

GAZETA LEKARSKA.

I. O WYNIKACH CHIRURGICZNEGO LECZENIA SUCHOT KRTANI.

Podał

Teodor Heryng,
ordynator szpitala Ś-go Rocha.

Od chwili ogłoszenia rezultatów nowej metody leczniczej suchot krtaniowych ubiegły dwa lata. Jestto okres czasu, być może, niedostateczny do wyrobienia sobie sądu o jej leczniczej wartości, zwłaszcza jeżeli chodzi o trwałość wyników; wystarcza on jednak dla rozstrzygnięcia kwestyi, czy metoda jest racjonalną, czy jest wykonalną i czy nad innymi, uprzednio podawanymi, ma pewną, na cyfrach nawet dającą się wykazać wyższość. O jej wartości sądzić teraz powinien nie tylko autor, lecz ci z kolegów, którzy przekonani jego wywodami, ufając w prawdziwość podanych przez niego wyników, uznali za możliwe zerwać narzucone nam przez tradycję, szkodliwe pęta lekarskiego niedowiarstwa i śmiało wkroczyć na drogę racjonalnego chirurgicznego leczenia.

Dopełnienie, które obecnie ogłaszam, ma przede wszystkim na celu powiadomić kolegów, interesujących się tym przedmiotem, jakie były dalsze losy chorych, których historyje ogłosiłem przed laty trzema na zjeździe lekarzy i przyrodników w Berlinie ¹⁾, we Wrześniu 1886 roku, a w rok później w pracy zatytułowanej: „O chirurgicznym leczeniu suchot krtani i ich wyleczalności“ ²⁾; sądzę bowiem, że obowiązkiem każdego, ogłaszającego wyniki nowej leczniczej metody, jest śledzenie za dalszym przebiegiem opisanych przez niego przypadków, nieukrywanie rezultatów ujemnych, nieprzecenianie tego co uzyskać się udało, lecz trzeźwy, szczegółowy opis tych wyników, które o wartości metody rozstrzygać mają. Tylko tą drogą zdołamy przekonać obóz przeciwny i wartość metody utrwalić. Gdyby nawet dalsze wyniki, okazały się gorszymi od pierwszych, a metoda nie ziszcila nadziei z początku w niej pokładanych, mniej to autorowi zaszkodzi, gdy błędy swej metody odkrywa, analizuje i zapobiegać im się stara, niż dyplomatyczne zatajanie jej stron ujemnych, które wcześniej,

¹⁾ Ein Beitrag zur chirurgischen Behandlung der Larynxtuberculose. Deutsche Medizinische Wochenschrift. r. 1887.

²⁾ Gazeta Lekarska Nr. 23—32 r. 1887. Osobna odbitka.

czy później przez innych wykazanemi zostaną. „Przeznaczeniem ludzkości, powiada SZYLLER, zdaje się być, nie prawda bezwzględna, lecz dążenie do prawdy“.

Z zadowoleniem mogę zaznaczyć, że praca moja przez kolegów nader przychylnie ocenioną i uznaną została ¹⁾. Jakkolwiek liczba lekarzy posługujących się chirurgiczną metodą, jest dziś niewielka, przewyższa ona jednakże o wiele, moje oczekiwania, ze względów na nowość zalecanych przezemnie rękoczynów. Cyfra ogłoszonych przypadków przenosi 200. SCHMIDT i KRAUSE, którym nauka o leczeniu suchot krtani tyle zawdzięcza, skwapliwie przyjęli podaną przezemnie metodę i mogą się poszczycić zdumiewającą liczbą uzyskanych przy jej pomocy zabliznień, lub znacznej poprawy utrudnionego polykania, bezgłosu i kaszlu. KRAUSE na zjeździe lekarzy w Wiesbaden ogłosił swoje wyniki, uzyskane przy pomocy chirurgicznego leczenia. Na 71 chorych leczonych w ten sposób, otrzymał zabliznienie, *resp.* znakomitą poprawę u 46 chorych, t. j.: 64,8%.

¹⁾ MAURYCY SCHMIDT w Monatschr. f. Ohrenheil. [R. 1887 Nr. 12] pisze o mej pracy:

„Das wirklich epochenmachende Werk des Verf's zu besprechen ist dem Referenten ein wahres Vergnügen gewesen, denn das Werk ist ein Zeugnis eines mühevollen und ausdauernden Fleisses, umfassender Kenntnisse in Literatur, pathologischer Anatomie und Histologie und grosser practischer und technischer Befähigung.

„Verf. zieht alle einschliessenden Fächer der Medicin mit grosser Gewissenhaftigkeit in Betracht. Mit bewusster, auf gründlichen Studium beruhender Kühnheit bekämpft er die schreckliche Krankheit mit gutem Erfolge; 27 länger oder kürzer dauernde Heilungen von 35 gut beobachteten Fällen sprechen zu seinen Gunsten.

Ref. kann nach eigenen Erfahrungen Verf's Angaben über die Wirksamkeit der Methode bestätigen“.

Prof. SCHECH z Monachijum, po krytycznem rozbiórce mej pracy w Internat. Centralbl. für Laryngol. r. 1888, kończy swe sprawozdanie następującym ustępem:

„Zum Schlusse noch die Bemerkung, dass das Buch nicht etwa, wie man vielleicht dem Titel nach glauben könnte, nur Therapeutisches enthält; der durch seine zahlreichen früheren Arbeiten auf das Vortheilhafteste bekannte Verfasser hat in dem vorliegenden Buche eine höchst ausführliche Studie über Kehlkopfphtise geliefert und damit gezeigt, dass er ein ebenso vortrefflicher klinischer Beobachter, wie Histologe und pathologischer Anatom ist, dessen Ausführungen und Beobachtungen Jeder mit Interesse und Befriedigung folgen wird“.

Prof. KRAUSE w Berl. Klinische Wochenschr [Nr. 13 r. 1888] pisze:

„Die neue Methode, welche voraussichtlich bestimmt ist die therapeutischen Strebungen auf diesem Gebiete zu einem gewissen Abschlusse zu bringen, besteht in der Auslöffelung der tuberculösen Geschwüre und Infiltrate des Kehlkopfes.

„Der Erfolg der chirurgischen Behandlung der Larynxphtise einer Methode, in welche der Verfasser die Milchsäurebehandlung einschliesst, ist Vernarbung tuberculöser Geschwüre des Larynx, Pharynx, der Zunge und der Nasenschleimhaut in 27 von 35 Fällen.

„Dem Bericht über die von ihm behandelten und grösstentheils zur Heilung gebrachten Fälle schickt HERYNG ein Capitel voraus, in welchen er seine Erfahrungen über die spontane Heilbarkeit der Kehlkopftuberculose mittheilt, wie er dies schon der Oeffteren gethan hat. In der That liegt in diesem Nachweise eines der stärksten Mittel, um die Möglichkeit der Heilung der localen Tuberculose überhaupt und die Berechtigung der Forderung zu beweisen, dass die Wissenschaft die Mittel ausfindig zu machen habe, um solche natürlichen Vorgänge auch durch die Kunst erreichbar zu machen. In seiner von umfangreichem Wissen und Können, so wie grossen Fleisse zeugenden Arbeit hat HERYNG diesen Beweis erbracht..

„So darf das Buch als ein Markstein in der geschichte der Therapie der Larynxphtise bezeichnet werden“.

Z listu prywatnego, otrzymanego w tych dniach od D-ra M. SCHMIDT'a z Frankfurtu nad Menem, dowiaduję się, że z wyjątkiem zupełnie rozpaczliwych przypadków, nie kwalifikujących się wcale do miejscowego leczenia, większość chorych odzyskała zdrowie, lub doznała znakomitej poprawy. Dodatkowo te wyniki SCHMIDT wkrótce drukiem ogłosi.

Wcześniej jeszcze, bo w 1888 r. KEIMER ogłosił w *Deutsche med. Wochschr.* [N-ra 46, 48, 49, 50 i 51] wykład swój, wypowiedziany w Towarzystwie lekarskim w Düsseldorfie, o gruźlicy krtani, jej leczeniu i wyleczalności. Opierając się na dziesięciu spostrzeżeniach, w których metoda chirurgicznego leczenia, świetnem uwieńczona była skutkiem, barwnem, pełnem zapału słowem przedstawił on cały rozwój nowoczesnej phtisio-terapii, podał jej podstawy, okazał używane przezemnie do chirurgicznego leczenia narzędzia i na kilku chorych wyleczonych udowodnił jej terapeutyczne znaczenie. Do pracy tej, przy wyborze zebranego dotąd w tym kierunku literackiego materiału, jeszcze raz powrócę, tu zaś ograniczę się przytoczeniem nazwisk tych lekarzy, którzy od czasu ogłoszenia mej pracy wyniki swe opublikowali. Prócz spostrzeżeń OLTUSZEWSKIEGO, WRÓBLEWSKIEGO, SOKOŁOWSKIEGO, PIENIAŻKA, DOBRZYCKIEGO, STACHEWICZA, drukowanych po polsku, znane mi są publikacje BESCHORNER'a i GLEITSMANN'a, jakkolwiek i inni lekarze, o ile mi wiadomo, a mianowicie: MASUCCI we Włoszech, SCHAEFFER w Bremie, LUC, RUAULT i GOUGENHEIM w Paryżu posługiwali się kiuretą przy suchotach krtani.

Nie mogę tu powstrzymać się od uwagi, że uznanie wartości pewnej metody, lub środka leczniczego, nie spoczywa już, jak dawniej, wyłącznie w rękach kilku renomowanych specjalistów, lecz rozstrzyga tu ogół lekarzy. Minęły czasy, gdy ujemna opinia, wypowiedziana przez t. zw. „powagę“, niweczyła nieraz owoce cichego a sumiennego trudu, mało światu znanego pracownika i nieraz dyskredytowała go wobec ogółu. Każdy lekarz obeznany ze swoim przedmiotem, badający sumiennie i trzeźwo, skoro zyskał w nauce opinię dobrego obserwatora, ma prawo do zabierania głosu w kwestyjach najbardziej żywotnych i ważnych. Jeżeli dana metoda jest dobrą, jeżeli jej zalety są oczywiste, wyrobują jej uznanie nie tylko lekarze, ale i chorzy tą metodą wyleczeni, którzy również przyczyniają się do jej rozpowszechnienia.

Z zadowoleniem możemy rzucić okiem wstecz na plon lat ostatnich, uzyskany na polu leczenia gruźlicy. Cel dziś jest jasno określony: coraz większa dążność do chirurgii i antyseptyki uwydatniają się na każdym kroku. Obok terapii i jemu z pomocą spieszy dziś chirurg. Otwiera on jamę brzuszną przy gruźlicy otrzewnej, wyluszcza zserowaciale, w laseczki bogate gruczoly limfatyczne, rezekuje stawy, aby położyć tamę szerzącemu się zniszczeniu kości i chrząstek, usuwa zwyrodnioną przez gruźlicę błonę śluzową pęcherza moczowego łyżeczką ostrą i śmiało nią dociera do wnętrza owrzodzonej krtani. Myślą przewodnią jest mu w tem dążeniu to przekonanie, że gdy sprawa gruźlicza miejscowa zostanie usunięta, zapobieży się ogólnemu zakażeniu ustroju. Jeżeli w tym kierunku usiłowania nasze nie dały jeszcze w pełni zadawalających rezultatów, nie winijmy metody leczniczej, lecz uznajmy w wielu razach dyagnostyczną naszą nieudolność, brak doświadczenia, czasami brak energii ze strony lekarza. Dziwić mu się tru-

dno, wobec dwóch faktów: 1) że dowody wyleczalności spraw gruźliczych nie zdołały jeszcze przekonać całego szeregu lekarzy, którzy wszelkie w tym kierunku terapeutyczne usiłowania uważają za mrzonki, 2) że lekarz dotąd za rezultaty swojego chirurgicznego zabiegu, nawet wobec miejscowej gruźlicy, ręczyć nie może, gdyż nie posiadamy dziś środków rozpoznawania, o ile nastąpiło już w danym przypadku ogólne zakażenie soków i tkanek, częste skrycie przebiegające. Przypominam tu gruźlicę gruczołów limfatycznych, lepiej nam znaną dopiero od czasu prac SCHUEFFEL'a. Dziś wiemy, że lata trwające obrzmienia gruczołów limfatycznych na szyi, uważane dotąd za skrofuliczne, są natury gruźliczej. Dziś wiemy, że niewinny na pozór przerost migdałków, u osób skrofulicznych, zagrażać może ich życiu, gdyż, mieszcząc w sobie złogi gruzelków, grozi zakażeniem. Do jej wybuchu potrzeba tylko sprzyjającego momentu, t. j. *d e n u t r y c y i*, a do niej prowadzą zarówno ciężkie zgryzoty moralne, złe warunki higieniczne, wyczerpanie pracą, nadużycia płciowe, ciąża, syfilis, merkuryjalizm, jak i nadużycia alkoholu.

Powiedziałem powyżej, że lekarz za skuteczność zabiegu swego w leczeniu miejscowej gruźlicy ręczyć nigdy nie może. Przykładem to objaśnię. Zgłasza się do nas młodzieniec z obrzmieniem gruczołów limfatycznych na szyi, zserowaciałych, przechodzących w ropienie. Są one nieliczne, z jednej tylko strony położne, dość powierzchowne. Inne gruczoły limfatyczne nie są zajęte. Indywiduum nosi cechy wybitnych żołdów, odżywianie jego jednak jest pozornie doskonałe, stan bezgorączkowy, siły wyborne, płuca zdrowe. Po dokonanej operacji, uskutecznionej z zachowaniem wszelkich przeciwniełnych przepisów, rozwija się jednak gorączka. Chóry chudnie, poci się w nocy, zaczyna kaszlać i odrzucać obficie śluzoropną plwocinę. Nagle występują objawy gruźlicy prosówkowej płuc, lub opon mózgowych i chory umiera. Przy sekcji znajdujemy zserowacenie i ropienie gruczołów *o s k r z e l o w y c h*, z których jeden otworzył się do tchawicy, przedziurawiwszy jej ścianę. Przez aspirację produktów gruźliczych nastąpiło zakażenie płuc; rzecz więc była do zejścia śmiertelnego oddawna przygotowana, wyświetliła ją sekcja. Gdyby jej nie uskuteczono, cała wina spadłaby na operatora i służyłaby za poparcie bardzo nielicznych zresztą spostrzeżeń VERNEUILLE'a i kilku innych, że zabiegi chirurgiczne u osobników gruźliczych niekiedy stają się bezpośrednią przyczyną ogólnego zakażenia. Z biegiem czasu obawa ta okazuje się być płonną, powinna jednak zmuszać lekarza do ostrożnego wyboru operacyjnego materiału i jeszcze większej ostrożności w rokowaniu, jeżeli chce uniknąć zarzutu, że jego interwencja, jakkolwiek uzasadniona, naraziła życie chorego. Kwestyję tę i jej znaczenie przy gruźlicy krtani i płuc omówię w innym miejscu. Wykazałem już, że zasada stosowania chirurgicznego leczenia przy niektórych formach gruźliczych cierpień krtani powinna polegać na usunięciu ile można, doszczętnem produktów choroby u źródła, a więc na niszczeniu lub usuwaniu złogów gruzelków, bądź w błonie śluzowej, bądź w tkance podśluzowej, wreszcie na usuwaniu produktów tej sprawy, to jest: przerosłych, zgrubiałych, lub zwyrodnionych gruźliczo tkanek.

