

Kronika Lekarska

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

Z PRACOWNI PATOL. OGÓLNEJ UNIWERS. WARSZ.

I. O STOSUNKU TOKSYNY DO ANTYTOKSYNY.

PODAJE

JERZY BRUNNER.

(Ciąg dalszy).

Komórkowa teoria odporności uzyskała nowe poparcie w szeregu doświadczeń wykonanych przez Wehrmanna¹⁾. Autor ten dowiódł, iż surowica przeciw jadowi żmij posiada własności uodporniające, a w większej ilości nawet antytoksyczne względem surowicy krwi węgorza; w tym samym kierunku działa również surowica przeciwbłonicza; surowica krwi królika uodpornionego względem surowicy węgorza posiada własności uodporniające i lecznicze względem jadu żmij, surowicy tych płazów i surowicy węgorza.

Dane powyższe, osłabiając i tak już zachwianą wiarę w swoistość surowic, przemawiają na korzyść komórkowej teorii odporności, bronionej przez szkołę francuską.

Badania drobnowidzowe dokonane przez Kempnera

¹⁾ Annales de l'Inst. Pasteur 1897, Tome XI, Nr. 10.

i Pollacka¹⁾ nad doświadczalnym zatruciem jadem kielbaśnym zmuszają autorów do wyprowadzenia wniosku, iż swoista surowica nie działa bezpośrednio na jad kielbaśny, lecz dopiero za pośrednictwem żywego ustroju. Kempner i Pollack dowiedli, iż swoista antytoksyna może chronić komórki nerwowe przed zwyrodnieniem, wywoływanem przez jad kielbaśny; będąc wprowadzoną do ustroju po 24 godzinach po zatruciu, surowica może uratować zwierzę od śmierci, pomimo iż wówczas komórki już znacznym uległy zmianom; drobnowidz wykazuje, iż surowica stopniowo przywraca komórkom ich postać naturalną.

Marenghi²⁾ w szeregu doświadczeń dowiódł, iż ogrzewanie surowicy przeciwbloniczej do 55° i wyżej nie pozbawia jej własności uodporniających, natomiast doświadczenia Roux i Yersin'a powtórzone przez autora dowiodły, iż ogrzewanie toksyny do 60° niszczy jej działanie trujące. Wobec tego jasne jest, że jeżeli podczas działania surowicy na toksynę zachodzi proces chemiczny, to jest wytworzenie trzeciego, obojętnego dla zwierząt ciała, to po dodaniu nowej ilości toksyny do ogrzanej a poprzednio dokładnie zrównoważonej czyli obojętnej mieszaniny, powinna ona nabyć własności trujących; jeżeli zaś toksyna i surowica w mieszaninie zachowuje swe własności, wówczas pod wpływem ciepłoty stosunki muszą uleść zmianie: toksyna zostanie zniszczoną, antytoksyna zaś zachowa swoją siłę i przeto po dodaniu nowej odpowiedniej ilości toksyny do ogrzanej uprzednio mieszaniny, powinna ona pozostać obojętną, t.j. nieszkodliwą dla zwierząt.

Doświadczenia z ogrzewaniem mieszanin do 64—72° dowiodły, iż niezależnie od ilości toksyny w nich ulega ona niszczeniu i powstała wolna antytoksyna zachowuje swoją siłę, inaczej własność zobojętniania nowej ilości jadu. Marenghie-

1) Zeitschr. f. Hyg. u. Inf., Bd. XXVI, Heft 3, 1897.

2) Cent. f. Bakt., Paras. u. Inf. 1897, Bd. XXII, Nr. 18/19, S. 520—527.

mu wydaje się nieprawdopodobnem przypuszczenie, aby związek między obydwoma ciałami mógł się podczas ogrzewania rozkładać, wnioskuje przeto, iż ustrój zwierzęcy jest jedynym warunkiem działania jednego ciała na drugie.

Te same doświadczenie z większemi wszakże ostrożnościami wykonywał Dzierzgowski¹⁾; toksyna błonicza tego autora traciła swoją siłę po 3-godzinnem ogrzewaniu do 55° C, surowica zaś swoista w tych warunkach prawie zupełnie nie osłabła. Ogrzewając tedy mieszaniny autor przekonał się, iż pozostawały one i nadal obojętne; antytoksyna nie stawała się wolną i nowa ilość dodanej toksyny bynajmniej nie zostawała zobojętnioną. Na podstawie tych doświadczeń nasz uczony przyjmuje działanie antytoksyny na jad *in vitro* z wytworzeniem nowego ciała.

Bomstein²⁾ dla rozwiązania sprawy nas tu obchodzącej wychodzi z założenia, które bezwarunkowo z poglądów Behringa wypływać musi, a mianowicie, że skoro pewna ilość jadu i surowicy w mieszaninie zobojętniają się wzajemnie, to i odpowiednio większe ilości obu ciał powinny wytwarzać obojętny związek. Autor miesza 0,5 cm. toksyny błoniczej czyli dziesięciokrotną najmniejszą śmiertelną dla świnki dawkę z 0,001 surowicy, i mieszanina ta okazuje się zupełnie nieszkodliwą dla świnki wagi 250 — 300,0. Jeżeli wszakże wstrzyknąć 5-0, 4-0, 3-y a nawet dwukrotną ilość tej samej mieszaniny, to wszystkie świnki giną wśród objawów swoistych. Pragnąc przekonać się, czy przyczyna takiego wyniku nie polega na tem, iż odczyn w próbówce wymaga pewnego czasu, autor trzymał swoją mieszaninę przez 24 godzin w 22° i 37° C, pomimo to wszakże trujące własności nie uległy zmianie. Na zasadzie powyższych danych autor wnioskuje, iż bezpośredni odczyn między toksyną a antytoksyną poza ustrojem

1) Archiw biologicz. nauk 1898, T. VI, zesz. IV.

2) Cent. f. Bakt. 1897, Bd. XXII, Nr. 20/21, S. 587--592, 1898, Nr. 18, S. 785—191.

jest nieprawdopodobny, i że ustrój zwierzęcy jest tu koniecznym warunkiem. Bromstein przypuszcza, iż antytoksyna pobudza komórki do wytworzenia nowego ciała, które dopiero działać może na toksynę.

(d. e. n.).

II. Etyologia i leczenie grzybicy (mycosis)

górnego odcinka dróg oddechowych.

Napisał

Dr. JAN SĘDZIAK.

(Praca nagrodzona medalem złotym na konkursie Amerykańskiego Tow. Laryngologicznego i odczytana na zjeździe dorocznym tegoż Towarzystwa w Bostonie w d. 6-ym czerwca r. b.)

(*Ciąg dalszy*).

Cierpienie to nie jest tak rzadkie, jak to poprzednio przyjmowano—mianowicie ostatnimi czasy spotykamy się w literaturze coraz częściej z opisem tego cierpienia, tak że obecnie możemy naliczyć więcej niż pół setki opisanych tego rodzaju przypadków, z których większa część przypada na Anglię, następnie na Francję i Niemcy.

W ogóle w kwestyi powyższej pisali w Anglii: Stocker, Broatch, Brydon, Barnes, Balfour, Graham, Masters, Smith, Lediard, Lake, Potter, Abercrombie, wreszcie Semon; w Ameryce: Levisieur, Lohéac, Marañval, Godale, i Johnston; we Francyi: Villar, Surmont, Wollerand, Lannois, Robert, Lecocq i Weil; w Niemczech: Schech, Bernhardt, Brosin i Dinkler; w Austrii: Roth; w Polsce: Rydygier, Hewelke i Ciągliński, jakoteż Sędziak; w Belgii: Masoine i Parmentier; w Holandii: Sell; w Danii; Schmiegelow, wreszcie w Rosyi: Gundobin.

Na czem polega istota t. zw. czarnego języka, jaką jest etyologia tego cierpienia — dotąd nie jest stanowczo rozstrzygnięte.

Wiadomo tylko, że t. zw. czarny język zdarza się częściej u mężczyzn, aniżeli u kobiet (w stosunku 3:1) i przede wszystkim w wieku późniejszym (pomiędzy 40 a 70 rokiem życia), jakkolwiek może występować również u małych dzieci (np. w przypadku Gundobina u 1½ rocznego dziecka).

Niektórzy autorowie (Ciagliński i Hewelke, Sędziak, Roth, Robert, Vollmer, Maraval i Parmentier) czynią sprawę tą zależną od nadużyć w paleniu; inni (Gundobin, Lehéac) od zaburzeń w trawieniu, jakoteż kwaśności w jamie ustnej.

W dwóch moich przypadkach istniały oba wymienione; momenty tj. *abusus in tabaco*, oraz zaburzenia w trawieniu. Wreszcie w jednym przypadku, dotyczącym 30-letniego mężczyzny istniało ogólne silnie wyrażone owłosienie całego ciała, zwłaszcza piersi i pleców.

W przypadku Lédiard'a jednocześnie istniał rak języka; były również notowane przy tem cierpieniu: *tabes dorsalis* (Bernhard), *myelitis* (Sędziak), gruźlica (Masoin), *syphilis* (Lehéac), *stomatitis mercurialis* (Vollmer), ciąża (Lehéac), wreszcie *diverticulum oesophagi* (Sędziak). Dinkler spostrzegał występowanie czarnego języka po szkarlatynie.

Etyologia. Istotę czarnego języka większa część autorów (Rosenberg, Bresgen, Schech, Brosin, Surmont, Wollerand, Rydygier, Stoker, Levisieur, Masoin, Potter, Vollmer, Goodale, Wingrave, Augier wreszcie Johnston) widzi w przeroście nabłonka brodawek nitkowatych (*papillae filiformes*) z następczem zrogowaceniem (*hyperkeratosis*—Brosin, Schech).

Ciemne zabarwienie języka zdaje się zależeć od zwiększonego barwnika rogowego w normalnych rogowych komór-

kach, tak że im starszą i suchszą jest warstwa rogowa, tem ciemniejszym jest zabarwienie języka.

Jakkolwiek wielu z powyżej wymienionych autorów (Schech, Rydygier, Wingrave etc.) znajdowali przy badaniu drobnowidzowem różnego rodzaju drobnoustroje (leptothrix, cocci, bacilli), uważali oni je jednak za przypadkowe, nie mające nic wspólnego z istotą samej sprawy chorobowej.

Z drugiej znowu strony w jednym z moich przypadków, zakończonym śmiercią, badanie histologiczne wyciętego na sekcji języka czarnego (właściwie brunatnego) nie wykazało wyraźnych zmian przerostowych, jakoteż zrogowacenia brodawek nitkowatych.

Tak czy owak myśl o pasorzytniczem pochodzeniu t. zw. czarnego języka od dłuższego już czasu nawiedzała niektórych lekarzy.

Tak np. Dessaix i Sell uważali cierpienie to za grzybicę, zależną od t. zw. glossophyton.

Pasorzyt ten, występujący pod postacią owalnych, silnie łamiących światło małych kulek (według Brosin'a, który również miał sposobność spostrzegać ten przypadek — były to nierozwinięte pleśniowe grzybki), miał jakoby na dawać ciemne abarwienie brodawkom.

Raynaud również przypuszczał pochodzenie pasorzytnicze tego cierpienia: znajdował on delikatne spory, okrągłe, lub owalne, umiejscowione na brodawkach nitkowatych. Toż samo Weil.

Dinkler oprócz rogowato zwyrodnionych komórek znajdował w osadzie czarnego włochowatego języka ściśle do siebie przylegające nici (bacilli), które wypuszczały wyrostki ostro zakończone.

Roth również w 2 przypadkach znajdował bardzo liczne różnorodne drobnoustroje, które czyni odpowiedzialnymi w tworzeniu się tej sprawy chorobowej.

Lake znajdował okrągłe spory w przypadkach czarnego języka, które uważa za przyczynę tego cierpienia.

Butlin — autor najlepszej monografii o chorobach języka, uważa również język czarny pochodzenia prawdopodobnie pasorzytniczego.

Toż samo Lannoisi Gundobin, który w 3 przypadkach znalazł różnorodne pasorzyty, jakoto: leptothrix, spirochaete buccalis, oidium albicans, bacillus subtilis, staphylococcus albus etc.

