

MEDYCYNĄ.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
 dla lekarzy-praktyków.

TREŚĆ. Prace oryginalne. Rak, czy przerost mięszsu i błony śluzowej szyi macicznej? Podał Feliks Ficki. (Dokończenie). Kilka przypadków zimnicy u dzieci o przebiegu nieprawidłowym oraz kilka słów o rozpoznawaniu zimnicy u dzieci, podał Feliks Arnstein. (Dokończenie). — **Streszczenia i wyciągi.** 113. O wpływie gucia na t. zw. próbę płucną 114. Przyczynek do kazuistyki porażenia piorunem wraz z uwagami co do śmierci od elektryczności. 115. O przyczynach śmierci w zapaleniu płuc włóknikowem. 116. O zwężeniu oskrzeli (bronchostenosis). 117. Leczenie oderwania siatkówki zapomocą oftalmotomii. 118. O leczeniu operacyjnem przepuklin udowych. — Z II zjazdu francuskiego medycyny wewnętrznej, (odbytego w Bordeaux 8—14-go sierpnia r. b.). — List otwarty do redakeyi Medycyny. — **Drobniejsze wiadomości różnej treści.** — **Wiadomości bieżące.** — **Zmarli.** — **Ogłoszenia.**

„Medycyna“
 GAZETTE MEDICALE HEBDOMADAIRE
 destinee aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r F. Ficki — Cancer ou hyperplasie du parenchyme et de la muqueuse du col uterin? 2) D-r F. Arnstein — Quelques cas de fièvre intermittente à marche irrégulière chez les enfants. Sur le diagnostic différentiel des cas rétrospectifs.

Redaction: Dr H. Dobrzycki. Varsovie — Rue Oboźna 5.

„Medycyna“
 MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
 Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r F. Ficki — Krebs oder Hyperplasie des Parenchyms und der Schleimhaut des Gebärmutterhalses? 2) D-r F. Arnstein — Einige Fälle von intermittirendem Fieber mit unregelmässigem Verlauf bei Kindern. Ueber die differenzielle Diagnose der einschlägigen Fälle.

Redaction: Dr H. Dobrzycki. Warschau—Oboźna str., 5.

Z WARSZAWSKIEGO ZAKŁADU GINEKOLOGICZNEGO.

Rak, czy przerost mięszsu i błony śluzowej szyi macicznej?

Podał Feliks Ficki.

(Dokończenie.—Zob. Nr. 36).

W grudniu 1892 roku wezwany byłem do pani X., która zwróciła się do mnie nie w celu określenia rodzaju jej dolegliwości i przeprowadzenia odpowiedniego leczenia; ale, mając już przez innych lekarzy wyrażone rozpoznanie choroby, stwierdzone po części badaniem drobnowidzowem, wybrała mnie, jako wykonawcę poprzednio ustalonych wskazań.

Mamy przed sobą kobietę 40 lat wieku liczącą, dobrze zbudowaną, niedokrwiłą, która otwarcie przyznaje, że cierpi na raka szyi macicy, i wylicza szereg dolegliwości ją trapiących, a zależnych od tej choroby. Mamy więc, na co największą zwraca chora uwagę, od dwóch lat trwające krwotoki (od roku 1890), z początku jako przyspieszona i obfita miesiączka, plamienie pomiędzy odpływami krwi miesiączkowymi, a nawet po części znikanie swobodnych przestanków. Dwukrotne wyliczyczkowanie jamy macicy w odstępach kilkomiesięcznych prawie że pozostało bez wpływu na ten objaw. W ostatnich paru miesiącach krwawienie traci swój typ peryodyczny, a pojawia się nieregularnie, często (co dni kilka), wskutek przyczyn fizycznych, jak prędkie chodzenie, spółkowanie, zmęczenie, przy wypróżnieniach, jakoteż podczas badania ginekologicznego. Bez wpływu to nie pozostaje na stan ogólny, zjawia się osłabienie, zeschuplenie, chociaż pani X. w chwili badania nie przedstawia upadku sił, odpowiadającego tak ciągłej i znacznej krwi utracie. Oprócz tego chora skarży się na uczucie ciężkości w dolnej okolicy brzucha, na ciągły ból krzyża, ból w pachwinach przy chodzeniu, brak łaknienia, często pojawiający się szum w uszach, zawroty głowy i t. p.

W ciągu tych dwóch lat chora prawie stale znajdowała się pod opieką lekarską i, jak już poprzednio wspomniałem, miała dwa razy robione wyłyżeczkowanie jamy macicy bez pożądanego skutku. Dane z tego okresu czasu przytaczam według listu, otrzymanego na moją prośbę od Sz. kol. NEUGEBAUERA:

„Do pani X. zostałem wezwany przez kol. WEITZENBLUTA dnia 31 października 1891, z powodu krwawień macicy, które, jak chora opowiadała, prawie bez przerwy trwały od 10 miesięcy. Ówczesne wywiady 39-letniej wówczas chorej dostarczyły danych następujących: p. X. raz jeden ronila, troje dzieci urodziła pomyślnie, ostatnie w 28 roku życia. W ostatnich latach *coitus prohibitosus*, któremu osobiście przypisuję wielkie znaczenie etyologiczne. Znalazłem niezbyt przewlekły błony śluzowej (*endometritis chronica*) ze znacznym jej przerostem, jakby obrzękłej, miękkiej, oraz krwawienie przy każdym wprowadzeniu sondy, przy stosunkowo bardzo nieznacznym bólu; silniejszego bólu przy dotykaniu rogów macicy nie było. Na tylnej wywiniętej wardze ujścia zewnętrznego macicy podejrzanę nadżerki (*erosio suspecta*), bardzo łatwo i obficie krwawiące, przy ich dotykaniu gąbczaste. Macica swobodnie ruchoma, opuszczona znacznie ku dołowi, przydatki jej niezajęte (zdrowe). Wyskrobałem macicę, następnie przestrzyknąłem ją nalewką jodową i wyciąłem tylną wargę częściowo w kształcie klina, w celu badania drobnowidowego, którego dokonał kol. MAYZEL“.

