

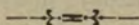
GAZETA LEKARSKA.

I. OBECNY STAN CHIRURGII NEREK.

[Rzecz wyłożona w krótkości na VIII Zjeździe chirurgów polskich w Krakowie 1896].

Napisał

Prof. Dr A. Obaliński.



Przegląd historyczny.

Chirurgia nerek jest prawdziwą chirurgią *fin de siecle*, gdyż datuje się dopiero od roku 1869, kiedy słynny chirurg SIMON z Heldelberga dokonał po raz pierwszy wycięcia nerki. Niejednemu wydała się może ta śmiała operacja jako *curiosum*, lecz wkrótce przewidział genialny BILLROTH świetną przyszłość tej gałęzi chirurgii, co też w swych słynnych „*Chirurgische Briefe aus Mannheim*“ publicznie wyraził. Bo też operacja SIMON'a była z góry dobrze obmyślana i na zwierzętach, jakoteż zwłokach dokładnie wypróbowaną. Szczęśliwy wynik operacji zachęcił go tem więcej do dalszej pracy w tym kierunku tak, iż dziś śmiało powiedzieć można, że położył fundament do tak świetnie później rozwijającej się chirurgii nerek.

Dzisiaj stoi chirurgia nerek na wcale wysokim stopniu; nie wdając się jednak w szczegóły historyczne rozwoju tejże, wspomnę tylko tych chirurgów, którzy tutaj największe położyli zasługi. W Niemczech byli: H. BRAUN, V. BERGMANN, BARDENHEUER, CZERNY, HAHN, LANDAU, MAAS, SCHEDE, PAWEL WAGNER, a przed wszystkimi JAMES ISRAEL; w Austro-Węgrzech: BILLROTH, HERSZEL, HOCHENEGG i RÉCZEY; we Francji: GUYON, le DENTU, LEGUEN, MANOD i TUFFIER; w Anglii: LAWSON-TAIT, BARKER, THORNTON, TURYNAM i MORRIS; w Ameryce północnej: FENGER, GROSS, KELLY i LANGE. Z polskich chirurgów zasługują na wzmiankę: KOSIŃSKI, ORŁOWSKI i OBALIŃSKI. Ponieważ jednak chirurgia moczowodów z chirurgią nerek w nierozłączonym związku pozostaje, niech mi będzie wolno wspomnieć nazwiska tych chirurgów, którzy w tym kierunku pracowali a mianowicie: KELLY, ALBARRAN, KRAUSE, MAYDL, MACKENRODT i NOVARO.

Stosunki anatomiczne nerek. Nerki leżą pod sklepieniem przepony w ten sposób, iż górne ich granice przypadają na górny brzeg 11-go żebra, dolne zaś na górny brzeg 3-go kręgu lędźwiowego, przyczem granice górne nerek względem granic dolnych znajdują się w odmiennych stosunkach odległości, a mianowicie odległość biegunów górnych większą jest od dolnych

Różnice tej odległości występują wybitniej w stanie chorobowym, znanym pod nazwą „nerki podkowiastej“.

Stosunek nerek względem innych narządów jest tego rodzaju, iż górne połowy ich przednich powierzchni pokryte są wyższymi narządami a mianowicie po stronie prawej przez wątrobę, po lewej przez żołądek, trzustkę i śledzionę; narządy te jednak dają się łatwo ku górze odsunąć, poczem odsłania się gładka, górna połowa przedniej powierzchni nerki, pokryta otrzewną łatwo przesuwalną. Dolne połowy przedniej powierzchni nerek pokryte są odpowiednimi zagięciami jelita grubego. Przednia więc powierzchnia nerki, bez uszkodzenia jelita grubego, trudno jest dostępną. Przeciwnie łatwo jest dostępną dolna połowa tylnej powierzchni nerki, jeżeli się tylko na zewnętrznym brzegu *m. latissimi dorsi* oddzieli ścięgnięte przyczepy *m. obliqui interni* i *m. transversi*. To było powodem, iż dwaj znani francuscy chirurdzy: FLOURENS i MALGAIGNE wypowiedzieli zdanie, że odsłonięcie tylnej powierzchni nerki jest zabiegiem, który prawie z zamkniętymi oczyma wykonać można; dodają jednak, że operacja ta z anatomicznego amfiteatru do chirurgicznej praktyki nigdy przejść nie powinna. HERTL w swej znakomitej anatomii typograficznej powiada: „*Nichts desto weniger wären diese Angaben in Fällen, wo man eine bestehende Nieren-Lendenfistel zur Extraction eines Nierensteines erweitern wollte, nicht ohne Werth*“. W ten sposób mówił już w roku 1857 znakomity anatom, z pewnością jednak nie przeczuwał wtedy, że tak wkrótce, bo przed upływem dwóch dziesięcioleci, chirurgia nerek dojdzie tak wysoko, jak w rzeczywistości w roku 1870 stanęła.

Uwagi godnem jest zachowanie się torebki tłuszczowej nerki (*capsula adiposa*), a mianowicie: Płyn powoli wnikający w jej przestwory jest w stanie zagaęścić ją w zbitą warstwę tak, że wskutek tego mogą się tworzyć przestwory wypełnione płynem, w pośrodku których znajduje się nerka.

Doświadczenia. Że powolny zanik jednej nerki, wskutek jakiejś sprawy przewlekłej, człowiek dobrze znosi, gdyż druga nerka w miejscu zanikłej zastępczo czynności obejmuje, było rzeczą dawno znaną, o czem dzisiaj niestety często się zapomina; należało jednak wykazać doświadczalnie, że nagłe usunięcie prawidłowo funkcjonującej nerki, nie wpływa niekorzystnie na wynik wycięcia nerki. SIMON sam wykazał doświadczeniami na psach, że po jednostronnem wycięciu nerki, pozostała nerka przerasta do tego stopnia, w jakim znajdowano. jedyną nerkę wobec braku drugiej, czyto wrodzonego, czyto wskutek choroby powstałego.

Czy to powiększenie nerki polega na hipertrofii, czy hyperplazji narządu, dotychczas nie wyjaśniono; dotychczas zdania są podzielone.

JAMES ISRAEL wykazał w dalszym ciągu, iż zagięcie moczowodu, a tem samem podwyższenie ciśnienia śródnerkowego, wpływa tamująco na wydzielanie nerki drugiej, jakoteż, że drażnienie nerwu nerkowego, pozostałego w szypule po wycięciu nerki, oddziaływa tamująco na wydzielanie nerki zdrowej pozostałej. Niemniej ważnem jest doświadczenie tego chirurga, iż po wykonaniu przekłucia, a tem samem zniesieniu anormalnego ciśnienia śródnerkowego, wpływy,

tamujące wydzielania nerki, ustają a nawet przychodzi do polyuryi, zależnej od zwiększenia czynności zdrowej nerki.

Zabiegi operacyjne w chirurgii nerek.

Rozróżniamy dzisiaj następujące zabiegi wykonywane na nerkach:

1. Przekłucie nerki (*Punctio renis*).
2. Odsłonięcie nerki (*Sectio pararenalis*);
3. Nacięcie nerki (*Nephrotomia*);
4. Nacięcie miedniczki nerkowej (*Nephropelveotomia*, *Pyelotomia*);
5. Wycięcie częściowe nerki (*Resectio renis*);
6. Wycięcie nerki (*Nephrektomia*);
7. Nacięcie moczowodu (*Ureterotomia*);
8. Wycięcie częściowe moczowodu (*Resectio ureteris*);
9. Wycięcie moczowodu (*Ureterektomia*);
10. Wszczepienie moczowodu (*Inplantatio ureteris*);
11. Zmniejszenie miedniczki nerkowej (*Pyeloplicatio*);
12. Przyszycie nerki (*Nephropexia*).

Sposoby wykonywania zabiegów chirurgicznych nerek
Przekłucie nerki wykonywamy już to grubszym, już to cieńszym trójgrańcem, który jest połączony z przyrządem aspiracyjnym [POTAIN'a lub DIEULAFOY'a]. Cieńszym kalibrem posługujemy się, jeżeli przekłucie wykonywamy w celach rozpoznawczych, lub przez przednią ścianę brzucha. Grubszych kalibrów używamy dla celów leczniczych, lub też jeżeli wkłuwamy w miejscu wyboru, t. j. punkcie leżącym na zewnętrznym brzegu mięśni grzbietowych, w połowie odległości między 12-ym żebrem a grzebieniem kości biodrowej.

Przekłucie nerki znajduje bardzo rzadkie zastosowanie, wykonanie jej wymaga przestrzegania wszelkich prawideł aseptyki i antyseptyki.

Odsłonięcie nerki wykonywa się albo w celach rozpoznawczych, albo leczniczych i to w dwojaki sposób: według SIMON'a za pomocą cięcia lędźwiowego i według BARDENHAUER'a za pomocą t. zw. cięcia nerkowego.

Cięcie lędźwiowe opisuje SIMON w następujący sposób: Rozpoczynamy cięciem skórny 9—10 ctm. długości, biegnącym pionowo od góry ku dołowi wzdłuż zewnętrznego brzegu krzyżo-lędźwiowego (*m. sacrolumbalis*); brzeg tegoż mięśnia, wobec niezbyt obficie rozwiniętej podściółki tłuszczowej, wyraźnie się zaznacza. Cięcie rozpoczyna się powyżej 11 żebra, prowadzi ku dołowi ponad 12-ym żebrem aż do połowy odległości między temże żebrem a grzebieniem kości biodrowej. Jeżeli odnalezienie brzegu *m. sacrolumbalis* przedstawia trudności, [jak to się zdarza u osobników otyłych] natenczas prowadzi się cięcie 6½—7 ctm. na zewnątrz, równoległe do szczytów wyrostków ciernistych; na zewnątrz dlatego, iż więcej na wewnątrz leży gruby mięsień *m. sacrolumbalis*, zabieg więc byłby cięższym, krwotok znaczniejszym.

Drugi akt operacji polega na odsłonięciu nerki. Za drogowskaz służy nam tutaj brzeg *m. sacrolumbalis* i dolny brzeg 12-go żebra. W kierunku cięcia skórny przecina się obfitującą w tłuszcz tkankę łączną podskórną, powięź powierzchowną i ¼—½ ctm. gruby mięsień najszerszy grzbietu (*m. latissimus dorsi*), poczem dochodzi się do powierzchownej blaszki mocno włóknistej po-

chewki *m. sacrolumbalis*. Pochewkę tę się przecina i dochodzi w ten sposób do zaokrąglonego brzegu mięśnia, następnie odciągając za pomocą tępych haków zewnętrzny brzeg *m. sacrolumbalis* na wewnątrz a zewnętrzny brzeg rozciętej pochewki na zewnątrz, postępuje się w głąb wśród wiotkiej tkanki łącznej i wyszukuje w górnej części rany, dla łatwiejszego orientowania się, 12-e żebro. Pod zewnętrznym brzegiem *m. sacrolumbalis* napotyka się w głębi znowu na blaszkę pochewki tegoż mięśnia a po szerokim nacięciu jej na mięsień czworoboczny lędźwi (*m. quadratus lumborum*), który się przyczepia do dolnego brzegu 12-go żebra i tworzy warstwę $\frac{1}{2}$ ctm. grubą. Mięsień ten również się przecina i w ten sposób odsłania blaszkę włóknistą od otrzewny pochodząca, która nerkę od mięśnia oddziela. Po przecięciu powyższej blaszki po kazuje się dolny koniec nerki, otoczony wiotką obfitującą w tłuszcz tkanką łączną, t. zw. torebką tłuszczową. Z kierunkiem cięcia krzyżują się 12-ta tętnica żebrowa (*art. intercostalis*) i tętnica lędźwiowa (*art. lumbalis*), dlatego też tętnice te muszą być przecięte.

BARDENHEUER opisuje swe cięcie nerkowe w następujący sposób: W celu odsłonięcia zdrowej nerki prowadzi się cięcie od końca 11-go żebra, aż do połowy grzbietu kości biodrowej przez skórę, powięź powierzchowną brzucha (*fascia superficialis abdominis*), poczem dwa cięcia od obu końców pierwszego, a mianowicie jedno wzdłuż dolnego brzegu 11-go albo 12-go żebra, drugie wzdłuż grzebienia kości biodrowej, oba przez skórę, powięź i mięśnie. Cięcia te kończą się tuż przy kręgosłupie. Górnem cięciem przecina się poprzecznie mięsień skośny zewnętrzny (*m. obliquus externus*), wewnętrzny (*obl. internus*) i poprzeczny (*transversus abdominis*), dolnem cięciem *m. latissimus dorsi* i zewnętrzny brzeg *m. sacrolumbalis*. Rzadko zachodzi potrzeba przecięcia zewnętrznego brzegu *m. quadratus lumborum* (*hinterer Thürflügelschnitt*). Dopiero po przecięciu tkanek aż do otrzewnej i odchyleniu płata skórno-mięśniowego ku kręgosłupowi spostrzega się tkankę tłuszczową okołonerkową, zwaną także torebką tłuszczową (*capsula adiposa*). Otrzewna jest oddzieloną od torebki tłuszczowej płytkim rowkiem.