Wreszcie Lecocq, jako też Léheac znajdowali w tem cierpieniu leptothrix i spory, zbliżone do trichophyton.

Wszystkie te badania jednakże bynajmniej nie rozstrzygnęły kwestyi etyologii czarnego języka: żaden bowiem z wyżej wymienionych autorów nie potwierdził swojego poglądu bardziej szczegółowemi badaniami bakteryologicznemi.

Jeden jedyny Dinkler robił hodowle bez dodatniego jednak wyniku.

Dopiero Ciągliński i Hewelke z Warszawy w r. 1892 w spostrzeganym przez siebie ostrym przypadku t. zw. czarnego języka, zdolali wyhodować grzybek pleśniowy: mucor niger — postać morfologicznie identyczną z mucor corymbifer, różniącą się jednakże od tego ostatniego brakiem patogenicznych własności.

Autorzy ci więc dla ostrych postaci t. zw. czarnego języka proponują bardziej naukowy termin: mycosis linguae mucorina nigra s. nigrities mucorina linguae.

Muszę tu jednakże zaraz zauważyć, że postaci przewlekłe tego cierpienia autorzy ci nie uważają za grzybicę, lecz za następstwo zrogowacenia przerosłych komórek nabłonkowych brodawek nitkowatych.

W dwa lata później (1894 r.) w 2 przezemnie spostrzeganych *przewlekłych* przypadkach t. zw. czarnego języka wyhodowałem również ten sam grzybek pleśniowy t.j. mucor niger, stwierdzając w ten sposób niewątpliwie pasorzytnicze pochodzenie tego cierpienia¹⁾.

1) Przypadki te, opisane w swoim czasie w Przeglądzie Chirurgicznym, podaję tu jeszcze raz dla całości obrazu.

1-szy przypadek dotyczył 66-cio letniego urzędnika, skarżącego się na utrudnione polykanie stałych pokarmów, trwające od 8 miesięcy. Stan ogólny jednak stale był dobry, chory wyraźniejszego wychudnięcia nie zauważył. Zawsze zdrowy; żadnych nadużyć z wyjątkiem namiętnego palenia nie podaje—usposobienie nerwowe.

Jako «curiosum» chory pokazuje swój język, na którym jak utrzymuje, od roku jakoby zauważył rosnące «włosy».

Stan ten, jednakże nie wywoływał żadnych objawów; chory opowiada, że od czasu do czasu specjalnie ad hoc przez siebie skonstruowanym aparatem (ostrą odpowiednio wygiętą blachą) włosy te z górnej powierzchni usuwał — po prostu golił.

Takowe jednak w krótkim stosunkowo czasie ponownie odrastały.

Przy badaniu chorego znalazłem co następuje: chory prawidłowo zbudowany, nieźle odżywiany, nie gorączkuje w narządach wewnętrznych zmian wybitniejszych nie przedstawia, toż samo w jamach nosowych, nosogardzielowej, jakoteż w krtani.

Znaczny przerost migdałka językowego, przylegającego do nagłośni i wypełniającego obie «valleculae».

Sondowanie przetyku, początkowo dokonane za pomocą zgłębnika galkowego, wykazywało przeszkodę w górnej $\frac{1}{3}$ tj. na miejscu rozgałęzienia tchawicy na oskrzela, następnie jednak wprowadzona dość gruba sonda elastyczna (angielska); przeszła najswobodniej aż do żołądka.

Co jednak najbardziej zwróciło moją uwagę przy badaniu jamy ustnej, to język, którego górna powierzchnia w bliskości nasady przedstawia ciemną, brunatną, miejscami zupełnie czarną plamę, o powierzchni nierównej, pokrytej jakby włosami, długości około 5 mm.

Zajmuje ona przestrzeń ku przodowi od «papillae circumvallatae», gdzie jest najszerszą, tworząc jakby nieregularny trójkąt, którego boczne ramiona i wierzchołek na parę ctm.

odległe są od brzegów i końca języka, przedstawiającego się na miejscach, niepokrytych «włosami» najzupełniej normalnie.

Najlepiej zresztą opis powyższy ilustruje dołączony, zdjęty możliwie dokładnie z natury rysunek ¹⁾.

Nie ulegało najmniejszej wątpliwości, że mieliśmy do czynienia z t. zw. czarnym językiem; owa zaś trudność przy połknięciu stanowiąca jedyną skargę chorego, nie była w żadnym związku z powyżej opisanym stanem języka, lecz polegała, być może, na skurczu przełyku, jakkolwiek nie można było również wykluczyć i możliwość t. zw. uchyłku (diverticulum) przełyku.

Z dalszego przebiegu zasługuje na zaznaczenie przede wszystkim fakt, że po kilku miesiącach chory zauważył znaczną poprawę sprawy chorobowej na języku, mianowicie ostatnimi czasy zdarzało się, czego przedtem nie bywało, że po ogoleniu, w zwykły sposób dokonaniem «włosów» na języku, takowe w ciągu tygodnia nie odrastały. Wogóle rozwój ich jest coraz słabszy. Dodać winienem, że *chory*, oprócz płukania kwasem bornym, *absolutnie żadnego leczenia w tym kierunku nie przeprowadzał.*

Zaraz pierwszego dnia ostrą łyżeczką zeszkrobałem możliwie jaknajwięcej włochatego nalotu z języka, co względnie łatwo dokonać się dało. Po zeszkrobianiu, powierzchnia języka przedstawiała się na oko gładka, zupełnie niezabarwiona.

Nalot, przy zachowaniu wszelkich ostrożności, przecho wałem do badań bakteryologicznych, które już w parę godzin (chory był u mnie w rannych godzinach) wykonałem w pra-

¹⁾ Niestety — z przyczyn odemnie niezależnych — nie mogę podać tu tego rysunku, jak i całego szeregu innych, przedstawiających różnorodne (barwione i niebarwione) gatunki grzybków, wywołujących opisywane grzybice w górnym odcinku dróg oddechowych. Rysunki te, bowiem, dołączone są do pracy oryginalnej, odczytanej w Bostonie na zjeździe tegorocznym, a następnie mającej się drukować w rocznikach Towarzystwa.

cowni Dr. Jakowskiego (nieobecnego naówczas) przy szpitalu Dzieciątka Jezus, przy uprzejmej pomocy kol. Świeżyńskiego, asystenta pracowni.

Już pod drobnowidzem w nalocie, zeszkobanym z języka i potraktowanym amoniakiem i gliceryną, znaleźliśmy dość grube nitki pleśniowe, oraz miejscami niewyraźne jakoby główki.

Dla bliższego zbadania pleśni, posialiśmy ją: 1) na kartoflu, w zwykły sposób przygotowanym i 2) na mieszaninie suszonego rozartego chleba z dodatkiem 10% żelatyny (według sposobu podanego przez Ciaglińskiego i Helwego).

Mieszaninę ową umieściliśmy w probówkach, jakoteż na płytkach, należycie przedtem wyjałowionych.

Jedną część tak przygotowanych hodowli umieściliśmy w termostacie przy ciepłocie 37° C., przyczem wynik zarówno na kartoflu, jakoteż i papce chlebowej, był ujemny: nic się nie rozwinęło.

Drugą część pozostawiliśmy w ciepłocie pokojowej (dość wysokiej naówczas, bo wynoszącej około 18—20° R.), przyczem hodowle doskonale się rozwinęły: już bowiem po 24 godzinach zarówno na kartoflach, jakoteż na papce chlebowej gołem okiem można było zauważyć białawy delikatny nalot, na którym przy blizkim rozpatrzeniu, zwłaszcza zaś po 48 godzinach można było odróżnić wyraźnie delikatne dość długie białe nitki.

W miarę coraz większego rozrastania się pleśni od środka ku obwodowi gleby na mieszaninie chlebowej z żelatyną—zarówno w probówkach, jakoteż i na płytkach, zauważyliśmy że końce zupełnie dotąd białych nitek, zaczęły się pokrywać ciemniejszymi zgrubieniami—główkami.

Tym sposobem cała powierzchnia papki po pewnym czasie pokryła się ciemną, a w końcu zupełnie czarną obfitą pleśnią.

Natomiast na kartoflu rozwój czarnej pleśni nie nastąpił.

Jeżeli rozwój powyższej czarnej pleśni w probówkach, lub na płytkach, rozpatrywać pod drobnowidzem przy słabych powiększeniach (Hartnack 4, ok. 3), jak to mianowicie radzą Ciągliński i Hewelke, to znaleźć możemy takie obrazy¹⁾: z grzybni, biorącej początek od zarodników pleśniowych, wyrastają w kierunku przeciwnym delikatnym korzonkom, zagłębiającym się w podłoże, mniej lub więcej długie, proste nitki t. zw. owoconośnie, zakończone okrągłymi różnej wielkości główkami, których zabarwienie początkowo szarawe, w miarę dojrzewania, stawało się coraz ciemniejszym, dochodząc w zupełnie dojrzałych główkach do zupełnie czarnego z odzieniem jakby ciemno-fioletowym.

Główki te, przy nieco silniejszych powiększeniach, okazały się złożonymi z zarodników, otoczonych błoną i siedzących na górnej części owoconośni na t. zw. słupku (columellae).

Tym sposobem najwidoczniej mieliśmy w naszym przypadku do czynienia z grzybkim identycznym z tym, jaki Ciągliński i Hewelke w swoim wyhodowali przypadku tj. z pleśniakiem czarnym (*mucor niger*).

Zatem przypuszczeniem przemawia wynik naszych badań bakteriologicznych—gdyż zarówno makroskopowo, jak i mikroskopowo wyhodowany przez nas grzybek najzupełniej odpowiadał opisom i rysunkom, jakie powyżsi autorowie w swojej podają pracy.

Są wprawdzie pewne różnice między naszymi i wyżej wymienionych autorów badaniami, jak np. brak rozwoju czarnej pleśni na kartoflu, brak w naszym przypadku form, opisanych przez Ciąglińskiego i Hewelkego dla faz późniejszych, mianowicie t. zw. parasolkowatych itd., różnice to jednakże są mało znaczne i zależą, być może, od chronicznego przebiegu sprawy chorobowej w naszym przypadku, od zbyt wysokiej ciepłoty pokojowej, jaka wówczas była, wreszcie może od innej jakiejś, nieznaney nam bliżej przyczyny.

¹⁾ Patrz odsyłacz na str. 621.

Jednocześnie z powyższym przypadkiem miałem możliwość zbadania drugiego, nie tak wprawdzie typowego przypadku, czarnego języka, (właściwie brązowego, gdyż takim się tym razem przedstawiał).

Przypadek ten spostrzegalem dzięki uprzejmości kol. Winiarskiego, który pierwszy zwrócił uwagę na szczególny stan jego języka.

Przypadek ten dotyczył 39 letniego technika, dotknięty od lat 8 chorobą mlecza (myelitis) z rozległymi odleżynami na częściach płciowych (penis et scrotum), z powodu których został przeniesiony z oddziału Dr. Chełchowskiego w szpitalu Dzieciątka Jezus do baraku chirurgicznego, w tymże szpitalu się znajdującemu.

Chory jakoby od 3 miesięcy, o ile można polegać na jego niezupełnie przytomnem opowiadaniu, zauważył na języku «włosy» żółtawego koloru, co mu jednak bynajmniej w niczem nie przeszkadzało.

W obecności i przy łaskawej pomocy kol. Świeżyńskiego przystąpiłem do zdjęcia z języka części nalotu, który przedstawiał się pod postacią żółto-brązowej plamy, umiejscowionej na górnej powierzchni języka w bliskości nasady o formie nieregularnej, mniej więcej zwięzającego się ku przodowi trójkąta, o powierzchni nierównej, pokrytej jakby krótkimi ciemno-żółtawymi włosami.

Z przebiegu w przypadku tym niewiele mam do zanotowania: chory wkrótce potem zmarł (podczas mojej nieobecności). Kol. Winiarski był tyle łaskawy, że język w całości na sekcji wyjęty, zachował w alkoholu do następnych badań histologicznych.

