

# GAZETA LEKARSKA

**TREŚĆ.** I. W. PIOTROWSKI. Biegunka krwawa i walka z nią. Str. 779. II. HENRYK HIGIER. W sprawie rokowania przy Encephalitis i Polioencephalomyelitis acuta et subacuta infantum et adultorum. (Dok.). Str. 783. *Dział sprawozdawczy.* 126. CHALIER. Leczenie chirurgiczne raka odbytnicy: technika, wyniki, wskazania. Str. 788—127. GRAEME ANDERSON. Wyniki leczenia operacyjnego guzów krwawniczych. Str. 791.—128. P. ABRAMI, K. RICHTER jun. i R. MONOD. Objawy żółtaczki retencyjnej w przebiegu zakażenia paciorkowcowego, bez zapalenia dróg żółciowych. Str. 792.—129. MÉNÉTRIÉR i BRODIN. Przypadek kolki wątrobowej powikłanej posocznicą, wywołaną przez laseczkę okrężnicy. Str. 793—130. C. JARVIS. Leczenie zakażeń gonokokowych szczepieniem według metody opsoninowej WRIGHT'a. Str. 793. *Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.* Posiedzenie 19-go, 26-go kwietnia i 3-go maja 1910 r. Str. 795, 796, 797. *Wiadomości bieżące.* Str. 798. *Ogłoszenia.*

## I. Biegunka krwawa i walka z nią.

Podał

W. Piotrowski [Zwienigródka].

Pod względem bakteryologicznym ściśle odróżniać należy dwie postaci biegunki krwawej, zależnie od wywołującego ją czynnika: amebową i drobnoustrojową (*bacillaire*). Amebowa biegunka krwawa [czynnikiem wywołującym jest *Entamoeba histolytica seu Schaudini*] jest chorobą podwrotnikową i jeżeli zdarza się w pasie umiarkowanym, to tylko u osobników, którzy zarazili się podczas swego pobytu w krajach podwrotnikowych.

Czynnikiem wywołującym biegunki krwawej drobnoustrojowej są dwie odmienne bakterye, które, aczkolwiek są bardzo do siebie zbliżone, lecz wyraźnie różnią się od siebie biologicznymi własnościami.

Od nazwisk autorów, przez których zostały odkryte, nadano im nazwę „rodzaj SCHIGA-KRUSE“ i „rodzaj FLEXNER“. Klinikalnie, anatomo-patologicznie i epidemiologicznie między temi dwiema postaciami drobnoustrojowej biegunki krwawej niema widocznej różnicy.

Różniczkowanie tych dwu rodzajów możliwem jest tylko zapomocą hodowli na agarze z lakmusem i mannitem: rodzaj SCHIGA-KRUSE zmienia pożywkę w ten sposób, że pożywka nabiera barwy jaśniejszej wskutek redukcji lakmusu w głębokich warstwach wtedy, gdy „rodzaj FLEXNER“ zmienia sinawo-

fioletową barwą lakmusu po 24-ch godzinach na wyraźnie czerwoną. Przy łóżku chorego mamy do czynienia tylko ze stolcami. W każdym przypadku należy przedewszystkiem zrobić preparaty i zabarwić je rozcieńczoną fuksyną karbolową, wybierając do tego kłaczki śluzowe.

W ostrych świeżych przypadkach biegunki krwawej często otrzymujemy prawie czystą hodowlę krótkich laseczek, po większej części zawartych w ciałkach ropnych.

W walce z biegunką krwawą mają doniosłe znaczenie te same zasady, co i w walce z tyfusem, cholera i innymi chorobami zakaźnymi, a mianowicie: wczesne rozpoznanie pierwszego przypadku, izolacja chorych, nawet rekonwalescentów (*Porteurs de germes-Bacillenträger*), ścisła dezynfekcja wszystkich nieczystości, w których można przypuszczać lub wykazać obecność bakterii dyzenterycznych, nie mówiąc już o ulepszeniu warunków higienicznych, szczególnie o urządzeniu wzorowych wodociągów i kanalizacji.

Dzięki celowej kombinacji środków, skierowanych wyłącznie przeciw czynnikowi wywołującemu, a także dążących ku polepszeniu warunków higienicznych, udaje się coraz więcej ograniczyć epidemie biegunki krwawej, jednakże śmiertelność pozostała tak jeszcze znaczną, że bakterjologowie zwrócili swoje wysiłki ku otrzymaniu surowicy leczniczej od chwili wykrycia swoistego zarazka.

Twórcą seroterapii biegunki krwawej był SHIGA. On to pierwszy w roku 1898 podczas epidemii dyzenteryi w Japonii zastosował u 298-u chorych surowicę zwierząt, uodpornionych zapomocą martwych, a następnie żywych bakterii. Z tych 298-u chorych zmarło tylko 31, t. j. 10,8%, wtedy, gdy z 2599-u chorych, leczonych farmaceutycznymi środkami, zmarło 957-u t. j. 35,4%.

Taką surowicę w Prusach otrzymał KRUSE, wychodząc z tego przypuszczenia, że surowica powinna posiadać własności bakteryobójcze, lecz nie antytoksyczne.

Na tem to właśnie polegał błąd SHIGA i KRUSE'go, gdyż nieco później GODD i ROSENTHAL dowiedli, że dyzenterya należy do rzędu chorób intoksykacyjnych. Uczonym tym udało się otrzymać surowicę antytoksyczną zapomocą uodporniania zwierząt toksyną dyzenteryczną. Od tego czasu seroterapia biegunki krwawej zyskała szerokie zastosowanie i walka z dyzenteryą stała się o wiele łatwiejszą; nadmienić należy, że surowica ROSENTHALA jest nie tylko leczniczą, lecz poniekąd i zapobiegawczą, jeżeli nie w ścisłym słowa tego znaczeniu, to w tym sensie, że pod jej wpływem choroba przebiega łagodniej. Na 157 chorych, leczonych swoją surowicą, ROSENTHAL miał tylko 7 przypadków śmiertelnych czyli 4,5%.

Jeszcze z większym powodzeniem stosowali surowicę ROSENTHALA KORONCZEWSKI i BARYKIN w szpitalach wojskowych podczas wojny rosyjsko-japońskiej. Śmiertelność u nich nie przekraczała 3%.

We Francji dyzenteryę leczą samą tylko surowicą, i DOPTER, podczas swego wykładu o dyzenteryi na kursach bakteriologicznych w 1908 roku, wypowiedział się tak: „obecnie żaden lekarz, zawezwany do chorego z krwawymi stolcami, nie ma prawa zaczynać leczenia bez uprzedniego zbadania ka-

tu bakteriologicznie; w razie wykrycia laseczek dyzenterycznych lekarz obowiązany jest zastosować surowicę“.

Naturalnie, w słowach tych dużo jest przesady: nie każdy lekarz posiada mikroskop, nie każdy chory jest w stanie kupić stosunkowo drogą surowicę; prócz tego zdarzają się przypadki biegunki krwawej, dla rozpoznania których zbytecznym jest badanie mikroskopowe, wreszcie bywają i takie przypadki biegunki krwawej, w których z wielkim powodzeniem można obejść się bez surowicy.

Nie zważając jednak na to, zapamiętałem sobie słowa DOPTERA i postanowiłem po powrocie do kraju zastosować surowicę w pierwszym przypadku krwawej biegunki.

Z powodów odemnie niezależnych zacząłem stosować surowicę dopiero przy końcu epidemii, dlatego też spostrzeżenia moje dotyczą tylko 73-ch chorych.

Ponieważ, jako lekarz ziemski, miałem do czynienia przeważnie z chorymi, od których trudno dowiedzieć się prawdy [u włościan ukraińskich panuje przesąd, że choroba powróci, jeżeli opowiadać komukolwiek o skuteczności danego leku], nie mogłem przeto mieć szczegółowych wyjaśnień; pomimo to na zasadzie otrzymywanych odpowiedzi mogę sądzić o skuteczności surowicy.

Prawie wszyscy dorośli chorzy i rodzice małoletnich zaznaczali, że już na z a j u t r z po zastosowaniu surowicy znikła krew ze stolców zupełnie, lub też znacznie zmniejszała się jej ilość; co się tyczy śluzu, ilości wypróżnień i ich bolesności, objawy te znikwały stopniowo.

W 10-u przypadkach miałem do czynienia z inteligentnymi chorymi, od których mogłem szczegółowo dowiedzieć się o szybkim znikaniu krwi, o stopniowym zmniejszaniu się liczby wypróżnień. Tylko w 2-u przypadkach przewlekłej biegunki krwawej, pomimo zastosowania 40 ctm. sz. surowicy, nie widziałem żadnego polepszenia.

Dla większej obrazowości przytoczę tu historię choroby chorej, którą leczyłem surowicą w szpitalu. 20-go października roku zeszłego do ambulatoryum przysła chora lat 17 ze skargą na ból głowy, bole w brzuchu i ogólne niedomaganie. Wobec panującego tyfusu zostawiłem chorą w szpitalu, podejrzewając u niej tyfus. Wieczorem ciepłota 39,4. W nocy u chorej wystąpiła biegunka krwawa, jak się o tem dowiedziałem od felczera. Zbadawszy wypróżnienia i wykrywszy pałeczki dyzenteryi w wielkiej liczbie, zastosowałem u chorej zastrzyknięcie 20 ctm. sz. surowicy z Charkowskiego Instytutu bakteriologicznego. Do godziny 6-ej wieczorem chora miała 24 stolce; ilość krwi i śluzu nie zmniejszyła się; bole trwają nadal, ciepłota 38,4°.

