strony płuc d. 15. X. zauważono stopień po stronie lewej, poczynające się od kąta łopatki oraz na miejscu stopienia oddech nieokreślony, a w ostatnich dwu dniach znaczną ilość rżężeń trzeszczących. Przez cały czas trwania choroby w szpitalu [8—16. X.] mocz stale choć w mniejszej ilości [450—580] był wydzielany, a guz żadnym zmianom nie ulegał.

Dnia 11. X. zwróciła mą uwagę nagle powstała na piersiach wysypka w postaci czerwonych bąbli wielkości ziarka grochu, usadowionych na zaczerwienionej podstawie; swędząca ta wysypka zaczęła się rozszerzać na szyję, twarz i kończyny, a wykwity w niektórych miejscach dochodziły do wielkości dużej dziesiątki miedzianej lub dłoni [na kolanach]; od czasu do czasu bładła, choć w ciągu całego przebiegu choroby nie znikwała, a dnia 15 i 16 X. skóra na miejscach wysypką niedotkniętych utraciła sprężystość i miała ciastowatą konsystencję. Od 8—12. X. chory był nadzwyczaj niespokojny, opierał się badaniu, rzucał się na łóżku, później zamiast objawów maniakalnych, aż do chwili śmierci [17. X.] wystąpiła zupełna apatya i brak świadomości o ciężkim stanie choroby, przy zupełnem zachowaniu przytomności.

Rozpoznanie w pierwszym dniu badania było bardzo trudnem. Główną uwagę wracał zrazu nadzwyczaj bolesny wielkości pięści guz, w którym ze

względem na niewyraźne wahania ciepłoty, na dreszcze i objawy ogólne, natężeniu ciepłoty nieodpowiadające, skłonny byłem umiejscowić ognisko ropienia, tembardziej że nawet silny ucisk w odpowiednim miejscu po stronie lewej najmniejszego bólu nie wywoływał. Guz ten ze względu na nieruchomość, umiejscowienie i dane z badania moczu [ropa, nabłonek miedniczek] odpowiadała nerce prawej; a jakkolwiek udział pęcherza i drugiej nerki w sprawie zapalnej nie był wykluczony, to jednak byłem zdania, że główny punkt ciężkości przypadł na sprawę ropną w nerce prawej, rozwijającą się na drodze wstępującej wskutek trypra chronicznego. Brak objawów ze strony nerki lewej dał mi pohop do przypuszczenia, że pomimo istnienia sprawy jednego charakteru, ropienie w nerce prawej było o wiele więcej wyrażone niż w lewej i że nie ograniczało się samą tylko nerką, lecz i na tkankę otaczającą się rozchodziło, a wymioty i zaparcie stolca skłonnybyłem raczej objaśnić ograniczonym zapaleniem otrzewnej aniżeli sprawą ropną w samej nerce. Stosunkowo niewielka ilość trypelfosfatów i moczanu amonu, w obec wydzielania moczu choć w zmniejszonej ilości [co łatwo dało się objaśnić znacznym wydzielaniem wody z wymiocinami], nie tyle na zatkanie miedniczek, ile na rozkład w pęcherzu wskazywała.

Trudności rozpoznawcze zwiększyła w następstwie wysypka pokrzywkowata przy wzmożeniu objawów ogólnych i wystąpieniu zapaści u człowieka, doskonale zbudowanego i prawie nie gorączkującego; wysypki tej nie mogłem objaśnić sobie tylko ciężkim zatruciem, którego źródło nie w produktach wstecznej przemiany materii samego ustroju, lecz w produktach wytwarzanych przez pasożyty ropotwórcze szukałem. Rozpoznanie przeto brzmiało: *pyelonephritis purulenta, praecipue dextra, cystitis chronica, septicæmia*.

