

KRONIKA LEKARSKA

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

PROMIENICA, Actinomycosis.

Podał Dr. F. Kijewski.

(Dokończenie ob. Nr. 13 i 14).

Również rzadko spotykamy się z guzami umieszczonemi wyłącznie na gałęzi wstępującej części dolnej, — zwykle zajmują one kąt szczęki, z kądem w części tylko przechodzić mogą na gałąź wstępującą.

Guzy podszczękowe istnieją albo oddzielnie, nie posiadając żadnej łączności ze szczęką, albo też stanowią dalszy ciąg guzów powstałych na szczęce, z którymi się łączą za pomocą sznurkowatych zgrubień. Niekiedy przez stopniowe zanikanie owego sznurka łączność taka ginie, skutkiem czego otrzymujemy guzy zupełnie odosobnione.

Na szyi zwykle znajdujemy ogniska przechodzące ze szczęki, na co wskazują ślady łączności z guzami szczękowemi, albo też szyja przedstawia pierwotne ognisko cierpienia bez udziału szczęki, jak to widzimy w spostrzeżeniu Ponficka, gdzie pasorzyt przeniknął przez przelyk i cierpienie umiejscowiło się na szyi.

Jak nam wiadomo, proces może zajmować zarówno górną szczękę jak i dolną, części otaczające je, podstawę jamy ustnej, całą okolicę podszczekową i szyję. Niekiedy sprawa chorobowa ogranicza się tylko tkanką otaczającą szczękę, niekiedy poraża okostną, odłuszcza ją od kości, a nawet przenika w samą kość; tkanka łączna podskórna, międzymięśniowa, a także same mięśnie mogą być infiltrowane przez guziki promienicy.

W większości wypadków pierwotne guziki rozwijają się zwolna i przedstawiają się pod postacią obrzmienia rozlanego, dosyć twardego i pokrytego niezmienną skórą. Stopniowo obrzmienia takie w pewnych miejscach nabierają wygórowania, które skutkiem znanych już nam przyczyn mięknie i wte-

dy przy obmacywaniu guza możemy wyczuć rodzaj chełbotania (*pseudofluctuatio*), czasem zaś powstaje prawdziwe chełbotanie, guzy przechodzą w ropnie.

Esmarch uważa, że właściwą cechą tych nowotworów stanowi dosyć obszerne twarde nacieczenie otaczające każdy guz. Skóra na zropniałych miejscach cienieje, przybiera barwę sino-czerwoną i wreszcie pęka.

Na przecięciu takiego na wpół rozmiękczonego guza znajdujemy wiotką tkankę ziarninową w rozmaitych okresach rozpadu, dającą się łatwo rozgnieść, miejscami napotykamy żółte strzępki zależące od stłuszczenia, a miejscami ciemnoczerwone zabarwienie skutkiem włosowatych wynaczynień.

Granice guza są bardzo niewyraźne i przejście od rozpadającej się tkanki do zdrowych części jest nader nieznaczne *).

Po pęknięciu guza wypływa zawartość, która jest nadzwyczaj charakterystyczna i często w wypadkach wątpliwych stanowi jedyny środek do rozpoznania choroby. Ponfick nważa ją jako cechę patognomiczną. Zawartości zwykle jest niewielka ilość, składa się ona z cieczy niekiedy gęstej, szlamistej, lepkiej, niekiedy rzadkiej, brunatnawej, lub surowiczoropnej, bez zapachu, albo też cuchnącej, co zwykle zdarza się w starszych ropniach; w cieczy tej zawieszono są żółtawe, pomarańczowe, szarawe lub białawe grudki grzybków promienistych rozmaitej wielkości, od ziarnka drobnego piasku do prosa, a nawet nieco większe.

Niekiedy na powierzchni jednego guza znajduje się kilka otworów i z każdego sączy się nieznaczna ilość wydzieliny, szczególniejszy spotykamy to na guzach obszernych na karku i plecach. Oddzielne jamy ropne za pomocą przetok mogą się ze sobą łączyć. Ropnie umieszczone w okolicy szczęk, twarzy i szyi, otwierają się bądź to do jamy ustnej, bądź też na zewnątrz. Po opróżnieniu guz taki może się szybko zagoić, lub też, co się zdarza częściej, daje początek przetocze.

Bez porównania rzadziej się zdarza, aby tkanka granulacyjna zanikła, a w miejsce niej rozwinęła się tkanka łączna, — guz wtedy się ściąga i pozostaje tylko stwardnienie, które czasem może się zupełnie wyrównać.

Jestto rodzaj samorodnego zagojenia się guza, co we-

*) J. Israel.—l. c. str. 94.

dług spostrzeżeń Izraela zdarza się tylko w miejscach bardzo starych; przy takim zejściu można odnaleźć w pobliżu stwardnienia nowe ogniska promienicy, a nawet zdarza się niekiedy, że dalszy ciąg stwardnienia stanowi guz chelbocący, który ze swojej strony może dać początek przetoce.

Często także przy szczęce znajdujemy już bliznę, a na szyi świeżo tworzące się guzy. — Jeżeli głównem siedliskiem procesu jest dolna szczęka i części miękkie otaczające ją, to sprawa chorobowa w większości wypadków, nie sprawiając zbyt wielkiego spustoszenia wewnątrz, ogranicza się warstwami powierzchownymi i wkrótce przechodzi na zewnątrz. Inaczej się rzecz przedstawia przy porażeniu górnej szczęki i okolicy jej — policzka, skroni i t. d. Proces długo pozostaje ukrytym i dopiero w późniejszym rozwoju swoim wydobywa się na zewnątrz, zniszczywszy zwykle uprzednio części głębiej leżące: mięśnie żwacze, policzkowy i tkankę tłuszczową zaszcękową. Na powierzchni wtedy znajdujemy rozlane, twarde infiltraty, albo też ograniczone guziki rozmaitej wielkości od ziarnka prosa do orzecha włoskiego, które początkowo są twarde, zwolna zaś nabierają chelbotania i tworzą prawdziwe ropnie.

Sprawa cała może rozpoczynać się nieznacznie, niekiedy chory uskarża się na ból w okolicy szczęki i w twarzy, a po pewnym przeciągu czasu w najboleśniejsem miejscu powstaje obrzmienie; w spostrzeżeniach Florkiewicza *) przed utworzeniem się guza trwały od 2 — 3 miesięcy napady bólów w połowie głowy, w szyi i ramieniu, stępienie słuchu, a przytém szczękościsk. Niekiedy rozwój promienicy poprzedza ostre kataralne porażenie migdałków i oskrzeli, w innych znów razach cała sprawa chorobowa rozpoczyna się ostro, z podniesieniem ciepłoty i znacznym bólem w porażonej okolicy, tak, że zupełnie otrzymujemy objawy zapalenia okostnej. W większości wypadków promienicy tej grupy powstawaniu guzów nie towarzyszył stan gorączkowy, rozwój następował zwolna i nieznacznie bez szczególnych wybitnych objawów, lecz to nie stanowi reguły, gdyż istnieją wręcz przeciwne spostrzeżenia.

W roku zeszłym miałem sposobność obserwować chorego, który się skarżył na ból gardła. Po zbadaniu jamy ust-

*) Florkiewicz — Dwa przypadki promienicy. Gazeta lekarska NN. 45, 46, 47 i 48. — 1885.

nej okazało się, że prawy migdałek znacznie nabrzękł i stał się bolesnym, również na zewnątrz cała okolica kąta dolnej szczęki z prawej strony nabrzęiała, trudność polykania, ból strzykający w karku, stan gorączkowy, — oprócz tego silny katar nosa, poty nocne.

Po dwóch tygodniach objawy te stopniowo ustąpiły, pozostało tylko obrzmienie prawego kąta szczęki dolnej i chory jednocześnie nie mógł otwierać ust w całej szerokości.

W trzy tygodnie od początku choroby utworzył się już wyraźnie chęlboczący guz. Roser przytacza także kilka podobnych obserwacji ostrego początku cierpienia.

Po utworzeniu się guzów bóle w okolicy porażonej, w uszach, w karku, w okolicy gałęzi nerwu trójdzielnego pozostają nadal. W dalszym przebiegu sprawy powstawaniu nawet obszernych ropni zupełnie nie towarzyszy gorączka, — *guzy tworzą się szybko i również prędko rozpadają się bez wszelkich miejscowych objawów zapalenia i bolesności.*

Należy tu wspomnieć o „szczękościsku“, który przy porażeniu dolnej szczęki występuje tylko wtedy, jeżeli guz odpowiada kątowni szczęki i w części przechodzi na gałąź wstępującą.

Przy porażeniu górnej szczęki bez porównania częściej spotykamy się z tym objawem, gdyż wtedy od samego początku cierpienia mięśnie żwacze przyjmują udział w sprawie chorobowej.

Szczękościsk niekiedy jest tak znaczny, że chory zaledwie może wprowadzić pomiędzy zęby koniec łyżeczki od kawy, skutkiem czego stałych pokarmów zupełnie nie przyjmuje, a zmuszony jest żywić się płynami.

Szczękościsk zależy albo od rozwoju ogniska chorobowego w mięśniach żwaczach, albo też od zmian w innerwacji bez zajęcia nawet mięśnia, gdyż na przykład w spostrzeżeniu Florkiewicza, gdzie szczękościsk był stałym objawem, badanie pośmiertne nie wykryło żadnych zmian w żwaczach.

Florkiewicz oprócz szczękościsku u jednego ze swoich chorych obserwował objawy tężca ograniczonego do obu mięśni kapturowych, który trwał przez dwa miesiące, skutkiem czego część szyjowa kręgosłupa wygięła się łukowato i utrudniała przelykanie pokarmów. Mięśnie te także nie przedstawiały żadnych zmian widocznych przy badaniu pośmiertnym.

Dalszy rozwój sprawy chorobowej może być powikłany rozmaitemi innymi objawami, które są wywołane przez cały szereg zmian w różnorodnych narządach. Jeżeli sprawa przechodzi na podstawę czaszki, dosięga opon mózgowych i samego mózgu, to chorzy tracą humor, ser i apetyt, występuje osłabienie władz umysłowych, niekiedy nader gwałtowne napady bólu głowy, trwającej po kilka godzin dziennie.

W innych znów razach proces, zniszczywszy muskulaturę karku lub szyi, dosięga kręgosłupa i tworzy obszerne *phlegmone pracvertebrale*, niekiedy zaś niszczy więzy międzykręgowe, okostną pokrywającą kręgi, same kręgi, przez dziury międzykręgowe przechodzi do kanału i zajmuje opony mleczca.—Przy takim porażeniu występują niezmierne bóle wzdłuż kręgosłupa i w kończynach dolnych.

Do klatki piersiowej proces może przeniknąć tą samą drogą, albo też guzy z szyi opuszczają się na przednią powierzchnię klatki, tworzą ropnie i przetoki i w ten sposób dosięgają opłucnej. — Naturalnie, że porażenie tych organów wywołuje nowy szereg odpowiednich objawów. Wszystkie niemal narządy ustroju mogą być porażone drogą przerzutów.

Jeżeli będziemy badali chorego w takich okresach cierpienia, to zwykle znajdujemy znaczne wyniszczenie ustroju, tylko skórę i kości, na całym ciele mnóstwo ropni i przetok, przy zondowaniu których wykrywamy połączenia oddzielnych ognisk, miejscami zaś możemy dotrzeć do kości, szczęki, kręgow, lub też żeber, obnażonych z okostnej i z powierzchnią nierówną.

Niekiedy dołączają się do tego zaburzenia kanału pokarmowego, wieczorna gorączka z dreszczami i wogóle sprawa cała przybiera charakter posocznicy.

W takich razach jeżeli tylko zwrócimy uwagę na rozwój guzów, powstawanie ropni, wygląd granulacyj sadłowych, ropę i sam przebieg cierpienia, trudno będzie pomylić się co do natury cierpienia. Objawy te tak są charakterystyczne, że nawet mało obeznanemu lekarzowi z całą sprawą chorobową, pomimowolnie rzucają się w oczy.

Rozebraliśmy tutaj zmiany i objawy następujące przy zajęciu głowy i szyi, możnaby ten dział nazwać typem *twarzowym* i *szyjowym* promienicy.

Przechodzimy teraz do drugiego działu, któremu naśladując Firket'a *), nadaję nazwę *typu piersiowego*.

Pierwotna promienica organów klatki piersiowej.

Do tego działu zaliczam nietylko przypadki dotyczące promienicy płuc, lecz i wszystkie inne, gdzie *pierwotne ogniisko choroby rozwinęło się w klatce piersiowej*.

Israel podał 9 spostrzeżeń pierwotnego porażenia dróg oddechowych i oprócz tego dwa jeszcze, które według wszelkiego prawdopodobieństwa zaliczyć należy do promienicy płuc. Do tej cyfry dodaję jeszcze 6 przypadków dotyczących jużto porażenia płuc, jużto opłucnej lub śródpiersia, czyli ogółem do tej grupy zaliczam 17 spostrzeżeń.

Najwybitniejsze miejsce zajmują tutaj płuca i na nie też zwrócimy największą uwagę.

Promienicy płuc znanych mi jest 10 przypadków Israella (w tej liczbie 4 własne jego spostrzeżenia), i dwa przypadki Rottera, czyli ogółem 12-cie. Z tej liczby zakończyło się śmiercią 10, sekcyi zaś dokonano tylko 8 i z tego materiału korzystać można dla wykazania zmian anatomo-patologicznych.

Promienica płuc rozbija się na dwie grupy:

- a) porażenie oskrzeli;
- b) zajęcie mięszu płuc.

Co się tyczy oskrzeli, to posiadamy tylko jeden wypadek ogłoszony przez Canali i rozpoznany jako *Bronchitis actinomycotica* u Coriny Varesco 15-letniej dziewczyny. Sprawa chorobowa trwała już 8 lat i rozpoczęła się gorączką i kaszlem z niewielką ilością płwociny. Po jakimś czasie gorączka spadła i chora czuła się zupełnie dobrze, po upływie zaś kilku miesięcy nastąpiło obostrzenie. Od tego czasu pozostał przewlekły nieżyt oskrzeli, — chora kaszlała i wydzielala płwocinę cuchnącą. Badanie ustroju jej nie wykazało żadnych innych zmian ani w płucach, ani też w pozostałych narządach. Główną uwagę zwracała tu na siebie płwocina, badanie której posłużyło za podstawę do rozpoznania cierpienia. Płwocina była gęsta, nieprzyjemnego zapachu i w niewielkiej ilości, — pozostawiona spokojnie po pewnym przeciągu czasu rozdzielała

*) Firket. — L'actinomycose de l'homme et des animaux.
Revue de méd. N. IV—1884.

się na dwie warstwy, górną śluzową i niższą z osadem, w którym badanie mikroskopowe wykryło ciała ropne, zluszczone komórki nabłonka i zlepki grzybków promienistych.

Na zasadzie tego spostrzeżenia nie możemy sobie dokładnie zdać sprawy, jakie zmiany powstały w błonie śluzowej oskrzeli,—widoczne, że proces ograniczył się warstwami powierzchniowymi, lecz czy może przechodzić głębiej i wciągać do udziału miąższ płuc lub też dawać ogniska przerzutowe, o tem nic stanowczego nie wiemy. Israel sądzi, że zmiany na błonie śluzowej oskrzeli są analogiczne z takimiż zmianami przy porażeniu błony śluzowej kiszek, co nader szczegółowo podał w swoim spostrzeżeniu Chiari.

Przy porażeniu miąższu płuc rozróżniamy 3 okresy cierpienia. W pierwszym okresie pasorzyt dostaje się w jakikolwiek sposób do narządu oddechowego, przenika do najdrobniejszych oskrzeli i pęcherzyków, skutkiem czego może wywołać ogniska zapalne naokoło oskrzeli (peribronchitis) lub drobne ogniska miąższowe. W płucach znajdujemy wtedy niewielkie ograniczone stwardnienia, które miejscami mogą zlewać się w jedną całość. Stwardnienia takie nigdy nie zajmują wierzchołków płuc, lecz tylko tylne i boczne części, a także część środkową, odpowiadającą okolicy podobojczykowej. Powierzchnia rozkroju tych stwardnień jest żółta lub żółto-biała, co zależy od stłuszczenia okrągłych komórek proliferujących.

Niekiedy pośród stwardnień znajdujemy jamki, które powstają skutkiem rozpadu środkowej części guzków; ścianki tych jamek składają się z niewielkiej warstwy tkanki granulacyjnej, miejscami brunatno żółto zabarwionej, wiotkiej, strzępiastej, w zagłębieniach której znajdują się grudki grzybków promienistych.

Zawartość samej jamki stanowią komórki ropne, kulki tłuszczu, ciała i barwnik krwi, zlepki grzybków promienistych, a niekiedy i komórki stożkowate nabłonkowe*). Oddzielne jamki skutkiem rozpadu ścianek mogą się zlewać w jedną dość obszerną jamę. Naokoło takich ognisk powstaje rozrost tkanki łącznej, która stopniowo uciska pęcherzyki i doprowadza do zaniku nabłonka ich.

Objawy kliniczne tego okresu są tak nieznaczące, że cho-

*) J. Israel.—l. c. str. 83.

rzy zwykle nie przywiązują do nich wagi; ograniczają się one do niewielkich napadów kaszlu i skąpej ilości płwociny.

Opukiwanie i osłuchiwanie klatki piersiowej nie doprowadza prawie nigdy do jakichś dodatnich rezultatów. Jeżeli ognisko jest blisko powierzchni płuca i zajmuje dosyć znaczną przestrzeń, to tą drogą może być wykryte, lecz z tych oznak nie jesteśmy w stanie rozwiązać pytania, z jakim właściwie ogniskiem mamy do czynienia; badanie płwociny tylko może rozwiązać wątpliwość i to w tym wypadku, jeżeli zdołamy w niej wykryć grzybki promieniste.

Płwocinę stanowią zlepki śluzowo-ropne, a drobnowidz wykrywa w niej ciała ropne, nabłonek pęcherzyków i grudki grzybków; niekiedy w niej znajdujemy *krzew*, lecz objaw ten zdarza się stosunkowo rzadko i nie trwa długo.

Dla rozpoznania cierpienia ważnym jest ten objaw, że ogniska promienicy nie zajmują szczytów płuc, a zwykle umiejscawiają się poniżej obojczyka, a także w tylnych i bocznych częściach.

Cierpienie może przebiegać z gorączką, lub też zupełnie bez podwyższenia ciepłoty; stan ogólny jest jeszcze zadawalniający, chory zwykle ma niezły apetyt i trawienie.

Drugi okres choroby rozpoczyna się wtedy, gdy sprawa przenosi się po-za granicę płuc, co może nastąpić: a) *per continuitatem* na sąsiednie tkanki, b) lub też *drogą przerzutów* do dalszych narządów ustroju. Bez porównania częściej rozwija się promienica przez stopniowe rozszerzenie zarazka na tkanki sąsiednie, otaczające pierwotne ognisko choroby: ztąd też najpierw sprawa przechodzi z powierzchni płuc na opłucnę. Następują początkowo zrosty listka płucnego z żebrowym lub przeponowym na przestrzeni odpowiadającej porażeniu płuca, a niekiedy i znacznie szerszej, potem zaś występuje wysięk w miejscach niezrośniętych, albo też odrazu sprawa przebiega z objawami ostrego zapalenia opłucnej z wysiękiem surowicznym.

Następuje tak zwane *rétrécissement de la poitrine* — skurczenie płuca i zapadnięcie odpowiedniej strony klatki piersiowej, temu objawowi Israel nadaje ważne znaczenie dla rozpoznania promienicy.

Podobnie jak opłucna ulegać może zapaleniu *osierdziej*, co doprowadza niekiedy do zrośnięcia się obydwóch listków.

Tak przy porażeniu opłucnej jak i osierdza, nie posia-

damy jeszcze nic charakterystycznego dla promienicy; właściwe jej ogniska przechodzić mogą:

- a) w tkankę otaczającą opłucną (peripleuralis), na ściankę piersiową ze współudziałem tkanki otaczającej kręgosłup,
- b) przez przeponę brzuszną do jamy brzusznej;
- c) lub też do śródpiersia przedniego i do osierdzia.

W tym okresie oprócz gorączki, dreszczy i innych objawów właściwych zapaleniu opłucnej, osierdzia i t. d., chorzy uskarżają się na znaczne osłabienie, przy kaszlu uczuwają ból w porażonych miejscach, albo też siedlisko cierpienia zdradzają pochyleniem tułowia na chorą stronę. Niekiedy uczucie ucisku w grzbiecie, żywe bóle szczególnie przy obmacywaniu i opukiwaniu porażonych miejsc, niekiedy zaś bywa nerwoból śródżebrowy.

Sprawa może przebiegać z rozmaitemi wahaniami ciepłoty ciała, niekiedy z gorączką hektyczną, lub też zupełnie bez podniesienia ciepłoty.

Trzeci okres cierpienia stanowi przejście procesu na skórę. Na piersiach, plecach i w okolicy lędźwiowej powstają najpierw rozlane, niebolesne stwardnienia, pokryte niezmienną skórą, tworzą one guzy podobne do ziarniniaków (gumma) lub mięsaków, które stopniowo miękną i przechodzą w ropnie; skóra na nich cienieje, przybiera barwę siną, wreszcie pęka, a z ropnia wylewa się zawartość jego. Guzów takich powstaje coraz to więcej, za pomocą podskórnych przetok łączą się pomiędzy sobą, skutkiem czego mogą zajmować znaczne przestrzenie ciała.

Drugi sposób rozszerzenia się promienicy z płuc na inne narządy ustroju jest droga *przerzutów*. Metastatyczne lub przerzutowe twory mogą zajmować skórę, mięśnie, kości, organa wewnętrzne jakoto: wątrobę, śledzionę, nerki, kiszki, płuca, serce, mózg — i wtedy są punktem wyjścia śmiertelnego zapalenia osierdzia, otrzewnej, opłucnej i t. p.

Objawy chorobowe tego okresu są tak wybitne, że rozpoznanie cierpienia nie przedstawia trudności. Występuje ból w okolicy porażonej, kaszel dosyć mocny i charakterystyczna wydzielina, przytem odpływ ropy na zewnątrz powiększa się i jest cuchnący. Gorączka może być wysoka lub umiarkowana, ciągła lub z przerwami, a niekiedy zupełnie jej nie ma pomimo obszernych ropni. Chorzy przedstawiają wy-

soki stopień wycieńczenia i śmierć następuje skutkiem charłactwa lub procesu wikłającego sprawę.

Do typu pierwszego promienicy zaliczam także, jakto już wspomniałem, *pierwotne porażenie opłucnej*.

Spostrzeżenie tego rodzaju cierpienia podał Wolff *).

Pacjent 41-letni chorował już od roku; zupełnie niespodziewanie wystąpiła gorączka, ból w piersiach i kaszel.

Rozpoznano wtedy *pleuritis dextra sicca*. Stopniowo w jamie opłucnej zaczął zbierać się wysięk, który jednak pod działaniem rozmaitych środków uległ wessaniu, pozostał pomimo to ból z prawej strony klatki piersiowej, kaszel suchy i duszność. Chory zapisał się do szpitala, gdzie po 6-ciu tygodniach utworzył mu się guz na prawej stronie klatki piersiowej pomiędzy 9-em i 12-em żebrzem, ze znacznem nacieczeniem otaczających części miękkich; jednocześnie wystąpiły objawy ucisku prawego płuca.

Przystąpiono do próbnego przekłócia, ale nie otrzymano żadnego dodatniego rezultatu. Chory ciągle gorączkował, ciepłota 38,8°, przytem miał duszność, kaszel, brak apetytu, ustawiczne rozwolnienie; nastąpiło znaczne wyniszczenie całego ustroju, skutkiem czego chory w kilka tygodni zmarł.

Przy badaniu pośmiertnem wykryto niewielką przetokę na grzbiecie 3 palce poniżej od grzebienia łopatki; otwór wielkości łebka szpilki, z którego wydzielala się nieznaczna ilość ropy, prowadził do ogniska rozpadowego, zajmującego przestrzeń od 9 go do 12-go żebra z prawej strony. Ognisko to dochodziło do kręgosłupa. Okolicę przetoki tworzyła blada, sadłowata tkanka z czerwonymi i żółtymi plamami, w mięśniach otaczających znaleziono także małe, żółte guziczki.

Z kręgów piersiowych można było z łatwością zdjąć okostną, pod nią były liczne jamki wypełnione miękką masą gębczastą czerwonego koloru; także zmiany znaleziono na żebrach; szczególnie ucierpiało 12 te żebro.

W płucach były tylko nieznaczne stwardnienia w wierzchołkach i w dolnych płatach, nerki w stanie mięszowego zapalenia z mączkowatym zwyrodnieniem, tudzież zwyrodnienie śledziony i kiszek.

*) Wolff.—Ueber ein Fall von Actinomycose.

Breslauer ärztl. Zeitschr. — 1884. — Nr. 23. — Str. 284 — 286.

Wolff przypuszcza, że miał do czynienia z pierwotnem porażeniem opłucnej przez grzybki promieniste — *pleuritis actinomycotica primitiva*.

W jaki sposób zarażenie w tym wypadku nastąpiło, trudno na to odpowiedzieć, — być może, że grzybek promienisty dostał się w jakikolwiek bądź sposób do naczyń chłonnych lub też krwionośnych w opłucnej i tam się rozwinął, albo też z przelyku przedostał się do opłucnej, nie wyrządziwszy po drodze zbyt widocznych zmian, które też z czasem na miejscu przejścia grzybka mogły się zupełnie wyrównać.

Do tego rodzaju należy także zaliczyć przypadki Ponficka — („*Actinomycosis ohne Actinomyces*“) i Soltmanna — („*Actinomycosis mediastini primitiva*“); — obydwaj zakończyły się śmiercią.

Typ brzuszny.

Trzecia grupa promienicy człowieka nosi nazwę *typu brzusznego*; pomieszczam w niej wszystkie te przypadki, gdzie pierwotnemu porażeniu uległy narządy jamy brzusznej. —

W jaki sposób zarazek przedostaje się do narządów, nie zawsze można wykazać. Największa liczba przypadków dotyczy kiszek i dlatego też zmiany w nich i odnośne objawy kliniczne najlepiej są zbadane. Znanych mi jest 8 przypadków promienicy kiszek, z których Israel przytoczył 7, — wszystkie zakończyły się śmiercią; sekcyi dokonano tylko na 6-ciu zmarłych.