22. X. Od 6-ej wieczór do 9-ej z rana chora miała 38 stolców; krwi i śluzu mniej; bole w brzuchu zmniejszyły się. Ciepłota 37,8°. Wstrzyknąłem 20 ctm. sz. surowicy. Do wieczora było 10 wypróżnień bez krwi, bez bólów. Ciepłota 37,8°.

23. X. W nocy 10 wypróżnień bez krwi. Ciepłota 37,3°.

24. X. Ciepłota 37°. Na dobę tylko dwa stolce bezbolesne, bez krwi, stan ogólny dobry, śluzu o wiele mniej.
25. X. Ciepłota 37°. Jedno wypróżnienie bez krwi, śluzu bardzo mało.
26. X. Ciepłota 37°. Jedno wypróżnienie.
27. X. Ciepłota 36,8°. Jedno wypróżnienie o wiele gęstsze.
28. X. Ciepłota 36,9°. Jedno normalne wypróżnienie.
29. X. Wypisałem chorą ze szpitala wobec bardzo dobrego stanu ogólnego.

Dodatni wpływ surowicy spostrzegałem na sobie: przed jej zastosowaniem miałem 20 wypróżnień w ciągu 8-u godzin; po wstrzyknięciu 30-u ctm. sz. w nocy miałem tylko 3 wypróżnienia bez krwi; następnego dnia nie miałem żadnego stolca; nadmienię przytem, że w ciągu całej choroby [3 dni] nie zachowywałem żadnej diety, jedząc absolutnie wszystko. Przy sprawdzeniu dowiedziałem się, że z tych 73-ch chorych zmarło tylko 2 ssawców i 5 dzieci, czyli 9,9%. U dzieci stosowałem surowicę w ilości 10 ctm. sz. bez względu na wiek; u dorosłych 20 ctm. sz.; wstrzykiwania powtarzałem nazajutrz, tylko w 5-u przypadkach musiałem zastosować surowicę po raz trzeci.

W jednym przypadku choremu dorosłemu odrazu zastrzyknąłem 40 ctm. sz.; nazajutrz znowu 40 ctm. sz.; nazajutrz znowu 30 ctm. sz. Po upływie 3-ch dni po ostatnim zastosowaniu surowicy choroba powróciła i chory przyszedł do zdrowia dopiero wtedy, gdy mu jeszcze zastrzyknąłem 2 razy po 20 ctm. sz. surowicy.

Do rzędu nieprzyjemnych zjawisk należy długotrwały ból w miejscu wstrzyknięcia.

W jednym przypadku spostrzegałem silną pokrzywkę. Wogóle z działania surowicy byłem zupełnie zadowolony i polecam ją, jako jedyny pewny, szybko działający środek [szczególniej w przypadkach świeżych], jako jedyną racjonalną terapię w czasie obecnym. Szczególniej polecam ją kolegom, mającym do czynienia z chorymi, u których o zastosowaniu diety mowy być nie może.

## PIŚMIENNICTWO.

- 1) SHIGA. Ueber den Erreger der Dysenterie in Japan. Centrbl. f. Bact. 1898.
- 2) VAILLARD et DOPTER. La dysentérie epidémique. Ann. Inst. Pasteur. 1903.
- 3) DOPTER. La dysentérie bacillaire. Bull. Inst. Pasteur. 1906.
- 4) KRUSE. Die Blutserumtherapie bei der Dysenterie. Deutsche med. Woch. 1903.
- 5) ROSENTHAL. La toxine dysentérique. Bull. Inst. Past. 1903.
- 6) BARYKIN i KORONCZEWSKI. Traitement de la dysentérie par le sérum. Ballet. Inst. Past. 1906.

## II. W sprawie rokowania przy Encephalitis i Polioencephalomyelitis acuta et subacuta infantum et adultorum.

Podał

Dr med. Henryk Higier.

(Dokończenie. — Patrz Nr. 32).

Przypadek 3-ci. Chłopiec 17-letni, bez podejrzeń na alkoholizm lub przebyty syfilis, dostał w 24 godzin po borykaniu się i mocowaniu z kolegą gorączki, bólu głowy, wymiotów. Stopniowo w ciągu kilku dni przy zupełnie zachowanej przytomności rozwinęło się zupełne porażenie nóg, pęcherza i odbytu. Bólów i drętwienia karku nie było, natomiast męczyły bardzo chorego dwojenie i niedowład lewej połowy ciała. Zaburzenia pęcherzowo-kiszkowe, zwłaszcza zatrzymanie moczu, znikły po upływie 2-u tygodni.

Obecnie przy demonstracji <sup>1)</sup> brak, jak podczas całej choroby, zaburzeń inteligencji, czucia i ze strony opuszki. W mięśniach ocznych uderza niedowład lewego m. odwodzącego gałkę. W kończynach dolnych stwierdza się niedowład zanikowy wszystkich mięśni stopy lewej nogi i strzałkowych prawej, osłabienie odruchów kolanowych obustronne, brak odruchów Achillesa i skórnych brzusznych i podnoszących jądra.

Bardzo silne skrzywienie kręgosłupa ku przodowi, przyczem pion, spuszczoney z najbardziej wystającego kręgu grzbietowego pada na środek kości krzyżowej. Lordoza jest najwidoczniejszą w stanie i leżeniu, znika przy siedzeniu, potęguje się, o ile w leżącej pozycji chory usiłuje podnosić nogi. Niemożliwość podnoszenia się z leżącej pozycji, niemożność podniesienia jednoczesnego obu ud, przyczem wyczuwa się podczas tych prób bardzo nagle naprężenie mięśni prostych brzucha w postaci wąskich pasem o szerokości w trójnasób mniejszej od normalnej. Z mięśni poprzecznych i skośnych ściany brzusznej wyczuwać się dają przy naprężeniu tłoczni jedynie dolne ich połowy. *Mm. sacrolumbales* wykazują pobudliwość elektryczną normalną, *mm. obliqui et transversi abdominis* są słabo, *mm. recti* zupełnie niepobudliwe. Wzdobywanie niskich tonów jest upośledzone, kaszel, oddech i kichanie nie są poważnie zmienione.

W streszczeniu historia choroby przedstawia się mniej więcej następująco: u chłopca 17-letniego rozwija się przy podniesionej ciepłocie po wysiłku fizycznym dość ostro w ciągu kilku dni, zespół poważnych objawów, w którym obok mózgowych (bole głowy, wymioty, bezład lewostronny, porażenie *n. abducentis*) poważną rolę odgrywa-

<sup>1)</sup> Demonstrowany 2). VI. 1938 r.

ją zaburzenia rdzeniowe [bezwład dolnej połowy ciała z zanikami, niedowład mięśni brzusznych, objawy pęcherzowo-kiszkowe, nieobecność lub osłabienie wielu odruchów ścięgnowych i skórnych, skrzywienie lordotyczne kręgosłupa].

Sz. P.! Nie trudno dowieść, że w opisanym przypadku przy braku pewnych momentów etyologicznych miano do czynienia najprawdopodobniej z rozsianą ostrą samoistną *encephalomyelitis*. Za zapaleniem mózgowordzeniem w przeciwstawieniu do stanów intoksykacyjnych przemawiała i ta okoliczność, że objawy ogniskowe rozwinęły się dość wczesnie i dominowały w obrazie klinicznym. Zasluguje na podkreślenie obok wieku chorego (*poliencephalitis adultorum*) lokalizacja anatomiczna jednocześnie w korze, śródmózdzu i szarej substancji grzbietowego oraz lędźwiowego odcinka rdzenia. Brak niektórych odruchów skórnych tłómaczy się głównie niedowładem mięśni brzucha i dźwigaczy jądra, jako pochodnych mięśni brzusznych. Zaburzenia czynności pęcherza i odbytu należą do rzadkich wyjątków przy ostrej *poliomyelitis* i dowodzą obecności ogniska zapalnego, które lekko dotknęło substancję szarą na wysokości 3-go i 4-go segmentu krzyżowego.

Do niezwykłych objawów należy też porażenie częściowe muskulatury brzusznej z upośledzeniem pobudliwości elektrycznej. Z względnie dobrze zachowanej pobudliwości pewnych mięśni brzusznych (*sacrolumbales, transversi, obliqui*) przy zniesionym odczynie elektrycznym w innych (*recti*) nie wynika bynajmniej, że jądra ruchowe dla mięśni prostych są położone w rdzeniu nad jądrami dla mięśni skośnych, ponieważ w danym przypadku przy niekniętej muskulaturze uda jest wielce prawdopodobną obecność dwu odosobnionych ognisk w rdzeniu, z których górne dotknęło mięśni brzusznych, dolne mięśni goleni i stóp oraz w nieznacznym stopniu czynności odbytu i pęcherza. Że wypadnięcie tłoczni brzusznej przyczyniło się wielce do wywołania zatrzymania moczu i kału, nie ulega wątpliwości, główną atoli rolę odgrywało, jak wyżej powiedziano, uszkodzenie samych ośrodków kiszkowo-pęcherzowych, zwłaszcza o ile wchodzi w grę nietrzymanie moczu i kału.

Na zasadzie znikania lordozy w siedzącej, powstania jej w leżącej pozycji i powiększenia jej przy próbie podnoszenia ud łatwo dowieść problematyczności teorii powszechnie przyjętej DUCHENNE'a i bronionego przez OPPENHEIMA poglądu co do patogenezy lordozy i rozległości porażen mięśni brzusznych.

