

GAZETA LEKARSKA.

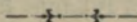
Z AMBULATORIUM CHIRURGICZNEGO W SZPITALU WOLSKIM W WARSZAWIE.

I. PRZYPADEK

WYDALENIA BŁONY ŚLUZOWEJ PRZĘŁYKU PO OPARZENIU ŁUGIEM ŻRĄCYM.

Podał

Dr. L. Zembrzusi.



Oparzenia przęłyku ługiem żrącym zdarzają się w mieście naszym niezmiernie często; świadczą o tem dane statystyczne szpitalne, ambulatoryjne oraz spostrzeżenia z praktyki prywatnej wielu lekarzy. Jednakże ambulatoryjum chirurgiczne w szpitalu Wolskim posiada niejako przywilej szczególny na tego rodzaju przypadki. Mogę powiedzieć, że w ostatnim półroczu nie było prawie miesiąca, w ciągu którego nie mieliśmy sposobności spostrzegania nowego przypadku oparzenia przęłyku *resp.* zwiężeń następczych tego narządu po wypiciu ługu żrącego.

Z całego szeregu naszych spostrzeżeń wyróżnia się jeden przypadek, ciekawy ze względu na rozmiary i następstwa samego oparzenia. Opis tego przypadku pozwalam sobie przytoczyć poniżej w krótkości.

W dniu 15 listopada 1900 roku zgłosiła się do ambulatoryjum chirurgicznego w szpitalu Wolskim Franciszka M., dziewczyna w wieku lat 18, oznajmiając, że przed 5-ma dniami napiła się ługu w celu samobójczym. Ilości połkniętego płynu chora nie była w stanie określić, utrzymując tylko, że wypiała jeden łyk ługu z butelki. W przeciągu następnych dni 4-ch chora nie była w możności czemkolwiek posilić się, ponieważ łykanie sprawiało jej ból dotkliwy, a przytem wszelkie pożywienie, nie wyłączając płynów, zwracała w zupełności. Bólów ze strony żołądka nie doznawała prawie żadnych. Przy końcu 4-go dnia od chwili otrucia, czyli na dobę przed przybyciem do ambulatoryjum, chora zwymiotowała, jak się sama wyraziła, „kiszkę“, którą też przyniosła ze sobą.

Po tym fackie uczuła odrazu znaczną ulgę w łykaniu płynów, których już odtąd więcej nie zwracała.

Po bliższem i dokładnem obejrzeniu stwierdziliśmy, że „kiszka“ owa przedstawiała się jako rurka błoniasta, na obu końcach nieco postrzępiona, koloru brudno szarego; długość jej wynosiła 18 ctm., szerokość w najszerszem miejscu (t. j. u jednego końca) w obwodzie 12,9 ctm. w najwęższem (czyli u drugiego końca) w obwodzie—4,0 ctm. Nadto w ścianach rurki zauważyliśmy parę sporych otworów owalnych, przepuszczających 1—2 palce.

Kształt do pewnego stopnia stożkowaty i rozmiary tego dziwnego okazu patologicznego pozwoliły nam przypuścić prawie z wszelką pewnością, że ów twór błoniasty jest błoną śluzową, a ewentualnie i podśluzową przełyku, oddzieloną całkowicie na znacznej przestrzeni. Jakoż badanie drobnowidzowe okazu, łaskawie przez kol. BARTKIEWICZA w pracowni prof. PRZEWOSKIEGO wykonane, potwierdziło słuszność naszego przypuszczenia w zupełności. Mianowicie, ściana rurki składa się z błony śluzowej, ogołoconej zupełnie z nabłonka, oraz miejscami z tkanki podśluzowej; gdziekolwiek tylko widać małe wyspki *muscularis mucosae*.

Co się tyczy dalszych losów naszej chorej, to stan jej miejscowy i ogólny przedstawia się do chwili obecnej zupełnie zadawalająco. Poleciwszy chorej początkowo w przeciągu dni kilku łykanie kawałków lodu, oraz bardzo małych ilości mleka zimnego, już 19 listopada, czyli 5-go dnia po oddzieleniu się błon, zaczęliśmy wprowadzać ostrożnie co 1—2 dni zgłębniki elastyczne. Obawialiśmy się bowiem, ażeby zbyt szybko nie wystąpiły objawy zwężenia, a nawet sklejania się i następczego zrośnięcia się ścian przełyku wobec braku błony śluzowej na tak znacznej przestrzeni.

Do pewnego stopnia obawy nasze płonnymi nie były, ponieważ już od pierwszego razu podczas próby wprowadzenia zgłębnika nie byliśmy w stanie przeprowadzić bez forsowania numeru wyższego nad № 18-ty skali francuzkiej. Obecnie w postępowaniu naszym osiągnęliśmy tyle, że przez zwężenie przechodzi dość swobodnie № 26, a nawet 27-my. Wobec tego pacjentka nasza przełyka już z względną łatwością i prawie bez bólu wszystkie płyny, posilając się przeważnie mlekiem, rosółem z jajami, barszczem, krupnikiem, piwem i t. d.

To też wygląd chorej nie pozostawia nic do życzenia i, prócz uczucia od czasu do czasu pieczenia i ściskania w głębi klatki piersiowej w stopniu umiarkowanym, na inne dolegliwości nie uskarża się.

Nadmienię jeszcze pokrótce, że według wszelkiego prawdopodobieństwa rurka błoniasta, która została wydalona u naszej chorej z przełyku, pochodzi z dolnego odcinka narządu, ponieważ zgłębnik napotyka przeszkodę dopiero na odległości 24 ctm. po za linią zębową. Rozszerzony jeden z końców rurki, mający w obwodzie 12 ctm.,¹ przedstawia wobec tego przejście przełyku do wpustu żołądka.

Przypadki analogiczne należą do niezmiernie rzadkich, a piśmiennictwo lekarskie posiada niewiele odnośnych prac kazuistycznych.

Z 6-ciu opisanych przypadków, które odszukać zdołałem, literatura polska zawiera tylko jedną notatkę lekarską PIETKIEWICZA ¹⁾; 5 innych przypadków podane były przez autorów obcych, a mianowicie przez BUSSENIUS'a, HADDEN'a, PUECH'a, DÖRR'a i BORNIKOEL'a ²⁾.

We wszystkich 6 przypadkach nastąpiło oddzielenie się błony śluzowej przełyku w postaci błoniastej i we wszystkich też przyczyną zjawiska były oparzenia przełyku ługiem żrącym. Nasz przypadek odróżnia się tem od innych, że gdy w tamtych oddzielenie znekrotyzowanego cylindra następowało zwykle pomiędzy 8 a 11-tym dniem od chwili oparzenia, u naszej chorej oddzielenie to nastąpiło już w końcu 4-go dnia po wypadku.

Wprawdzie istnieją opisy paru przypadków, w których oddzielenie się podobnych błon odbyło się szybciej, lecz opisy te dotyczą spraw etyologicznie odmiennych i bardziej powierzchownych, a mianowicie, t. zw. *oesophagitis exfoliativa*.

Tak, np. jeden przypadek spostrzegany był przez BIRCH-HIRSCHFELD'a u pewnej histeryczki, która zachorowała nagle przy objawach gorączkowych i 3-go dnia zwymiotowała zupełny odlew przełyku, składający się z nabłonka wielowarstwowego, właściwego dla tego narządu. W drugim przypadku, podanym przez REICHMANA ³⁾, człowiek dorosły cierpiał od lat 10-ciu na trudności w połykaniu pokarmów; pewnego razu choremu utkwiał podczas jedzenia kawałek mięsa w przełyku. W 5 dni później chory wypluł masę błotnistą, która była nabłonkiem wielowarstwowym przełyku.

Przypadek nasz ciekawy jest nie tylko z powodu swej rzadkości, lecz i ze względu na sam mechanizm, na sam sposób powstawania tego rodzaju sprawy patologicznej.

Przedewszystkiem zachodzi pytanie, dla czego wobec częstości, z jaką występują oparzenia przełyku, przypadki, tego rodzaju, jak wyżej opisany, tak rzadko dają się spostrzegać? Kategorieczną dać na to odpowiedź jest niemiernie trudno.

Przedewszystkiem, zdaniem BORNIKOEL'a, BUSSENIUS'a i innych oddzielenie się pewnych warstw przełyku w postaci błon po oparzeniu tego narządu możliwem jest jedynie pod działaniem żrącym ługu. Tkanki bowiem inaczej reagują na kwasy, a inaczej na ługi żrące: w pierwszym przypadku zgorzel powstaje w postaci strupa suchego i kruchego, gdy tymczasem pod wpływem ługu tkanki, ulegając zgorzeli, zachowują swą ciągłość i elastyczność i raczej zdradzają skłonność do rozplywania się, aniżeli do tworzenia mas suchych i zbitych.

¹⁾ M. PIETKIEWICZ. Przyczynek do kaznistyki zgorzelowego zapalenia przełyku. Gaz. Lek. r. 1894.

²⁾ BORNIKOEL. Ueber Verätzung der Speiseröhre durch Aetzlauge. Zeitschr. f. Klin. Medic. Tom. 41 Zeszyt 1—4.

³⁾ REICHMAN. Oesophagitis exfoliativa. Deutsche medic. Wochenschr. 1890 Nr. 46.

Powtóre, niektórzy znaczenie pewne w tej mierze przypisują ilości wypitego łągu. Tak, np. HACKER ¹⁾ na zasadzie jakoby wielu spostrzeżeń i badań doszedł do wniosku, że zwężenia przełyku w postaci cylindra większej lub mniejszej długości powstają po oparzeniu b. małemi ilościami płynu żrącego, który, opuszczając się powoli, niejako oblewa jednostajnie ściany narządu.

Jednakże dowodzenie HACKER'a wydaje się mało prawdopodobnem i niezbyt jasnem. Istnieje natomiast przypuszczenie innego rodzaju: wiadomo, że w zwykłych warunkach pokarm po przejściu z gardzieli do przełyku, odbywa drogę swą do wpustu żołądka zaledwie w przeciągu $\frac{1}{10}$ sekundy, wyprzedzając znacznie ruch robaczkowy, powstający w samym przełyku ²⁾. Na drodze swej pokarm napotyka pewne zwężenie, istniejące normalnie, a mianowicie po za chrząstką obrączkową, w miejscu, odpowiadającem rozdzieleniu tchawicy i przy samym wpuszczeniu żołądka. W tych miejscach, jak gdyby wybranych, zdarzają się też najpospoliej bliznowate zwężenia po oparzeniach przełyku.

Otóż przypuścić należy, że u pewnych osób pod wpływem bólu, wywołanego działaniem łągu żrącego na błonę śluzową gardzieli, zachodzi znaczna zmiana w czynności fizyologicznej samej sprawy połykania [BORNIKOEL]. Prawdopodobnem więc jest, że w takich razach ruch dotykowy bywa upośledzonym i płyn żrący nie zostaje jakby wstrzykniętym do przełyku, lecz wstępuje doń wolno i rozlewa się też bardziej jednostajnie wzdłuż ścian kanału na większej lub mniejszej tegoż przestrzeni. Wobec tego nasuwa się jeszcze pytanie, dlaczego górna część przełyku oparzeniu nie zawsze ulega? Widocznie płyn żrący przebiega tę przestrzeń niezmiernie szybko, nie zdążwszy wywołać zmian, oparzeniu właściwych.

Sama sprawa oddzielenia się błony śluzowej przełyku odbywa się w sposób następujący: wokoło cylindra błoniastego, ulegającego zgorzeli, wytwarza się zapalenie odgraniczające [demarkacyjne], które doprowadza właśnie do wydzielenia tkanek w postaci powyższej.

Rokowanie w naszym przypadku przedstawia się w świetle nieco wątpliwem nie tyle co do życia, ile pod względem sprawności przełyku. Wprawdzie trzeba mieć nadzieję, że przy dobrej woli ze strony chorej osiągniemy rozszerzenie przełyku stałem zgłębnikowaniem na tyle, że odżywianie będzie mogło odbywać się w zakresie prawidłowym i do podtrzymania życia niezbędnym.