Pasorzyt może się dostać przez jamę ustną do kanału pokarmowego i poprostu ze światła kiszki przejść na jej ścianę. Porażenia żołądka u ludzi dotychczas jeszcze nie widziano, zmiany zaś jakie znajdowano w kanale pokarmowym, dotyczą kiszek cienkich i grubych. Podobnie jak w narządach oddechowych i tu rozróżniamy dwie postacie cierpienia, sprawa chorobowa może zajmować powierzchownie błonę śluzową lub także warstwy głębiej położone. Ztąd Israel wyprowadza dwie różne od siebie formy porażenia tak pod względem anatomo-patologicznym jak i klinicznym:

- a) porażenie powierzchowne błony śluzowej i
- b) destrukcyjne zmiany obejmujące niekiedy wszystkie warstwy ścian kiszki, czyli *forma parenchymatyczna*.

Dotychczas tylko Chiari ogłosił jeden przypadek powierzchownego zajęcia błony śluzowej przez promienicę. —

Dotyczy on czeladnika kowalskiego, 34-letniego, który od 2-ich lat uległ porażeniu postępowemu (*Paralysis progressiva*), i zmarł skutkiem wysokiego charłactwa. Badanie pośmiertne wykazało zgorzelinę w okolicy kości krzyżowej (regionis sacralis), zapalenie zrazikowe obydwóch dolnych płatów płuc, w szczytach zaś pneumonia lobularis caseoidea; mózg w stanie zaniku. Błona śluzowa kiszki wogóle była zaczerwieniona, nabrzmiała i pokryta gęstym śluzem; kiszki grube były rozdęte gazami, błona śluzowa ich pokryta złoгами białawymi częścią okrągłymi, częścią podłużnymi, powierzchnia których równała się i □ cent. i zasiana była żółtymi i brunatnymi ziarnkami.

Po odjęciu tych złożeń okazuje się zniszczenie samej błony śluzowej, skutkiem czego potworzyły się zagłębienia, dno i brzegi których były silnie przekrwione. Niemal cała prawa połowa kiszki grubej była pokryta temi złożami.

Grudki grzybków były w części zwapniałe, reszta zaś składała się z licznych, cienkich, poplątanych nici, pomiędzy któremi znajdowano nabłonek kiszki i pojedyncze niezbyt liczne zakończenia pałeczkowate. Takież nici przenikały do gruczołów Lieberkühna i całkowicie wypełniały je.

W jamie ustnej, w przelyku, a także w zębach spróchniałych nie można było znaleźć nawet śladu grzybków.

Z obserwacji tej widzimy, że powierzchowne porażenie błony śluzowej jest połączone z wydzieliną śluzu lepkiego, ztąd też cierpienie to można nazwać *śluzową formą promienistą kiszki*. Jakie są objawy kliniczne tej formy i czy proces może się posunąć głębiej, nic o tem stanowczego powiedzieć nie możemy dla braku odnośnych spostrzeżeń.

Druga forma pierwotnego porażenia kiszki — *parenchymatyczna* — dotyczy cienkich kiszki i grubych — mianowicie ślepej i prostej.

Najpierw rozwijają się maleńkie guziczki wielkości soczewicy, które zajmują całą grubość błony śluzowej, guziczki te pękają, zawartość ich dostaje się do kiszki, powstaje przez to owrzodzenie z brzegami podminowanymi i dnem drążącym do warstwy mięsnej, a niekiedy i głębiej. Na dnie i ściankach strzępiastych tych owrzodzeń można wykryć grudki grzybków promienistych. Pojedyncze takie rozpadające się guziczki mogą zlewać się i tworzyć przez to

ogniska dosyć znacznych rozmiarów. W dalszym swoim przebiegu proces się zagłębia, przejmuje niekiedy całkowicie ścianę kiszki, skutkiem czego może dojść do przedziurawienia, lub też przy sprzyjających okolicznościach, jak twierdzi Israel, następuje zwolna zabliznienie i samowolne wyleczenie.

Blinzy takie przedstawiają na błonie śluzowej kiszek miejsca gładkie, nieprawidłowej formy, ciemno zabarwione, naokoło których w ścianie kiszki znajdujemy stwardnienia jako następstwo przewlekłego reakcyjnego zapalenia tkanki otaczającej ognisko promienicy.

Wogóle zmiany anatomo-patologiczne tego okresu nie są dostatecznie zbadane, a to z tej przyczyny, że we wszystkich znanych przypadkach sprawa chorobowa była posuniętą znacznie naprzód i przytem wystąpił cały szereg powikłań, utrudniający znacznie badanie.

Kliniczny przebieg cierpienia dotąd zupełnie niemal jest pozbawiony objawów wybitnych, na zasadzie których można by wnioskować o swoistej przyczynie sprawy. Wszystko daje się sprowadzić do objawów nieżytowych, zupełnie jak przy zwykłym katarze kiszek. W takim tylko wypadku gdzie w sprawie chorobowej przyjmuje udział kiszka prosta, za pomocą wziernika można wykryć owrzodzenia, wyskrobać je łyżeczką ostrą i za pomocą badania mikroskopowego strzępków stanowczo rozstrzygnąć pytanie, z czem mamy do czynienia.

W dalszym swoim przebiegu proces z kiszek rozszerza się *per continuitatem* na sąsiednie narządy, co według spostrzeżeń Israela odbywa się w czterech rozmaitych kierunkach.

1. Jeżeli pętlica kiszki porażonej przylega do ściany brzusznej, to następuje zrośnięcie się listków otrzewnej i proces wprost przechodzi na ściany brzucha.

2. Jeżeli nie ma zrostów ze ścianą brzucha, to w jamie otrzewnej powstają ropnie otorbione, które ze swej strony mogą się łączyć pomiędzy sobą lub też otwierać się do innych narządów brzusznych, jakoto — pęcherza moczowego, innych pętliszek, albo też przechodzić na zewnątrz bezpośrednio przez ściany brzucha.

3. Następują wprost zrosty porażonych części z oddzielnymi pętliszkami kiszek lub pęcherzem, bez utworzenia uprzedniego ropni śródtrzewnowych.

4. Nakoniec ogniska chorobowe przechodzą do tkanki łącznej zaotrzewnowej i w tych miejscach wytwarzają ropnie.

Zdarza się to przy porażeniu *ślepej кишки i prostej* (coecum i rectum), jeżeli są zajęte części ścian niepokryte otrzewną.

Tą drogą powstają ropnie promienicy zaotrzewnowe w miednicy, które opuszczają się w *fossa iliaca*, otaczają kışkę prostą, mogą zajmować boki macicy; lub też opuszczają się po *m. ileo-psoas*. Ropnie takie przebijają ściankę brzucha, lub przechodzą do jamy otrzewnej, lub też otwierają się do kışzek i pęcherza moczowego, z drugiej znów strony sprawa chorobowa wywołuje powierzchowne zniszczenie kości miednicy i kręgow.

Przy dłuższem trwaniu procesu ściany jam i przetok grubieją i twardnieją skutkiem rozrostu tkanki łącznej, choroba zaś może się znacznie rozszerzyć przez zajęcie narządów dalej położonych drogą przerzutów. Ciekawe zjawisko pod tym względem przedstawia przypadek podany przez Blaschko *)

S. 38-letni kupiec wina będąc w drodze w 1878 roku, po zjedzeniu kawałka kielbasy doznał zaburzeń ze strony kanału pokarmowego; wkrótce potem zaczął uczuwać ciągly ból na ograniczonej przestrzeni w podbrzuszu lewym, a po upływie 6-ciu miesięcy, w tem miejscu utworzył się guz bolesny, który następnie przeszedł w ropień i pękł. Ropy wtedy nie badano. W 1880 roku pacjent powtórnie zachorował, — wystąpiły objawy *ostrego gośca stawowego*, po 5-ciu miesiącach zaś nad rozmaitemi stawami nóg i rąk potworzyły się z wybroczynami skórnymi obrzmienia dosyć twarde, które wkrótce rozmiękły i popękały.

W wydzielonej z nich ropie były zawieszone miękkie żółtawe grudki, w których drobnowidz wykrył zlepki grzybków promienistych.

Niemal wszystkie stawy kończyn były zajęte w ten sposób; na brzuchu powstała przetoka, z której wypływała znaczna ilość ropy wraz z grudkami, w końcu potworzyły się guzy i ropnie ma klatce piersiowej i chory zmarł 29 Kwietnia 1881 r.

Sekeyja na nieszczęście w tym wypadku zrobioną być nie mogła.

Mieliśmy zatem do czynienia według wszelkich danych z promienicą kışkową, przy której powstały przerzutowe guzy w stawach.

Objawy. Objawów stałych, po których moglibyśmy rozpoznać promienicę kışkową na początku jej rozwoju, jak już wspomniałem, nieposiadamy. Nawet przejście procesu

*) J. Israel.—I, c. str. 103.

na ściany brzucha nie wykazuje nic charakterystycznego. — Próbne przekłócie w takich razach w celu rozstrzygnięcia wątpliwości, niezawsze daje nam dodatnie rezultaty, gdyż nie zawsze możemy otrzymać grzybki promieniste. Objawy nie są ściśle ugrupowane z tego tytułu, że porażenie przybiera nader rozmaite postacie i zajmuje tyle narządów.

Niekiedy chorzy ulegają zaburzeniom kanału pokarmowego, uczuwając ból w dolnej części brzucha i dopiero po pewnym przeciągu czasu, występuje na zewnątrz guz dosyć twardy, który skutkiem zrostów ze ścianką brzucha jest nieruchomy; guz taki mięknie, pęka i daje początek przetoce. Jeżeli guzy nie ujawniają się na zewnątrz, to przy obmacywaniu jamy brzusznej można je wyczuć, są one wtedy mniej lub więcej ruchome, co zależy od zrostów z częściami otaczającymi.

Niekiedy cierpienie rozpoczyna się i przebiega pod postacią zapalenia otrzewnej z gorączką i zaburzeniami w trawieniu, a następnie występują guzy [przypadek Middeldorffa). Całą sprawę w takich razach Israel porównywa z *tuberculosis* lub *carcinomatosis peritonei*, od których początkowo trudno jest odróżnić promienicę.

W pierwszych okresach rozwoju choroby, kiedy guz nie ujawnia się na zewnątrz, lub też nie możemy dostać jego zawartości, rozpoznanie sprawy jest niemal niemożliwe.

Jeżeli proces ogranicza się ścianami kiszek lub do kiszeki otwiera się jaka jama obszerna, to staranne badanie kału może nam dać dodatnie rezultaty, gdyż zawartość guzów wydziela się z organizmu wraz z kałem. Także przy połączeniu pęcherza moczowego z jamą promienicy, w moczu można wykryć grzybki promieniste. Jeżeli już powstała przetoka, to wygląd brzegów jej i tkanki otaczającej, oraz badanie drobnowidzem ropy, rozstrzygają kwestyję.

Do tego typu promienicy zaliczam również przypadek Ponficka — perityphlitis i Zemannes — salpingitis actinomycotica — obadwa zakończone śmiercią.

Israel przypuszcza, że w tych przypadkach zarażenie nastąpiło przez kanał pokarmowy, mianowicie przez kiszki.

Oprócz tego przytaczam jeszcze spostrzeżenie Magnusena.

Kobieta 39-letnia w 1,5 roku po ostatnim porodzie przybyła do kliniki w Kiel skutkiem bólów w dolnej okolicy brzucha i w nodze lewej, które nastąpiły już podczas ciąży i trwały ciągle, nawet po rozwiązaniu. Mniej więcej po upływie roku niżej *spina ant. sup. ossis ilei* utworzył się guz nieruchomy, twardy i przy ucisku bolesny. W Lipcu 1882 roku Esmarch wyciął go; badanie mikroskopowe nie wykryło w nim nic szczególnego, co by przypominało promienicę. W Styczniu 1884 roku powyżej blizny utworzyły się znowu dwa guzy, do czego przyłączyła się gorączka wieczorna; guzy te były także wycięte przez Esmarcha. W Maju 1884 roku z lewej strony okolicy łądźwiowej powstał ropień, po przecięciu którego dopiero znaleziono grudki charakterystyczne. Leczenie prowadzono jeszcze w ciągu kilku miesięcy i guzy nigdzie się więcej nie tworzyły.

Jakie zejście nastąpiło w tym wypadku, nie jest mi wiadomem. Z zebranych objawów i z przebiegu możemy wnioskować, że mieliśmy do czynienia z promienicą umiejscowioną w jamie brzusznej, ale jakie narządy uległy pierwotnemu porażeniu, na to stanowczo odpowiedzieć nie można.

Z tego krótkiego streszczenia zmian anatomo-patologicznych i objawów promienicy widzimy, że pomimo staranych poszukiwań, nie zawsze można wykazać drogę, jaką pasorzyt dostaje się do ustroju ludzkiego.

Opierając się na znanych nam przypadkach, sądzić możemy, że głównymi wrotami do wniknięcia zarazka jest jama ustna, lecz nie jest to jedyna droga, gdyż spostrzegano na przykład *salpingitis actinomycotica*, gdzie, nie bacząc na objaśnienie Israhela, można przypuścić, że zarazek wtargnął przez pochwę, przedostał się do macicy, a ztamtąd do jajowodów bez uprzedniego porażenia organów, przez które przechodził.

Ponfick *) podał ciekawy dosyć przypadek, w którym starał się objaśnić rozwój promienicy skutkiem skaleczenia palca ręki.

Kobieta 45-letnia na trzy lata przed śmiercią otrzymała ciętą ranę w wielki palec prawej ręki; skutkiem tej rany kończyna jej cała obrzmiała, rana ropiała w ciągu kilku tygodni, w rezultacie się zagoiła, pozostały jej tylko przez pewien czas bóle w karku, które z wolna zupełnie ustąpiły. Po upływie 2-ch lat i 5-ciu miesięcy bóle w karku wróciły; stopniowo pomiędzy łopatkami wystąpiło znaczne obrzmienie, wkrótce potem na lewej stronie szyi utworzyły się dwa guzy, z których jeden pękł. Pod koniec życia wystąpiły objawy cierpienia płuc. Chora zmarła 3—VII—1879.

*) Ponfick.—Die Actinomycose des Menschen,—Str. 16.

Sekcyjna wykazała obszerne przetoki nad obojczykiem na lewej stronie szyi i w tkance łącznej otaczającej kręgi. Przez ścianę żyły szyjowej wewnętrznej wrosła nowotwór promienicy do światła, — w prawym przedsiionku i komórce guz wielkości jabłka, analogiczne ogniska w mięśniu sercowym, przytem zapalenie osierdzia. W płucach liczne ogniska w części świeże, w części rozmiękczone i świeży zawał krwotoczny w dolnym płacie prawego płuca. Dwustronne zapalenie opłucnej, oprócz tego guzy przerzutowe w śledzionie i w mózgu.

Ponfick przypuszczał, że grzybek promienisty przedostał się do ustroju przez ranę palca, Israel zaś, rozpatrując ten przypadek, dowodzi, że pierwszym miejscem, które uległo porażeniu, była ściana przelyku, z kąd pasorzyt przeszedł na szyję, gdzie wytworzył obszerne ognisko i w następstwie rozszerzył się na serce, płuca i mózg.

Jeżeli guzy rozwijają się na twarzy lub szyi, to najłatwiej wykazać drogę, jaką przeszedł zarazek, lecz i to nie zawsze się udaje i wszelkie poszukiwania zostają płonnemi, gdyż jama ustna nie przedstawia żadnych zmian. W takich wypadkach należy przypuszczać, że pasorzyt przeszedł przez jamę ustną nie zostawiwszy po sobie śladów, dotarł do przelyku i ztąd dopiero rozszerzył się na szyję, jak to widać z opisu przypadków Ponficka i Soltmanna, lub też można przypuścić, że pasorzyt przypadkowo dostaje się do przewodu którejkolwiek ze ślinianek i ztąd przenika do gruczołu samego i do tkanek otaczających.

Rotter *) przytacza podobny wypadek promienicy zajmującej górną szczękę:

Pacjent 20-letni, w 13-ym roku życia uległ zapaleniu gruczołu przyusznego, które trwało całe miesiące. Po pewnym przeciągu czasu utworzył mu się ropień przy początku m. sterno-cleido-mastoidei, który pękł i sam się zagoił. Następnie powstały guzy po obydwóch stronach szyi. Po roku chory zaczął się uskarżać na bóle w okolicy kręgów szyjowych i wkrótce potem wystąpiły guziki na tyłogłowie. W ciągu tych 6-ciu lat proces rozszerzył się niemal po całym ciełe.

Pacjent jeszcze żyje, lecz rokowanie jest bardzo złe. Jakim zmianom uległa ślinianka, trudno określić, ale w tym przypadku przypuszczać należy, że ona była punktem wyjścia cierpienia.

Roser **) podaje trzy spostrzeżenia, gdzie pasorzyt prze-

*) Rotter.—Kongress des Deutschen Gesellschaft für Chirurgie vom 7 bis 10 April 1886.

Deutsche Medizinal-Zeitung N. 32—1886—str. 355

**) Karl Roser. — Deutsche medicin Wochenschrift N. 22 — 1886. (3 Junii).

niknął przez przewód Whartona do gruczołu podszczękowego i spowodował zropienie jego.

Co się tyczy drogi, jaką zarazek dostaje się do płuc, Israel był tego mniemania, że zostaje on poprostu wdechany. Takie przypuszczenie ma rację bytu, gdyż zarodniki grzybka promienistego, podobnie jak i wiele innych drobnoustrojów mogą się unosić w powietrzu i z niem dostawać się do narządów oddechowych. Stanowczych dowodów na to nie posiadamy, ponieważ w powietrzu dotąd nie znaleziono nic podobnego, więcej zaś mamy danych, że grzybek osiada w jamie ustnej i ztąd przenika do płuc.

J. Israel *) na potwierdzenie tego przypuszczenia na ostatnim zjeździe chirurgicznym w Berlinie przytoczył następujące spostrzeżenie, dotyczące promienicy płucnej:

Wóznica 26-letni z Rosyi, który po większej części sypiał na słomie i pił z tegoż naczynia, co i koń jego, zachorował w październiku 1884 r. Skarżył się początkowo na bóle w lewej połowie klatki piersiowej, potem utworzyły mu się dwa ropnie pod lewym gruczołem sutkowym, następnie zaś powstawał ropień za ropniem. Z oznakami wysoko rozwiniętego charłactwa zapisał się do szpitala w sierpniu 1885 r.

Cała lewa połowa klatki piersiowej była wtedy pokryta szeregiem guzów i blizn: z przodu guzy były płaskie, z boku zaś więcej wyniosłe, składały się ze szklistej tkanki granulacyjnej, w której było mnóstwo bladobółtych ognisk; niektóre z guzów uległy już rozpadowi. Opukiwanie chorego wykazało, że wierzchołki płuc nie są zajęte, natomiast poniżej obojczyka i grzebienia łopatki znaleziono znaczne stępienie, sięgające aż do samego dołu. Badanie płwociny wykryło mnóstwo grzybków promienistych. Śledziona i wątroba powiększone, w moczu białka nie było. Silne rozwolnienie. Wyniszczenie coraz większe, ilość ropy wypływającej z przetok i ropni pod koniec życia znacznie się powiększyła.

Przy sekcji znaleziono ścianę klatki piersiowej, tkanek otaczającą opłucną i tkankę w śródpiersiu usiane mnóstwem żółtych i czerwonych guziczków, toż samo spostrzeżono na płucach. Opłucna, pokrywająca lewe płuco, — nabrzmiała, szarawa i pokryta żółtymi smugami. W lewym płucu wielka jama ropna, w której Israel znalazł odłamek zęba. Ząb ten przypadkowo dostał się z jamy ustnej do rozgałęzień oskrzeli, z nim przedostały się grzybki promienicy i wywołały pierwotne porażenie narządu oddechowego.

Do kanału pokarmowego grzybki mogą przenikać z jamy ustnej, lub wraz z substancjami pokarmowymi przechodzić do kiszek, gdzie osiadają na ścianach, lub też drogą przerzutów wytwarzają się zatory grzybkowe w naczyniach kiszek. Rozszerzenie sprawy *per continuitatem* na kiszkę z innych narządów nie posiada w tym razie dla nas znaczenia.

*) Israel. — Deutsche Medizinal-Zeitung N. 32 — 1886 — str. 355.

Zatorowe ogniska, jeżeli ulegają rozpadowi, zupełnie są podobne do pierwotnych i od tych ostatnich nader trudno je odróżnić.

Kwestyja, w jaki sposób grzybki promieniste dostają się do ustroju ludzkiego, nie jest zupełnie wyjaśniona. Esmarch *), który w klinice swojej w Kiel obserwował 10 przypadków promienicy, przyszedł do przekonania, że w większości przypadków zarażenie następowało od zwierząt, gdyż chorzy ci znajdowali się w bliskiej styczności z bydłem porażonem promienicą oddawna.

Na poparcie swego wniosku przytacza jeden przypadek, dotyczący rolnika, brata weterynarza, u którego choroza wybuchła z objawami zapalenia szpiku kostnego miednicy; pacjent zajmował się chorem zwierzęciem i codziennie je opatrywał.

Podobniez spostrzeżenie podaje Koenig **).

Kobieta 31-letnia zupełnie zdrowa pracowała w oborze i w polu w miejscowości, gdzie bydło często cierpiało na promienicę; choroza uległa porażeniu płuc z przejściem procesu na ścianę klatki piersiowej i z przerzutami.

W przypadku promienicy okolicy podbródkowej, obserwowanym przez Rottera, chorym był dorożkarz, który miał wiele do czynienia z końmi.

Trudno powiedzieć, o ile jest sprawiedliwem przypuszczenie, że zarażenie następuje od zwierząt; z drugiej strony jeżeli w danej miejscowości zwierzęta zapadają na promienicę, dla czego przy równych warunkach i ludzie nie mogli podpadać temu samemu cierpieniu, nie przez wprowadzenie do swego organizmu zarazka od zwierzęcia, ale poprostu skutkiem tych samych wpływów, jakie wywołują choroby zwierząt?

Israel nie podziela tego zapatrywania, aby człowiek mógł się zarazić od zwierzęcia; według niego zarażenie następuje przez wprowadzenie grzybków do organizmu z substancjami pokarmowymi. Za takim rozwojem sprawy nie tylko u ludzi, lecz i u zwierząt, przemawia bardzo wiele okoliczności, zachodzi tylko pytanie, jakie substancje pokarmowe mogą być roznośicielami zarazy? Duński weterynarz

*) Esmarch. — Deutsche Medizinal-Zeitung. — N. 32. — Str. 355. — 1886.

**) Koenig. — Ein Fall von Actinomyces hominis. Inaug. Diss. Berlin 1884.

Jensen w Islandyi widział silną endemię promienicy u bydła rogatego karmionego jęczmieniem. Johne badał pyski świń i znajdował u zupełnie zdrowych okazów ości roślin chlebowych wbite w migdałki i pokryte grzybkami promienistemi; przytem badanie zwierząt porażonych promienicą wykazuje, że zwierzęta, żywiące się wyłącznie mięsem, nie ulegają temu cierpieniu.

Niekiedy zdarza się, że w pewnej miejscowości podobnie do endemii zwierząt promienica poraża jednocześnie kilka osób. Magnussen *), przy opisie jednego z przypadków, zwraca uwagę na tę okoliczność, jako na bardzo interesującą.

Na zasadzie takich i podobnych spostrzeżeń wywnioskowano, że grzybek promienisty w rzeczy samej przedostaje się do ustroju wraz z pokarmami roślinnego pochodzenia, a w szczególności roślin zbożowych.

Nader wymownym tego przykładem jest spostrzeżenie Soltmanna **).

W Styczniu 1884 r. do oddziału Soltmanna przyjęto chłopca sześciolletniego z guzem na grzbiecie, bolesnym, chelboczącym, wielkości małego talerzyka. W Czerwcu 1883 r. chłopiec poszedł na grób matki zmarłej na suchoty; przechodząc koło ściany cmentarza zrywał morwy i jadł je, przez pomyłkę urwał także kłos jęczmienia mysiego *hordolum murinum* — i połknął go. Po kilku dniach uczył dławienie i silne bóle w okolicy mostka, poczem nastąpiły wymioty krwawe, po których dławienie i ból ustąpiły. Po pewnej przerwie przy objawach bólów szerzących się ku tyłowi, utworzył się guz wielkości orzecha laskowego w szóstym odstępnie międzyżebrowym. Guz ten przecięto; wypłynęła zeń ropa wraz z kawałkiem połkniętego kłosa. W tydzień potem powstał nowy guz, z którego wydobyto resztki kłosa. W dalszym ciągu utworzył się jeszcze większy guz poniżej kąta łopatki, skutkiem czego chorego oddano do szpitala. Oprócz owego guza badanie chłopca nie wykryło nic szczególnego: stan ogólny zadawalniający, bezgorączkowy, język, zęby, migdały i gardziel nie przedstawiały żadnych zmian.

Guz przecięto, i w ropie znaleziono mnóstwo zawieszonych grudek grzybków promienicy. Rana pod opatrunkiem przeciwnilnym po 14-tu dniach zgoiła się, lecz wkrótce poniżej utworzyło się nowe ognisko z taką samą zawartością. Po pewnym przeciągu czasu zaczęły powstawać coraz to nowe guzy, wystąpiła gorączka, dreszcze, brak łaknienia, znaczny upadek sił i w jedenaście miesięcy od czasu przyjęcia do szpitala chory zmarł.

*) Magnussen.—Beitrag zur Diagnostik und Kasuistik der Actinomycose. Inaug. Diss. Kiel.—1885.

**) Soltmann.—Ueber Aetiologie und Ausbreitungsbezirke der Actinomycose.

W wypadku tym nie ulega wątpliwości, że połknięty kłos jęczmienia był przyczyną zarażenia, gdyż jednocześnie przedostał się do ustroju osiadły na nim grzybek promienisty. Kłos szybko przeszedł przez jamę ustną i usadowił się w tylnej ścianie przełyku, skutkiem czego powstało dławienie; ciśnienie doprowadziło do przedziurawienia ściany, na co wskazują wymioty krwawe, a kłos dostał się do śródpiersia. Tu grzybek zaczął się rozwijać i był przyczyną całego szeregu guzów ropiejących, przez które też zostały wydalone części połkniętego kłosa.

Jęczmień, na jakim rozwijał się grzybek promienisty, nie rośnie w otwartym polu, lecz w tych miejscach, gdzie się zwykle nagromadzają masy gnoju, kału, moczu i t. p., to jest przy drogach, w pobliżu starych ścian i ogrodzeń.

Rotter *) przytacza także spostrzeżenie promienicy kiszkowej, gdzie zarażenie prawdopodobnie nastąpiło skutkiem substancyj pokarmowych.

