

# GAZETA LEKARSKA

I. Z oddziału chorób wewnętrznych dra med. B. CHROSTOWSKIEGO i pracowni bakteriologicznej oddziału dra KRAJEWSKIEGO przy szpitalu Dzieciątka Jezus w Warszawie, pod kierunkiem dra KARWACKIEGO.

## BAKTERYOMOCZ w niektórych sprawach zakaźnych.

Podał

Tadeusz Wretowski,

asystent oddziału.

[Ciąg dalszy. — Patrz N. 46].

Moje badania obejmują 7 przypadków tyfusu brzuszego, których diagnoza była ustalona na mocy dodatniej próby WIDAL'a. W 2-ch przypadkach otrzymałem wyniki dodatnie. Poza tem zbadałem 4 przypadki tyfusu rzekomego i 2 razy znalazłem odpowiedni bakteryomocz.

Przechodzę teraz do techniki, jaką posługiwałem się w mych badaniach. Po możliwie dokładnem odkażeniu członka u mężczyzn i zewnętrznych narządów płciowych oraz ujścia cewki u kobiet zapomocą mycia mydłem i następnego obmywania narządów rozczyłem 1 : 3000 sublimatu, wprowadzałem do pęcherza cewnik wyjąłowany z zachowaniem wszelkich przepisów aseptyki. U mężczyzn używałem cewnika gumowego, u kobiet—szklanego. Starłem się zwykle, przez uprzednie objaśnienie choremu, aby czas dłuższy nie oddawał uryny, otrzymać przy cewnikowaniu większe ilości moczu. Pierwszą niewielką porcyę i trzecią zbierałem do czystego naczynia w celu przeobrażenia odpowiednich badań chemicznych i drobnowidzowych. Drugą porcyę wprost z cewnika kierowałem do kolbki ze 100 ctm. sz. bulionu. Moczu posiewałem zwykle około 50 ctm. sz. Następnie kolbę wstawiałem do cieplarki



przy 37°C. Po upływie 20-u — 24-ch godzin, o ile nastąpiło zmętnienie bulionu, przystępowałem do badań. Z otrzymanej hodowli robiłem naprzód preparaty w wiszącej kropli a, otrzymawszy laseczki podobne morfologicznie do durowych, odznaczające się żywą ruchliwością, robiłem preparaty barwione i następnie przeszczepiałem hodowlę na agar zwyczajny. Przeszczepianie w celach dyagnostycznych skuteczniałem jednym uszkiem platynowym na 4 próbówki z agarem skośnym w celu otrzymania w ostatnich próbówkach pojedynczych osad. Poza tem przerabiałem następujące próby biologiczne: przeszczepiałem hodowlę na mleko, kartofel, wodę peptonową, pożywkę „CONRAD-DRIGALSKI“ i na pożywkę „ENDO“. Po upływie 24-ch godzin badałem wszystkie szczepy makroskopowo i, w razie potrzeby, drobnowidzowo. Otrzymane na skośnych agarowych pożywkach pojedyncze osady drobnoustrojów, po uprzednim zbadaniu drobnowidzowem, przeszczepiałem na nowy szereg pożywek. Otrzymawszy dany szczep na agarze w czystej hodowli, przystępowałem do sprawdzenia swoistości drobnoustrojów dla danego cierpienia, jak również rodzaju drobnoustrojów zapomocą aglutynacyi. W tym celu sporządzałem z niej metodą KARWACKIEGO odczynnik aglutynacyjny i poddawałem go oddziaływaniu surowicy chorego oraz wysokowartościowej aglutynującej surowicy swoistej. Aglutynację w rozcieńczeniach 1 : 2, 1 : 5, 1 : 10, 1 : 20, 1 : 40, 1 : 60, 1 : 80, i 1 : 100 przerabiałem, biorąc otrzymaną surowicę chorego oraz gotowy odczynnik z drobnoustrojów, wyhodowanych z moczu, a to w tym celu, żeby się przekonać, że zarazek wyhodowany z moczu jest swoistym dla danego cierpienia zakaźnego. Ponieważ zaś cechy morfologiczne i hodowlane nie uprawniają do rozpoznawania danego pasorzyta jako laseczki EBERTH'a, — odczynnik poddawałem działaniu gotowej surowicy przeciwdurowej wysokowartościowej. Dopiero dodatni wynik tej próby, mianowicie aglutynacja przy rozcieńczeniach 1 : 10000 do 1 : 20000, dawał rękojmię, że dany drobnoustrój jest istotnie lasecznikiem durowym.

Przechodzę teraz do przypadków, w których otrzymałem wyniki dodatnie.

I. L. F., l. 24, zapisał się do szpitala [na oddział dra DUNINA] 20/XI.05. Przebieg duru dosyć ciężki. Próba aglutynacyjna z odczynnikiem FICKER'a, przerobiona na 4-y dzień pobytu chorego w szpitalu, bardzo wyraźna w rozcieńczeniach 1 : 50, i 1 : 100. Piątego dnia pobytu w szpitalu, a na 10-y dzień od początku cierpienia, mocz, z zachowaniem wyżej przytoczonej techniki, posiałem na pożywkę bulionową i wstawiłem do ciepłarki. Badanie drobnowidzowe i chemiczne pierwszej i trzeciej części moczu wykazało ślady białka przy ciężarze właściwym 1,012, zupełnej przezroczystości, kolorze żółtym, odczynie kwaśnym; w odwirowanym zaś osadzie wykryłem liczne czerwone krążki krwi, oraz wałeczki drobnoziarniste i szkliste, niezbyt liczne; dyazoreakcja wypadła bardzo wyraźnie.

Następnego dnia znalazłem bulion równomiernie mętny. Preparaty drobnowidzowe, zarówno w wiszącej kropli, jak i barwione, wykazują czystą hodowlę krótkich drobnych laseczek, bardzo ruchliwych i niezmiernie podobnych pod względem morfologicznym do laseczek durowych.



Z otrzymaną w ten sposób czystą hodowlą wykonałem następujący szereg prób w celach ustalenia rozpoznania:

1) Hodowlę bulionową przeszczepiłem na cztery skośne agary w probówkach Laseczniki wyrosły nazajutrz w postaci białoszarawego, wilgotnego nalotu, najobficiej w pierwszej próbówce, w drugiej w mniejszej ilości, a w trzeciej i jeszcze wyraźniej w czwartej próbówce, w postaci pojedynczych osad. Laseczki na preparatach drobnowidzowych, zrobionych z hodowli agarowej, były zupełnie podobne do poprzednich. Według metody GRAM'a odbarwiała się.

2) Laseczki, przeszczepione z agaru na wodę peptonową, dawały równomierne zmętnienie.

3) Mleka, nawet przy dłuższym staniu nie, ścinały.

4) Na kartoflach dawały mało widoczny szarawy, błyszczący nalot.

5) Niebieskiego koloru pożywki „CONRADI-DRIGALSKI” nie zmieniały.

6) Aglutynacja między przyrządzonym z hodowli odczynnikiem, a surowicą chorego w rozcieńczeniach 1 : 2, 1 : 4, 1 : 10, 1 : 20, 1 : 40, 1 : 80 i 1 : 100 wypadła dodatnio.

7) Aglutynacja z surowicą przeciwdurową PALTAUF'a wypadła dodatnio w rozcieńczeniach od 1 : 500 do 1 : 1000.

II. W. A., l. 26, zapisała się na oddział 18.XII.05, w pierwszych dniach choroby. Tego samego dnia zrobiłem posiew moczu, w którym jednak laseczek durowych nie wykryłem. Przez następne 3 dni rozwój choroby szedł naprzód, nasilenia ciepłoty zwiększały się; czwartego dnia ciepłomierz wskazywał zrana 38,7°, wieczorem 39,5°. Próba WIDAL'a, przerobiona dnia tego, wypadła dodatnio; na piersiach i brzuchu wystąpiła w niewielkim stopniu różyczka. Posiew moczu, uskuteczniony następnego dnia, dał wyniki dodatnie — otrzymałem czystą hodowlę laseczników durowych, co potwierdził szereg prób biologicznych i drobnowidzowych, oraz metoda aglutynacyjna, przeprowadzone podobnie, jak w przypadku pierwszym. Badanie moczu jednocześnie wykazało zupełny brak białka i wałeczków przy c. wł. 1,019; mocz był przezroczysty, słabo kwaśny.

Przebieg duru był niezbyt ciężki. W tydzień po powrocie ciepłoty do normy, a na 22 dzień pobytu chorej na oddziale, dokonałem po raz trzeci posiewu moczu i otrzymałem znów czystą hodowlę laseczek durowych, mających cechy morfologiczne i hodowlane zupełnie takie same, jak w posiewie poprzednim.

Po upływie 9-u dni, podczas których chora uważana była za rekonwalescentkę, nastąpił nawrót gorączki, trwający 8 dni, poczem ciepłota nie podnosiła się więcej. W tydzień potem, t. j. na 48-y dzień, zrobiłem po raz czwarty posiew moczu, przyczem wynik otrzymałem ujemny. Pacjentka wypisała się zdrowa.

Z pozostałych 5-u przypadków duru brzuszego w czterech nie udało mi się otrzymać w czystej hodowli laseczki EBERTH'a, pomimo że w hodowli bulionowej, oprócz przeważającej liczby łańcuszkowców w pierwszym [Z. T. l. 38 19/X.05, z oddziału dra GAJKIEWICZA], a ziarników w pozostałych trzech [Sk. Wł., l. 25, 27/VI.06, G. W., l. 23, 8/XII.05 i M. A., l. 17, 6/X.06],



znajdywały się też krótkie ruchliwe laseczki, zupełnie podobne do laseczek durowych, odbarwiająca się według GRAM'a. Po przeszczepieniu na skośne agary w pierwszym przypadku otrzymałem hodowlę paciorkowca, w drugim gronkowca złocistego, a w pozostałych zwykle gronkowce. Przy powtórnym posiewie moczu, skutecznionym w parę dni, otrzymałem takie same wyniki.

Sposób mój zatem, w jaki skuteczniałem posiewy moczu, okazał się niedostatecznym. W przypadkach, kiedy badany mocz poza poszukiwanymi drobnoustrojami nie zawierał innych, z łatwością mogłem otrzymać czyste hodowle pożądaných drobnoustrojów na różnych pożywkach; w przypadkach zaś, gdy mocz zawierał jeszcze i inne drobnoustroje [najczęściej gronkowce, rzadziej paciorkowce], nie byłem w możności wyodrębnić dane drobnoustroje w czystej hodowli. Przypadki zatem takie, musiałem uważać za stracone.

Pozostały przypadek [H. P. l. 20 21/XI.05, z oddziału dra KRAJEWSKIEGO] dotyczył chorego, któremu w okresie zdrowienia po tyfusie utworzył się wrzód na lewym ręku w okolicy *m. deltoideus*. Badania, przeprowadzone nad posiewem moczu w celu wykrycia laseczek durowych, dały wyniki ujemne. Posiew robiłem w 5 tygodni po spadku ciepłoty chorego do normy.

Obecnie pozostaje mi jeszcze omówić 3 przypadki, których przebieg klinicznie przypominał dur, dane zaś bakteriologiczne wskazywały, że mamy do czynienia z zakażeniem, wywołanem przez odmianę laseczki okrężnicowej.

III. D. J., l. 34, zapisała się na oddział 16/X.05. Przebieg cierpienia dosyć łagodny. Tylko drugiego, trzeciego i czwartego dnia pobytu chorej na oddziale nasilenia wieczorne ciepłoty dochodziły do 40°, przez następnych 12 dni ciepłota utrzymywała się w granicach 38° — 39,3°. Trzynastego dnia nastąpił *crisis*. Różyczka niewyraźna i skąpa. Próba aglutynacyjna WIDAL'a dała wyniki ujemne. Pierwszy posiew robiłem na 12-y dzień pobytu pacjentki na oddziale, a na 18-y choroby. Mocz był przezroczysty, kwaśny, bez białka i wałeczków.