Wypada jednak mieć na uwadze jedną nader ważną okoliczność, mogącą stanąć z czasem na przeszkodzie najlepszym naszym usiłowaniom, a tą jest — skłonność tkanki bliznowatej do silnego ściągania się i kurczenia. Z tego powodu spostrzegano niejednokrotnie uporczywe bardzo nawroty zwężeń bliznowatych przełyku, pomimo bardzo systematycznie przeprowadzanego leczenia zgłębnikami. Tem gorzej pod tym względem przedstawia się rokowanie, jeśli oparzeniu uległa błona śluzowa przełyku na znacznej przestrzeni, jak to się

¹⁾ V. HACKER. Stricturen des Oesophagus. Handbuch d. prakt. Chirurgie. Tom. II. Zeszyt. 7.

²⁾ Prof. N. CYBULSKI. Fyzyologia człowieka. Cz. II. 1892 r.

zdarzyło np. w naszym przypadku. Podług statystyki ZELDOWICZA¹⁾ $\frac{1}{3}$ część wszystkich chorych, uległych oparzeniu przelyku i leczonych w następstwie zgłębnikami, umiera wprost wskutek wycieńczenia lub też wskutek różnego rodzaju powikłań, występujących jakoby najczęściej właśnie przy nawrotach po zwężeniach bliznowatych. Z 6-iu powyższych przypadków, które w piśmiennictwie są zanotowane, w jednym nastąpiło wyzdrowienie, w 3-ch przypadkach dalsze losy chorych są nieznane, w 2-ch nastąpiło zejście śmiertelne, przytem w jednym z powodu jednocześnie powstałej sprawy zgorzelinowej w żołądku, w drugim—skutkiem ogólnego wyniszczenia, spowodowanego zaniedbaniem się w leczeniu.

Niektórzy z chirurgów odstępują nawet zupełnie od zgłębnikowania systematycznego przelyku przy rozległych jego zwężeniach, doradzając natomiast bezzwłoczne wykonywanie gastrostomii.

Jeśli wolno mi wypowiedzieć zdanie osobiste w tej mierze, to sądzę, że na wykonanie zabiegu powyższego zawsze dość czasu być może. Z drugiej zaś strony, bardzo jest uciążliwe i przykre życie osobnika, skazanego na odżywianie się przez przetokę żołądkową i to najczęściej do końca życia, gdyż w przypadkach zwężeń na znacznej przestrzeni zgłębnikowanie nawet od strony żołądka rzadko bardzo wynik pomyślny dać jest w stanie. Z tego względu wykonanie gastrostomii postawione być winno na ostatnim planie, gdy wystąpi zupełna niedrożność przelyku.

Wychodząc z tego założenia, postanowiliśmy u naszej chorej spróbować leczenia występującego już zwężenia przelyku za pomocą systematycznych rozszerzeń zgłębnikami, nie przesądzając jednak, o ile i na jak długo zabiegi nasze skutkiem pomyślnym będą uwieńczone.

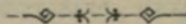
Na zakończenie niech mi wolno będzie wyrazić wdzięczność Szanownemu Doktorowi KIJEWSKIEMU za łaskawe odstąpienie mi przypadku oraz za zachęte, okazaną mi do skreślenia niniejszej notatki kazuistycznej.

II. UWAGI W SPRAWIE „MYASTHENIAE PAROXYSMALIS ANGIOSCLEROTICAE“ (CHROMANIE PRZESTANKOWE — CHARCOT)

oraz t. zw. „gangraenae spontanae“.

Napisał

Dr. Med. Henryk Higier.



[Dalszy ciąg — Patrz Nr. 12].

Jeden z przypadków moich zajmuje odrębne nieco stanowisko, o ile w nim myastenię przemijającą poprzedziło ograniczone zapalenie nerwów obwodowych z zanikiem mięśni, następczą szpotawo—końską deformacją

¹⁾ J. B. ZELDOWICZ. O leczeniu rubcowych sużenij piszczewoda. Wraze 1900 r. Nr. 45.

nogi, brakiem odruchów ścięgniętych i ciężkimi zaburzeniami uczucia. Obraz myastenii napadowej zaczął się rozwijać powoli, około 1½ roku po zniknięciu ostrych objawów neurytu. Na zajętej nodze wystąpiły wybitne zmiany w naczyniach, zwężenie ich światła oraz wężykowatość.

U dwu myasteników podczas choroby zjawiała się padaczka. Nie mogę się stanowczo oświadczyć za związkami przyczynowymi między padaczką a umiejscowioną miażdżycą naczyń, tembardziej iż w jednym przypadku padaczka wystąpiła w późnym wieku u osobnika, nadużywającego wysoko.

Niektórzy pacyenci skarżyli się na napadowe uczucie ściskania w dołku (*angina pectoris?*) i przemijające zawroty głowy.

W 4-ch przypadkach, w których na wszystkich kończynach tętno było słabe lub nieobecne i gdzie po za tem miała miejsce zgorzel niektórych członków, spostrzegałem niezwykle zbiór objawów nerwowych. W okresie, poprzedzającym zgorzel zjawiały się zwykle: napady bólu głowy nie umiejscowionego, silne zawroty, bezsenność i nocne halucynacje. Podczas takiego okresu, który trwał zwykle kilka tygodni, stan ogólny bardzo się pogarszał. Chorzy stawali się nadzwyczaj rozdrażnieni i nieznośni, tracili apetyt i sen i niezmiernie chudli. Gdy napady zgorzeli, przypominające chorobę RAYNAUD'a, kończyły się, stan ogólny poprawiał się dość szybko, pacyenci przybierali na wadze, odzyskiwali siły i dobry humor.

Rozporządzając zbyt szczupłym materiałem, nie śmiem rozstrzygać pytania, o ile nie mamy tu przed sobą objawów skurczu naczyń mózgowych, zjawiającego się napadowo — czy to samoistnie czy na drodze odruchowej z nerwów czucia obwodowych — i pociągającego za sobą zaburzenia cyrkulacyjne. W każdym razie uderza ta okoliczność, że powyższy zbiór objawów występował tylko przy *endoarteriitis* wszystkich kończyn, gdzie przeto prawdopodobnie są analogiczne zmiany w naczyniach mózgowych.

Nie zbytecznem będzie przypomnieć w tem miejscu, że pomimo rozwiniętej w tych przypadkach rozlanej miażdżycy tętnic, raczej swoistej angiosklerozy z ledwie wyczuwalnem tętnem, wtórnych zmian w sercu lub zaburzeń nerwowych nie było. A przemawia to niewątpliwie za tem, że główną rolę odgrywają zaburzenia naczynioruchowe i że angioskleroza ta zasadniczo się różni od zwykłej sklerozy naczyń posuniętego wieku. Do kwestyi tej powrócę jeszcze niżej przy rozpatrywaniu patogenezy.

*

*

*

Omówienie symptomatologii i powikłań angiosklerozy swoistej zakończyć chcę objawem, mającym największe praktyczne znaczenie, t. j. zgorzelą. Ów najgroźniejszy objaw mylnie niektórzy chirurdzy opisywali nie jako jeden z późniejszych objawów *myastheniae angioscleroticae*, lecz jako chorobę *par excellence* chirurgiczną, jako t. zw. zgorzel samoistną (*gangraena spontanea*).

Jezeli wykluczę wspomniany już przypadek, w którym owrzodzenie zostało wywołane sztucznie przez lekarza i wymagało bardzo długiego leczenia, to spostrzegłem u swoich chorych zgorzel i powierzchowne owrzodzenia 7 razy: 1 raz w 20-ch, 3 w 30-ch, 3 w 50-ch latach życia.

Na szczególną uwagę zasługuje jeden przypadek, w którym u człowieka młodego już w 6 miesięcy po pierwszych objawach klinicznych pojawiła się zgorzel dwóch palców u nogi.

U innego, starszego osobnika, dotkniętego padaczką, rozwinęło się bez określonej przyczyny zewnętrznej *malum perforans pedis* na powierzchni wewnętrznej stopy.

Jeszcze u innego, który przez 12 lat choroby cierpiał względnie mało, w ciągu 5 tygodni rozwinęła się na miejscu wyciętego nagniotka typowa zgorzel palca z następczą posocznicą i śmiertelnym zejściem.

W jednym przypadku, którego przebieg odpowiadał zupełnie obrazowi symetrycznej zgorzeli RAYNAUD'a, musiano amputować wskutek szalonych bólów oba wrzodzące duże palce u nóg, przyczem okazało się, że naczynia były niedrożne lub nader wąskie.

Lokalizacyi zgorzeli nie na obwodzie, np. wyłącznie na goleni lub przedramieniu nie spotykałem ani razu. Również nie widziałem przypadków w rodzaju HADDEN'a i WILL'a z wyłącznem umiejscowieniem na górnych kończynach.

Tylko wytworzenie obocznego krwiobiegu przy niedrożności pni głównych pozwala nam zrozumieć, dlaczego po większej części zgorzel zjawia się dopiero po kilku latach od rozpoczęcia choroby. Na zasadzie dokładnego badania naczyń w odpowiednich przypadkach ŁAPIŃSKI sądzi, że przy zwężeniu pnia głównego mała jakaś jego odnoga rozszerza się zastępczo i bierze na siebie jego funkcje, trwa to tak długo, aż ta odnoga podlegnie zwyrodnieniu i znów nowa gałązka przejmie czynności poprzedniczki, a po niej jakim czasie i ta ostatnia staje się niedrożną wskutek zwyrodnienia ścianek.

Poniżej przytaczam dwa przypadki, jako przykłady wielokrotnych amputacyi u tych samych osobników. Podaję tylko daty wystąpienia t. zw. zgorzeli samoistnej i dokonanych zabiegów, opuszczając szczegóły historii chorób.

I przypadek.

1877. Ropiejące owrzodzenie na lewej pięcie z nieznaney przyczyny. Nacięcie. Gojenie rany przez 10 miesięcy.
1887. Zgorzel palców w lewej nogi, wrzekomo po przeziębieniu. Amputacya palców. Zagojenie *per secundam* po 8 miesiącach.
1883. Owrzodzenie na palcach prawej nogi. Zagojenie pod okładami.
1891. Owrzodzenie na dużym palcu prawej nogi. Amputacya. Zgorzel kikuta.
1891. Zgorzel palców prawej nogi. Amputacya goleni. Zagojenie rany po 2-ach latach.
1894. Zgorzel kikuta. Amputacya uda. Granulowanie rany przez kilka miesięcy.
1894. Ropiejące owrzodzenie palca prawej ręki.

II przypadek.

1890. Zgorzel 2-go palca lewej nogi. Amputacya palca.
1891. Owrzodzenie na prawej ręce. Zagojenie bez operacyi.

1892. Zgorzel 2-go palca lewej ręki. Częściowa amputacja palca. Długotrwałe gojenie.
1892. Owrzodzenie na dużym palcu prawej nogi. Amputacja paznokcia. Długotrwałe gojenie.
1892. Zgorzel dużego palca prawej nogi i palca lewej ręki. Wyłyżeczkowanie pierwszego, amputacja drugiego palca.
1894. Zgorzel dużego palca. Amputacja.
1894. Zgorzel kikuta. Amputacja uda. Długotrwałe gojenie.
1894. Zgorzel dużego palca lewej nogi. Amputacja.
1895. Zgorzel kikuta. Amputacja lewej goleni.

Posiadam fotografię chorego, którego notatki niestety mi zaginęły i o którym przeto tylko w kilku słowach wspomnieć mogę. Osobnik ten, lat 40-tu, dotknięty był typową *endoarteriitis obliterans*, która doprowadziła do nader ciężkich następstw. Jak widać z fotografii, amputowano mu obie nogi pośrodku uda, a z obu dłoni pozostała tylko resztką w postaci zniekształconego 4-go palca lewej ręki ¹⁾.

* * *

Rozpoznanie nie przedstawia szczególnych trudności, jeżeli przy skargach na mięśniowe bóle reumatyczne, drętwienie, mrowienie i uczucie zimna w nogach — zwłaszcza u młodych osobników — postawić sobie za zasadę zwracanie uwagi na zabarwienie palców, temperaturę stopy, szybkość, z jaką znika żółtawo-biała plama, powstała przy ucisku na zsiniałą skórę i — *last not least* — na tętno naczyń stopowych. Najpewniej i najszybciej dochodzimy do celu, porównyując zawsze chorą kończynę ze zdrową. Wspominaliśmy już powyżej, że niekiedy możemy się natknąć na analogiczną sprawę patologiczną w zdrowej nodze zupełnie niespodzianie dla chorego.