Co się tyczy badań bakteryologicznych, które również w przypadku tym wykonałem w pracowni Szp. Dz. Jezus przy uprzejmej pomocy kol. Świeżyńskiego, to takowe, rzecz dziwna, pomimo różnic w wyglądzie i zabarwieniu w porównaniu z powyższym przypadkiem, identyczne prawie z tym

ostatnim dało wyniki: i tu więc rozwój ciemnej pleśni nasąpił jedynie na mieszaninie chleba z dodatkiem 10% żelatyny.

I tu pod drobnowidzem przy badaniu żywej hodowli (w probówkach i na płytkach) znajdowaliśmy te same mniej więcej obrazy, co i w pierwszym przypadku, a więc: grzybnię (mycelium) i od niej odchodzące nitki (owoconośnie) z siedzącymi na nich główkami.

Różnica polegała jedynie na zakończeniu tych główek, jakkolwiek widzieliśmy i zupełnie czarne, zakończone, częściej jednakże, niż w pierwszym przypadku, spotykaliśmy żółtawe główki.

I w tym przypadku postaci parasolkowatych w okresach późniejszych nie zwidzieliśmy, a rozwój ciemnej pleśni nastąpił jedynie przy ciepłocie pokojowej.

I w tym więc przypadku nie ulegało, zdaje się, najmniejszej wątpliwości, że mieliśmy do czynienia ze sprawą grzybicową (mycosis), zależną również od pleśniaka czarnego (*mucor niger*).

Na zakończenie słów parę, co do badania histologicznego wyciętego na sekcji języka w tym przypadku.

Preparat w zwykły sposób (metoda parafinowa prof. Przewoskiego) przygotowany, oraz zabarwiony hematoksyliną i eozyną — nie wykazał znaczniejszej sprawy przerostowej nabłonka brodawek nitkowatych. O czemś w rodzaju «hyperkeratosis» Brosin'a—ani mowy tu być nie mogło.

Wynik powyższych badań potwierdzonym był przez prof. Dziekana Brodowskiego, oraz prof. Przewoskiego, którzy byli łaskawi przejrzeć moje preparaty.

Wreszcie w r. 1895 prof. Schmiegelow z Kopenhagi w 2 przypadkach t. zw. czarnego języka, również wyhodował czarne pasorzyty z gatunku *hyphomycetes* (*mucorinae*), jakkolwiek różniły się one nieco od opisanych pierwotnie przez Ciaglińskiego i Hewelkego, a następnie przezemnie. Autor ten przypuszcza, że wyniki ujemne badań bakteriologicznych w przypadkach t. zw. czarnego języka zależą prze-

dewszystkiem od nieodpowiednio wybranego podłoża (za najlepsze uważa mieszaninę białego chleba i żelatyny), jakoteż od nieodpowiedniej ciepłoty (najlepsza 21° C., gdyż przy 37° C. grzybek ten nie rozwija się).

Tym sposobem odnośnie do etyologii t. zw. czarnego języka istnieje pewna analogia ze sprawą powyżej opisaną, mianowicie mycosis leptothricia, którą również niektórzy autorowie (Siebenmann) uważają za hyperkeratosis, większa część natomiast autorów za grzybicę, warunkowaną t. zw. leptothrix buccalis.

Przebieg t. zw. czarnego języka jest zwykle ostry (Winkler, Hewelke i Ciągliński), w wielu razach jednakże przewlekły (Sędziak, Gundobin).

Objawy są różne: nieprzyjemny smak w ustach (Sell), uczucie ciała obcego, ślinotok, palenie, zmniejszenie ruchomości języka (Maraval), niekiedy brak wszelkich objawów, jak to mianowicie miało miejsce w paru moich przypadkach.

Rozpoznawanie t. zw. czarnego języka dzięki obrazowi klinicznemu (włochata-czarna, lub brązowa plama w tylnej części języka przed brodawkami wałowatemi) nie przedstawia zwykle żadnych trudności.

Przy różniczkowej diagnozie należy mieć przede wszystkim na uwadze chorobę Addison'a, przy której również było spostrzeganem na języku, mianowicie jego brzegach niebieskawo-czarne zabarwienie (Fowler).

W przypadkach tych jednakże bywa również zabarwienie innych części jamy ustnej, (miękkie podniebienie, policzki, oraz wargi).

Również po użyciu pewnych środków, jakoteż pokarmów i napoi występować może zabarwienie języka (czarne — od atramentu, wina czerwonego, czarnych jagód, preparatów żelaza; następnie brunatne zabarwienie występuje przy używaniu tytoniu, korzenia liquiritiae, świeżych orzechów i śliwek; wreszcie brunatno-czerwone — od czekolady; żółte — od szafranu, opium i rabarbaru, jakoteż kwasu chromnego).

Rokowanie w przypadkach t. zw. czarnego języka zwykle jest pomyślne, jeżeli naturalnie sprawa nie jest powikłana innymi cierpieniami natury poważnej, np. w jednym z moich przypadków, powikłanym cierpieniem rdzenia (myelitis), w którym nastąpiło zejście śmiertelne.

Leczenie t. zw. czarnego języka polega przedewszystkiem na wyskrobaniu włochatych tworów na języku, jakoteż następczych płukaniach alkalicznych wzgl. antyseptycznych (sól kuchenna, kwas borny, menthol), lub też pędzłowaniach np. 5% chlorkiem cynku, wodą utlenioną (hydrogenium peroxydatum—Augier), 10% sublimatem itp.

Niektórzy autorowie zalecają 5% kwas salicyłowy (w eterze), lub 10% rezorcynę z 5% collodium (Semon, Unna).

Powstrzymanie się od palenia ma również swoje znaczenie, jak to mianowicie dowodzi przypadek *Maraval'a*, w którym po rozpoczęciu palenia nastąpiła recydywa tego cierpienia.

W przypadkach, gdzie brak zupełnie objawów, wszelkie leczenie jest zbyteczne.

e) *Pleśniawki* (soor) pierwotnie od czasów Hippokratesa nie były odróżniane od aft (aphthae).

Dopiero we Francji w końcu 18-go wieku nazwa ta była przyjęta jako samodzielna sprawa chorobowa.

Jest to cierpienie przeważnie wieku dziecięcego: najczęściej spotykamy się z tem cierpieniem u dzieci, zwłaszcza w pierwszych dniach i tygodniach, zwykle jednakże w pierwszych 2 miesiącach, przeważnie u sztucznie karmionych dzieci.

W ogóle nieczyste utrzymanie jamy ustnej u dzieci, ząbkowanie, słaba ich budowa, jakoteż niedostateczne odżywianie, wszystko to sprzyja rozwojowi tej sprawy chorobowej.

W ogóle u dzieci powyżej 2 miesięcy pleśniawki występują coraz rzadziej, jakkolwiek mogą się zdarzać i u dorosłych (przypadki *Thorner'a*, *Gage'a*, *Oppenheim'a*, *Teissier'a*, *Tordeus'a*, *Scheff'a*, jakoteż *Reubold'a* — ten ostatni autor na 50 przypadków pleśniawek poniżej roku za-

ledwie 10 razy spostrzegął to cierpienie po 20 roku życia. Ja również spostrzegąłem kilka przyp. pleśniawek u dorosłych.

W przypadkach Mettenheimer'a — pleśniawki dotyczyły chorych (kobiet) 80 i 92 letnich.

(c. d. n).

III. ODCINEK.

ZAPISKI DO DZIEJÓW SZPITALNICTWA W DAWNEJ POLSCE.

ZEBRAŁ

Fr. GIEDROYĆ.

(*Ciąg dalszy*).

Dawne szpitale, osobliwie wiejskie, były szczupłe i dawały przytułek niewielkiej liczbie ubogich; wyjątek pod tym względem stanowiły szpitale stołeczne — warszawskie i krakowskie i niektóre w innych miastach. W Wieniawie np. szpital miejscowy miał w w. XVI tylko dwa miejsca, w Gródku natomiast 20. Szpital Panny Maryi w Warszawie dawał w r. 1727 przytułek 12 babkom i 5 mężczyznom. W szpitalu św Łazarza w Warszawie Komisya Policji znalazła w końcu XVIII w. „mężczyzn i niewiast zarażonych 89. Babek i dziadków funduszowych 27. Chorych i kaleków przez policyę umieszczonych 102“. Bonifratrzy w Warszawie, podług opisu Fryderyka Schulza z r. 1793, mieli 50—60 łózek dla chorych i prawie dla tyluż obłąkanych, chociaż w początkach swojego pobytu w Warszawie dawali przytułek tylko 8 chorym. Do szpitala św. Szymona i Judy na Kleparzu przyjmowano ubogich i kaleki w liczbie „wedle przychodu“.

Ubogich do szpitali kwalifikowali zwykle prowizorowie, pleban, szpitalem zarządzający, lub opiekunowie szpitala, bacząc na warunki, jakie posiadał kandydat, a więc starość, kalectwo, ubóst-

wo. Według konstytucyi z r. 1609 szpital w Wieluniu „bez brakowania person każdego przyjmuje“. W szpitalach pod zarządem zakonów bywał osobny brat „infirmarz“, którego obowiązkiem było wybierać kandydatów.

O urządzeniu wewnętrznem szpitali dostarczają licznych wiadomości rozdziały II i III. Zwykle domy szpitalne stawiano z drzewa lub gliny; budynki murowane spotykamy niemal wyłącznie po większych miastach. Rozkład bywał prawie wszędzie jednakowy, niemal typowy: jedna lub dwie duże izby ogrzewane, czasem z ołtarzem pośrodku; izby te służyły dla wspólnego pobytu ubogich w ciągu dnia; z izby prowadziły wejścia do oddzielnych komórek, z desek skleconych, już bez osobnych pieców; w komórkach ubodzy przechowywali swoje rzeczy i mieli łóżka; zwykle liczba komórek odpowiadała liczbie ubogich, mogących się w szpitalu pomieścić; rzadko gdzie bywały komórki na dwie lub więcej osób. Szpitale, przeznaczone dla płci obojej, dzielono zwykle na dwie części, a conajmniej urządzano w nich dwie izby ogrzewane.

Zasobniejsze szpitale posiadały nadto kapliczki, oddzielne izby dla chorych i łaźnie. Wizyta ks. Sierakowskiego z r. 1741 tak np. opisuje szpital w Starej Sienawie: „Hospitale. Ten zaraz przy kantoryi, z okrągłaków dębowych, słomą mierzwiatą pokryty, gliną intus et ab extra wylepiony. Drzwi z ulicy drewniane do sięni proste, na biegunie z klamką drewnianą y zasuwą. Sień bez powały, mała. Z niey drzwi do Izby na biegunie dębowe. Izba niewielka, gliną wylepiona, z powałą drewnianą, mała. Okien w drewnie małych trzy. Piec piekarski bez komina; ław pod ścianami duże dwie; zydel wysoki, ad instar stołu, niewielki. Pułka drewniana jedna. Ex oposito tey Izby drzwi proste, na biegunie z zasuwą do komory. Ta mała, z częstokołu, z powałą drewnianą“.

W większości szpitali samiż ubodzy musieli się troskać o własne utrzymanie, obierali przeto z pośród siebie „starszego“, a nad jego gospodarką czuwał pleban. O źródłach utrzymania mówiliśmy już wyżej. Stosownie do uposażenia szpitala, ubodzy dostawali całkowite utrzymanie, lub też gotówkę, którą rozporządzali dowolnie. Wobec takiego ustroju nie istniały żadne przepisy ogólne o jakości pożywienia i ubrania, pcd tym względem więc należy poprzestać na przykładach.

W przepisach z r. 1539 dla szpitala św. Ducha w Warszawie zastrzeżono, aby żywienie ubogich odpowiadało stanowi ich zdrowia i stosowało się do dawniejszego ich stanu społecznego. Rachunki wykazują, że w szpitalu tym używano w końcu XVII w.

jako przypraw kuchennych: cukru, cynamonu, szafranu i t. p. Za napój dawano ubogim piwo lekkie, nadto każdy z nich dostawał po dwa szóstaki co tydzień. Wydatki w tym czasie wynosiły „1) Na każdą osobę ubogą szpitalową co tydzień kaszy kwart dwie, 2) Chlebowego na tydzień groszy dwadzieścia pięć, 3) Piwa szlacheckiego na osobę kwart dwie, 4) Na mięso, okrasę co kwartał złot. dwa gr. dwadzieścia, 5) Na drzewo do pieców i kuchni podług potrzeby. 6) Odzież na lat dwa, dla mężczyzny płaszcz i czapka, dla babki płaszcz i płótna łokci trzy“.

