

GAZETA LEKARSKA

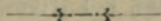
I. RAK ŻOŁĄDKA

NA TLE WRZODU OKRĄGŁEGO.

Podat

A. Puławski,

ordynator szpitala Dzieciątka Jezus.



W marcu r. 1897 do oddziału mojego przybyła chora 50-letnia Walerya K.. Chora ta od lat dwóch, a może i dawniej, doznawała silnych bólów w dolku w godzinę lub dwie po jedzeniu. Razem z bólami zjawiały się zwykle gorzko-kwaśne wymioty, po których następowała ulga aż do następnego jedzenia. Łaknienia chora nie traciła, ale wstrzymywała się od jedzenia ze względu na bóle, jakie to jej sprawiało, schudła więc i czuła się osłabioną. Od roku zauważyła, że jej coś „chodzi“ po brzuchu [*borborygmi*, ruchy robaczkowe]. Wymiotów krwawych nie miała nigdy, na stolce [zwykle twarde] nie zwracała uwagi. Chorób nie przechodziła żadnych, była zamężną, bezdzietną.

Bóle i wymioty niekiedy się wzmagaly; takim pogorszeniom towarzyszyła gorączka. Tak właśnie było i teraz, co ją zmusiło do udania się do szpitala.

Chora miewała dreszcze, ciepłota ciała wahała się od 38—39°.

Odżywianie było mierne, raczej niezłe, skóra i błony śluzowe dość dobrze zabarwione. Płuca i serce nie przedstawiały nic szczególnego; moczu białka nie zawierał.

Brzuch był miękki, trochę wypukły w okolicy pępka. Tu wyczuwało się guz niejasno ograniczony, nieruchomy, o nierównej powierzchni, zrosnięty z powłokami i bardzo bolesny. Bolesnem było również i całe *epigastrium*. W dolnej części brzucha było stępienie oraz dawało się wyczuć falowanie (*undulatio*). W narządach płciowych żadnych zmian nie było. Próbne przekłucie, wykonane z lewej strony brzucha, wykazało obecność płynu żółtawego, mętnego, podobnego do rzadkiej ropy. W płynie tym znaleziono pod mikroskopem dużo ciałek ropnych.

Żołądek, badany naczeczno za pomocą zgłębnika, zawierał około $\frac{1}{2}$ litra płynu mętnego z resztkami pokarmowemi, zapachu octowego; pod mikroskopem znajdowałem sarcybę i drożdże.

Po śniadaniu próbnem [szklanka herbaty, bułka] w 1½ godziny znajdowałem w przesączu słabą kwaśność [24]; wolny kwas solny [za pomocą odczynnika GUENTZBURG'a] znalazłem to wyraźnie [raz], to w śladach [dwa razy], to nie znajdowałem wcale [trzy razy]. Odczynu na kwas mleczny [UFFELMANN'a] nie znalazłem ani razu; odczyn na pepton był wyraźny.

Po jedzeniu, przy obmacywaniu brzucha, otrzymywałem pluskanie w okolicy pępka i w całym podżebrzu lewym. Od czasu do czasu *in epigastrio* występuje niejasno ograniczone sprężyste wypuklenie oraz fala robaczkowa. Przez rozdymanie żołądka kwasem węglanym otrzymywałem wypuklenie w okolicy pępka i poniżej od niego, prawie wyłącznie po stronie lewej, sięgające prawie do spojenia łonowego. Takie same granice, ale jeszcze wyraźniej, otrzymywano przy napełnieniu żołądka obfitą ilością wody i opukiwaniu w pozycji stojącej.

Rzeczą było widoczną, iż mieliśmy do czynienia ze znacznym rozszerzeniem żołądka i zwężeniem odźwiernika [ruchy robaczkowe żołądka]. Mechanizm trawienia żołądkowego oraz chemizm tegoż były znacznie upośledzone [obecność resztek pokarmowych naczcho, zmniejszenie a nawet i brak wolnego HCl, mała kwaśność ogólna]. Uderzała niezwykła topografia żołądka i cały ten znacznie rozszerzony narząd wypełniał lewą połowę brzucha i zdawał się być przyrośniętym do pępka. Płyn wysiękowy, otrzymany przez próbne przekłucie ściany brzucha, świadczył o sprawie zapalnej w otrzewnej, z czem się zgadzały bóle w pewnych miejscach brzucha i gorączka. Ta ostatnia zginęła w ciągu 2 tygodni razem z płynem w otrzewnej, którego już wykazać nie mogłem. Chora była na mlecznej dyecie i miała często przepłukiwany żołądek.

Wymioty prawie ustały, bóle się zmniejszyły. Rozpoznanie nie było jasne. Najbliższem prawdy wydało się przypuszczenie wrzodu okrągłego z następczem bliznowatym zwężeniem odźwiernika i rozszerzeniem żołądka. Raka wyłączałem ze względu na długie trwanie choroby, brak charakteru, obecność wolnego HCl, brak kwasu mlecznego. Wezwany przezemnie na poradę kol. KRAJEWSKI tak dla celów rozpoznawczych, jak i dla usunięcia zwężenia odźwiernika, o ile się to okaże możliwem, zaproponował wykonanie laparotomii. Chora była przeniesioną na oddział kol. KRAJEWSKIEGO, gdzie ją czas jakiś jeszcze miał pod swoją obserwacją kol. SKŁODOWSKI, którego uprzejmości zawdzięczam część danych potrzebnych do niniejszego opisu.

Laparotomię wykonał kol. KRAJEWSKI w końcu kwietnia r. z. Po przecięciu ściany brzucha znaleziono, co następuje: część przedodźwiernikowa żołądka zrośnięta jest z przyciągniętą ku niej poprzeczną i razem z nią przyrośniętą na niewielkiej przestrzeni do przedniej ściany brzucha w okolicy pępka. Po przecięciu wywiadowczem przedniej ściany żołądka okazuje się, że cała tylna ściana części przedodźwiernikowej zajęta jest przez wielkie, jak dłoń, owrzodzenie o dnie twardem, gładkiem i twardych wyniosłych brzegach, równo obciętych. Ku górze i ku dołowi owrzodzenie przechodzi nieco na obie krzywizny, pozostawia jednak przednią ścianę wolną. Ku dołowi owrzodzenie dochodzi do tego miejsca, w którym w sposób wyżej

opisany łączy się ze sobą żołądek, *ligam. gastrocolicum* i poprzecznicą, tworząc zgrubienie, zrosnięte ze ścianą brzuszną. W stronę odźwiernika owrzodzenie kończy się takim samym sterczącym brzegiem, nie obejmując go jednak okrężnie i pozostawiając od przodu część tkanki zdrowej. Tylne ściana żołądka i wogóle całe dno wrzodu, z wyjątkiem opisanego przyrostu do poprzecznicę i przedniej ściany brzucha, nie jest zrosniętą z innymi narządami i jest ruchomą. Lewa połowa żołądka jest rozciągliwa, podatna i opuszcza się bardzo nisko nadół.

Wykonaną została gastroenterostomia. Wycięto mały kawałek brzegu owrzodzenia. Badanie drobnowidzowe, wykonane przez kol. M. ZIELIŃSKĄ, wykazało budowę rakową (*adeno-carcinoma*). Prof. BRODOWSKI i prof. PRZEWOŚKI, którym odpowiednie preparaty pokazałem, rozpoznanie to potwierdzili.

Teraz kwestya rozpoznania zdawała się być rozstrzygniętą: chora miała wrzód okrągły znacznej wielkości w części odźwiernikowej; wrzód się z czasem zabił, wytwarzając zwężenie odźwiernika i następnie znaczne rozszerzenie żołądka. Znaczne zrosty części przedodźwiernikowej z sąsiednimi narządami i powłokami brzuszniemi—zjawisko bardzo częste przy wrzodzie okrągłym—były prawdopodobnie następstwem ograniczonych zapaleń otrzewnej [może nieznacznych przedziurawień ścian żołądka], jakim chora od czasu do czasu podlegała. Tem się tłómaczyły bóle, gorączka, obecność wysięku w jamie otrzewnej. W dalszym ciągu na brzegach blizny wytworzył się rak. Zjawisko to, jak zobaczymy niżej, zdarza się wcale nierzadko, ale przypadek nasz był rzadki z tego względu, żeśmy mogli fakt ten stwierdzić *in anima vili*—przez dotykanie i badanie drobnowidzowe. Brakowało nam jednak jednego dowodu: kawałek, wycięty do badania, był zbyt mały i obejmował tylko zrakowaciałą część blizny, śladów tkanki bliznowatej znaleźć w nim nie było można. Większego jednak kawałka, któryby zawierał zdrową część błony, wyciąć nie można było ze względów technicznych i leczniczych.

Chora zniosła zabieg operacyjny bardzo dobrze. Rana zagoiła się *per primam*. W pierwszych tygodniach po operacji stan chorej znacznie się poprawił: wymioty ustały zupełnie, bóle po jedzeniu znacznie się zmniejszyły, tak iż chora zaczęła śmiało się odżywiać i przybrała na wadze. Zwlekłem z badaniem żołądka zgłębnikiem z obawy uszkodzenia świeżej błony pooperacyjnej, ale mogłem przypuszczać, że się mechanizm trawienia poprawił, gdyż chora nie wymiotowała i nie widać było ruchów robaczkowych żołądka, poprzednio bardzo wyraźnych. W połowie czerwca, t. j. przeszło we dwa miesiące po operacji, chora się wypisała ze szpitala ze znacznym polepszeniem.

Zjawiła się znów w końcu lipca podczas mojej nieobecności na oddziale kol. JANOWSKIEGO. Jak się dowiedziałem z karty szpitalnej, leżała od 28. VII. do 17. VIII; dokuczały jej bóle brzucha, wymiotów nie było; znaleziono szmer skurczowy [właściwie post—systoliczny] przy wierzchołku, oraz powiększenie granic tępości. Pod moją obserwacją dostała się znów na początku października, przywieziona z ulicy przez Pogotowie ratunkowe. Stan jej pogorszył się znacznie. Nie miewała wprawdzie wymiotów, ale dokuczały jej bóle po jedze-

niu, zjawilo się znaczne osłabienie i charłactwo. Znalazłem szmer skureczowy przy wierzchołku. Badanie zawartości żołądkowej po próbnem śniadaniu stale wykazywało małą kwaśność [20—26], zupełny brak wolnego HCl, obecność kwasu mlecznego. Granic żołądka, przez napełnianie tegoż kwasem węglanym, nie mogłem określić, gdyż gaz szybko opuszczał żołądek; ruchów robaczkowych nie zauważyłem.

Kilka razy zdarzały się napady gorączkowe, oraz wytworzył się mały ropień podskórny na bliźnie po laparotomii; innym razem wydobyłem z jamy otrzewnej płyn mętny, podobny do ropy, zawierający dużo ciałek ropnych, ale mało białka [1%]; charłactwo i niedokrwistość [Hemoglobiny 25% według FLEISCHL'a] stale choć powoli zwiększały się aż do śmierci, która jednakże nastąpiła dopiero 7 maja, t. j. przeszło w rok po dokonanej gastroenterostomii, a we trzy lata po przypuszczalnym początku choroby.

Badanie pośmiertne, wykonane łaskawie przez prof. PRZEWOSKIEGO, wykazało następujące dane, które podaję w skróceniu: Tkanki tłuszczowej bardzo mało. W worku osierdzia nie dużo surowiczego płynu, to samo w lewej opłucnej. W płucach *emphysema et oedema*. Na zastawce dwudzielnej *endocarditis verrucosa*, przy wierzchołku serca skrzep przyżyciowy. Wątroba zmniejszona, bez stwardnień. Na górnej powierzchni przepony z prawej strony dużo twardych szarawych gruzelków, wielkości ziarn prosa lub konopi [wtórne guziczki rakowe]. W nerkach *nephritis interstitialis*. Żołądek *in parte pylorica* przyrośnięty dość mocno do ścian brzucha, tu również przyrośnięte jest *colon transversum*.

Pośród grubych zrostów znajduje się nieco ropy. Do *curvatura major* przyrośniętą jest górna część *jejuni*, tu znajduje się otwór przepuszczający koniec małego palca. Na *curvatura minor in parte pylorica* znajduje się owrzodzenie wielkości dłoni. Brzegi tegoż podniesione, galaretowate, dno równe, gładkie, choć w wielu miejscach nacieczone. Brzeg nowotworu sięga do samej zastłoki *pylori*, który przepuszcza zaledwie koniec małego palca. Gruczoły krezkowe nieznacznie powiększone. *Duodenum* nic szczególnego nie przedstawia, jak również i pozostałe narządy.

Sekcyja wykazała zatem, że mamy do czynienia z obszernem owrzodzeniem rakowem. Czy sprawa nowotworowa powstała na bliźnie po wrzodzie okrągłym, tego badanie anatomo-patologiczne dowieść, ani też, jak twierdził prof. PRZEWOSKI, temu zaprzeczyć nie mogło wobec tego, że śladów blizny nie było i że nacieczenie rakowe znajdowaliśmy na całej przestrzeni przypuszczalnego wrzodu. Rak jakby pochłonął wród, jak się wyraża ROSENHEIM, który słusznie twierdzi, iż przeistoczenie wrzodu okrągłego w raka częścię się zdarza spostrzegać klinicystom, niż anatomo-patologom na stole sekcyjnym dla powodów, zrozumiałych z opisu mojego przypadku. Żeśmy tu mieli początkowo do czynienia z wrzodem okrągłym, to nie ulega dla mnie żadnej wątpliwości. Choroba trwała co najmniej od lat dwóch, bóle i wymioty występowały po jedzeniu w godzinę lub dwie, łaknienie było dobre. Pomimo dwuletniego cierpienia nie było charłactwa, które się rozwinęło dopiero później. W zawartości żołądka po próbnem śniadaniu znaleźliśmy 3 razy [na 6 badań]

wyraźne ślady wolnego HCl oraz brak kwasu mlecznego. Laparotomia i wywiadowcze przecięcie ścian żołądka dostarczyły nam nowych dowodów do oświetlenia całej sprawy w duchu przez nas pojmany; ręka doświadczonego chirurga wyczuła gładką, twardą bliznę o twardych, wyniosłych, równych brzegach, znaleziono zrosty z sąsiednimi narządami i powłoką brzuszną. Przypuśćmy nawet, że mogła tu zajść pomyłka we wrazeniu dotykowem. Sam byłem kiedyś świadkiem, jak bardzo doświadczony chirurg [ś. p. MATLAKOWSKI] w podobnych okolicznościach wziął główkę trzustki, która przez dno wrzodu okrągłego dostała się do żołądka, za typowego raka w postaci kalafiora ¹⁾, ale w naszym przypadku trudno jest przypuścić, aby owrządzenie, które na kol. KRAJEWSKIM zrobiło wrazenie blizny, było już wtedy nacieczeniem rakowem. Czy przy tak daleko posuniętej sprawie rakowej chora mogłaby znieść tak dobrze zabieg operacyjny i rok przeszło żyć po operacji?