Leczenie więc to ma analogiję z leczeniem wilka lub cierpienia gruźliczego stawów, a ma z nimi wspólnem i to, że kardynalnym nieodzownym warunkiem

dla uzyskania poprawy lub wyleczenia jest i musi być zawsze poprawa odżywiania i sił chorego. Bez uwzględnienia tego punktu leczenie jest bezowocne, a i wyniki jego przechodnie. W ten sposób postawione zasady terapii gruźlicy krtani poraz pierwszy przezemnie określonymi zostały. Zalecane więc przed laty dziesięciu szerokie nacięcia nagłośni i tylnej ściany przez Maurycego SCHMIDT'a, mające tylko na celu zniesienie utrudnionego połykania, stanowią wprawdzie pierwszą próbę stosowania chirurgji przy gruźlicy krtani, nie mogą być jednak identyfikowane z omówioną przezemnie zasadą zamienienia owrzodzenia gruźliczego swoistego na owrzodzenia zwykłe. W podobny sposób zapatruje się na tę sprawę i KEIMER, którego zdanie w odnośniku przytaczam ¹⁾).

Na jeden jeszcze punkt chciałbym tu zwrócić uwagę, w którym zapatrywania moje różnią się zasadniczo od poglądów KRAUSE'go. Podczas kiedy KRAUSE łyżeczowanie skłonny jest uważać za rękoczyn, za pomocą którego kwasowi mlecznemu ułatwiamy dostęp do części głębszych, aby w ten sposób uzyskać zabliznienie owrzodzeń, ja stawiam kiuretowanie na pierwszym planie. Za pomocą łyżeczki usuwam zwyrodnione tkanki i zyskuję zabliznienie, zwykle nie uciekając się do kwasu mlecznego, który w tych razach, gdzie jest wskazaną kiureta, okazuje się zupełnie bezsilnym. Kwas mleczny ma niezaprzeczoną wartość przy owrzodzeniach bardziej powierzchownych, atonicznych, pokrytych słabą ziarniną; głębokiego nasięku gruźliczego, tkanek sklerotycznych usunąć on nie jest w stanie, albo też stosowanie jego wymaga zbyt długiego czasu, lub wreszcie wywołuje zbyt żywy zapalny odczyn. Tu kiureta, lub ostre kleszcze wchodzą w swoje prawa. Posiłkując się niemi, zyskiwałem prawie zawsze zabliznienie, bez uciekania się do następczych przyzęgań kwasem mlecznym, które, jak się o tem przekonałem, powiększają utrudnienie połykania i w razie zbyt energicznego stosowania, przedłużają nieraz okres gojenia, o którego skrócenie najbardziej tu chodzi. Tylko wtedy, gdy pomimo łyżeczowania zabliznienie się przeciągało i z powierzchni tkanki wyrastała znowu błada wiotka ziarnina, świadcząca o tem, że z głębi tkanek nie wszystkie złoży gruźlicze zostały usunięte, stosowałem po 10—15 dniach energiczne wcierania kwasu mlecznego. Pomimo tego w większości przypadków ponowne kiuratowanie okazało się niezbędnem. Bliższe szczegóły tej sprawy w innym rozdziale uwzględnione zostaną. Tutaj tylko nadmienię, że wszystkie zebrane przezemnie spostrzeżenia—zarówno w praktyce prywatnej, jak i w oddziale—sam notowałem, że badanie płwociny na laseczniki we wszystkich przypadkach przeprowadzonym zostało po większej części przez kolegę MAYZLA, a w oddziale szpitalnym przez D-ra LUBLINERA, asystenta oddziału. Wszelkie manipulacje chirurgiczne robiłem sam, a produkty kiuretowania pod drobnowidzem badałem: za wyniki zatem badania ręczyć mogę.

[C. d. n.]

¹⁾ KEIMER, loco cit.

„So exact, so zielbewusst war aber bis dahin kein Laryngologe vorgegangen, keiner hatte so vorzügliche Resultate erzielt, so dass ich HERYNG als den Vater der chirurgischen Behandlung der Larynxphthise bezeichnen möchte“... etc..

II. PRZYCZYNEK DO KAZUISTYKI TORBIELI KREZKOWYCH.

Podał

Tomasz Solman.

Dzięki postępom i rozwojowi chirurgii jamy brzusznej, wiedza lekarska wzbogaca się bezustannie nowemi spostrzeżeniami; do rzędu zaś rzadkich, i niedawno dopiero dokładniej zbadanych, należą między innymi torbiele krezkowe.

W podręcznikach chirurgii i anatomii patologicznej guzy krezki są przeważnie dosyć pobieżnie opisywane i tylko w nielicznych monografiach i notatkach kazuistycznych znaleźć można szczerogówsze dane omawianych przez nas przypadków. Pominąwszy niedokładne opisy guzów krezki, znane z dawniejszych prac BOLONIUS'a, HORSTIUS'a, BONNET'a, MORGAGNI'ego, LIETAUD'a, pierwsze dokładniej podane spostrzeżenia spotykamy w „Kursie Anatomii Patologicznej“ PORTAL'a [1803]. PORTAL dzieli guzy krezki na pięć grup, podaje dosyć dobry opis objawów, kładąc nacisk na trudności rozpoznawcze, zazwyczaj temu cierpieniu właściwe. FRANK przytacza liczne spostrzeżenia nowotworów krezki, lecz jest to prawie bezładny opis, ponieważ autor nie rozróżniał guzów pierwotnych od wtórnych. VALEIX [1860] postawił jako prawidło, że krezki wyjątkowo tylko ulegają sprawom chorobowym pierwotnym, zwykle zaś zmiany są wtórne, od zmian chorobowych innych narządów zależne. Od tej chwili przez długi przeciąg czasu przestano zwracać uwagę na guzy krezki, tembardziej, że rozpoznanie ich było trudną do rozwiązania zagadką, a leczenie za pomocą wyłącznie wówczas stosowanych środków terapeutycznych było bezskutecznem. Dopiero w ostatnich czasach wobec rozpowszechnienia laparotomij ściślejsze badania anatomo-patologiczne wzbogaciły piśmiennictwo lekarskie dokładnemi opisami guzów krezki, które znajdujemy w pracach CALLET'a (1), AUGANGEUR'a (2), WELLS'a (3), THORNTON'a (4), PÉAN'a (5), BRAMANN'a (6), HAHN'a (7), TERILLON'a (8), PRZEWÓSKIEGO (9) i wielu innych.

W szeregu różnorodnych guzów krezki, jakoto: *endothelioma*, *lipoma*, *fibroma*, *sarcoma*, *angiosarcoma*, *enchondroma*, *chylangioma*, *cystis* — torbiele zajmują dosyć pokaźną liczbę, bo niemal $\frac{1}{3}$ część ogólnej liczby opisanych przypadków. AUGANGEUR dzieli torbiele krezki w następujący sposób: torbiele surowicze, torbiele krwiste, torbiele skórzaste i bąblowce; do torbieli surowiczych zalicza torbiele, mlecz (*chylus*) zawierające. Ten ostatni sposób zapatrywania się, jak słusznie zauważył HAHN, nie jest właściwy, ponieważ *cystis chylosa* pod względem anatomo-patologicznym różni się znacznie od torbieli surowiczych, a zatem powyższa odmiana osobny dział w rozgatkowaniu zajmować powinna. Torbiele z zawartością mleczową znajdowano przeważnie przy badaniach pośmiertnych, tak np.: PITMAN (10) [1857] przy rozbiorze zwłok kobiety 23-letniej, zmarłej przy objawach zapalenia otrzewnej i niedrożności jelit, znalazł pomiędzy pętlcami kiszek torbiel, zawierającą masę gęstą, białą, składającą się

z rozpadu tłuszczowego i białkowego, do mleczu bardzo podobną. Pierwszy przypadek usunięcia torbieli mleczowej krezki za pomocą laparotomii podali w r. 1880 MILLARD i TILLAUX (11), następnie analogiczne przypadki opisali: WERTH (12), KUESTER (13), BRAMANN, KILIAN (14). Ogółem w dostępnej mi literaturze znalazłem 5 operowanych przypadków *cystis chylosae*; z zestawienia zaś ich wypadła, że były to między dwoma listkami krezki, śród pętlic cienkich kiszek pomieszczone torbiele, zawierające od 800 do 2200 ctm. sześć. płynu podobnego do gęstego mleka, lub śmietany, składającego się z tłuszczu, białka i kryształów cholestearyny. Torbiele powyższe były jednokomorowe; ściana ich składała się z cienkiej warstwy tkanki łącznej i włóknistej, z resztkami, w dwóch przypadkach tkanki gruczołowej, a z wyjątkiem przypadku, podanego przez KUESTERA, wewnętrzna ich powierzchnia nie była pokryta nabłonkiem. Jako przypuszczalny początek rozwoju tych guzów, autorowie powyżej nadmienieni podają gruczoły limfatyczne, naczynia mleczne, *cysterna chyli*. W trzech przypadkach dokonano wyluszczenia, z jednym zejściem śmiertelnem, w dwóch zaś pozostałych — przecięcia, przyszycia i drenowania z pomyślnym wynikiem. Do powyższych przypadków dodać należy następujący, który w klinice prof. Kosińskiego spostrzegalem.

Do kliniki chirurgicznej w szpitalu Ś-go Ducha przybyła w dniu 10 Maja 1880 r. Szmidt Łaja, niezamężna, 20 lat wieku licząca. Chora, przedtem zupełnie zdrowa, skarży się na guz w jamie brzusznej, niedawno zauważony, a od kilku miesięcy znaczne bóle powodujący. Pierwszy raz miesiączkowanie pojawiło się w 12 roku życia, następne miesiączkowania przychodziły w prawidłowych odstępach czasu, trwając za każdym razem od 3 do 4 dni; od dwóch miesięcy dopiero towarzyszą im silne bóle w jamie brzusznej. W Styczniu r. b. chora poczuła po raz pierwszy bóle w okolicy pępkowej, głównie zaś w podbrzuszu z lewej strony. W pierwszych dniach Marca chora przypadkowo zauważyła w powyższej okolicy guz, wielkości małej pięści, okrągły, dosyć ruchomy, dający się cokolwiek przesuwać na prawo i na lewo od linii środkowej brzucha, nie wywołujący znacznych dolegliwości. Guz zwolna powiększał się, bóle stawały się coraz silniejszymi, szczególnie przy zginaniu się, przy wzdęciu brzucha i prawie zawsze po przyjęciu obfitszej, niż zwykle, ilości pokarmów. Na dwa tygodnie przed przybyciem chorej do kliniki powstały bez widocznej przyczyny gwałtowne bóle w brzuchu, szczególnie w okolicy guza, zaparcie stolca, zatrzymanie moczu, stan gorączkowy. Po trzech dniach trwania powyższych objawów nastąpiło polepszenie: bóle zmniejszyły się, powracając jednakże przy lekkim nawet uciskaniu guza; wypróżnienia poczęły odbywać się drogą naturalną; pozostała jednak skłonność do zaparcia stolca i częsta, cogodzinna niemal, potrzeba oddawania moczu; stan podgorączkowy trwał ciągle.

Chora średniego wzrostu, miernej budowy, dosyć dobrze odżywiona, blada, na twarzy wyraz cierpienia i obawy przy dotykaniu powłok brzusznych. Brzuch cokolwiek powiększony, w podbrzuszu z lewej strony dostrzegamy nieznaczne wypuklenie. Objętość brzucha na wysokości pępka 80 ctm., odległość od wyrostka mieczykowatego do pępka 17 ctm., od pępka do spojenia łonowego 15 ctm.. Poniżej i z lewej strony pępka pod dosyć grubymi powłokami brzucha,

łatwo wyczuć można guz wielkości głowy noworodka, okrągły, o gładkiej powierzchni, silnie naprężony, dosyć wyraźnie chelboczący. Górna granica guza znajduje się na wysokości pępka, dolna dosięgać się daje na dwa palce ponad spojeniem łonowem; na prawo guz przechodzi cokolwiek poza linię białą, na lewo nie dosięga na 2 ctm. do *spina ossis ilei anterior superior* i do więzów POUPART ; wgląd guz dolnym odcinkiem sięga małej miednicy, nie wypełniając jej całkowicie. Wypukiwanie brzucha w okolicy guza wykazuje w lewym podbrzuszu, w miejscu, odpowiadającym największemu wypukleniu powłok, na przestrzeni wielkości dłoni, na linii łączącej pępek ze środkiem więzów POUPART'a, odgłos tępy, na około zaś tego miejsca, jak również między dolną granicą guza i spojeniem łonowem odgłos bębunkowy. Wątroba i śledziona nie powiększone, od guza oddzielone kiszki. O ruchomości guza nie można mieć dokładnego pojęcia, ponieważ wszelkie próby przesuwania guza wywołują gwałtowne bóle i opór chorej względem dalszego badania w tym kierunku. Przednia powierzchnia guza wydaje się jednak być do powłok brzusznych przyrośniętą. W jamie brzusznej wysięku nie ma. Przy badaniu przez pochwę określamy: macica mała, w tyło-pochyleniu, ruchoma; przez strop pochwy z lewej strony można wyczuć dolny odcinek guza okrągłego, o gładkiej powierzchni; położenia lewego jajnika nie można dokładnie określić, położenie i wielkość prawego jajnika prawidłowe. Badanie cewnikiem wykazało, że pęcherz jest niepowiększony, odsunięty na prawo. W innych narządach wewnętrznych żadnych wybitnych zmian nie dostrzegamy. Badanie wydzielin nie wykazało nieprawidłowych składników. Stan podgorączkowy, ranna ciepłota 37° C., wieczorna 38° do 38,5° C., tętno 76, słabe. Objawy podmiotowe: bóle w okolicy guza, szczególnie przy ucisku, skłonność do zaparcia stolca, częsta potrzeba oddawania moczu.

