

KRONIKA LEKARSKA

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

OBECNY STAN LECZENIA SYFILISU

Podał

J. FUNK.

I.

Smutny stan profilaktyki społecznej. — Przymusowe badanie mężczyzn. — Prostytucja tolerowana jest pomimo kontroli lekarskiej gniazdem syfilisu. — Profilaktyka osobista. — Kon-
dom.

Profilaktyka społeczna syfilisu znajduje się jeszcze w okresie niemowlęctwa. Z wielu przyczyn walka z tajną prostytucją nie dała pożądaných wyników. Jedną tylko tu widzę radę; punkt ciężkości kontroli sanitarnej przenieść na mężczyzn, poddawać przymusowemu systematycznemu badaniu nie tylko wojska, co i dziś ma miejsce, ale i personel fabryk, zakładów przemysłowych, młodzież rzemieślniczą, służących, kelnerów, i t. d. i t. d. Możliaby obowiązek badania włożyć na lekarzy kolejowych, fabrycznych, cechowych (których u nas jeszcze nie ma), a rzecz cała dałaby się przeprowadzić bez wielkich trudności.

Pomimo kontroli policyjno-lekarskiej, prostytucja jest gniazdem syfilisu. Według badań statystycznych Sperka z Petersburga (Vierteljahrschrift f. Derm. und Syph. 1886. H. 3) 25% kobiet, wstępujących do domów publicznych, przedstawia objawy syfilisu; prócz tego u 20% występują w pierwszym roku pobytu objawy dawniej nabytej choroby, razem 45% syfilitycznych. Z pozostałych znaczna ilość zaraża się syfilisem w pierwszych trzech latach pobytu w domu publicznym; w czwartym i piątym roku pobytu nowe wypadki syfilisu należą do rzadkości, po upływie zaś

pięciu lat nie zdarzają się wcale, chociaż pomiędzy personelem znajduje się jeszcze 21% pozornie zdrowych. Sperk uważa je za syfilizowane (dawniej przebyły lekki syfilis).

Tak więc personel domów publicznych w pierwszych 3 latach pobytu tamże jest nawskroś syfilitycznym i różni chorobę wśród ludności pomimo wszelkiej kontroli. Zresztą osobnik syfilityczny może zarazić pomimo zupełnego braku objawów; przenośnikiem jadu może być w podobnych wypadkach krew (drobne pęknięcia nabłonka) albo residua nacieczeń specyficznych, pozostające w tkance długo jeszcze po pozornym zniknięciu objawów (Neumann—Vierteljahresschrift f. Derm. und Syph. 1885. H. 2).

Sperk radzi zabronić procederu, o którym mowa, kobietom, cierpiącym na świeży syfilis -- środek radykalny, szkoda, że niesłuchanie trudny do wykonania. Lepszy jest pomysł domów publicznych z personelem wyłącznie syfilitycznym (Sperk, Tarnowski), ale urzędywistnienie tej myśli, liczącej wyłącznie na dobrą wolę jednostek, prawdopodobnie nie wyda świetnych wyników. — Niejaką wartość ma badanie (z prywatnej inicjatywy) mężczyzn w domach publicznych, praktykowane w wielu miastach Europy. Prostytutki syfilityczne w okresie objawów zaraźliwych powinny zostawać pod specjalną koniecznie częstszą i staranniejszą kontrolą.

Wypadki zarażeń zewnątrzplciowych są nierównie rzadsze. Na uwagę zasługują wypadki zarażenia się mamy od noworodka i odwrotnie, lekarzy i akuserek przy badaniach i rękoczynach, wypadki zarażenia wskutek wyssania rany po obrzezaniu, wskutek szczepienia limfy ospowej zebranej z dziecka syfilitycznego, po użyciu instrumentów zanieczyszczonych (kateter uszny), i t. d. Fakta powyższe wskazują na odpowiednie środki ochronne.

Profylaktyka osobista jest równie bardzo ubogą. Niejaką wartość ma przemywanie członka po spółkowaniu (roztworem sublimatu). Nadzarcia po podejrzanem spółkowaniu najlepiej przypalić mocnym roztworem wyskokowym sublimatu (1:25, Sigmund). Ważnym punktem profylaktyki jest staranne usuwanie kataru żołądki (balanitis) brodawek wenerycznych (papillomata accuminata), wyprysku napletkowego (herpes progeneralis). Katar żołądki leczymy roztworami saletrzanu srebra. Przy leczeniu brodawek wene-

rycznych najważniejszym warunkiem jest utrzymanie czystości, usuwanie drażniących wydzielin (balanitis, vulvitis); ze środków niszczących brodawki mogą zalecić następujący:

Rp. Merc. subl. corros. 0,20—0,40.

Ac. salicyl. 2,0—4,0

Collodii 20,0

MDS. ext.

Lang (Vorlesungen über Pathologie u. Therapie d. Syphilis 1886), zaleca w tym celu roztwór wyskokowy $\frac{1}{2}$ —1% kwasu arsenawego. Przy recydującym uporczywie wyprysku napletkowym dajemy wody siarczane (Diday i Doyon); Oberländer (Zur Kenntniss der nervösen Erkrankungen am Harnapparat des Manes, Samml. Klin. Vortr. 1886), zaleca metodyczne leczenie arsenikiem. Nie mniej ważnem jest usuwać stulejkę i przecinać zbyt krótkie wędzidełka.

Na baczną uwagę zasługuje przyrząd znany pod nazwą kondomu. Jest to woreczek z cienkiej gutaperki, osłaniający członek. Nieznacznie ulepszony, mianowicie lejkwato rozszerzony u wylotu, osłaniałby także przyległe części wzgórka łonowego i moszny. Zważmy, że odsetek zewnętrznych stwardnień syfilitycznych (na palcach, ustach, języku, migdałkach i t. d.) jest nieznaczny; olbrzymią zaś większość stwardnień pierwotnych i szankrów miękkich znajdujemy na wędzidełku, napletku i żołądki, miejscach, które kondom wybornie ochrania. Bezbarwne, nieraz niechętnie wzmianki w podręcznikach nie przedstawiają w należytem świetle wartości tego przyrządu — jest to najlepszy dziś środek ochronny.

II.

Leczenie poronne. — Wycinanie pierwotnego stwardnienia. —
Przyczyny niepowodzeń. — Wskazania.

Leczenie ręcione, rozpoczęte natychmiast po wystąpieniu stwardnienia pierwotnego, nie może powstrzymać zakażenia ogólnego; zresztą syfilis występuje także u robotników, cierpiących na przewlekłe zatrucie ręciami. Tak więc o poronnem leczeniu ręciami nie może być mowy.

Hueter, Vogt, Auspitz pierwsi wycinali stwardnienia pierwotne w celach leczenia poronnego. Literatura tego przedmiotu jest dziś dość obszerną, ścisłych jednak i beznamiętnych obserwacji jest jeszcze tak mało, że trudno isto-

tnie wydać dziś stanowczy sąd o wartości leczenia poronnego. Wyniki streścić można w kilku słowach: W ogromnej większości wypadków wycięcie stwardnienia pierwotnego nie miało żadnego widocznego wpływu na przebieg syfilisu, w nieznacznej zaś liczbie wypadków nie wystąpiły objawy ogólnego zakażenia. Stosunku liczebnego wyników dodatnich do ujemnych nie mogę podać, większość bowiem zwolenników leczenia poronnego nie podaje cyfr. Wyniki jednak dodatnie nie są tak przekonywujące, jak ujemne, a główne zarzuty, jakie im uczynić można, są następujące:

1) Wycięte twory mogą nie być pierwotnymi stwardnieniami (mogą być np. objawem późnego syfilisu).

2) Wysypka mogła z wielu przyczyn przejść nieopstrzeżenie.

3) Brak wysypki nie dowodzi w sposób stanowczy, że zakażenie ogólne zostało powstrzymane. Z warunków tych najpoważniejszy jest pierwszy; odkrycie zarazka syfilitycznego wprowadzi sprawę leczenia poronnego w nową fazę.

Podstawy teoretyczne, na których opiera się poronne wycinanie stwardnienia, są równie chwiejne. Nasuwa się przede wszystkim pytanie, czy stwardnienie pierwotne jest cierpieniem miejscowym, czy wyrazem ogólnego zakażenia. W ostatnim wypadku wycinanie stwardnień nie miałoby prawa bytu. Dodatnie wyniki leczenia poronnego dowodziłyby stanowczo, że stwardnienie jest objawem miejscowym, gdyby były zupełnie wolne od zarzutów. Ale tak nie jest. Za miejscowym charakterem stwardnienia przemawiają dodatnie wyniki szczepienia *au porteur* (Wallace, Puche, Bidekap, Bumm, Pontoppidan), ale nieliczne te fakty można inaczej jeszcze komentować.

Jakkolwiek dowody powyższe są niewystarczające, wydaje się bardzo prawdopodobnym, że stwardnienie pierwotne jest objawem miejscowym—inaczej trudno byłoby wyjaśnić dwa okresy wylegania. Ale jak długo stwardnienie jest jedynym gniazdem jadu? Być może z chwilą powstania szankra jad ulega wessaniu i znajduje się bardzo wcześnie w pobliskich gruczołach chłonnych, napozór jeszcze niezmiennionych. Szóstego, resp. dziewiątego dnia po wystąpieniu szankra Fournier znalazł przy badaniu pośmiertnym zmienione gruczoły chłonne, i to nie tylko w pachwi-

nie, lecz i w fossa iliaca (znany rysunek Fourniera). To samo znalazł Vajda, Finger. Nie ulega zaś wątpliwości, że zmienione gruczoły chłonne zawierają jad syfilityczny. Bumm zaszczerpił zdrowemu osobnikowi sok gruczołu chłonnego z dodatnim wynikiem.

Chwila ogólnego zakażenia ustroju również nie może być ściśle określona. Oznaką jego nie jest bynajmniej pierwsza wysypka; zakażenie ogólne następuje wcześniej, a częstym objawem jego jest gorączka, zmiany krwi, łysienie, ból głowy, niekiedy periostozy czaszki i t. d.

Wszystko to nie ma i nie może dowodzić bezskuteczności leczenia poronnego, wyjaśnia tylko, dla czego powodzenie jest tak rzadkie. Wyleczenie jednak doraźne z tak poważnego jak syfilis cierpienia, ma taką wagę dla chorego, że i te niezbyt świetne widoki powodzenia zobowiązują nas do wycinania stwardnień w odpowiednich wypadkach. Wycinamy tylko stwardnienia, dające się usunąć wraz z częścią zdrowej tkanki, łatwo i bez znaczniejszych uszkodzeń, zatem przeważnie stwardnienia napletka i skóry prącia, i gdy gruczoły chłonne są, na pozór przynajmniej, niezmienione. Usuwanie zmienionych już gruczołów chłonnych wraz z stwardnieniem, przedstawia jeszcze mniej widoków powodzenia.

III.

Ogólne zasady leczenia syfilisu. — Znaczenie higieny. — Leczenie specyficzne.

Nawiedzony cierpieniem zakaźnym ustrój walczy z parasorzytem. Nic prawie nie wiemy o tem, jak odbywa się ta walka, ale wyniki jej są przedmiotem codziennej obserwacji klinicznej. Widzimy też codziennie, jak fatalnie wpływa na przebieg gruźlicy, syfilisu, durzycy, lub innej sprawy zakaźnej wszystko, co osłabia ustrój.

Zadaniem naszym jest nieść pomoc ustrojowi w walce jego z jadem syfilitycznym. Dwie mamy przed sobą drogi: 1) wzmocnić ustrój i 2) osłabić albo zniszczyć zarazek, — pierwsze osiągamy stosując zasady higieny, drugie za pomocą środków działających specyficznie na jad syfilityczny: rtęci i jodu.

Środki te, stosowane nieoględnie, w nieodpowiedniej dla danego osobnika dawce, w nieodpowiedniej chwili,

lub zbyt długo, mogą osłabić ustrój, obniżyć jego odporność, a wtedy zamiast pomocy przynoszą szkodę. Ale nawet w ręku mistrza środki specyficzne nieraz zawodzą — nie działają one bynajmniej z precyzją odczynu chemicznego. Przy leczeniu syfilisu u osobników wątłych, mało odpornych, dotkniętych innemi cierpieniami lub żyjących w złych warunkach, higiena i leczenie wzmacniające występuje często na pierwszy plan. Złe powietrze, niedostateczny pokarm, brak odpowiedniego ruchu lub przeciążenie pracą, zgryzoty, nieprawidłowy tryb życia wpływa równie źle na przebieg syfilisu, jak np. na przebieg gruźlicy.

Wszystko to jednak nie wyjaśnia należycie całej doniosłości higieny. Umieszczenie syfilisu podlega prawom, kierującym rozwojem jadu syfilitycznego. Znajomość tych praw pozwoliłaby może wywierać skuteczniejszy wpływ na przebieg syfilisu, jest to jednak terra incognita. Nie wiemy np. dla czego u jednego osobnika syfilis po wczesnych objawach znika bezpowrotnie, u drugiego zaś powstają późne, ciężkie objawy; dla czego w jednym wypadku objawy syfilisu na skórze są tak nieznaczne, w drugim tak obfite, dla czego w innym syfilis umiejscawia się w tętnicach mózgowych, i t. d. i t. d.

Obserwacja kliniczna daje nam jednak niejaki wskazówki. Wiemy mianowicie, że objawy syfilisu powstają bardzo często na miejscach ulegających podrażnieniu (*locus minoris resistentiae*). Tak np. u palaczy występują częściej i uporczywiej objawy na błonie śluzowej jamy ustnej; na miejscach skóry drażnionych przez pot rozwijają się łatwo guziki moknące, uraz (trauma) wywołuje nieraz peristożę lub gummat; zatrucie wyskokowe i nadmierna praca umysłowa usposabia wybitnie do umiejscowień mózgowych i t. d.

Moglibyśmy wliczyć tu setki przykładów, ale i z powyższych danych łatwo wnioskować, że w ustroju osłabionym, znajdującym się w złych warunkach łatwiej znajdzie się *locus minoris resistentiae* w tym lub owym narządzie, aniżeli w ustroju zdrowym i jędrnym.

Jakkolwiek zdarzają się niekiedy wypadki złośliwego ostrego syfilisu (*syp. maligna precox*) u dobrze odżywianych osobników, zwykle jednak spotykamy cięższe formy u osobników wyniszczonych przez choroby lub nadużycia (zatrucie wyskokiem, gruźlica, zimnica, wyczerpanie nerwowe, wyniszczający tryb życia i t. d.).

Opierając się na tych danych, nakreśliłyśmy plan leczenia odpowiedni dla danego wypadku. Wszelkie cierpienia wnikające syfilis należy starannie leczyć. Chorych osłabionych wskutek syfilisu lub innych cierpień posyłamy na wieś, w góry lub nad morze, leczymy wodą, kąpielami mineralnymi lub morskimi, zależnie od specyjalnych wskazań. Mocno osłabionych syfilityków dobrze jest wysłać na zimę do ciepłych krajów.

IV.

Przetwory rtęci.— Wcierania szaruchy. — Wstrzykiwania podskórne związków rozpuszczalnych i nierozpuszczalnych.— Przetwory podawane na wewnątrz. — Wydzielanie się rtęci z ustroju — Objawy zatrucia rtęcią.—Jodek potasu.—Wydzielanie się jodku potasu.—Jodismus.— Środki roślinne.

Wcieraniom s z a r u c h y (unguentum cinereum) należy się dziś jeszcze pierwsze miejsce. Siłą i trwałością wyników leczniczych przewyższa ta metoda wszystkie inne; w wypadkach ciężkich, przy cierpieniach ważnych narządów w niej pokładamy ostatnią nadzieję.

Wcieramy szaruchę co dzień lub co drugi dzień w ilości 2,0 pro die w zwykłych wypadkach, 4,0, 5,0 i więcej w ciężkich; codziennie w inną okolicę skóry. Tak np.

- 1 dnia — w ramiona i przedramiona.
- 2 „ — w uda.
- 3 „ — w łydki.
- 4 „ — w łędźwie.
- 5 „ — w grzbiet.

Po ukończeniu cyklu chory bierze kąpiel, poczem rozpoczyna nowy cykl, i t. d., aż do zakończenia kuracji.

Wcierać lub wbijać należy tak długo, póki pod ręką znajduje się maść, t. j. najmniej pół godziny; wszystka maść powinna przeniknąć w skórę. Wcieramy zwolna, łagodnie, unikając miejsc porośniętych włosami, na których łatwo występuje wysypka pryszczycowa. W twardą, jędrną skórę szarucha trudno przenika. Chorzy osłabieni nie powinni sami wykonywać wcierań. Szarucha, zwłaszcza zbyt mocno wcierana, wywołuje dość często zapalenie skóry (eczema mercuriale papulosum, pustulosum) — podrażnionych w ten sposób miejsc należy unikać przy następnym cyklu wcierań. Częste kąpiele ułatwiają przenikanie maści. Najstosowniejszą

porą dla wcierań jest lato; chorzy powinni przebywać jak najdłużej na wolnym powietrzu, a mieszkanie starannie przewietrzać. Ale i podczas zimy chory może wychodzić; tylko wrażliwi na zmiany temperatury, skłonni do bólów kostnych powinni zostawać w mieszkaniu przy leczeniu wcierańmi (mieszkanie codziennie przewietrzać).

Czy szarucha z lanoliną (Liebreich) lepiej przenika w skórę, nie jest jeszcze pewnem. Do wcierań używane bywa prócz szaruchy mydło rtęciowe i hydrargyrum oleicum; przetwory te nie posiadają właściwie żadnej wyższości nad szaruchą, a w ważnych wypadkach stosowniejszą będzie szarucha, chociażby ze względu na ściślej określone dawki.

Do wewnątrz podajemy rtęć w znacznej większości wypadków. Jest to najdogodniejsza bez zaprzeczenia metoda, ulubiona i wyłącznie prawie używana w wielu krajach (w Anglii, Francji, Ameryce). Z przetworów rtęci, stosujemy najczęściej do wewnątrz ulubiony we Francji protojoduret, rzadziej sublimat i kalomel, w ostatnich czasach hydrargyrum tannicum oxydulatum (Lustgarten).