Ciekawym wreszcie jest przypadek nasz ze względu na dość szczęśliwe zejście pomimo bardzo rozległych i ciężkich porażen w obrębie mózgu i rdzenia.

Przypadek 4-y. 12-letni terminator, chłopiec zdrowy, z rodziny normalnej pochodzący, otrzymał przed 10-u miesiącami uderzenie kijem w okolicę ciemieniową. Powstałe obrzmienie i nacieczenie krwotoczne podskórne znikły wraz z bolesnością po tygodniu. Po upływie 10—11-u tygodni zaczęły się zjawiać pierwsze uporczywe bole głowy z nudnościami.

W ciągu kilkunastu dni rozwinął się typowy obraz ciężkiego cierpienia

mózgowego z poważnemi objawami ogólnu-uciskowemi i ogniskowemi i uczucie bolesnego ściskania czaszki, odbijanie i wymioty, niemiarowość tętna, drżenie języka, nosowa, zatarta i eksplozywna mowa, niedowład lewostronny stopopłás, znaczne zwężenie pola widzenia na wszelkie barwy, obustronna brodawka zastoinowa i upośledzenie siły widzenia [ $V_r = \frac{1}{3}$   $V_l = \frac{1}{2}$ ]. Ciężki stan trwał z górą 4 miesiące.

Od kwartału chory czuje się zupełnie dobrze. Nie znajdujemy obecnie <sup>1)</sup> u znakomicie wyglądającego chorego przy najdokładniejszym badaniu nic z uporeczywych bólów głowy i z nadzwyczaj wybitnego bezładu. Jedyne brodawka zastoinowa, bardziej wyraźna na prawem oku, świadczy o przebyciu lub chwilowem dłuższem zwolnieniu bardzo poważnej choroby.

Sz. P.! Nie chcę dłużej zatrzymywać się nad tem, jak się w toku przebiegu choroby ukształtowało stopniowo obecne rozpoznanie. Przy terapii wy-  
czekującej rzuciliśmy po kilku tygodniach większą część nasuwających się dyagnoz, upoważniających tu i owdzie do interwencji chirurgicznej: złamanie kości czaszkowych z uciskiem mózgu, *haematoma pachymeningeale*, t. zw. udar późny (*Spätapoplexie* -- BOHLINGERA), ropień mózgu, zapalenie ograniczone surowicze opon mózgowych.

O ile w powyższych i następujących przypadkach z wielką stanowczością możemy mówić po kilkoletniej obserwacji o wyleczeniu, o tyle w tym jedynym przypadku sprawa nie jest jeszcze do osądzenia zupełnie dojrzała. Wprawdzie trudno zgodzić się z remisją *sensu strictiori* tam, gdzie ciężkie bole głowy z wymiotami, nadzwyczajnie silna ataksya, liczne objawy opuszkowe obok wielu innych ogólnych i miejscowych znikły od kilku miesięcy bez śladu, a chory pracuje z niemniejszą energią, jak przed chorobą, w swoim ciężkim zawodzie rzemieślniczym. Nie wykluczyłbym atoli z absolutną pewnością trudno na ogół rozpoznawalne: nabyte przewlekłe wodogłowie rozlane oraz t. zw. nowotwór wrzekomy (*pseudotumor*—NONNE).

Dwie okoliczności zmuszają nas do rezerwy w stawianiu rozpoznania, a zwłaszcza rokowania: papprzedzający uraz i pozostała, wprawdzie zmniejszona brodawka zastoinowa. Mnie osobiście najbardziej trafia do przekonania przypuszczenie: swoiście przebiegającej, późno po urazie powstałej, zdradzającej tendencję do zupełnego wyleczenia *meningoencephalitis* lub *meningitis serosa*.

Nie zbyteczną będzie w tem miejscu uwaga, że w wyjątkowych przypadkach zupełne i długotrwałe remisye zdarzają się i przy nowotworach. Jeden przypadek taki znam, w którym objawy mięsaka mózdkowego, pozor-

<sup>1)</sup> Demonstrowany 24. VII. 1909 r.

nie wyleczonego, po roku nagle wróciły i w krótkim czasie doprowadziły do zejścia śmiertelnego.

Przypadek 5-y. Dziewczyna lat 20, mocno anemiczna, od matki tuberkulicznej pochodząca, dostała nagle 13. IV. 1908 r., bez zwiastunów, przy podwyższonej ciepłocie i ciężkim stanie ogólnym, typowych napadów drgawkowych z zupełną utratą przytomności. Drugiego i trzeciego dnia choroby ciężki *status hemiepilepticus* u chorej kompletnie nieprzytomnej. Po trzech dniach napady ustały, przytomność atoli nie wróciła. Ciepłota trzymała się na 39,5°, oddech był przyśpieszony, chwilami według typu CHEYNE-STOKES'a, źrenice znacznie rozszerzone, na światło leniwie oddziaływające, odruchy ścięgnowe patologicznie wzmożone. Piątego dnia choroby świadomość stopniowo zaczęła wracać i stwierdzić się dały bole głowy, wymioty i zatrzymanie moczu obok niemoty węchowej i prawostronnego porażenia. Zatrzymanie moczu znikło po tygodniu, mowa wracała powoli w końcu 2-go tygodnia, pozostając przez pewien czas mało zrozumiałą. Analiza moczu i badanie wzornikowe oczu nie wykryły nic godnego uwagi.

Przekłucie łądźwiowe w piątym dniu choroby nie wykazało ani ciśnienia wzmożonego ani drobnoustrojów, ilość białka równała się  $\frac{1}{2}\%$  w płynie, prawie przezroczystym, zawierającym gdzieś mniejsze limfocyty i wielokomórkowe neutrofilowe komórki. Stan choroby poprawiał się z każdym dniem o tyle, że obecnie, przy demonstracji <sup>1)</sup>, chora chodzi z ledwie widoczną parezą prawej dolnej kończyny, stopopłasem i objawem paluchowym tejże strony; w prawej górnej kończynie spastyczne porażenie jest dość silne w częściach obwodowych bez zaburzeń apraktycznych, w twarzy stwierdza się niedowład w obrębie wszystkich gałązek n. twarzowego. Zaników mięśniowych niema. Mowa powolna, skandowana, chwilami eksplozywna. Z afazji ruchowej nie zostało nic. Sfera czuciowa, źrenice, nerwy czaszkowe, inteligencya, narządy wewnętrzne prawidłowe.

Mamy więc do czynienia z anemiczną, pozatem zdrową 20-letnią dziewczyną, pochodzącą z rodziny gruźliczej, która nagle przy ciężkich objawach ogólnych i ciężko podnoszącej się ciepłocie straciła przytomność i dostała bardzo intensywnych napadów drgawkowych, kilka dni bez przerwy trwających. Po powrocie świadomości 4-go i 5-go dnia choroby stwierdzono zatrzymanie moczu, hemiplegię prawostronną z niemotą ruchową, które stopniowo się zmniejszały, tak, że w 9-m tygodniu pozostała tylko *monoparesis facio-brachialis* ze swoistem, nie afatycznym zaburzeniem mowy, przy którym uderzały cechy powolności i skandowania obok eksplozywności.

O ile w pierwszych dniach choroby przy brakujących wywiadach u nieprzy-

<sup>1)</sup> Demonstrowane 20. VI. 1908 r.



tomnej chorej myślano o uremii, o chlorotycznych zakrzepach zatok mózgowych i o *status epilepticus*, o tyle już 5-go dnia po powrocie świadomości zaczęto seryo przemyślać o cierpieniu mózgowem natury zakaźnej. Wobec brakujących ognisk ropnych u chorej wykluczono ropień mózgowy, wobec zaś braku sztywności karku i danych punkcyi łądzwiowej zarzucono rozpoznanie zapalenia opon surowiczego lub gruźliczego, skądinąd ze względu na dziedziczność dopuszczalnego.

Sz. P.! Obraz kliniczny, przebieg i zejście nasuwają myśl o istnieniu łagodnej *encephalitis non purulenta*, która zazwyczaj zjawia się u młodych, zwłaszcza anemicznych i sklerotycznych osobników. Nie zupełnie wykluczyć się dała podczas okresu gorączkowego t. zw. *meningite en plaques* francuskich autorów, t. j. *meningoencephalitis acuta tuberculosa circumscripta*, która zwykle zdarza się w wieku dziecięcym i przebiega, zablizniając się, tu i owdzie pomyślnie.

Że w naszym przypadku nie mamy do czynienia z tymi ciężkimi objawami, jakie często pozostają po ostrej *encephalitis* wieku dziecięcego, jak oto z rozległymi przykurczeniami, zmianami odżywczemi i zanikami mięśni i kości oraz atetozą dotkniętej ręki, tłómaczy nam wiek chorej. Nagły, prawie momentalny, padaczkowy początek choroby dowodzi, że obok ostrej i ostrawej postaci zapalenia mózgu, które niejednokrotnie demonstrowałem w naszym Towarzystwie, istnieje postać dość rzadka *encephalitis acutissimae* z dobrem rokowaniem.

Nie mam zamiaru dłużej zatrzymywać się przy lokalizowaniu sprawy za palnej: uważam za prawdopodobne ognisko podkorowe, które zajęło obok drogi piramidowej dla kończyn pęczki, unerwiającej muskulaturę mimiczną i artykulacyjno-fonacyjną.