Następnego dnia bulion równomiernie zmętniał. Preparaty drobnowidzowe, zarówno w wiszącej kropli, jak i zabarwione, wykazywały czystą hodowlę krótkich drobnych laseczek bardzo ruchliwych i niezmiernie podonych pod względem morfologicznym do laseczników durowych.

Z otrzymaną czystą hodowlą przerobiłem szereg prób następujących:

1) Przeszczerpiłem na 4 skośne agary w probówkach. Laseczniki wyrosły nazajutrz w postaci białoszarego, błyszczącego nalotu, najobfitszego w pierwszej próbówce, a w ostatniej rosnącego w postaci pojedynczych zupełnie podobnych do siebie osad. W wiszącej kropli laseczniki te wykazywały żywy ruch. Według metody GRAM'a odbarwiała się.

2) Hodowla bulionowa oddziaływała lekko alkalicznie.

3) Mleko po dłuższem staniu [po tygodniu] zaczynało się powoli ścinać.

4) Na kartoflach mało widoczny, błyszczący szarawy nalot.

5) Na pożywce „CONRADI-DRIGALSKI“ wytwarzanie się kwasów mało wyraźne, pożywka po kilku dniach zaczęła zmieniać niebieski kolor na fioletowy i niewyraźny buraczkowy.



6) Na pożywce „ENDO” po 24-ch godzinach różowe zabarwienie dookoła osad.

7) Aglutynacja z surowicą chorej w rozcieńczeniach 1 : 10 i 1 : 20 kompletna, zaś w rozcieńczeniach 1 : 40, 1 : 80 i 1 : 100 częściowa.

8) Aglutynacja z surowicą przeciwdurową wysokowartościową ujemna.

9) Badania, przeprowadzone przez dra KARWACKIEGO, wykazały, że szczepu tego nie podobna zaliczyć ani do laseczki duru rzekomego A lub B, ani do szczepu GAERTNER'a.

We 3 tygodnie po spadku ciepłoty powtórzyłem posiew moczu, lecz laseczek takich, jak przy pierwszym badaniu, w hodowli już nie wykryłem. Wyrosły tylko gronkowce, jako produkt zanieczyszczenia przypadkowego posiewu.

Pacjentka po upływie 6-u tygodni wypisała się z oddziału zdrowa zupełnie.

IV. K. J., l. 49, zapisała się na oddział 17/I.06. Przebieg cierpienia bardzo łagodny. Stan gorączkowy do  $38,5^{\circ}$  w przeciągu 8-u dni. Różyczki niema. Aglutynacja na dur i dury rzekome A i B z surowicą chorej i odczynnikami dała wyniki ujemne. Również ujemna z odczynnikami z laseczników wyhodowanych od chorej poprzedniej. Na drugi dzień po zapisaniu się chorej zrobiłem posiew moczu. C. wł. moczu 1,010, odczyn kwaśny, przezroczystość zupełna, białka minimalne ślady, wałeczków niema.

Następnego dnia bulion równomiernie zmętniał. Preparaty drobnowidzowe wykazywały czystą hodowlę krótkich, grubych, niezgrabnych laseczek, posiadających żywy ruch w wiszącej kropki i przypominających pod względem morfologicznym laseczki durowe.

Z otrzymaną czystą hodowlą laseczek przerobiłem próby następujące:

1) Zrobiłem posiew na 4-ch zwyczajnych skośnych agarach w próbkach i po upływie doby otrzymałem hodowle szczególnie bogate w pierwszej próbce, w czwartej zaś pod postacią pojedynczych osad. Hodowle morfologicznie i drobnowidzowo przypominały zupełnie hodowlę poprzedniej chorej z tą tylko różnicą, że pałeczki były nieco grubsze.

2) Na mleku, kartoflu, pożywce „CONRADI-DRIGALSKI” i pożywce „ENDO” laseczki wykazały również podobne własności, co i w poprzednim przypadku.

3) Aglutynacja z surowicą chorej i odczynnikiem, otrzymanym z hodowli agarowej w rozcieńczeniach 1 : 2, 1 : 5, 1 : 10, 1 : 20, 1 : 40 i 1 : 80, wystąpiła b. wyraźnie.

4) Aglutynacja z surowicą przeciwdurową wysokowartościową wypadła ujemnie.

Pacjentka po 4-ch tygodniach pobytu na oddziale wypisała się zdrowa.

V. K. K., l. 14, zapisała się na oddział 24/II.06. Przebieg cierpienia niezbyt ciężki; na piersiach i brzuchu nieliczna różyczka. Gorączka trwała w szpitalu 12 dni i wahała się między  $37,4^{\circ}$  zrana i  $39,4^{\circ}$  wieczorem.

Aglutynacja z odczynnikami durowym i rzekomodurowymi A i B ujemna.

Na 7-y dzień pobytu chorej na oddziale zrobiłem posiew moczu. Mocz przezroczysty, słabo kwaśny, c. wł. 1,018; białka, wałeczków niema.



Następnego dnia znalazłem bulion równomiernie mętny. Preparaty drobnowidzowe wykazały prawie czystą hodowlę krótkich, drobnych, bardzo ruchliwych pałeczek, pod względem morfologicznym zbliżonych do las. durowych; poza tem nieliczne ziarniki.

Otrzymaną hodowlę przeszczepiłem na pożywkę KARWACKIEGO oraz 4 skośne agary. Na agarach otrzymałem tylko gronkowce, na pożywce zaś KARWACKIEGO krótkie laseczki oraz obfite ziarniki. Laseczki według GRAM'a odbarwiały się.

Przy powtórnym posiewie, uskutecznionym w kilka dni, otrzymałem wynik zupełnie podobny.

W czwartym przypadku duru rzekomego pożywka pozostała jałową.

W przypadkach moich wyhodowałem różne odmiany las. okrężnicy. Potwierdził to fakt, że surowica chorej, oznaczonej N III nie aglutynowała z odczynnikami z laseczników chorej N IV wiadomem jest bowiem, że aglutynacja w przypadkach duru rzekomego jest swoistą w znaczeniu szczepowem.

Trzy te przypadki świadczą, że istnieją cierpienia, pod względem klinicznym przebiegające zupełnie podobnie do względnie lekkiej formy duru, które jednak ze względu na brak aglutynacji z odczynnikami durowym oraz rzekomodurowymi A i B, jak również ze względu na dane, otrzymane drogą badań bakteryologicznych, należy odnieść do rzędu zakażeń, wywołanych przez odmianę I. okrężnicy (*b. coli*). Cierpienia takie nazywaćby wypadało durem rzekomym C, D i t. d.

Przeglądając odpowiednią literaturę, spotkałem się z kilku pracami, w których autorzy przytaczają podobne spostrzeżenia do moich. BURCH [1902] w New York'u obserwował szereg przypadków o przebiegu klinicznym, zupełnie przypominającym dur poronny, gdzie jednak odczyn aglutynacyjny WIDAL'a był stale ujemny. Z moczu autor otrzymywał czystą hodowlę las. okrężnicy. Odczynnik z hodowli laseczników, otrzymanych od chorego, z surowicą tegoż aglutynował dodatnio. SAITO [1903] w Japonii wyhodował z moczu chorego na dur rzekomy pałeczki, mające własności pośrednie między las. durowymi i las. okrężnicy. Odczynnik z tych laseczek z surowicą chorego dawał swoistą aglutynację. Wreszcie JACOBY [1903] z New York'u opisał przypadek duru rzekomego, z różyczką, zakończoną śmiercią, gdzie odczyn WIDAL'a był ujemny, jak również badanie różyczki na obecność las. durowych. Z moczu autor otrzymał czystą hodowlę *bact. coli commune*.

Nad kwestyą, w jaki sposób powstaje wogóle bakteryomocz, zatrzymywałem się w pierwszej części mej pracy. Tutaj zajmę się pytaniem, czy zdrowe nerki mogą przepuszczać laseczki durowe. Pomijając hipotezy i teorye dawniejszych autorów, zatrzymam się na poglądach, które wypowiedzieli VAS, LESSIEUR i MAHAUT w pracach swych nad duromoczem, opublikowanych w tym roku. Badacz budapeszteński, VAS uważa, że nie można ustalić ścisłego związku między cierpieniem nerek a duromoczem. Duromocz występuje bowiem nieraz przy zupełnym braku białka i wałeczków i, naodwrot, autor obserwował wałeczkomocz i białkomocz w dosyć wysokim stopniu bez wystąpienia duromoczu. Patogenezę duromoczu autor przedstawia sobie w ten sposób, że laseczki durowe w okresie najwyższej ciepłoty, tworząc ogniska



przerzutowe, usadowiają się w substancji nerkowej i z tych ognisk dopiero przechodzą do moczu.

Badacze zaś lyońscy: LESSIEUR i MAHAUT sądzą, że laseczki durowe mogą przechodzić ze krwi zupełnie swobodnie, przez nerki, które „tworzą dla nich rodzaj sita“. Laseczka durowa zachowuje się przytem względem śródbłonka nerwowego w podobny sposób, jak prątki gruźlicze, które bardzo łatwo mogą przechodzić przez ścianę kiszki, nie powodując żadnych uszkodzeń.

Przechodząc do moich spostrzeżeń, zaznaczę, że wybitne objawy ostrego podrażnienia nerek wystąpiły tylko w jednym przypadku, oznaczonym N I. W moczu chorego znalazłem duże ślady białka, nieliczne drobnoziarniste wałeczki i pojedyncze czerwone krążki krwi. Miałem więc w tym przypadku do czynienia zapewne z przerzutem, utworzonym przez laseczki durowe w substancji nerkowej. W przypadku N II wystąpiły tylko niewielkie ślady białkomoczu. W pozostałych przypadkach badanie chemiczne i drobnowidzowe nie wykryło wyraźnych zmian w moczu.

Co się tyczy dnia, w którym występował duromocz, to najwcześniej udało mi się stwierdzić go na 5-y dzień cierpienia. W tym samym przypadku na trzeci dzień choroby duromocz jeszcze nie wystąpił. W pozostałych przypadkach pierwsze badania moczu przeprowadziłem w drugim tygodniu cierpienia, t. j. wtedy, gdy występował już wyraźnie odczyn aglutynacyjny oraz różyczka. Następnie duromocz utrzymywał się przez cały czas okresu gorączkowego i szybko dosyć znikał po spadku ciepłoty. U ozdowieńców w kilka tygodni po zakończeniu się cierpienia w paru badanych przeze mnie przypadkach laseczników durowych w moczu nie wykryłem.

Poza tem zauważę jeszcze, że o ile mocz, wypuszczony cewnikiem był przezroczysty, nie mętny, o tyle pręcej mogłem spodziewać się otrzymania czystej hodowli. Mocz mętny, prawie zawsze zawierał gronkowce. U mężczyzny miałem lepsze wyniki, gdym robił posiewy przy pomocy cewnika, a nie wprost po odkazaniu członka.

W końcu muszę jeszcze raz zaznaczyć, że metoda, obrana przeze mnie, nie należy wcale do doskonałych. Mam też zamiar podjąć jeszcze raz tę sprawę, używając do pożywek zółci wyjałowionej, zapomocą której można otrzymać wzbogacenie badanego płynu w laseczki durowe.

Z badań mych wynikają również pewne dane natury profilaktycznej, akcentowane silnie przez badaczy niemieckich, mianowicie sprawa zaraźliwości moczu. Niektórzy bowiem z ozdowieńców, posiadający laseczki EBERTH'a w moczu [t. zw. *Typhusträger*], mogą się stać bardzo niebezpiecznymi roznośicielami zarazy, o ile nie zostaną przedsięwzięte odpowiednie środki zapobiegawcze.