Sekcyja, dokonana przez prof. PRZEWOSKIEGO dnia 18. X., dała wyniki następujące:

Trup mężczyzny wzrostu średniego, dobrze odżywianego i zbudowanego. Skóra średniej grubości, blada. Mięśnie dobrze rozwinięte, czerwone. Prawe płuco zmian nie przedstawia, w dolnym płacie płuca lewego mięszsz zgęszczony (*pneumonia hypostatica*). Błona śluzowa oskrzeli zgrubiała i pokryta śluzem. Rozmiary serca prawidłowe, mięsień blady; w zastawkach, ani w otworach zmian niema. Wątroba jest o połowę powiększona, gładka; budowa zrazikowa niewyraźna (*obfuscatio parenchymatosa*). Śledziona niepowiększona. Nerka lewa powiększona; kapsułę zdejmuje się łatwo, powierzchnia gładka; w niektórych miejscach widać żółte szare, drobne punkceiki [ropnie]. Miedniczka rozszerzona; jej błona śluzowa zgrubiała, czerwona; jama jej zawiera miękką, białą-szarawą masę, podobną do mętnego śluzu i zawierającą trypelfosfaty i moczan amonu (*nephritis ascendens purulenta, pyelitis calculosa*). Nerka prawa dwa razy powiększona. Kapsułę jej zdejmuje się z łatwością, powierzchnia rozkroju usiana ropniami różnej wielkości od łepka szpilki do ziarnka grochu. Substancya korowa o połowę zgrubiała, substancya rdzeniowa uciśnięta, zanikła. Miedniczka rozszerzona i wypełniona gęstą ropą, zmieszaną ze zgęszczonemi białemi masami [trypelfosfaty i moczan amonu].

Nadto stwierdzono zwężenie moczowodu pod prawą miedniczką i katar chroniczny pęcherza.

Rozpoznanie zostało przeto potwierdzonem, choć wskazało na obecność kamyków w miedniczkach. Ten błąd był jednak nieuniknionym: 1-o ze względu na oddawanie moczu, 2-o ze względu na to, że kamienie miedniczkowe, składające się z soli fosforanu amonu i magnezu i moczanu amonu, należą do rzadkości, 3-o że rozkład amoniakalny moczu zazwyczaj przy sprawach zapalnych w pęcherzu powstaje. Guz przeto wyczuwalny z prawej strony ponad linią pępkową był zanikłą zropiałą i moczem rozszerzoną nerką, gdy tymczasem nerka lewa pomimo obecności złogów soli w miedniczce komunikacyę z moczowodem zachowała.

Notatkę powyższą podaję nie tyle ze względu na trudności rozpoznawcze, ile ze względu na posocznicę, powstałą wskutek sprawy ropnej w miedniczkach i nerkach. Opisany przypadek zasługuje na szczególne zaznaczenie z powodu wysypki pokrzywkowatej, która przy posocznicy powstałej w następstwie obrażeń zewnętrznych, jak to wykazuje GUSSENBAUER w swej monografii o ropnicy i posocznicy (*Deutsche Chirurgie. H. IV*), do bardzo rzadkich należy objawów; przypadków istnienia pokrzywki w przebiegu posocznicy, zależnej od sprawy ropnej w narządach wewnętrznych, w dostępnej mi literaturze nie znalazłem.

Pruszyński.

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

### 31. Prof. Ribbert [Zurich]. Przyczynek do anatomii normalnej i patologicznej wyrostka robaczkowego.

Zbadawszy z górą 400 wyrostków robaczkowych, dzieli autor zdobyte przez siebie wiadomości na trzy części: w pierwszej zebrał szczegóły, dotyczące się normalnej anatomii i histologii wyrostka robaczkowego, w drugiej opisał sprawę typowej obliteracyi tegoż wyrostka, w trzeciej zawarł opis spraw chorobowych, nawiedzających powyższy narząd.

Po 1-sze. Średnia długość wyrostka robaczkowego u nowonarodzonych, dzieci, dorosłych i starców wynosi  $8\frac{1}{4}$  ctm.; spotykał jednakże autor zboczenia, jako to: wyrostki długości  $2\frac{1}{2}$  ctm., 16, 17, 18 do 21 ctm.. Bezwzględna długość wyrostka robaczkowego największą jest pomiędzy dziesiątym i trzydziestym rokiem życia [średnio wynosi  $9\frac{1}{2}$ — $9\frac{3}{4}$  ctm.]; w wieku późniejszym, jak również u dzieci liczby powyższe maleją. W stosunku do długości całego przewodu pokarmowego zachowuje się wyrostek robaczkowy tak, że u zarodków i nowonarodzonych długość jego jest większa, niż u dorosłych; autor przypisuje to zanikowi (*Rückbildung*) narządu.

