

GAZETA LEKARSKA.

I. KILKA UWAG O ZGORZELI PŁUC.

Podał

Karol Zaleski.

—†=†—

Przeglądając karty szpitalne z kilku lat ostatnich z sali 32-jej szpitala Dzieciątka Jezus, znalazłem w nich dosyć znaczną liczbę przypadków zgorzeli płuc. Niektóre z tych przypadków nasuwają pewne wnioski, zdaniem mojem, zasługujące na uwagę.

U dwóch chorych zgorzel płuc wystąpiła po pracy w lodowni. W krótkich słowach rzecz miała się, jak następuje.

I. S. R., lat 36 liczący, przybył do szpitala 15. IV. 1895 r. Chory przed 8-iu laty przebywał zapalenie płuc. W grudniu roku zeszłego układał łód w lodowni przez cały miesiąc. Wkrótce potem przeleżał kilka tygodni w szpitalu [oddział D-ra DUNINA] z rozpoznaniem zgorzeli płuc. Od samego początku choroby dokucza mu kaszel, klucie w boku lewym i odpluwa dużo plwociny cuchnącej. Z tyłu nad średnią częścią płuca prawego oddech oskrzelowy i rozrzucone rżenia grube. W płucu lewym zmiany bardzo rozległe: nad całym płucem, jakoteż i nad mostkiem odgłos opukowy tępy. Odgłos płucny, chociaż trochę stłumiony, pozostał tylko nad i pod obojczykiem oraz nad górną połową łopatki. W tych samych miejscach słycać oddech pęcherzykowy, zresztą wszędzie oskrzelowy, wyraźny, *bronchophonia*; w różnych miejscach rżenia grube. Drżenie głosowe osłabione. Lewa połowa klatki piersiowej porusza się słabiej. Przy przekłuciu próbnem w 7-em międzyżebrze z przodu między linią sutkową i pachową igła nie porusza się swobodnie, lecz trafia na silny opór, po pokonaniu którego wydobyto trochę stłuszczonej, cuchnącej ropy; zawierała ona kryształy kwasów tłuszczowych i hematoidyne, czarny barwnik, *leptothrix* i amebę. Chory odpluwa na dobę blisko 2 kufle plwociny cuchnącej, ułożonej w warstwy. W moczu bardzo dużo białka. W końcu pierwszego tygodnia pobytu chorego w szpitalu wystąpiła obfita biegunka; nadto zauważono zaczerwienienie skóry i nacieczenie tkanki podskórnej. Zmiany te zajmowały pierwotnie nie wielką przestrzeń na lewej linii pachowej na 7 i 8-em żebrze; po dwóch dniach zaś rozszerzyły się w tył do łopatki, a ku przodowi

prawie do linii sutkowej. Chory został przeniesiony na oddział chirurgiczny, gdzie znaleziono *oedema purulentum* i zrobiono przecięcie, a po kilku tygodniach wypisano go ze szpitala z poprawą. Po upływie dwóch miesięcy chory zgłosił się znowu dla zasięgnięcia porady. Wtedy stwierdzono znaczną poprawę ogólną i miejscową. Stan dobry nie był jednak trwałym. Chory dwukrotnie jeszcze leżał w szpitalu na innych oddziałach po parę tygodni i zmarł tamże 2. V. 1896.

Przy badaniu zwłok znaleziono zgorzel całego płuca lewego, które składało się z kilku jam. *Pleuritis purulenta sinistra. Nephritis chronica.*

II. C. A., lat 55 liczący, przybył na oddział 24. III. 1896. W wywiadach zanotowano 5-cio tygodniową pracę przy układaniu lodu w lodowni w browarze. Chory opowiada, że od 9-ciu dni miewa dreszcze, kaszel, ból głowy; drugiego dnia choroby było klucie w boku. Odpluwał plwocinę „czarną i czerwona“, która od 4—5-ciu dni cuchnie. W płucu prawem znaleziono nieco rzężeń, a w lewym stłumienie poniżej łopatki; rzężenia wilgotne w okolicy dolnej części łopatki i pod pachą. W tychże miejscach drżenie i przewodnictwo głosowe wzmożone. Plwocina, bardzo cuchnąca, układa się w 3 warstwy i zawiera cząsteczki czarne. W ciągu pierwszych 10-ciu dni pobytu w szpitalu stan chorego polepszył się nieco: ilość plwociny zmniejszyła się, ciepłota opadła; wkrótce jednak wystąpiło krwiopłucie, gorączka wzmogła się, przyłączyły się poty po nocach. W płucu lewym stwierdzono obecność dużej jamy, a chory wśród ogólnego upadku sił zmarł po upływie 7-ia tygodni od przybycia do szpitala. Plwocina była coraz obfitsza i coraz bardziej cuchnęła.

Przy badaniu zwłok, prócz rozedmy płuc, znaleziono zgorzel całego prawie lewego płuca, a także mniejsze ogniska zgorzelinowe w środku prawego płuca.

Dwa te przypadki nasuwają pewne przypuszczenia. W etyologii zgorzeli płuc u niektórych autorów znalazłem wzmiankę, że długie wdechowanie bardzo oziębionego powietrza może wywołać zgorzel płuc. Sądziłbym jednak, że czynnik ten pośrednio tylko wpływa na powstawanie zgorzeli płuc. Wszak bardzo wielu ludzi całymi tygodniami i miesiącami podlega działaniu bardzo zimnego powietrza, co jednak nie pociąga za sobą zgorzeli płuc.

Doświadczenia B. HEIDENHAIN'a¹⁾ na zwierzętach z wprowadzeniem do tchawicy za pomocą odpowiedniej rurki powietrza o ciepłocie 4°—6° nie wywoływały żadnych zmian w płucach, a termometr, wsunięty aż do rozwidlenia się tchawicy, nie wykazywał znacześniejszych różnic, ponieważ powietrze ogrzewało się do normy już w górnym odcinku dróg oddechowych.

Widocznie dla powstania zgorzeli płuc potrzebne są i inne czynniki, np. mniejsza odporność ustroju.

W obu opisanych przypadkach możnaby myśleć o zanieczyszczeniach lodu. Obaj ci chorzy, robotnicy, przy ciągłej pracy w lodowni z pewnością o zachowywaniu czystości nie myśleli i łatwo mogli przenieść do ust lub nosa

¹⁾ BERNHARD HEIDENHAIN. Beiträge zur Frage nach der Ursachen der Pneumonie. Arch. f. pathol. Anat., cytowane w „Traité de médecine“. CHARCOT, BOUCHARD, str. 871.

brudne szczątki organiczne, zawarte w lodzie. Choćbym miał się narazić na zarzut fantazyzowania, trudno mi wstrzymać się od przypuszczenia, że drobno-ustroje gnilne lub ich zarodniki, dostawszy się z lodu w warunki, bardzo sprzyjające ich rozwojowi, z tem większą energią przejawiają swe czynności życiowe, szkodliwe dla ustroju zakażonego.

W naszych obu przypadkach przebieg cierpienia był bardzo ciężki i oba skończyły się śmiercią.

W literaturze w jedynym tylko przypadku Jaccoud'a ¹⁾, jako przyczyna zgorzeli płuc, podane jest wdychanie gazów żrących. Z tego względu zasługują na uwagę dwa następujące przypadki zgorzeli płuc po wdychaniu pary kwasu siarkawego.

Ch. Ig., lat 45 liczący, przybył na oddział 29. III. 1895. Chory przez 9 tygodni pracował przy bejcowaniu żelaza. W budynku krytym, zresztą zewsząd otwartym, stały trzy wanny z kwasem siarczanym. Chory pracował tam całe doby, płucząc sztaby żelazne w kwasie, następnie w wodzie i w wapieniu gaszonym. Wkrótce dostał wysypki i owrzodzeń na rękach, wskutek czego zmienił na pewien czas zajęcie. Od 3-ch tygodni kaszle stopniowo coraz więcej. Do kaszlu przyłączyły się następnie dreszcze, gorączka i poty, klucie w piersiach i prawem podżebrzu. Chory schudł, stracił apetyt i podupadł na siłach. Zaparcie stolca, sen przerywany. Chory odpluwa dużo plwociny, która często cuchnie. Cuchnienie plwociny zauważył nie tylko sam chory, ale i jego domownicy. Od 8-iu dni leży w łóżku. Dawniej był zupełnie zdrow. Budowa dobra, odżywianie średnie, tętno 88, oddech 28, ciepłota 39°. Granice płuc nieco obniżone. Nad zrazem dolnym płuca prawego z tyłu—stłumienie; w temże miejscu słycać liczne rżenia i trzeszczenia, a szmery odechowe i przewodnictwo głosu osłabione. Plwociny dużo; układa się ona w 3 warstwy, cuchnie mocno, zwłaszcza podczas kaszlu i zawiera małe, czarne cząsteczki. W ciągu pierwszych 10-ciu dni w szpitalu gorączkował; potem mimo braku gorączki pocił się w nocy. W tymże czasie częste dreszcze. Plwocina już po kilku dniach przybrała wygląd zielonawej, ropnej. Zdarzała się w niej i domieszka krwi. Czarne cząsteczki znajdowano w plwocinie ustawicznie; składały się one z wolnego barwnika czarnego, z komórek alveolarnych, usianych barwnikiem, i z rozpadu. Włókien sprężystych nie znajdowano; *leptothrix pulmonum* w małej ilości. Prócz opisanych czarnych cząsteczek, plwocina zawierała jeszcze mniejsze, szarawe cząstki twarde i kruche, które po dodaniu kwasu solnego wydzielały pod drobnowidzem pęcherzyki gazu.

Od 15. IV. nastąpiła wyraźna poprawa, pomimo wybitniejszych zmian fizykalnych [stłumienie, oddech oskrzelowy z odcieniem amforycznym, *brônchophonia*, rżenia dźwięczne nad dolną, tylną częścią płuca prawego]. Plwocina cuchnie mniej, wszakże dosyć wyraźnie, nawet dla sąsiadów chorego. Ilość jej zmniejsza się. Charakter ropny z warstwą miału. Cząsteczki czarne bardzo często. Gorączka jeszcze wcześniej zniknęła.

¹⁾ Jaccoud. Wykład patologii szczegółowej.

D. 25. IV. Chory wypisuje się. Stan ogólny całkiem dobry. Stłumienie mniejsze. Oddech oskrzelowy i rżenia dźwięczne pozostały. Plwociny $\frac{1}{4}$ kufła z bardzo nieznaczną warstwą mialu; cuchnie jeszcze dosyć wyraźnie, cząsteczki czarne wciąż zawiera. Laseczników grucieliczych w plwocinie nigdy nie było.

W czerwcu tego samego roku chory znowu zapisał się na oddział z powodu ostrego gośćca stawowego. Tym razem w płucach nie można było wykazać żadnych zmian fizykalnych, prócz nieznacznego stłumienia odgłosu opukowego i osłabienia szmerów oddechowych nad dolną częścią płuca prawego.

Przypadek bardzo podobny do poprzedniego spostrzegałem sam przed dwoma laty.

Robotnik K., lat 23 liczący, wątłej budowy i często zapadający na zapalenie oskrzeli, pracował przez 4 tygodnie przy wyrobie superfosfatu, który w cukrowniach otrzymują przez oblewanie mialu węgla kostnego kwasem siarczanym. Praca odbywała się w długiej, lecz niskiej szopie o małych okienkach; całe wnętrze szopy bywało napełnione parą kwasu siarkawego i kurzem, pochodzącym z węgla kostnego. Przebieg choroby był bardzo ciężki i połączony z wysoką gorączką; chory odpluwał wielkie ilości mocno cuchnącej plwociny, w której od czasu do czasu znajdowała się krew. Płuć musiał w kibel, gdyż nie mogli nastarczyć mu spluwaczek. Po 6-ciu tygodniach nastąpiła śmierć. W początkach choroby plwocina nie była tak bardzo cuchnąca, jak później. Chory skarżył się jedynie na kaszel, dreszcze i poty, tak, iż pierwotnie podejrzewałem gruźlicę. Kilkakrotne badanie drobnowidzowe plwociny przekonało mnie o pomyłce i doprowadziło do rozpoznania właściwego, które w zupełności potwierdził dalszy przebieg sprawy chorobowej.

Wdechania gazów żrących, jako przyczyny zgorzeli płuc, dotychczas prawie nie uwzględniano w podręcznikach, jak to już wyżej wspomniałem [jedyny przypadek JACCOUD'a po wdechniu gazów ze spalania pikrynianu potasu]. Należałoby jednak sądzić, że wobec znacznego rozwoju przemysłu przypadki podobne do powyższego zdarzają się zapewne częściej, a związek tego czynnika ze zgorzelą płuc wydaje się prostym i logicznym.

Uraz, jako przyczynę zgorzeli płuc, zanotowano w trzech przypadkach. Z tych przytaczam jeden ze względu na wyzdrowienie nader szybkie.

F. W., lat 16 liczący, przybył do szpitala 24. I. 1890. Chory dnia poprzedniego został zgnieciony między dwoma wozami z cegłą, poczem upadł i zemdlał. Podniesiony, wyrzucił obficie krew z ust. Obecnie narzeka na ból w lewym boku, kaszel i krwioplucie [2 szklanki na dobę]. Przy badaniu znaleziono nad dolną częścią lewego płuca stłumienie z odcieniem bębenkowym. W tem samym miejscu oddech nieokreślony, a u kąta łopatki amforyczny. Stan ogólny niezły. Ciężota ciała 39°, tętno 80. Ani duszności, ani sinicy. W ciągu pierwszych 6-ciu dni w szpitalu krew w plwocinie znikła.