Przypadek mój dowodzi, że rozpoznanie raka żołądka, który powstał z wrzodu okrągłego, jak również uchwycenie tego momentu, kiedy z wrzodu zaczyna się rozwijać rak—co klinicznie ma znaczenie nierównie ważniejsze—w pewnych okolicznościach do łatwych zadań nie należy.

Powstawanie raka z wrzodu okrągłego nie jest pozbawione pewnego interesu klinicznego, dlatego też pozwolę sobie kwestyę tę rozpatrzyć na mocy danych, które znalazłem w dostępnej mi literaturze.

Wrzód okrągły i rak żołądka spotykamy niekiedy u jednego i tego samego osobnika jednocześnie lub w kolejnym po sobie następstwie. Z dawniejszych autorów DITTRICH ²⁾ podaje, iż na 160 sekyi raka żołądka znalazł kombinację tego cierpienia z wrzodem okrągłym w 8 przypadkach: 2 razy rak rozwinął się na brzegach wrzodu, 6 razy dwie te sprawy istniały koło siebie jednocześnie. ROKITANSKY ³⁾ twierdził, iż w takich razach wrzód okrągły jest cierpieniem pierwotnem, do którego później rak się przyłącza. O prostej kombinacji wrzodu z rakiem w późniejszej literaturze rzadko spotykamy wzmiankę ⁴⁾. Nie przesądzając o możliwości takiej kombinacji, zajmować się nią nie będziemy, gdyż interesuje nas w danej chwili tylko powstawanie raka z wrzodu żołądka. LEUBE ⁵⁾ i POTAIN ⁶⁾ zauważyli, iż rak chętnie się rozwija na starych bliznach po wrzodzie okrągłym, przyczem ten ostatni

1) A. PUŁAWSKI. Z kazuistyki chorób żołądka. Przyczynek do rozpoznawczej zawartości kwasu solnego. Gaz. Lek. 1889.

2) Cyt. u HÄBERLIN'a [p. niżej].

3) C. ROKITANSKY. Lehrbuch der pathol. Anatomie. 3 wyd. 1861. Bd. III, str. 169. „Es kommen Fälle von Combination vor, welche meist deutlich erkennen lassen, dass das Carcinom zum gegebenen Geschwüre hinzugetreten ist“.

4) DU MESNIL [cyt. przez RIEGEL'a, T. II, str. 665] opisuje lejkowaty mały wrzód świeżego pochodzenia, który się rozwinął u 38-letniej kobiety o bok znacznego owrządzenia rakowatego, które spowodowało przedziurawienie ściany żołądka. DU MESNIL wyprowadza nawet ztąd wniosek, że do powstania wrzodu okrągłego nie jest potrzebną nadkwaśność soku.

5) LEUBE. Die Krankheiten des Magens und Darms. Bd. VII, str. 124 [wydaw. ZIEMSEN'a].

6) Cyt. u HÄBERLIN'a.

autor dodaje, iż zdarza się to najczęściej w okolicach małej krzywizny. Trwałą podstawę anatomo-patologiczną pozyskały te spostrzeżenia dopiero wskutek badań HAUSER'a ¹⁾.

Ten ostatni, badając histologicznie brzegi przewlekłego wrzodu żołądka podczas zabliznienia znalazł, iż pomiędzy rakowem bujaniem nabłonka gruczolowego a nietypowym rozrostem gruczołów podczas sprawy zabliznienia, istnieje tylko ilościowa różnica. Podobnie jak WALDEYER na brzegach raka, HAUSER w najbliższych okolicach zabliznionego wrzodu oraz na brzegach guziczka mięsaka znajdował bujające i zwyrodniałe gruczoły ze zmienionym nabłonkiem, oraz poszarpaną i nacieczoną tkanką łączną.

HAUSER sam zwyrodnienia rakowatego blizny nie widział, za to HEITLER ²⁾ spostrzegł 3 przypadki raka na bliznie [2 razy w żołądku, oraz w pęcherzyku żółciowym]. Dwa spostrzeżenia LEVIN'a ³⁾ i jedno SCHUETZ'a ⁴⁾ dowiodły, że blizny wogóle mają pewną skłonność do złośliwych zwyrodnień. Dzięki podobnym spostrzeżeniom, powstawanie raka z wrzodu okrągłego stało się faktem zrozumiałym i niewątpliwym. Z biegiem czasu okazało się nawet, że wrzód okrągły w etyologii raka gra rolę dość poważną. HÄBERLIN ⁵⁾ na podstawie obfitego materiału klinicznego, kontrolowanego przez badanie pośmiertne, podaje, iż znajdował raka, powstałego z wrzodu okrągłego, w 8,7% przypadków raka żołądka. Dodaje jednak, iż napewno można było stwierdzić taką etyologię w 3% [4 przypadkach], dość pewną była ona w 4% [6 przypadków], prawdopodobną w 3% [3 przypadki]. Nadmienić wypada, iż w spostrzeżeniach HÄBERLIN'a niema wzmianki o badaniach chemizmu trawienia żołądkowego.

ROSENHEIM ⁶⁾ zaznacza, iż na 50 spostrzeganych przez siebie przypadków raka żołądka, 4 razy [a więc w 8%] widział to cierpienie, jako powikłanie wrzodu okrągłego.

U nas CHEŁCHOWSKI ⁷⁾ w swej pracy statystyczno-klinicznej o raku żołądka nie wspomina wcale o pochodzeniu raka z wrzodu żołądka, gdyż nie znalazł o tem wzmianki w protokołach sekcyjnych. Uderzającym jest fakt, jak mały procent wrzodów okrągłych w porównaniu z rakiem podaje CHEŁCHOWSKI w swoim sprawozdaniu. Na blisko 4000 sekcyi [za lat 17] w prosektorjum szpitala Dz. Jezus zaznaczono wrzód okrągły lub blizny 33 razy [a więc

¹⁾ HAUSER. Das chronische Magengeschwür. Leipzig. 1883. [cyt. u RIEGEL'a, HÄBERLIN'a i innych.

²⁾ HEITLER. Dte Entwicklung von Krebs auf närbigen Grund im Magen und in der Gallenblase. Wien. med. Wochens. 1883 [cyt. u HÄBERLIN'a].

³⁾ i ⁴⁾ Cyt. u HÄBERLIN'a.

⁵⁾ H. HÄBERLIN [Zurich]. Ueber Verbreitung und Aetiologie der Magenkrebses. Deut. Arch. f. klin. Med. 1889, Bd. 41, str. 461.

⁶⁾ TH. ROSENHEIM [z klin. SENATOR'a]. Zur Kenntnis des mit Krebs complicirten runden Magengeschwürs. Zeit. f. klin. Med. 1890. T. XVII. str. 116.

TENZE. Ueber seltenerer Complicationen des runden Magengeschwürs. Berl. klin. Woch. 1889.

⁷⁾ K. CHEŁCHOWSKI. Kilka uwag o raku żołądka. Gaz. Lek. 1893. Nr. 28.

mniej, niż 1%, podczas gdy rak żołądka notowano 152 razy [4%]. Ołtrąciwszy pewien procent na większą u nas, niż gdzieindziej, częstość raka żołądka, a rzadkość wrzodu, nie możemy oprzeć się przypuszczeniu, iż pewien odsetek tych raków powstał z wrzodu okrągłego. Wszak takie przypadki, jak mój, figurują pewno w protokołach sekcyjnych, jako raki żołądka. Przypuszczenie takie wydaje mi się usprawiedliwionem wobec tego, że, sądząc ze sprawozdań z innego szpitala, stosunek wrzodu do raka żołądka bywa nie zawsze taki, jak go znalazł CHEŁCHOWSKI. Mianowicie w przytoczonej przez tego ostatniego statystyce ze szpitala Ś-go Ducha [podanej przez E. ZIELIŃSKIEGO za lat 5] na 400 seceyi notowano raka żołądka 13 razy [przeszło 3%], a bliżny po wrzodzie 11 [około 2½%].

W literaturze posiadamy dość znaczną liczbę klinicznych opisów raka żołądka na tle wrzodu okrągłego. Tu należą, oprócz wymienionych wyżej, przypadki: THIERSCH'a ¹⁾, FLATOW'a ²⁾, WAETZOLDT'a ³⁾, KULCKE'go ⁴⁾, GOODHARDT'a ⁵⁾, BIACH'a ⁶⁾, KOCH'a ⁷⁾, EISENLOHR'a ⁸⁾, STOLL'a ⁹⁾ i być może inne jeszcze, do których źródła dotrzeć nie mogłem. W naszej literaturze jeden taki przypadek krotko opisał BAKOWSKI ¹⁰⁾ [nie było badania pośmiertnego, tylko wycięcie odźwiernika zrakowaciałego; po niem nastąpiła szybko śmierć] i dwa J. WINIARSKI ¹¹⁾ [z oddziału K. CHEŁCHOWSKIEGO].

Celem takich opisów jest nie tyle stwierdzenie samego faktu powstawania raka z wrzodu okrągłego, ile uchwycenie cech klinicznych takiego przeistoczenia. Fakt sam wątpliwości nie ulega, zdarza się względnie dość często, więc liczyć się z nim należy przy rokowaniu we wrzodzie okrągłym.

Rak żołądka na tle wrzodu notowano dotychczas daleko częściej, aniżeli by się to mogło wydawać *a priori*, w wieku późniejszym [po 40 latach], niż młodszym.

¹⁾ THIERSCH. Ueber die Anwesenheit freier Salzsäure im Magensaft bei beginnendem Magen-Krebs Münch. med. Woch. 1886. Nr. 13.

²⁾ FLATOW. Ueber die Entwicklung des Magenkrebs aus Narben des runden Magengeschwürs. VIRCH. Jahresb. 1887. II. str. 271.

³⁾ WAETZOLDT. Ueber einen Fall von Absonderung eines übermässig salzsäueren Magensaftes bei Magencarcinom. Charité-Annal. 1889. str. 237.

⁴⁾ KULCKE. Zur Diagnose und Therapie des Magengeschwürs Diss. inaug. Berlin. 1889. VIRCH. Jahrb. 1889. II. str. 283.

⁵⁾ GOODHARDT. A cancer of the stomach. VIRCH. Jahrb. 1890. II. str. 243.

⁶⁾ BIACH. Entwicklung von Krebs des Magens auf der Basis eines runden Magengeschwürs Wien. med. Presse. 1890. Nr. 13.

⁷⁾ KOCH. Ueber das Carcinoma ventriculi ex ulcere rotundo. S. Petersb. med. Woch. 1893. Nr. 43. (VIRCH. Jahrb. 1893. II. str. 288).

⁸⁾ EISENLOHR. Demonstration eines aus einem ul. rotund. hervorg. Carcinoma ventr. Deut. med. Woch. 1890.

⁹⁾ STOLL [z klin. EICHHORST'a]. Ueber das Ulcus ventric., rotundum. Deut. Arch. f. klin. Med. 1894. B. 53. str. 566. 4 przyp. sekcyjne i badane klinicznie.

¹⁰⁾ BAKOWSKI. Rak odźwiernika, jako następstwo wrzodu okrągłego żołądka. Przegl. Lek. 1890. Nr. 37.

¹¹⁾ J. WINIARSKI. Dwa niezwykle przypadki raka żołądka, powstałego z wrzodu okrągłego Kron. Lek. 1896.

Rak wytwarzał się zwykle z blizny świeżej [co odpowiada spostrzeżeniom histologicznym HAUSER'a]; nie znajdujemy w opisach wzmianki, aby rak zjawiał się u ludzi, posiadających stare blizny po zagojonym wrzodzie. O ile sądzić można ze skąpych w tym kierunku danych [u HAEBERLIN'a i STOLL'a], dziedziczność gra tu pewną rolę, t. j. że chorzy, których przodkowie mieli raka żołądka lub innych narządów, częściej podlegają przeistoczeniu wrzodu okrągłego w raka, niż inni.

Co się tyczy cech klinicznych raka, powstającego z wrzodu, to, rozumie się, chodziłoby nam przedewszystkiem o takie objawy, które mogłyby dość wcześnie ostrzegać o tem, że z blizny zaczyna się wytwarzać rak. Bo gdy już mamy guz, który widocznie rośnie, gdy przyjdzie charłactwo, rozpoznanie staje się łatwym jak na trupie [t. zw. *Leichendiagnose*] i nie przedstawia ani klinicznego interesu, ani żadnego pożytku. Ale, niestety, tych objawów wczesnych, dla każdego klinicysty tak pożądaných, tutaj nie mamy żadnych. Owszem, w większości ogłoszonych spostrzeżeń notowano fakt, który wczesne rozpoznanie raka w takich razach przy łóżku chorego znakomicie utrudnia. Oto w zawartości żołądka takich chorych na wysokości trawienia znajdowano nie tylko obecność, ale nawet nadmiar wolnego kwasu solnego (*hyperaciditas hydrochlorica*), a wszakże brak tegoż jest powszechnie i słusznie uważany za stałą i wczesną cechę raka żołądka. Co więcej, objaw ten znajdowano niekiedy przez cały czas choroby aż do śmierci, nawet wtedy, gdy rak zdążył już dać przerzuty do innych narządów [THIERSCH, WINIARSKI]. Łatwo zrozumieć, że objaw ten stał się prawie stałym źródłem pomyłek rozpoznawczych i ciężkich wahań co do rokowania przy łóżku chorego. W wielu przypadkach na podstawie tego objawu raka wyłączano.