Blona śluzowa wyrostka robaczkowego obfituje w liczne guziczki limfatyczne (*folliculi*), których obecność daje się stwierdzić gołym okiem u osobników młodych; wielkość i ilość guziczków dosięga szczytu u osobników w okre-

się życia od 20—30 lat, poczem guziczki zmniejszają się i spłaszczają, przestrzenie międzyguziczkowe powiększają się, a cała błona śluzowa staje się gładszą i cieńszą.

Po 2-gie. Częściowe, czy też całkowite zarastanie wyrostka robaczkowego niejednokrotnie było opisywane, i większość autorów, jak np. BIERHOFF, FIRZ i inni, przypisuje je poprzedzającym sprawom zapalnym. Autor oddaje tylko w części słuszność temu pogładowi, w większości jednakże przypadków tak zwanej typowej obliteracji wyrostka robaczkowego widzi nie zjawisko chorobowe, lecz sprawę inwolucyjną, dowodem czego jest makroskopowy i mikroskopowy obraz badanych wyrostków.

Z zewnątrz rzadko tylko osądzić można, czy światło wyrostka jest zarośnięte, czy też nie; dowodem poniekąd obliteracji ma być ograniczone ścięczenie wyrostka i pałeczkowate zakończenie jego. Po wprowadzeniu zgłębnika do wyrostka od strony kiszki ślepej napotykaemy przeszkodę, którą zgłębnik w wielu przypadkach zwalca; jeśli zarośnięcie obejmuje cały wyrostek, to zwykle od strony kiszki ślepej widać zagłębienie w kształcie lejka.

Badając pod drobnowidzem skrawki z zarośniętych wyrostków, widzimy trzy warstwy: wewnętrzną, składającą się z tkanki obfitującej w komórki, odpowiada ona błonie śluzowej; druga warstwa, łącznotkankowa, odpowiada błonie podśluzowej; trzecia, zewnętrzna, błona mięśniowa; granica między pierwszą i drugą warstwą w wielu przypadkach jest niewyraźna. Na wolnej powierzchni warstwy wewnętrznej widać niekiedy ślady dawniejszego światła wyrostka; przy dokładniejszym badaniu okazuje się, że światło jest zamknięte przez siatkę z delikatnych niteczek. Porównywając miejsca zarośnięte z sąsiednimi, prawidłowymi, wyprowadza autor wniosek, że sprawa obliteracji polega na jednoczesnym zaniku gruczołów i guziczków limfatycznych wraz z rozrostem tkanki łącznej błony śluzowej.

Typową obliterację wyrostka robaczkowego spostrzegał autor w 25 odsetkach badanych przypadków; jeśli zaś wykluczyć z ogólnej liczby osobniki poniżej lat 20, odsetka wzrasta do 32. Zarośnięcie wyrostka całkowite trafia się nierównie rzadziej, niż częściowe. Z wiekiem osobników odsetka zarastania wyrostka robaczkowego pomnaża się tak, że u ludzi, którzy przekroczyli sześćdziesiąty rok życia, odsetka ta wynosi więcej, niż 50; u nowonarodzonych nie spostrzegał autor ani razu obliteracji, a najmłodszy osobnik liczył lat pięć. Krótsze wyrostki bardziej skłonne są do zarastania, niż dłuższe.

Nie wykluczając możliwości powstawania zarastań w przebiegu spraw chorobowych, *resp.* zapalnych, co dawało się stwierdzić pod drobnowidzem, utrzymuje autor, że przeważna ilość przypadków omawianego zбочenia jest sprawą inwolucyjną, za czem przemawiają: brak zrostów otrzewnowych, ograniczających się do danej okolicy, brak śladów stanu zapalnego błony śluzowej i blizn w sąsiedztwie z zarośniętym odcinkiem, dalej niezmieniona budowa tkanki podśluzowej i mięśniowej oraz typowe poczynanie się sprawy na końcu wyrostka robaczkowego, wreszcie częstość sprawy u osobników w wieku podeszłym.