Nacięcie nerki (*Nephrotomia*) w pierwszych trzech aktach niezem nie różni się od wyżej opisanej operacji odsłonięcia nerki. W trzecim akcie nacina się torebkę tłuszczową i na tępo na boki odsuwa tak, iż odsłaniamy sobie całą nerkę. Czwarty dopiero akt obejmuje istotną część nefrotomii. Wykonać ją można albo na zewnętrznym brzegu, albo na obu biegunach [LEGUEN], albo na tylnej powierzchni [MORRIS], albo też na całej długości tylnego brzegu nerki. Nacięcie tylnej powierzchni dzisiaj jest zupełnie zaniechane, nacięcie obu biegunów jest bardzo rzadko wskazanem tak, że najczęściej używa się dwóch pozostałych. Krwotok dosyć znaczny tamuje się czasowo przez ucisk wnęki (*hilus*) [TUFFIER], stale—przez założenie głębokich szwów.

Nacięcie miedniczki nerkowej (*Pyelotomia*) wykonać można dopiero po poprzednim odsłonięciu nerki. Wykonywa się je w następujący sposób: Jeżeli za pomocą palca wyczuwamy kamień w miedniczce nerkowej, natenczas nacina się jej ścianę, kamień wyjmujemy, a potem ranę miedniczki zaszywamy katgutem. Pomyślne wyniki OTIS'a, CZERNY'ego BERGMANN'a i HAN-

s'a SCHMIDT'a, zachęcają do wykonywania tej operacji. Słusznie jednak zwraca uwagę LEGUEN, iż rzadziej nadarzy nam się sposobność wykonania nacięcia miedniczki, niż nacięcia nerki, gdyż właściwie w stosunkach prawidłowych miedniczki nerkowej niema, a moczowód często rozdzielony wnika do nerki.

Nadmienić wypada, iż przy nacięciu nerki należy niekiedy odstąpić od zwykłych prawideł, a to w tedy, gdy po nacięciu nerki we wnętrzu jej znajdziemy ropę; w tym przypadku musimy ropie zapewnić swobodny odpływ, przeszukać dokładnie czy niema więcej ognisk ropnych, a w razie obecności tychże, należy je pootwierać. [D. c. n.].

Z ODDZIAŁU D-RA MED. T. DUNINA W SZPITALU DZIECIĄTKA JEZUS.

II. O ETYOLOGII DYZENTERYI.

Podał

Władysław Janowski,

asystent oddziału.

— ❦ — ❦ —
[Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 35].

CUNNINGHAM i LEWIS (23) w nowej pracy swojej, ogłoszonej w r. 1881, zaznaczają, iż znajdowali ameby u ludzi zdrowych oraz u chorych na cholereę i inne choroby. Przyjmowali oni możność przechodzenia ameb we flagellata [wiciowce] i sporozoa [zarodnikowce] i odwrotnie. Pogląd ten, przeciwko któremu powstał zaraz pierwszy GRASSI (32), był oparty na niedokładnych badaniach. Probując kilku gleb do hodowania ameb, autorowie ci doszli do wniosku, że te ostatnie rosną najlepiej na krowim stolcu.

Obecność ameb w przypadkach przewlekłej biegunki notowana była też prawie równocześnie w znanem dziele PERRONCITO (63). Ale, jak to już na samym wstępie zaznaczyliśmy, dopiero badania z Egiptu zwróciły na te twory należytą uwagę.

Właściwie pierwszym, kto zwrócił na ameby uwagę w Egipcie, był R. KOCH (45). Bawiąc w r. 1883 w Egipcie dla zbadania etyologii cholery, KOCH badał, oprócz przypadków cholery, szereg innych jeszcze chorób, a pomiędzy nimi 5 przypadków dyzenteryi, z których dwa powikłane ropniami wątroby. Otóż w 4-ch z pomiędzy tych przypadków KOCH znalazł na dnie obszernych owrzodzeń i w tkance dokoła nich ameby, około 2 razy większe od białych ciałek krwi, występujące wyraźnie na preparatach barwionych barwnikami anilinowemi. Nie znalazł ich tylko w jednym przypadku, w którym wrzody już się zablizniały. W krwawym śluzie z kiszki tworów tych KOCH nie znajdował. Sądził on, że właśnie znajdowanie się ameb głęboko w samej tkance kiszki przemawia za ich związkiem przyczynowym z powstawaniem dyzenteryi. Powyższe zdanie KOCH'a zostało ogłoszone drukiem dopiero w 1887-ym. Ale

już w r. 1883-im wyraził je KOCH KARTULIS'owi, zachęcając go do poszukiwań na tym polu. Rezultatem tych poszukiwań był cały szereg prac KARTULIS'a.

W pierwszej (40) donosi on tylko, że w 6-ciu przypadkach przewlekłego zapalenia kiszki znajdował okrągłe lub owalne twory, łatwo zmieniające swoją formę przy naciśnięciu na szkiełko preparatu, wielkości 0,00015—0,000222, mm. Kontury ich trudno jest rozróżnić na świeżych preparatach. Barwią się dobrze i na stałe eozyne. Hodowanie ich KARTULIS'owi się nie udało. W licznych przypadkach dyzenteryi, cholery i innych chorób KARTULIS tworów tych nie znajdował. Nie twierdzi on jeszcze, że twory te są przyczyną powstawania przewlekłych biegunek, gdyż nie miał na to żadnych danych sekcyjnych, ale zaznacza, że najgorzej mieli się ci chorzy, których kał zawierał najwięcej opisanych ameb ¹⁾.

W rok potem [1886] podał KARTULIS (41) wyniki badania 150-iu przypadków dyzenteryi. Znajdował w każdym z nich amebę, wielkości 12 μ — 30 μ . Miały one wyraźne jądra i liczne [nieraz do 10] wakuole. Protoplazma ich wypuszczała wyrostki w ilości od jednego do kilku. Odznaczały się łatwą skłonnością do umierania, tak, że w stolcach wymierały wszystkie po 24-ch godzinach, a na preparatach pod szkiełkiem — po 1—4 godzinach. Tworzyły się w nich czasem przewężenia tak znaczne, że zaledwie wązka szyjka łączyła ze sobą obie połowy pasożyta; ale podziału ich całkowitego KARTULIS nie widział. Barwią się trudno. Pasożyty te znajdował K. w każdym przypadku dyzenteryi; w żadnym przypadku innej choroby ich nie znajdował. Najwięcej ameb widywał na dnie owrzodzeń dyzenterycznych i dookoła nich, tak, że leżały one tem głębiej, im głębsze było samo owrzodzenie. Ponieważ K. znajdował je przy dyzenteryi stale w każdym okresie jej rozwoju, więc uważał je za przyczynę tej choroby w Egipcie.

Jak widzimy, tym razem KARTULIS opisał inne amebę, niż w pierwszej swojej pracy, i przyznał im odrazu rolę chorobotwórczą. O tych też amebach, podobnych do ameb, opisanych na lat 11 przedtem przez LOESCH'a, pisał KARTULIS w szeregu innych prac, wywalczając dla nich stanowisko w patologii. Już w następnej pracy swojej zaznacza on (42), że znajdował swoje amebę i w ropniach wątroby przy dyzenteryi. Mianowicie, w 20-u przypadkach znajdował je w ścianach ropni, o czym napisał w komunikacie, wysłanym na zjazd lekarski do Waszyngtonu. Później znalazł prawie czystą ich hodowlę w ropie z ropnia wątroby, otworzonego za życia chorego, i w 8-iu innych przypadkach analogicznych, na 11-u ogółem badanych.

Na kilka miesięcy przed ukazaniem się powyższej pracy ogłosił swoje badania nad dyzenteryą w Pradze HLAVA (35). Znajdował on stale amebę KARTULIS'a we wszystkich 60-iu badanych przez siebie przypadkach dyzente-

¹⁾ Ameby te K. nazwał olbrzymiami „*Riesen Amöben*“ [z ? w nawiasach]. Termin ten powtórzony został przez wielu autorów. Osobiście nie rozumiem, dlaczego amebę te są „olbrzymiami“, skoro podane ich wymiary są tak minimalne. Przypuszczam tu pomyłkę drukarską w cyfrach, tembardziej, że rysunki K., zdjęte przy powiększeniu 100, przedstawiają istotnie bardzo duże amebę. Zwracam tu na to uwagę, gdyż powyższe cyfry [0,00015—0,000222 mm] są wszędzie powtarzane, a tymczasem napewno jakiegoś sprostowania potrzebują.

ryi. Szczepił je 8-iu królikom, 2-m kurom i 6-iu świnkom morskim bez rezultatu; u 4-ch kotów [na 6 szczepień] i 2 psów [na 17 szczepień] otrzymał wynik szczepień dodatni. Nie wyjaśnia jednak bliżej, na czym ta dodatniość polegała. Otóż, kiedy w roku następnym ukazały się znane nam już badania CHANTEMESSE'a i WIDAL'a (19), KARTULIS (43) w odpowiedzi na nie oświadczył, że bynajmniej nie twierdzi, że w innych krajach przyczyną dyzenteryi nie mogą być bakterye. Sądzi jednak, że w pewnych miejscowościach przyczyną tej choroby są opisane przez niego ameby. Tu właśnie powołuje się i na badania HLAVA'y, według których dyzenterya w Pradze wywoływana jest przez ameby, na znany nam przypadek LOESCH'a z Petersburga, na słowa KOCH'a, według których ameby spotykają się w Indyach, oraz na własne badania, dotyczące Egiptu i Sudanu, przy których znajdował stale ameby we wszystkich przypadkach dyzenteryi [ogółem w 500], a nie znajdował ich nigdy przy innych chorobach.

W tej samej pracy KARTULIS podkreśla jeszcze raz rolę ameb przy powstawaniu ropni wątroby. W krajach tropikalnych wszyscy cudzoziemcy, szczególnie starzy mężczyźni, są skłonni do cierpienia na ropnie wątroby. Te zwykle ropnie wywoływane są przez bakterye. Ale obok nich bywa w krajach tropikalnych dużo przypadków ropni wątroby po dyzenteryi. Otóż te wywoływane są przez ameby. Na 22 przypadki ropni podyzenterycznych znalazł w nich ameby 15 razy, z których w 2-ch przypadkach mógł wykazać obecność w ropie bakteryi. Sądzi więc, że ameby, nadgryzając naczynia w owrzodzeniach, dostają się tą drogą do wątroby, zakażając ją zawartemi w sobie bakteryami, które na przygotowanym w ten sposób gruncie wywołują w wątrobie ropienie.

Kiedy powyższe badania KARTULIS'a zwracały coraz większą uwagę na rolę ameb przy dyzenteryi, ukazały się badania MASSIUTIN'a (56) z kliniki LOESCH'a w Kijowie. Przeczyły one swoistości ameb o tyle, że MASSIUTIN znajdował te ostatnie w przypadkach innych cierpień kiszki, niż dyzenterya. Właściwie jednak mówiąc, tylko 2 przypadki tego autora [1-y i 4-y] mogą być pod tym względem brane w rachubę, gdyż w nich tylko MASSIUTIN znajdował w stolcu same ameby, bez domieszki innych pierwotniaków. Jeden z nich dotyczył chorego, który miał po dyzenteryi biegunkę z krwawymi stolcami przez 7 lat. Po kilku daremnych poszukiwaniach znalazł w nim LOESCH w świeżych stolcach sporo ameb, które utrzymywały się w kiszki przez czas bardzo długi. W drugim przypadku znaleziono ameby u pewnego 27-letniego chłopca, cierpiącego na ostry niezbyt kiszki. Znikły one po 11 dniach. W innych 3-ch przypadkach [2 przypadki przewlekłej biegunki i 1—tyfusu brzuszego] MASSIUTIN znajdował ameby obok cercomonad. O nich więc nie bliżej powiedzieć nie można, gdyż nie można być pewnym, czy to, co MASSIUTIN brał w tych przypadkach za ameby, nie było obumierającą formą cercomonad. Jakkolwiek, ściśle rzeczy biorąc, pierwsze spostrzeżenie MASSIUTIN'a bynajmniej nie zaprzecza roli ameb w powstaniu w niem dyzenteryi i długim podtrzymaniu pozostałej po niej biegunki, a spostrzeżenie jego 4-e mogłoby być przyjmowane za lżejszą formę dyzenteryi [kataralną] z zejściem pomyślnem,

opisywaną później przez innych autorów, jednakże MASSURIN odrębnością swoich spostrzeżeń poderwał odrazu kredyt ameb, jako sprawców dyzenteryi.