Chorobie uległ 30-letni piekarz, który w ciągu ostatnich dwóch lat używał znacznej ilości mąki z wyrosniętego żyta. Choroba rozpoczęła się w Czerwcu 1884 roku przy objawach zapalenia otrzewnej. Po 2-ch miesiącach chory wyzdrowiał i czuł się zupełnie dobrze aż do Lutego 1885. Wtedy wybuchnął *periproctitis* z zejściem w ropień, po przecięciu którego wypłynęła znaczna ilość ropy z grudkami grzybków promienistych.

W Maju i Czerwcu 1885 r. bóle w miednicy i contractura prawej dolnej kończyny, następnie powstał cały szereg ropni w pobliżu otworu stolcowego, które dawały początek przetokom. Po kilku miesiącach na kościach biodrowych potworzyły się obszerne ropnie z zawartością cuchnącą. Według objaśnień Rottera, pierwotna promienica rozwinęła się w danym przypadku w kiszce prostej, z kąd proces rozszerzył się na części otaczające i po kości krzyżowej przeszedł do wielkiej miednicy.

Chory pozostaje jeszcze w kuracyi, rokowanie jest bardzo smutne.

Czy z mięsem świń lub bydła rogatego wprowadzone grzybki do ustroju człowieka mogą się w nim rozwijać, nie jest wiadomo. Jeżeli mięso było jedzone w stanie surowym, to grzybek promienisty może się przyjąć, chociaż próby Ponficka, który zmuszał zwierzęta do łykania kawałków guza promienicy, nia doprowadziły do żadnego dodatniego rezultatu, gdyż zwierzęta zdychały bez rozwoju promienicy. Również nie można powiedzieć nic stanowczego o mięsie wędzonym, gotowanym lub przyrządzonym w jakikolwiek inny sposób (mówię tu o mięsie, w którym znajdują się grzyb-

*) Rotter.—I. c. str. 355.

ki promieniste), gdyż nieznane są nam warunki, przy jakich pasorzyt może być doszczętnie zniszczony bez uszkodzenia pokarmu.

Przebieg.

Sprawa chorobowa w większości wypadków trwa całe miesiące, a nawet i lata, z tego też tytułu uważaną była za cierpienie przewlekłe, przynajmniej żaden z przypadków znanych Israelowi nigdy nie przebiegał ostro, i dlatego wszystkie formy promienicy Israel przyjmował za sprawę chorobową chroniczną. Tymczasem dalsze spostrzeżenia wykazują cokolwiek odmienny przebieg choroby.

Dr. Karol Roser *) z Marburga ogłosił dwa przypadki promienicy jako *ostrego cierpienia*.

Pierwsze spostrzeżenie dotyczy Elżbiety Kratz — 56-letniej wieśniaczki, która była przyjętą na klinikę 4-go Lipca 1884 roku. Przed 5-iu dniami pod podbródkiem powstało bolesne obrzmienie, skutkiem czego chora od 2-ch dni czuła trudność przy oddychaniu i nie mogła nie łykać. Badanie chorej wykazało w okolicy lewego podszczękowego gruczołu wielki naprężony ropień, naokoło którego aż do środka szyi była znaczna infiltracja. — Pomiędzy zębami otworzono, wypuszczono zeń ropę z licznymi nader drobnymi ziarnkami, badaniem których zajął się Marchand. W jamie ustnej pomiędzy językiem, a szczęką dolną po wprowadzonym palcu zrobiono otwór, założono sączek i ranę przestrzyknięto sublimatem. Kość nie była naruszona. Po operacji wkrótce chora uczuła znaczną ulgę, trudność oddychania i polykania zupełnie ustąpiły, ciepłota trzymała się poniżej 38^o, a po 2-ch dniach ropienie już było tak nieznaczne, że usunięto sączek. Po upływie 10-ciu dni pacjentka była wyleczoną. 8-go Stycznia 1886 roku Roser otrzymał od niej piśmienne zawiadomienie, że do tego czasu ani na szyi, ani na szczęce, żadne nowe obrzmienie nie powstało.

W tym wypadku zęby nie były spróchniałe, nie można też było wykryć żadnego obrażenia błony śluzowej w okolicy ropnia.

Roser przypuszcza, że grzybek promienisty przeszedł przez przewód Whartona do gruczołu podszczękowego i tam spowodował ropień.

W drugim wypadku przebieg nie był tak ostry.

Wieśniak 31-letni. — Kapeller przybył do szpitala 14-go Sierpnia 1884 roku, od 4-ch tygodni miał utrudnione polykanie, a od 8-miu dni utworzyło mu się nader bolesne obrzmienie pod dolną szczęką. — Stan gorączkowy, trudność oddychania, w ciągu dwóch dni chory wcale nie mógł mówić.

*) Dr. Karl Roser (Privatdocent u. Assistenarzt). — Aus der chirurgischen Klinik in Marburg. Zwei Fälle von acuter Aktinomykose.

W okolicy prawego gruczołu podszczękowego znaleziono obrzmienie twarde, gorące i zaczerwienione, całe dno jamy ustnej i okolica przelyku nader silnie obrzmiały. Usta z trudnością otwiera. Wysoka gorączka. — 19-go Sierpnia nastąpiło dobrowolne pęknięcie guza do wewnątrz i znaczna ilość cuchnącej ropy wylała się do jamy ustnej. Po 8-miu dniach ropa przestała się wydzielać. W okolicy prawego rogu kości podjęzykowej pozostało się niebolesne stwardnienie, sięgające do chrząstki tarczowej, utworzył się ropień, który pękł dopiero 3-go Października. W ropie znajdowało się mnóstwo grudek grzybków promienistych. Po 3-ch tygodniach cała sprawa się zakończyła zupełnem wyleczeniem i chory czuł się zdrowym do 6-go Stycznia 1886 roku, w którym to dniu zawiadomił Rosera o swoim stanie. Zęby w tym wypadku także nie były zniszczone. Roser przypuszcza, że grzybek przeniknął tą samą drogą co i w poprzednim spostrzeżeniu, to jest przez przewód Whartona do gruczołu podszczękowego.

Obadwa te spostrzeżenia dotyczą pierwszego typu i to wyłącznie formy podszczękowej. Pierwsze przedstawia zupełnie ostrą postać cierpienia, w drugim zaś sprawa się zaciągnęła i trwała znacznie dłużej. W każdym razie biorąc na uwagę tę okoliczność, że zwykle promienica ciągnie się całe lata, to nawet dwumiesięczny lub dłuższy czas trwania cierpienia uważać można za nader szybkie zakończenie sprawy, a jeżeli przytem choroba wybucha gwałtownie, z gorączką, to można przyjąć ją za ostrą formę.

Podobny wypadek szybkiego rozwoju i względnie prędkiego zakończenia cierpienia był obserwowany na klinice Esmarcha.

Przy objawach bólów z prawej strony rozwinął się nader szybko guz, skutkiem czego w ciągu kilku dni chory nie mógł nic jeść. Po 5-ciu dniach guz pękł i wylała się zeń znaczna ilość cuchnącej ropy z grudkami grzybków promienistych. W późniejszym przebiegu tworzyło się jeszcze mnóstwo ropni i chory dopiero po ośmiu miesiącach został wyleczony.

Na zasadzie tych spostrzeżeń widzimy, że twierdzenie Israella, jakoby przebieg czystej promienicy nigdy nie bywał ostro-ropnym, lecz powolnym, torpidnym, wlekącym się wiele miesięcy i zdradzającym swój początek przez zaledwie nieznaczną bolesność, nie zawsze sprawdza się, przeciwnie nawet dodaje, jak można wnioskować z poprzedzającego, że promienica typu twarzowego i szyjowego przebiegać może pod postacią *ostrą i przewlekłą*.

Oдноśnych spostrzeżeń, to jest ostro przebiegających, dla typu piersiowego dotąd nie posiadamy. Co się zaś tyczy promienicy brzusznej, to w 1885 r. Heller *) ogłosił, że

*) Deutsche Archiv f. klin. Medicin. — 1885. Bd 37. Str. 372.

już w 1872 roku otwierał ciało zmarłego skutkiem rzeczywistej promienicy. Cierpienie przebiegało pod postacią ostrej infekcyjnej choroby; sprawa rozpoczęła się 5-go Sierpnia 1872 roku dreszczami, ogólnem osłabieniem, brakiem apetytu, zaparciem stolca, ostatecznie w następstwie ustąpiło rozwolnieniu. Wysoka gorączka, dreszcze, znaczne bóle i rozwolnienie trwały ciągle i chory umarł po 3 miesiącach cierpienia, t. j. 14 Listopada.

Rozpoznano u chorego tyfus. Przy sekcji znaleziono dysenteryczne porażenie grubej kiszki, trzy ropnie wątroby, pęknięcie jednego ropnia do jamy brzusznej i ropne zapalenie otrzewnej. W ropniach wątroby, w ropie z jamy otrzewnej i w żyłe wrotnej znaleziono mnóstwo grzybków.

Jeżeli w rzeczy samej była to promienica, to posiadamy spostrzeżenia dowodzące, że nawet typ brzuszny może przebiegać pod ostrą postacią. We wszystkich innych nam znanych przypadkach przy porażeniu narządów piersiowych i brzusznych, chociaż niekiedy choroba wybucha nagle i w przebiegu jej ciepłota jest podniesiona, zwykle sprawa trwa długo i skutkiem tego wypadki te zaliczone są do nader przewlekłych cierpień.

Krótszy lub dłuższy czas trwania choroby zależy od tego, jakie narządy ulegają porażeniu. Jeżeli, na przykład, przy promienicy pierwszego typu, guzy zajmują przeważnie skórę lub mięśnie, ograniczają się do powierzchownych zniszczeń, to sprawa ciągnąć się może przez kilka lat, naturalnie, ze znaczną krzywdą dla organizmu, — śmierć wtedy następuje skutkiem charłactwa; w innych znów razach, jeżeli proces poraża jakikolwiek ważny organ na przykład mózg, to ten sam typ promienicy kończy się bez dorównania prędkiej.

Rokowanie.

Nie wiem, dlaczego pomiędzy większością naszych lekarzy powstało mniemanie, że promienica jest chorobą nieuleczalną, dającą jak najgorsze rokowanie? Zapatrywanie to jest tak zakorzenione, że powstaje formalny popłoch, jeżeli tylko u chorego promienica jest stanowczo stwierdzona za pomocą badania mikroskopowego. Miałem możność przekonać się o tem, przy obserwowaniu mojego przypadku.

Czyżby na taki pogląd na chorobę wpłynąć miały pierwsze spostrzeżenia, zejście których było śmiertelne? Do

Marca 1880 roku ogłoszono 9 wypadków, z których 7 zakończyło się śmiercią, a 2 wyzdrowieniem, lecz o tych ostatnich bardzo mało pisano.

Promienica należy do chorób wyleczalnych, zależy tylko od tego, z jaką formą cierpienia mamy do czynienia i w jakim okresie znajdujemy chorego. Wszak i wąglik (pustula maligna) jest groźnem cierpieniem, jednak w odpowiedniej chwili zastosowana pomoc lekarska ratuje życie choremu. Toż samo jest i przy promienicy. Jeżeli cierpienie zostawimy naturalnemu przebiegowi, to rokowanie będzie bardzo złe, gdyż sprawa nie ma skłonności do przycichania i samowolnego wyleczenia się, a przeciwnie, coraz więcej się rozwija. Ponfick już w 1882 r. ogłosił 16 wypadków, z których 8 zostało uleczonych.

Wszystkich spostrzeżeń zebrałem 62, z tej liczby śmierć nastąpiła w 30-tu wypadkach, czyli że przy promienicy jest blisko 50% śmiertelności. Stosunek ten zmienia się znacznie, jeżeli będziemy rozpatrywali osobno zejście oddzielnych typów. Promienica narządów jamy brzusznej zawsze daje złe rokowanie, z 13 odnośnych wypadków 11 zakończyło się śmiercią, w dwóch zejście mi nie jest znanem (chory Rottera pozostaje jeszcze w kuracyi).

Również przy promienicy narządów pomieszczonych w klatce piersiowej rokowanie jest fatalne. Z ogólnej liczby 17-tu spostrzeżeń jeden tylko przypadek *Canali (brónchitis actinomycotica)* trwał 8 lat bez żadnej wybitnej krzywdy dla ustroju, 14-cie zaś zakończyło się śmiercią, 2 pozostają jeszcze w kuracyi.

Najlepsze rokowanie stawiamy przy rozwoju choroby na szyi, twarzy i szczękach, wszystkie też wypadki wyleczenia odnoszą się do tego typu promienicy. Z 32 spostrzeżeń odnośnych otrzymano:

wyleczenie	—	—	w 22 wypadkach.
prawdopodobne wyleczenie	w	4	„
śmierć	—	—	w 5 „
w kuracyi (złe rokowanie)	w	1	„

Zatem procent śmiertelności w tych razach wynosi 15,63%.

W tej grupie przy porażeniu jednych narządów stawiamy gorsze rokowanie, aniżeli porażeniu drugich, tak na przykład przy zajęciu górnej szczęki zejście jest mniej pomyślne, aniżeli dolnej, gdyż w pierwszym przypadku proces

z łatwością może przejść na podstawę czaszki i przeniknąć do mózgu.

Również jeżeli sprawa przez jakiś czas przed ukazaniem się guzów na zewnątrz przebiega skrycie, jak to miało miejsce w spostrzeżeniach Florkiewicza, to rokowanie także jest niepomyślne, gdyż wtedy głębiej leżące części mogą już ulegać tak znacznym zmianom, że nawet odpowiednie leczenie przynosi nader niewielką korzyść.

Dla dokładniejszego objaśnienia rzeczy przytaczam tu tabliczkę, obejmującą wszystkie znane mi przypadki wraz z ich zejściem.

I. Grupa—typ twarzowy i szyjowy.

Autor.	Chory.	Wiek.	Porażony organ.	Zejsście.
			dolna szczęka i jej okolice	
1. J. Israel . . .	kobieta	46	—	wyleczenie
2. J. Israel . . .	dziewczyna	9	—	"
3. J. Israel . . .	mężczyzna	40	—	prawdopodobne wyleczenie
4. Partsch . . .	"	34	—	wyleczenie
5. Rosenbach . . .	"	58	—	"
6. " . . .	kobieta	62	—	"
7. " . . .	mężczyzna	39	—	" badanie mikroskopowe nie było dokonane
8. " . . .	"	58	—	wyleczenie
9. J. Israel . . .	"	24	—	"
10. Magnussen . . .	"	19	—	"
11. " . . .	"	38	—	"
12. Müller *) . . .	"	24	—	"
13. Florkiewicz . . .	kobieta	36	—	śmierć
14. " . . .	mężczyzna	17	—	"
15. Roser	kobieta	50	—	wyleczenie
16. " . . .	mężczyzna	31	—	"
17. " . . .	kobieta	56	—	"
18. " . . .	"	29	—	" jeszcze nie zupełne

*) E. Müller. — Ein Fall von geheilter Aktinomykose.

Mittheilungen aus d. chir. Klinik zu Tübingen Hft. 3 p. 489. Tübingen 1884. Refer. w Centralblatt für Chirurgie za 1885 r.

Autor.	Chory.	Wiek.	Porażone części.	Zejsście.
19. Roser	kobieta	40	—	wyleczenie (Leptothrix ?)
20. Rotter . . .	"	—	"	wyleczenie
21. Kijewski . . .	"	39	"	"
22. J. Israel . . .	"	36	szyja	prawdopodobne wyleczenie
23. J. Israel . . .	"	31	"	wyleczenie
24. Magnusen . . .	"	21	"	"
25. J. Israel . . .	"	—	górną szczęką lub jej okolica	"
26. J. Israel . . .	"	23	—	"
27. W. Kinght - Treves.	"	45	"	śmierć
28. J. Israel . . .	"	21	"	wyleczenie
29. Ponfick . . .	mężczyzna	45	policzek	śmierć
30. Partsch . . .	"	—	"	wyleczenie
31. Rotter . . .	"	20	górną szczęką	w kuracyi — rokowanie złe.
32. Ponfick . . .	kobieta	45	szyja (?)	śmierć.

II. Typ piersiowy.

1. Canali . . .	dziewczyna	15	oskrzela	status quo
2. J. Israel . . .	mężczyzna	20	płuca	śmierć
3. Thiersch i Bahrtdt . . .	"	50	"	"
4. Wejgert . . .	mężczyzna	37	"	"
5. J. Israel . . .	kobieta	24	płuca z przetrzutami	"
6. " . . .	"	39	"	"
7. Ponfick . . .	mężczyzna	45	"	"
8. Koenig i O. Israel . . .	kobieta	31	"	"
9. Ponfick . . .	mężczyzna	—	"	"
10. Langenbeck . . .	"	—	płuca (?)	"
11. Mosdorf i Birch-Hirschfeld . . .	"	21	"	"
12. Rotter . . .	"	54	"	w kuracyi
13. " . . .	kobieta	30	"	"
14. J. Israel . . .	mężczyzna	26	"	śmierć
15. Wolf . . .	"	40	pleuritis actinomycotica.	"

Autor.	Chory.	Wiek.	Porażone części.	Zejście.
16. Ponfick . . .	mężczyzna	—	actinomyco- sis ohne acti- nomyces	śmierć
17. Soltmann . . .	chłopiec	6	actinomyco- sis mediasti- ni	"

III. Typ brzuszny.

1. Chiari . . .	mężczyzna	34	kiszki	śmierć
2. Middeldorpf .	kobieta	38	"	"
3. Zemann . . .	"	30	"	"
4. " . . .	mężczyzna	18	"	"
5. " . . .	"	23	"	"
6. " . . .	"	50	"	"
7. Blaschko . . .	"	38	"	"
8. Rotter . . .	"	30	"	w kuracyi
9. Magnussen . .	kobieta	30	?	zejście nieznanne
10. Esmarch . . .	mężczyzna		?	śmierć
			cierpienie w miednicy	
11. Ponfick . . .	kobieta	61	perityphlitis	śmierć (kiszki nie zajęte)
12. Zemann . . .	"	40	salpingitis	" " "
13. Heller . . .	mężczyzna	29	Peritoneum, Hepar, w ki- szkach gru- bych dysen- teria.	

Z tej tabelki widzimy, że najmłodszy osobnik miał 6 lat, a najstarszy 62, — kobiet uległo porażeniu 18-cie, a mężczyzn 44.

Oprócz tych wypadków jest jeszcze wiele innych spostrzeżeń promienicy rozpoznanych i nawet w części ogłoszonych, lecz źródła te były dla mnie niedostępne.

Esmarch na zjeździe chirurgów w Berlinie w tym roku mówił, że na swojej klinice miał 10 chorych porażonych promienicą.

Koenig w Getyndze widział wiele razy to cierpienie szczególnie na twarzy i szyi.

Roser z Marburga powiada, że przyjmował promienicę za *angina Ludovici* i takich przypadków obserwował kilka.

Prof. Kosiński na swojej klinice miał kilku chorych z promienicą,—zawartość ropni była badana mikroskopowo, lecz obserwacje nie były przeprowadzone, gdyż ropnie otworzono ambulatoryjnie, a chorzy więcej się nie pokazywali.

Także na klinice D. I. Koszlakowa *) był obserwowany w 1885 r. wypadek promienicy, zdaje się, że pierwszy w Rosyi.

Zdawałoby się, że przebieg kliniczny cierpienia poparty badaniem drobnowidzowem ropy i granulacji jest wystarczającym do zupełnego rozpoznania sprawy chorobowej. Niekiedy jednak okazuje się to niedostatecznym, pomimo całej staranności w badaniu, lekarz nie może stanowczo rozstrzygnąć, czy ma do czynienia z promienicą. Są spostrzeżenia, gdzie przebieg i objawy cierpienia wskazywały na promienicę, tymczasem badanie drobnowidzowe nie wykryło charakterystycznej budowy grzybków promienistych.

Israel już wspomina, że w budowie grzybka mogą nastąpić zmiany, że liczba pałeczkowatych rozszerzeń może być nader mała, wtedy przeważnie rzuca się nam w oczy zwoj mycelium, pomiędzy niemi którego znajdują się drobne ziarenka.

Soltmann widział, że pałeczki grzybków w ropie znikają i nie mógł ich wykazać tam, gdzie dzień przedtem były spostrzegane nader licznie. Toż samo Marchand, badając zawartość ropni chorych K. Rosera, widział podobne twory pozabawione promienistych rozszerzeń.

Ciekawym jest pod względem trudności wykazania grzybków promienistych przypadek promienicy piersiowej Ponficka **).

Robotnik zjawił się z objawami porażenia płucnej, — zrobiono przekłócie i wypuszczono wysięk surowiczy. Wkrótce zaszła potrzeba powtórnego przekłócia, wtedy otrzymano już ropę, przy badaniu której nie wykryto zupełnie grzybków promienistych. W tej okolicy u chorego na klatce piersiowej utworzył się guz. Zrobiono przecięcie klatki piersiowej; po 3 tygodniach nastąpiła śmierć przy objawach wysokiego charłactwa.

*) Wracz.—N. 48—1885—str. 725.

**) Breslauer ärztl. Zeitschrift. 1885, — Centralblatt für Chirurgie za 1885 rok.

Przy badaniu zwłok w ropie także nie znaleziono charakterystycznych grudek, tem nie mniej na zasadzie wyglądu strzępiastych krwawo nakrapianych granulacyj domyślano się, że mają do czynienia z promieniłą. W samej rzeczy staranne badanie mikroskopowe ropy wykryło w tylnem dolnem zagłębieniu opłucnej młode twory grzybków promienistych, lecz w tak małej ilości, że sam Ponfick mówi o tym przypadku jako o „*Actinomycosis ohne actinomyces*“.

Leczenie.

O leczeniu zapobiegawczem niezbyt wiele można powiedzieć, gdyż nie znamy warunków rozwoju grzybka promienistego po za obrębem organizmu zwierząt.

Mając na względzie łatwość zarażenia przez jamę ustną, należałoby starannie unikać wszelkich okazji, ułatwiających rozwój tego pasorzytu. Ztąd też należy się skrzętnie pozbywać zębów spróchniałych, jeżeli nie ma środka zabezpieczającego ich od psucia się, po wyjęciu zaś zębów, jak również przy wszelkiego rodzaju obrażeniach jamy ustnej starannie ją przepłókiwać lub przestrzykiwać płynami dezynfekcyjnymi.

Jeżeli przy promienicy zajmującej szczękę, policzki, okolicę podszczękową i szyję guz się utworzył, to nie należy wyczekiwać, aż sam pęknie, lecz albo go zupełnie wyjąć wraz z otaczającą tkanką, albo też o ile możliwości przyspieszyć jego otwarcie, całą masę granulacyjną starannie wyskrobać, ranę przestrzykiwać sublimatem, założyć w nią sączki, lub zatamponować gazą sublimatową, cały zaś dalszy opatrunek przeciwnie prowadzić nader starannie.

Jeżeli zaś sprawa pomimo to postępuje dalej, to całkowicie wyciąć wszystkie części podejrzane, a oprócz tego jeszcze mocno przypalić jakąkolwiek substancją żrącą, aby zniszczyć naokoło tkankę.

Postępując tą drogą, otrzymujemy znaczne utraty tkanek, ale za to posiadamy więcej danych przemawiających za wyleczeniem.

W wypadku takim jeżeli sprawa dotrze aż do kości i ta ostatnia obnażoną już jest z okostnej, posiada powierzchnię nierówną, to według mego zapatrywania najlepiej nie wyczekiwać dalszych następstw, ale starannie ognisko wyskrobać, przypalić, a nawet przystąpić do częściowego wy-

piłowania porażonej kości, a niekiedy i usunięcia jej w znacznej części. Postępowanie takie nigdy nie zawodziło, — otrzymywano zawsze dobre rezultaty. Roser przytacza nawet przypadek, gdzie nieczekając pęknięcia guza wycięto go całkowicie wraz z tkanką otaczającą, rana się szybko zagoiła i guzy więcej się nie tworzyły.

Przy porażeniu trzonu szczęki dolnej wycięto całkowicie porażoną część z zejściem bardzo dobrem, gdyż chora została zupełnie wyleczoną.

Zdarzają się wypadki, że pomimo to wszystko, cierpienie postępuje dalej, w takich razach rola lekarza ograniczać się musi do otwierania ropni i utrzymywania przeciwnilnego ran.

Niekiedy zaś wystarcza otwarcie ropnia i ułatwienie odpływu zawartości jego, oraz przestrzykiwanie rany płynami przeciwnilnymi, — guzy same po pewnym przeciągu czasu zmniejszają się, infiltracja stopniowo ginie i chory jest uleczony.

Należy to, rozumie się, do wyjątkowych wypadków i nader szczęśliwych, lekarz na to nigdy liczyć nie może, a powinien przedsięwziąć jakieś środki energiczniejsze.

O podobnym wypadku wspomina Roser, — w mojem spostrzeżeniu zakończenie sprawy również było szczęśliwe.

Józef S. urzędnik, 39 lat, budowy dobrej, wzrostu miernego, do Sierpnia 1885 roku nigdy nie chorował. 19-go Sierpnia uczył ból przy polykaniu, nabrzękl mu prawy migdałek, przy dotykaniu stał się bardzo bolesnym, również na zewnątrz obrzmiała cała okolica szczęki dolnej z prawej strony, ból strzykający w karku, gorączka, a oprócz tego silny katar nosa, poty nocne.

Stopniowo w ciągu 2-ch tygodni wszystkie te objawy ustąpiły, pozostało tylko obrzmienie prawego kąta szczęki dolnej, ból w porażonym miejscu i trudność przy szerszem otwieraniu ust.

2-go Września chory udał się po poradę do lekarza, który sądząc prawdopodobnie, że tworzy się ropień pod okostną, przeciał głęboko w tem miejscu dziąsło, lecz według objaśnienia chorego, oprócz niewielkiej ilości krwi, nic więcej nie wypłynęło. Operacja ta była dla chorego nader bolesna. Guz ciągle się powiększał, bóle były bardzo wielkie, chory przystawił do porażonego miejsca pijawki, a następnie kataplazmował.

W kilka dni potem byłem wezwany do chorego. Przy badaniu znalazłem całą prawą stronę twarzy nabrzęklą, w miejscu odpowiadającym prawemu kątowi dolnej szczęki wygórowanie wielkości orzecha włoskiego, w którym dawało się wyczuć wyraźne chełbotanie, — skóra na guzie zaczerwieniona, gorąca, naokoło zaś tego miejsca rozlana twarda infiltracja. Oprócz tego szczękościsk tak znaczny, że pomiędzy zęby zaledwie można

wprowadzić koniec łyżeczki od kawy. Bolesność nader wielka, skutkiem czego chory od kilku dni zupełnie nie może spać. — Silne rozdrażnienie.