Po 3-cie. Ze spraw chorobowych opisuje autor dwie: otok wodny wyrostka robaczkowego i kamienie kałowe.

a) Otok wodny wyrostka robaczkowego powstaje wskutek ograniczonego do pewnego miejsca przerostu błony śluzowej i następczego zamknięcia światła tegoż wyrostka; więcej lub mniej znaczny odcinek obwodowy wyrostka zostaje oddzielony od światła кишки ślepej, poczem następuje rozszerzenie zamkniętego odcinka i wypełnienie go przez płyn; torbielowate rozszerzenie może dochodzić do znacznych rozmiarów [wielkości pięści i więcej]. Przyczyną powstawania opisanych rozszerzeń bywa najczęściej sprawa zapalna, chociaż rolę momentów przyczynowych mogą grać ciała obce, zamykające światło wyrostka, ucisk, zgięcie wyrostka i t. p..

W porównaniu z tak zwaną typową obliteracją wyrostka robaczkowego otok wodny trafia się rzadko; autor spostrzegł go w 6 [na 400] przypadkach, których opis dokładny podaje.

Na podstawie wyglądu makroskopowego przypadków swoich autor wnioskuje: 1-o. Zamknięcie światła niekoniecznie pociąga za sobą torbielowate rozszerzenie, nawet wówczas, gdy, jak to wykazało badanie drobnowidzowe, gruczoły są zachowane. Twierdzenie BISCHOFF'a, że rozszerzeń nie bywa, gdy błona śluzowa prawidłowo wsysa, jest niewystarczające; w przypadkach bowiem zupełnego zniszczenia błony śluzowej przy jednoczesnej nieobecności rozszerzeń torbielowatych musiał mieć znaczenie brak sekrecyi do światła wyrostka. 2-o. Rozszerzeniu torbielowatemu może uleże pewna część odciętego od światła кишки wyrostka. 3-o. Spotyka się wtórne torbiele, które bezpośrednio łączą się z główną, podstawową.

Opisawszy następnie szczegółowo badania drobnowidzowe, kreśli autor następujący obraz stopniowych przeistoczeń przy tworzeniu się torbielowatych rozszerzeń wyrostka robaczkowego: w początkowych okresach budowa ścianek rozszerzonego wyrostka nie różni się od prawidłowej; później nabłonek wraz z gruczołami ulega całkowitemu, lub też częściowemu zniszczeniu, tworząc jednowarstwowy pokład, pozbawiony gruczołów; guziczki czeka tenże sam los.

b) W warunkach prawidłowych zawartość wyrostka robaczkowego jest nieznaczną, dzięki czynności mięśni, skierowanej ku jej opróżnianiu [KLEBS]; w warunkach nieprawidłowych spotykamy w świetle wyrostka ciała obce, z których najczęstszymi gośćmi bywają t. zw. kamienie kałowe, ciekawe ze względu na zapalenia otrzewnej.

Autor znalazł kamienie w 10% badanych wyrostków robaczkowych; wielkość kamieni bywa rozmaita: długość średnia  $\frac{1}{2}$ — $1\frac{1}{2}$  ctm., szerokość  $\frac{1}{2}$  ctm.; trafiają się jednakże i większe; w przypadku, w którym nastąpiło przedziurawienie wyrostka, kamień miał odpowiednie wymiary  $2 \times 1$  ctm.. Ilość kamieni bywa jeden do pięciu [w jednym wyrostku]; kształt—owalny, niekiedy pałeczkowaty; raz widział autor pałeczkę długości 6 ctm..

Na częstość kamieni pięć osobników zdaje się nie mieć wpływu, co jest tem godniejsze uwagi, że przedziurawienie wyrostka robaczkowego częstsze



jest u mężczyzn, niż u kobiet. Największa odsetka kamieni przypada na okres życia od 5—20 lat; niżej lat 5 autor kamieni nie widział.