Wszystkie przetwory rtęci stosowane na wewnątrz drażnią przewód pokarmowy, dla tego też cierpienia przewodu pokarmowego są przeciwskazaniem dla tej metody.— Stosowane jednak oględnie, w niewielkiej dawce, przy odpowiedniej dyjecie, z dodatkiem makowca (w razie potrzeby) rzadko wywołują gwałtowniejszą biegunkę.

Protojoduretum dajemy w pigułkach po 0,02, 2—4 razy dziennie; sublimat tylko w roztworze, nie w pigułkach (dawna kuracja Dzondi'ego) po 0,005—0,01 dziennie w znacznym rozcieńczeniu (najlepiej w mleku), kalomel w proszkach lub w pigułkach po 0,03 — 0,05 2 — 3 razy dziennie. Najmniej drażniącym miejscowo przetworem jest Hydr. tannicum oxydulatum w dawce, 0,10 2 — 3 razy dziennie, (przy częstych stolcach z dodatkiem tanniny). — Używałem go często w odpowiednich wypadkach, a z wyników jestem zupełnie zadowolony.

Chorzy, przyjmujący rtęć do wewnątrz, powinni unikać niestrawnych i kwaśnych pokarmów; prócz tego soli kuchennej przy kalomelu, węglanów alkalicznych i przetworów jodowych przy Hydr. tannicum.

Formuły:

Rp: Protojodureti hydrarg. 1,0.
 (Opii puri 0,50).
 Pulv. et Ext. rad. Acori
 q. s. ut. f. pil. N. 50.
 2—3—4 dziennie.

*

Rp. Merc. subl. corros. 0,10.
 Rhum 100 o.
 1—2 łyżeczek dziennie w jakimkolwiek płynie.

*

Rp: Calomel. 0,25 — 0,50.
 (Opii pur. 0,05).
 Saccheri 5,0.
 divide in doses N. X.
 DS. 2—3 proszki dziennie.

*

Rp: Hydrarg. tannici oxydul. 0,10.
 (Tannini 0,05).
 Sacchari 0,50.

d. Tales doses N. X.

S. 2—3 dziennie

Wstrzykiwania podskórne związków rozpuszczalnych rtęci niewątpliwie zawiodły nadzieje jakie w nich pokładano. Jest to metoda łagodnie działająca, użyteczna tylko w lżejszych wypadkach, niczem nie wyższa od metody wewnętrznej, a w dodatku bolesna. Używamy do wstrzykiwań: 1% roztworu sublimatu, sublimatu z solą kuchenną, białkanu i peptonianu rtęciowego, sero sublimatu (Bockhart), hydr. formamidatum (Liebreich) i Hydr. bicyanatum. Wstrzykujemy zwykle pełną szprykę Pravatza (1,0) roztworu na raz, najlepiej w pośludki: mianowicie w luźną tkankę pomiędzy warstwą tłuszczową a powięzią (nie w mięśnie). Wstrzykiwania w grzbiet są boleśniesz. Przy zachowaniu niezbędnych ostrożności (filtrowany roztwór, aseptyka szpryki i igły), ropnie nie powstają wcale; nacieczenia są bardzo częste, ale nie wielkie.

Przetwory wymienione posiadają mniej więcej jednokową wartość, bezstronna obserwacja nie wykazała znaczniejszych różnic w działaniu; najczęściej używamy roztworu sublimatu z solą kuchenną. Wskazane są wstrzykiwania związków rozpuszczalnych przy łagodnych formach, gdy

dla jakichkolwiek powodów nie możemy stosować rtęci do wewnątrz (cierpienia przewodu pokarmowego). Wstrzykiwań nie należy stosować u dzieci, brzemiennych i u osobników wrażliwych.

Związki nierozpuszczalne rtęci (kalomel wstrzykuje się pod skórę w większych na raz ilościach (około 0,10 kalomelu) raz na tydzień; 4 do 6 wstrzykiwań stanowi kurację. Pod względem ilości rtęci jedno wstrzyknięcie kalomelu odpowiada dziesięciu wstrzykiwaniom sublimatu, a prawdopodobnie i wartość leczenia jest odpowiednia. Neisser stawia wstrzykiwania kalomelowe obok wcierań. Byłyby one nieocenionym środkiem przy leczeniu ambulatoryjnym syfilisu, ale znaczna bolesność, nacieczenia, nieraz wielkości pięści i niezbyt rzadkie ropnie (6% na klinice Neissera), obniżają znacznie ich wartość.

Gorsze nierównie są wstrzykiwania głębokie, wewnątrzmięśniowe; ropień wewnątrzmięśniowy może wystawić chorego na groźne niebezpieczeństwo. Wiem z wiarogodnego źródła, że podobne wypadki (nieogłoszone drukiem) zdarzyły się w Niemczech.

Ze względu na warunki wessania i wydzielania rtęci wstrzykiwania kalomelowe można postawić obok wcierań szaruchy. Już po 10 do 24 godzinach można wykazać rtęć w moczu; ilość rtęci w moczu wzrasta w ciągu następnych 3—5 dni, poczem pozostaje bez zmiany i nie zwiększa się po nowem wstrzyknięciu. Rtęć znajduje się jeszcze w moczu w 10 miesięcy po ostatniem wstrzyknięciu (Landsberg).

Nie ulega wątpliwości, że dzisiejsza metoda wstrzykiwań kalomelowych jest z pomiędzy wszystkich najniegodniejszą, sprawia bowiem chorym dolegliwości, od których byłiby wolni przy innej metodzie. Musimy uciec się do wstrzykiwań, jeśli z jakichkolwiek powodów nie można stosować wcierań, ani przetworów wewnętrznych, w innych jednak wypadkach posiadamy metody lepsze i dogodniejsze.

Formuły:

Rp: Merc. subl. corros. 0,20.

Natri chlorati 2,0.

Aq. destill. 20,0.

MDS. do wstrzykiwań podsk.

*

Rp: Calomelanos via humida parati 2,0.
 Natri chlorati 0,50—1,0.
 Aq. destill. 20,0.
 MDS.

albo:

Rp: Calomelanos via hum. parati 2,0.
 Pulv. gummi arab. 1,0.
 Aq. destill. 20,0.
 MDS.

Okadzania rtęciowe (cynober, kalomel) ulubione są jeszcze na Wschodzie; w Europie wychodzą zupełnie z użycia. Jullien zaleca je przy syfilisie płuc.

Kąpiele sublimatowe (około 10,0 sublimatu na kąpiel) działają wybornie przy obszernych owrzodzeniach, przeważnie miejscowo.

Czopkó w (suppositoria) z szaruchą, nie znosi żadna prostopna przez czas dłuższy.

Byłoby rzeczą nieocenioną wagi określić ściśle wpływ tej lub owej metody na przebieg syfilisu, mianowicie na ilość i jakość recydyw. Statystyka jednak szpitalna daje tu nietylko niewystarczające, ale wprost błędne wskazówki. Łatwo przewidzieć można, że najnieodgodniejsza (np. najboleśniejsza) metoda da najmniejszą cyfrę recydyw, bo wystraszeni chorzy udadzą się gdzieindziej. W taki to sposób otrzymał Lewin przy wstrzykiwaniach sublimatu 45% recydyw. Cyfry podobne są śmieszne — widzimy powroty choroby, i to nie jeden, ale dwa, trzy i więcej we wszystkich niemal przypadkach syfilisu. Istotnie cenny materyjał statystyczny stanowiłyby tylko wypadki syfilisu obserwowane starannie od pierwszej chwili do śmierci chorego, a materyjał taki w dostatecznej ilości mogą dać tylko badania zbiorowe.

Rtęć wydziela się z ustroju z moczem, kałem, śliną, mlekiem. W moczu znajdujemy rtęć nieraz już po upływie godziny, najpóźniej nazajutrz po wprowadzeniu do ustroju. Przy wcieraniach rtęć znajduje się w moczu w największej ilości około 15-go dnia, poczem wydziela się stale, bez przerw w ciągu sześciu miesięcy (Schuster, Welander), niekiedy do roku, rzadko dłużej. Mniemanie, jakoby rtęć wydzielała się jeszcze po upływie 12-tu lat (Vajda) jest błędne. W ślinie rtęć znajduje się tylko przy rtęciowem za-

paleniu ust (Welander). Rtęć wydziela się i z mlekiem. Welander znalazł rtęć w moczu niemowlęcia, karmionego podobnym mlekiem. Vajda i Paschkis wykazali obecność rtęci w łożysku i u płodu. Nieco rtęci ulega wessaniu i przy dawkach przeczyszczających kalomelu (Wolff i Nega).

Lekkie objawy zatrucia widzimy bardzo często przy leczeniu stosowaniu rtęci, ciężkich nie spotykamy dziś wcale. Pomimo to widmo przewlekłego zatrucia stoi przed oczami nietylko profanów, ale i lekarzy. W samej rzeczy między rtęcią (mercurialismus) zawodową a leczniczą nie ma zasadniczej różnicy, a łagodne wypadki rtęcicy zawodowej (w kopalniach, fabrykach zwierciadeł, kapeluszy i t. d.) podobne są najzupełniej do zwykłej rtęcicy leczniczej.— Nie obawiamy się przy leczeniu rtęciowem ciężkich form zatrucia, drżączki, charłactwa (rzadkich zresztą i w kopalniach), ani wpływu na kości lub ośrodki nerwowe; trudno jednak zaprzeczyć, że rtęć w dawce leczniczej upośledza niekiedy odżywianie; niedokrewność rtęciowa występuje częściej u osobników wątłych, młodocianych lub starców, w związku z objawami ze strony jamy ustnej i przewodu pokarmowego, lub niezależnie od nich. Niekiedy trudno jest orzec, co w danym wypadku podkopuje odżywianie, syfilis czy rtęć, czy jedno i drugie.

To właśnie skłania nas do oględnego stosowania rtęci, w postaci krótkotrwałych cykli kuracyjnych, oddzielonych od siebie dłuższymi przerwami. Biorąc pod uwagę warunki, w których rozwija się przewlekłe zatrucie rtęcią (zawodowe), musimy uważać za najgorszą metodę Keysa i innych, którzy podają rtęć w małej dawce w ciągu 3 lat bez przerwy i w każdym bez różnicy wypadku.

Rtęć, nawet w małej dawce, wywołuje często zapalenie błony śluzowej jamy ustnej (*stomatitis mercurialis*). — Pierwszym objawem zapalenia jamy ustnej jest metaliczny smak, przykry zapach z ust, obrzmienie dziąseł (zwłaszcza dolnych) i ślinotok. Jeśli wpływ rtęci trwa dalej, sprawa zapalna objąć może całą jamę ustną; na obrzękłym języku i błonie śluzowej policzków powstają odciski zębów, zwykła siedziba nadżarć i owrzodzeń rtęciowych, pokrytych brudno-żółtym nalotem, bardzo bolesnych. Cięższych wypadków z zajęciem okostnej zębodołów i szczęki dziś już nie spotykamy.

Zapalenie ust rtęciowe występuje łatwiej u osób posiadających zepsute i nieczysto utrzymane zęby i u palaczy, rzadko u dzieci; usposobienie gra też nie małą rolę. Metody, przy których większa ilość rtęci ulega wessaniu, (wcierania), szybciej wywołują ślinotok. Lekkie zapalenie ust rtęciowe przechodzi szybko przy odpowiednim leczeniu, cięższe może podkopać odżywianie na czas dłuższy, wywołać biegunkę (nawet krwawą) i bóle brzucha.

Schumacher opisuje zmiany przewlekłej rtęciocy w dolnym odcinku gardzieli (cavum pharyngo-laryngeum). Są to zmętnienia błony śluzowej i białe, później żółknące nałoty; po odstawieniu rtęci objawy te znikają w ciągu jednego do trzech tygodni. (V-ty Zjazd lekarzy w Wiesbaden 1886).

Profylaktyka zapalenia ust rtęciowego polega na starannem oczyszczaniu jamy ustnej. Spróchniałe zęby należy usunąć, ostre brzegi opiłować, zęby czyścić 2—3 razy dziennie kredą lub węglem sproszkowanym (miękką szczoteczką) i płókać usta kilka razy dziennie roztworem chloranu potasu (łyżeczka na szklankę wody). Objawy rtęciocy zmuszają do natychmiastowego odstawienia rtęci (wyjątek stanowią tylko ciężkie objawy syfilisu); płókać należy jamę ustną kilkanaście razy dziennie, pędzlować dziąsła przetworami zawierającymi garbnik (tinct. gallarum, tinct. ratanhae). Nadżarcia pędzlujemy mocniejszymi roztworami kokainy, przypalamy pałeczką lapisu, kwasem solnym, lub bromowodorem (Gerhard).

Drugie miejsce w terapii syfilisu zajmuje jodek potasu. Środka tego używamy głównie, choć nie wyłącznie w późnym okresie syfilisu (stadium gummosum), niezależnie od umiejscowienia. Błędem jest mniemanie, jakoby jodek potasu był szczególnie skutecznym przy cierpieniu kości. W wypadkach groźnych, przy zajęciu ważnych narządów, przy sprawach grożących oszpecceniem (skóra twarzy, kości nosa) dajemy jodek potasu i rtęć jednocześnie (traitement mixte), w znacznych dawkach. Przy łagodniejszych objawach późnego syfilisu Sigmund radzi rozpocząć leczenie od jodku potasu, a w razie nieskuteczności przejść po kilku dniach do rtęci. Zdarzają się jednak wypadki, w których rtęć zawodzi, jod zaś działa dobrze.

Drugim wyraźnym wskazaniem dla jodku potasu jest okres zwiastunów poprzedzający pierwszą wysypkę (roseola). W wypadkach z gorączką syfilityczną, niedokrewnością, bólami czaszki i goleni (periostitis) jodek potasu działa nieraz wybornie w małej dawce (1,0 dziennie), nie lepiej jednak od rtęci. Jodek potasu działa bardzo słabo przy wczesnych objawach syfilisu (stadium condylomatosum); pomimo to stosują go w przerwach między kuracjami rtęciowemi. — Większe znaczenie ma jodek potasu w wypadkach syfilisu ze znacznym zajęciem gruczołów chłonnych, u osobników żółzowatych. Często też dajemy żółzowatym, niedokrewnym i dzieciom jodek żelaza.

Dawka jodku potasu w okresie wczesnym wynosi do 1,0 dziennie. Pick daje jodek potasu tylko dwa do trzech dni z rzędu w tygodniu; według Picka stosowany w ten sposób jod wywiera pożądany wpływ, nie wywołując objawów ubocznych (jodismus).

Przy późnych formach dajemy jod w większych ilościach, około 2,0 dziennie, zawsze w znaczniejszej ilości płynu, najlepiej w mleku. Przy zajęciu ważnych narządów zaczynamy od 3,0 pro die i zwiększamy dawkę do 5,0 dziennie. Według Fourniera większe dawki są zbyteczne; gdzie 5,0 zawodzi, tam 10,0 i 15,0 nie pomoże. Amerykańskie dawki (20,0 i więcej dziennie) są niebezpieczne, a zupełnie niepotrzebne.

Przy późnym syfilisie nerek jodek potasu odpowiedniejszy jest niż rtęć, ostatnia bowiem wywołuje szybko ślinotok z powodu upośledzonej czynności nerek (Mauriac).

Jodek potasu ulega wessaniu niezmiernie szybko; już po upływie kilku minut znajdujemy jod w moczu, ślinie, mleku; po upływie godziny znajdujemy już znaczne ilości jodu w wydzielinach. Cała prawie ilość zużytego jodu wydziela się z ustroju w ciągu dwóch dni.

Przy wydzielaniu się jodku potasu przez gruczołki skórne i błonę śluzową nosa, gardzieli, krtani, oskrzeli, wywiązuje się nieraz czysty jod i drażni pomienione tkanki. Wskutek tego powstaje na skórze trądzik (acne ex jodo) na twarzy, grzbiecie, piersiach i ramionach, na błonach zaś śluzowych mniej lub więcej silny katar. Najczęstszym objawem jest katar nosa z obfitą płynną wydzieliną i bólem czołowym, rzadziej bywa łzawienie, ślinotok, zapalenie gardła, kaszel i ból w piersiach. Ehrlich i Edlefsen przytaczają

wypadki obrzęku głośni po dużych dawkach jodku potasu. W rzadkich wypadkach jodek potasu wywołuje wysypkę pęcherzową (niekiedy z zejściem śmiertelnem) i wybroczynową (purpura—Fournier). Nieczysty jodek potasu, zawierający wolny jod i kwas jodowy, drażni przewód pokarmowy *).

Zamiast jodku potasu Pick stosował jodol 1,0 pro die. Środek ten ulega mniej szybkiemu wessaniu i wydzieła się całkowicie w ciągu 5 dni.

F o r m u ł y:

Kali jodati 5,0 — 10,0.
 Aquae 200,0,
 1—2—3—4 łyżek dziennie
 w większej ilości płynu (mleka).

*

Pilul. Blancardi

lagenam

3—5 pigulek dziennie.

Środki roślinne nie zostały jeszcze wyrugowane z terapii syfilisu. Stary dekokt Zittmanna, zabytek dawnej medycyny, środek złożony, którego główną częścią składową jest korzeń salsaparylli, stosujemy dziś jeszcze przy syfilisie. Zawiera on nieco rtęci (0,01 sublimatu na 720,0 dekoktu). Dajemy dekokt w zastarzałych wypadkach obok rtęci, albo gdy rtęć i jod odmawiają działania, albo wreszcie, gdy środki te są przeciwwskazane. Dekoktu mocnego i słabego dajemy po $\frac{1}{2}$ —1 funta dziennie. Bidenkap daje czysty odwar salsaparylli (z 30,0—50,0 korzenia pro die, kobietom połowę). Lang nie wątpi o skuteczności salsaparylli. Tak samo Kaposi; daje on dekokt Zittmanna obok wcierań. — Sigmund uważa środki roślinne za bezskuteczne przy syfilisie.

V.

Systemy leczenia specyficznego. — Czy rtęć uprzedza późne objawy (gummata)? — Leczyć objawy, czy samą chorobę, nie uważając na obecność lub brak objawów? — Leczenie przewlekłe, system Fournier'a. — Kiedy rozpocząć leczenie rtęciowe. — Leczenie złośliwego syfilisu.