Wypytywałem chorego, czy nie ma zębów spróchniałych, — odpowiedział mi, że przed 20-tu laty popsuł mu się przedostatni ząb trzonowy z prawej strony, ale od tego czasu nigdy mu nie dokuczał.

11-go Września wspólnie z D-rem Wolfem przecięłem ten ropień, wypłynęła zeń nader niewielka ilość rzadkiej ropy. Kość nie była zupełnie naruszona. Ranę przestrzyknąłem sublimatem, wprowadziłem sączek i nałożyłem opatrunek sublimatowy.

Na razie chory uczył ulgę, obrzęk znacznie się zmniejszył; ropienie było nieznaczne. Przy przestrzykiwaniu rany płyn przedostawał się do jamy ustnej, — kilkakrotnie wprowadzałem sondę, aby wysledzić tę przetokę, ale mi się to nigdy nie udawało, tembardziej że chory uskarżał się na ból. Sączek usunąłem, ranka prędko się zaciągnęła, lecz jednocześnie obrzęk twarzy się powiększył, a w tydzień po przecięciu poniżej pierwszego guza powstało nowe wygórowanie, które szybko nabrało chelbotania. Szczękoscisk trwał ciągle.

21-go Września przecięłem i ten ropień, — ropa jak pierwszym razem była w nieznacznej ilości, płynna, więcej surowicza; spostrzegłem w niej drobniutkie ziarenka blado-żółte półprzezroczyste. Ziarenka te widziałem już przy opatrywaniu rany po pierwszym przecięciu, teraz zwróciły one moją uwagę i rozpatrując cały przebieg cierpienia, zacząłem przypuszczać, że mam do czynienia z promienią. Na nieszczęście ropy nie mogłem zebrać w dostatecznej ilości, aby ją zbadać mikroskopowo, badanie zaś zawartości na opatrunku, nie doprowadziło do żadnego rezultatu.

Zaproponowałem choremu wyskrobanie całkowite ogniska, lecz ten pod żadnym pozorem nie chciał się na to zgodzić.

Po upływie 10-ciu dni drugie przecięcie się zaciągnęło, powyżej zaś kąta powstało nowe obrzmienie. Cała okolica parotitis silnie nabrzmiała i była nader bolesna. Obawiałem się zajęcia gruczołu przyusznego, zaleciłem choremu wcieranie szaruchy. Guz zaś zwolna miękł, — chory nie zgadzał się na przecięcie; guz już był wielkości małego jajka kurzego, wyraźnie chelbotał, można więc było zebrać dostateczną ilość ropy.

3-go Października guz w nocy pękł do wewnątrz i przez otwory po dwóch pierwszych przecięciach wylała się tak znaczna ilość ropy, że zabrudziła choremu całą poduszkę. Na drugi dzień znalazłem na szyi w kierunku naczyń i w stronie barku czerwone smugi, przytem chory uskarżał się na bóle w barku. Bezzwłocznie jamę otworzyłem i przez dwa otwory przeprowadziłem sączek. Przestrzyknąłem sublimatem, — opatrunek ściśle przeciwny.

Sprawa szybko postępowała ku dobremu, chory znacznie się poprawił, mógł cokolwiek otwierać usta, bóle ustąpiły, obrzęk się zmniejszył, ropienie było niewielkie, w rezultacie sączek usunąłem, rany się zupełnie zagoiły, pozostało tylko naokoło niewielkie stwardnienie.

17-go Października oglądałem chorego wraz z kol. Matlakowskim, — pacjent wtedy czuł się zupełnie dobrze, usta na tyle otwierał, że mógł wprowadzić pomiędzy zęby palec.

Zbadaliśmy starannie jamę ustną i w rzeczy samej znaleźliśmy przedostatni ząb trzonowy dolny z prawej strony jakby ułamany; powierzchnia

jego była zupełnie gładka. Ząb ten postanowiliśmy wyjąć, ale chory nie chciał nawet słyszeć o tem.

Zdawałoby się, że sprawa już jest na ukończeniu; tymczasem 24-go Października, powyżej pierwszych guzów począł się tworzyć nowy, lecz już niebolesny, wielkości orzecha laskowego.

28-go Październiku rozerwałem jedno z poprzednich przecięć i wyśnałem dosyć znaczną ilość ropy, którą też zbadalem mikroskopowo.

Podejrzenia moje się sprawdziły, gdyż w ropie znalazłem grzybki promieniste.

Badanie moje w zupełności zostało potwierdzone przez dziekana Brodowskiego i D-ra Przewoskiego.

Nauczony doświadczeniem, że przecięcie nie doprowadza do pożądanego rezultatu, zaproponowałem choremu radykalniejszą operację, — chciałem wyciąć całą porażoną okolicę i przypalić żrącą substancją.

Chory się na to nie zgodził i wolał jeszcze wyczekać, — znudzony tem marudzeniem, zaproponowałem mu, aby się udał do innego lekarza, zastrzegając sobie jednak prawo od czasu do czasu odwiedzenia go. Jeden z kolegów poradził choremu zaklejenie rany plastrem (empl. de Vigo sine mercur.), co mu się nader podobało, bo go uwalniało od operacyi.

Widziałem chorego potem 9-go Listopada. — Wtedy znalazłem dwa ropnie — jeden powyżej kąta, drugi poniżej. W nocy obydwa pękły, wypłynęła dość znaczna ilość ropy przez poprzednie przecięcia, — chory opowiadał, że ropa była cuchnąca.

15-go Listopada — pod brodą w odległości 1 ctm. od środkowej linii stwardnienie, oprócz tego dwa małe guziki wielkości grochu polnego więcej na zewnątrz, obadwa miękkie.

Bolesności chory nie ma, zaledwie ją uczuwa przy ucisku. Szczękościsk trwa ciągle, chory może wprowadzić palec pomiędzy zęby.

26-go Listopada — stwardnienie powyżej kąta, pierwotne ogniska znacznie zmniejszone, pod szczęką dosyć ograniczony infiltrat. Z poprzednio porobionych przecięć sączy się ropa. — Szczękościsk prawie zupełnie ustąpił.

Stan ogólny zadawalniający, łaknienie dobre. Chory używa dosyć ruchu

W ciągu Grudnia od czasu do czasu chory wyciskał sobie przez pozostałe otworki ropę w nieznaczej ilości.

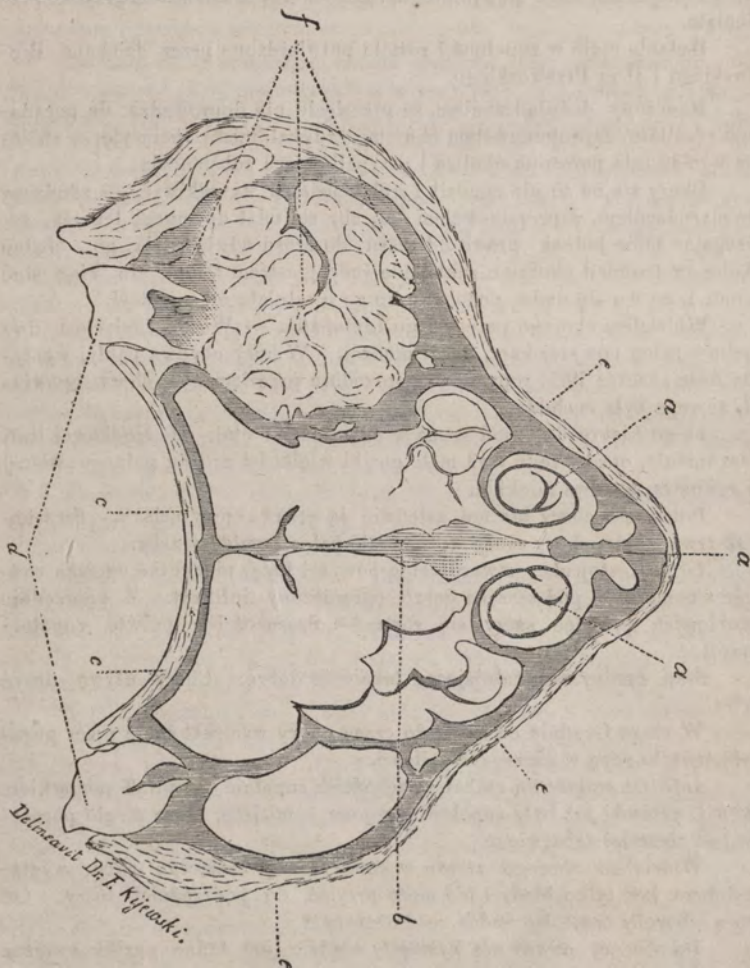
Infiltrat stopniowo znikał, szczękościsk zupełnie ustąpił. Z początkiem 1886 r. przetoki już były zupełnie zagojone, — miejsce, które uległo porażeniu jest ciemniej zabarwione.

Widziałem chorego znowu w końcu Marca bieżącego roku, wygląda dobrze, jest tylko blady i nie może przyjść do poprzedniej tuszy. Od czasu choroby czuje się nader rozdrażnionym

Do obecnej chwili nie wystąpiły nigdzie już żadne guziki i można uważać pacjenta za zupełnie wyleczonego.

W tym wypadku mieliśmy do czynienia z promieniłą zajmującą ściśle ograniczoną przestrzeń, gdyż guzy tworzyły się ciągle naokoło kąta szczęki dolnej; proces nie porażał części głębiej leżących, ani mięśni, ani kości a ograni-

czył się tylko tkanką podskórną i samą skórą. Zarazek według wszelkich danych dostawszy się do jamy ustnej, usadowił się w migdałku prawym, skutkiem czego spowodował jego nabrzmienie i bolesność, ztąd zaś przeszedł dalej do tkanki otaczającej. Sprawa rozpoczęła się ostro i w ciągu kilku tygodni przebiegała pod postacią ostrego infekcyjnego cierpienia.



(Circa $\frac{1}{3}$ naturalnej wielkości.

Przecięcie szczęki górnej wolu. Strona prawa porażona przez guz promienicy.

Przecięcie prowadzone prostopadłe do osi pyska.

a) kości nosowe i muszle; b) przegroda nosowa; c) podniebienne;
d) zęby; e) skóra; f) guz promienicy.

Przy leczeniu promienicy piersiowej lub brzusznej, dopóki sprawa jest ukryta, lekarz nic zrobić nie może; cała jego działalność ogranicza się do uśmierzenia wybitnych objawów. Taką samą rolę lekarza po przejściu procesu na zewnątrz, wtedy można tylko ulżyć choremu, ale żadnej radykalnej pomocy okazać mu nie jesteśmy w stanie. Przy porażeniu opłucnej, jeżeli tego zachodzi potrzeba, należy wypuścić wysięk, lub zrobić operację w celu usunięcia ropy z jamy opłucnej. W wypadkach ropni tworzących się w jamie brzusznej, starać się o ile możności opróżnić je, ale w każdym razie powtarzam dotąd nie posiadamy środków, za pomocą których w podobnych razach moglibyśmy wstrzymać rozwój choroby.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Bakteryjologia.

144. Dr. W. LINDL. **O niektórych nowych chorobotwórczych grzybkach pleśniowych.** (Mittheilungen über einige neue pathogene Schimmelpilze. — *Arch. für exp. Path. und Pharm.* 1886.—S. 269—298).

Już dziś pewnem jest, że grzybki pleśniowe mają wartość chorobotwórczą i dla ustroju ludzkiego. — Dość wspomnieć o *pneumomycosis aspergillina*, *otomycosis aspergillina* lub pewnym rodzaju *aspergillus*, rozwijającym się na rogówce i powodującym ropne zapalenie oka. Sprawy te wywoływane są przez *Asperg. fumigatus* (Lichtheim), *asp. flavescens* i niedość znaną czarną formę *aspergillus*, stosunek którego do *Aspergillus niger* (nieszkodliwego dla królików) nie został jeszcze określony.

Mniej liczne spostrzeżenia w tym kierunku mamy co do rodzaju *mucorineae*. Nawet Lichtheim, który dokładnie zbadał i opisał dwie formy — *Mucor corymbifer* i *rhizopodiformis* nie przyznaje tym grzybkom chorobotwórczego znaczenia dla człowieka.

Jednakże Fürbringer, Hückel, Paltauf i inni podali opisy wypadków, gdzie u człowieka rozwijał się *mucor*, powodując nawet sprawy przerzutowe.

Jakie formy *mucor* występowały w danym razie, nie wiadomo, gdyż wogóle wiadomości botaniczne o *mucorineae* dotąd są bardzo niedokładne. Kiedy Lichtheim chciał powtórnie przygotować zagubione przypadkowo czyste hodowle dwóch wyżej wspomnianych form *mucorineae*, okazało się, że w hodowli mięszonej forma *m. rhizopodiformis* wcale się nie pojawiła, natomiast okazała się jakaś zupełnie nowa forma *mucor*, której zbadanie Lichtheim polecił autorowi. Ten po przyrządzeniu hodo-

wli na płytce wykrył jeszcze jedną nową formę nieznaną. Opisanie tych dwóch form w krótkości podajemy.

1. *Mucor pusillus* nov. spec.

Najmniejszy z dotychczas znanych *mucorineae*. *Mycelium* śnieżnej białości, w starszych hodowlach szare. *Mycelium* powietrznego prawie wcale niema.

Nitki płodonośne pojedynczo rozgałęzione, 1 mm. wysokości. *Sporangii* czarne, kuliste, pokryte koleczastą powłoką, ostro oddzielone od nitek. *Columella* jajowata lub kulista. Zarodniki małe (3—3½ μ), bezbarwne i gładkie. Od innych chorobotwórczych pleśniowców wyróżnia się tem jeszcze, że najlepszą ciepłotą hodowlaną dla niego jest 45° C., (zwykła ciepłota 35°—40°).

Płyn zawierający zarodniki *mucor pusillus*, zastrzyknięty do żyły szyjowej królika, sprowadza śmierć zwierzęcia na 2½ do 4½ dzień, stosownie do ilości zastrzykniętych zarodników. — Badanie trupa wykazuje najważniejsze zmiany w nerkach, które są znacznie powiększone i zawierają mnóstwo ognisk wypełnionych grzybkami w rozmaitych stopniach rozwoju. Miedniczki wysłane błonami włóknikowemi, wpośród których łatwo wykryć się dają hyfy. Błona śluzowa kiszek w stanie kataru. Gruczoły krezkowe i śledziona nabrzmiałe.

2. *Mucor ramosus* nov. spec.

Większy od poprzedniego, posiada bujne mycelium powietrzne. Hyfy silniejsze, nitki płodonośne, wielokrotnie rozgałęzione (*ramosus*). Wogóle bardzo podobny do *m. corymbifer*, lecz hodowla ma wygląd znacznie ciemniejszy. *Sporangii* owalne, osadzone na lejkowatym rozszerzeniu nitki. *Columella* oddziela się od nitki wyraźną linią. Zarodniki owalne z delikatną, gładką otoczką, bezbarwne, 3—4 μ szerokie, 5—6 μ długie, czem wyraźnie odróżniają się od zarodników *m. corymbifer*, które są kuliste i mniejsze.

Zarodniki zastrzyknięte do krwi królikowi, spowodowały śmierć zwierzęcia na drugi dzień. Zmiany patologiczne na trupie prawie równoznaczne jak przy *m. pusillus* — lecz z wyrazem więcej krwotocznym i większym porażeniem gruczołów krezkowych i kiszkowych.

3. *Aspergillus nidulans*, Eidam syn. *Sterigmatocystis nidulans*.

Przy swoich badaniach nad *mucorineae* znalazł autor nowy rodzaj *aspergillus*, który swą charakterystyczną zieloną barwą (*chlorgrün*) wyróżniał się od dotychczas znanych chorobotwórczych *a. fumigatus* i *flavescens*.

Przy dalszych badaniach grzybek ten okazał się równoznacznym z dawniej już opisanym przez Eidama *Sterigmatocystis nidulans*. Jakkolwiek Eidam wykazał i chorobotwórcze własności grzybka, jednakże dotychczas *Asp. nidulans* był pomijany w wykazach pasorzytów. Dlatego też autor przedsięwziął nowy szereg doświadczeń (10) na królikach, zkad się okazuje, że

grzybek ten powoduje śmierć królika w kilka dni po zaszczepieniu z bardzo rozległymi sprawami przerzutowymi w nerkach, sercu, kiszkiach i t. d.

Wł. Zawadzki.

145. A. DYRMONT. Z pracowni Prof. Nenckiego. **Niektóre spostrzeżenia nad prątkami węglkowym.** (Einige Beobachtungen über die Milzbrandbacillen. *Arch. für exp. Pat. und Pharm.*—1866: S. 309—317).

Autor przygotował znaczną ilość czystej hodowli prątków węglkowych, oddzielił nitki od zarodników i przeprowadził badanie chemiczne.

Zarodniki — w świeżym stanie zawierają wody 85,44%. — W 100 częściach pozostałości suchej znajduje się:

1)	Materyj rozpuszczalnych w alkoholu i eterze	8,73%
2)	" " " tylko w alkoholu	1,17%
3)	" " " " " eterze	0,03%
4)	" " nieorganicznych w alkoholu nierozpuszczalnych	1,15%
	Razem	10,72%

Po spaleniu pozostają 1,15% popiołu.

Węgla suche zarodniki zawierają 51,37%, wodoru 7,63%, azotu 12,44% (prawdopodobnie jako część składowa swoistej białkowej materyi—anthraxprotein—Nencki).

Nitki—suche tracą w alkoholu i eterze 7,8% wagi. Pozbawione tłuszczu zawierają 6,8% azotu.

Anthrax protein (Nencki) — substancja białkowa, różna od mykoproteiny i najbardziej zbliżona do kazeiny roślinnej. — Siarki nie zawiera. W alkalijach rozpuszcza się, w rozcieńczonych kwasach ścina się. Sucha zawiera 52,1% C, 6,82% H i 18,2% N.

Sądząc po ilości wykrytego azotu z zarodnikami i nitkami, wnosić należy, że zarodniki zawierają 77,75%, podczas gdy nitki tylko 42,5% anthrakoproteiny.

Dalej autor robił doświadczenia z kwasem solnym jako środkiem osłabiającym chorobotwórcze własności grzybka węglkowego. (W rozcieńczonym kwasie solnym nitki węglkowe pęcznieją, tracą kształt i nakoniec opadają w postaci białych obłoczków). Nitki pogrążone przez 24 godzin w 0,5% kwasie solnym i zaszczepione śwince morskiej, sprowadzały śmierć zwierzęcia w 48 godz. Pogrążone przez 3 dni w 1% kwasie, okazały się nieszkodliwymi.

Tkanki zwierzęce zawierające prątki węglkowe, traktowane przez 48 godzin kwasem solnym 0,25, 0,5 i 1 procentowym, sprowadzały śmierć królika w 27 godzin, 4 i 5 dni. Częstki płuc i śledziony tak zdechłych królików, traktowane przez 24 godzin 1:5—2 i 3 procentowym kwasem solnym, okazały się już dalej nieszkodliwymi.

Zarodniki okazały więcej odporności względem kwasu solnego. Traktowane przez 24 godzin 0,5—1 i 2 procentowym kwasem, sprowadzały śmierć królika na 4—5 i 6 dzień po zaszczepieniu.

Nakoniec autor zadał sobie pytanie, czy prątki węglkowe mogą wytwarzać z węglowodanów kwas mleczny. Odpowiednio wykonane doświadczenia nie wykryły ani kwasu mlecznego, ani nawet lotnych kwasów tłuszczowych, natomiast wykazały minimalne ilości kwasu bursztynowego. *Wł. Zawadzki.*

146. M. NENCKI. **Anaerobioza i fermentacje.** Die Anaerobiose und die Gährungen.—*Arch. für exp. Path. und Pharm.* 1886—S. 299—308.

Sporne jeszcze pojęcia co do udziału tlenu atmosferycznego przy fermentacjach, określa autor w następujący sposób.—Anaerobioza jest podstawą niektórych fermentacyj, gdyż grzybki fermentacyjne biorą tlen nie z powietrza, lecz z gruntu w którym są pogrążone, wytwarzają CO_2 i produkty redukcji. Tak naprzykład drożdże bez przystępu powietrza wytwarzają z cukru kwas węglowy i alkohol: $\text{C}_6\text{H}_{12}\text{O}_6 = (\text{CO}_2)_2 + (\text{C}_2\text{H}_6\text{O})_2$; gdy tymczasem tenże sam cukier w organizmie zwierzęcym, który pochłania tlen atmosferyczny, przechodzi w kwas węglowy i wodę: $\text{C}_6\text{H}_{12}\text{O}_6 + \text{O}_{12} = (\text{CO}_2)_6 + (\text{H}_2\text{O})_6$. Dlatego też fermentację nazywa autor niezupełnem oddechaniem. Przy obfitym dostępie powietrza fermentacja idzie powolnie i stosunek ilości rozłożonego cukru do ilości drożdży wyraża się jak 4:1, podczas gdy bez dostępu powietrza 176:1. Dlatego też autor popiera przypuszczenie Loewego, że w komórce drożdżowej należy wyróżnić dwa rodzaje protoplazmy, z których jeden powoduje fermentację bez udziału tlenu powietrza, drugi zaś posiada dla grzybka siłę twórczą przy udziale tlenu powietrza (m. respiratoria et plastica). Przy fermentacji drożdże prawie całą ilość cukru przerabiają na CO_2 i $\text{C}_2\text{H}_6\text{O}$, podczas gdy na zachowanie i nowotworzenie komórek drożdżowych zużywa się zaledwie 1%.

Grzybki osłabione pracą fermentacyjną muszą być poddane działaniu tlenu powietrza, przez co rozmnażają się i nabierają nowej siły (Pasteur).

Pytanie, czy przy anaerobiotycznej fermentacji tlen potrzebny do wytworzenia CO_2 pochodzi z rozkładu gruntu odżywczego, czy też może i wody — uważa autor za nierozstrzygnięte. Faktem jest tylko, że przy fermentacji takiej oprócz CO_2 nigdy nie wytwarza się H_2O , lecz wolny H lub bogate w H produkty redukcji. *Wł. Zawadzki.*

147. O. ZIEGENHORN. **Próby nad osłabieniem chorobotwórczych grzybków pleśniowych.** — (Versuche über Abschwächung pathogener Schimmelpilze). *Arch. für exp. Pat. und Pharm.* 1886.—S. 249—268.

Prace Toussaint'a, Pasteur'a i innych wykazały, że chorobotwórcza siła pasorzytów nie jest ich właściwością stałą i pod działaniem pewnych fizycznych i chemicznych wpływów może ulegać osłabieniu lub zupełnemu zniesieniu. Osłabione grzybki mogą służyć do szczepień ochronnych. Zachodzi pytanie, czy wszystkie chorobotwórcze grzybki podlegają podobnemu osłabieniu. Autor robił próby w tym kierunku nad grzybkami pleśniowymi i doszedł do wyników ujemnych.

Podobnie jak Pasteur dla prątka węglowego stosował autor do *mucor rhizopodiiformis* metodę osłabienia za pomocą podniesionej ciepłoty, badając oddzielnie mycelium i zarodniki grzybka. Okazało się że mycelium traktowane wodą + 36° C. przez 1 — 8 minut, lub przez 2 minuty wodą 60 — 68° C., nie traciło swych chorobotwórczych własności na ustrój królika, ani też własności te nie okazywały się słabszemi; traktowane w tenże sam sposób przez 9 i więcej minut, lub przez 2 minuty wodą 70° i więcej, traciło w zupełności zdolność dalszego rozwoju. Dalej autor hodował grzybki przy ciepłocie bliskiej tej, przy której porost grzybka jest już niemożliwym (+45° C.), przez ciąg kilku tygodni. Tak wyhodowane grzybki również posiadały nie mniejszą siłę chorobotwórczą.

Dalej traktował autor zarodniki *muc. rhizopodiiformis* i *asp. fumigatus* ciepłotą cokolwiek niższą od zabijającej (67—69° C.). Zarodniki takie zaszeplone królikowi nie wywoływały żadnego efektu, gdy tymczasem na odpowiednich gruntach odżywczych wyrastały, jakkolwiek nieco leniwiej. Nowe z nich zrodzone zarodniki już zachowywały się zupełnie prawidłowo. Ciepłota więc wysoka nie osłabiła chorobotwórczej siły zarodnika, lecz zniosła ją zupełnie.

Wkońcu zaznacza autor, że pytania, co do możliwości chorobotwórczej siły pleśniowców, podobnie jak to ma miejsce dla schyzomycetów, nie uważa bynajmniej za rozwiązane. Doświadczenia jego wykazują tylko, że wysoka ciepłota osłabienia tego spowodować nie może; o ile zaś inne czynniki fizyczne lub chemiczne będą skuteczniejsze, przyszłość pokaże. *Wł. Zawadzki.*

II. Anatomija patologiczna i Medycyna wewnętrzna.

148. Prof. BAUMGARTEN. — **Badania doświadczalne i anatomo-patologiczne nad gruźlicą.**—(Experimentelle und pathologisch-anatomische Untersuchungen über Tuberkulose). *Zeitschrift für Klin. Med.* IX Band II Heft.

Kwestyja histogenezy gruzelka długi czas nie wychodziła z dziedziny hipotez sprzecznych.—Tak naprzykład Conheim — w swym wykładzie patologii ogólnej słusznie powstawanie gruzelka z śródblonka naczyń krwionośnych lub limfatycznych zalicza do hipotez mających równe szanse z hipotezą powstawania komórek gruzelka z białych ciałek krwi.

Więcej pozytywnych danych dostarczył Arnold wykazawszy, że nabłonkowe komórki płuc i nerek, dzieląc się, dają początek nabłonkowatym (epitelioidnym) komórkom gruzelka, jak również i olbrzymim.—Komórki limfatyczne gruzelka przyjmuje Arnold jako rezultat dzielenia się stałych komórek tkanki łącznej.

Zkąd się biorą nabłonkowate komórki w gruzelku rozwijającym się w tkankach nie zawierających nabłonkowych komórek — Arnold nie podaje.

Ziegler cały gruzelek chciałby widzieć zbudowanym z komórek limfatycznych (identycznych według niego z białymi ciałkami krwi) drogą zmian progressyjnych.

Drogą doświadczalną za pomocą szczepienia mas gruzliczych na tęczy i rogówce, chciał powyższe pytanie rozstrzygnąć Häusel; wniosek do jakiego doszedł był zupełnie fałszywy: mianowicie jakoby nabłonkowaty gruzelek stanowił późniejszy okres rozwoju gruzelka limfoidalnego.