Na zasadzie powyższych objawów stanowczo określić można w opisanym przypadku istnienie torbieli w jamie brzusznej; co zaś do punktu wyjścia, to możliwemi wydawały się głównie dwa przypuszczenia: popierwsze, torbiel lewego jajnika, na dosyć długiej szypule, prawdopodobnie skręconej, co wydawało się najbardziej prawdopodobnem; podrugie zaś, że torbiel z krezki lub sieci wychodzi. Wszelkie inne pochodzenie guza zostało wykluczonem.

W dniu 19 Maja prof. Kosiński przystąpił do operacji. Po przecięciu ściany brzusznej pomiędzy pępkiem i spojeniem łonowem na przestrzeni około 10 ctm. okazało się, że przednia powierzchnia guza jest przyrośnięta do ściany brzusznej, zrost jednak jest świeży i z łatwością ręką oddzielić się daje, krwawienie nieobfite. Oddzieliwszy tym sposobem torbiel od ściany brzusznej i rozpatrzywszy się w położeniu i stosunkach guza, przekonano się, że guz nie ma żadnego związku z narządami płciowemi i wszelkimi innymi narządami, znajdującymi się w jamie brzusznej, lecz znajduje się w okolicy lędźwiowo-krzyżowej kręgosłupa, jest otoczony pętlą cienkich kiszek, których błona surowicza przechodzi bezpośrednio na powłokę surowiczą guza, czyli, że guz znajduje się w *mesenterium*, a zatem prawdopodobnie z torbielą krezki mamy do czynienia. Przeciąwszy powłokę surowiczą na guzie, prof. Kosiński przystąpił do wyluszczenia torbieli, przeważnie za pomocą tępych narzędzi i palców, przyczem torbiel pękła i poczęła wypływać zawartość jej w postaci płynu gęstego, kolo-

ru mlecznego, bez skrzepów, podobnego do rzadkiej śmietany; płynu tego wypłynęło około litra. Zabezpieczywszy się za pomocą serwetek od zaciekania zawartości torbieli do jamy otrzewnej, zacisnąwszy otwór w przerwanej ścianie szczypcami BILLROTH'a, torbiel usunięto doszczętnie. Po starannem wymyciu rany między dwiema warstwami krezki rozczyłem $\frac{1}{3}\%$ sublimatu, po wygąbkowaniu za pomocą tamponów z waty i gazy jodoformowej, operujący nałożył szew kuśnierski na rozciętą krezkę. Oczyszczenie jamy otrzewnej, całkowite zeszyście ścian brzusznych, opatrunek jodoformowy, zakończyły operację, trwającą niespełna godzinę.

Po operacji przebieg był najzupełniej pomyślny. Najwyższy stopień ciepłoty drugiego i czwartego dnia $38,2^{\circ}$ C., rano ciepłota 37° C., od piątego dnia stan bezgorączkowy; nieznaczne bóle w brzuchu, ogólny stan zupełnie zadawalający; moczu tylko chora sama nie może oddawać, wskutek czego okazała się potrzeba używania cewnika. 28 Maja, t. j. w 8 dni po operacji, pierwsza zmiana opatrunku; okazało się, że brzuch jest zapadnięty, rana powłok zagojona przez rychłozrost. Wszystkie szwy zostały usunięte, zalecono olejek rącznikowy, poczem nastąpiły obfite wypróżnienia i odtąd oddawanie moczu odbywało się prawidłowo. W trzy tygodnie po operacji chora opuściła szpital, nie uskarżając się na żadne dolegliwości.

Badanie anatomo-patologiczne torbieli, oraz chemiczny rozbiór jej zawartości, dokonane dzięki uprzejmym zabiegom D-rów PRZEWOSKIEGO i NENCKIEGO, wykazały następującą budowę guza: okrągły guz, wielkości głowy noworodka składał się z błoniastej torby i gęstej, żółtawo białej, podobnej do rzadkiej śmietany zawartości. Błoniasta torba na wewnętrznej powierzchni jest prawie zupełnie gładka i obejmuje jedną okrągłą komorę [torbiel jednokomorowa]. Zewnętrzna powierzchnia torby łączy się z sąsiednimi narządami za pomocą luźnej tkanki łącznej i tylko miejscami silniej przyrasta do przylegającej otrzewnej i gruczołów limfatycznych. Grubość torby nie wszędzie jednakowa, przeważnie jest ona cienka od $\frac{1}{4}$ do 1 milim., tylko miejscami widać na niej wysepki zgrubienia, dochodzące do 3 lub 4 milimetrów. Dla gołego oka torba ma wygląd białawej, mocnej, włóknistej błony. Przy zeszkrobaniu wewnętrznej powierzchni torby miejscami zaledwie udaje się otrzymać jedną lub więcej złączonych brzegami komórek nabłonkowych płaskich podobnych do śródbłonka błon surowiczych. Komórki powyższe są blaszkowate, zawierają jedno owalne, delikatnie obrysowane jądro i naokoło jądra posiadają stosunkowo nieznaczną ilość protoplazmy. Skrawki, robione we wszystkich kierunkach z torby guza, wykazały, że składa się ona wszędzie z dosyć zbitej włóknistej tkanki łącznej, naciezionej w różnych miejscach dosyć mocno komórkami podobnymi do wędrujących i zawiera wogóle niewiele naczyń krwionośnych. Wyróżnia się owa tkanka łączna od zwykłej zbitej tkanki łącznej tem, że wszędzie zawiera wiele obszernych szparowatych przestrzeni limfatycznych i wiele ognisk tkanki cytogennej takiej, jaka tworzy foliкуły limfatyczne. Szparowate przestrzenie limfatyczne torby wysłane są albo jednowarstwowym płaskim śródbłonkiem, lub też tylko oddzielnie leżącymi płaskimi komórkami, a zresztą żadnych innych własnych ścian nie posiadają. Forma przestrzeni limfa-

tycznych jest nieregularna; są one nierównie obszerniejsze, niż naczynia włoskowate krwionośne. We wnętrzu szpar leżą gromadkami lub rozrzucone pojedynczo komórki podobne do bezbarwnych krążków krwi i miejscami robne kropelki tłuszczu. Kierunek wzmiankowanych szpar rozmaity, równoległy do wewnętrznej powierzchni torby, a także skośny i miejscami prawie pionowy. Na niektórych skrawkach można się było przekonać, że powierzchnie limfatyczne łączą się ze światłem torbieli. W związku z opisanymi szparami limfatycznymi znajdują się w ścianie torbieli ogniska tkanki cytogennej, okrągławe, soczewkowate, placuszkowate, miejscami zupełnie ostro ograniczone, miejscami zaś granice ich przechodzą w coraz słabsze nacieczenie otaczającej tkanki łącznej komórkami podobnymi do limfatycznych. Każde ognisko na wypędzanych preparatach przedstawia wyraźną siateczkę (*reticulum*), zupełnie podobną do takiej samej siateczki gruczołów limfatycznych. W oczkach siateczki leży bardzo wiele komórek podobnych do wędrujących. Nakoniec w obwodowej swej części, lub też i w środkowej, ogniska tkanki cytogennej są przeniknięte przez szerokie zatoki limfatyczne, w których miejscami widać kropelki tłuszczu. Zawartość torby stanowi płyn gęsty, białawy, oddziaływania obojętnego, 68,46% części stałych zawierający. Części stałe składają się przeważnie z tłuszczu 62,31%, śladów ciał białkowych i soli mineralnych; cholestearyny nie znaleziono.

Badanie pod drobnowidzem wykazuje, że płyn ten zawiera bardzo wiele kropel wolnego tłuszczu; dosyć często pojedyncze drobne kropelki zlewają się w większe masy tłuszczowe. Nierzadkie też zjawisko pomiędzy kropelkami tłuszczu stanowią igielkowate kryształki tłuszczowe pojedyncze, lub ułożone w pęczki. Oprócz tłuszczu, widać także tu i owdzie w zawartości dobrze zachowane komórki podobne do wędrujących i także komórki stłuszczone. Prócz wymienionych składników w zawartości torby przy jej wewnętrznej powierzchni można było zauważyć tu i owdzie miękkie, białawe, luźno przylegające kłaczki, przeniknięte niewielką ilością kropelek tłuszczowych, głównie zaś składające się ze splecionych we wszystkich kierunkach cienkich nitok włókniaka i dosyć znacznej ilości komórek podobnych do limfatycznych. Włosów, zębów i t. d. w tłuszczowej zawartości torby nigdzie nie ma. Wobec powyższej budowy nie ulega wątpliwości, że opisany powyżej guz jest torbielą mleczową krezki (*cystis chylosa mesenterii*). Od torbieli skórzastej odróżnia go forma drobnowidzowa zawartości, a także brak wyściółki, złożonej z komórek podobnych do naskórkowych i budowa drobnowidzowa ścian torbieli. Co się tyczy sposobu powstawania torbieli mleczowej, to wogóle myślą, że jest ona wynikiem rozszerzenia się *cysternae lymphaticae chyli*, albo też rozszerzenia się naczyń limfatycznych, zawierających mlecz. Jedno i drugie przypuszczenie jest prawdopodobnym domysłem. Co jednak znaczą ogniska tkanki limfatycznej, rozrzucone wszędzie we włóknistej ścianie torbieli? Czy one nie są dowodem, że torbiel może rozwijać się i w samym gruczole limfatycznym [PRZEWOSKI]? W ostatnim razie torbiel mleczowa powstałaby z rozszerzonych zatok limfatycznych, a rozsunięte resztki gruczołu limfatycznego tworzyłyby ogniska tkanki cytogennej w ścianach.

Torbiele krezkowe ze stanowiska klinicznego zasługują szczególnie na uwagę pod względem rozpoznawania i leczenia. Rozpoznawanie torbieli krezek jest nader trudnem, o ile mi wiadomo, nigdy dotąd dokładnem nie było; najczęściej zaś przyjmowano te guzy za torbiele jajników [BUCKNER (15), CARTER (16), LAWSON TAIT (17)]. Objawy, same przez się wzięte, nie przedstawiają żadnych cech wyłącznych i tylko zestawienie ich może poniekąd mieć rozstrzygające znaczenie. COLLET twierdzi, że mamy prawo podejrzewać torbiel krezki, jeżeli guz powstaje i rozwija się szybko, jest umiejscowiony w okolicy pępkowej, a przy wypukiwaniu istnieje odgłos kiszkowy — „*zone de sonorité*“ między ścianą brzuszną i guzem. TERILLON radzi zwracać uwagę szczególnie na trzeci z powyżej wspomnianych objawów, który powstaje wskutek tego, że guz, rozwijając się pomiędzy listkami krezki, odpycha przed sobą jedną lub kilka pętlic kiszek, które między ścianą brzuszną i powierzchnią guza leżeć będą. Że jednak objaw ten nie jest bezwzględnie pewnym przekonywa choćby nasz przypadek, w którym znaleziono przy wypukiwaniu odgłos tępy na przestrzeni dłoni, poza tem zaś miejscem na górnej i bocznych granicach guza, tudzież między guzem i spojeniem łonowem istniał odgłos bębnekowy. Wogóle, jeżeli u kobiet przy guzach, w jamie miednicy i w jamie brzusznej znajdujących się, określimy przy wypukiwaniu odgłos bębnekowy między dolną powierzchnią guza i spojeniem łonowem, wtedy z pewnem prawdopodobieństwem przyjąć można, że guz nie wychodzi z narządów płciowych; albowiem guzy z jajników, macicy, więzów szerokich pochodzące, rozszerzając się ponad spojenie łonowe, zwykle ku tyłowi i ku górze kiszki odsuwają, i dla tego też z nielicznymi tylko wyjątkami, jak np. przy nader długich szypułach, przy przyroście kiszek do przedniej powierzchni guza, zawsze odgłos tępy, nie zaś kiszkowy, nad spojeniem łonowem znajdujemy. Jeżeli następnie możemy wykluczyć pochodzenie guza z wątroby, śledziony, trzustki, błony śluzowej kiszek, z nerek i dróg moczowych, bąblowca sieci, otorbiony wysięk w otrzewnej, wtedy coraz więcej będziemy mieć prawdopodobieństwa, że guz z krezki lub sieci pochodzi. Trudno jest jednak orzec, czy mamy do czynienia z tłuszczakiem lub śluzakiem, czy też z torbielą krezki, ponieważ chełbotanie, na zasadzie którego głównie moglibyśmy torbiel rozpoznać, jest często niewyraźnem, a rzekome chełbotanie powyższych guzów do fałszywego wniosku doprowadzić może. O zawartości torbieli nie stanowczego powiedzieć nie można; jedynie próbne przekłócie mogłoby rzecz tę wyświecić: jest to jednak sposób, który przy guzach w jamie brzusznej wogóle, a przy guzach krezki w szczególności zarzuconym lub bardzo ograniczonym w stosowaniu być powinien. Mówiąc o rozpoznawaniu guzów krezki, zaznaczyć jeszcze wypada, że guzy sieci zupełnie podobne objawy przedstawiać mogą, i że zatem dokładne rozróżnienie jest prawie niemożliwem, chociaż guzy sieci zwykle na znaczniejszej przestrzeni, niż guzy krezki, do ściany brzusznej przylegają; różnica ta jednak, przy guzach małych rozmiarów dosyć znaczna, znika przy guzach większej objętości.

Rokowanie przy torbielach krezki uważać winniśmy wogóle za niepomyślne, jeżeli zważymy na groźne powikłania, które w przebiegu cierpienia zajść mogą, jako to: zapalenie otrzewnej wskutek pęknięcia torbieli, niedrożność jelit

[KAIN (18), SUTHERLAND (19), TROMBETTA (20)], ciężkie dolegliwości, bóle wskutek ucisku guza na sąsiednie narządy, zaburzenia w czynnościach kiszek. Wobec tego należy jaknajwcześniej przystąpić do leczenia chirurgicznego; wszelkie wyczekiwanie jest tembardziej niewłaściwym, ponieważ w miarę rozwoju guza wznoszą się trudności doszczętnego usunięcia, szczególnie gdy wskutek zapalenia otrzewnej wytwarzają się liczne i rozległe zrosty.

Istnieją trzy główne sposoby leczenia torbieli krezki: przekłócie, przecięcie i przedrenowanie po przyszyciu ściany torbieli do powłok brzusznych, wreszcie wyluszczenie.

