

GAZETA LEKARSKA.

Z ODDZIAŁU CHOROÓB WEWNĘTRZNYCH (L. b.), SZPITALA KRAJOWEGO ŚW. ŁAZARZA W KRAKOWIE.

I. RAK ŻOŁĄDKA W NASTĘPSTWIE WRZODU OKRĄGŁEGO (*Ulcus rotundum*).

Opisał

Prymaryusz **Dr. Antoni Krokiewicz.**

Rak żołądka w następstwie wrzodu okrągłego (*ulcus rotundum*) należy u nas do rzadkich zjawisk klinicznych, a tem samem i anatomicznych, spotykanych na stole sekcyjnym. Na 59¹⁾ przypadków sekcyi, dokonanych w ciągu trzech lat w prosektoryum szpitala głównego lwowskiego [liczba ogólna sekcyi wynosiła 2713] w przypadkach raka żołądka nie można było ani razu stwierdzić związku przyczynowego pomiędzy rakiem a poprzednio istniejącym wrzodem okrągłym żołądka. W literaturze spotykamy przeważnie tylko pojedyncze przypadki, opisane przez WORTMANN'a²⁾, MALKOWA³⁾, MATHIEU'a⁴⁾, DIEULAFOY'a⁵⁾, CHAPUT'a⁶⁾, a tylko PUŁAWSKI⁷⁾, HAMMERSCHLAG⁸⁾, ROSEN-

¹⁾ KROKIEWICZ. Przypadki zejścia śmiertelnego z powodu raka żołądka (*carcinoma ventriculi*) na podstawie materiału szpitalnego w prosektoryum szpitala głównego we Lwowie w ciągu roku 1894, 1895, 1896. Nowiny lekarskie. 1897. Nr. 11.

²⁾ Ein Fall v. Carcinoma ventriculi im Anschlufs an chronisches Magengeschwür. Dissertation, Würzburg. 1896/97.

³⁾ Ueber einen Fall von Carcinom des Pylorus mit Ulcus ventriculi rotundum combinirt. Botkins Krankenhausztg. 25—26. 1897.

⁴⁾ Sur 3 cas de cancer de l'estomac succédant à l'ulcère simple de l'estomac. Soc. méd. des hop. 20. juillet. 1897.

⁵⁾ Transformations de l'ulcère de l'estomac en cancer. Presse méd. 10 novembre. 1897.

⁶⁾ Ulcère gastrique avec dégénérescence cancéreuse au début. Présentation du malade. Soc. méd. des hop. 15 octobre. 1897.

⁷⁾ Rak żołądka na tle wrzodu okrągłego. Gazeta Lekarska. 1898. Nr. 35.

⁸⁾ JAWORSKI. Podręcznik chorób żołądka. 1899.

HEIM ¹⁾, HAUSER ²⁾, zwracają uwagę na dość częste pojawianie się raka żołądka w następstwie wrzodu okrągłego.

I tak: HAMMERSCHLAG opisuje na 42 przypadki raka żołądka aż 8, w których poprzedzał wrzód okrągły; ROSENHEIM przytacza na 50 przypadków raka żołądka, 4 razy powstanie nowotworu na bliźnie po wrzodzie okrągłym; HAUSER zaś podaje, iż w 5—6% wrzodu okrągłego żołądka rozwija się w następstwie nowotwór rakowy i to począwszy od brzegów.

W roku 1900 miałem sposobność spostrzegania na moim oddziale przypadku wytwarzania się raka żołądka na bliźnie po wrzodzie okrągłym, a ponieważ rozpoznanie kliniczne zostało w całości potwierdzone oględzinami pośmiertnymi, przeto postanowiłem sprawę tę podać do szerszej wiadomości.

L. S., lat 34 liczący, wyrobnik, przyjęty na oddział dnia 26. VI. 1900 r. Według wywiadów miał być poprzednio zupełnie zdrów i dopiero od 5 miesięcy zauważył brak łaknienia, odbijanie kwaśne, bóle i wymioty, występujące po jedzeniu, tudzież od czasu do czasu stolce smołowej barwy, maziste. Chory pozostawał wówczas w leczeniu szpitalnem przez dni 16, t. j. od 26. VI.—12. VII. Rozpoznanie kliniczne opiewało: *Observatio quoad ulcus ventriculi rotundum in parte pylorica. Gastrectasia. Chloranaemia.* Badanie treści żołądkowej stwierdziło obecność wolnego kwasu solnego przy znacznej kwasocie.

Przez cały czas pobytu w szpitalu chory nie gorączkował. Z powodu bólów żołądka i wymiotów stosowano w pierwszych 8-iu dniach odżywianie sztuczne przez odbytnicę, tudzież podawano w małych ilościach narkotyki i na czczo sól karlsbadzką. Skoro przy tem leczeniu bóle żołądka i wymioty ustały i chory mógł przyjmować pokarmy, opuścił na własne żądanie szpital w stanie dobrym z poleceniem używania nadal soli karlsbadzkiej.

W 9 tygodni później, t. j. 18. IX. tegoż roku, zgłosił się ów chory powtórnie do szpitala wśród tych samych objawów chorobowych. I wtedy po podaniu soli karlsbadzkiej i przepłukiwaniu żołądka wodą karlsbadzką, tudzież zastosowaniu narkotyków, stan chorego w ciągu dziesięciodniowego pobytu w szpitalu tak dalece się polepszył, iż opuścił on szpital w dniu 28. IX i powrócił do swej zwykłej pracy. I wówczas chemizm trawienia przemawiał w danym przypadku za obecnością wrzodu okrągłego żołądka, jak to wykazuje odnośny ustęp protokołu klinicznego.

Dnia 25. IX. na czczo wydobyto z żołądka około 100 ctm. sz. treści mętnej płynnej, odziaływania kwaśnego. Kwasota 60; Günzburg ++; w 2 godziny po podaniu 250 ctm. sz. mleka słodkiego i bułki:

wydobyta treść żołądka kwaśna; Günzburg —; Kongo ++

Leukocytoza na czczo 7000.

„ trawienna 7500.

Dnia 27. IX. na czczo wydobyto około 50 ctm. sz. treści płynnej, mętnej, kwaśnej; kwasota 30; Günzburg —; Kongo ++.

1) Zur Kenntniss des mit Krebs complicirten runden Magengeschwürs. Zeitschrift f. klin. Med. Bd. 1. Z. Str. 116.

2) Das runde Magengeschwür. Leipzig. 1883.

Leukocytoza na czczo 13000.

„ trawienna 6000.

W 6 tygodni później, t. j. 13. II. tegoż samego roku, po raz trzeci zgłosił się ów chory do szpitala z powodu bólów żołądka, od 3 tygodni trwających oraz z powodu bardzo znacznego ogólnego osłabienia i wyniszczenia.

Badanie chorego nazajutrz, t. j. 14. XI, wykazało:

Osobnik wzrostu średniego. Budowa i odżywienie liche. Skóra blada; w tkance podskórnej na kończynach dolnych obrzęk nieznaczny. Błona śluzowa ust blada. Ciężota ciała pod pachą 38,4° C.

Klatka piersiowa płaska. Płuco prawe: z przodu wypuk jawny do 5-go żebra w linii sutkowej, z tyłu do dolnego kąta łopatki; poniżej przytłumiony. Dolna granica płuca nieruchoma. W miejscu przytłumienia szmery oddechowe osłabione. Płuco lewe: z przodu wypuk jawny do 4-go żebra, z tyłu do 9-go żebra w linii przykręgowej wypuk jawny; poniżej przytłumiony i tamże granica płuc nieruchoma a szmery oddechowe osłabione. Liczba oddechów 30 na minutę. Krtani i tchawica bez zmian.

Serce prawidłowych rozmiarów; tony nieco głuche. Tętnice obwodowe wąskie; tętno drobne, 104 na minutę, regularne; w żyłach szyjowych szmery.

Brzuch wzdęty, zwłaszcza w okolicy żołądka i na ucisk bolesny. Język obłożony. Żołądek rozszerzony, sięga dolną krzywizną do pępka; zawiera treść płynną, wywołującą przy poruszaniu pluskanie. W jelitach mierna ilość kału.

Wątroba nie powiększona, niebolesna. Sledziona nieznacznie powiększona.

Mocz barwy żółtej, o odczynie kwaśnym, nie zawiera ani białka ani cukru. Chlorki nieznacznie zmniejszone.

Chory bardzo osłabiony tak, iż nie jest w stanie zrobić kroku o własnej sile.

W czasie 3-tygodniowego pobytu w szpitalu przez 2 tygodnie ciągle gorączkował, przyczem gorączka wykazywała typ niejednostajny a najwyższe wzniesienie wieczorne dochodziło do 39° C.; w ostatnich 8-iu dniach ciężota ciała była prawidłowa, a nawet niższa [35,6°]. Przez cały czas występowały silne bóle w żołądku, szerzące się ku tyłowi, poty, wzdęcie brzucha i klucie w bokach, zwłaszcza w boku prawym przy głębszym oddechu. Badanie fizykalne jamy brzusznej i żołądka dawało wynik ujemny; dopiero w ostatnich 10-ciu dniach można było wyczuć guz bolesny w okolicy odźwiernika, z każdym dniem niemal powiększający się a dochodzący do wielkości jaja gołębiego. Brak wymiotów i zaparcie. Siły chorego z dnia na dzień znikaly; z dnia na dzień również powiększał się obrzęk kończyn dolnych i nader szybko występowało ogólne charłactwo. W nocy z dnia 1/2 grudnia wystąpił obfity krwotok żołądkowy i chory po 24-ch godzinach wśród śpiączki (*coma*) zakończył życie. Badanie dokładne treści żołądkowej, ze względu na bardzo znaczne osłabienie chorego i niemożność wydobywania zawartości żołądka, nie mogło być uskutecznione; wymiociny fusowate nie zawierały wolnego kwasu solnego, natomiast ślady kwasu mlecznego.

Uwzględniając z jednej strony wynik badania treści żołądkowej [poprzednio dokonywanego w czasie dwukrotnego pobytu w szpitalu], stwierdzający zawsze obecność wolnego kwasu solnego i zwiększoną kwasotę, a z drugiej strony nadzwyczaj szybko postępujące charłactwo i wzrost guza bolesnego w okolicy odźwiernika w ostatnich 10-ciu dniach, rozpoznano w danym przypadku nowotwór złośliwy w części odźwiernikowej żołądka, wytworzony na tle wrzodu okrągłego. Rozpoznanie kliniczne w całości brzmiało jak następuje:

Observatio quoad neoplasma pylori post ulcus rotundum. Gastrectasia. Haematemesis. Atonia intestinorum. Hypoplasia vasorum. Residua post exsudatum pleuriticum bilaterale. Tumor lienis. Anaemia gravis c. hydraemia. Sekcja, dokonana dnia 3. XII. w zakładzie anatomii patologicznej Uniwersytetu Jagiellońskiego przez Dra GLIŃSKIEGO, asystenta, wykazała:

Rozpoznanie anatomiczne: *Stenosis carcinomatosa pylori in cicatrice post ulcus ventriculi rotundum cum dilatatione ventriculi. Catarrhus ventriculi chronicus. Metastases carcinomatosae gl. mesaraicarum. Adhaesiones pleuriticae tenues bilaterales. Bronchitis catarrhalis diffusa. Tumor lienis chronicus. Anaemia universalis permagna. Hydraemia.* Żołądek znacznie rozszerzony, sięga dolną krzywizną do pępka. Błona śluzowa groszkowana i pokryta gęstym śluzem. W części odźwiernikowej — na górnej i tylnej ścianie — widoczny brak tkanek, wielkości korony, o cechach zbliznowaciałego wrzodu okrągłego. Brak ten draży przez wszystkie warstwy ściany żołądka a dno jego stanowi lewy zraz wątroby, zrosnięty ze ścianą żołądka. Bliznowate brzegi wrzodu i ściana odźwiernika w najbliższym otoczeniu w górnej, tylnej i dolnej swej części zajęte są przez nacieczenie nowotworowe dość miękkie, miejscami na powierzchni rozpadające się, mimo to zwężające znacznie światło odźwiernika tak, iż on jest zaledwie drożny dla palca wskazującego. Jelito cienkie i grube zmian nie okazują. Gruczoły krezkowe w sąsiedztwie żołądka powiększone i zajęte przez nowotwór.

Przypadek nasz, jak to po bliższem rozstrząśnięciu wynika, zasługuje na uwagę z czterech względów:

- 1) z powodu wieku osobnika [liczącego 34 lata];
- 2) z powodu bezpośredniego związku przyczynowego pomiędzy wrzodem okrągłym żołądka a nowotworem rakowym;
- 3) z powodu chemizmu trawienia [poprzednio nadmierna kwasota przy obecności wolnego kwasu solnego];
- 4) z powodu szybkości powstawania nowotworu i charłactwa rakowego [z wszelkiem prawdopodobieństwem w ciągu ostatnich 6-iu tygodni życia].