Mniej często spotykamy silnie rozwiniętą sieć żylną na grzbiecie i wewnętrznej powierzchni stopy lub zatkaną żyłę w postaci twardego i bolesnego powrozka na tylnej lub wzdłuż wewnętrznej powierzchni goleni. W niektórych, bardzo rzadkich razach przy rentgenografii uwydatnia się znakomicie obliterowane naczynie.

W ostatnich czasach przyzwyczałem się badać dokładnie tętno dolnych kończyn u młodych osobników — zwłaszcza żydów, dotkniętych dyatezą neuro-

¹⁾ [Uwaga przy korekcie]. W kilku słowach wspomnieć na tem miejscu chcę o 4-ch przypadkach *myastheniae angioscleroticae*, które spostrzegałem w ostatnich miesiącach już po oddaniu do druku pracy niniejszej, a które razem ze szczegółowo opisanymi w tekście stanowią pokaźną liczbę 22-ch. Godnem zaznaczenia jest, że jedno spostrzeżenie dotyczyło młodej męzki [34 lat], reszta zaś mężczyzn w 26, 42 i 55 roku życia. Klinicznie zasługują na wzmiankę: kobieta z myastenią napadową kończyny lewej i starszy mężczyzna z takimiż zaburzeniami ze strony prawej nogi. U pierwszej obok braku tętna we wszystkich naczyniach lewej nogi, włączając *art. femoralis*, stwierdziłem angiosklerozę i na prawej, pozornie zupełnie zdrowej nodze. U wzmiankowanego mężczyzny po za subiektywnem uczuciem napadowego zmęczenia, bólów i drętwienia w obrębie przednio-wewnętrznej powierzchni prawego uda, zupełnie znikającym przy siedzeniu, leżeniu lub staniu, nie przedmiotowego w naczyniach stwierdzić się nie dało. Zgorzeli nie było w żadnym z 4-ch przypadków. Dotknięci *myasthenia paroxysmali angiosclerotica* byli sami żydzi z Królestwa.

patyczną, o ile zbyt słabe tętno *art. radialis*, mały kaliber naczyń, delikatność ściątek, głuche i ledwie słyszalne tony serca nasuwają mi myśl wrodzonej wężkości narządu cyrkulacyjnego.

O ile uporczywe bóle „reumatyczne“, zaburzenia naczynioruchowe na jednej nodze, zmęczenie przy chodzeniu przemijające, wystąpienie analogicznych objawów na drugiej kończynie nie są dla internisty dostatecznymi zwiastunami zbliżającego się powoli nieprzyjaciela, o tyle zjawiające się na palcu ograniczone ciemno-sine zabarwienie, znieczulenie lub wrzodziejący pęcherzyk bolesny pozwala chirurgowi po niewczasie rozpoznać bez trudności smutne zakończenie sprawy chorobowej, t. zw. zgorzel samoistną, przy której amputacja okazuje się zazwyczaj nieuniknioną, gdyż połączona z silnymi bólami sprawa rozpadowa nie ma tendencji do ograniczania się, do demarkacji, zwyklej dla innego rodzaju zgorzeli.

W większości przypadków rozpoznanie jest tak łatwe, że rzeczywiście wraz z CHARCOT'em dziwić się trzeba, iż od roku 1858, t. j. od pierwszego dokładnego opisu tej choroby u człowieka, do ostatniego pięciolecia tylko nieliczni badacze komunikowali swoje spostrzeżenia nad tem, praktycznie niezmiernie ważnem, cierpieniem, zatruwającym życie niejednemu człowiekowi. U koni choroba ta nie stanowi rzadkości i już wcześniej była dokładnie znana weterynarzom.

Jeżeli moment przestankowego utrudnienia chodu czyli chromania nie występuje zupełnie wyraźnie, to u starszych osobników zawsze będziemy popodejrzewali wycyzajną miążdżycę tętnic z zwapnieniem i zgorzelą starczą.

Ścisła symetria przemawia zwykle za chorobą RAYNAUD'a, chociaż mógłbym zacytować z literatury lat ostatnich wiele przypadków *endoarteriitidis obliterantis* z typowem chromaniem, które były niewłaściwie opisane jako *morbus RAYNAUDI*.

Pomijam pytanie, czy mamy prawo mówić o erytromelalii jako o chorobie samodzielnej *sensu strictiori* i czy rzeczywiście jest jej właściwe mocne i twarde tętno oraz nadwrażliwość na ciepło w przeciwieństwie do ledwie wyczuwalnego tętna i nadwrażliwości na zimno przy *angiosclerosis obliterans*? Przynajmniej co do niektórych przypadków, przyszłość zapewne okaże, że była to *arteriitis obliterans* tylko z nietypowym przebiegiem i bez zaburzeń odżywczych.

Praktycznie nie wiele się dotychczas przyczyniły do wyświetlenia istoty rzeczy i ułatwienia rozpoznania ulubione analogie, przeprowadzane między *endoarteriitis obliterans* a wzmiankowanemi nerwicami naczynioruchowemi. Nie wiele zyskałiśmy na tem, że stosunek erytromelalii i choroby RAYNAUD'a do innych chorób ośrodkowego układu nerwowego przemawia za zajęciem pewnego obrębu szarej osi rdzenia, bądź funkcjonalnem, bądź też organicznem, za wzmoczoną pobudliwością ośrodków naczynioruchowych i odżywczych.

Największe trudności do zwalczania będzie zawsze miała dyagnostyka tych rzadszych postaci, które klinicznie przebiegają jako erytromelalgia lub mieszana forma RAYNAUD-erytromelalgia, jednocześnie zaś wykazują za życia brak tętna w górnych [MOYER, BRASCH] lub dolnych kończynach [LANCEREAUX]

a przy oględzinach pośmiertnych obliteracyę naczyń [DEHIO, MITCHELL—SPILLER, SACHS—WIENER] bez lub ze zmianami w nerwach obwodowych. O ile bowiem jedni autorzy nie chcą uznać ani zgorzeli symetrycznej RAYNAUD'a ani erytromelalgii WEIR-MITCHELL'a za jednostki chorobowe samodzielne, za *morbi sui generis*, lecz widzą w nich swoiste zbiory objawów, występujące w lżejszej lub cięższej postaci przy różnych, zwłaszcza nerwowych cierpieniach układu ośrodkowego lub obwodowego; o tyle bronią ich samoistości inni badacze, ściśle rozróżniając je od typowej *angiosclerosis obliterans*. Według LANCEREAUX np. zgorzel neuropatyczna ma się głównie różnić od angiopatycznej tem, że: 1) zmiany troficzne stale poprzedza lata trwający okres bólów; 2) po napadach bólów [paroksyzmy] — następują długotrwałe ich zwolnienia [remisje]; 3) symetria jest zjawiskiem częstym, cechą zasadniczą; 4) włosy i paznokcie dotkniętych palców biorą udział w zaburzeniach troficznych; 5) *malum perforans pedis* jest dosyć częstym; 6) zgorzel nie jest masową, obejmuje zazwyczaj nieznaczną część zajętego członka lub jest rozsiana wysepkowato; 7) zmiartwiały odcinek oddziela się bez ropienia; 8) serce jest nietknięte.

Tenże autor, którego oznaki różniczkowo-rozpoznawcze, jak się łatwo przekonać przy większym materiale odnośnych chorych, często w praktyce zawodzą, posuwa się jeszcze o krok dalej, uznając w wielu przypadkach brak tętna i stwardnienie ścianki naczynia za objaw wtórny, wywołany przez zaburzenia natury wazotroficznej. Jakim we wstępie zaznaczył, ułatwiałem sobie rozpoznanie w ten sposób, że rozpoznawałem sprawę angiopatyczną wszędzie, gdzie obok chromania przestankowego stwierdzić się dała nieobecność tętna lub częściowa obliteracya dostępnej badaniu tętnicy mniejszego lub większego kalibru.

O ile zgorzel przy syringomyelii i chorobie MORVAN'a cechuje się rozlaną anestezją lub rozszczepieniem czucia, o tyle w mowie będąca zgorzel samoistna odznacza się silną bolesnością przy braku obiektywnych zaburzeń czucia.

Niekiedy choroba przebiega pod postacią t. zw. akroparestezyi SCHULTZE'go, aż wreszcie pewnego dnia w tętnie dolnych kończyn udaje się stwierdzić zaburzenia przedmiotowe. Parestezye w postaci uczucia zimna, drętwienia i darcia dominują wtedy nad całym obrazem klinicznym, usuwając na plan drugi patognomiczną myastenię przestankową.

W tych przypadkach, w których nie pierwszy plan w obrazie choroby występują objawy wieloogniskowego zapalenia nerwów [duże zaniki mięśni, ciężkie zaburzenia czucia, elektryczny odczyn zwyrodnienia], nie mamy prawa uważać je za skutki zmian w naczyniach. O ile nie są to sprawy współrzędne, które mają wspólną przyczynę, to za sprawę pierwotną należy uznać raczej zapalenie nerwów; przy ciężkich bowiem zapaleniach nerwów wielokrotnie spostrzegano zmiany w naczyniach.

Ogólny stan odżywiania, sprawność serca i nerek pozwala odróżnić *endoarteriitis obliterans* od zwykłego zakrzepu i zatoru.

W przyszłości wczesne rozpoznanie nabierze prawdopodobnie wielkiego praktycznego znaczenia, a mianowicie przy ubezpieczeniach na życie, przy za-

kwalifikowaniu niższego personelu na kolejach lub fabrykach, a szczególnie przy poborach wojskowych, gdzie chętnie kładą na karb symulacji wszelkie okresowe lub napadowe zaburzenia chodu. W jednym przypadku, przytoczonym już powyżej, lekarz wojskowy podejrzewał rekruta, że ten w celu dłuższego pozostania w lazarecie umyślnie zanieczyścił ranę stopy, która się nie goiła prawidłowo. Gdyby ów niesłusznie oburzony lekarz zwracał uwagę na zwiastujące zaburzenia nerwowe i naczynioruchowe na nodze, możeby potrafił przez oszczędzanie kończyny, lub wczesną interwencję uchronić chorego od zagrażającego mu owrzodzenia i zgorzeli. Wskutek nieznamomości tej sprawy nie tylko więc nie ocenił należycie zbliżającego się niebezpieczeństwa, lecz nawet spotęgował je do pewnego stopnia przez niewłaściwe zabiegi [ruch forsowny].

*

*

*

[D. n.]

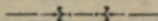
Z ODDZIAŁU D-RA MED. ANT. ELZENBERGA DLA CHORYCH SKÓRNYCH I WENERYCZNYCH
W WARSZAWSKIM SZPITALU STAROZAKONNYCH.

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

Podał

Dr. Robert Bernhardt,

lekarz szpitala 6-go Łazarza w Warszawie.



[Dokończenie. — Patrz Nr. 12].

Korzystając z posiadanego jednocześnie materiału, postanowiłem rozciągnąć swoje badania na jedną jeszcze postać kliniczną syfilisu późnego skóry, co do której po dziś dzień nie ma zgody nawet między klinicystami, że już nie wspomnę o anatomo-patologach. Mówię o tak zw. *tubercula cutanea sicca*, *syphilide tuberculeuse résolutive*, *papules exagérées*, *tertiaere trockene Papeln*, *Syphiloderma tuberosum* [TOMMASOLI].