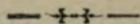
*Punctum saliens* i tej obserwacji widzę głównie w tem, że mimo nader ciężkiego w pierwszym tygodniu przebiegu choroby, zejście okazało się względnie pomyślnem dla młodej chorej.

Jestem u kresu swoich demonstracji. Pokazywałem Sz. Panom całą galerję ciężkich przypadków, bądźto mózgowego bądź też mózgowordzeniowego pochodzenia, które, rozwijając się ostro lub podostro, zakończyły się wszystkie bez wyjątku i wszystkie nadspodziewanie pomyślnie. Nie usiłowałem w toku rozprawy przeprowadzać ścisłej klasyfikacyi podług powszechnie przyjętego szematu na postać THOMSEN'a, WERNICKE'go, STRUEMPELL-LICHTENSTERN'a i mieszaną, gdyż klinicznie łączą się one nierzadko ze sobą i, jak widzieliśmy, komplikują przez przyłączające się objawy rdzeniowe tak dalece, że wcale nierzadko HEINE-MEDIN'owski poliomyelityczny zespół dominuje w obrazie klinicznym. Pamiętać w każdym razie należy, że rokowanie i w tych przypadkach bywa czasem zupełnie pomyślne, w których przeważają znacznie objawy mózgowo, encefalityczne lub polioencefalityczne.

Niema żadnych poważnych danych, aby kłaść pomyślne zejście na karb interwencyi leczniczej, gdyż terapia w większości naszych przypadków była

wyczekująca i obojętna z wyjątkiem jednego, w którym wykonano dyagnostyczne przekłócie lędźwiowe, i drugiego, w którym przeprowadzono leczenie przeciwsyfilityczne, w obu przypadkach atoli bez wyraźnego i bezpośredniego wpływu na dalszy przebieg choroby.

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.



### 126. Chaliel. Leczenie chirurgiczne raka odbytnicy: technika, wyniki, wskazania.

Ostatnie statystyki chirurgiczne, dotyczące raka odbytnicy, przedstawiają wyniki dosyć zachęcające. Dzięki wprowadzeniu nowych metod operacyjnych, liczba przypadków, nadających się do operacji, wzrosła do 70 — 80%. Z drugiej strony, śmiertelność pooperacyjna znacznie się obniżyła. Ani podeszły wiek chorych, ani wysokie usadowienie się guza, ani zajęcie gruczołu krokowego, macicy lub ściany pochwy nie mogą być przeciwwskazaniem do operacji radykalnej. Zły stan ogólny chorego, istnienie przerzutów, absolutna nieruchomość guza lub zajęcie pęcherza są, w obecnej dobie, jedynymi wskazaniami do operacji paliatywnych. Zachodzi pytanie, który z zabiegów radykalnych lub paliatywnych zasługuje na pierwszeństwo w każdym poszczególnym przypadku?

1. Operacje paliatywne. Pomiędzy licznymi zabiegami, stosowanymi przy rakach „*inoperabile*“, rozszerzanie powinno być zupełnie zarzucone. Linijne rozcięcie odbytnicy (*rectotomia linearis*) nadaje się dla raków części odbytowo-bańkowej (*ano-ampullaris*) z ropieniem i przetokami.

Skrobanie i przyżeganie zaleca się przy nisko umieszczonych guzach, które często krwawią i dają smrodliwą wydzielinę, a przez to wyniszczają i zatruwają organizm.

Wogóle jednak lepiej się uciekać do takich metod, jak odbyt nieprawidłowy (*anus praeternaturalis*) i enterorektostomia. Wartość ich, zresztą, jest nierówna.

Enterorektomia, pomyślana dla uniknięcia kalectwa, jakim jest odbyt sztuczny, polega na połączeniu pętli esicy lub jelita krętego (*ileum*) z bańką odbytową za pomocą szwu lub guzika Lardennois. Bądź co bądź, jest to zawsze operacja dłuższa i cięższa, niż odbyt nieprawidłowy. Robiona „*à chaud*“, t. j. w ostrej niedrożności, bardzo często kończy się śmiercią. W postaciach przewlekłych [śmiertelność 25%] ma tę stronę ujemną, że uniemożliwia obfite przemywania kiszek i często jest umiejscowieniem wtórnego zrakowacenia. Nadaje się, zresztą, tylko dla postaci raków małych i zwięzających, wysoko usadowionych, niezrośniętych z pęcherzem, czyli dla postaci, które podlegają i radykalnej operacji.

Obdyt nieprawidłowy przedstawia „operację wyboru“ (*opération de choix*). Należy go wykonywać prawie systematycznie przy wszystkich rakach odbytnicy, nie nadających się do operacji, a więc nie tylko przy postaciach zwięzających z zaparciem. Taki odbyt zabezpiecza drenowanie jelita,

bardzo często uspokaja bole, parcia na stolec, biegunkę; zmniejsza gnilne wydzieliny, krwotoki; działa zapobiegawczo przeciwko wchłanianiu mas septycznych i zatruciu kałowemu: sprowadza w ten sposób poprawę nie tylko stanu miejscowego, lecz i ogólnego. W większości przypadków najodpowiedniejszym jest o d b y t b i o d r o w y (*an. iliacus*) — dzięki swemu niskiemu umiejscowieniu pozwala choremu zużytkować największą część swego kanału pokarmowego. Z drugiej strony, umożliwia odkażanie dolnego odcinka za pomocą antyseptycznych przemywań. Gdzie zaś jego wykonanie staje się utrudnionem i niebezpiecznem wskutek nadzwyczajnego rozszerzenia jelita lub zupełnego przyrostu esicy biodrowej, należy wykonać *caecostomiam* w połączeniu [o ile jest miejsce] z *exocaecopexia* JABOULAY'a. Odbyt ledźwiowy jest dziś zupełnie zarzucony. Śmiertelność operacyjna wskutek odbytu nieprawidłowego jest dziś prawie żadna. Z drugiej strony, wyniki oddalone są na tyle zadawalające, że niektórzy chirurdzy oddają temu zabiegowi pierwszeństwo przed operacją radykalną. Ewentualne powikłania następcze [ropowica kałowa, zwężenie otworu, wypadnięcie śluzówki, wypadnięcie trzew] dadzą się uniknąć przy dobrej technice.

2. Operacje radykalne. A) Wskazania operacyjne i wybór zabiegu. Mając do czynienia z rakiem odbytnicy, nadającym się do operacji, można zachować zwieracz lub też go usunąć. Jest to kwestya zasady lub nawyknienia: we Francyi prawie zawsze wykonywują amputację odbytnicy, podczas gdy w Niemczech większość chirurgów opowiada się za rezekcją. W rzeczywistości, każda z tych metod ma swoje wskazania i należy je rozpatrywać osobno dla raków odbytnicy w ścisłem znaczeniu i dla guzów wysokiej części odbytnicy.

1. Raki odbytnicy w ścisłem znaczeniu tego słowa.

a) Wskazania do amputacji. W postaciach raka, zajmujących odbyt, okolice zwieracza, okolice odbytowo-bańkową lub cały kanał odbytniczy, nie można, oczywiście, wykonać innej operacji, jak tylko amputację odbytnicy wraz z jej zwieraczem. Oprócz jednak warunków lokalizacji, amputacja zasługuje na pierwszeństwo przed rezekcją wszędzie tam, gdzie zabieg operacyjny jest utrudniony przez otyłość chorego, zły stan ogólny lub zajęcie narządów sąsiednich.

Prostą amputację kolistą [według LISFRANC'a] przy guzach odbytu należy wykonywać według techniki *extirpatio coccy-perinealis*, podanej przez QUÉNU i BAUDET. Dla raków, sięgających wyżej lub zrosniętych z kośćcem, wskazana jest *amputatio sacralis*.

O ile tylko możliwe, zawsze należy ściągnąć ku dołowi do skóry odcinek górny, w celu utworzenia odbytu kroczonego lub ogonowego. Jeżeli to ściągnięcie jest niemożliwe, musimy pozostawić w głębi otwartą odbytnicę. Jednakże lepiej się zdecydować na ostateczny odbyt biodrowy po zamknięciu górnego odcinka odbytnicy lub wyprowadzeniu go przez odbyt biodrowy.

b) Wskazania do rezekcji muszą być więcej ograniczone, niż do amputacji, ponieważ jest to operacja o wiele cięższa; nadaje się do guzów ruchomych, nie zrosniętych i zajmujących mało obwodu. W jej zakres wchodzi raki bańkowe, środkowe i wysokie — w każdym razie dolna granica nowotworu musi być oddaloną od odbytu przynajmniej na 4 — 5 ctm. Z punktu widzenia techniki, *resectio transanalis* [VILLARD'a] może oddać znaczne nstugi przy guzach ściśle ograniczonych, niewielkich i bardzo ruchomych. Zaś u kobiet lepszą jest *resectio transvaginalis*, która daje znakomity dostęp przy usuwaniu raków bańkowych i nadbańkowych. U mężczyzny droga ogonowa, droga krzyżowa lub krzyżowo-ogonowa pod względem aseptyki jest daleko pewniejszą, niż *via transanalis*, ponieważ rękoczynny wewnątrz — otrzewnowe odbywają się przed otwarciem światła kiszki.