AUGANGEUR, wobec przytoczonych przez niektórych chirurgów [PANAS, TILLAUX] przypadków wyleczenia torbieli krezki za pomocą przekłócia, utrzymuje, że należy w każdym przypadku przedewszystkiem ten rękoczyn wykonać. TERILLON jest tego samego zdania. Z powyższemi poglądami nie można się zgodzić, wobec niebezpieczeństwa, które przedstawia wykonanie przekłócia i wobec bardzo niepewnych wyników tego sposobu leczenia. Jeżeli bowiem zwrócimy uwagę na fakt, że torbiel krezki jest ściśle otoczona kiszka, które mogą nawet całkowicie przykrywać przednią powierzchnię guza, zrozumiemy, jak łatwo podczas przekłócia można zranic kiskę, lub którekolwiek z większych krwionośnych naczyń i spowodować groźne powikłania wskutek przedostania się kału do jamy otrzewnej, lub wskutek krwotoku. O tem, że przekłócie jest niewystarczającym sposobem leczenia, ponieważ najczęściej płyn prędko powtórnie się nagromadza, świadczą przypadki, opisane przez WERTH'a, KILIAN'a i innych. Wobec powyżej przytoczonych poważnych zarzutów, lepiej będzie przekłócia nawet próbnego nie dokonywać, lecz przystąpić do laparotomii i starać się torbiel całkowicie wyluszczyć, lub, gdyby wyluszczenie okazało się niemożliwym, wykonać przecięcie i przedrenowanie torbieli, przyszywszy ścianę jej do rany powłok brzusznych. Wogóle sposób postępowania, nakreślony w głównych zarysach, jest następujący: cięcie wzdłuż linii białej brzucha, pomiędzy pępkiem i spojeniem łonowem tak długie, żeby można było wprowadzić rękę do jamy brzusznej i zdać sobie dokładnie sprawę o położeniu guza, jego umiejscowieniu i stosunkach względem narządów w jamie brzusznej. Oddzieliwszy guz od zrostów ze ścianą brzuszną lub siecią, jeżeli one istnieją, rozsuwamy pętlice kiszek i staramy się dojść do siedliska guza. Przekonawszy się, że guz z krezki wychodzi, przystępujemy do wyluszczenia; będzie to możliwym tylko po przecięciu powłoki surowiczej, *respective mesenterii* na guzie. Przecięcie krezki powinno być, o ile można, długie i sięgać powinno do właściwej włóknistej powłoki torbieli; należy przytem wystrzegać się przekłócia torbieli, ponieważ po usunięciu zawartości wyluszczenie guza o wiele trudniejszym będzie; tylko przy bardzo wielkich torbielach można częściowo torbiel opróżnić. Podwiązawszy naczynia, krwawiące dosyć obficie, przystępujemy do następnego rękoczynu, mianowicie do wyluszczania torbieli z pod powłoki surowiczej. Wyluszczać należy jaknajogólniej, unikając rozrywań gwałtownych, albowiem łatwo możemy spowodować oderwanie krezki od kiszki, i wszelkie niebezpieczeństwa, wynikające ztąd, wywołać. Jakkolwiek bowiem oderwanie krezki od kiszki uchodzi czasem bezkarnie [BUCKNER], lecz niemniej przeto stanowi niepożądane powikłanie;

w takim przypadku, opisanym przez prof. Kosińskiego (21), uciec się przyszło do wycięcia kieszki na przestrzeni 19 ctm.; przypadek ten zresztą miał zejście pomysłne. Ściana torbieli jest zrosnięta z powłoką surowiczą albo luźnie za pomocą cienkiej warstwy łatwo rozrywającej się tkanki łącznej, albo też bardzo mocno, za pośrednictwem szerokich włóknistych zrostów. W pierwszym przypadku całkowite wyłuszczenie torbieli jest dosyć łatwe, w drugim bardzo trudne, częstokroć niemożliwe. W tym ostatnim razie należy ścianę torbieli przeciąć na przestrzeni około 3 ctm. i brzegi rany przyszyć do rany powłok, nakładając szew tak, żeby błona surowicza guza przylegała na znacznej przestrzeni do otrzewnej ściennej; wtedy bowiem szeroki zrost będzie dobrze zabezpieczał od przedostania się wydzieliny do jamy brzusznej; można również najprzód torbiel przyszyć, następnie zaś przeciąć jej ścianę, lub wreszcie, częściowo przynajmniej, torbiel wyłuszczyć, pozostałą zaś część torby przyszyć. Wypłukawszy torbiel przygotowaną, wyjałowioną wodą, lub słabym roztworem $\frac{1}{3}\%$ sublimatu, wprowadzamy do jamy torbieli dren, lub paski z muslinu jodoformowego. Jeżeli zaś torbiel całkowicie wyłuszczone, wypadnie po zatrzymaniu krwawienia pomiędzy dwoma listkami krezki, po oczyszczeniu rany od skrzepów krwi, nałożyć szew na ranę w krezce; wystarczy szew kuśnierski, nie zbyt ścisły z cienkiego jedwabiu. Gdyby wskutek rozerwania się torbieli podczas operacji przedostała się jej zawartość do jamy otrzewnej, powinniśmy starannie jamę otrzewnej oczyścić (*toilette*). Drenowanie jamy brzusznej po doszczętnem wyłuszczeniu torbieli jest zbytecznem; zupełne zeszyte rany powłok brzusznych właściwszem.

Liczba operowanych za pomocą laparotomii przypadków torbieli krezki jest zbyt małą, żeby można było, opierając się na statystycznych danych, rozstrzygnąć, której z metod operacyjnych pierwszeństwo przyznać należy.

Wogóle jednak mniemam:

1-o. Że przekłócie torbieli jest sposobem leczenia torbieli najczęściej bezskutecznym, a przytem częstokroć nie wolnym od niebezpieczeństw;

2-o. Że jakkolwiek przez przecięcie i drenowanie torbieli zupełne zagojenie, *resp.* wyleczenie, nastąpić może, to jednakże sposób ten wiele ujemnych stron przedstawia, jako to: długotrwałe gojenie się przez ropienie, z narażeniem chorego na przyłączenie się chorób przyrannych, na wyniszczenie, powstanie przetoki, możliwość wytworzenia się skrętu kieszki koło bliznowatej tkanki, wytworzonej na miejscu torbieli pomiędzy ścianą brzuszną i kręgosłupem, powstanie przepukliny. Z tych powodów operację pomienioną wypada ograniczyć tylko do przypadków bardzo ciężkich, w których wyłuszczenie torbieli z powodu bardzo rozległych, mocnych zrostów jest niemożliwem;

3-o. Że jedynie racjonalnem założeniem chirurga wobec torbieli krezki jest wyłuszczenie doszczętnie; przy udoskonalonej bowiem technice operacyjnej, przy doświadczeniu operującego, łatwo dadzą się przewyciężyć trudności, napotykanne przy wykonywaniu tego rękoczynu, ścisłe zaś zachowanie aseptyki dobry wynik zapewni.

L I T E R A T U R A .

- 1) CALLET. Essai sur les kystes du mésentère. Scéaux. 1884. — 2) AUGANGEUR. Tumeurs du mésentère. Paris. 1886. — 3) WELLS. Note on mesenteric cysts and tumours. Brit. Med. Journ. Lond. 1882. — 4) THORNTON. Mesenteric and omental cysts. Brit. Med. Jour. Lond. 1882. — 5) PÉAN. Tumeurs de l'abdomen et du bassin. 1880. — 6) BRAMANN. Ueber Chyluscysten. Archiv LANGENBECK. XXXV. — 7) HAHN. Ueber Mesenterialeysten. Berliner klinische Wochenschrift. 1887. Nr. 23. — 8) TERILLON. Leçons de clinique chirurgicale. Paris. 1889. — 9) PRZEWSKI. Torbiele pozaotrzewnowe. Gaz. Lekarska. 1889. — 10) PITMAN. Brit. M. Journ. 1857 [16 Mai]. — 11) MILLARD et TILLAUX. Bulletin de l'Académie de médecine Séance 17 août. 1880. — 12) WERTH. Archiv für Gynäkologie. Bd. XIX. 1882. — 13) KÜSTER. Ein chirurgisches Triennium. Berlin. 1882. — 14) KILIAN. Berliner klinische Wochenschrift. 1885. Nr. 25. — 15) BUCKNER. American Journal of Medical Sciences Philadel. 1882. — 16) CARTER. Large cyste of mesenter simulating an ovarian cyste; operat. death. Brit. Med. Jour. Lond. 1883. — 17) LAWSON TAIT. Traité des maladies des ovaires. Paris. 1886. — 18) KAIN. Strangulation of the jejunum produced by an encysted tumour of the mesentery. Charleston M. J. 1848. — 19) SUTHERLAND. Med. record. of Australia. 1863. [CALLET]. — TROMBETTA. Cystis mesenterii. Oclusio intestinalis. Revue de Chirurgie. 1888. — 21) KOSIŃSKI. Medycyna. 1888 u. Nr. 42.

III. NIEDOMYKALNOŚĆ ZASTAWEK PÓLKSIEŻYCOWYCH,

WYWOŁANA PĘKNIĘCIEM BŁONY WEWNĘTRZNEJ AORTY.

Opisał

D-r med. **J. Pawiński**,
ordynator szpitala Dzieciątka Jezus.

Wiadomo, że niedomykalność zastawek może być dwojakiemu rodzaju: albo jest rzeczywistą (*insufficiëntia vera*), opartą na tle zmian chorobowych w samych zastawkach, albo też jest względną (*insufficiëntia relativa*), przyczem zastawki są zupełnie zdrowe, otwór, wskutek rozciągnięcia ścian serca lub aorty, stał się większym, wskutek czego zastawki nie zamykają szczelnie otworu. Tym sposobem krew przedostaje się do jamy, ponad zastawkami umieszczonej, w czasie skurczu i rozkurczu serca, stosownie do siedliska zastawek [dwudzielne i półksieżcowe]. Względna niedomykalność zastawek półksieżcowych aorty powstaje zwykle wskutek rozciągnięcia aorty, przy jej wyjściu z lewej komórki. Sprawa zaś chorobowa, która do tego prowadzi, jest miażdżycą błony wewnętrznej. Choroba, tym sposobem powstała, zwie się chorobą Hodgson'a. Na tem jednak miejscu mamy zamiar zaznaczyć inny sposób powstawania względnej niedomykalności zastawek tętnicy głównej, który należy do bardzo rzadkich. Przyczyną niedomykalności zastawek może być pęknięcie błony wewnętrznej aorty w bliskości samych zastawek. W literaturze znalazłem wzmiankę o jednym podobnym przypadku, spostrzeżonym na klinice prof. LEUBE'go przez dr. FUTTERER'a ¹⁾; dla

¹⁾ Specielle Diagnose der inneren Krankheiten von prof. W. LEUBE. Leipzig. 1889, pag. 31.

tego też sądzę, że podanie szczegółowe następującego spostrzeżenia nie będzie zbyt cennym.

Czajkowska Elżbieta, lat 70, wyrobница, przybyła do szpitala Dz. Jezus, skarżąc się na ból w dolku sercowym i w okolicy serca, krótki oddech i ból głowy.

Od roku już czuje się chorą. Oddawna cierpi na bóle reumatyczne w kończynach dolnych i górnych, a nawet w ostatnich czasach zauważyła obrzęk nóg.

Budowa średnia. Odżywianie słabe, wygląd bezkrwisty. Tętno 80, twarde, skaczące, szybkie. Wyraźna miażdżyca tętnic powierzchownych. Tętnienie tętnic szyjowych widoczne. Obrzęk stóp i goleni umiarkowany. Granice płuc z przodu i z tyłu obniżone (*emphysema*). W obu płucach, zwłaszcza w lewym, słychać dość liczne rżenia wilgotne.

Uderzenie wierzchołkowe serca znajduje się w VI międzyżebżu na lewo od linii sutkowej lewej w bliskości linii pachowej przedniej. Jest ono silne, unoszące palec, dość rozległe, widoczne.

Górna granica tępości serca znajduje się przy lewym brzegu mostka na wysokości III żebra, w linii zaś przymostkowej—na IV żebrze. Lewa granica dochodzi do linii pachowej przedniej, prawa zaś przechodzi na mostek, dosięgając prawego jego brzegu. Dolna granica idzie wzdłuż VII żebra. Słowem: tępość serca powiększona w obu wymiarach, głównie jednak w poprzecznym, i to w kierunku na lewo i na prawo.

U wierzchołka serca pierwszy ton jest nieczystym, zamiast drugiego zaś tonu słychać szmer rozkurczowy, którego natężenie w kierunku na lewo i ku górze wzmagają się. U podstawy serca, jak również na przebiegu całego mostka słychać: bardzo głośny szmer rozkurczowy, rozlegający się, a prócz tego i szmer skurczowy mniej wydatny.

W tętnicach szyjowych stwierdzić można również istnienie skurczowego szmeru; tętnienie prawej tętnicy szyjowej wspólnej wyraźniejsze, niż lewej.

Wątroba nieco powiększona, lewy jej zraz wyczuwa się dobrze. Przewód pokarmowy nie przedstawia żadnych zaburzeń. Ilość kwasu nieco zmniejszona. Mocz zawiera białko w ilości 0,08% i nieliczne szkliste cylindry nerkowe.

R o z p o z n a n i e. *Insufficiencia valvularum semilunarium aortae. Endoaortitis chronica. Hypertrophia cordis consecutiva.*

Chorej zapisałiśmy najprzód: *Inf. Digitalis* z 18 gr. na 6 uncyj wody, a po wyżyciu 2 dawek zaleciliśmy jodek potasu (5j—5vj. 2 — 3 łyżek dziennie). Pod wpływem tych środków i spokoju stan chorej poprawił się nieco: poprzeczny wymiar serca zmniejszył się, a jednocześnie objawy zastoiny w płucach powoli ustępowały. Jednocześnie ze wzmocnieniem siły serca szmer skurczowy słyszalny w przebiegu aorty stał się głośniejszym z bardzo wyraźnym muzycznym odcieniem. Po kilku dniach słychać go było na całym *praecordium*; pokrywał on prawie zupełnie szmer rozkurczowy. Wkrótce mięsień serca zaczął się wyczerpywać, wystąpiła wyraźna niemiarowość tętna, które jednak pozostało szybkim i skaczącym. Wśród duszności, zwiększających się zastojów w małym i wielkim krwiobiegu, chora zmarła 22 Maja 1889 r.