Baumgarten do badań swoich używał królików. Ponieważ szczepienia robił w przednią komorę oka, przed operacją wpuszczał kilka kropel roztworu atropiny przefiltrowanego — by największą czystość zachować. — Zwierzę podczas operacji było chloroformowane, a sama operacja wykonywana z zachowaniem wszystkich prawideł antyseptyki.

Jako materyjał do szczepienia używał B. tkanek gruzlicą zajętych, w których obecność prątków dowiedzioną została pod mikroskopem.

Od miejsca zaszczepienia rozprzestrzeniały się laseczniki pierwszych dni za pomocą komórek wędrujących — następnych zaś (6—7) można je było znaleźć same swobodnie leżące w otaczającej tkance. — W miejscach gdzie zbierały się laseczniki w większej ilości, zaczynał się tworzyć najpierw nabłonkowaty gruzelek Wagner-Schuppel'a, w następstwie rozwijał się z niego i limfoidalny gruzelek Wirchow'a (około 14 dnia po zaszczepieniu).

Następnie gruzelki rozwijały się w gruczołkach limfatycznych — leżących koło muszli usznej i podszynekowych. — Koło piątego tygodnia rozwijały się gruzelki w nerkach — zarazek dostawał się tam już drogą naczyń krwionośnych.

Dla badania delikatniejszych zmian, jakie zachodzą w tkankach pod wpływem wszczepionych prątków gruzliczych, — B. szybko wycinał przedni segment oka — pomieszczał go w płynach zachowujących dobrze zmiany kariokynetyczne i dopiero w płynie rozcinał na mniejsze kawałki, aby tkanka prędzej i dokładniej przesiąkała konserwującym płynem i tym sposobem proces dzielenia komórek, jeżeliby taki istniał, *in flagranti* można było podpatrzeć.

Jako płyny dobrze zachowujące figury jądrowe (Kernfiguren) znane są: 0,2% Acd: chromic. — nasycony roztworem kwasu pikrynowego i płyn Müllera, — także płyn Flemming'a.

Po dobrym stwardnieniu — cienkie skrawki tkanek podlegają specjalnemu barwieniu na laseczniki, w celu dokładnego wyjaśnienia związku, jaki zachodzi pomiędzy prątkami a zmianami w tkankach znalezionymi.

Najlepszym z różnych sposobów barwienia jest następujący: Cienkie skrawki pogrążają się w roztworze fioletu metylowego lub gencyany w wodzie anilinowej na 24—48 godzin. — Po przepłókanii wodą przekroploną, zabarwione skrawki od-

barwiają się w bezwodnym wysokoku, zlekka podkwaszonym kwasem solnym. Następnie preparaty pogrążają się na 2—3 minuty do stężonego roztworu wezuwiny w 1% kwasie octowym.

Otrzymujemy wtedy całe tło preparatu brunatne — a laseczniki błękitnie zabarwione. — Dla oka kontrast kolorów jest wtedy wyraźniejszy, niż gdy laseczniki się barwią na czerwono (fuksyną), a tło na niebiesko (błękitem metylowym), choć z drugiej strony preparaty takie gorzej się przechowują.

Na takich preparatach wziętych z tęczowki 6—8 dnia po zaszczepleniu mas gruzliczych znajdujemy *karyokinesis* *) stałych

*) Przypisek sprawozdawcy.

Pod nazwą *karyokinezy* (*κάρων* = jądro, *κίνησις* = ruch), lub *karyjomitozy*—albo *mitozy* (*ὁ μίτος* = nitka) rozumiemy zmiany, jakie zachodzą w jądrach dzielących się.

Zmiany te polegają na wytworzeniu się w jądrze regularnych nitkowatych figur, które przebywają szereg zmian ujęć się dających w stałe okresy, przyczem zmiany, jakim ulegają jądra pochodne przy swem kształceniu się, są powtórzeniem w porządku odwrotnym zmian jądra macierzystego.

Jądro komórek składa się z istoty barwnej—chromatyny i istotyniebarwnej—achromatyny.

Istota niebarwna, achromatyna, tworzy siatkowate połączenie, którego oczka wypełnione są chromatyną. — Całą tę budowę przenika sok jądrowy.

W jądrach, które gotują się do podziału następuje powiększenie ilości chromatyny, oddzielenie się jej i zebranie w jedną nić ułożoną w *kłębek*.

Nić kłębka składa się z mniej lub więcej wyraźnych ziarn lub kulek, ułożonych przy sobie w pojedynczy szereg. Jąderka stopniowo znikają, oddając swą substancję nici chromatynowej. W dalszym ciągu jednocząca nić rozdziela się na kawałki dosyć równej długości—które zginają się w pętle w odnogach mniej więcej równych.

Następnie pętle zaczynają się układać tak, że kąty pętli zwracają się ku środkowi, swobodne końce odnog pętli ku obwodowi.

Powstaje ztąd figura *gwiazdy macierzystej*. — W tym czasie włókna achromatynowe układają się w postać wrzeciona, które w swej płaszczyźnie równikowej otoczone jest pętlami gwiazdy chromatynowej

W okresie gwiazdy (niekiedy wcześniej, w okresie kłębka) następuje rozszczepienie nici w kierunku podłużnym na dwie bliźniacze nitki—ztąd gwiazda (ewentualnie kłębek) o cienkich nitkach,

Dalej następuje odwrócenie pętli w ten sposób, że kąty pętli zwracają się ku biegunom, a swobodne końce ku równikowi. Układ jednośrodkowy przechodzi w dwuśrodkowy.

Okres ten stanowi t. zw. *fazę równikową*;—ze względu że odbywa się w tym okresie odwrócenie pętli — może być nazwanym *okresem odwrócenia*.

Dalsze okresy zmian figur pochodnych, są powtórzeniem w odwrotnym porządku okresów postępowych jądra macierzystego.

komórek tkanki łącznej tęczy. Przytem zwykle te komórki podlegają dzieleniu, przy których zgromadziła się niewielka ilość prątków (1—3). Gdzie laseczników dużo więcej, tam karyokinezy nie widać.

Komórki tkanki łącznej po podziale dają komórki bogate w protoplazmę, tak zwane komórki nabłonkowate. Ciałek wędrujących w tym czasie jest bardzo niewiele: są to ciała ciała krwi.

Koło 10 — 11 dnia naczyńia są przepelnione białymi ciałkami krwi, które wychodzą z naczyń przez ścianki,—te to elementy (białe ciała krwi) stanowią limfoidalne komórki gruzelka (infiltratio).

Brak karyokynetycznych obrazów w komórkach stałych jak gruzelka tak też i tkanki łącznej otaczającej, dowodzi że nie są to nowo uformowane młode komórki.—Niezdługo cała budowa gruzelka zamaskowaną zostaje przez białe ciała krwi — i wtedy komórki nabłonkowate mogą być dostrzeżone tylko na rozskubanych preparatach. — W końcu otrzymujemy zmiany wsteczne w gruzelku—i budowa jego zupełnie zaciera się dla oka.

Co się tyczy *komórek olbrzymich* to znaleźć je można tylko przy szczepleniu mas gruźliczych, nie bardzo obfitujących w laseczniki.

Baumgarten przypuszcza, że komórka olbrzymia jestto produkt nieskończonego podziału komórki. Gdy bodziec do rozdzielenia się—(prątki gruźlicze) jest dość silny — następuje podział komórki zupełny—to jest podział jądra, a zatem i protoplazmy. Gdy zaś ilość laseczników jest nie wielka, wtedy siły pobudzającej do dzielenia wystarczy tylko na podział jąder — protoplazma zaś zostaje niepodzielona, przez co powstaje olbrzymia komórka.

Dlaczego w takiej komórce jądra znajdują się u brzegu? Koch przypuszcza pewien antagonizm między prątkami a jądrami komórki: prątki grupują się w środku komórki — jądra leżą przy obwodzie **)

Mianowicie w każdej z dwóch figur pochodnych pętle zwracają się kątami swemi ku środkowi, swobodnemi końcami ku obwodowi, a przez to powstają dwie *gwiazdy pochodne*, z których, po złączeniu się oddzielnych pętel gwiazdy, powstają *kłębki pochodne*.

Wreszcie z kłębków wytwarza się stopniowo przez niejednostajne zcieńczenie i boczne połączenia nitek w miejscu skrzyżowania się siatkowata budowa dwu jąder pochodnych, przyczem następuje napowrót ściślejsze zmięszanie istoty barwnej z niebarwną.

Jądra, odbudowując się dalej, przyjmują ostateczny wygląd jąder w spokoju będących.

(Mayzel. O karyjomitozie. W książce pamiątkowej profesora Hoyera).

***) Druga teoria powstawania olbrzymich komórek — przez zlanie się kilku w świetle naprzykład naczyńia, gruczołu lub przewodu gruczołowego. (Obrzut.) Przyp. Spr.

Przy szczepieniu mas gruźliczych bezpośrednio w *tanke rogówki*, widzimy formujący się z samego początku *gruzelek limfoidalny*: białe ciała krwi przenikają w tkankę rogówki nie z obwodu rogówki, która w tem miejscu jest niezmieniona — lecz z wysięku łącznicowego; karyokynezy nie widać zupełnie.

Jeżeli jednak gruzelek rogówki rozwija się nie wskutek bezpośrednio w tkankę jej wszczepionych mas, a pod wpływem prątków, które z przedniej komory ocznej same wdążyły się w tkankę rogówki, natenczas otrzymujemy z początku obrazy kariokynezy i typowy nablonkowaty gruzelek, a dopiero w następstwie zjawiają się komórki limfatyczne i limfoidalny gruzelek. — Pochodzenie tych komórek limfatycznych jest też odmienne niż w pierwszym wypadku: — tam brały one początek w wydzielinie łącznicowej — tu dostarczają ich nowo utworzone zawnia krwionośne w samej tkance rogówki, które od brzegu zewnętrznego przechodzą w podnablonkowej i w głębszych warstwach.

Różnica tych dwu obrazów daje się łatwo wytłumaczyć: Przy szczepieniu laseczników na samą tkankę rogówki przyczyniamy *uraz* (trauma), który jest przyczyną *zapalenia*, ztąd nacieczenie drobnokomórkowe z naczyń łącznicowych.

Jeżeli zaś laseczniki same przenikają w tkankę rogówki, to otrzymujemy czyste działanie swoiste prątków — wyrażające się w podziale komórek i uformowaniu nablonkowatego gruzelka.

Adam Ciągłiński.

149. A. FILLEAU. **O użyciu kwasu karbolowego w postaci zastrzykiwań podskórnych w leczeniu suchot płucnych.** *De l'emploi de l'acide phénique en injections hypodermiques dans le traitement de la phtisie pulmonaire.* 1886. 16-cie stron druku.

Autor opiera się na pracach Paula Berta, które pokazały, że kwas karbolowy wydziela się z organizmu nie tylko przez nerki, ale i przez płuca i wnioskuje, że kwas karbolowy, łatwo się ulatniający, przechodząc przez płuca suchotnika, natrafia na ogniska ropne, na które jest w stanie działać przeciwnie.

Okoliczność ta zachęciła autora do stosowania kwasu karbolowego podskórnie w suchotach płucnych, które już od 4 lat prowadzi.

Dawka i sposób użycia. Kwas karbolowy dla zastrzykiwań podskórnych musi być zupełnie czystym w postaci białych kryształków.

Autor używał następującego roztworu:

Wody destylowanej 95 gramów.

Gliceryny 5 gr.

Kwasu karbolowego czystego 1 gr.

Z roztworu tego wstrzykiwał po 100 kropeł naraz codziennie, co drugi dzień, raz na tydzień stosownie do wskazania, — W wypadkach bardzo tylko postępujących (gallopant) zastrzykiwania robił 2 razy na dzień.

Zastrzykiwania te są mało bolesne; należy je jednak wyko-

nywać wolno; nie wywołują one zapalenia tkanki łącznej, ropienia, ani też żadnego miejscowego zaburzenia.

Jednocześnie autor podawał chorym swym do wewnątrz kwas karbolowy, by, jak powiada, chorego trzymać w stanie nasycenia.

Do wewnętrznego użycia stosował:

Gliceryny 400 gramów.

Kwasu karbol. czystego 2 gr.

Z roztworu tego dawał z początku jedną łyżkę, następnie 2, najwyżej 3 łyżki.

Chorzy znoszą zdaniem autora kwas karbolowy daleko lepiej aniżeli powszechnie sądzą, kwas karbolowy powinien być jednak chemicznie czysty.

Stosując dawki wyżej podane objawy otrucia są rzadkie, powstają one wolno, stopniowo, a nie niespodzianie. Zciemnienie moczu jest najlepszą wskazówką zmniejszenia dawki, a nawet zaniechania dalszego stosowania kwasu karbolowego.

Żołądek też dosyć dobrze znosi kwas karbolowy, niekiedy jednak, lecz rzadko, chorzy przy wewnętrznym użyciu kwasu skarżą się na zawroty głowy, drżenie w członkach i t. p.

Najlepiej podawać roztwór glicerynowy w połączeniu z jakimś napojem aromatycznym.

Dla uwidocznienia wyników otrzymanych, autor podaje 4 historie choroby. Dwie z nich jako najcharakterystyczniejsze podajemy.

1. Panna X... lat 20. Autor wezwany był do chorej w Lutym 1882 roku, przyczem skonstatował: dwa razy krwioplucie, powstrzymanie miesiączki od 3 lat, brak apetytu, wychudnienie, poty, kaszel z plwociną, duszność. Chora wieczorem gorączkuje. — Tępość w okolicy obu wierzchołków, z tyłu oddech jamisty, rżenia wilgotne z prawej strony. Chora straciła matkę i 4 siostry na suchoty płucne. Gdy po 3-ich miesiącach zwykle leczenie nie przyniosło żadnej korzyści, autor przystąpił do zastrzykiwań kwasu karbolowego, które wykonywał z początku co drugi, następnie co trzeci dzień, a w końcu raz w tydzień w ciągu 16-tu miesięcy. Stopniowo objawy fizyczne stawały się mniej wyraźnymi, regularność pojawiła się znowu, stan ogólny chorej jest obecnie równie zadawalniającym jak miejscowy; chora przytęła, znosi dobrze zmianę pogody, i oddaje się dosyć ciężkiej pracy.

Podczas całego trwania leczenia nie zauważono żadnych objawów zatrucia, chociaż chora jednocześnie brała kwas do wewnątrz. Chora była przedstawioną w szpitalu Cochin prof. Duj. Beaumetzowi.

2. Pani X... 24 lat, ma dwoje dzieci, temperament limfatyczny, chora miała obfite krwioplucie i przy badaniu znaleziono: wilgotne rżenia z przodu po prawej stronie, oddech jamisty pod prawym obojczykiem. Nocne poty, brak apetytu, wychudnienie, kaszel, duszność.

Leczenie, rozpoczęte w Sierpniu 1883 r., autor zmuszonym był dwa razy na krótki czas przerywać. Pod wpływem leczenia stan chorej znakomicie się poprawił, chora zyskała 30 funtów; ponieważ jednak u chorej oddech jamisty i tarcie opłucnej w prawym wierzchołku pozostały, choć bez kaszlu i bez plwociny, przeto autor ciągle jeszcze robi zastrzykiwania raz

na tydzień. Chora przedstawioną była prof. Duj. Beaumetz i prof. Huchard.

Autor ze swych spostrzeżeń wyciąga następujące wnioski:

1. Ponieważ pasożytnicza przyroda gruźlicy stanowczo jest dowiedziona, przeto leczenie jej za pomocą kwasu karbolowego jest w zupełności usprawiedliwionem.

2. Kwas karbolowy jest jedynym lekiem przeciwnilnym, który może być w zadawalniających dawkach i przez długi przeciąg czasu stosowanym z pożytkiem w leczeniu suchot płucnych.

3. Tolerancya kwasu karbolowego jest zupełną, nieszkodliwość zastrzykiwań podskórnych jest pewną.

4. Pod wpływem leczenia za pomocą kwasu karbolowego stan chorych poprawia się znakomicie.

W końcu swej pracy autor obiecuje, że wkrótce ogłosi spostrzeżenia, jakie zostały zrobione w szpitalach, doświadczenia dokonywane obecnie na zwierzętach, jakoteż wyniki badań drobnowidzowych różnych wydzielin chorych gruźliczych, którzy są poddawani leczeniu za pomocą kwasu karbolowego. *Arnstein.*

150. DUJARDIN BEAUMETZ. **O przeciwnilnem leczeniu w cierpieniach płuc.** De la medication pulmonaire anti-septique, Paris 1886.

Autor przedewszystkiem rozpatruje dane, jakie dostarczyły doświadczenia przedsięwzięte we Francyi, a szczególnie piękne poszukiwania Hipolita Martina, który stosował różne ciała przeciwnilne bezpośrednio przeciw lasecznikowi gruźliczemu; postępował on w następujący sposób: plyn wyciśnięty z wnętrzości zajętych sprawą gruźliczą poddawał on działaniu tych ciał i następnie wykonywał nim szczepienia; wyniki otrzymane były następujące: kwas salicylowy w roztworze 5-cio procentowym okazał się bezsilnym dla zniszczenia lasecznika, to samo brom w stosunku 1 na 10000 i na 1000; pięcioprocentowy roztwór tegoż choć posiada działanie wydatne, ale jest silnie żrącym; kwas karbolowy nawet w roztworze 3 lub 6 procentowym okazywał działanie wątpliwe. Kreozot tak zachwalany w gruźlicy nie był w stanie zniszczyć lasecznika nawet w stosunku 2 na 1000; to samo chinina. Nakoniec sublimat okazał się nawet w stosunku 1 na 1000 bezskutecznym.

Tylko za pomocą wysokiego gorąca wyżej 85°, jak również za pomocą kwasu fluowodorowego w stosunku 1 na 3000 udało się Martinowi zniszczyć lasecznika; nie należy jednak zapominać, że kwas ten jest w wysokim stopniu żrącym.

Wszystkie te doświadczenia wykonane na świnkach, królikach dowodzą, że lasecznik gruźliczy stawia silny opór środkom przeciwnilnym i dla zniszczenia go trzeba jednocześnie niszczyć tkanki, w których się znajduje.

Inni badacze przyszli do nieco odmiennych wniosków, tak Vallin *) zakomunikował w r. 1885 akademii lekarskiej wyniki

*) Vallin. Note sur les neutralisants du suc tuberculeux. (Revue de hygiene. 1883. N. 3).

swych badań, podług których siarka w stosunku 30 gramów na jeden metr sześcienny niszczy własności zarażliwe płynu zawierającego laseczniki, sublimat też w stosunku 1 na 1000 posiada własności niszczenia lasecznika, lecz w stosunku 1 na 2000 jest bezskuteczny.

Lekarz w Allevard (wody siarczane) Dr. Niepee utrzymywał, że siarkowodór niszczy laseczniki w płwocinie się znajdujące. Pilate z Montpellier powtórzył doświadczenia Niepeea i przyszedł do przekonania, że ze wszystkich środków jakich używał, jak jodek rtęci, sublimat, helenina, tymol, jod, kwas karbolowy, kwas borny, najsilniejszym jest siarkowodór. Nakoniec, doświadczenia przeprowadzone przez profesora Coze'a (z Nancy) i Simona, zupełnie są zgodne z doświadczeniami Martina.

Czy wobec wyników powyższych doświadczeń wykonanych na królikach i świnkach mamy prawo wnioskować, że i u człowieka lasecznik gruźliczy opiera się wszelkim środkiem leczniczym (króliki i świnki dostarczają nadzwyczaj dogodny grunt dla rozwinięcia gruźlicy). Bynajmniej. Doświadczenia kliniczne tak przed odkryciem jakoteż po odkryciu Kocha niewątpliwie świadczą o zupełnej wyleczalności suchot płucnych; jakkolwiek więc wyniki otrzymane na drodze doświadczalnej bardzo są drogocenne, wypada jednak zdaniem Dujardin Beaumetz'a należycie ocenić wartość wyników otrzymanych w spostrzeżeniu klinicznym.

Wykrycie lasecznika gruźliczego utworowało nową drogę dla leczenia gruźlicy płuc. Za pomocą wprowadzenia w bezpośrednie z lasecznikiem gruźliczym zetknięcie różnych leków przeciwnilnych, staramy się zubożnić działanie lasecznika i rozmnażanie się jego w organizmie. Leki przeciwnilne mogą być wprowadzone do płuc za pomocą wzięwań, pulweryzacyi wstrzykiwań w miąższ płucny lub też przez podawanie do wewnątrz leków, które się przez płuca z organizmu wydzielają.

Co się tycze *wzięwań* (w tym celu właściwemi będą: jod, jodoform, sublimat, kwas karbolowy i t. p.), to Dujardin Beaumetz zachęcony wydatnemi wynikami otrzymanemi przez H. Martina na drodze doświadczalnej z kwasem fluowodornym, przedsięwziął wraz z uczniem swoim D-rem Chevy próby z tym środkiem u chorych w salach szpitalnych. Najprzód wykazali oni, że zwierzęta mogą żyć bez szkody w przestrzeni zawierającej 1 część kwasu fluowodornego na 1155. Co więcej, zbadali oni robotników pracujących w wielkich zakładach, gdzie używają kwasu fluowodornego i przekonali się, że para tegoż nietylko nie szkodzi robotnikom, ale tym, którzy cierpią na piersi sprawia ulgę.

Po tych przygotowanych badaniach Dujardin Beaumetz umieścił chorych w oddzielnej sali, w której powietrze zmieszane było z kwasem fluowodornym w stosunku 1 na 25000 (płynny kwas nalewano do miseczki ołowianej i ogrzewano); chorzy przebywali w tej atmosferze przez godzinę.

O wynikach wzięcia kwasu fluowodorowego niepodobna jeszcze nic stanowczego powiedzieć; liczne próby przez miesiące i lata muszą być starannie prowadzone, zanim będzie można ostatecznie orzec o wartości tej metody leczniczej; na uwagę jednak zasługuje to, że wzięcia te w większości wypadków nie sprawiały chorym żadnych przykrości; niektórzy chorzy skarżyli się na ból gardła, lecz większość z nich doznawała ulgi, ilość płwociny się zmniejszała.

Na uwagę jeszcze zasługuje, że ze wszystkich dotychczas znanych środków przeciwnilnych kwas fluowodorny jest może najsilniejszym przeciwfermentacyjnym; w doświadczeniach przedsięwziętych przez Dujardin Beaumetza i Chevy, nieskończenie małe ilości kwasu tego wystarczyły dla powstrzymania fermentacji.

Z pomiędzy sposobów używanych w ostatnich czasach w leczeniu suchot płucnych, na uwagę zasługują *pulweryzacje przeciwnilne*. Zdaniem Dujardin Beaumetza stoją one daleko niżej od wzięcia, ponieważ za pomocą pulweryzacji rzadko tylko leki dostać się mogą do płuc. Jednakowoż Miquel miał otrzymywać dobre wyniki u chorych gruźliczych za pomocą pulwersacji następującej mieszanki:

Bijodureti hydrargyri 0,50 (8 granów).

Laudani Sydenhami 10,00 (przeszło 2 $\frac{1}{2}$ drachm).

Aq. destillatae 1000,00 (przeszło 2 $\frac{1}{2}$ fun.).

Zastrzykiwania w miąższ płucny wprowadzone zostały przez Hillera w Niemczech, który trzem chorym zastrzyknął sublimat w miąższ płuc. We Francyi Lepine z uczniem swym Truc wznowił doświadczenia Hillera; zastrzykiwali oni w miąższ płuca roztwór kreozotu w alkoholu (2 do 4 na 100) szpryczką Pravatza, do której przystosowywali igłę Nr. 1 z przyrządu Dieulafoy; u 15 chorych zrobili oni 25 wstrzykiwań i wprowadzali do miąższu płuc od kilku kropel do 15 i 20 centymetrów sześcienn. roztworu.

Otrzymane przez nich wyniki są niepewne, zaledwie u kilku chorych zauważyli oni lekką poprawę; przyszłość dopiero może rozstrzygnąć o wartości wstrzykiwań w leczeniu suchot płucnych. *Arnstein.*

151. C. A. EWALD i J. BOAS. **Przyczynki do fizjologii i patologii trawienia. II** *). (*Virch. Arch. Bd. 104, 11. 2*).

W poprzedniej części swych badań zajmowali się autorzy zachowaniem się kwasów żołądkowych przy trawieniu białka, obecnie starają się oznaczyć zachowanie się substancyj krochmalowych i tłuszczów.

Doświadczenia swe wykonywali rano na czczym żołądku, wlewając weń od 200—500 kub. ctm. 1—2 $\frac{1}{2}$ % odwaru krochmalowego i pozostawiając go w nim od 30 — 60 minut. Okazało się, że już po 10 minutach po wypiciu czystego krochmalu zwykłymi odczynnikami można wykazać w żołądku obecność czy-

*) p. Kron. Lek. 1885. str. 916.

stego kwasu solnego, którego ilość wciąż się zwiększa, a po 30 do 40 minutach staje się największą.

W niektórych jednak przypadkach kwas solny wydzielają się w małych ilościach i dość późno. Zależało to jednak od zbroceń w trawieniu wskutek miesiączkowania lub poprzedniego użycia znacznej ilości tłuszczów.—W żadnym doświadczeniu nie udało się otrzymać kwasu mlecznego, podczas gdy przy użyciu chleba, kartofli lub mięsa, zawsze w żołądku znajdowała się pewna ilość kwasu mlecznego, pochodząca z samych pokarmów. Z czystego krochmalu kwas mleczny powstaje tylko przez rozszczepienie wytworzonego cukru (maltozy) pod wpływem pewnych grzybków; nie jest to jednak objawem fizjologicznym, a zależy od przypadkowej obecności grzybków zaczynowych, znajdujących się już w żołądku, lub wprowadzonych jednocześnie z krochmalem.

Tworzenie się kwasu mlecznego w zdrowym żołądku przeskadza nadto wciąż wzrastająca ilość kwasu solnego. Nie ulega wątpliwości, że przemiana krochmalu na cukier pod wpływem śliny odbywa się przeważnie w żołądku, a tylko w małej ilości w ustach, bo chociaż przemiana ta odbywa się natychmiastowo (Solera, Ewald), za prędko jednak kęsy zostają połknięte i niedostatecznie w jamie ust stykają się z śliną. — Obecność kwasu solnego w żołądku wpływa ujemnie na przemianę krochmalu; podług Nylena 1% kw. solnego wstrzymuje tworzenie się cukru i niszczy ferment. Dokładniejsze pod tym względem są badania Langleya, Evesa, Chittendena i Smitha.