Niektóre zapisy dobroczynne służyły wprost „pro augenda portione et alimentis pauperibus invalidis et infirmis“, a jak szczegółowo określały wszystko, co mają dostawać ubodzy, poucza np. akt fundacyi szpitala w Wysokiem Kole (*Zapiska 160*).

Weterani wojskowi w szpitalu Tykocińskim mieli pobierać po 200 zł. rocznie w ratach kwartalnych, z otrzymanej zaś pensyi każdy mógł się urządzić wedle woli, byleby żył skromnie i uczciwie, w zgodzie ze współtowarzyszami i w uległości zwierzchnikom.

We Francyi, w roku 1799, dyrektoryat, przekonawszy się o gorszącem zaniedbaniu chorych w szpitalach paryskich, powziął myśl powierzenia ich utrzymania przedsiębiorcom prywatnym za opłatą od głowy. Już po trzech latach przekonano się o wadliwości pomysłu: przedsiębiorcy porobili majątki, a chorym było gorzej niż przedtem. U nas również uciekano się do tego sposobu w roku 1738 urząd radziecki warszawski oddał żywienie ubogich w „lazarecie“ czasowym za miastem przedsiębiorczyni, w r. 1792 przedsiębiorca prywatny pobierał „za żywienie, opalenie i opieranie“ po 15 groszy dziennie od osoby w szpitalu św. Łazarza w Warszawie, ale zaledwie rok upłynął, zaniechano takiej gospodarki; jeszcze w roku 1820 Towarzystwo Dobroczynności w Grodnie płaciło niejakiemu Malewiczowi po 10 groszy od osoby za dostarczanie żywności pupilom Towarzystwa; każdy ubogi dostawał: „1¹/₂ funta chleba, ¹/₂ garnca zupy z legumin świeżych, dobrze wywarzonej, każdej niedzieli i święta z porcją mięsa świeżego, innych dni z słoniną, a w dni postne z olejem“.

(c. d. n.).

IV. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Chirurgia.

321. I. Kudincew. **Przyczynę do leczenia chirurgicznego guzów krwawicowych.** (Russk. chirurg. Archiw. księga 2. 1905).

Rozszerzone i pozbawione zastawek żyły odbytnicy (venae haemorrhoidales) w pośuniętym dalej okresie cierpienia tworzą rodzaj splotu, poprzecinanego przez pęczki mięśniowe. Ów chorobowy stan naczyń, będących w mowie, zwiemy hemoroidami, których obraz anatomo-patologiczny bywa nader różnym.

Gdy z biegiem czasu ściany żył i okalająca je tkanka łączna ulegną sprawom przerostu, powstają wówczas owe guzy krwawe czyli szyszki, wielkości różnej, duże jak jaja czasami i usadowione dokoła mięśnia zwieracza. W innych przypadkach rzecz dochodzi jedynie do dylatacji naczyń i wtedy widzimy przeświecający przez skórę, tuż u śluzówki, pierścień niebieskawy, niby wałeczek na obwodzie odbytu. Wałeczki takie, pokryte bardzo cienką skórą lub śluzówką, przebiegać mogą na zewnątrz od zwieracza (hemoroidy zewnętrzne) lub powyżej tegoż (h. wewnętrzne). Z anatomicznego punktu widzenia, wałeczek taki jest żyłą rozszerzoną lub konglomeratem żył, który w warunkach pewnych może wypełniać się krwią.

Naczynie, okrągłe jak ziarno grochu lub wiśnia (zazwyczaj śliwką zwane), sterczy z odbytu, tysiączne przez czas długi choremu sprawiając przykrości. Tego rodzaju szyszka może jednak skurczyć się zupełnie, a na jej miejscu — wytworzyć guziczek niewielki, twardy i niebolesny.

Innym znów razem w zwyrodniałej żyły powstaje zakrzep, który później ulega organizacyi, prowadząc drogą tą do zamknięcia rozstrzeni. To znów tam, gdzie szyszki są duże i w jednym skupione miejscu, może zdarzyć się, że ściany sąsiadujących wzajemnie rozstrzeni ulegną zanikowi i kilka jam większych zlewa się w zatokę jedną, z kąd powstaje coś

w rodzaju guza jamistego. Ten ostatni, na skutek rozrostu tkanki łącznej, oddziela się niekiedy od ogólnego krwi strumienia i zarasta, tworząc na granicy skóry i śluzówki bryłkę w postaci twardego i pomarszczonego guzika.

Omawiając postać, zajmującego nas w miejscu tem cierpienia, Quénu rozróżnia rozszerzenie żył odbytnicy zwykłe, rozszerzenie bańkowate (ampulla), szyszkę typową, guz i wieńcowy splot szyszek. Wszystkie odmiany te, zaopatrzone w cienką, przypominającą szypułę lub też bardzo szeroką podstawę, mogą występować pojedynczo lub gromadnie; okalają wtedy cały obwód odbytu lub jelita stolcowego, bądź widoczne na zewnątrz zwieracza, bądź — po za mięśniem, wzdłuż naczyń odbytnicy, dostępne drogą lusterka lub badania palcem.

Z przyczyn ogólnych cierpienia wyliczyć należy: zastój w żyłach wrotnej, choroby narządów krwiobiegu i oddechu, zmiany w macicy, jajnikach, gruczole krokowym i t. p. Z drugiej strony wypadnie mieć na uwadze i czynniki miejscowe: swędzenie w odbycie, niezbyt recti, skurcz zwieracza, zaparcia t. j. nagromadzenie się brył kałowych w jelicie. Nader poważną rolę odgrywa dziedziczność w tem znaczeniu, że tkanki dolnego odcinka odbytnicy stają się bardzo do powstawania hemoroidów podatne pod wpływem bodźców błahych nawet. Sprzyjająco działa tu i budowa anatomiczna w mo-
wie będącego odcinka.

Wiadomo, że rectum w części tej posiada dwa zwieracze, składające się z poprzecznych i gładkich włókien mięsnych, tak mocnych, iż niekiedy znaczniejszy nawet czynnik natury mechanicznej nie zdoła pokonać ich oporu. W rozwoju sprawy chorobowej biorą udział zewnętrzne oraz środkowe żyły odbytnicze z przebiegiem w podśluzówce i okolicy zwieracza, tworzą sploty w tkance podskórnej naokoło wylotu recti. Nim wleją zawartość swą do łączących się z dolną żyłą częścią naczyń ośrodkowych, żyły te przeciskać się muszą poprzez szereg włókien mięśniowych, które mogą kurczyć się odruchowo i samoistnie.

Im więcej tedy istnieje warunków ku wywołaniu skurczu zwieraczy, im większym staje się, wynikający ztąd, ucisk żył, tem wybitniej uwydatnia się zastój w żyłach podśluzówki i tkanki podskórnej. W warunkach prawidłowych takich czynników zastoju niema zupełnie, po oddaniu stolca zwieracz roz-

luźnia się prędko i sama tylko sprężystość tkanek odbytu wystarczy do jego zamknięcia. Inaczej bywa jednak na tle niezytu prostnicy, powikłanego zaparciem. Tu bryły kału, wywartym na śluzówkę uciskiem utrudniają krwiobieg, z drugiej zaś strony w rozpalnionem zapalnie podłożu naczynia żyłne rozszerzają się stale. Nerwy czuciowe okolicy tej, drażniąc odruchowo umięsienie ani et recti, zwiększają jeszcze zastój krwi w naczyniach. Że gra czynników takich prowadzi do szeregu przykrych dla pacyenta objawów, jak bolesności krwawienia i t. p., to już jest rzeczą, zrozumiałą zupełnie.

Bólów najgorszych doznają posiadacze szyszek zewnętrznych w tym razie, gdy ostatnie chirurg usuwa za pomocą podwiązki lub miażdżenia; manipulacje te są, jak wiadomo, daleko bolesniejsze od przecięcia nerwu. Z drugiej znów strony odcinanie szyszek nożem grozi krwotokiem następczym oraz wtargnięciem zarazków drogą, stojącą otworem; celem lepszego też naczyń zamknięcia po wycinaniu szyszek stosują niektórzy przypalenie żegadłem, co jednak wart strup taki, każdy chirurg wie o tem dobrze. Dalej, należy liczyć się z możliwością nawrotu lub zwężeń następczych, zależnie od większego lub mniejszego unicestwienia podśluzówki, sposobu gojenia się rany i wikłających szyszeki spraw zapalnych, ropni i przetok dokoła odbytu i prostnicy. Wszystkie okoliczności te operujący powinien mieć na względzie, przystępując do wykonania zabiegu doszczętnego u chorych na hemoroidy.

Za taki autor uważa operację, zaleconą przez zmarłego prof. Podreż'a, którą wykonywa się w sposób następujący: po ułożeniu odpowiednio przygotowanego chorego (środki czyszczące i lawatywa) w pozycji, jak do operacji kamienia, uspieniu eterem i odkażeniu powłok zewnętrznych rozszerzany odbył palcami lub wziernikiem, poczem do kiszki wprowadza się tampon na nitce. Każdy z guzków chwytny z osobna w pincetę Kocher'a, odciągamy zlekka ku górze i na granicy skóry ze śluzówką wykonywamy cięcie i drugie jeszcze powyżej szyszeki na granicy śluzówki zdrowej; oba cięcia łączymy z boków incyzją podłużną i, po odseparowaniu szyszeki, nakładamy u podstawy podwiązkę. Powstaje zatem rana, okolona z jednej strony skórą, z drugiej — śluzówką, w środku zawierająca podwiązaną szypułkę guza krwawicowego. Śluzówkę ową należy spoić teraz ze skórą szwem, poczem wykonać to samo z szyszkami innymi. W sposób powyższy operuje się

w tych przypadkach, gdy guzy przebiegają pojedynczo i gdy pomiędzy nimi pozostają przestrzenie, wolne od zmian chorobowych. Tam znów, gdzie szyszki układają się wieńcem, wykonać wypadnie w miejscu przejścia skóry w śluzówkę cięcie koliste po uprzednim pochwyceniu szyszek w pincety; pod każdą z nich, u podstawy guzika, nakłada się ligaturę, zeszywa, wreszcie, śluzówkę ze skórą na obwodzie całym. Po usunięciu tamponu pierwotnego zakłada się do odbytnicy drugi tampon, działający w charakterze drenu i rana opatrzoną zostaje bezgnilnie.

W ciągu 6 lub 7 dni następnych operowany zażywając całe otrzymuje buljon i jaja na miękko, z leków — makowiec. W wyjątkowych przypadkach tylko chorzy narzekają na bóle pewne, najczęściej na nieprzyjemne uczucie obecności ciała obcego w prostnicy, co, zresztą po upływie 2 — 3 dni ustępuje zupełnie. Z upływem tygodnia, skoro pacjent dozna potrzeby oddawania stolca, opatrunek i tampon należy usunąć, przez dren choremu dać klizmę, dzięki czemu złoży kałowe wyjdą łatwiej, nie wywołując podrażnienia w okolicy rany i szwów. Przez czas ten większość tych ostatnich odchodzi sama, w niektórych zaś miejscach śluzówka odzieliła się od skóry i goi za pomocą ziarniny. Niektórym chorym w ciągu pierwszych 3 lub 4 dni należy wypuszczać mocz cewnikiem miękkim, ucisk bowiem od strony kiszki stolcowej przez tampon na część błoniastą cewki i gruczoł krokowy przeszkadza samoistnemu oddawaniu uryny.