[C. d. n.]



## II. W sprawie chirurgicznego leczenia kamicy żółciowej.

Skreślił

**Dr Franciszek Kijewski,**

ordynator szpitala Wolskiego w Warszawie.

[Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 46].

Niemal w tymże samym czasie, kiedy omawiana sprawa idzie u nas z takim mozołem, znajdujemy w piśmiennictwie lekarskim mnóstwo prac, świadczących o nadmiernie szybko zwiększającej się liczbie operacji na drogach żółciowych w kamicy.

Tak REINHOLD MUELLER <sup>1)</sup> podał 33 nowe spostrzeżenia z kliniki w Kiel'u, motywując jednocześnie wskazania i przeciwwskazania do rozmaitych metod operacyjnych. Z pomiędzy jego spostrzeżeń na 12 cholecystostomii, 15 cholecystektomii i 6 choledochotomii nastąpiła śmierć tylko w 3-ch przypadkach po wycięciu pęcherzyka żółciowego.

MERK <sup>2)</sup> opiera swoje wywody na 170-u przypadkach, operowanych w klinice CZERNY'ego w Heidelbergu.

WILLIAM I. MAYO <sup>3)</sup> daje sprawozdanie z 328-u przypadków operowanych. Z pomiędzy 214-u chorych z kamieniami bądźto w pęcherzyku, bądź w przewodzie pęcherzykowym zmarło po operacji 2-ch; a na 31 operacji usunięcia kamieni z *ductus choledochi* śmierć nastąpiła tylko w jednym przypadku. Na 17 zaś spostrzeżeń złośliwej postaci cierpienia operacja przyniosła korzyść tylko w jednym przypadku, w pozostałych nastąpiła śmierć.

Na Zjeździe przyrodników i lekarzy niemieckich w Karlsbadzie KEHR przedstawił wyniki 720 laparotomii, dokonanych z powodu kamicy żółciowej, ze szczególnem uwzględnieniem sączkowania przewodu wątrobowego w 90-u przypadkach; KOERIE zaś zdawał sprawę ze 135-u operacji podobnych, — w tej liczbie w 17-u spostrzeżeniach była sprawa ostra i operacja była przedsiębrana w celu ratowania życia choremu.

RIEDEL wtedy, opierając się na jednym ze swoich przypadków, w którym

---

<sup>1)</sup> MUELLER REINHOLD. Die Gallensteinoperationen der chir. Klinik zu Kiel 1899 — 1901. Diss. Kiel — 1902.

<sup>2)</sup> MERK. Beiträge zur Pathologie und Chirurgie der Gallensteine. Mitteil. aus den Grenzgeb der Medizin und Chirurgie. 1902. Z. 4 i 5.

<sup>3)</sup> WILLIAM J. MAYO. Analysis of three hundred and twenty eight operations upon the gall — bladder and bile passages. Annals of surgery. July 1902 Jahresbericht über die Fortschritt auf dem Gebiete der Chirurgie, 1903 p. 913.



miał możliwość spostrzegania zmian w 12 godzin po pierwszym napadzie, radził natychmiast przystępować do operacji.

KEHR nie operuje w każdym przypadku kamicy żółciowej. Leczenie wewnętrzne nie ma na celu rozpuszczania kamieni i wydalania ich na zewnątrz, lecz ma tylko sprowadzić spokój w narządzie żółciowym i zmniejszyć co do nasilenia sprawę chorobową. Tego rodzaju leczenie nadaje się: 1) do przypadków przewlekłego, powtarzającego się zapalenia pęcherzyka żółciowego, 2) jeśli napady są słabe i w dość znacznych odstępach, 3) w ostro przebiegających przypadkach zamknięcia przewodu żółciowego, chociaż przy znacznem wyniszczeniu należy operować.

W przypadkach niedrożności przewodu żółciowego wspólnego KEHR<sup>1)</sup> w pracy swej: „Leczenie chirurgiczne ostrej i przewlekłej niedrożności przewodu żółciowego wspólnego, spowodowanej przez kamień lub guz“ starał się przeprowadzić następujące zasady. W ostrej niedrożności, zależnej od kamieni, zachować się wyczekująco, zalecając spokój, gorące okłady, salicylan sodu i t. d. Leczenie to zatem wchodzi w zakres medycyny wewnętrznej. Przy zbyt często jednak powtarzających się napadach ostrych należy przystępować do operacji.

W przewlekłym zamknięciu przewodu przez kamień KEHR wyczekuje około 3-ch miesięcy, a następnie otwiera *d. choledochus* i sączkuje przewód wątrobowy.

Śmiertelność po tej operacji, wykonanej w warunkach dogodnych, jest niewielka [3%], jeżeli jednak zbyt późno przystępujemy do zabiegu, jeżeli już wystąpiły objawy ciężkiego zakażenia, to wyniki operacyjne nie są zbyt pomyslnie.

Niedrożność przewodu żółciowego wspólnego, spowodowana przez guz, wymaga jak najrychlejszej operacji. Stąd też ściśle rozpoznanie odgrywa tu niepoślednie znaczenie.

Na Zjeździe lekarzy niemieckich internistów w Berlinie 12-go stycznia 1903 r. W. KOERTE<sup>2)</sup> mówił „O wskazaniach do chirurgicznego leczenia kamicy żółciowej i zapalenia pęcherzyka“. Opierając się na 300-u własnych spostrzeżeniach, operowanych przez siebie, KOERTE dzieli przypadki kamicy żółciowej na 2 grupy. Do pierwszej zalicza te, w których występują mniej lub więcej ciężkie objawy, lecz niema żadnych komplikacji, zagrażających choremu [chroniczne niepowikłane postaci cierpienia, krótkotrwały *icterus*, *hydrops vesicae felleae*]. Druga grupa obejmuje te przypadki, w których bezpośrednio lub pośrednio oczekiwać należy niebezpieczeństwa. Wyczekiwanie w tych razach nie doprowadza do wyleczenia; tu znaleźć powinno zastosowanie w odpowiedniej chwili możliwie radykalne leczenie chirurgiczne. Operować należy w c z e

<sup>1)</sup> KEHR. Münch. med. Wochenschr. 1903, Nr. 22.

<sup>2)</sup> W. KOERTE. Ueber die Indikationen zur chirurgischen Behandlung der Cholelithiasis und Cholecystitis. Deutsche med. Wochenschr. 1903, Nr. 15 p. 261 — 264.



ś n i e, jeżeli objawy cierpienia występują gwałtownie. Rozwijające się *cholangitis* wymaga jak najszybszej operacji z następczem drenowaniem dróg żółciowych. Przy obostrzeniu przewlekłego *empyema*— natychmiast operować. We wszystkich przypadkach, w których mamy do czynienia z zakażeniem, wskazane jest natychmiastowe operowanie — drenowanie przewodów żółciowych. Jeżeli posiadamy wątpliwość, czy guzy w okolicy pęcherzyka żółciowego są pochodzenia zapalnego, czy też nowotworowe, KOERTE radzi wykonać próbne cięcie.

Przy zatkanium przewodu wspólnego żółciowego wyczekiwać można według KOERTE'go—4 tygodnie do 2-ch miesięcy, następnie operować, gdyż może nastąpić zakażenie dróg żółciowych. Wobec kamienia, zamykającego światło *ductus choledochi*, lepiej operować „z a w c z e ś n i e“, aniżeli „z a p ó ź n o“.

Przy cierpieniach, które dają absolutne wskazania do operacji — ciężka postać zapalenia pęcherzyka żółciowego, ostra postać *empyema vesicae felleae*, zamknięcie *ductus choledochus* przez kamień, możliwość nawrotu cierpienia powinna stać na drugim planie, głównem zaś zadaniem naszym jest z a c h o w a n i e ż y c i a.

KOERTE <sup>1)</sup> w innej znów pracy nawołuje do s z y b k i e j p o m o c y c h i r u r g i c z n e j w o ś t r e m z a k a ż e n i e m z a p a l e n i u w o r e c z k a ż o ł c i o w e g o. Na 18 operowanych przez siebie podobnych przypadków przystępował do operacji pomiędzy 2-im a 9-ym dniem cierpienia i otrzymał 15 wyzdrowień, a 3 zejścia śmiertelne; w tej liczbie 18-u operacji KOERTE wykonał 6 razy cystostomię, 7 cystektomię, a w 5-u częściowe wycięcie ścian pęcherzyka. Za najodpowiedniejszy zabieg w tych razach uważa on wycięcie pęcherzyka żółciowego.

*Cholelithiasis infectiosa* służyła również za przedmiot rozprawy CHAUFFARD'owi <sup>2)</sup>, który przychodzi do przekonania, że każdy podobny przypadek powinien być operowany nawet w tym okresie, gdy zakażenie nie jest zbyt wyrażone. Operacji zatem powinien podlegać każdy chory, u którego znajdujemy: gorączkę o znacznych wahanach lub ciągłą, zatrzymanie wypływania żółci oraz obecność ropienia lub nawet obawa tegoż przy złym ogólnym stanie. CHAUFFARD radzi jednak wstrzymać się z zabiegiem chirurgicznym u chorych bardzo osłabionych, z upośledzoną działalnością serca, u bardzo otyłych w wieku lat 50—60, z wielkim rozlanym brzuchem, u których w moczu znajdujemy cukier lub białko.

Nie mogę pominąć milczeniem pięknej pracy RIEDEL'a <sup>3)</sup> — „P o w s t a -

---

<sup>1)</sup> KOERTE. Ueber die Operation der Cholecystitis acuta infectiosa im acuten Stadium. Arch. Langenbeck's: 1903, Z. 1 i 2 t. 69.

<sup>2)</sup> A. CHAUFFARD. Des indications thérapeutiques dans la cholelithiase infectée. Sem. med. 1904. Nr. 3.

<sup>3)</sup> RIEDEL. Powstawanie, rozpoznanie i leczenie kamicy żółciowej. Przekład polski HERMANA. Odczyty kliniczne Nr. 173, 174, 175 [r. 1903] Nr. 181 i 182 [1904].



wanie, rozpoznawanie i leczenie kamicy żółciowej, która stanowi wynik długoletnich studyów, opartych na bardzo bogatym materiale klinicznym. Wywody autora są jasne, przekonywujące i poparte wymownymi przykładami. Książkę RIEDEL'a z pożytkiem przeczytać może każdy lekarz, a przestudyować powinien wybornie każdy, który ma do czynienia z kamicią żółciową.

RIEDEL stanowczo radzi operować wczesnie. „Skłonny jestem, mówi on, operować nawet w najłżejszych napadach *cholecystitidis* i pewny jestem, że osiągnąłbym świetną statystykę. Jestem i pozostanę zdecydowanym zwolennikiem operacji wczesnych, kiedy jeszcze kamyki nie opuściły pęcherzyka, gdzie są tworami niemal bez znaczenia i skąd je łatwo wydestak<sup>1)</sup>”. „Podczas pierwszego napadu wobec objawów gwałtownych, połączonych z wzdęciem brzucha, uporczywymi wymiotami i mocnymi bólami namawiałbym do operacji, choćbym miał znaleźć kamyczek drobny<sup>2)</sup>”.

RIEDEL twierdzi, że co najwyżej 10% chorych, dotkniętych kamicią, wyleczyć się może sam, względnie środkami wewnętrznymi, 90% zaś, o ile chce być doszczętnie wyleczony, musi się poddać operacji.