B a d a n i e p o ś m i e r t n e w y k a z a ło: w dolnych częściach płuc przekrwienie bierne i obrzęk; serce o połowę powiększone. Lewa komórka w stanie

przerostu odśrodkowego. Brzeg zastawki dwudzielnej nieco zgrubiały. Prawa komórka i prawy przedsionek rozszerzone. Zastawki półksiężycowe żadnych zmian nie przedstawiają. Na błonie wewnętrznej aorty znajdują się liczne zgrubienia, zależne od sprawy miażdżycowej; w niektórych miejscach spostrzega się nawet owrzodzenia z zabarwionymi [pigmentowanymi] brzegami. Tuż pod zastawkami półksiężycowymi, mianowicie pod tylną i wewnętrzną, znajduje się pęknięcie błony wewnętrznej aorty w poprzek na przestrzeni 6 ctm.; błony średnia i wewnętrzna nie są uszkodzone, tylko nieco na zewnątrz wypukłone. Brzegi pękniętej błony wewnętrznej są równe, niepodminowane, a w środku rozdarcia oddalone od siebie na 13 milim.. Podobne pęknięcie, tylko mniejsze — na przestrzeni 2 ctm., — spostrzega się na łuku aorty na jej wklęsłości. Tętnice wieńcowe serca nie przedstawiają żadnych zmian chorobowych.

Szerokość aorty przy jej początku wynosi 8 ctm., w części zaś zstępującej obwód jej wynosi 6 ctm.. Aorta zstępująca, a nawet brzuszna przedstawia na swej błonie wewnętrznej bardzo liczne i rozległe ogniska miażdżycowe.

Błona śluzowa żołądka zgrubiała, pokryta śluzem, a na fałdach jej widać nadżarcia krwotoczne (*errosiones haemorrhagicae*).

Wątroba w stanie biernego przekrwienia; nerki przedstawiają zmiany właściwe przewlekłemu mieszanemu zapaleniu (*nephritis chronica mixta*).

Epicrysis. Przypadek powyższy zasługuje na uwagę ze względu, iż za życia istniały niewątpliwe dane, wskazujące na niedomykalność zastawek półksiężycowych [głośny szmer rozkurczowy u podstawy serca, przerost lewej komórki, tętno szybkie, skaczące], gdy tymczasem po śmierci okazało się, że zastawki były zupełnie nieknięte, a aorta u swego początku przedstawiała zwykłą szerokość. Nie była to zwykła niedomykalność. Powstała ona w naszym przypadku w ten sposób, iż w czasie rozkurczu serca odbita fala krwi (*Rückstoss-welle*) wypełniała tętniakowe zagłębienie [wywołane pęknięciem błony wewnętrznej aorty], wypukłało je na zewnątrz, a znajdując się tuż nad zastawkami, przeszkadzała szczelnemu zamykaniu się tychże.

Co do głośnego szmeru skurczowego, słyszalnego w przebiegu aorty, to ten początek swój zawdzięczał przewlekłej sprawie miażdżycowej. Później, ze wzmocnieniem siły serca, stał się nawet muzykalnym i zagłuszył szmer rozkurczowy. Ze względu, iż tętno posiadało wyraźne cechy tętna szybkiego i pozostało takim do końca życia, nie mogliśmy odnieść go do zwężenia otworu aorty, lecz trzeba było policzyć go na karb sprawy miażdżycowej.

Co się tyczy pęknięć błon aorty, to powstają one albo wskutek przyczyny zewnętrznej, urazowej, jak np. po uderzeniu, upadnięciu z wysokości, albo też wskutek zmian miażdżycowych na błonie wewnętrznej, jak to np. w naszym przypadku miało miejsce. Najrzadziej zaś zdarza się, aby pęknięcie nastąpiło przy zdrowych ścianach aorty bez udziału urazu, lub spraw wrzodziejących w sąsiedztwie. W naszym przypadku pęknięcie ograniczyło się tylko do błony wewnętrznej; niekiedy jednak pęknięcie dotyczy wszystkich błon aorty i wtedy następuje groźne wylanie się krwi, co najczęściej do śmierci prowadzi; skoro zaś pęknięcie dotyczy błony wewnętrznej i średniej, to krew przez pęknięte miejsce podminowuje błonę zewnętrzną, oddziela ją niekiedy na znacznej przestrzeni od

blony średniej, tworząc t. z. *aneurysma dissecans*. Rzadko zdarza się, aby krew przedostawała się po pęknięciu błony wewnętrznej pomiędzy tę ostatnią a średnią.

Zachodzi teraz pytanie: czy takie pęknięcie błony wewnętrznej może być za życia rozpoznane? Odpowiedź brzmi przecząco. Jeśli pęknięcie jest świeże, a same zastawki nie zostały uszkodzone, to niedomykalność nie będzie miała miejsca, a więc żadnych objawów wysłuchowych, ani opukowych nie będziemy mieli; dopiero z biegiem czasu stare pozostałe błony utracą swą sprężystość i zostaną przepływającą krwią na zewnątrz wypukłone w postaci workowatego tętniaka, wtedy ta lub inna zastawka może się stać niedostateczną. Wtedy to usłyszymy szmer rozkureczowy u podstawy serca, a tętno stanie się szybkim i skaczącym. Rozumie się samo przez się, że tylko te pęknięcia, które znajdują się tuż przy zastawkach, mogą dać powód do powstania takiej niedomykalności.

Czy jednak niedomykalność, w ten sposób powstała, jesteśmy w stanie wyróżnić od niedomykalności rzeczywistej i od niedomykalności względnej w chorobie Hodgson'a? Odróżnienie od tej ostatniej jest zwykle niemożliwym, bo w jednym i w drugim razie przyczyną podstawową bywa miażdżycza części wstępującej aorty, następnie rozszerzenie tęjże i przerost serca. Tylko w wyjątkowych przypadkach niezadawnionych, w których niedomykalność powstała wskutek pęknięcia błony wewnętrznej, nieuległej żadnym zmianom chorobowym, można się kierować — do pewnego czasu — brakiem stłumienia w górnej części mostka, brakiem szmeru skurczowego w przebiegu aorty i etjologiją [najczęściej urazy].

Co się tyczy różniczkowego rozpoznawania pomiędzy niedomykalnością rzeczywistą a względną, to głośny szmer rozkureczowy z odcieniem muzycznym przemawiać będzie więcej za niedomykalnością względną, a to z powodu, iż zastawki, niezmiennione przepływającą falą krwi, bywają wprawiane w regularniejsze drgania, aniżeli wówczas, skoro uległy zmianom chorobowym.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Alfred Fournier. Zaszczepienie przymiotu wraz z ospą ochronną.

Dowodów klinicznych zaszczepienia przymiotu wraz z ospą ochronną dziś nie brak; nieszczęśliwe bowiem przypadki zarażenia w ten sposób przymiotem nie należą do rzadkości, chociaż ilość dobrze znanych, opisanych przypadków nie dochodzi do tysiąca. Ale to nie może być wcale miarą ich częstości. Jeżeli są jeszcze wątpliwy, że tą drogą można nabyć przymiot, doświadczenie D-ra Cory usuwa pod tym względem wszelkie wątpliwości.

D-r Cory, jeden z dyrektorów instytutu szczepienia ospy w Londynie, dokonywając tysiące szczepień rocznie, nigdy nie widział zaszczepienia wraz z ospą przymiotu i nie wierzył nawet, aby to było możliwym. Dla potwierdzenia tego swego przekonania, sam zaczął sobie szczepić ospę, pochodzącą od osobników syfilitycznych.

W r. 1878, dziecku 8-o-miesięcznemu z przymiotem wrodzonym, ale nieprzedstawiającemu w danej chwili żadnych objawów, zaszczepił ospę z pryszcza

wytworzonego, zebrał limfę bez krwi i zaszczepił sobie. Rozwinęły mu się prawidłowe krosty ospowe.

W r. 1879 poraz drugi zaszczepił sobie limfę ospową, zebraną z 3-miesięcznego dziecka, mającego wysypkę przymiotową i inne objawy. Wynik ujemny.

Trzeciego szczepienia na sobie samym dokonał w r. 1881 limfą z dziecka 5-o-miesięcznego, dotkniętego różyczką przymiotową, łepieżami płaskimi i t. d. i w tym razie wynik był ujemny.

Dnia 6 Lipca 1881 r. zaszczepił sobie po raz czwarty przez 3 nakłócia limfę ospową, bez domieszki krwi, z 3-miesięcznego dziecka syfilitycznego. Przez długi czas nic się nie rozwijało. Dopiero 26 Lipca na miejscach szczepień pojawiły się dwie suche grudki (*papulae*), które stopniowo się powiększały, owrzodziły i pokryły strupkami; jednocześnie obrzmiały gruczoły pachowe odpowiedniej strony, a 31 Sierpnia przy towarzyszeniu zwykłych objawów ogólnych wystąpiła różyczka przymiotowa na całym ciele. Doświadczenie to kontrolowane było przez HUTCHINSON'a, HUMPHRY'ego, BRISTOWE'a i innych, i dostarczyło jednego więcej, niezbitego dowodu zaszczepialności przymiotu wraz z ospą ochronną.

Ten sposób przeniesienia przymiotu nie tylko dotknąć może osoby, ale od nich przechodzi na bardzo wiele osób i staje się groźnem dla całej miejscowości, a nieraz i okolicy. Limfa ospowa jest bardzo cenna, bo nie każdy pozwala ją zbierać; gdy więc znajdzie się jakie źródło, zbierają jej jak największą ilość, i szczepią nią na raz kilku lub kilkunastu nawet osobom. Za przykład posłużyć tu mogą niefortunne szczepienia ospy w Koblency, gdzie weterynarz, na 24 szczepionych osób, zaraził przymiotem 19, w Riwalcie limfą z jednego dziecka syfilitycznego szczepiono 46 dzieci, z których 39 zarażono przymiotem. W Algierji w ten sam sposób zaszczepiono przymiot 58 żołnierzom pułku żuawów. Bardzo często znów zarażone dzieci dają materiał do szczepienia dla innych dzieci lub osób, które znów się zarażają i t. d.; w Riwalcie np. jedno z powyż wspomnianych dzieci dostarczyło limfę do szczepienia dla 17 innych, z których 7 dostało przymiotu. Ale szerzenie się przymiotu na tem jeszcze się nie ogranicza. Przymiot dzieci najczęściej jest źródłem licznych zakażeń: ssawiec bowiem syfilityczny zaraża swą mamkę, albo i kilka mamek, te znów swoje własne dzieci, lub innych ssawców, mężów i t. d.; prócz tego dzieci przenoszą przymiot na osoby otaczające, na rodziców, braci, siostry, niańki, bony, bądźto bezpośrednio, bądź też za pośrednictwem naczyń, przedmiotów toaletowych i t. d. ADELASIO np. opisuje, że w okolicach Bergamu sześciorgu dzieciom szczepiono ospę limfą, pochodzącą z jednego źródła: pięcioro z nich wraz z ospą zarażyło się przymiotem.

Pierwsze dziecko zarażyło: matkę, mamkę, która znów zarażyła swoje dziecko i innego ssawca, którego chwilowo karmiła, drugą mamkę i swą siostrę.

Drugie dziecko zarażyło matkę, a ta męża. Trzecie — tak samo.

Czwarte: brata, matkę, która zarażyła męża.

Piąte: mamkę, syna mamki, matkę, która znów zarażyła nowonarodzoną córkę i męża.

Więc te pięcioro dzieci bezpośrednio lub pośrednio zarażyło przymiotem 18 osób najbliższego otoczenia. W ten sposób przymiot wakcynalny staje się już prawdziwą klęską społeczną; a jeśli to się dzieje w małej miejscowości, to powstaje prawdziwa epidemia przymiotu, do jakich zaliczyć należy epidemie w Riwalcie, Kremonie, Luparze, Morbihanie i inne.

*

*

*

Zaszczepiony zarazek syfilityczny z limfą ospową, u jednych nie wywołuje przymiotu, u innych, przeciwnie, powoduje objawy przymiotu. Klinicznie jest to fakt oddawna znany, a doświadczalnie stwierdzili to CORY i DELZENNE, któ-

rzy po trzykroć bezskutecznie szczepili sobie limfę ospową ze źródła syfilitycznego. Te jednak dane ujemne, chociaż bardzo liczne, nie mogą zmniejszyć doniosłości faktów klinicznych i doświadczalnych, dowodzących zaraźliwości limfy ospowej syfilityków. A wreszcie zdarza się niemal codziennie widzieć, że szczepienie zarazków zawodzi: limfa ospowa i krowianka często się nie przyjmują, albo też z kilku ukłóć bardzo często nie wszystkie rozwijają się w krosty ospowe. I zarazek przymiotowy nieraz zawodzi. D-r RATTIER po kilkakroć szczepił sobie wydzielinę różnych wykwitów wtórnego przymiotu bezskutecznie, tak samo i CULLERIER, a SARRHOS, który nigdy, jak i poprzedni lekarze, przymiotu nie miał, trzydzieści razy szczepił sobie wydzieliny różnych wykwitów wtórnych, rozpoznawanych przez RICORD'a, i zawsze bez skutku. Tak samo rzecz się ma i ze szczepieniem krwi syfilityków: na 19 szczepień, 14 nieudanych. Pomijamy tu również objaśnienia tych faktów, to jednak zostaje z nich pewnem, że często zaszczerpiony zarazek pozostaje nieszkodliwym dla ustroju.

Jeżeli jednak z limfą ospową zaszczerpiony zarazek przymiotu ma wytworzyć pierwotny jego objaw — szankier syfilityczny — w takim razie, albo wytwarza się samo tylko pierwotne stwardnienie przymiotowe, albo też oba zarazki jednocześnie wytwarzają właściwe sobie produkty.

W pierwszym razie, gdy sam przymiot tylko ma się rozwinąć, zarazek ospowy ginie, albo raczej nie przyjmuje się, jak to nieraz bywa nie tylko przy powtórnem szczepieniu, ale przy pierwszym. Widzimy wtedy to, co spostrzegamy zwykle przy nabytem, lub doświadczalnie wywołanem pierwotnem stwardnieniu przymiotowem u zdrowych ludzi. Ranki szybko się zablizniają, a po okresie wylegania (*incubatio*), trwającym średnio 20—25 dni (15 dni do 7 tygodni), tworzy się czerwonosć, później grudka, powiększająca się stopniowo, z dnem twardem i pokryta strupkiem. Jednocześnie obrzmiewają i nabierają charakterystycznej twardości gruczoły pachowe. Bywa jednak i tak, że z kilku nacięć, na 3—4 rozwijają się prawidłowe krosty ospowe, a na 1—2, na których się limfa ospowa nie przyjęła po upływie zwykłego okresu wylegania, wytwarzają się szankry syfilityczne. Publiczność przyjmuje zwykle te guziczki za spóźnioną ospę!