Chittenden utrzymuje, że swobodny kwas solny w żołądku niszczy ptyalinę; w pierwszym jednak okresie trawienia żołądkowego, kiedy swobodnego kwasu żołądkowego jeszcze nie ma, odbywa się przemiana krochmalu na cukier, przyczem ciała białkowate łącząc się z kwasem, ochraniają działanie fermentu. W miarę zaś tworzenia się połączeń kwaśnych dyastyczna działalność się zmniejsza i ustaje zupełnie, nim nawet swobodny kwas w żołądku się wytworzy. — Von der Velden na mocy swych badań wnioskuje, że diastatyczny zaczyn śliny może działać w kwaśnym żołądkowym soku wtedy, jeżeli kwaśność zależy od kwasów organicznych, w przeciwnym razie nie działa; w pierwszym więc okresie trawienia odbywa się przemiana krochmalu, w drugim zaś ze wszystkich fermentów żołądkowych czynną jest tylko pepsyna.

Doświadczenia autorów stwierdziły zdanie Chittendena, przyczem okazało się, że rozmaite klajstry krochmalowe przez cały czas obecności swej w żołądku zawierają cukier. Wynika ztąd, że krochmal w żołądku natychmiast ulega przemianie na cukier i to w tak znacznej ilości, że oznaczenie stopnia kwaśności, przy której tworzenia substancyj redukujących przez nie się odbywa, staje się niemożliwym. Kwestyja ta rozstrzygnąć się da tylko przez jednoczesne wprowadzenie do żołądka krochmalu z pewną ilością kwasu. Z tych doświadczeń okazało się, że ilość kwasu solnego, mlecznego, masłowego i octowego, wstrzymująca przemianę krochmalu na cukier, rozmaita jest

u różnych osobników, a nawet u tego samego waha się w pewnych granicach. Najmniejsza ilość kw. solnego wstrzymująca przemianę krochmalu jest 0,076⁰/₀, niekiedy jednak przy 0,12⁰/₀ jeszcze były ślady cukru; ilość kwasu mlecznego waha się między 0,1—0,2⁰/₀; wobec kw. masłowego i octowego nawet przy 0,4⁰/₀ otrzymywano jeszcze ślady cukru. — Co się zaś tyczy tyczy diastatycznego fermentu, to 0,07⁰/₀ kwasu solnego zupełnie go niszczy; kwasy zaś organiczne w większych ilościach. — Ilość cukru wytworzonego w żołądku z krochmalu nie bywa znaczną; nigdy nie przechozi 5⁰/₀, przy jednakowych ilościach kwasu ilość cukru mniejszą bywa, jeżeli kwas został wprowadzonym jednocześnie z krochmalem, tuż przy kwaśności zależnej od soku żołądkowego. Kwaśność soku żołądkowego w pierwszych 10-ciu minutach bywa mniejszą, niż kwaśność płynu wprowadzonego do żołądka, ponieważ część kwasu zostaje zobojętnioną przez ślinę śluz żołądkowy, część zaś być może ulega wchłonięciu. Wskazuje to, że pusty zdrowy żołądek nie zawiera kwaśnej zawartości, a ścianki żołądka nie oddziałują kwaśno. — Kwaśność żołądka mniejszą bywa w doświadczeniach wykonanych na czczym żołądku, niż w doświadczeniach wykonanych wkrótce po jedzeniu; przy czem okazało się, że kwas solny i pepsyna nie jednocześnie zjawiają się w żołądku.

Cukier tworzy się w żołądku już w pierwszych minutach po wprowadzeniu krochmalu; po 5 ciu minutach ilość jego staje się najwyższą, a z zwiększającą się kwaśnością żołądka zmniejsza się; niekiedy jednak ilość ta przez 30 minut pozostaje bez zmiany. — W tych zaś przypadkach gdzie przez dodanie alkalicznych zawartość żołądka pozostaje obojętną lub słabo alkaliczną, cała ilość krochmalu zamienia się na achroodekstrynę, podczas gdy zwykle tylko otrzymuje się odczyn na eryrodekstrynę.

Trawienie substancyj krochmalowych w żołądku odbywa się w dwóch kierunkach. Przy nieznacznej kwaśności żołądka następuje prędko przemiana krochmalu i wchłonięcie wytworzonych rozpuszczalnych produktów, albo ze zwiększającą się kwaśnością żołądka przemiana krochmalu się wstrzymuje, a natomiast przyspiesza się wypróżnienie żołądka. Pierwszy okres trwa od 5 do 10 minut, poczem miazga pokarmowa przechodzi do kiszki. — Co się tyczy produktów przemiany krochmalu, to nie ulega wątpliwości, że w żołądku cukier gronowy się nie tworzy, albo tylko w minimalnych ilościach natomiast otrzymujemy achroodekstrynę i maltozę; cukier gronowy tworzy się zaś z maltozy w kiszki pod wpływem soku trzustkowego i płyn śluzowy kiszki (Heron i Brown).

Jeżeli do krochmalu dodać pewną ilość tłuszczu (oliwy), to w pierwszych 30-tu minutach nie otrzymuje się swobodnego kwasu solnego; część tego tłuszczu znika, to jest ulega wchłonięciu lub przechodzi do kiszki, a na ilość wytworzonego cukru tłuszczce wpływu nie wywierają.

M. Hoppenblum.

152. Prof. HOFMOKL. Przyczynek do leczenia róży i zapalenia naczyń chłonnych. *Zur Behandlung des Erysipels*

und der Lymphangoitis. (Wiener Medizinische Presse, Nr. 11, 1886).

Wychodząc z punktu widzenia, że róża i zapalenie naczyń chłonnych są cierpieniami zakaźnymi bardziej miejscowymi i że zarazki zakażające znajdują się przynajmniej w początku róży w powierzchownych warstwach skóry, autor próbował po należytem oczyszczeniu skóry, zajętej przez różę, wodą z mydłem lub spirytusem obmywanie takowej 5% roztworem kwasu karbolowego w ciągu 4 do 5 minut, by w ten sposób wpłynąć na zniszczenie zarodków zakaźnych. Już ten sposób postępowania dawał autorowi dosyć dobre wyniki, szczególnie przy cienkiej, delikatnej skórze.

Mniej pewno działają obmywania te przy skórze grubszej, suchej; przeto autor w podobnych wypadkach stosuje okłady z kwasu karbolowego (Karbollwasserdunstumschlag) w następujący sposób: po należytem oczyszczeniu skóry autor macza kompres z płótna lub gazy w 3 lub 5% roztworze kwasu karbolowego, dobrze go wyżyma i pokrywa nim skórę zajęłą przez różę, na to kładzie kawał materji nieprzepuszczalnej, a następnie kilka warstw płótna lub waty; cały ten opatrunek umocowuje kilku obrotami bandaży i pozostawia go przez 24 do 48 godzin, poczem go zmienia.

U dzieci lub też u dorosłych z delikatną skórą, wystarcza 2 lub 3% roztwór.

W wielu razach już na drugi lub trzeci dzień spostrzega się u chorego zciemnienie moczu, które jednak przechodzi i zdaniem autora, dalszych szkodliwych następstw za sobą nie pociąga.

Przy róży lub zapaleniu naczyń chłonnych towarzyszących wielkim ranom, należy koniecznie dla uniknięcia otrucia przed stosowaniem kwasu karbolowego pokryć ranę gutaperką lub też mascią cynkową albo borną.

Nakłówanie lub nacinanie skóry zajętej przez różę proponowane przez D-ra Kühnast (Centralblatt für Chirurgie Nr. 9, 1886 rok), przed użyciem kwasu karbolowego, autor uważa za zbyt szkodliwe.

We wszystkich wypadkach, w których róża respective zapalenie naczyń chłonnych ograniczało się do powierzchownych warstw skóry, wyleczenie następowało szybko, najczęściej bez następczego ropienia. W wypadkach zaś gdzie róży towarzyszyło zapalenie tkanki łącznej podskórnej lub też małe ropnie pod wpływem okładów karbolowych róża zmniejszała się, w tkance jednak łącznej swoją drogą tworzyły się ropnie, które jednak po opróżnieniu ich szybko się zablizniały,

Najsilniejsze zapalenia naczyń chłonnych pod wpływem okładów karbolowych rozchodzą się, bardzo rzadko przychodzi do tworzenia się ropni tak naokoło naczyń, jakoteż w oddalonych gruczołach chłonnych.

Od tego czasu autor zarzucił szarą masę w leczeniu zapalenia naczyń chłonnych, uważa on ją za zbyt szkodliwą, często za szkodliwą, o czem się niejednokrotnie przekonał.

Leczenie róży za pomocą okładów karbolowych najłatwiej

daje się stosować przy róży kończyn, mniej dobrze przy róży tułowia i głowy, a to dlatego, że w tych razach opatrunek nie dosyć szczerlnie przystaje do skóry zajętej przez różę, lecz i tu widywał dobre wyniki, opatrunek jednak dla osiągnięcia pożądanego celu musi być nałożonym starannie i umiejętnie.

Róża twarzy nie nadaje się do leczenia za pomocą okładów karbolowych.

W przeważającej ilości wypadków autor przy powyżej podanem leczeniu widział zadziwiająco pomyslnie skutki już po 24 lub 48 godzinach; niekiedy jednak na skutki te trzeba było nieco dłużej czekać, zawsze jednak za pomocą tej metody autor dochodził do pożądanego celu daleko szybciej, aniżeli przy innych sposobach leczenia; z ogromną ilości chorych, których autor od wielu lat poddawał temu leczeniu, u niewielu tylko nie widział pomyslnych skutków.

Działanie tego sposobu leczenia zdaje się, zdaniem autora, polegać na maceracyi powierzchownych warstw skóry, wskutek czego następuje wessanie kwasu karbolowego, koniecznego dla zniszczenia zarodków zarażających, same obmywania nie zawsze prowadzą do celu, a nacięcia skóry są zbyteczne. *A. Arnstein.*

III. Chirurgija i choroby weneryczne skórne.

153. Prof. KRÖNLEIN. **O trepanacyi przy krwotokach z tętnicy oponowej środkowej.** *Deut. Zeitschr. f. Chirurg.* XXIII Bd.

W powyższym odczycie profesor Klein rozwiązuje zadanie, jak należy postępować w tych wypadkach, w których rozpoznano krwotok z tętnicy oponowej środkowej z następczym uciskiem mózgu, lecz w powłokach i kościach czaszki nie znaleziono oznak, które pozwalałyby dokładniej określić miejsce uszkodzenia, i rozpoznanie opierało się li tylko na objawach mózgowych i wywiadach. Wiadomo, że w podobnych wypadkach trzeba trepanować podług sposobów Hueter-Vogts, Becka i innych, a jeżeli nie znajdzie się wylewu krwi, wtedy jak radzi Wiesmann, trepanować można w innem miejscu na los szczęścia, kiejurąc się poniekąd objawami mózgowymi, obecnie zaś profesor Krönlein określa dokładnie miejsce dla wtórnej trepanacyi.

K. zauważył, że przy krwotokach z tętnicy oponowej środkowej wynaczyniona krew zajmuje albo całą połowę jamy czaszki (haemat. diffusum), albo też ograniczone miejsce przeważnie w środkowej jamie czaszki (haemat. circumscriptum); stosownie do miejsca, w którym znajduje się h. circumscriptum, rozróżniać można trzy rodzaje: h. medium s. temporoparietale, h. anterior s. fronto-temporale i h. posterius s. pareito-occipitale; formy te zależą od tego, czy sam pień, czy też która z gałęzi tętnicy oponowej przednia lub tylna uszkodzoną została.

Przy h. medium i h. anterior trepanowanie w okolicy

skroniowej, w przednim dolnym kącie kości ciemieniowej (Vogt, Beck), doprowadza do celu, lecz jeżeli w tem miejscu nie został odnaleziony wylew krwi, to prawdopodobnie istnieje h. posterius s. parieto-occipitale i dla odkrycia wylewu krwi w tem miejscu trzeba powtórnie trepanować pod guzem ciemieniowym.

Dla dokładnego określenia obydwóch miejsc dla trepanacji podaje prof. Krönlein następujący sposób: przeprowadzamy przez brzeg nadoczodołowy ku tyłowi linią równoległą do linii poziomej głowy (linija przechodząca przez brzeg podoczodołowy i otwór ucha), na tej linii powinny być obydwie otwory trepanacji, przedni na 3 — 4 ctm. po za wyrostkiem jarzmowym kości czołowej, tylny w miejscu skrzyżowania się owej głównej linii z poziomą idącą zaraz po za wyrostkiem sutkowym ku górze.

Taka podwójna trepanacja wskazana jest także przy h. diffusum, żeby dobrze oczyścić jamę od skrzepów i dokładnie ją przedrenować.

K. przedstawia jeden taki wypadek pomyślnie zakończony.

Jako dowód, że wtórna trepanacja pod guzem ciemieniowym jest racjonalną i opiera się na faktach klinicznych, przytacza K. dwa wypadki: 1) Z prawej strony czaszki rana niedochodząca do kości, wstrząśnienie mózgu, wolny okres, wybitne objawy ucisku mózgu; wykonano trepanację podług Vogta z lewej strony bez skutku. Śmierć. Przy sekcji okazało się, że istniał wylew krwi z lewej strony w okolicy ciemieniowo-potylicowej (h. parieto-occipitale) 2) podskórne złamanie czaszki, z prawej strony ucisk mózgu, połowiczne porażenie z lewej strony, wykonano trepanację z prawej strony podług Vogta, rozszerzono ranę dłutem, odluszczone na pewnej przestrzeni twardą oponę, lecz wylewu krwi nie znaleziono, chory 4-go dnia po operacji umarł.

Przy sekcji wykryto h. circumscriptum parieto-occipitale.

Gdyby w obydwóch przytoczonych wypadkach wykonano trepanację pod guzem ciemieniowym podług sposobu podanego przez profesora Krönleina, to udałoby się odnaleźć wynaczenie krwi.

T. Solman.

154. DR. P. WIESMANN. **Obecne wskazania do trepanacji ze szczególnem uwzględnieniem krwotoków z tętnicy oponowej** (ar. meningeae media). *Deutsch. Zeitsch. f. Chirurg.* XXI, XXII Bd.)

Resekcja kości czaszki—trepanacja—przechodziła różne koleje rozwoju i upadku; wykonywana w odległej starożytności, zarzucona w średnich wiekach, przywrócona przez Ambroisa Paré, znów potępiona przez takich chirurgów jak: Desault, Dieffenbach, a szczególnie Strömeyer, tylko dzięki wprowadzeniu metody Listera i postępowi w dziedzinie fizjologii i patologii, zaczęła w ostatnich czasach dawać dobre rezultaty i dla tego też obecnie zyskała wielu zwolenników.

Wiesman na zasadzie licznych wypadków trepanacyi w klinice prof. Krönleina, jakoteż i wypadków opisywanych i zestawianych przez innych autorów, podaje następujące obrażenia i choroby, które przy obecnem stanowisku metody przeciwnilnej, są wskazaniem do trepanacyi:

I. Powikłane złamania czaszki.

II. Obrażenia, których skutkiem jest zmniejszenie pojemności czaszki, nagromadzenie się wysięków zapalnych, obce ciała, wgniecenie kości.

III. Choroby wywołujące próchnienie lub martwinę kości.

IV. Nowotwory.

V. Padaczka, bóle głowy.

D) Przy leczeniu powikłanych złamań czaszki, jak wogóle wszelkich powikłanych złamań kości, najważniejszym zadaniem jest ścisłe zastosowanie metody przeciwnilnej. Jeżeli pewne środki przeciwnilne mają dokładnie zniszczyć mikroorganizmy zakażające ranę i zapewnić aseptyczne gojenie się, to powinny być zastosowane nie tylko na powierzchowne, lecz i na najgłębsze części rany.

Przy powikłanych złamaniach czaszki nieczystości i mikroorganizmy przedostają się wewnątrz czaszki pod kość, na opony, do mózgu przez szczeliny w miejscu złamania, te najgłębsze części rany dobrze zdezinfekować można tylko wtedy, jeżeli stosownie do potrzeby zostanie rozszerzoną rana powłok czaszki, a następnie wykonaną resekcya kości, czy to przez wyjęcie z rany odłamków kości, czy też użyciem trepanu lub dłuta. — Nawet przy pęknięciach kości z raną powłok radzi Wiesmann wykonać trepanacyję, jeżeli widzimy znaczne zanieczyszczenie rany powłok czaszki i samego miejsca pęknięcia. Resekcya kości nie tylko pomaga do dokładnego oczyszczenia rany, lecz jednocześnie zapewnia aseptyczne gojenie się, wydalając z rany wszystko, co może wywołać i podtrzymywać ropienie.

Ta ochronna trepanacyja zdaniem autora powinna być zwykłym sposobem leczenia powikłanych złamań czaszki. Jako dowód słuszności tych poglądów, Wiesman przytacza dwa wypadki powikłanych złamań czaszki z wgnieceniem odłamków, przy których zastosowanie trepanacyi uwieńczone było doskonałym rezultatem — prędkie wyzdrowienie bez powikłań.

II) Z całego szeregu obrażeń drugiego działu, najczęstszym wskazaniem do trepanacyi są krwotoki wewnątrz czaszki, a szczególnie krwotok z tętnicy oponowej środkowej. Wypadki tego rodzaju zestawiali Bruns, Prescott Hewett, Vogt, Bergmann, Marchant, w niniejszej zaś pracy Wiesman zestawił 257 wypadków rozerwania tętnicy oponowej środkowej, podzieliwszy je na następujące grupy:

- 1) Rozerwanie tętnicy z krwotokiem zewnętrznym — 13.
- 2) Rozerwanie tętnicy bez rany powłok i kości czaszki — 23.
- 3) Rozerwanie tętnicy przy podskórnych złamaniach czaszki — 88.

- 4) Rozerwanie tętnicy przy powikłanych złamaniach—92.
- 5) Rozerwanie tętnicy przy nieokreślonym uszkodzeniu czaszki — 29.
- 6) Osobliwych wypadków rozerwania tętnicy—22.

W każdym z tych działów odrębnie podane są wypadki, przy których leczenie było wyczekujące, od wypadków leczonych operacyjnie. Leczenie wyczekujące było w 147 wypadkach, nastąpiło wyzdrowień 16, leczenie operacyjne zastosowano w 110 wypadkach, z pomyślnym rezultatem w 74.

Rozpatrzywszy ten liczny i zajmujący kazuistyczny materiał, autor opisuje anatomie patologiczną, objawy, rokowanie i leczenie przy krwotokach z tętnicy oponowej środkowej.

Na wstępie Wiesmann pobieżnie opisuje położenie anatomiczne tętnicy, jej przebieg między twardą oponą i czaszką w okolicy skroniowej i ciemieniowej, zaznacza cienkość ścianek tętnicy, a głębokie położenie jej w wyżłobieniach kości (sulci meningei) które niejednokrotnie są przekształcone za pomocą przegród w kanały, w tych właśnie warunkach przy uszkodzeniu kości najłatwiej powstaje rozerwanie tętnicy.

Następujące obrażenia wywołują rozerwanie tętnicy: rany cięte i kłóte kości czaszki, rany postrzałowe, obrażenia tępe przedmiotami, przy których nastąpiło albo uszkodzenie tętnicy odłamkiem kości, albo zranienie jej ostrym brzegiem szczeliny kości lub wreszcie, co bywa najczęściej rozerwanie tętnicy w chwili uszkodzenia wskutek zmian formy kości. W niektórych razach zdarza się pęknięcie tętnicy bez złamania kości, wtedy jeżeli po uszkodzeniu, zwykle ciałem kulistym, kość jako bardziej sprężysta od ściany tętnicy wraca do poprzedniej formy lecz tętnica rozrywa się. Czasami spostrzegano rozerwanie tętnicy zdala od miejsca, w którym kość była uszkodzoną, a nieraz nawet na stronie przeciwnej. Są to t. zw. rozerwania par contrecoup—objaśniają się zmianami formy czaszki; bywa także z jednej strony rozerwanie bezpośrednie, z drugiej par contrecoup.

Wreszcie przyczyną rozerwania tętnicy może być zwyrodnienie jej ścianek.

Po rozerwaniu tętnicy następuje krwotok, gdy przejdzie wstrząs towarzyszący wypadkowi, czasami jednak krwotok bywa następczy po dłuższym przeciągu czasu, nawet i po kilku dniach. Krew rzadziej wylewa się na zewnątrz najczęściej wewnątrz czaszki i jeżeli twarda opona nie została rozerwana, to wynaczyniona krew odłuszcza oponę od kości czterokrotnie na znacznej przestrzeni. Jeżeli została rozerwana twarda opona, to krew wylewa się pod nią w przestrzeń podpajęczną, albo pod oponę i między oponę i kość—*épanchements sanguins en bissac, à double poche* (Marchant).—Krew wynaczyniona zmienia się w skrzep, który trudno ulega wessaniu i organizacyi, a łatwo ulega zropieniu lub sposoczeniu szczególnie przy powikłanych złamaniach czaszki.

Jednocześnie z rozerwaniem tętnicy bywa mniej więcej

znaczne uszkodzenie mózgu, zwykle ucisk mózgu, rzadziej zmiążdżenie. Wreszcie następstwem pęknięcia tętnicy może być wytworzenie się tętniaka.

Objawy towarzyszące krwotokowi opisuje Wiesmann bardzo dokładnie i objaśnia je na podstawie fizjologicznych badań Pagenstechera.

Największe znaczenie dla rozpoznania krwotoków wewnątrz czaszki, mają następujące cztery objawy:

1. Tak zwany wolny okres i następcze wzmaganie się objawów, na to charakterystyczne zjawisko przy wszelkich krwotokach nad oponą, pierwszy zwrócił uwagę J. L. Petit. — Ranny zaraz po wypadku traci przytomność i występują objawy wstrząśnienia mózgu — błądź, tętno słabe przyspieszone, oddechanie powierzchowne, wymioty, kończyny zimne, — po pewnym czasie przytomność powraca, wspomniane objawy znikają — będzie to wolny okres, lecz wkrótce chory znów traci przytomność, zjawia się odrętwienie, senność, śpiączka jednocześnie z innymi objawami charakteryzującymi ucisk mózgu, jako to: porażenie połowicze, tętno powolne, twarde, oddechanie nieprawidłowe i t. d.

Czasami jednak wolnego okresu nie bywa i zaraz po wypadku i objawach wstrząśnienia występują objawy ucisku mózgu, albo też wkrótce po wypadku bez objawów wstrząśnienia występują tylko objawy ucisku. W zestawionych wypadkach w 103 zauważono objaw wolnego okresu. Wolny okres odpowiada czasowi potrzebnemu do wywołania objawów ucisku, ilość ta musi być dosyć znaczną, wiadomo bowiem z doświadczeń Pagenstechera, że nawet ciała objętości 37 — 40 ctm. wprowadzone między kości czaszki i oponę twardą, mogą nie wywoływać objawów ucisku mózgu. O ile grubszem jest rozerwane naczynie krwionośne, o ile większem jest ciśnienie krwi, o tyle prędzej następuje wynacznienie a zatem i krótszem jest trwanie wolnego okresu. Przy krwotokach z tętnicy oponowej środkowej upływa zwykle kilka godzin, rzadziej kilka minut do pół godziny zanim wystąpią objawy ucisku mózgu.

2. Porażenie połowicze (hemiplegia) po stronie przeciwnej uszkodzeniu zależy od ucisku, który wywiera wybroczyna na ośrodki psychomotoryczne powierzchni mózgu, — stosownie do stopnia ucisku może być porażenie ruchów zupełne lub niezupełne; stosownie do miejsca ucisku może być porażenie jednocześnie lub odrębne kończyn górnej i dolnej i twarzy; brak porażenia objaśnić można tem, że uciśnięte były tylko te miejsca na powierzchni mózgu, w których nie ma ośrodków psychomotorycznych. Bruns zestawił wypadki, w których porażenie ruchów kończyn było po stronie uszkodzenia, zależało to jednak prawdopodobnie od tego, że z przeciwnej strony czaszki był wylew krwi lub uszkodzenie mózgu.

Wiesman podaje cztery przypadki tego rodzaju. Czasami porażenie ruchów poprzedzają drgawki i kurcze.

3. Tętno powolne, nieraz zaledwie 40 do 30 na minutę, pełne, twarde, zwykły objaw ucisku mózgu jest charakterysty-

czynnym objawem krwotoku wtedy, jeżeli poprzednio zaraz po wypadku tętno było normalne lub też przyspieszone i słabe wskutek wstrząśnienia mózgu. Przy dłuższym i znacznym ucisku tętno staje się częstym i drobnym. Pagenstecher objaśnia zmiany tętna wpływem ucisku na ośrodek nerwu błędnego; podrażnienie jego z początku zwalnia tętno, lecz później występuje osłabienie i przyspiesza tętno.

4. Oddech powolny i trudny, często nieregularny.

Nie tak stale jak wymienione objawy bywają:

5. Wymioty.

6. Rozszerzenie źrenicy po stronie wylewu krwi, przekrwienie siatkówki, rzadziej ptosis, paralysis abducentis; zmiany te bywają najczęściej wtedy, jeżeli wybroczyna dosięga podstawy czaszki i tam uciska nerw okoruchowy.

7. Zmiany czucia jednostronne, wskutek ucisku na ośrodek czucia, leżące ku tyłowi od ośrodków ruchu w zwojach środkowych.

8. Niemota.

9. Porażenie czynności pęcherza i kiszek.

10. Leżenie na tym boku, z której strony jest wylew krwi, ruchy bezwiedne ku tej stronie.

11. Podniesienie ciepłoty często znaczne w pierwszych chwilach po wypadku.

Jeżeli przy pierwszych czterech objawach istnieje uszkodzenie czaszki w okolicy skroniowej lub ciemieniowej po tej stronie, która odpowiada przypuszczalnemu wylewowi krwi, tam prawie napewno możemy przypuszczać rozzerwanie tętnicy oponowej środkowej; niektóre objawy pozwalają bliżej określić miejsce wylewu krwi, np. niemota przy porażeniu połowiczem z prawej strony oznacza, że wylew krwi jest z lewej strony ku przodowi od zwojów środkowych; znaczne zmiany czucia są oznaką, że wybroczyna leży bardziej ku tyłowi od powyższych zwojów, wreszcie rozszerzenie źrenic po stronie przypuszczalnego wynaczynienia świadczy, że wybroczyna dochodzi do podstawy czaszki.