Z drugiej strony objaw ten dał broń w rękę tym, którzy wątpili o znaczeniu rozpoznawczem braku wolnego HCl przy raku żołądka wogóle. Przez długi czas ulubionym dla nich argumentem klinicznym był znany przypadek THIERSCH'a, w którym pomimo raka, stwierdzonego przez badanie drobnowidzowe, znajdowano w zawartości żołądka wyraźny odczyn na HCl. Od tego czasu spostrzeżeń takich dość się namnożyło, ale okazało się zarazem, że podobnie, jak to miało miejsce w przypadku THIERSCH'a, chodziło tu o wrzód okrągły, do którego później rak się przyłączył. Przypadki takie, według mego zdania, świadczą jedynie o sile i uporczywości pewnego objawu wrzodu żołądka—nadmiernej kwasności soku żołądkowego, zależnej od kwasu solnego. Objaw ten, jak wiadomo, jest często zapowiedzią wrzodu okrągłego, najważniejszą, jeżeli nie jedyną, przyczyną niegojenia się tegoż [RIEDEL], głównym i wdzięcznym przedmiotem leczenia, a zarazem tak stałym towarzyszem wrzodu, że nie ustępuje on nawet wtedy, gdy rak się pojawi a nawet dobrze rozwinie.

Mając to na myśli i pamiętając o tej znacznej ilości raków, powstających z wrzodu [przynajmniej 6% według ROSENHEIM'a], moglibyśmy z pewnością tę małą ilość spostrzeżeń, w których przy wyciecznym raku żołądka znajdowano wolny kwas solny, jeszcze więcej ograniczyć. W ten sposób wartość tego ważnego dla raka żołądka objawu, jakim jest stały brak wolnego HCl na wysokości trawienia, mogłoby się tylko podnieść a nie obniżyć.

Nie trzeba myśleć, że obecność lub nadmiar wolnego HCl jest cechą stałą dla kombinacji wrzodu okrągłego z rakiem. Obok bowiem takich przypadków, a te są najchętniej ogłaszane, istnieją inne, w których wolny kwas solny znika to nagle, to stopniowo [STOLL, WINIARSKI, ROSENHEIM, mój przypadek], a na jego miejsce, lub obok niego, zjawia się kwas mleczny. Szkoda tylko, że to znikanie nie ma znaczenia rozpoznawczego, bo zdarza się to wcześniej, to później, bo może zależeć od różnych przyczyn [niedokrwistość, charłactwo], a więc nie może być tym wczesnym sygnałem, ostrzegającym, że wrzód staje się rakiem.

Widzimy więc, że dla dobra chorego, dla celów praktycznych przypadki takie, jak mój i jemu podobne, mają znaczenie bardzo skromne. Uczą nas tylko rezerwy w rokowaniu przy wrzodzie żołądka, bo z blizny może się wytworzyć rak, powstrzymują od radości, gdy w przypadkach zkądną podejrzanych uda się nam znaleźć wolny kwas solny, bo to raka nie wyłącza i wogóle uczą nas, że do rozpoznania tak raka jak wrzodu okrągłego nie wystarczy jeden jakiś objaw znamieny, tylko pewien całokształt objawów, wszechstronne i przedmiotowe rozważenie wszystkich danych, zaczerpniętych z wywiadów i stanu obecnego.

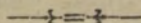
W moim przypadku nie mogę zamilczeć o względnie dobroczynnym wpływie zabiegu operacyjnego. Chora żyła po gastroenterostomii przeszło rok, przez pierwsze dwa miesiące po operacji czuła się wcale nieźle a i potem jeszcze przez długi czas była prawie wolną od takiego przykrego objawu, jak wymioty. Jest to rzecz nie małej wagi w przypadkach bezwarunkowo śmiertelnych, w których jedyną naszą ucieczką jest morfina; a podnoszę ten fakt jeszcze dlatego, że w trzech znanych mi z literatury przypadkach tej kategorii także uciekano się do operacji [KULCKE, WAETZOLDT—gastroenterostomia, BAKOWSKI—resekcya odźwiernika], ale ze złym wynikiem, gdyż chorzy umierali zaraz lub w parę dni po jej wykonaniu.

Z ODDZIAŁU D-R MED. A. SOKOŁOWSKIEGO W SZPITALU ŚW. DUCHA W WARSZAWIE.

II. PRZYPADEK ODMY PIERSIOWEJ.

Podał

H. Cybulski,
asystent oddziału.



Odma piersiowa należy do spraw chorobowych, z którymi spotykamy się stosunkowo rzadko. Na oddziale D-ra SOKOŁOWSKIEGO, gdzie przeważają odsetek stanowią suchotnicy, w ciągu ostatnich lat 5-iu było jej zaledwie 4 przypadki na 415 przypadków gruźlicy płuc. Jeden z nich z wielu względów bardzo ciekawy będzie przedmiotem niniejszej notatki.

Chory Kl... Antoni, lat 19, z zawodu szczotkarz, przybył na oddział w d. 18. I. 1898 r.. Skarżył się na ból w prawym boku, kaszel i duszność. Zachorował 4 dni temu nagle: dostał dreszczy, gorączki i uczuł klucie w prawym boku.

Chory dobrze zbudowany i odżywiany, wyraźnie nie obciążony dzieciznością; przedtem nigdy obłożnie nie chorował, kaszlał nieco od 4 lat z przerwami i dopiero od 2 tygodni czuł się niezdrowym.

Przy pierwotnem badaniu znaleziono w płucach trzeszczenia w linii pachowej prawej w dolnym płacie, wobec czego przypuszczano rozwijającą się sprawę ostrego zapalenia płuc, za którą, oprócz wyżej wymienionych danych, przemawiała jeszcze rdzawa, lepka płwocina.

Następnego dnia subiektywne skargi chorego nie zmieniły się wcale, duszność tylko nieco się powiększyła. Ciepłota 39,2°, tętno 90, dosyć dobre, za to w płucach w przeciągu 24 godzin zaszły ważne zmiany.

Mianowicie: prawa strona klatki piersiowej znacznie wydęta w porównaniu z lewą, ruchy oddechowe po stronie prawej słabiej wyrażone. Przy opukiwaniu granice niższe; po linii sutkowej na 8-ym, po linii pachowej na 10-ym, po linii łopatkowej na 12-ym żebrze; na całej przestrzeni ton płucny z przedźwękiem bębnowym. Przy opukiwaniu rękojeścią młotka po plessimetrze i wysłuchiwaniu—przedźwiek metaliczny. Drżenie głosowe znacznie osłabione. Przy wysłuchiwaniu oddech amforyczny i rżenia z metalicznym przedźwękiem. Z lewej strony znaleziono niżenie granicy o jedno żebro; oddech szorstki i nieco wilgotnych rżeń.

Co do serca, to *ictus cordis* w linii sutkowej lewej; tępość rozpoczyna się na $\frac{1}{2}$ palca na lewo od brzegu mostka; po zatem granice normalne. Tony czyste, dosyć mocne.

Wątroba uległa przemieszczeniu ku dołowi, brzeg jej wyczuwa się na 2 palce poniżej brzegu żeber. Śledziona nie wyczuwalna.

Wszystkie te dane nie pozwalały wątpić o wystąpieniu nagle u chorego w ciągu ostatniej doby ostrej odmy piersiowej.

Co do ogólnego stanu, to zastanawiało to, że chory pomimo wystąpienia u niego odmy piersiowej, czuł się prawie tak samo, jak dnia poprzedniego. Przez następne 8 dni chory czuł się gorzej, osłabienie wzrastało; ciepłota spadała *per lysin*, aż do dnia 2. I., kiedy notowaliśmy 37,2°. Tętno było coraz szybsze [tegoż dnia 100 na minutę], napięcie tętna zmniejszyło się; zjawiał się akcent na tętnicy płucnej. Co do płuc, to objawy opukowe i wysłuchowe pozostały bez zmiany, zjawilo się tylko *succussio Hippocratis*, lecz wypukowo płynu jeszcze nie można było wykazać. Płwocina przez ten czas była po części śluzowa, po części zaś rdzawa, lepka; dwukrotne badanie jej na laseczniki dało ujemny wynik; innych drobnoustrojów w płwocinie nie znaleziono. Przez następne dni, od 25. I. do 29. I., notowaliśmy powiększanie się płynu w jamie opłucnej. Dolna granica tonu płucnego d. 27. I. była następująca; z przodu pod 7 żebrzem, w linii pachowej pod 8 żebrzem, z tyłu przy; kręgosłupie na 11 żebrze. Stan podgorączkowy. Dnia 29. I. zrobiono próbne przekłucie długą igłą, lecz płynu nie otrzymano.

Co do stanu ogólnego, to zanotować można było tylko wzmagającą się ciągle duszność, upadek sił i wciąż postępujące wychudnięcie. Badanie płwociny na laseczniki, wykonane po raz trzeci, dało wynik ujemny. Przez następne dni notowaliśmy szybkie zwiększanie się ilości płynu w jamie opłucnej.

Dnia 1. II, t. j. 14-go dnia choroby, stan był następujący. Ciepłota 38,0, tętno 112 miękkie, nieco dykrotyczne, oddech 28. W położeniu leżącym dolna granica w linii sutkowej pod 8 żebrzem, w linii pachowej na 9 żebrze; w siedzącym w pierwszej na 6 żebrze, w drugiej na 8, z tyłu na 10 żebrze. W granicach stępienia oddech osłabiony, drżenie głosowe zuksione. Z przodu w dolnej części przy opukiwaniu przedźwięk metaliczny.

Dnia 2. II. Ciepłota 40,6°—39,6°, tętno 112 miękkie, oddech 40. Chory bardzo osłabiony, w nocy nieprzytomny, bredził. Granice płynę bez zmiany; badanie płwociny na laseczniki, dokonane po raz 4-ty, dało ujemny wynik.

Dnia 3. II. Ciepłota 39,0°—40,3°, tętno 148, nitkowate, oddech 40. Chory nieprzytomny, rzuca się, źrenice rozszerzone reagują prawidłowo. Zrobiono przekłucie i wyciągnięto płyn ropny, przy badaniu drobnowidzowem znaleziono w nim dużo ciałek ropnych i bardzo dużo laseczników Koch'a; innych drobnoustrojów nie znaleziono.

Dnia 4. II. Ciepłota 39,0—39,8°, tętno 144, oddech 28.

Chory nieprzytomny rzuca się, chce się zrywać i uciekać. Płynu jeszcze przybyło w położeniu siedzącym w linii sutkowej do 5, w linii pachowej do 7, w linii łopatkowej do 9-go żebra.

Dnia 5. II. Ciepłota 39,8—37,6°, tętno 120, oddechów 32. Chory nieprzytomny, na twarzy wyraz trwogi, robi dużo bezcelowych ruchów, włókienkowe drgania i zgrzytanie zębami. Źrenice rozszerzone i reagują prawidłowo, sztywności karku niema. Odruchy skórne i ścięgniste, osłabione. Tegoż dnia wieczorem ciepłota 36,0°. Chory nieprzytomny.

Następnego dnia rano chory zmarł.

Badanie pośmiertne dało następujące wyniki. Przy otwieraniu klatki piersiowej z prawej strony wydobywa się ze świstem powietrze. Lewe płuco nieco powiększone, na przecięciu blade, zrostów nigdzie niema, opłucna bez zmian.

Prawa opłucna zgrubiała i wszędzie pokryta warstwą włóknika; gruzelków nigdzie nie ma. W jamie opłucnej około 2-óch litrów mętnego płynu, nieco cuchnącego, z kawałkami włóknika. Płuco prawe leży przy kręgosłupie, przyciśnięte do niego i *mediastinum*. Opłucna płucna przedstawia się tak samo, jak ścienna. W dolnym płacie w tylnej części znajduje się okrągławy otwór, mający około 3 mm. w średnicy, otoczony wałkiem włóknika; otwór prowadzi do niewielkiej jamy, wielkości około małego orzecha laskowego, wypełnionej masą serowatą. Jama leży tuż pod opłucną.

Całe płuco zupełnie bezpowietrzne, twarde; po rozcięciu znajdujemy gdzieśgdzie gruzelki, w dolnym płacie kilka ognisk serowatych, wielkości fasoli. W średnim i dolnym płacie kilka rozszerzeń oskrzelowych cylindrycznych, dochodzących do opłucnej. Błona śluzowa tchawicy i oskrzeli zaczerwieniona i pokryta warstwą śluzu.

W krtani błona śluzowa zaczerwieniona, chrząstki nalewkowe i tylna ściana obrzmiała, na tylnej ścianie niewielki wrzodzik.

Serce. Osierdzie bez zmian. Serce powiększone w poprzecznym wymiarze, lewe ujście żyłne i zastawka dwudzielna bez zmian, mięsień błady. Prawe ujście żyłne i zastawka trójdzielna bez zmian. Jamy prawego przedsionka i komórki rozszerzone. Aorta i tętnica płucna bez zmian. Śledziona normalnej wielkości, blada.

Wątroba powiększona, na przecięciu budowa zrazikowa wyraźna, środek każdego zrazika czerwony, obwód blady.

Lewa nerka nieco powiększona, otoczka zdejmuje się łatwo; powierzchnia gładka; warstwa korowa zgrubiała, mętna; piramidy blade, miedniczki bez zmian. Prawa nerka przedstawia się tak samo. Błona śluzowa kiszki grubej, cienkiej i żołądka bez zmian.

Mózg. W zatokach twardej opony nieco płynnej krwi. Twarda opona na całej przestrzeni blada, błyszcząca. Opona miękka z wyraźną siatką naczyń, gruzełków nigdzie niema. Mózg blady, komórki boczne i trzecia rozszerzone i wypełnione płynem surowicznym.