Odniosłem się do Sz. kol. MAYZLA, który łaskawie nadesłał mi następującą notatkę:

„Wstępnie końcowym opisu dla p. X. powiedziałem w d. 5 listopada 1891 r.:

„Wobec ogromnej przewagi bujania nabłonkowego, które zbliża się całkiem do atypowego (i powstało bezwątpienia z gruczolów, częścią z nabłonka powierzchownego), chociaż bez oznak degeneracji i rozpadu dotychczas, neoplazmat typu nabłonkowego uznać należy za wielce podejrzaną, kankroid, bez względu na to, czy jego rozwój poprzedziły erozye lub nie“.

W dalszym ciągu listu swego Sz. kol. NEUGEBAUER pisze do mnie:

„Przez kilka miesięcy po tej operacji stan pani X. był dobry, w roku zaś 1892 zgłosiła się p. X. ponownie do mnie. Na konsylium z prof. KOSIŃSKIM, później z kol. BORYSSOWICZEM, była postanowiona ekstyrpacja macicy, której również żądał kol. JAWDYŃSKI. Chora zaraz po tej konsultacji była w klinikach wiedeńskich (gdzie jej to samo powtórzyli). Po powrocie udała się ponownie do mnie, z żądaniem dokonania operacji, ja zaś odmówiłem leczenia wtenczas, z przyczyn czysto prywatnej natury, które dla historii choroby są obojętne i które dlatego pomijam. Oto wszystko, co mogę powiedzieć względem choroby p. X. w roku 1891 i 1892 (podług dziennika mojej praktyki)“.

Danych wywiadowczych powtarzać już nie będę; są one takie same, jak otrzymane przez Sz. kol. NEUGEBAUERA i pomieszczone w jego liście z dnia 17 października 1894 r. Ograniczę się w tej chwili na opisanie klinicznym tego, co osobiście znalazłem przy badaniu chorej. Część pochwoła łatwo się osiąga, jednakże nie znalazłem opuszczenia (*descensus uteri*), powiedziałbym nawet, że jest ona powyżej linii HOLST'a (linia pociągnięta w myśli od jednego kolca siedzeniowego do drugiego), jest ona znacznie zgrubiała, wymiar poprzeczny około 4 ctm., długość 3 ctm., twarda, jak chrząstka. Brzegi ujścia zewnętrznego twarde, rozrosłe, dają uczucie grzyba o brzegach zgrubiałych, twardszych od podstawy tej całej powierzchni, usianej niewielkimi wyniosłościami, łatwo i mocno krwawiącemi. Macica niezupełnie ruchoma, część jej szyjowa znacznie odsunięta ku tyłowi, a powyżej łatwo są wymacalne (jak również i przez odbytnicę) tylne więzadła maciczne (*lig. sacro-uterina*), zgrubiałe i bolesne przy dotykaniu. Tylna warga zewnętrznego ujścia macicy przedstawia na swojej powierzchni więcej chropowatości, niż przodowa; prócz tego wyczuwa się na niej bliznę niezupełnie zagojoną i krwawiącą, pokrytą ziarniną (ostatni ten objaw stwierdzono przy badaniu przez wzniernik; pomieściłem go tutaj dla całości opisu). Długość samej macicy 9 ctm.

Wstępne to badanie, jak widać z opisu, prawie zupełnie stwierdza rozpoznanie choroby, przez pacjentkę do mnie wypowiedziane. Jedną tylko okoliczność zwraca uwagę, a mianowicie brak przemian wstecznych, a co za tem idzie, i rozpadu, przy tak długo (2 lata) trwającej sprawie chorobowej.

wej, jak również jednakowa odporność całej części pochwowej szyi macicznej, oprócz znacznie zgrubiałych brzegów grzyba. Znaczne zgrubienie tylnych więzadeł, chociaż w nich oddzielnych guzików nie wyczuwałem, niezupełna ruchomość macicy, znaczne zgrubienie całej szyi macicznej (co na mnie robiło wrażenie zwyrodnienia rakowatego samego mięszu części pochwowej nawet z zajęciem tkanki okołomaciczej)—zniewoliły mnie do zaproponowania chorej wstąpienia do zakładu ginekologicznego i ponownego szczegółowego zbadania jej w uśpieniu chloroformowem, celem określenia bliżej stosunków macicy do narządów sąsiednich i rodzaju pomocy operacyjnej, mając głównie na względzie wyluszczenie macicy przez pochwę.

W dniu 20 grudnia 1892 roku, przy pomocy i współdziałaniu kol. BORYSSOWICZA, KAPLIŃSKIEGO, ROGOWICZA i THIEMEGO, po zachloroformowaniu chorej, przystąpiłem do powtórnego badania palcem przez pochwę i odbytnicę, które dostarczyło powyżej opisanych danych. Po uśpieniu chorej można było lepiej jeszcze określić zupełnie swobodną podstawę więzadeł szerokich, lekkie i jednostajne zgrubienie i naprężenie więzadeł tylnych macicy (*lig. sacro-uterina*). Odsłoniwszy część pochwową wziernikiem NEUGEBAUERA, widzieliśmy, że wargi ujścia zewnętrznego macicy mocno wywinięte nazewnątrz, cała powierzchnia odsłonięta jest wypukłona, pokryta licznymi małymi owrzodzeniami i brodawkami, krwawiącemi wskutek obtarcia brzegiem wziernika, i otoczoną jakby walikiem czerwonym, dosyć grubym, pokrytym mocno lśniącym nabłonkiem. Nałożyłem kulociągi na przodową i tylną wargę ust macicznych, jedynie celem przekonania się o ściągliwości macicy, względnie łatwości wykonania wyluszczenia jej. Pociągając ku dołowi, zauważyliśmy, że powierzchnie, pokryte brodawkami, wstępują łatwo do przewodu szyi, sama część pochwowa staje się kształtną, a nawet wymiary jej się zmniejszają; po bokach zaś występują dwa wyraźne naddarcia szyi (*Lacerationes laterales*).