Rokowanie przy krwotokach nad oponą uważają niektórzy za stanowczo niepomyślne, jednak Malgaigne, Hyrtl są przeciwnego zdania; Wiesmann twierdzi, że rokowanie jest wogóle niepomyślne, lecz nie bez nadziei na lepsze. Przyczyną śmierci zwykle bywa porażenie leżących w rdzeniu podłużnym ośrodków krążenia i oddechania, czasami chorey umiera nie wskutek ucisku mózgu, lecz wskutek zapalenia opon mózgowych i mózgu, wywołanego sposoczeniem wybroczyny.

W różnych czasach zmieniały się poglądy na leczenie krwotoków wewnątrz czaszki, Samuel Cooper, Larrey, Brodie przemawiali za skutecznością operacyjnego leczenia, zaś Malgaigne, Stromeyer i inni radzili, żeby leczenie było tylko wyczekujące. Wiesmann twierdzi, że najskuteczniejszym jest leczenie operacyjne, którego celem powinno być:

1) Wstrzymać krwotok.

2) Wydalić wynaczynioną krew i tym sposobem uwolnić

mózg nie tylko od ucisku, ale i od spraw zapalnych zakaźnych, które mogą powstać wskutek zapalenia i spoleczenia skrzepu.

W celu zatrzymania krwotoku radzono i wykonywano różne sposoby. Fourneau Jordan, przeciwnik trepanacji, radzi podwiązać tętnicę szyjną (ar. carot's communis); Roser podwiązuje tętnicę szyjną dotwarzową (ar. carotis externa). Rzeczywiście podwiązanie tych tętnic może wstrzymać krwotok, lecz nie wypełnia drugiego ważnego celu operacji — wydalenia skrzepów. Racyjonalnym jest tylko zatrzymanie krwotoku w samym miejscu uszkodzenia tętnicy; w tym celu radzono zastosowanie zimna, ucisk — palcem, kawałkiem wosku, ołowianą płytką, uciskadłem Gräfe'go, zwitkami skubanki; środki te są niepewne, a nawet niebezpieczne, ponieważ wprowadzamy do czaszki obce ciała niedostatecznie zdezynfekowane, dobrem jest tylko tamponowanie materiałem przeciwnilnym, np. gazą jodoformową. Potępienia godnym jest użycie chlorniku żelaza. Larrey przypala żegadłem miejsce krwawiące. Najpewniejszym sposobem jest uchwycenie tętnicy szczypekami w miejscu rozerwania i podwiązanie jej jedwabną nitką lub katgutem, w wypadkach, gdzie podwiązanie jest trudnym, Hueter i Vogt radzą wykonać oklucie.

Zatrzymawszy krwotok, należy przystąpić do wydalenia skrzepów, główną ich masę usuwamy starannie oczyszczonym palcem, a części silniej przylegające do opony i kości wydalić można za pomocą ostrej lub tępej łyżeczki, zgłębnika i t. d.

Jamę pozostałą po wydaleniu skrzepów trzeba starannie przemyć 3 $\frac{1}{4}$ % roztworem kwasu karbolowego; i wprowadzić dren w odpowiednim położeniu. Części miękkie starannie zdezynfekowane, zostają nasunięte na ranę w kości, a brzoży rany złączone szwem i pokryte opatrunkiem przeciwnilnym.

Powyższe postępowanie łatwo zastosować, gdy krwawiące miejsce w tętnicy i wyboczyna są dostatecznie odsłonięte przez wyjęcie części kości sklepienia czaszki, albo rozszerzywszy dłu-tem i młotkiem już istniejący otwór w kości, lub wreszcie za pomocą trepana. Trudniejszym jest postępowanie przy podskórnych złamaniach czaszki, przy wązkich szczelinach w kości z raną powłok i przy rozerwaniach tętnicy oponowej bez uszkodzenia czaszki; w tych wypadkach najlepiej działać trepanem. Jeżeli istnieją zewnętrzne oznaki uszkodzenia w miejscu odpowiadającym rozpoznanemu krwotokowi, to w tym właśnie miejscu trzeba trepanować; gdy jednak brakuje tych wewnętrznych oznak, wtedy obieramy do trepanacji miejsce, w którym znajduje się pień tętnicy oponowej środkowej w okolicy przedniego dolnego kąta kości ciemieniowej. Bliższe określenie miejsca do trepanacji podają Hueter i Vogt: „dla odszukania pnia lub głównej gałęzi tętnicy oponowej środkowej, trzeba trepanować w kącie tworzącym się w dolku skroniowym przez spotkanie dwóch linii, z których jedna pozioma idzie na szerokość dwóch palców powyżej łuku jarzmowego (arcus zygomaticus), a druga pionowo

wa — na szerokość wielkiego palca po za wstępującym (sphenofrontalis) wyrostkiem kości jarzmowej.

W ostatnich czasach Anglicy i A. M. Beck radzą trepanować na $1\frac{1}{2}$ cala powyżej łuku jarzmowego i tyleż ku tyłowi po za wyrostkiem jarzmowym kości czołowej.

Zdarzają się wypadki, że w miejscu w którym wykonano trepanację nie widać wynaczynienia krwi, wtedy można na pewnej przestrzeni odłuszczyć oponę twardą od kości i taką drogą starać się dosięgnąć do miejsca krwotoku (Daveze), albo też trepanować w innem miejscu dowolnie wybranem, nie posuwając tych prób do ostateczności, a kierując się objawami, które, jak powyżej było nadmienione, mogą do pewnego stopnia wskazać dokładniej umiejscowienie wynaczynienia.

Jeżeli jeden otwór niedostatecznie odsłania wylew krwi, to można trepanować w kilku miejscach (2—7).

Po wykonaniu operacji pomyślny skutek występuje często natychmiast i jest zdumiewający; chory odzyskuje przytomność już w chwili wyjmowania części kości lub po wydaleniu skrzepów, w niektórych zaś razach w kilka godzin później, czasami jednak polepsza się stan chorego dopiero po dłuższym przeciągu czasu. W wypadkach podanych przez Wiesmana wyzdrowienie po operacji było w $\frac{2}{3}$ ogólnej liczby. Jeżeli rozważymy, że przyczyną śmierci w $\frac{1}{3}$ wypadków była bynajmniej nie trepanacja, lecz albo nieodszukanie wynaczynienia krwi, albo też zapalenie opon mózgowych wskutek sposobzenia niewydalonych skrzepów, wiedząc obecnie, że ścisłem wykonaniem metody przeciwnilnej możemy ochronić chorego od zapalenia opon mózgowych, to łatwo dojdziemy do wniosku, że przy krwotokach z tętnicy oponowej środkowej leczenie powinno być wyłącznie operacyjne za pomocą resekcji kości.

b) Drugą przyczyną zmniejszenia pojemności czaszki jest nagromadzenie się wysięków zapalnych. Gross twierdzi, że wysięki są częstszym powodem ucisku mózgu niż krwotoki.

Rozlane zapalenie opon mózgowych nie nadaje się do leczenia chirurgicznego, tylko ograniczone ropnie między twardą oponą i kością, a także i ropień mózgu powinny być leczone operacyjnie.

Do przyczyn wywołujących ropnie między oponą i kością, Bruns zalicza powikłane złamania czaszki, rozpad wynaczynionej krwi, choroby kości wywołujące próchnienie lub martwinę, gruźlicę kości. Przy znacznem nagromadzeniu się ropy występują objawy ucisku i podniesienie ciepłoty, wreszcie objawy zapalenia w powłokach czaszki ułatwiają rozpoznanie. W tych wypadkach wskazaną jest trepanacja, która daje tem lepsze rezultaty, im wcześniej została wykonana, tylko tym sposobem można ochronić chorego od śmierci wskutek zapalenia opon mózgowych.

Przy ropniach mózgu Bergmann uważa trepanację za stale wskazaną i przytacza pomyślne rezultaty takiego postępowania. — Bluhm zestawiał 44 wypadki trepanacji przy ropniach

mózgu; z tej liczby nastąpiło pomyślne zejście w 22-u wypadkach.

c) Wgniecenie kości służy wskazaniem do trepanacyi wtedy, jeżeli jest powikłane raną powłok czaszki; głównym celem trepanacyi jest w tych wypadkach nie tyle zniesienie objawów ucisku, ile dokładne wykonanie postępowania przeciwnielego. Przy wgnieceniu kości bez rany powłok niewłaściwie byłoby trepanować, wiadomo bowiem, że, szczególnie u dzieci po pewnym czasie znikają objawy ucisku, a nawet kość w miejscu uszkodzenia może powrócić do zwykłej formy.

d) Obce ciała wewnątrz czaszki. Jakkolwiek znane są wypadki, że obce ciała, szczególnie kule, mogą pozostawać wewnątrz czaszki otorbionemi i nie wywoływać groźnych objawów, jednak zawsze istnieje obawa, że ciała te jako nieczyste, mogą wywołać zapalenie opon mózgowych lub ropień mózgu, to też powinniśmy się starać wydobyć z czaszki obce ciała, o ile tylko takowe osiągnąć można. Dla ułatwienia wydobycia obcych ciał koniecznem jest rozszerzenie rany w kości, co skutecznie można wykonaniem trepanacyi.

Jeśli obce ciało tkwi głęboko w massie mózgu, to najlepiej wstrzymać się od wszelkich prób odszukania; Bergmann, Bardeleben potępiają nawet próbne badanie zgłębnikiem rany w mózgu; Langenbeck pozwala bardzo ostrożnie badać zgłębnikiem ranę zewnętrzną i ranę w kości, a jeżeli to badanie nie wykryło obcego ciała, to dalszych poszukiwań trzeba zaniechać, i ograniczyć się tylko starannem oczyszczeniem rany zewnętrznej środkami przeciwnielegimi; tylko Küster i Kraske radzą w każdym takim wypadku rozszerzyć ranę w kości i sondować ranę w mózgu.

Do obcych ciał w jamie czaszki zaliczają się oderwane odłamki blaszki szklistej wklóte w oponę i mózg.

Jeżeli na zasadzie objawów uszkodzenia mózgu można z pewną dokładnością przypuścić, że takowe zależą od obrażenia mózgu odłamkiem blaszki szklistej, to trzeba w odpowiednim miejscu wykonać trepanacyję i usunąć przyczynę złego, a jednocześnie zapobiedz powstaniu zapalenia mózgu.

Powyższe wskazania do trepanacyi były pochodzenia traumatycznego, oprócz nich istnieją wskazania zależące od chorób pokrywcy czaszki i jej zawartości.

III) Choroby czaszki: przymiotowe, gruźlicze i wszelkie inne wywołujące próchnienie lub martwinę kości.

Podług Brunsza, Volkmana, leczenie przy tych chorobach kości powinno być takie same jak i przy analogicznych cierpieniach wszelkich innych kości. W tych przypadkach resekcya kości jest tem bardziej wskazana, ponieważ choroby kości czaszki są groźne wskutek bliskiego ich stosunku z oponami i mózgiem.

IV) Nowotwory czaszki powinny być leczone operacyjnie w tych wypadkach, jeżeli usunięcie ich zdaje się być możebnem bez natychmiastowego zagrożenia życiu.

Jeżeli przy wyluszczeniu nowotworu wypadłoby jednocze-

śnie usunąć znaczną część kości, to można się nie obawiać resekcji kości czaszki, wiadomo bowiem, że przy ścisłem zastosowaniu metody przeciwnilnej, operacja ta nie jest zbyt niebezpieczną, można nawet wyciąć i część twardej opony, gdy takowa jest siedliskiem nowotworu. Liczba tych operacyj wzrasta dopiero w ostatnich czasach, gdy wogóle do wszelkich operacyj, które przedtem uważane były za niemożliwe do wykonania, ośmieliły chirurgów świetne rezultaty zastosowania metody przeciwnilnej. Wiesmann zestawia 17-cie wypadków resekcji kości czaszki z powodu nowotworów; z wyjątkiem jednego wypadku (Volkman), który podczas operacji zakończył się śmiercią wskutek rozerwania sinus longitudinalis i przedostania się powietrza do żył i do serca, we wszystkich innych rana zagoiła się bez powikłań. Przy wyluszczeniu nowotworów 8 razy wycinano kawałki opony twardej, 2 razy wyjęto jednocześnie z guzem część opony miękkiej i mózgu.

V) Padaczka, silne bóle głowy są wtedy wskazaniem do trepanacji, jeżeli zależą od miejscowych zmian kości, np. jej zgrubienia, wgniecenia, oderwania odłamków blaszki szklistej. — W tych wypadkach radzi Wiesmann wykonać resekcję kości, wiadomo bowiem, że przy ścisłem zastosowaniu antyseptyki trepanacja nie zagraża życiu, a może sprawić ulgę w cierpieniach chorego.

Powyższe spostrzeżenia i wnioski kończą krótkie uwagi co do techniki trepanacji i następczego leczenia Wiesmann nadmieniał, że przy zachowanej całości czaszki dobrze jest działać trepanem, a przy istniejącem uszkodzeniu czaszki i szczelinach w miejscu złamania właściwiej będzie użyć dłuta i młotka. — Ścisłe zastosowanie metody przeciwnilnej jest warunkiem koniecznym, przy zachowaniu którego i przy odpowiedniem drenowaniu rany, można śmiało zeszyć brzegi rany, a nawet w razie potrzeby pokryć otwór w kości płatem wyciętym z powłok czaszki (Bergmann).

Stosowne leczenie dietetyczne po operacji jest również bardzo ważnem.

T. Solman.

155. J. BROCKEL, D. MOLLIERE, A. DEMONS, CAUYE. — **Rozprawy nad wskazaniami do trepanacji czaszki podczas pierwszego kongresu chirurgicznego paryzkiego.** — (Congrès français de Chirurgie.—Procès verbeaux, Memoires et Discussions.—Paris 1866, str. 296—315.

Pod wpływem antyseptycznej metody, której zawdzięczamy dzisiejszy przewrót w chirurgii, zmieniły się też znacznie poglądy na trepanację; podczas gdy do niedawna jeszcze odrzucano ją prawie zupełnie, nie ma obecnie prawie chirurga, któryby coraz to nowych, a co raz śmielszych wskazań dla trepanacji nie wynajdywał. Zwrot ten w pojęciach o ważności i niebezpieczeństwie trepanacji dosadnie się uwydatnił w rozprawach nad tym przedmiotem na zjeździe chirurgicznym francuzkim, i to nas skłania do zaznajomienia czytelnika z treścią tych rozpraw:

J. Boeckel (Strasbourg), zaznaczywszy zasługi Sedillot'a,

który pierwszy zalecał robić pierwotną (prewencyjną) trepanację, podaje rezultaty z 14-tu operowanych przez siebie wypadków. Z pomiędzy tych 14-tu chorych: u 9-ciu wykonał trepanację pierwotną, a u 5-ciu wtórną, t. j. już po rozwinięciu się objawów mózgowych, reakcyjnych; z pierwszej kategorii nie stracił ani jednego chorego, gdy tymczasem z 5-ciu wtórnych trepanacji 3 zakończyły się śmiercią. Z pomiędzy 11-tu trepanowanych, którzy pozostali przy życiu, 10-ciu żyje dotychczas po 5—12 latach, wszyscy oni są zupełnie zdrowi na ciele i umyśle. Co się tycze regeneracji kości to takową oeserwował B. tylko w 4-ch wypadkach, w 4-ch innych na miejscu trepanacji rozwinęła się bardzo zbita tkanka włóknista, maskująca tętnienie mózgu, w 3-ch zaś tylko wypadkach tętnienie mózgu było widoczne w bliznie, która pozostała na zawsze bardzo miękka.

Świetne rezultaty, jakie dała Boeckel'owi trepanacja prewencyjna, uczyniły zeń gorącego zwolennika ostatniej. — Twierdzi on, iż przy złamaniach czaszki powinniśmy się trzymać tych samych zasad co i przy innych powikłanych złamaniach, a więc: usunąć odłamy lub ciała obce drażniące, uprzystępnąć jamę rany dla działania środków przeciwnilnych, umożliwić szybki odpływ wydzieliny; warunkom tym tylko za pomocą trepanacji zadosyć uczynić możemy, trepanacji czy to klasycznie trepanem dokonanej, czy też za pomocą dłuta i młotka (w ostatnich czasach częściej uciekają się do tego ostatniego narzędzia). Gdy tymczasem jeśli przepuścimy czas odpowiedni, jeśli doczekamy się objawów meningo-encephalitidis, wtedy już wtórna trepanacja nie na wiele się przyda. B. przytaczając statystykę Kramer'a z której się okazuje, iż przed wprowadzeniem antyseptyki trepanacja dała 55,26% śmiertelności; podczas gdy po jej wprowadzeniu śmiertelność zmniejszyła się do 8%, stwierdza iż zastosowanie opatrunku przeciwnilnego spowodowało trepanację do rzędu stosunkowo niewinnych operacji.

Dr. Mollière (Lyon) zaznacza przedewszystkiem, iż nauka o umiejscowieniach w mózgu nie jest jeszcze dość naprzód posunięta, abyśmy się mogli opierać na danych przez nią dostarczonych dla postawienia wskazań do trepanacji. Na poparcie tego twierdzenia przytacza z własnej praktyki następujący wypadek: U chorego, uderzonego w lewą stronę czaszki w okolicy szwu czołowo-ciemieniowego, powstał paraliż połowiczny prawy, i aphasia, czwartego dnia przyłącza się gorączka, co zmusza do trepanacji. Po otworzeniu opony twardej nie znaleziono, dokonano punkcji mózgu aparatem Dieulafoy i usunięto 200 gramów krwi na pół ściętej. Po śmierci okazało się, iż 3-ci zwój czołowy jest zupełnie normalny, a w centrum owale miał miejsce obfity krwotok, kości czaszki w tym wypadku nie były złamane. Dwa inne przytoczone przez M. przypadki, w których miały miejsce znakomite utraty substancji mózgowej bez żadnej szkody czy to w sferze fizycznej czy intelektualnej dla chorego, przekonały autora, iż można być śmielszym w chirur-

gicznym leczeniu chorób mózgowych. Te uwagi skłoniły autora do wykonywania trepanacji przy objawach mózgowych bez widocznego umiejscowienia, M. uważa trepanację za wskazaną przy epilepsji i obłędzie traumatycznego pochodzenia i przytacza 4-ry wypadki pomyślnym uwieńczone skutkiem:

I. Mężczyzna, lat 41, został uderzony kopytami konia w lewą okolicę ciemieniową, powstało powikłane złamanie z wgnieceniem, któremu towarzyszyła zupełna nieprzytomność. Po 25-ciu dniach pod wpływem pijawek, lewatyw drażniących i lodowych okładów, stan się na tyle poprawił, iż chory mógł chodzić, jeść, pić, oddawać urynę i stolec, — pozostawał jednak w zupełnej nieświadomości o obecnym swoim stanie, mówił bez związku, rzucił się i krzychał po nocach. W takim stanie był badany przez autora, przyczem znaleziono ranę zewnętrzną prawie zabliźnioną, zgłębnik przez istniejącą przetokę dochodził do obnażonej kości, stan bezgorączkowy; żadnego objawu wskazującego na umiejscowienie cierpienia w pewnej okolicy mózgu nie wykryto. Rozpoznano obłęd traumatyczny, a ponieważ w zachowaniu chorego nie zaszła żadna zmiana, chociaż stan był ciągle bezgorączkowy, zdecydowano się na trepanację. Przy operacji dokonanej częścią trepanem a częścią dłutem, usunięto 6 odłamków kości, poczem przypuszczając, iż jest ropień w mózgu (!?) przecięto oponę twardą i wkłuto bistur w powierzchowne warstwy mózgu; wypłynął tylko przezroczysty liquor cerebro-spinalis. Ranę opatrzone przeciwgnilnie. Już 3-go dnia po operacji wróciła pamięć, w dalszym przebiegu gojenie rany szło zupełnie prawidłowo, a inteligencja coraz bardziej wracała do normy, ostatecznie chory wyszedł zupełnie zdrów intelektualnie, zaznaczono tylko pewne lenistwo w usposobieniu (podczas gdy przedtem był bardzo pracowity) i gadatliwość. Podług późniejszych doniesień i te objawy powoli znikły.

II. M. A., lat 40, został uderzony w głowę windą przed pół rokiem, po 20-tu dniach zupełnie wyzdrowiał, obecnie podlega napadom epileptycznym powtarzającym się coraz częściej i zchudł znacznie; w okolicy skroniowo-ciemieniowej blizna długości 15 ctm. Na usilne żądanie chorego autor zdecydował się na trepanację. Podczas usypiania pacjenta M. szukając palcem w bliznie jakiegoś zagłębienia, któremby się mógł kierować przy trepanowaniu, nie znalazł takowego, lecz za to odnalazł punkt bardzo bolesny, tak iż ucisk na ten punkt nawet po zupełnym uspieniu wywoływał skurcze mięśni twarzy. Ten punkt został wybrany do trepanacji, kość w tem miejscu okazała się znacznie zgrubiałą (2 ctm.), a po otworzeniu durae matris wypłynęła niewielka ilość ropy. Chory wyzdrowiał i więcej napadów epilepsji nie miał.

III. Chory, 38 letni, został uderzony w głowę belką w 1875 roku, w kilka już dni po wypadku powrócił do swych zajęć; jednak we 20-cia dni później zauważył, że gorzej widzi i w lewej ręce pojawiały się od czasu do czasu spazmy zwłaszcza gdy trzymał co w rękę, wkrótce rozwinął się półparaliż

lewy, a następnie napady epileptyczne powtarzające się coraz częściej. Przy badaniu w 1884 roku znaleziono wgniecenie na miejscu uderzenia na prawo i niżej od steku Herofila i w tem też miejscu dokonano trepanacji, usunięto bardzo zgrubiałą kawalek kości ($1\frac{1}{2}$ ctm.) a z pod niego 2 zupełnie oddzielone wgniezione odłamki. Po operacji chory miał wszystkie tylko dwa napady epileptyczne, od roku nie ma ich wcale i jest zdrów zupełnie.

IV. H. X., 31 lat, miał głowę zgniecioną maszyną. Po zagojeniu się ran, pozostał obłąd: chory chodzi jak pijany, nie zdaje sobie sprawy ze swego stanu, nie wie ile ma lat i jak się nazywa.

Na prawo i niżej steku Herofila wyczuwa się wgniecenie, w tem też miejscu dokonano trepanacji. Czaszka okazała się 3 ctm. gruba, zrobiono otwór wielkości 2-ch franków. Po operacji powoli zaczęły powracać najpierw władze umysłowe, a później możność utrzymania równowagi przy chodzeniu. Obecnie we $2\frac{1}{2}$ lata po operacji stan chorego jest zupełnie normalny tak pod względem intelektualnym jak i fizycznym.

Kończąc, autor dochodzi do wniosku, iż w każdym wypadku epilepsy lub obłądu traumatycznego pochodzenia należy dokonywać trepanacji; jednocześnie zwraca uwagę na istniejące w takich razach zgrubienia kości czaszki (hyperostoses), które są prawdopodobnie przyczyną cierpienia.

Dr. Demons przytacza następujący bardzo ciekawy wypadek:

Mechanik, 39 letni, wpadł do studni, poczem pozostał przez kilka miesięcy niezupełny paraliż lewej kończyny górnej i prawej dolnej. Już był prawie zupełnie wyleczony (pozostała tylko lekka pareza kończyny dolnej prawej, osłabienie słuchu na lewe ucho i brak czucia w lewej ręce), gdy we dwa lata po wypadku rozwinęły się nagle napady epilepsy częściowej, a następnie paraliż połowiczny z lewej strony. Cierpienie miało taki charakter jaki zwykły przedstawić cierpienia powstałe wskutek zmian w ośrodkach ruchowych kory mózgowej. Z tego to powodu autor, nie zwracając uwagi na paręzę kończyny dolnej prawej, ani też na istniejące wgniecenie z lewej strony czaszki, dokonał trepanacji z prawej strony w miejscu odpowiadającym średniej części brzozy Rolandi w celu obnażenia ośrodków ruchowych prawej półkuli mózgu, rzeczywiście znalazł w tem miejscu złamanie kości czaszki, 3 ctm. długie, a pod niem ograniczone ognisko meningo-encephalitis. Zmienione części wraz z oponą i częścią kory mózgowej usunął. Chory miał po operacji w kilka godzin tylko jeden bardzo lekki napad epileptyczny; obecnie upłynęło 23 miesiące od operacji, rana zagojona, paraliż znikł zupełnie, epilepsyja ani razu się więcej nie powtórzyła.

Na podstawie tego wypadku autor dochodzi do następujących wniosków:

1) Nauka o umiejscowieniach w mózgu w niektórych wypadkach (mianowicie przy powstawaniu objawów w długi czas

po obrażeniu) może dać drogocenne wskazówki co do miejsca, gdzie trepanować należy.

2) Aphasia, spazmy i paralize korowego pochodzenia są najwybitniejszymi objawami, które naszą interwencją przy obecnym stanie nauki kierować mogą. Możliwym jest, iż w następstwie dokładne poznanie innych ośrodków mózgowych, w których zmiany pociągają za sobą niemotę i głuchotę słowną i t. d., rozszerzą jeszcze pole zastosowania nauki o umiejscowieniach mózgowych do chirurgii operacyjnej.

3) W jasnych wypadkach nie potrzeba żadnej oznaki zewnętrznej dla dokonania trepanacyi, a jeśli taka oznaka istnieje (wgniecenie naprzykład), to nie trzeba na nią zwracać uwagi.

4) W takich wypadkach po usunięciu kości należy zawsze przeciąć oponę twardą.

5) Nie należy się nawet obawiać usunąć zmienioną część kory mózgowej.

6) W rzadkich wypadkach, w których, pomimo ścisłego rozpoznania, trepanacyja dokonana w kilku miejscach nie anormalnego nie wykaże, jesteśmy upoważnieni przeniknąć głębiej, mianowicie pomiędzy białe włókna centri ovalis Vicusseni.

Dr. Cauvy nie dodaje właściwie nic nowego do tego co powiedzieli jego poprzednicy, jest gorącym rzecznikiem trepanacyi przewencyjnej, szczególnie przy tak zwanych przez niego: „fractures directes et nettes de la voûte“ to jest złamaniach bezpośrednich połączonych z wgnieceniem wylamanego kawałka, a których brzegi są gładkie i nie mają szczelin. Z własnej praktyki przytacza C. wypadek, w którym po uderzeniu młotkiem powstało takie złamanie z wgnieceniem i zakończyło się w kilka dni śmiercią wskutek meningoencephalitis purulentae.