Powyższy przypadek nastęrcza kilka uwag. Odma piersiowa u chorych na gruźlicę płuc występuje stosunkowo częściej, niż przy innych sprawach chorobowych, lecz najczęściej przy bardzo rozwiniętej gruźlicy. W danym przypadku uderza, że odma wystąpiła u osobnika w bardzo wczesnym okresie choroby, jak bowiem zaznaczyliśmy w anamnezie, chory przedtem czuł się zupełnie zdrowym. Zazwyczaj wystąpieniu odmy towarzyszy silna reakcja ze strony całego organizmu; chory wpada w zapaść, często nawet umiera nagle; w naszym przypadku tego nie było, wzmogła się tylko nieco duszność.

Pierwotne zaś objawy, dla których wstąpił chory do szpitala, przedstawiały objawy, w wysokim stopniu przypominające rozwój ostrego, krupowego zapalenia płuc [klucie, ostry ból w boku, mocna gorączka, plwocina krwawa nie zawierająca laseczników]. Zależnemi zaś one były od rozpadającego się ogniska gruźliczego, znajdującego się tuż pod opłucną, które wywołało szybkim rozpadem powstanie odmy. Ognisko to wielkości małego orzecha laskowego, było jedynym w okresie rozpadu. Inne bowiem, bardzo niewielkie ogniska u szczytu, istniały w okresie nacieczenia. Być bardzo może, że ognisko w dolnym zrazie było i pierwotnem umiejscowieniem gruźlicy, co stanowi zawsze objaw wyjątkowy, zazwyczaj bowiem widzimy stale i typowo powtarzające się zmiany najwyraźniejsze i najdawniejsze u szczytów płucnych.

W literaturze istnieje bardzo nieznaczna ilość takich przypadków. Wielce podobny do naszego opisał Louis w swoim wykładzie o suchotach płucnych, gdzie również w czternastym dniu po przybyciu do szpitala chorego, który przedtem cieszył się zupełnem zdrowiem, wystąpiła odma z zejściem śmiertelnym przy bardzo nieznacznych zmianach u szczytów płucnych.

Podnieść należy jeszcze wystąpienie objawów mózgowych bez zmian anatomicznych w mózgu. Wobec wystąpienia tych objawów można było przy-

puszczać z wielkim prawdopodobieństwem zapalenie opon również gruźliczego pochodzenia, badanie jednakże pośmiertne wykazało brak zmian gruźliczych w mózgu. Objawy zaś wyżej skreślone [nieprzytomność, rzucanie się i t. p.], w wysokim stopniu symulujące zapalenie gruźlicze opon mózgowych, zależnymi były od znacznego natężenia zakażenia gruźliczego i wchłaniania toksyn gruźliczych, zawartych w ropie.

Jak to bowiem wyżej wzmiankowałem, w ropnej zawartości opłucnej badanie bakteryologiczne wykazało wielką ilość laseczników, obok zupełnego braku innych drobnoustrojów.

Być bardzo może, że i ropienie w jamie opłucnej zależnym było od laseczników Koch'a. Na ten fakt zwracał w ostatnich czasach uwagę A. FRAENKEL na posiedzeniu Berlińskiego Towarzystwa Lekarskiego, w kilku bowiem przypadkach *pyothoracis* przy bardzo starannem badaniu bakteryologicznem, oprócz laseczników nie wykrył żadnych innych pasożytów.

Z faktem, że natężenie sprawy gruźliczej może wywołać objawy pseudomeningealne, można się nieraz spotkać. One to bowiem nieraz mogą, jak to i w naszym przypadku się zdarzyło, powstrzymać lekarza od interwencji chirurgicznej [pleurotomii], która być może powstrzymałaby rozwój sprawy fatalnej. Przypadek ów poucza również, jak wielkiej doniosłości jest badanie bakteryologiczne ropy w przypadkach [wątpliwych] *pyothoracis*. Jako bowiem powiedziano wyżej, kilkakrotne, staranne badanie płwociny na laseczniki dawało ujemny rezultat; natomiast znalezienie ich w znacznej ilości w ropie potwierdziło rozpoznanie gruźlicy płuc z następczą odmą.

Na oddziale D-ra SOKOŁOWSKIEGO zwykle dokonywamy badania bakteryologicznego ropy w każdym przypadku zapalenia opłucnej; tą drogą bowiem nieraz pleuryty ropne, pozornie czysto strepto-kokowego pochodzenia, okazują się gruźliczemi, pomimo, że cała anamneza i przebieg choroby przemawiają za zwykłym zapaleniem ropnem. Są to przypadki, w których zmiany gruźlicze w płucach przebiegały skrycie u pozornie zdrowych osobników.

Badanie zaś ropy w takich przypadkach i znalezienie laseczników rozstrzyga rozpoznanie i w wysokim stopniu zmienia rokowanie.

W końcu uważam sobie za miły obowiązek złożyć podziękowanie D-rowi SOKOŁOWSKIEMU za rady i wskazówki, których mi nie szczędził przy układaniu niniejszej notatki.

STRESZCZENIA ZBIOROWE.

Tryper u dzieci.

Streścił

Seweryn Sterling [Łódź].

— 4 — 4 —

[Dokończenie.—Patrz Nr. 30].

B. Przypadki *ophthalmoblenorrhoeae*, powikłane goścącym rzeżączkowym.

X. DARIER [1885]. Dziecko dwuletnie. Zapalenie oczu ropne; ropa zawiera dvoinki NEISSER'a. W czwartym tygodniu choroby obrzmienie, bolesność, zaczerwienie w stawie golenio-nartowym prawym; w cztery dni później obrzmienie podobne prawej dłoni. Stan gorączkowy. Wyzdrowienie w ciągu 3-ch tygodni.

XI. DEUTSCHMANN [1890]. Dziecko trzytygodniowe, chore od urodzenia na zapalenie ropne oczu, dostaje zaczerwienienia i obrzmienia kolana lewego. Wydzielina łącznicy zawiera dvoinki NEISSER'a; też drobnoustroje znajdują mikroskop w ropnej zawartości stawu; szczerpienie tej ropy na żelatynie peptonowo-mięsnej nie daje zupełnie hodowli.

XII. HOECK [1893]. Noworodek z rzeżączką łącznicy; przerzuty w stawie kolanowym i biodrowym. Z wysięku kolana lewego wyhodowano czystą hodowlę dvoinek NEISSER'a. Zczasem wysięk ze stawów ustępuje. Powiększenie gruczołów pachwinowych. Zapalenie oskrzeli, zapalenie płuc nieżyłowe. Śmierć. Badanie pośmiertne: *Peritonitis purulenta diffusa*. *Rhinitis purulenta*. *Gonitis purulenta sinistra*. *Coxitis dextra*. *Bronchitis purulenta c. pneumonia catarrhali*.

XIII. WICHERKIEWICZ [1892]. Dwutygodniowa dziewczynka, dotknięta zapaleniem rzeżączkowym obu oczów. Nabrzęknięcie prawego stawu nadgarstkowego, bolesne przy ucisku. Wyzdrowienie po 2 tygodniach.

XIV. FINGER-GHON-SCHLANGENHAUFER [1894]. Dziecko kilkudniowe z zapaleniem rzeżączkowym oczu. Przyłącza się zapalenie lewego kolana i stawu skokowego; nakłucie daje dvoinki NEISSER'a. Występuje zapalenie torebki maziowej pod lewym mięśniem czworogłowym goleni. Po kilku dniach obrzmienie lewego stawu szczękowego; nakłucie tego stawu: płynu nie otrzymano. To nakłucie dało prawdopodobnie powód do zakażenia, ponieważ po kilku dniach w okolicy lewego stawu szczękowego i gruczołu przyusznego wystąpiło obrzmienie i pojawiła się gorączka. Rozwinęło się zapalenie tkanki łącznej okolicy szyjowej, zapalenie śródpiersia. Śmierć. Badanie pośmiertne: *Phlegmone regionis parotideo-massetericae*, *mediastinitis*. *Pneumonia sinistra*. W stawie kolanowym, w ropniu okołostawowym, w torebce maziowej dvoinki NEISSER'a.

XV. SAMELSOHN [1895]. Sześciudniowe dziecko; ropne zapalenie oczu, przebiegające jak *ophthalmoblenorrhoea*, ale w wysięku dvoinek NEISSER'a wykryć niepodobna. Ojciec i matka zdrowi. 13-go dnia choroby obrzmienie strony grzbietowej prawej dłoni, nazajutrz — stawu łokciowego lewego. Nakłucie tego ostatniego daje ropę, zawierającą dvoinki NEISSER'a, które teraz i w ropie łącznicy znaleźć można. Po 8 dniach zapalenie ostre sromu i pochwy z wydzieliną, zawierającą dvoinki NEISSER'a. Po tem rozwinęło się jeszcze obu-

stronne zapalenie gruczołów przyusznych, jakkolwiek nie było wtedy epidemii świnki. Zupełne wyzdrowienie.

O gościcu u dzieci powiedzieć wogóle należy, że: 1) dotknąć może dzieci najmłodsze nawet, kilkudniowe, 2) rozpoczyna się często nieumiejscowionymi bólami, czasem i gorączką, 3) dotyka bądź kilka stawów, bądź jeden, a wtedy najczęściej kolanowy, 4) nie ogranicza się do stawów tylko, lecz ogarnia i tkanki ze stawem graniczące, 5) łatwo i szybko ustępuje, 6) nie pozostawia zazwyczaj po sobie żadnych śladów.

MONMONT tak określa różnicę między gościcem rzeżączkowym dzieci i dorosłych: Sprawa ta u dzieci wikła pierwotną rzeżączkę w ciągu pierwszych trzech tygodni od początku choroby, wówczas gdy u starszych powikłanie to występuje później. Sprawie tej u dzieci czasem nie towarzyszy żaden ból. Sprawa ta nie odbija się na ogólnym stanie zdrowia dzieci i daje u nich dobre rokowanie.

Przy rokowaniu sprawy tej u dzieci pamiętać należy o cierpieniach następujących:

Wrzeczome porażenie syfilityczne [PARRON]: sprawa umiejscawia się nie na wysokości stawu, lecz odpowiednio do położenia chrząstki nasadowej; możemy w tem miejscu stwierdzić trzeszczenie. Odpowiednie dane w wywiadach.

Gościec stawowy ostry: rzadki u dzieci poniżej pięciu lat; powikłania ze strony serca; wpływ dodatni salicylanów.

Gruźlica stawu: powolne powstawanie, stan ogólny.

Rozpoznanie oprzećby należało na badaniu zawartości wysięku stawowego, nie sądzę jednak, by w zwykłych przypadkach lekarz był uprawniony do tego zabiegu. Wystarcza wykazanie ściśle rzeżączki błon śluzowych i przebieg cierpienia gościcowego.

Leczenie ogranicza się do spokoju; nakładamy opatrunek unieruchamiający na lekko najodnowane kolano. Naturalnie, miejsce pierwotnie zakażeniem rzeżączkowym dotknięte, leczyć należy bardzo starannie.

Czy stosowną jest u dzieci metoda sztucznie wytworzonej zastoiny żyłnej [BIER], wątpię, bo sprawa i bez leczenia dobrze przemija.

Z innych umiejscowień przerzutów rzeżączkowych wspomnieć należy opłucną i osierdzie.

CHIASSO i ISUARDI [1894] podają przypadek następujący: dziewczynka 10-letnia, zgwałcona, uczuwa we dwa dni potem ból przy oddawaniu moczu. Wkrótce zjawiają się objawy zapalenia sromu i pochwy. W trzy tygodnie później bóle w stawie barkowym lewym; w stawie skokowym i w kolanach, obrzmienie tych stawów, gorączka. Wreszcie zapalenie wysiękowe w lewej opłucnej, zapalenie osierdzia, po tem zapalenie suche opłucnej prawej, bóle mięśni karku. Objawy w stawach szybko ustąpiły; objawy w opłucnej trwały długo; w przebiegu choroby słyszano szmer skurczowy u wierzchołka serca. W wysięku opłucnej wykryto dwoinki rzeżączki.

BORDONI-UFFREDUZZI [1894] opisuje przypadek taki: dziewczynka 11-letnia cierpi na rzeżączkę dróg rodnych wskutek zgwałcenia przez osobnika, który się chciał w ten sposób trypra pozbyć. W przebiegu tego cierpienia powstają zapalenia stawów; wosierdzia, osierdzia i obustronny wysięk opłucnowy. W wysięku tym wykazano czyste hodowle dwoinek NEISSER'a.

O szmerze w sercu wspomina jeszcze CAHEN-BRACH, ale nie jest pewny czy szmer ten nie istniał przed sprawą rzeżączkową.

Z innych powikłań zakażenia rzeżączkowego wymieniłem przypadek zapalenia o kośtnej, jaki spostrzegł SOBOTKA, uzależniając zapalenie to od rzeżączki łącznicy.

Choreae postgonorrhoeicae, ani też innych chorób układu nerwowego od zakażenia rzeżączkowego zależnych, u dzieci nie widziano.

L I T E R A T U R A.