Według metody tej operowano w 54 przypadkach, które zakończyły się całkiem pomyślnie. Okres leczenia pooperacyjnego wynosił przeciętnie 23 dni, choć niektórzy opuszczali szpital już po upływie dwóch tygodni od rękoczynu. Okres najdłuższy nie przewyższał dni 50, przyczem wliczono w to już dni przed operacją. Przeciąganie się leczenia następczego zależało najczęściej od wikłających sprawę chorobową przetok, ropni, nieżyty recti lub wycięczenia na tle częstych przed operacją krwawień. W niektórych przypadkach ta ostatnia dokonywana była wtórnie w różnych od pierwszej operacji odstępach czasu i przez chirurgów innych. Pobudką do poddania się operacji wtórnej były zazwyczaj uporczywe krwotoki, a pacyenci, którzy w ciągu dni kilku tracili znaczne ilości krwi, poddawali się nieraz zabiegowi chirurgicznemu w stanie wybitnego upadku sił i anemii. Brak bó-

łów i krwawień w okresie pooperacyjnym jest też korzyścią niesłychanie ważną dla chorych tego rodzaju. Pierwszą ze zdobyczy tych przypisać należy głównie rozszerzaniu zwieracza, które nadto wpływa dodatnio i na sprawę gojenia; dzięki uspokojeniu się mięśnia tego, krwiobieg zyskuje warunki lepsze, zwieracz nie daje odczynu ani na urazy, ani na obecność tamponu, nie kurczy się.

Możliwość powstawania zwiężeń bliznowatych po cięciu kolistem jest znaną chirurgom. Wobec komplikacji takiej próby rozszerzenia udać się mogą wtedy tylko, gdy na obwodzie pozostaje nietkniętym niewielki choćby wycinek śluzówki zdrowej wraz z podśluzówką, na conto której daje się właśnie kanał rozszerzyć. Chcąc zatem uniknąć zwiężeń, należy oszczędzać zawsze śluzówkę zdrową i starać się, by pozostałe jej między szyszkami wyciętymi paski były zawsze jak najszersze.

K. Niedzielski.

322. Ritter. **Przyczyna obumierania tkanki rakowatej.** (Arch. f. Klin. Chirurg. T. 77. Zeszyt 3).

Zwracało to już dawno uwagę na siebie dłaczego tkanka rakowata, niszcząca z taką siłą zdrowe części organizmu, rozrastająca się tak szybko, równocześnie rozpada się też sama i obumiera.

Obumieranie występuje zawsze w środku ognisk rakowych, na granicy zaś między tkanką żyjącą a obumierającą nie spotykamy zupełnie nacieku drobnokomórkowego, za przyczyny obumierania uważano: 1) wpływy zewnętrzne, 2) wpływy powstałe przez wzrastanie samego raka, 3) wpływy samego organizmu. Za szybki wzrost komórek miał się też przyczyniać do tego obumierania; według innych znów ucisk na naczynia krwionośne przez rosnące masy nowotworu. Przyczyny te nie tłumaczą zupełnie jednak obumierania raka i nie wyjaśniają dłaczego np. teratomy i płody, mające podobne warunki rozwoju, nie obumierają także.

Obumieranie chciano sobie dalej tłumaczyć nieodpowiedniemi odżywianiem tkanki rakowatej (Hanse mann), brakiem naczyć lub zmianami w tychże (endarteritis i endophlebitis), dalej tworzeniem się zawałów i krwotokami w tkance raka. Najprawdopodobniej jednak rak jest przewlekłą chorobą ustroju i może być tylko porównanym z przewlekłym zakażeniem, jak kiłą i gruźlicą.

Naciek drobnokomórkowy jest ostrą reakcją organizmu na różne wpływy, rak zaś takąż reakcją chroniczną. Obumieranie w tkance rakowej przypomina zupełnie obumieranie tkanki grucźliczej, co wobec innych danych przemawia zupełnie zatem, że raka uważać należy za skutek, za reakcję organizmu na jakieś zakażenia, podobnie jak gruzełek lub kilak.

Dr. Adolf Klęsk.

(Kraków).

323. Czerny. **O wycinaniu gruczołu krokowego.**
(Arch. f. Klin. Chirurg. T. 77. Zeszyt 1).

Wskazaniami do wycinania gruczołu krokowego u prostatyków dla autora są: silne bóle, krwotoki, tworzenie się kamieni, zakażenie pęcherza, a w końcu, jeżeli chory sam kategoryzować się nie może.

Operacja Bottini'ego daje zaledwo w $\frac{1}{3}$ przypadków dobre wyniki. Chorzy po wycięciu gruczołu mimo występującej czasem następczej impotencyi, fistuł kiszki odchodowej i niedomykalności pęcherza, wołają jednak to wszystko, niż bolesne cewnikowanie.

Czerny wycina gruczoł zawsze od strony międzykrocza, cięcie robi łukowate koło anus, oddziela mięsień opuszkowo-jamisty od zwieracza rzyci, potem przecina powięź głęboką, kışkę stolcową odpycha wziernikiem ku dołowi i po przecięciu torebki wycina gruczoł nożyczkami. Następnie umocowuje katgutem gruby dren w pęcherzu, który usuwa po paru dniach, zastępując go cewnikiem. Od r. 1897 do 1904 w klinice autora leczono 143 chorych, z tego:

72 leczono konserwatywnie,

31 razy wykonano operację Bottini'ego (10 wyleczeń, 6 polepszeń, 2 zgony, 13 razy bez skutku)

1 kastracya | (bez skutku).
1 vasectomia |

1 nakłucie nadłonowe

5 razy wycięcie transvesikalne gruczołu (1 poprawa i 1 zgon na mocnicę, 3 wyleczenia),

19 razy wycięcie międzykroczone, z tego w 6-ciu napewno wyleczenie, w 7-miu poprawa, 2 zgony.

Dr. Adolf Klęsk.

(Kraków).

324. Riedel. **O cięciu zygzakowatym przy operacji wyrostka robaczkowego.** (Deutsche med. Wochft. Nr. 37).

Dążenie ze wszystkich stron do coraz wcześniejszego operowania zapalenia wyrostka robaczkowego powinno zmuszać nas do udoskonalania techniki pod każdym względem, a odnieść to należy w pierwszym rzędzie do wyboru cięcia. Cięcie idealne powinno odpowiadać następującym warunkom 1) przebiegać wzdłuż przebiegu włókien mięsnych, 2) nie przecinać większych nerwów, 3) dawać dobry dostęp wgłąb, 4) pozwalać dobrze ranę sączkować (bez obawy przepukliny następowej). Warunkom tym odpowiada, zdaje się, cięcie prowadzone 1 1/2 cm. powyżej więzu Pouparta.

Mięsień skośny zewnętrzny przecina się nie w linii cięcia skór nego, lecz w przebiegu włókien, t. j. bliżej do więzu i do spojenia łonowego. Po rozchyleniu rany przecięcie dalsze mięśnia skośnego wewnętrznego także w przebiegu włókien, a w końcu przecięcie mięśnia poprzecznego brzucha. Przecięcie mięśnia skośnego wewnętrznego powinno się zaczynać 1 cm. powyżej więzu by nie zranić leżących tu nerwów (biodrowo-podbrzuszny i biodrowo-pachwinowy).

Szew obejmuje otrzewną i oba tylne mięśnie, potem mięsień zewnętrzny, w końcu skórę.

Autor operuje obecnie jedynie tym cięciem, po operacji leżą chorzy 3 tygodnie, a następnie dostają lekką opaskę brzuszną.

Przepuklin następnych nie obserwował nigdy.

Dr. Adolf Klęsk.
(Kraków).

325. Katzenstein. **Podwiązywanie aorty i tegoż fizyologiczna i lecznicza wartość.** (Arch. f. Klin. Chir. T. 76. Zeszyt III).

W doświadczeniach swoich na zwierzętach starał się autor odpowiedzieć sobie na pytanie, jakie skutki pociąga za sobą podwiązanie aorty brzusznej, dalej czy wogóle zabieg ten wykonać można, jakie ewentualnie ma wskazania, jakie daje wyniki, a to znów na mocy opisanych w literaturze przypadków. Podwiązywanie aorty powyżej rozdziału pociąga za sobą zaraz zniknięcie pulsu w tętnicach udowych.

Krążenie uboczne wyrabia się jednak bardzo prędko, a to mianowicie z pomocą połączeń tętnic: piersiowej z nadbrzuszną i piersiowo-brzusznej z biodrowo-łędźwiową, co mógł autor w obrazach Roentgenowskich przy nastrzykaniu naczyń żelatyną z bizmutem wykazać. Podwiązanie aorty wpływa bardzo silnie na akcję serca, w którym rozwija się z początku rozstrzeń, a następnie przerost lewej komory!

Występujące po podwiązaniu przemijające porażenia tylnych kończyn i pęcherza są natury obwodowej, gdyż rdzeń pacierzowy zmian drobno-widzowych nie okazuje, natomiast mięśnie ulegają zmianom zwyrodniającym. U człowieka podwiązano aortę dotąd 14 razy, wszystkie wypadki zakończyły się śmiercią. Pierwszy dokonał tej operacji Cooper w roku 1818. W 2-ch przypadkach (Tillaux i Czerny) podwiązano aortę przez omyłkę zamiast tętnicy biodrowej, 12 razy operowano z powodu tętniaków.

Najdłużej żył chory Keen'a, bo 57 dni. Chorzy umierali przeważnie w przeciągu pierwszych 24 godzin, z powodu porażenia serca. Podwiązanie nie wpływało nigdy bardzo na odżywienie kończyn dolnych i zgorzeli nie obserwowano. Przy tętniakach podwiązanie nie chroniło przed krwotokami następczymi.

W dwóch przypadkach wykazano, że ligatura nie zaciskała całkiem światła (zwapnienie ściany), w trzecim natomiast wykazano przy sekcji, że podwiązka przecięła następnie ścianę aorty. Z badań autora wynika, że podwiązanie aorty jest zabiegiem bardzo ciężkim, nawet śmiertelnym, nie prowadzącym do celu, gdyż nawet w przypadkach tętniaka tętnicy biodrowej nie ochrania od krwotoków, wskutek wytworzenia się w krótkim czasie krążenia ubocznego tak, że w tych przypadkach jedynie wyluszczenie samego tętniaka doszczętne może dać zadowalniający stosunkowo wynik.

Dr. Adolf Klęsk.

(Kraków).

326. Friedrich. **O wpływie operacji na mózg epileptyków.** (Arch. f. Klin. Chirurg. T. 77. Zeszyt 3).

Doświadczenie autora opiera się na 11 przypadkach operowanych w latach 1899 — 1901. Autor omawia przypadki dawniejsze, a to by można było już o skuteczności coś powiedzieć. Siedliska padaczki upatruje Friedrich tylko

w korze mózgowej i zupełnie zgadza się z Kocher'em, że często w chorobie tej spotkać można wzmożone ciśnienie mózgowe, dlatego też w przypadkach o etyologii ciemnej, postępując podług Kochera, przystępuje do zabiegu, polegającego na założeniu kilku otworów trepanacyjnych i wycięciu napiętej opony twardej. Kocher dodaje często jeszcze saczkowanie komory bocznej, autor tego nie robi nigdy.

Miejsce operacji wyznaczył Kocher w przypadkach padaczki samoistnej nad prawą okolicą czołowo-skroniową. Z wyników jest Friedrich zupełnie zadowolony, osiągnął nawet wyleczenie zupełne, poprawę zaś zawsze. Nawet zanik inteligencji poprawia się po operacji. Często po ogoleniu głowy spotyka się blizny, mylące miejsce wyboru, nie stoją one bowiem nieraz w związku z padaczką, a pochodzą od urazów zadanych sobie przez chorego przy napadzie. Tak zwana aura nie może też być wskaźnikiem dla miejsca operacji, zmienia się bowiem z czasem, przechodząc na różne części ciała.

Kość czasowo usuwa autor na przestrzeni 20 — 48 ctm., oponę twardą wycina na przestrzeni 9—33 ctm. Średnie ciśnienie w czaszce spotykał autor 11 mm. Hg. Po operacji podaje się jeszcze tygodniami brom. Wyleczeń zupełnych 3.

Dr. Adolf Kleśk.

(Kraków).

327. Krogius. **W sprawie radykalnego operacyjnego leczenia przewlekłego wrzodu żołądka.** (Arch. f. Klin. Chir. T. 75. Zeszyt 4).