Naokoło kamieni spostrzegał autor więcej lub mniej ciągnący się śluz, który odgrywa ważną rolę w sprawie tworzenia się, a właściwie powiększania się kamieni wyrostka robaczkowego. Jedynie małe kamyczki składają się wyłącznie z kału, którego cząsteczki zlepiają się przy pomocy śluzu; skoro zaś wymiary ich przewyższają światło wyrostka, wówczas tylko środek kamienia tworzy kał, naokoło którego więcej lub mniej grubą otoczkę stanowi śluz; powłoka śluzowa przedstawia często budowę warstwową; tak, w jednym przypadku autor znalazł wokoło jądra kałowego dwanaście wyraźnie odgraniczonych warstw. Śluz zewnętrznych warstw kamieni znajduje się, jak to wykazały badania drobnowidzowe, w bezpośredniej łączności ze śluzem rurek gruczołowych. Być może, że w pewnych warunkach nowe warstwy kamieni tworzy śluz wraz z nieznaczną domieszką płynnego kału, za czym przemawiałyby nieco brunatna barwa starszych warstw i spotykane w nich, wprawdzie rzadko, składowe cząsteczki kału.

Kamienie, powiększając się, rozciągają ścianki wyrostka robaczkowego, uciskają błonę śluzową, kaleczą nabłonek, który ulega zniszczeniu, zarówno jak i gruczoły, wreszcie prowadzą do ograniczonej zgorzeli i przedziurawienia wyrostka.

(*Virchow's Archiv. T. 132. Z. 1.*)

Witold Żurkowski.

### 32. Düring, prof. dermatologii [w Konstantynopolu]. Trąd i syryngomyelia.

W r. 1892 ZAMBACO-BASZA nadesłał akademii lekarskiej w Paryżu komunikat, w którym oświadcza, że pewna część przypadków, figurujących w literaturze już to jako syryngomyelia, już to jako choroba MORVAN'a, są to niewątpliwie przypadki trądu, który się dotychczas we Francji spotyka, jako chorobę autochtoniczną w osłabionej postaci. Tak np. znany i wielokrotnie w literaturze opisywany chory Mares, któryw ciągu 7 lat błąkał się po klinikach i szpitalach paryskich z początku z rozpoznaniem choroby MORVAN'a, następnie po wyczerpującem studyum CHARCOT'a uważanym był za typowy okaz syryngomyelii, przedstawiał zwyczajny typ t. zw. *leprae mutilantis*. ZAMBACO przybył osobiście do Paryża i rozpoznanie takie ustalił, na co zresztą zgodziło się całe grono lekarzy szpitala Ś. Ludwika [VIDAL, FOURNIER, HALLOPEAU, DU-CASTEL i inni]. Niebawem zaczęły się pojawiać sprostowania rozpoznania w kilku przypadkach, rozpoznawanych poprzednio jako syryngomyelia, gdzie także okazała się *lepra* [PITRES, CHAUFFART, DEBOVE, RAYMOND, QUINQAUD, POTAIN, DU-CASTEL].

Opierając się na tym komunikacie i na własnem bardzo rozległem doświadczeniu, DUERING zwraca uwagę, iż rozpoznanie różniczkowe między trądem i syryngomyelią jest o wiele trudniejszem, niżby można sądzić ze znanych monografii o syryngomyelii [BRUEHL, HOFFMANN, TORNOW]. Autorzy ci, widocznie mało obeznani z trądem, rozpoznanie różniczkowe opierają głównie na tem, że objawy t. zw. *leprae mutilantis et anaestheticae* uważają za sprawa-

wę obwodową (*neuritis leprosa*), a więc wspólny dla trądu i syryngomyelii objaw: częściowe porażenie czucia (*dissotiation syryngomyelique*), ma, według nich, w trądzie występować w postaci plam, obejmować tylko skórę, podczas gdy w syryngomyelii objaw ten występuje w postaci odcinków i obejmuje głębiej leżące części: mięśnie, ścięgna i kości. Autor na mocy własnych doświadczeń zaprzecza temu faktowi, dowodząc, że w wielu przypadkach *leprae* widział wymienione objawy w takiej postaci i w takim stopniu, jakie są uważane za charakterystyczne dla syryngomyelii.