Odrębność rzeczonej postaci już dawno zwracała uwagę badaczy, przywykłych do dokładnych obserwacji klinicznych. Niektóre dane pozwalają nawet przypuszczać, że znana ona była już w 16-ym wieku, choć przyznać trzeba, że w pismach starych autorów dokładnych opisów nie spotykamy. FERNEL [podług BASSEREAU] pierwszy wyodrębnił tę postać kliniczną i zdaje się, że miał ją właśnie na myśli pisząc zdanie: „*quin etiam per totum corpus emergunt viventes pustulae, verrucarum speciem repraesentantes*“. Co się tyczy nowszych badaczy [z drugiej, połowy naszego wieku], to zauważę, że poglądy ich bynajmniej nie są jednomyślne. Tak np. ZEISSL, BEHREND, LANG, KAPOSI i inni wcale nie poświęcają tej formie oddzielnych opisów i widocznie utożsamiają ją z *syphilis cutanea gummosa*. Inni znowu [BAEUMLER, LESSER, KOPP, FOURNIER, LANCE-

REAUX, CORNIL, HARDY, JULLIEN i t. d.], choć dokładnie odróżniają omawianą postać, to jednak nie zupełnie się zgadzają co do pojmowania jej istoty. FOURNIER, LANCEREAUX, CORNIL, JULLIEN zaliczają ją do gumatów skóry nie tylko na zasadzie własności klinicznych, lecz nawet histologicznych. CORNIL np. mówi: „FOURNIER les décrit sous les noms de gomme de la peau et il a raison en ce sens, que leur lésion histologique est la même que celle de gomme”. JULLIEN zaś wprost oświadcza, że w mowie będący twór jest „une gomme parfaite”. Z drugiej jednak strony HARDY, który się wszak odznacza niezrównaną precyzją kliniczną, zda się zaliczać *tubercula sicca* do okresu kłykcinowego i określa je jako wybujałe grudki (*papulae*). BAZIN znowu, a również i JULLIEN są zdania, że do omawianej postaci klinicznej należy nawet tak zw. *psoriasis palmaris et plantaris syphilitica*.

Taka różnica w zapatrywaniach zależy, mojem zdaniem, od tego, że obserwacja kliniczna niestety nie zawsze idzie w parze z dokładnem i bezstronnem badaniem drobnowidzowem. A jednak pierwsza jest niemożliwa bez drugiego: winny się one wzajemnie uzupełniać, gdyż tylko przy tych warunkach stawiane wnioski, będą najwięcej zbliżone do prawdy.

Anatomię *tubercula sicca* szczegółowo opracowali UNNA i zwłaszcza TOMMASOLI. UNNA zalicza omawiane twory do okresu późnego, zwraca jednak uwagę na to, że nie mają one nic wspólnego z gumatami skóry ani pod względem klinicznym, ani histologicznym. Typ budowy tych wykwitów, zdaniem UNNY, zupełnie odpowiada grudkom okresu kłykcinowego (*st. condylomatosum s. secundarium*), tylko że cały twór jest nieco większy. To też UNNA zapatruje się na *tuberculum siccum* jak na istny późny nawrót (*spätrecidiv*) grudki, zaś za jego punkt wyjścia uważa owe mikroskopijne resztki nacieczenia, które po każdej wysypce syfilitycznej pozostają dokoła naczyń [NEUMANN, UNNA]. Wogóle zaś badacz ten jest zdania, że gumat tak się ma pod względem histologicznym do *tuberculum*, jak twory syfilityczne okresu późnego do tworów okresu wczesnego. Co się tyczy TOMMASOLI'ego, to podziela on w ogólnych zarysach poglądy UNNY. Dostyc wyczerpujące studyum TOMMASOLI'ego całe jest poświęcone wykazaniu bezwzględnej samodzielności w mowie będącej postaci klinicznej, dla której określenia proponuje też nowy termin: *sphiloderma tuberosum*.

Badania moje przedsięwziąłem jedynie w celu przeprowadzenia różniczkowej dyagnostyki drobnowidzowej pomiędzy *tuberculum siccum* a gumatem skórny (gumma cutaneum). Materiału dostarczył mi pacjent szpitalny J. R. [№ 3635 księgi głównej z roku 1899 r.], u którego spostrzegano typowe *tubercula sicca*, w ilości kilkuset rozsiane po całym ciele. Były to guziki wielkości połówki ziarnka grochu do pestki wiśniowej, a nawet większe, kształtu okrągłego, wzniesione ponad powierzchnię, barwy czerwonej, ciemno-czerwonej lub czerwono-sinej, dosyc twarde i niebolesne, pokryte naskórkiem już to zupełnie niezmiennym, już to nieco łuszczącym się. Mieściły się one w warstwach górnych skóry właściwej. Na wierzchołku guzika częstokroć można było zauważyć rozszerzony otwór torebki włosowej. Niektóre guziki ulegały inwolucji, połączonej z wytworzeniem się blizny. Ponieważ zaś inwolucya szerzyła

się od środka ku obwodowi, więc też nieraz widywano takie guziczki, których część środkowa była wciągnięta, obwodowa zaś otaczała ją w kształcie nieco wzniesionej ciemno-czerwonej obrączki. Inne znowu uległy zupełnemu już wessaniu, pozostawiając powierzchnią, wciągniętą, zabarwioną bliznę. Niektóre guziki siedziały zupełnie oddzielnie, np. na twarzy i szyi. Większość jednak układała się w mniejsze lub większe grupy, tworząc na zdrowej skórze wysepki kształtu okrągłego, lub owalnego, długości do 18 ctm. szerokości do 15 ctm. Takie grupy znajdowały się na powierzchni przedniej i tylnej tułowia, a następnie na kończynach górnych i dolnych, mieszcząc się dosyć symetrycznie na powierzchniach tylnych i zewnętrznych.

W celu badania drobnowidzowego wycięto kilka guzików. Z tych niektóre były początkowego rozwoju, inne zaś zupełnie już wytworzone.

Guzik zupełnie wytworzony. Zmiany tutaj spostrzegane dotyczą przeważnie naczyń i polegają na bujaniu błony naczyniowej zewnętrznej (*adventitia*). Na całym szeregu skrawków, można się przekonać, że omawiany twór posiada kształt niskiego a szerokiego stożka, którego wierzchołek leży w warstwach głębokich skóry właściwej, powyżej kłębuszków gruczołów potowych, podstawa zaś, odpowiadająca warstwie podbrodawkowej, dotyka samych brodawek. Do wierzchołka tego stożka przenika pęczek naczynio-nerwowy [tętnica, żyła i nerw], widocznie unaczyniający i unerwiający terytorium skórne, objęte przez wyżej wzmiankowany stożek. W tym obrębie prawie wszystkie naczynia są zmienione. Przedewszystkiem zwraca uwagę rozszerzenie kapilarów i drobnych naczynek (*Uebergangsgefässe*), które w bardzo znacznym stopniu występuje w warstwie podbrodawkowej, w naczyniach o kierunku poziomym. Tutaj światło naczyniowe jest nieraz 6—8 razy większe niż normalnie. Nad i pod tą warstwą przekrwienie jest daleko mniejsze. Śródbłonek tych naczyń ujawnia niewielkie zmiany, polegające na pewnym powiększeniu komórek, bujania jednak nigdzie dostrzedz nie mogłem. Inaczej sprawa się ma z tętniczkami drobnymi i średnimi. Te nie są rozszerzone; ich błona mięśniowa jest nieco zgrubiała, komórki zaś śródbłonkowe są nieraz napęczniałe, wysokie i gdzieś tam poczynają bujać, wskutek czego nawet powstaje pewne zwięźlenie światła. Co się tyczy żył, to są one znacznie rozszerzone i napełnione czerwonymi krążkami krwi.

Opisane naczynia [nawet żyły, na co zwracam uwagę], otoczone są ze wszystkich stron grubemi pochwami komórkowemi, które powstały w skutek bujania błony naczyniowej zewnętrznej (*periangotitis*) i rozwijały się w taki sam sposób, jaki wyżej opisano w gumacie [Rys. 5]. Tutaj również naczynia są bardzo niewyraźnie odgraniczone od otoczenia: *adventitia* ich zupełnie znikła i komórki, nacieczenie stanowiące, bezpośrednio przylegają do błony mięśniowej. Grubość pochewek stopniowo wzrasta w kierunku od wierzchołka stożka do jego nasady. Jednak, pomimo tego bujania, nacieczenie nigdy nie wrasta daleko w otaczającą tkankę łączną. Trzyma się ono ściśle kierunku naczyń. Naczynia są więc istnemi drogowskazami nacieczenia. Pełza ono z większych naczyń na mniejsze, z gałązki na gałązkę, jednym słowem rozgałęzia się ono zupełnie w taki sam sposób, jak układ naczyniowy

w danem terytoryum skóry. Wreszcie jednak u samej nasady stożka oddzielne pochwki poczynają się stykać i łączyć ze sobą i wskutek tego powstaje w warstwie podbrodawkowej rozlane nacieczenie, biegnące mniej więcej równoległe do powierzchni skóry [Rys. 5]. Z tego nacieczenia znowu wyłaniają się gałązki wstępujące, które przenikają do brodawek. Naczynka te są również otoczone cienkimi pochwkami. W taki sposób budowa omawianego tworzu bardzo przypomina niskie drzewo, którego pień odpowiada wierzchołkowi stożka, gęsta zaś korona—jego nasadzie *resp.* warstwie podbrodawkowej.

Co się tyczy samych pochwek komórkowych, otaczających naczynia, to zauważę, że w ogólnych zarysach budowa ich jest niezmiernie podobna do bu-



Rys. 5.

Tuberculum siccum. Cięcie prostopadłe do powierzchni. *a, a, a*. Ogniska nasiękowe dokoła zmienionych naczyń *b, b, c*. Bardziej rozlane nacieczenie warstwy podbrodawkowej.

dowy ognisk gumatycznych. Rusztowanie pochwek, które są niezmiernie ostro odgraniczone, stanowi bardzo delikatna siateczka tkanko-łącznowa, zaś w jej przestrzeniach mieszczą się komórki, leżące dosyć zbitą masą. Znajdujemy tutaj: 1) komórki plazmatyczne (*Plasmazellen*), 2) komórki kształtu okrągłego z okrągłym lub owalnym jądrem pęcherzowatym, barwiącym się dosyć słabo, 3) komórki wędrujące, 4) tkanko-łącznowe o ciele wrzecionowatym i wreszcie 5) t. zw. *Mastzellen*. Stosunek ilościowy tych komórek jest nie wszędzie jednakowy. W części dolnej omawianego tworzu, przeważają komórki plazmatyczne, pozostałych zaś, a zwłaszcza komórek wędrujących jest bardzo mało. Niektóre pochwki składają się nawet wyłącznie z komórek plazmatycznych. Widać to szczególnie wyraźnie w świeżo powstających pochwkach

większych tętnic. Tutaj w błonie naczyniowej zewnętrznej (*adventitia*) tworzą się kompletne gniazda [Rys. 6¹⁾], dosyć ściśle odgraniczone i blisko siebie położone, które składają się wyłącznie z komórek plazmatycznych. Na zasadzie tego właśnie obrazu nie mogę pozbyć się wrażenia, że w mowie będące komórki powstawać muszą z *peritelium* naczyń.

W części górnej guzika ilość komórek plazmatycznych jest stosunkowo mniejsza, natomiast ilość komórek wędrujących bezwzględnie się powiększa. Dotyczy to zwłaszcza warstwy podbrodawkowej, w której obok najsilniejszego przekrwienia spotykamy też większą ilość leukocytów. Komórki tkankolącznowe i komórki okrągłe z jądrem pęczkowatym są dosyć równomiernie w pochewkach rozsiane. Co zaś do *Mastzellen*, to znajdują się one przeważnie w warstwie podbrodawkowej. Podziału komórek nigdzie dostrzedz nie mogłem.



Rys. 6.

Tuberculum sideum. Zmiany błony zewnętrznej naczynia [zob. tekst].

Brodawki są szersze niż normalnie, a niekiedy cokolwiek wydłużone. Ich naczynia centralne są umiarkowanie rozszerzone, śródbłonek jest nieco zgrubiałe, otacza je zaś, jak wyżej już nadmieniałem, cienka pochewka, złożona z komórek plazmatycznych i wędrujących. Pozostałe części brodawek nie są zmienione, tylko tu i owdzie spotkać można kilka leukocytów lub oddzielną *Mastzelle*. Oprócz tego widać w brodawkach i w warstwach górnych skóry właściwej nieco komórek, zawierających rudy barwnik.