- 1) AHLFELD. Demonstr. w Tow. Lek. Marburg. Berl. klin. Woch. 1896. Nr. 42.
- 2) AMICIS (de). Rivista clinica e terapeutica 1884. Marzec [podł. Nr. 22].
- 3) ASHBY. Vaginitis. Pacific. Record. 1891. str. 304
- 4) ATKINSON. Amer. Journ. Tom 150. [Podług Nr. 22].
- 5) AUBERT. Gonorrhoea insontium. Lyon méd. 1884.
- 6) BAGINSKY. Fall von Peritonitis bei Vulvovaginitis. Allg. med. Centr. 1896. Nr. 23.
- 7) BEHREND. Ueber die Entzünd. der äusseren Geschlechtstheile bei Mädchen. Journ. f. Kind. Tom X. str. 25, 104, 108.
- 8) BERGRÜN. Bakteriologische Unters. bei der Vulvovaginitis kleiner Mädchen. Arch. f. Kind. 1893. Tom XV, str. 321.
- 9) BERGER. Annales de polyclinique de Bordeaux. 1889. Refer. w Arch. f. Dermat. u. Syphil. Tom XXI, str. 856.
- 10) BERTIN. Traité des mal. vénér. chez les enf. nouveaunés. 1810 [podł. Nr. 29].
- 11) BIER. München. Med. Woch. 1897. Nr. 31 i 32.
- 12) BORDONI UFFREDUZZI. Ueber Localisation des Gonohr. im Innereñ des Organismus. Deut. Med. Woch. 1894. Nr. 22
- 13) CASSEL. Ueber Gonorrhoe bei kleinen Mädchen. Berl. klin. Woch. 1893. Nr. 29.
- 14) CHIASSO I ISUARDI. Acad. de méd. de Turin. 24. 11. 1894. Referat: La médec. infant. 1894, str. 417.
- 15) CSERI. Der Micrococcus der infectiösen Vulvovaginitis bei Kindern. Pester Medicinisch-chirurg. Presse. 1885. Nr. 11. [Podł. Nr. 87].
- 16) DARIER. Arch. d'opht. 1889 [Podł. Nr. 87].
- 17) DEUTSCHMANN. Arthritis blenorrhoica: v. Graefes Archiv. f. Ophtalm. Tom 36.
- 18) DOHRN. Ueber gonorrh. Erkrankung der Mundschleimhaut bei Neugeborenen. Wiener med. Bl. 1891. Nr. 25.
- 19) DOUBLET. Memoire sur les symptomes et le traitement des maladies vénériennes des nouveaunés. 1781. [Podł. Nr. 22].
- 20) DUSCH. Ueber infectiöse Kolpitis kleiner Mädchen. Deutsche Med. Woch. 1888. Nr. 41, str. 831.
- 21) DUPRÉ. Congrès de médec. interne de Lyon. Sem. med.
- 22) EPSTEIN. Ueber Vulvovaginitis bei kleinen Mädchen. Archiv f. Dermat. u. Syphil. 1891. Tomu 23-go, zeszyt dodatkowy, str. 1.
- 23) ERAUD. Bulletin de la Soc. franç. de Dermat. et de Syph. 12. IV. 1890. [Podł. Nr. 54].
- 24) FEHLING. Die Bedeutung der Gonorrhoe etc. Münch. Med. Woch. 1895. Nr. 49, str. 1140.
- 25) FINGER, GHON i SCHLANGENHAUFER. Beiträge zur Biologie des Gonococcus etc. Centr. f. Bakter. 1894. XVI. 350.
- 26) FINGER. Die Blenorrhoe der Sexualorgane. Wyd. 4-te. 1896.
- 27) FISCHER. Ueber Kindergonorrhoe. Deut. Med. Woch. 1895. Nr. 51.
- 28) FLESCH. Zur Aetiologie der Ohren-Eiterung im Kindesalter. Berl. klin. Woch. 1892. Nr. 48, str. 1234.
- 29) FORSTER. The surgical diseases of children. 1860.
- 30) FRAENKEL E. Bericht über eine bei Kindern beobachtete Endemie infektiöser Kolpitis. VIRCH. Archiv. 1885 Tom 99, str 251.
- 31) FRASER. Case of susp. gonorrh. in a young boy. Ref. Arch. f. Derm. u. Syph. 1895. Tom 33, str. 301.
- 32) GUINON. Note sur l'arthropathie d'origine blenorrhoique. Revue mem. des mal. de l'enfance. 1893, str. 23.
- 33) HAUSHALTER. Cystite dans le cours d'une vulv. vag. La Médecine moderne. 1894, N. 57.
- 34) HEIMAN. Klinische und bacter. Studie über das Vorkommen des Gonoc. etc. Arch. f. Derm. u. Syph. 1896. Tom 34, str. 422.
- 35) HENOC. Vorlesungen über Kinderkr. Wyd. IX. 1897.
- 36) HOECH. Ein Beitrag zur Arthritis blenorrhoica. Archiv f. Dermat. u. Syphil. Tom 33. 1895, str. 304.
- 37) HOLMES. The surg. treatm. of the dis. of infancy and childhood. 1869. [Podł. Nr. 22].
- 38) HOFMEIER. Province médie. 1888. Nr. 47. Rof. Centr. f. Gynäk. 1889. Nr. 5.
- 39) HOFMEIER-SCHRÖDER. Handb d. Krankh. d. weibl. Geschl. 1893. Wyd. 11.
- 40) HORAND. Lyon médie. 1888. [Podł. Nr. 54].

- 41) HUTINEL. Cystite coli-bacill. chez les enfants. Presse med. 1896. 18. XI. Nr. 95, str. 625.
- 42) IMERWOL. O zapal. rzeżączkowym cewki moczowej u małych dzieci. Kongres XII. Moskwa. 1897. Medycyna. 1897, str. 1141.
- 43) KAST. Inaug. Dissert. Bon. 1894. [Podł. Nr. 47].
- 44) KOBLANCK. Vulvovag. bei Neugeborenen. Zeit. f. Geb. u. Gyn. Tom 33, str. 160.
- 45) KOPLIK. Urogenital blenorrrh. in children. [Podł. Nr. 47].
- 46) KRÖNIG. Demonstration in Tow. Gynec. Lipsk. Centrblt. f. Gynäk. 1893, str. 239.
- 47) LABORDE. Contribution à l'étude de la vulvo-vaginites des petites filles. Thèse de Paris. 1896.
- 48) LAGNEAU. Traité prat. des mal. syph. 1828. [Podł. Nr. 22].
- 49) LANGE M. Physiologie, Pathologie u. Pflege des Neugeborenen. 1897. Leipzig. NAUMANN.
- 50) LERMOYEZ. Rhinites aiguës. W Traité des maladies de l'enfance [GRANCHER]. T. III. str. 748.
- 51) LENANDER. Ueber purulente vulv. bei Minderjährigen. Hygiea. Tom 47. [Podł. Nr. 22].
- 52) LEYEN H. Centr. f. Gynäk. 1895, str. 185.
- 53) LOVEN. Hygiea. 1886. Ref. Jahrb. f. Kind. Tom 26, str. 410.
- 54) MARFAN. Etude sur la vulvo-vag. blenorrrh. des petites filles. Revue mens. des mal. de l'enfance. 1897, str. 27.
- 55) MARTIN. Vulvo-vagin. in children. Journ. of cutan. gen. urin. dis. 1892. [Podł. Nr. 54].
- 56) MEJIA. Etude sur un cas de péritonite blenorrrh. Thèse de Paris. 1897.
- 57) MICHAELIS. Zeit. f. klin. Med. 1896. XXXIX, str. 556.
- 58) MONMONT. Journal de médec. et de chir. 10.X. 1896. Ref. Wracz. 1897. Nr. 47, str. 1370.
- 59) MÜLLER L. Przytoczone przez STOERK'a, str. 86.
- 60) NEISSER. Bericht über eine bei Kindern beobachtete Endemie infectioser Kolpitis. VIRCHOW'S Arch. Tom 99. 1885, str. 251.
- 61) OLLVIER. Le concours médic. 1888. [Podł. Nr. 47].
- 62) POTT. Die spezifische Vulvo-vaginitis in Kindesalter etc. Jahrb. f. Kinderheilkunde. 1888. Tom XIX. Zesz. I, str. 71.
- 63) PROCHOWNICK. Centr. f. Gynäk. 1888. Nr. 26.
- 64) PUTEGNAT. Histoire et therap. de la syph. des nouveau-nés. 1854. [Podł. Nr. 22].
- 65) RAMEL. Cytowany w BARRIER'a Traité prat. des mal. de l'enfance.
- 66) RICHARDIÈRE. Société med. des Hôpitaux. 20. X. 1893. La médec. infant. 1894, str. 111.
- 67) ROCAZ. Annales de la poliel. Bordeaux. 1893. [Podł. Nr. 54].
- 68) RÓNA. Erfahrungen über d. Aetiologie und das Wesen der bei Knaben auftretenden Urethritis catarrhalis. Pester med.-chir. Presse. 1893. Ref. Jahrb. f. Kinderh. T. 40. 1895, str. 276.
- 69) ROSIŃSKI. Ueber gonorrh. Erkrank. der Mundhöhle Neugeborener. Deut. med. Woch. 1891.
- 70) ROSTHORN. Jahresb. über die Fort. auf dem Gebiete der Geburts. u. Gynaec. T. 5. 1891.
- 71) SAENGER. Verhandl. der deutsch. Ges. f. Gynäk. 1888.
- 72) SAMELSOHN. Posiedz. Tow. Lek. i Przyrodn. w Bonn. Deut. Med. Woch. 1895. Nr. 2. Vereins-Beilage, str. 6.
- 73) SCHÖNFELD. Cytow. u BARRIER'a.
- 74) SCHÜTZ. Festschrift für CRÉDÉ. 1881, str. 188. [Podł. Nr. 22].
- 75) SEIFFERT. Tendovaginitis gonorrhoea, ein Beitrag zur Lehre von der Gonorrhöe im Kindesalter. Jahrb. f. Kind. 1896. Tom 42, str. 13.
- 76) SENCZENKO. Wracz. 1885. Nr. 42. Ref. Archiv f. Kinderh. Tom VII. 1886.
- 77) SKUTSCH. Ueber Vulvovaginitis bei kleinen Mädchen. Rozprawa inaug. Jena 1891.
- 78) SOMMER. Deut. Med. Woch. 1880. Nr. 43.
- 79) SOUPLET. La blenorrrhagie, maladie générale. Thèse des Paris. 1893. [Podł. Nr. 56].
- 80) SPAETH. Zur Kenntniss der Vulvo-vag. im Kindesalter. Münch. Med. Woch. 1889. N. 22.
- 81) STOERK. Erkrank. der Nase. Spec. Pathol. NOTHNAGEL'a. 1895.
- 82) STORCHENS alias Pelagri. Abhandlung von Kinderkrankheiten. 1750. [Podł. Nr. 22].
- 83) SUCHARD. De la contagion de la vulvo-vaginite des petites filles. Rev. mens. des mal. de l'enf. 1888. Tom 6, str. 265.
- 84) TANNER. A practical treat. on the dis. of infancy and childhood, 1888. [Podł. Nr. 22].
- 85) VANUXEM. Etude sur le rhumatisme blenorrrhagique chez l'enfant. Thèse de Paris. 1895.
- 86) VEILLON i HALLE. Etude bacteriol. des vulvo-vag. chez les petites filles et du conduit vulvo-vag. à l'état sain. Arch. de méd. exper. 1896. Nr. 3. Refer. Centrblt. f. Kinderh. 1897, Nr. 9, str. 303.
- 87) VIGNAUDON. De l'arthrite blenorrrhagique chez l'enfant. Thèse de Paris. 1893.
- 88) WEILL i BARJON. Epidemie des vulvites à gonor. 1894. [Podł. Nr. 47].
- 89) WELANDER. Wiener klin. Rund. 1896. Nr. 52. Ref. Centr. f. Kinderh. 1897. Nr. 3, str. 106.
- 90) WICHERKIEWICZ. Przyczynek do przerzutów gonokoków. Now. Lek. 1893, str. 190.
- 91) WIDMARR. Gonococci in acht Fällen von Vulvo-vag. Arch. f. Kind. Tom VII, str. 1.

92) WITHAUER. Die Behandlung der Vulvovag. bei kleinen Mädchen. Centr. f. Kinderhik. 1897. Nr. 12, str. 398.

93) WOLFF. Zur Casuistik der Gelenkmetastasen bei der Gonorrhoe. Münch. Med. Woch. 1896. Nr. 8, str. 178.

94) ZEISSL. Gonokokkenbefunde und Gonokokkenreinculturen aus dem Sekrete eines an Harnröhrentripper erkrankten 6 Jahre alten Knaben. Allgem. Wiener med. Zeitung. 1894. Nr. 33. Referat. Jahrb. f. Kinderhik. 1895. Tom 40, str. 283.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

III. Johannes Petruschky. Podstawy naukowe i wyniki dotychczasowe seroterapii.

Po krótkim wstępie historycznym o istocie i sposobach wywołania odporności na zarazki chorobotwórcze u ludzi i zwierząt, autor zaznacza, że idea seroterapii na praktyczną drogę wprowadzona została przez BEHRING'a. BEHRING zaczął pierwszy stosować surowicę krwi zwierząt, które mają wrodzoną odporność przeciwko pewnym chorobom. Później dopiero próbował sztucznie uodporniać zwierzęta przeciwko tężcowi i błonicy. Z badań BEHRING'a KOCH'a i EHRLICH'a okazało się że:

1) sztuczna odporność przeciw jadom bakterji nie jest zwykłym stanem niewrażliwości, lecz stanem odporności przeciwko pewnym jadam, dającym się określić i doprowadzić do granic, o jakich nie myśleliśmy,

2) że tylko zwierzę od zwierzęcia czynnie zdobytą odporność może sobie przyswoić biernie za pomocą jego surowicy.

Doświadczenia KOCH'a z tuberkuliną dowiodły, że suchotnik, który początkowo oddziaływał gorączką na 0,001 tuberkuliny, po pewnym czasie przyzwyczaja się do niej tak, że nie oddziaływa już na dawkę dziesięć i sto razy większą, która u zdrowych wywołuje objawy zatrucia. Jeszcze wyższe stopnie odporności osiągał EHRLICH z jadami roślinnymi i przekonał się, że nie tylko surowica, lecz nawet mleko zwierząt, czynnie uodpornionych, działa uodporniająco przez biernie przeniesienie własności ochronnych.

Te badania dały bodziec do zastastosowania surowicy jako środka leczniczego w chorobach, wywołanych przez typowe jady bakterji, a szczególnie surowicy tych zwierząt, u których można wywołać najwyższy stopień odporności na dany jad. Najwyraźniej okazało się to przy tężcu i przy błonicy.

Badania zasadnicze przy tężcu i przy błonicy. Jad laseczników tężcowych był zbadany dokładnie przez BRIEGER'a i KITASATO jad błonicy przez ROUX, YERSIN'a, BRIEGER'a, FRAENKEL'a i BEHRING'a. Uodpornienie świnek morskich przeprowadził jednocześnie BEHRING i FRAENKEL. Z jadem tężcowym tego samego dokonał KITASATO.

Najważniejszym i najtrudniejszym było tu osiągnięcie odporności na dawkę, która dawniej była śmiertelną.