Sprawozdanie tyłu różnorodnych objawów nerwowych przy trądzie do cierpienia obwodowych tylko nerwów D. uważa za niesłuszne. Mało wprowadzić na potwierdzenie tego faktu posiadamy dowodów anatomo-patologicznych, bo tam, gdzie najwięcej *lepra* panuje, najmniej robi się badań pośmiertnych, jednak dowody takie istnieją. Przedewszystkiem pierwsze dwa znane przypadki syryngomyelii [STEUDENER'a i LANGHANS'a] były to własne przypadki *leprae anaestheticae*, dalej CHASSIOTIS w takimże przypadku znalazł w rdzeniu laseczniki trądu. Niezależnie od tych faktów *lepra anaesthetica* i klinicznie *mutilans* tak się zbliża do różnych postaci chorób nerwowych pochodzenia ośrodkowego, jak: *tabes*, *atrophia musculorum*, *gagraena symmetrica*, *erythromelalgia* i inne, że należy się zgodzić ze zdaniem CHASSIOTIS'a, iż *lepra anaesthetica* nie może być uważaną za cierpienie nerwów obwodowych przeważnie; ośrodkowy układ nerwowy, mianowicie rdzeń, bierze w niej udział bez wszelkiej wątpliwości.

Autor streszcza swoje wywody w następujących punktach:

1-o. Osobniki, opisane dotychczas jako dotknięte syryngomyelią [lub chorobą MORRAN'a], okazały się trędowatymi.

2-o. Ponieważ trąd jest we Francji chorobą autochtoniczną, nie można zatem w rozpoznaniu różniczkowym między trądem a syryngomyelią pogodzić tego faktu, że w danym przypadku wyłącza się możliwość zarażenia, jak to robią niektórzy autorowie [HOFFMANN].

3-o. Ponieważ znalezienie laseczników trądu, nawet w niewątpliwych przypadkach tej choroby, nie zawsze jest możliwym, przeto niezalezienie tychże nie może być brane pod uwagę przy rozpoznaniu różniczkowym.

4-o. Nieuzasadnionem i sprzeciwiającem się klinicznej obserwacji jest przypuszczenie, że wszystkie objawy nerwowe trądu dadzą się sprowadzić do cierpienia nerwów obwodowych.

Ponieważ autor nie widział dotychczas ani jednego przypadku syryngomyelii, w którym rozpoznanie trądu dałoby się z całą pewnością wykluczyć, przeto proponuje, aby poddać powtórnemu przejrzaniu ogłoszone dotychczas przypadki tego cierpienia. Dopóki nie będą znalezione nowe rozstrzygające momenty różniczkowego rozpoznania, w każdym przypadku syryngomyelii podejrzewać będziemy trąd choćby dlatego, że to ostatnie cierpienie trudno, a raczej prawie niepodobna, w takich przypadkach napewno wyłączyć.

[Komunikat DUERING'a bardzo jest ciekawy przez oświetlenie tak ciemnej pod względem etyologicznym sprawy, jaką jest syryngomyelia. Nie rozu-

miemy tylko, dlaczego autorowi chodzi o przeprowadzenie rozpoznania różniczkowego między trądem a syryngomyelią. Ta ostatnia przedstawia pewną jednostkę kliniczną i anatomo-patologiczną, dobrze już znaną i opracowaną; czy przyczyną jej będzie trąd, czy jaka inna sprawa zakaźna, czy rozpad gliomatu—nie to nie wpłynie na odrębne stanowisko, jakie zajmuje syryngomyelia w szeregu innych chorób rdzenia, tak jak: *tabes*, *myelitis*, *sclerosis disseminata* i inne. Choćby utrzymał się pogląd DUERING'a, że syryngomyelia wyłącznie zależy od lasecznika trądu [co także jest wątpliwem], nie przestanie ona istnieć, jako pewien zbiór charakterystycznych objawów, pewna samodzielna jednostka kliniczna. *Przyp. sprawozdawczy*].

(*Deut. med. Woch.* 1893 Nr. 6).