W  $\frac{9}{10}$  zatem przypadkach powinno być stosowane leczenie chirurgiczne. A dopiero tam, gdzie leczenie to nie zostanie uwieńczone zupełnym wynikiem, czyto dlatego, że w drogach żółciowych pozostały bakterye, czy też piasek, tam dopiero powinno rozpocząć się leczenie wewnętrzne.

Zestawienia statystyczne z klinik wewnętrznych i miejsc kąpielowych, dotyczące wyników konserwatywnego leczenia kamicy żółciowej, mają tylko względną wartość, według RIEDEL'a; bez porównania większą wartość mieć mogą prace starszych lekarzy praktyków, którzy dłuższe lata spędzili w jednym miejscu. „Długoletnia obserwacja czyni rozpoznanie pewnem, nawet bez sekcji. Opierając się na rzekomo pewnych liczbach, uczyli interniści, że tylko 5% tych chorych umiera. Zbiorowa zaś statystyka 20-u lekarzy wykazała, że na 1000 chorych umiera—125. Skąd ta różnica? Stąd, że w przypadkach najcięższych chorzy umierają w domu, albo dostają się wprost do klinik chirurgicznych. Lekarze praktycy mogliby na tem polu wiele jeszcze zdziałać i wypełnić niejedną lukę w naszych wiadomościach. Gdyby każdy z lekarzy zaczął notować historie chorób swych chorych z kamicią żółciową, po 16-u latach zebrałby się materiał, który następnie jednolicie opracowany, mógłby być nieskończenie pożytecznym. Znikłaby wówczas prawdopodobnie nieuzasadniona illuzya, że kamica żółciowa jest cierpieniem niewinnem”.

Sądzę, że to, co przytoczyłem, wystarcza do dostatecznego wyświeślenia sprawy, jakimi wskazaniem chirurgdy się kierują w stosowaniu zabiegów operacyjnych w kamicy żółciowej.

<sup>1)</sup> 1. c. str. 84, część II.

<sup>2)</sup> 1. c. str. 80, część II.



Dalsze wymienianie prac rozmaitych chirurgów i internistów uważam za zbyt liczne: nie wprowadzają one nic nowego, przedstawiają jednak ten niezmiernie bogaty materiał, który znakomicie przyczynia się do rozszerzenia zakresu chirurgicznego leczenia kamicy.

Staralem się tu zwrócić uwagę tylko na niektóre prace, omawiające bliżej wskazania, pominalem zupełnie kwestyę techniki operacyjnej, wyboru rozmaitych operacji, postępowania pooperacyjnego, nawrotów cierpienia i t. p., co już stanowić może przedmiot oddzielny rozprawy. Wogóle, jak zaznaczyłem na początku, piśmiennictwo, dotyczące omawianej sprawy, jest już bardzo bogate, uwzględnienie go jednak w całości może znaleźć zastosowanie w monografii tego przedmiotu, do czego obecnie nie zmierzam.

[D. n.].

### III. O tętniakach (aneuryzmatach) naczyń mózgowych.

Podał

W. Męczkowski,

asystent oddziału dra K. CHEŁCHOWSKIEGO w szpitalu Dzieciątka Jezus

[Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 48].

Rozpatrując przypadek powyższy, widzimy, iż w następstwie silnego urazu głowy wystąpiły objawy ogólne, jak oto: silne bóle głowy, szum w głowie, wymioty, a oprócz tego objawy ogniskowe. Tu należą: I zajęcie *n. vagoaccessorii dextri* [porażenie i zaniki *mm. st. cl. mast. et cucullaris d.*, porażenie podniebienia miękkiego, zaburzenia polykania, porażenie mięśni krtani, chrypka, kaszel szczekający]; II zajęcie *n. hypoglossi dextri* [porażenie i zaniki mięśni języka]. Cierpienie *n. acust.* z wszelkiem prawdopodobieństwem wyłączyć należy, ponieważ badanie nie dało pewnych wyników pozytywnych, a nadto cierpienie ucha istniało jeszcze przed urazem. Istnienie zmian w odczynie na prąd elektryczny porażonych mięśni wskazuje na cierpienie obwodowe powyższych nerwów, zresztą brak jakichkolwiek innych objawów mózgowych, a nadewszystko brak zajęcia dróg piramidalnych. Oprócz powyżej wymienionych wybitnym objawem był szmer skurczowy, słyszalny na całej czasce i na górnej części kręgosłupa.

Powyższy zbiór objawów może dawać tylko tętniak t. kręgowej prawej, uciskający *nn. vagoaccessorium et hypoglossum*. Żadne inne cierpienie nie może dać takiego zbioru objawów, i odwrotnie, tętniak tłómaczy należycie cały przebieg cierpienia. Jeden tylko punkt wymaga omówienia, mianowicie fakt,



że po ucisku *a. carot. comm. dextr.* szmer na czaszce znika, jakkolwiek *a. carot.* nie ma bezpośredniej łączności z t. kręgową, a przeto ucisk *a. carot.*, jakby się zdawało, nie powinienby wywierać takiego wpływu na sprawy, rozgrywające się w innym układzie tętnicznym. Fakt ten jednak możnaby może wytłómaczyć w ten sposób, iż zamknięcie tak wielkiego pnia naczyniowego, jakim jest *a. carot. comm.* powoduje zmiany krążenia w *circ. arter. Willisii*, a zaburzenia te ujawniają się i w *a. verterbr.*, łączącej się z *circ. Will.* za pośrednictwem *a. basilar.* Zaburzenia te zresztą są chwilowe, gdyż już po 15-sekundowym ucisku *a. carot. comm.* szmer na czaszce wraca.

Rozpatrzmy teraz objawy powyższe w zestawieniu z ogólną symptomatologią tętniaków mózgowych. Sądzimy, iż może to być pożytecznem ze względu na to, iż literatura nasza posiada mało prac z tej dziedziny. Z pośród objawów, poczytywanych za właściwe głównie tętniakom mózgowym i niemal rozpoznawczych, omówię tu szerzej szmer skurczowy, wysłuchiwany na czaszce i subiektywnie odczuwany przez chorych.

Istotnie, objaw ten należy do bardzo ważnych i charakterystycznych dla tętniaków mózgowych. Objaw ten jednak względnie rzadko znajdujemy w spostrzeżeniach różnych autorów. Gowers twierdzi nawet, że jest on wogóle zjawiskiem rzadkiem przy tętniakach mózgowych. Zależy to jednak może od tego, iż wogóle rzadko badamy chorych w tym kierunku. W ostatnich latach objaw ten spotykamy coraz częściej w spostrzeżeniach kazuistycznych, gdy w dawniejszych pracach, nawet obszerniejszych monografiach [LEBERT 1866, DURAND 1868] nawet wzmianki o nim nie znajdujemy. Zaznaczyć jednak należy, że szmer nie jest koniecznym objawem tętniaków mózgowych, a z drugiej strony spotyka się i w innych cierpieniach. Właściwie nawet objaw ten odkryty był nie w przypadku tętniaka mózgowego i wiele lat upłynęło, zanim zaczęto uważać go za charakterystyczny dla tętniaków.

Skurczowy szmer mózgowy (*Hirnblasen* — podmuch) spostrzegł pierwszy w 1832 FISCHER [Boston] nad wielkim ciemiączkiem u słabowitego 2½ letniego dziecka, dotkniętego puchliną mózgową. Od tego czasu objaw ten u małych dzieci był przez długie lata przedmiotem sporów. Jedni uważali objaw ten za patologiczny, inni za zjawisko fizyologiczne, istniejące do czasu zarośnięcia szwów, i odmawiali mu wszelkiego znaczenia klinicznego. Również nie było zgody i co do miejsca powstawania szmeru: jedni upatrywali je w tętnicach, inni w żyłach. Obszerną pracę poświęcił tej sprawie JURASZ [1876]. Wnioski jego pokrótce dają się tak streścić: 1) szmer mózgowy jest zawsze równoczesny z tętnem i tętnieniem ciemieniowem; 2) szmer występuje tylko w wieku dziecięcym pomiędzy 3-im miesiącem a 6-ym rokiem życia; 3) szmer mózgowy nie jest objawem patologicznym, albowiem zdarza się także u całkiem zdrowych dzieci; 4) ani budowa czaszki i ciała, ani krzywica oraz niedokrwiistość nie wywierają wpływu na powstawanie szmeru; 5) z pomiędzy 68-u obserwowanych przypadków szmer można było stwierdzić w 26-u.

Inaczej na tę sprawę patrzą inni autorowie. HENOCH, STEFFEN wiążą szmer mózgowy z krzywicą, ROGER — z niedokrwiistością (*anaemia*) i t. d. Nie można powiedzieć, aby i dziś znaczenie szmeru mózgowego u dzieci było roz-



strzygnięte. Zresztą choć w wielu razach szmer mózgowy zdarza się, jak to stwierdził JURASZ, u dzieci nawet zdrowych, jednak przy krzywicy, wodogłowi, niedokrwistości, zdaje się, spotyka się najczęściej

Szmer mózgowy u ludzi starszych zajął uwagę badaczy [GERHARDT, HENOCH, OPPENHEIM] znacznie później, i właśnie w przypadkach tętniaków mózgowych. Odkrycie tego objawu zawdzięczać należy spostrzeżeniu samych chorych. W wielu bowiem razach, choć niezawsze, sami chorzy odczuwają subiektywnie szmer. Szmer odpowiada zawsze skurczowi serca i uderzeniu tętna, tak że osłuchując głowę, można określić częstość tętna. Często bywa bardzo słaby, tak że potrzeba wielkiej uwagi, ciszy naokoło oraz zatrzymania oddechu ze strony badanego, aby szmer wyraźnie słyszeć. Pamiętać przytem należy, że przy cienkiej czaszce dają się słyszeć niekiedy szmery oddechowe. Szmer bywa niekiedy zmienny: już przy jednorazowym badaniu może chwilowo zniknąć i zjawiać się na nowo. Najczęściej miewa charakter lekkiego podmuchu; niekiedy jednak bywa głośny, poniekąd muzyczny. W przypadku MEYER'a głośny piszczący szmer porównywano z kwikiem młodych szczeniąt.

Niekiedy słychać szmer tylko w pewnej okolicy lub na połowie czaszki; często jednak daje się słyszeć na całej czaszce prawie jednako. Poza czaszkę przekracza ten objaw bardzo rzadko. Jako rzecz niezwykłą zaznacza GOWERS, iż w przypadku tętniaka *a. vertebr. sin.* słychać było głośny szmer po obu stronach między *proc. mast.* a kręgosłupem. Wyjątkowo rozlegle słychać było szmer w naszym przypadku, bo nie tylko na czaszce, ale i na twarzy oraz na kręgosłupie. Takie warunki przedstawiać może tylko tętniak *a. vertebr.*: szmer powstaje tu w kanale kręgowym lub w pobliżu jego i przy dostatecznym napięciu łatwo może przenosić się niżej. Również dzięki warunkom anatomicznym szmer wyraźniej słychać przy tętniakach *a. basilar.*, *carot. int.* Ważną cechą stanowi fakt, że po ucisku *a. carot. comm.* szmer słabnie lub znika. Właściwie winno to dotyczyć tętniaków naczyń z układu *a. carot. int.* oraz *a. mening. mediae*; lecz, jak to widzieliśmy w naszym przypadku, może to być również i przy tętnicach *a. vertebr.*

Dłużej zatrzymałem się nad szmerem mózgowym, ponieważ objaw ten pod względem rozpoznawczym tętniaków mózgowych ma bardzo ważne znaczenie. W znakomitej większości przypadków szmer jest decydującym objawem. Nie mniejsza jego znaczenia zastrzeżenie, które uczyniliśmy powyżej co do szmeru mózgowego u dzieci, a także pewne zastrzeżenia, które i co do dorosłych poczynić należy. Mianowicie, bogato unaczynione guzy mózgu mogą dawać szmer.