BEHRING z początku za pomocą trójchlorku jodu (*Jodtrichlorid*) zapobiegał zejściu śmiertelnemu po wstrzyknięciu jadu. Zwierzęta ocalone w ten sposób znosiły potem bezkarnie dawkę śmiertelną jadu bez odtrutki. Też same próby z jadem tężca robił BEHRING i KITASATO. Zanim pojawiła się taka wzmożona odporność, zwierzę musiało przebyć okres charłactwa, wyrażający się wychudnięciem; inaczej zdychało pod wpływem następnych dawek jadu.

I tu jednak były pewne rozczarowania okazało się mianowicie, że surowica zwierząt uodpornionych na tężec, chroniła od tężcowego jadu przed jego wstrzyknięciem, lecz nie mogła ochronić od śmierci po uprzednim zatruciu przez niego, t. j. działała profilaktycznie nie zaś terapeutycznie. Dla celów

terapeutycznych potrzeba było dawek znacznie większych, a szanse tem były węższe, im więcej czasu upłynęło od chwili zatrucia.

Praktyka seroterapii błonicy i jej wyniki. Aby zastosować znalezione fakty do praktyki lekarskiej, potrzeba było otrzymać dostateczną ilość surowicy o wysokiej sile. Pod kierunkiem więc BEHRING'a i EHRLICH'a przedsięwzięto doświadczenia w celu uodpornienia większych zwierząt przeciw tężcowi i błonicy: najpierw uodporniono kozy i owce, potem konie i z nich otrzymywano większe ilości surowicy. Otrzymało wtedy surowicę tężcową o wiele silniejszą niż błonicza, miała ona jednak o wiele mniejszą wartość leczniczą, niż ta ostatnia. Zależy to prawdopodobnie od tego, że tężec ma dłuższy okres wylęgania, niż błonica, więc i leczenie później się zaczyna; w każdym razie surowica przeciwbłonicza szeroko została rozpowszechniona.

Wiadomo w jaki sposób określa BEHRING siłę surowicy. Z początku zaczęto używać u dzieci sto jednostek ochronnych, lecz gdy małe dawki słabo działały, używano po 1000—1500, tak w Niemczech, jak we Francji. Wyniki tego leczenia okazały się pomyślne, a śmiertelność znacznie się zmniejszyła.

Ze statystyki ENLICH'a, KOSSEL'a i WASSERMAN'a widać, że rezultat leczenia tem jest lepszy, im wcześniej użyto surowicy. I tak przy wstrzyknięciu:

1-0 dnia choroby	wyzdrowiało	100%
2-0 " "	" "	97%
3-0 " "	" "	86%
4-0 " "	" "	77%
5-0 " "	" "	56,5%.

Przeciętna śmiertelność wynosi 23,6%.

KOERTE notuje ją 33,1%, podczas gdy dawniej liczą 45,1%. Gdy surowicy zabrakło w szpitalu dziecięcym w Berlinie, śmiertelność wzrosła do 53,8%.

Co do wieku śmiertelność również okazała się mniejszą; podług BAGINSKY'ego spadła ona:

	do 2 roku życia	z 52% na 17%
od 2 do 4	" "	37% " 17%
" 6 do 8	" "	21% " 11%
" 8 do 10	" "	19% " 5%
" 10 do 12	" "	19% " 4,1%.

HEUBNER podaje śmiertelność u leczonych wcześniej [1—3 dnia] na 5,4%.

Dla otrzymania ogólnych danych statystycznych robiono w Niemczech zbiorowe badania, a pod opieką ministerjum oświaty w Prusach powstała stacja kontroli rządowa.

Zebrała ona 2460 przypadków ze szpitala i 4166 z praktyki prywatnej, a śmiertelność z ogólnej liczby leczonych 6626 wynosi 12,9%.

Z wiadomości, zebranych przez *Deutsche med. Wochenschrift* śmiertelność przy leczeniu surowicą wynosi 9,6% na 5833 chorych, przy leczeniu bez surowicy 14,7% na 4479 chorych; u dzieci niżej 2 lat przy leczeniu surowicą śmiertelność wynosi 11,8%, bez surowicy 39,7% od 2—10 roku 4% i 15,2%, wyżej 10 lat 1% i 3,7%.

Dane, zebrane przez cesarski urząd zdrowia, odnoszą się do 2130 przypadków błonicy. Ogólna śmiertelność przy leczeniu surowicą 14,3%, przy leczeniu 1-0 dnia choroby 5,4%, 2-0—6,7%, 3-0—10%, 5—23,1%. Z tych danych jak i danych późniejszych widać, że śmiertelność przy surowicy znakomicie jest mniejszą niż była dawniej.

Powikania przy leczeniu surowicą. Zauważono wysypki połączone z gorączką, obrzmienie stawów, białkomocz, a w jednym przypadku nagłą śmierć. Wysypki, jak wiadomo, nie są wywołane przez antytoksynę bło-

niczą, lecz zależą od surowicy pewnych koni. Wchodzi tu w działanie pewna jakby idyosynkrazia. Niekiedy u dzieci zjawia się pokrzywka i zaburzenia nerwowe. Przebieg jest zawsze pomyślny. Oczyszczenie surowicy zapobiedz może powstawaniu takich wysypek.

Co do cierpienia stawów, to nie zawsze występuje ono w związku z wysypką; zjawia się ono oddzielnie, bez wysypki i nawet u chorych, którzy nie byli leczeni surowicą. Nie można je przeto uważać za następstwa surowicy.

Toż samo odnosi się do białkomoczu, który jeszcze częściej bywa spostrzegany. SCHWALBE, WIEDERHOFER, BAGINSKY i inni zaznaczają, że ciężkie białkomocze nie są wcale rzadkością przy błonicy i istnieją u chorych, zanim im jeszcze wstrzyknięto surowicę. Ponieważ zaś przy leczeniu surowicą więcej ciężko chorych zostaje przy życiu, więc i ciężki białkomocz częściej możemy spotykać.

Toż samo odnosi się do porażen pobjonicowych i do porażenia serca, kończącego się śmiercią; surowica nie może im zapobiedz, szczególnie wtedy, gdy jest zbyt późno użytą.

Przypadek śmierci dziecka, podany przez LANGERHANS'a pozostaje niewyjaśnionym i nawet sekcya nie wykryła przyczyny śmierci. Można by go tylko usprawiedliwić t. zw. shock'iem podczas bolesnego wstrzykiwania.

Metodyka leczenia błonicy surowicą. Bez względu na jakość szprycy należy pamiętać o oczyszczeniu i dezynfekcyi skóry i szprycy. W nagłych razach dostatecznym będzie, gdy skórę mocno wytrzymemy alkoholem, a szprycę przemyjemy alkoholem i kwasem karbolowym 2%. Przed samem wstrzyknięciem należy jeszcze igłę obetrzeć watą zmoczoną w alkoholu.

Najlepiej jest przed użyciem szprycę wygotować lub wyjałowić na sucho.

Jako miejsce odpowiednie do wstrzyknięcia, zaleca autor okolicę klatki piersiowej, bok lub ramię. Skóra na brzuchu, jako bardzo czuła u dzieci nie jest odpowiedniem miejscem. Technika wstrzykiwania jest łatwą i zależy od wprawy oraz od dobroci igły, która winna być ostrą [a przedewszystkiem cieką].

Co się tyczy dawek leczniczych lub zapobiegawczych, to wielu autorów zaleca większe dawki. W pierwszych dniach choroby dostateczną jest dawka 1000 jednostek ochronnych, im cięższy jest przypadek i im później zaczynaemy leczenie, tem dawka musi być większą; w formach upartych, septycznych należy po kilku dniach wstrzykiwanie powtórzyć. Pewne powikłane przypadki wymagają niekiedy 6000 jednostek ochronnych. Dawka ochronna także nie powinna być za małą. KOSSEL w 1895 roku używał tylko 150 jednostek ochronnych, HILBERT w 1896 roku podniósł ją do 300 jednostek ochronnych. Nawet szczepione dzieci po pewnym czasie mogą się zarazić, lepszą więc rzeczą będzie odosobnienie, a gdzie jest ono niemożliwem, należy robić kilkakrotnie wstrzykiwanie zapobiegawcze.

BEHRING stwierdził u zwierząt, że antytoksyna 4-go dnia zaczyna znikać we krwi a po 3—4 tygodniach znika zupełnie. PASSINI już po 11—12 dniach nie znajdował jej we krwi człowieka. LOER w klinice HEUBNER'a robił szczepienia ochronne dzieciom przybyłym, wskutek czego śmiertelność przy odrze zmniejszyła się o połowę, gdyż nie było powikłań krupem.

Próby leczenia surowicą przy innych chorobach. Nie wydały one oczekiwanych rezultatów. KLEMPERER zalecał surowicę antypneumoniczną, MARAGLIANO — przeciwgruźliczą, MARMOREK — antystreptokokową, BOERGER, BEUMER i PEIPER — przeciwtyfusową, BABES — surowicę przeciw wściekliznie. W praktyce jednak okazały się one bez wartości.

Natomiast pod względem rozpoznawczym badacze doszli do ciekawych wyników.

Odnoszą się one do sztucznej immunizacji przeciwko cholercie i tyfusowi. PFEIFER wykazał, że jakkolwiek nie udało mu się otrzymać surowicy antytyksoycznej, któraby mogła zniszczyć jad chorobotwórczy w komórkach, to jednak otrzymał on surowicę, niszczącą w krótkim czasie zarazki cholery i tyfusu. Surowica taka służy do odróżniania w hodowlach bakterji prawdziwie cholerycznych i tyfusowych od innych, podobnych na pierwszy rzut oka.

Krew rekonwalescentów po tych chorobach również posiada własności zabójcze dla odpowiednich bakterji; można więc na ich podstawie wnioskować o przebytej chorobie.

GRUBER i DURCHAM uprościli metodę PFEIFER'a, używając mieszaniny surowicy z bulionem, zawierającym hodowlę do badań drobnowidzowych. Działanie wyraża się tu powstrzymaniem ruchu laseczników, które się gromadzą w kupki i opadają na spód naczynia.

WIDAL dowiódł, że już w początku choroby krew tyfusowych wywiera takie same działanie na laseczniki tyfusowe. Ułatwia to rozpoznanie, bez potrzeby poszukiwania samych laseczników we krwi chorych. Niekiedy jednak krew zdrowych w rozcieńczeniu 1:20 wywiera takie same działanie, a krew tyfusowych dopiero później nabiera tych własności, lub wcale może ich nie posiadać.

Zasluguje jeszcze na uwagę doświadczenie BEHRING'a przy gruźlicy. Z początku stwierdził on wartość terapeutyczną czynnej immunizacji metodą Koch'a na wołach gruźliczych.

W końcu swej pracy autor zaznacza, że lasecznik LOEFFLER'a należy do najlepiej znanych zarazków chorobotwórczych.

Posiada on następujące własności:

- 1) Wywołuje zgorzel,
- 2) Wytwarza jad dla nerwów i dla serca; działanie jadu było zbędne dokładnie na drodze klinicznej i doświadczalnej,
- 3) Może się rozszerzać epidemicznie.

Dlatego zarazek ten ma ważne znaczenie dla rozpoznawania, rokowania, leczenia i zapobiegania.

Badania chemiczne dotąd jeszcze nie wykryły, jaka jest natura jadu błoniczego. BRIEGER i FRAENKEL uważają go za ciało białkowe [toksalbuminę], późniejsze jednak ich badania dowodzą, że można zeń oddzielić białko, nie pozabawiając go własności trujących.

Jad błoniczy i tężcowy posiadają zdolność wytwarzania odtrutki w żywym ciele, lecz własności tej wyjaśnić sobie nie możemy. BUCHNER, SMIRNOW i MIECZNIKOW sądzą, że toksyna może się zmienić w antytoksynę, BEHRING i EHRLICH twierdzą, że antytoksyna wytworzona jest przez ciało. EHRLICH porównywa tę czynność do czynności kompensacyjnej wytwarzania tego, co zostaje zniszczone i to w większej jeszcze ilości. Atomy tak wytworzone w komórkach dostają się do surowicy krwi i nadają jej własności antytoksoyczne. Teorię tę potwierdziły badania PFEIFER'a i MARKS'a, WASSERMAN'a i TAKAKI, BEHRING'a i RANSON'a.

KNORR sądzi, że antoksynę wytwarzają komórki zdrowe. Nerostrzygnięto jednak jeszcze pytania, czy związek toksyny z antytoksyną następuje już w próbówce, czy dopiero w ciele żyjącem. Wiele jeszcze punktów ciemnych pozostaje w tej kwestyi i przyszłość je dopiero rozjaśni.

112. Ziemssen. O leczeniu gruźlicy.

Przypominając, że wyniki leczenia gruźlicy za pomocą leków [włączając w to tuberkulinę KOCH'a i surowicę MARAGLIANO] są niezadawalniające, autor przechodzi do kwestyi leczenia gruźlicy na wolnem powietrzu. Przytem porównywa wysyłanie chorych gruźliczych do miejscowości górskich z jednej strony, a zostawienie ich na miejscu, t. j. w niskich równinach—z drugiej.