Większość chirurgów zaniechała obecnie radykalnego leczenia wrzodów żołądka, t. j. wycięcia, a stosują obecnie jedynie plastykę oddźwiernika lub połączenie żołądka z jeliem. Autor po stracie 6-ciu pacjentów wskutek następczego krwotoku i przedziurawienia żołądka, u których wykonał gastro-enterostomię, stał się zwolennikiem radykalnego operowania wrzodów, zwłaszcza, wytwarzających zgrubienia (ulcus callosum). Wycina też przy wrzodach nieraz oddźwiernik, pamiętając, że na tle tych zgrubiałych wrzodów tworzą się czasem raki. Nie trzeba też zapominać, że nieraz po gastro-enterostomii tworzą się następcze wrzody w dwunastnicy. Mimo tak radykalnego stanowiska, śmiertelność u autora wynosi 23% (13 operowanych, 3 zgony). Z 48-iu chorych, ope-

rowanych przez autora paliatywnie, umarło 15-tu, co odpowiada 31% śmiertelności.

Wprawdzie średnia śmiertelność u innych chirurgów po gastro-enterostomii wynosi około 19⁰/₁₀, to jednak nie odstraszało autora, gdyż swoich chorych, wyleczonych po radykalnej operacyi, uważać może za rzeczywiście wyleczonych. Nawet w starych bliznach oddźwiernika, gdzie wykonano gastro-enterostomię, obserwowano wytwarzanie się nowych wrzodów.

Dr. Adolf Klęsk.
(Kraków).

328. Oehlecker. **Wyniki krwawego i bezkrwawego leczenia złamań rzepki.** (Arch. f. klin. Chir. T. 76. Zeszyt 3.

Na oddziale Körte'go leczono 70 złamań rzepki (61 mężczyzn, 9 kobiet) Najczęściej wydarzają się złamania poprzeczne. Oprócz głównego złamania nieraz biegną jednak od niego mniejsze, przy badaniu wykazujemy jednak zwykle tylko linię rozstępu poprzeczną. Przy bezpośrednim uderzeniu pęka zwykle tylko rzepka, a dopiero, gdy chorzy chcą się podnieść, lub i chodzić, pękają i boczne dodatkowe więzadła i wtedy też rozstęp odłamków jest duży. Dlatego też u ludzi, którzy doznali większego urazu i n. p. stracili przytomność przy tem, rozstępu dużego nie spotykamy. Prócz złamania przy bezpośrednim urazie spotyka się często złamania przez rozerwanie rzepki, które powstały wtedy, gdy człowiek upadający w tył pragnie się z całych sił oprzeć upadkowi. Nie rzadko spotkać można wtedy złamanie obustronne. W razie, jeżeli rzepka była już raz złamaną, lub kończyła jedna jest krótszą, występuje złamanie zwykle na rzepce zdrowej. Złamania które powstały nie wprost, są z zasady poprzeczne. Przy krwawej operacyi spotyka się prawie zawsze wtłoczone pomiędzy odłamki części miękkie. Z 70 leczono 24 nie krwawo, 11 szwem podskórnym, 35 krwawym. Miarą oceny wyniku wyleczenia jest możliwość chodzenia po schodach. Wypadki leczone nie krwawo dały wprawdzie stosunkowo dobry wynik, trzeba jednak brać pod uwagę, że były to jedynie przypadki lekkie, bez wielkiego rozstępu i gdzie boczne więzadła były zachowane. Zgojenie następuje zwykle tkanką łączną, a nie kostniną. Szew podskórny daje wyniki nie dobre. Najlepszym jeszcze jest szew Barker'a lub Heusner'a. Krwawo operowano 35 razy,

zwykle 2—5 dnia po urazie. Zakładano w środku szew srebrny przez kość, po bokach katgutowe. Przez 10 dni noga w szynie, potem wyjęcie szwów, a w kilka już dni masaże i ruchy. Po 3 tygodniach chorzy wstają i zaczynają ćwiczenia ortopedyczne i chodzenie po schodach. Chorzy średnio przebywali 40—50 dni w zakładzie; wyniki były bardzo dobre. Zdaniem autora, nie krwawo wolno leczyć tylko przypadki z niewielkim rozstępem odłamków, gdzie boczne więzy są zachowane, zresztą za prawidłowość uważać należy szew krwawy, stawia on bowiem chorych prędko na nogi i daje najlepszą rękomię połączenia kostnego, a, co zatem idzie, zupełnej zdolności do pracy, pewności w używaniu kończyny i braku złamań powtórnych.

D-r A. Klęsk.
(Kraków).

329. Federmann. **Niedrożność jelit w przebiegu ropnego zapalenia wyrostka robaczkowego.** (Arch. f. klin. Chir. Tom 75. Zeszyt III).

Na oddziale Sonnenburg'a obserwował autor 6 przypadków niedrożności jelit w przebiegu ropnego zapalenia wyrostka robaczkowego. Powikłanie to wystąpić może w różnych okresach choroby i jest wyrazem kurczenia się zrostów ścian ropni i zlepień. Zwykle zrosty te zaciskają jelito cienkie, rzadko grube. Spotyka się ich zwykle kilka. Objawami tego powikłania są: wymioty, bolesne kolki (trwające 4—5 dni, następujące potem wskutek porażenia jelit), niewielkie wzdęcie, zwykle brak gorączki, częściowe odchodzenia stolca i wiatrów, szczególnie po lawatywie. Z operacją zwlekać nie należy, a polega ona na szerokim otwarciu jamy brzusznej w linii środkowej, przecięciu zrostów i obszyciu ubytków błony surowiczej kiszek. Po operacji w 4—6 godzin podać należy chorym celem wzmożenia ruchu robaczkowego i uniknięcia wytworzenia się nowych zrostów — jednej do dwóch łyżek oleju rycynowego. W razie licznych zrostów i trudnych warunków operacyjnych założyć trzeba przetokę kiszkową. Celem zapobiegania tworzeniu się niedrożności powinno się ropsie wczas otwierać, a nie czekać w nadziei, że takowe same ulegną wessaniu.

D-r Adolf Klęsk.
(Kraków).

330. Garré. **O szwie ran płucnych.** (Arch. f. klin. Chir. Tom 77. Zeszyt I).

Z 700-set, zebranych przez autora z literatury zranień płuc, a leczonych zachowawczo, zaledwo w 55—60% osiągnięto wyleczenie. Szczególnie pęknięcia płuc dają złe rokowania (63% śmiertelności). Rany klute dają śmiertelności 38%, a postrzały 30%. Chorzy giną najczęściej wskutek krwotoku, dalej wskutek uduszenia się (pneumo-thorax) lub z zakażenia ran. Wobec tego autor radzi w razie ciężkich objawów zranienia płuca przystępować do operacji, a mianowicie już-to za pomocą wycięcia jednego żebra, już-to za pomocą tymczasowego cięcia płatowego otworzyć jamę opłucnową, wejść ręką do tejże, podciągnąć płuco ku ranie, obejrzeć takowe szczegółowo, zniszczone części płuca klinowato wyciąć, poczem płuco cienkim jedwabiem zeszyć. Rany położone blisko wnęki z powodu trudności dostępu najlepiej tamponować. Po odczyszczeniu opłucny zaszywa się ranę zupełnie lub w razie obawy przed zakażeniem umocowuje się płuco w ranie zewn., którą się lekko tamponuje.

Z literatury zebrał autor 8 takich wypadków, dodaje do nich swój 9-ty. Wyzdrowiało z tego 6-ciu pacjentów. Przy operacjach płucnych z innych powodów, których autor wykonał 20, miał sposobność 6 razy zeszywać już płuco.

D-r Adolf Klesk.

(Kraków).

331. Seldowitsch. **Zranienia wywołane japońskimi pociskami.** (Arch. f. klin. Chir. T. 77. Zeszyt I).

Jest to 2-gie sprawozdanie autora z wojny rosyjsko-japońskiej (pierwsze wydał autor w Russkim „Wraczu“ N-r 34 r. 1904). Obecnie zajmuje się autor głównie ranami postrzałowymi czaszki i mózgu. W ostatnich czasach obserwował tych zranień 30 na 164 innych. Zranienia karabinami japońskimi czaszki, mimo tego, że często kule przechodzą na wylot, dają stosunkowo dobre rokowanie, natomiast rany zadane granatami i szrapnelami wywołują wielkie spustoszenia. Doświadczenie nauczyło autora, że w zranieniach czaszki i mózgu trzeba bardzo często interweniować i tak: autor na 30 przypadków w 17-tu wykonał zabieg operacyjny, nie żałując tego potem. Mimo braku groźnych objawów i mimo, że rana zewn. nie wyglądała poważnie, spotykał autor często załamania, wgniecenia kości

i zranienia mózgu. Z 8-miu bardzo ciężko zranionych, gdzie ubytki w kości i mózgu były bardzo wielkie, stracił autor tylko 3-ch. W ogóle zdumiewać się należy nad wielką tolerancją mózgu; postrzał np., który przeszedł czaszkę na wylot od kości czołowej do potylicy i zmiążdżył po drodze mózg (rana dług. 14 ct.), wywołał stosunkowo niewielkie zmiany i chory wyzdrowiał, a jako ślad pozostał mu tylko niedowład prawej kończyny górnej. Po ogłoszeniu swego 1-go sprawozdania miał sposobność autor obserwowania prócz wspomnianych przypadków 9 ran kregosłupa, 26 klatki piersiowej, 27 jamy brzusznej—a reszta ze 164 przypada na zranienie twarzy i kończyn. O przypadkach tych wspomni w swoim następnym doniesieniu.

D-r Adolf Klęsk.

(Kraków).

332. Thiem. **O jakości wyników przy krwawem i bezkrwawem leczeniu podskórnych poprzecznych złamań rzepki.** (Arch. f. klin. Chir. T. 77. Zeszyt 3).

Dawniej sądzono, że złamana rzepka nigdy kostnie zgoić się nie może tak, że nawet Pibrac ofiarował 100 luidorów temu, ktoby mu zrost kostny pokazał. Obecnie znamy lepsze sposoby leczenia, zrosty kostne są też częste. Mimo zrostu ścięgowego chorzy mogą chodzić, nawet dobrze po schodach, a to między innymi dzięki bocznym pomocniczym więzom koło rzepki. Autor jest zwolennikiem operacji krwawej, daje ona zaledwo 1% śmiertelności (a przypadki nieleczone operacyjnie 3%). Szczególnie namawiać do niej należy, gdy odłamki są odsunięte od siebie znacznie, wtedy bowiem spodziewać się należy, że i więzy boczne są rozerwane, części miękkich między odławkami dużo, opaski więc, masaż lub i szew podskórny zrostu kostnego napewno by nie sprowadziły. Zrost ścięgowy usposabia bardzo do rozerwań następczych i tak np. z 223 przypadków, gdzie rzepki nie szyto, zrost pękł w krótkim czasie u 15 chorych. Leczenie operacyjne (krwawe) daje 26% zupełnych wyleczeń, leczenie niekrwawe zaledwo 9%.

D-r A. Klęsk.

(Kraków).