Dnia 4. II. Ciężota znowu się podniosła, a stępienie powiększyło; oddech nad niem oskrzelowy; mnóstwo rżeń. Chory skarży się na klucie w boku lewym, odpluwa nie wiele plwociny lepkiej, brudno-ciemnej z grubą warstwą piany. W dwa dni później plwocina cuchnie, wydziela się w ilości znacznej

[kufel na dobę] i układa się w 3 warstwy. Dnia 4. II. znaleziono w niej do-
syć duży kawałek zgorzelinowy, czarny, zawierający włókna sprężyste i krysz-
tały hematoidyny. Od następnego dnia poprawa: gorączka, kaszel i ilość
plwociny zaczęły się szybko zmniejszać.

Dnia 17. II. Plwocina już nie cuchnie. Po całomiesięcznym pobyciu
w szpitalu, chory wypisuje się. Zanotowano: małe stłumienie i osłabienie od-
dechu nad dolną częścią płuca lewego; u kąta łopatki słychać jeszcze rżęże-
nia. Ilość plwociny około dwóch łyżek na dobę, nie cuchnącej; stan ogólny
chorego zupełnie dobry.

W żadnym naszym przypadku zgorzeli płuc urazowej nie było po-
ważniejszych obrażeń zewnętrznych, np. złamania żeber. Przeciwnie w licz-
nych przypadkach złamania żeber, spostrzeganych na oddziale, w żadnym nie
stwierdzono zgorzeli płuc. Zgadza się to ze zdaniem HEWELKĘGO, że przy
obrażeniach klatki piersiowej niema ścisłego stosunku między zmianami w płu-
cach a obrażeniami zewnętrznymi.

Mówiąc o zgorzeli płuc urazowej, przypomnę tu jeszcze ciekawy przypa-
dek, podany przez ROLLEGO ¹⁾. Chory, lat 22 liczący, tęgo zbudowany, mo-
cował się z kolegami. Po dwóch dniach nastąpiło zapalenie płuc, które prze-
szło w zgorzel ograniczoną. Choroba „leczona niedbale“ o przebiegu bardzo
ciężkim, trwała 65 dni i skończyła się wyzdrowieniem.

Zdaje mi się, że przebieg i zejście sprawy chorobowej w przypadkach
zgorzeli płuc urazowej bywają o wiele lepsze, niżeli w tych przypadkach,
w których przyczyna tego cierpienia była inna, zwłaszcza jeżeli przypadkowi
ulegną osobniki młode i zdrowe. Z naszych trzech przypadków jeden tylko
zakończył się śmiercią. W dwóch przypadkach choroba trwała tylko 26
i 30 dni.

Jako powikłanie przy raku przełyku zgorzel płuc wystąpiła w dwóch przy-
padkach. Podam tu opis jednego z nich, ponieważ może on, zdaniem mojem,
mieć ważniejsze znaczenie pod względem rozpoznawczym.

J. P., lat 53 liczący, wstąpił do szpitala 19. XI. w stanie rozpaczliwym.
Chory opowiada, że od sześciu miesięcy cierpi na kaszel, duszność, chrypkę,
brak sił i poty nocne. Przy kaszlu odpluwał czasem plwocinę z krwią. Osobnik
bardzo osłabiony, odżywiany miernie, zbudowany prawidłowo. Wargi sine,
cera ziemista. Badanie fizykalne ze względu na ciężki stan chorego prawie
niemożliwe. Wątroba wystaje z pod żeber na szerokość dłoni. Plwocina rop-
na, obfita, wydziela woń przykrą. Ciepłota ciała 38,7°, tętno 106, niemiarowe;
oddech 38. W ciągu następnych dni powtarzały się dreszcze, plwocina była
brudno-krwawa, cuchnąca. Ten sam chory leżał poprzednio na innych od-
działach, na których rozpoznawano: na jedym — gruźlicę płuc, na drugim —
tętniaka aorty. Wtedy chory miał doskonałe łaknienie, połykał dobrze. Przez
cały więc czas choroby nie podejrzewano u niego raka przełyku. Tymczasem
24. XI. chory zmarł. Badanie zwłok dało wynik następujący. W przełyku
nieco po nad rozwidleniem tchawicy znajduje się duży wrzód rakowy; dno

¹⁾ ROLLE J. Zgorzelina płuc ograniczona. Przegl. Lek. 1864. III.

wrzodu skierowane na lewo. W płucu lewym, zrosniętem z opłucną ścienną i powiększonym, rozrzucona znaczna ilość guzów przerzutowych. U samego szczytu płuca lewego znajduje się jama zgorzelinowa, wielkości jaja gęsiego, wypełniona ciemnym, cuchnącym płynem i strzępami zmartwiałej tkanki. Jama łączy się z dnem owrzodzenia w przełyku i oskrzelami. Płuco prawe powiększone i usiane guzami przerzutowymi, które znaleziono i w wątrobie.

Oczywistem jest tedy, że rak przełyku, cierpienie, które niemal samo rzuca się w oczy, może jednak przebiegać skrycie bez objawów zwężenia, jeżeli zgorzel płuc wystąpi na plan pierwszy i zamaskuje inne objawy kliniczne. Najłatwiej zdarzyć się to może wtedy, kiedy owrzodzenie i przedziurawienie do dróg oddechowych następuje we wczesnym okresie choroby.

Zupełnie podobny przypadek miałem sposobność spostrzegać w klinice prof. GERHARDT'a w Berlinie. Chodziło o chorą, u której podczas dwumiesięcznego pobytu w klinice nie można było zrobić właściwego rozpoznania pomimo wielokrotnego badania płwociny cuchnącej. Dopiero włókna sprężyste i cząsteczki nowotworu, wykryte w płwocinie na dwa tygodnie przed śmiercią, naprowadziły na ślad właściwy, co w zupełności potwierdziła autopsya. Trzeci taki przypadek, nie rozpoznany za życia, widzieliśmy w prosektoryum anatomopatologicznem warszawskiem. Opis 4-go takiego przypadku znajduję u CHARCOT-BOUCHARD'a ¹⁾. Wszystko to wskazuje, że opisany wyżej przypadek nie jest odosobniony, że zatem wczesne przedziurawienie raka przełyku do dróg oddechowych naraża często na pomyłki rozpoznawcze.

Raz jeden zanotowano zgorzel płuc, która powstała prawdopodobnie w płucu lewym, podczas gdy z prawej strony znajdował się zastarzały otok ropny, powstały przed trzema laty, jak się zdaje, po zapaleniu płuc włóknikowym. W 3 miesiące po tem cierpieniu 32-letni chory leżał w szpitalu, gorączkował, odpluwał dużo cuchnącej płwociny; w prawej opłucnej miał wysięk mętny z wielką ilością ciałek czerwonych i białych. Na operację się nie zgodził. Przez 1½ roku potem nie mógł pracować, chociaż nie leżał. Od 1½ roku pracuje znowu, lecz wciąż kaszle i dużo odpluwa. Od 7-iu tygodni zaczął znowu niedomagać; od tygodnia dokucza mu ból w lewej połowie klatki piersiowej, a od 4-ch dni płwocina bardzo cuchnie. Przy badaniu u nieźle odżywianego chorego znaleziono bardzo wybitne zapadnięcie prawej połowy klatki piersiowej [różnica wynosi 5 ctm.]. Przekłucia próbne trafiały wszędzie na zgrubiałą opłucną, a ropy nie dawały. Pod lewą pachą znaleziono stłumienie, oddech oskrzelowy, skąpe rżenia i tarcie opłucnowe (*affrictus pleuriticus*). Prócz odnośnych objawów fizykalnych stwierdzono znaczną ilość [2 kufle na dobę] płwociny cuchnącej, która układała się w trzy warstwy. Pewnego razu chory wykaszłał kawałek zmartwiałej tkanki płucnej 3 ctm. długi; zawierał on barwnik czarny i znaczną ilość włókien sprężystych. Chory przebył miesiąc w szpitalu. Ilość płwociny zmniejszała się stale, a na 5 dni przed opuszczeniem szpitala przez chorego zanotowano: „Płwocina od dłuższego cza-

¹⁾ Traité de médecine. CHARCOT-BOUCHARD-BRISSAUD.

su ani nie cuchnie, ani nie zawiera cząsteczek. Stan ogólny chorego uległ znacznej poprawie, a objawy fizyczne w płucu lewym zupełnie zniknęły“.

W jakim stosunku pozostaje powstanie zgorzeli w płucu lewym do otoku ropnego prawego, trudno odpowiedzieć. Zdawałoby się, że w danym przypadku chory powoli wypluwał wysięk ropny z opłucnej prawej, aż nastąpiło wreszcie samowolne wyzdrowienie; pod koniec zaś tej sprawy wybuchło cierpienie w lewym płucu z płwociną zgorzelinową ¹⁾. W każdym razie takie połączenie dwóch spraw chorobowych wydawało mi się zasługującym na uwagę.

W następującym przypadku zgorzeli płuc przebieg cierpienia zasługuje na uwagę. Przebieg choroby był bardzo ciężki. Z chwilą jednak, kiedy zjawily się napady zimnicze, płwocina straciła swą woń cuchnącą i stan chorego zaczął się znowu polepszać. Podaję w streszczeniu odnośną historję choroby.

O. A., lat 51, przybył do szpitala 17. II. 1897. Skarży się na kaszel, trwający już od dwóch lat i wzmagający się podczas jesieni i zimy, a także na brak sił i apetytu. D. 13 stycznia r. b. zapadł na chorobę, połączoną z dreszczami i gorączką, przytem przez cały tydzień pluł krwią. Po chorobie wstał i pracował do 1 go lutego. Od 2-ch tygodni znowu leży. Chory zbudowany prawidłowo, odżywiony średnio. Klatka piersiowa beczkowata; granice płuc obniżone. W dolnej części płuca prawego z tyłu dosyć liczne rżenia wilgotne. W płucu lewym na dwa palce poniżej kąta łopatki z tyłu stłumienie; słycać tu oddech oskrzelowy z odcieniem amforycznym i liczne rżenia dźwięczne (*gargouillement*); *bronchophonia*. Drżenie wyraźnie nie zmienione. Śledziona na 8-em żebrze nie wyczuwalna [kiedyś przebywał zimnicę]; chory odpluwa dużo płwociny, która cuchnie i układa się w 3 warstwy. Stan bezgorączkowy. Kaszel najmocniejszy rano; wtedy i płwocina cuchnie najbardziej. Kilkakrotne badanie drobnowidzowe płwociny nie wykazało obecności włókien sprężystych; znaleziono jedynie barwnik, rozpad drobnoziarnisty i *leptothrix*. Kilkakrotne krwioplucie. Chorego uważano za „straconego. W pierwszych dniach maja zjawily się bardzo regularne napady typowej zimnicy trzeciacki [we krwi znaleziono plazmodyje], która trwała do 24 maja. Zrazu objawy te kładziono oczywiście na karb ropnicy. Wobec jednak typowości napadów, powiększenia śledziona, wyników badania krwi i szybkiej skuteczności chininy stwierdzono zimnicę niewątpliwie. Po przejściu tego nieoczekiwanego powikłania, podczas którego ciepłota podnosiła się do $\pm 0,5^{\circ}$ C., ilość płwociny znacznie się zmniejszyła, a 2. VI zupełnie przestała cuchnąć. Przy wypisywaniu się chorego zanotowano znaczną poprawę stanu ogólnego, chociaż wyraźny oddech amforyczny i *gargouillement* poniżej i na wewnątrz od kąta łopatki lewej pozostały. Można by tedy przypuszczać, że zakażenie zimnicze, a właściwie może wysoka ciepłota wywarła wpływ dodatni na zasadniczą sprawę chorobową.

Wybitną zgorzel płuc w przebiegu gruźlicy stwierdzono dwa razy. W jednym z nich typowe objawy zgorzeli zjawily się na 2 tygodnie przed śmiercią;

¹⁾ Takie wykrztuszanie ropy z opłucnej bez odmy piersiowej [inaczej filtracja ropy przez miąższ płucny] widuje się w każdym prawie zastarzałym przypadku zapalenia ropnego opłucnej.

w drugim zaś — zgorzel wystąpiła na plan pierwszy i zamaskowała niewielkie, co prawda, zmiany gruźlicze, których obecność tylko podejrzewano, i doprowadziła do ograniczonego *pyopneumothorax*. W dostępnej mi literaturze znalazłem tylko u EICHHORST'a ¹⁾ i NETTER'a ²⁾ wzmiankę o zgorzeli płuc, spotykanej przy gruźlicy tego narządu. Zwykle spostrzegano tylko objawy zgorzeli w ścianach jam gruźliczych (*cavernae*). CRUVEILHIER ³⁾ tylko twierdzi, że powikłanie gruźlicy płuc zgorzelą może mieć miejsce i bez obecności jam. Wogóle powikłanie tego rodzaju spotyka się dosyć rzadko. Zdaje mi się, że tak mała ilość przypadków zgorzeli płuc w przebiegu gruźlicy daje nieco do myślenia. Wszak cierpienie płuc gruźlicze przedstawia wiele warunków, sprzyjających rozwojowi zgorzeli, a tymczasem takie zejście cierpienia nie należy do częstych.