W przypadku MEYER'a był na całej czaszce szmer głośny muzyczny skurczowy. Rozpoznano tętniak albo też guz uciskający *a. cerebell. post. int.* Badanie pośmiertne wykazało bogato unaczyniony glejak, wychodzący z 4-ej komory. Również można sobie wystawić, iż guz mózgu uciska w ten sposób naczynie, że może powstać szmer. W pewnym znów przypadku D'ALLOCCO rozpoznał na zasadzie szmeru tętniak mózgu, gdy badanie pośmiertne wykryło silną miażdżycę naczyń. OPPENHEIM wspomina nadto, iż spotykał szmer mózgowy w paru przypadkach choroby BASEDOW'a oraz guzów uciska-



jących *n. sympathicum*, a także w przypadkach niedokrwistości. Wszystkie te jednak przypadki, które podaję tu dla ścisłości, nie zmniejszają znaczenia szmeru mózgowego, jako objawu najczęstszego przy tętniakach mózgu.

W tem miejscu kilka słów poświęcimy ogólnej symptomatologii tętniaków mózgowych.

Pod wielu względami tętniak daje takie same objawy, jak wogóle każdy guz mózgu. Do takich wspólnych objawów należą: 1) objawy ogólne mózgowo, zależne od wzmożonego ciśnienia [ból głowy, tarcza zastoinowa, zaburzenia świadomości, drgawki, wymioty, zawroty głowy, zaburzenia tętna]; 2) objawy, zależne od ucisku lub następczego zaniku tkanki mózgowej; są to objawy ogniskowe, a więc utrata pewnych czynności w ustroju, zależnych od dotkniętego ogniska: porażenia, padaczka JACKSON'a, zaburzenia w dziedzinie uczucia, naczyniowo-ruchowe. Zwłaszcza charakterystycznym objawem dla tętniaków jest zajęcie różnych nerwów czaszkowych.

Zaznaczyć tu należy, iż tętniaki mózgowo, dzięki mniejszemu urozmaiceniu pod względem umiejscowienia, dają wogóle bardziej stały, klasyczny obraz kliniczny. Natomiast będąc na ogół mniejszych rozmiarów niż uzy mózgowia, tętniaki częściej, niż guzy, przebiegają za życia chorego bez wszelkich objawów: o istnieniu ich częstokroć przekonujemy się podczas badania posmiertnego.

Oprócz powyższych wspólnych i dla guzów wogóle, tętniaki mogą dawać i inne jeszcze, bardziej swoiste, objawy, a zależne od tego, że tętniak jest guzem z żywą zawartością, z tętniącą krwią. Do nich zaliczyć można:

- 1) Szmer, odczuwany subiektywnie i dostępny obiektywnie dla ucha;
- 2) objawy, zależne od peryodycznego napelniania się krwią worka tętniczego [ból głowy, określaný przez chorych, jako tętniący, napady, zależne od nagłego przyływu krwi—*apoplectiformis*—, porażenia peryodyczne i t. p];
- 3) przy zamknięciu światła naczynia skutkiem zakrzepu w worku tętniczym występują objawy, zależne od braku dopływu krwi tętniczej; czynnik ten najwybitniej oddziaływa w tych okolicach mózgu, które otrzymują krew z jednego tylko źródła [dotyczy to przedewszystkiem *a. basilaris* i mostu];
- 4) od skrzepu w tętniaku mogą odrywać się cząstki i tworzyć embolie.

[D. n.].



## IV. O syfilitycznym cierpieniu tętnic kończyn.

Podał

J. Bełkowski.

[Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 48].

Mówiliśmy dotąd o syfilitycznym zarastaniu tętnic. Przyczynowe jednak znaczenie syfilisu w cierpieniach tętnic bynajmniej jeszcze tem się nie wyczerpuje. Niewątpliwie zachodzi jakiś związek przyczynowy pomiędzy tętniakami, zwłaszcza aorty, a syfilisem. Zbyt często bowiem syfilis powtarza się w anamnezie chorych, dotkniętych tętniakiem aorty [w 42% do 80% przypadków według różnych autorów]. Wreszcie syfilis gra jakąś, może pośrednią rolę, i w powstawaniu arteryosklerozy wogóle, zwłaszcza zaś aorty wstępującej i łuku aorty.

Jak mało jeszcze wiadomości nasze o syfilisie naczyń są ustalone, widać choćby z tego, że nie tak dawno jeszcze syfilis naczyń uchodził za objaw 3-rzędny; dziś zaś wiemy, że naczynia mogą ulegać syfilisowi i w 1-ym roku choroby. Stwierdzono też i syfilis naczyń dziedziczny. Tak samo i na syfilis żył, jakkolwiek pierwsze odnośne spostrzeżenia BIESIADKIEGO (*Sitzungsber. d. kais. Akad. d. Wiss.* 1867 t. 56 str. 225, cytowany przez SCHROETTER'a w podręczniku NOTHNAGEL'a). dokonane były już w r. 1867, zwrócono jednak baczniejszą uwagę dopiero niedawno [PROKSCH 1898 cytowany przez SCHROETTER'a w podręczniku NOTHNAGEL'a] i zebrano już wcale pokaźną kazuistykę. RIEDER [cytowany przez SCHROETTER'a] wyprowadzałby nie tylko miejscowe przejawy przymiotu od zmian w drobnych żyłach, ale uważa je nawet za przyczynę uogólniania się syfilisu na cały ustrój.

To też przypadki syfilitycznego cierpienia wogóle, a kończyn specjalnie, mnożą się w naszych oczach i coraz bardziej mnożyć się będą. Dość tu porównać dysertację AUNE'a z 1890 r., który zdołał zebrać niespełna dziesiątek przypadków zgorzeli wskutek syfilisu tętnic, i pracę SZADKA z roku 1906, który już spostrzeżeń takich przytacza wcale pokaźną liczbę. Pojęcie *arteriitidis obliterantis* kończyn nie jest bynajmniej odrębną postacią chorobową; mieści ono w sobie i grupę syfilisu tętnic kończyn, mniej lub więcej liczną [co przyszłość dopiero okaże], i grupę cierpień tętnic kończyn wskutek jakiegoś innego czy też jakichś innych, może swoistych, a może różnorodnych czynników chorobotwórczych.

HUCHARD w znanem swem dziele [tom I str. 197 i dalsze] próbował [mojem zdaniem jeszcze przedwcześnie] wytknąć główne cechy syfilitycznego cierpienia tętnic. Zdaniem jego syfilis lubi tętnice; to zajmuje ich błonę wewnętrzną, to zewnętrzną; dąży bądź do zamknięcia tętnicy, bądź do jej tę-



niakowego rozszerzenia. Rzadko uogólnia się na cały układ tętniczy, wybiera niektóre tętnice [zwłaszcza mózgowe, tętnicę główną, tętnice wieńcowe serca], zajmuje nie tętnicę całą, a różne jej odcinki i punkty. Rzadko prowadzi do zwapnienia i zwyrodnienia ateromatycznego. Zwężając i zamykając tętnice, wywołuje stwardnienie i sklerozę dystroficzną odpowiednich narządów. Tętniaki pochodzenia syfilitycznego są mnogie i zajmują zwłaszcza tętnice mózgowe, dalej aortę, wreszcie wielkie naczynia. Cierpienie tętnic częste jest w syfilisie dziedzicznym i trzeciorzędnym, rzadkie we wczesnych okresach choroby; niekiedy miewa przebieg ostry.

Jako ilustrację tego, co powyżej powiedziano, przytaczam przypadek dwukrotnie obserwowany u nas na oddziale.

1) Zgorzel prawej stopy u młodego człowieka; zarosnięcie tętnic we wszystkich kończynach. Rażąca poprawa dwukrotna przy leczeniu swoistem.

26-letni rolnik J., silnie zbudowany i dobrze odżywiony, przybył na oddział 8/XI 1899 r. Przed 3-ma laty chory miewał napady chromania przestankowego z powodu bólów kurczowych w prawej łydce. Zwrócił wtedy uwagę, że prawa noga była chłodniejsza od lewej. Wkrótce potem zjawily się stałe bóle w prawej stopie, a jednocześnie prawie owrzodzenia na palcach stopy. Owrzodzenia nie goily się; stopniowo zaczęły rozszerzać się, i po jakimś czasie cała stopa uległa zgorzeli. Dokonano mu wtedy amputacji stopy, a następnie z powodu zgorzeli kikuta — amputacji uda. W  $\frac{1}{2}$  roku po operacji zaczął doznawać drętwienia w drugiej nodze. Przed 4-ma miesiącami zjawily się bóle kurczowe przy chodzeniu, a wkrótce potem wystąpiły stałe bóle.

Dziedzicznością nie obarczony: rodzice, bracia i siostry [8-ro rodzeństwa] zdrowi, nie nerwowi. Oprócz odry w dzieciństwie, chorób żadnych nie przebywał. Syfilisu, nadużyć nie było. Dużo pali.

Stopa na dotyk chłodna; skóra na niej zaczerwieniona. Łuszczenie skóry na palcach i podszwach. Osłabienie dotyku i czucia bólowego na grzbiecie stopy i dolnej części przedniej powierzchni голени. Brak tętna w obu tętnicach stopy i w tętnicy udowej. Bóle pozbawiały chorego snu. W pozycji siedzącej z nogą spuszczoną bóle słabły.

Rozpoznano *arteriitis obliterans*. Zalecono leczenie swoiste [wcieranie szaruchy i do wewnątrz jodek potasu]. Po 30-u wcieraniach bóle zaczęły zmniejszać się; po 36-u — ustąpiły i wróciło tętno w tętnicy biodrowej. Po 56-u wcieraniach 30/I 1900 r. został wypisany. Bóle zupełnie ustąpiły. Wróciło tętno w tętnicy grzbietowej stopy (*dorsalis pedis*). Pozostało osłabienie nieznaczne dotyku i czucia bólowego na grzbiecie stopy. Chodził o kuli dobrze.

Po wyjściu ze szpitala powrócił do dawnych obowiązków. Jako rządcą majątku na wsi, prowadził życie czynne: dużo chodził, a nawet jeździł konno. Czuł się względnie nieźle. Tylko podczas dłuższego chodzenia miewał kurcze w łydce, zmuszające go do chwilowego odpoczynku. Stopa zwykle była zaczerwieniona; niekiedy brzękła. Dopiero w 1905 roku zaczęły występować



poważniejsze zaburzenia troficzne. Nad stawem skokowym z zadrażnienia wskutek uderzenia wytworzyła się ranka; nieco wyżej na przedniej powierzchni goleni zjawiała się druga z jakiejś błażej przyczyny. Pomimo leczenia miejscowego ranki te nie goiły się. W styczniu r. b. chory zaczął doznawać dawnych bólów w stopie, a głównie w paluchu. Wkrótce potem na palcach stopy zjawily się owrzodzenia. Leczenie miejscowe, stosowane na wsi, pozostało bez skutku.