Ze wszystkich dziś znanych środków rtęć usuwa najszybciej objawy syfilisu. Leczenie rtęciowe jest użyteczne

*) Przy jodismus Aubert zaleca 0,05 extracti belladonnae dziennie. Erlich daje 4,0—7,0 kwasu sulfanilowego w wodzie z dodatkiem 30—5,0 sody.

prawie w każdym wypadku syfilisu; jest niezbędne, decyduje nieraz o życiu chorego, w ciężkich wypadkach, przy zajęciu ważniejszych narządów. Oto jedyny pewny, tysiąc-krotnie stwierdzony fakt. Na nim opiera się leczenie syfilisu rtęcią, reszta składa się z przypuszczeń i prawdopodobieństw. Tak np. jest w wysokim stopniu prawdopodobnym, że w wypadkach starannie leczonych rtęcią, ciężkie późne objawy występują rzadziej niż w wypadkach nieleczonych lub leczonych niedostatecznie. Jest to tylko prawdopodobieństwo, wiemy zaś z pewnością, że i w wypadkach najstaranniej leczonych mogą wystąpić groźne objawy (np. wczesne zajęcie tętnic mózgowych) i że z drugiej strony wypadki prawie wcale nie leczone kończą się często wyzdrowieniem po paru łagodnych recydywach.

Opierając się jednak na owem prawdopodobieństwie, większość współczesnych syfilidologów wprowadza do ustroju zakażonego znaczną ilość rtęci, z pewnością większą od tej, jaka byłaby niezbędna dla wyleczenia objawów. Leczą oni zatem nie objawy, lecz samą chorobę. W istocie zarazek tkwi w ustroju i podczas okresu utajenia a obecność objawów zależy nieraz od drażniących wpływów miejscowych. Nie ulega zaś wątpliwości, że rtęć wywiera wpływ na zarazek i w okresie utajenia. (Syfilityk może płodzić dzieci syfilityczne zarówno w okresie objawów, jak w okresie utajenia—leczenie rtęciowe decyduje tu zwykle o zdrowiu potomstwa).

Na czele tych radykalnych merkuryjalistów stoi Fournier. Według niego „niedostateczne leczenie rtęciowe“ jest jedną z przyczyn złośliwego syfilisu. Fournier stosuje swoje „leczenie przewlekłe“ w ciągu pierwszych 2—3—4 lat po zarażeniu, w postaci kilkotygodniowych kuracyj rtęciowych (protojoduret), oddzielonych coraz większemi przerwami; w ciągu pierwszych dwóch lat 10 miesięcy przypada na leczenie, 14 na pausy). Inni stosują silniejsze kuracje, ale w dłuższych przestankach, np. dwie kuracje wcieraniami w pierwszym roku, po jednej w ciągu następnych trzech lat, a w przerwach lżejsze kuracje (wewnętrzne) w razie potrzeby. Warunki osobnikowe i zewnętrzne zmuszają przy stosowaniu tego lub owego planu do niejednej zmiany, a ktoby chciał trzymać się uparcie jednego szablonu we wszystkich wypadkach, wyrządziłby nieraz szkodę. Długotrwałe leczenie rtęcią bez przerw jest nieodpowiednie;

niebezpieczeństwo zatrucia jest tu większe, a skuteczność mniejsza, ustrój bowiem przyzwyczaja się do rtęci, jak do wielu innych środków. Dla tych samych przyczyn nie odpowiedniami są zbyt częste kuracje — skuteczność rtęci zmniejsza się widocznie przy zbyt częstem jej użyciu, przekładamy rzadsze, a silniejsze kuracje (wcierania).

Zwolennicy leczenia objawowego nie stosują wcale rtęci przy objawach syfilisu ustępujących bez leczenia, albo ograniczają się do wyłącznie miejscowych środków. Leczą oni inaczej lekkie, inaczej cięższe wypadki (Zeissl, Diday i inni), chociaż z początkowych objawów niepodobna wnioskować o dalszym przebiegu syfilisu. Najgorliwsi zresztą zwolennicy leczenia objawowego (np. Diday) zalecają, pomimo braku objawów, energiczne kuracje rtęciowe syfilitykom, zamierzającym żenić się, albo płodzącym dzieci syfilityczne.

Inne punkta sporne są mniejszej wagi. Tak np. wielu żąda, aby pierwsza kuracja była energiczna (starannie przeprowadzone wcierania). System ten ulubiony i zdawna stosowany u nas i w Niemczech, daje dobre wyniki — recydyw wczesnych nie uprzedza jednak i najenergiczniejsze leczenie.

Również nie wielkiej wagi jest spór, czy rozpocząć leczenie natychmiast po rozpoznaniu zakażenia, czy też po wystąpieniu pierwszej wysypki, nie ulega bowiem wątpliwości, że leczenie rozpoczęte przed wybuchem ogólnych objawów nie wywiera wybitnego wpływu na dalszy przebieg syfilisu (niekiedy opóźnia tylko wystąpienie wysypki). Sigmund rozpoczyna leczenie z chwilą wystąpienia pierwszej wysypki; tak też postępuje większość współczesnych syfildologów. Fournier zaś daje rtęć natychmiast po rozpoznaniu syfilisu (protioduret w małej dawce); tak samo Neisser, ale więcej z punktu teoretycznego.

W pewnych wypadkach jednak musimy rozpocząć leczenie nie czekając wystąpienia wysypki a mianowicie: 1) przy gwałtownych objawach zwiastunowych, 2) przy zgorzeli stwardnienia pierwotnego, niezależnej on przyczyn miejscowych (phimosis, paraphimosis), lub ogólnych (diabetes). Prawdopodobną przyczyną zgorzeli w podobnych wypadkach są swoiste zmiany w naczyniach (arthritis obliterans).

U osobników wyniszczonych, dotkniętych charłactwem, przy wczesnych formach rozpadowych, przy t. z. syphilis maligna, rtęć nie wywiera nieraz pożądanego działania, a nawet pogorsza widocznie stan chorego. W takich wypadkach leczenie wzmacniające występuje na pierwszy plan. — Usiłujemy, o ile to leży w naszej mocy, usunąć czynniki pogarszające przebieg syfilisu, wysyłamy chorego na wieś, w góry, zalecamy obfite i lekkie pożywienie, wino, żelazo, w razie potrzeby kąpiele i t. d., a gdy stan chorego poprawi się probujemy ostrożnie leczenia rtęciowego, albo traitement mixte. Jeśli chory stanowczo nie znosi rtęci, przechodzimy do jodku potasu. Zdarzają się niewątpliwie wypadki złośliwego wczesnego syfilisu, nie znoszące stanowczo rtęci, byłoby jednak błędem wyrzekać się leczenia specyficznego we wszystkich podobnych wypadkach.

Osobnikom wybitnie żółzowatym dajemy chętniej jod, oględniej rtęć. Niedokrewność syfilityczną najlepiej usuwa rtęć; w przeciwnym razie dajemy żelazo razem lub naprzemian z rtęcią.

Kąpiele, zwłaszcza siarczane, są ważnym środkiem pomocniczym przy leczeniu syfilisu. Kombinacja kąpeli mineralnych lub hydroterapii z energiczną kuracją rtęciową oddaje nieraz wielkie usługi; działają tu oczywiście inne jeszcze czynniki (oddanie się całkowicie leczeniu, higieniczny tryb życia, spoczynek duchowy i fizyczny). Wpływ kąpeli siarczanych na wessanie i wydzielanie rtęci, nie jest dostatecznie znany; potrzeba tu nowych ścisłych badań.

VI.

Leczenie miejscowe.

Wyżej opisane leczenie ogólne usuwa objawy syfilisu często bez udziału jakichkolwiek środków miejscowych. — W innych wypadkach leczenie miejscowe przyspiesza wessanie produktów, w innych jeszcze jest ono niezbędnem do pełnieniem leczenia ogólnego.

Przy leczeniu miejscowem mamy na celu: 1) stosować rtęć (i jod) bezpośrednio na produkty choroby, lub jak najbliżej tych ostatnich, i 2) niszczyć stare, w części zwłóknione nacieczenia, usuwać twory uległe rozpadowi lub skazane na zagładę; używamy w tym razie środków przeciwniejących

(jodoform, sublimat), żrących (saletrzan srebra, stężony roztwór sublimatu, liquor Bellosti i t. d.), niekiedy ostrej łyżeczki i noża.

Stwardnienie pierwotne opatrujemy plasterem rtęciowym, lub maścią kalomelową; na znaczniejsze owrzodzenia stosujemy prócz tego jodoform-eter. Postępując w ten sposób unikamy powikłań, t. j. zakażeń miejscowych, których punktem wyjścia bywa powierzchnia owrzodzona (phagedaena, gangrena, erisypelas, bubo suppurans). Przy stwardnieniu pierwotnem w głębi nieodprowadzalnej stulejki oczyszczamy 2—3 razy dziennie worek napletkowy roztworem sublimatu, poczem wstrzykujemy jodoform w glicerynie (1:10).

Na obrznięte gruczoły chłonne stosujemy plaster rtęciowy, albo miejscowe wcierania szaruchy; gdy uległy zropieniu, leczymy według zasad chirurgii (szerokie cięcie, wyskrobanie rozpadniętych gruczołów, opatrunek przeciwnilny). Bubony drętwe (bubo strumosus) leczymy miejscowemi wcieraniem szaruchy i jodu; przy powikłaniu gruźlicą odpowiednie leczenie ogólne; uległe zropieniu bubony drętwe leczymy według zasad chirurgii, (przecięcie przetok, opatrunek przeciwnilny, przy licznych i głębokich przetokach wyłuszczenie gruczołów),

Przy łysieniu syfilitycznem wcieramy jakąkolwiek maść rtęciową w skórę głowy; Lang radzi wcierać szaruchę mniej więcej raz na tydzień. Przy wysypce plamistej i guziczkowej wcierania szaruchy działają jednocześnie miejscowo. Na okolice skóry pokryte gęstą wysypką stosujemy wcierania częściej, niż na miejsca wolne od wysypki. W guziki usadowione na twarzy wcieramy maść kalomelową lub maść z białego precipitatu, co przyspiesza ich wessanie.

Przy syphilis squamosa palmae et plantae (t. z. psoriasis syph.) wybornie działa plaster rtęciowy (na noc). W wypadkach uporczywych pędzujemy zajęte miejsca, prócz tego roztworem sublimatu w collodium (1:100). W wypadkach z znacznem zgrubieniem warstwy rogowej i szczelinami stosujemy naprzemian plaster rtęciowy i salicylowy. Guziki z owrzodzoną powierzchnią opatrujemy plasterem rtęciowym, który zmieniamy dwa razy dziennie, a przy zmianie pędzujemy (w razie potrzeby), jodoform-eterem (1:10), albo jodol-eterem (1:10).

Ważniejsze jest leczenie miejscowe moknących guzików

(condylomata lata); utrzymanie czystości, usuwanie drażniących wydzielin jest tu niezbędnym warunkiem powodzenia. W świeżych wypadkach wystarczy pudrowanie kalomelem (po zwilżeniu wodą chlorową lub roztworem soli kuchennej). Stare twarde guziki przyżegamy sublimat-collo-dium (1:20), roztworem Bellosta, lapisem i pałeczką cynku, i t. p. Nóż zawsze zbyteczny.

Częste przemywanie i pudrowanie kalomelem stykających się powierzchni skóry, uprzedza tworzenie się guzków moknących u osób otyłych, łatwo pocących się i u brzemiennych.

Przy obszernej syphilis pustulosa dajemy obok innych środków miejscowych kąpiele sublimatowe.

Gummata nie uległe jeszcze rozkładowi, znikają często pod plastrem rtęciowym, miejscowymi wcieraniami szaruchy, przy pędzlowaniu nalewką jodową. Energiczne leczenie miejscowe wskazane jest szczególnie przy ziarniniakach syfilitycznych twarzy. Jeśli ziarniniak uległ już owrzodzeniu, niszczymy obwodowe jego części (ścianki i dno owrzodzenia) zaostrzonym lapisem; podobne postępowanie przyspiesza wyleczenie i daje minimum utraty tkanki, jest zatem w wysokim stopniu pożyteczne przy owrzodzeniach twarzy. Zaostrzona pałeczka lapisu zagłębia się łatwo w nacieczenie specyficzne, oszczędza zaś otaczającą zdrową tkankę. Po wypaleniu lapisem, stosujemy jodoform-eter i plaster rtęciowy. Veiel zaleca przy owrzodzeniach ciepłe okłady z 1^o/₁₀₀ roztworu sublimatu. Stare owrzodzenia, pokryte nieraz twardą grzybowatą masą, przyżegamy lapisem, lub silniejszymi środkami, niekiedy wyskrobujemy ostrą łyżeczką. — Stare pełzające owrzodzenia, trwające nieraz lata, wyskrobujemy starannie, poczem opatrujemy jodoformem.

Kąpiele sublimatowe działają korzystnie przy obszer-nych owrzodzeniach. Blizny świeże można nieco wygładzić, pędzlując je często nalewką jodową.

Przy objawach na błonie śluzowej ust, gardła i nosa wzbraniamy palenia tytoniu i zalecamy częste przepłukiwanie tych jam lekkimi roztworami środków ściągających i przeciwnilnych. Nos znosi tylko bardzo lekkie roztwory. Owrzodzenia przyżegamy pałeczką lapisu raz na 4 — 5 dni; w przestankach pędzlujemy sublimat eterem (1:100). Populae hypertrophicae błon śluzowych, nawet pokryte naroślami brodawkowemi, znikają często po jednorażowym

przypaleniu kwasem chromnym, natopionym na drut srebrny (po przypaleniu przepłókać roztworem sody).

Przy katarach krtani najodpowiedniejsze są inhalacje lekkich roztworów sublimatu (1:1000 — 2000); w uporczywych wypadkach wdmuchujemy kalomel, pędzujemy roztworami saletrzanu srebra. Głębsze owrzodzenia należy przyżegać lapisem natopionym na zgłębnik. Przy wszystkich tych sprawach stosujemy miejscowe wcierania szaruchy.

Szczeliny prostaty przyżegamy lapisem, pędzujemy jodoform-eterem. Przy wykwitach syfilitycznych w prostaty dajemy czopki z kalomelem lub białym precipitatem. — Objawy syfilisu w części pochwowej macicy i w pochwie leczymy jak zmiany innych błon śluzowych.

Przedziurawienia podniebienia miękkiego przypalamy po brzegach lapisem co kilka dni. Zwężenie prostaty, przełyku i t. d. po zagojonych owrzodzeniach leczymy według zasad chirurgii (metodyczne rozszerzanie). Zwężenie głośni wskutek nacieczeń owrzodzonych lub nieowrzodzonych udaje się nieraz wyleczyć bez tracheotomii; stosujemy tu energiczne leczenie ogólne, miejscowe wcierania szaruchy, inhalacje, przyżeganie lapisem owrzodzeń i t. d.; chory musi pozostawać pod ścisłym nadzorem, tracheotomija bowiem może stać się każdej chwili nieodzowną. Przy zwężeniu bliżnowem krtani (po zagojonych owrzodzeniach) — tracheotomija, a później metodyczne rozszerzanie.

Przy cierpieniu kości stosujemy miejscowo rtęć i jod, dbając jednocześnie o aseptykę obnażonych części. Oddzielanie się sekwestrów zostawiamy najczęściej naturze; przy cierpieniu czaszki lub nosa czynniejsze wmieszanie się mogłoby łatwo szkodę przynieść. Jeśli przy zajęciu kości czaszki wystąpią objawy mózgowe, może okazać się niezbędną trepanacja. Przy cierpieniach kości nosa przestrzykujemy jamy nosowe lekkim roztworem nadmanganianu potasu, sublimatu, chlorku wapna (Zeissl); owrzodzenia pędzujemy jodoform-eterem, nalewką jodową, przyżegamy lapisem i t. d. Ostra łyżeczka, zalecana tu przez Schustera, w rzadkich tylko wypadkach okaże się istotnie potrzebną. Oddzielone już sekwestry należy natychmiast usuwać. Przedziurawienia podniebienia twardego łatwo zakryć odpowiednim obturatem.

Przy zapaleniu tęczówki wcieramy szaruchę w skroń, wkraplamy atropinę (1%) raz do kilku razy dziennie. Naj-

częściej można obejść się bez miejscowych upustów krwi, tylko w wypadkach z gwałtownymi objawami zapalnymi, uporczywym zwężeniem źrenicy przystawiamy kilka pijawek do skroni. Jeśli atropina nie odkleja zrostów, wkraplamy naprzemian atropinę i ezerynę. Przy obszernych zrostach tylnych wskazana jest iridectomia.

Przy leczeniu cierpień mózgowych Fournier zaleca zimne natryski przy postaci padaczkowej (1—2 razy dziennie); bromek potasu przy objawach pobudzenia, przy bezsenności. Pryszczycyła stosował F. przy uporczywych bólach głowy, nieustępujących przy leczeniu specyficznem; upusty krwi, środki przeczyszczające i t. d. uważa za nieodpowiednie. Ważną jest wreszcie higiena mózgu: unikanie nadmiernej pracy umysłowej, nadużyć in baccho et venere i t. d.

Przy syfilisie płuc zalecają niektórzy inhalacje przetworów rtęciowych, albo okadzania rtęciowe.

Przy cierpieniach przewodu pokarmowego dajemy przetwory rtęciowe na wewnątrz. Przy syfilisie nerek, wątroby, postępujemy (obok leczenia specyficznego), jak przy zapaleniach niespecyficznym tych narządów.

VII.

Kiedy syfilytyk może się żenić. — Leczenie syfilisu dziedzicznego.

Syfilytyk nie powinien żenić się w okresie wczesnym syfilisu (stadium condylomatosum), w okresie objawów zaraźliwych, a więc w ciągu pierwszych 3—4 lat. Fournier stawia tu następujące warunki: syfilis trwający najmniej 3—4 lat, brak objawów najmniej w ciągu 1½—2 lat (bez leczenia), łagodny charakter choroby i dostateczne leczenie specyficzne (2—4 lat).

Jeśli syfilytyk nie odpowiadający pomienionym warunkom ożenił się i zapłodnił żonę, nie poddajemy jej leczeniu uprzedzającemu, płód bowiem może być zdrowy. Jeśli żona uległa zakażeniu, leczymy ją według ogólnych zasad; jeśli jest jednocześnie brzemienną, leczenie ma podwójną wartość, działa na matkę i na płód.