Klimat górski ma jakoby być lepszym od klimatu nizin pod następującymi względami: 1) powietrze w górach jest czystsze i wolne od kurzu, wyziewów i drobnoustrojów; lecz czy swojska miejscowość leśna w nizinach nie posiada również takiego powietrza?; 2) powietrze w górach zawiera więcej ozonu; ale działanie ozonu na człowieka nie jest jeszcze ściśle wiadome; 3) wpływ niskiego ciśnienia powietrza w górach na człowieka, szczególnie chorego, również jest jeszcze ciemny; 4) dobry wpływ większego promieniowania słońca w górach, większej ilości dni słonecznych, a wolnych od mgły, następnie mniejszy ruch powietrza w zimie—wszystko to nie może się jednak ostać wobec wielu ujemnych stron pobytu chorego w górach; 5) powiększenie ilości czerwonych ciałek we krwi, wziętej z palca nie ma znaczenia leczniczego, gdyż jest ono prawdopodobnie tylko miejscowem [obwodowem] i zależy od wpływów naczynioruchowych [jak to WINTERNITZ wykazał po zabiegach wodoleczniczych]; zjawia się ono już na nieznacznej wysokości [np. w Hohendorf na wysokości 236 metrów nad morzem], znika zaś zaraz po opuszczeniu przez chorego miejscowości, wysoko położonej. O ogólnem powiększeniu ilości czerwonych ciałek we krwi nie może być mowy, raczej o obwodowem tylko zwolnieniu krwiobiegu, jak to ma miejsce przy wadach sercowych. [W ostatnich czasach GOTTSCHNEIDER wykazał, że powiększenie ilości czerwonych ciałek w górach jest tylko pozorne, gdyż zmniejszone ciśnienie powietrza wpływa wprost mechanicznie na przyrządy, którymi się zwykle posługujemy do liczenia czerwonych ciałek. *Przyp. ref.*] Wpływ klimatu górskiego na zawartość hemoglobiny we krwi nie jest jeszcze skonstatowany.

Natomiast, ma klimat górski wiele stron ujemnych. Silne zmiany w powietrzu [wiatry, deszcze, śniegi] źle wpływają na chorych gruźliczych, szczególnie gorączkujących. Zwrócić należy także uwagę na uciążliwość podróży w góry, na konieczność zmieniania miejscowości z powodu topnienia śniegów na wiosnę, na oddalenie chorych od rodziny, na koszt, które powoduje wyjazd—wszystko to źle oddziaływa na stan psychiczny chorych.

Z powyżej wyluszczonych powodów autor skłania się do leczenia chorych gruźliczych na miejscu, lecz w domach leczniczych [sanatoryach], dobrze uorganizowanych, a podług zasad higieny prowadzonych.

[Wywody v. ZIEMSSEN'a mają znaczenie nie tylko dla Niemiec, które autor ma na widoku, lecz również ważne są jako wskazówka dla naszych lekarzy, z których niejeden jest pochopny do wysyłania chorych gruźliczych daleko poza granicami kraju, z wątpliwym pożytkiem dla tychże chorych, podczas gdy mamy w kraju dużo miejscowości zdrowotnych, w których możnaby porządzić sanatoria. *Przyp. refer.*]

(*Münch. Medic. Woch. 1898. N. 1.*)

M. Rozentel.

113. P. Grawitz. Owrzodzenia w kiszkach na tle mocznicy.

Znaną jest rzeczą, że u chorych na mocznicę występują częste rozwolnienia; na sekyi znajdowano wtedy owrzodzenia na błonie śluzowej kiszek, już to pokryte w różnym stopniu strupami, już to nawet ropiejące. Jeżeli w książkach lekarskich nie spotyka się nazwy uremicznych owrzodzeń, to tylko wskutek tego, że owrzodzenia te nie dają sobie jedynie właściwego obrazu anatomicznego. Chociaż niezbędnem było ustalenie przez VIRCHOW'a owrzodzenia

dyfterytycznego, jako pewnej jednostki anatomicznej, jednakże równie potrzebnym okazuje się teraz podział tych owrzodzeń według zasady etyologicznej. Virchow, jak wiadomo, nazywał każde owrzodzenie dyfterytycznym, w którym tworzenie się na powierzchni błony śluzowej strupa połączone było z utratą substancji, leżących pod strupem tkanek.

Powszechnie uznane są trzy przyczyny, wywołujące dyfterytyczne owrzodzenia w kiszkiach: odleżyny na błonie śluzowej od ucisku mas kałowych; działanie jadu czerwonki (*dysenteria*) i działanie soli rtęciowych. Żeby wyjaśnić sobie, czy rzeczywiście niezbędnym jest, aby przy powstawaniu owrzodzeń dyfterytycznych błona śluzowa uległa nadżarciu na powierzchni wskutek tarcia, czem właśnie tłumaczono umiejscowienia owrzodzeń na fałdach błony śluzowej, GRAWITZ robił zwierzętom *anus praeternaturalis*, wszywając kiszki cienkie do rany brzusznej. Zwierzę otrzymywało obfite wtarcie rtęci w skórę. Pomimo tego, że ani ślina, ani żółć, nie mogły doprowadzać soli rtęciowych do kiszki grubej, na błonie śluzowej tej ostatniej w fałdach tworzyły się liczne strupy dyfterytyczne.

Z doświadczenia tego wynika, że do powstania owrzodzeń na fałdach błony śluzowej potrzeba współdziałania takich czynników, jak: przekrwienie wskutek wydzielania się ze krwi soli rtęciowych, skurcze mięśniowe w ścianie kiszki grubej, wynaczynienie i działanie drobnoustrojów kiszkowych.

Bardziej jeszcze złożonymi są warunki powstawania owrzodzeń kiszkowych w ciężkich zapaleniach nerek. Owrzodzenia te głównie umiejscawiają się w kiszkiach cienkich, podczas gdy owrzodzenia przy czerwonce i zatruciu rtęcią powstają przeważnie, lub nawet prawie wyłącznie, w kiszce grubej.

Czasami u tuberkulików, którzy umierają wskutek przewlekłego miąższowego zapalenia nerek, znajdujemy rozlany obrzęk błony podśluzowej, często zwyrodnienie mączkowate (*amyloid*) wyrostków kosmatych (*Zotten*) błony śluzowej tak, iż nie można zdecydować, jaki udział w tworzeniu się strupów brały produkty rozkładu związków w moczu zawartych.

Tak samo, z pewną tylko dozą prawdopodobieństwa, można sprowadzać do działania rozłożonych substancji moczowych te wtórne strupy, a nawet nekrotyczne sekwestry tkanki, jakie się spotyka czasami na dnie owrzodzeń gruźliczych, przy współistniejącej mocznicy. Niewątpliwie pochodzenia uremicznego są zajmujące dużą powierzchnię żółto-zielonawe, nekrotyczne owrzodzenia w kiszkiach cienkich i grubej, u osób zmarłych na mocznicę, którym były robione operacje nerkowe. U osób tych wkrótce po operacji występował bezmocz zupełny, a po paru dniach gwałtowne rozwolnienia, które trwały aż do śmierci. Owrzodzenia sięgały głęboko aż do błony podśluzowej i różniły się od tych owrzodzeń, które umiejscawiały się na wyrostkach kosmatych — i przez swoje szerzenie się po powierzchni i przez swoją głębokość. Wszystko przemawia za tem, że mechanizm powstawania owrzodzeń był tu całkiem inny — oczywiście musiała tu działać jakaś substancja żrąca od strony światła kiszki.

W silnie wyrażonych owrzodzeniach kiszkowych, także uremicznego pochodzenia, na seceji znajdujemy bardzo urozmaicony obraz anatomiczny. Cała przestrzeń kiszki cienkiej jest schorzała: najstarsze owrzodzenia, podobnie jak przy tyfusie, znajdujemy koło *valvula Bauhini*, a najświeższe w górnych odcinkach *jejunum*, różnią się od tyfusowych owrzodzeń początkami swego powstania: nekroza szerzy się tu najpierw po powierzchni, sięgając stopniowo coraz głębiej w ścianę kiszki, i nie trzyma się wcale naczyń i gruczołów chłonnych.

Można też widzieć jedno owrzodzenie już zabliznione, inne grożące przedziurawieniem kiszki, inne znów jeszcze świeżo powstające. Im owrzodzenia te są starsze, tem bardziej zaciera się pierwotny ich obraz: oddzielanie się

strupów, obszerne podminowania błony śluzowej, wtargnięcie drobnoustrojów i ropienie w błonie podśluzowej daje taki obraz, jaki przyłącza się zwykle wtórnie do owrzodzeń gruźliczych, dysenterycznych i odleżynowych. Tak więc ani powierzchowność początkowych owrzodzeń, ani rozległość ich na powierzchni i w głąb, ani umiejscowienie ich w kiszki, nie daje jakiegos im tylko właściwego obrazu, ale za to całokształt obrazu jest dla omawianej grupy owrzodzeń charakterystycznym.

Jeżeli w przypadkach zniesionej nagle czynności nerek [operacje, kamienie] lub też w przypadkach szybko występującego wyczerpania ze strony mocno przerosłej lewej komory serca, wielkie ilości soli moczowych wydzielane zostają do światła kiszki, to mamy wtedy prawo nazwać uremicznymi owrzodzeniami, znalezione na sekcji w kiszki; przyczem w owrzodzeniach tych powinno uwidocznić się tworzenie się ich w sposób rozlany po powierzchni i nekroza stopniowo coraz głębiej w ścianę kiszki się posuwająca.

Tadeusz Korzon.

114. Rotman. Badania nad zawartością cukru w płynach patologicznych.

Badania autora zbijają zdanie SENATOR'a, jakoby w zwyczajnych przesiekach i wysiękach u ludzi, nie cierpiących na cukromocz, cukier miał się wcale nie znajdować lub w minimalnych ilościach.

Dla określenia cukru autor, oprócz zwyczajnych prób z redukcją [TROMMER, FEHLING, ALMEN-NYLANDER], stosował także próbę z fermentacją i z fenilhydrazyną, rozcińczywszy poprzednio płyny 5-cio lub 10-krotnie.

Badania autora [110 badań u 78 chorych] dotyczą nie tylko przesieków i wysięków w dużych jamach surowicznych (*pleura, peritoneum, pericardium*), lecz i *hydrops anasarca*, płynu mózgodzeniowego, wysięków stawowych, pęcherzy na skórze, ropni, *tumores cystici*. Przed próbą na cukier autor dokładnie uwalniał płyny od białka. Większość płynów otrzymana była za życia, niektóre zaś tylko przy sekcjach. We wszystkich przypadkach mocz był badany na cukier.

Wyniki autora są następujące:

1) Płyny z jamy brzusznej [20 badań — 19 surowicznych, 1 surowiczo-ropny] pokazały przecięciowo 0,085% cukru, przyczem największa odsetka była przy *cirrhosis hepatis*, najmniejsza przy *peritonitis tubercul.* W jednym przypadku płynu surowiczo-ropnego cukru wcale nie było. 2) W 4 przypadkach zwyczajnego *hydrocele* cukru 0,07—0,1%, w 1 *hydrocele funiculi spermatici* 0,1%, w 1 *spermatocele* nie było cukru. 3) Wysięki lub przesieki z jamy opłucnej [31 badań]: 18 surowicznych dały średnio 0,064% cukru. Z 9 przypadków *empyema* w 6 nie było cukru. Zaś w 3 próbach [wziętych w rozmaitych odstępach czasu od jednego chorego] otrzymano cukru 0,029—0,11%; podczas gdy w poprzednich próbach u tego samego chorego nie znaleziono cukru; chory ten był diabetikiem, a po wystąpieniu u niego *pleuritis tubercul.* cukier znikł z moczu, a z czasem i z wysięku; po ponownym zjawieniu się melituryi, cukier zjawił się i w wysięku. W 1 przypadku świeżego *haematothorax* był cukier, zaś w 2 przypadku, trwającym przeszło 8 dni, cukru nie było. 4) Wylewy do *pericardium* [3]—2 surowicze dały 0,045 i 0,063% cukru, 1 ropny bez cukru. 5) Płyn z *anasarca* [17 badań]—13 prób z płynu, otrzymanego za życia, dały średnio 0,099% 4 *post mortem* 0,055%. 6) Pęcherze na skórze [8 prób] zawsze dawały cukier. 7) Płyn mózgodzeniowy (*mening. tubercul., hydrocephalus chron.*) zawsze zawierał cukier [w przypadku *hydroceph.* 0,026%]. 8) Wylewy do stawów [12 badań]: z tych 5 surowicznych z 0,029—0,036% cukru, 4 krwawe również zawierały cukier, 2 surowiczo-ropne—bez cukru. 9) *Tumores cystici* [2 przypadki] z płynem

krwawym nie dały cukru. 10) Ropnie— 3 zwyczajne i 3 gruźlicze [zimne] nie zawierały cukru.

A zatem wszystkie surowicze wysięki i przesięki zawierały mniejszy lub większy procent cukru nawet u ludzi, nie cierpiących na cukromocz. Że się rozchodziło o cukier, a nie o inne ciała redukujące, pokazały próby z fermentacją i z fenilhydrazyną. Zresztą w niektórych razach można było jeszcze, po całkowitem ukończeniu fermentacji, wykazać za pomocą płynu Fehling'a obecność innych ciał redukujących. Ciekawą jest obecność cukru w płynie mózgodzeniowym, ponieważ inni autorowie dotychczas zaprzeczali temu. Największa odsetka cukru znajdowała się w płynie z *anasarca*, najmniejsza w wylewach stawowych. Ilość cukru w wysiękach mniej więcej zbliża się do ilości cukru we krwi i limfie [w tych ostatnich znajduje się, podług większości autorów, około 0,1% cukru]. Autor mógł skonstatować wyraźne zmniejszenie się ilości cukru w wysiękach krótko przed śmiercią lub po znacznym pogorszeniu się stanu ogólnego. Surowiczo-krwawe lub czysto krwawe wysięki zawsze pokazywały obecność cukru, z wyjątkiem 2 przypadków. Płyny krwawe z *tumores cystici* nie dawały cukru; gdyby zatem dalsze badania pokazywały stały brak cukru, to byłoby to cenną cechą dla odróżnienia *tumores cystici* od wysięków zapalnych.

W przeciwieństwie do płynów surowicznych, wysięki surowiczo-ropne lub czysto ropne nigdy nie zawierały cukru u ludzi niediabetycznych; również płyny surowicze, przechodząc w ropne, tracą cukier; obecność cukru w płynach ropnych mogłaby wskazać na równoczesne istnienie melituryi.

(*Münch. Medic. Woch.* 1898, N. 6.

M. Rozental.

115. Salkowski. O działaniu środków przeciwnilnych na toksyny.

Przeprowadziwszy szereg doświadczeń nad wpływem fermentu utleniającego wątroby na toksyny dyfterytyczne i otrzymawszy ztąd wynik ujemny, autor osiągnął jednakże ze swej pracy inne korzyści, do których nie dążył: stwierdził mianowicie, że jednoczesne działanie dwóch czynników: środka przeciwnilnego [w danym razie aldehydu salicylowego, który był użyty w celu zapobiegania gniciu wątroby, wyjętej ze zwierzęcia] i odpowiedniej temperatury, neutralizuje, *resp.* znacznie osłabia działanie toksyn dyfterytycznych.