3. Raki wysokiej części odbytnicy. Jeżeli nie można określić dokładnie górnej granicy guza, to należy od razu przystąpić do laparotomii. Trzeba jednakże zaznaczyć, że ta wyłącznie droga nie wystarcza do całkowitego usunięcia nowotworów wysokiej części odbytnicy: *enterrectomia z enterorrhaphia circularis* jest tu możliwą tylko przy rakach esicy. A zatem pierwszeństwo należy oddawać operacyom o drogach kombinowanych. Przy guzach dużych i mniej więcej pozrastanych, najodpowiedniejszą będzie *amputatio abdomino-perinealis*. Jeżeli zaś guz jest niewielki i ruchomy, to można się zadowolnić rezekcją. Wogóle do nieodzownego zabiegu brzuszno należy dołączyć zabieg ze strony odbytu, pochwy, ogona lub krzyża, zależnie od rodzaju przypadku. Śmiertelność jest tu wyższą, niż przy operacyach niskich, bo 30—40%, zato jednak np. u kobiet mamy możność wykonywania jednoczesnego całkowitej kastracji.

B) Wyniki bezpośrednie i oddalone. 1) Śmiertelność operacyjna po wycianiu raka odbytnicy waha się między 20 — 25—30%.

Operacje dolne (*par la voie basse*) dają oczywiście lepsze wyniki bezpośrednio: śmiertelność dla operacji kroczych lub ogonowych 11—41%. Zaś przy metodzie kombinowanej śmiertelność wynosi 21—69%. Bezpośrednią przyczyną tak niepomyślnych wyników są bądź zropienia miejscowe [rozłana ropówka, zapalenie otrzewny, *pelveocellulitis*, *meningitis*], bądź zaburzenia ogólne (*broncho-pneumonia*, *phlebitis*, *pyaemia* i t. d.). Ponieważ we wszystkich przypadkach śmierć zależy od zakażenia pola operacyjnego, przeto poprawa wyników operacji jest ściśle związana z dokładnością postępowania przed- i pooperacyjnego.

To też w ciągu kilku dni, poprzedzających operację, trzeba podawać środki czyszczące dla dokładnego opróżnienia jelit, w przeddzień zaś oraz rano przed operacją — makowiec. Można też uprzednio wyskrobać lub przypalić masy nowotworowe odbytnicze. Najlepszym jednak środkiem, odkażającym odbytnicę, jest uprzednie wytworzenie odbytu nieprawidłowego. Zabieg ten nie tylko zmniejsza śmiertelność operacyjną, lecz uruchomia guzy ustalone i ułatwia przez to ich usunięcie. Należy go stosować we wszystkich przypadkach niedrożności ostrej lub przewlekłej, oraz tam, gdzie wysoko usadowiony guz wymaga trudnych rękoczynów. Po operacji, w braku kąpieli nasiadowych, zaleca się od 3-go dnia obfite przemywania wodą utlenioną. Jeżeli niema sztucznego odbytu, operowany winien brać makowiec przez 10—12 dni, a przeczyszczenie może mieć miejsce wtedy dopiero, gdy minęła obawa zakażenia przez te rany. Jeżeli była wykonana uprzednia kolostomia, to można ją zamknąć dopiero po zupełnem zablżnieniu rany operacyjnej, przedewszystkiem jednak musimy tu mieć na względzie, czy zwieracz został zachowany i czy możemy oczekiwać od niego sprawnego działania. W innych przypadkach lepiej jest zachować odbyt biodrowy.

2. Wyniki oddalone u różnych autorów są niejednakowe. Według najwświeższych oświadczeń, liczba trwałych [po 3-ach latach] wyzdrowień waha się pomiędzy 17,8 — 59,7%, średnio — 25%. W połowie przypadków nawrót występuje w tkance około-odbytniczej, przerzuty zdarzają się rzadko.

3. Wyniki czynnościowe są różne, zależnie od tego, czy wykonaną została amputacja, czy też rezekcja. W amputacyach kombinowanych lewy odbyt biodrowy jest kalectwem zupełnie znośnem. W następstwie amputacji odbytnicy dają się niekiedy zauważyć na poziomie nowego odbytu, kroczonego lub ogonowego, rozmaite powikłania w postaci zwężenia lub wypadnięcia. Przy nieznacznych zwężeniach wystarcza kilkorazowe rozszerzenie, przy znaczniejszych—zachodzi potrzeba wytworzenia odbytu brodawkowego.

Proste wyciszenie śluzówki ustępuje po przyżeganiu żegadłem PAQUELIN'a. Rezekcyę odbytnicy usposabiają specjalnie do zwężeń i przetok, zazwyczaj krzyżowych. O ile takie przetoki nie zamykają się samoistnie, należy próbować je zaszyć piętrowo lub zapomocą plastyki skórnej [dwa płaty].

(*Journ. de Chir.* 1910, Nr. 2).

W. Dobrowolski.

### 127. Graeme Anderson. Wyniki leczenia operacyjnego guzów krwawniczych.

W ogólnej liczbie 300-u przypadków tego cierpienia, operowanych w S. Mark's Hospital, zastosowano: 150 razy podwiązanie, 100 razy metodę WHITEHEAD'a i 50 razy przyżeganie. Zanotowano rozmaite przypadłości pooperacyjne. A więc bole rozmaitego natężenia, trwające 12—20 godzin, które ustępowały, by potem powrócić czwartego dnia, gdy chory oddawał stolce; jednakże bólów tych można uniknąć, wlewając do odbytnicy 100—150 cm. sz. oliwy wyjąłowej. Bole są silniejsze, gdy odcinek skóry został przypalony żegadłem, lub gdy kilka włókien zwieracza zostało uchwyconych w podwiązkę.

Sprawność zwieracza zazwyczaj wraca z chwilą ustania znieczulenia; byłoby jednak pożądane, aby chirurg zdawał sobie sprawę ze stanu zwieracza przed rozszerzeniem, ażeby nie wykonywać wspomnianego zabiegu zawsze w jednakowym stopniu. To znaczy: w przypadkach z wypadniętymi guzami i ze zwieraczem stale zaciśniętym rozszerzenie powinno być możliwie najłagodniejsze. Normalnie sprawność zwieracza wraca w końcu 6-go dnia po przyżeganiu, po 10-u dniach przy podwizywaniu, a przy metodzie WHITEHEAD'a—po 12 dniach.

Zwężenie kanału odbytniczego nigdy nie występuje po przyżeganiach. W 40% przypadków podwiązania 3-go lub 4-go tygodnia po operacji występuje lekkie zwężenie, łatwo dające się usunąć przez rozszerzenie palcem, a zaledwie w 5% zachodzi potrzeba rozszerzenia przyrządami w 6 tygodni po operacji. Przy metodzie WHITEHEAD'a u 56%, w 3-im lub 4-ym tygodniu obserwowano nieznaczne zwężenie, łatwo ustępujące po rozszerzeniu palcami; u 8% wytworzyło się znacznie większe zwężenie, wymagające rozszerzania przyrządami dwa razy tygodniowo w ciągu 2-u do 3-ch miesięcy. Wyzdrowienie czynnościowe zawsze było całkowite, lecz pozostawał prawdziwy pierścień włóknisty, obejmujący rzyć. Zresztą, żaden przypadek według metody WHITEHEAD'a nie zagoił się *per primam intentionem* i stopień zwężenia zawsze znajdował się w związku ze stopniem wciągnięcia śluzówki odbytniczej.

Krwawienia wtórne są zjawiskiem rzadkiem: dwa razy po Whitehead'zie i cztery razy po podwiązaniu. Toż samo dotyczy ropni, przetok i owrzodzeń. Dwa przypadki owrzodzenia przewlekłego, o gojeniu bardzo powolnem, zakończyły się zwężeniem włóknistym po podwiązaniu. Cztery przypadki ropienia, znaczne wciągnięcie śluzówki, ciężkie objawy ogólne, zaciśnięte zwężenie po metodzie WHITEHEAD'a.

Nawrótów nie widziano nigdy po 6-u—12-u—18-u miesiącach.

Czas pozostawania w szpitalu wynosił: 10 dni po przyżeganiu, 21—po podwiązaniu, 36—po Whitehead'zie.

Zagojenie rany odbywało się rozmaicie. Po przyżeganiu pozostaje lekka blizna prawie nieczuła, nigdy niema zwężenia. Podwiązanie powoduje często w 3-im—6-ym tygodniu mniej lub więcej wyraźne zwężenie. Wreszcie po operacji WHITEHEAD'a w ciągu pierwszych dni zjawiają się wy-

broczyny mniej lub więcej rozległe i nieznaczny obrzęk naokoło rzyci. Linia szwów pozostaje niezmienną aż do czwartego dnia; następnie szwy zaczynają odstawać, bądź przed, bądź po pierwszym stolcu. Wtedy słuzówka się wciąga. W ciągu drugiego tygodnia można zauważyć pierścień ziarniny pomiędzy skórą a słuzówką. W 3-im tygodniu powierzchnia ziarninująca staje się bardziej gładką i wąską i zaczyna się tendencya ku zwężeniu. W 4-ym i 5-ym tygodniu skóra i słuzówka zbliżają się ku sobie i łączą się pierścieniem włóknistym, który pozostaje niewielkim, jeżeli zostało wykonane wczesne rozszerzenie palcami. Wszystkie powyżej wypowiedziane obserwacje mają na celu wskazać na wybór tej lub innej operacyi, który jednak można rozstrzygnąć dopiero po rozszerzeniu.