Zaraz jednak potem szereg spostrzeżeń, ogłoszonych w r. 1890 ze Stanów Zjednoczonych, potwierdził znowu znaczenie ameb w powstawaniu dyzenteryi. Pierwszy przypadek stwierdzenia ameb w nowym świecie ogłosił OSLER z Baltimory (62). Chory tego autora, mieszkając w Panamie, chorował przez lat 5 na dyzenteryę przewlekłą. Rozwinęły mu się w końcu 2 ropnie prawego płata wątroby. Gdy je otworzono, znalazł OSLER w mającej konsystencję śmietanki ropie dużo poruszających się ameb, które pokazywał, między innymi, WELCH'owi oraz COUNCILMAN'owi. Ameby te utraciły ruchy po kilku godzinach stania ropy. Te same ameby znalazł i w wypróżnieniach swego pacjenta. Uważa je za niewątpliwie chorobotwórcze, choć dodaje, że dopiero dalsze badania mogą wykazać właściwy związek ich z powstawaniem dyzenteryi.

Wkrótce potem SIMON (75) opisał chorego [również w Baltimorze], który, mając po 2—3 krwawo-śluzowate stolce dziennie, przybył do szpitala z powodu kaszlu, bólu w boku i zapalenia opłucnej. W płwocinie jego znaleziono poruszające się ameby. Zwrócono wtedy uwagę na stolce i znaleziono w nich mnóstwo ameb.

W tym samym roku znalazł MUSSER (58) ameby w 3-ch przypadkach dyzenteryi, a następnie STENGEL (75) z Filadelfii—w 3-ch z pomiędzy obserwowanych przez siebie 5-ciu przypadków tej choroby. Zaznaczam tu jednak, że tylko trzy przypadki poddał bliższemu badaniu. Autor ten podaje kilka rysunków widzianych przez siebie ameb i zaznacza, że można je zawsze z łatwością poznać w stolcu po ich stosunkowo znacznej wielkości [10—30 μ], silnem przełamaniu światła i ruchach ameboidalnych. W stolcu już zimnym widać ich mniej, niż w świeżo oddanym. Kształt ich w stanie spokoju jest okrągły lub owalny. Barwienie ich fuksyną ani metylfioletem nie udawało się. Szczepienie stolca, zawierającego ameby [z przypadku IV-ego autora], śwince morskiej do *rectum* pozostało bez skutku.

Obok powyższych 8-iu spostrzeżeń Amerykańskich, ukazały się w roku 1890-ym jeszcze artykuły FENOGLIO (28) i CALANDRUCCIO (13) z Włoch. FENOGLIO opisał 1 przypadek krwawo-śluzowej biegunki w Serrenti [prowincya Cagliari], z obecnością w stolcach ameb, cercomonad oraz jajek *trichocephali disparis*. Jest to jedyny przypadek biegunki w którym autor ten znalazł ameby. Nie jest on jednak pod żadnym względem miarodajny, gdyż 1-o znaleziono w nim ameby obok cercomonad, 2-o z opisu autora odniosłem wrażenie, że nie miał do czynienia z dyzenteryą [nie było między innymi ropy w stolcach pod drobnowidzem]. CALANDRUCCIO (13) łykał otorbione formy ameb i znajdował je po 12-u dniach w swoich normalnych wypróżnieniach.

Zastanawiając się nad nagromadzonym do tego czasu materiałem, BAUMGARTEN (4) oświadczył w swojej mikologii patologicznej [str. 938], iż bynajmniej nie przeczy zdaniu KARRULIS'a o roli chorobotwórczej ameb dla dyzenteryi. Nie przypuszcza jednak, by ameby wywoływały całą sumę zmian przy dyzenteryi, gdyż nie zna analogii, któraby kazała wierzyć w możliwość wywoływania owrzodzeń przez ameby. Sądzi, że, obok ameb, działają na kiszki niszcząco

pasożyty ropotwórcze. Dopiero dalsze badania powinny wykazać, na czym polega owe współdziałanie ameb bakteryom przy dyzenteryi.

Szereg tych badań w r. 1891 zapoczątkowała praca, ogłoszona przez KARTULIS'a (44), który znowu powtórzył, iż znajdował ameby stale we wszystkich przypadkach dyzenteryi oraz w ropniach wątrobowych po tej chorobie. Powiada, że badał setki przypadków innych cierpień kiszek i w żadnym z nich w stolcu ameb nie znajdował. Chcąc otrzymać jeszcze ściślejsze dowody chorobotwórczości opisanych przez siebie ameb, K. przygotowywał ich hodowle. W tym celu dodawał kroplę świeżego stolca dyzenterycznego do odwaru słomy [20—30 grm. świeżej słomy gotował przez 15 minut w 2 litrach wody]. Po 24-godzinnem staniu w termostacie otrzymywał na powierzchni płynu błonkę pajęczą, zawierającą, obok bakteryi, żywo poruszające się młode ameby, które nie wypuszczały jeszcze nibynózek, ale zawierały jądra i wakuole. Stopniowo rozwijały się z nich osobniki tej samej wielkości, co i zaszczipione wraz z kałem, już poruszające się za pomocą nibynózek. Po 4—5-u dniach występowały pomiędzy temi zwykłemi amebami twory wielkości 5—7 μ , okrągłe, nieruchome z delikatnym konturem, małym jądrem i delikatną protoplazmą. Są to spory ameb. W ciągu 8—11-u dni hodowle zawierały prawie wyłącznie te spory, ameb zaś bardzo mało. W zwykłym odwarze spory te dalej się już nie rozwijają. Jeżeli jednak dodać do takiej hodowli, choćby już 4 miesiące mającej trochę obojętnego lub słabo alkalicznego buljonu, to z powyższych zarodników rozwijają się znowu ameby. Powyższe hodowle udawały się KARTULIS'owi tylko w naczyniach nie zatkanych wata. Sądził, że swobodny dostęp powietrza jest warunkiem należytego rozwijania się ameb w hodowlach. Ze stolców niedyzenterycznych hodowli ameb nie otrzymywał. Hodowle ameb zawierały zwykle dużo bakteryi. Tylko z jednego przypadku ropnia wątroby podyzenterycznego, który okazał się przy badaniu bakteriologicznem jałowym, otrzymał hodowle ameb bez bakteryi.

Chcąc jeszcze bardziej się upewnić co do roli chorobotwórczej ameb, KARTULIS szczepił je zwierzętom. Szczepienia na psach pozostały bez skutku. Dowiedziawszy się od weterynarzy, że, oprócz psów, chorują na dyzenterję jeszcze szczury i koty, wykonał kilka doświadczeń na tych ostatnich. Trzem kotom zaszczepił do kiszeki prostej po 10 ctm. sześć. świeżych wypróżnień dyzenterycznych. Tylko jeden z nich zatrzymał otrzymaną ławatywę i dostał po 4-ch dniach dyzenteryi, z amebami w stolcach. Po 12-u dniach kot ten zdechł na dyzenterję. Pomyślny też był wynik szczepienia kotom wyżej wymienionych hodowli ameb [3-dniowa, 3-e pokolenie]; po kilku dniach zwierzęta te dostawały dyzenteryi, z amebami w stolcu. Analogicznym był też wynik szczepienia innym kotom hodowli ameb, otrzymanych z ropni i nie zawierających bakteryj. Karmienie kotów sporami ameb pozostało bez skutku.

Na zasadzie powyższych swoich badań KARTULIS uważa swoje ameby za wyłączną przyczynę dyzenteryi.

Prawie w tym czasie ogłosił САИЕН (12) przypadek biegunki u 4-letniej dziewczynki, w którym znajdował przez 17 dni z rzędu ameby. Były one 2—3 razy większe od czerwonych ciałek krwi, wypuszczały nibynóżki, miały

ziarnistą protoplazmę i wyraźne jądro. Ruchy ich trwały do 3 godzin. CAHEN widział, jak ameby te wchłaniały w siebie czerwone ciała krwi, obejmując je przedtem w kształcie podkowy. Barwią się one najlepiej błękitem metylowym, ale przytem jąder ich nie widać. Hodowle tych ameb, ani szczepienia ich zwierzętom CAHEN'owi się nie udały.

W tydzień potem ogłosił NASSE (59) z kliniki BERGMANN'a przypadek następujący. Pewien 60-letni osobnik, który mieszkał na Florydzie, gdzie dyzenterya jest chorobą często spotykaną, cierpiał tam przez czas dłuższy na zaburzenia w trawieniu. Przybywszy do Niemiec, osobnik ten dostał ostrych zaburzeń kiszkiowych, następnie zaś rozwinął mu się ropień wątroby. Gdy ropień ten otworzono, brzegi rany następnie ciągle się rozpadały. Po 3½ tygodniach chory zmarł. Na sekcji znaleziono w kiszkiach wybitne zmiany dyzenteryczne. Dokoła wrzodów w kiszkiach, w ścianach ropnia oraz w brzegach zgorzelinowych rany skórnej znaleziono dużo ameb, podobnych do opisywanych przez KARTULIS'a. W samej ropie ameb tych było niewiele. Autor sądzi, że, być może, ameby przeszkadzały gojeniu się rany skórnej, powodując zgorzel skóry. Nie twierdzi jednak tego stanowczo.

W tym samym czasie L. PFEIFFER (66) z Weimaru zakomunikował w swoim znanem dziele o pierwotniakach, że jeszcze w r. 1887-ym widywał ameby w wypróżnieniach dyzenterycznych u dzieci. [C. d. n.]

III. PRZYCZYNEK DO NAUKI

O OSTRYCH, ZAKĄŻNYCH, ROPNYCH ZAPALENIACH GARDZIELI I KRTANI.

[Według odczytu mianego w Tow. Lek. Łódzkim d. 18 marca. 1896 r.]

Napisał

D-r Ludwik Przedborski,
ordynator szp. starozakonnych w Łodzi.

— x — x —
[Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 35].

Przy omawianych cierpieniach nie zawsze zmiany chorobowe wyłącznie umiejscawiają się w krtani, nieraz przyłącza się cierpienie sąsiednich gruczołów chłonnych, w cięższych zaś postaciach, zwłaszcza u osób starszych, raptowny upadek sił, szybciej nieraz sprowadza zejście śmiertelne, niż by tego dokonać mogło zwężenie krtani lub przyłączające się zapalenie płuc. Odnośnie zaś gardzieli MASSEI sądzi, że rzecz ma się zupełnie inaczej, rokowanie zawsze bywa złowrogie, przypadki zaś śmiertelne. Dla uzasadnienia swego pesymizmu MASSEI przytacza opis 2-ch spostrzeżeń, które zakończyły się śmiercią, przy nader łagodnych objawach miejscowych. Przypadki te dotyczą róży gardzieli u 10-letniego chłopca i u 60-letniej staruszki; w obu tych razach śmierć nastąpiła po 2-ch ewentualnie 3-ch dniach, wskutek szybkiego i znacznego upadku sił.

Z powyższego wynika, że przy pierwotnej róży krtani odróżniać należy dwie postacie kliniczne: 1) formę w której górują objawy miejscowe i 2) posta-

cie chorobowe, w których na pierwszy plan wysuwa się stan ogólny. Rozróżnianie to ze względu na rokowanie i interwencję lekarską jest nader korzystne i praktyczne, jeżeli bowiem formy z przewagą miejscowych objawów nie wykluczają możliwości powrotu do zupełnego zdrowia, to postaci drugiego typu stale sprowadzają zejście śmiertelne. Do nader treściwego opisu pierwotnej róży krtani MASSEI dodaje jeszcze dwie uwagi: 1) że nieraz róża gardzieli przemienić się może w zwykłe zapalenie migdałków lub płonicowe zapalenie gardzieli, róża zaś krtani w ostry obrzęk zapalny, w ropne zapalenie lub dławiec krtani i 2) że dla lekarza, przejętego wiarą w możliwość istnienia pierwotnej róży krtani, uwzględnienie tylokrotnie omawianych objawów, przy wykluczeniu cech zwykłego zapalenia, nieraz starczy do podejrzenia w danym przypadku pierwotnej róży krtani.