Aczkolwiek w podręcznikach zapalenie płuc włóknikowe stoi w pierwszym rzędzie wśród czynników etyologicznych zgorzeli płuc, w materiale, którym rozporządzałem, nie znalazłem ani jednego przypadku zgorzeli, który niewątpliwie byłby takiego pochodzenia. Zgadzałoby się to ze zdaniem, wygłoszonym przez HEWELKEGO ⁴⁾, że zejście zapalenia płuc w zgorzel zdarza się znacznie rzadziej, niż to wogóle przypuszczają. Należałoby więc nie przypisywać temu czynnikowi etyologicznemu tak wielkiego znaczenia, jak to dotąd czyniono.

Sądzę, że należałoby wyodrębnić pod względem etyologicznym sprawy ropno-zgorzelinowe w płucach w przebiegu tyfusu brzuszno, a właściwie podczas zdrowienia z tej choroby. Jeżeli gdzie, to właśnie w takich przypadkach zaciera się granica między ropniem a zgorzelą płuc i nieraz nawet na stole sekcyjnym sprawę trzeba nazwać zgorzelinowo-ropną ⁵⁾.

Jeden analogiczny przypadek przytaczam tu pokrótce.

Chory A. W., lat 21 liczący. Po przebyciu tyfusu i obustronnego zapalenia dolnych zrazów płuc, kiedy ciepota już opadła i w ciągu 5 ciu dni trzymała się nisko, naraz spostrzeżono znów znaczne podwyższenie się ciepoty, a po kilku dniach objawy rozwijającej się zgorzeli płuc z charakterystyczną plwociną cuchnącą, zawierającą cząsteczki zgorzelinowe i t. d.. W dalszym przebiegu wystąpiły: *pleuritis ichorosa circumscripta* i ropne zapalenie stawu łokciowego. Chory zmarł.

Bardzo podobny przypadek spostrzegali: JAKOWSKI i CIECHOMSKI ⁶⁾.

Zgorzel płuc jest chorobą trudną do przeoczenia. Na cuchnięcie plwociny trudno żeby nie zwrócił uwagi nie tylko już lekarz, ale i sam chory i otoczenie jego. Bywają przecież przypadki zgorzeli płuc, nie zdradzającej się za życia. Przypadek taki znalazłem wśród kart szpitalnych [jama zgorzeli-

1) EICHHORST H. Handb. der allgem. Pathol. und Therap.

2) Traité de médecine. CHARCOT-BOUCHARD, str. 964.

3) Traité de méd. l. c.

4) O. HEWELKE. Przyczynek do leczenia zgorzeli płuc. Kronika Lekarska, 1891.

5) PORÓWN. K. CHEŁCHOWSKI. Przypadek zgorzeli płuc ograniczonej. Gaz. Lek. 1885.

6) M. JAKOWSKI. Zgorzel płuca po tyfusie brzuszno, pomyślnie wydobyte sekwestru płucnego. Demonstracya. Pam. Tow. Lek. Warsz. str. 265.

nowa w średnim zrazie płuca prawego u 63-letniego żebraka z rozedmą płuc]. Taki sam przypadek po urazie opisuje HEWELKE ¹⁾.

W jednym przypadku zgorzeli, leczonym wstrzykiwaniami tymolu do mięszu płuc, jama zgorzelinowa zajmowała cały górny prawy zraz, spowodowała zgorzel mięśni międzyżebrowych od mostka do linii sutkowej w drugim międzyżebżu i blizką była otwarcia się na zewnątrz.

Wszystkich przypadków zgorzeli płuc znalazłem w moim materiale szpitalnym 24. Z nich zmarło 13, czyli przeszło 54%; wyzdrowiało 5, prawie 21%; z polepszeniem opuściło szpital 5 chorych [21%], a jeden wypisał się bez poprawy [4%]. Liczby powyższe, jako zbyt małe, mają tylko względne znaczenie i na ich podstawie nie mam zamiaru stawiać wniosku co do śmiertelności ze zgorzeli płuc wogólności. Przytoczyłem je, ponieważ danych statystycznych o zgorzeli płuc podręczniki podają bardzo mało. Co do statystyki jednak muszę jeszcze zrobić jedno zastrzeżenie. Zgorzel płuc przyłącza się często do chorób, które zwykle same przez się kończą się śmiercią bez względu na to, czy będą powikłane zgorzelą płuc, czy nie. Tu, np. należą sprawy chorobowe pochodzenia gruźliczego, raki żołądka i przełyku i t. p. Daleko racjonalniejszą byłaby statystyka, ułożona na podstawie czynników etyologicznych z pominięciem chorób samych przez się śmiertelnych. W takim razie do statystyki weszłoby tylko 20 przypadków; liczba zejść śmiertelnych wynosiłaby 9, czyli 45%, a wyzdrowień 25%, tyleż polepszeń i 5% bez żadnej poprawy.

W końcu chciałbym jeszcze zamieścić pewne wnioski, które nasunęły mi się przy opracowywaniu materiału szpitalnego.

1) *Caeteris paribus* czynniki etyologiczne mają pewien wpływ na przebieg i zejście choroby. W zgorzeli płuc pochodzenia urazowego rokowanie bywa lepsze, a sama sprawa chorobowa trwa znacznie krócej, niżeli przy innych przyczynach tej choroby.

2) Przy rozpoznawaniu zgorzeli płuc, towarzyszącej nowotworom, *resp.* rakom przełyku, nasuwają się pewne trudności rozpoznawcze, które mogą wprost uniemożliwić rozpoznanie cierpienia zasadniczego.

3) Przy badaniu warto byłoby zwracać pilną uwagę na zajęcie chorego, gdyż w ten sposób udałoby się częściej odnaleźć czynnik etyologiczny. Dowodzą tego najlepiej te podane przezemnie przypadki, w których bezpośredni związek między zgorzelą płuc a zajęciem chorego jest zupełnie widoczny.

4) Aczkolwiek podręczniki zalecają szukać cząsteczek zgorzelinowych w warstwie dolnej płwociny [w miale], w rzeczywistości jednak łatwiej bywa odnaleźć je w ropy warstwy górnej. Cząsteczki zgorzelinowe znajdują się tam literalnie zawinięte w kulkach płwociny i są wolne od resztek pokarmowych.

5) Rokowanie bywa lepsze w tych przypadkach, w których płwocina zawiera duże cząsteczki zgorzelinowe z wyraźnymi włóknami sprężystymi.

¹⁾ O. HEWELKE. Przypadek zgorzeli płuca wskutek stłuczenia. Kron. Lek. 1895.

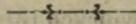
II. PRZYCZYNEK DO NAUKI

O ZŁOŚLIWYCH NOWOTWORACH KOSMÓWKI.

(*Exochorioma malignum*).

Podał

C. Stankiewicz [Łódź].



[Dokończenie — Patrz Nr. 3].

Tak więc badanie drobnowidzowe wykazało, iż miałem do czynienia z nowotworem, złożonym z pierwiastków warstwy nabłonkowej kosmków, czyli z t. zw. egzochoryomatem. Co dziwniejsza, nowotwór ten rozwinął się w przebiegu ciąży zaśniadowej i dał przerzuty jeszcze przed rozwiązaniem. Względna niewinność, przypisywana dotąd powszechnie zaśniadom, maleje z dniem każdym w świetle najnowszych spostrzeżeń. Na najwyższą uwagę w tym względzie zasługuje przypadek APPELSTEDT'a i ASCHOFF'a ²⁹⁾ z kliniki w Gietyndze.

Pani D., lat 42, zamężna od lat 14, odbyła 2 porody, z których pierwszy został dokończony przy pomocy sztuki. Miesiączkuje od 14 roku życia, co 4 tygodnie, zupełnie prawidłowo. W jesieni 1894 roku, w 8 lat po ostatnim porodzie, poczuła się po raz trzeci w odmiennym stanie. Cięża tym razem rozwijała się nieprawidłowo i w marcu 1895 roku została zakończoną urodzeniem zaśniadu groniastego. W tydzień potem na lewej wardze większej zjawił się guz nieduży, miękki, bolesny w tem samym miejscu, w którym chora podczas ciąży uciewała ból i zauważyła obrzęk. Połóg był powikłany gorączką. Gdy po 6 tygodniach chora zaczęła się podnosić z łóżka, guz już był znacznie większy i w krótkim czasie zaczął zawadzać przy chodzeniu, sprawiając niekiedy dotkliwie kłujące bóle.

Wobec tego chora w czerwcu 1895 r. wstąpiła do kliniki ginekologicznej prof. RUNGÉ'go w Gietyndze. Przy badaniu znaleziono guz miękki, chębcący, wypuklający wargę lewą większą ku przodowi. Guz ten, będąc umiejscowiony w tkance łącznej, przypochwowej, wypukła również ścianę pochwy do wewnątrz na znacznej przestrzeni. Po zrobieniu cięcia w pochwie można było stwierdzić istnienie podługowatej jamy, wielkości jaja kurzego, równoległej położonej do pochwy, wypełnionej pęcherzykami zaśniadu wraz ze starą skrzepłą krwią. Nader obfite krwawienie, jakie powstało przy badaniu, zmusiło do natychmiastowego zatamponowania jamy watą. W kilka dni potem przy wyskrobaniu wydobyto z macicy resztki zaśniadu groniastego. W dalszym przebiegu zmiana opatrunku była połączona zawsze ze znaczną utratą krwi z opisanej jamy; wreszcie rozwinął się obraz ciężkiej ropnicy, której chora uległa w 3 miesiące po rozwiązaniu.

²⁹⁾ Ueber böartige Tumoren der Chorionzotten [Archiv. f. G. T. L. Z. 3].

Sekcyja wykazała obecność w macicy guza wielkości orzecha laskowego, tudzież przerzuty w płucach i śledzionie. Jama w tkance przypochwowej nie łączy się z jamą w macicy.

Przy badaniu drobnowidzowem przerzutu przypochwowego znaleziono liczne kosmki, pozbawione naczyń, z warstwą zewnętrzną w stanie rozmnożonego bujania. Wyrazem tego są wyrostki syncycyalne, spotykane w wielu miejscach, oraz grupy komórek, powstałe przez przerost warstwy LANGHANS'a. W guzie macicy, jak również w innych przerzutach nie znaleziono kosmków, natomiast trafiono na wysepki komórek o jądrach mocno zabarwionych, otoczone ze wszech stron masą rozpadową.

Zachodzi pytanie, w jaki sposób zaśniad jest w stanie dać przerzut o typowej groniastej budowie. Stara hipoteza VIRCHOW'a, według której istota zaśniadu miała polegać na śluzakowatym zwyrodnieniu kosmków, nie ostała się wobec nowszych badań. MARCHAND dowiódł, iż główny udział w tworzeniu się zaśniadu przypada warstwie nabłonkowej kosmków, podległej wzmóženemu bujaniu, gdy jednocześnie w podścielisku zachodzą przemiany wsteczne, od nacieczenia hydropicznego (*hydropische Quellung*) do zmartwienia tkanki w końcu. Nie jest prawdopodobnem w przypadku powyższym, iżby pęcherzyki zaśniadu, będąc porwane prądem krwi, jako takie były punktem wyjścia nowego ogniska zaśniadowego. Sądząc z obecności kosmków, nie zmienionych w pęcherzyki, przypuszczać należy, iż zaszło tu przedewszystkiem zanieśenie pojedynczych kosmków, które następnie, natrafiwszy na grunt odpowiedni, uległy swoistemu bujaniu, stając się podstawą przerzutu zaśniadowego.

Możliwość takiej wędrówki potwierdza niemniej ciekawy przypadek SCHAUTY³⁰⁾, cytowany u NEUMANN'a³¹⁾.

Przypadek ten dotyczy 40-letniej kobiety, która przedtem zawsze była zdrową, miesiączkowała prawidłowo i rodziła 3 razy. W końcu lipca 1896 zaszła w ciążę po raz czwarty. We wrześniu zaczęły się z części rodnych krwawienia, z początku nieznaczne, następnie bardziej obfite. Zapytany o radę lekarz wskazał na żyłak pochwy, jako na przyczynę krwawienia, i odesłał chorą do szpitala powszechnego w Wiedniu. Przy badaniu 10 listopada znaleziono guz miękki, elastyczny, wychodzący z małej miednicy i zajmujący podbrzusze i śródbrzusze; górny brzeg guza leży na 2 palce poprzeczne nad pępkiem. Ton opukowy nad guzem wszędzie stłumiony. Ani części płodu, ani bicia serca nie udaje się wykazać. Na przedniej ścianie pochwy tuż za wejściem (*introitus*) uklejewato wypuklający się guz wielkości wiśni. Guz ten ma konsystencję kruchą, barwę ciemno-niebieską, na wierzchołku jest pokryty ścieniałą błoną śluzową. Krwawienie pochodzi niewątpliwie z macicy, a nie z opisanego guza.

³⁰⁾ C. f. G. 1897, str. 53.

³¹⁾ Beitrag zur Kenntniss der Blasenmolen und des malignen Deciduoms. M. f. G. u. G. T. VI. Z. I. i II. [lipiec i sierpień 1897 r.]