Tkanka łączna skóry właściwej, między pochewkami położona, jest bardzo niewiele zmieniona. Pęczki jej po większej części mają wygląd normalny. Niektóre jednak są nieco grubsze i jakby bardziej jednolite. Ilość komórek tkankolącznowych jest powiększona. Gdziekolwiek widać kilka *Mastzellen*, zwłaszcza w sąsiedztwie pochewek. Szczeliny i naczynia chłonne są rozszerzone. Ta właśnie okoliczność wraz z przekrwieniem kapilarów, na-

¹⁾ Rys. 4, 5 i 6 są odbite podług mikrofotografii, przygotowanych mi łaskawie przez D-ra J. STEINHAUSA, któremu tu jeszcze wypowiadam serdeczne podziękowanie.

czynnik drobnych i żył naprowadza mnie na myśl, że w danym razie przekrwienie posiada charakter przeważnie bierny [żylny].

Włókna sprężyste w infiltratach okołonaczyniowych uległy zupełnemu zniszczeniu, po za niemi zaś są one niezmienione. Torebki włosowe są normalne. Dokoła niektórych zauważyć jednak można nieznaczne nacieczenie komórkowe. Inne znowu ujawniają owe wypochwienia (*Ausbuchtung*), na które zwraca uwagę NEUMANN¹⁾. W sąsiedztwie gruczołów łojowych nacieczenie jest bardzo słabe. Kłębuszki gruczołów potowych są jużto zupełnie normalne, jużto otoczone dość obfitem nacieczeniem. Jeżeli ta ostatnia okoliczność istnieje, wówczas światło gruczołów jest zwykle znacznie rozszerzone, a komórki nabłonkowe stopniowo ulegają zwyrodnieniu i złuszczeniu się. *Mm. arrectores pilorum* są po większej części niezmienione. Tu i owdzie widać dokoła nich niewielkie nacieczenie. Nerwy skóry są bez zmian.

Naskórek nie uległ żadnym poważniejszym zmianom. Zauważyć tylko należy, iż ilość rudego barwnika w komórkach cylindrycznych warstwy MALPIGIUSZA jest daleko znaczniejsza, niż zwykle. W naskórku znajduje się też nieco komórek wędrujących. Nigdzie jednak nie widziałem figur karyokineetycznych w komórkach naskórkowych, zwłaszcza w soplach międzybrodawkowych. Dla tego też nie mogę się zgodzić ze zdaniem TOMMASOLI'ego, który naskórkowi przypisuje udział czynny w wytworzeniu guzika²⁾.

Guziczek świeży, jeszcze nie rozwinięty. Budowa tego guziczka niewiele się różni od opisanej, tylko zmiany nie są, rzecz naturalna, tak daleko zaawansowane, jak w guziku rozwiniętym. Tutaj przedewszystkiem widzimy rozlane nacieczenie warstwy brodawkowej, które co do szczegółów najzupełniej odpowiada wyżej podanemu, różni się zaś tylko tem, że nie jest tak obfite. Od tego nacieczenia w kierunku ku dołowi bieżną naczynia, w których błonie zewnętrznej poczynają się właśnie wytwarzać owe pochwy, o których dość szczegółowo już mówiłem. Jest to więc początek formowania się stożka, którego podstawa [w warstwie podbrodawkowej] już jest gotowa. Warstwa brodawkowa ujawnia zmiany, identyczne z wyżej podanymi. Co się zaś tyczy naczyń [przekrwienie, zmiany ścian], charakteru komórek, stanowiących nacieczenie, tkanki sprężystej, torebek włosowych i innych szczegółów budowy, to powołuję się na wyżej skreślony opis, który daje się w zupełności zastosować do preparatu niniejszego.

Zestawiając obrazy drobnowidzowe guzika świeżego z zupełnie wytworzonym, musimy dojść do wniosku, iż *tuberculum siccum* poczyną się rozwijać w warstwie podbrodawkowej. Tutaj naczynia poziome ulegają znacznemu przekrwieniu; ich błona zewnętrzna rozrasta się, a komórki infiltrujące tworzą dokoła naczyń rodzaj pochwy. Te pochwy wkrótce łączą się ze sobą, powodując rozlane nacieczenie wzmiankowanej warstwy. Stąd *periangoitis* szerzy się z jednej strony ku górze, ku brodawkom wzdłuż gałązek wstępujących,

¹⁾ NEUMANN Neuere Untersuchungen über die histolog. Veränderungen d. Hautsyphide etc. Archiv f. Dermat. u. Syph. 1885 r.

²⁾ TOMMASOLI l.c. str. 50.

z drugiej zaś—ku dołowi, przenikając do skóry właściwej wzdłuż naczyń o kierunku ukośnym i prostopadłym.

Widzimy zatem, że typ budowy *tuberculi sicci* jest zupełnie odrębny—podobieństwo do grudki jest tylko pozorne. Jeżeli zaś postaramy się przeprowadzić rozpoznanie różniczkowe pomiędzy *gumma cutaneum* a *tuberculum siccum*, to zauważymy, że najważniejsze punkty dadzą się określić w sposób następujący: 1) Gumat poczyna się rozwijać dokoła naczyń, okalających kłębuszki gruczołów potowych, *tuberculum* zaś—dokoła naczyń poziomych warstwy podbrodawkowej; 2) gumat rośnie w kierunku od dołu ku górze, *tuberculum* zaś—w kierunku wręcz przeciwnym: od góry ku dołowi; 3) w *tuberculum* nacieczenie błony naczyniowej zewnętrznej ogranicza się ściśle do naczyń, poza które nie wychodzi, w gumacie wrasta ono w otaczającą tkankę łączną, którą stopniowo niszczy; 4) wreszcie samo natężenie sprawy patologicznej jest daleko znaczniejsze w gumacie, niż w *tuberculum*. To są punkty zasadnicze. Pragnąłbym jednak jeszcze zwrócić uwagę na to, iż w *tuberculum* nie ma tak znacznych zmian naczyniowych, zwłaszcza *endarteriitis obliterans*, jakie spotykamy w gumacie skórnym. Następnie przypomnę, że brak też w niem komórek eozynofilowych, które w tak znacznej ilości spostrzegalem w gumacie.

* * *

Dodatek. W powyższym opisie doprowadziłem historię choroby pacjenta D. G.... do końca września 1900 r., t. j. do czasu, kiedy pracę niniejszą w redakcyi złożył. Ponieważ jednak spostrzegalem chorego aż do ostatnich dni jego życia, przeto czuję się obecnie w obowiązku skreślenia dalszego przebiegu tej obserwacji.

W ciągu października 1900 r. obraz kliniczny uległ bardzo niewielkim zmianom. Gumaty i nasięki gumatyczne powiększały się niezmiernie wolno, tak że tylko za pomocą dokładnych wymiarów można się było przekonać o ich stałym rozroście; jedyne na grzbiecie stopy prawej rozrost odbywał się nieco szybciej i tutaj nasięki stopniowo zlewały się ze sobą. Jednocześnie też wszystkie te twory spłaszczyły się w znacznym stopniu; zaś rozpad ich powierzchni był dosyć szybki. Gumat w okolicy podkolanowej prawej, o którym wyżej mówiłem, cokolwiek się zmniejszył; zabliznianie nasięków na stopie prawej robiło pewne postępy. Stan ogólny był zupełnie zadawalający. W tym czasie podawaliśmy choremu w dalszym ciągu arsenik w postaci wstrzykiwań podskórnych *natrii arsenicosi* [19 wstrzykiwań=0,295 gm. preparatu]. Arsenik, co prawda, znakomicie wpłynął na odżywianie, nie wywarł jednak żadnego dodatniego wpływu na twory chorobowe. W takim stanie chory został wypisany na żądanie rodziny 7. XI. 1900 r.

Dnia 11. I. 1901 r. D. G.... ze znacznem pogorszeniem powrócił do oddziału. Infiltraty na obu przedramionach powiększyły się w dwojnásób, na pośladku lewym o połowę. Rozpad powierzchni sięgał dosyć głęboko, zwłaszcza na przedramieniu lewym. Nasięki na stopie i goleni prawej rozrosły się w bardzo znacznym stopniu i zlały się ze sobą, tworząc jeden olbrzymi infiltrat, który zajmował całą stopę za wyjątkiem palców i całą niemal goleń pra-

wą, mniej więcej, do wysokości guzowatości piszczeli (*tuberositas tibiae*). Własności tego nasięku zupełnie odpowiadają wyżej opisanym: jest on ściśle odgraniczony, spistości chrząstkowej, nie zrasta się z częściami głębokimi i t. d. Zasługuje tylko na uwagę okoliczność, iż w niektórych miejscach owrzodziały ewent. rozpadłej powierzchni nasięku utworzyły się brodawkowe lub grzybowate rozrosty. Infiltraty w okolicy prawego stawu kolanowego powiększyły się stosunkowo niewiele. Na udzie prawem powstały 2 świeże gumaty 1,5 ctm. średnicy, a w okolicy lewego stawu kolanowego—również dwa, średnicy około 1 ctm. Stan ogólny wzbudzał poważne obawy. Chory znacznie wychudł i był tak osłabiony, iż chodzić nie mógł, z trudnością tylko mógł siedzieć. Skóra nabrała ziemistej brudno-brunatnej barwy, błony śluzowe były bardzo blade. Działalność serca opieszała; tony słabe, lecz czyste; tętno około 90—drobne, miękkie. W płucach liczne rżenia suche i wilgotne; stępienia nigdzie niema. Łaknienie bardzo upośledzone; zaparcie stolca. *Status subfebrilis*.

W dalszym przebiegu rozwijało się coraz znaczniejsze charłactwo, podczas gdy nasięki stopniowo się powiększały. Dnia 4. II. wystąpiło obrzmienie twarzy; działalność serca bardzo słaba; w moczu białka nie znaleziono. Dnia 11. II. zauważyłem tworzenie się odleżyn w okolicy krętaża prawego i stawu barkowego prawego. Tętno nitkowane, ledwo wyczuwalne. W płucach rżenia zastoinowe. Oczy zapadnięte; kończyny chłodne. Dnia 19. II. nastąpiła śmierć.

Ogłędzin pośmiertnych nie można było dokonać z powodów od nas niezależnych; wyciąłem tylko głęboki klin z jednego z nasięków wraz z przylegającą doń zdrową skórą, oraz średnią $\frac{1}{3}$ część tętnicy udowej i udowej głębokiej [prawych]. Już gołem okiem widać, że ściany tętnic są znacznie zgrubiałe, a światło tętnicy udowej głębokiej jest wypełnione skrzepem na całej długości wyciętego naczynia [przeszło 8 ctm.]. Badanie drobnowidzowe wykazało, że budowa nasięku jest zupełnie identyczna z wyżej opisaną [patrz: Nacieczenie gumatyczne z powierzchnią owrzodziałą]; zwrócę tylko uwagę na to, że naczynia w nasięku uległy takim samym zmianom (*endarteriitis oblit.*), o jakich już mówiłem i że nawet w tętniczkach głębszych warstw mięśni zauważyć można wydatne bujanie *intimae*. W tętnicy udowej znalazłem zmiany miażdżycowe obok dosyć znacznego rozrostu *intimae*. Przy badaniu skrawków z tętnicy udowej głębokiej okazało się, że mamy do czynienia z typowem *endarteriitis obliterans syph.* Bujanie *intimae* jest bardzo znaczne, choć nie wszędzie równomierne; zwężone światło naczyniowe wypełnia stary skrzep, który ulega częściowej organizacji. Zwapnienia w ścianie tej tętnicy nie wykryłem.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

34. F. Tacke. Zapalenie wyrostka robaczkowego (*epityphlitis*) w worku przepuklinowym.

Autor zebrał 28 przypadków zapalenia wyrostka robaczkowego w worku przepuklinowym, opisanych przez różnych chirurgów; z tej liczby przedziura-

wienie wyrostka nastąpiło w 19 przypadkach. Prócz tego TACKE przytacza opis szczegółowy przypadku osobiście spostrzeganego w klinice prof. GARRÉ w Rostocku. 58-letni mężczyzna zauważył w okolicy pachwinowej prawej niewielki guzik, dość twardy, który znikł wkrótce po zastosowaniu lekkiego masażu. Prócz dość częstych rozwołnień, chory nie doznawał podówczas żadnych innych dolegliwości. W 3 miesiące później utworzył się w okolicy pachwinowej prawej spory guz, sięgający ku dołowi do połowy moszny i przewężony w okolicy otworu kanału pachwinowego. Jednocześnie wystąpiły ciężkie objawy ogólne, jako to: wysoka gorączka, przyspieszenie i osłabienie tętna, wymioty; natomiast chory miał wypróżnienia, a gazy wstrzymane nie były.