Możliwość zbliżenia dwóch powierzchni i brak tej odpornej twardości, która jest nieodłącznym towarzyszem zwyrodnienia złośliwego w jego początkach; dalej kształtna, lecz tylko zgrubiła część pochwowa, sprężystość jej utkania; a na koniec, chociaż sprawę tę rozpatrywaliśmy dotąd jako początkową, jednakże niepodobna nie zwrócić uwagi na to, że chora nasza jest od dwóch lat cierpiąca, jakoteż i na to, że zmiany przy nowotworze złośliwym do tego czasu powinny już być daleko wyraźniejsze i poważniejsze; wszystko to musiało wpłynąć na nasze zapatrywanie się na daną sprawę chorobową: uważaliśmy ją więc jako dobrotliwe, niż złośliwe cierpienie części pochwowej szyi macicznej.

Z tego powodu, odrzucając stanowczo raka, określiliśmy chorobę jako zapalenie przewlekłe mięszu szyi macicznej, z przewlekłym nieżytem błony śluzowej przewodu szyi, ze znacznym wywinięciem warg ujścia jako skutek ich naddarcia (*metritis et endometritis hyperplastica cervicis, ectropion et lacerationes laterales colli*). Do podobnych wniosków doszli również i koledzy, łaskawie mi pomagający i biorący udział przy badaniu chorej.

Wobec rozpoznania takiego wskazania zmieniły się i uprościły, a mianowicie należało: 1) usunąć wybujalą błonę śluzową przewodu szyi, 2) odtworzyć zapomocą operacji plastycznej prawidłową część pochwową, a zarazem zmniejszyć jej objętość.

Co się dotyczy pierwszego wskazania, to mając na uwadze znaczne zmiany nieżytowe w samej błonie śluzowej t. j. znaczne bujanie gruczołowe i jej przerost, ograniczenie się na zeszkobaniu byłoby niedostatecznym; postanowiłem przeto wyciąć całą wybujalą błonę śluzową sposobem SCHRÖDER'a, a wypełniając drugie wskazanie, wyciąć z bocznych powierzchni części

pochwowej szyi dwa kliny, a otrzymane odpowiednie powierzchnie krwawiące ze sobą zeszyć t. j. zmniejszyć i wytworzyć mniej więcej naturalną część pochwową.

Operacyi dokonałem dnia 31 grudnia 1892 r., przy łaskawej pomocy szan. kol. BORYSSOWICZA, TYRCHOWSKIEGO i WINAWERA, podług wyżej nakreślonego planu, w ciągu 45 minut, pod chloroformem. Tak na błonę śluzową, jak i na powierzchnię po wycięciu klinów, nałożyłem szwy jedwabne, jednakże z pewną trudnością, z powodu wielkiej twardości tkanki, dochodzącej miejscami, szczególnie na wardze tylnej, do twardości chrząstki.

Przebieg pooperacyjny zupełnie prawidłowy, bezgorączkowy; na 14-ty dzień zdjęte zostały szwy tak boczne, jak i z warg ujścia zewnętrznego; wszędzie rychłozrost, część pochwowa kształtna, jeszcze powiększona, błona śluzowa warg macicznych gładka, na wardze tylnej w paru miejscach na przebiegu szwów trochę krwawiąca ziarniny, która została przyżegnęta laseczką saletrzanu srebra.

Wycięta błona śluzowa przewodu szyi, jak i kawałki mięszu macicy, wycięte z bocznych jej powierzchni, oddane zostały do zbadania drobnowidzowego Szan. prof. PRZEWOSKIEMU. Chora tymczasem, czując się znacznie lepiej i będąc moralnie uspokojoną, opuściła nasz zakład.

W 3 tygodnie po operacyi nastąpiła miesiączka zupełnie prawidłowa, t. j. taka, jaka była u naszej chorej przed chorobą. Od tego czasu miesiączka po dziś dzień zjawia się w odstępach zupełnie prawidłowych, krwawień w przerwach miesiączkowania niema. Przed trzema miesiącami miałem sposobność badać p. X. wewnątrz: znalazłem część pochwową niepowiększoną, błonę śluzową przewodu szyi nie wywiniętą, gładką; samo ujście 1 ctm. długie, brzegi jego pokryte gładką różową błoną śluzową; jednym słowem niema nawet śladu poprzedniego cierpienia. P. X. pomimo, że prowadzi życie bardzo ruchliwe, czuje się zupełnie dobrze, waga ciała większa, a że upłynęło już przeszło 2 lata od dokonanej operacyi, powinniśmy mieć niepłonną nadzieję, że sprawa chorobowa, powstała na części pochwowej, została zupełnie usunięta.

Wróćmy teraz do badania kawałków błony śluzowej i mięszu szyi, odesłanych do pracowni szan. prof. PRZEWOSKIEGO.

Pod dniem 3 stycznia 1893 roku otrzymałem następujące doniesienie:

„Zarówno poprzednio przysłane (wyskrobiny) jak i obecnie (kliny) dają rezultat jeden i ten sam. Zawsze od powierzchni owrzodzonej, mniej lub więcej mocno obnażonej z nabłonka, wraża do głębi tkanek macicy wiele tworów nabłonkowych pełnych w postaci sopli, które rozgałęziają się i łączą pomiędzy sobą w rodzaj nieprawidłowej sieci. Te twory nabłonkowe, złożone z komórek większych i mniejszych, o dużem pęcherzykowatym jądrze, leżą w podścielisku, złożonem z tkanki łącznej, która jest rozmaicie mocno nacieczona leukocytami i zawiera więcej lub mniej gładkich włókien mięsnych“.

„Wobec powyższej budowy mikroskopowej można nowotwór uznać tyko za rak rogowy, dawniej kankroid płaskokomórkowy, który wogóle tem się odróżnia, że niemocno zagłębia się do tkanki macicy, jest podług THIERSCH'a powierzchniowo drażący, a więc klinicznie prawdopodobnie dość łagodny“.