W kilka dni potem, gdy krwawienie nie ustawało, opróżniono macicę w uspianiu chloroformowem od zawartości, którą były masy zaśniadu groniastego.

Jednocześnie wycięto guz pochwy dla zbadania drobnowidzowego. Przytem, oprócz krwi i komórek, pochodzenia syncycyjalnego, znaleziono w kilku miejscach typowe kosmki, aczkolwiek pozbawione naczyń krwionośnych i źle odżywione. W półtrzecia tygodnia po rozwiązaniu, 2, XII. 1896, SCHAUTA dokonał wycięcia macicy. Przebieg pooperacyjny nie powikłany. Wyzdrewienie. Na tylnej ścianie macicy istnieje nieznaczna wyniosłość, konsystencji nieco twardszej, niż otaczające części. W miejscu tem pośród włókien mięśniowych spotyka się liczne komórki z bogatemi w chromatynę jądrami; komórki te pochodzą z *syncytium*, jak to widać w polu drobnowidzowem, gdzie znaleziono kosmek w świetle naczyń krwionośnych oraz obfite nacieczenie temiż komórkami otaczającej tkanki. Komórki o cechach warstwy LANGHANS'a obecne w ilości nieznacznej.

Tak więc i w tym przypadku stwierdzamy zdolności kosmków przenoszenia się w pewnych razach po za granice jaja płodowego, przyczem kosmki, zasobne w zarodki złośliwe, dają w oddalonych narządach przerzuty o charakterze nowotworowym.

Przy zestawieniu powyższych przypadków ze spostrzeganym przezemnie, widać pewną, pozornie dość bliską analogię. I tu i tam mieliśmy zaśniad groniasty, i tu i tam istniały przerzuty pochwowe, stwierdzone w przebiegu ciąży na pewien czas przed rozwiązaniem w przypadku tak SCHAUTY, jak i moim. Na tem jednak kończy się powinowactwo przypadków.

Dzięki budowie przerzutu pochwowego, mój przypadek zajmuje bez zapreczenia stanowisko odrębne. Z podanego wyżej opisu preparatu widzimy, iż przerzut ten posiada wszystkie cechy t. zw. egzochoryomatu; w skład jego bowiem wchodzi 3 twory charakterystyczne: masy syncycyjalne, grupy komórek z warstwy LANGHANS'a, wreszcie komórki olbrzymie. Natomiast niema w nim kosmków, których obecność jest cechą przypadków APFELSTEDT'a i SCHAUTY.

Zdarzają się wprawdzie, i nawet często, twory podobne do kosmków, lecz podobieństwo to jest tylko pozornem. Masy syncycyjalne, które występują w tej formie, nie wykazują nigdzie nawet śladów właściwego kosmkom podścieliska łączno-tkankowego. Brak im również typowego układu warstwy zewnętrznej, która ani pod względem właściwości protoplazmy, ani pod względem liczby i barwienia się jąder, niezem nie różni się od warstwy wewnętrznej. W przypadkach APFELSTEDT'a i SCHAUTY kosmki *in toto*, prądem krwi przeniesione do ściany pochwy, były istotną przyczyną powstania przerzutu. W moim przypadku, wobec wyników badania drobnowidzowego, przypuszczam bezpośrednio przeniesienie pierwiastków nowotworowych przy pomocy naczyń krwionośnych.

Tak więc jest to przypadek egzochoryomatu, który zaczął się rozwijać podczas ciąży zaśniadowej i wywołał przerzuty w pochwie, zanim nastąpiło rozwiązanie.

Wyżej przytoczone spostrzeżenia utwierdzają nas w przekonaniu, że zaśniad groniasty nie zawsze bywa tworem względnie niewinnym. że przeciwnie, przybierając cechy nowotworu złośliwego, w krótkim stosunkowo czasie może się stać powodem zejścia śmiertelnego. Zgodnie ze zdaniem NEUMANN'a ³²⁾, należałoby odąd odróżniać zaśniady niewinne (*mola benigna*) i zaśniady złośliwe (*mola maligna*). Główną cechą tych ostatnich jest zdolność tworzenia przerzutów w mniej lub więcej oddalonych narządach, bądź o budowie groniastej, bądź też o cechach egzochoryomatu, w razie rozwoju tego nowotworu. Czy zaśniad t. zw. niewinny może również wywoływać przerzuty o budowie charakterystycznej, pozostaje dotąd, bez względu na przypadek T. LANDAU'a ³³⁾, rzeczą mało prawdopodobną.

Przypadek ten, ogłoszony przez PICK'a ³³⁾, dotyczy 22-letniej kobiety, która zwróciła się o poradę z powodu krwawienia z części rodnych w 4-tym miesiącu ciąży. Na wzgórku cewki moczowej, tuż przy wejściu do pochwy, znaleziono uklejowatą, kruchą narośl, wielkości orzecha laskowego, barwy sinoczerwonej. Narośl tę niebawem usunięto. Badanie drobnowidzowe wykazało obecność typowych kosmków, w części zmienionych pęcherzykowato. Na powierzchni kosmków zachodzi wybitne bujanie warstwy syncycjalnej. Błona śluzowa pochwy podległa nekrozie.

W kilka dni po wycięciu narośli pochwowej nastąpiło urodzenie zaśniadu groniastego. Połóg o przebiegu niepowikłanym zakończył się zupełnym wyzdrowieniem. Obecnie, po upływie 3½ lat od powyższego zajścia, pacjentka LANDAU'a znajduje się w 7 miesiącu ciąży.

Przypadek LANDAU'a trudno zaliczyć wraz z PICK'iem do kategorii zaśniadów niewinnych. Już samą zdolność dawania przerzutów poczytuję za cechę niezaprzeczonej złośliwości. Przypuszczam raczej, iż przerzut pochwo- wy w tym przypadku utworzył się bardzo wczesnie, że tak się wyrażę, w zaraniu przemiany złośliwej zaśniadu, i że ten ostatni został wydalony, zanim pierwiastki złośliwe zdołały przeniknąć do ściany macicy. Uważam tedy przypadek LANDAU'a za złośliwy, lecz wyleczony dzięki wczesnemu wdaniu się sztuki i natury. W podobny sposób należy sobie objaśniać rozwój egzochoryomatu w pochwie, jak to zaszło w jedynym dotąd w odnośnej literaturze przypadku SCHMORL'a ³⁴⁾

U 38-letniej kobiety, w 18 tygodni po czesnym porodzie, rozwinął się w pochwie guz, który wywołał następnie przerzuty w płucach, wątrobie, nerkach i kiszkiach. Budowa guza i przerzutów typowa dla egzochoryomatu. Zejście śmiertelne w pół roku od początku choroby. W macicy, jajowodach, jajnikach nie znaleziono nowotworu.

W przypadku tym guz pochwoy nie mógł być pierwotnym, gdyż egzochoryomat może rozwijać się tylko w tych miejscach, w których jest możliwą

³²⁾ L. c.

³³⁾ L. PICK. Ueber Metastasenbildung und Histologie der gutartigen Blasenmole [C. f. G. 1897. str. 1216, 69 Versammlung deutscher Naturforscher und Aertzte zu Braunschweig. 20 — 25. IX. 1897].

³⁴⁾ 69 Versamml. deutscher Naturforscher etc. C. f. G. 1897.

ciąża. Guz ten jest tedy tworem wtórnym, zależnym, jak twierdzi SCHMORL, od pierwotnego ogniska w łożysku, które wraz z niem zostało wydalone, nie zdolawszy jeszcze przejść na macicę. Twierdzenie PICK'a ³⁵⁾, że kosmki zarówno przy zaśniadzie, jak przy ciąży prawidłowej, mogą być porwane prądem krwi i zaniezione do oddalonych narządów, tam podlegać złośliwej przemianie, daje się przyjąć za słuszne tylko o tyle, o ile dotyczy kosmków, które już w pierwotnym siedlisku nabyły cech złośliwości. Trudno bowiem przypuścić, iżby zdrowy kosmek, oderwany od macierzystego łoża, zmieniając miejsce, nabierał ni ztąd ni zowąd cech złośliwości, tworząc przez bujanie warstw nabłonkowych nowe ogniska. Zdawałoby się raczej, iż w kosmku takim znajdują przedziej przemiany wsteczne, prowadzące do zaniku. Wynik badania drobnowidzowego w cytowanym wyżej przypadku SCHAUTY ³⁶⁾ dowodzi słuszności tego poglądu. Wszystkie kosmki, jakie tylko znaleziono w przerzucie pochwowym, nosiły na sobie cechy wybitne złego odżywiania.

Względna częstość egzochoryomatów po zaśniadzie groniastym dała pobudkę do ściślejszych badań histologicznych, które miały na celu wczesne rozpoznanie złośliwości danego przypadku.

Praca NEUMANN'a, oparta, co prawda, na małej ilości spotrzeżeń, daje w tej mierze niejaki wskazówki. W podścielisku kosmków zaśniadu, po którym rozwinął się egzochoryomat, NEUMANN ³⁷⁾ znajdował zawsze duże komórki okrągławe lub podłużnej formy, z jednostajną protoplazmą i dużym, zazwyczaj ekscentrycznie położonym jądrem. Komórki owe, pochodzące, zdaniem NEUMANN'a, z *syncytium*, spotyka się już to pojedynczo, już w większych ilościach. Z drugiej strony, grupy komórek, pochodzących z warstwy LANGHANS'a, otoczone, jak to bywa przy zaśniadzie niewinnym, wązkim paskiem *syncytii*, w razie przemiany złośliwej wykazują bujanie owego *syncytium* z wnikaniami pomiędzy pojedyncze komórki.

Te dwa zjawiska: obecność komórek syncycyalnych w podścielisku i p. zeraście bującego *syncytium* przez grupy komórek LANGHANS'a, są stałymi cechami złośliwości danego przypadku. Stwierdzenie cech powyższych jest dla NEUMANN'a wskazaniem do operacji doszczętniej, czyli wycięcia macicy.

Ciekawe bez wątpienia wyniki badań NEUMANN'a nie upoważniają jednak w żadnym razie do wyprowadzania tak daleko sięgających wniosków. W rzeczy tak ważnej i tak odpowiedzialnej, jak wskazanie do operacji doszczętniej, nie mogą wystarczyć dane, oparte zaledwie na kilku spostrzeżeniach. Uważałbym za lekkomyślność, gdyby ktokolwiek, znalazłszy w zaśniadzie NEUMANN'owskie „cechy złośliwości“, przystępował do wycięcia macicy. Dopiero dalsze badania mogą wykazać, w jakim stosunku do egzochoryomatu stoją owe cechy. PICK ³⁸⁾ na podstawie własnych dociekań twierdzi, że komórki NEUMANN'a spotyka się również przy zaśniadzie niewinnym. Jedna-

³⁵⁾ L. c.

³⁶⁾ L. c.

³⁷⁾ L. c.

³⁸⁾ L. c.

kowoż przypadek PICK'a, jak to zaznaczyłem wyżej, zaliczam do złośliwych, co zdaje się stwierdzać pośrednio słuszność wywodów NEUMANN'a. W końcu pozwalam sobie skreślić kilka słów o przebiegu egzochoryomatu i jego leczeniu.

Pierwsze objawy kliniczne występują zazwyczaj po upływie pewnego czasu od zakończenia ciąży. Ten, że tak się wyrażę, okres wylęgania nowotworu trwa niekiedy dość długo. Tak w przypadku FRAENKEL'a ³⁹⁾ przeszło rok i pięć miesięcy, w przypadku zaś LOEHLEIN'a ⁴⁰⁾ rok i trzy kwartały po urodzeniu zaśniadu, zanim rozwinął się właściwy obraz kliniczny. Niemniej rozmaitym bywa stopień złośliwości nowotworu, aczkolwiek w ogólności należy go zaliczyć do bardzo złośliwych, ze względu na wybitną zdolność dawania przerzutów. Pierwiastki nowotworowe wnikają, jak to stwierdzono wielokrotnie, w ściany i światło naczyń krwionośnych i, będąc porwane prądem krwi, tworzą przerzuty w oddalonych narządach. Pod względem częstości przerzutów pierwsze miejsce zajmuje pochwa, następnie idą płuca, wątroba, jajniki, mózg, przepona, nerki i inne narządy. Jednocześnie w pierwotnym siedlisku komórki nowotworowe wnikają w sąsiednie tkanki w kierunku szczelin chłonnych (*Lymphspalten*) ⁴¹⁾, gdy naczynia limfatyczne i gruczoły nie bywają zajęte, co wyróżnia egzochoryomat od raków. Śmierć następuje wskutek przerzutów i ogólnego wycieńczenia zwykle w ciągu pierwszego roku od początku cierpienia, niekiedy już po upływie 3—6 miesięcy [w moim przypadku po 4 miesiącach].