Dnia 21/II 1906 r. zapisał się znowu do nas na oddział. Stopa i dolna część goleni obrzękle, zaczerwienione, na dotyk chłodne. Skóra na podszewie biała, zmacerowana [kompresy]. Na paluchu brak paznokcia; na miejscu jego owrzodzenie. Owrzodzenia na 3-ch następnych palcach przy paznokciach. Wymienione wyżej ranki na goleni pokryte miękkimi strupami. Na grzbiecie stopy oprócz małego palca, oraz na dolnej  $[\frac{2}{3}]$  przedniej części goleni—osłabienie dotyku i czucia bólowego; miejsce to odpowiada rozgałęzieniom *n. peronei superficialis*. Zupełny brak tętna w obu tętnicach promieniowych (*radiales*) i łokciowych (*ulnares*), jak również w tętnicy udowej (*femoralis*) i obu tętnicach stopy (*tibialis postica et dorsalis pedis*). W obu tętnicach ramieniowych u dołu wyczuwa się słabe tętno, a dopiero wyżej tętno dobre. Stan bezgorączkowy. Tętno — 74. W narządach wewnętrznych i w moczu zmian nie znaleziono. Gruczoły chłonne pachwinowe nieco powiększone. Chory nie sypia wskutek bólów; dni i noce spędza w pozycji siedzącej z nogą spuszczoną na dół, gdyż przy takim ułożeniu kończyny, podobnie jak za poprzednim pobytem, bóle zmniejszają się, a chwilami nawet ustępują zupełnie. W ten sam sposób radził sobie 10 lat temu z chorą kończyną prawą, zanim mu ją odjęto.

Na zasadzie wyników poprzedniego leczenia rozpoznano *arteriitis obliterans syphilitica* wszystkich 3-ch kończyn, i naznaczono energiczne leczenie swoiste: wcierania szaruchy po 4,0 i jodek potasu do wewnątrz po 5,0 dziennie. Na owrzodzenia stosowano maść jodoformową. Jod pomimo takich dawek chory znosił znakomicie, biorąc go wciąż przez 4 przeszło miesiące.

W czasie pierwszej kuracji ręcionej, która trwała od 22/II do 10/IV [42 wcierania] w dolnej kończynie wyraźnej poprawy nie było. Bóle stałe ustąpiły wprawdzie po 20-u wcieraniach, ale o tyle tylko, o ile trzymał nogę spuszczoną na dół: skoro tylko położył się z nogą na łóżku, dotkliwe bóle w paluchu wracały. Obrzęk, zaczerwienienie i owrzodzenia pozostały bez zmiany z tą tylko różnicą, że z 2-go, 3-go i 4-ego palców przy końcu marca zeszyły paznokcie. Natomiast w kończynach górnych przy końcu marca wróciło tętno w lewej tętnicy promieniowej i prawej łokciowej i wyczuwało się stale codziennie [niestale wyczuć je było można niekiedy na 2 tygodnie przedtem]. Kurację przerwano wskutek biegunki. Drugą kurację rozpoczęto po 2-ch tygodniach; trwała do 26/VI [około 50-u wcierania]. Podczas tej drugiej kuracji poprawa była szybsza i wyraźniejsza. Już w końcu kwietnia zauważono odrastanie odpadłych paznokci na 4-ch palcach. W początkach maja zagoiły



się owrzodzenia na 2-im, 3-im i 4-y m palcu. Jednocześnie obrzęk goleni i stopy zmniejszać się zaczął. Wtedy zagoiły się i ranki na goleni. 25/V nie było już obrzęku na goleni, a w pierwszych dniach czerwca zniknął i ze stopy. Dopiero wtedy bóle zupełnie ustąpiły, i chory zaczął sypiać w zwykłej leżącej pozycji. W pierwszych dniach czerwca powróciło tętno w tętnicy biodrowej [stałe]. Owrzodzenie na paluchu również zaczęło zmniejszać się, a paznokcie odrosł do połowy. Do dnia 26/VI t. j. do czasu, kiedy przerwano drugą kurację wskutek cierpienia dziąseł, owrzodzenie na paluchu nie zagoiło się zupełnie, lecz zmniejszyło się do  $\frac{1}{3}$  części. Osłabienie czucia pozostało w dawnych miejscach; może tylko w nieco mniejszym stopniu. Co zaś do kończyn górnych, to w końcu kwietnia zauważono dodatkowe tętno na powierzchni grzbietowej ręki lewej nad napięstką, bliżej brzegu łokciowego.

[D. n.].

---

## V. Kazyistyka powikłań spraw ropnych narządu słuchowego.

Podał

Dr med. Stefan Rontaler,

lekarz ambulatoryum w szpitalu Ewangelickim.

---

[Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 47].

IV. Maksymilian S., 7 lat liczący, syn kupca, zachorował przed 3-a tygodniami na szkarlatynę. W 3-im tygodniu choroby zabolalo go prawe ucho, z którego zaczęło następnie ciec. Byłem wezwany przez kol. TOCHTERMANA 1 listopada 1902 r. do zbadania wychudłego chorego, któremu z ucha ukazała się krew. Po oczyszczeniu ucha, zawierającego cuchnący wyciek śluzowo-ropny, zauważyłem całkowity brak bębena z zachowaniem li tylko błony wiotkiej i kosteczek słuchowych; na tylnej ścianie jamy bębnekowej widoczna była świeża ranka, pokryta cienkim paskiem krwi, startym przeze mnie wata; zgłębnikiem nie badałem. Wyrostek sutkowy był trochę wrażliwy przy naciskaniu palcem i ostukiwaniu. Wyrazy wymawiane szeptem chory słyszał przy samem uchu. RINNE minus, WEBER z prawej strony. Ciepłota 37,9°. Tętno 96. Ucho zatamponowałem gazą jodoformową i na wyrostek zaordynowałem pijawki. Następnego dnia po wyjęciu tamponu nastąpiło obfite krwawienie z ucha.



[mniej więcej 15 — 20 ctm. sz.]; krew była jasna. Skutkiem zalania krwią jamy bębnekowej, zbadać jej nie mogłem; zatamponowałem mocno gazą jodoformową prawe ucho, poczem krwawienie ustało. Ciepłota 39°, tętno 108; wrażliwość wyrostka sutkowego znacznie zwiększona; lekkie opuchnięcie w okolicy wyrostka sutkowego. 3-go listopada dokonałem operacji wyrostka sutkowego przy asystencyi kol. WATTENA i TOCHTERMANA. Kość była w wielu miejscach nadżarta i zawierała ropę i trochę ziarniny. Chore części kości usunąłem dłutkiem, ziarninę wyskrobałem łyżeczką; następnie otworzyłem pieczarę sutkową i rozszerzyłem ją zapomocą małej skrobaczki. Na tem operację zakończyłem. Przebieg po operacji był normalny. Pierwszy opatrunek zmieniłem 9-go listopada, następne co 2 dni, a od pierwszych dni grudnia następowała zmiana opatrunków co 3 dni. 18-go grudnia rana zewnętrzna się zagoiła. Wyciek z ucha wtedy jeszcze nie ustał pomimo suchego leczenia ucha średniego tamponami z gazy jodoformowej. Ostatnią zmieniłem na gazę naftolowo-chinolinową. W połowie stycznia 1903 r. z ucha przestało ciec. Słuch się trochę poprawił; wyrazy, wymawiane szeptem, chory słyszał w odległości 15 — 30-u cm. Krwawienie z ucha nie powtórzyło się.

Opisane zmiany w błonie bębnekowej były charakterystyczne dla szkarlatyny. Wielkie zniszczenie bębneka daje możność rozpoznania choroby, nawet bez wywiadów. A jakiego rodzaju bywają zniszczenia błony bębnekowej w szkarlatynie, pokazuje statystyka BEZOLD'a <sup>1)</sup>. Z 25,2% kompletnych zniszczeń, a 24,7% braków conajmniej  $\frac{2}{3}$  bębneka. Cierpienia uszne w szkarlatynie bynajmniej do rzadkości nie należą, bo zdarzają się w 10% tej choroby <sup>2)</sup>. Na szczęście cięższe postaci zapaleń ropnych ucha średniego bywają rzadko [niecały 1%]. Mój przypadek należał w każdym razie nie do lekkich postaci, ale też nie przedstawiał obrazu zbyt ciężkiego. Była to postać pośrednia. Ukazanie się krwi w uchu średnim dawało powód do obaw poważnych. Krwawienie z ucha w tak wczesnym okresie powikłania usznego w szkarlatynie rzadko się zdarza. Jest to objaw, jak powiedziałem, bardzo poważny, wskazujący na zaatakowanie przez próchniejącą kość wielkich naczyń, znajdujących się pod podstawą jamy bębnekowej, a więc tętnicy domózgowej i opuszki żyły szyjnej, lub też ich rozgałęzień. W moim przypadku było krwawienie z tętnicy, o czem przekonywa kolor krwi, i pochodzić musiało z jakiejś małej gałązki tętniczej, jak np. *ramulus carotico-tympanicus* lub *ramulus arteriae stylomastoideae* lub też *ramus petrosus superficialis arteriae meningeae mediae*. Gdyby krwawienie pochodziło z samej tętnicy domózgowej, pomimo tamponowania ustałoby ono nie mogło, o czem przekonać się możemy z opisu śmiertel-

---

<sup>1)</sup> BEZOLD. Ueberschau ueber den gegenwärtigen Stand der Ohrenheilkunde. Wiesbaden! BERGMANN. 1895, str. 168, 172.

<sup>2)</sup> WEIL. Scharlach und Scharlachdiphtheroid in ihren Beziehungen zum Gehörorgan. Odczyty klin. HANG'a t. III, z. 5. 1899, str. 170.



nych krwotoków. SYME <sup>1)</sup>, COURTIN <sup>2)</sup>, HESSLER <sup>3)</sup>, MOOS i STEINBRUEGGE <sup>4)</sup>, POLITZER <sup>5)</sup>, JOLLY <sup>6)</sup>, ZERONI <sup>7)</sup>, HEINE <sup>8)</sup>, HEERMANN <sup>9)</sup>, JUERGENS <sup>10)</sup> opisali przypadki śmiertelnych krwotoków z tętnicy domózgowej bądź skutkiem wielkiego upustu krwi, bądź też skutkiem powikłań ze strony opon mózgowych lub też ze strony płuc, pomimo dokonanego w niektórych przypadkach podwiązania wspólnej tętnicy szyjnej. EULENSTEIN <sup>11)</sup> radzi z tych względów w obawie przejścia próchnicy na kość, sąsiadującą z wielkimi naczyniami, nie odkładać po szkarlatynie trepanacji wyrostka sutkowego, pomimo zawczasu dokonanego przecięcia błony bębenkowej. Wobec tego ostrzeżenia EULENSTEIN'a uważałem wykonanie jak najprędsze trepanacji wyrostka sutkowego za konieczne. W każdym razie w przypadkach krwawienia z ucha przy szkarlatynie należy stawiać rokowanie bardzo ostrożnie, ponieważ nigdy przewidzieć nie można przebiegu i ewentualnej, groźnej recydywy krwawienia z ogromnym upustem krwi.

V. Helena H., 14-letnia córka fabrykanta, przechodziła odrę; w kilka dni po zniknięciu wysypki zaczęła narzekać na ból w prawym uchu i wyrostku sutkowym. 6-go lutego 1896 r. widziałem chorą po raz pierwszy; była to dziewczyna dobrze i przedwcześnie na swój wiek rozwinięta; nigdy poprzednio nie chorowała. Badanie prawego ucha wykazało zatkanie całego przewodu słuchowego zewnętrznego błonkami szarobiałymi; bębenka nie można było widzieć; po usunięciu szczypczykami zatykających przewodów słuchowy zewnętrzny, łatwo odrywających się i nieco krwawiących błon żelatynowych, robiących wrażenie słoninki, cały przewód słuchowy zewnętrzny okazał się obrzmiałym i silnie zaczerwienionym. Granic błony bębenkowej wobec rozlanego obrzmienia przewodu słuchowego zewnętrznego nie można było rozróżnić, tylko tyle można było zauważyć, że błona bębenkowa była zaczerwieniona i również obrzmiała. Wyrostek sutkowy był przy ostukiwaniu i naciskaniu palcem bardzo bolesny, nieco obrzmiały. Ciężota 38,6°. Tętno 96. Słuch przytępiony: szeptem wymawiane słowa chora słyszała przy samem prawym uchu. RINNE minus, WEBER z prawej strony. Do przewodu słuchowego zewnętrznego założyłem gazę sublimatową, a na wyrostek sutkowy poleciłem stosowanie okładów z płynem BUROWA pod ceratką. Następnego dnia ciepło-

<sup>1)</sup> Journal d'Edinburgh. 1833.