Przypatrując się statystyce niemieckich autorów, uderza okoliczność, iż u nas tak rzadko pojawia się rak żołądka w następstwie wrzodu okrągłego. W czasie sprawowania obowiązków prosektora lub też zastępcy tegoż przez 7 lat w szpitalach głównych we Lwowie i Krakowie, nie przepominam sobie ani jednego podobnego przypadku, pomimo, iż materiał sekcyjny dochodził poważnej cyfry ogólnej około 7000. Przyczyny szukać należy w tem, iż u nas na stole sekcyjnym przeważa rak żołądka 4—8 razy nad wrzodem okrągłym. Dowodzi tego statystyka moja i CHEŁCHOWSKIEGO. Według pierwszej na 2713

sekyi, dokonanych w prosektoryum szpitala łwowskiego, w ciągu 3-eh lat przypadało tylko 7, t. j. 0,25% przypadków zejścia śmiertelnego z powodu wrzodu okrągłego żołądka a 59, t. j. 2,2% przypadków, z powodu raka żołądka; według drugiej ¹⁾ na 3791 sekyi, dokonanych w szpitalu warszawskim w ciągu lat 17-tu, tylko 33, t. j. 1%, przypada na wrzód okrągły żołądka, a 152, t. j. 4%, na raka żołądka. Jako moment uspasabiający do częstszego pojawiania się raka żołądka, należy uważać u naszej biednej ludności przeważnie żywienie się pokarmami roślinnymi. Inaczej rzecz się ma u ludności niemieckiej, głównie pokarmami mięsnymi się żywiącej i o wiele więcej przestrzegającej w ogóle zasad higieny żywienia.

Z ODDZIAŁU CHORÓB WEWNĘTRZNYCH DRA K. CHEŁCHOWSKIEGO (SZPITAL DZIECIĄTKA JEZUS W WARSZAWIE).

II. PRZYCZYNEK DO NAUKI O TĘŻYCZCE

Podał

W. Męczkowski

b. lekarz miejscowy szpitala Dzieciątka Jezus w Warszawie.

[Dokończenie. — Patrz Nr. 10].

I. Tężyczka. Otyłość. Zaćma dwustronna u 20 letniego człowieka.

W dniu 20. IV. 1896 r., przybył na oddział d-ra K. CHEŁCHOWSKIEGO w szpitalu Dzieciątka Jezus, 20-letni Z., rolnik. Od 2-eh lat chory zauważył osłabienie wzroku w lewym oku. Lekarze oznajmili mu, że jest to zaćma. Od pół roku ta sama sprawa wystąpiła w prawem oku. Z powodu zaćmy udał się do kliniki ocznej, w której mu dokonano *irideotomii* a potem *extractionem cataractae ocul. sin.* W pierwszych dniach kwietnia 1896 r. zjawił się silny katar, ogólna niemoc, później nieco wystąpił wrzód rogówki prawej. W dniu 18. IV. 1896 r. zjawiło się zdrętwienie i bolesność w rękach i nogach, a nazajutrz gwałtowne i bardzo bolesne skurcze w kończynach górnych i dolnych z zamgleniem przytomności i zatrzymaniem moczu. Z tego właśnie powodu chory przybył na nasz oddział. Tu przy badaniu zauważyliśmy: wzrost niski, uderzająca otyłość, w narządach wewnętrznych znaczne powiększenie wątroby, nadto zaś prawie wszystkie typowe objawy tężyczki; objaw TROUSSEAU, CHWOSTEK'a, ERB'a, HOFFMANN'a, nadczułość przy ucisku wielu pni nerwowych, wreszcie brak odruchów kolanowych. Napady skurczów występowały samoistnie, codzień po parę razy, w bardzo ostrej postaci, do 29. IV. 1896 r. Następnie po 3-dniowej przerwie, w czasie której jednak można było otrzymy-

¹⁾ JAWORSKI. Podręcznik chorób żołądka, 1899.

wać objawy TROUSSEAU, CHWOSTEK'a i ERB'a, znowu zjawily się bardzo silne i bolesne skurcze. Dnia 6 maja zaczęliśmy stosować *thyraden* [3×0,5]. Ostatni napad był 7-go maja. Po kilku dniach nie udawało się wywołać objawów TROUSSEAU. Chory opuścił oddział 1 czerwca 1896 r. Przez ten czas nie było więcej ani jednego napadu. Wybrał 60 proszków *thyradenu* po 0,5.

W przypadku opisanym uderzają dwa zjawiska: znaczna otyłość u młodego chłopaka, oraz wystąpienie zaćmy w tak młodym wieku.

Nasuwa tu się pytanie, czy zjawiska owe pozostają w jakimkolwiek związku genetycznym z tężyczką?

Ani spostrzeżenia kliniczne ani rozważanie teoretyczne, przy obecnym przynajmniej stanie wiedzy, nie upoważniają nas do wiązania tężyczki z otyłością.

A jednak możemy podejrzewać pewien związek pośredni, jakkolwiek nie znamy poszczególnych jego ogniw.

Istnieje mianowicie jakiś, bliżej nieznaną związek między otyłością a zaburzeniami w czynnościach gruczołu tarczowego. Faktem jest, że stosowanie wyciągu gruczołu tarczowego w wielu przypadkach otyłości wywiera wpływ niewątpliwie pomyślny. LEICHTENSTERN twierdzi, że gruczoł tarczowy wywiera wpływ na odżywianie skóry i reguluje zawartość wody i tłuszczu w *panniculus adiposus*: przy wzmożonej działalności wydzielniczej gruczołu następuje wzmożone spalanie tłuszczu; obniżenie zaś czynności gruczołu sprzyja odkładaniu się tłuszczu, a zupełny brak soku tarczowego prowadzi do *myxoedematu*. Czy pogląd LICHTENSTERN'a, przez wielu zresztą uważany za jednostronny, jest słusznym, wykaże przyszłość.

Dziś musimy się ograniczyć na stwierdzeniu pewnego nieznanego związku między otyłością a gruczołem tarczowym. Z drugiej znów strony znanym jest blizki związek tężyczki z zaburzeniami gruczołu tarczowego.

Te dwie przesłanki wskazywałyby na jakieś pokrewieństwo tężyczki z otyłością, choćby w tej formie, że są one równoległymi skutkami jednej przyczyny (*noxe*), kryjącej się być może w gruczole tarczowym.

Nie śmiemy tu wiązać przyczynowo zniknięcia objawów tężyczki ze stosowaniem przetworów gruczołu tarczowego. Musimy jednak zaznaczyć, że od czasu, jak zaczęliśmy stosować *thyraden*, napady skurczów nie zjawily się więcej.

Nie mniej interesującym jest wystąpienie zaćmy w 18-ym roku życia. Zaćma przy tężyczce nie jest bynajmniej objawem wyjątkowym. MEINERT widzi w tem wynik zaburzeń odżywczych. PETERS w oddzielnej monografii [1898] przypisuje całą sprawę wpływom mechanicznym. Według niego w skurczach tonicznych, właściwych tężyczce, biorą udział mięśnie rzęskowe (*mm. ciliares*). Skutkiem skurczu tych mięśni zmniejsza się prawidłowy dowóz materiału odżywczego, na co soczewka reaguje w ten sposób, że jądro się kurczy. Takie kurczenie się powoduje wyciskanie, wypieranie cieczy z jądra, co prowadzi do tworzenia w niem szczelin i wywiera wpływ stanowczy na wzajemny stosunek kory i jądra i na układ zmiętnienia.

Hipoteza ta byłaby niezmiernie ponętną, bo w sposób jasny tłumaczyłaby powstawanie zaćmy w tężyczce. Lecz nie możemy jej pogodzić z naszym przypadkiem. Hipoteza A. PETERS'a przypuszcza jako zjawisko pierwotne występowanie tężyczki i właściwych jej skurczów. Tymczasem w naszym przypadku tworzenie się zaćmy o dwa lata poprzedziło wystąpienie tężyczki. Przypadek przeto powyższy nie tylko nie daje się wytłumaczyć hipotezą PETERS'a, lecz nawet przemawia wprost przeciwko niej.

W każdym razie w naszym przypadku wpływy mechaniczne nie mogą tłumaczyć zaćmy. Należałoby może raczej przypuszczać, że ta skaza ogólna, której wyrazem była tężyczka i otyłość, oraz zaburzenia w przemianie materii, z nią związane, wytworzyły warunki, które spowodowały wystąpienie zaćmy.

Gdybyśmy teraz zadali sobie pytanie, do jakiej kategorii należy zaliczyć opisany przypadek tężyczki, to sądzimy, że w myśl poprzednich naszych uwag możemy w tym razie związać go z zaburzeniami w czynnościach gruczołu tarczowego.

II. Tężyczka u 1½-letniego dziecka, wysypka podobna do odrowej, zapalenie płuc, śmierć.

1½-letni wychowanek Domu Wychowawczego przy szpitalu Dzieciątka Jezus został pomieszczony 20. IV. 1899 r. na oddziale D-rów ANDERSA i KAMIĘŃSKIEGO z powodu przykurczeń rąk. O początku choroby nic nie wiadomo. Przy badaniu znaleziono: odżywianie bardzo liche, wyraźne objawy krzywicy, obie rączki przykurczone (*main d'accoucheur*), stopy zgięte (*flexio plantaris*), objaw TROUSSEAU, objaw CHWOSTEK'a, odruchów kolanowych i stopowych brak, stan podgorączkowy [37,6—38,0°], nadto znaczna ilość rzężeń wilgotnych i trzeszczeń w płucach. Stan skurczu w rękach i stopach trwał bez zmiany do 26. IV. 1899 r. Później występowały napady bardziej krótkotrwałe, jakby stopniowo słabły, choć nie zniknęły zupełnie, gdy w dniu 14. V. 1899 r. przy niewielkiej gorączce [38,0°—38,6°—raz jeden tylko 38,8°] wystąpiła na całym ciele drobno-grudkowata różowa wysypka, podobna do odrowej, a jednocześnie wzmogły się objawy *pneumoniae catarrhalis sin.* oraz zjawiła się *angina follicularis*. Po 3-ch dniach wysypka poczęła blednąć, poczem nastąpiło bardzo wyraźne i obfite łuszczenie. Przy wzmagających się objawach zapalenia płuc dziecko zmarło dnia 21. V. 1899 r. Zaznaczyć należy, że skurczu głośni nie bywało. Przypadek powyższy z zupełną pewnością zaliczyć możemy do kategorii cierpień zakaźnych.

Przypadek powyższy jest interesującym ze względu na wystąpienie wysypki, podobnej do odry. FRANKL-HOCHWART zna zaledwie jeden przypadek, w którym po kilkakrotnych napadach tężyczki wystąpiła na trzeci dzień odra. W tym przypadku tężyczkę możnaby uważać za okres zwiastunowy odry.

Czy można jednak powiedzieć to o naszym przypadku?

Czy możemy wysypkę w tym razie nazwać odrą i poczytywać tężyczkę za okres wylęgania odry? Przedewszystkiem okres wylęgania 22 dni—przy stanie podgorączkowym—byłby zjawiskiem conajmniej niezwykłym. Następnie w przebiegu cierpienia nie można było wyodrębnić pewnych okresów. Prze-

ciwnie, dawała się zauważyć pewna ciągłość. Objawy zapalne w płucach istniały od samego początku, a w czasie wysypania doszły tylko do najwyższego rozwoju.

Wreszcie jednoczesne wystąpienie *anginae follicularis* oraz bardzo obfite łuszczenie się na całym ciele w postaci dość dużych płatów odbiega także od zwykłego przebiegu odry.

W każdym razie trudno byłoby przyjąć w tym razie typowy obraz odry. Raczej bylibyśmy skłonni uważać tężyczkę za cierpienie zakaźne w przebiegu którego wystąpiła wysypka, bardzo podobna do odrowej.

Odnośnie do krzywicy, to bylibyśmy zdania, że w tym razie mogła ona mieć zaledwie znaczenie momentu usposabiającego.

III. Tężyczka—*dermatitis exfoliativa* Brocq'a—śmierć.

Przypadek powyższy ze względu na szczególniejszy przebieg cierpienia musimy opisać nieco obszerniej.

W dniu 13. II. 1899 r., przybył na oddział D-ra K. CHEŁCHOWSKIEGO w szpitalu Dzieciątka Jezus, 28-letni, woźny sądowy z Warszawy. Chory uskarżał się na bóle w kończynach górnych i dolnych [zwłaszcza w przedramionach i łydkach], bóle w stawach kolanowych, stopowych i napiętkowych i ogólne osłabienie. Mniej więcej 4 tygodnie temu [między 13. I. i 18 I.] na ulicy dostał ataku, upadł, stracił przytomność, wystąpiły drgawki głowy i kończyn [o tem opowiadali mi inni]. Jak długo trwał atak, nie wie. Od tego czasu zjawyły się bóle w kończynach i osłabienie. Nadto codzien lub kilka razy dziennie zdarzały się takie zjawiska: w kończynie górnej [najczęściej lewej] zjawia się klucie, ból, później zginają się palce, a wreszcie cała kończyna zostaje przykurczona do tułowia. Towarzyszy temu zdrętwienie całej kończyny. Napad taki trwał 2—3 minuty i stopniowo znikał. Klucie, zdrętwienie w kończynie było zwykle zwiastunem tak, że chory przewidując napad, o ile coś trzymał w lewej ręce, zwykle rzucał lub brał do prawej.