Przyżeganie jest najodpowiedniejszem wtedy, gdy istnieją najwyżej trzy rzędy guzów i to tylko wewnętrzne. Będąc operacyą mniej bolesną i mniej krwawą, przyżeganie nadaje się u osobników nerwowych i małokrwistych; krótki okres zdrowienia jest dogodny dla chorych, nie mających wiele wolnego czasu, a brak następnych zwężeń zaleca tę metodę dla chorych, których później chirurg traci z oczu.

Podwiązywanie nadaje się tam, gdzie rzędy guzów są liczniejsze 3—4—5 wewnętrzne i zewnętrzne.

Wreszcie Whitehead jest odpowiednim tam, gdzie sznurki guzów zajmują całą okolicę rzyci, lub gdzie tych sznurków jest mało i istnieje stan, który pozwala przypuszczać powstanie rozpadlin lub przetok.

(The Brit. Med. Journ. 1909, 30. X.)

W. Dobrowolski.

**128. P. Abrami, K. Richet jun. i R. Monod. Objawy żółtaczkowej retencyjnej w przebiegu zakażenia paciorkowcowego, bez zapalenia dróg żółciowych.**

Praca niniejsza stanowi poważny przyczynek na korzyść teoryi, upatrującej w zakaźnych żółtaczkach „retencyjnych“ wyraz zakażenia, idącego ze krwi, nie zaś wstępującego przez drogi żółciowe. W zbadanym przez autorów przypadku zakażenia połogowego u 36-letniej osoby (*erythema scarlatini-forme*) na dwa dni przed śmiercią ukazała się mocna typowa żółtaczka z zupełnem odbarwieniem stolców, żółciowem zabarwieniem moczu i t. d. Z krwi za życia jeszcze otrzymano paciorkowce w czystej hodowli; żółtaczka musiała więc być wyrazem umiejscowienia się zarazków w narządach żółciotwórczych, i rzeczywiście te same paciorkowce w postaci czystej wyhodowano po śmierci z zawartości pęcherzyka żółciowego i z głębi wątroby.

Przy badaniu dróg żółciowych stwierdzono zupełną ich drożność i absolutny brak zmian zapalnych; w mikroskopowym obrazie wątroby zachowane doskonale kanaliki żółciowe posiadały wszędzie wolne światło i nabłonek o normalnym wyglądzie, bez śladów nacieczenia komórkowego wokolicy. Zupełnie tak samo zachowywały się drogi żółciowe w innym przypadku ciężkiej posocznicowej żółtaczki, opisanym dawniej przez WIDAŁA i ABRAMIEGO. Choć więc zapalenia dróg żółciowych nadzwyczaj często towarzyszą żółtaczkom zakaźnym [jak to sprawdzili doświadczalnie LEMIERRE i ABRAMI, jest to jednak zjawiskiem co najwyżej współzależnym, ale bynajmniej nie pierwotnym, jak twierdzono dawniej. Dowodzą tego samego *a contrario* przypadki bardzo wybitnego nieraz zapalenia dróg żółciowych większych i drobniejszych bez śladu żółtaczki, notowane szczególnie często w tyfusie brzuszny, jak również w posocznicy gronkowcowej, opisaney przez P. TEISSIER'a i jednego z autorów, a w postaci przewlekłej w bezżółtaczkowej marskości wątroby GILBERT'a i LEREBoullet'a.

Przyczyną więc żółtaczek zakaźnych mogą być tylko zmiany mięszone,

które obecnie moglibyśmy określić tylko hipotetycznie jako „*hepatitis icterigenes*“. Przypuszczenie to tłumaczy, dlaczego przy najłżejszych nawet żółtaczkach zakaźnych można stwierdzić czynnościową niedomogę komórek wątrobnych [CHAUFFARD], dlaczego w niektórych epidemiach żółtaczkowych mieszają się przypadki o stolcach normalnych i odbarwionych, przypadki łagodne i śmiertelne.

Pęcherzyk żółciowy w przypadku omawianym zawierał dość dużo [160 ctm. sz.] klarownego, zaledwie żółtawego płynu, zawierającego kwasy żółciowe [odczyn PETTENKOFFERA] ale najzupełniej wolnego od barwików żółciowych [widmo, odczyn GMELENA]. Żółć odbarwiła się tu oczywiście *in situ* pod wpływem zawartych w niej paciorkowców. Zjawisko to, tłumaczące wystarczająco odbarwiony wygląd stolców, nie jest bynajmniej rzadkością w żółtaczkach zakaźnych. CHAUFFARD widywał je często w końcowych okresach żółtaczki kataralnej, ABRAMI zaś i LEMIERRE opisali w dwu przypadkach posocznicy pneumokokowej z pneumokokami w żółci. Przytoczeni na końcu autorowie dowiedli na zwierzętach, że przy zstępującem zakażeniu dróg żółciowych odbarwianie się żółci pęcherzykowej jest zjawiskiem prawie stałem około 3-go lub 4-go dnia choroby, gdy mnożenie się drobnoustrojów w żółci dochodzi najwyższego stopnia. Jesteśmy zupełnie uprawnieni do przypuszczenia, że taka „acholia barwikowa pęcherzykowa (*acholie pigmentaire vésiculaire*)“, jak ją nazywają autorowie, i u chorych bezżółtaczkowych, gdzie również zdarza się często [np. w tyfusie brzuszny], jest wyrazem wtórnych zakaźnych zmian żółci, nie zaś wydzielniczej niedomogi mięszu wątrobnego, jak zwykle sądzono dotąd.

(*Bull. et mém. de la Soc. méd. des Hôp. de Paris, 1910, Nr. 6.*) J. Rzepko.

### 129. Ménétrier i Brodin [Paryż]. Przypadek kolki wątrobnnej, powikłanej posocznica, wywołaną przez laseczkę okrężnicy.

Gorączkę, występującą podczas napadu kolki wątrobnnej, tłumaczono dawniej, w myśl teorii CHARCOT'a, przechodzeniem do krwi pewnych substancji trujących, powstających w żółci. Obecnie uważamy ją za wyraz zakażenia ogólnego, wychodzącego z dróg żółciowych, skąd nazwa, nadana tej postaci gorączki przez CHAUFFARD'a: *fièvre bilio — séptique*. Jakkolwiek hipoteza ta została prawie powszechnie przyjętą, na potwierdzenie jej jednak istnieją dotychczas bardzo tylko nieliczne przypadki, w których za życia stwierdzoną została obecność mikrobów we krwi podczas napadu kolki. Do tej właśnie kategorii należy przypadek, spostrzegany przez autorów. Dotyczy on kobiety, lat 32, cierpiącej od 7-u lat na okresowo powtarzające się napady kolki wątrobnnej.

Ostatniemu napadowi towarzyszyła gorączka do 40,9°, dreszcze wstrząsające oraz silne podniecenie, po którym nastąpiła śpiączka. Tętno 180. Posiew krwi, wziętej z żyły u szczytu napadu, wykazał obecność laseczek okrężnicy w czystej hodowli. Przypadek ten tembardziej zasługuje na uwzględnienie, iż dotychczas znane są w piśmiennictwie bardzo nieliczne przypadki posocznicy, wywołanej przez laseczkę okrężnicy.

(*Bull. et Mém. de la Soc. méd. des Hôpitaux. 1910, Nr. 21.*) St. Sasaki.

### 130. C. Jarvis. Leczenie zakażeń gonokokowych szczepieniem według metody opsoninowej WRIGHT'a.

Metoda opsoninowa WRIGHT'a polega, jak wiadomo, na tem, że pod wpływem zaszczepionych zabitych przy 60° bakterii znajdujące się w surowicy

krwi pewne substancje [opsoniny] nabierają swoistych własności w stosunku do tych bakterii i pobudzają zjawisko fagocytozy. Im większa jest ilość pochłoniętych bakterii w białym ciałku krwi, tem większa jest zdolność opsoninowa danej surowicy; stosunek zaś tej siły surowicy badanej do siły surowicy normalnej WRIGHT określa jako wskaźnik opsoninowy (*index ops.*). Oznaczając, po zastrzyknięciu, szereg razy wskaźnik opsoninowy i łącząc na tabelce otrzymane liczby dostajemy krzywą opsoninową, której WRIGHT i jego uczniowie nadają wielkie znaczenie, jest bowiem miarą działania uodporniającej szczepionki i pozwala stosować szczepienie w odpowiedniej chwili. Zależność krzywej opsoninowej i objawów klinicznych od szczepienia przedstawia się w ten sposób, że spadek krzywej [faza negatywna] objaśnia zetknięcie opsonin z zastrzykniętymi mikroorganizmami, które część ich zabierają; chory wtedy czuje się gorzej, skarży się na ból głowy, niekiedy gorączkuje i zdradza objawy obojętne danej sprawy zakaźnej; po pewnym czasie—kilka godzin do 10-u dni—krzywa podnosi się [faza pozytywna], co wskazuje na nowe obfitsze tworzenie się opsonin i stąd znaczne osłabienie objawów choroby; po krótkiej 3-iej fazie wahanja, krzywa znowu spada. Po drugim zaszczepieniu powtarza się podobny cykl objawów. Jeżeli ono było zastosowane w fazie negatywnej, wskaźnik spada jeszcze niżej, następuje połączenie dwu faz negatywnych i możliwość ciężkich objawów; w fazie zaś pozytywnej wskaźnik znacznie się podnosi i uodpornienie, nie zyskując na sile, zyskuje na długości trwania.