Mamy więc badanie drobnowidzowe, zupełnie potwierdzające rozpoznanie choroby, przed trzema laty wyrażone (patrz wywiady, a zwłaszcza list d-ra NEUGEBAUERA), a wręcz przeciwne rozpoznaniu memu. Dlatego też na początku tego opisu starałem się drobiazgowo przeprowadzić rozpoznanie różniczkowe (kliniczne) między rakiem rozpoczynającym się części pochwowej a innymi sprawami patologicznymi, aby wykazać całą trudność naszego zadania, niepewność i niejasność pierwszych objawów i możliwość takiego przeciwstawienia: klinicznie sprawa chorobowa przedstawia charakter niezłośliwy—analiza drobnowidzowa zaś wykazuje nowotwór złośliwy.

Za jednym i drugim twierdzeniem przemawiają pewne dane. Za nowotworem złośliwym wynik badania drobnowidzowego, dokonanego przez d-rów

MAYZLA i PRZEWOSKIEGO, uporczywość cierpienia, wznowienie jego pomimo dwukrotnego wyłyżeczkowania, ogólny upadek sił, oprócz innych objawów klinicznych mniejszego znaczenia.

Za niezłośliwością sprawy chorobowej przemawia również długie trwanie cierpienia (cztery lata) bez szybkiego postępu, jaki bywa przy nowotworach złośliwych macicy, których najdłuższe trwanie podług TANNER'a wynosi $4\frac{1}{2}$ lat, podług innych jeszcze mniej (SIMPSON $2\frac{1}{2}$ lat, GUSSEROW 3 lata, BARKER 3 lata i 8 miesięcy i t. d.) i bez wyraźnego i wczesnego oddziaływania na cały ustrój chorej.

Rozpoznanie dobrotliwego cierpienia możnaby uczynić w danym przypadku *ex juvantibus et nocentibus*, albowiem po wycięciu zwyrodniałej błony śluzowej przewodu szyi i bocznych klinów części pochwowej, t. j. po zabiegu operacyjnym, niemogącym mieć znaczenia przy raku szyi, sprawa chorobowa w ciągu dwóch lat nie odnawia się, a przeciwnie mamy błonę śluzową części pochwowej prawidłową, różową—zdrową, samą część pochwową kształtną, a nakoniec p. X. zdrową, czującą się zupełnie dobrze.

Ostatecznie sprawy tej za rozstrzygniętą uważać nie mogę i muszę ją zakończyć temi słowy, które postawiłem na samym początku t. j.: „rak czy przerost mięszu i błony śluzowej szyi macicznej!“

Kilka przypadków

ZIMNICY U DZIECI O PRZEBIEGU NIEPRAWIDŁOWYM

oraz kilka słów

O ROZPOZNAWANIU ZIMNICY U DZIECI,

podał F. ARNSTEIN (Kutno).

(Dokończenie. —Zob. Nr. 36).

Przedewszystkiem rozważyć musimy, czy w przypadkach, powyżej opisanych, mieliśmy w rzeczy samej do czynienia z zimnicą? Jeżeli zwrócimy uwagę na to, że we wszystkich czterech przypadkach przypadłości chorobowe, trwające bez zmiany od wielu dni, w krótkim czasie ustąpiły po podaniu chininy, to już tem samem mamy prawo z faktu tego wnioskować o istnieniu zakażenia zimniczego. Lecz obok tego w przypadku pierwszym sam przebieg choroby, zmienność objawów ze strony płuc w różnych porach dnia i największe ich natężenie w czasie największego podniesienia ciepłoty, wysokie wogóle natężenie gorączki, nie odpowiadające zmianom miejscowym, duże zwolnienia, a nawet kilkakrotne przerwy zupełne, nie pozwalają ani na chwilę powątpiewać, że mieliśmy tu do czynienia z zakażeniem zimniczem, przejawiającem się pod postacią przekrwienia i nieżytego zapalenia dróg oddechowych. W przypadku drugim charakter gorączki, nieprawidłowo przerywany, w zupełności odpowiada zakażeniu zimniczemu u dzieci.

W dwóch pierwszych zatem przypadkach mieliśmy niewątpliwie do czynienia z zakażeniem zimniczem, przejawiającem się głównie w postaci cierpienia płuc, które występowało na pierwszy plan i maskowało cierpienie zasadnicze. Z przypadkami tego rodzaju t. j. z przypadkami zimnicy, powikłany-

mi cierpieniami w narządzie oddechowym, spotykamy się mojem zdaniem dosyć często, częściej, aniżeli powszechnie przypuszczają, szczególnie zaś często u dzieci; lecz są one u tych ostatnich nieraz bardzo trudne do rozpoznania, jeżeli nie będą dokładnie spostrzegane. W moim przypadku pierwszym wczesne rozpoznanie zimniczej przyrody cierpienia zawdzięczam tej tylko okoliczności, że lekarze, którzy badali dziecko wieczorami, znajdowali takie poważne zmiany w narządzie oddechowym, jakich ja w godzinach przedpołudniowych, pomimo najstaranniejszego badania, nie byłem w stanie stwierdzić.

W naszym piśmiennictwie lekarskim o przypadkach zimnicy, powikłanych cierpieniami płuc, mamy bardzo skąpe wiadomości. W roku 1885 DUNIN²⁾ podał kilka przypadków zimnicy, powikłanych nieżytem oskrzeli; w roku 1891 ja³⁾ opisałem jeden przypadek, a HEWELKE⁴⁾ dwa przypadki. Można by z tego łatwo wnioskować, że cierpienia dróg oddechowych na tle zimniczem należą do zjawisk rzadkich; tymczasem czuję się zmuszonym, na mocy własnego, dosyć bogatego pod tym względem doświadczenia, stanowczo twierdzić, że przynajmniej u dzieci ze sprawami chorobowymi w narządzie oddechowym, wikłającymi zimnicę, spotykamy się bardzo często. W artykule moim, wyżej wymienionym, podałem, że „spozstrzegałem jednego roku na wiosnę całą epidemię ostrego nieżytu oskrzeli u dzieci, któremu towarzyszyła znaczna gorączka a podejrzewając zimnicę, podawałem chininę, która w zupełności stwierdziła moje podejrzenie“. Od tego czasu niejednokrotnie miałem sposobność przekonywać się o częstoci zimnicy u dzieci, powikłanej nieżytem oskrzeli. I w obecnej chwili, jak i każdej wiosny, spostrzegam tego rodzaju przypadki.