W nocy o godz. 5-ej rano 13. II. zjawił się bardzo silny skurcz palców obu rąk [silniej lewej] przy bardzo silnym bólu w palcach i całej kończynie. Napad ten trwał cały dzień i dopiero wieczorem [już w szpitalu] ustąpił. Jednocześnie zjawilo się silne osłabienie ogólne i jakieś zamglenie oczu tak, że idąc do szpitala obawiał się, aby nie wpaść pod konie. Wieczorem tegoż dnia wystąpił bolesny skurcz palców stopy (*flexio plantaris*). Z powodu bólów i kurczenia palców leży od 3-ch dni. Od początku choroby oddech bywa utrudniony. W ostatnich dniach występuje to coraz częściej, zwłaszcza przy picciu zimnej wody, przy polykaniu zimnego powietrza lub przy dłuższej rozmowie: czuje wtedy jakieś duszenie w gardle.

Chory od 3-ch lat jest woźnym w sądzie, przedtem przez 4 miesiące był konduktorem na drodze żelaznej, dawniej był przez 4 lata stójkowym w Wilnie jeszcze pierwiej pracował przez 3 lata w piekarni. Urodzony w Kownie. Rodzice żyją i zdrowi. Rodzeństwa niema. Pozatem o rodzinie swej nic nie wie. Nie przypomina sobie, aby w dzieciństwie przechodził krzywicę. W 12 15 roku życia chorował na glisty, leczyl się na to dość długo. Innych chorób nie prze-

bywał. Od wielu lat pija dużo wódki [codziennie kulka kieliszków a często więcej]. W wilię wystąpienia silnych skurczów [12. II.] był w restauracji, w której dużo pił i jadł, lecz zdarzało się to często i tym razem, jak zwykle, żadnych dolegliwości żołądkowych nie doznał. Wogóle zaburzeń żołądkowych i kiszkowych nie doznawał.

Chory mieszka w jednym, względnie ciasnym mieszkaniu wspólnie z 15 innymi woźnymi. Żaden z jego towarzyszków ani przedtem ani w czasie jego choroby w podobny sposób nie chorował. Przed 1/2 rokiem przebywał rzeżączkę, leczyl się dosyć dokładnie. Przymiotu stanowczo jakoby nie przechodził. *Abusus in Venere*.

Status praesens 14. II. 1899 r. Budowa i odżywianie mierne. P. 84. R. 24. Stan bezgorączkowy. Ruchy bierne i czynne w stawach napięstkowych [zwł. prawym], w łokciowych i palcach rąk mocno ograniczone. Ruchy rozginaaczy obu rąk, zwłaszcza prawej, osłabione. Zbliżanie i oddalanie palców od środkowej linii prawej ręki niemożliwe. Ręce trzyma silnie zgięte w stanie pronacji. W pozycji siedzącej, a zwłaszcza stojącej tułów zgięty. Stopy stale zgięte (*flexio plantaris*) tak silnie, że niepodobna ich rozgiąć.

Przy ucisku [2—3 min.] w *sulc. bicipit.* obu kończyn górnych [zwł. lewej] występują kurcze toniczne w palcach: pierwsze, członeczki są zgięte, środkowe i ostatnie wyprostowane, palce, zwł. trzy pierwsze, silnie zbliżone. Skurcz palców poprzedzany bywa przez klucie [jakby igiełkami] i ból w przedramieniu, później to samo w palcach, wreszcie drętwienie. Po paru minutach skurcz znika [objaw TROUSSEAU]. Takie same skurcze zjawiają się w palcach po założeniu bandaża ESMARCH'a na ramię [skurcz b. silny] przy ucisku *plex. brachial.* z lewej strony. Przy uderzeniu młotkiem w okolicy *pes anser. major* skurcz w mięśniach twarzy [objaw CHWOSTEK'a]. Tenże objaw występuje przy uderzaniu *n. ulnaris, radialis, medianus*. Przy ucisku bolesne punkty: z n. promieniowego, łokciowego, głównie środkowego [zwł. z lewej strony], biodrowego, kulszowego, *tibialis, peroneus*.

Ze strony oczów i nerwów czaszkowych żadnych zmian. Czucie dotyku prawidłowe. Czucie bólu wydaje się na całym ciele obniżone. Odruchy kolanowe bardzo osłabione, brzuszne słabe, z *m. cremast.* żywe [zwł. lewy]. Odruchy gardzielowe bardzo wzmoczone.

Odczyn na prąd galwaniczny b. wybitnie wzmoczony. Najsilniejszy odczyn z *n. median.* i *radial.* Natomiast odczyn na prąd faradyczny nie wydaje się zmieniony [i tu najsilniejszy z *n. median.*]. Narządy wewnętrzne wykazują stosunki prawidłowe, niekiedy tylko *respir. stenotica*. Wyraźnych znamion histerycznych niema. Mocz ilość dobową 1300, c. g. 1015, odczyn kwaśny, w moczu niewielka ilość białka, osad nie nieprawidłowego nie zawiera.

Waga 64,4 klg. Rozpoznano tężyczkę, obok zakaźnego zajęcia stawów. Zalecono *natr. salicyl.* i *kal. brom.*

Dnia 15. II. stawy napięstkowe, zwł. prawy, znacznie obrzmiałe, b. bolesne, skóra tu zaczerwieniona. Zresztą ruchy w palcach, także zginanie stopy lepsze, bóle w kończynach mniejsze. Wyrostki cierniste 2—4 kręgow grzbie-

towych bolesne: przy ucisku ich występuje zdrętwienie w prawej goleni i stopie i silne skurcze w prawej stopie.

Dnia 16. II.—28. II. W ciągu paru dni bolesne obrzmienie zniknęło. Stan podmiotowo lepszy. Skurcze w rękach i stopach występują i samoistnie i przy ucisku. Skurcze w palcach rąk bywają różnego typu: 1) wszystkie w silnej addukcyi, a pierwszy nieco pod drugim; 2) wszystkie w addukcyi, przyczem 1-szy i 5-ty nieco podłożone pod silnie złączone 2-gi, 3-ci i 4-ty; 3) pierwsze trzy w silnej addukcyi, a 4-ty i 5-ty oddzielone i rozsunięte; 4) wszystkie rozsunięte; 5) wszystkie palce ściśnięte w pięść. Przy ucisku w *sulc. bicip. int. sin.* często występuje naprzód skurez palców prawej ręki [najczęściej typu 4-go], później dopiero lewej ręki; odwrotne zjawisko [przy ucisku *sulc. dextr.* skurez w lewej] daje się wywołać bardzo rzadko i w bardzo słabej postaci. Objawy TROUSSEAU i CHWOSTEK'a występują to wyraźniej, to słabiej. Samoistne skurcze zjawiają się często przy ruchach [gdy bierze coś cięższego do ręki — w rękach], przy chodzeniu [w stopach objaw THOMSEN'a]. Wogóle skurez występuje częściej w dzień niż w nocy. Na prawej powiece zjawił się jęczmień, na kończynach górnych kilka wrzodzianek (*furunculi*). Białko w moczu zniknęło. Ilość dobową moczu zwiększona.

Dnia 1. III. 1899 r. Czuje się znacznie gorzej: silne bóle w rękach i nogach, skurcze b. bolesne. Badanie wziernikiem krtani zmian nie wykazało [badanie b. utrudnione ze względu na wielką wrażliwość gardzieli]. Po napięciu się zimnej wody wystąpił skurez, przy powtórnym badaniu krtani skurez toniczny mięśni zwięzających szparę głosową: przy oddechu i mowie szpara mało się rozszerza [Dr. KARWOWSKI, ŚWIĄTECKI].

Dnia 2. III.—9. III. Ogólna niemoc, silne bóle w goleniach i stopach. Dla przekonania się czy *tetania* nie zależy tu od rozszerzenia żołądka, badano zgłębnikiem żołądek na czczo: otrzymano 50 ctm. sz. żółtej cieczy bez resztek pokarmowych, odczynu obojętnego. Po napełnieniu żołądka wodą, górna jego granica określa się 3—4 ctm. nad pępkiem. Przy dwukrotnem badaniu żołądka po próbnem śniadaniu znaleziono: ciecz słabo kwaśna, ogólna kwasota 21%; wolnego kwasu solnego niema, kwasu mlecznego nie zawiera; próba na białko [HNO_3] wykazuje niewielką ilość białka; odczyn na peptony wyraźny, ilość ich mała. Pepsyna jest. Zalecono *sal carolin.*

Dnia 10. III. Bardzo częste i bolesne skurcze w rękach, nogach i krtani, całą noc krzyczał, uspokoił się pod wpływem wstrzykiwań morfiny. W nocy nadto uczuwał napady ściskania na wysokości dolnej części mostka, połączone z dusznością.

Dzisiaj wystąpiła wysypka: plamy czerwone i małe grudki [od łepka szpilki do ziarnka prosa]. Najwyraźniej występuje ta wysypka na twarzy, na czole i na bokach szyi. Na kończynach głównie są grudki, zresztą blade, przeważnie po stronie rozginaczy. P. 90. *Stat. subfebril.*

Dnia 11. III. Wysypka większa, przypomina odrową: najwięcej na twarzy, później na zewnętrznej powierzchni kończyn górnych i przedniej powierzchni ud. Golenie i stopy wolne. Na plecach masa czerwono-różowych grudek. Bardzo silne bóle w kończynach. Ogólna niemoc. W okolicy lewego łokcia

na zewnętrznej powierzchni przedramienia zaczerwienione miejsce na przestrzeni 30—35 ctm. sz., b. bolesne przy dotyku. Kataru nosa, ani łzawienia ani kaszlu niema. Błony śluzowe gardzieli i powiek zaczerwienione.

Dnia 13. III. Wysypka blednie, bóle mniejsze, choć silne i prawie stałe. Osłabienie znaczne, zwłaszcza w kończynach górnych (*paresis*): sam nie może jeść, tak że go karmią. Zresztą apetyt b. mały. Często zaparcie stolca.

Dnia 15. III. Wysypka stopniowo znika. Bóle mniejsze. Na udach prawie rozlana *erythema* z niebieskawym odcieniem, na palcach stopy rozlana si-
ność. Pareza kończyn górnych, zwłaszcza rąk. Skurczów niema samoistnych; zjawiają się przy ruchach czynnych [skurcze zamiarowe]. *Stomatitis*. *Herpes labial. sin.* Katar nosa; kaszlu niema. P. 80. Odruchów kolanowych zaledwie ślady.

Dnia 16. III.—19. III. Łuszczenie. Czuje się lepiej. Objaw TROUSSEAU zawsze jest, objaw CHWOSTEK'a to wyraźniejszy, to słabszy. Samoistnych skurczów przez 2 dni nie było, później po kilka razy dziennie. Wysypka.

Dnia 20. III. Wczoraj po południu napad drgawek tonicznych w kończynach i mięśniach szyi lewej strony, z utratą świadomości, z pianą na ustach, przyczem jakoby silny skurcz krtani. W drgawkach brały udział jakoby mięśnie oczu [oczy miał mieć powykręcane]; po upływie $\frac{1}{2}$ godziny przyszedł do siebie, nie spał i odrazu czuł się dobrze. Dziś z rana na plecach i na kończynach zjawia się wysypka plamista, rozlana, czerwono-różowa, swędząca. Jęczmień powtórnie na prawej powiece dolnej. Łuszczenie na twarzy trwa dalej.

Dnia 21. III. Wysypka rozlana na całym prawie ciele, przypominająca różę. Łamanie w rękach i nogach; w rękach i stopach b. bolesne skurcze. Wysypka nie swędzi.

Dnia 22. III. Wysypka b. obfita na całym ciele [wolne tylko okolice pod pachami]. Gruczoły pachowe, szyjowe, pachwinowe powiększone; śledziona nie powiększona. B. dokuczliwe bóle w kończynach, zwłaszcza w obwodowych częściach. Mocz c. g. 1629 bez cukru, zawiera niewiele białka. Obrzęk skóry, zwłaszcza na palcach kończyn; *oedema praeputii*. P. 94. Objawy TROUSSEAU i CHWOSTEK'a jak dawniej.

Dnia 23. III. Obrzmienie powiek, zwłaszcza górnych. Bóle b. silne, *ischuria* znaczna [przez 18 godzin nie oddawał moczu].

Dnia 24. III. Wysypka bez zmiany. Zgrubienie i stwardnienie paznogi i brzośców palców. Mocz oddaje więcej, sinica stóp i dolnych części goleni. Szczękościsk.