Podczas operacji okazało się, że miano do czynienia z przepukliną, o istnieniu której chory poprzednio nie wiedział; w worku zaś przepuklinowym odkryto ropień kałowy i kiszkę ślepą, a wśród zrostów i silnie nacieczonych tkanek znaleziono przedziurawiony wyrostek robaczkowy. Dość nagle powstanie guza przypisać należy przedostaniu się kiszki ślepej do worka przepuklinowego, jako też uwieżnieniu i zapaleniu wyrostka robaczkowego. Ropień przecięto, wyrostek rob. rezekowano, kiszkę odprowadzono do jamy brzusznej, na powłoki nałożono szew częściowy. Chory po zabiegu wyzdrowiał. Co się tyczy powstania zapalenia wyrostka robaczkowego, to we wszystkich przypadkach opisanych przyczyną sprawy było bądź ciało obce w wyrostku, bądź uwieżnienie tego ostatniego. W 16 przypadkach wyrostek znajdował się sam jeden w worku przepuklinowym [t. j. bez kiszki ślepej], przytem: w 9 przypadkach istniała przepuklina udowa, w 6-iu — pachwinowa, a w 1-ym przypadku — przepuklina zasłonowa (*h. obturatoria*). Wyrostek robaczkowy znajdowano w przepuklinach wrodzonych i nabytych. Rozpoznanie obecności wyrostka robaczkowego w worku przepuklinowym jest niezmiernie trudne i wobec tego nie przekracza nigdy po za zakres prawdopodobieństwa. Ciężkie objawy ogólne, następujące przy zapaleniu, ewentualnie przy przedziurawieniu wyrostka robaczkowego w przepuklinie, różnią się od objawów, towarzyszących uwieżnieniu przepukliny w ogólności, brakiem wstrzymania wypróżnień i gazów¹⁾. Wreszcie jeśli mamy do czynienia z przepukliną prawostronną udową lub pachwinową, to należy zawsze pamiętać o możliwej obecności w worku przepuklinowym i wyrostka robaczkowego.

(*Beitr. z. klin. Chirurgie. T. 29. Z. 1—1900.*)

L. Zembrzuski.

35. E. Ehrich. O krwawieniach, wywołanych przeżarciem naczyń krwionośnych przy zapaleniu wyrostka robaczkowego (*perityphlitis*).

Pośród powikłań, towarzyszących zapaleniu wyrostka robaczkowego, wcale niepoślednie miejsce zajmują sprawy patologiczne, zachodzące w naczyniach krwionośnych w obrębie ogniska zapalnego. Do takich powikłań należą: zakrzepy, zatory i krwotoki, powodowane nadżarciem naczyń przez sprawę zapalną. Zakrzepy, powstające w żyłach krezki, stają się niejednokrotnie punktem wyjścia dla ropni przerzutowych w wątrobie; w innych znowu przypadkach zakrzepy żyły podlegdźwiowej (*v. iliaca*) wywołac mogą zatory i wtórne ogniska ropne w płucach. O wiele jednak donioślejszymi, ze względu na bardzo poważne następstwa, są te przypadki, w których następuje przeżarcie ścian naczyń, doprowadzające do krwotoków, niejednokrotnie zagrażających życiu chorego.

Szczęściem, powikłania te nie należą do częstych, a to z tego względu, że w ogólności ściany naczyń są w stanie przez dość długi czas opierać się ni-

¹⁾ Objaw ten jest trudno uważać za charakterystyczny, wiadomo bowiem, że i przy zapaleniach wyrostka robaczkowego bywają stany t. zw. atoniczne kiszki, powodowane zajęciem otrzewnej na mniejszej lub większej przestrzeni.

[Przyp. spraw.]

szczącemu wpływowi spraw patologicznych natury zapalnej. Nie zawsze jednak tak bywa, a w piśmiennictwie współczesnem istnieją opisy oduśnych przypadków zapalenia wyrostka robaczkowego, z których przekonać się można, że przeżarcie naczyń przez wytwory zapalne było już nieraz spostrzegane i to najczęściej w układzie podłędźwiowym (*vasa iliaca*). Tak mianowicie, podług E., nadżarcie tętnicy podłędźwiowej (*art. iliaca*) spostrzegano 4 razy, żyły podłędźwiowej—1 raz [z zejściem śmiertelnem], nadżarcie „*vasa circumflexa ilei*”—2 razy i tętnicy kiszki ślepej—1 raz [z zejściem śmiertelnem!]. Wreszcie w 4 przypadkach, zakończonych wyzdrowieniem, niepodobna było określić naczyń, które uległo uszkodzeniu. Krwotoki mogą poprzedzać zabieg operacyjny, w innych razach występują po dokonanej operacji i to nawet 7-go dnia, jak to się zdarzyło w przypadku POIRIER'a.

Rozpoznanie, dotyczące przeżarcia naczyń oraz wynikającego stąd krwotoku, nie zawsze jest łatwe przed przystąpieniem do zabiegu operacyjnego. Np., w przypadku autora, chory, cierpiący na zapalenie wyrostka robaczkowego i będący już w okresie zdrowienia [bez przedniej operacji], dostał nagle objawów burzliwych, właściwych przytem zupełnie dla przedziurawienia wyrostka z następczem zapaleniem otrzewnej. Tymczasem, podczas operacji stwierdzono olbrzymie wynaczywienie, wypełniające niemal całą prawą połowę jamy brzusznej. Jeśli niepodobna w niektórych razach określić źródła krwotoku i nałożyć przewiązki na odpowiednie naczynie, to po usunięciu skrzepów należy uciec się do mocnego wytamponowania całej jamy bez względu na rodzaj i rozmiary naczyń.

(*Beitr. z. klin. Chirurgie T. 29 Z. 1—1900*).

L. Zembruski.

36. O. Langemak. O badaniu i o otwieraniu przez odbytnicę wysięków, spowodowanych zapaleniem wyrostka robaczkowego (*perityphlitis*).

Otwieranie ropni, powstających przy zapaleniu wyrostka robaczkowego, uskutecnione być może wieloma sposobami. Prócz cięcia brzuszno uciekano się w przypadkach odpowiednich do cięcia kroczonego, operowano metodą t. zw. parasakralną¹⁾, torowano też sobie drogę przez „*cavum ischio-rectale*“, wreszcie posiłkowano się niejednokrotnie cięciem przez odbytnicę. Sposób ostatni nie jest bynajmniej nowy, uległ on jednak nieco zapomnieniu z powodu zarzutów, czynionych mu ze strony wielu chirurgów. Zarzuty polegają na następującem: 1) cięcie przez odbytnicę wykonywane bywa, jak gdyby po omacku, 2) drenaż jamy ropnia jest bardzo utrudnione i niedostateczne, 3) powstaje możliwość zakażenia rany przez masy fekalne.

Autor natomiast podnosi strony dodatnie operowania przez odbytnicę, mianowicie w tych przypadkach, w których ropnie umiejscowione są w dole DOUGLAS'a, co za każdym razem badaniem przez odbytnicę stwierdzonem być winno. Zdaniem L., operując przez odbytnicę, unikamy przedewszystkiem zakażenia otrzewnej po za granicami ropnia, co łatwo może się zdarzyć przy cięciu przez powłoki brzuszne. W 7-iu przypadkach, spostrzeganych przez autora, zastosowano zabieg przez odbytnicę, a wyniki otrzymano zupełnie zadawalające. Na uwagę zasługuje przypadek, w którym miano do czynienia z uporczywą przetoką, powstałą po przecięciu ropnia, z powodu „*appendicitis*“, przez powłoki brzuszne, a sięgającą do samej odbytnicy. Przeciwny ścianę tej ostatniej w miejscu odpowiedniem, zamienio przetokę w kanał, który po oczyszczeniu z ziarniny i po przedrenowaniu od strony odbytnicy doprowadzono do zupełnego wygojenia. Co się tyczy samego zabiegu, to przedewszystkiem zastosować należy rozciągnięcie zwieracza pod narkozą, i wprowadziwszy wzierniki do od-

²⁾ W ostatnich czasach HOCHENEGG rezekuje w tym celu nawet kość ogonową.

[Przyp. spraw.].

bytnicy, wykonać przekłucie próbne. Jeśli okaże się obecność ropy, to nie wyjmując igły i pod jej kontrolą należy zrobić małe nacięcie i następnie rozszerzyć je na tępo. Dren przed wprowadzeniem do jamy ropnia winien być owinięty w muślin jodoformowy w celu uniknięcia odleżyn, oraz przyszyty do brzegów rany. W niektórych przypadkach, zdaniem L., można się obejść nawet bez drenowania jamy. Zakażenia rany ze strony mas fekalnych nie zauważono ani razu; makowiec podawano przez 5 — 6 dni po zabiegu, następnie podano środek czyszczący. Czas, stosowny do wyjęcia drenu, bliżej określić się nie daje; w przypadkach, spostrzeganych przez autora, usuwano dren 7—18-go dnia po otwarciu ropnia.

Jeśli zachodzi wskazanie do usunięcia wyrostka robaczkowego, to należy wstrzymać się z wykonaniem rezekcji, dopóki rana w odbytnicy nie zablizni się w zupełności. Oczywiście, w każdym przypadku zapalenia wyrostka robaczkowego, powinno być przeprowadzone dokładne zbadanie chorego przez odbytnicę w celu określenia wskazań do wykonania zabiegu sposobem najodpowiedniejszym.

(Beitr. z klin. Chirurgie T. 29 Z. 1—1901).

L. Zembrzuski.

TOWARZYSTWO LEKARSKIE WARSZAWSKIE.

Posiedzenie z dnia 19. II. 1901 r.

1) I. ROSENTHAL przedstawił preparat włókniako-mięśniaka niezwykłych rozmiarów, wydobyty z jamy brzusznej u 39-letniej kobiety. Zdaniem R., guz pierwotnie powstał podotrzewnowo na tylnej ścianie szyi macicy, w dolnej jej części; w dalszym rozwoju wraстал pomiędzy listki więzów szerskich i stopniowo oddzielił się w zupełności od szyi macicy.

2) Z. ENDELMAN przedstawił przypadek *cheilo - gnato - palato - schysis*. U 7-dniowego dziecka istnieje wargę zajęcza (*labium leporinum*), a prócz tego istnieją obustronne szczeliny łuków zębodołowych, pomiędzy którymi swobodnie leży kość przysieczna (*os incisivum*), obustronne szczeliny podniebienia twardego (włcza paszcza), zlewające się od przodu ze szczelinami łuków zębodołowych. U tegoż dziecka istnieje jeszcze jedna wada rozwojowa: prawa ręczka posiada 6 palców.

3) BORZYMOWSKI przedstawił chorego, który rok przeszło temu otrzymał ranę cięto-klutą w 9 międzyżebżu z lewej strony, przyczem uszkodzoną została przepona brzuszna. Chory od tego czasu uskarża się na silny ból nad lewym obojczykiem; ból nastąpił natychmiast po zranieniu. B. przytacza zdanie autorów, którzy powstawanie w tych przypadkach podobnego bólu, przypisują wspólnemu wyjściu z 4-ej gałęzi splotu barkowego nerwów: przeponowego i pachowego powierzchownego.

Następnie B. przedstawił chorego, który 15 dni temu własnoręcznie przebił sobie brzuch nożem stołowym, przyczem, jak się przy operacji okazało, przebiuty został na wylot lewy zraz wątroby i rozcięty żołądek na krzywiźnie dużej, bliżej odźwiernika. Pomimo dość znacznej rany żołądkowej, chory nie miał wcale wymiotów, a zawartość żołądka wcale nie wylała się do jamy otrzewnej. Fakt ten B. tłumaczy skurczem silnie rozwiniętych w pobliżu odźwiernika mięśni żołądka w okresie trawienia żołądkowego, w czasie którego nastąpiło zranienie.