W drugim zaś razie, i krosty ospowe i szankier się wytwarzają. Gdy krosty ospowe rozwijać się zaczynają zwykle na 4 dzień, a cały ich przebieg kończy się w przeciągu trzech tygodni, szankier twardy zaczyna się rozwijać przecięciowo między 18 a 30 dniem. Zestawiając te dane, widzimy, że przymiot występuje na jaw, gdy ospa się kończy, lub jest na ukończeniu. Jeżeli zaś przebieg wakcyny był przyspieszony, a wystąpienie pierwotnego objawu przymiotu opóźnione, będziemy mieli kilka dni przerwy między końcem jednego a początkiem drugiego objawu. Ale jeśli wakcyna trochę dłużej trwała, lub pierwotny objaw przymiotu wcześniej występuje, w takim razie przez czas pewien, dni kilka, obydwa produkty zarazków jednocześnie istnieją.

Dosyć często bywa tak: pryszcz ospowy zaczyna się rozwijać na 4 dzień, prawidłowo przebiega. Dopiero w okresie odpadania strupa, po wytworzeniu się blizny, taż blizna po dniach kilku zaczyna się czerwienić, ulega zapaleniu, zamienia się na grudkę, która ulega powierzchownemu wrzodzeniu i pokrywa się znów strupem. Albo też strup krosty ospowej nie odpada, ale powstaje nowa sprawa zapalna, wokoło zaczerwienienie, a strup się unosi i grubieje; następných dni nacieczenie się rozszerza, nabiera charakterystycznej twardości, a po zdjęciu strupa dostrzegamy wrzodzącą powierzchnię. Tutaj więc szankier utworzył się pod strupem krosty ospowej (*chancre larvé*), a chorzy uskarżają się, że mają bardzo długą wakcyne, która się nie kończy.

Pierwotne owrzodzenie przymiotowe powyższego pochodzenia, zaczyna się najczęściej jako grudka (*papula*), z początku sucha, a następnie dopiero naskórek z niej się złuszcza, powierzchnia wilgotnieje, po-

krywa się strupem. Grudka ta rośnie, szerzy się, tworząc płaskie wzniesienie, wielkości 20 groszy srebrnych, czasem o wiele większe, a strup na niej staje się coraz twardszym, grubszym, okrągłym, dosyć regularnym, ciemno-brunatnym z odcieniem nieraz zielonawym. Po zdjęciu go widać powierzchnią ekskoryjacyjną, lub owrzodzenie, nieraz głęboko drażące, okrągławe, ściśle ograniczone, z brzegami bardzo wzniesionymi, nie ostro ściętymi, ale stopniowo zlewającymi się z dnem. To ostatnie jest gładkie, jednostajne, miejscami szarawe, a miejscami czerwone, twarde, ściśle ograniczone. Po upływie 4—6 tygodni zwykle pod strupem zaczyna się tworzyć blizna, poczem strup odpada i pozostaje powierzchnia bliznowata czerwono-brunatna. Stwardnienie blaszkowate tuż pod blizną jeszcze się wyczuć daje w tej epoce, ale powoli ono znika i jako jedyny ślad pozostaje na długo jeszcze ciemno-zabarwiona plamka. Szankier taki podobny jest do *ecthymae* i dlatego nazywano *chancre vaccinal ecthymateux*. Pozostawiony samemu sobie szankier ten zabliznia się w 1—2 miesięcy, niekiedy trwa do 4 miesięcy. Leczący odpowiednio bardzo szybko się zabliznia.

R o k o w a n i e w przymiocie wakcynalnym jest wogóle złe; śmiertelność bowiem między takimi chorymi jest bardzo znaczna. Podczas epidemii w Riwalcie np. zmarło 7 dzieci, w Kremonie 8 dzieci i dwie kobiety przez dzieci zarażone. Wogóle FOURNIER zwraca uwagę, że w przymiocie wakcynalnym bywają bardzo ciężkie objawy następne, jak: cierpienie ośrodków nerwowych, nerek, próchnienie kości i t. p. FOURNIER przypisuje to, nie pochodzeniu przymiotu, ale szczególnym warunkom, w jakich tenże powstaje i rozwija się, mianowicie: bardzo młodemu wiekowi i nierozpoznananiu, przynajmniej przez czas pewien, a tem samem i nieleczeniu. U starszych osób i w dobrych warunkach przymiot ten, leczony, przebiega, jak zwykle przymiot nabyty.

E t y j o l o g i j a tego szankra jest jasna: powstaje on z zaszczepienia limfy ospowej, pochodzącej od syfilitycznego osobnika, na co nie wpływają żadne warunki osobiste tego osobnika, z którego się limfę zbiera: ani wiek, ani płeć, ani też ogólny stan jego zdrowia. Nawet nie jest koniecznem, by w chwili zbierania limfy miał jakiegokolwiek objawy przymiotu, bo gdyby to było warunkiem niezbędnym, nie istniałby wcale przymiot wakcynalny; limfę ospową bowiem zbiera się zawsze z tęgich, ładnych, pozornie zdrowych zupełnie dzieci. Przymiot utajony, we wczesnym okresie, jest również zaraźliwym, jak i w chwili występowania objawów.

Jaka substancja, jaki płyn i t. d., domieszany do limfy ospowej, wywołuje przymiot? Obecnie tego jeszcze nie wiemy. Różne w tym względzie wygłaszają zdania, ale najbardziej rozpowszechnionem jest to przekonanie, że z domieszką krwi przechodzi zarazek do limfy ospowej. Ma to trochę prawdopodobieństwa od czasów doświadczeń autora bezimiennego (*anonymus*), PELIZZARI'ego i innych, którzy dowiedli, że krew syfilityków, przynajmniej w pewnym okresie, zawiera zarazek przymiotu. Ale w rzeczywistości tak nie jest, bo prawie zawsze limfa ospowa zawiera krew i to tyle, że już gołem okiem poznać to można, a drobnowidz w każdej najstaranniej zebranej limfie czerwone krążki krwi wykrywa, a tym czasem nie każda zaraża przymiotem; następnie jest dużo nieśczęśliwych przypadków szczepienia ospy, gdzie do szczepień zbierano limfę bardzo ostrożnie, bez dostrzegalnych śladów krwi, jak w przypadkach DÉPAUL'a, HUTCHINSON'a, D-ra CORY, a pomimo to przymiot zaszczepiono. Można więc wywnioskować, że od obecności krwi nie zależy zaszczepienie z ospą przymiotu, ale od domieszki swoistego zarazka, do samej krosty ospowej prawdopodobnie przechodzącego.

R o z p o z n a n i e szankra ospowego nie jest trudne, pomnąc o powyżej przytoczonych jego cechach. Niekiedy jednak t. zw. wakcyna wrzodziejąca, która bywa częściej przy szczepieniu krowianki, aniżeli ospy humanizowanej, daje twory nieco podobne do tego szankra. Ale zdarza się to najeczęściej u bar-

dzo młodych ssawców, smagłych, słabych, niezbyt czysto utrzymywanych, między 12 a 15 dniem po szczepieniu, rzadko później. Owrzodzenia te (*vaccine ulcereuse*) mogą być i dosyć rozległe, drażą głęboko w skórę, nawet niszczą ją niekiedy w całej grubości, brzegi mają wzniesione, prawie prostopadłe, ostro ścięte, podobnie jak owrzodzenie weneryczne; dno ich nierówne, szarawe lub żółtawe, nieraz papkowate, dyfteroidalne, a nawet zgorzelinowe. Spoczywają one na tkankach nacieczonych, niekiedy twardych, ale twardości zapalnej, różnej bardzo od twardości pierwotnego owrzodzenia przymiotowego. Otaczająca je skóra jest bardzo znacznie zaczerwieniona, w stanie zapalnym, który nieraz obejmuje dużą część ramienia. Owrzodzeniom tym może towarzyszyć zapalne obrzmienie gruczołów chłonnych pachowych, które stają się bolesnymi i tracą swą ruchomość, a nieraz dołącza się przy podniesionej ciepłocie ciała i zapaleniu naczyń chłonnych, róża, *phlegmone*, ropnie, a nawet i zgorzel znacznej części skóry.

Te owrzodzenia przyjmowano często za szankry przymiotowe; ważną więc jest rzeczą odróżnić je w porę, co nam łatwo przyjdzie, pomnąc na przytoczone ich cechy charakterystyczne i cechy pierwotnego owrzodzenia przymiotowego, a wogóle należy mieć to na uwadze, że im bardziej owrzodzenie ospowe ma przebieg złośliwy, groźny, wygląd zły — tem mniej jest prawdopodobieństwa, by to mógł być szankier przymiotowy. Drugim zadaniem rozpoznania różniczkowego jest odróżnienie objawów wtórnych przymiotu wakcynalnego od wysypek, występujących po szczepieniu ospy; ta ostatnia bowiem wywołuje różne wysypki, jak: prawdziwe guziczki ospowe, podobne do pierwotnie szczepionych, a szerzące się niekiedy i na całą powierzchnię skóry, wysypki w kształcie różyczki, odry, szkarlatyny, niekiedy podobne do rumienia grudkowego (*erythema papulatum*), pokrzywki, prosówki, pryszczycy, pęcherzycy, a nawet występuje niekiedy wysypka, jak purpura. Pomijamy tu porównanie tych wysypek z wysypkami przymiotowymi; wspomnieć tylko należy, że wysypki te występują podczas gorączki lub przy jej upadku, t. j. między 9 a 15 dniem, czasem i wcześniej, prawie zawsze ograniczają się tylko do skóry i tu zajmują najczęściej pewne tylko lub nawet jedną okolicę ciała, wyjątkowo tylko zajmują błonę śluzową jamy ustnej w postaci plamek ciemno-czerwonych. Wreszcie mijają szybko, bo w 8—10 dni, w rzadkich przypadkach trwają 2—3 tygodni.

Czasem więcej trudności przedstawia odróżnienie przymiotu ospowego od przymiotu, który niezależnie od szczepionej ospy pojawia się po zaszczepieniu limfy ospowej (*sypylis pseudo-vaccinale*). objaśnimy to na przykładzie. Dziecku, zrodzonemu z rodziców syfilitycznych, które, prędzej czy później, będzie miało ogólne objawy przymiotu, szczepią ospę, np. na 15 dzień po urodzeniu. Po upływie 10—15 dni, lub nieco później, występują ogólne objawy przymiotu, które przypisują niekiedy ospie, zwłaszcza jeśli to jest dogodnym jednemu z rodziców. Odróżnić jednak można stan taki po braku szankra wakcynalnego, jednego lub kilku, zbyt krótkim okresie wylegania, jak dla przymiotu, a wreszcie po rozwoju, przebiegu choroby i niektórych zmianach, charakterystycznych dla przymiotu wrodzonego. To tylko zdaje się być pewnym, że zaszczepiona takim ssawcom ospa niekiedy jakby pobudzała, przyspieszała i urozmaicała objawy przymiotu, z powodu tych zmian ogólnych, jakie w ustroju wywołuje; grałaby ona tedy rolę owego „*coup de fouet*“ dla przymiotu wrodzonego, który nawet wskutek tego bywa cięższym, złośliwszym i śmiertelnym dla noworodków.

Środkiem zapobiegawczym szerzenia się przymiotu ospowego jest zarzucenie humanizowanej ospy, a szczepienie wyłącznie krowianką.

Dwa wszakże poważne zarzuty robią krowiance, które FOURNIER dowodnie zbija.

1-o. Krowianka ma daleko częściej zawodzić, aniżeli ospa humanizowana. Gdyby tak było w samej rzeczy, to nic prostszego, jak szczepienie powtórzyć, co w każdym razie jeszcze jest lepsze od zaszczepienia wraz z ospą przymiotu. Dobrze jednak przechowywana krowianka bardzo rzadko zawodzi: w Holandyi np. dziś zawodzi ona tylko w 3—10 na 1000, a HÉRVIEUX podaje, że na 362 szczepienia krowianką, tyleż mu się udało i u każdej osoby tyle się rozwinęło krost ospowych, w ilu miejscach była krowianka szczepioną.

2-o. Drugim, daleko cięższym zarzutem, który mógłby zachwiać w zupełności wiarę w krowiankę, jest ten, że nie daje ona takiego zabezpieczenia (*immunitas*) od ospy, jak limfa humanizowana. Ale i ten zarzut jest najmniej słuszny i prawdziwy.

WARLOMONT powiada, że z 10,000 przeszło dzieci, którym szczepił krowiankę od 1865 do 1870 roku, żadne nie zapadło na ospę podczas strasznej epidemii w r. 1870 i 1871; w 124 gminach np. ks. Limburgskiego, gdzie szczepiono krowiankę, epidemija 1880 i 1881 r., która takie spustoszenia robiła w sąsiednich gminach belgijskich i niemieckich, wcale się nie dała we znaki. Toż samo zauważono i w armii francuzkiej; podług dokumentów urzędowych, liczba przypadków śmiertelnych z ospy zmniejsza się coraz bardziej od czasu szczepienia krowianką zamiast ospą humanizowaną. Chociaż więc danych w tej kwestyi jest jeszcze niewiele, w każdym razie przytoczone powyżej wystarczą do obalenia i drugiego zarzutu.

Dzisiaj już we wszystkich szpitalach paryżkich szczepią krowiankę, a dostarcza jej dla publiki wiele instytutów prywatnych. Takież instytuty, przygotowujące limfę krowianki i prywatne i przy szpitalach, powinny być zakładane w każdym większym mieście.

D-r Elsenberg.

(*Léçon sur la syphilis vaccinale. Paris. 1889. Stronnic 256.*)

Wiadomości terapeutyczne.

1. Znaczenie lecznicze gorączki, a mianowicie podwyższonej ciepłoty w organizmie.

Lekarze starożytni uważali gorączkę, towarzyszącą rozmaitym chorobom, za jedną ze sił leczniczych natury.

W wiekach średnich wiara w ten pogląd jeszcze bardziej się umocniła: gorączkę poczytywano wprost za zbawienie od choroby dla organizmu (*salus naturae*). A pogląd taki mocno się zakorzenił w umysły i lekarzy późniejszych. Dla przykładu dość chyba będzie przypomnieć, że prawie wiek cały wrzała walka przeciwko wprowadzeniu chinu do terapii, jedynie dlatego, że china, jak się przedko przekonano, usuwa gorączkę. Bardzo poważne głosy odzywały się przeciwko leczeniu korą chinową nawet zimnicy — z obawy, aby z usunięciem gorączki nie przeszkodzono sile leczniczej naturalnej w uwolnieniu organizmu od szkodliwych substancyj.