333. Th. Kölliker. **O biodrze koślawem (coxa valga).** (Muench. med. Woch. Nr. 36, 1905 r.).

Biodro szpotawe (c. vara) i biodro koślawe oznacza zmianę

w kącie pochylenia, utworzonego przez szyjkę kości biodrowej i jej trzon: średnia wielkość tego kąta wynosi, według Mikulicza, 125° . Przy biodrze szpotawem kąt ten ulega zmniejszeniu, przy koślawem — zwiększeniu. Alsberg określa ustawienie szyjki biodrowej do trzonu za pomocą t. zw. kąta kierunkowego (Richtungswinkel), którego rozmiar otrzymuje się w sposób następujący: jeżeli przeprowadzić płaszczyznę przez podstawę pokrytej chrząstką główki biodrowej, to linia na tej płaszczyźnie z osią podłużną trzonu tworzy kąt wspomniany, równający się średnio 41° (według Hoffa'y 29° — 51°). Przy biodrze szpotawem kąt ten maleje, a przy znacznej szpotawości jest nawet ujemny, zaś przy koślawem — zwiększony. Zmniejszony kąt kierunkowy oznacza ustawienie przywiedzione (Adductionsstellung), zaś zwiększony — odwiedzione (abductio). Biodro koślawe daje się widzieć: 1. jako zniekształcenie wrodzone, 2. po uszkodzeniach — po złamaniu szyjki ta ostatnia wraz z główką ustawiają się w ten sposób, że tworzą z trzonem linię mniej więcej prostą, 3. przy wrodzonych zwichnieniach stawu biodrowego, zarówno w kończynie zwichniętej, jak i w drugiej, 4. przy krzywicy, 5. przy bezwładzie w kończynie zwistej, również w kończynach niezdolnych do swej czynności, jakkolwiek nie sparaliżowanych, 6. przy zmięknieniu kości, 7. przy licznych wyroślach kostnych, 8. przy kolanie koślawem. Objawy kliniczne biodra koślawego polegają na wzmożonem odwiedzeniu i skręceniu na zewnątrz kończyny. Przywiedzenie jest uniemożliwione. Na skutek zmiany w ustawieniu rozwija się przy obu stronem biodrze koślawem chód swoisty, przypominający kurczowe porażenie rdzenia. Chód chorych chwiejny, tułów się chwieje w obie strony, stawy biodrowe łatwo się zginają, kolanowe, przeciwnie, są silnie wyprostowane, kończyny przy staniu są odprowadzone i skręcone na zewnątrz, tułów nieco pochylony ku przodowi, grzbiet płaski, szczególnie słabo jest wyrażone wygięcie lędźwiowe. Przy jednostronnem biodrze koślawem tylko jedna noga stoi odprowadzona i skręcona na zewnątrz, normalna strona miednicy jest nieco wysunięta ku przodowi, daje się zauważyć lekkie chromanie. Kończyna jest trochę wydłużona.

Leczenie osobników jeszcze niedojrzałych, podług David'a, polega na nałożeniu opatrunku ustalającego w przywiedzeniu i skręceniu ku wewnątrz dla utworzenia stosunków normalnych. U dorosłych zabiegi lecznicze stają się koniecznymi w razie istnienia poważniejszych zaburzeń czynnościowych. W tym wypadku zaleca się osteotomię szyjki biodrowej, najlepiej w postaci osteotomii klinowej z podstawą klina na dolnym obwodzie szyjki. Wogóle jed-

nak u dorosłych zaburzenia, wynikające z koślawego ustawienia szyjki biodrowej, są tak nieznaczne, że zazwyczaj nie stanowią wskazania do zabiegu leczniczego. *W. Dobrowolski.*

V. Wiadomości pomniejsze i terapeutyczne.

334. Delor. **Przypadek tężca po wstrzyknięciu surowicy (sztuczny).** (Limousin méd., czerwiec, 1905).

Wiadomą jest rzeczą, że ciepłota 100 stopniowa nawet w śródowisku wilgotnem nie wyjąłwia zupełnie — przypuszczamy jednak zazwyczaj, że te spory, które pozostają, nie są szkodliwemi i zastrzykujemy do jamy np. brzusznej zwyczajnie przegotowaną wodę. Otóż tak samo postąpił autor, wezwany do kobiety, która po ciężkim krwotoku, post partum była bez sił. Delor zastrzyknął jej 250 cc. wody przegotowanej z solą, co znakomicie chorej zrobiło, stan ogólny poprawił się. Nazajutrz zauważono bolesność na miejscu zastrzyknięcia i lekki obrzęk biodra, zrobiono kompresy sublimatowe. Po trzech dniach wystąpiły objawy tężca — obrzęk się zwiększał — z miejsca zastrzyknięcia roztworu fizyologicznego soli wypływał cuchnący płyn, zrobiono trzy cięcia, przyczem wydzielili się kawałki zmartwiałego mięśnia i cuchnące gazy. Chora zmarła na czwarty dzień po zabiegu. Widocznem jest, że przyczyną śmierci była infekcja; autor zapytuje się, czy nie lepiej jest dosypywać soli przed wyjąłwianiem płynów, aby tym sposobem podnieść punkt zagotowania się wody ponad 100°.

M. B.

335. Bisset. **Przypadek przedziurawionego owrzodzenia żołądka z krwotokiem u 45-cio godzinnego dziecka.** (Lancet, 8 lipca, 1905).

Wrzód żołądka jest nader rzadki u dziecka wogóle, a tak małego w szczególności.

Autor przywołany był do dziecka, które miało krwotok z kiszki stolecowej nazajutrz po urodzeniu (urodzenie normalne, dziewiąte dziecko z rzędu). Dziecko wymiotów nie miało, krew była czerwona, co nie pozwalało na postawienie rozpoznania owrzodzenia dwunastnicy lub żołądka. Ponieważ stan był bardzo ciężki, a rozpoznania nie postawiono, autor zastrzyknął mieszaninę adrenaliny

i hamamelis, poczem wsunięto tampon, by zatrzymać płyn i ułożono dziecko w kołysce. Dziecko zmarło w 3 godziny potem, a więc w 6 godzin po iniekcji, a w 45 po urodzeniu. Na sekcji znaleziono na tylnej ścianie żołądka blisko curvatura minor na odległości $1\frac{1}{2}$ ctm. od cardia—owrzodzenie okrągłe—typowy ulcus rotundum. Owrzodzenie było zupełnie przedziurawione—zrosty jednak żołądka z tylną ścianą brzuszną nie dopuściły krwi do otrzewny, natomiast cały przewód pokarmowy napełniony był krwią, w szczególności zaś żołądek, gdzie krew zmieszana była z nawpół przetrzawionem mlekiem i śluzem.

Co do przyczyny krwotoku, to autor przypuszcza, iż wywołały go silne ruchy robaczkowe żołądka w połączeniu z nadmiernem unaczynieniem w czasie trawienia—jedno i drugie z łatwością doprowadziło już uszkodzone naczynie do pęknięcia lub do poruszenia z miejsca skrzepu, który zamykał naczynie w tem miejscu, gdzie było uszkodzone.

Matylda Biehler.

336. **Czerwone światło w szkarlatynie.** (Sem. méd. Nr. 33, 1905).

O tem, że czerwone światło daje dobre wyniki w ospie (p. Sem. méd. 1893, str. 469 i 1894, 302) i róży (Sem. méd. 1902, str. 147 i Sem. méd. 1902, str. 136) wiemy, obecnie Cnopf z Norymburgi stosuje powyższe leczenie w szkarlatynie, przyczem otrzymał zachęcające wyniki. Leczył 24 dzieci — u wszystkich temperatura spadła, wysypka była słabsza (niż u tych, które nie poddane były działaniu światła czerwonego), wogóle stan leczonych w ten sposób dzieci był bardzo zadowalniający. U dzieci, u których wysypka pod wpływem czerwonego światła znikwała, powracała znówu, jeżeli choć na kilka chwil przenoszono je do innego pokoju; to też autor radzi trzymać dzieci długo w «czerwonym pokoju», dopóki wyniesienie choćby na chwilę na światło nie wywołuje zaczerwienienia skóry.

M. B.

337. Beck. **Radioterapia połączona z wycięciem wola, jako środek leczniczy w chorobie Basedowa.** (Berl. klin. Woch., 15 maja 1905).

Autor stosował powyższe leczenie w kilku przypadkach, w jednym w 13 miesięcy, w drugim w 18 miesięcy po wycięciu jednego zraza gruczołu tarczycowego; tak w jednym, jak i w drugim przypadku zauważył znakomite polepszenie (nerwowość, tachykardia i t. p. objawy zmniejszyły się po kilku posiedzeniach). W 3

przypadku przystąpił autor do radioterapii zaraz po zagojeniu rany. Pierwsze posiedzenie trwało 5 minut, następne po 10. Zaraz po drugim posiedzeniu tętno było wolniejsze, oddech także wolniejszy, duszność zniknęła (tętno ze 180 doszło do 120). 7-go dnia przerwano posiedzenie, gdyż chora uczuła pieczenie na miejscu, gdzie robiono operację (promienie padały na przednią część szyi). Po tygodniu tętno było 80, exoftalmiae prawie nie było zupełnie, stan ogólny doskonały — od tego czasu powtarzano posiedzenie tylko raz na tydzień w ciągu 5 minut. Autor widział chorą po 5 miesiącach, pozostawiony zraz gruczołu tarczycowego nie był zupełnie wyczuwalny — exoftalmiae i tachykardyi nie było.

Autor radzi w lekkich postaciach choroby B a s e d o w a łączyć z ogólną terapią radioterapię; w groźniejszych należy najpierw wyjąć połowę gruczołu tarczycowego i zaraz po zagojeniu rany przystąpić do radioterapii — można w bardzo ciężkich przypadkach i przed operacją stosować promienie R o e n t g e n a — zważywszy jednak, iż to zwiększa napływ krwi, należy być ostrożnym, o ile się niezadługo potem przystępuje do operacji, pamiętając o możliwym, a niebezpiecznym, krwotoku.

M. B.

338. H. V a q u e z. **Leczenie zapalenia żył kończyn.** (Sem. méd. Nr. 30, 1905).

Autor dzieli zapalenia żył na 3 grupy; do pierwszej zalicza phlebitis obliterans dużych naczyń, czyli tak zwaną phlegmasia alba dolens, do drugiej posocnicę podostrą żył (phl. multiplex, do trzeciej phlebitis recidivans).

Przy tak zwanej phlegmasia alba doleus radzi autor natychmiast po postawieniu rozpoznania unieruchomić nogę (kładzie się do leszczot lub szyn). W razie silnych bólów należy robić kompresy z roztworu chloralu 0,50% w roztworze normalnym soli lub smarować maścią beladonową, w niektórych przypadkach można na noc zastrzyknąć morfinę. Po upływie tygodnia, gdy obrzęk zjedzie, dobrze jest przez 8 — 10 dni robić co rano okłady w ciągu 3 godzin z gazy moczonej w wodzie alkalicznej rozcieńczonej 1:2 lub 1:3 wodą przegotowaną — pod ceratką; po zdjęciu okładu przez resztę dnia posypuje się następującym proszkiem:

Talci

Cretae albae

Magnesiae ustae ana 10,0

Resorcini 0,50.

Po upływie 20 dni (od daty zachorowania) można, jeśli nie-

ma gorączki, bolesności przy macaniu i jeśli obrzęk ciągle się zmniejsza, przejść do uruchomienia częściowego, tutaj jednak należy być bardzo ostrożnym. W pierwszym tygodniu wystarcza t. zw. effleurage skóry, w drugim tygodniu mięsienie mięśni, nie zginając stawów. Począwszy od 35-go dnia można zdjąć bandaże, który unieruchomia kolano i korpus można wtedy massować delikatnie, przyczem wszystkie ruchy są dozwolone.

Po 40-tu dniach chory może zrobić kilka kroków po pokoju, przyczem w łóżku noga może pozostać swobodną (podobne leczenie w razie zapalenia żył obydwóch kończyn). Autor radzi też zamiast gutaperkowych pończoch dawać bandaże Velpeau, a także unikać kul; gdy chory zaczyna chodzić, gdyż te ostatnie zmuszają chorego do wadliwych ruchów ciała.

Co się tycze posocznicy (gdzie są zajęte małe powierzchowne żyły, w pierwszym przypadku chodziło o zapalenie dużych żył po zapaleniu płuc, infekcyi poporodowej i t. p.), to tutaj należy przeciwdziałać rozszerzeniu żył i zastojowi krwi, pomagają nam tutaj gimnastyka, mięsienie i stosowne bandaże. Każdy jednak chory, który cierpi na rozszerzenie żył, powinien starannie wystrzegać się zadrapań, starć, ekzematów i t. p., gdyż te dają nieprzyjemne powikłania. Jeżeli infekcyja nastąpiła, należy leżeć w łóżku (co najmniej 3 tygodnie), poczem autor radzi mięsienie, ale tylko nadzwyczaj lekkie, mające na celu usunięcie sztywności kończyny, znajdującej się długo bez ruchu. Co się tycze operacyjnego leczenia, to autor doradza je tylko w przewlekłych przypadkach, gdzie zatory ciągle się powtarzają, a także w tych zapaleniach, które są dobrze ograniczone i zakażone, przyczem ligaturę należy kłaść w takim miejscu, gdzie żyła zupełnie jest zdrową. Prócz unieruchomienia, które można usunąć po 20 dniach (badać temperaturę), leczy się, jak zapalenie dużych żył.