Ostateczne wnioski MASSEI'a są następujące: 1) pomimo niepewności badań bakteryologicznych istnienie pierwotnej róży krtani i gardzieli można uważać za udowodnione, 2) przy pierwotnej róży gardzieli krtani stale przyjmuje współudział w cierpieniu, przy róży krtani gardziel zwykle bywa zaoszczędzoną, 3) objawy znamienne przy róży krtani: silne obrzmienie, rozpoczynające się zwykle od nagłośni, wysoka ciepota ciała i wędrujący charakter puchliny, w większości przypadków wystarczają do odróżnienia tej postaci chorobowej od wielu innych, zwłaszcza od ropnego zapalenia krtani, 4) róża gardzieli i krtani może przebiegać w postaci epidemii, lecz zdarzają się także przypadki sporadyczne i to częściej niż obecnie przypuszczamy, 5) odnośnie do rokowania należy odróżniać dwie postaci kliniczne: *a*) formy z przewagą objawów miejscowych i *b*) z przewagą zmian ogólnych.

Po stronie poglądów MASSEI'a, szczegółowo sformułowanych na kongresie berlińskim, stanęli THORNER i CINCINATI zaznaczając, że stanowczo należy odróżniać różę gardzieli i krtani od ostrych, ropnych zapaleń tych narządów. Dalej T. zauważył, że nie pojmuje dla czegożby błona śluzowa gardzieli i krtani nie mogła w równej mierze stanowić wrót dla zakażenia przez różę jak inne błony śluzowe. THORNER powołuje się na przypadek, w którym pierwotne zakażenie nastąpiło na błonie śluzowej średniej muszli nosowej po przypaleniu żegadłem galwanicznym. Że mogą istnieć zakażenia mieszane nie ulega żadnej wątpliwości, dopoki jednakże dane bakteryologiczne kwestyi zwycięzko nie są w stanie rozstrzygnąć, rozpoznanie w tych razach wyłącznie na klinicznym przebiegu opierać musimy.

SCHECH stwierdza wielką rzadkość ostrego, ropnego zapalenia gardzieli [SENATOR'a] a stosunkowo częste występowanie róży krtani, która zdaniem jego, przeważnie umiejscawia się nad wejściem do krtani [nagłośnia, chrząstki nalewkowe, prawdopodobnie wskutek traumatycznych uszkodzeń podczas aktu polykania]. SCHECH nadmienia, że rozmaite kokki wywołać mogą różę, gdyż spostrzegł raz różę twarzy po ostrem zapaleniu torebek migdałkowych a raz po zapaleniu płonicowem. Również B. FRAENKEL domaga się rozróżniania choroby SENATOR'a od róży. Za możliwością istnienia pierwotnej róży gardzieli przemawiają przypadki, w których róża przez nos, trąbkę

EUSTACHJUSZA, lub przez usta przenosiła się na skórę. Wreszcie FELIX SEMON mniema, że do ostatecznej konkluzji dojść obecnie jeszcze trudno.

Laryngologia natrafia na te same przeszkody, co i bakterjologia. Jeżeli ta ostatnia dotychczas nie jest w stanie odpowiedzieć twierdząco na pytanie, czy paciorkowiec ropotwórczy identyczny jest z paciorkowcem FEHLEISEN'a, to również i klinika nie zdolną jest rozproszyć wątpliwości naszych, czy różę krtani i gardzieli, chorobę SENATOR'a, *anginam Ludovici* należy uważać za postacie chorobowe identyczne, czy też patologicznie odmienne. SEMON skłania się raczej do mniemania, że wszystkie te choroby uważać należy za rozmaite stopnie jednej i tej samej sprawy zakaźnej, zależnej od różnej siły jadowitości, wywołującego ją drobnoustroju. Jak widzimy z przebiegu dyskusji, jedyny tylko głos SEMON'a stanowił mały dyssonans w uznaniu, wyrażonem dla poglądów MASSEI'a. Od roku 1890 kwestya pierwotnej róży krtani nie przestawała zajmować badaczy. GERLING ¹⁾ z St. Louis spostrzegł troje dzieci, w wieku od 11 miesięcy do lat 5, które w przeciągu dni 4-ch zachorowały na silne zaburzenia krtaniowe, połączone z wysoką gorączką. Dzieci te przy objawach zwięzienia krtani w przeciągu 1-go do 3-ch dni zakończyły życie. G. zaznacza, że u małych jego pacjentów badanie laryngoskopowe było niemożliwe, i że jednocześnie z wystąpieniem choroby u pierwszego dziecka, u 9-letniego chłopczyka rozwinęła się róża na twarzy i włosistej części czaszki. Przy oględzinach pośmiertnych u jednego z dzieci stwierdzono: przekrwienie błony śluzowej i zmiany, wskazujące na poprzednio istniejący obrzęk krtani. W roku 1892 OSCAR SAMTER ²⁾ podał opis spostrzeżenia, w którym u 37-letniego mężczyzny nagle wystąpiła wysoka gorączka i silne bole przelykowe, zależne od stanu zapalnego nagłośni. Na drugi dzień choroby przyłączyła się duszność, która zniewoliła do wykonania tracheotomii. Badanie ropy, wyciągniętej z nagłośni za pomocą szprycki PRAVAZ'a, wykazało obecność paciorkowca. Następnego dnia po operacji wystąpiła róża na ranie. Przypadek zakończył się pomyślnie. W tymże samym roku SOKOŁOWSKI, w pracy: „Kilka uwag o róży krtani“, podaje opis 2-ch spostrzeżeń, z których jedno rozpoznał jako ostre ropne zapalenie krtani, drugie zaś jako typową postać róży krtani MASSEI'a. SOKOŁOWSKI zaznacza, że w pierwszym spostrzeżeniu miał do czynienia z bardzo ciężką sprawą zapalną śluzową krtani (*phlegmone laryngis*), która jak wiadomo występuje pod dwiema postaciami: 1) w formie łagodnej, opisanej przez S. w Gazecie Lekarskiej w roku 1888 i 2) pod postacią u nas nader rzadko spostrzeganą, na którą w r. 1886 szczególnie zwrócił uwagę MASSEI [pierwotna róża krtani]. Formę tę wyczerpująco omówiłem wyżej. W drugim spostrzeżeniu S., zakończonem śmiercią, jak wykazały oględziny pośmiertne, istniało nacieczenie ropne krtani, co zdarza się przy ciężkich przypadkach róży (*erysipelas phlegmonosa*). Śmierć nastąpiła prawdopodobnie wskutek ogólnego zakażenia ustroju. W tejże samej pracy

¹⁾ Ueber das Erysipel des Kehlkopfes. Méd. Mon. New-York. 1890. Ref. w Centralblatt für klin. Med. 39. 1890 i SEMON's. Contrib. für Laryng. Nr. 12, 1891, p. 623.

²⁾ Ueber primäres Kehlkopferysipel. Deut. Med. Wochenschrift. 1892. Nr. 34, p. 769.

S. podaje opis jeszcze dwóch spostrzeżeń, które zalicza do łagodniejszych postaci i o których wspomina li tylko dlatego, że pochodzenie ich okazało się zupełnie analogicznem z poprzedniami. Do pracy tej przy uwzględnieniu etyologii róży krtani jeszcze wróć. Wreszcie nie należy pominąć milczeniem, że już w r. 1883 J. HERTZFELD ¹⁾ podał przypadek pierwotnej róży krtani, w którym istniały zmętnienia plamiste na nagłośni, znikające bez śladu lub z pozostawieniem powierzchownych owrzodzeń. H. zmętnienia te uważa za wysięki podśluzowe [zebranie ciałek limfoidalnych], co zgadza się z poszukiwaniami histologicznymi NAETHER'a ²⁾ który wykazał, że główne zmiany w cierpieniach tych znajdujemy pod warstwą nabłonka [obfite nacieczenie ciałkami limfoidalnemi]. Wiemy już, że MASSEI, walcząc za odrębną postacią pierwotnej róży krtani, rozpoznanie w przypadkach swych głównie opierał na danych klinicznych, prace bowiem BIONDI'ego, HAJEK'a i FASAS'a jedynie mu znane, nie zdołały go zbyt zagrzać wiarą, w rezultaty poszukiwań bakteriologicznych.

Już podczas kongresu berlińskiego SCHECH zauważył, że prawdopodobnie rozmaite kokki wywołać mogą różę, cierpienie to bowiem spostrzegał 2-krotnie: po ostrem zapaleniu torebek migdałków (*angina lacun.*) i po zapaleniu gardzieli płonicowem (*angina scarlatin.*). Wcześniej jeszcze PITTA zwrócił uwagę na współczesne epidemiczne występowanie zapalnych nacieczeń podśluzowych krtani, gorączek połogowych, błonicy i nacieczenia te czynił zależnymi od róży.

W najnowszych czasach wielu autorów kładzie ogromny nacisk na związek genetyczny, zachodzący między licznymi chorobami zakaźnymi, zwłaszcza między różą, a ostrem zapaleniem gardzieli lakunarnem. Znamienny ruch w tym kierunku pierwszy wywołał B. FRAENKEL ³⁾, który w roku 1886 szczegółowo zajął się tą postacią chorobową. FRAENKEL pierwszy cierpieniu temu nadał miano zapalenia lakunarnego, z wielu podobnych postaci chorobowych wyosobnił i wykazał zakaźny charakter tegoż. W wydzielinach kieszonek migdałkowych, F. wykrył rozmaite drobnoustroje, barwiące się barwnikami anilinowemi i jodem, przeważnie zaś stwierdził obecność gronkowca (*staphylococcus*), występującego pod 3-ma postaciami. FRAENKEL przypuszczał, że wysięki, wytwarzające się podczas cierpienia tego, pozbawione są włókniaka na pogląd ten jednakże nie godzą się DMUCHOWSKI i SOKOŁOWSKI ⁴⁾ w swoich bowiem spostrzeżeniach stale w wysiękach znajdowali włóknik. Autorowie ci w kryptach migdałków, dotkniętych zapaleniem lakunarnem, prawie zawsze

¹⁾ Ein Beitrag zur Lehre des primären Larynx-Erysipels. Arch. f. path. Anat. 1883. Bd. 133. S. A.

²⁾ Ueber die Laryngitis hypoglotica gravis acuta. Arch. f. klin. Med. 1885. Bd. 38. S. A.

³⁾ B. FRÄNKEL. Angina lacunaris und diphteritica. Berl. klin. Wochenschr. 1886. Nr 17. [S. 265]. 18 [S. 287].

⁴⁾ A. SOKOŁOWSKI i Z. DMUCHOWSKI. Przyczynę do patologii i kliniki spraw zapalnych migdałków. Gazeta Lekarska. 1891. N-ra 29, 30, 31 i 32.

znajdywali liczne paciorkowce i dyplokokki (*streptococci et diplococci*), zupełnie przypominające dyplokokki przy zapaleniu płuc. W r. 1891 RENDU¹⁾ opisał 2 przypadki zapalenia gardzieli, w których obraz chorobowy wskazywał na ciężkie zakażenie ustroju, jakie odnajdujemy przy włóknikowym zapaleniu płuc. RENDU przypadki swoje nazywa *Angine à pneumocoques*. W pierwszym spostrzeżeniu posługaczka szpitalna, spijając między chorymi, dotkniętymi zapaleniem płuc, uległa zakażeniu. Przy objawach zapalenia gardła, istniała silna gorączka i ogólne osłabienie. Badanie bakteryologiczne wykryło w ślinie swoiste dla zapalenia płuc dyplokokki. Tak samo przebiegał i 2-gi przypadek. RENDU utrzymuje, że często i w normalnej ślinie znajdujemy dyplokokki zapalenia płuc, hodowle jednakże nie zawsze się udają, w przypadkach zaś pomysłnych kokki nie odznaczają się zbytnią jadowitością. Przebywające więc w jamie ustnej normalnie drobnostroje przy pewnych warunkach stać się mogą złośliwymi, wywołując, jak to miało miejsce w przypadkach RENDU, obraz chorobowy podobny do włóknikowego zapalenia płuc. Daleko częściej jednakże przy zapaleniach gardzieli, zwłaszcza przy postaci lakunarnej, notowane były przypadki zakażenia różycowego. SENDTNER²⁾ w r. 1891 w pracy „*Zur Aetiologie der Angina follicularis*“ powiada, że ta naporz tak niewinna postać zapalenia gardła, może nieraz stać się bardzo groźną i spowodować śmierć chorego. W 4-ch przypadkach ostrego zapalenia torebek migdałków, SENDTNER przy ścisłych poszukiwaniach bakteryologicznych, wykrył paciorkowca zupełnie identycznego z paciorkowcem ropotwórczym i FEHLEISEN'a. Klinika, twierdzi S., wskazuje na związek pomiędzy *angina follicul.* i gorączką połogową, na co zwrócił już uwagę SCHECH [patrz wyżej] i za czem wymownie przemawiają dane z kliniki ginekologicznej w Wrocławiu, w której podczas epidemii gorączki połogowej u osób, dotkniętych tem cierpieniem, poprzednio stwierdzono ostre zapalenie torebek migdałkowych. W r. 1892 Sokołowski w kilkakrotnie już przytaczanej pracy: „*Kilka uwag o róży krtani*“, zastanawiając się nad źródłem zakażenia różą w 4-ch opisanych przez siebie spostrzeżeniach, przechodzi do wniosku, że za takie uznać należy lakuarne zapalenie gardzieli. Cierpienie to Sokołowski stwierdził we wszystkich swych przypadkach; wyprzedzało ono następcze zmiany w krtani. Różnica w łagodnym lub burzliwym występowaniu zakażenia różycowego, zdaniem S. zależy od rozmaitego stopnia natężenia i od siły zakaźnej paciorkowca.