Ponury ten obraz rozjaśniają cokolwiek wyniki leczenia, które z natury samej cierpienia może być tylko operacyjnym. Wczesne usunięcie porażonego narządu oraz przerzutów, o ile to jest w danym razie wogóle możebnem, prowadzi niekiedy do zupełnego wyleczenia. RUGE ⁴²⁾ wlicza takie cztery przypadki: MARCHAND-EWERKE ⁴³⁾, NOVÉ-JOSSERAND'a ⁴⁴⁾, JEANNET'a ⁴⁵⁾ i KUPPENHEIM'a ⁴⁶⁾. W przypadkach TANNEN'a ⁴⁷⁾ i FREUND'a ⁴⁸⁾ nastąpiło również wyleczenie. W tym ostatnim ostatnim przypadku, jak również w przypadku LOENBERG-MANHEIM'a ⁴⁹⁾, wycięto nie tylko macicę, lecz i przerzuty pochwowe; pacjentki po upływie 15, *resp.* 6 miesięcy były jeszcze zdrowe. W innych przytoczonych przypadkach „wyleczenia“ okres spostrzegania nie przechodzi półtora roku od czasu operacji, wobec czego z zupełną pewnością wyłączyć

³⁹⁾ RUGE l. c. str. 387.

⁴⁰⁾ C. f. G. 1893. Nr. 14. i RUGE. l. c. str. 38.

⁴¹⁾ RUGE. l. c.

⁴²⁾ LUBARSCH. l. c.

⁴³⁾ RUGE. l. c. str. 388.

⁴⁴⁾ Sur le déciduome malin. Ann. de gynéc. et d'obstetr. T. XVI. 1894. [RUGE].

⁴⁵⁾ Du déciduoma malin. Ibidem.

⁴⁶⁾ Ein Fall von Sarcoma deciduocellulare. C. f. G. 1895. Nr. 34.

⁴⁷⁾ Ein Fall von Sarcoma uteri deciduocellulare. Arch. f. Gyn. T. XLIX. Z. I. ref. w C. f. G. 1895. str. 1336.

⁴⁸⁾ Ueber bösartige Tumoren der Chorionzotten. Zeitschr. f. G. u. G. T. 34. Z. 2.

⁴⁹⁾ Zur Kasuistik der bösartigen „serobinalen“. Uterus-Geschwülste. C. f. G. 1896. str. 474.

niema możności nawrotu. Natomiast przypadek SAPRENO-PESTALOZZY⁵⁰⁾, w którym upłynęło 3 lata bez nawrotu, zdaje się nie pozostawiać wątpliwości w tym względzie.

Ciekawą pod względem leczenia jest statystyka ULESKO-STROGANOWEJ⁵¹⁾ Na 40 przypadków egzochoryomatu robiono operację 22 razy: w tem wycięcie macicy *per vaginam* 12 razy, wyskrobanie 6 razy, cięcie brzuszne 4 razy. Bez nawrotu pozostało tylko 6 przypadków, czyli 27% ogólnej liczby operowanych. Cyfra ta jednak zmniejszy się jeszcze, jeżeli zważymy, że okres obserwacji wahał się pomiędzy 6 i 18 miesiącami zaledwie od czasu operacji.

Na podstawie danych, zawartych w niniejszej pracy, możemy wyprowadzić następujące wnioski:

1) Egzochoryomat jest nowotworem pochodzenia zarodkowego, który, wnikając w narządy macierzyste, w krótkim stosunkowo czasie staje się przyczyną zejścia śmiertelnego, o ile dotknięte narządy nie będą dość wcześnie usunięte na drodze operacyjnej.

2) Egzochoryomat, jak tego dowiódł MARCHAND, rozwija się z warstwy nabłonkowej kosmków, przyczem zachodzą pewne indywidualne różnice co do udziału *syncytii* i warstwy LANGHANS'a.

3) Stara nazwa *deciduoma malignum* powinna być zarzucona, ponieważ nie odpowiada istocie rzeczy.

4) Egzochoryomat może rozwijać się wszędzie tam, gdzie jest możliwą ciąża, gdyż znajduje się w bezpośredniej zależności od niej.

5) Zaśniad groniasty powinien być uważany za moment wielce sprzyjający powstawaniu egzochoryomatu.

6) Zaśniad groniasty może występować sam przez się, jako nowotwór złośliwy, dając przerzuty o właściwej budowie groniastej.

7) Czy zaśniad t. zw. niewinny może tworzyć przerzuty, pozostaje rzeczą bardzo wątpliwą.

8) Wobec danych zawartych pod liczbą 5, 6 i 7, leczenie zaśniadu nie powinno być, jak dotąd, wyczekującym i symptomatycznym, lecz możliwie doszczętnym. Najłatwiejszym zabiegiem jest w tym razie wywołanie skurczów i otwarcia macicy przez wprowadzenie paska gazy jodoformowej i następnie opróżnienie z zawartości, ewentualnie w uśpieniu chloroformem.

9) Po rozwiązaniu ciąży zaśniadowej należy dany przypadek poddać ścisłej obserwacji i przy zjawieniu się pierwszych objawów, zależnych od nowotworu, przystępować natychmiast do wycięcia macicy.

10) Rozpoznanie różniczkowe może nastroczać poważne trudności. Trzeba wyłączyć poronienie, uklej łożyskowy, mięsak trzonu macicy i raka. Jedynie badanie drobnowidzowe jest w stanie usunąć wszelkie w tym względzie wątpliwości.

Łódź w Październiku 1897 r.

⁵⁰⁾ u FRANQUÉ'go l. c.

⁵¹⁾ L. c.

Fig. 1.

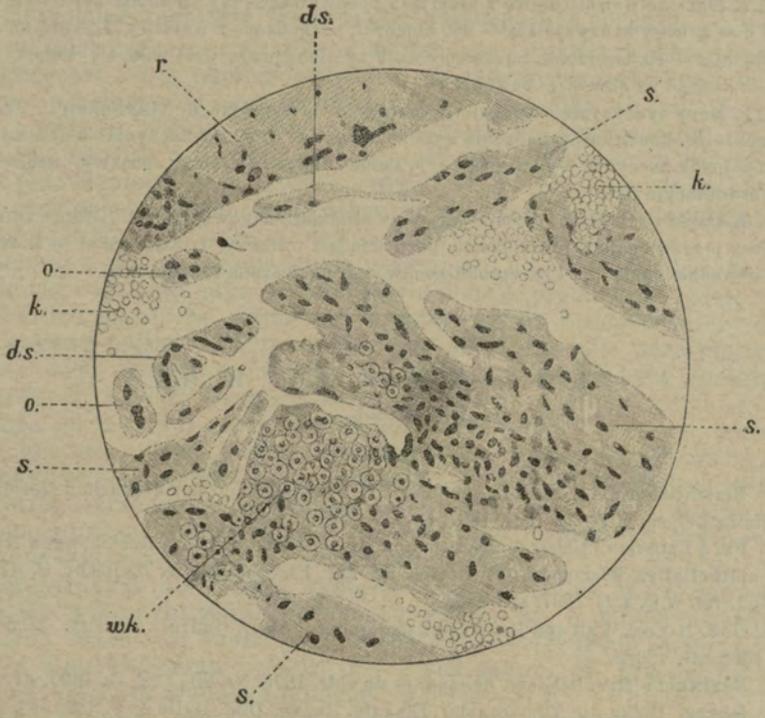


Fig. 2.

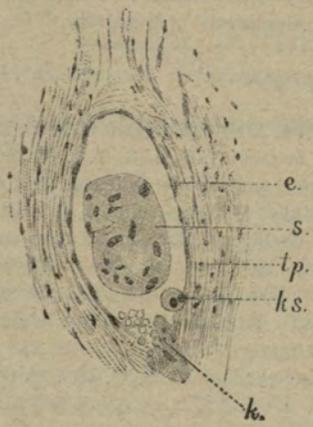
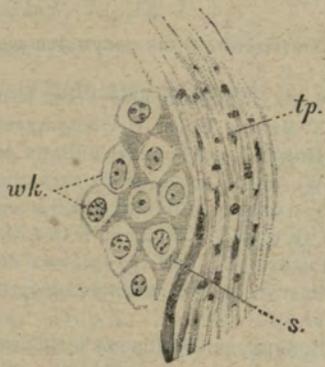


Fig. 3.



OBJAŚNIENIE RYSUNKÓW.

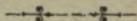
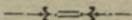


Fig. 1. Ognisko nowotworowe z przerzutu pochwowego przy średnim powiększeniu [GUNDLACH 0. V]; — *s.* masy syncycyalne; — *wk.* komórki, pochodzące z warstwy LANGHANS'a; — *o.* komórki olbrzymie; — *ds.* tworzenie się komórek olbrzymich przez dzielenie się kupek *syncyti*; — *k.* krew; — *r* rozpad na obwodzie ogniska.

Fig. 2. Masy syncycyalne w świetle naczyń krwionośnego [GUNDLACH 0. V]; — *s.* masy syncycyalne; — *ks.* komórka pochodzenia syncycyalnego w drodze z naczyń do otaczającej tkanki; — *e.* śródbłonek naczyń; — *k.* krew; — *tp.* tkanka łączna ze ścianą pochwy, nacieczona pierwiastkami granulacyjnymi.

Fig. 3. Część ogniska nowotworowego przy silniejszym powiększeniu [GUNDLACH III. V]; — *wk.* komórki z przeświecającą protoplazmą, pochodząca z warstwy LANGHANS'a; — *s.* wązki pasek *syncyti* na obwodzie ogniska, — *tp.* tkanka pochwowa, nacieczona leukocytami.

L I T E R A T U R A,



(ciąg dalszy).

52) Bericht über die Verhandlungen der VII Versammlung der deutschen Gesellschaft für Gynäkologie in Leipzig r. 7—11 Juni. 1897. C. f. G. 1897. Nr. 25.

53) PELS LEUSDEN. Ueber die serotinalen Riesenzellen und ihre Beziehungen zur Regeneration der epithelialen Elemente des Uterus an der Placentarstelle. Zeitschr. f. G. u. G. T. XXXVI. Z. 1. ref. w C. f. G. 1897. str. 888.

54) O. S. BACON. Fall von Deciduoma malignum. [Amer. Journ. of Obst. 1895 Mai]. ref. w C. f. G. 1896. str. 1208.

55) RESINELLI [Gaz. hebdom. de méd. et de chir. 1896. Nr. 29]. C. f. G. 1896. str. 1343.

56) GÖTZE. Ueber die Tumoren der Eihäute. Inaug. Diss. Halle a. S. 1895. C. f. G. 1896. str. 699.

57) RUNGE. Ein neuer Fall von bösartigen Tumor der Chorionzotten. Arch. f. G. T. XVI C. f. G. 1896. str. 772.

58) A. O. LINDFORS. Fall von Deciduoma malignum nach Blasenmole C. f. G. 1897. str. 6.

59) NEUMANN. Beitrag zur Lehre vom „malignem Deciduom“. Monatsber. f. G. u. G. T. III. Z. 5.

60) A. SCHWAB. Nouv. arch. d'obstétr. et de Gynécol. 1895. Nr. 12. C. f. G. 1897. str. 96.

61) ACZÉL. Ueber einen Fall von „decidualer Geschwulst“. Monatschr. f. G. u. G. T. III. Zesz. 5.

62) NIKIFOROW. O tak nazywajemych „złokazestwiennych deciduomach“. Russkij Archiv Patologii. T. I. Z. 3.

63) I. PAVIOT. Ann. de gynécol. et d'obst. 1894. Avril. ref. w C. f. G. 1895. str. 120.

64) K. MENGE. Ueber Deciduosarcoma uteri. Zeitschr. f. G. u. G. T. XXX. Zesz. 2.

65) HARTMANN i TOUPET. Bulletin de la société anatomique de Paris. C. f. G. 1895. s. 925.

66) W. WILLIAMS. JOHN HOPKINS Hospital Bulletin 1894. Grudzień. C. f. G. 1895. str. 934.

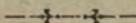
67) T. AHLFELD. Ein Fall von Sarcoma uteri deciduocellulare bei Tubenschwangerschaft.. Monatschr. f. G. u. G. T. I. Z. 3. ref. w C. f. G. 1895. str. 1077.

68) PERSKE. Ein Fall von sarcoma deciduocellulare. Inaug. Dissert. Greifswald. 1894.

69) PESTALOZZA. Sarcoma deciduocellulare. Atti della soc. i tal. di ost. e gin. 1895. C. f. G. 1896. str. 175.

70) H. SPENCER. Deciduoma malignum. Semaine gynécol. 1896. Nr. 18. C. f. G. 1896. str. 951

NOTATKI LEKARSKIE



2. Przypadek zapalenia płuc, przebiegającego bez gorączki.

W ostatnich czasach miałem sposobność obserwowania przebiegu zapalenia płuc bez gorączki. Rok temu mniej więcej obserwowałem także zapalenie płuc włóknikowe u kobiety 50-letniej, które z początku, zdawało mi się, przebiegało bez gorączki; później jednakże doszedłem do przekonania, że byłem w błędzie, bo, chociaż u wspomnianej kobiety nie widziałem w całym okresie zapalenia płuc ciepłoty ciała wyższej, niż $37,3^{\circ}$ C., jednakże po wyzdrowieniu i w długi czas po chorobie przekonałem się, że kobieta ta stale miewa $35,5^{\circ}$ — $35,0^{\circ}$; ciepłota więc $37,3^{\circ}$ była u niej stanem gorączkowym.

Ponieważ w dotychczasowych doniesieniach o zapaleniu płuc bezgorączkowym nie ma wzmianki, jaką jest ciepłota u danego osobnika w czasie zdrowia, być więc bardzo może, że wiele z tych przypadków zaliczyć należy do identycznych z wyżej opisanym, t. j., że przebieg zapalenia płuc pozornie tylko był bezgorączkowym, w rzeczywistości zaś u danego osobnika była gorączka.