Co się tycze zapalenia żył, które się powtarza, phlebitis recidivans—to najczęściej bywa ono u tych, którzy chorują na podagrę; należy więc nastosować ogólne leczenie dny, bóle uśmierza się za pomocą maści z belladonną, salicyłem sodu, hyoscynamem, salicyłem metylu—Colchicum i t. p.

Co do przypadłości po zapaleniu żył (obrzęki, bóle, nierówność ruchów), to autor przypisuje takowe złemu leczeniu (unieruchomienie w ciągu kilku miesięcy lub roku np.).

Po zapaleniu leczonem, jak wyżej, dobrze jest, gdy chory może się udać do jakiegoś miejsca kąpielowego.

Najczęściej pozostaje po zapaleniu lekki bardzo obrzęk—sztywność kończyn, czasem kurcze.

Najprzykrzejszym jest ból, który często pozostaje po zapaleniu żył: albo boli żyła, która była chora, albo nerw sąsiadujący z nią; na te bóle radzi autor albo pończochę gumową, albo smarowanie maścią ze środkiem znieczulającym, do wewnątrz zaś daje hamamelis. Bywają jednak bóle tak silne, że wywołują nawet neurastenię (phlebalgia); tutaj radzi autor kąpiele ciepłe (nigdy zimna hydroterapia lub bardzo gorąca) i prysznic T. 28°, lekki masaż effleurage); dobrze też czasem robić elektryzację (faradyzacja); ostatnia oddaje doskonałe usługi, o ile phlebalgia staje się ogólną i nie ogranicza się tylko do tej żyły, która była chora.

Co się tycze obrzęku po zapaleniu żył, to jest on pochodzenia trofoneurowego. Często doprowadza do słoniowatości, pod którą kryje się zanik mięśni. Obrzęk twardy leczyć najlepiej zapomocą hydroterapii, masażu i elektryzacji. Okłady z błota, kąpiele pomagają, o ile obrzęk nie jest połączony z bólem.

Mięsienie pod wodą płynącą gorącą daje dobre wyniki, leczy jednocześnie i zanik mięśni; na ten ostatni dobrze też działa faradyzacja, na słoniowatość można spróbować działania ciągłego prądu (40 minut dziennie, 60, 80, 100 miliamperów).

Wacław Biehler.

Kronika bieżąca.

(jw) W pierwszych dniach października znów wystąpiło w Warszawie epidemicznie włóknikowe zapalenie płuc.

(Kn) Dzięki zdolnościom pacyfikacyjnym gen. Galliéni rozległa kolonia francuska, wyspa Madagaskar, wstąpiła w erę rozwoju i postępu bez przerwy. Wielkie dzieło kolonizacyjne uwiecznione zostało niedawno otwarciem w Tananarywie narodowej szkoły lekarskiej (l'école malgache de médecine) pod kierownictwem d-ra Jourdra'n'a i przy udziale lekarzy francuskich, oraz kilku medyków-krajowców. Uczelnia, pomimo krótkiego istnienia swego, jak dotąd, dała wyniki arcyważne: na zagrożonych przez choroby nągminne posterunkach (błonica, ospa, malarya i t. p.), lekarze krajowi pracują u boku europejskich kolegów swych wytrwale

i z wielką, rzecz oczywistą, korzyścią dla zamieszkujących wyspę plemion różnorodnych.

Przyszłość wykaże najlepiej, jak wielką szkoła ta odegra rolę w sprawie odrodzenia się fizycznego podległych Francji plemion: howasów, sakalawów i antalaotów. Do lat ostatnich chorób na Madagaskarze nie leczono zupełnie; uważano je za dopust duchów złych. Jedyna akcja ograniczała się na bezwzględnie odseparowaniu chorego i ukryciu go w miejscu niedostępnym. Nad pacjentem odśpiewywano modły i zaklęcia, zwane sikidy; z pomocy lekarskiej, w prawdziwym tego słowa znaczeniu, korzystali wyżsi dostojnicy tylko i to dopiero po zawojowaniu wyspy przez francuzów.

Łatwo pojąć też, z jakimi zrazu wypadło walczyć trudnościami, by skłonić mieszkańców wyspy do leczenia się w sposób racjonalny. Dziś stan rzeczy uległ zmianie na lepsze: krajowcy chętnie udają się do szpitala, który szerokie podwoje swe otwiera na rozcień, udzielając łóżka i pomocy bezpłatnie. Oddziały: zewnętrzny i chirurgiczny, istniejący przy narodowej szkole lekarskiej, walczyć mogą o lepsze z największymi szpitalami Francji. Na tym ostatnim dokonano w roku ubiegłym z górą 150 operacji wielkich, a dyrektor szpitala Estèbe nie ustaje na chwilę w owocnej pracy wydzwignięcia powierzonego mu posterunku do szczytu doskonałości i ostatnich wymagań kultury.

(Kn) Obliczono, że przeciętny robotnik w badeskich fabrykach cygar wydaje rocznie na utrzymanie swoje i rodziny 440 marek, z tego 104 marki na piwo, a zaledwie 40 — na mięso. Dr. Fuchs, omawiając stosunki robotnicze w Karlsruhe i okolicach tegoż, wydatek na alkohol rodziny średniej określa na 210 marek rocznie przy zarobku nie przewyższającym 1,021 marek. Wysokochłonność zatem piątą część przeszło wydatków na utrzymanie. Jeżeli chcemy więc, aby szersze masy ludności odżywiały się lepiej, pijaństwo zwalczać należy jak najsilniej.

— Na ostatnim kongresie międzynarodowym zwalczania gruźlicy prof. Behring mówił o nowej, wynalezionej przez siebie, metodzie leczenia tej choroby. Przemówienie Behring'a podaje in extenso Presse médicale w Nr. 81.

Zasada metody polega na przepojeniu żywych komórek ustroju substancją, pochodzącą z zarazka gruźliczego, którą Behring oznacza TC. TC pod wpływem komórek ustroju przeobraża się na TX; jest to materya, która posiada czynność substancji twórczej i własności fermentacyjne (a w szczególności katalityczne). Droga wytwarzania tego czynnika leczniczego w ustroju jest zbyt długą i niebezpieczną. To też Behring starał się otrzymać TC in vitro i uodpornienie czynne zamienić na bierne. W tym celu uwalniał laseczniki gruźlicze od trzech grup substancji. Do nich należą: 1) substancja rozpuszczalna tylko w wodzie, posiadająca działanie fermentacyjne i katalityczne. Od niej zależą w znacznej mierze trujące własności tuberkuliny Koch'a. 1 gram tego ciała (TV) w stanie suchym wywiera silniejszy wpływ, aniżeli 1 litr

tuberkuliny Koch'a. 2) Substancja o własnościach globulin, rozpuszczalna tylko w roztworach soli obojętnych (np. w 10%-owym roztw. chlorku sodu) — TGL: i to ciało jest również trujące. 3) Wiele substancji nietrujących, które rozpuszczają się tylko w alkoholu, eterze, chloroformie i t. d. Po wyługowaniu z tych substancji pozostaje ciało, które Behring nazywa Restbacillus. Posiada ono postać i barwliwość laseczników gruźliczych. Te reszty laseczników przemienia Behring metodą, której w komunikacie nie podaje, na substancję bezpostaciową, którą pochłaniać mają komórki limfatyczne zwierząt (świnki morskiej, królika, barana, kozy, bydła rogatego i koni). Pod jej wpływem następuje przeobrażenie głębokie komórek limfatycznych, występuje eozynofilia i jednocześnie rozwija się stan odporności. TC posiada własności wytwarzania gruźelka, który nigdy nie ulega zserowaceni, ani rozmięknieniu i odpowiada t. zw. granulation tuberculeuse Laënc'a.

Ogłoszenie szczegółów swej metody Behring odkłada do chwili, kiedy inni uczeni ją sprawdzą, a wybrańe kliniki skuteczność jej potwierdzą.

— W 1-ym międzynarodowym Kongresie chirurgów w Brukseli z polaków udział przyjęli: prof. Rydygier, oraz koledzy Bogdanik, Ehrlich, Rydygier jun., A. Zawadzki, którego sprawozdanie zaczniemy niebawem drukować.

— W niedzielę, d. 8-go b. m., kol. Kozerski przedstawił zaproszonym kolegom swój prywatny Zakład leczniczy dla przychodzących chorych przy ul. Hortenzja Nr. 4.

Zakład ten, zaopatrzony w możliwie wszystkie urządzenia pomocnicze, używane w nowoczesnej dermato- i wenerologii, mieści w sobie oprócz gabinetu i kilku poczekalni:

1) gabinet do finsenoterapii (lupus vulgaris); 2) gabinet do roentgenoterapii (epithelioma, carcinoma skóry; carcinoma głębsze po operacji; alopecia areata; favus, herpes tonsurans capillitii et barbae; acne; lupus vegetans, l. exulceratus; sarcoma, mykosis fungoides; eczema inveteratum tyloticum, sycosis; scrophuloderma; tuberculosis superficialis ossium exulcerans; leukaemia i t. d.); 3) gabinet do leczenia radem (naevus vasculosus planus, pigmentosus, lupus, epithelioma, keloid, angioma); 4) gabinet do leczenia arsonwalizacją (lupus erythematodes); 5) gabinet do leczenia lampą „Dermo“ (alopecia areata, folliculitis, powierzchowny lupus vulgaris); 6) gabinet do miejscowej termoterapii (ulcus venereum serpiginosum, bubo, acne indurata, sycosis parasitaria, favus unguium, furunculus, uporczywa epididymitis, prostatitis, vesiculitis seminalis, periurethritis, wszelkie przewlekłe nacieczenia, arthritis i tendovagitis gonorrhoeica); 7) urządzenie do elektrolizy (hypertrichosis, verrucae); pracownię analityczno-bakteryologiczną (badanie łusek, paznoci, wydzielin (gonokoki), moczu); 9) osobne ambulatoryum dla niezamożnych chorych, w którym przyjęcia odbywają się od 8-jej do 9-jej zrana i od 10-jej do 11-jej przed poł.

— Na potrzeby nadzwyczajne uniwersytetu Jagiellońskiego

przeznaczył rząd 1,400,000 koron czyli 560,000 rubli, z których przypada 600,000 koron (240,000 rb.) na budynki dla wydziału rolniczego, 300,000 koron (120,000 rb.) na budowę zakładu weterynaryjskiego, 500,000 koron (200,000 rb.) na zakład fizyczny i przebudowanie budynków na ulicy Gołębiej;

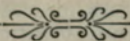
— Dr. Adamkiewicz, który opuścił katedrę patologii ogólnej w Uniwersytecie Jagiellońskim, nie mogąc znaleźć uznania dla swych poglądów ani w uniwersytecie, ani w społeczeństwie, wydał świeżo pracę pod tytułem: *Das unbewusste Denken und das Gedanken sehen*. Krytyk niemiecki Dr. Isserlin tak się o niej wyraża: „Jest to praca do niczego, samo tylko gadanie materyalistyczno-matefizyczne, które uważa się za naukowe, a nic nowego nauce nie przynosi. Produktem czynnej pracy kory mózgowej, jest świadome, spoczywającej zaś kory nieświadome myślenie. Bądźże z tego mądrym! A może jest odwrotnie.“

Zmarli. Dr. Szymon Narcisow, zabity 28 lipca r. b. przy zajęciu przez Japończyków Rykowska (na Sachalinie).

Dr. Michał Kasatkin dnia 18 sierpnia r. b. w Chersu. (w Korei) w wieku lat 30. Padł ofiarą tyfusu brzuszego.

Dr. Franciszek Huebner z Warszawy, padł ofiarą tyfusu brzuszego w początkach b. m. w Gundzulinie (w Mandżuryi).

Dt. Michał Doboszyński dnia 8 b. m. Słonimie (gub. Mińskiej) w wieku lat 70.



Redaktorzy: Dr. Med. Otton Hewelke i Dr. Józef Zawadzki.
Wydawcy: Dr. Med. Otton Hewelke, Dr. Konstanty Sierpiński i Dr. Józef Zawadzki.

Дозволено Цензурою. Варшава, 7 октября 1905 г.