Widzimy więc, że poszukiwania bakteryologiczne, rozszerzając zakres naszych pojęć w tym kierunku, nie zdołały wyosobnić oddzielnego, swoistego zarazka i zarazem wyłącznego winowajcę powstających pierwotnych zapaleń różycowych gardzieli i krtani. Wobec czego, nie ujmując znaczenia badaniom bakteryologicznym, i nadal w rozpoznawaniu omawianych postaci chorobowych opierać winniśmy się jedynie na obserwacyi i obrazie klinicznym.

¹⁾ Deux cas d'angine à pneumocoques. Arch. Intern. de Laryng. 1891. Nr. 4 Berl. in Revue. Internat. de Rhinol. 1891. Nr. 1. S. 14.

²⁾ Münchener med. Wochenschrift. 1891. Nr. 26. S. A.

Na zakończenie działu o pierwotnej róży krtani podaję opis przypadku który w tych dniach spostrzegalem. Przypadek ten zdaniem mojem przedstawia cechy, dla pierwotnej róży krtani bardzo cenne.

Spostrzeżenie V. 1. III. r. b. wezwany byłem do 50-letniego B. Chory skarży się na silne bóle przełykowe, duszność, chrypkę i osłabienie. Choroba rozpoczęła się przed 2-ma dniami silnym dreszczem, po którym wkrótce wystąpiły bóle przy łykaniu i chrypka. Zawiezony początkowo lekarz, zastosował zimne okłady na szyję i miksturę wykrztuśną. Przy badaniu stwierdziłem: ciepłota ciała 39,8°, tętno 120, przyjmowanie pokarmów nader utrudnione. Błona śluzowa gardzieli normalnie zabarwiona, tkanka adenoidalna podstawy języka, nagłośnia, prawa chrząstka nalewkowa i więz nagłośnio-nalewkowy przedstawiają sino-czerwonawe obrzmienie. Kolor zabarwienia tych części przypomina szkarłat. Obrzmienie zwłaszcza silnie się uwydatnia w chrząstce nalewkowej prawej, która przedstawia objętość sporej wiśni, wewnątrz krtani mało zmienione, struna wrzekoma prawa w słabym stopniu obrzmiała. W przeciągu 2-ch następnych dni ciepłota ciała nieznacznie tylko podlegała wahaniom, bóle przełykowe niewiele straciły na natężeniu, obrzęk krtani mało się zmniejszył, zaczerwienienie błony śluzowej jednakże stopniowo łagodniało. Choremu zaleciłem 4 pijawki na szyję, lód do wewnątrz i wzięwania narkotyczne.

4 marca. Pacjent czuje się lepiej, obrzęk i bóle przełykowe mniejsze, chrypka i duszność znacznie łagodniejsze. Przy badaniu wziernikiem prawy więz nagłośnio-nalewkowy i prawa chrząstka nalewkowa okazują się mniej obrzmiałymi i zaczerwienionymi. Wieczorem tegoż dnia ponownie byłem wezwany do chorego. Pacjent narzeka na silne bóle przełykowe, zwłaszcza po stronie lewej, czuje się bardzo osłabionym, od czasu do czasu miewa dreszcze, duszność i chrypka większe. Ciepłota ciała 40°, tętno 122. Przy badaniu znalazłem: silne zaczerwienienie i obrzmienie lewej chrząstki nalewkowej i wiązu nagłośnio-nalewkowego, prawa chrząstka nalewkowa i więz nagłośnio-nalewkowy okazuje nieznaczne tylko obrzmienie i nastrzyknięcie. Wewnątrz krtani mało zmienione. Ponieważ zarówno miejscowe objawy jak i ogólny stan chorego nie budziły poważniejszych obaw, a pacjent oddechał swobodnie, postanowiłem zachowywać się wyczekująco.

5. marca 1896 r. Ciepłota ciała 37,8°, tętno 86. Obrzmienie prawej chrząstki nalewkowej i wiązu nagłośnio-nalewkowego prawie zupełnie ustąpiło, natomiast chrząstka nalewkowa lewa i więz nagłośnio-nalewkowy wykazują jeszcze dość silny stopień obrzmienia i zaczerwienienia. Bóle przy łykaniu mniejsze, duszność i chrypka słabsze. Po 5-ciu jeszcze dniach trwania choroby, objawy miejscowe ze strony krtani zupełnie się wyrównały, ciepłota ciała pozostawała prawidłową, chory zupełnie powrócił do zdrowia. Za różycowem zakażeniem w przypadku naszym przemawiają: 1) gwałtowny początek cierpienia z podniesieniem się ciepłoty ciała do 40°, charakterystyczne ciemno-czerwonawe zabarwienie błony śluzowej, silne bóle przełykowe, zależne od obrzmienia nagłośni, a być może i tkanki adenoidalnej podstawy języka i 2) wędrujący jak przy zwykłej róży, charakter obrzmienia i zaczerwie-

nienia błony śluzowej. Przenoszeniu się sprawy zakaźnej z jednej połowy krtani na drugą, towarzyszyły silna gorączka i ogólne osłabienie.

[D. n.]

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

— 1 = 1 —

64. L. Fürst. Patologia szczepienia ospy ochronnej.

Zboczenia w przebiegu ospy szczepionej i powikłania, towarzyszące temu sztucznemu zakażeniu, wywołanemu szczepieniem osłabionego zarazka ospy, muszą jeszcze i teraz przytrafiać się częściej, aniżeli sądzićby można ze skąpych wiadomości, ogłaszanych w pismach lekarskich lub w wykazach statystycznych o chorobach i przypadkach śmierci, wynikłych wskutek szczepienia ospy ochronnej. Wprowadzenie i rozpowszechnienie krowianki zamiast ospy humanizowanej, ulepszenie techniki szczepienia, większe przestrzeganie przepisów metody przeciwniżnej przy używaniu narzędzi i opatrunków — wszystko to bezwątpienia wpłynęło na poprawę warunków szczepienia ospy ochronnej, nie usunęło jednak zupełnie niebezpieczeństwa. Dopiero gdy się uda wyhodować czysty zarazek limfy krowiankowej, wtedy szczepienie ospy ochronnej stanie się zabiegiem zupełnie bezpiecznym. Dotychczas o zarazku tym wiemy bardzo mało. Zdaje się być on związanym z komórką żywą i jak dotychczas nie zdatnym do hodowli poza ustrojem zwierzęcym. Grzybki rozszczepkowe często mu towarzyszą; nie udało się jednak dotychczas wyhodować postaci swoistych w stanie czystym, t. j. takich, które przeszczepione na człowieka, wywołałyby za każdym razem ospę uodporniającą. Kokki ropotwórcze znaleziono także w prawidłowych pryszczach krowiankowych; czy są one przenośnikami zarazka, czy też — jako postaci mieszane — rozwój zarazka podtrzymują lub wstrzymują i wśród jakich warunków wywołują objawy patologiczne — wszystko to pozostaje jeszcze niewyjaśnionem.

To też o gatunku limfy krowiankowej, jak dawniej tak i obecnie, sądzić będziemy jedynie, biorąc pod uwagę jej pochodzenie i ogólnie znane własności. Za zdrową poczytamy tę limfę, która pochodzi z cielęcia zdrowego, nie gorączkującego i zebraną była przed początkiem okresu ropienia pryszczów, czyli z pryszczów jasnych, błyszczących, nie żółtych i nie mętnych ani też usadowionych na skórze, zajętej przez różę, — limfę, która zawiera same białe i nieliczne tylko czerwone ciała krwi, jakoteż substancje włóknikorojne i włóknikotwórcze.

Zanieczyszczenia przez *saccharomyces*, *sarcynę*, *bacterium termo*, *proteus vulgaris* uważać można za obojętne. Limfa, zawierająca nieliczne gronkowce, nie może być uważana za szkodliwą, liczne jednak gronkowce, jako wywołujące ropienie, czynią limfę podejrzaną; paciorkowce, *resp.* kokki róży, są zupełnie szkodliwe. Także limfę w krew bogatą, lub pęcherzyki gazu zawierającą, niejedolitą, okazującą strzępki włóknikowe, kulki leucyny, igły margaryny i kryształy białkowe, nie mającą już odczynu alkalicznego, należy uważać za podejrzaną.

Przebieg szczepienia krowianki może być trojaki. Może być: 1) prawidłowy z odczynem prawidłowym: zaczerwienienie dookoła pryszczów (*areola perivaccinale*) umiarkowane, obrzmienie gruczołów podpachowych nieznaczne, ciepłota prawidłowa lub podgorączkowa. Powikłania bez znaczenia; 2) nieprawidłowy z odczynem niepomernie silnym: pryszcze rozwijają się nadzwyczaj szybko i silnie, okres ropienia zjawia się wcześniej, pryszcze są skłonne do pęknięcia, zlewania się, ropienia, powolnego gojenia i wytwarzania nieprawidłowych strupów. Zapalenie dookoła krost bywa gwałtowniejsze, a obwódki zlewają się i rozszerzają. Pryszcze wtórne (*vaccinolae*) i pryszcze rozsiane powstają przez samozaszczepienie (*autoinoculatio*). Ciepłota bardzo podniesiona [39,5°]. Ze strony narządów oddechania, trawienia i nerek przyłączają się powikłania; objawy te jednak przechodzą same przez się po przejściu objawów miejscowych; 3) wyraźnie chorobowy, prawdopodobnie zakaźny. Tu z objawów miejscowych zaznaczyć należy głębokie owrzodzenia, zropienie gruczołów podpachowych, wtórne zakażenie miejsca szczepienia, ogólną wysypkę krowiankową. Z objawów ogólnych na pierwszy plan występuje zajęcie skóry [róża i inne choroby skórne zakaźne], oddzielnych narządów i soków [posocznica i t. d.]. Przy tym przebiegu zdarza się zejście śmiertelne.

Etyologii wszystkich wymienionych tu zbroceń i powikłań szukać należy głównie w zakażeniu. Zakażenie bywa pierwotne i wtórne, także bezpośrednie i pośrednie. Zakażenie pierwotne schodzi się ponajwiększej części z zakażeniem bezpośrednim. Prócz tego w etyologii chorób szczepienia krowianki nie są bez znaczenia i czynniki następujące: upały letnie, ząbkowanie, wpływy mechaniczne i traumatyczne, błędy w pielęgnowaniu dziecka szczepionego, wreszcie usposobienie do zachorowań [wskutek obciążenia dziedzicznego, chorób skrycie przebiegających, nadmiernej drażliwości skóry i wysokiej pobudliwości odruchowej]. Wiek dziecka ma też znaczenie. Zauważono np., że dzieci, którym w pierwszym tygodniu życia zaszczepiono krowiankę, prawie zupełnie nie gorączkowały, t. j. nie zapadały na tak zwaną gorączkę krowiankową, na którą przecież nie rzadko zapadają dzieci w pierwszych dwu latach życia, a niekiedy, choć już o wiele rzadziej i dzieci, którym powtórnie ospe zaszczepiono (*revaccinatio*).