A. Puławski.

## Wiadomości bieżące.

— ALBERT. Nowy sposób jejunotomii. Zapożyczając idei od FRANK'a, zastawanej przez tegoż do gastrostomii, autor wykonał 2 razy jejunotomię, a mianowicie u 29-letniej kobiety z rakiem odźwiernika, szerzącym się na krzywiznie wielkiej aż do dna, i u chorej 20 letniej po oparzeniu przelyka i żołądka stężonym ługiem. Operację wykonano w sposób następujący. Po otworzeniu jamy brzusznej wyciągano na zewnątrz pierwszą pętlicę кишки czczej, i u podstawy jej łączono koniec doprowadzający z odprowadzającym tak, aby wydzielina wątroby i trzustki mogła przedostawać się do reszty przewodu pokarmowego. Dalej, w odległości 3 ctm. powyżej cięcia powłok pierwszego i równoległe do tegoż, prowadzi się cięcie drugie samej tylko skóry długości 2 ctm., i ranę drugą łączy się z pierwszą za pomocą kanału podskórnego, przez który przeciągnąć należy ową wyjętą z jamy otrzewnej pętlicę кишки. Szczyt tak poprowadzonego jelita przyszywa się w ranie drugiej, cięcie zaś powłok brzusznych, *resp.* ranę pierwszą, zamyka się całkowicie, pozostawiając tylko w warstwie mięśniowej i otrzewnowej otwór dla кишки. A więc pętlica кишки leży podskórnice; połączenie końca doprowadzającego z odprowadzającym wewnątrz jamy brzusznej tuż po za raną w otrzewnej. Koniec odprowadzający ze swoim podskórnem przedłużeniem stanowi linię prostą, przez co wlewanie pokarmów jest bardzo łatwe, regurgitacja natomiast nawet przez lekko uciskającą pelotę może być wstrzymana. W przypadku pierwszym otworzył autor przszyty szczyt pętlicy w kilka dni po operacji, kiedy już wystarczająco przyrósł; w drugim zaś natychmiast po jej umocowaniu, aby wlać niezmiernie osłabionej chorej nieco wzmacniającego pokarmu. (*Wiener medizinische Wochenschrift*. 1894. Nr. 2).

A. L.

— Program VII zjazdu lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie od 23 do 26 lipca 1894. Dnia 22 lipca Niedziela. Wieczorem towarzyskie zebranie w salach Kasyńa miejskiego [ulica Akademicka] w celu wzajemnego poznania się. 23 lipca. Poniedziałek. O 10-tej rano uroczyste otwarcie zjazdu i pierwsze ogólne posiedzenie w sali koncertowej wystawy. Następnie zwiedzenie wystawy. O 4-tej po południu posiedzenia sekcyjne w salach gimnazjum Franciszka Józefa i szkoły realnej. Wieczorem przedstawienie w teatrze dla członków i uczestników zjazdu. 24 lipca. Wtorek. O 8-mej rano zwiedzenie miasta i jego osobliwości ewentualnie szpitali. O 10-tej rano i 4-tej po południu posiedzenia sekcyjne. Wieczorem zwiedzenie wystawy przy oświetleniu elektrycznym [fontanna świetlna]. 25 lipca. Środa. O 8-mej rano dalsze zwiedzenie miasta i szpitali. O 10-tej rano i o 4-tej po południu posiedzenia sekcyjne. Wieczorem bankiet dany przez Wydział gospodarczy dla członków i uczestników zjazdu. 26 lipca. Czwartek. O 10-tej rano drugie ogólne posiedzenie i zakończenie zjazdu. Po południu zwiedzenie wystawy. Po ukończonym zje-

ździe odbędą się 27-go w piątek wycieczki w rozmaite okolice kraju pod przewodnictwem członka Wydziału gospodarczego D-ra ZUBERA, a mianowicie jednodniowa w Karpaty Stryjskie i kilkudniowe zwłaszcza do krajowych zdrojowisk. Wkładka dla członków i uczestników zjazdu wynosi 10 złr., którą to kwotę uprasza się przelać na ręce skarbnika D-ra BYLIŃSKIEGO [ul. Kościuszki 7]. Wkładka ta uprawnia do bezpłatnego otrzymania: a) jednego egzemplarza Pamiętnika Zjazdu, b) biletu wstępu na Wystawę, tak w dzień, jak i wieczorem, c) biletu na przedstawienie w teatrze, d) udziału w bankiecie, e) oznaki uczestnictwa w Zjeździe w kształcie medalionika. Celem zabezpieczenia mieszkań raczą Szanowni Członkowie i Uczestnicy Zjazdu zgłaszać się zawczasu do Wydziału gospodarczego pod adresem D-ra MERU-  
NOWICZA lub D-ra DUKOWSKIEGO. Do udziału w tym Zjeździe mamy zaszczyt zaprosić W-ych Panów, a zarazem zawiadomić, że przedmiotem posiedzeń będzie nie tylko podanie do ogólnej wiadomości wyników własnych badań członków Zjazdu, ale także przedstawienie najżywotniejszych spraw, o ile możności, z wszystkich gałęzi wiedzy lekarskiej i przyrodniczej, a to przez uproszonych do tego, lub zgłaszających się referentów. W razie zamierzonego podania takich komunikatów lub referatów upraszamy o przesłanie ich tytułów pod adresem gospodarza sekcji najdalej do 25-go czerwca 1894. Zarazem zwracamy uwagę każdego prelegenta, że w Pamiętniku Zjazdu mogą być umieszczone tylko streszczenia prac przedstawionych na Zjeździe i tylko wtedy, jeżeli autorowie dostarczą gospodarzowi sekcji przed rozpoczęciem posiedzenia zupełnie do druku przygotowany rękopis. Gdyby który z prelegentów potrzebował do swego wykładu jakichkolwiek środków pomocniczych lub miał jakie szczególne życzenia, prosimy o wcześniejsze powiadomienie gospodarza sekcji, celem możliwego uwzględnienia.