Co się tyczy dwóch drugich przypadków, za zakażeniem zimniczem przełamawia w nich, obok natychmiastowej szybkiej skuteczności chininy, sam charakter gorączki zwalniająco-przepuszczającej. W obu przypadkach (III i IV) pod wpływem zakażenia zimniczego rozwinęło się silne przekrwienie i ostre zapalenie gardzieli, które w przypadku pierwszym (III) zajęło głównie oba migdały, a stąd rozszerzyło się na błonę śluzową krtani i tchawicy, jakoteż na sąsiednie gruczoły chłonne (szczególnie oskrzelowe); w przypadku drugim zajęło całą gardziel. Tak w jednym, jak i w drugim przypadku przypadłości ze strony gardzieli wystąpiły na plan pierwszy i maskowały cierpienie zasadnicze.

Przypadki zimnicy, powikłane zapaleniem gardzieli, są daleko mniej znane, aniżeli powikłane cierpieniem dróg oddechowych; sądzę jednak i uważam za zupełnie możliwe, że zakażenie zimnicze może się równie dobrze przejawiać chorobowymi zmianami w gardzieli, jak się przejawia zmianami w innych narządach; zmiany te mogą w niektórych przypadkach występować na plan pierwszy i wypełniać obraz kliniczny choroby.

Wracając do rozpoznania zimnicy o przebiegu nieprawidłowym u dzieci, zaznaczyć przedewszystkiem winieniem, że jedynym pewnym znakiem rozpoznawczym w tego rodzaju przypadkach jest dodatni wynik badania krwi na charakterystyczne pasorzyty (*plasmodia*) i z tego powodu winno ono być dokonywane u dzieci we wszystkich przypadkach wątpliwych. Wszelkie inne

²⁾ DUNIN. Kilka uwag o gorączce zimniczej ciągłej, mianowicie zaś powikłanej nieżytem oskrzeli. *Gazeta Lekarska* 1885 № 24 i 25.

³⁾ ARNSTEIN. Przyczynek do rozpoznawania zimnicy u dzieci w pierwszych okresach życia. *Medycyna* 1891 № 35.

⁴⁾ HEWELKE. W kwestyi powikłań płucnych przy malaryi. *Kronika Lekarska* 1891 № 10.

objawy chorobowe są u dzieci, szczególnie młodszych, tak niejasno wyrażone, że wartość ich rozpoznawcza jest bardzo wątpliwa⁵⁾.

Powiększenie śledziony, prawie nieodłączne od zimnicy u dorosłych i łatwo dające się wysledzić, nie jest ani stałe, ani tak łatwe do wysledzenia u dzieci; typ gorączki, o czym już kilkakrotnie wzmiankowaliśmy, jest w wysokim stopniu nieprawidłowy i nietypowy, szczególnie w postaciach powikłanych. Tylko wielkie wahania ciepłoty, a szczególnie wysoki stopień ciepłoty, nieodpowiadający natężeniu zmian i objawów ze strony zajętego sprawą chorobową narządu, ma zdaniem mojem ważne znaczenie rozpoznawcze i zawsze nasuwać musi podejrzenie zakażenia zimniczego. Jeżeli np. będziemy mieli objawy zwyczajnego nieżytu oskrzeli u dziecka, przy którym ciepłota ciała dochodzi do 40° i więcej, mamy prawo podejrzewać zakażenie zimnicze, przejawiające się nieżytem oskrzeli, a podanie chininy dosyć szybko przekona nas o słuszności naszego podejrzenia.

Tą się zasadą kierując, niejednokrotnie mogłem się przekonać o częstości zakażenia u dzieci, przebiegającego skrycie pod postacią zupełnie innego cierpienia.

Na zakończenie jeszcze słów kilka o patogenezie i naturze zmian anatomicznych w narządach, zajętych sprawą chorobową przy zimnicy. Od czego zależy obraz kliniczny zimnicy, nie zostało ściśle określone; wiemy tylko, że zmiany, wywołane przez pasorzyty swoiste (plasmodye), przy zwykłych postaciach zimnicy dotyczą głównie krwi i śledziony. Ostatnia ulega podczas napadu zimnicy silnemu przekrwieniu, które jest ściśle związane ze zmianami we krwi; wszelkie zaś przypadłości chorobowe, jak dreszcze, gorączka, poty i t. p., są prawdopodobnie spowodowane zboczeniami czynnościowymi w unerwieniu.

Czem zostają wywołane i na czym polegają zmiany patologiczne w trzewach, w powikłanych postaciach zimnicy, nie wiemy dotąd właściwie; nie wiemy, czy zmiany te zostają wywołane przez zarazek zimniczy, czy też powstają one pod wpływem zakażenia wtórnego, wywołanego przez inne jeszcze pasorzyty; brak nam w tym względzie badań anatomo-patologicznych, bakteriologicznych i doświadczalnych. W braku tychże musimy się tymczasem zadawać hipotezami, czerpanymi ze spostrzegania klinicznego. To ostatnie zdaje się przemawiać za tem, że zmiany ze strony narządy oddechowego, trawienia i t. p. w postaciach powikłanych zimnicy polegają, jeśli nie wyłącznie, to najczęściej na przekrwieniu ostrem, takim samym, jak przekrwienie śledziony w postaciach zimnicy zwykłych. Nas tu głównie obchodzą powikłania ze strony narządu oddechowego przy zimnicy. Otóż piszący o tych powikłaniach uważają je za sprawy nieżytowe oskrzeli (*bronchitis malarica* DUNINA), lub płuc (*bronchopneumonia*—HEWELKE); inni jeszcze opisują zapalenia płuc płatowe—przepuszczające. Sądzę, że mamy tu do czynienia nie ze sprawami zapalnymi *stricto sic dictu*, lecz z przekrwieniem ostrem. Szybkość, z jaką zmiany te się objawiają, a z drugiej strony przy leczeniu swoistem znikają, przypadłości chorobowe, objawy wypukowe i wysłuchowe, pod wielu względami odmienne, aniżeli spostrzegane przy zwykłych sprawach zapalnych, nad czem zresztą w miejscu tem dłużej zatrzymywać się nie możemy, przebieg

⁵⁾ Szkoda wielka, że autor podobnych badań krwi u chorych swoich nie dokonał; brak ich sprawia, że przypadki te nie przekonywają bynajmniej czytelnika, iż autor istotnie we wszytkich z zimnicą miał do czynienia. (Przypisek Redakeyi).

choroby i zejście prawie zawsze pomyślne, —przemawiać się zdają za naszym przypuszczeniem. Że tego rodzaju przekrwienia w pewnych przypadkach mogą prowadzić do nacieczenia, że mogą stanowić grunt sprzyjający rozwojowi spraw zapalnych wtórnych, bynajmniej nie da się zaprzeczyć. Przyszłe badania anatomo-patologiczne, dla których wdzięczne przedstawia się pole, winny wyświetlić nam wiele ciemnych punktów, dotyczących powikłanych postaci zimnicy.