Dnia 25. III. Bóle mniejsze, czuje się lepiej. Wysypka blednie. Powieki tak obrzmiały, że zaledwie może patrzeć. Na twarzy zaczyna się w niektórych miejscach łuszczenie [brwi, *fossae caninae*], które tworzy białe plamy. Katar nosa. Szczękościsk [szczęki przepuszczają zaledwie mały palec]. *Oedema glandis penis*. Kilkakrotne skurcze palców, lecz krótkie i słabe.

Dnia 26. III. Szczękościsk bez zmiany. Silne łuszczenie na twarzy: naskórek odpada całymi płatami. Skurcze niebolesne.

Dnia 27. III. Szczęki otwiera dobrze; łuszczenie na twarzy wielkimi kawałkami, skóra na kończynach sucha, cała pofałdowana [zwłaszcza na rękach i stopach]. Skurcze samoistne kilka razy.

Dnia 28. III. Na kończynach górnych pofałdowana skóra pęka i zaczyna odpadać. Bezsenność. Stolec 5 razy.

Dnia 30. III. Odpadanie skóry trwa dalej. Od godz. 4-ej z rana bardzo bolesny skurcz w rękach i stopach; z bólu płacze. Skurcz ten trwał stale do godz. 6-ej po poł. Na ramionach, a zwłaszcza na klatce piersiowej, na miejscu poprzedniej wysypki masa drobniotkich białych pęcherzyków, które przy najlżejszem dotknięciu pękają i wydzielają ciecz surowiczą. Bóle w brzuchu. Stolec 4 razy.

Dnia 1. IV. P. 92. Pęcherzyki zniknęły. Odpadanie naskórka bez zmiany. Bóle w stawach napięstkowych i stopowych. Bóle w brzuchu. Mocz oddawał w ciągu doby tylko jeden raz ze stolcem.

Dnia 4. IV. Łuszczenie bez zmiany; toniczny skurcz mięśni stopy i goleni. Stolec 2 razy. Bóle w brzuchu. Mocz mało. Z powieki obficie wydziela się ropa (*blepharo-adenitis, conjunctivitis*). *Eczema auriculi utriusque*. Znaczne osłabienie.

Dnia 5. IV. Silne bóle w kończynach i w brzuchu. Mocz nie oddawał przez całą dobę; pęcherz moczowy przepełniony. P. 102. Objaw TROUSSEAU wyraźny, objaw CHWOSTEK'a b. słaby. Samoistne skurcze w palcach kilka razy. Po południu oddał 520 ctm. sz. moczu—c. g. 1024 bez cukru i białka.

Dnia 7. IV. Silne bóle w kończynach i w brzuchu. Na kubek schodził koło 20 razy. Obfity ślinotok i obfity wypływ z nosa. Ogromne osłabienie. W południe obfity pot na twarzy, później dreszcze. Tętno w obu tętnicach promieniowych niewyczuwalne. Uderzeń serca 120. Sinica nosa, warg, rąk. Rozszerzenie serca: granica tępości z góry--3-cie żebro, z lewej strony--na 4 ctm. na zewnątrz od *l. mamm. sin.*, z prawej strony—połowa mostka. Po południu wymioty.

Dnia 8. IV. Ogólna niemoc. Zamglenie przytomności; tętno wyraźniejsze, 78. O godz. 10 rano przy drgawkach kończyn górnych zmarł.

Badanie pośmiertne, dokonane przez prof. E. PRZEWOSKIEGO, wykazało:

O p o n a t w a r d a: w zatoce podłużnej górnej dość dużo krwi. Twardówka średniej grubości, na wewnętrznej powierzchni blada. Opona miękka oddziela się łatwo. Rdzeń kręgowy, przedłużony, mózg i mózdzek żadnych zmian nie wykazują. *Pericarditis seroso-fibrinosa acuta*. Zmętnienie mięszone mięśnia lewej komory; zwyrodnienie tłuszczowe mięśnia prawej komory. *Tumor acutus lienis*. Zmętnienie mięszone wątroby i nerek. *Enteritis acuta*; gruczoły krezkowe powiększone, czerwonawe, nieco rozmiękczone.

Do badania drobnowidzowego wzięto:

Kawałki kory z *gyrus central.*, pień mózgowy, rdzeń kręgowy, *nn. median., radial., ischiadic., peroneus* oraz mięśnie *mm. extens. digit. commun., suralis* i *quadriceps cruris*.

Stosowano metody: NISSL'a, WEIGERT'a, PAL'a, UPSON'a i KULCZYCKIEGO. Wyniki badań mikroskopowych były zupełnie ujemne.

Streszczając opis powyższy, możemy powiedzieć: 28-letni mężczyzna, alkoholik, zresztą dotychczas wogóle zdrowy, dostaje bez widocznego powodu [15. I. 1899.] napadów, w których po przybyciu do szpitala [13. II. 1899.] stwierdzono typowy obraz tężyczki, z zajęciem stawów. Po 3-tygodniowym pobycie w szpitalu [10. III. 1899.], wśród ciągłych napadów, przy miernej gorączce, występuje na całym ciele, bez szczególnego umiejscowienia wysypka, przypominająca odrę, lecz bez objawów nieżyty oskrzeli, nosa, powiek. Po 5-iu dniach wysypka znika, na udach zjawia się rozlane zaczerwienienie z niebieskawym odcieniem, na stopach sinica, poczem następuje obfite łuszczenie, pozorujące białe plamy, zwłaszcza na twarzy i kończynach górnych. W 4 dni po zniknięciu powyższej wysypki napady skurczów bardzo się wzmagają. Nazajutrz, pomimo trwającego wciąż łuszczenia, występuje wysypka różowata, rozlana, swędząca. W ciągu 2-eh dni wysypka obejmuje całe ciało, skóra a zwłaszcza napletek, żołądź i powieki wyraźnie obrzmiewają, stan ogólny b. ciężki, *ischuria*, sinica stóp i goleni, widoczne zniekształcenie paznogi, wreszcie szczękocisk. Po 5-iu dniach rozlana czerwoność zaczyna blednąć, skóra, zwłaszcza na kończynach, staje się suchą, układa się w wyraźne i gęste fałdy poprzeczne, poczem rozpoczyna się łuszczenie: naskórek na miejscu fałd pęka i zaczyna opadać dużymi płatami, zwłaszcza na kończynach i tułowiu. Takie odpadanie naskórka, stopniowo rozszerzające się na całe ciało, trwa do dnia śmierci [8. IV. 1899.]. Na parę dni przed śmiercią stwierdzono ostre rozszerzenie serca. Przez cały czas od wystąpienia pierwszej wysypki stan był podgorączkowy, w moczu to zjawiało się białko, to znikало, ilość moczu była przeważnie zmniejszona, gruczoły stale powiększone, a stan podmiotowy chorego ciężki. Dodać do tego należy kilkakrotny jęczmień na powiekach, *herpes labialis*, liczne wrzodzianki, wydzielanie się ropy z powiek, śliny z ust i śluzu z nosa.

Zastanawiając się nad obrazem powyższym, musimy zaznaczyć, że wywiady i początek choroby nie wskazują nam żadnych danych, któreby przyczynowo tłómaczyły wystąpienie tężyczki, tembardziej, że chory był człowiekiem względnie inteligentnym i był w stanie dokładnie odpowiadać na wielokrotne szczegółowe rozpytywania.

Natomiast przebieg cierpienia od początku do końca wskazuje, że mieliśmy tu do czynienia ze sprawą zakaźną. Przemawia zatem stan gorączkowy, zajęcie stawów, *herpes labialis*, parokrotne występowanie wysypki ogólnej, białko w moczu, ropienie powiek i t. p. Jestto tak wyraźne w tym razie, że nie wymaga bliższego omawiania. Natomiast zasługuje na bliższą uwagę wysypka.

Jeśli w poprzednio opisanym przypadku można mieć niejaki wątpliwość, czy nie mieliśmy do czynienia z odrą, to w tym razie przypuszczenie takie jest niemożliwe. 4-tygodniowy okres wylęgania, brak nieżyty oskrzeli, powiek i nosa, wystąpienie na kończynach dolnych rozlanego zaczerwienienia z niebieskawym odcieniem po zniknięciu drobno-grudkowatej wysypki z twarzy i kończyn górnych, wreszcie obfite łuszczenie się w postaci sporych białych płatów—wszystko to pozwala niewątpliwie wyłączyć odrę. Bardziej jeszcze utwierdza

nas w tem przekonaniu powtórna wysypka, którą jednak możemy uważać za drugi okres tejże samej sprawy wysypkowej. W tym właśnie drugim okresie widział chorego kol. A. KOZERSKI i rozpoznał *dermatitis exfoliativa generalisata* Brocq'a.

Istotnie porównyując z opisem, podanym przez Brocq'a w jego podręczniku, znaleźliśmy dokładnie, nawet co do drobnych szczegółów, powtórzony obraz spostrzegany u naszego chorego: taka sama wysypka, to samo charakterystyczne łuszczenie, stan gorączkowy, zajęcie paznokci, błon śluzowych i t. p. Mówi również Brocq o powikłaniach ze strony serca, co było także i w naszym przypadku w postaci ostrego rozszerzenia serca i zapalenia osierdzia. O naturze tego cierpienia skórniego poza tem, że jest ono chorobą zakaźną, mało co wiemy. Trudno też jest bardzo orzec, w jaki sposób w naszym przypadku było ono związane z tężyczką.

Czerwiec 1900.

L I T E R A T U R A.



- 1) L. DUBBEWICZ. Kurecz głośni u dziecka (*spasmus glottidis infantum*) Gaz. Lek. 1868. str. 697. [Ze względu na to, że obok skureczu głośni występowały skureze rąk i stóp, podejrzewać należy, że była to prawdziwa tężyczka]. — 2) SOMMER F. Kurecz głośni u podrzutków w Szpitalu Dzieciątka Jezus Pam. Tow. Lek. Warsz. 1871. LXV. 135 [z krótkiego sprawozdania, dotyczącego 6 przypadków, trudno wnioskować o naturze cierpienia]. — 3) ROSENBLATT E. Trzy przypadki tężyczki u dzieci. Przegl. Lek. 1883. XXII. 335. — 4) MALINOWSKI A. Przyczynę do etyologii przykureczeń u dzieci. Przykureczenie kończyn w przebiegu ostrego niezytu żołądka i kiszki. Gaz. Lek. 1885. V. 602. [z opisu podejrzewać można, że chodzi tu o tężyczkę].
- 5) ŚWIĄTECKI WŁAD. Przypadek tężyczki czyli tetanii. Gaz. Lek. 1891. str. 135 — 150 — 181.
- 6) KRAMSZTYK J. Tężyczka samoistna [Tetania] u dzieci. Medycyna. 1892. NN. 35 — 37.
- 7) KRAMSZTYK J. Skurecz głośni, jako objaw tężyczki. Medycyna. 1893. Nr. 19. — 8) GOLDBAUM M. Przypadek tężyczki, zakończony nagłą śmiercią. Gaz. Lek. 1897. Nr. 6. — 9) KRAUSHAR M. Tężyczka jawna i utajona u dzieci. Medycyna. 1900. NN. 26 i 27. — 10) FRANKL-HOCHWART. Die Tetanie Wien 1897. — 11) G. VASSALE. Tetania da allattamento in una cagna parzialmente paratiroideotomizzata Riv. sperim. di Freniatria [ref. w Neurolog. Centralbl. 1899. Nr. 4].
- 12) GILBERT. De la tétanie hépatique. Com. Rend. de la Societe de la biolog. 30 I 1897. [refer. w Jahresber. ueber die Neurologie]. — 13) J. HOFFMANN. Weiterer Beitrag zur Lehre von der Tetanie. Deut. Zeitschr. f. Nervenheilkunde. Bd. IX. S. 278. — 14) B. BENDIX. Beiträge zur Tetanie der Kinder. Charité Annalen. 1897. — 15) MENKE. Schilddrüse und Myxoedem. Berl. Klin. Woch. 1898. Nr. 51 s. 1132. — 16) JAKSCH. Klinische Beiträge zur Kenntniss der Tetanie. Zeitschr. f. Klin. Med. 1890. Bd. XVII. s. 144. — 17) H. SCHLESINGER Versuch einer Theorie der Tetanie. Neurol. Centralbl. 1892. Nr. 3 s. 66. — 18) R. FISCHL. Tetanie, Laryngopasmus und ihre Beziehungen. zur Rachitis. Deut. Medic. Woch. 2897. NN. 10 — 11. — 19) L. BROcq. Traitement. des maladies de la peau. Paris. 1890—pp. 635 et sequ. — 20) P. UNNA. Lehrbuch der speciellen pathologischen anatomie. Berlin. 1894. s. 279 et sequ. — 21) Sr. KÖSTER. Ein Fall von Tetanie mit. Eigenthümlichen Sections Befund. Zeitschr. f. Nervenheilkunde IX. s. 207. — 22) MEINERT. Tetanie in der Schwangerschaft. Arch. f. Gynäe. Bd. XXX. (refer. w VIRCHOW'S JAHRESBERICHT). — 23) BERNHARD. Ueber das Vorkommen der idiopathischen Tetanie in Berlin. Berl. Klin. Woch. 1891. Nr. 26. — 24) ROMME. Etiologie de la tetanie chez les enfans. Gaz. Hebdom. de Med. et de Chirurgie. 1897 p. 73. (Według Jahresber. ueber die Neurolog.). — 25) KUNN. Ueber Augenmuskelkrämpfe bei Tetanie. Deut. Medic. Woch. 1897. Nr. 26. — 26) BERLIKHEIMER. Ueber einen Fall von Magentetanie. Berl. Klin. Woch. 1897. Nr. 36. — 27) KASSOWITZ. Tetanie u. Autointoxi-

xication in Kindesalter. Wien. Medic. Presse 1897. Nr. 17. (wedł. VIRCHOW'S JAHRESBERICHT).
28) ESCHERICH. Begriff und Vorkommen der Tetanie in Kindesalter. Berl. Klin. Woch. 1897.
29) A. PETERS. Tetanie und Starbildung. (1898 Bonn) (według Neurolog. Centralbl. 1899.
Nr. 4 s. 171).