Dziecko syfilytyczne powinna karmić matka. Dzieci syfilytyczne karmione sztucznie wymierają w przerażający sposób — najważniejszym warunkiem powodzenia jest zdrowy pokarm kobiecy.

Jeśli matka nie może karmić, trzeba przyjąć mamkę syfilityczną (o jaką w większym mieście łatwo), a w braku tej ostatniej karmić dziecko mlekiem zdrowej kobiety za pomocą mameczki, albo mlekiem oślicy wprost z sutek *).

Ważnem przy leczeniu syfilisu dziedzicznego jest utrzymanie skóry i błon śluzowych w należytej czystości. W tym celu zalecamy częste wanny; dodatek sublimatu do wody może mieć zbawienny wpływ na zmiany miejscowe, nie posiada jednak większego znaczenia. Pośladki, części płciowe, pachwiny, pachy, szyję, miejsca będące najczęściej siedliskiem wykwitów należy często przemywać i pudrować; dodatek kalomelu do pudru jest bardzo odpowiedni. Bardzo ważnem jest usuwać strupy nagromadzone w nosie; nadżarcia opatrujemy maścią kalomelową, szczeliny i głębsze owrzodzenia przypalamy lapisem. Po każdym ssaniu należy przemyć jamę ustną wodą lub lekkim roztworem kwasu bornego. Zresztą leczenie miejscowe nie różni się od leczenia u dorosłych.

Jodek potasu jest prawie bezużyteczny we wczesnym okresie syfilisu dzieciniego, nie bywa też dobrze znoszony, stosujemy więc tu wyłącznie leczenie rtęciowe. Najodpowiedniejszą jest metoda wewnętrzna. Widerhofer i Monti gorąco zalecają kalomel z żelazem po 0,01 (u noworodków) do 0,04 dziennie, stosownie do wieku, wagi i ogólnego stanu dziecka. Wybornie działa też hydrargyrum tannicum oxydulatum w tej samej dawce, a drażni mniej przewód pokarmowy. Sublimat znoszą dzieci bardzo dobrze; Parrot daje 2,0 liquoris van Swietenii dziennie w 30,0 ulepku gumowego. Po zniknięciu objawów Monti daje ferrum jodatum saccharatum po 0,10 — 0,30 dziennie stosownie do wieku dziecka, tak długo, aż zniknie obrzmienie śledziony, a dziecko nabierze zdrowej cery; przy recydywach wraca do leczenia rtęciowego.

Jeśli cierpienia przewodu pokarmowego nie pozwalają stosować metody wewnętrznej, dajemy wcierania szaruchy. Używamy u dzieci maści złożonej z jednej części szaruchy i dwóch części tłuszczu; 1,0 tej maści wcieramy co drugi dzień w boki lub grzbiet. Dawkę dzienną zwiększamy szybko do 2,0, w drugim kwartale życia nawet do 3,0. Jeżeli

*) Parrot miał niezłe wyniki przy karmieniu dzieci syfilitycznych mlekiem oślicy, ale noworodków nie było prawie między niemi. (Nouricrie de l'hospice des Enfants-Assistés). 1882.

szarucha wywołuje zapalenie skóry (eczema, furunculi), należy przejść do innej metody. Jednocześnie z wcieraniami dajemy żelazo. Wcierania wywołują niekiedy objawy ostrej niedokrewności (zatrucie rtęcią), ale jest to wada wszystkich przetworów rtęciowych, stosowanych u noworodków w większej dawce. Należy dawkę indywidualizować, dawać jednocześnie z rtęcią żelazo i często przerywać leczenie rtęciowe (zwłaszcza wcierania).

Wstrzykiwania sublimatu nieodpowiednie są u dzieci—byłoby niesłusznem wystawiać dzieci na ból nie mały, którego tak łatwo uniknąć. Uciekamy się do wstrzykiwań, gdy inne metody są przeciwwskazane.

Kąpiele sublimatowe można stosować obok jednej z opisanych metod. (Przestrzegać aby dziecko nie łykało wody kąpielowej). Dajemy 0,50—2,0 sublimatu w roztworze na kąpiel (wanna drewniana), większa ilość zbyteczna.

Nie bez wpływu na stan dziecka jest leczenie rtęciowe matki lub mamki syfilitycznej, rtęć bowiem wydziela się po części z mlekiem.

Formuły:

Rp. Calomelanos laev. 0,10.
 Ferri lactici 0,20.
 Sacch. lact. 5,0.
 div. in part. X.
 1—4 proszków dziennie.

*

Rp. Hydr. tannici oxydul. 0,10.
 Ferri lact. 0,20.
 Sacch. lact. 5,0.
 div. in part. X.
 1—4 proszków dziennie.

*

Rp. Ung. hydrarg. cinerei 5,0.
 Axungiae 10,0.
 div. in part. XV.
 wcierać 1—2 pakietików
 co 2-gi dzień.

*

Rp. Ferri jodati sacchar 1,0.
 Sacchari 2,0.
 div in part. X.
 1—3 proszków dziennie
 zależnie od wieku dziecka.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Chirurgija.

13. Prof. TRELAT. **O wartości operacyj plastycznych na podniebieniu.** (De la valeur des opérations plastiques et de l'age auquel il convient de les pratiquer). *Rev. d. Chir.* Février. 1885).

Prof. Trélat. **Technika operacyj plastycznych na podniebieniu** (Technique des opérations plastiques sur le palais. *Rev. d. Chir.* Février. 1886).

W pierwszej pracy autor wyprowadza wnioski na zasadzie 46-ciu wykonanych przez siebie operacyj, która to liczba wzrosła do 60 w chwili ogłoszenia pracy drugiej.

Uznając za konieczne stosowanie zatykadła (prothèse) w niektórych wypadkach rozszczepów podniebienia, T. daje trzy wskazania do jego użycia: 1) w razie, gdy operacyja niepowiodła się i naprawić tego nie można; 2) w tych wypadkach gdzie operacyja jest niemożliwą wskutek rozszczepu znacznej wielkości, i 3) jeśli chory nie zgadza się na operacyję krwawą.

W innych wypadkach T. radzi zawsze uciekać się do operacyi. Początkowo operacyję na podniebieniu wykonywano w starszym wieku: Roux, po latach 16-tu, Dieffenbach po 12-tu i t. d. Widząc, że wyniki funkcjonalne, pomimo zupełnego powodzenia operacyi często były niezadawalniające, przypisano to późnemu wiekowi operowanych. Zaczęto operować dzieci małe, jeszcze nie mówiące. Ehrmann uważał za wiek odpowiedni kilka miesięcy, O. Weber, Billroth — 4-ry tydzień, Simon — 15 dni, Rouge — 8 dni. Pomimo to jednak dzieci, którym udało się wyzdrowieć, mówiły źle. Nadto większość dzieci operowanych w tak młodym wieku, umierała: jedne nagle po operacyi, drugie później, w skutek przyłączenia się rozmaitych procesów zapalnych. Sam autor spostrzegał w tych razach: zgorzel płata, niewielkie, lecz powtarzające się, krwotoki, wyniszczenie ogólne, wskutek utrudnionego odżywiania i skłonność do przetok wtórnych na miejscach zabliznionych. W pięciu wypadkach, w których T. dokonał operacyi z powodzeniem w bardzo młodym wieku, dzieci mówiły nie lepiej, aniżeli przed operacyją. Wszystko to zniewala autora do uznania za wiek odpowiedni do operacyi conajmniej lat 7.

Opierając się na swych spostrzeżeniach, T. twierdzi: 1) że można mówić zrozumiale pomimo znacznej wadliwości podniebienia; 2) jeżeli nie starano się ćwiczyć chorego w wymowie przed operacyją; to ta ostatnia nie da żadnego wyniku; 3) zadawalniające wyniki czynnościowe można tylko otrzymać, pilnie ćwicząc chorego w wymowie przed operacyją, a następnie prowadząc dalej ćwiczenia po operacyi.

T. przytacza, jako przykład, parę wypadków, w których chorzy, pomimo znacznej wadliwości podniebienia, drogą usil-

nej pracy doszli do wymowy zupełnie zrozumiałej. W jednym wypadku chłopczyk, pomimo rozszczepu podniebienia miękkiego i połowy twardego, ćwicząc się pilnie w wymowie pod kierunkiem ojca, był w stanie mówić zupełnie zrozumiale. Operacja powiodła się i chory, wprędce potem, wyrównawszy to, co było już niemożliwym do poprawienia przed operacją, mówi obecnie zupełnie dobrze. Natomiast, w innym wypadku, w którym wadliwość podniebienia była znacznie mniejsza, lecz gdzie matka nie zadawała sobie najmniejszej pracy nad wymową córeczki, ta ostatnia wydawała tylko jakieś dzikie dźwięki, zrozumiałe dla samej tylko matki. Operacja także się powiodła, lecz wymowy to ani trochę nie poprawiło. Następujące dwa wypadki wykazują także, o ile przyzwyczajenie do wymowy wpływa na wynik operacji: T. operował Rumuna i Portugalczyka, nie umiejących zupełnie po francuzku, po operacji, wyczywszy się tego języka, mówili nim zupełnie czysto, tymczasem w ojczystym języku zatrzymali pewien oddźwięk nosowy.

Omawiając wskazania do operacji, T. zaleca przede wszystkim, by operowany był w stanie zupełnego zdrowia. Należy szczególniejsz zwracać uwagę na przetoki podniebienne pochodzenia zolzowego i przymiotowego, by ich nie operować przed zupełnym usunięciem samej choroby. W tych razach, w których rozszczepy spowodowane przymiotem lub zolzami, nie stanowią wielkiej przeszkody w wymowie i połykaniu, operacja jest zbyteczna. Przeciwwskazanie do operacji stanowią także znaczne zniekształcenia i zrosty, powstałe wskutek rozpadu i ropienia guzów przymiotowych. Szczególnie operacje wykonywane w wypadkach zrostów łuków i podniebienia miękkiego ze ścianką gardzieli, zawsze dawały wyniki niepomyślne.

Znaczna długość rozszczepu powiększa trudności, lecz nie stanowi przeciwwskazania do operacji. Tylko rozszczepy zajmujące całe podniebienie miękkie, twarde i wyrostek zębodołowy, nie operują się zadawalniająco. Ważniejsza jest przy ocenianiu wskazań do operacji zbyt duża szerokość rozszczepu. Należy baczyć, by płaty mogły sobą pokryć brak podniebienia. — Największe jest podniebienie w okolicy ostatniego zęba trzonowego i jeżeli nie można tu otrzymać płata szerokości 12 -- 13 milim., to znaczy, że operację wykonywa się w warunkach niekorzystnych. Mając do rozporządzenia płat szeroki tylko na 10 milim., operacji należy zaniechać.

Siódmy rok życia uważa T. za najmłodszy wiek w którym operacji dokonać można, za najodpowiedniejszy jednakże uważa wiek od 8 do 10 roku, chociaż i starszy wiek nie przedstawia niedogodności. Zanim chirurg przystąpi do operacji, powinien dobrze upewnić się poprzednio, czy podlegający operacji pod innymi względami jest zdrowy. Zwłaszcza u dzieci należy poprzednio usunąć nieżyty nosa i gardzieli; dobrze jest także przed operacją nauczyć dziecko dobrze otwierać usta i przyzwyczać do wprowadzania narzędzi.

Chorego do operacji układa T. poziomo, z głową nieco

zwieszoną ku tyłowi, po za brzeg materaca; chloroformuje do zupełnego znieczulenia. Do otwierania ust używa T. wziernika Collin'a.

Ponieważ zeszywanie podniebienia miękkiego (staphylorrhaphia) stanowi także część rękoćzynu wytwarzania podniebienia twardego (uranoplastica), T. przeto opisuje tylko ostatnią.

Sam sposób operacji różni się nie wiele od, powszechnie używanego i opisywanego w podręcznikach, sposobu Langenbeck'a: T. najprzód okrwawia błonę śluzową podniebienia twardego, potem miękkiego; cięcia zwolnienia twardego prowadzi w odległości co najmniej 12—14 milim. od brzegów okrwawionych (10 milimetrowy płat może wystarczyć tylko do zakrycia przetok podniebiennych). Powstający przytem krwotok radzi tamować uciskiem. Płaty oddziela T. za pomocą tępej podważki (elevatorium); przy oddzielaniu przednich części, gdzie napotyka się przeszkodę ze strony wyrostka zębodołowego i zębów, używa on dwóch skrobaczek o podwójnem wygięciu (jedna dla strony prawej, druga dla lewej). — Ażeby usunąć napięcie płatów na miejscu gdzie się łączy podniebienie twarde z miękkim, autor używa skrobaczki, zaostrzonej na końcu i na bokach, i zagiętej przy swym końcu. — Zadaniem skrobaczki jest przeciąć rozściętno (aponeurosis) podniebienia miękkiego, przymocowane do tylnej krawędzi podniebienia twardego i przeszkadzające zbliżeniu płatów. T. wprowadza skrobaczkę przez cięcie zwalniające, zaczepia, jako haczyk, po za tylną krawędź podniebienia twardego i poruszając tam i napowrót, stara się rozciąć włókna rozściętna. Należy dotąd powtarzać te poruszenia, aż się otrzyma zupełne zwolnienie płatów. O nacinaniu poprzecznem nosowej powierzchni podniebienia miękkiego i okostnej, oraz o przecinaniu mięśni, unoszących i napinających podniebienie miękkie, co w tymże celu używają inni chirurdzy, T. nie wspomina.

Do szwu T. używa cienkiego drutu srebrnego, za wyjątkiem dwóch lub trzech ściągów jedwabnych, które nakłada na języczek. Każdy ściąg zarówno na podniebieniu twardem, jak i na miękkim, powinien przechodzić na wskroś przez całą grubość płata. Odległość ściągów ma wynosić 8 — 9 milim., odległość od brzegu płata 3 — 4 milim. Szew rozpoczyna się od przodu.

W razie znacznie ku przodowi sięgającego rozszczepu, gdy nakładanie szwu utrudnia wyrostek zębodołowy, T. jeden lub dwa pierwsze ścięgi nakłada za pomocą igły zgiętej pod postacią litery U. Nawleczoną igłę wprowadza przez rozszczep do jamy nosowej, przekłówa zagiętym haczykowato końcem jeden z płatów, krótki koniec drutu chwyta szczypcami, a igłę przesuwając ku drugiemu końcowi druta, cofa napowrót do jamy nosowej. Teraz znowuż przekłówa płat drugi i tym sposobem drugi koniec drutu wprowadza do jamy ustnej. Zresztą, za wyjątkiem pierwszych mniej dostępnych ściągów, szew nakłada T. za pomocą igły Reverdin'a lub Aubry (zasada ta sa-

ma co w igle Langenbeck'a). Wkłuwa autor igłę w płat i koniec jej wyprowadza w przestrzeni pomiędzy płatami; następnie, otworzywszy igłę, chwytą koniec drutu i takowy wyprowadza razem z igłą przez otwór zrobiony w płacie. Potem w taki sam sposób wkłuwa igłę w płat drugi, chwytą drugi koniec drutu i znów wyprowadza go razem z igłą do jamy ustnej. W taki tylko sposób postępując, można, jak twierdzi autor, dobrze przystosować do siebie brzegi płatów. Końce drutów autor skręca palcami, rzadziej skręcadłem Coghill'a, i obciąższy na wysokości 1 cent., zgina równoległe do podniebienia, by nie raniły języka. Opatrunku nie używa, daje tylko odpowiednie płókanie.

Po operacji zaleca się zupełny spokój. W ciągu pierwszego dnia można dać kilka łyżek wody ocukrzanej, wieczorem nieco bulionu. Następnego dnia można już dać pokarmy płynne, w ciągu jednakże pierwszych dni 15-tu trzeba unikać pokarmów twardych i w ogóle wymagających żucia. W ciągu pierwszego tygodnia chory ma leżeć i milczeć. Nagromadzający się obficie w ustach śluz trzeba 4-5 razy dziennie wypłukiwać wodą chlorową. Pierwsze ścięgi usunąć 3 lub 4 dnia, inne nie później aniżeli 6.

Bronisław Sawicki.

14. Prof. D-r Juliusz WOLFF. **O operacji wargi zajęczej.** (*Berl. Klin. Woch. N. 35 i 36. 1886 r.*)

Dotychczasowe wyniki powyższej operacji były bardzo niezadawalniające: 1) Znaczna część dzieci umierała wskutek operacji. 2) Szew nakładany na wargę zajęczą często rozchodził się, tak że trzeba było przedsiębrać ponowną operację. 3) Większa część operowanych, po szczęśliwem zagojeniu, miała wargę górną za krótką, z nieregularnymi brzegami i składającą się z dwóch niesymetrycznych połów. 4) Wskutek powyższych wad wargi górnej, pozostawała po operacji niemożność należytego funkcyjonowania wargi górnej i, co za tem idzie, niemożność dokładnego wymawiania głosek wargowych.

Statystyka śmiertelności podług Hoff'a (266 wypadków) była następująca: umarło 24% operowanych ze zwykłemi szparami wargowemi, 39% z jednostronnemi całkowitemi szparami (rozdzielonym był i wyrostek zębowy szczęki górnej), 59% z dwustronnemi szparami i z os prominens.

Uwzględnić jednak należy w tej statystyce, że i bez operacji dzieci ze szparami w szczęcie umierają, częścią wskutek niedostatecznego odżywiania, częścią wskutek przyłączających się chorób dróg oddechowych. A jednak nie ulega wątpliwości, że i operacja sama jest przyczyną śmiertelności wśród chorych. Dawniej do szkodliwych momentów operacji należała: róża przyrana, obfity krwotok i połykanie krwi podczas operacji, pociągające za sobą następczo rozwolnienia, wymioty, a nawet często uduszenie podczas operacji. Różę unikamy obecnie przez umiejętne zastosowanie antyseptyki, połykania krwi — przez operowanie z głową na dół zwieszoną. Pozostaje więc trzecia i najważniejsza przyczyna śmiertelności, z którą dotychczas na-

próżno walczono, — znaczna utrata krwi przy operacji, zwiększająca się jeszcze wskutek metody operowania z głową na dół zwieszoną.