Zakażenia gonokokowe, zdaniem BRUCK'a, najmniej nadawałyby się do leczenia metodą WRIGHT'a: dwoinki NEISSER'a i komórki są ściśle ze sobą związane w pewnym stanie współżycia; metoda więc leczenia, której celem jest właśnie wzmożenie fagocytarnych własności białych ciałek krwi, praktycznie może okazać się nieracjonalną. Jednak fakta przemawiają za jej celowością. Zwyczajny tryper cewki, jak wiadomo, nie pozostaje bez pewnego wpływu na ustrój; nie mówiąc już o przypadkach septycznego zakażenia, w których znaleziono we krwi dwoinki, w ostrym okresie trypra istnieje we krwi wyraźna leukocytoza [wielojądr., eozynofil.], dowodząca ogólnej reakcyi ze strony organizmu.

W ostrym tryprze cewki EYRE i STEWART radzą niezwłocznie stosować szczepionkę, ponieważ trudno z góry przewidzieć, czy sprawa, po wyczerpaniu sił obronnych ustroju, nie przejdzie w przewlekłą. Po zaszczepieniu średniej dawki [5 milionów gonok.] spostrzega się pewne pogorszenie choroby; później następuje wyraźna poprawa [często wypływ zupełnie znika]; po 3-ch—4-ch dniach znowu pogorszenie, tym razem słabsze, niż pierwsze. Dalsze szczepienia wytwarzają podobny szereg objawów—pogorszeń i polepszeń; ostatecznie choroba kończy się w przypadkach pomyślnych w końcu 4—5 tygodni. Szybsze wyzdrowienia, po kilkunastu lub kilku dniach, spotykano rzadziej [ARONSTAM, DIEULAFOY, EYRE, STEWART, MANTÉ], częściej brak powodzenia [BRUCK, MANTÉ]; to ostatnie jedni tłumaczą niedoskonałością techniki, inni wykroczeniami przeciwko higienie.

Przy tryprze przewlekłym cewki, metoda WRIGHT'a rzadko daje dobre rezultaty; jedynie w przypadkach, gdzie w wydzielinie znajdowano tylko dwoinki, zauważono poprawę. Natomiast szczepionka posiada tu pewną wartość rozpoznawczą, gdyż jedno zastrzyknięcie wystarcza, aby utajone dwoinki znowu zjawiły się w wydzielinie.

Z większem powodzeniem stosowano szczepionkę przy *vulvo-vaginalis gonorrh.*; statystyka HAMILTON'a i COOKE'a wykazuje wyższość tej metody nad zwykłymi sposobami leczenia.

Najlepsze atoli wyniki otrzymano przy powikłaniach tryprzych (*epidi-*



*dymitis, prostatitis, iritis, arthritis etc.*). W przypadkach zaburzeń stawowych daje się zauważyć powtarzanie jednych i tych samych objawów po każdym zastrzyknięciu: po 12—36-u godzinach bole stawowe i wysięk wzmagają się, wkrótce jednak ustępują; ból czasami znika na kilka dni. Ta własność kojąca szczepionki, zdaniem MAININI'ego, może mieć znaczenie dyagnostyczne i polegając na tym objawie, więcej, niż na krzywej, która w tych przypadkach bardzo często bywa nieprawidłową, można nawet w fazach negatywnych stosować duże dawki szczepionki. Co się tyczy ogólnego zakażenia gonokokowego [nb. choroby rzadkiej], z 6-u przypadków leczonych metodą WRIGHT'a w trzech zanotowano zupełne wyleczenie w krótkim czasie, w jednym poprawę, dwa pozostałe zakończyły się śmiercią.

Z dotychczasowych spostrzeżeń autor dochodzi do wniosku, że 1) głównie nadają się do opsoninowej metody powikłania gonokokowe, 2) małe dawki [od 1 do 10-u milionów gonokoków] stosowane z 5-0—7-0 dniami przerwami działają pewniej, niż duże w większych odstępach czasu; po kilkumiesięciu do 48-u godzinach wytwarzają one fazę negatywną, która klinicznie przedstawia się w postaci chwilowego natężenia objawów; występująca później poprawa trwa 3—5-u dni i pod koniec tego okresu należy zastrzyknąć drugą silniejszą od poprzedniej dawkę szczepionki, 3) metoda opsoninowa bynajmniej nie wyklucza leczenia zwykłymi sposobami miejscowych objawów zakażenia.

(*La Presse méd.* 1910, Nr. 19).

*Al. Racinowski.*

## Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

### Posiedzenie 19-go kwietnia 1910 r.

1) Sekretarz Stały odczytał wspomnienie pośmiertne o s. p. A. ELZENBERGU. Życiorys jego pomieściła *Gaz. Lek.* Nr. 20.

2) S. WRETOWSKI przedstawił ze zbiorów SERKOWSKIEGO szereg preparatów świdorców barwionych metodą GIEMSA'y a mianowicie: 1) *Trypanosoma Brucci* [„Nagana“] z Ugandy w Afryce. 2) *Trypanosoma equinum* („*Mal de Caderas*“) z Paragwaju w Ameryce i 3) *Trypanosoma equiperdum* („*Dourine*“) z Samary. Wiciowce te przeważnie u zwierząt domowych, szczególnie u koni, wywołują szereg poważnych objawów chorobnych, którym towarzyszy wysokie podniesienie się ciepłoty, potęgująca się stopniowo śpiączka, wreszcie śmierć. Analogiczną chorobę u ludzi sprowadzają świdorce, mało różniące się od zwierzęcych pod względem morfologicznym. Większość świdorców hoduje się dość łatwo na różnych pożywkach. Przenosicielami zarazy są pewne odmiany much południowych.

3) Cz. JANKOWSKI demonstrował chorego, z powodu raka dwukrotnie [w r. 1908 i obecnie] przezeń operowanego; usunięto krtań, gruczoł tarczowy [z pozostawieniem nieznacznego odcinka cieśni], gardło, część przetyku oraz pakiet zwyrodniałych gruczołów chłonnych śródpiersia tylnego; tchawicę i przelyk wszyto w ranę skóry; prócz kilkakrotnych napadów tężyczkowych, które wystąpiły na 10-y dzień po operacji i przeszły same przez się w 7 tygodni, żadnych powikłań nie zauważono, rozległa rana zagoiła się, a chory przed

tygodniem powrócił do pracy. Przypadek ze względu na rozległość usuniętych części zasługuje na szczególne uwzględnienie.

4) GRUNDZACH odczytał rzecz p. t. „O przepuklinie nadbrzuszej ze stanowiska internisty“. Sprawozdanie z odczytu zamieszczono w protokole z posiedzenia gastrologicznego w Gaz. Lek.

W dyskusyi kol. POLIKIER zgadza się z autorem, że na przepuklinę nadbrzuszną stosunkowo mało zwracano uwagi i zaznacza, że według nowszych badań u dzieci *hernia ventralis mediana* należy do najczęstszych—60% na 2600 przepuklin zbadanych przez CORNER'a. Według tego ostatniego są one najczęściej nabyte i powstają dzięki wzmóženemu ciśnieniu w jamie brzusznej [gazy w kiszkiach wskutek nieodpowiedniego odżywiania], jakkolwiek inni badacze uważają to cierpienie za wrodzone w znacznej większości przypadków.

Prezes GĄBSZEWICZ zaznacza, że już w r. 1888 opisał pomyślnie operowany przypadek przepukliny nadbrzuszej; pomiędzy innymi przypadkami, operowanymi przez mówcę, podkreślić należy: 40-letniego włościanina, u którego rozpoznawano raka żołądka wskutek znacznego upadku odżywiania, 56-letniego mężczyznę, który po kilka razy dziennie miewał ataki duszniczy bolesnej, a pozbył się ich na przeciąg pół roku po operacji. GĄBSZEWICZ sądzi, że przepukliny omawiane zawsze należy operować, jeżeli wywołują przykre objawy, a te ostatnie zdarzają się nie tylko wtedy, gdy przepuklina zawiera sieć, ale i wtedy, gdy zawiera tłuszcz przedotrzewny.

5) Sekretarz Stały A. SOKOŁOWSKI odczytał rzecz p. t. „Wyspy Kanaryjskie pod względem klimatoterapeutycznym“. Prelegent w wstępie omawia położenie geograficzne wysp, poczem wspomina o ich pomyślnych bardzo warunkach klimatycznych, zwłaszcza zaś doliny Oratawskiej na wyspie Teneryfie, znajdującej się w odległości 70 kilom. od portu głównego St. Cruz. Otóż podczas miesięcy zimowych ciepłota średnio wynosi nie niżej 13° C. z bardzo nieznaczniemi wahaniami dziennymi i nocnymi przy nieznacznej stosunkowo ilości opadów atmosferycznych; natomiast podczas lata nieznanne są tu upały nadmierne.

Wspomniane warunki atmosferyczne sprzyjają nad wyraz bujnemu rozkwitowi roślinności, prawdziwie podzwrotnikowej, a wśród osobliwości flory tużejszej autor wymienia i bliżej opisuje drzewo smocze (*Dracena draco*), euforbie, semperwiwy i t. d. Z powodu istnienia kilku z komfortem urządzonych hoteli [zwłaszcza w Oratawie] pobyt przy cenach niezbyt wygórowanych jest wygodny. Do cech ujemnych pobytu SOKOŁOWSKI zalicza odległość znaczną [8—10 dni drogi], kosztowny przejazd i odosobnienie zdala od kraju.