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

113. BORDAS i DESCOURT. **O wpływie gnicia na t. z. próbę płucną.** Celem wykazania przyczyn błędów i określenia, o ile to jest możebne, warunków, w jakich próba płucna może nastreczać wątpliwości, autorowie podjęli szereg doświadczeń na płodach zwierzęcych i ludzkich.

Jak wiadomo, płuca noworodka, który swobodnie oddychał, mają barwę jednostajnie różową, trzeszcza w palcach i pływają wrzucone do naczynia z wodą. U noworodka, który słabo oddychał, płuca przedstawiają wygląd podobny do wątroby i są usiane mniej więcej rozległymi plamami różowemi; są one mniejsze, niż być powinny, trzeszczenie w palcach nie jest jednostajne we wszystkich częściach płuc, wreszcie próba płucna daje wynik pewny tylko wtedy, gdy całe płuca wrzucimy do wody; gdy rzucamy pojedyncze kawałki takich płuc, jedne pływają, inne toną. Nakoniec płuca noworodka, który całkiem nie oddychał, mają barwę czerwoną, mniej więcej ciemną, są jakby zwątrobiałe, nie trzeszczą w palcach i toną w wodzie. Pomiedzy warunkami, które zdają się wpływać na wynik fałszywy próby płucnej, jest jeden, wielce prawdopodobny, a conajmniej dający powód do dyskusyi; tym jest wpływ gnicia trupiego na ciężar właściwy płuc noworodka. Zbadanie tego wpływu tem większe ma znaczenie wobec tego, że dotychczasowe prace bynajmniej nie wykazały, że zjawiska gnicia, z wytwarzaniem gazów połączone, nie zmieniają wyniku próby płucnej u noworodków, które całkiem nie oddychały, jakoteż i z tego względu, że lekarz sądowy prawie zawsze ma do czynienia z trupami noworodków, gnicia uległymi. Pomijając objaśnienia, zaznaczamy, że rozkład trupa noworodka, który całkiem nie oddychał, postępuje bardzo powolnie, trzewa jego zachowują przez czas bardzo długi pierwotny swój wygląd. Zupełnie inaczej rzecz się ta przedstawia na trupach noworodków, które oddychały. Powietrze, przenikając do pęcherzyków płucnych, do żołądka, wprowadza wraz z kurzem i drobnoustroje, jakie są w niem zawieszane. Zarodniki te mniej lub więcej szybko się rozwijają, odpowiednio do ciepłoty, wywołując rozpad komórek tkankowych, i dostają się do układu krwionośnego. Drobnoustroje wytwarzają znaczne ilości gazu, który sprzyja rozsiewaniu się zarodników po wszystkich częściach małego trupa. U płodu, który z jakichkolwiek przyczyn nie mógł swobodnie oddychać, t. j. u płodów, u których wdechanie nie było dostatecznem do wdrażenia powietrza do wszystkich pęcherzyków płucnych, spotyka się podobne do podanych co dopiero zjawiska rozkładu trupiego; cała różnica polega na tem, że gnicie nie tak szybko postępuje i jest niejako umiejscowione w pewnych okolicach płuc, wyraźnie odgraniczonych. Znajdujemy wtedy dosyć często kulki gazu, unoszone tu i owdzie opłucną trzewową; kulki te są wytworem gnicia i spotyka się je zawsze na tej części płuca, która zachowała wygląd wątrobowy, a nie na tych plamach różowych, o których wyżej wspomniano. Takie płuca, wrzucone do wody, nieźle pływają, zanurzają się dopiero wtedy, gdy owe kulki gazowe przekuwamy szpilką. U noworodka, który oddychał i przyswajał pożywienie, gnicie poczyna się w jelitach; rozkład trupi postępuje tu tak, jak w trupach ludzi dorosłych.

Autorowie postanowili rozwiązać następujące pytanie: czy lekarz wobec trupa noworodka, uległego zgniliznie w wysokim stopniu, wobec tego, że próba płucna wykazuje, że płuca pływają, —może twierdzić, że noworodek taki niewątpliwie oddychał?

W tym celu B. i D. używali do swych doświadczeń płodów ze świń, przeciętnie po 150 grm. ważących, wyjmowali z nich płuca i umieszczali ich kawałki w dużych probówkach szklanych. Jedne z takich próbek pozostawiano dobrowolnemu gniciu, do innych dodawano krwi w rozkładzie będącej, jeszcze w innych szczepiono *bacillus coli*, *bacillus subtilis*, rozmaite zaczyny (fermenty) masłowe i t. p. Po kilku dniach, gdy sprawa rozkładowa była już w pełnym biegu tak, że płuca już nieledwie się rozplywały, stwierdzono, że wszystkie kawałki płuc były cięższe od wody. Spółcześnie dokonane doświadczenia na całych płodach świńskich wykazały, że ani w jednym nie nastąpiło wytwarzanie się kulek gazowych pod opłucną i że próba płucna dawała zawsze wynik ujemny, t. j. że płuca tonęły. Też same doświadczenia, przeprowadzone na całych płodach owczych, branych ze sztuk blizkich rozwiązania, również wykazały, że kawałki ich płuc były cięższe od wody. Dotyczy to jednakże tych tylko płodów, które pozostawiono dobrowolnemu gniciu, jakoteż i tych, które nastrzyknięto krwią w rozkładzie będącą. U tych zaś płodów, którym po rozcięciu tchawicy wdmuchiowano powietrze do płuc i następnie pozostawiono je dobrowolnemu rozkładowi, okazało się, że uległy one gniciu, mniejszego jednak natężenia. Płuca ich przedstawiały zabarwienie różowe prawie na całej powierzchni, oprócz kilku miejsc, do których powietrze wdmuchiwane się nie dostało, i te miejsca były ciemno-czerwone. Płuca były puszyste, trzeszczały w palcach i nie tonęły w wodzie.