Śmiertelność więc po operacji wargi zajęcej zmniejszyć można, jeśliby się udało zapobiedz znacznej utracie krwi. Wtedy operacja nie przedstawiałaby stron ujemnych, a tylko dodatnie, gdyż broniłaby dzieci od fatalnych następstw istnienia wargi zajęcej, o których wyżej.

Zmniejszenie utraty krwi, nawet przy najcięższych wypadkach podwójnych szpar, osiąga W. przez metodycznie stosowany czasowy ucisk całej rany.

Operację wargi zajęcej wykonywa W. w ten sposób: 1) Powierzchniemi cięciami na skórze zarysowuje cięcia, jakie później przeprowadzi przez całą grubość wargi. Przez to unika pomyłki przy szybkim wykonywaniu cięć głębokich, co jest niezbędnem dla zmniejszenia utraty krwi. 2) Asystent uciska kąty ust podczas operacji. 3) Po wykonaniu pierwszego głębokiego cięcia, gdy krwotok grozić zaczyna, W. przerywa operację, i uciska całą ranę poduszczką, składającą się z wełny drzewnej, obszytej gazą salicylową. Po 3—5 minutach takiego ucisku krwawienie ustaje. Ilość utraconej krwi sprowadza się do kilku kropel na poduszczyce.

Dzięki możliwości tak znacznego zmniejszenia utraty krwi, możemy operować zajęcze wargi w pierwszych trzech miesiącach życia dziecka, przez co unikamy szkodliwych następstw dla zdrowia, jakie pociąga za sobą to kalectwo.

Drugą wadą operacji wargi zajęcej było rozchodzenie się szwu pooperacyjnego przy krzyku dziecka. W. zapobiega rozchodzeniu się szwu przez oddzielne połączenie czerwonej obwódki wargi i oddzielne pozostałej części wargi.

Wiadomą jest rzeczą, na co zwrócił uwagę Langenbeck i autor, że czerwona obwódka warg, dzięki zawartemu w niej mięśniowi: orbicularis, należy do najbardziej rozciągliwych tkanek w ustroju. Inne części warg są daleko mniej rozciągliwe.

Jeśli więc oddzielimy czerwoną obwódkę obu połów od reszty wargi, następnie zbliżymy do siebie odwróconą ku dołowi czerwoną obwódkę i odciawszy zbyteczną jej część zacięniowaną na Fig. II, zszyjemy pozostałe części, to zszyty brzeg warg trzyma się jak żelazo (patrz rysunek Fig. I, II, III). Dziecko może krzyczeć, wargi mogą nie być połączone plastrem, może się nawet rozejść szew na reszcie warg, lecz szew na czerwonej obwódce nie rozchodzi się. W ten sposób nawet gdyby się część szwu rozszła, zyskujemy to, że zamiast zupełnie nieudanej operacji, mamy przetokę wargową w górnej części, która się w następstwie dosyć łatwo goi.

Szew przy takiej operacji nakłada się w trzech liniach (patrz Fig. III): 1) Pionowej na czerwonej obwódce. 2) Pionowej z boku od pierwszej na reszcie wargi. 3) Poziomej

wzdłuż górnej granicy oddzielonej obwódki wargi. Przy takim nałożeniu szwu uzyskamy to, że trzeci szew poziomy zupełnie nie ulega rozciąganiu przy krzyku i otwieraniu ust dziecka, o w s z e m, służy on za silną podporę dla 2-ech pierwszych szwów.

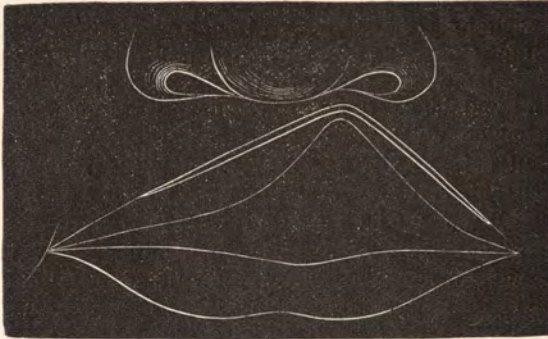


Fig. 1.

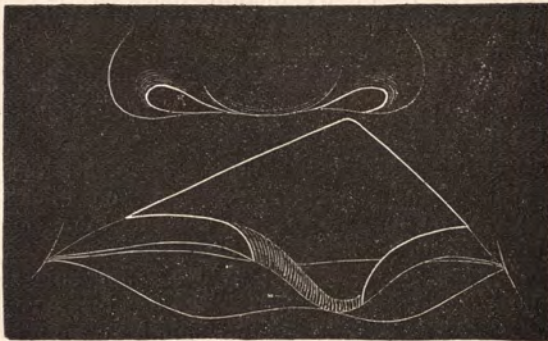


Fig. 2.

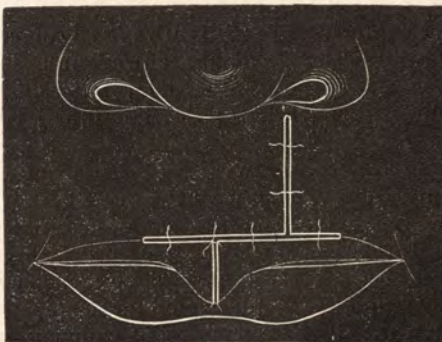


Fig. 3.

Ten rodzaj operacji i szwu wargi zajęcej usuwa także inną niedokładność dotychczasowych rękoczynów, mianowicie zły wynik kosmetyczny. Przy operowaniu na sposób Dieffenbach'a, Malgaigne'a i innych, i przy pionowym szwie, niemożliwym było utworzyć wargę z jasno odznaczoną linią środkową z małym na niej wyrostkiem, odznaczającym się zwłaszcza na czerwonej obwódce wargi.

Przy zygzakowatym szwie Wolffa robi się to samo przez się, gdyż przy takim szwie chodzi właśnie o to, a by przydługi (i dla tego podlegający skróceniu) brzeg zdrowej strony, i przykrótki (i dla tego podlegający wydłużeniu) brzeg ust strony chorej zbliżyć do siebie na linii środkowej, odwrócić ich ku dołowi, i następnie zszyć.

Dalej przez taki szew osiągamy jednostajne oblamowanie

ust czerwoną obwódka. Wreszcie zapobiegamy zbytcej krótkości górnej wargi, jaka powstawała przy dotychczasowych operacjach.

Ma się rozumieć, że, otrzymując w ten sposób wargę nader zbliżoną do normalnej, unikamy innej niedogodności dotychczasowych operacyj, mianowicie wadliwego funkcyjonowania.

St. Kamiński.

15. D-r HOFFA. **Śmiertelność operowanych warg zajęczych i szpar podniebiennych.** (*Arch. f. Kl. Chir. t. XXXIII H. 3—1886*).

Gotthelf, opierając się na mniejszej liczbie wypadków aniżeli ta, jaką rozporządza w niniejszej pracy H., dochodzi do wniosku, iż operacja pociąga za sobą znaczną śmiertelność wśród dzieci dotkniętych wargą zajęczą i wilczą paszczą. — Wnioski, do jakich doszedł H. są temu wręcz przeciwne. Nie operacja winna dużej śmiertelności podobnych dzieci, lecz sama wada rozwojowa, upośledzająca czynności życiowe organizmu. Nie wiadomo napewno, ile umiera, dotkniętych wadą, dzieci nieoperowanych; zawsze jednak śmiertelność ich jest znaczna. — Operacja w tym razie żadnego wpływu na śmiertelność mieć nie może.

H. przytacza dokładnie mu znanych operacyj 80. Z tych 64 dokonano w pierwszym roku życia. Dodawszy do tego resztę znanych w literaturze operacyj, wykonanych w ciągu pierwszego roku życia, H. otrzymuje ogółem 373. 80 operacyj Hoffy dało śmiertelność 30%, 64 dokonane w ciągu pierwszego roku życia także—30%, wszystkie zaś 373 operacje — 35%, co można przyjąć za normę. Ponieważ śmiertelność dzieci w ogóle w pierwszym roku ich życia wynosi 25%, przewyżka przeto dla dzieci operowanych z wilczą paszczą i zajęczą wargą wynosi 10% i w zupełności tłumaczy się niedostatecznem rozwinięciem takich dzieci.

Dzieci, dotknięte wadą rozwojową wargi i podniebienia, można rozdzielić na 3 kategorie: 1) rozszczep wargi bez lub z niewielkim rozszczepem wyrostka zębodołowego i podniebienia twardego, 2) pojedynczy zupełny rozszczep wargi i podniebienia sam lub z dodatkiem niewielkiej szczeliny z drugiej strony, 3) dwa rozszczepy z wystającą kością m. dzyszczykową. — Pierwsza kategoria w wypadkach autora dała śmiertelność 24%, druga 29%, trzecia 50%. Zbliżone do tego liczby otrzymuje H. dodając do swoich inne znane wypadki, a mianowicie: 23,7%, 39%, 59%. Jasnym jest, iż stopień potworności ma wielki wpływ na śmiertelność. W pierwszej kategorii wypadków operacja może usunąć szkodliwość wady rozwojowej, w dwóch innych tego nie dokaże, tembardziej, że podobne dzieci od urodzenia są wątłe i słabe; sama bowiem wada rozwojowa usposabia je do chorób organów trawienia i oddechania. Że operacja sama przez się nie wpływa na śmiertelność wypływa już ztąd, że z pomiędzy 80 wypadków autora w żadnym śmiertelność nie nastąpiła zaraz po operacji.

W ciągu pierwszych 2-ch tygodni po operacyi w wypadkach autora śmiertelność równała się 5^o/_o; we wszystkich ogółem wypadkach—9,6^o/_o, co zresztą zredukuje się do 7,4^o/_o, jeżeli odrzucimy powikłania blonicą, różą, zapaścią i t. d, czego obecnie łatwiej uniknąć przy przeciwnym sposobie operowania. Dzieci umierały przeważnie od zapalenia płuc i oskrzeli, biegunki i wrodzonej wadłości. Operacyja mogła tu o tyle zaszkodzić, że wobec istniejącej już choroby, oobstrzyła ją wskutek wciągania krwi do płuc, lub połykania takowej.

Śmiertelność w przeciągu czasu od 3-ch tygodni do 3-ch miesięcy po operacyi zarówno w wypadkach autora jak i w reszcie zebranych wypadków wynosiła 15^o/_o. Śmiertelność tego okresu względnie jednakże nie jest większa aniżeli pierwszego, gdyż sam okres obejmuje tu 10 tygodni, gdy pierwszy obejmował tylko 2. Ponieważ przyczyną śmierci były tu choroby właściwe wogóle dzieciom, nie można winy składać na operacyję.

Ogółem w ciągu pierwszych 3-ch miesięcy umarła 1/4 część dzieci operowanych. Cierpienia organów oddechania i trawienia były najczęstszą przyczyną śmierci. Przyczem operacyja w mniejszym stopniu usuwa skłonność do cierpień żołądko-kiszkowych, aniżeli płucnych.

Śmiertelność w ciągu czasu od 3 do 4 miesięcy po operacyi w wypadkach autora wynosiła 10^o/_o, w ogóle wypadków 16^o/_o, co nie jest wielką ilością ze względu na długość okresu. Śmiertelność zmniejsza się w miarę oddalania się od chwili operacyi. Tłomaczy się to łatwo powiększaniem się wieku dziecka, co zresztą spostrzegamy i w ogólnej statystyce śmiertelności wszystkich dzieci.

Największy procent śmiertelności, jak wyżej wykazano, daje trzecia kategoria rozszczepów. Jeżeli wybrać tylko te wypadki, gdzie operacyję wykonano w pierwszym roku życia dziecka, to otrzyma się śmiertelność 63^o/_o. Jednakże z pomiędzy 25-ciu znanych w literaturze wypadków śmierci, w 4-ch tylko nastąpiła ona wprędce po operacyi, w innych zaś w kilka dopiero tygodni, miesięcy, a nawet lat. I tu więc nie może być mowy o wielkim wpływie operacyi na śmiertelność.

Największa śmiertelność była wśród dzieci operowanych w pierwszym miesiącu życia, co łatwo tłomaczy się tem, że operowano tu wiele dzieci słabych, które i bez operacyi dłużejby nie żyły. Natomiast śmiertelność w późniejszych miesiącach staje się mniejszą, ponieważ wykonywano je na dzieciach od urodzenia silniejszych, które, pomimo wrodzonej wady zdołały utrzymać się przy życiu.

Odsetka śmiertelności dzieci operowanych w różnych miesiącach życia, przedstawia się jak następuje: w 1-ym mies. — 53^o/_o, w 2-im mies. — 39,7^o/_o, w okresie od 3 do 6 mies. — 16^o/_o, w okresie od 7 do 12 mies. — 32,2^o/_o.

Odsetki te, znacznie wyższe od odsetek śmiertelności dzie-

ci w ogóle, zachowują się jednakże względem ostatnich prawie równolegle. (Śmiertelność dzieci w ogóle w tych samych okresach czasu oznaczają: 22,5^o/_o, 17,5^o/_o, 11,0^o/_o, 2,1^o/_o). W ostatnim tylko okresie procent śmiertelności dzieci operowanych podnosi się nieco (32,2^o/_o), gdy tymczasem u dzieci w ogóle spada do 2,1^o/_o. Objaw ten tłumaczy się przypadającym na ten czas ząbkowaniem, które należy uważać za przeciwwskazanie do operacji.

Zresztą, operację można wykonywać w każdym miesiącu, bacząc tylko by dzieci, zwłaszcza w pierwszym miesiącu życia operowane, były zdrowe i dostatecznie silne. — Jak i inni, zwraca autor uwagę na wczesne operowanie wargi zajęczej, co samo może już wpłynąć na zmniejszenie lub nawet zrośnięcie rozszczepu podniebienia.

Na końcu swej pracy H. daje parę wskazówek, odnośnie wykonania operacji zajęczej wargi. Przy jednostronnej zajęczej wardze radzi on używać sposobu Simona, t. j. oddzieliwszy od szczęki i ująwszy w uciskające szczypczyki obie części wargi, jedną z nich okrwawić za pomocą cięcia w kształcie \perp by wytworzyć prostokątne zagłębienie, w które ma wejść płat odpowiednio wycięty na drugiej części wargi. W razach obustronnej zajęczej wargi z wystającą kością międzyszczękową, — radzi H. wycinać klin w lemieszku sposobem podokostnym i przesuwac kość międzyszczękową ku tyłowi. W razie, jeżeli kość międzyszczękowa okaże się za duża, należy jej boki obciąć i zeszyć szwem kostnym ze szczęką górną.

Bronisław Sawicki.

16. CASTEX. O złośliwych nowotworach gardzieli.

(Des tumeurs malignes de l'arrière bouche. *Revue de Chirurgie*. Janvier, Fevrier 1886).

Siedlisko. Nie wszystkie miejsca gardzieli jednakowo podlegają przemianie nowotworowej. Z 31 wypadków, w których punkt wyjścia dokładnie mógł być oznaczony, 21 razy uległy migdałki, (11 razy prawy i 10 -- lewy). Jedno z 5-ciu spostrzeżeń Pierin'a dotyczy nawet obustronnego ich zajęcia, zjawiska nader rzadkiego, śmierć bowiem zwykle wcześniej następuje, aniżeli nowotwór zdoła przejść na drugą stronę. Rozpoznanie miejsca, z kąd poczęła się sprawa, nie jest trudnem i wtedy, gdy część łuku przedniego lub języka nie ocalała; rozstrzyga tu głębokość owrzodzenia przy jednostronnem zajęciu, a wielkość jego przy obustronnem. Skoro nowotwór przekroczy granicę migdałka, zdobywa przedewszystkiem łuk przedni zaraz u brzegu języka; daleko już rzadziej przechodzi na dolną lub górną połowę łuku tylnego.

W 9-ciu przypadkach nie migdałek, lecz przednia powierzchnia podniebienia miękkiego i łuk przedni były pierwotnem siedliskiem nowotworu.

Anatomija patologiczna i histologija. — Na czaszkach podłużnie przepołowionych autor przekonał się, że migdałek leży nieco ku górze i ku przodowi od kąta zuch-

wy i daje się podnieść palcem skierowanym skośnie ku górze, ku przodowi i wewnątrz. Narząd ten przedstawia zbiorowisko torebek bliżej za sobą połączonych, a rozrzuconych w rowku otaczającym migdałek i u osady języka. Naczynia chłonne ztąd idące, podług Sappey'a udają się na wewnątrz ku językowi, a według Cruveilhier'a ku gruczolkom usadowionym w okolicy kąta żuchwy. Ostatni popiera swe twierdzenie ich bolesnością przy zapaleniu migdałków i rychłem stwardnieniem przy nowotworze.

Co się tycze nowotworów, to Passaquay przedewszystkiem wymienia gruczolaki limfatyczne (limphadenomata) przy białaczce, dalej mięsaki limfatyczne (limphosarcomata) twarde i miękkie (Virchow), wreszcie mięsaki, przybłoniaki (epitheliomata) i—raki.

Autor najwięcej spostrzegał przybłoniaków. Drobnowidzowe badanie jednego z nich wykazało co następuje: podścielisko włókniste tworzy gęstą siatkę, której oczka mają rozmaity wymiar; wewnątrz tych ostatnich wypełnione jest znaczną ilością mniej lub więcej obszernych komórek, zawierających jedno lub więcej dużych jąder; niektóre komórki uległy przejściowemu.

Inny znowu nowotwór (encephaloid) lewego migdałka miał na przekroju wygląd gotowanej rzepy nieco na czerwono zabarwionej, a zawierającej torebki (kystes) wybroczynowe z krwią przemianie uległą. Po stwardnieniu w płynie Müllera można było dostrzedz pod drobnowidzem, że włókienkowate przegródki, siatkę tworzące, już same zawierają nieco drobnych komórek, nie mówiąc o massie nader rozmaitych komórek zawartych w oczkach.

Przyczyny.

Dziedziczność. Z pośród 16-tu spostrzeżeń dwa razy tylko można było wykazać bezpośrednią dziedziczność, jako wpływ na rozwój nowotworu w ogólności; w jednym matka zmarła wskutek raka macicy, w drugim operowaną była z powodu rakowca wargi.