Nie idzie zatem, aby lekarze, szczególnie później, wcale nie znali i złego wpływu gorączki i nie zdawali sobie sprawy z tego. Owszem, ale owo zło uważali za zło chwilowe, konieczne. Jeszcze w pierwszej połowie XVII-go wieku CAMPANELLA powiada: „gorączka jest równie dobrą, jak wojna; chociaż, co do mnie, wolałbym być wojnym od jednej i drugiej“.

Z rozwojem anatomii patologicznej pogląd o zbawienności gorączki w chorobach zupełnie upadł. Odtąd, kiedy się przekonano, jak ważne zmiany patologiczne, przy chorobach gorączkowych, zachodzą w rozmaitych narządach, a mianowicie: w wątrobie, śledzionie, nerkach, mięśniach, sercu i w układzie nerwowym, lekarze w swych zabiegach terapeutycznych stanęli na wprost przeciwnym krańcu i wszystkie swoje usiłowania lecznicze skierowali ku zwaleniu gorączki. LIEBERMEISTER w swem klasycznym dziele o gorączce (*Hand. de Path. u. Ther. des Fiebers. 1875. Str. 396*) wprost

z całą stanowczością twierdzi: „gorączka jest stanem, który może naruszyć całość, a nawet i egzystencję organizmu i dlatego wszelkimi możliwymi środkami trzeba ją zwalczać i usuwać.“ To też metoda antypyretyczna stała się jedyną metodą leczniczą w chorobach gorączkowych. Gdy jeszcze prace szkoły niemieckiej, a szczególnie BRAND'a, wykazały, że przy stosowaniu metody antypyretycznej dawniejszą śmiertelność przy tyfusie brzuszonym, wynoszącą 15—20%, udaje się obniżyć do 5%, to nie dziw, że pogląd o konieczności zwalczania każdej gorączki zapanował w medycynie, i że odtąd zaczęto z całą energią stosować kąpiele ochładzające i wszelkie środki przeciwgorączkowe, starając się o przebieg choroby z możliwie niską gorączką.

Nie należy jednak zapomnieć, że—choćby to czasy tak niedawne—przy największym rozkwicie antypyretyczna nauka o istotnych przyczynach chorób gorączkowych zaledwie się wylęgiwała: bakteriologia prawie wcale jeszcze nie istniała, a nauka o ptomainach zaczęła dopiero kielkować i zajmowała tylko lekarzy sądowych i chemików. Nie mając tych niezmiernie ważnych podstaw dzisiejszej medycyny, popełniono błąd bardzo ważny, identyfikując całą chorobę gorączkową, całą sprawę zakaźną z podwyższoną ciepłotą w organizmie i uważając wszystkie zmiany patologiczne w organizmie jedynie za następstwo podwyższonej ciepłoty.

Pominąwszy już wiele doświadczeń na zwierzętach, sama klinika wszakże jasno wykazuje, że podwyższona ciepłota — rozumie się, do pewnych granic — wcale i wcale nie stanowi jeszcze miary niebezpieczeństwa choroby. Przeważna większość chorych gorączkujących zdrowieje przecież bez żadnych energicznych zabiegów leczniczych. Osoby przy tak zwanej gorączce aseptycznej VOLKMANN'owskiej (*Sammlung klin. Vorträge. 1877. N. 121*) doskonale znoszą podwyższenia ciepłoty, wynoszące 41° C., a prócz gorączki i obfitych nieraz potów, żadnych zaburzeń nie doznają. Chorzy na tyfus powrotny, pomimo bardzo wysokiej gorączki, prawie wszyscy zdrowieją. Z drugiej znow strony wiadomo wszakże każdemu lekarzowi z doświadczenia, jak ciężkie bywają nieraz tyfus brzuszony pomimo gorączki bardzo nieznacznej. Przykładów podobnych można przytoczyć daleko więcej.

Te i tym podobne niezbite fakty, zdaje się, dość jasno wykazują, że podwyższona ciepłota, sama przez się w pewnej granicy, nie stanowi jeszcze żadnej groźby dla chorego i nie wymaga ze strony lekarza zbyt energicznej interwencji.

Nasuują się tu jeszcze dwie niezmiernie ważne uwagi (SAMUEL. *Real-Encyclopädie von EULENBURG*, w artykule: *Antipyrese*, str. 538).

Popierwsze. Te choroby zakaźne, którym stale nie towarzyszy gorączka, nie mają przebiegu cyklicznego, ale zawsze przewlekły i niezmiernie rzadko samodzielnie kończą się wyzdrowieniem, np.: wścieklizna, przymiot, trąd (*lepra*) [SAMUEL].

Powtórce. Bardzo ciekawem jest zachowanie się właśnie dopiero co wymienionych chorób zakaźnych, niegorączkowych, do innych chorób gorączkowych, występujących przypadkowo u tego samego osobnika. Przy ospie, tyfusie, zapaleniu płuc, szkarlatynie, odrze, róży, ostrym goścuc stawów, a więc przy chorobach ostrych gorączkowych, objawy przymiotu, a mianowicie wysypki i owrzodzenia bardzo często znikają. Co się tyczy trądu, to mamy, między innymi, bardzo ciekawe spostrzeżenie HARDY'ego: u brazylijczyka, dotkniętego trądem, po przejściu ospy naturalnej nieznacznego natężenia wszystkie objawy trądu [guziki, plamy, owrzodzenia, znieczulenia] zupełnie znikły i jeszcze we dwa lata potem nie pojawiły się napowrót [SAMUEL]. Odnośnie do wścieklizny, DOCHMANN (*Fieber etc. Wiener medic. Presse. 1889. Nr 16, str. 649*) wspomina o zapomnianej dawniej metodzie leczniczej, polegającej na stosowaniu kąpeli parowych. Przed laty 50 D-r BUISSON sam siebie wyleczył z wścieklizny za pomocą kąpeli parowych, a z 80 przypadków innych, w ten sam sposób leczonych, jedna tylko dziewczynka zmarła. Tak świetny wynik skłonił BUISSON'a do ogłoszenia pracy w tym kierunku w dziele p. t.: *Medic.-chirurg.-therap. Wörterbuch. (Ed. II. 51)* 1).

Wszystkie te fakty nasuwają pomimowoli na myśl, że podwyższona ciepłota w chorobach zakaźnych istotnie, może, stanowi pewną czynność regulacyjną, przy pomocy której ustrój uwalnia się od działania zarazki, lub jego produktów szkodliwych. Dotąd brak nam było ściślejszych doświadczeń w tym kierunku.

1) Pracy tej nie mam pod ręką i zupełnie jej nie znam. Z powodu ważności kwestyi wypisuję wprost z artykułu DOCHMANN'a źródło, które dla niejednego może być ciekawem.

Z niezmiernem zajęciem odczytać można w tym względzie pracę D-ra DOCHMANN'a, docenta na kazańskim uniwersytecie (*Fieber als Ausdruck der Heilkraft der Natur. Wiener medic. Presse. 1889 N-ra: 13, 14 i 16*).

W pracowni prof. KOWALEWSKIEGO, DOCHMANN wykonał następujące doświadczenia. Kota, któremu wstrzyknął 2—2,5 ctm. sześć. kurary z roztworu 8 na 1000, pomieszczał w ogrzewanej skrzyni (*Wärmekammer*), której ciepłotę można było dowolnie podwyższać. Otóż, pokazało się, że im bardziej zwierzę ogrzewano, tem łatwiej ono uwalniało się od działania kurary. W jedną, lub we dwie godziny po wstrzyknięciu jadu do żyły i po rozpoczętem ogrzewaniu, kot, którego ciepłota w odbyticy wynosiła 40° C., okazywał już wyraźne ruchy, pomimo tego, że podczas ogrzewania jeszcze pół dawki, a nawet i całą dawkę kurary znowu wstrzykiwano. U zwierząt, niepoddanych wysokiej ciepłocie, wstrzyknięcie takiej dawki kurary wywierało swe zwykle pełne działanie jeszcze we cztery godziny po wstrzyknięciu.

Możnaby sądzić, że tak szybkie uwolnienie się od działania jadu zależy od wydzielania się tego ostatniego z ustroju, np. przez nerki. Dla przekonania się o tem, u innego kota przewiązano tętnice nerkowe, a następnie w krótkim przeciągu czasu wstrzyknięto więcej niż dwie dawki kurary do żył. I w tych razach kot pod wpływem ogrzewania w skrzyni zupełnie się uwalniał od działania jadu — w ciągu dwóch lub trzech godzin.

Wprawdzie na mocy tego doświadczenia nie można zupełnie wykluczyć faktu, że podwyższona ciepłota sprzyja wydalaniu się wstrzykniętego jadu, jednakże to można stanowczo powiedzieć: że nerki w tem udziały nie przyjmują i że wysoka ciepłota działa tu nietylko przez to, iż szybciej wydalą jad z ustroju, ale prawdopodobnie jeszcze na innej drodze. Otóż, według DOCHMANN'a, podwyższenie ciepłoty nadaje komórce tkankowej więcej odporności przeciw działaniu jadu: jad wprawdzie we krwi do pewnego czasu krąży, ale skutkiem sztucznego podwyższenia ciepłoty zakończenia nerwów motorycznych nie tak łatwo ulegają wpływowi jadu, jak zwykle.

Że tak jest, zdaje się dowodzić następujące doświadczenie: jeżeli zwierzę, którego za pomocą ogrzewania uwalniano niejako od działania wstrzykniętego jadu, zostało umyślnie znowu ochładzanem, to bez wprowadzania nowych dawek kurary powstawały charakterystyczne objawy, zależne od działania rzeczonego jadu.

Zresztą za słusnością poglądu DOCHMANN'a przemawiają i dawniejsze badania M. SCHULTZE'go, oraz MIECZNIKOWA. Pierwszy wykazał, że przy sztucznem podwyższeniu ciepłoty — do pewnej granicy — ruchy białych ciałek krwi stają się żywszemi; a drugi, idąc dalej w tym kierunku, przekonał się, że owe białe ciała krwi, czyli tak zwane przez niego fagocyty, pochodnią w tych warunkach daleko żywiej i daleko większą liczbę drobnoustrojów, np. laseczników, lub koków. To-ż MIECZNIKOWA już przy wygłoszeniu swej teoryi o fagocytozie utrzymywał, że między gorączką, t. j. podwyższoną ciepłotą, a działaniem fagocytów zachodzi pewien bardzo ważny stosunek, a mianowicie: podwyższona ciepłota wywołuje energiczniejsze działanie fagocytów i ułatwia im walkę z zarazkami.

Jakkolwiek ważne są badania MIECZNIKOWA i niezmiernie bystre jego poglądy, to jednakże wiele pożądanemi są dalsze ścisłe badania doświadczalne *in vivo* nad znaczeniem ciepłoty w ustroju.

Doświadczenia z kurarą są bardzo ważne, najprzód dla tego, że jej działanie fizyologiczne jest niezmiernie wybitne, a powtórę dla tego, że charakter działania tego jadu jest najbardziej podobny do charakteru działania niektórych ptomain, do których np. należą: cholina, midatoneina, otrzymane przez BRIEGER'a z mięsa gnijącego.

Rozumie się, że niesłychanej wagi będą w dalszym ciągu doświadczenia nad zachowaniem się ptomain wstrzykniętych—wobec wysokiej ciepłoty. DOCHMANN i w tym względzie rozpoczął doświadczenia, ale tych nie dokończył, zwłaszcza że całą tę pracę prowadził zupełnie w innym celu, a tylko przypadkowo zauważył wyniki wyżej podane.

Z tego wszystkiego, com przytoczył, wynika, że przy leczeniu chorób zakaźnych gorączkowych terapia nie powinna mieć na względzie li-tylko samo podwyższenie ciepłoty: lekarz nie powinien całą swoją interwencyję wysilać na obniżanie ciepłoty gorączkowej, co, niestety, w ostatnich czasach wobec mnóstwa nowych środków przeciwgorączkowych wiele się zakorzeniło.

Wszelako nie miałem przez to wcale zamiaru dowieść, że cała metoda antypyretyczna nie ma racyi bytu. Bynajmniej. Wpływ szkodliwy nadmiernie podwyższonej ciepłoty, lub wysokiej gorączki dłuższy czas trwającej, nie ulega najmniejszej wątpliwości: w takich to razach wskazanie do

miarkowania gorączki może być ważniejszym od jej znaczenia regulacyjnego i wówczas lekarz powinien koniecznie korzystać z metody antypyretycznej.

Na zakończenie jeszcze słów kilka.

Wprawdzie ściślejsze badania i doświadczenia co do znaczenia podwyższonej ciepłoty w chorobach zakaźnych zaledwie pierwsze kroki zaczynają stawiać, jednakże, jeżeli i dalsze doświadczenia dadzą też same wyniki, to spodziewać się należy, że metoda pyretyczna, t.j. leczenie za pomocą sztucznego podwyższania ciepłoty przy chorobach zakaźnych zajmie bardzo pokaźne stanowisko w terapii obok innych metod, a szczególnie obok antyparazytarnej, przyszłości której trudno obecnie przewidzieć.

Wiktor Grostern.

Wiadomości bieżące.

— Przegląd Lekarski donosi, że na prezesa Towarzystwa lekarskiego w Krakowie na rok bieżący wybrany został docent D-r MARS, na wiceprezesa D-r KOHN, na sekretarza dorocznego, D-r PODGÓRSKI.

— Przetwory salicylowe posiadają, jak wiadomo, uboczne działanie na macię i u niektórych kobiet mogą wywoływać krwawienie, a nawet poronienie. Przyczyną jest wpływ porażający na naczynia macicy, podobnie jak to postrzegano w narządzie słuchu. Według LINHARD'a, dodatek *extr. dialysat. Secalis cornuti* do przetworów salicylowych wstrzymywał krwotoki i bóle krzyża, od tych przetworów zależące.

— Oddawna już zwracano uwagę na potrzebę i pożytek czystego utrzymania jamy ustnej za pomocą płukań z dodatkami środków dezynfekcyjnych; wiadomo było bowiem, że w ustach gnieździć się mogą mikroorganizmy chorobotwórcze. Pomijając próchnienie zębów, zależne od drobnoustrojów, znaleziono w ślinie bakteryje septycznie działające. W ostatnich czasach NETTER w Paryżu, zajmwszy się specjalnie zbadaniem zawartości jamy ustnej i gardzieli na wzór MILLER'a i innych, znalazł u ludzi zdrowych, oprócz wielu nieszkodliwych mikrobów, następujące niewątpliwie chorobotwórcze: 1) *Pneumococcus FRAENKEL'a* u 20% osób, które nie chorowały na zapalenie płuc krupowe, zaś u 80% chorych, którzy przebywali zapalenie płuc kiedykolwiek. 2) *Streptococcus pyogenes* u 5,5% osób. 3) Mikrob kapsułkowy FRIEDLAENDER'a w 4,5% i 4) *Staphylococcus pyogenes* prawie u wszystkich ludzi.