Teneryfa ze względu na klimat swój może być wskazana na miejsce pobytu osobnikom: 1) usposobionym do częstych katarów dróg oddechowych, 2) dotkniętym postacią włóknistą suchot płucnych w połączeniu z rozedmą, 3) wreszcie znoszącym podróż morską neurastenikom bez skłonności do depresji układu nerwowego. Osoby ze świeżą postacią gruźlicy płucnej, ze względu na nieciążliwość podróży i brak odpowiednich zakładów leczniczych, nie nadają się do wysyłki. Liczne obrazy ilustrowały odczyt.

#### Posiedzenie 26-go kwietnia 1910 r.

1) J. JAWORSKI przedstawił 36-letnią kobietę wieloródkę [przed 4-ma laty piątą poród ukończony przy pomocy cięcia cesarskiego] z przepukliną brzuszną macicy ciężarnej (*hernia abdominalis uteri gravidi in V mens.*), przy czem wskutek tego, iż rozstęp mięśni prostych brzucha jest bardzo znaczny i że istnieje częściowy ich zanik, jako też zanik tkanki podskórnej—worek przepuklinowy składa się tylko z powłoki skórnej; stan chorej podczas porodu stać się może niebezpiecznym i wskazane tu jest ponowne cięcie cesarskie.

2) W. JANOWSKI wypowiedział rzecz p. t. „Niemiarowość tętna“.

Na 30 krzywych, zdjętych z pulsu tętniczego i żylnego oraz z serca na podstawie kardyogramu, prelegent omówił wszystkie postaci tętna niemiarowego w zależności od 1) zaburzeń w wytwarzaniu pobudek (*chronotropismus*), 2) zaburzeń w kurczliwości (*inotropismus*), 3) zaburzeń w przewodnictwie (*dromotropismus*), 4) zaburzeń pobudliwości serca (*bathmotropismus*); następnie t. zw. tętno węzłowe, zależne od nienormalności w miejscu wytwarzania się pierwotnych podniet, wreszcie skojarzenia różnych rodzajów niemiarowości serca.

Wykład ten stanowi część początkową monografii [Współczesne metody badania serca], drukowanej się nakładem Tow. Nauk. Warsz.

### Posiedzenie 3-go maja 1910 r.

1) S. GĘBARKI przedstawił: a) 37-letniego chorego, któremu z powodu znacznego zwężenia przełyku [chory z ledwością przełykał płyny] po wypiciu 2-u łyżek stężonego ługu zastrzykiwał fibrolizynę i rozszerzał zwężenie zgłębnikiem. Po 20-u iniekcjach stan chorego znakomicie się poprawił [przybytek na wadze 32 funtów, jeść może mięso]; długotrwałe poprzednio stosowane zgłębnikowanie żadnej ulgi nie przynosiło choremu.

b) — Zserowaciale nadnercze, pochodzące od chorego, zmarłego przed kilku dniami i demonstrowanego [22-go lutego r. b.] w Tow. z powodu choroby *Addisona*. Prelegent podkreśla w danym przypadku 1) szybkie zejście śmiertelne mimo ogólnego bardzo niedawno jeszcze niezłego stanu zdrowia 2) ścisłe umiejscowienie sprawy gruźliczej przy braku dziedziczności 3) rozległość i symetryczność sprawy patologicznej 4) trudność znalezienia typowych laseczników [widziano je tylko na 2-u preparatach], a obecność ziarenek, barwiących się, jak laseczniki.

3) Prof. KRYŃSKI wygłosił odczyt p. t. „O granicach dla zabiegów operacyjnych w przypadkach nowotworów złośliwych“. Autor zastanawia się nad przypadkami, które chirurgia określa mianem *casus inoperabilis*, i sądzi, że i w tych razach chirurg ma nie tylko możność, ale i obowiązek interweniowania, aby przedłużyć życie chorego albo przynieść mu ulgę; częstokroć to, co jest właściwie recydywą, lekarze niesłusznie uważają za generalizację, unikając wskutek tego pomocy noża. Jako ilustrację do swego wykładu, mówca demonstruje: 1) fotografie chorej z nawrotem guza złośliwego szyi, klatki piersiowej i ramienia, operowanej z wynikiem względnie pomyślnym; 2) preparat krtani, wyciętej choremu z recydywą nowotworu złośliwego; 3) preparat olbrzymiego guza, usuniętego z jamy brzusznej; 4) chorego z wyciętą górną i dolną szczęką z powodu nowotworu złośliwego [nawrot] i zaopatrzonego w protezę, która w zupełności zasłania ogromne zniekształcenie twarzy. Mówca wywodzi swe ujęcie w następujące tezy: 1) wszystkim, co zrobiono i wymyślono dla terapii nowotworów złośliwych, z wyjątkiem noża, zawiodło; 2) należy rozszerzyć wskazania do operacji; 3) nie należy odmawiać racyi bytu operacyom paliatywnym; 4) przeciwskazania do zabiegu powinny wpływać ze stanu ogólnego chorego, nie z miejscowego.

W dyskusyi prezes GĄBSZEWICZ przytacza przypadek, gdzie z powodu bardzo rozległej sprawy nowotworowej nawrotowej i niezdecydowania się chorej na powtórna operację [groziła amputacja całej kończyny górnej] zastrzyknięto szprycę modnego w owym czasie *Extract. Chelidonii*; wytworzony wskutek tego wielki ropień został otwarty, rana szybko zagoiła się i chora z ogromną poprawą wypisała się; w innym przypadku obszernego owrzodzenia rakowego na skórze czaszki GĄBSZEWICZ osiągnął zabliznienie po zastosowaniu środka,

zalecanego przez CZERNY'ego i TRUNECKA. Takie, jak powyższe dwa przypadki, są wyjątkowe, a zabiegi analogiczne w całym szeregu innych były bezskuteczne, to też G. podziela zdanie KRYŃSKIEGO o konieczności chirurgicznej interwencji w najrozpaczliwszych czasach przypadkach. Sekretarz stały SOKOŁOWSKI podnosi doniosłość sprawy, poruszonej przez prelegenta, i stwierdza, że pod wpływem operacji, wykonanych przez KRYŃSKIEGO, rozszerzył znacznie osobiste swe wskazania do zabiegów chirurgicznych, a specjalnie w sprawach krtaniowych.

4) RÓBIN odczytał rzecz p. t. „O mało znanym syndromie żołądkowym i jego wartości rozpoznawczej“. RÓBIN obserwował 105 przypadków syndromu, po raz pierwszy opisanego przez REJCHMANA [ból w dołku, nudności, zwracania wodniste], i twierdzi, że zjawia się on u 1% chorych żołądkowych i w 95% towarzyszy w typowej swej postaci zanikowi lub znacznemu upośledzeniu czynności wydzielniczej żołądka, przyczem zwracania wspomniane bywają zawsze słone lub wodniste. Jednak w 5% prelegent spostrzegał przytoczony zbiór objawów u chorych z prawidłowym chemizmem, a w 6,5% w raku żołądka. Prócz tego RÓBIN wyodrębnia dwa rodzaje pseudosyndromu, a mianowicie: syndrom ze zwracaniem kwaśnym, któremu towarzyszy bądź prawidłowy chemizm bądź nadkwaśność, i syndrom wprost ze ślinotokiem, z wyraźną nadkwaśnością. Omawiany tu zespół objawów ma duże znaczenie pod względem praktycznym, zwłaszcza u osobników starszych i z poprzednim nadużywaniem wyskoku, gdyż podawanie kwasu solnego szybko ulgę przynosi.

W dyskusji POLIKIER zapytuje o stosunek syndromu tego do zapalenia wyrostka robaczkowego, co mówca spostrzegał u dzieci. GRUNDZACH podkreśla doniosłość spostrzeżenia, że syndrom REJCHMANA zjawiać się może i przy raku, tłumaczy etiologię [nadużycie wyskoku], fakt, że syndrom częstszym jest u rasy aryjskiej, niż semickiej, i zaznacza, że dość często występuje on u kobiet w okresie *climacterium*. SKOWROŃSKI zapytuje o stosunek płci do syndromu. RÓBIN odpowiada, że nie spostrzegał syndromu w przebiegu *appendicitis*, że nie we wszystkich przypadkach momentem etiologicznym bywa nadużycie wyskokowe, że podziału obserwacji syndromu według płci nie dokonano.

A. Lande.

## Wiadomości bieżące.

— Ziemstwo Podolskie rozsyła do lekarzy odezwy o zbieranie składek na pobudowanie w Winnicy szpitala imienia PIROGOWA. W listopadzie r. b. będzie setna rocznica urodzin tego „ojca chirurgii rosyjskiej“ i wielkiego działacza społecznego, który w r. 1881 zmarł w Winnicy.

— Minister komunikacji pozwolił na zwołanie w jesieni zjazdu lekarzy kolejowych. Zjazd ma, między innymi, wypowiedzieć swe zdanie o sprawie ułożenia instrukcji dla lekarzy kolejowych i o środkach, zapobiegających przenoszeniu chorób zakaźnych za pomocą dróg żelaznych.

— W ciągu tygodnia od 17 do 23-go lipca (n. s.) w całym Państwie Rosyjskim zachorowało na cholera osób 13374, zmarło 5979; wogóle od początku tego-rocznej epidemii zachorowało 37652, zmarło 16651.

Redaktorzy: Dr A. Puławski i Dr W. Starkiewicz. Wydawca, Dr W. Szumlański.

Druk. K. Kowalewskiego, Warszawa, Małowiecka 8.