Wreszcie przeprowadzono doświadczenia z płodami ludzkimi, celem przekonania się, czy te same zjawiska mają miejsce u noworodków, które całkiem nie oddychały.

W pierwszym doświadczeniu użyto płuc płodu nieżywego, urodzonego w 7-m miesiącu, z matki dotkniętej przymiotem. Do jednej części płuc tych zastrzyknięto krew trupa uległego zgniliznie; drugą pozostawiono dobrowolnemu rozkładowi. Po 5-iu dniach, pomimo gnicia w pełnym rozwoju, okazało się, że kawałki tych płuc tonęły w wodzie.

Drugie doświadczenie wykonano na płucach również przymiotowego płodu, nieżywo urodzonego w 8-ym miesiącu ciąży. W jedno wprowadzono niewielką ilość powietrza, drugie zaś służyło do sprawdzenia; oba pozostawiono dobrowolnemu gniciu. Po 8-iu dniach znaleziono co następuje: płuco nadmuchane, które przed wprowadzeniem doń powietrza miało jednolitą barwę wina czerwonego, było usiane plamami różowemi na tle ciemno - czerwonym, kilka kulek gazowych unosiło opłucną w miejscach ciemno zabarwionych. Kawałki tego płuca, wrzucone do wody, pływały, gdy zaś drugie płuco, jednolitnie czerwonej barwy, opadało na dno naczynia z wodą, jak kawał wątroby. Zatem, co było z góry do przewidzenia, doświadczenia na płodach ludzkich wydały te same wyniki, co na płodach zwierzęcych.

Ostateczny wniosek jest następujący: gnicie na trupach noworodków, które całkiem nie oddychały, nie wywołuje zjawisk, wpływających na zbitość płuc, a tem samem nie może być źródłem mylnych wyników, jakie niekiedy daje próba płucna.

(*Ann. d. hyg. publ. et de méd. légale. Juin. 1895. N. 6.*) J. R.

114. DÜERCK. **Przyczynek do kazuistyki porażenia piorunem wraz z uwagami co do śmierci od elektryczności.** Podczas burzy, szalejącej w Monachium, piorun uderzył w cegielnię i ugodził w czoło znajdującego się na poddaszu robotnika. Rażony padł nawznak bez życia. Badanie pośmiertne uwydatniło sporo znamiennych objawów. W pierwszych kilku godzinach po wypadku stwierdzić można było obecność t. zw. „*Blitzfiguren*“, w postaci wyraźnych linii zazębionych. Obraz ten później znikł. Badanie zwłok, w 24 godzin po śmierci podjęte, następujące dało wyniki. Steżenie pośmiertne mocno wyrażone. Z lewego ucha zewnętrzne cieknie krew płynna. Włosy na twarzy oszalone, na głowie zaś nienaruszone. Żrennice średnio rozszerzone. W wielu miejscach skóry, przeważnie ze strony lewej, powierzchowne odarcia, z brzegami z lekka zaczerwienionymi. Na grzbiecie pojedyncze wylewy krwawe w tkankę podskórną. Na czaszce, w okolicy lewego guza czołowego, wklęsnięcie; skóra na niem bronzowo zabarwiona. Miejsce to odpowiada uderzeniu pioruna. Prócz zmianokowanego wklęsnięcia, na czole nieznaczne podbiegnięcia krwawe w okostnej. Kości czaszki nie noszą żadnych śladów urazu. Opona mózgowa twarda lekko zrosnięta z blaszką szklistą (*tabula vitrea*) kości potylicowej. Opona miękka powierzchni wypukłej połkuli prawej nie

przedstawia zmian; natomiast ze strony lewej opona zwoju potylicowego, tylnej i górnej części zwoju czołowego i dwóch górnych zwojów (*Windungen*) zwoju skroniowego, są usiane wylewami krwi ciemno-czerwonej, prawie czarnej. Na podstawie mózgowia zmian niema. Istota mózgowa nadzwyczaj miękka, zwłaszcza *corpus callosum*. Również miękkie są: mózdzek, most i rdzeń przedłużony. W mleczu paciierzowym opona miękka jest dość mocno nastrzyknięta, górne części rdzenia aż do części lędźwiowej bardzo są miękkie. Tak tu jednak, jak w mózgowiu, makroskopowo zmiany chorobowe nie dają się wykryć. Z powierzchni przecięcia narządów wewnętrznych sączy się w obfitości płynna i ciemna krew. W przed-sionkach serca znajduje się też krew płynna, bez najmniejszych skrzepów. Narządy wewnętrzne, prócz przekrwienia, są zresztą zupełnie prawidłowe. Wydatnymi więc objawami tego przypadku były: obfite wylewy krwawe do opon miękkich lewej półkuli, płynna krew w sercu i żyłach i przekrwienie narządów wewnętrznych. Co się tyczy nadzwyczajnej miękkości istoty mózgowej (miękkość niezależna od obrzęku), to tę D. przypisuje swoistemu działaniu pioruna. Wskutek ogromnego napięcia prądu elektrycznego, siła jego burząca rozluźniła widocznie związek pomiędzy najdrobniejszymi pierwiastkami ośrodkowego układu nerwowego.