Wiek. Rodzaj nowotworu kojarzy się w pewnej mierze z wiekiem. Mięsak więcej jest właściwy osobnikom młodym, przybłoniak lub rak—wiekowi dojrzałemu lub starczemu; wszystko zaś podług autora w granicach od 7-go do 82-go roku życia.

Płeć. Z wyżej pomienionych 4 tylko przypadki spostrzeżone były u kobiet.

Co się tycze nadużycia tytoniowego, to jakkolwiek autor wśród 20-tu chorych spotkał trzech namiętnych palaczy, nie uważa jednak, żeby wpływ ten był dosyć wyraźny. To samo zupełnie stosuje się do nadużycia wysokoku.

Objawy.

Początek. Należy wyróżnić tu trzy postacie, już wczesnie znamionujące powstanie nowotworu:

1) Chory doznaje przeszkody przy polykaniu ciał stałych i mniej lub więcej żywego bólu w 2-gim momencie ruchu polykowego.

Lubo nieraz siedlisko bólu nie może być oznaczone, najczęściej jednak jest ono na którym z migdałków, powstając często mimowolnie, ogranicza się tylko do gardła, lub w postaci dotkliwych strzykań rozszerza się w kierunku ucha, dziąsła, odpowiedniej połowy szyi, karku i głowy. Niektórzy chorzy skarżą się przeważnie na zasychanie i palenie w gardle, inni znowu przeciwnie, spostrzegają zwiększone wydzielanie się śliny, zwiastujące początek nowotworu.

2) Ból w uchu różnego nasilenia w pewnej liczbie przypadków bywa jednym z pierwszych objawów. Godzien on jest szczególnej uwagi, najczęściej bowiem zwraca baczność lekarza ku samemu narządowi słuchu, wówczas gdy powód leży w nowotworze gdzieindziej się rozwijającym.

3) Trzecią wreszcie postać stanowi obrzmienie gruczołów w okolicy kąta żuchwy, wyjątkowo przechodzące w ropienie. — Chory nie doświadcza wtedy przeszkody i bólu w gardle; zjawiska te występują na jaw później i znikają skoro błona śluzowa gardzieli ulegnie zniszczeniu. Wobec takich warunków należy pilnie badać nos, przetyk i gardziel, w której wskaziciel łatwo wykryć może miejsca więcej bolesne i odporniejsze.

Zaopatrzwszy trzy te odmiany początku nowotworów odpowiednimi nazwami, jakoto: gardzielową, uszną i gruczołową, autor przechodzi do objawów, dzieląc takowe na podmiotowe i przedmiotowe.

O b j a w y p o d m i o t o w e. 1) Ból tylko w początku bywa ściśle ograniczony. Chorzy doświadczać go najwięcej przy polykaniu, powoli zrzekają się pokarmów stałych, ciepłych, wysoko i wina, mocno drażniących chore miejsca. Brak bólu przy polykaniu ciał stałych świadczy o mniejszej wrażliwości nerwowej, albo dalej posuniętem owrzodzeniu, które zniszczyło błonę śluzową. Bóle tętniące i strzykające powstają dobrowolnie w gardle, ztąd idą w kierunku ucha, lub na szyję, głowę i twarz. Bolesne strzykania w uchu nie są wyłącznym objawem nowotworów złośliwych, istnieją one przy wielu przewlekłych cierpieniach narządów polykania i głosu, między innymi przy raku języka, grzylicy i raku krtani.

2) **G ł o s.** Zmiany głosu nie mają zbyt wielkiego znaczenia i zależą od warunków morfologicznych guza. Jeżeli migdałek posiada znaczną objętość, głos jest niewyraźny, przytłumiony, jak to widzimy przy zwyczajnym przeroście; nadmierne wydzielanie śliny i utrudnienie ruchów podniebienia miękkiego nie pozostają bez wpływu na brzmienie głosek; w ostatnim razie głos ma charakter nosowy.

3) **G ł u c h o t a,** — raz tylko spostrzegana, może mieć miejsce przy bardzo obszernych spustoszeniach, przekraczających łuk tylny ku gorze i ku tyłowi.

8) Ślinotok jest jednym z przykrych i zgubnie na stan ogólny działających objawów. Chorzy mogą tracić do 2-ch litrów i więcej śliny na dobę. Jeden z nich badany przez autora, nie mógł ani na chwilę ust otwierać; odpowiadając, zatrzymywał się po każdym wyrazie, aby odplunąć nagromadzoną już ilość śliny.

5) Trudność połykania (Dysphagia). Czynność połykania doznaje przeszkody już ze względu na obecność nowotworu. Chorzy muszą mieć się na ostrożności w czasie picia, inaczej bowiem zwracają płyn przez nos.

6) Krwotoki nie są zbyt częste zwłaszcza w okresie środkowym. Drażnienie lub dotykanie owrzodzenia wywołuje nieznaczne krwawienie, gwałtowniejsze niekiedy daje się spostrzec po jedzeniu, albo po długiej mowie.

Objawy przedmiotowe spostrzega i rozberra sam lekarz:

1) Oddech cuchnący świadczy o daleko posuniętym rozpadzie nowotworu.

2) Badanie gardzieli. (Wyniki badania dotyczą nowotworów nabłonkowych najczęściej przez autora spostrzeganych).

Sam powiększony migdałek staje w sprzeczności z wiekiem, któremu zanik narządów jest właściwy; podejrzenie wrasta, skoro drugi zupełnie jest niezmienny. Owzrodzenie z początku przybiera postać szczelin, dzielących gruczoł jakby na zraziki, następnie zagarnawszy powierzchnię, dąży w głąb migdałka, zupełnie tak jak w przymocie. Otaczające tkanki nabrzmiewają i twardnieją, tworząc coś w rodzaju wałka naokoło resztki gruczołu, szczególnie zaś łuk przedni rychło staje się grubszym i krótszym; ztąd już łatwo nowotwór szerzy się na podniebienie miękkie i język, poprzedzany przez mocne ich zaczerwienienie i obrzęk. W innych znowu razach guz przybiera postać grzyba wklęsłego pośrodku, z nóżką niezawsze ściśle ograniczoną, a szeroko rozścielającego się pod podniebieniem miękkim.

3) Obmacywanie gardzieli dokonywa się brzuścem wskaziciela, a to w celu porównania obu stron jamy, jak również dopełnienia niektórych szczegółów. Tym sposobem udaje się wykryć niedostrzeżone stwardnienie, to ściślej oznaczyć granice guza, to wreszcie wyczuć powierzchnię ziarninującą.

Cierpienie gruczołów, znajdujących się w okolicy kąta żuchwy, zwykle towarzyszy opisywanym tu sprawom. Należy przeto nie zapominać o skrzętne badaniu takowych przy najniższym choćby owzrodzeniu migdałka i odwrotnie, powiększenie pierwszych wymaga pilnego oglądania jamy gardzielowej. Z początku wyczuwamy tylko jeden gruczoł twardy, bolesny i ruchomy; później przystępują i inne podżuchwowe, pierwotnie ulegające tylko w razach wyjątkowych, wreszcie biorą udział gruczoły szyjowe i nadobojczykowe. Zbytecznym

jest dodawać, że stan gruczołów doniosłe ma znaczenie w obec zabiegu operacyjnego i wyniku jego przy pozornie najlepszych warunkach, dotyczy to szczególnie pierwotnego nowotworu podniebienia miękkiego, które naczynia swe chłonne posyła ku gruczołom głęboko położonym.

Objawy ogólne nie występują zbyt wcześnie. Jeden np. chory przy 7-mio miesięcznym przybliżeniu posiadał wcale niezły wygląd i bardzo dobre lanknienie; takąż była dziewczynka, cierpiąca na mięsaka od lat kilku, który się rozwinął na tylnej ścianie gardzieli. Z drugiej jednak strony niektórzy chorzy giną wcześniej z braku dostatecznego pożywienia, a to unikając gwałtownych bólów, jakie powstają przy polykaniu. W ogóle rzecz można, że stan ogólny najczęściej zależy od natury samego guza.

Przebieg. Trwanie. Zejście. Jakkolwiek sprawa ciągle posuwa się naprzód, jednak w przebiegu jej spostrzegać można dłuższe lub krótsze przerwy; mamy tu na myśli czas, jaki upływa od zwyrodnienia gruczołów szyjowych. Przerostowy charakter nowotworu za cięższy uważany być powinien, aniżeli zanikowy. Guz wychodzący z migdałka szybko dąży ku podniebieniu miękkiemu, którego łuk przedni najłatwiej ulega, i ku odpowiedniemu brzegowi języka, różniąc się tym sposobem od pierwotnego przybliżenia języka, szerzącego się zwykle ku gardzieli. Przejście nowotworu na tylne nozdrza i krtań rzadko spostrzegać się daje.

O trwaniu nic stałego powiedzieć się nie da. Autor spostrzegł u kobiety 5-cio letni przybliżenie migdałka bez wpływu na stan jej ogólny, kiedy tymczasem podobny nowotwór w ciągu 4-eh miesięcy przyprawił o zgubę mężczyznę w sile wieku będącego. Różnicę taką wolno nam objaśnić naturą samego guza jak i więzią osobnika, u którego on powstaje.

Trudno uogólnić przyczynę zejść śmiertelnych; najczęstszą jednak bywa krwotok, jaki powstaje z licznych gałęzi tętnicy szyjowej zewnętrznej i zalewa drogi oddechowe. W jednym wypadku nagle śmierć nastąpiła wskutek obrzęku fałd nalewkonoagłośniowych, w innym znowu badanie zwłok wykazało gruczołową prosówkową płuc, niekiedy wreszcie przy zbyt bujących nowotworach chorzy łatwo się duszą.

R o z p o z n a n i e.

Niektóre cierpienia gardzieli mają wiele podobieństwa do nowotworów, a to ze względu na swe umiejscowienie i postać. Do najważniejszych zaliczyć należy:

1) **Przymiot.** Na migdałkach lub podniebieniu szankier twardy nierzadko widzieć się daje. Zarazony olówek, cygaro, butelka (przy wydymaniu w hucie) nareszcie spółkowanie nienaturalne są jego przyczyną. Przebieg bywa ostrawy z cierpieniem gruczołów przyusznych. Wrzód zwykle samotny przybiera kształt jajowaty lub zaokrąglony, dno jego sięga poziomu brzegów, zabliznia się szybko, a najczęściej przytrafia się mło-

dym kobietom. Jak dalece trudnem jest nieraz rozpoznanie, najlepiej poucza wypadek Blandin'a, gdzie guz migdałka, operowany jako rakowaty, Maissonnove uznał za przymiotowe cierpienie tego narządu. Wśród wtórnych objawów przymiotu przerost migdałków nie należy do rzeczy rzadkich; zbyt bujające na nich kępkki bardzo przypominają przybłoniak; późniejsze atoli, jako to mięczaki, tworzą owrzodzenia niebolesne z szarawem dnem i urwistemi brzegami, drażące niekiedy przez błonę śluzową, bez wpływu jednak na sąsiednie gruczoły.

2) Gruźlica gardzieli nie posiada ani stwardnienia, ani powiększonych gruczołów. Owrzodzenie rzadko krwawi i pokryte jest mięsistą ziarniną, dosyć różniącą się od wybujałości nowotworu złośliwego. Sprawa cała posuwa się naprzód więcej przez zniszczenie, niż przez narastanie, bardzo utrudniając przytem polykanie.

3) Wilk nader szybko szerzy się w gardzieli; pod wpływem leczenia może na chwilę przygasnąć, żeby w niedługim czasie wybuchnąć znowu z większą jeszcze gwałtownością.

4) Przerost zwyczajny migdałków łatwo odróżnić można już choćby dla tego, że jest obustronnym i najczęściej nawiedza ludzi młodych.

Co się tycze różniczkowego rozpoznania samych nowotworów, to tu zwraca się uwagę na siedlisko i niektóre szczególne cechy.

1) Mięsak migdałka spostrzegany przez Duchaussoy'a był guzem wielkości orzecha, bardzo twardym, wypukłym i przyrośniętym do łuku przedniego; bóle przeszywające stale mu towarzyszyły.

2) Przybłoniak wyróżnia się wczesnem owrzodzeniem na stwardniałej powierzchni, tudzież opieszałością w szerezeniu się po powierzchni i gruczołach.

3) Gruczolak i mięsak limfatyczny mają wygląd mózgowaty i znaczną objętość. Szare i nieco bolesne przy dotyku, łatwo przeistaczają ściany naczyń, wzrastają b. szybko i nieraz ulegają owrzodzeniu.

R o k o w a n i e.

Najlżejszym ze wszystkich pomienionych nowotworów jest mięsak. Całkowite wycięcie jego uchronić może od powrotu choroby, jak to widać z przypadku przed 3-ma laty przez Langenbecka operowanego. Przybłoniak tu najczęstszy, w pierwszych okresach swego istnienia nader wolno posuwa się naprzód. Raki rzadko w gardzieli spostrzegane, nie mniej są złośliwe niż w innych okolicach ciała. Gruczolaki i mięsaki limfatyczne Passaquay uważa za najzłośliwsze.

L e c z e n i e o p e r a c y j n e.

Nowotwór ograniczony bez zajęcia gruczołów i bez wpływu na stan ogólny należy niezwłocznie usunąć. Jeżeli ściana

gardzieli i odpowiednie gruczoły znakomicie uległy guzowi, jedni przystępują do operacyi, inni radzą jej zaniechać. Autor zwolennik pierwszych, stawia tu wskazania i przeciwwskazania, oparte na stanie miejscowym, ogólnym i stanie gruczołów. — Wycięcie najzupełniej jest wskazane, kiedy ograniczone porażenie dotyczy migdałka lub części podniebienia, korzystnem jest i wtenczas gdy gruczoły u kąta żuchwy nie ocalały, lecz są ruchome. Przeciwnie zaś jeżeli guz sam i gruczoły podżuchwowe zupełnie są nieruchome, a szyjowe i nadobojczykowe choć małe lecz dosyć są twarde — operacyja jest przeciwwskazana. Wobec szybkiego postępowania niektórych gruczolaków limfatycznych, operacyja ich więcej szkody niż pożytku przynosi; przeciwnie, powolny wzrost przybłoniaków zawsze sprzyja wycięciu. Względne przeciwwskazanie nie powinno odstraszać nas od zabiegu, zwłaszcza że chory nieraz oń błaga. Jeżeli usuniemy bóle w gardzieli, trudność polykania, krwotoki, duszność i polykanie zmartwiałych części nowotworu, chory już olbrzymią otrzyma ulgę.

Rękoczynny przygotowawcze.

1) Przecięcie tchawicy i wprowadzenie rurki tchawicowej zatykającej — Trendelburga, skutecznie zabezpiecza drogi oddechowe od napływającej krwi, jak również niezbędnem jest nieraz do usypiania chorego.

2) Podwiązania. Velpeau w celu wycięcia raka migdałka, wypełniającego całą jamę gardzielową, tymczasowo podwijał tętnicę szyjową wspólną. Polaillon uważa tylko za konieczne podwiązanie t. szyjowej zewnętrznej, co nie zabezpiecza zupełnie od krwotoku, lecz znacznie go powstrzymuje. Operacyja ta przedwstępna nieraz jest bardzo utrudniona przez zmienione gruczoły zasłaniające pień tętnicy.

3) Przecięcia różne. W celu ułatwienia przystępu do guza stosują się dodatkowe cięcia wewnętrzne lub zewnętrzne, to na linii środkowej podniebienia (sposób Manne'a dla polipów nosogardzielowych), to z boku jego, mianowicie na łuku przednim (Verneuil); za takie też uważać należy i przedłużenie kąta ust do przedniego brzegu mięśnia żwacza.

4) Przepiłowania i wypiłowania koscici. Cheever przepiłował i zeszył żuchwę po odjęciu migdałków; najczęściej wypiłowują część jej odpowiadającą kąтови. — Pierwszy Billroth zastosował w 1861 r. tymczasowe wypiłowanie żuchwy. Zbytecznem jest dodawać, że zabiegi te znakomicie powiększają pole operacyjne.

Operacyje zasadnicze.

Z narzędzi używane tu były: odgniatacz, żegadło, pętlica galwaniczna i nóż; z tych dwa ostatnie są najbardziej uprzywilejowane.

Droga naturalna czyli przez usta do nowotworu wystarcza, jeśli ten ostatni jest niewielki i ruchomy przy wolnych gruczolach. Autor na trupach różnego wieku przekonał

się, że po kolistem nacięciu błony śluzowej migdałek dosyć łatwo oddzielić się daje od swego łożyska za pomocą krzywych nożyczek Cheever wyluszczał go palcami, Chassaignac bowiem dowodzi, że podścielisko łącznotkankowe migdałka nie ma nie wspólnego z sąsiednią powięzią. Złośliwe zwyrodnienie gruczołu nie może wpłynąć na jego przyrośnięcie. W każdym razie po usunięciu migdałka należy bacznie rozejrzeć otaczające części na zranienie wystawione; najprzód m. migdałkowo-językowy (amygdaloglossus), niżej ryłco-językowy (styloglossus), dalej mały nerw języko-gardzielowy i znaczniejszy już językowy; wielki podjęzykowy zostaje u dołu i ku tyłowi migdałka, wreszcie gałęzie t. szyjowej zewnętrznej, które mogą być zranione. Tętnica szyjowa wewnętrzna jest dostatecznie oddaloną.

Droga sztuczna. Sposób Jaegera. Przecięcie policzka pierwszy raz zastosował Jaeger w 1834 r. przy raku języka. Prowadzi się go od kąta ust aż do brzegu prawego m. żwacza. Sposobu tego użył później Hueter w celu usunięcia migdała.

Sposób Polaillona. Po podwiązaniu tętnicy szyjowej zewnętrznej Polaillon łączy górny koniec rany z przedłużeniem cięciem poziomem Jaegera. Powstały tym sposobem trójkątny płat oddziela wraz z miękkimi częściami aż do kości. Następnie przepiłowywa żuchwę w odległości dwóch palców od linii pośrodkowej i gałąź jej wstępującą prawie na środku. Po wyjęciu wypilowanego kawałka kości, nowotwór znacznie odkryty usuwa za pomocą pętlicy galwanicznej. W innym znowu przypadku Polaillon uciekał się do cięcia półkolistego przechodzącego przez tylny i dolny brzeg żuchwy, a otaczającego dołek migdałkowy. Odmianę tego sposobu stanowią dwa cięcia poziome równoległe, połączone trzeciem prostopadłem idącym wzdłuż tylnego brzegu żuchwy.