Dnia 21. X 1891 r. wezwany zostałem do Chai Glicks..., kobiety 36-letniej. Chora od 3-ch dni skarży się na ból w lewym boku, kaszel, bezsenność. Płwocina krwawa. Przy badaniu ciepłota $37,2^{\circ}$, tętno 120, oddech 34, stępienie z lewej strony z przodu od 4-go żebra, z tyłu od 3-go, na miejscu stłumienia drżenie klatki piersiowej znacznie wzmożone, oddech z lewej strony oskrzelowy, bronchofonia. Wobec takich objawów nie mogło być wątpliwem, że mam do czynienia z zapaleniem płuc włóknikowym.

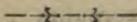
Mając jednakże na uwadze wyżej opisany przypadek, w którym zapalenie płuc pozornie tylko było gorączkowym, myślałem, że w danym przypadku będzie to samo. Zaleciłem pilokarpinę w roztworze 0,12:120,0 co godzina łyżkę stołową. Po 6-ej łyżce silne wymioty z obfitymi potami. W tym czasie ciepłota $37,2^{\circ}$, później ciepłota wahała się pomiędzy $36,7^{\circ}$ — $37,5^{\circ}$.

W dwa tygodnie po chorobie, badając chorą, znalazłem ciepłotę $37,5^{\circ}$, w miesiąc potem, kiedy wszelkie ślady zapalenia płuc zginęły + $37,3^{\circ}$ C..

Przyszedłem wobec tego do przekonania, że w danym przypadku obserwowałem rzeczywiście zapalenie płuc, przebiegające bez gorączki.

K. Lidmanowski [Zagórów].

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.



17. H. Kümmel. Idealna operacja kamieni żółciowych sposobem zewnątrz-otrzewnowym.

Prawie 10% ludności cierpi na kamienie żółciowe, kobiety zaś, przeważnie wielorodki, $2\frac{1}{2}$ raza częściej, niż mężczyźni, podlegają temu cierpieniu. Wiek sprzyja tworzeniu się kamieni, przeto w zwłokach starców znajdują je u 25%. Kamienie nie wywołują ani przedmiotowych, ani podmiotowych objawów. Powstawanie tych ostatnich zależy od zmian anatomicznych w błonie śluzowej pęcherzyka i przewodów. W miarę rozszerzania się tych zmian z pęcherzyka na przewody, objawy wzmagają się. Dopóki zmiany dotyczą jedynie pęcherzyka i przewodu pęcherzykowego, dopóty objawy pozostają miejscowymi, przy przejściu zaś zmian na przewód żółciowy, objawy stają się ogólnymi [żół-

taczka wskutek zatrzymania się żółci]. Ztąd wynika, że żółtaczka wcale nie jest konieczną przy kamieniach żółciowych, jak również może ona istnieć wraz z kolką wątrobową niezależnie od kamieni, a mianowicie przy zapaleniu ścian przewodów żółciowych, albo też przy zrostach, otaczających przewody i zaciskających ich światło. Ponieważ kamienie tworzą się prawie wyłącznie w pęcherzyku i dopiero w dalszym ciągu przechodzą do przewodów, przeto bardzo pożądanem jest wczesne ich rozpoznanie, albowiem o wiele łatwiej i bezpieczniejszym usunąć je z pęcherzyka, niż z przewodów. Nie w każdym jednak przypadku kamieni żółciowych wskazaną jest operacja: cierpienie często znika na długo, albo nawet bezpowrotnie pod wpływem leczenia wewnętrznego, albo też i samo przez się. Zabieg chirurgiczny najczęściej bywa wskazanym w przypadkach przewlekłych.

Dotychczas zwykle po usunięciu z pęcherzyka kamieni, albo wpuszczano do jamy brzusznej zaszyty pęcherzyk, albo zostawiano przetokę; pierwszy sposób jest bardzo niepewny, drugi zaś, który wymaga długiego leczenia przetoki, autor stosuje tylko w tych razach, w których nie można liczyć na rychłozrost.

Swój sposób K. stosował u 24 chorych. Przeciawnym powłoki brzuszne na przestrzeni 10 ctm. na zewnętrznym brzegu mięśnia prostego prawego, autor wydobywa pęcherzyk, uwalnia go wraz z przewodami od możliwych zrostów, następnie, nie rozcinając pęcherzyka, przyszywa go ściśle katgutem do otrzewnej, zostawiając pośrodku powierzchnię owalną, rozcina pęcherzyk wzdłuż wymienionej powierzchni owalnej i wyjmuje kamienie. Po przekonaniu się o drożności przewodów nakłada się jednopiętrowy lub dwupiętrowy szew katgutowy na pęcherzyk, a następnie na mięśnie i skórę. Z 24-ch chorych, operowanych według tego sposobu, umarła tylko jedna chora wskutek przerznięcia się szwu, łączącego pęcherzyk z otrzewną i przedostania się do tejże nieznacznej ilości żółci płynnej. W 10-u przypadkach nastąpił rychłozrost, w 10-u krótkotrwała wydzielina ropy lub żółci, a w 3-ch pozostały przetoki, z których jedna zagoiła się po powtórnej wyjęciu kamienia z przewodu żółciowego, a dwie inne pozostały, ponieważ chore nie zgodziły się na ponowną operację. Małe przetoki goją się zwykle same przez się, większe należy rozszerzyć za pomocą pałeczki *laminariae*, owiniętej w gazę, albo za pomocą noża i usunąć kamienie, które prawie zawsze istnieją przy długotrwałych przetokach. W razie zarosnięcia przewodu pęcherzykowego przetokę podtrzymuje wydzielina z błony śluzowej; leczenie w takim razie powinno dążyć do usunięcia tejże przez wstrzykiwania jodyny lub azotanu srebra; do wyłuszczenia zaś pęcherzyka należy uciekać się tylko w ostateczności. Rozszerzanie przetoki za pomocą *laminariae* ma znaczenie i rozpoznawcze i lecznicze, albowiem daje możność przekonania się o niedrożności przewodu żółciowego i przyczynia się nieraz do wypchnięcia kamienia do kiszki przez powiększenie ciśnienia w pęcherzyku (*vis a tergo*). Jeżeli pomimo rozszerzania przetoki nie udaje się usunąć kamienia z przewodów, autor dokonywa cięcia przewodu, którą to operację zalicza do najtrudniejszych.

W końcu swej pracy autor stawia pytanie, czy rzeczzone usuwanie kamieni żółciowych nie zmniejsza częstości raków pęcherzyka, które powstają, być może skutkiem stałego drażnienia pęcherzyka kamieniami.

(*Deutsche medic. Wochensh.* № 35, 36, 37. 1897.) J. Borzymowski.

17. M. Hahn. O wzmoczeniu naturalnej odporności przy wywoływaniu związanej leukocytozy.

Stwierdzenie faktu, że płyny, zawierające leukocyty, objawiają nadzwyczaj silne działanie bakteryobójcze, pobudziło autora do badań nad bakteryo-

bójeżą własnością krwi prawidłowej i zawierającej nadmiar leukocytów. Przeprowadził on początkowo z pomocą zwykłych metod laboratoryjnych szereg odnośnych doświadczeń na psach, posługując się hodowlami lasecznika okrężnicowego (*bact. coli*), gronkowca złocistego (*staph. pyog. aur.*) i *bac. pyocyanus*. Wyniki wszystkich doświadczeń nie pozostawiały żadnych wątpliwości co do tego, że krew zwierząt tych, zawierająca nadmiar ciałek białych krwi, posiada znacznie silniejsze działanie bakteryobójcze, niż krew prawidłowa.

Z kolei autor podaje wyniki badań swych nad krwią ludzką; przeprowadził on je na kilku chorych z kliniki prof. ZIEMSEN'a w Menachium. Badania takie nie należą bynajmniej do rzeczy łatwych, tak z powodu trudności sztucznego wywoływania znacniejszego nadmiaru białych ciałek krwi u człowieka, jak i skutkiem zjawisk pobocznych, występujących przy zabiegach tego rodzaju [podniesienie ciepłoty, odczyn miejscowy i t. d.], które mogą znacznie zmieniać wyniki samego doświadczenia. Okazało się pomiędzy innymi, że dopiero zwiększenie ilości leukocytów do 12—14 tysięcy na mm. sześć. pozwala się spodziewać wyraźnych wyników dodatnich. Tak znaczna hyperleukocytoza występuje najdalej po wstrzyknięciu tuberkuliny; tego też tylko rodzaju choroby dostarczyli autorowi danych pozytywnych.

Jakkolwiek wyniki doświadczeń dodatnich z powodu niewielkiej ich liczby nie upoważniają do pewnych wywodów ostatecznych, to jednak są one pouczające pod wieloma względami. Stwierdzano bowiem stale, że jeśli liczba leukocytów po wstrzyknięciu tuberkuliny zwiększyła się nieznacznie tylko, albo nie ulegała zmianie, to i działanie krwi przed wstrzyknięciem i po wstrzyknięciu było mniej więcej jednakowe. W tych natomiast doświadczeniach, w których po pewnym czasie występował duży nadmiar leukocytów [8—9 tysięcy], bakteryobójcze działanie krwi równocześnie wybitnie się zwiększało. Autor nie upatruje w leukocytach jedynego czynnika obronnego w walce ustroju z drobnoustrojami; przypuszcza jednak, że skoro krzewienie się tych ostatnich odbywa się głównie za przewodnictwem krwiobiegu, to przeciwbakteryjne własności krwi stanowią najskuteczniejszy czynnik w chronieniu ustroju od posocznicy (*septicaemia*) i spraw jej pokrewnych. Wrodzona odporność ustroju ludzkiego na wszelkie zakażenia znajduje szczególny swój wyraz w bakteryobójczym działaniu krwi.

Z tego punktu widzenia hyperleukocytoza, wzmagając odporność wrodzoną, może mieć znaczenie doniosłe w zwalczaniu niektórych przynajmniej chorób zakaźnych; w zabiegach naszych leczniczych musimy się w każdym razie liczyć z tym czynnikiem, zwłaszcza w zabiegach i środkach przeciwgorączkowych. Być może, iż wartość niektórych z nich polega jedynie na działaniu chemotaktycznym. WINTERITZ niedawno stwierdził, że kąpiele zimne zwiększają liczbę leukocytów we krwi.

Należy jednak zwrócić uwagę, że nie na wszystkie zakażenia hyperleukocytoza wpływa dodatnio; nie można tego, zdaje się, powiedzieć np. o błonicy, o cholercie, o tężcu, t. j. o zakażeniach, w których główne objawy zależą nie tyle od drobnoustrojów samych, ile od wytwarzanych przez nie toksyn. Wobec tego sztuczna hyperleukocytoza w celach leczniczych powinna znaleźć główne zastosowanie w chorobach posocznicowych (*septicaemia*), w których najważniejsze zadanie leczenia polega na przeciwdziałaniu dalszemu rozmnażaniu się drobnoustrojów. Gdzie zaś idzie o przeciwdziałanie zatruciu ustroju przez toksyny, tam lepszych wyników oczekiwać należy od terapii surowicowej. Główny szkopuł, który napotyka stosowanie hyperleukocytozy sztucznej, stanowi, zdaniem autora, brak odpowiednich metod do jej wywoływania. Na skuteczne próby leczenia można będzie liczyć wtedy dopiero,

gdyżodobędziemy takie środki, których działanie byłoby wyłącznie lub, co najmniej, przeważnie, chemotoktyczne i nieszkodliwe dla ustroju. Takich środków obecnie jeszcze nie znamy.

(Arch. für Hygiene. Bd. 28. Heft IV. 1897).

I. Watten.

18. Martens. O wpływie nadużywania alkoholu na czynności żołądka.

Autor badał 60 alkoholików, pozornie zdrowych, t. j. takich osobników, u których nie można było wykazać wybitnych zmian w narządach [naprz. *dyspepsia, ulcus, carcinoma, phthisis, vitium cordis*], a tylko z wywiadów było wiadomo, że nadużywają alkoholu [wyłącznie wódki]. Autor badał czynność wydzielniczą i ruchową żołądka. Do określenia wolnego kwasu solnego używał [po śniadaniu próbnem EWALD'a] dimetylamidoazobenzolu, w wątpliwych zaś wypadkach także odczynnika GUENZBURG'a.

Z 60-u badanych u 42 [70%] ilość wolnego kwasu solnego była niżej normy, a mianowicie: u 23 była 0, u 19 była 0—0,1%; u 12 była prawidłowa: 0,1—0,2%, a u 6 *hyperaciditas*, t. j. wyżej 0,2%. W przypadkach silnego nadużywania alkoholu procent osobników z podnormalną ilością wolnego kwasu solnego był większy, niż przy miernem nadużywaniu. Tylko w połowie przypadków ze zmniejszonym wydzielaniem wolnego kwasu solnego [u 20] były pewne dolegliwości [brak łaknienia, pełność w żołądku, ciśnienie w dołku]; po przejściu jednak tych dolegliwości [w szpitalu] wydzielanie kwasu solnego nie powiększyło się. Wogóle w ciągu obserwacji nie dawały się spostrzegać żadne wybitne wahania w wydzielaniu kwasu solnego.