<sup>2)</sup> Zeit. f. Ohrenh. t. 43, str. 39.

<sup>3)</sup> Ueber Arrosion der Arteria carotis interna. Arch. f. Ohrenh. t. 18, str. 1.

<sup>4)</sup> Ein Fall von Caries des Schläfenbeins mit Carotisblutung. Zeit. f. Ohrenheilkunde, t. 13, str. 145.

<sup>5)</sup> Ein Fall von Caries des Schläfenbeins mit Carotisblutung. Arch. f. Ohrenheilkunde, t. 25, str. 99.

<sup>6)</sup> De l'ulcération de la carotide interne. Arch. général de médecine. Juillet, 1866.

<sup>7)</sup> Arch. f. Ohrenh. t. 51, str. 97.

<sup>8)</sup> Verhandlungen der Berliner otolog. Gesell. I, str. 2. 1903.

<sup>9)</sup> Arch. f. Ohrenh. t. 55, str. 86.

<sup>10)</sup> Monatschrift f. Ohrenh. 1902, str. 3.

<sup>11)</sup> Zeitschrift f. Ohrenh. t. 43, str. 36.



ta 38,5°; stan chorej bez zmiany. Wobec widocznego powiększonego wypuklenia błony bębenkowej wykonałem, po dezynfekcyi przewodu słuchowego zewnątrznośnym sublimatem, przecięcie błony; ropa nie pokazała się. Dnia 9-go lutego tego ból w wyrostku sutkowym znacznie się powiększył, powstawał przy najmniejszym dotknięciu; zauważyłem też powiększenie się obrzmienia; ból w uchu ustał; obrzmienie przewodu słuchowego zewnętrznego i błony bębenkowej zmniejszyło się znacznie; błony w przewodzie słuchowym zewnętrznym w zmniejszonym znacznie stopniu ukazywały się jeszcze. Ciepłota 39,5°, tętno 108. Chelbotania nad wyrostkiem sutkowym nie odczuwałem wcale, pomiernie wygórowania w okolicy wyrostka sutkowego. Operacja, dokonana przeze mnie w asystencyi kol. LIKIERNIKA i DONCHINA d. 10-go lutego, wykazała obrzmienie okostnej wyrostka sutkowego, ropę w dosyć dużej ilości w samym wyrostku sutkowym i w pieczarce sutkowej; usunięto w całości chorą, zmniejszoną kość wyrostka sutkowego zapomocą dłuta i skrobaczki. Pieczarę szeroko otworzyłem. Zakończyłem operację wypełnieniem rany gazą jodoformową i założeniem opatrunku. Po tygodniu zmieniłem opatrunek; rana wyglądała dobrze, ziarninowała prawidłowo. Ciepłota przez cały tydzień była normalna. Błony w przewodzie słuchowym zewnętrznym zginęły zupełnie trzeciego dnia po operacji przy stosowaniu gazy jodoformowej. Następne opatrunki wykonywał lekarz domowy kol. LIKIERNIK; ja zaś mniej więcej raz w tygodniu byłem wzywany do chorej i miałem możność obserwowania postępu gojenia się rany. Dnia 25-go marca nastąpiło wyzdrowienie kompletne i zabliznienie rany. Przez cały czas z ucha nie ciekło; błona bębenkowa była normalna. 24-go kwietnia chora była u mnie. Słuch był zupełnie normalny; przedmuchowań nie stosowano. *Diagnosis: Otitis externa et myringitis crouposa. Mastoiditis suppurativa acuta primaria. Periostitis.*

[C. d. n.]

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

256. B. Fischer (Bonn). Wywołanie atypowego bujania nabłonka drogą doświadczalną i powstawanie złośliwych nowotworów.

Jednym z najbardziej palących zagadnień patologii współczesnej jest niewątpliwie geneza nowotworów wogóle, a raka w szczególności. Każdą pracę z tego zakresu witamy ze specjalnem zainteresowaniem, to też i badania FISCHER'a obudzą bez wątpienia żywe zajęcie w kołach lekarskich.

Znanym jest fakt, że długotrwałe zapalenia wywołują nieraz bujanie naskórka, który wrasta wtedy głęboko w skórę właściwą. Spostrzegamy to np. w *ulcus cruris*. Otóż F. postawił sobie za zadanie wykazać wpływ, jaki wywierają na nieuszkodzony naskórek sprawy zapalne, sztucznie w skórę właściwej wywołane. Obrabiał on za przedmiot doświadczeń ucho królicze, wprowadzając w zrobione szczeliny chrząstki usznej cały szereg ciał aseptycznych i niedrażniących [wątrobę, skrzypy i t. d.] badał w regularnych



odstępach czasu zmiany, jakie powoli rozwijająca się sprawa zapalna powodowała w naskórku.

Wyniki tych doświadczeń były mało zachęcające: naskórek wykazywał, co najwyżej, pewne zgrubienie. Ten sam mniej więcej wynik dało zastrzykiwanie agaru. Nieco pomyślniejsze wyniki przyniosły podskórne zastrzykiwanie tłuszczów: naskórek ulegał znacznemu zgrubieniu i wrastał pod postacią czopków, przedłużeń, wgłęb skóry właściwej. Brakło jednakże bujania naskórka, charakterystycznego dla raka.

Dodatknie wyniki poczęły się dopiero z chwilą, gdy F. przedsięwziął zastrzykiwanie oliwy, nasyconej barwikiem anilinowym, t. zw. czerwienią szkarłatną (*Scharlachroth*). Mieszanka ta wywołuje po niedługim już czasie zapalenie tkanki łącznej, sprowadzając jednocześnie cały szereg zmian w naskórku. Zmiany te pokrótce są następujące: liczba mitoz w warstwie zarodkowej (*Keimschicht*) naskórka i torebek włosowych wzrasta, przyczem dają się spostrzegać mitozy atypowe. Naskórek grubieje, szybko rogowacając. Nadto wrasta on głęboko pod postacią nieregularnych przedłużeń, czopków, które otaczają kropelki oliwy, obrastając je dookoła. Tym sposobem tkanka łączna zostaje przerośnięta licznymi czopkami i gniazdami naskórkowymi. Powstaje skutkiem tego obraz ludzaco przypominający raka skóry. Nawet kule rogowate znajdują się w niemałej liczbie.

Jak objaśnić to bujanie naskórka? Sama sprawa zapalna w tkance łącznej dostatecznie nam tego nie tłumaczy, gdyż w takim razie i wstrzykiwanie czystych tłuszczów powinno dać podobne obrazy. Według F., istnieje tylko jedno jedyne możliwe tłumaczenie: oliwa, nasycona cz. - sz., działa na naskórek „chemotaktycznie”; naskórek, ulegając tym wpływom przyciągającym, przerasta tkankę łączną, dążąc ku kropeczkom oliwy cz. - sz. Wykazanie tych wpływów chemotaktycznych uważa F. za główny wynik swych badań. Wyżej opisane zmiany w naskórku nie dają się wytłumaczyć prostym jego drażnieniem przez oliwę cz. - sz., gdyż w takim razie i penzlowanie powierzchni naskórka taką oliwą musiałyby prowadzić do takichże samych wyników. Tak jednak nie jest. Penzlowania okazały się zupełnie bezskutecznymi i tylko oliwa cz. - sz., znajdująca się w szczelinach tkanki łącznej, jest w stanie wywołać owe podobne do raka bujanie naskórka.

Czerwień szkarłatna w wodzie nie rozpuszcza się, ale jest do pewnego stopnia rozpuszczalną w płynie tkankowym i to nam objaśnia, jak ciało w wodzie nierozpuszczalne może jednak działać chemotaktycznie.

Naskórek obrasta kropelki oliwy. Po pewnym czasie oliwa wraz z czerwienią znika, wessana zapewne przez otaczające ją komórki naskórka, poczem, o ile tkanka łączna już nie zawiera oliwy cz. - sz., gniazda naskórkowe ulegają zrogowaceniu, tworząc coś w rodzaju cholesteatomatu.

Takim jest więc ostateczny los wybujających mas naskórka. Obraz histologiczny ludzaco wprawdzie przypominał raka, ale w istocie nie mamy do czynienia z rakiem, gdyż wyżej opisane bujanie naskórka nie posiada ani rozwoju nieograniczonego, ani charakteru destrukcyjnego, tych dwóch nieodzownych cech każdego nowotworu złośliwego.

Bardzo ładne obrazy otrzymał F., zastrzykując oliwę cz. - sz. pod silnem ciśnieniem w żyły po podwiązaniu dośrodkowego końca tychże. Naczynia włosowate pękają wtedy i tkanki zostają przepojone oliwą. Zamiast cz. - sz. można użyć sudanu III, albo indofenolu, rozpuszczonych również w oliwie. Sudan składem swym chemicznym jest bardzo zbliżony do czerwieni szkarłatnej, godnym jest jednak uwagi, że indofenol, różniący się chemicznie od tamtych dwóch barwików, działa jednak podobnie. Opisane dotąd doświadczenia robione były na królikach. Próby z innymi zwierzętami dały wyniki ujemne. Według F., należy to sobie tłumaczyć różnem od-



działaniem tych samych komórek u różnych zwierząt na te same substancje. Dowodem tego np. bezbarwne ciała krwi, które u różnych zwierząt bardzo rozmaicie oddziałują na te same substancje.

Modyfikując w najrozmaitszy sposób swoje doświadczenia, doszedł F. do wniosku, że pod wpływem oliwy cz. - sz. tylko naskórek może uleść wyżej opisanemu bujaniu, dając obrazy zbliżone do raka, nigdy bowiem nie udało się w nabłonkach wywołać podobnego atypowego rozrostu. Fakt ten uważa F. za jeszcze jeden dowód więcej, że wchodzą tu w grę jedynie wpływy chemotaktyczne, nie zaś, jak chce RIBBERT, drażniący wpływ nacieczonej i rozrastającej się tkanki łącznej. Jedyny wyjątek stanowi nabłonek w pęcherzykach płucnych. Po wstrzykiwaniach oliwy cz. - sz. do żył spostrzegął F. w płucach u królika i u psa guziki wielkości grochu, złożone z nabłonka płucnego. W razie, gdyby oliwa cz. - sz. i na nabłonek człowieka ten sam wpływ wywierała, dałaby się to może zastosować w celach leczniczych tam, gdzie zależy na szybkim pokryciu powierzchni, pozbawionych nabłonka.

Zachodzi teraz pytanie o ile badania F. rzucają jakiegokolwiek światło na tak ciemną dotychczas genezę nowotworów. F. za punkt wyjścia przyjmuje teorię COHNHEIM'a o przesuwaniu się tkanek. Nie ulega zatem dla niego żadnej wątpliwości, że wszelkie nowotwory powstają z takich właśnie przesuniętych tkanek; ale fakt ten — [dla niego jest to fakt] — nie tłumaczy wszystkiego i dwa mianowicie nasuwają się pytania: 1) co powoduje owo przesuwanie się tkanek, 2) co jest przyczyną niepoohamowanego ich bujania?