4) BREGMAN przedstawił 5-iu chorych, dotkniętych syringomyelią, przy czem szczegółowo rozebrał obraz kliniczny cierpienia we wszystkich tych przypadkach.

CIĄGLIŃSKI zakwestyonował rozpoznanie BREGMANA w jednym z tych przypadków. Przypadek ten dotyczył 19-letniej, słabo fizycznie rozwiniętej panny, która przed kilkoma laty cierpiała na długotrwałą czkawkę i przemieszczające porażenie prawej ręki. Obecna choroba w ciągu blisko dwóch lat stopniowo się rozwinęła. Objawy jej: niedowład, zanik mięśni i przykurczenia obu kończyn górnych, symetryczne, ale w prawej silnie wyrażone, zaburzenia czucia cieplikowego i bólowego w obu kończynach górnych i w pasie barkowym; lżejsze zaburzenia czucia w prawej połowie twarzy; sinica obu rąk; wzmocnienie odruchów ścięgowych na kończynach dolnych. CIĄGLIŃSKI sądzi, że w danym przypadku mamy do czynienia z symetrycznymi przykurczeniami i zanikami mięśni pochodzenia histerycznego.

BREGMAN histeryę u chorej tej wyklucza na tej podstawie, że zanik mięśni i niedowład dotyczy głównie mięśni drobnych dłoni i że rodzaj istniejących u niej przykurczeń zupełnie nie jest właściwy histeryi. Przeciw histeryi przemawia także powolny rozwój cierpienia, jak również niepodatność jego na zabiegi lecznicze.

KOPCZYŃSKI St. zabiera głos z powodu jednego z demonstrowanych przez B. przypadków, w którym istniało porażenie o typie BROWN-SÉQUARD'a i objawy opuszkowe. Zdaniem K., w przypadku omawianym należy przypuścić istnienie dwóch ognisk syringomyelicznych—jednego w rdzeniu przedłużonym i jednego w dolnej części rdzenia. K. sądzi, że jedna jama w rdzeniu przedłużonym nie objaśni nam zaburzeń czucia bólowego i cieplikowego na jednej nodze i porażenia na drugiej.

BREGMAN odpowiada, że przypuszczenie takie nie jest konieczne. Przypuszczalne ognisko w lewej połowie rdzenia, w przejściu rdzenia w rdzeń przedłużony, może wytłómaczyć nam objawy porażenia BROWN-SÉQUARD'a w danym przypadku.

ORŁOWSKI zaznacza uderzającą okoliczność, że w naszym kraju tak rzadko spotykamy przypadki syringomyelii z zaburzeniami troficznymi, które O. tak często widywał w Moskwie,

Biro zdanie to potwierdza.

Wiadomości bieżące.

— Delegowana przez Radę Miejską Dobr. Publ. w sprawie szpitalnictwa komisya, ukończyła swą pracę i wyniki jej przedstawiła w referacie, złożonym Radzie Miejskiej. Komisję tę stanowili: prof. J. Kosiński, jako przewodniczący, Ziłow, Naczelnik Zakładów Dobroc., Troicki, Inspektor szpitali, Kronenberg, członek Rady Miejskiej, Małow, Lek. Nacz. szpitala św. Rocha, Nowakowski, Radca prawny Rady oraz Adw. Suligowski i M. Cierniewski w charakterze rzeczoznawców.

Przedewszystkiem komisya w krótkim rysie historycznym zaznacza, że do 1894 r., t. j. od czasu ogłoszenia nowego prawa o podatku szpitalnym, szpitale Warszawskie miały charakter wyłącznie instytucji dobroczynnych. Obecnie jednak szpitalnictwo warszawskie posiada już charakter społeczny. W Cesarstwie szpitale na-

etą do zarządów miejskich, które są obowiązane wynajdywać środki w celu zaspakajania potrzeb szpitalnych. W Warszawie natomiast spotykamy inny ustrój: gdy całem gospodarstwem zarządza Magistrat, który pobiera wszelkie podatki miejskie, nie wyłączając szpitalnego, szpitalnictwo podlega zarządowi oddzielnej instytucji—Rady Miejskiej Dobr. Publicznej. Magistrat Warszawski zgodnie z przepisami z 1870 r. nie ma żadnej styczności ze sprawami szpitalnymi, nie jest obowiązany dostarczać środków na utrzymanie szpitali, a udziela jedynie subsydyum na rzecz zakładów dobroczynnych, zaleźnie od remamentu, jaki pozostaje po pokryciu innych wydatków miejskich.

Liczbę łóżek szpitalnych w Warszawie komisya obrachowywa na 2400, nie licząc w to zakładów dla obłąkanych. Uwzględniając stosunek do ludności (690,000 mieszkańców l. I. 1900), przypada 1 łóżko na 287 mieszkańców, gdy w dużych miastach Europy zachodniej przypada 1 łóżko na 200 mieszkańców. Gdyby stosować do Warszawy powyższą normę, trzebaby było łóżek 3500. Ponieważ jednak ze względów finansowych jest to niemożliwe, przeto komisya proponuje stosunek 1 : 230 mieszkańców t. j. 3000 łóżek, czyli o 600 łóżek więcej, niż obecnie. Przechodząc do stanu jakościowego szpitali, komisya powołując się na referat podkomisy prof. Czarusowa, utworzonej przy komisji szambelana Turaua, zaznacza, że szpitale Warszawskie winny być radykalnie zmienione, ponieważ ani co do pomieszczenia, ani co do budowy, ani co do urządzeń wewnętrznych [sal, pościeli, bielizny i ubrania chorych, utrzymania i pielęgnowania chorych, pomocy lekarskiej, wreszcie pomocy ambulatoryjnej] nie odpowiadają współczesnym wymaganiom szpitalnym. Szczególnie zaś dwa szpitale: Wolski i św. Rocha wymagają reform. Z tego też powodu pierwszy winien być pomieszczony w nowym budynku, drugi zaś winien być przeniesiony całkiem na nowe miejsce. Oprócz tego poważne roboty powinny być dokonane w szpitalach św. Łazarza i na Pradze. Czyli więc, oprócz utworzenia nowoch 600 łóżek szpitalnych, potrzeba zająć się ulepszeniem istniejących szpitali.

Osiągnięcie tego wymagać będzie jednorazowego wydatku w sumie 1,334,750 rb. ¹⁾ Za sumę tę miasto będzie posiadało 2993 łóżka zamiast 2393 obecnych łóżek.

Powiększenie liczby łóżek a także konieczność poprawienia utrzymania chorych [zamiast 71 kop. dziennie komisya proponuje 1 rb. ²⁾] zwiększy wydatki roczne na

¹⁾ Przytaczamy tu głównejsze pozycye:

a) Szpital na Pradze: budowa nowego gmachu murowanego dla chorych chronicznych 220 łóżek: 165000 rs; budowa nowego gmachu na 15 łóżek dla chorych nerwowych i 20 łóżek dla dzieci, — 52500 rs.; budowa domu administracyjnego — 50000 rs., —razem 267500 rs. Uzyska się przez to 455 łóżek zamiast obecnych 360.

b) Szpital św. Rocha: budowa nowego szpitala na 200 łóżek—350000 rs. [nowych 15 łóżek nerwowych, 35 chirurgicznych, 30 dziecięcych, 20 wewnętrznych].

c) Szpital Wolski: budowa nowego gmachu na 245 łóżek [20 nerwowych, 75 chirurgicznych, 150 wewnętrznych], oraz zamiana obecnego gmachu na 50 łóżek dla chorych chronicznych [245.1750+5000=433750 rs.].

d) Szpital św. Łazarza: budowa nowych 30 łóżek dla chorych wewnętrznych i 40 dla rakowatych wraz z budową domu administracyjnego—122500 rs.; przebudowa oddziału dla pensjonarzy i męczyzna wenerycznych [92 łóżka] — 46000 rs., —razem 168500 rs.

e) Szpital św. Stańsława: budowa nowego oddziału na 50 łóżek dziecięcych—50000 rs.

f) Szpital św. Ducha Komisya uznała za odpowiadający współczesnym wymaganiom. Natomiast uznała za konieczną budowę w Mieni, będącej własnością szpitala św. Ducha, uzdrowiska dla suchotników na 65 łóżek: 65000 rs.

²⁾ Sumę powyższą Komisya obrachowywa w następujący sposób:

1) życie 1-go chorego dziennie 25 kop.;

2) środki lekarskie na 1-go chorego dziennie 8 kop.;

utrzymanie szpitali, a mianowicie wynosić będzie 975,000 rb. [z czego zresztą odjąć może 211250 dni szpitalnych a więc i tyleż rubli, przypadających na 650 łóżek w szpitalach Starozakonnym, Ewangelickim, Dziecięcym i Oftalmicznym, utrzymywanych z funduszków specjalnych].

Do zdobycia sumy, potrzebnej na wydatek jednorazowy 1334750 rb. Komisya widzi dwie drogi: 1) uzyskanie pożyczki od Rządu, który, być może, zgodzi się na pożyczkę bezprocentową na warunkach amortyzacji [spłata z wpływów podatku szpitalnego]; 2) wrazie odmowy ze strony Rządu, pożyczka wewnętrzna z funduszków, będących własnością szpitali — albo też sprzedaż nieruchomości np. Rakowca, który Tow. Kred. Z. ocenia na 2½ mil. rs. Kapitały zaś wszystkich szpitali warszawskich, pozostających pod zarządkiem Rady M. wynoszą 2,221,717 rb. z czego by można zasięgnąć pożyczkę 1,600,000 rb.

Dodać przytem należy, że niektóre szpitale, wymagające przebudowy, posiadają znaczne kapitały, które mogą być użyte na ten cel, a mianowicie: szpit. św. Ducha 65000 rb., Wolski 35000 rb., oraz św. Rocha 116000 rb. — razem 216,000 rb. Oprócz tego ze sprzedaży szpit. św. Rocha możnaby osiągnąć 200000., a więc suma, potrzebna na wydatek jednorazowy, może być zmniejszona przeszło o 400000 rb. t. j. zredukowana do 934750 rb.

Projekt jednak powyższy wtedy tylko może być urzeczywistniony, jeżeli Ministerium Spr. Wewn. zezwoli na wybudowanie szpit. św. Rocha na terytorjum szpit. św. Łazarza, a szpitala Wolskiego na terytorjum b. Domu Przytulku i Pracy, co jednak spotyka poważne przeszkody prawne.

Przechodząc dalej do budżetu rocznego szpitalnictwa Warszawskiego, Komisya zaznacza, że dotychczasowe dochody Rady M. składały się z: 1) 1/10 od kapitałów — 34,000 rb. 2) subsydyum od Magistratu — 75000 rb. 3) dochód z nieruchomości — 69000 rb. 4) pozostałość z 5-kopiejkowego podatku (po odliczeniu z ogólnej sumy 76000 rb. wydatków obowiązkowych nie na szpitale) — 32000 rb. 5) podatek rublowy — 200,000 rb. 6) zwrot kosztów leczenia — 100,000 rb. Ostatnia jednak pozycja od czasu wprowadzenia podatku szpitalnego prawie zupełnie upada, skutkiem czego dochody stale wynoszą około 410,000 rs. rocznie.

Co się tyczy wydatków, to komisya podaje następujące pozycje: 1) 975000 — 211250 = 763750 dni szpitalnych, czyli tyleż rubli na utrzymanie szpitali; 2) 5½/100 na amortyzację w ciągu 33 lat pożyczki 1,134,750 rb. z kapitałów zakładów dobro-

3) na bieliznę, odzież, pościel, ogrzewanie, światło i t. p. 17,8 kop. [o 30/100 więcej od dotychczasowej normy];

4) wydatki na personel lekarski 17,6 kop. dziennie na 1-go chorego;

5) na urzędników administracyjnych 6,1 kop. dziennie [więcej o 30/100 niż obecnie];

6) na felerów 1 kop. [Komisya proponuje podnieść pensję felerów do 240 rs., lecz wobec proponowanego wprowadzenia większej liczby płatnych lekarzy, jako to: zarządzających oddziałami, asystentów internów i asystentów eksternów, liczba felerów ma być zmniejszona o połowę];

7) na siostry miłosierdzia 3,6 kop. [jak dotychczas];

8) na służbę szpitalną 18,8 kop. [Komisya proponuje 1-go posługacza na 10 chorych w dzień i 1 na 20 w nocy. Oprócz tego służba zewnętrzna szpitala wymaga tyluż posługaczy. Utrzymanie posługaczy: utrzymanie 92 rs., mieszkanie 24 rs., pensya 96 rs. dla posługacza przy chorych i 72 rs. ze służby zewnętrznej];

9) na remont budowli 6,4 kop.;

10) na wydatki drobne 3,5 kop.