Zbroczenia w przebiegu ospy krowiankowej mogą dotyczyć objawów miejscowych i ogólnych. Rozwój pryszczów krowiankowych może być powolniejszym niż zwykle, wskutek zbyt słabej jadowitości limfy albo też mniejszej wrażliwości dziecka, może też być szybszym np. podczas gorącego lata i przy użyciu bardzo świeżej, mocnej limfy. Rozwój może być nieprawidłowy: zamiast jednego pryszcza rozwinąć się mogą dwa lub więcej około jednej ranki szczepiennej. Zropienie może się przyspieszyć, zasychanie krost opóźnić. Zdarza się niekiedy, że krosta zupełnie rozwinięta ulega pęknięciu, wówczas limfa sączy się może przez dni kilka, powodując drażnienie i wysypkę skórą wskutek samozakażenia.

Zbroczenia, dotyczące objawów ogólnych, towarzyszących przebiegowi ospy szczepionej, po części tylko zależą od sprawy miejscowej, a przeważnie

są bezwątpienia wyrazem zakażenia przez zarazek swoisty, a może też przez przypadkowe domieszki. Są to objawy lekkiego zatrucia: niepokój, podrażnienie, to znów apatya, bezsenność, zaburzenia w trawieniu, niekiedy wymioty, u dzieci starszych i ból głowy. Razem z podniesieniem ciepłoty występują niekiedy u dzieci małych zapaść i drgawki, u starszych dreszcze. Niekiedy gorączka, począwszy od dnia 3-go, przyjmuje charakter gorączki zwalnającej z podniesieniem do 39,5°, 40° i osiąga swego *maximum* 8-go dnia. Dnia 10-go powraca do normy. Gorączka późniejsza może zależeć od ropienia [okres gorączki ropnej]. Gorączka, po dzień 12-ty się przeciągająca, zależeć musi od powikłań ze strony narządów oddechowych, trawienia, nerek lub gruczołów limfatycznych.

Dwa jeszcze objawy podczas przebiegu ospy szczepionej zasługują na uwagę: 1) leukocytoza z dwoma nasileniami: raz 3—4-go dnia [początek wysypki], następnie 10—12-go dnia [szczyt okresu ropienia] i 2) przejście w białkomozc wskutek podrażnienia nerek.

Powikłania *par excellence* patologiczne, występujące niekiedy w przebiegu ospy szczepionej, podzielić się dają na takie, które zależą li tylko od swoistego jadu ospowego i takie, które zależą od zakażenia mieszanego. Pierwsze rozpadają się na 3 grupy: a) samo-zaszczepienia, b) zboczenia miejscowe, c) zboczenia ogólne. Do pierwszej grupy należą wysypki, pochodzące od bezpośredniego przeszczepienia materii ospowej z pierwotnego miejsca zaszczepienia na inne okolice powierzchni skóry. Druga grupa obejmuje takie objawy miejscowe, które są bezpośredni następstwem szczepienia i zależą od wad samej limfy lub metody szczepienia, albo też błędów w pielęgnowaniu szczepionego. Do trzeciej grupy zaliczyć należy zaburzenia ustrojowe, występujące niekiedy po szczepieniu, jakkolwiek przebieg sprawy miejscowej może być prawidłowym. Cechą wspólną tych cierpień jest brak w ich patogenie widocznego zakażenia.

1. Powikłania, zależące od jadu ospowego.

a) Samozaszczepienia.

1. Pryszcze wtórne (*Vaccinolae*).

Są to liczne pryszcze ospowe, rozwijające się na ramieniu dookoła pierwotnych pryszców ospowych. Zjawiają się największej części dopiero wtedy, gdy pryszcze pierwotne są już w zupełnym rozwoju, lub uległy zropieniu. Rozwój ich jest słabszy, poronny; zdatne bywają do przeszczepienia, lecz ze skutkiem słabszym, aniżeli pierwotne pryszcze krowiankowe. Blizny nie zawsze pozostawiają. Przyczyną ich jest bezpośrednio przeniesienie na paznokciach przez dziecko samo, przy drapaniu, materii ospowej z pryszców pierwotnych na miejsca, pozbawione wskutek zdrapania, naskórka lub pokryte przypadkowo wysypką inną, jak: *eczema*, *acne*, *sudamina* i t. d.. Dlatego też przy szczepieniu ospy unikać należy na skórze ramienia miejsc, mających najmniejsze choćby uszkodzenie naskórka, jak również pokrytych jakąkolwiek wysypką. Należy też baczyć na dzieci, by pryszców nierozdrapywały. Uszkodzenia naskórka posmarować łagodnym tłuszczem.

2. Zapalenie oka krowiankowe (*Vaccine-Ophthalmie*).

Jeszcze przed zagojeniem się krost krowiankowych wytwarzają się, prawie zawsze w tych przypadkach na dolnej powiece pęcherzyki, które zmieniają się wkrótce na płaskie, nie zawsze opatrzone zagłębieniem krostki. Po upływie 48-u godzin krostki te pękają i pozostawiają wrzodziki płaskie, które zlewając się, mogą przejść w owrzodzenie większe z podstawą silnie przekrwioną, nacieczoną i pokrytą nalotem sadowatym, albo krupowym. Powieki czerwienią się i obrzmiewają silnie. Obrzmienie zapalne rozszerza się niekiedy na twarz całą i staje się podobnem do róży. Łącznica też obrzmiewa. Niekiedy na górnej powiece, w miejscu odpowiadajacem owrzodzeniu na powiece dolnej, rozwija się także owrzodzenie drogą zaszczepienia. W rzadkich przypadkach przyłącza się gwałtowne zapalenie rogówki, jeszcze rzadziej *iritis plastica*. Sprawa cała, która przeważnie na jednym oku się rozwija i której towarzyszyć mogą objawy ogólne, jak gorączka [38,5°], brak apetytu, ból głowy, zmęczenie, kończy się po największej części zupełnem zagojeniem bez blizny, około dnia 14-go. Zdarzają się jednak i przypadki cięższe, pozostawiające blizny na rogówce, zrosty i osłabienie wzroku. Sprawa cała polega na bezpośredniem przeszczepieniu zarazka z pryszczu pierwotnego na ramieniu na powiekę. Rzadko się jednak zdarza, by u dziecka, podczas przebiegu ospy szczepionej, rozwinęło się zapalenie oka krowiankowe. Dzieci takie bowiem są już uodpornione. Zdarzają się zato częściej przypadki przeszczepienia zarazka na cudze oczy, i tak: spostrzegano zapalenie oka krowiankowe u dzieci jeszcze nie szczepionych, które sypiały razem w jednym łóżku z dziećmi szczepionymi i u osób, pielęgnujących dzieci szczepione, wskutek bezpośredniego przeniesienia zarazka palcami dziecka lub własnymi z krosty krowiankowej na ramieniu na powiekę oka. W celu więc zapobiegawczym najlepiej będzie u dzieci, skłonnych do rozdrapywania krost ospowych, nakładać na nie opatrunek (*Oclusiv-Verband*). Osoby zaś, pielęgnujące dzieci szczepione, powinny po każdym opatrunku krost ospowych starannie ręce wymywać.

Leczenie w razie cierpienia powieki ograniczyć się może do okładów z wody bornej, salicylowej lub chlornej, ewentualnie do lekkich przyżegań [pędzlowanie 5% roztworem azotanu srebra]. Przeciwko zapaleniu rogówki i tęczówki wskazaniem jest użycie okładów sublimatowych [$\frac{1}{400}$] i wkraplanie atropiny.

3. Ospa sztucznie rozpowszechniona.

Na skórze twarzy, głowy, przedramienia, na piersiach, udach, na narządach płciowych i na języku rozwijają się niekiedy charakterystyczne pryszcze krowiankowe, opatrzone zagłębieniem („*pustules surnuméraires*“), wskutek przeniesienia za pomocą palców zarazka ospowego z pryszczu pierwotnego na miejsce skóry, dostępne drapaniu. Jestto więc samo-zaszczepienie, które jednak nie łatwo przychodzi do skutku, gdyż już po dniach 10-iu szczepiony staje się odpornym na ospę. Może on jednak łatwo przenieść zarazek na osobę inną nieniodporną i wywołać pryszcze ospowe na miejscach wyżej wspomnianych. Widziano u matek i mamek, pielęgnujących dzieci szczepione, pryszcze ospowe rozwijające się na języku, w uchu i t. d., widziano też dzieci, które cierpiąc

na pryszczycę (*eczema*), zapadały na ospę rozsianą, jedynie wskutek przeniesienia zarazka z dziecka innego szczepionego.

b) Zboczenia miejscowe.

1. Rumień okołopryszczowy (*Erythema perivaccinale*) i inne wysypki.

Jestto rozlane zaczerwienie skóry ramienia z lekkim nacieczeniem, lecz bez udziału tkanki łącznej podskórnej, bez tworzenia się pęcherzy, bez skłonności do szerzenia się—jako wyraz silnie wzmożonego odczynu miejscowego. Z innych cierpień skórnych okołopryszczowych wspomnieć tu należy wysypki pęcherzykowe i guziczkowe jako też pryszczycę, *prurigo* ramienia, które często wywołują swędzenie, zmuszając dziecko do drapania się. Leczenie zwykłe wysypek.

2. Zapalenie gruczołów limfatycznych (*Lymphadenitis sympathica*).

Zdarza się, że podczas dojrzewania pryszczów gruczoły pachowe po odpowiedniej stronie silniej niż zwykle obrzmiewają, tak, iż stają się wyraźnie wyczuwalne jako guziki dość twarde i dosyć przy dotykaniu bolesne. Do ropienia dochodzi rzadko i to jedynie pod wpływem zakażenia mieszanego lub też uszkodzenia gruczołu przez przygnięcie, tarcie i t. d., albo wreszcie u dzieci skrofolicznych. W celach zapobiegawczych zalecać należy przestrzeganie czystości bezwzględnej (*asepsis*) przy szczepieniu i pielęgnowaniu szczepionego, a także trzeba dostarczyć kończynie spokoju (*mittella*). W razie obrzmienia silniejszego gruczołów, zaleca się lekkie posmarowanie maścią jodową (*ung. kali jodati*).

3. Zlewanie się pryszczów ospowych (*Confluentz*).

Powikłanie to zdarza się wtedy, gdy zrobiono zbyt gęsto nacięcia skóry jedno od drugiego [bliżej niż 1½ centym.], tak, iż na rozwój oddzielnych pryszczów zamało pozostało miejsca. Może się jednak do tego przyczynić i limfa, zawierająca kokki ropotwórcze, jako też i uszkodzenie rozwijających się pryszczów przez zdrapanie. Na zlewających się pryszczach powłoka nabłonkowa pozostaje zwykle nietknięta, dlatego też zlanie się pryszczów w zasadzie ani odczynu gorączkowego, ani innych zaburzeń nie wywołuje. Jeśli pryszczce takie same pękają, lub przez drapanie zerwane zostają, wtedy wytwarza się powierzchnia ropiejąca, mało skłonna do zagojenia.

W celach zapobiegawczych należy baczyć, by nacięcia szczepienne były w należytej odległości wykonane jedno od drugiego, by limfa była świeża zupełnie i rozwijające się pryszczce starannie były pielęgnowane. W razie zlania się pryszczów starać się należy o szybkie zaschnięcie powierzchni.

4. Opóźnione albo nieprawidłowe gojenie.

Pryszczce mogą opóźnić się w rozwoju z powodu: 1) złych własności szczepionki, nierównomiernego roztarcia jej z gliceryną, zbytniego jej rozcieńczenia, nierównego rozwoju pryszczów u cielęcia, niedostatecznej świeżości limfy, 2) z powodu niejednakowej głębokości nacięć na ramieniu, nierównomiernego rozdziału limfy na nacięciach, niewłaściwej pory roku, w której szczepienia się

dokonywa [zimna], wreszcie z powodu zbroczeń konstytucjonalnych u dziecka, występujących pod postacią żołądów. Pryszcze zaczynają się tworzyć dopiero 4-go—5-go dnia po zaszczepieniu limfy, dojrzewają wolno i są słabsze, aniżeli prawidłowe. Opóźnienie to dotyczyć może jednocześnie wszystkich pryszczów na ramieniu lub pojedynczych tylko.

Nieprawidłowe gojenie się pryszczów ospowych polega na opóźnianiu się zropienia pryszcza i wytworzeniu strupa. Zdarza się to najczęściej, gdy się pryszcze trzyma pod zbyt wilgotnym opatrunkiem. A więc wskazany jest suchy opatrunek.