Zdaniem F. wyniki, które osiągnął, rozświetlają nieco te dwa ciemne punkty. Dowodzą one przedewszystkiem, że istnieją ciała, wywierające swoisty wpływ chemotaktyczny na pewne rodzaje naskórka, który pod tym wpływem ulega atypowemu bujaniu. Ciała te nazywa F. atraksynami. Z badań wynika dalej, iż samo przesunięcie się naskórka nie wystarcza do wywołania niepoohamowanego jego bujania. Nadto przypuszczalne istnienie owych atraksyn tłumaczy, według F., tak przesuwanie się tkanek w życiu płodowym i pozapłodowym, jak i ich niepoohamowane bujanie. Uważa on mianowicie za prawdopodobne, iż właśnie nagromadzenie się w ustroju takich atraksyn prowadzi może do przesunięcia tkanek zupełnie w ten sam sposób, jak to się odbywało w doświadczeniach z oliwą cz. - sz. Idzie on dalej w swoich przypuszczeniach, przyjmując również i przy normalnym rozwoju tkanek i narządów działanie podobnych wpływów chemotaktycznych. W ten sposób objaśnia np. powstawanie gruczołów u zarodka. Wogóle przypisuje F. wpływom chemotaktycznym ważną rolę w sprawach rozwoju.

Atraksyny mają nie tylko powodować przesuwanie się tkanek, ale mają też być i przyczyną niepoohamowanego ich bujania. Aby takie bujanie nastąpiło, wystarczy mianowicie stałe wytwarzanie się w ustroju ciał, wywierających specyficzny wpływ chemotaktyczny na komórki przesuniętej tkanki. Jak długo te ciała się wytwarzają, tak też długo rośnie i nowotwór, a ponieważ można przypuścić, iż nieprawidłowości w przemianie materii, będące źródłem tych ciał, posiadają charakter stały, więc i nowotwór, pod wpływem tego stałe działającego bodźca, rozwija się nieograniczenie.

Atraksyn jest zapewne wielka mnogość. Może zresztą te same atraksyny, które w życiu płodowym wywołały przesunięcie się pewnej tkanki, gromadząc się przy ciągle wzrastającym zaburzeniu w przemianie materii, służą wreszcie za bodziec do niepoohamowanego bujania nowotworowego. W ten sposób ujęte doświadczenia F. rzucają pewne światło na sprawę dziedziczności nowotworów, gdyż, jak wiadomo, nieprawidłowości w przemianie materii łatwo się dziedziczą. Hipoteza atraksyn tłumaczy nam również do pewnego stopnia, dlaczego stosunkowo mała część przesuniętych tkanek prowadzi do nowotwo-



rów. Wyjaśnia nam ona wreszcie powstawanie przerzutów, atraksyny bowiem wytwarzają się prawdopodobnie nierównomiernie w różnych narządach. Jedne z tych narządów wydzielają je, inne może być niszczą, lub zachowują się w tej mierze biernie. Fakt, że zastrzykiwania oliwy cz. - sz., mimo specyficznego wpływu chemotaktycznego, jaki oliwa cz. - sz. wywiera na komórki naskórka, nie są jednak w stanie wywołać raka, tłumaczy F. tem, iż oliwa cz. - sz. działa w tym wypadku na cały naskórek, nie zaś wyłącznie na przesunięte jego części i że niemożliwym jest tak dalece przepoić ustrój oliwą cz. - sz., aby wynikiem tego było niepoohamowane bujanie naskórka.

Teorya F. jest oczywiście hipotetyczną, co on sam otwarcie przyznaje. Stały grunt pozyska ona dopiero z chwilą, gdy dalsze doświadczenia dowiodą istotnie wytwarzania się atraksyn w ustroju, dotkniętym nowotworem, a charakter chemiczny i sposób powstawania tych ciał chemotaktycznych zostaną bliżej określone.

(*Münch. med. Wochenschrift* 1906. Nr. 42).

*Dr Marya Dunin - Karwicka.*

## Wiadomości bieżące.

— W d. 8-ym grudnia r. b. kilkunastu kolegów z Warszawy i prowincyi, byłych i obecnych asystentów w oddziale dra CHEŁCHOWSKIEGO, z powodu 25-lecia ukończenia studyów lekarskich, składało Jubilatowi serdeczne życzenia i podziękowania, wręczyło Mu Nr. 48 „Gazety”, w którym wszystkie prace były Jemu dedykowane, oraz sumę 220 rb. do dyspozycyi. Rówieśnicy i inni koledzy przesłali przy tej okazji również życzenia zasłużonemu i ogólną sympatyą cieszącemu się koledze.

— Szkoła początkowa im. CHALUBIŃSKIEGO, założona przez Koło lekarskie P. M. S., została niedawno otwarta. W tych dniach mieliśmy sposobność zwiedzenia jej podczas lekcyi. Wrażenie sprawia bardzo dodatnie dzięki przestronności lokalu, czystości i dobrym urządzeniom higienicznym. Szkoła zajmuje 5 pokoi na drugiem piętrze od frontu w domu spokojnym i czystym przy ulicy Solnej Nr. 17. Z wygodnych schodów drewnianych, polakierowanych, wchodzi się do dość obszernego przedpokoju, z którego drzwi na lewo prowadzą do szatni z wieszakami na odzież uczniów, wprost — do sali rekreacyjnej, do której dzieci przechodzą w czasie pauz, aby można wywietrzyć opróżnioną salę klasową. Sala rekreacyjna o dwu oknach od podwórza, przeznaczona jest też na gimnastykę i śpiewy chóralne, uprawiane przez dzieci przy akompaniamencie fisharmonii. Z sali tej, jako też i z przedpokoju na prawo wchodzi się do sali frontowej, mieszczącej klasę. Sala ma 3 okna, przypadające po lewej ręce uczniów, którzy w liczbie 54-ch mogą pomieścić się wygodnie na 27-u ławkach, ustawionych w 3 szeregach w 9-u rzędach. Między szeregami ławek są przejścia wygodne dla nauczycielki i uczniów. Ławki są niskie, nowej konstrukcyi, każda ma 2 miejsca tak oddalone od siebie, aby dzieci nie tłoczyły się wzajemnie na siebie. Każde miejsce posiada wygodne oparcie, zastosowane wygięciem swem do kierunku kręgosłupa i obszerny stolik, nieco do ucznia nachylony. Tablica ścienna nowej konstrukcyi, katedra dla nauczycielki i porozwieszane na ścianach kartony i okazy w gablotkach do nauki poglądowej dopełniają umeblowania klasy. Zauważyliśmy też na oknach rośliny doniczkowe. Sala jest dobrze przewietrzana przez otwieranie okien lub żaluzji szklanych na górnej szybie podczas pauz, jako też wentylowana zapomocą wentylatora, umieszczonego w ścianie wewnętrznej między salą klasową a rekreacyjną i funkcjonującego doskonale po obu stronach pod działaniem rozgrzanego powietrza przez płomień gazowy w kanale do-



prowadzającym. Sala ma 4 lampy gazowe auerowskie, z których jednak zbyt późno, prawdopodobnie ze względów oszczędnościowych, robi się użytek, zauważyliśmy bowiem podczas lekcji o godzinie 2 $\frac{1}{2}$  po poł., że na ławkach pod ścianą wewnętrzną, a więc zdaleka od okien ustawionych, było uczniom czytającym i piszącym przy świetle dziennem za ciemno. Na sali zastaliśmy w ławkach około 50 dzieci obojga płci w wieku od lat 9-u do 12-u, zajmujących się czytaniem pod kierunkiem nauczycielki. Nauczycielek jest dwie, z których jedna mieszka przy szkole [w pokoju poza klasą] i zarazem w niej gospodaruje. Nauka w szkole jest prowadzona w dwu partyach: pierwsza [dzieci przeszło 50] uczy się zrana od 9-ej do 1-ej, druga [także sama liczba dzieci] po południu, od 2 — 6-ej. Tak więc w ciągu dnia 100—110 dzieci korzysta z nauki szkoły lekarzy. Oplata za naukę wynosi 40 kop. miesięcznie, znaczna jednak część dzieci jest od opłaty, ze względu na ubóstwo, zwolniona. Za salą rekreacyjną znajduje się pasaż, w którym urządzono za przeprowadzeniem gabinet lekarski [za ciemny] i kąpiel natryskową ciepłą, w której korzysta 16 dzieci dziennie. 2 wygódki [dla dziewcząt i chłopców], pokój z dobrze urządzonej umywalnią, na której obowiązkowo dzieci myć się muszą, wreszcie kuchnia dla służby—dopełniają urządzeń szkoły. Nadmienić jeszcze trzeba, że lekarzem szkoły jest kol. ORGELBRAND, którego zastaliśmy w szkole przy pracy i że szkołą zarządza, jak widzimy, gorliwie i umiejętnie, komitet wybrany z grona członków Koła, mianowicie koledzy: DUNIN, HASSEWICZ, KURTZ, NATANSON, RZĘTKOWSKI i ŚWIĘTOCHOWSKI. Z.

— Gazeta „Ludzkość“ w № 139 podaje następujące rozporządzenie obowiązujące czasowego general-gubernatora gubernii Kaliskiej, general-majora KOZNAKOWA: „Wszyscy lekarze i felczerzy, znajdujący się tak na służbie państwowej, jak i na prywatnej, a także wolnopraktykujący, w razie zjawienia się do szpitala, lub też do pensyonatów, rannych od kul lub też od wybuchowych materiałów i przyrzędów, obowiązani są natychmiast donieść o tem Naczelnikom miejscowej policji. Również obowiązani są donosić o takich rannych, znajdujących się na leczeniu w domach prywatnych, jeżeli do takowych oni byli wzywani. Za niewykonanie niniejszego postanowienia, winni będą pociągani do odpowiedzialności, jak za ukrywanie przestępstwa, jeżeli takowe miało miejsce, ze wszystkimi następstwami praw stanu wojennego lub w administracyjnym porządku aresztowi do 3-ch miesięcy i karze do 3000 rb. Powyższe przepisy nabierają mocy od chwili wręczenia“.

Przekonani jesteśmy, że rozporządzenie to będzie wkrótce cofnięte, gdyż nie tylko względy humanitarne, ale już wprost obowiązująca lekarza i felczera urzędowa przysięga zachowania powierzonej im przez chorego tajemnicy, nie pozwoli ani lekarzowi, ani felczerowi zastosować się do tego rozporządzenia. Z.

— Jedną z nagród NOBEL'a w r. b. prócz GOLGI'ego, rektora uniwersytetu w Pawii, o czem wspominaliśmy poprzednio, otrzymał ze świata lekarskiego i RAMON Y CAJAL, znakomity anatom hiszpański, znany z podstawowych badań o budowie komórki nerwowej i układu nerwowego. W ojczyźnie swej długo on walczył bezskutecznie o uznanie. W r. 1889 odmówiono mu zapomogi rządowej na wyjazd na kongres lekarski do Berlina, gdzie chciał przedstawić wyniki swych badań. Udał się tam jednak, gdy przyjaciele jego pożyczili mu na ten cel 500 franków, a powrócił stamtąd już, jako znakomitość naukowa.

— W № 49-ym „Przeglądu Lekarskiego“ czytamy wiadomość z Wilna, iż „podobnie, jak setnej rocznicy założenia, tak i setnej rocznicy uroczystego otwarcia [przypadającej w b. m.] nie będzie mogło tamtejsze Towarzystwo Lekarskie obchodzić uroczystości, a to z powodu obecnych stosunków politycznych i represji rządowych. Na posiedzeniach Towarzystwa zakazało ministerjum używać innego języka, jak rosyjski“.

— Z powodu 25-ej rocznicy śmierci PIROGOWA, przypadającej 6-go b. m., zarząd Towarzystwa rosyjskich lekarzy imienia PIROGOWA w Moskwie urządził nadzwyczajne posiedzenie ogólne, na którem miał zaproponować wybudowanie ze składek „gmachu imienia PIROGOWA“, w którym mogłyby odbywać się posiedzenia różnych Towarzystw lekarskich, znaleźć pomieszczenie biblioteki, zbiory naukowe i t. d.