C. przypuszcza, iż gdyby w danym wypadku zrobiono przewencyjną trepanacyję, toby chora napewno wyzdrowiała.

W. H. Krajewski.

156. Prof. Dr. MIKULICZ. **O wykluczeniu ognisk martwych z jamy brzusznej.** (*Przegląd Lekarski* Styczeń, Luty 1886 r.).

Jakkolwiek operacje brzuszne powodzenie swe obecne głównie zawdzięczają metodzie przeciwnilnej, zastosowanie je jednak ostatniej nie wywarło na nie tak doraźnego wpływu, jaki widzimy w innych obszarach chirurgii operacyjnej. Dziś bowiem jeszcze w przebiegu laparatomii zdarzają się powikłania urągające zasadom antyseptyki i zyczają na nieraz owaryjotomija, pociąga za sobą wcale poważne następstwa. Pełną jest zwłaszcza niebezpieczeństw pewna grupa hysterotomij inaczej myomotomij, jak również i owaryjotomij, gdzie po wyluszczeniu znacznych rozmiarów guza wrastającego w miednicę i wychodzącego z pomiędzy blaszek więzadła szerokiego lub z miąższu samej macicy, powstaje znaczna jama ranna—ognisko martwe, z którego łatwo bierze uoczątek zakażenie posokowatej otrzewnej i tkanki podsurowiczej. Twierdzenie powyższe najlepiej uwydatniają liczby.

Podczas gdy u Spencer Wellsa odsetka śmiertelności po

owaryjotomii wynosi 10%, a u Schrödera 7%, pierwszy po myotomii traci 24 na 50 operowanych, drugi zaś 32 na 100. Autor od dłuższego czasu zajmujący się tą sprawą, podaje sposób, wobec którego udaremnia się zgubny wpływ ognisk martwych na przebie pooperacyjny.

Powierzchnia otrzewnej, według obliczenia Wegnera, równająca się zewnętrznej powierzchni ciała z ruchomemi trzewiami, ścianą brzuszną i przeponą, stanowi najlepszą niwę do szybkiego szerzenia się wszelkich spraw zapalnych. Wielka zdolność jej wsysania i przesączania łatwo tłumaczy nam rychle pojawienie się ogólnych objawów zakażenia wobec zakaźnej wypociny, jak również wzbrania użycia silnych środków antyseptycznych. Z drugiej zaś strony dobroczynny wpływ tej własności otrzewnej polega na łatwym wchłanianiu niezakażonej cieczy pochodzącej z rany, lub na wydzielaniu plastycznego wysięku, który zlepiając powierzchnie naprzeciw siebie leżące, ogranicza ognisko zapalne. Oba dopiero wspomniane zjawiska przy zachowaniu bardzo ścisłej ostrożności przeciw pierwotnemu zakażeniu septycznemu pozwalają nam ręczyć za dobry przebieg laparatomii.

Inaczej rzecz się ma z guzami, które oddzielać należy od ściany miednicy. Tutaj powstaje mniejsza lub większa powierzchnia ranna pozbawiona otrzewnej, a jej wydzielina trudniej się wchłania, już z powodu że powierzchnia otrzewnowa stała się mniejszą. Jasno ztąd wynika doniosłe znaczenie miejsca w jakim powstaje rana. Rany w miednicy budzą większą obawę, aniżeli w górnej części jamy brzusznej głównie dlatego, że w pierwszych wydzielina ranna powstaje na powierzchni odartej z powłoki otrzewnej, a więc mniej zdolnej do chłonięcia, w drugich atoli splywa ona ku dołowi na nieuszkodzoną otrzewną.

Wydzielina rany, w znacznej ilości wypełniająca jakąkolwiek jamę, tylko zewnętrzną swą warstwą styka się z żyjącą tkanką; część jej środkowa, nazwana przez autora ogniskiem martwym, pozbawiona jest tego wpływu i jakby ciecz znajdującą się wewnątrz organizmu, znakomicie sprzyja rozwojowi bakteryj. Podane przez Listera drenowanie i ucisk, zapobiegające powstawaniom ognisk martwych, oddają niezaprzeczone usługi w bardzo wielu ranach; zupełnie jednak nie nadają się do ognisk martwych w miednicy, już dlatego, że wydzielina ztąd żadną miarą nie podniesie się przez dren ku górze, a dokładny ucisk przez ścianę brzuszną jest wprost niemożliwy i nawet szkodliwy. Polecone przez Simsa i Peaslego drenowanie drogą pochwy w owaryjotomijach nie przyniosło również pożądanego skutku.

Wobec tego oddawna już usiłowano przeinaczyć w odpowiedni sposób drenowanie miednicy. Nübesle, Keith i Spencer Wells za pomocą grubych szklanych sączków usuwał wydzielinę raną w pierwszych dniach co 2—4 godzin strzykawką lub gąbkami.

Hegar i Kaltenbach drenowali jednocześnie przez powłoki

brzuszne i pochwę, wreszcie pierwszy od niedawna wprowadza sączki grubości wziernika pochwowego przy lapatomiach przez ranę brzuszną, po wyluszczeniu zaś macicy do jamy Douglasa przez pochwę i wypełnia takowe gazą jodoformową. Po tych i wielu innych jeszcze skomplikowanych a nie skutecznych próbach, Miner, Péan i Billroth starali się ograniczyć ogniska martwe od jamy otrzewnej, a to oddzielając powłokę otrzewnową od guza i tak powstały worek z końcem wszytym w ranę brzuszną drenując zwykłym sposobem.

Olshausen odłuszcza wraz z otrzewną jeszcze zewnętrzną zbitą blaszkę ze ściany guza, Schröder zaś nie wyprowadza worka przez ranę brzuszną, lecz zaszywa go zupełnie, drenując ognisko martwe. Ponieważ w wielu razach należy wyciąć otrzewną wraz z guzem, przeto Péan, Köberle i Schreder rozciągali część jej sąsiednią na ranę w miednicy, tworząc tym sposobem płat otrzewnowy. Küster bardzo skutecznie użył zamiast drenów gazy jodoformowej, wypełniając takową przestrzeń zawartą pomiędzy płatem otrzewnowym i raną. Sposób powyższy zasługuje na bliższą uwagę, albowiem wielce jest podobnym do podanego przez autora.

Pr. Mikulicz przy dużych ranach w miednicy bierze kawał jednowarstwowy gazy jodoformowej 30%, wielkości średniej od nosa chustki kieszonkowej, przewleczony w środku silną i dość długą nitką jedwabną i zanurza takowy przed operacją w 5% kw. karbolowym. W chwili ukończenia śródbrzusznego aktu operacji układa dobrze wyżętą gazę tę w formie kapciucha tytoniowego tak, że nitka jedwabiu górnym swym końcem zwisa z szyi worka, dolnym zaś zajmuje jego dno. Wówczas za pomocą prostych lub krzywych kleszczy autor wsuwa dno worka w głąb jamy rannej w miednicy aż do najwyższego punktu i wypełnia go luźno długimi paskami gazy jodoformowej, tak aby ściany worka dobrze do rany przylegały. Końce worka i pasków winny zwisać w dolnym kącie rany brzusznej na całej swej długości zaszytej i żadną miarą nie mogą być zbyt uciśnięte. Worek taki spełnia trojakie zadanie:

1) Drenuje dokładnie i niezawodnie ranę jamistą w miednicy, ściana bowiem worka przylegająca do rany wsysa z niej wydzielinę, która wznosząc się na mocy działania włosowatości aż do szyi worka, zostaje wydalona na zewnątrz.

2) Utrzymuje ranę jamistą w stanie aseptycznym, co również zabezpiecza od zapalenia otrzewnej i tkanki łącznej w miednicy. Autor przy takim postępowaniu otrzymał jak najlepsze wyniki w ciężkich owaryjotomiach i myotomiach, nawet gdy podczas wyluszczenia guza jelito lub pęcherz uszkodzone zostały.

3) Jeżeli rany w miednicy nie udało się pokryć powłoką otrzewnową, wówczas worek z gazy jodoformowej odgranicza takową od jamy otrzewnej. Stykając się z prawidłową otrzewną, zmusza ją jako ciało obce, do szybkiego wytworzenia zrostów, wskutek czego powstaje otorbienie worka, jak również i rany.

W przeciwnym razie, to jest gdy otrzewna od guza odzilić się daje, p. Mikulicz wszywa ją w dolny koniec rany brzusznej i następnie wypełnia workiem z gazy.

Co się tycze dalszego leczenia, to w ciągu pierwszych 48-u godzin najwyżej wolno zmienić opatrunek zewnętrzny, jeśli uległ zupełnemu przesiąknięciu wydzieliną. Po upływie tego czasu można ostrożnie wydobyć wszystkie paski gazy i na ich miejsce wprowadzić dren średnicy małego palca i długi na 5—6 ctm. Odtąd opatrunek pozostaje nietknięty, dopiero 5-go lub 6-go dnia, z wszelką łatwością za pomocą nitki jedwabnej usuwa się cały worek z gazy jodoformowej, zastępując go natychmiast grubym drenem długości 8—12 ctm. W niektórych przypadkach ten ostatni już po kilku dniach stawał się zbędnym; w innych całkowite zagojenie nastąpiło w drugim lub trzecim tygodniu i tylko u jednej operowanej utrzymywała się przetoka przeszło trzy miesiące.

W końcu autor przytacza przypadki dobrze świadczące o wartości przezeń podanego sposobu.

1. *Cystosarcoma ovarii sin.* Silne zrosty z macicą, jelitami i ścianą miednicy. Worek z gazy jodoformowej wśródotrzewnowy. Wyleczenie w 24 dni po operacji.

2. *Fibroma parovarri sin.* wrosnięte w miednicę. Wyluszczenie z miednicy bez otworzenia worka otrzewnego. Założenie worka z gazy jodoformowej Wyluszczenie w 21 dni po operacji.

3. *Cystis dermoidalis* lewego jajnika zropiała i z całym otoczeniem silnie zrosnięta. Wyluszczenie. Worek z gazy jodoformowej w jamie otrzewnej. Operowana opuszcza klinikę w 24 dni po operacji.

4. *Fibromyoma uteri* rozrastające się podotrzewnowo w miednicy. Wyluszczenie z utworzeniem worka otrzewnowego. Worek z gazy jodoformowej. Wyleczenie w 29-u dniach.

5. *Myoma uteri* po części podotrzewnowo w małej miednicy ustalone. Wyluszczenie z utworzeniem worka otrzewnowego. Worek z gazy jodoformowej. Wyleczenie w 24 dni.

6. *Cystoma parovarri* ściśle zrosnięte z macicą, wyluszczenie podotrzewnowe z odcięciem macicy powyżej szyi, utworzenie worka z otrzewnej, zastosowanie worka z gazy jodoformowej. Wyleczenie z pozostaniem przetoki utrzymującej się w ciągu 4 miesięcy.

Prof. Mikulicz wykonał w Krakowie 22 owaryjotomij i 18 myomotomij.

Pierwsze, przeważnie ciężkie przypadki, połączone z roległemi zrostami, dały 5% śmiertelności, myomotomije zaś 17%.

Rokowanie dla tej ostatniej operacji niedorówna nigdy rokowaniu dla owaryjotomii; choć nawet uda się uniknąć posokowatego zapalenia otrzewnej, pozostaną jednak przypadki, gdzie niedokrewność, stłuszczenie serca i inne choroby pociągną za sobą zapad i zejście śmiertelne.

Wyżej przytoczone przypadki świadczą, że przebieg ich mimo ciężkich powikłań nie różnił się pod wpływem worków

z gazy jodoformowej od przebiegu zwyczajnej owaryo lub myotomii, lecz najważniejsze, że był zawsze aseptyczny.

Zastosowanie tego sposobu ma doniosłe znaczenie i wobec krwawienia, łatwo bowiem powstrzymać je wsunięciem do worka kilku pasków z gazy jodoformowej lub tamponów z Penghawar Djambi.

Co się tycze zatrucia jodoformowego, to autor nigdy go nie spostrzegął; zastosowanie innych środków przeciwgnilnych również nie jest wolne od niebezpieczeństw; w każdym razie przy dokładnej obserwacji można wcześniej złemu zapobiedz, usuwając źródło zatrucia.

A. Ciechomski.

157. M. BOCKHART. **O rzekomo tryprohem zapaleniu cewki moczowej i przyjądrza.** *Über die pseudo-gonorrhöische Entzündung der Harnröhre und des Nebenhodens (Monatshefte für Dermatologie. 1886. N. 4).*

Dość często spotykamy ostre kataraty cewki moczowej, niezależne od zakażenia gonokokami (t. z. urethritis catarrhalis). Powstają one po mechanicznych lub chemicznych podrażnieniach cewki, albo też wskutek zakażenia wydzieliną pochwy, niezawierającą gonokoków.

Tę ostatnią formę opisuje autor opierając się na 15 wypadkach. Kilku chorych zauważyło po spółkowaniu wyciek z pochwy odnośnych kobiet. We wszystkich wypadkach wystąpiły pierwsze objawy na drugi lub trzeci dzień po spółkowaniu: nieznośne palenie lub swędzenie przedniej części cewki i ślino-ropna wydzielina.

Objawy powyższe wzmagają się w ciągu następnych dwóch dni — trzeciego dnia dochodzą do największego natężenia, po czem zwolna ustępują i między 5-ym a 8-ym dniem zupełnie znikają.

Ilość wydzieliny śluzo-ropnej może dojść w trzecim dniu choroby do łyżeczki w ciągu dnia. Miejscowe leczenie nie wpływa widocznie na przebieg opisanego kataru cewki. W 2ch wypadkach nastąpiło zapalenie przyjądrza.

W wydzielinie nie ma gonokoków, tu i owdzie widzieć w niej można koki, niekiedy laseczniki w bardzo nieznacznej ilości, i nigdy wewnątrz ciałek ropnych; są one bez znaczenia.

Przypadkiem barwiąc szkiełka gorącym stężonym roztworem metylwioletu, autor odkrył w wydzielinie gatunek diplokoków, znajdujący się w niej w większej ilości. Są to diplokokki bardzo drobne, znacznie mniejsze od gonokoków; formą przypominają biszkopty, leżą w małych grupkach po 2 do 6, znajdują się także wewnątrz ciałek ropnych. Barwią się dosyć trudno — przy zwykłym badaniu na gonokoki (zimmerni lekkiem roztworami) nie zostają zabarwione; najlepiej barwić 5 minut bardzo gorącym roztworem metylwioletu (lub fuksyny), albo 24 godziny lekkim roztworem barwników.

Opisane diplokokki autor wyhodował na agar-agar i na surowicy krwi (zalkalizowanych fosforanem sodu) przy 30—32°; rosną skąpo, w postaci biało-szarego płaskiego okrągłego obłoczka. — Na kwaśnych lub obojętnych substratach nie rosną weale.

Cząsteczka czystej hodowli, przeniesiona do cewki zdrowego mężczyzny, wywołała tu ostry katar z opisanym powyżej przebiegiem (trwał 10 dni, przeszedł bez leczenia). Drugi raz, w nieco większej ilości wprowadzone koki (z hodowli na surowicy) wywołały znacznie silniejsze objawy (silne bóle, obrzmienie żołądki i obfitą wydzielinę); przy lodowych okładach i wstrzykiwaniach sublimatu (1:20000) objawy te ustąpiły w ciągu 10-ciu dni.

Funk.

158. M. VILLEMEN. **O rumieniu wielopostaciowym, jego przyrodzie i leczeniu swoistem.** De l'erytheme, sa nature et son traitement specifique. (*Gazette hebdomadaire*. 1886. N. 22, 23).

Autorowi udało się odkryć leczenie specyficzne tego cierpienia. Ponieważ leczenie to wywiera wpływ widoczny na wszelkie formy rumienia wielopostaciowego, na towarzyszące objawy ogólne, na powikłania ze strony stawów, przeto autor wnioskuje, że; 1) erythema nodosum papulatum, circinatum, i t. d. są odmianami jednego samoistnego typu; 2) że rumień wielopostaciowy jest cierpieniem ogólnym przyrody specyficznej; 3) że bóle części miękkich, obrzmienia i wysięki stawowe nie zależą od reumatyzmu, lecz są zarówno z wysypką skórną objawami ogólnego specyficznego cierpienia.

Środkiem tym jest *jodek potasu*, a działanie jego, jak z opisu jedenastu wypadków wnosić można, jest istotnie zadziwiające.

W dawce dziennej 2 gramowej (pół drachmy) jodek potasu łagodzi znakomicie wszelkie objawy cierpienia już w ciągu pierwszych 24 godzin; nawet chinina nie działa przy zimnicy tak szybko i pewnie.

Tak np. autor przytacza wypadek ciężki, który przyjęto z początku za tyfus brzuszny; ciepłota w dniu wystąpienia wysypki 40, 30 C., bóle w kiszkaach i stawach, znaczne osłabienie; po 2,0 jodku potasu już wieczorem 38,5, nazajutrz rano 37,6, ogólna poprawa, bóle znikły, wysypka znacznie zbladła. Podobny skutek okazał się i w pozostałych wypadkach, a żaden z nich nie należał do lekkich (podniesiona ciepłota, zajęcie stawów).

Oczywiście wybroczyny, wysięki stawowe i obrzęki ulegają powolniej wessaniu. Recydyw, tak częstych przy omawianem cierpieniu, jodek potasu nie uprzedzał (zwłaszcza że stosowanie przerywano po zniknięciu objawów), ale usuwał je również w ciągu 24—48 godzin.

(Przyp. Spraw.) Wrazie potwierdzenia powyższych wyników, terapija zubożona zostanie ważnym faktem, że *jeden środek leczniczy może działać specyficznie na dwa różne cierpienia zależne*, (w tym wypadku syfilis i erythema multiforme. *Funk.*

159. Prof. SCHNIZLER. **Przyczynek do Patologii i Terapii przymiotu krtani i płuc.** Zur Pathologie und Therapie der Kehlhof- und Lungensyphilis. (*Wiener Med. Presse*. 1886. Nr. 15, 17).

Przed trzema laty przedstawił Schnizler w Towarzystwie lekarzy wiedeńskich mocno wyniszczoną kobietę 26 letnią z następującymi zmianami: stłumienie i oddech oskrzelowy u wierzchołka prawego płuca; owrzodzenie prawej struny głosowej,

obejmujące cały wolny brzeg, nieznaczne zgrubienie i owrzodzenie lewej struny; podniebienie miękkie ciemnoczerwone, znacznie obrzmiałe, na języku i na prawym przednim łuku podniebiennym okrągłe drażące owrzodzenia. W płwocinie przy kilkakrotnem badaniu prof. Frisch nie znalazł laseczników gruzlicznych. Autor rozpoznał syfilis ze względu na postać wrzodów podniebienia; owrzodzenia strun głosowych bez zajęcia błony śluzowej międzynaławkowej również przemawiało raczej za syfilisem, niż za gruźlicą. Pomimo to jednak nie można było wykluczyć jednoczesnej gruźlicy płuc.

Chora nie przyznawała się do zakażenia Syfilisem. Przy leczeniu jodkiem żelaza nie tylko zagoiły się szybko owrzodzenia w krtani i na podniebieniu, ale i ogólny stan poprawił się widocznie.

W rok później chora przybyła znów do kliniki skarżąc się na chrypkę, kaszel, ból w piersiach i krótki oddech. Nacieczenie w płucach posunęło się dalej, struny głosowe znów owrzodzone, zgrubiałe i u przedniego brzegu z sobą zrosnięte.

W roku 1885 przybyła chora z innymi objawami: na prawej okolicy łopatkowej obszerne pełzające owrzodzenie, periostitis gummosa na obu kościach ramieniowych powyżej stawu łokciowego, obu goleniowych i na kości czołowej.

Rozpoznanie syfilisu było zatem niewątpliwe. Najbardziej jednak zajmujące objawy były w krtani: Błona śluzowa całej krtani zaczerwieniona i obrzmiała. *Obie struny głosowe zrosnięte ze sobą za pomocą szaro-białej błony, zakrywającej $\frac{2}{3}$ szpary głosowej, oddech utrudniony, towarzyszy mu głośny stenotyczny szmer. W obu wierzchołkach obszerne stępienie i oddech oskrzelowy.*

Leczenie polegało na: 1) przecięciu nożem owej błony i 2) energicznych wcieraniach szaruchy (30 wcierań po 40—50).

Wynik takiego leczenia może być nazwany świetnym, gdyż nie tylko znikły wszystkie objawy syfilisu, ale i cierpienie płuc uległo znacznej poprawie, znikł kaszel, ból w płucach i utrudnienie oddechu, zmniejszyło się stępienie zwłaszcza z prawej strony i znikły zupełnie rzężenia.

Jakiej przyrody było w tym przypadku cierpienie płuc, trudno orzec stanowczo; brak jednak laseczników w płwocinie i poprawa przy leczeniu przeciwfilistycznym przemawia, do pewnego stopnia za syfilistyczną jego naturą. *Funk.*

160. Na posiedzeniu Berlińskiego Tow. Lek. z 14 Kwietnia 1886 r., przedstawił Dr. Casper **Wypadek zatrzymania moczu** z powodu wysokiego zwężenia cewki, usuniętego prawie nieznanym w Europie instrumentem.

29-letni pacjent przebył 4 tryprzy (przed 10, 8, 4 i 2 laty); od 1879 r. czuje utrudnienie w oddawaniu moczu (każde oddawanie moczu trwa około kwadransa); od $\frac{3}{4}$ roku częste zatrzymanie moczu, które ustępowało za każdym razem, jeśli chory kładł się do łóżka i ciepło się przykrywał. Przed trzema tygodniami zatrzymanie moczu trwało jednak 12 godzin — po upływie tego czasu mocz zaczął się wydzielać kroplami, przy szalonych bólach w cewce.

W ostatnich dniach zatrzymanie moczu ponawia się coraz częściej—stan chorego jest rozpaczliwy.

Przy badaniu znaleziono pęcherz moczowy rozciągnięty do 2 ctm., poniżej pępka i zwężenie znajdujące się na 14 ctm. od otworu cewki. Po półgodzinnych usiłowaniach udało się przejść zwężenie nitkowatą bougie, gdy jednak próba wprowadzenia grubszej bougie nie powiodła się, pozostawało tylko zrobić przekłucie pęcherza, albo cięcie cewki zewnętrzne. C. uniknął jednego i drugiego, używszy instrumentu opisanego przez A. S. Huntera w New-York Medical Record w 1878. Jestto $\frac{1}{2}$ metra długa bougie, składająca się z 3-ch części. Pierwsza, zwykła nitkowata bougie (Nr. 2 Charr.) przechodzi w drugą szerszą, wreszcie w trzecią grubości Nr. 15 Charr. W ciągu kwadransa wprowadził C. do cewki 30 ctm. tego dilatatora, zatem najgrubsza część przebyła już zwężenie.

Po wyjęciu instrumentu wprowadzono kateter Nr. 15 Charr., przez który chory oddał zebrany mocz. Stan chorego po operacji bardzo dobry; wydzielanie moczu zupełnie łatwe i odczynu gorączkowego nie było. W następnych dniach prowadzono metodyczne rozszerzenie cewki (od Nr. 15 Char.) z zupełnym powodzeniem.

Autor nie jest zresztą zwolennikiem gwałtownego rozszerzania zwężeń cewki, a sposób opisany zaleca tylko w wypadkach, gdy metodyczne rozszerzanie jest niemożliwem.

(Wiener Med. Woch. 1886. Nr. 18).

Funk.

Nadesłano do Redakcyi.

- Dr. J. Rogowicz:—O ciąży szyi macicznej. Odb. z Pam. Lek. 1886.
- Dr. Jakubowski:—Szpital Św. Ludwika dla dzieci w Krakowie. 1886.
- Jaworski u. Gluziński:— Experimentell-Klinische Untersuchungen über den Chemismus und Mechanismus der Verdauungsfunktion des Menklichen Magens im Physiologischen und Pathologischen Zustände etc. etc. — Odb. z Zeitschr. f. Klin. Med. — Bd. XI str. 2—3.
- Dr. Herzing:—O wyleczalności owrzodzeń gruzliczych. Odb. z Gaz. Lek. 1886.
- Skórczewski:—Krynica.—Przewodnik. 1886.

OGŁOSZENIA

PANKREATYNA DEFRESNE

PRZYJĘTA URZĘDOWO

przez Marynarkę Francuską i przez szpitale Paryskie.

Pankreatyna Defresne trawi 30 grm. ciał białkowatych, 11 grm. materii tłuszczowych i 10 grm. krochmalu przemienienia na cukier.

PREPARATY ZAWIERAJĄCE PANKREATYNĘ DEFRESNE

1. **Pigułki Pankreatynowe Defresne.** Każda zawiera 20 ctgrm. Pankreatyny. Używają się w dawce od 3 do 5 po każdym jedzeniu. Flakon zawiera 60 pigulek.

2. **Pankreatyna Defresne w proszku.** Flakon zawiera 15 grm. dla odpowiedniego zażywania dołącza się łyżeczka zawierająca 20 ctgrm. Doza: 3 do 4 łyżeczek po każdym jedzeniu z konfiturami lub w opłatku.

3. **Tran emulsyjonowany pod działaniem Pankreatyny Defresne.** Przedstawia się w postaci białej śmietany, rozpuszcza się w mleku, bulionie, kawie lub czekoladzie. Używa się w ilości 4 do 8 łyżeczek od kawy.

PEPTON DEFRESNE

PRZYJĘTY URZĘDOWO

przez Marynarkę Francuską i szpitale Paryskie.

Zawiera pierwiastki rozpuszczalne mięsa i włókna mięsne w roztworze.

PREPARATY PEPTONU DEFRESNE

1. **Pepton płynny.** We flakonach płaskich 250 grm., zawiera 25⁰/₁₀₀ suchego peptonu i 4⁰/₁₀₀ azotu. Dla uzupełnienia odżywiania przepisuje się w ilości dwóch łyżeczek dwa razy dziennie w wodzie ciepłej posolonej. W przypadkach ciężkich w braku zupełnym innych azotowych pokarmów zapewnia odżywienie w ilości 8 łyżek dziennie. W lewatywach używa się w ilości 2 łyżeczek na raz w wodzie letniej, zawierającej 25 ctgrm. dwuwęglanu sodu i 3 do 5 kropel laudani Sydenhami.

2. **Pepton w proszku.** We flakonach zawierających 50 grm.

3. **Wino peptonowe.** Zawiera ilość mięsa równającą się połowie jego wagi. Używa się po pół kieliszka po jedzeniu.

4. **Peptonat rtęci.** Do zastrzykiwań podskórnych.

Skład główny w Paryżu u p. **Defresne**, 56, ulica de la Verrerie, w Warszawie w składach pp. **J. Mrozowskiego** i **L. Spiess** i **Syn.** 7—12