5. Powtórne wytwarzanie się strupa.

Zdarza się, że po odpadnięciu strupa zamiast blizny pozostaje powierzchnia ropiejąca, na której wytwarza się prędko znowu strup; dopiero po odpadnięciu tego strupa, a czasem jeszcze i trzeciego, następuje zabliznienie, często nieprawidłowe. Tak więc gojenie ulega opóźnieniu. Dzieci t. zw. limfatyczne wyniszczone skłonne są do tego nieprawidłowego przebiegu ospy ochronnej. Nieczystość, przebywanie w zepsutem powietrzu i uszkodzenia miejscowe [zbyt wczesne zdarcie strupa] usposabiają do tego także.

6. Owrzodzenie.

Zamiast zabliznienia pod strupem wytwarza się niekiedy 8-go—10-go dnia wrzód z nierównym zgrubiałym i zaczerwienionym brzegiem. Wrzód ten („*Vaccine-Geschwür*“) ma charakter drętwy, skłonny jest do rozszerzania się włąb i na powierzchni. Jestto rodzaj gangreny wilgotnej; zmartwiała tkanka łączna podskórna wydziela się w strzępach. Gruczoły podpachowe i łokciowe silnie obrzmiewają. Gojenie się wrzodu takiego trwać może kilka miesięcy [nawet do 4-ech]; niekiedy sprawa ta kończy się śmiertelnie, zwłaszcza u dzieci wyniszczonych, kachektycznych.

Przyczyny owrzodzenia głównie szukać należy w ropnej zawartości limfy szczepionej, a więc limfy, zbieranej z pryszczów zbyt późno, w dni upalne, z pryszczów, złanych lub w stanie zapalnym się znajdujących. Limfa humanizowana o wiele częściej wywołuje owrzodzenia, aniżeli krowianka. Zdarzały się nawet przypadki gromadnego owrzodzenia ospowego u wielu dzieci, szczepionych jednocześnie bezpośrednio z ramienia dziecka, mającego krostę ospową zropiałą i owrzodziłą.

W celach zapobiegawczych należy szczepić tylko limfę jasną, przezroczystą, zebraną wprost z cielęcia. Czystość i dobra technika ważną też tu rolę odgrywają. Leczenie owrzodzeń polega na przykładaniu maści lapisowej [0,05:15,0] i okładów z 3% roztworu octanu glinu.

7. Pryszcze krowiankowe krwawe.

Zdarza się niekiedy, że zawartość pryszcza przyjmuje zabarwienie czerwonawe, krwiste a nawet sine. Jestto jednak zaburzenie miejscowe, nie zależące zupełnie od cierpienia ustrojowego, a polegające na większej niż zwykle skłonności naczyń do pękania.

8. Bliznowiec (*Postvacin des Keloid*).

Zamiast pryszcza albo obok pryszcza nierozwiniętego, niekiedy zaś nawet w miejscu oddalonym np. na grzbiecie, rozwija się czasem guzik mięsny czerwony lub sinawy, błyszczący, twardości chrząstki, który znika powoli, dopiero po 6-iu—8-iu tygodniach, pozostawiając plamę czerwoną bez blizny. Jestto nowotwór pochodzenia zapalnego, mający pewne podobieństwo do blizny przerostowej, lecz tem się od niej różniący, że może powrócić po wycięciu. Bliznowiec rozwija się przeważnie u dorosłych po rewakcynacji.

c) Zboczenia ogólne.

1. Gorączka nadmiernie wysoka i objawy jej towarzyszące.

W przebiegu ospy szczepionej u dzieci zjawia się niekiedy gorączka, przechodząca 39,5, trwająca przez dni kilka i poza 12-ty—13-ty dzień się przeciągająca. Jestto już objaw miejscowych lub ogólnych zaburzeń w przebiegu. Nieprawidłowości w rozwoju i gojeniu się pryszczów, lub też zakażenie mieszane, najczęściej kokkami ropnymi, są główną przyczyną tych zaburzeń. Prócz tego zdarzają się powikłania przypadkowe, jak oto: objawy ząbkowania, nieżyty dróg oddechowych i pokarmowych, powodujące gorączkę w przebiegu ospy szczepionej u bardzo małych dzieci.

Z objawów, towarzyszących wysokiej gorączce, najważniejsze są drgawki [natury czysto odruchowej], nieżyty oskrzeli i tchawicy, nieżyty żołądka i kiszek, nierzadko też wysypki: prosówka i potówka.

2. Wysypki uogólnione (*Vaccina generalisata* v. „*Vaccinia*“).

Po zaszczepieniu krowianki występuje niekiedy na całym ciele w formie ostrej wysypka wtórna różnokształtna pod postacią różyczki (*Roseola-Rush-Vaccinoid*), guziczków, pęcherzyków lub krost. Zjawia się zwykle w ciągu pierwszych 5-ciu dni po zaszczepieniu, wyjątkowo zaś później w końcu okresu ropienia. Często przebiega z wysoką gorączką [do 40°]. Jestto wysypka krótkotrwała 1-o, 2-u dniowa.

W ciągu 24-ch godzin rozszerza się po całym ciele, niekiedy z wyjątkiem twarzy. Czasem bywa podobna do odry i wywołuje wymioty, pobudzenie, bezsenność, to znów osłabienie. Często wtedy i błona śluzowa ust jest zajęta (*stomatitis*). Po kilku dniach błędnie i po dwu tygodniach najpóźniej, przeważnie zaś między 8—10-ym dniem znika bezpowrotnie. Wysypka ta może niekiedy występować już po 24 godzinach pod postacią ostrej plamicy (*purpura acuta*), która w połączeniu z gorączką, z brakiem łaknienia, obrzmieniem powiek, zaczerwieniem i obrzmieniem ramienia, z czerwonymi i czarnymi plamami na twarzy, nosie, ze strupami podobnymi do ospowych, jest postacią o wiele złośliwszą, gdyż doprowadzić może do zgorzeli dość dużych kawałków skóry (*Vaccinia gangraenosa*). Postać taką spostrzegano po zaszczepieniu limfy humanizowanej. Jeśli przy uogólnionej wysypce zjawiają się także krosty wtórne ospowe w postaci poronnej, to zawartość ich ponajwiększej części nie posiada własności przeszczepialności. Wysypkę uogólnioną należy pochytywać za następstwo zaszczepienia krowianki nieprawidłowo-

wej, *resp.* krowianki o własnościach szczególnie silnie jadowitych. Wysypka uogólniona rzadko kiedy prowadzi do śmierci, zdarzyć się to jednak może u osobników wyniszczonych, osłabionych. W celach zapobiegawczych pamiętać należy, aby w wyborze limfy być nadzwyczaj ostrożnym, szczepienie zaś samo ze wszystkimi ostrożnościami metody przeciwnilnej przeprowadzić. Leczenie wysypki czysto wyczekujące. Kąpiele są przeciwwskazane.

3. Stosunek pryszczów krowiankowych do wysypek ostrych i przewlekłych.

W czasie panowania epidemii dziecko, poddane szczepieniu ospy, może zapaść na ospę wietrzną i ospę prawdziwą, które na przebieg ospy szczepionej nie mają szkodliwego wpływu; zato szczepienie, dokonane nawet w okresie wylegania się ospy, a więc już późno, jest w stanie znacznie zła godzić jej przebieg. Odra przebiega tak jak u dziecka nieszczepionego, a ospa szczepiona—jak u dziecka wolnego od odry. Szkarlatyna łatwo się udziela dziecku, któremu zaszczepiono ospę, wziętą z innego dziecka, chorującego jednocześnie na szkarlatynę lub w rekonwalescencji się znajdujące. Nalot dyfterytyczny na pryszczach ospowych i inne objawy szkarlatyny, jak oto: gorączkę, zapalenie gardła, wysypkę, spostrzegano wtedy u dziecka szczepionego. Na przebieg zaś szkarlatyny jednoczesne szczepienie ospy działa szkodliwie.

Wysypki przewlekłe jak oto: *eczema, prurigo, impetigo, ekthyma, psoriasis*, jako też podostrawe: *urticaria, herpes, pemphigus erythema* i t. d., pogarszają się pod wpływem ospy szczepionej.

4. Ujawnianie się cierpień ukrytych.

Dzieci, nie okazujące żadnych objawów żoźłów przed szczepieniem, dostają niekiedy podczas przebiegu ospy szczepionej wysypki, rodzaj furunkulozy lub pryszczycy nie tylko dokoła miejsca szczepionego, lecz i na miejscach oddalonych, jak oto: na głowie, na twarzy, na grzbiecie, na narządach płciowych, przyczem w rozmaitych miejscach gruczoły obrzmiewają. Jednym słowem dostają żoźłów, ujawniających się dopiero w czasie szczepienia ospy. Bezpośredniego przeniesienia żoźłów przy użyciu limfy humanizowanej dotychczas nie spostrzegano. *Rhachitis* i *tuberculosis e vaccinatione* nie zdarza się wcale ani pod postacią skrytą, przez szczepienie ujawnioną, ani pod postacią przeniesienia.

5. Przeszczepienie bezpośrednie chorób.

Z chwilą wprowadzenia w użycie krowianki zamiast limfy humanizowanej, możliwość przeszczepienia tą drogą chorób zakaźnych ustała. Przekonano się również drogą hodowli, że i t. zw. *retrovaccina*, czyli limfa, otrzymana z cielęcia, któremu zaszczepiono limfę humanizowaną, nawet jeśli ta ostatnia pochodziła z dziecka gruźliczego lub syfilitycznego, nie zawierała mikrobów specyficznych i zaszczepiona innemu dziecku nie wywoływała tych chorób. *ROB. KOCH* dowiódł tego dla syfilisu. Syfilis może być przeniesiony przy użyciu limfy humanizowanej; prócz tego przenieść go można na lancecie przy szczepieniach masowych, zwłaszcza gdy się narzędzia po każdym użyciu nie oczyści należyte.

Przy używaniu krowianki możliwość przeniesienia gruźlicy ze zwierzęcia daje się prawie zupełnie wykluczyć. Przedewszystkiem cielę w pierwszym kwartale życia nadzwyczaj rzadko zapada na perlicę, a następnie dotychczas w krowiance, pochodzącej ze sztuk dotkniętych gruźlicą, nie wykryto laseczników gruźliczych. Możliwemby było zakażenie wskutek bezpośredniego zaszczepienia limfy z pryszczów dziecka gruźliczego, lecz zakażenie miejscowe nie zaś ogólne. Takę gruźlicę skórną spostrzegał LENNANDER jako gruźlicę czysto szczepienną (*Inoculation-Tuberculose*), pod postacią drętwych, wolno rosnących, rzadko ropiejących guzików, bez wyraźnej skłonności do szerzenia się. Podobno wykrył w nich typowe gruzelki prosówkowe.

Podobno także i trąd (*lepra*) może być razem z ospą ochronną przeszczepiony. *Stomatitis aphthosa* może się udzielić dziecku, któremu zaszczepiono limfę z cielęcia, dotkniętego tą chorobą.

6. Skłonność krwotoczna (*Diathesis haemorrhagica postvaccinalis*).

Czwartego lub piątego tygodnia po zaszczepieniu ospy rozwijają się niekiedy liczne wynacznienia krwi podskórne (*purpura vaccinatoria*). Są to wylewy podskórne wielkości ziarek prosa, soczewicy lub bobu, najczęściej na wyprostnej stronie kończyn górnych się rozwijające. Błony śluzowe i pryszczospowe nie przyjmują w tem udziału. Dzieciom wyniszczonym i skłonny do krwotoków nie należy ospy szczepić.

7. Wpływ ospy szczepionej na rozwój ciała.

Niekiedy daje się zauważyć wpływ szkodliwy szczepienia ospy na rozwój dalszy dzieci, dotąd zupełnie zdrowych. Pomimo, że przebieg ospy szczepionej zupełnie prawidłowy, dzieci nie prędko przychodzą do siebie, stają się anemiczne, apatyczne, niedomagają; może się nawet rozwinąć pewien stopień kacheksyi, dziecko nie przybiera a nawet traci na wadze, nie rośnie i zatrzymuje się w rozwoju.

Objawy te są następstwem względnie zbyt silnego odczynu szczepienia. Dzieci anemiczne, osłabione i rachityczne są najbardziej do tego skłonne. Z tego wniosek, że dzieciom takim ospy szczepić nie należy. Lepiej będzie 1—2 lata poczekać, aż się więcej wzmocnią. Jeśli zaś, w razie grożącej epidemii, trzeba dziecku słabemu ospę zaszczepić, to zaleca się je wzmacniać odpowiednią dyetą i leczeniem.

II. Zakażenia mieszane.

a) Choroby skórne.