Obecnością tych mikroorganizmów i ich dostawianiem się do rozmaitych narządów objaśnić można powstawanie krupowego zapalenia płuc, zapalenia oskrzeli, ropnego zapalenia opłucnej, jeżeli mikroby dostają się przez drogi oddechowe. Przy przejściu przez trąbkę EUSTACHIJUSZA powstaje zapalenie ucha średniego. Bez wątpienia niektóre formy zapalenia opon mózgowych także mają źródło. W jamie ustnej mikroby posiadają dogodne warunki do rozwoju wskutek ciepłoty i alkaliczności śliny; ztąd to u osób, które przebywały zapalenie płuc tak często znajduje się w ślinie *pneumococcus FRAENKEL'a*, u osób po przebyciu róży znajduje się *streptococcus pyogenes*, który NETTER uważa za identyczny z *strept. erysipelatos*. Zapewne w szpitalach znajdują się nieraz warunki dostania się mikrobów do jamy ustnej, a ponieważ one pozostają u osób już zdrowych, przeto i na pozór zdrowi mogą przyczyniać się do zarażenia innych. Jeżeli przy stałym znajdowaniu się mikrobów chorobotwórczych w ustach, choroby od nich zależzyć mogące, bądź co bądź niezbyt często występują, przypisać to należy wpływowi, niesprzyjającym ich rozwojowi, *resp.* unieszkodliwieniu mikrobów przez kwasny sok żołądkowy, usunięciu przez zdrowy nabłonek migawkowy oskrzeli i t. p. Choroba rozwinać się może przy usposobieniu danego narządu, w razie zaburzeń cyrkulacyjnych w płucach, lub też przy ogólnem usposobieniu. Zresztą jadowitość mikroorganizmów nie bywa zawsze jednakową; NETTER utrzymuje, że podczas zapalenia płuc ślina jest jadowita, w 15 dni po przesileniu szkodliwość śliny znika, zaś po 26 dniach znów ma się pojawiać. Badając systematycznie ślinę pewnego człowieka, która zawierała pneumokoki, NETTER przekonał się, że jadowitość śliny powiększała się proporcjonalnie do zwiększenia się częstości przypadków zapalenia płuc w miesiącu.

— Zeszyt 4 [Październikowy] z roku zeszłego wydawanych przez BROWN-SEQUARD'a *Archives de Physiologie normale et pathol.* mieści w sobie dwa artykuły BROWN-SEQUARD'a, dotyczące wstrzykiwań płynu, otrzymanego z jąder zwierząt, w celu podniesienia czynności układu nerwowego [zwłaszcza rdzenia] i odżywiania wogóle, u ludzi starych, lecz zdrowych. Doświadczenia te, wykonane przez autora [będącego w podeszłym wieku], najprzód na sobie samym i komunikowane na posiedzeniach w Paryżu kilkakrotnie od m. Lipca r. z., przeszły do pism nielekarskich — także i u nas — i narobiły wiele hałasu, za granicą zaś, a zwłaszcza w Ameryce stały się powodem wielu nadużyć, na co BROWN-SEQUARD skarży się w swych artykułach. Przytem B.-S. cytuje liczne spostrzeżenia wiarogodnych, według niego, autorów, którzy mieli potwierdzić szczególnie wpływ owych wstrzykiwań [VARIOT, JULLET, LOOMIS, HAMMOND, BRAINERD, DEHOIX, GRIGORESCU, VILLENEUVE]. Działanie to B.-S. określa jako „*action dynamogénique*“ i zachęca fizjologów do powtarzania doświadczeń na samych sobie. O działaniu terapeutycznym wyraża się ogólnie i zastrzega się przed posądzeniem, jakoby spodziewał się skutków u wyniszczonych i chorych. W końcu drugiego artykułu

B.-S. przytacza niektóre szczegóły, dotyczące samej manipulacji. Jądra wybierać należy ze zwierząt młodych, silnych i zdrowych [świnka morska, pies, królik [w Ameryce, baran, byk dla zwierząt]. Jądro uciera się w moździerzu szklanym dokładnie z dodatkiem wody w ilości 2—3 razy większej od wagi jądra, a następnie dodaje się jeszcze 8 razy tyle wody; potem płyn filtruje się przez filtr PASTEUR'a, który nie przepuszcza ciałek nasiennych, ani innych pierwiastków komórkowych. Po 2—3 wstrzyknięciach bierze się $\frac{1}{10}$ ilości ogólnej płynu [?] Wstrzykiwanie powtarzać należy co drugi dzień przez 2—3 tygodni, a następnie ponawiać co 2, 3—4 miesięcy. Jądra wydobywa się ze zwierzęcia żywego, lub dopiero zabitego. Wstrzykiwanie powinno być wykonane w 1—2 godzin po wyjęciu jąder ze zwierzęcia.

Dodać należy, że obecnie firma PARKE, DAVIS and Comp. [fizjologiczne laboratorium] wyrabia przetwór chemiczny, mający posiadać to samo fizjologiczne działanie, co płyn z roztarcia jąder, mianowicie sperminę, alkaloid wzoru C_2H_5N [główna część składowa kryształów CHARCOT-NEUMANN'a w płwocinie, krwi]. Do wstrzykiwań używa się chlorku sperminy. Krystalizuje on w 6-c-boczne pryzmy i łatwo rozpuszcza się w wodzie [4 grany na 3j] [$\frac{1}{8}$ grana na $\frac{1}{4}$ strzykawkki]. Jako czysty chemiczny przetwór, spermina posiada wyższość nad płynem wprost z jąder otrzymanym, który może spowodować podrażnienie, a ewentualnie zakażenie wskutek możebnych zanieczyszczeń.

NEKROLOGIJA.

D. 22 Grudnia zmarł w Görbersdorfie D-r med., HERMANN BREHMER, twórca i dyrektor znanej go powszechnie zakładu leczniczego dla chorób piersiowych.

BREHMER był jednym z pierwszych, który podniósł w latach 50-ych kwestyję uleczalności suchot płucnych, wychodząc wprawdzie z teoretycznego, niezupełnie słusznego poglądu; w praktyce jednakże zastosował wielce szczęśliwą metodę leczniczą, znaną powszechnie pod nazwą „metody BREHMER'a”, polegającej na leczeniu chorych w zakładach zamkniętych, górskich, przy użyciu jednocześnie metodycznej gimnastyki płucnej, mocnego odżywiania chorego i odpowiedniego hartowania skóry. Liczne zakłady, powstałe w ostatnich czasach na wzór Görbersdorfu w Niemczech i Szwajcaryi [Davos, Falkenstein i t. p.], najlepiej świadczą o skuteczności metody leczniczej BREHMER'a. Br. ogłosił cały szereg prac, dotyczących etjologii i terapii suchot płucnych; ostatnia z prac jego: *Die Therapie der chronischen Lungenschwindsucht*, wyszła w roku 1889 w drugim wydaniu. We wszystkich pracach, acz pod wielu względami często jednostronnych, Br. wykazywał zawsze umysł wielce krytyczny, pogląd szeroki, oparty stale na gruntownych podstawach, nie tylko zaczerpniętych z patologii, lecz i z nauk przyrodniczych wogóle.

Prace jego, szczególnie początkowe, pisane niezwykle śmiało, a burzące doktrynerskie poglądy powag profesorskich, zrobiły mu wielu niechętnych, stąd też zaledwie pod koniec życia zyskał powszechnie wśród swoich uznanie. A. S.

— Zmarli: w Krakowie D-r SMOLEŃSKI, autor znanego dzieła o Hydroterapii.

W San-Remo znany klinicysta, prof. BOTKIN. W Petersburgu prof. higieny, DOBROSEAWIN i chirurg KADE.

Wydawca D-r St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny D-r Wł. Gajkiewicz.

Ogłoszenia.

Przy Gazecie Lekarskiej wychodzić będzie w r. 1890.

2-a SERIJA ODCZYTÓW KLINICZNYCH,

zarówno tłumaczonych jak i oryginalnych, o treści poczerpniętej przeważnie z dziedziny medycyny praktycznej.

Odczyty kliniczne wychodzą w miesięcznych odstępach czasu w objętości średnio 2 arkuszy druku.

Cena roczna wynosi 3 ruble wraz z przesyłką. Cena pojedynczego zeszytu 30 kop.

Prenumerować można u wydawcy Gaz. Lekar. (Marszałkowska № 119).

FRANCISZKA JÓZEFA

D-ra Józefa Rose w Warszawie:

„Wodę ze źródła Franciszka Józefa przepisuje często, jako środek zlekka a niezawodnie działający“.

D-ra Apte w Warszawie:

„Jest bardzo dobrze skutkującym i zarazem chłodzącym środkiem rozwalniającym“.

D-ra Józefa Stummer w Warszawie:

„Wodę gorzką Franciszka Józefa w praktyce stosuję bardzo często, jako środek łagodnie czyszczący z niezawodnym skutkiem“.

D-ra Leopolda Weitzenbluta w Warszawie:

„Ze wszystkich źródeł gorzkich Franz Joseph-Quelle, okazała się jako najbardziej skuteczna i może być używaną dłuższy czas nie drażniąc żołądka“.

D-ra Władysława Kryże w Warszawie:

„Wody gorzkiej ze źródła Franciszka Józefa, jako środka czyszczącego, używam szczególnie przy potrzebie użycia jej przez czas dłuższy“.

D-ra Maksymiljana Hertz w Warszawie:

„Woda gorzka Franciszka Józefa, w małych nawet ilościach okazała się bardzo skuteczną“.

8—3

Dyrekcja rozsyłki wody gorzkiej Franciszka Józefa w Budapeszcie.

ARCO-MARIENBAD

D-r Stanisław Prager praktykuje jak dawniej do Maja w Arco, a podczas lata w Marienbadzie.

6—5

Dla lekarzy zajmujących się praktyką dentystyczną.

Fantom D-ra Eichlera (patentowany) dla nauki dentystyki Rs. 50.

Szczypce uniwersalne Stephan'a w eleganckiem pudełku z 4 p. dziobów Rs. 18

ROB. KURZMANN

Warszawa, Mazowiecka Nr. 11.

Skład wszelkich przyborów dentystycznych

1—2

ŻURNAL AKUSZERSTWA I ŻENSKICH BOLEZNIJ.

13. Organ Towarzystwa akuszerjyno-ginekologicznego w S. Petersburgu,

wydawany pod Redakcją Prezesa i sekretarza Towarzystwa oraz akademika A. Krasowskiego, Professora K. Sławiańskiego i Docenta I. Smolskiego, wychodzić będzie w r. 1890, zeszytami miesięcznymi, po 4—6 arkuszy druku. Treść: 1) Prace oryginalne, lekcye i kazuistyka (rosyjskie i tłómaczone), 2) Referaty, 3) Krytyka i biblijografja, 4) Protokóły posiedzeń Towarzystwa akuszerjyno-ginekologicznego w Petersburgu, 5) Korespondencyja, 6) Ogłoszenia.

Cena na prowincyi z przesyłką 8 rubli rocznie. Prenumeratę przyjmuje Redakcyja (S. Petersburg, Iwanowskaja Nr. 14, mieszk. Nr. 22), oraz księgarnia medyko-chirurgiczna N. P. Pietrowa (Wyborskaja, Niżegorodzkaja Nr. 17). Artykuły opatrzone koniecznie podpisem autora należy przysyłać pod adresem jednego z redaktorów (Krassowski — Nadieżdinskaja Nr. 3; Sławiański — Litiujnaja Nr. 26, Smolski — Iwanowskaja Nr. 14). Ogłoszenia przyjmowane są za zgodą redakcyi. O nadsyłanych książkach i broszurach czyni się wzmiankę w najbliższym numerze. Pozostałe komplety Żurnała z trzech lat ostatnich można nabywać po 5 rub. za tom. 2—1

14.

PISMO TYGODNIOWE LEKARSKIE

„WRACZ“

poświęcone wszystkim gałęziom medycyny klinicznej i higieny oraz kwestyjom bytu lekarskiego, będzie wychodzić i w r. 1890 według tego samego programu i tej samej objętości jak przedtem; a mianowicie pomieszczać będzie:

1) artykuły z wszystkich gałęzi medycyny klinicznej i z tych kwestyj medycyny nieklinicznej, które mają bezpośredni interes praktyczny; 2) artykuły z higieny ogólnej i szczegółowej; 3) artykuły o wykształceniu, warunkach bytu i społecznej działalności lekarzy; 4) krytyki i recenzje pewnych książek zagranicznych i rosyjskich; 5) biografje, nekrologi i artykuły z historii medycyny, a przeważnie rosyjskiej; 6) sprawozdania z posiedzeń towarzystw naukowych; 7) sprawozdania z główniejszych prac dziennikarskich, tak zagranicznych jak i rosyjskich, 8) Kronikę; 9) Ogłoszenia.

Artykuły (w listach rekomendowanych) wysyłać można pod adresem Redaktora, profesora W. A. MANASSEINA (Petersburg, Simbirskaja N. 12, mieszkania N. 6).

Cena za rok z przesyłką 9 rs., za pół roku 4 rs. 50 k. Prenumeratę nadsyłać można do wydawcy K. I. Rikera (Petersburg, Newskij-Prospekt N. 14. 1—1

12.

SZÓSTY ROK WYDAWNICTWA.

PISMO MIESIĘCZNE

„CHIRURGICZESKIJ WIESTNIK“

Wychodzić będzie i w r. 1890 według dotychczasowego programu i w takiej samej jak dotychczas objętości i zawiera: I. Oryginalne artykuły z całego zakresu chirurgii. II. Korespondencyje. III. Krytyki i biblijografje. IV. Referaty i drobne wiadomości. V. Ogłoszenia.

Prace nadsyłać należy pod adresem redaktora Mikołaja Aleksandrowicza Welijaminowa (S.-Petersburg Fontanka 105).

Prenumeratę przyjmuje kantor redakcyi (S.-Petersburg Fontanka 105). codzieunnie od 11—1 i od 4—5 oraz wszystkie większe księgarnie. (Uprasza się prenumeratorów zamiejscowych o nadsyłanie prenumeraty wyłącznie do redakcyi). Ogłoszenia po kop. 40 za wiersz petitu.

Cena z przesyłką za rok 7 rub., za pół roku 3 rub. 50 kop.

1—1

Redaktor i Wydawca M. A. Welijaminow.