Cheever - za pomocą poziomego cięcia na dolnym brzegu szczęki, wyluszczył migdałek po wyjęciu gruczołów i przepilowaniu kości przed m. żwaczem; wśród innych warunków do sposobu tego dodał cięcie równoległe do przedniego brzegu m. mostko-sutko-obojęzykowego.

Sposób Maunoury'ego zasadzający się na prostopadłem cięciu od kąta ust ku dołowi do podstawy żuchwy i poziomem ztąd poprowadzonym aż do jej kąta zastosował Verneuil przy przybłoniaku miękkiego podniebienia, przedniego łuku i tylnej części dziąsła.

J. Israel przy przybłoniaku trzeciej części gardzieli usadowionym na tylnej ścianie krtani wykonał najprzód przecięcie tchawicy, po trzech dniach poprowadził prostopadle cięcie od podstawy żuchwy i na dwa palce przed jej kątem aż do górnej części tchawicy. Krtani naówczas można było obrócić około jej osi i uwolnić od nowotworu. Chory zmarł po 7-miu dniach wskutek zgorzeliowego zapalenia tkanki łącznej pozagardzielowej.

Guz gardzieli, nie dający się usunąć z powodu swej wiel-

kości drogą naturalną, Duplay radzi operować sposobem Malgaigne'a zwanym laryngotomią podjęzykową, właściwie pharyngotomią. Cięcie poprzeczne długości 4 do 6 cm. prowadzi się po dolnym brzegu kości gnykowej unikając tym sposobem naczyń i nerwów krtaniowych górnych.

Co się tycze operacyj podejmowanych tylko w celu przyniesienia czasowej ulgi choremu, godne są uwagi przypadki M. Labbé'go i Novaro. W pierwszym nowotwór nabłonkowy zajął migdał, podniebienie, sąsiednią okolicę gardzieli, część języka i policzka, w drugim złośliwy nowotwór usadowił się na dolnej części gardzieli i górnej przetyku. Jedną z większych tego rodzaju operacyj wykonał M. Azio Caselli w Genui — u 19 letniej dziewczyny przybłoniak zajął gardziel, jęczyczek, migdały, podstawę języka i część krtani; bez wpływu jednak na gruczolę i stan ogólny. Po przecięciu tchawicy za pomocą noża galwanokaustycznego i założenia przyrządu Trendelenburga, operator tymże nożem przeciał miękkie części wzdłuż przedniej powierzchni krtani, następnie za pomocą pętlicy galwanicznej oddzielił ostatnią wraz z gardzielią na wysokości chrząstki obrączkowej; przeciąwszy pośrodku kość gnykową, wyluszczył podstawę języka — a wszedłszy do gardzieli, usunął część jej górną, całe podniebienie miękkie i wreszcie oba migdały. Chora po dwóch miesiącach mogła przyjmować płynne i stałe pokarmy przy ustawicznym rozszerzaniu blizn za pomocą zgłębnika przetykowego.

Leczenie wewnętrzne.

W wypadkach wątpliwych leczenie przeciwprimiotowe oddałoby nieraz niezaprzeczone usługi, jak to widzieliśmy z przypadku operowanego przez Blandin'a. Przetwory arsenu przy gruczolakach limfatycznych sprowadzają zwykle wyraźną poprawę. Nie godzi się również przemilczeć o pędzlowaniach kokainą. Rozumie się, że wszystkie te środki jak i kojenie moralne, działają tylko do czasu.

Wyniki operacyj.

Zapalenie płuc najczęściej przyprawiło o zgubę chorych operowanych. Chory Israela, stary pijak, zmarł wskutek flegmony zgorzelinowej pozagardzielowej. Polaillon stracił operowanego wskutek wtórnego krwotoku z guza po podwiązaniu tętnicy szyjowej wewnętrznej. Genzmer przez 3 lata nie widział powrotu mięsaka migdałka, usuniętego sposobem Langenbecka, a Rizzoli nawet w ciągu 24 lat. Zachodzi jednak pytanie, czy guz ten migdałka był złośliwym.

Wnioski.

Nowotwory gardzieli złośliwe są najczęściej natury nabłonkowej. Migdałek jest ich powszednim punktem wyjścia. Zjawiają się głównie w wieku dojrzałym bez względu na jakiegokolwiek nadużycia np. tytoniu. Początek ich zwiastują trojaki objawy: ze strony gardzieli, ucha i gruczolów.

Więcej wyraźne objawy czynnościowe są: ból w uchu, śli-

notok, trudność i ból przy polykaniu. Z cech przedmiotowych należy zwrócić uwagę na szerzenie się owrzodzenia więcej po powierzchni niż w głąb; na szarawy rozpadowy nalot je pokrywający; dalej na kształt guza niekiedy spłaszczony lub rozsypany w postaci wysypek, wreszcie zajęcie gruczołów w okolicy kąta żuchwy.

Objawy ogólne występują znacznie później. W szerzeniu się nowotworu spostrzedz można i przestanki. Najprzód dąży on do łuku przedniego, następnie do podniebienia. Niektóre przybłoniaki gardzieli drażą przez podstawę czaszki. Gruczolaki podniebienia, zwykle otorbione, mogą przybrać szybki wzrost mięsaków, uprzednio zniszczywszy świą powłokę. Wtórne cierpienie gruczołów przy przybłoniakach powoli dopiero powstaje. Przerost migdałków częsty w młodym wieku zmusza do troskliwego badania.

Różniczkowe rozpoznanie przymiotu a szczególnież szankra migdałka natrafia nieraz na wielkie trudności. Cierpienia gruźlicze już więcej są wyraźne.

Ze względu na zabieg operacyjny zwracamy uwagę na następujące dane.

1) Należy operować nowotwór ograniczony bez zajęcia gruczołów.

2) Również wypada usunąć guz obszerny, ruchowy, nawet przy cierpieniu gruczołów.

3) Przy bardzo znacznem rozszerzeniu się nowotworu operacja jest dozwolona, a to w celu przyniesienia chociaż czasowej ulgi choremu.

Postępowanie operacyjne dzieli się na przygotowawcze i zasadnicze.

Dwie drogi prowadzą do nowotworu: naturalna i sztuczna.

Wczesne i zupełne wycięcie może na dłużej zabezpieczyć życie chorego.

A. Ciechomski.

II. Oftalmologija.

17. D-r WECKER. **Antyseptyka jako środek zapobiegający niebezpieczeństwu śmierci po operacjach w oczodole.** (*Annales d'Oculistique* T. XCV. 1886)

Powoławszy się na pracę Deutschmanna w *Archiv für Ophthalmologie* „o zapaleniu opon mózgowych spowodowanem wyluszczeniem galki ocznej“, opierając się na własnych spostrzeżeniach, autor przychodzi do wniosku, że wypadki śmiertelne po operacjach w oczodole zależą od zanieśienia zarodków zakaźnych z oczodołu do jamy czaszkowej za pośrednictwem dróg limfatycznych, a zwłaszcza przestrzeni pochwowych nerwu wzrokowego i innych nerwów oczodołu, szczególnież pochodzących od szóstaj pary. Co do sposobu i czasu zakażenia to sądzi że:

1) Najniebezpieczniejszą pod tym względem w czasie operacji jest chwila otwarcia wyżej wzmiankowanych dróg limfatycznych, komunikujących z jamą czaszkową, w miarę zaś jak zapalenie zlepane przerywa tę komunikację, niebezpieczeństwo zakażenia zmniejsza się.

2) Niebezpieczeństwo obrażenia dróg limfatycznych zwiększa się jeszcze w przypadkach, w których idzie o wyluszczenie galki ocznej już noszącej w sobie posiew zakaźny, jak np. galki będącej powodem zapalenia współczulnego, czyli raczej wędrującego (ophtalmie migratrice) jak go nazywa autor, łącząc z tym terminem pojęcie o rozprzestrzenianiu się pierwiastków zakaźnych za pośrednictwem dróg limfatycznych z jednego oka na drugie. Również niebezpieczeństwo jest groźnym przy wyluszczeniu galki zawierającej ciało obce, prawdopodobnie zakażone, lub będącej siedliskiem rany zakażonej.

3) Po wstawieniu się ropienia niebezpieczeństwo rozszerzenia się sprawy zapalnej na opony mózgowie ustaje.

Następnie, obliczając śmiertelność po operacjach w oczodole na zasadzie obserwacji swoich i Graefego na $\frac{1}{3}\%$, przedstawia korzyści z postępowania przeciwnilnego, zasadzające się na szybkim postępowaniu sprawy gojenia bez najmniejszego ropienia i wskutek tego możności wstawienia oka sztucznego już na ósmy dzień po wyluszczeniu, lub wywnętrzeniu (exenteratio) galki ocznej.

W końcu podaje autor następujące prawidła praktyczne:

1) Przystępując do operacji w oczodole, należy najtroskliwszą zwracać uwagę, by użyte instrumenta jakoteż wydzieliny: łącznicy powiek i worka łzowego nie zakaziły przestrzeni limfatycznych lub pni żylnych, komunikujących z jamą czaszkową.

2) Podobnego zakażenia tem więcej należy się obawiać, że obrzmienie zapalne towarzyszące ropnemu zapaleniu galki ocznej zdaje się szczególnie usposabiać do przyjęcia i rozsięwania pierwiastków zakaźnych.

3) Dezynfekcja terenu operacji przed i po takowej za pomocą energicznych przepłókiwań roztworem sublimatu i zamknięcie rany szwem, gdzie to jest możliwem, powinny być jak najskrupulatniej dokonane.

4) Zastosowanie środków przeciwnilnych powinno być najściślej podczas 48 pierwszych godzin po operacji, kiedy drogi limfatyczne komunikujące z jamą czaszkową należy uważać jeszcze za otwarte.

5) Dawać pierwszeństwo operacjom, które, jak wywnętrzenie (exenteratio), oszczędzają te drogi komunikacyjne.

W ogóle autor przy wędrujących zapaleniach oczu przekłada wywnętrzenie galki (exenteratio), zasadzające się na całkowitem wydaleniu zawartości białkówki oka, nad wyluszczenie, ponieważ przy pierwszym przestrzenie limfatyczne między-

pochwowe nerwu wzrokowego pozostają często nienaruszone, podczas gdy przy wyluszczeniu przestrzenie te jako też grubsze pnie bywają szeroko otwarte. Doświadczenie całkowicie potwierdza te wywody teoretyczne; co się zaś tyczy skuteczności podobnej operacji przy wędrujących zapaleniach oczu, to jak dotąd nie ma powodu mniemać, by ona była mniej skuteczną, jak wyluszczenie galki, co zresztą i teoretycznie daje się uzasadnić, ponieważ cała zawartość galki zostaje wydalona, a jama jej ściśle dezynfekowana.

T. Mączewski.

18. D-r WECKER. **Wstrzykiwania, opatrunek ezerynowy i antyseptyka oczna.** (*Annales d'oculistique*. T. XCV. 1886 r.).

Autor zwraca uwagę, że wstrzykiwania płynów do przedniej komory oka były stosowane dotąd w poczwórnym celu, a mianowicie: 1) dla wydalania z niej nagromadzonej ropy (Saint Yves), 2) dla wydalania złożeń krwi (Heymann), 3) dla wydalania mas korowych z woreczka soczewkowego podczas operacji zaćmy (Inouye, M'Keown, Wicherkiewicz), 4) dla dezynfekcji przedniej komory oka (Panas). Nad tym ostatnim punktem zastanawia się Wecker bliżej.

Uznając znakomite rezultaty otrzymane przez zastosowanie przeciwnie metody do operacji ocznych, mniema jednakże, że główna jej wartość polega na wydalaniu mechanicznem pierwiastków zakaźnych za pośrednictwem płynów aseptycznych. Chcąc dosadniej wyrazić swą myśl, powiada, że używając do przemywań czystej wody, gdyby można mieć prawdziwie czystą wodę, otrzymalibyśmy również dobre rezultaty; cała wartość płynów przeciwnie polega na tem, że są one wolne od zarodków organicznych. Na poparcie powyższego twierdzenia powołuje się na odpowiednie doświadczenia Kocha i Sattlera. Według Sattlera rozczynek sublimatu I na 5000, który jeszcze jest znoszony przez łącznicę oka, potrzebuje przynajmniej trzech minut dla zniszczenia mikrokokków, tak długie jednak przemywanie rany rogówki jest niemożliwe, przyczem rozczynek tej mocy nie może jeszcze być wstrzykiwanym do środka oka, rozczynek zaś dwujodku rtęci proponowany w tym celu przez Panas'a posiada własności przeciwnie jeszcze w niższym stopniu. Nie dezynfekuje tedy w ścisłym znaczeniu, lecz wypłukiwanie komory przedniej płynem aseptycznym uważa autor za rzecz słuszną; główną jednak uwagę zwraca na przepłukiwanie rany rogówki, gdyż klinika poucza, że zwykłym źródłem ropienia bywa zakażenie tej ostatniej. Wstrzykiwanie do przedniej komory płynów, ma według niego cel ważniejszy — mianowicie wywołanie i utrzymanie skurczu tęczy i tem samym zapobieżeniu jej wypadnięciu przy wydalaniu zaćmy sposobem prostym (bez wycięcia tęczy).

Cel ten osiąga się w części mechanicznem podrażnieniem tęczy przez płyn wstrzykiwany, żeby jednak to działanie wzmożnić i do pewnego stopnia utrwalić, autor używa do wstrzykiwań rozczynek ezeryny (Aq. destil. 100,0, Ac. borici 4,0, Eser-

rini salicyl. 0,25). Prócz tego po skończonej operacji nakłada na powieki krążek napojony stężonym kwasem bornym dobrze wyżęty, polewając go następnie mieszaniną z 4-ch części gliceryny i jednej części wody zawierającej 4^o/_o kwasu bornego i 1/2^o/_o salicylanu ezeryny. Korzyści z takiego postępowania autor tak streszcza;

A. Co się tycze wydalenia zaćmy:

1) Unika się wypadnięcia tęczy przez działanie mechaniczne i lecznicze wstrzykiwań ezeryny.

2) Wymywa się i czyni absolutnie czystą jamkę woreczka soczewkowego, na której ma spoczywać tęcza przez cały czas gojenia i w ten sposób unika się wzrostów tylnych (Autor w woreczku soczewki przed wydalaniem zaćmy wycina kawałek czworokątny, a wydaliwszy zaćmę, wstrzykuje roztwór ezeryny, przyczem pozostałe masy korowe mętnieją, co ułatwia ich wydalenie).

3) Ułatwia się w okresie gojenia przywrócenie kąta między tęczą i rogówką, mające tak wielką wagę dla prawidłowego obiegu i fitracji płynów wewnątrz gałki ocznej.

4) Unika się wszelkiej wydzieliny łącznicowej, a tem samem oddala się możność przypadkowego zakażenia po operacji.

B. Co się tycze jaskry i cierpień rogówki, to opatrunek ezerynowy zmniejsza wydzielanie łącznicy i ma tę zasługę, że utrzymuje oko nieustannie pod wpływem środka zwężającego źrenicę.

Można też przemywać przednią komorę oka roztworem ezeryny w zapaleniach rogówki z nagromadzeniem w komorze ropy, lub nawet wstrzykiwać go do oka po cięciu białkówki (sclerotomia), korzystając w ten sposób z bezpośrednio działania ezeryny na tęczę.

W końcu wyraża autor nadzieję, że użycie bezpośrednio i długotrwałe ezeryny przyczyni się znacznie do zwycięstwa sposobu operowania zaćmy bez wycinania tęczy.

T. Mączewski.

19. D-r Ch. ABADIE. **Obfite krwotoki dna ocznego u młodych osobników.** (*Annales d'Oculistique*. Tom XCV r. 1886).

Autor zwraca uwagę na obfite wylewy krwi nie ograniczające się siatkówką i tarczą nerwu wzrokowego lecz rozszerzające się na ciało szkliste. Główny objaw kliniczny stanowi szybko, lecz nie nagle występująca utrata wzroku (w ciągu kilku dni).

Zwykle chorzy udają się do lekarza, gdy już wzrok znacznie podupadł, ciało szkliste całkowicie zmętniało i badanie wziernikiem ocznym jest niemożliwe. Raz jednakowoż udało się autorowi obserwować sprawę chorobową w jej zaczątku w lewym oku, podczas gdy prawe uległo już znacznym zmianom; widział wtedy najpierw wązkie prążki krwi wzdłuż na-

czyń siatkówki, które rozszerzając się następnie, zajęły stopniowo tarczę nerwu wzrokowego i okolice tylnego bieguna gałki, podczas gdy inne w kształcie szerokich plam rozlewały się w pobliżu jej równika. Ciało szkliste stało się nagle mętne zwłaszcza w okolicy bieguna tylnego; — zmętnienia z początku nitkowate i błoniaste zwały się w obłok ciemny niedozwalający oświetlać dna oka, przy oświetleniu elektrycznym z photophoru Trouve'go udało się autorowi zobaczyć wrzecionowate wylewy krwi wychodzące z tarczy i przenikające do ciała szklistego. — Najbardziej zbliżony do równika gałki pas ciała szklistego pozostaje zawsze niezmiennym, wskutek czego, po uprzednim rozszerzeniu źrenicy, nawet przy zwykłym oświetleniu u obwodu gałki daje się spostrzedz odbłask czerwony dna ocznego, podczas gdy reszta pozostaje zupełnie czarna. Opisane wylewy krwawe pozostają bez żadnych objawów odczynu, jako to: bólu, nastrożycięcia łącznicy i t. p., ciśnienie śródoczne pozostaje niezmiennym, lub nawet cokolwiek się zmniejsza. Zaburzenia czynnościowe stosują się do umiejscowienia i obszaru zmian: widzenie naosne upada szybko, podczas gdy obwodowe zachowuje się stosunkowo długo i nawet w zastarzałych przypadkach pozostaje ilościowe uczucie światła na całym obwodzie, czem właśnie różni się porażenie opisywane od obszernych odklejeń siatkówki często z nim mieszanych (przy odklejeniach siatkówki również brak czerwonego odbłasku dna ocznego na obwodzie przy oświetleniu wziernikiem).