Czynność ruchową żołądka M. badał tylko u 38, wypompowując zawartość w 6—7 godzin po podaniu próbnego obiadu RIEGEL'a. Z tych 39 u 37 czynność ruchowa była prawidłowa, u 5—zwolniona, a u 7—przyspieszona. Zwolnienie było przeważnie tam, gdzie były dolegliwości ze strony żołądka. Zwolnienie ruchów wraz z *hyperaciditas* było tylko w jednym przypadku. Przy zupełnym braku kwasu solnego [0] w 4 przypadkach spostrzegano przyspieszenie. Podając alkoholikom ze zmniejszoną ilością kwasu solnego ich zwykły środek pobudzający, t. j. alkohol, MARTENS nie spostrzega powiększenia ilości kwasu solnego; natomiast w przypadkach przyspieszonej czynności ruchowej [w krótkich w godzinę po obiedzie próbnym nie było zawartości w żołądku], po podaniu 15 grm. koniaku, ruchy stały się bardziej prawidłowe. Nie przeczy to doświadczeniom EICHREBERG'a i KLEMPERER'a, którzy po podawaniu alkoholu znajdowali przyspieszenie ruchów żołądka, gdyż ci autorowie robili doświadczenia u ludzi zdrowych. Można by ztąd wnioskować, że u pijaków brak zwykłego środka pobudzającego wywołuje przyspieszenie ruchów żołądka, gdy dalsze używanie alkoholu bardziej normuje te ruchy.

Z powyższego wynika, że nadużywanie alkoholu więcej wpływa na czynność wydzielniczą żołądka, wywołując zmiany w błonie śluzowej [nieżyt przewlekły], niż na czynność ruchową [na błonę mięśniową]. Wzmocnienie czynności wydzielniczej i ruchowej wskazuje na zmiany w innerwacji żołądka.

(Münch. medic. Woch. 1897. № 26).

M. Rozental.

20. Keller. Rozpoznawanie i leczenie nerki wędrującej u kobiet.

Przedewszystkiem autor określa, co rozumieć należy pod nazwą nerki wędrującej. Cechą właściwą dla nerki ruchomej jest to, iż może ona zmieniać swe położenie pod wpływem zmiany pozycji ciała, kaszlu, tłoczni brzusznej, podnoszenia ciężarów i t. p., w położeniu takim się utrzymywać, następnie zaś powracać na miejsce pierwotne. Od powyższego stanu odróżniamy nieprawidłowe położenie nerki bez ruchomości jej, co może być zarówno wrodzonym, jak i nabytym po unieruchomieniu nerki wędrującej przez zrosty z sąsiednimi narządami.

W warunkach prawidłowych nerka jest unieruchomioną przez swe powłoki, otrzewną, naczynia, tłocznją wewnątrz-brzuszną oraz przeponę. Sprzeczne są zdania autorów odnośnie do wpływu aktu oddechania na położenie nerek: podczas gdy jedni sądzą, iż nerka górnym swym brzegiem nachylać się może ku przodowi, drudzy, że opuszcza się ku dołowi, to inni wprost nie uznają możliwości podobnych zmian.

Co się tyczy przyczyn powstawania nerki wędrującej, to niektórzy badacze [Francuzi i Anglicy] utrzymują, iż jest ona stanem wrodzonym, a późniejsze objawy występują dopiero wskutek urazu. Z tego jednak względu, że na sekcjach noworodków znajdujemy nerkę ruchomą nadzwyczaj rzadko, i to wyłącznie po stronie lewej, autor przypuszcza, że choroba niniejsza powstaje dopiero w późniejszych okresach życia. Za niezbędny warunek powstawania nerki ruchomej autor poczytuje wrodzoną podatność naczyń nerkowych [tętnicy i żyły], gdyż przy rozciągnięciu tych ostatnich nie występują żadne widoczne zmiany w krążeniu krwi w nerkach ¹⁾.

Z pośród wielu wyłuszczonych poniżej przyczyn powstawania nerki ruchomej żadna, zdaniem autora, sama przez się nie jest w stanie wywołać tego cierpienia: koniecznym warunkiem jest jednocześnie współdziałanie kilku czynników.

1) Jedną z najważniejszych przyczyn jest zanik tłuszczu w powłoce właściwej nerki (*capsula adiposa*), co zdarzać się może po przebyciu jakiejkolwiek wyniszczającej choroby.

2) Zwiotczałość ściany brzucha u kobiet, które rodziły ciężko i nieprawidłowo, lub podczas porodu nie zachowywały odpowiednich przepisów. Wybitną rolę odgrywa tutaj brzuch obwisły, spotykany najczęściej przy zwięzieniu miednicy.

3) Nieprawidłowości w położeniu macicy i pochwy: *inversio, descensus, prolapsus vaginae et uteri*.

4) Gorset, odpowiednio dopasowany, zdaniem autora, wywiera wpływ dodatni na unieruchomienie nerki, ponieważ przenosi ciężar sukni na górną część ciała; natomiast suknie, wiązane na biodrach, przez sam ciężar mogą pociągać nerkę. W istocie, nerkę wędrującą spotyka się najczęściej u biednej klasy ludności, nie noszącej gorsetów.

5) Uraz nie może sam przez się wywoływać omawianego cierpienia, lecz po nim wystąpić mogą objawy istniejącej już przedtem nerki ruchomej. Następnie autor podaje obraz kliniczny nerki wędrującej.

1) Uczucie ciężaru, oraz nieokreślonego bólu w środkowej części brzucha, najczęściej w okolicy pępka lub w dołku; bóle powiększają się przy staniu, przy pracy, znikają zaś w położeniu poziomem.

2) Niekiedy ma miejsce nerwoból międzyżebrowy, oraz lędźwiowy.

3) Zaburzenia ze strony żołądka: bóle napadowe (*cardialgia*), dyspepsya i t. p., aż do obrazu przewlekłego nieżytu tego narządu.

4) Uporczywe zaparcie stolca.

5) Zaburzenia w wydzielaniu się moczu notowane bywają nadzwyczaj rzadko: mocz bywa wtedy skąpy, ciemny, z wysokim ciężarem właściwym. Zaburzenia te występują wskutek przecięcia się moczowodu i naczyń, wywołanego przez zmianę położenia nerki ruchomej. Współdziałanie naczyń nerkowych w danym cierpieniu objawia się przez obecność krwi w moczu. Jeżeli przez nagłą zmianę położenia nerki wędrującej nastąpi zamknięcie światła na-

¹⁾ Żyła z powodu swej znacznej rozciągliwości i luźnego przyczepienia żyły głównej dolnej na ograniczenie ruchów nerki nie wpływa wcale. I tętnica ulegać może rozciągnięciu, i to w dość znacznych rozmiarach. — DUNIN. Uwagi krytyczne nad powstawaniem nerki wędrującej. *Gazeta Lekarska*. 1887 r. (*Przyp. ref.*)

czyń lub moczowodu, wtedy występują burzliwe objawy chorobowe w postaci bardzo szybkiego ogólnego upadku sił, wymiotów, silnych bólów w okolicy lędźwiowej i krwimoczku. Stan taki trwa najczęściej kilka godzin, czasami jednak przeciągnąć się może na kilka dni.

6) Najważniejszym jednak objawem jest możność wymacania guza, którego wszystkie cechy zewnętrzne odpowiadałyby w zupełności nerce ruchomej. Badanie wykonywać należy w pozycji leżącej chorego, z tułowiem, uniesionym do kąta 45°; nogi powinny być wyciągnięte, lub też lekko w kolanach zgięte. Lekarz, stojąc po stronie nerki badanej, kładzie jedną rękę na okolicę lędźwiową, drugą zaś na brzuch chorego tuż pod łukiem żebrowym. Za pomocą stopniowego wzmagania siły, ostrożnie i delikatnie zagłębiać należy dłoń, leżącą na ścianie przedniej brzucha, korzystając z każdego wydechu, podczas wdechu zaś dłoń powinna zachowywać się spokojnie, utrzymując się w poprzednio zdobytym położeniu. Badanie wykonywa się całą, płasko położoną dłonią, przyczem nie należy naciskać silnie brzucha, aby nie wywoływać bólu lub skurczu mięśni brzusznych. Lekarz powinien się starać uchwycić i objąć nerkę pomiędzy obie ręce, które podczas całego badania dążą w ruchu swym jedna ku drugiej. Autor wspomina również o badaniu chorych w położeniu na boku, zaleconym przez Sims'a, oraz o badaniu w pozycji stojącej. U osób z grubą, obfitującą w tłuszcz ścianą brzuszną zaleca się używane przez Guyon'a t. zw. *ballotement rénal*: ręka, umieszczona na odpowiedniej części lędźwiowej, za pomocą lekkich, krótkich uderzeń, dostarcza ręce, leżącej na przedniej ścianie brzucha, wrażeń bardzo wyraźnych.

W celu ściślejszego zbadania nerki ruchomej używa się uspienia chloroformowego; ażeby w zupełności pokonać opór, stawiany przez skurcz mięśni brzusznych; autor radzi również przed badaniem postarać się o dokładne opróżnienie kiszek i pęcherza moczowego.

Co się tyczy rozpoznania różniczkowego nerki ruchomej, to autor podaje wskazówki następujące:

1) Nowotwory ściany brzusznej przyjmują udział przy każdym ruchu mięśni, nie zmieniają zaś swego położenia przy zmianie pozycji całego ciała.

2) Guzy wątroby [częściowy przerost, bąblowiec i t. p.] i pęcherzyka żółciowego przylegają zwykle do przedniej ściany brzucha, lecz przy zrostach okrężnicy z przednią powierzchnią wątroby kierować się mogą więcej ku tyłowi. W takich przypadkach możemy wyłączyć możność istnienia takich guzów tylko wtedy, jeżeli uda się nam odgraniczyć wyczuwalny guz od wątroby. Nader rzadko spotyka się zrost nerki z wątrobą; rozpoznanie wtedy jest bardzo trudnem, nawet w uspieniu chloroformowem

3) Śledzionę ruchomą rozpoznajemy, gdy guz ginie pod łukiem żebrowym w położeniu chorej na wznak i znów się zjawia w pozycji na prawym boku. Śledzioną w stanie prawidłowym jest znacznie pulchniejszą, niż nerka, a w stanach chorobowych posiada nawet brzeg zupełnie ostry.

4) Raka żołądka, szczególnie zaś odźwiernika, łatwo można odróżnić od nerki ruchomej, gdyż guz znajduje się wtedy na linii środkowej [choć niekiedy opuszcza się ku dołowi i nieco na bok]; za rakiem przemawiają wyczuwane guzowatości, bolesność przy wymacywaniu, oraz brak ruchów przy zmianie położenia ciała.

5) Rak dwunastnicy, guzy trzustki są umocowane na tylnej ścianie brzucha; w tych przypadkach zależy nam tylko na różniczkowaniu od guzów prawidłowo położonej nerki.

6) Przy różniczkowaniu od guzów macicy i jajników zachodzić mogą dwie możliwości: 1) nerka ruchoma może symulować guz powyższych narządów; 2) guzy macicy lub jajnika przyjmowane być mogą za nerkę wędrującą.

W pierwszym przypadku, w położeniu chorej na wznak z uniesioną wysoko miednicą, nerka powraca na miejsce prawidłowe do okolicy lędźwiowej; badając wtedy przez pochwę lub kışkę prostą, nie wyczuwamy danego guza. Rzadko się zdarza, że nerka umocowana jest wskutek zrostów w miednicy, lub przy wejściu do tej ostatniej; wtedy różniczkowanie jest trudnem. Gdzie guzy jajnika i macicy symulują nerkę ruchomą, tam staramy się, pociągając za pomocą szczypeków macicę ku dołowi, wykryć związek tego narządu z wymacowanym guzem; jeżeli rozpoznanie nasuwa pewne trudności, należy dokonać badania dwuręcznego pod narkozą chloroformową.

Co się tyczy rokowania w omawianem cierpieniu, to *quo ad vitam* jest ono dobre, *quo ad valetudinem completam* bez leczenia złe, przy odpowiedniej zaś kuracyi zmniejszają się objawy podmiotowe, oraz ruchomość nerki wędrującej.

Leczenie zapobiegawcze, zdaniem autora, powinno polegać:

1) na unikaniu sznurówek, obcasów wysokich, zrobionych nieodpowiednio gorsetów i t. p.;

2) na ścisłem przestrzeganiu odpowiednich przepisów podczas ciąży i położu [Podczas ciąży, przy brzuchu obwisłym, niezbędnem jest noszenie pasa brzusz nego. W pierwszych dniach okresu połogowego zaleca się położenie poziome; po upływie 6 dni można zezwolić położnicy położyć się na boku, usiąść zaś dopiero dziewiątego dnia po porodzie.];

3) na przestrzeganiu przytoczonych powyżej przepisów po usunięciu z jamy brzusznej nowotworów i przesięków.

Leczenie właściwe nerki wędrującej ma na celu unieruchomienie tego organu, po uprzedniem odprowadzeniu go na miejsce prawidłowe około kręgosłupa. Autor sądzi, iż bandaże obecnie używane nie są odpowiednie ze względu na zbyt silny ucisk, wywierany przez nie na organy jamy brzusznej. Również nie wiele polegać należy na zabiegu operacyjnym—przyszcyciu nerki wędrującej do ściany tylnej brzucha, gdyż z czasem wskutek rozciągania się blizny może nastąpić rozluźnienie i opuszczenie się nerki.