Doświadczenia odnośne polegały na tem, że świnkom morskim wprowadzano pod skórę mieszaninę, składającą się z 18 ctm. sz. wody, 2 ctm. sz. rozczynu toksyn dyfterytycznych i 0,4 ctm. sz. aldehydu salicylowego, którą przechowywano przez dwie doby w termostacie przy 39—40°. Rozpoczęto od dawki jednorazowej, odpowiadającej jednostce zabójczej [według EHRlich'a jest to taka ilość jadu, która zabija zwierzę nie wcześniej, jak po 36—48 godzin]. Okazało się, że taka ilość wspomnianej mieszaniny jest nieszkodliwą, podczas gdy po doświadczeniu, wykonanem, *ceteris paribus*, bez dodania aldehydu salicylowego, zwierzęta zawsze ginęły.

Stwierdzono dalej, że dawka podwójna, a tembardziej jeszcze większa, już nie może być zneutralizowaną [tylko śmierć się opóźnia], i że na dnie tej neutralizacji spoczywa sprawa chemiczna, a nie mechaniczna. Takie same własności posiada, jak wykazały doświadczenia, chloroform, kwas karbolowy i formalina.

Okoliczność ta pozwala autorowi rozciągnąć teoretycznie to swoiste działanie na wszystkie wogóle środki przeciwnilne, i mniema on, że zabójczemu ich wpływowi mogą ulegać nie tylko toksyny dyfterytyczne, lecz i jady, przez inne bakterye wyrabiane, może nawet toksalbuminy roślinne. Będąc dalekim od wyciągania jakichś korzyści praktycznych z wyników swych badań, autor podnosi samą teoretyczną doniosłość faktu, że środki przeciwnilne

działają zabójczo przy temperaturze ciała nie tylko na bakterye, lecz i na toksyny, przez nie wyrabiane.

Na antytoksynę dyfterytyczną środek przeciwnilny nie ma prawie żadnego wpływu.

(*Berliner klin. Wochenschrift. 1898. Nr. 25*).

Zdzisław Markiewicz.

116. Taudler i Dömény. O gruczolach Tyson'a.

Przystępując do omawiania kwestyi od półtora wieku spornej—gruczolów Tyson'a— autorowie usiłują rozstrzygnąć szereg tego rodzaju pytań: 1) Co to są gruczoly Tyson'a, t. j. co ten ostatni, jako takie, opisywał? 2) Czy formacje omawiane zgadzają się z rezultatem badań histologicznych nad gruczolami? 3) Czy wogóle znajdują się gruczoly łojowe na wewnętrznej powierzchni napletka i na żołądki? 4) Jak pogodzić twierdzenie BONNER'a z istnieniem gruczolów Tyson'a? [BONNER uczy, że obecność gruczolów łojowych jest zawsze ściśle związaną z zarodkiem włosa]. 5) Jak wiśniśmy zapatrywać się na ewentualne istnienie gruczolów w miejscach wymienionych?

Oдноśne odpowiedzi brzmią, jak następuje:

Tyson rozumiał pod swemi „*glandulae odoriferae*“ nie te formacje, któreśmy dzisiaj zwykli poczytywać za gruczoly łojowe z punktu widzenia histologicznego, lecz prawdopodobnie te wgłębienia [lakuny i krypty], które już gołem okiem są widzialne w bliskości więzadła i na niem samem.

Na 50 z górą członków męzkich, z których zrobiono preparaty, znaleziono tylko jeden gruczol łojowy. Na tej zasadzie, i, opierając się na odnośnych preparatach SCHAFFER'a, mniemają autorowie, że istotnie gruczoly łojowe spotyka się czasami na *glans penis* i w *sulcus coronarius*. Na żołądki i wewnętrznej powierzchni napletka badania preparatów, pochodzących od 7-miesięcznych embryonów, zarodka włosa nigdy wykazać nie mogły.

Z zestawienia dwóch ostatnich punktów wynika, że jakkolwiek twierdzenie BONNER'a jest słusznem, jednakże wyjątki bywają.

Wobec tego wszystkiego, uważają autorowie smegmę nie za wydzielinę gruczolów, lecz za zmacerowany nabłonek, i żądają zamiany nazwy „gruczoly Tyson'a“ na „krypty“ lub „lakuny“ tegoż imienia.

(*Wiener klin. Woch. 1898. N. 23*).

Zdzisław Markiewicz

WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE.

— * — * —

21. Largina, nowy środek dezynfekcyjny przeciwko gonokokkom. PEZZOLI podaje, że liczba środków, zalecanych przeciwko rzeżączce, w ciągu ostatnich paru lat ogromnie wzrosła. Większość tych środków są to organiczne związki srebra [złożone z zasady organicznej i srebra], jak oto: argentamina, argonina, protargol, lecz wszystkie te środki ustępują saletrzanowi srebra pod względem ilości zawartego w nich czystego srebra.

Argonina, naprzykład, zawiera 4,2%, protargol 8,3% Ag., podczas gdy *argent. nitricum* aż 63,5%. W czerwcu roku zeszłego wiedeńska fabryka „D r LILIEFELD et C-ie“ zaczęła wyrabiać nowy związek białkowy srebra, larginę, która zawiera 11,101% srebra. Largina jest to białko-szarawy proszek o nieznanym ciężarze właściwym, łatwo rozpuszczalny w wodzie, glicerynie, surowicy krwi, nierozpuszczalny w alkoholu, eterze, siarkowodorze i benzolu. Wodny roztwór larginy jest zlekka alkaliczny. Przy silnem rozgrzewaniu larginy się nie topi, lecz zwęglą, przyczem powstaje nieprzyjemną

woń spalenizny. W ciemnych naczyniach przechowywana larginą długi czas pozostaje bez zmiany. Bardzo ważną dodatnią własnością larginy jest zaw sze jednakowa zawartość w niej srebra, podczas gdy argonina i inne związki białkowe srebra mocno pod tym względem szwankują. Pezzoli zajął się bakteriologicznym zbadaniem larginy i doszedł do następujących wnio sków, iż:

1) larginą, jako *antigonorrhoeicum*, stanowczo nie ustępuje żadnemu z do tychczas znanych białkowych związków srebra,

2) pod względem zabójczego działania na gonokokki przewyższa wszy stkie inne pokrewne sobie związki srebra [rozczyln larginy 1:4000 po upływie 5 minut zabija większość gonokokków, zaś po upływie 10 minut czyni wzrost ich niemożliwym], ale również, jak i one, tylko w nieznacznym stopniu i przy tem po dość długim działaniu zmniejsza siłę pożywek;

3) larginą głębiej od innych, wyżej wspomnianych, środków wnika w mar twe substancje organiczne.

Co się tyczy wartości larginy przy leczeniu trypra, to obecnie doświad czenia nad tym preparatem przedsięwziął prof. FINGER, który nie omieszcza wyniku swych badań ogłosić drukiem. (*Wiener klinische Wochenschrift*. Nr. 11. 1898).

Mieczysław Bobrzyński.

22. Tinctura jodi simplex przy chorobach ostrych żołądka i kiszek pocho dzenia zakaźnego. Grösch, stosując nalewkę jodową w cierpieniach prze wodu pokarmowego od półtora roku i otrzymawszy jak najlepsze wyniki w 300 przypadkach, zaleca ją w następujących cierpieniach:

1) tyfusie brzuszny, 2) ostrem zakaźnym zapaleniu żołądka i kiszek, 3) ostrym niezycie dwunastnicy z żółtaczką, 4) grypie z objawami gastrycy nymi, 5) w samym początku zapalenia tkanki łącznej około kiszdki ślepej, gdy objawy kliniczne [wymioty, rozwolnienie, bóle] wskazują na rozpoczynające się dopiero nacieczenie. W tyfusie, który w materyale kazuistycznym autora pod względem ilości pierwsze miejsce zajmuje [180 przypadków], stosował autor wyłącznie omawiany preparat zarówno u dorosłych, jak i u dzieci; pierw szym dawano [w wodzie ocukrzonej] 3—4 razy na dobę po 6 kropel, a ilość ogólna, użyta do uleczenia zupełnego, wynosiła 3—5—7 grm.; drugim co 8 go dzin 2—4 kropel, a wszystkiego przez czas trwania choroby 20—40 kropel. Zwłaszcza u dzieci działanie było zdumiewające; nawet w ciężkich przypad kach wyzdrowienie następowało najpóźniej po tygodniu.

Wśród dorosłych nie miał autor ani jednego przypadku śmiertelnego, w przypadkach lżejszych wyzdrowienie było również szybkie, jak u dzieci; w ciężkich po 2—4 tygodniach. Autor radzi przy tyfusie stosować jodynę jak najwcześniej; jeżeli jest zaparcie stolca, to użycie jej poprzedzić dawką oleju rycynowego. W przypadkach *gastroenteritidis acutae* zapisywał G.:

T-rae jodi simp. gtt. XV—XVIII.

Syr. simp. 20,0.

Aq. dest. ad 150,0.

MDS. co 1—2 godziny łyżkę stołową lub przyjąć w trzech dawkach w cią gu 12 godzin. W takim samym cierpieniu u dzieci przy piersi zalecał autor 3 razy dziennie po jednej kropki.

Wyzdrowienie następowało po 1—2 dniach. (*Berliner klinische Wochen schrift*. 1898. Nr. 25).

Zdzisław Markiewicz.

Wiadomości drobne.

— TILLMANN. Przypadek uszkodzenia nerwu błędnego podczas operacji. Uszkodzenie nerwu błędnego przy wyluszczeniu wielkich guzów szyi uważano dotąd za śmiertelne. Dopiero WIDMER zebrał pewną liczbę przypadków, w których nerw ten został odseparowany i wycięty bez złych skutków dla chorego. Autor podaje opis przypadku z wynikiem przeciwnym wnioskowi, do których doszedł WIDMER. W 1897 r. rozpoznano na klinice w Greifswaldzie u 58-letniego chorego raka na szyi. Ponieważ guz wzrósł był w przeciągu 3-ch miesięcy do wielkości głowy dziecka i na prawej stronie poczęły się tworzyć przerzuty, przeto przystąpiono do operacji. Po usunięciu płata skórniego, pokrywającego guz, odcięto tenże w górze i w dole, następnie zaś przystąpiono do odseparowania wielkich naczyń. Żyłę szyjową oddzielono i odcięto, ponieważ wrosła była w guz; tętnicę szyjową wspólną odseparowano; dolny odcinek nerwu błędnego oddzielono, na wysokości krtni jednak nerw ginął w guzie. Autor właśnie przystępował do przecięcia nerwu, kiedy chory pozostał bez oddechu i tętna. Serce uderzyło raz, następnie po 4 — 5 sekundach jeszcze raz, poczem ucichło całkowicie, chory zszedł. Zastosowano mięsienie serca, przyczem autorowi przyszło na myśl, że jedno z naczyń w pobliżu nerwu błędnego było pochwycone w szczypczyki hemostatyczne, które też natychmiast usunięto. W 10 minut, chory, po wstrzyknięciu kamfory i eteru i po usilnem mięsieniu, począł oddychać i przyszedł do siebie. Badanie wykazało, że nerw błędny był rzeczywiście zmiażdżony szczypczykami w $\frac{2}{4}$ swej grubości. Wobec obawy śmierci nerw z wielkimi trudnościami wyseparowano z guza i poseszywano najcieńszymi katgutem. Po dwóch miesiącach guz powiększył się, operowano ponownie, po 5-ciu miesiącach jednak chory zmarł wskutek wyczerpania. Badanie pośmiertne wykazało, że nerw błędny był tak silnie zrośnięty z guzem, że odseparowanie byłoby niemożliwem. Autor twierdzi, że wszystkie dotąd spostrzegane przypadki jednostronnego przecięcia nerwu błędnego dały wyniki ujemne, bądź podczas operacji, bądź później.

(*Deutsche Zeitsch. f. Chir. Bd. 48. Nr. 23, str. 313.*)

A. C.

Wiadomości bieżące.

— Wyszedł z druku Zeszyt I „Słownika Języka Polskiego“ i zawiera literę A i część litery B. Przedstawia się okazale. Redakcyę składają: JAN KARŁOWICZ, ADAM KRYŃSKI i WŁADYSŁAW NIEDZWIĘDZKI. W Słowniku tym znajdują szerokie uwzględnienie i wyrazy lekarskie, to też spodziewać się można, że „Słownik Języka Polskiego“ nabędzie każdy lekarz, miłujący swą mowę ojczystą. Cena dzieła jest nader umiarkowana, albowiem za 24 zeszyty, po 160 stronic, zapłacą prenumeratorzy tylko 10 rubli, które spłacić można w 4-ch ratach.

— **Prace oryginalne w czasopismach lekarskich polskich.** *Przegląd Lekarski.* PRUS. O drogach przewodzenia i istocie padaczki korowej (*epilepsia*). W. LUKASIEWICZ. O związku dermatologii z medycyną. [Dok.] — *Medycyna.* № 34. M. BIRO. O chorobie LANDRY'ego. [Dok.] K. SACIEWICZ. O czynności piciowej i zaburzeniach jej okresu wstępnego. [Dok.]

DO PP. PRENUMERATORÓW.

Upraszamy o wczesne nadsyłanie przedpłaty za 2-gie półrocze r. b., tych zaś Pp. Prenumeratorów, którzy zalegają z opłatą, upraszamy o rychłe uregulowanie rachunków.

Do dzisiejszego N-ru Gazety Lekarskiej dołącza się bezpłatnie dla wszystkich prenumeratorów „Katalog nowych dzieł“ księgarni E. Wende i S-ka za m. lipiec 1898.

Wydawca, D-r St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny, D-r Wł. Gajkiewicz.

Дозволено Цензурою Варшава 13 Авруера 1898. Друк Ковалевського. Warszawa, Mazowiecka 8.