Z ODDZIAŁU D-RA MED. ANT. ELZENBERGA DLA CHORYCH SKÓRNYCH I WENERYCZNYCH
W WARSZAWSKIM SZPITALU STAROZAKONNYCH.

II. PRZYCZYNEK KLINICZNY I ANATOMICZNY DO NAUKI O PÓŹNYM SYFILISIE SKÓRY.

Podał

Dr. Robert Bernhardt,

lekarz szpitala 8-go Łazarza w Warszawie.

— † — † —
[Dalszy ciąg — Patrz Nr. 10].

Przechodząc do omówienia strony klinicznej danego przypadku, przede wszystkim zwrócę uwagę na cechy zewnętrzne gumatów. Otóż ich wygląd, wielkość niepomierna, spoistość niemal chrząstki i t. d. tak dalece różnią się od zwykłych gumatów skórnych, że rozpoznanie staje się nad wyraz trudnem. Co prawda, w chwili przybycia chorego do szpitala obraz kliniczny nie był tak skomplikowany, to też rozpoznanie istoty cierpienia było wówczas dosyć łatwe. Dzisiaj jednak, wobec kolosalnego rozrostu gumatów, których liczba ciągle się powiększa, wobec szybkiego przejścia w rozległe nacieczenia i owrzodzenia tych ostatnich—obraz kliniczny zmienił się do tego stopnia i tak różni się od typu przeciętnego, że kto widzi chorego, ten nawet nie przypuszcza, iż ma przed sobą syfilityka ¹⁾. Zasluguje też na uwagę znaczna liczba gumatów—do 30,—które w stosunkowo krótkim czasie powstały w różnych częściach ciała. Zdawać by się mogło, iż cała skóra tego osobnika jest zmieniona, że wszędzie w niej leżą niewidzialne, drzemiące zarodki gumatów, które do życia powołuje jakaś niepochwytana tajemnicza przyczyna. Oryginalnym jest również sposób powiększania się gumatów, o którym powyżej wspominałem. Dalej przypomnę, że gumaty są albo zupełnie niebolesne, albo zaledwie czułe na ucisk. Najważniejsze jest jednak to, że pomimo tak ciężkiej formy i tak ciężkiego przebiegu nie rozwinęło się dotychczas charakterystyczne charactwo syfilityczne. Co prawda, odżywianie w swoim czasie nieco upadło wskutek forsownego lecze-

¹⁾ W tym okresie niektóre guzy wrzodzące, ich szybkie pod koniec powstawanie i t. p. robiły na nas wrażenie tworów, podobnych do tworów *Mycosis fungoides d'emblée*, wyniki jednak badania drobnowidzowego, które tak typowe zmiany syfilityczne naczyń wykazało, zmiany piszczeły prawej, charakterystyczne bóle, początkowy rozwój cierpienia i t. p. utwierdziły nas tylko w pierwotnem naszym rozpoznaniu.

nia swoistego; wogóle jednak powiedziałbym, że obecnie stan ogólny chorego, resp. jego odżywianie, jest nawet daleko lepsze, niż w chwili wstąpienia do szpitala.

Drugim faktem, posiadającym doniosłe znaczenie kliniczne, jest uporczywość, z jaką gumaty sprzeciwiają się wszystkim metodom leczenia swoistego. Od czego zależy to zjawisko? Odpowiedź na to, mojem zdaniem, daje badanie drobnowidzowe; jak o tem niżej będzie jeszcze szczegółowo mowa, naczynia w gumatach uległy bardzo znacznym zmianom, polegającym na *endarteritis obliterans*, która to sprawa patologiczna w wysokim stopniu powoduje zwężenie, a niekiedy nawet zamknięcie światła naczyniowego. Wobec takich warunków ilość krwi krążąca w gumatach, jest znacznie zmniejszona, a samo krążenie musi też być bardzo utrudnione. I ta ilość krwi przy daleko posuniętych zmianach naczyniowych, w rozwiniętych już gumatach i nasiękach, widocznie wystarcza tylko na podtrzymanie życia komórek i to do pewnego tylko czasu, jest ona jednak zbyt niedostateczna, aby sprzyjać mogła wessaniu się tworów chorobowych. Wzrost zaś gumatów i nasięków, przy tak wadliwym w nich krążeniu musimy sobie objaśnić tem, że odbywa się on na obwodzie tych tworów, tam gdzie naczynia są jeszcze mało lub wcale niezmienione, drożne, a niektóre nawet znacznie rozszerzone (p. poniżej opis drobnowidzowy); rozrost więc odbywa się drogą appozycji. Wyżej wspomniane zmiany chorobowe objaśnić też mogą nieskuteczność środków swoistych. Co prawda, nie wiemy dokładnie jakie jest działanie rtęci i jodu w syfilisie; zdaje się jednak, że z wielkiem prawdopodobieństwem i nie bez podstawy przypuścić możemy bezpośrednie miejscowe działanie na twory syfilityczne. Jeżeli zaś tak jest, to rzecz naturalna, że przy naczyniach niezmienionych, lub mało zmienionych, działanie to będzie energiczne, podczas gdy przy naczyniach bardzo zmienionych będzie ono opieszale, albo wprost żadne. Przypuszczenie takie potwierdzają codzienne obserwacje kliniczne. Wiemy z doświadczenia, że cierpienia syfilityczne, przy których notowano daleko posunięte zmiany naczyniowe, zwykle nie ustępują pod wpływem leczenia swoistego; jeżeli zaś poprawa nawet nastąpi, to jest ona przemijająca. Dotyczy to szczególnie cierpień mózgu, jak np. *paralysis generalis progressiva*, *epilepsia syphilitica* i t. d. Tak samo rzecz się ma z niektórymi cierpieniami oka, np. przy *chorioretinitis syph.* Do tej samej kategorii zaliczyć też należy *endarteritis obliterans syph.* dużych naczyń np. tętnicy udowej, goleniowej albo *morbus Raynaud*, pochodzenia syfilitycznego. Przy tych ostatnich cierpieniach leczenie swoiste zwykle nie prowadzi do celu, a poprawa, jaka ewentualnie nastąpić może, jest nietrwała, przemijająca i sprawa zazwyczaj kończy się martwicą odpowiedniej części kończyny. Analogiczna sprawa zachodzi też w naszym przypadku,—gdyż tutaj również powstaje zgorzel ogniskowa, stopniowo idąca wgląb.

Śród osobliwości danego przypadku, muszę też wreszcie wspomnieć o bardzo rzadkiej lokalizacji niektórych gumatów, a mianowicie na stopie. JULIEN ¹⁾ podaje cytowany przez NELATON'a przypadek gumatu pięty, który uci-

¹⁾ *Traité pratique des maladies vénériennes*. Paris. 1899. p. 823.

skal nerw poduszkowy i wywoływał bardzo silne bóle. Ja sam spostrzegalem niedawno jeszcze jeden taki przypadek, dotyczący 44-letniej kobiety. Jedynym objawem syfilitycznym były płaskie owrzodzenia gumatyczne na poduszwie prawej, przez innych rozpoznane jako rak skórny, zalecony do wycięcia. Pod wpływem zastosowanego przez nas leczenia mieszanego zablizniły się one dosyć szybko.

Po tych uwagach natury klinicznej przechodzę do opisu wyników badania drobnowidzowego, przy którym pragnąłbym szczególnie uwzględnić zmiany naczyń krwionośnych.

Anatomia gumatów opracowana jest bardzo szczegółowo i wyczerpująco, tak że odnośne badania stanowią nader obszerną literaturę. Pomimo to nie ma jeszcze dotychczas zgody co do tego, do jakiej kategorii zaliczyć tkankę gumatyczną. LEBERT, CHARLES ROBIN i VERNEUIL nazywają gumat syfilitycznym *cytoblastomatem*, VIRCHOW zalicza gumaty do ziarniniaków (*Granulationsgeschwülste*), a więc do rzędu tworów tkankolącznych, nadmienając przy tem, że są one zbliżone do spraw heteroplastycznych w przeciwieństwie do wykwitów okresu kłykcinowego, posiadających charakter *hyperplastyczny*.¹⁾ Badania LANCEREAUX i L. GROS'a doprowadziły do wniosku, że tkanka łączna jest punktem wyjścia komórek, formujących gumaty. CORNIL i RANVIER również przypuszczają, że w mowie będące twory składają się z embryonalnej tkanki łącznej. Innego zdania jest WAGNER. Upatruje on w gumacie „swoisty nowotwór syfilityczny“ i nazywa go syfililomatem; KLEBS zaś zalicza gumat do ziarniniaków pasożytniczego pochodzenia (*Infestionsgeschwülste*), przeprowadzając analogię pomiędzy syfilisem a gruźlicą, trądem i t. d. BIESIADECKI, AUSPITZ, UNNA wprowadzili określenie—*granuloma*. Wreszcie LANG uważa gumat jako przewlekły zapalny infiltrat.

Widzimy zatem, jak bardzo różnią się zdania badaczy. Wskazuje to dosadnie, iż pierwiastki komórkowe gumatów nie posiadają żadnych cech znamiennych, na zasadzie których możnaby było nieomylnie rozpoznać omawiane twory. I ta właśnie okoliczność powinna być bodźcem, by starać się o ustalenie takich danych, któreby ułatwić mogły dyagnostykę drobnowidzową. Do tych, mojem zdaniem, należą zmiany naczyń, polegające na *peri*— a zwłaszcza na *endoangioitis*. Kwestya naczyń była przedmiotem licznych badań, że tylko wspomnę prace HEUBNER'a, LANCEREAUX, BAUMGARTEN'a, UNNY, CORNIL'a, CHAMBARDE'a, BALZER'a, HUTINEL'a, MALASSEZ'a, RUMF'a, NEUMANN'a i wielu innych. Każdy z tych badaczy opisuje zmiany naczyń, w mniejszym lub większym stopniu wyrażone. Czy jednak zmiany te są stałe? Otóż CORNIL twierdzi, że nie; zaś UNNA²⁾ wraz z TOMMASOLI'm³⁾ utrzymują, że nigdy nie widzieli *endarteritis* w naczyniach gumatów [skórnych]. A jednak badania MAFAN'a i TOUPET'a⁴⁾ wyraźnie wykazują, że zmiany naczyniowe (*peri* - i *en*-

1) VIRCHOW. Die krankhafte Geschwülste. Berlin. 1864 i 65 r. t. II, str. 393—396.

2) ORTH. Lehrb. d. speciell. patholog. Anatomie VIII Z. 1894. str. 568.

3) TOMMASOLI i UNNA. Neue Studien ueber Syphillide. Dermatologische Studien. 1890.

4) MAFAN i TOUPET. Contribution à l'etude histologique des gommages etc. Annales de Dermat. et de Syph. 1890. T. I. str. 637.

doangoitis) są zjawiskiem stałym w tworach okresu trzeciorzędnego: znaleziono je w gumatach skóry, płuc, mózgu, a także wątroby i języka.

Również JULLIEN ¹⁾ zwraca szczególną uwagę na w mowie będącą sprawę. Moje badania przekonywają mnie o doniosłym znaczeniu zmian naczyniowych; jestem zdania, że stanowią one wraz z ogniskowością budowy tkanki chorobowej najważniejsze dane przy dyagnosyce drobnowidzowej gumatów.

Obfitego materiału do badań dostarczyły wycięte gumaty, o których wyżej była mowa. Zastosowałem procedurę parafinową, a skrawki barwiłem hematoksyliną i eozyną, aurancją, sposobem van GIESÓN'a, błękitem metylowym UNNY i na włókna sprężyste sposobem UNNA - TAENZER'a i WEIGERT'a.

Gumat nie owrzodziały. Przy makroskopowem oglądaniu [pod światło] skrawków, wyciętych z środkowej części gumatu przez całą jego grubość i długość, widać, że ten ostatni ma kształt soczewki, której szerokość dochodzi do 1,75 ctm., wysokość 0,5 ctm. Powierzchnia górna jest mniej wypukła i sięga warstwy podbrodawkowej; więcej wypukła powierzchnia dolna przechodzi do tkanki podskórnej.