Razem dziennie 1 rs. 7,8 kop. Ponieważ jednak Rada Miejska może czynić oszczędność na wielkich dostawach, przeto proponuje się 1 rs. dziennie.

Powyższe cyfry Komisya oparła na referacie lekarzy szpitalnych do Komisji szambelana TURAWA oraz na materiałach, dostarczonych przez podkomisyę lekarską

czynnych — 62411, rs. 3) subsydyum dla szpitala Żydowskiego 60000 rb. 4) subsydyum dla Dziecięcego, Ewangel. i Oftalmicznego — 40000 rb. razem 926161 rb.

Wobec zaś obecnych dochodów 410000 rb., powstaje deficyt roczny przeszło 500000 rb.

Jako główne źródło do pokrycia rocznych wydatków, komisya podaje podatek szpitalny w odpowiedni sposób, w zasadzie zmieniony. Mianowicie podatek ten winien być rozpowszechniony na wszystkich mieszkańców miasta niezależnie od fachu, stanowiska lub majątku. Zdaniem komisyi, podatek szpitalny nie jest opłatą za leczenie, lecz stanowi jakby premię ubezpieczeniową, która zapewnia możność leczenia się w szpitalu, ilekroć kto będzie tego potrzebował. Nadto według propozycji komisyi, osoby, które dotychczas placą podatek, mają i w przyszłości płacić 1 rb. rocznie, wszyscy zaś inni zamożniejsi mieszkańcy miasta mają płacić po 2 rb. 25 kop. od osoby rocznie. Dochód z tego źródła komisya obrachowyywa na 600000 rb. 1).

Oprócz tego komisya proponuje dwa nowe źródła: 1) podatek od przyjezdnych po 40 kop. od paszportu (z czego ma być 40000 rb. rocznie), 2) powiększenie płacy za leczenie szpitalne przyjezdnych z 30 kop. na 50 kop. (co uczyni 75000 rb.), co łącznie z dochodem 210000 rb. (1/10 od kapitałów, subsydyum od miasta i t. p.) wyniesie sumę 925000 rs. rocznie, potrzebną do zrównoważenia budżetu. Podając powyższy budżet wydatków jednorazowego i rocznego, komisya zaznacza, że uwzględniła jedynie najpilniejsze potrzeby obecnie, że 1) 600 łózek nowych projektowanych stanowi minimum, że w najbliższym czasie będzie konieczne zwiększenie liczby łózek szpitalnych; 2) że prawidłowy rozwój szpitalnictwa wymaga tworzenia specjalnych zakładów, jako to: przytułków dla starców, zakładów dla nieuleczalnych i t. p.; 3) że niewytrzymująca krytyki pomoc ambulatoryjna w Warszawie wymaga reform.

Ponieważ przedstawiony budżet dotyczy wyłącznie szpitali, Komisya sądzi, że dwie ostatnie pozycye (przytułki dla starców, położnicze, ambulatorya i t. p.) winny ciążyć na mieście. Wreszcie, zdaniem Komisyi, należy jaknajśpieszniej pociągnąć do bezpośredniego i czynnego udziału w sprawie pomocy szpitalnej fabrykantów i przemysłowców miejscowych, którzy dla swoich pracowników potrzebują co najmniej 250 — 300 łózek i dotychczas korzystają ze szpitali miejskich.

Ostateczne swe konkluzye Komisya wypowiada w postaci następujących wniosków:

- 1) Jest rzeczą niezbędnie konieczną: a) powiększyć liczbę łózek szpitalnych w Warszawie o 600; b) w obecnych szpitalach poczynić różne ulepszenia, budowę nowych oddziałów—co łącznie wymaga sumy 1334750 rb.;
- 2) Należy zwrócić się do Rządu z prośbą o bezprocentową pożyczkę powyższej sumy, na warunkach amortyzacyi;
- 3) W razie odmowy ze strony Rządu, uzyskać takąż pożyczkę procentową na warunkach amortyzacyi z kapitałów zakładów dobroczynnych, albo też z sumy, uzyskanej ze sprzedaży folwarku Rakowiec, będącego własnością szpitala św. Rocha;
- 4) Uzyskać pozwolenie na budowę szpit. św. Rocha na posiadłości szpit. św. Łazarza a szpitala Wolskiego na posiadłości b. Domu Przytułku i Pracy;
- 5) Czynić starania o zmianę podatku szpitalnego w myśl powyżej podanych uwag;

1) Z liczby 700000 mieszkańców dzieci do 17 lat życia jest 245700, żon 50000, biednych w przytułkach 5000. Z pozostałych mieszkańców 20000 ma płacić po 1 rs., a 200000 po 2 rs. 25 kop.

- 6) Czynić starania o wprowadzenie w Warszawie, za przykładem Petersburga, podatku od przyjezdnych w ilości 40 kop. od każdego paszportu;
- 7) Uzyskać w Minist. Spr. Wewn. powiększenie opłaty szpitalnej od osób, nie mieszkańców Warszawy, za leczenie w szpitalach z 30 kop. na 50 kop.
- 8) Poczynić starania, aby pociągnąć miejscowych fabrykantów i przemysłowców do czynnego udziału w sprawie organizacji prawidłowej pomocy szpitalnej i ambulatoryjnej dla robotników fabrycznych.

Do referatu dołączone są adneksa, a mianowicie: 1) szczegółowy wykaz projektowanego rozszerzenia szpitali [cośmy podali powyżej w streszczeniu], 2) przypuszczalne wydatki roczne na utrzymanie szpitali Warszawskich, 3) wykaz kapitałów zakładów Dobroczyńnych w Warszawie, 4) odrębne zdanie członków Komisji K. Nowakowskiego i Suligowskiego w sprawie budowy szpitala św. Rocha na terytorium szpit. św. Rocha i szpitala Wolskiego na terytorium b. Domu Przytułku i Pracy; wymienieni powyżej członkowie na zasadzie obowiązującego prawodawstwa wykazują, że budowa szpitali na terytorium, należącym do innych zakładów, może narazić na poważne pod względem prawnym niebezpieczeństwo byt szpitala św. Rocha i Wolskiego, 5) opinia W. KRONENBERGA, który wobec trudności prawnych, powyżej zaznaczonych, proponuje wyjście z tej sprawy tego rodzaju, że szpital św. Rocha zawiera umowę 30-letnią ze szpitalem św. Łazarza z wymienieniem zgóry praw i zobowiązań wzajemnych po upływie powyższego terminu; wreszcie 6) dane, dotyczące ruchu ludności m. Warszawy.

O G Ł O S Z E N I E.

Od Komitetu Kasy Wsparcia podupadłych lekarzy oraz wdów i sierot biednych po lekarzach pozostałych. Komitet Kasy zwraca się z uprzejmą prośbą do wszystkich lekarzy, niebędących jeszcze członkami Kasy, aby zechcieli zapisywać się w poczet członków tejże Kasy. Komitet nadmienia przytem, że zwiększenie funduszy Kasy, da się osiągnąć przeważnie drogą zwiększenia liczby uczestników oraz wysokości składek rocznych. Przykład lat ubiegłych przekonał nas, że ciężkie warunki ekonomiczne, odbijają się i na stanie lekarskim, czego dowodem jest większa niż dawniej liczba podań o wsparcie, nietylko wdów i sierot, lecz niestety i samych lekarzy złożonych chorobą i niebędących w stanie zarobić na życie swoje i rodziny. Siłą faktów, podania tych, którzy myśleli o zasilaniu niegdyś wsparcia potrzebujących, a więc podania członków i rodzin pozostałych po członkach, są uwzględniane przedewszystkiem—sumy przyznawane osobom tej kategorii są większe, niż sumy wyznaczane lekarzom nieczłonkom lub ich rodzinom, a bardzo być może, że z czasem, w miarę wzrostu liczby podań członków Kasy, a przy niezwiększaniu się funduszy, podania lekarzy nieczłonków i ich rodzin zupełnie niestety, dla braku funduszu, nie będą mogły być uwzględniane.

Warszawa d. 6 Marca 1901 r.

W imieniu Komitetu, Zarządzający Kasą Wsparcia *Dr. M. Jakowski.*

Do dzisiejszego Nr. Gazety dołącza się bezpłatnie dla wszystkich prenumeratorów: „Katalog nowych dzieł” księgarni E. Wende i S-ka za m. Luty 1901.

Wydawca D-r Jan Pruszyński.

Redaktor odpowiedzialny, D-r Wl. Gajkiewicz.

Дозволено Цензурою Варшавы, 16 Марта 1901. Друк Ковалевського, Warszawa Mazowiecka 8.

Sanatorium Charlottenhaus

WROCLAW THIERGARTENSTRASSE 55/57

dla chorób wewnętrznych i nerwowych (gościec stawowy i mięśniowy i t. d.)
dla kuracyi tuczającej i odłuszczejacej, szczególnie wskazane dla pobytu na
jesieni i w zimie. 5—1

Prospekty gratis.

D-r A. Sachs.

D-r S. Winkler.

Lecznica Chirurgiczna

D-ra A. GRÜNBAUMA.

WARSZAWA

12—6

25 Nowolipki 25

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

Cena 2—4 rb. dziennie.

PERTUSSIN

Extract. Thymi saccarat. Taeschner.

26—8

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.

Składy: Mag. farm. E. van Bellen, Aptekarz Th. Buchart, Ryga Kalkstrasse 26.

Skład główny na Królestwo i Rosyę Zachodnią

Aptekarz H. Bierthümpfel, Warszawa, Marszałkowska 133.

W pracowni chemiczno-lekarskiej Szpitali Warszawskich, w gmachu Szpitala Ś-go Ducha, Elektoralna 12, lekarz-chemik Szpitali Warszawskich. Dr. L. Nencki dokonywa wszelkich rozbiórów, wchodzących w zakres dyagnostyki lekarskiej i higieny publicznej, rozbiory chemiczno-mikroskopowe moczu, katu, nasienia, plwociny, zawartości żołądkowej, krwi, mleka kobiecego i t. p., materyałów spożywczych i przedmiotów codziennego użytku oraz przedmiotów, mających zastosowanie w handlu i przemyśle.

Dr. W. MALESZEWSKI 0-1

b. asystent kliniki lekarskiej Uniw. Jag. ordynuje jak lat dawnych w sezonie od 20 kwietnia do 1 października.

w Karlsbadzie.
„Drei Staffeln“ Alte Wiese.

CHEMIK POLSKI

CZASOPISMO TYGODNIOWE

poświęcone

wszystkim gałęziom chemii teoretycznej i stosowanej.

Wychodzi od 1 kwietnia w Warszawie.

pod redakcją

Br. Znatowicza.

Prenumerata wynosi: rocznie rb. 10, półrocznie 5, kwartalnie 2.50.

Adres tymczasowy: Krak. Przełm 66, redakcja „Wszecchwiała.“

Wydawca M. Stępowski.

DLA PP. LEKARZY.

Skutkiem rozszerzenia dobrze prosperującego interesu, który przy stosunkach lekarskich da bez ryzyka poważne zyski poszukuję jako udziałowców pp. Lekarzy. Udziały po 3,000 rb.

Wiadomość: Krucza 29, mieszk. 1, od 7 do 9 wieczór.

D-r Wacław MAYZEL, b. Asyst. Uniw. wykonywa w swej pracowni dla celów dyagnostyki lekarskiej **rozbiory chemiczne i mikroskopowo-bakteryologiczne, analizy moczu głównie, oraz badania płwociny, nasienia, kału i t. d.**
Poszukiwania mikroskopowe w szerszym zakresie.

Ulica Marszałkowska 97 A, róg Nowogrodzkiej