Wskazawszy następnie używane przez siebie w podobnych wypadkach leczenie (10 kropli ergotyninu Tanret'a dziennie, 1 gramm ekstraktu chininy, $\frac{1}{2}$ szklanki limonady z kwasem siarczanym i 10 kropli półtorachlorku żelaza), które dawało wyniki nader zadawalniające (w jednym wypadku prawie zupełne wyzdrowienie), autor zwraca w końcu uwagę na to, że i podobne wylewy krwawe bywają zwykle poprzedzane przez częste krwawienia z nosa i że (przynajmniej w wypadkach autora) zauważono przy nich znaczne zmniejszenie liczby czerwonych ciałek krwi.

T. Maczewski.

20. D-r Ch. ABADIE. **Uwięzienie tęczy i woreczka soczewkowego po operacji zaćmy z wycięciem tęczy.** — (*Annales d'Oculistique* T. XCVI r. 1886).

Zaznaczywszy że wypadnięcie i uwięzienia tęczy jako też woreczka soczewkowego przy tym sposobie operowania miewa miejsce często dni następnych po operacji, autor wygłasza zdanie, że większa część, jeśli nie wszystkie zapalenia tęczówki (iritis), jako też tęczówki i naczyńki (iridochoroiditis) występujące w kilka dni po operacji zaćmy w tem właśnie uwięzieniu biorą początek. Zapalenia spowodowane uwięzieniem tęczy, dają się niekiedy zwalczyć zwykłymi środkami, lub wręcz wtórnym wycięciem tęczy, lecz wywołane uwięzieniem woreczka, wymagają zawsze wdania się operacyjnego, przyczem jednak zwykły sposób polegający na rozerwaniu zmętniałego woreczka igłami lub wycięciu nożyczkami, albo pincetem We-

cker'a, jest niedostatecznym, gdyż jest on skierowany na płat tylny woreczka, wówczas gdy uwięzionym jest płat przedni. — Autor w podobnych razach wykonywa z dobrym skutkiem cięcie białkówki (sclerotomia) w odstępie co najwyżej $\frac{1}{2}$ milimetra po za bliźną pozostałą po operacji zaćmy, przyczem płat uwięziony woreczka zostaje odcięty i wszelkie targanie ciała rzęskowego, powodujące groźne następstwa, ustaje. W końcu autor oświadcza się za wykonywaniem operacji zaćmy bez wycinania tęczy we wszystkich wypadkach zaćmy prostej.

T. Mączewski.

21. D-r WARLOMONT. **Oddzielenie siatkówki i operacja wycięcia tęczy.** (*Annales d'oculistique*. Tom XCV 1886 r.).

Zaznaczywszy że sposób działania tej operacji dotąd pozostaje niewyjaśnionym, autor wspomina M. Drunsart'a, który na zjeździe francuzkiego towarzystwa okulistów w 1883 r. przedstawił sposób leczenia odklejeń siatkówki za pomocą wycięcia tęczy, opaski uciskającej i następnych wstrzykiwań pylokarpiny przy położeniu poziomem chorego, uzasadniając wspomnianą operację tożsamością procesu przy jaskrze i krótkowzroczności postępowej. Warlomont zastosował ten sposób leczenia przy dawnem i obszernem odklejeniu siatkówki na oku prawem u chorego, który właściwie leczył się z powodu cierpienia oka lewego (retinitis serosa). Przed operacją w oku prawem istniało tylko ilościowe poczucie światła, przyczem ciśnienie śródoczne było zmniejszone; po zrobieniu operacji połączonej z wypadnięciem części ciała szklistego i nałożeniu opaski uciskającej, już na czwarty dzień widzenie o tyle się polepszyło (nawet bez zastrzykiwań pylokarpiny), że chory mógł prawem okiem liczyć palce na odległości jednego metra, a po 24 dniach przy korekcyi + 2 D czytał N. 7 skali Wecker'a.

T. Mączewski.

22. D-r H. PURINAUD. **Nieczułość siatkówki,** (*Annales d'oculistique* T. XCV. r. 1886).

Pod tym tytułem opisuje autor szczególny rodzaj niedoślepu zależny od zakłóceń w sferze czucia, występujących najczęściej w formie znieczulenia połowicznego (hemanaesthesia) zwykle macienniezej natury.

Tego rodzaju niedoślep posiada według autora następujące cechy:

a) Osłabienie wrażliwości na światło (dysphotopsia) będące najpierwszym, a niekiedy jedynym objawem tego cierpienia. Osłabienie to zaczyna się na obwodzie i posuwa ku środkowi, czemu towarzyszy zwężenie pola widzenia, zawsze koncentryczne. Ważną cechą tego osłabienia wrażliwości na światło stanowi zupełny brak kurzoślepu — przeciwnie w wielu razach widzenie przy umiarkowanym oświetleniu polepsza się, a niekiedy dochodzi nawet do prawdziwego światłowstrętu, co dało powód niektórym badaczom do mówienia o nadczułości (Steffan), a co objaśnia się łatwo przez porównanie z nieczułością bolesną skóry (anaesthesia dolorosa).

b) Osłabienie czułości na barwy (dyschromatopsia) towarzyszy zwykle tej formie cierpienia, choć bywają wypadki, że wrażliwość na barwy pozostaje nietkniętą, z warunkiem jedynie ich natężenia odpowiedniego stopniowi znieczulenia na światło; to nam objaśnia fakt, że niekiedy jasne odcienia barw (odbijające więcej światła) bywają dokładnie rozpoznawane, gdy ciemniejszych chory nie odróżnia.

Wrażliwość na barwy upada zwykle w porządku następującym: fioletowa, zielona, niebieska, czerwona. W tym samym porządku zwęża się pole widzenia dla różnych barw. Najpierwszym objawem jaki spostrzegamy jest przemieszczenie kręgów ograniczających pole widzenia dla barw niebieskiej i czerwonej — pole widzenia dla ostatniej staje się najobszerniejszem; zdarzają się jednak wyjątki. Zwężenie pola widzenia dla barw odbywa się równie koncentrycznie, choć wyjątkowo może się zdarzyć nieczułość na barwy w kształcie pośrodkowego braku w polu widzenia (scotoma).

c) Siła wzroku stosunkowo bywa mało dotkniętą.

d) Dwojenie się lub raczej wielowidzenie jednooczne (polyopia monocularis) istniejąca jedynie w pewnej odległości od oka. Zjawisko to objaśnia autor skurczem akomodacyi bez jednoczesnego zwężenia źrenicy, skutkiem czego niejednorodność budowy soczewki wychodzi na jaw. W punkcie jednak jasnego widzenia wielowidzenie nie istnieje (wskutek skurczu akomodacyi, punkt najdalszy jasnowidzenia zlewa się z najbliższym).

Co się tyczy przebiegu nieczułości siatkówki, to jest on nader nieprawidłowy: zakłócenie widzenia zmienia się pod wpływem napadów maciennicy jak i racyjonalnego leczenia. Niekiedy raptownie następuje ślepotą, po kilku znów dniach wzrok powraca — pozostaje tylko pewien stopień niedoślepu; w innych razach cierpienie przechodzi bez śladu, zwłaszcza u dzieci. — W ogóle jednak, w stosunku do innych zaburzeń czynnościowych, nieczułość siatkówki odznacza się stałością i trwa niekiedy po ustąpieniu zupełnem innych objawów maciennicy. Zmian, któreby można stwierdzić wzornikiem ocznym, autor nie spostrzegł nigdy.

Z powikłań, oprócz wzmiankowanego wyżej skurczu akomodacyi, zdarza się skurcz mięśnia zwieracza powiek i opadnięcie powieki górnej pseudoparalityczne, które łatwo przechodzą jedno w drugie. Zdarzają się również obustronne porażenia mięśni jednoimiennych.

Nieczułość siatkówki bywa obustronna lub jednostronna i pozostaje w stałym związku z porażeniem czucia połowicznem i również jak to ostatnie występuje zwykle przy maciennicy. — Może być jednak wywołana przez uszkodzenie tylnej części *capsulae internae*; zdarza się również w zatruciach ołowiem i alkoholem, wszelako autor stawia pytanie, czy wpływy tego rodzaju nie działają jedynie w ten sposób, że rozbudzają usposobienie nerwowe dotąd ukryte.

Wreszcie zastanawia się autor nad stosunkiem tego rodzaju niedosłępu do ośrodków nerwowych w mózgu. Na zasadzie tego, że nieczułość siatkówki jest tylko jednym z objawów porażenia czuciowo-zmysłowego połowicznego, wnosi, że ona musi być w związku z cierpieniem przeciwległej półkuli mózgu.— Lecz w takim razie fakt ten byłby w sprzeczności z przyjętą ogólnie teorią Graefego, według której tylko połowa siatkówki każdego oka zostaje pod wpływem półkuli mózgu przeciwległej, druga zaś połowa pod wpływem półkuli jednoimiennej. Teoria Graefego oparta jest na istnieniu hemiopii obustronnej, przy znieczuleniu zaś połowicznym nie bywa nigdy hemiopii.— Dla objaśnienia tego faktu, autor przypuszcza, że jedna i ta sama półkula mózgu może wchodzić w związek, raz z całą siatkówką przeciwległą, drugi raz z połowami jednoimiennymi obu siatkówek. Na poparcie tego twierdzenia autor przytacza szereg doświadczeń.

T. Mączewski.

23. D-r Ch. ABADIE. **Przymiotowe porażenia oczu późne i ich leczenie.** (*Annales d'oculistique*. Tom XCV 1886 r.)

Do tego rodzaju cierpień zalicza autor: 1) zapalenie rogówki miąższowe (objaw przymiotu wrodzonego), 2) zapalenie naczyniówki rozsiane, 3) zapalenie naczyniówki z siatkówką (chorioretinitis) ograniczone do plamy żółtej z dążnością postępową i 4) porażenia nerwów mięśniowych gałki ocznej, ograniczone do jednego jakiego nerwu (najczęściej w sferze nerwu okoruchowego wewnętrznego).

We wszystkich wyszczególnionych cierpieniach gdy inne metody leczenia przeciwprzymiotowego okazują się bezskutecznymi, zastrzykiwania podskórne rozczyń dwuchlorku rtęci (Merc. subl. 1,0, Natr. chlorati 2,0, Aq. destil. 100) przynoszą znaczny pożytek.

Tak naprzykład w zapaleniach naczyniówki rozsianych, które zwykłym sposobem leczenia (wcierania merkurujalne, jodek potasu) zaledwie dają się zatrzymać w swym przebiegu, przy leczeniu wstrzykiwaniami dwuchlorku rtęci, otrzymywał autor we wszystkich wypadkach polepszenie siły wzroku.

T. Mączewski.

24. F. W. HOFFMANN. **Przypadek wyleczenia sympatycznego zapalenia bez wyluszczenia gałki ocznej.** (*Klin. Monats. f. Augenhkld.* April 1866).

Przypadki wyleczenia sympatycznego zapalenia bez wyluszczenia pierwotnie chorego oka spostrzegane bywają nadzwyczaj rzadko. Jeden z takich przypadków opisany przez autora odnosi się do 55-letniej chorej, u której po operacji wyjęcia zaciemka, przyczem w oku pozostała niewielka ilość masy korowej, powstało surowiczoplastyczne zapalenie tęczy i ciała rzęskowego. W pozostałym po zapaleniu następczym zaciemku starano się utworzyć nową źrenicę za pomocą iridotomii i kiedy we trzy tygodnie potem oko operowane uspokoiło się zupełnie, powstaje na drugim oku surowicze zapalenie tęczówki i ciała rzęskowego zakończone utworzeniem się zaciemka, wyjęcie któ-

rego, poprzedzone operacją sztucznej źrenicy, dało stosunkowo dobry rezultat—chora wyszła z siłą wzroku $\frac{1}{3}$. Z.

25. SCHLEICH. **Oczy epileptyków.** (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilkd.* Nowember. 1886).

Autor zbadał stan oczu u 127-miu epileptyków, rezultat badania w ogóle wykazał: brak jasnych zmian dna ocznego, częstość lekkich zбочeń przy prawidłowym wzroku (u 8-miu błądź zewnętrznej połowy, u 9-ciu zaś błądź całej tarczy nerwu wzrokowego), brak zбочeń wzrokowych, częstość nadwzrocności (127 oczu na 252) i zezu (4 razy zbieżny, 3 razy rozbieżny) i nakoniec brak porażeń mięśni ocznych. Z.

26. HIRSCHBERG. **Diabetes w praktyce prywatnej.** (*Centralbl. f. pract. Augenheilkd.* Juli 1886):

Na 1638 ocznych chorych cukrzyca była przyczyną choroby oczu w 16-tu przypadkach. Najczęstszym objawem było osłabienie akkomodacy (7 przypadków), zapalenie tęczówki było w 2-ch przypadkach, zaciemek w 6-ciu. Ważnym objawem poczynającego się cukrzycowego zaciemku jest czasowe podwójne widzenie. Zapalenie siatkówki było trzy razy. — Niedosłep cukrzycowy istniał w 2-ch przypadkach, zanik nerwu wzrokowego w jednym i nakoniec porażenie nerwu odwodzącego także w jednym przypadku. Z.

OGŁOSZENIA KONKURSOWE.

I.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie ogłasza następujące cztery temata do nagród konkursowych z funduszu imienia ś. p. D-ra Adama Helbicha, już w roku zeszłym w pismach lekarskich podane:

1) „O znaczeniu i wartości klimatu swojskiego w leczeniu suchot płucnych“ z terminem do d. 31 Grudnia 1887 r.

2) Opisać pod względem lekarskim i krytycznie porównać źródło-wiska słono-siarczane i solanki jodowo-bromowe krajowe, jako to: Busk, Ciechocinek, Druskieniki, Iwonicz i inne, z terminem do dnia 31 Grudnia 1887 r.

3) „Zmiany chemiczne moczu w przebiegu suchot płucnych“, z terminem do d. 1 Lipca 1887 r.

4) „Określić drogą kliniczną wartość leczniczą mięsienia (massage) z terminem do d. 31 Grudnia 1888 r.

Za każdą z powyższych prac wyznaczoną jest nagroda po rs. 150. — Wszystkie prace nadesłane być mają pod adresem Towarzystwa Lekarskiego w Warszawie (ulica Niecała N-r 7) z zachowaniem zwykłych form konkursowych, t. j. nazwiska autorów i miejsce ich zamieszkania mają być podane w osobnych kopertach zapieczętowanych i opatrzonych stosownemi dewizami.

Z upoważnienia Towarzystwa, Sekretarz stały
D-r Szokalski.

II.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie podaje do wiadomości publicznej, że na zasadzie ustawy o nagrodach konkursowych z funduszu stałego imienia Tytusa Chałubińskiego, doktora medycyny i chirurgii, byłego profesora kliniki terapeutycznej i członka Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, przyznana będzie jedna nagroda konkursowa w kwocie 240 rs.

Do konkursu przyjmowane będą prace oryginalne, najmniej pięć arkuszy druku zawierające, wydane w ciągu lat czterech, licząc od dnia 1-go Kwietnia 1884 r. w przedmiotach odnoszących się do nauk lekarskich lub pomocniczych, z wyłączeniem rękopismów i wydawnictw pism peryjodycznych.

Dziela nadsyłane być mają pod adresem Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego (ulica Niecała N-r 7) lub też składane być mogą na posiedzeniu Towarzystwa za pośrednictwem jednego z jego członków. Termin prekluzyjny do nadsyłania dzieł do konkursu oznacza się do dnia 1 Kwietnia 1888 r.

Z upoważnienia Towarzystwa, Sekretarz stały,

D-r Szokalski.

— Trzeci międzynarodowy kongres w Bazylei.

Nagroda Lenval. Otwarcie kongresu.

1) Baron Leon de Lenval w Niccy ofiarował sumę 3,000 franków jako nagrodę dla wynalazcy przyrządu, którego budowa przedstawiałaby najlepszy sposób zastosowania zasady mikrofonu, któryby był przytem łatwo przenośnym i polepszał słuch chorych.

2) Narzędzia, ubiegające się o tę nagrodę, powinny być przysłane do jednego z niżej podpisanych członków jury, wyznaczonego na żądanie barona L. de Leval przez III-ci międzynarodowy kongres otologiczny, przed 31 Grudnia 1887.

3) Tylko narzędzia zupełnie wykończone będą dopuszczone do tego konkursu. Przy badaniu będzie brana pod uwagę doskonałość konstrukcyi mechanicznej, ściśle uwzględnienie praw fizyki, a głównie poprawa słuchu, osiągnana przez przyrząd.

4) Ogłoszenie wyroku sądu, jak również doreczenie nagrody będzie miało miejsce na IV-tym międzynarodowym kongresie otologicznym w Brukseli we Wrześniu 1888 r.

5) Wrazie jeżeli żadne z narzędzi nie zostanie uznanem za godne nagrody, jury zastrzega sobie prawo ogłoszenia nowego konkursu w r. 1888 do czasu zebrania się następnego międzynarodowego otologicznego kongresu.

Członkowie jury: Prof. D-r *Hagenbach-Bischoff*, prezes jury. Bazy-lea (Missionst. 20).

D-r *Benni*, Warszawa (Bracka, 16).

D-r *Gellé*, Paryż (Avenue de l'opera, 20).

Prof. *Adam Politzer*, Wiedeń (I. Gonzagagasse; 19).

Sprostowanie.

W Nrze 1-ym „Kroniki“ w artykule D-ra Perkowskiego wkra-
dły się następujące pomyłki, które niniejszem prostujemy:

Na str. 11 drugi wiersz od dołu należy opuścić wyrazy: „i we-
wnętrznej“.

Na str. 12 18-ty wiersz od góry należy opuścić wyrazy: „i we-
wnętrznej“.

Na str. 14 zamiast podanego przy rysunku objaśnienia, winno być
następujące:

„1. N. radialis.

„2. Gałąź tylna nerwu promieniowego, dzieląca się na
„gałązki powierzchowne i głębokie.

„P. Miejsce gdzie nerw promieniowy w moim wypadku
„został przerwany“.