Już przy małym powiększeniu widać, że gumat jest dosyć ostro odgraniczony. Przy tem też powiększeniu już można dostrzedz jeden z ważnych szczegółów jego budowy, mianowicie ogniskowość. Cały gumat jest złożony z oddzielnych ognisk kształtu okrągłego lub owalnego, leżących tuż obok siebie, wielkości ziarnka prosa do konopnego, a często i soczewicy. W obwodowych częściach gumatu, ogniska są zwykle małe, w środkowych jednak wielkość ich dochodzi do znacznych rozmiarów, [soczewica]. Budowa ich jest następująca:

Zbitą masą ułożone pierwiastki komórkowe, stanowią główną część składową każdego ogniska. Lecz komórki te nie posiadają jednakowego charakteru, a wedle ich własności i stosunkowej ilości, odróżnić można następujące grupy kolejne:

I. Komórki średniej wielkości, kształtu okrągłego, lub podłużno-owalnego o ciele jednolitem, rzadziej słabo-ziarnistym. Jądra tych komórek są wogóle duże, kształtu okrągłego, owalnego, lub nerkowatego; zawierają 1—6 jąderek, niekiedy połączonych ze sobą cienkimi niteczkami; barwią się bardzo mocno. Jądra zawsze zajmują część środkową komórek, a wskutek swej wielkości, wypełniają niemal całe ich ciało, tak, że protoplazma tworzy dokoła nich stosunkowo wąską obwódkę. Takich komórek spotykamy najwięcej; są one równomiernie rozsiane w całym gumacie.

II. Komórki plazmatyczne (*Plasmazellen*). Ilość ich mniej więcej równa się ilości wyżej opisanych. Są to komórki kształtu kubiecznego lub wielokątneho z jądrem okrągłym lub owalnym, które zawsze leży ekscentrycznie. W części obwodowej komórek protoplazma zwykle jest bardzo gęsta, zbita i barwi się niezmiernie mocno. Wskutek tego między nią a jądrem powstaje przezroczysta, słabo zabarwiona przestrzeń, w kształcie pierścienia otaczająca jądro. Komórki zwykle leżą grupkami, rzadziej pojedynczo.

¹⁾ JULLIEN loc. cit. str. 814—815.

III. Komórki eozynofilowe znajdowane były w bardzo znacznej ilości, szczególnie w tych ogniskach, które mieszczą się w tkance podskórnej i w części dolnej skóry właściwej. Ciała ich są drobnoziarniste i zawierają albo jedno okrągłe małe jądro, albo dwa oddzielne, które niekiedy leżą tak blisko siebie, że stykają się brzegami i wyglądają zupełnie tak, jak poznańska bulka. W niektórych komórkach liczba jąder dochodzi do trzech. Wówczas układają się one w kształcie podkowy.

IV. Komórek wędrujących jest stosunkowo bardzo mało.

Komórki następujących grup reprezentowane były w gumatach w bardzo nie wielkiej ilości:

V. Komórki tkanko-łącznowe kształtu wrzecionowatego z jądrem również wrzecionowatym, lub podłużno-owalnym.

VI. Komórki, podobne do epiteloidalnych z dużemi pęcherzowatemi słabo zabarwionemi jądrami. Takie komórki opisane były w gumatach przez LANG'a ¹⁾ i innych.

VII. Komórki o dużem protoplazmatycznym ciele, zawierającym 4—7 okrągłych jąder. Komórki te przyjmuję za t. zw. małe olbrzymie.

VIII. Właściwych komórek olbrzymich znaleziono w gumacie zaledwie kilka sztuk. Od gruźlicznych różnią się tem, że jądra nie leżą w części obwodowej komórki, lecz są porzucane w całym jej ciele. To ostatnie zawiera też dosyć liczne wodniczki. Olbrzymie komórki spostrzegane były w gumatach przez BRODOWSKIEGO ²⁾, NEUMANN'a ³⁾, LANG'a (l. c.), UNNĘ (l. c.), JULLIEN'a (l. c.), BIZZOZERO i wielu innych.

IX. Wreszcie znalazłem jeszcze t. zw. *Mustzellen*. Tutaj zauważę, że w przeciwieństwie do TOMMASOLI'ego, komórek tych widziałem bardzo mało. Znajdowały się one tylko w najwięcej obwodowych częściach gumatu i w najbliższem ich sąsiedztwie. W samej zaś masie gumatu, w jego częściach środkowych, gdzie nacieczenie jest najobfitsze, komórek tych dostrzedz nie mogłem ⁴⁾.

Dodam jeszcze, że znalazłem dosyć liczne figury karyokinetyczne, zwłaszcza w komórkach grupy pierwszej. Wobec tego trudno się zgodzić ze zdaniem UNNY, iż podział komórek w gumatach odbywa się sposobem amitotycznym.

Z wyżej wymienionych pierwiastków komórkowych, ułożonych zbitą masą, jak powiedziałem, składają się ogniska gumatyczne. Nie należy jednak mniemać, iż między komórkami niema substancji międzykomórkowej. Owszem, istnieje ona i posiada charakter i własności substancji międzykomórkowej tkanki łącznej. Stosunek między komórkami i substancją międzykomórkową uwydatnia się szczególnie wyraźnie przy barwieniu metodą van GIESON'A, gdyż wówczas najcieńsze nawet włókienka tkankołącznowe, bar-

¹⁾ LANG. Vorlesung über Path. u. Ther. d. Syph. 1884 I-sza połowa str. 59.

²⁾ W. BRODOWSKI. Über den Ursprung sogenanter etc. VIRCHOW'S Arch. t. LXII.

³⁾ NEUMANN. Syphilis 1896. str. 264.

⁴⁾ Patrz też ORTH. [UNNA] l. c. str. 567.

⁵⁾ TOMMASOLI l. c.

wią się czerwono. lub różowo i znakomicie różnią się od żółtych ciał komórek. Otóż przy zastosowaniu tego sposobu barwienia widzimy, że rusztowanie ogniska gumatycznego stanowią pęczki i włókna łącznotkankowe, które biegnąc we wszystkich kierunkach, krzyżując i łącząc się ze sobą, tworzą siateczkę z okami różnej wielkości i różnorodnego kształtu—okrągłego, owalnego, wielokątnego i t. d. W tych to okach, nie wypełniając ich jednak, leżą komórki od jednej do kilku w każdym. W części środkowej ogniska budowa siateczki jest bardzo delikatna, gdyż tutaj jej nitki składają się wyłącznie z cieniu-tenkich włókienek. Im bliżej obwodu, tem włókna stają się grubsze, aż wreszcie na samym obwodzie [ogniska] tworzy się z nich dosyć gruba powłoczka, która w kształcie otoczki obejmuje ognisko ze wszech stron i oddziela od sąsiednich, identycznie zbudowanych. W miejscu zetknięcia się dwu otoczek te ostatnie zlewają się ze sobą.

Takie ułożenie i taką budowę ognisk spotykamy tylko w połowie dolnej gumatu, odpowiadającej tkance podskórnej i głębszym warstwom skóry właściwej. Górna połowa gumatu, mieszcząca się w średnich i górnych warstwach *corii*, posiada budowę nieco odmienną. Tutaj ogniska gumatyczne są wogóle mniejsze i mają kształt okrągławych gniazd i długich smug, zawsze leżących dookoła naczyń i otaczających takowe, niby płaszczki komórkowe. Komórki, których charakter zupełnie odpowiada wyżej opisanym, bezpośrednio przylegają do ścian naczyń, które też wskutek tego bardzo niewyraźnie odgraniczają się od otaczającej tkanki gumatycznej. Są to więc istne *periangoitides*, które, rzecz naturalna, zawsze trzymają się naczyń i wraz z nimi przecinają skórę właściwą we wszystkich kierunkach. Budowa rusztowania niczem się nie różni od wyżej wzmiankowanej, jednak otoczek ogniska te nie posiadają. Natomiast widzimy między ogniskami i smugami dosyć grube przegrody tkanki łącznowe, których pęczki niekiedy układają się równoległe do smug. Tkanka łączna tych przegród jest o tyle zmieniona, że gdzie niegdzie można w niej dostrzedz nieznaczne nacieczenie między pęczkami, złożone z takich samych komórek, jakie wogóle spotykamy w gumacie. Co się zaś tyczy samych pęczków, to większość jest niezmieniona. Niektóre jednak są bardzo grube, jednolite, błyszczące i energicznie wchłaniają niektóre barwniki, przeto możnaby je określić jako pęczki, ulegające zwyrodnieniu szklistemu [hyalinowemu].

W taki więc sposób odrębność budowy połowy górnej gumatu polega przeważnie na tem, że 1) ogniska są mniejsze, 2) nie mają tak prawidłowego okrągłego kształtu, 3) nie są tak ściśle odgraniczone i wreszcie 4) w połowie górnej gumatu znajduje się daleko więcej tkanki łącznej, niż w połowie dolnej. Odrębność tę można, mojem zdaniem, wytłómaczyć warunkami anatomicznymi, mianowicie znaczną spoistością górnych i środkowych warstw skóry właściwej, wskutek czego rozrost gumatu napotyka tutaj na większe przeszkody, niż w luźnych warstwach dolnych i w tkance podskórnej. Zauważyć jednak należy, że omawiane różnice występują wyraźnie jedynie w gumatach świeżych, młodych, zaś w zupełnie już rozwiniętych różnice te się zacieraają.

STRESZCZENIA ZBIOROWE.

Obecny stan nauki o odkażaniu rąk.

Skreślił

Dr. Br. Bartkiewicz.

— 2 — 3 —

[Dokończenie. — Patrz Nr. 10].

Sublimat jest najwięcej rozpowszechnionym i uznanym środkiem odkażającym. Według badań Koch'a wpływ sublimatu widać już przy domieszce 1 : 1600000 do hodowli *bacillus anthracis*. Wstrzymuje rozrost *staphylococcus* przy domieszce 1 : 5000.

Do odkażania rąk używany jest przeważnie roztwór 1 : 1000. Liczne doświadczenia wykazały, że sublimat wchodzi w nadzwyczaj trwałe połączenie z białkiem komórek skóry, co stwierdzić można łatwo przez zabarwienie, występujące po obmyciu następczem siarkiem amonu. Nawet tak złączony chemicznie nie traci swych własności bakteryobójczych. Hodowle, do których wrzucono kawałek skóry, impregnowanej sublimatem [następnie starannie wymytej], rozwijają się znacznie później, niż kontrolujące.

Tłuszcz przeszkadza w wysokim stopniu przenikaniu sublimatu do skóry i jej fałd. Stąd wynika, że użycie sublimatu przy odkażaniu rąk jest bardzo stosowne i pożyteczne, winno być jednak poprzedzone przez staranne odłuszczenie i obmycie skóry. Dlatego bardzo korzystnym jest uprzednie obmycie skóry słabym [50%] alkoholem.

Ponieważ płyny, zawierające białko (*serum*), łatwo rozpuszczają połączenie sublimatu z białkiem, należy podczas operacji często płukać ręce w sublimacie.

Pócz sublimatu, z innych połączeń rtęci rekomendowano do odkażania rąk *aethylendiamin* rtęci [połączone z kwasem cytrynowym w 3‰ roztworze] ¹⁾ i cyanek rtęci w 2—5‰ roztworze ²⁾.

Karbol obecnie nie jest używany do odkażania rąk. Przekonano się, że działa znacznie gorzej od innych środków, a stosunkowo częściej wywołuje zatrucia i więcej niszczy skórę rąk.

Dawniej stosowano go zazwyczaj w 2—5‰ roztworze. Proponowano zresztą i użycie *phenoli puri* w ten sposób, że ręce, uprzednio oczyszczone starannie mechanicznie i do kł a d n i e o s u z o n e, zanurzano w czysty karbol na krótki przeciąg czasu. Metoda ta jednak nie zyskała szerszego rozpowszechnienia.

Do obmywania rąk zalecano mnóstwo środków odkażających, jak *thymolum*, *lysol*, *lysol*, *chinosol*.

Z pomiędzy nich ostatni zasługuje na uwagę ze względu na swe wybitne własności bakteryobójcze, które jakoby nie ustępowały sublimatowi.

¹⁾ KRÖNIG. BLUMBERG. Münch. Med. Woch. XLVII. 29, 30. 1900. Vergleichende Untersuchungen neber den Werth des mechanischen und Alkoholdesinfection der Hände, gegenüber der Desinfectin mit Quecksilbersalzen, speziell dem Quecksilberaethylendiamin.

²⁾ La Province médicale 1897. Denigés.

Badania BENECKE'go ¹⁾, KÖNIG'a ²⁾, OSTERMANN'a ³⁾, BARSZCZEWSKIEGO ⁴⁾ i BIAŁOBRZESKIEGO ⁵⁾ stwierdzają, że przy zastosowaniu rozczyńw chinozolu 1 — 5 : 1000 hodowle [nie zarodki!] drobnoustrojów ginęły w ciągu 10—20—120 minut. Najoporniejszym okazał się *staphylococcus pyogenes* (1½—2 godzin), najmniej opornym *bac cholerae asiaticae* 1—2 minut (?).