Natomiast, zdaniem autora, wystarcza jedynie ograniczenie ruchomości nerki wędrującej, co osiągamy przez odpowiednie bandaże brzuszne, lub też gorsety, sięgające aż do spojenia łonowego i więzu POUPART'a.

W razie uwieżnienia nerki ruchomej należy stosować tylko leczenie objawowe: poziome położenie z uniesioną cokolwiek miednicą, ciepłe okłady na brzuch i makowiec.

Zygmunt Rozen.

(*Samml. zwangloser Abhandl. aus dem Gebiete der Frauenheilkunde u. Geburtshilfe. Bd 1. H. 2.*)

21. Schichhold. O zwężeniu aorty w okolicy przewodu Botalla i o objawach tego cierpienia.

Autor na zasadzie jednego przypadku, obserwowanego w klinice prof. CURSCHMANN'a, i sekcji, przy tymże przypadku wykonanej przez prof. BIRCH-HIRSCHFELD'a, następnie na zasadzie 29 przypadków, poprzednio już ogłoszonych, podaje następujące cechy zwężenia aorty w okolicy przewodu BOTALL'a.

1) Miejsce zwężenia i aorta zstępująca: zwężenia obrączkowe rzadsze bywają niż sznurowe; przy sznurowych częściej zdarza się zupełne zamknięcie światła, niż przy obrączkowych; aorta zstępująca bywa albo normalna, albo zwężona, rzadko rozszerzona, [to ostatnie przy zupełnem zamknięciu światła; rozszerzenie, podług autora, następuje mechanicznie, wskutek powiększonego ciśnienia w tętnicach obocznych [szczególnie w *art. intercost. supr.*], wchodzących do aorty zstępującej.

2) Aorta wstępująca i łuk aorty po największej części bywają rozszerzone, przyczem rozszerzenie stopniowo zmniejsza się w kierunku do pnia bezimiennego; oprócz tego aorta wstępująca bywa wydłużona [CURSCHMANN], łuk podniesiony ku górze [klinicznie przy rozszerzeniu łuku aorty spostrzega się tętnienie *in jugulo*, przy wydłużeniu zaś tegoż, jak to stwierdził CURSCHMANN, stępienie u przyczepu 1 i 2 żebra z prawej strony].

3) Gałęzie łuku aorty bywają rozszerzone [kliniczne rozszerzenie *carotidum*].

4) Tętnice, służące dla zaopatrzenia w krew aorty zstępującej, bywają rozszerzone [klinicznie *art. intercost.* dochodzą do grubości ołówka, wężykowate].

5) Serce powiększone: przerost i rozszerzenie lewej komory, rzadziej prawej; w niektórych przypadkach zmiany na zastawkach następcze [klinicznie objawy *insuff. aortae*].

6) Tętnica udowa zwykle ma tętno drobne i pełne, lub wcale niewyczuwalne, lub też owo tętno spóźnia się w porównaniu z tętnicą promieniową.

(*Münch. medic. Woch. 1897. Nr. 46.*)

M. Rozental.

WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE.

5. Anesinum. Anezyna, nowy środek miejscowo-znieczulający. Jest to właściwie roztwór jednoprocenowy lub dwuprocenowy acetonchloroformu.

Już od dawna znano związek chemiczny, otrzymany przez WILLGERODT'a, a mianowicie alkohol trójchlor-pseudobutyłowy, czyli acetonchloroform. Wszelako w ostatnich dopiero czasach JULIUSZ KOSSA, a następnie ZOLTAN VAMOSSY w instytucie farmakologicznym prof. BÓKAI w Budapeszcie (*Deutsche med. Wochenschr. 1897. 36*) zbadali go pod względem fizyologicznym.

Acetonchloroform w dawkach 0,5—1,0 wywołuje sen u człowieka. Na krew samą wzmiankowany środek nie wywiera żadnego wpływu. Na oddechanie, na ciśnienie krwi i na czynność serca acetonchloroform wywiera takie samo działanie obniżające, jak i inne środki nasenne.

Już wprawdzie KOSSA wykazał, że acetonchloroform wywołuje miejscowe znieczulenie, jednakże z własności tej nie można było w praktyce korzystać z powodu nierozpuszczalności wzmiankowanego związku w wodzie. VAMOSSY'emu dopiero udało się otrzymać jednoprocenowy lub dwuprocenowy roztwór acetonchloroformu. Dla praktycznych względów nadano owemu roztworowi nazwę: *anesinum*, **anezyna**.

Anezyna wywołuje na języku także samo uczucie obcego ciała, jak kokaina. Po tem uczuciu następuje znieczulenie. Po działaniu anezyny na rogówkę królika przez jedną minutę następuje znieczulenie, trwające 8—10 minut; po działaniu zaś trzyminutowem znieczulenie rogówki trwa i kilka godzin. Psem, którym wstrzyknięto podskórnie anezynę, można było zadawać rany głębokie na 2—3 ctm. bez wywołania najmniejszego bólu.

Pod względem leczniczym wypróbowano wzmiankowany środek na rozmaitych klinikach uniwersytetu peszteńskiego. Wyniki, otrzymane z owych spostrzeżeń, można streścić w sposób następujący.

Anezyna pod względem działania odpowiada 2%, lub, co najwyżej, 2½% roztworowi kokainy; dlatego też w niektórych razach, jak np. w chorobach krta-

niowych, przy których niezbędne są i silniejsze roztwory kokainy, wpływ anezyny bywa niewystarczającym.

Przy leczeniu chorób oczu anezyna nie okazuje się tak dogodną, jak kokaina; dla wywołania bowiem zupełnego znieczulenia potrzeba choremu, będącemu w pozycji leżącej, nieustannie przez dwie minuty anezynę wkraplać do worka łącznicowego. Anezyna nie wpływa ani na pobudliwość tęczówki, ani na szerokość źrenicy: jest to okoliczność, która w pewnych przypadkach może stanowić stronę dodatnią, ale za to w innych—stronę ujemną.

W praktyce chirurgicznej anezyna ma tę wyższość nad kokainą, że jest zupełnie nie trująca. A zaznaczyć tu należy, że znieczulenie, wywołane anezyną, zupełnie wystarcza, jak doświadczenie nauczyło, do wykonania herniotomii, a nawet laparotomii.

6. Naftalanum. Naftalan. Jest to masa w kształcie maści, którą się otrzymuje z pewnego gatunku surowej ropy na Kaukazie.

W świetle zwyczajnem ma barwę ciemno-brunatną, a w świetle odbitem ciemno-żółtą.

Masa wzmiankowana ma wprawdzie konsystencję twardawą, jednakże daje się bardzo dobrze rozcierać. Odczyn posiada obojętny, a zapach przypalony.

Naftalan ma ciężar właściwy 0,89, topi się przy 65°—70° C. i nie rozkłada się nawet po kilkoletniem przechowaniu.

Naftalan nie miesza się z wodą i gliceryną, ale zato bardzo łatwo z olejami, a w chloroformie i eterze rozpuszcza się.

Według ROSENBAUM'a z Tyflisu, naftalan odznacza się własnościami kojącymi, przeciwzapalnymi, redukującymi i antyseptycznymi. Główną dziedziną chorób, w których występuje skuteczne jego działanie, są choroby skórne, jak: *eczema*, *sycosis*, *psoriasis vulgaris*.

PEZZOLI na mocy spostrzeżeń, poczynionych w ambulatoryum prof. FINGER'a w Wiedniu, dochodzi do wniosku, iż naftalan głównie jest wskazanym w leczeniu pryszczycy (*eczema*)—i to jednakowo we wszystkich okresach rzeczonej choroby. Wszelako ISAAC [z berlińskiej kliniki JOSEPH'a] utrzymuje, że stosowanie naftalanu ograniczyć należy do tych przypadków przewlekłej pryszczycy, w których już wcale niema objawów świeżego podrażnienia. Podobnie bardzo skutecznym okazał się naftalan w pryszczycy zawodowej: u malarzy, malarzy, kowali i t. d.

Co do łuszczycy, to większość lekarzy zgodnie utrzymuje, że naftalan w tym razie albo żadnego działania nie wywiera, albo też działanie bardzo niepewne i wcale nie lepsze od działania przetworów dziegiowych i innych.

Za to bardzo wydatnem ma być przeciw pasożytnicze działanie naftalanu w następujących chorobach: *impetigo contagiosa*, *scabies*, *herpes tonsurans*, *pityriasis versicolor*. Przy świerzbie (*scabies*) wystarcza trzykrotne wtrącenie naftalanu do zabicia świerzbowca i do usunięcia pryszczycy, która zawsze bywa następstwem owego pasożyta.

Wreszcie ROSENBAUM chwali kojące i gojące działanie naftalanu w przypadkach oparzenia pierwszego i drugiego stopnia, oraz w cierpieniach goścowych.

Ma wszakże naftalan i pewną stroną ujemną, a mianowicie: skutek swej ciągliwości tworzy on, przy energicznem i dłuższem wcieraniu w skórę, czopki, dość mocno zatykające przewody gruczołowe skóry, i może wywołać przez to zapalenie owych gruczołów (*folliculitis*). Z tego powodu nie zawsze można używać naftalanu, jako masy podstawowej, do maści, a zwłaszcza do wyrabiania szarej maści.

Co się tyczy sposobu stosowania, to, według ROSENBAUM'a, należy płótno nasmarowane naftalanem, położyć na daną okolice skóry, a na to nałożyć opatrunek lekko uciskający. Taki opatrunek trzeba zmieniać dwa razy dziennie: rano i wieczorem.

Należy pamiętać o tem, że naftalan plami bieliznę, której w takim razie zwyczajnie mydłem wyprać nie można, ale że plamy naftalanu bardzo łatwo dają się usunąć benzyną.

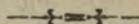
Ponieważ wskutek długiego zetknięcia naftalanu z powietrzem słabną jego własności lecznicze, przeto baczyć należy, aby wzmiankowany przetwórcz przechowywano zawsze w szczelnie zamkniętych puszkach blaszanych.

Za pomocą kłęбка waty z lanoliną można jednak łatwo oczyścić skórę z przylegającego naftalanu i w ten sposób uniknąć cierpienia skóry, zwanego „*folliculitis*“.

Zdaje się, że przetwórcz wzmiankowany, albo sam przez się, albo z maseczkami zmieszany, da się dobrze zastosować w tych przypadkach, w których niepodobna używać ichtyolu z powodu jego nieprzyjemnego zapachu.

Wiktor Grostern.

Wiadomości bieżące.



— Na ostatniem zgromadzeniu ogólnem tutejszego Towarzystwa Dobroczynności znaczną większością głosów powołany został na godność prezesa tegoż Towarzystwa prof. WŁODZIMIERZ BRODOWSKI. Jednocześnie na członków zarządu [których jest 12] wybrano dwóch lekarzy: KONRADA DOBRSKIEGO i JÓZEFA WSZEBORA.

— W tych dniach we wszystkich szpitalach warszawskich Rada Miejska podniosła wydatki na żywienie chorych o 5 kop. na osobę dziennie. Tak pożądana reforma da możność ordynatorom przepisywania większej ilości t. zw. porcyi ordynarynych [całkowitych] i dodatków, niezbędnych dla urozmaicenia i podniesienia pożywności diety chorych szpitalnych.

— W ostatnich kilku tygodniach w Warszawie mamy do czynienia z większą, niż zwykle, różnaitością chorób, mianowicie zakaźnych. Epidemia odry, na szczęście, łagodnej, przybrała bardzo szerokie rozmiary. Epidemia szkarlatyny zdaje się już słabnąć; kilka głośnych śmiertelnych przypadków tej choroby wśród inteligencji wzbudziło nadmierne może obawy przed dzisiejszą epidemią tej choroby. Dość dużo było przypadków różyczki (*rubeola*), w wielu domach epidemicznej, bardzo łagodnej. Przypadki ospy trafiają się w ostatnim czasie coraz częściej, i to bardzo złośliwe, nawet krwotoczne. W wielu domach były liczne zachorowania na zapalenie ślinianek nagminne. Do wyliczonych wyżej chorób dodać jeszcze trzeba sporadyczne przypadki dyfterytu, bardzo często reumatyzmy stawowe, zapalenia opłucnej, częstszą niż zwykle gruźlicę prosówkową, wreszcie żółtaczkę kataralną. Tę różnaitość i częstość chorób zakaźnych publiczność chętnie wiąże z wyjątkowo łagodną zimą w roku bieżącym.

— Kolega WIZEL mianowany został ordynatorem młodszym oddziału psychiatrycznego w nowo budującym się szpitalu żydowskim na Czystem, oddziału, który wkrótce ma być otwartym.

Do dzisiejszego N-ru Gaz. Lek. dołącza się bezpłatnie dla wszystkich prenumeratorów „Sprawozdanie Zarządu Rabka za rok 1896“, oraz „Katalog nowych dzieł“ księgarni E. Wende i S-ka za miesiąc Grudzień 1897.

Wydawca, D-r St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny, D-r Wł. Gajkiewicz.

Дозволено Цензурою, Варшава 9, Января 1898. Druk Kowalewskiego, Warszawa, Mazowiecka 8