1. *Erythema exsudativum multiforme vaccinicum v. vaccinosum.*

Wysypka ta występuje niekiedy wcześniej: 2-go—3-go dnia, częściej dopiero 8-go—9-go dnia po zaszczepieniu ospy jednocześnie na rozmaitych miejscach skóry, zwłaszcza na swych miejscach typowych [dłonie, podeszwy, grzbiet, strona wyprostna górnych i dolnych kończyn, pośladki]. Przedstawia się jednocześnie pod postacią różyczki, plam większych przekrwionych i obrzękłych, pojedynczych i zlewających się guzików, wysypek obrączkowych i t. d.. Rzadziej trwa dłu-

żej, niż 3 dni, najpóźniej 6-go—8-go dnia blednieje i znika, blizn nie pozostawiając. Lekka zaledwie gorączka jej towarzyszy.

2. Róża i zapalenie tkanki łącznej podskórnej.

(*Erysipelas. Phlegmone.*)

Rozróżnić należy różę wczesną krowiankową, która zjawia się już 2-go albo 5-go dnia i nierównie częstszą różę późną, która występuje dopiero 7-go—9-go dnia po zaszczepieniu ospy. Róża może być umiejscowiona i wędrująca (*Erysipelas migrans vaccinos.*). Ta ostatnia jest niebezpieczna. Róża późna jest także złośliwsza, aniżeli róża wczesna.

3. Pryszczyca.

Eczema vaccinosum acutum występuje przedewszystkiem na ramieniu dokoła miejsca szczepienia 3-go—4-go dnia, częściej dopiero po upływie tygodnia. Rzadko się zdarza, aby pryszczycza przebiegała przewlekłe i wtedy rozszerza się chętnie na grzbiet, twarz i części głowy pokryte włosom.

4. *Impetigo contagiosa.*

Rozwija się niekiedy epidemicznie u dzieci, którym, jednocześnie ospę zaszczepiono, przez przeniesienie zarazka [grzybka] razem z limfą ospową. Zjawia się między 3-im a 10-ym dniem dokoła miejsca zaszczepienia, często razem z ekzematem, pod postacią małych pęcherzyków, które zlewają się, ropieją i pozostawiają albo strupki albo też owrzodzenia. Po 2-ch—4-ch tygodniach strupy odpadają, pozostawiając plamę brunatną, nie bliznę. Przebieg lekko gorączkowy, u młodszych dzieci z powikłaniami, jak oto: z rozwolnieniem, drgawkami, zapaleniem nerek. Dziecko należy odosobnić.

5. Pokrzywka (*Urticaria*).

Nader rzadko występuje na kończynach górnych, na grzbiecie i twarzy pod postacią zlewających się pęcherzy, silnie swędzących. Po 2-ch—3-ch dniach wysypka znika bez śladu, lecz często powraca.

6. *Pemphigus acutus.*

Także należy do bardzo rzadkich powikłań ospy ochronnej. Zdarza się u dzieci kachektycznych. Wysypce, pod postacią pęcherzy na ramionach, grzbiecie, twarzy i głowie, towarzyszy z początku gorączka nieznaczna, u dzieci zaś wyniszczonych jednocześnie i *stomilitis*, *sior* i katar żołądka i kiszek. Po upływie 1—1½ tygodnia pęcherze zasychają i strupy odpadają, pozostawiając niekiedy bliznę. Dzieci należy odosobnić.

7. *Herpes.*

Występuje pod postacią *H. marginatus* i *H. tonsurans*. Prawdopodobnie razem z limfą zostaje z cielęciami przeszczepionym grzybek *Trichophyton tonsurans*. Zdarzają się jednak o wiele rzadziej i postaci na tle czysto nerwowem, jak oto: *Herpes zoster, circinatus, labialis* i t. d.,

8. *Psoriasis*.

Zdarza się, lubo bardzo rzadko, po zaszczepieniu ospy zarówno krowianki jak i humanizowanej. Rozwija się późno, z początku miejscowo pod postacią strupa powracającego, zamiast wytworzenia się blizny, następnie na twarzy, na głowie, na grzbiecie, na kończynach [lecz niekoniecznie na powierzchniach wyprostnych kolana i łokcia] zjawia się wysypka charakterystyczna. Stan ogólny pogarsza się. Przebieg przewlekły.

b) Inne choroby zakaźne.

1. *Lymphadenitis suppurativa i Lymphangitis*.

Jako następstwo zakażenia mieszanego może przyjąć charakter złośliwy. Zapalenie ropne gruczołów limfatycznych nie zdarza się często, częściej jednak u szczepionych powtórnie, aniżeli szczepionych poraz pierwszy. Zajęte bywają gruczoły podpachowe i pachwinowe.

W celach zapobiegawczych pamiętać o tem należy, aby krowianka nie pochodziła z pryszczów, zajętych zapaleniem lub zropieniem. Przestrzeganie prawideł metody przeciwnilnej przy szczepieniu i pielęgnowaniu ospy ochronnej — jest najważniejszym warunkiem zapobiegawczym.

2. *Nephritis*.

Zapalenie nerek może się przyłączyć jako powikłanie ostre ospy szczepionej. Podrażnienie ostre nerek krowiankowe, występujące dość często jako objaw silnego odczynu, nie należy brać za jedno z zapaleniem nerek ostrem, które zdarza się dość rzadko i bywa zupełnie podobne do innych zapaleń zakaźnych tego narządu [przy szkarlatynie, dyfteryście, ospie, tyfusie uawet ospie wietrznej]. Zjawia się około 5-go dnia nawet po zaszczepieniu krowianki, zarówno u szczepionych poraz pierwszy jak i powtórnie szczepionych. Przebieg łagodny.

3. *Tężec (Tetanus)*.

Powikłanie przypadkowe wskutek wniknięcia laseczników tężca przez owrzodziałe pryszcze ospowe. Znane dotychczas nieliczne przypadki pojawiały się 3-go—4-go tygodnia po zaszczepieniu ospy przy pryszczach jeszcze niezagojonych. Zejście zawsze śmiertelne.

4. *Pyæmia i Septicaemia*.

Bardzo rzadkim jest zejście ospy szczepionej w zakażenie pyemiczne lub septyczne. Zakażenie takie może być pierwotne i wtedy przypuszczać należy że zaszczepiono limfę zepsutą, która uległa już rozkładowi, albo też, co bywa częściej, wtórne, wskutek zanieczyszczenia materyą septyczną, albo ropą zakaźną owrzdzeń ospowych. Rokowanie absolutnie złe.

5. *Żółtaczk*a.

Opisano przypadki żółtaczki epidemicznej u dzieci powtórnie szczepionych, która wystąpiła po jednym, dwu a nawet 2½ miesiącach od chwili zaszczepienia ospy. Wobec tak późnego zjawienia się epidemii trudno orzec, czy istniał rzeczywiście związek jej przyczynowy ze szczepieniem ospy. Była to żół-

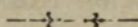
taczka krwiopochodna. Występowała z gorączką, obrzmieniem wątroby, zapaleniem nerek, obrzękami i wodną puchliną brzucha. Zejście pomysłne; znane są powroty.

6. *Osteomyelitis.*

Znany jest dotychczas jeden przypadek ostrego zapalenia szpiku kostnego kości udowej, które wystąpiło u dziecka, dotychczas zdrowego, 8-go dnia po zaszczepieniu ospy, przy pryszczach ospowych zropiałych i pokrytych grubym strupem.

(*D-r L. Fürst. Die Pathologie der Schutzpocken-Impfung. Berlin. 1896. str. VI. 110.*) M. Zweigbaum.

Wiadomości drobne.



— Wobec dodatnich wyników, otrzymanych przy wysiękach płucnowych po naskórnem użyciu mieszaniny guajakolu z jodyną, D-r DE MINICIS zastosował ten środek w czterech przypadkach gruźliczego zapalenia otrzewnej. Pierwszy przypadek dotyczył młodej dziewczyny, obciążonej gruźlicą dziedziczną i cierpiącej na wysiękowe zapalenie otrzewnej z gorączką, potami, rozwołnieniem i wyniszczeniem. Gdy przekłucie nie dało polepszenia, DE MINICIS począł codziennie smarować brzuch mieszaniną, składającą się z 2 gramów guajakolu i 8 grm. nalewki jodowej. Wprędce potem ciepota opadła, wystąpiło obfite pocenie się, zwiększona ilość moczu i zmniejszenie bólów brzucha. Po upływie dni kilku wysięk począł się zmniejszać i w ciągu dni 15 znikł zupełnie. Guzowatości na otrzewnej znacznie się zmniejszyły. Z takim samym dobrym wynikiem stosował DE MINICIS guajakol jeszcze w trzech innych podobnych przypadkach. Ponieważ jednakże jodyna wywoływała silne podrażnienie skóry, usunięto ją, używając dla każdego smarowania 0,6 grn. guajakolu i 6 grm. olejku migdałowego.

(*Sem. med. 19 Août 1896.*)

B. S.

BLANC i BOSE, badając wycinane przy operacjach kawałki uwięźniętego jelita, przyszli do wniosku, że powstawanie wynaczynień w zaciśniętej pętlicy i szybka zgorzel tejeż zawsze w znacznym stopniu zależą od *bacterium coli commune*. Wpływ jednakże drobnoustrojów na ścianę kiszki zaczyna się dopiero wówczas, gdy nastąpiło złuszczenie się nabłonka w kiszce. Tam, gdzie takiego złuszczenia jeszcze nie było, nie znajdowano drobnoustrojów ani w ścianie jelita, ani też na otrzewnej. Natomiast w razie zupełnej lub choćby tylko częściowej utraty nabłonka znajdowano stale bakterye w błonie śluzowej, podśluzowej, w naczyniach i na otrzewnej. Przenikały one ścianę jelita, trzymając się kierunku naczyń. Wynaczynienia i zgorzel jelita BLANC i BOSE uważają za wskazówkę, że bakterye przedostały się do jamy otrzewnowej.

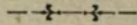
(*Sem. med. 19 Août. 1896.*)

B. S.

— D-r ALEKSANDROW opisuje przypadek śmiertelnego krwotoku po radykalnej operacji przepukliny pachwinowej u 1½ rocznego dziecka. Operowano metodą BASSINI'ego, przyczem chirurg, przyszywając mięśnie brzucha do więzów POUPART'a, zranił prawdopodobnie igłą żyłę udową. Powstałe ztąd powolne sączenie się krwi spowodowało śmierć w 4 dni po operacji.

(*Djetskaja medicina. 1896. Nr. 2.*)

Wiadomości bieżące.



— Jak donoszą pisma niemieckie w Serajewie ma być utworzony wydział lekarski.

— 68 kongres niemieckich przyrodników i lekarzy odbędzie się we Frakfurcie nad Menem między 21—28 września.

Dnia 24 sierpnia zmarł w Krakowie ANTONI ROSNER, profesor patologii i terapii chorób wenerycznych i skórnych we Wszechnicy Jagiellońskiej. ROSNER urodził się w Tarnowie w r. 1831, gimnazjum ukończył w mieście rodzinnem, studia uniwersyteckie w Wiedniu. Po uzyskaniu stopnia doktora medycyny i chirurgii w r. 1855 pracował w szpitalu powszechnym w Wiedniu na klinikach wewnętrznej, chirurgicznej i chorób wenerycznych. W r. 1862 habilitował się na docenta chorób wenerycznych i skórnych w Krakowie, w r. 1867 mianowany został nadzwyczajnym, a w r. 1887 zwyczajnym profesorem tego przedmiotu. Ś. p. ROSNER ogłosił drukiem:

Krótki opis nieoznaczanej dotąd wysypki pęcherzykowej, uważanej w szpitalu św. Ducha, z dołączeniem niektórych uwag. Przegl. Lekarski. 1865. Nr. 23—27.

Przypadek wysypki guziczkowej uważany i leczony w klinice chorób wenerycznych i skórnych oraz uwagi nad niestosownością sztucznych podziałów dermatologicznych. Tamże. 1866. Nr. 30—32.

Przypadek kily pierwotnej [szankra HUNTER'owskiego] na wardze ust i na powiece dolnej. Tamże. 1867. Nr. 22.

Kilka uwag nad znaczeniem przypadków późnej kily i ich stosunkiem do rżęicy (*Hydrargyrosis*). Tamże. 1818. Nr. 7—9, 11.

Leczenie rozmaitych cierpień zewnętrznych kwasem karbolowym. Tamże. 1869. Nr. 33.

O kile w płucach ze stanowiska klinicznego. Wykład miany podczas zjazdu III lekarzy polskich w sekcji medycyny wewnętrznej. Przegl. Lek. 1881. Nr. 32, 35.

Toż w osob. odb. Kraków, druk Uniw. Jagiell. 1881, w 8-e, str. 28.