Zaletą chinozolu jest, że nie drażni skóry rąk, nie wchodzi w połączenie z białkiem i nie jest trujący (wewnątrz stosuje się 1—2 grm. *pro die*). Dlatego też zasługuje na wprowadzenie do techniki odkażania rąk w zupełności. Naturalnie przed użyciem rozczyńw chinozolu (1 : 500) ręce powinny być również dokładnie odtłuszczone i oczyszczone. Do szerszego rozpowszechnienia chinozolu przeszkadza jego względnie wysoka cena (3 razy większa od sublimatu).

Zresztą istnieją i ujemne zdania o wartości chinozolu.

H. TJADEN ⁶⁾ przeprowadził szereg doświadczeń porównawczych nad wartością chinozolu, chlorku miedzi, metakrezolu i alkoholu. Ręce uprzednio były energicznie oczyszczane wodą ciepłą i mydłem w ciągu 15 minut. Najgorsze rezultaty dał chinozol i chlorek miedzi, nieco lepsze metakrezol i alkohol. Autor przyszedł do wniosku, że najważniejszym jest dokładne mechaniczne oczyszczenie rąk.

Mydła antyseptyczne (sublimatowe i inne) nie mają w odkażaniu rąk żadnego zastosowania. Próby, jakie wykonał HAEGLER z t. zw. mydłem *serwatolowym* [zawierające rtęć w postaci podwójnej soli z *kali jodatam*], wykazały prawie zupełny brak własności dezynfekcyjnych.

Z pośród różnych sposobów dezynfekcyi rąk środkami antyseptycznymi, na uwagę zasługuje postępowanie chemiczne, podane przez SENGGER'a. SENGGER wychodząc z zasady, że często środek mierny pod względem przeciwnym *in vitro*, może być bardzo dobrym przy odkażaniu skóry i odwrotnie — dwa dobrze odkażające środki przy jednoczesnym działaniu mogą się neutralizować, proponuje używać do odkażania rąk przynajmniej dwu środków chemicznych, które wchodzi z sobą w związek chemiczny, a których produkt działa silnie bakt. eryobójczo (*in statu nascendi*).

Metoda chemiczna SENGGER'a polega na obmywaniu rąk przez dwie minuty kwasem solnym 2% — 5% ciepłym, następnie ciepłym rozczyńw 1/2% — 2% *kalii hypermanganici* w ciągu 1 minuty.

Brunatne zabarwienie rąk usuwa kwas siarczany w ciągu kilku sekund. KRÖNING i PAUL twierdzą, że 1% kwas HCl z 1% KMnO₄ silniej działa na spory *anthracis*, niż 5% sublimat. Podług SENGGER'a osiągnąć można łatwo w ten sposób 78% wyjałowienia rąk.

Różne kombinowanie mechanicznego oczyszczenia rąk ze stosowaniem środków przeciwnymnych wytworzyło mnóstwo t. zw. metod odkażania rąk.

Najszerszem rozpowszechnieniem cieszy się dotąd metoda FUEBRINGER'a [5 minut wodą ciepłą, mydłem i szczotką, 2 — 3 min. alkoholem, 2 min. sublimatem]. Inne metody są przeważnie modyfikacyami tej, którą można uważać za zasadniczą.

¹⁾ Centralblatt für Bakteriologie, Parasitenkunde und Infektionskrankheiten. III. T. 1897 r.

²⁾ Beitrag zur therap. Verwendung des Chinosol-Inaug. Diss. Berlin. 1897.

³⁾ Chinosol als Antisepticum in Geburtshilfe und Gynäcologie. Therapeut. Monatshefte. 1896. Marzec.

⁴⁾ Chinazol, jako środek antyseptyczny. Gazeta Lek. 1898.

⁵⁾ Chinazol i jego własności antyseptyczne. Wiadomości farmaceutyczne 1898.

⁶⁾ Weitere Beiträge zur Desinfection der Hebammenhände. Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. XLI str. 22. 1900.

Tak np. w klinice położniczej prof. PAWLIKA w Pradze przed alkoholem stosują 1%—2% roztwór *lyzolu*. AHLFELD uważa za dostateczne staranne obmycie rąk 96% alkoholem [po uprzednim mechanicznym oczyszczeniu]. SCHLEICH wprowadza mycie rąk mydłem marmurowym, MIKULICZ—mydłem rozpuszczonem w spirytusie i t. d.

Aptekarz DENIGES radzi myć ręce w roztworze *hydrarg. cyanati*.

Hydrargyri cyanat. 2—5 grm.

Ag. destill. 1000,0 "

Natri carbonici. 14,0 "

Zamiast węglanu sodu można użyć boraksu. DENIGES twierdzi, że *hydrarg. cyanat.* posiada równie silne własności bakteryobójcze jak sublimat, a nie łączy się z białkami i nie drażni skóry.

Co do doświadczeń bakteryologicznych, robionych w celu określenia wartości danej metody, to zwykle najlepsze rezultaty ma sam wynalazca nowego systemu odkażania rąk. Technika doświadczenia polega zwykle na staranym zastosowaniu danej metody i następczem wysiewaniu na odżywkach różnych części skóry [włosy, paznokcie] lub materiału, zebranego za pomocą nici albo drewnianka.

Przy sprawdzaniu wielokrotnem metod poszczególnych okazuje się zwykle, że jałowości zupełnej osiągnąć niepodobna.

Dlatego też twierdzenia niektórych chirurgów, że przy zastosowaniu danej metody udało im się osiągnąć 100% jałowości rąk, należy uważać za jednostronne i przypadkowe, lub nieprawdziwe.

To, że absolutna jałowość rąk jest dotąd i będzie, zdaje się, długo ideałem nie do osiągnięcia, pobudziło wielu chirurgów do zupełnego odosobnienia rąk od pola operacyjnego. Starano się więc oddzielić skórę rąk od rany:

1) za pomocą rękawiczek z różnego materiału.

2) za pomocą laków szybko schnących, aseptycznych, które pokrywają rękę cienką elastyczną powłoką.

KÜMMELE i UNNA byli pierwszymi, którzy rzucili myśl, aby rękę pokrywać warstwą jedwabiu, mającego ranę chronić od odluszczejących się cząstek naskórka.

ZOLGE VON MANTEUFEL rekomendował rękawiczki gumowe.

MIKULICZ radził używać nicianych rękawiczek, zaś PERTHES jedwabnych.

Wkrótce jednak doświadczenia bakteryologiczne DOEDERLEIN'a, BRUNNER'a i wielu innych wykazały zupełną niepraktyczność rękawiczek: skutkiem wsiąkania płynów rękawiczki te stawały się nadzwyczaj przepuszczalne dla drobnoustrojów. Gumowe zaś rękawiczki były zbyt ciężkie, utrudniały ruch i znosiły czucie chirurga.

Gdy przepuszczalność rękawiczek wyszła na jaw, starano się zaradzić złemu. MENGE radził napajać rękawiczki parafiną. WÖFLER używał rękawiczek skórzanych. Okazało się jednak, że parafina w temperaturze ciała ludzkiego mięknie i łamie się, zaś rękawice skórzane również są przepuszczalne, aczkolwiek w mniejszym stopniu, niż niciane.

Zwolennikiem nicianych rękawiczek jest dotąd OPITZ ¹⁾. Twierdzi on, że obecność dużej liczby drobnoustrojów w oczkach nicianych rękawiczek jest dowodem, że działają one, jakby tampony, t. j. wsysając płyny, unoszą z pola rany i zarodki. Z ręki, pokrytej taką rękawiczką, w każdym razie trudniej zarodki przechodzą do rany, niż z ręki gołej. Podczas operacji należy rękawiczki często zmieniać.

¹⁾ Bemerkungen ueber Händedesinfection und Operationshandschuhe. Berlin. klin. Wochenschr. 1898. Nr. 39.

SCHLOSSER¹⁾ przeprowadził ciekawe badania nad wartością skórzanych wojskowych rękawiczek. Wprowadzono do jamy brzusznej królika palec, zarażony ropnemi drobnoustrojami i pokryty rękawiczką, wyjałowioną i napojoną sublimatem 1 : 5000, lub 1% lyzolem. Pomimo długiego [do 1/2 godziny] trzymania palca w jamie brzusznej, zarażenie nie nastąpiło. Wobec tego SCHLOSSER uważa rękawiczkę za bardzo pożyteczną ochronę od zarażenia dla rany.

Kwestya rękawiczek jednak do tej pory nie zeszła z porządku dziennego. Po wypróbowaniu różnych materiałów FRIEDRICH zalecił do użytku rękawiczki cienkie gumowe, robione na wzór kondomów. Rękawiczki takie są rzeczywiście absolutnie nieprzepuszczalne dla zarodków. W praktyce jednak wyszło na jaw dużo niedogodności przy ich użyciu. Rękawiczki takie można wkładać na ręce tylko, gdy są napełnione wodą. Stąd pochodzi, że ręka chirurga znajduje się w wilgotnem środowisku, ulega maceracyi, nabłonek złuszcza się, drobnoustroje szybko i w znacznej liczbie dostają się na powierzchnię skóry. Jeżeli taka rękawiczka pęknie [co bardzo łatwo zdarzyć się może przy naciąganiu nici, podawaniu ostrych narzędzi i t. d.], zakażenie rany jest nieuchronnem.

Z tych względów KÜSTER²⁾, który przeprowadził w tym kierunku badania, uważa za szkodliwe używanie jakichkolwiek rękawiczek i robi słuszną uwagę, że im więcej skomplikowany aparat wprowadzamy przy operacyach, tem liczniejsze i częstsze są źródła błędów.

WORMSER³⁾ radzi wkładać rękawiczki te na sucho, wysypując je wewnątrz talkiem.

Rękawiczki szczególnie nadają się do septycznych operacyi, jako ochrona ręki chirurga. Jako środek, chroniący ranę od zarażenia, rękawiczka jest szczególnie cenną w razach następujących:

1) jeżeli chirurg musi wykonać operacyę aseptyczną przed upływem 48 godzin od zatknięcia się z zaraźliwymi materiałami,

2) jeżeli trzeba szybko przystąpić do zabiegu chirurgicznego [tracheotomia, poród],

3) jeżeli ręki nie można dokładnie oczyścić [ranki, nadżarcia, *eczema*].

Ażeby uniknąć niedogodności, jakie widzimy przy stosowaniu rękawiczek, starano się wynaleźć środek, któryby, pokrywając skórę aseptyczną powłoką, dzielił ją od rany.

MENGE chciał w tym celu zażytkować parafinę, rozpuszczoną w ksylolu.

AUSPITZ rekomendował traumatyczną [chloroformu 10,0 gutaperki 1,0].

SCHIFF zalecał roztwór nitrocelulozy w acetonie z dodatkiem oleju.

Wszystkie te powłoki okazały się nieodpowiedniemi.

Szczegółowe doświadczenia nad takimi powłokami przeprowadził Dr.

JÓZEF LEVAI⁴⁾.

Środek taki do powlekania rąk powinien podług L. odpowiadać następującym wymaganiom:

1) Powinien być płynem, któryby się łatwo i równomiernie rozlewał po powierzchni rąk.

2) Płyn ten następnie powinien szybko zastygać i przy użyciu niewinnych środków łatwo się zmywać.

1) Ueber Operationshandschuhe. Centralbl. f. Chirurg. 1899. Nr. 27.

2) Ueber Operationshandschuhe Arch. f. klin. Chir. Langenbeck. LXII T. 1900 r.

3) De l'emploi des gants en chirurgie et en obstétrique. La Semaine médicale. 1900. Nr. 26.

4) Ueber Sterilisation der Hände mittels eines wasserdichten elastischen sterilen Firnisneberzuges. Centralbl. f. Chirurg. 1900. Nr. 29.

3) Powłoka powinna się silnie skóry trzymać, nie stawać się śliską, być elastyczną, nie pękać, nie tępować ruchów i nie zmniejszać czucia, winna nie rozpuszczać się w wodzie i płynach ciała, nie przepuszczać potu, nie być szkodliwą dla skóry rąk, powinna być aseptyczna.

4) Środek musi być tani.

Po wypróbowaniu mnóstwa środków L. przyszedł do przekonania, że najbardziej odpowiada celowi następująca mieszanina:

2 części *kopalū* i 4 części *terebinth. venetianae* należy mieszać, ogrzewając, dopóki nie zleją się w szklistą jednolitą masę. Po ostudzeniu stopioną masę rozpuszcza się w 100 cz. eteru siarczanego i dodaje się 100 cz. *colloidii simplicis*. Roztwór nieco mętny wyjaśnia się po dodaniu 8 cz. acetonu.

Podług LEVIA'a preparat ten odpowiada wszelkim wymaganiom. Zmywa się łatwo mieszaniną 2 cz. eteru z 1 cz. alkoholu.

W praktyce LEVIA stosuje wynalezioną przez siebie powłokę już od roku, wykonywając mniejsze i większe operacje.