— Od Wielkiej Nocy do obecnej chwili oddział dla cholerycznych przy szpitalu Dzieciątka Jezus jest ciągle czynnym. Prawie wyłącznie chorzy przybywają z Ochoty, chociaż Warszawa i wieś Wola dostarczyły też kilka przypadków cholery. Ze wsi Ochota za Jerozolimskimi rogatkami przywieziono do oddziału 27 chorych, ze wsi Wola — 2, z Warszawy — 4, czyli razem 33 chorych, z których zmarło 10, wyzdrowiało 11, pozostaje 12. Prócz powyższych przypadków, stwierdzonych przez badanie bakteriologiczne wypróbnień chorych [D-r JANOWSKI i JAKOWSKI], albo przez sekcję ciał zmarłych [D-r PRZEWOSKI], leczą się też w oddziale chorzy podejrzani pod względem cholery azyatyckiej, którzy w tej chwili czekają na wynik badania bakteriologicznego. Takich w moim oddziale leży obecnie 5. Przypadki warszawskie są następujące: 1) Skrzypek Maryanna, służąca [z ulicy Żelaznej Nr. 44], pochodzi z Ochoty i była tam przed zapadnięciem na cholere. 2) Cagliński Michał, strażak [Nowy Świat Nr. 6]. 3) Miciewicz Feliks, dorożkarz [z ulicy Ogrodowej Nr. 44]. 4) Rakowiecki Paweł, krawiec [z ul. Przemysłowej Nr. 31]. Ci trzej — nie wiadomo, gdzie się zarazili. Połowa wszystkich cholerycznych chorych przybyła w ostatnich 3 dniach, głównie z Ochoty, gdzie, jak widać, na dobre rozwija się epidemia. Ze słów kol. SZCZENIOWSKIEGO, któremu polecono nadzór lekarski nad tem gniazdem zarazy, wiadomo mi, że tam na miejscu było kilka zejść śmiertelnych wśród objawów cholery azyatyckiej.

*D-r Władysław Świątecki.*

**Sprostowanie.** Z powodu wzmianki o udziale lekarzy polaków na kongresie w Rzymie, otrzymaliśmy od kol. WATRASZEWSKIEGO list, z prośbą: 1) o sprostowanie tytułu odczytu jego „o działaniu kuracyi merkuryalnych w okresach przymiotu czasowo [pozornie] ubiegłego“ i 2) o zaznaczenie, iż i on był wybrany na prezesa honorowego sekcji.

Na tymże kongresie kol. FRÄNKEL odczytał pracę o „autoobserwacyi lekarzy“.

Do dzisiejszego N-ru Gazety Lekarskiej dołącza się bezpłatnie dla wszystkich prenumeratorów „Katalog nowych dzieł“ księgarui Ed. Wende i S-ki za miesiąc marzec 1894.

---

Wydawca, D-r **St. Kondratowicz.** Redaktor odpowiedzialny, D-r **Wł. Gajkiewicz.**  
 Доводено Цензурою. Варшава 14 Апрелья 1894 г. Druk K. Kowalewskiego, Królewska Nr. 29.