W ostatnich czasach Dr. KOSSMANN ¹⁾ zarekomendował w tym samym celu preparat niewiadomego składu, wyrabiany przez jedną z firm berlińskich pod nazwą *chirou*. Preparat ten podług K. powleka ręce szybko schnącą, elastyczną powłoką, dającą się usunąć jedynie za pomocą spirytusu.

Nakoniec, jako nową ideę w nauce o aseptyce rąk należy przytoczyć pogląd KÖNIG'a ²⁾. K. wychodząc z zasady, że żaden z proponowanych sposobów odkażania rąk nie jest absolutnie pewnym, zaleca przyuczanie się do wykonywania chirurgicznych zabiegów li tylko za pomocą narzędzi, nie dotykając rany palcami. Podług KÖNIG'a można w ten sposób wykonywać większą część operacji na kończynach.

Na podstawie wyrażonych tu opinii i przytoczonych doświadczeń, musimy dojść do wniosku, że przy obecnym stanie nauki osiągnięcie absolutnej jałowości rąk i wogóle skóry ludzkiej jest rzeczą niemożliwą. Do ideału tego można się mniej lub więcej zbliżyć i nie tyle tu chodzi o rodzaj stosowanej metody odkażania, ile o staranność i wprawę w jej wykonywaniu, oraz o indywidualny stan paznokci i skóry w danej chwili.

Szczególnie na ten ostatni punkt obecnie zwracało wielu badaczy uwagę. Najstaranniejsze oczyszczenie nie zdoła wyjałowić rąk, zanieczyszczonych bardzo zaraźliwymi materiałami. Również rąk poranionych, popękanych nigdy nie można oczyścić dokładnie.

Dlatego też HAEGLER, SCHAEFFER, AHLFELD i wielu innych wielki nacisk kładą, ażeby:

1) Chirurg dbał o swe ręce pod względem kosmetycznym. Nie należy przeto zbyt silnie trzeć skóry szczotką; środek dezynfekcyjny (sublimat) jak najstaranniej powinien być po operacji z rąk splukany; i następnie w skórę odłuszczoną należy wetrzeć pewną ilość tłuszczu (lanolina).

2) Należy jaknajstaranniej unikać wszelkiego zatkania się z ropą i wogóle materiałem, który może ręce zarazić.

¹⁾ Ueber ein neues Verfahren zur Sterilisation der Hände und des Operationsgebietes mittels des Chirouls. Centralbl. f. Chir. 1900. Nr. 23.

²⁾ Aseptik der Hände? Operation ohne direkte Berührung der Wunde mit Finger und Hand. Centralbl. f. Chirurg. 1900. Nr. 36.

Pomimo świadomości, że absolutnej jałowości rąk osiągnąć nie możemy, nie należy ustawać w dążeniu do tego celu, gdyż nieznaną nam jest granica, za którą rąka chirurga, zaprowadzana do czystej rany lub do jam ciała ludzkiego może stać się przyczyną ciężkich powikłań a nawet i śmierci operowanego. Nawet przekonanie to, że badania bakteriologiczne (DOEDERLEIN) wykazały w ranach, przebiegających zupełnie aseptycznie, obecność drobnoustrojów, jak również pod opatrunkami aseptycznymi, nie stanowi bynajmniej dowodu, ażeby staranne oczyszczenie rąk było niepotrzebnem, ale świadczy jedynie o tem, że nieznaczna ilość drobnoustrojów, która z porządnie oczyszczonej ręki chirurga wnika do rany, nie zawsze jest w stanie wywołać zakażenie, czy to dzięki samoobronie organizmu, czy też dzięki pewnemu osłabieniu zarodków przez stosowanie środków przeciweguilnych.

Przy tym należy w równej mierze pamiętać o źródłach infekcyi z powietrza, z włosów i ust operatora i asystentów, jak i rąk.

WIADOMOŚCI DROBNE.

— † — † —

— Prof. Ptok ogłosił 2 własne spostrzeżenia i 2 zaczerpnięte z literatury, dotyczące urazu czaszki (w 1-ym przypadku było uderzenie przez konia kopytem w twarz, w 2-gim potłuczenie ręki i głowy z utratą przytomności, w 3-im uderzenie nożem w głowę i w 4-ym postrzał kulą w głowę). W przypadkach tych, oprócz innych objawów, znaleziono czasowy brak odruchów kolanowych przy zachowaniu innych odruchów. Odruchy kolanowe we wszystkich tych przypadkach po pewnym czasie (od kilku dni do 4 tygodni) powróciły. Autor zwraca uwagę chirurgów na powyższy objaw, ponieważ oni najczęściej mają możność spostrzegania ciężkich urazów głowy. Jako prawdopodobną przyczynę owego objawu, Ptok uważa wstrząs mózgu.

(*Wien. kl. Woch. Nr. 7. 1901.*)

K. S.

— R. LÉPINE. Działanie opium na żołądek. Dawno już zauważył autor, iż przetwory opium, dawane w przypadkach bólów żołądka, czasami nietylko, że nie przynoszą ulgi żadnej, lecz przeciwnie nawet, przyczyniają się do wzmożenia tego cierpienia. Fakt ten zrozumiałym stał się wtedy dopiero, kiedy całym szeregiem doświadczeń nad zwierzętami dowiedziono, iż pod wpływem opium i morfiny zwiększa się ilość i kwaśność soku żołądkowego. Pierwszym był KLEINE, który obserwując psa z przetoką żołądkową, doszedł do wniosku, iż pod wpływem morfiny ilość i kwaśność soku żołądkowego stale się zwiększają. Do tych samych rezultatów doszedł w roku zeszłym RIEGEL, a wreszcie HIRSCH zauważył, że pod wpływem morfiny nie tylko zwiększa się ilość i kwaśność soku, lecz nawet następuje skurcz odźwiernika i zawartość żołądka pozostaje w nim, wobec tego, po parę godzin. Nic więc dziwnego, że u chorych na bóle żołądka z powodu nadkwaśności, opium wpłynąć może na powiększenie tego cierpienia. W przypadkach takich autor daje sode w dużych dawkach, a wreszcie atropinę i wyniki z leków tych zawsze ma dobre.

(*La Semaine Médicale. Nr. 8. 1901.*)

W. E.

Wiadomości bieżące.

— Od 3-ech lat wychodzi w Berlinie w języku niemieckim pod redakcją prof. MENDEL'a przegląd roczny prac z dziedziny neurologii i psychiatrii, pod tytułem: „Jahresbericht über die Leistungen und Fortschritte auf dem Gebiete der Neurologie und Psychiatrie“. Zbytecznym byłoby mówić o korzyści, jakie takie wydawnictwo przynosi wszystkim piszącym w danej kwestyi, zwłaszcza, że uwzględnione w niem są prace, we wszystkich językach drukowane. Prace polskie referuje tam kol. E. FLATAU (który wraz z Drem JACOBSONN'em z Berlina jest jednym z wydawców), za co mu wszyscy autorzy polacy muszą być wdzięczni. Czujemy się jednak w obowiązku zanotować jedno *ale*, a mianowicie poprzekręcanie wielu nazwisk. Oto kilka przykładów, poczerpniętych z Tomu III (przegląd prac, drukowanych w r. 1899). Pomijamy takie pomyłki jak „Pamigteil“ [str. 179], „Pamistrik“ [str. 417], „Pamiatrik“ [str. 611], „Pamistnik“ [str. 965], zamiast „Pamiętnik“, lub „Chasofismo“ [str. 497] zamiast „Czasopismo“, gdyż dotyczą one źródła, z którego czerpano prace do referowania i pomijamy dalej takie przekręcanie nazwisk, jak: CIAGLIŃSKI [str. 179], NOISZEWSDRY [str. 417], KOPCZYŃSKI [str. 475], BAVIŃSKI [str. 441], RZETKOWSKI [str. 548], MECZKOWSKI [str. 641], PUTAWSKI [str. 780], MECZKOWSKI [str. 1246], choć i tych można uniknąć przez staranniejszą korektę, bo jak przekonujemy się z innych nazwisk poprawnie wydrukowanych, w drukarni niebrak czcionek z literami *ą*, *ę*, *ł* i *t. d.*, — lecz z prawdziwą przykrością spotykamy tam takie nazwiska: DUWNARWIOICZ [str. 495], MYCZKOWSKI [str. 497], MYERKOWSKI [str. 520 i 1246] [powinno być MĘCZKOWSKI; OITU-SZEWESKI [str. 1058]; OLTUSZEWY [str. 1246], OTTUSZEWY [str. 1246]; dalej ORLONSKI [str. 671], ORTOWSKI [str. 681] i ORTOWSKI [str. 1246] [zamiast ORŁOWSKI]; ZOŁEDZIOWSKI [str. 654], ZOŁEDZOWSKI [str. 656] i ZOŁEDZONSKI [str. 1250]. Najfatalniej jednak pokieraszowany został kol. SĘDZIAK, gdyż na str. 296, 343 i 1244 figuruje jako JĘDZIAK, na str. 457 — JĘDZIAK, a na str. 466 i 1242 — GĘDZIAK. Nadmienimy wreszcie, iż w następstwie przekręcenia nazwisk, kilku autorów jak: SĘDZIAK, MĘCZKOWSKI, ORŁOWSKI, OLTUSZEWY i t. d. i w spisie rzeczy znaleźli się w towarzystwie niepodobnego sobowtóra, zwiększając fałszywie liczbę autorów. Przytoczywszy kilka błędów, popełnionych — jak to jest widocznem — z winy korektora, pozwalamy sobie wskazać sposób na nie, a mianowicie prosić, aby referent sam robił korektę swoich referatów z polskich prac, a nadto, aby — dla ułatwienia pracy sobie i zecerowi — nazwiska autorów i źródła prac pisał drukowanymi literami, co zapewne — jako jednemu z wydawców rocznika — nie będzie dlań przedstawiało żadnych, a przynajmniej niewielkie trudności, przysporzy zaś mu jeszcze większą wdzięczność autorów polaków.

— z — Nakładem OKTAWIUSZA DOIN'a w Paryżu wyszło dzieło D-ra POLAILLOŃ'a: „Choroby kobiet“, jako część II-a pracy, objętej ogólnym tytułem: „Affections chirurgicales du Tronc“. Nie jest to wykład systematyczny ginekologii, ale raczej statystyka i zbiór spostrzeżeń, nagromadzonych w ciągu 20-u lat praktyki chirurgicznej w szpitalu Hotel-Dieu w Paryżu. Praca obejmuje 3563 spostrzeżenia; z nich 280 przytoczył autor bardzo szczegółowo (choroby sutek, sromu, pochwy, macicy, jajowodów i jajników). Dążeniem jego było ugruntowanie wskazań i przeciwwskazań terapeutycznych i uproszczenie rękoczynów operacyjnych, a ideą przewodnią pracy — wykazanie, że pomyślność operacji nie jest zawsze synonimem skuteczności terapeutycznej, jest więc tylko pojęciem względnem. Głównie zaś występuje autor przeciw rozwielniającemu się coraz bardziej n a d u ż y w a n i u operacji w cierpieniach natury zapalnej narządów płciowych wewnętrznych. Dzieło, mające 748 stron, jest ozdobione 71 rysunkami.

Wydawca D-r Jan Pruszyński.

Redaktor odpowiedzialny, D-r Wl. Gajkiewicz.

Дозволено Цензурою Варшава, 2 Марта 1901. Друк Ковалевского, Warszawa Mazowiecka 8.

iii

Sanatorium Charlottenhaus

WROCLAW THIERGARTENSTRASSE 55/57

dla chorób wewnętrznych i nerwowych (gościec stawowy i mięśniowy i t. d.)
dla kuracy tuczającej i odłuszczej, szczególnie wskazane dla pobytu na
jesieni i w zimie. 5—4

Prospekty gratis.

D-r A. Sachs.

D-r S. Winkler.

Lecznica Chirurgiczna

D-ra A. GRÜNBAUMA.

WARSZAWA

12—4

25 Nowolipki 25

Przyjmuje pacyentów, kwalifikujących się do operacyi, na stałe pomieszczenia.

Cena 2—4 rb. dziennie.

PERTUSSIN

Extract. Thymi saccarat. Taeschner.

26—7

Nabyć można za pośrednictwem każdej **APTEKI** we flaszkach z 250 gramami.

Literatura: Therapeut. Beilage № 7, Deutsche med. Wochenschr. i № 27 (1898).
№ 56 Allg. med. C. Z. (1899), № 29 All. B. (1899) i № 17 Wiener med. B. (1900).

Skład główny: Apteka Täschnera, Berlin C. 19, Seydelstrasse 16.

Skład główny na Królestwo i Rossyę Zachodnią

Aptekarz **H. Bierthuempfel**, Warszawa, Marszałkowska 133.

Zakład leczniczy **D-ra SOLMANA**

9—9

(Chirurgia, choroby kobiet).

Warszawa, Aleja Szucha Nr. 9.

Przyjmuje chorych na stałe pomieszczenie za opłatą od 2 rb. do 6 rb. dziennie.
Ambulatoryum od godz. 12 do 1-ej p. p.