Literatura odnośna daje nam obraz pomieszania pojęć i sprzepioruna. Bouczności, wynikających z różnorodności postaci, pod jakimi występuje śmierć od DIN przypisuje działaniu błyskawicy najsprzeczniejsze właściwości — zabijania lub uleczenia i t. p. STRICKER pierwszy krytycznie rozebrał istniejące dotąd spostrzeżenia i słusznie odrzucił poglądy o własnościach leczniczych pioruna lub o „fotograficznym“ tegoż działaniu, o którym dawniejsi spostrzegacze, jak ORIOLI, HORSTMAN i inni, dziwy opowiadali. Z zestawionych przez STRICKER'a 27 przypadków porażenia piorunem, prawie we wszystkich występowały „*Blitzfiguren*“, a w wielu znajdowano różnego stopnia oparzeliny, zajmujące mniejsze lub większe obszary. Z tych w 4 przypadkach (spostrzeżenia MINONZIO, PHAYRE'a i CLAES'a) wykonano badanie pośmiertne, które, prócz przekrwienia mózgowia, wykazało następujące objawy ogólne: szybki początek gnicia, znaczne rozszerzenie żrenic i krwawienie z nosa i jamy ustnej. LANGERHANS widział dwa przypadki lekkiego porażenia piorunem, gdzie nie było żadnych innych oznak, prócz wielkiego zaczerwienienia skóry w wielu miejscach; zaczerwienienie to tłumaczy L. jako lekkie zapalenie skóry, idące wzdłuż naczyń. Obaj ostatni badacze zgodnie utrzymywali, że „*Blitzfiguren*“ są to tylko silnie napełnione naczynia krwionośne, przeświecające przez skórę. Wręcz odmiennego poglądu trzymał się RINDFLEISCH, dowodząc, że naczynia rozgałęziają się we wprost przeciwnym kierunku; przyjmuje jednak, że układ naczyniowy w pewnym znajduje się związku przyczynowym ze sposobem rozszerzania się po skórze iskry elektrycznej. W drugiej swej pracy STRICKER zgadza się z poglądem RINDFLEISCH'a, natomiast stara się obalić twierdzenie niektórych autorów co do tożsamości „*Blitzfiguren*“ z obrazem LICHTENBERG'a, który się otrzymuje przy działaniu elektryczności w elektrofonie VOLTA'y. SCHEFCIK opisuje sporo przypadków, gdzie u osób, piorunem rażonych, iskra przybierała kształt drzewa (*Dendritenbildung*). OESTERLEIN zupełnie się zgadza ze STRICKER'em co do wczesnego występowania gnicia w zwłokach ludzi piorunem rażonych. Natomiast LÉMAN nie mógł stwierdzić szybszego, niż zwykle, posuwania się sprawy rozkładowej. Ten ostatni, jako bezpośrednią przyczynę śmierci od pioruna, uważa uduszenie, wskutek porażenia ośrodków oddechowych. Spostrzeżenia HEUSNER'a, FRASK'a i LOND'a nie dodają nic nowego do wyłuszczonych wyżej objawów. DUERCK sądzi, że taka sprzeczność poglądów różnych autorów na wczesne powstawanie gnicia, daje się wytłumaczyć porą roku, w jakiej było przedsiębrane badanie pośmiertne. Przy podniesionej temperaturze sprawa rozkładowa posuwa się szybciej, prąd elektryczny zaś bynajmniej swoistego działania w tym kierunku nie wywiera.

Objawy, podobne do tych, jakie się spostrzega przy porażeniu piorunem, również występują przy doświadczeniach nad działaniem silnych prądów elektrycznych na ustrój zwierzęcy. Od czasu FRANKLIN'a, który dowiódł tożsamości jakościowej błyskawicy i iskry elektrycznej, sztucznie otrzymanej, dane z tego rodzaju przypadków mamy prawo zestawiać z wynikami uderzenia pioruna. Otoż RICHARDSON doświadczalnie dowiódł, że elektryczność nie powoduje sama przez się szybkiego występowania gnicia w zwłokach. CLOWES, NAUNKIVELL i KRATTER

stwierdzili u osób, które przez własną nieostrożność uległy sile prądu elektrycznego od 2000—3000 volt, oparzenie, nieraz do kości, członków, w bezpośredniej styczności z przewodnikiem prądu się znajdujących. Wszędzie też spotykano się z przekrwieniem narządów wewnętrznych i mózgowia i wylewami krwawymi. W przypadku CLOWES'a serce było próżne, krew płynna, nie zawierająca nigdzie skrzepów; przeciwnie, KRATZER znalazł w sercu ciemne, liczne skrzepy krwi. Tenże autor (KRATZER) usiłował rozstrzygnąć na drodze doświadczalnej kwestyę przyczyny śmierci w omawianych przypadkach. Wnioski, do jakich doszedł, dadzą się streścić w sposób następujący: 1) najczęściej śmierć następuje z powodu nagłego zatrzymania oddechu; 2) niekiedy przyczyną bezpośrednią śmierci jest gwałtowne wstrzymanie czynności serca (*shock*); 3) w niewielu przypadkach śmierć nastąpiła w kilka godzin po wypadku, wskutek ucisku na mózg, spowodowanego wylewem krwi do opon mózgowych. Świeżo MESSER miał możność spostrzegania podobnego przypadku. Badanie pośmiertne, przezeń nader ściśle wykonane, doprowadziło do tych samych, co DUBROCK'a, wyników. Wszystkie te spostrzeżenia wykazują, że bezpośrednią przyczyną śmierci, spowodowanej przejściem przez ciało zwierzęce prądu elektrycznego, czy to w postaci błyskawicy, czy też iskry elektrycznej, sztucznie otrzymanej, jest porażenie ośrodków oddechowych lub czynności serca. Anatomiczne wyrażenie takiego działania prądu znajdujemy w następujących okolicznościach: 1) zdolność ścinania się krwi zwolniona, względnie zniesiona; 2) ograniczone lub liczne rozdarcia naczyń na drodze przejścia prądu elektrycznego; 3) niekiedy zniszczenie napotkanego przez prąd narządu wewnętrznego; 4) miejsce wstąpienia w ciało i wyjścia prądu zaznacza się raną, zazwyczaj oparzeliną.

W jakim związku przyczynowym z działaniem pioruna na powłoki ciała zwierzęcego znajdują się t. zw. „*Blitzfiguren*“, dotąd niewiadomo. Pewnem jest tylko to, że inne, przypisywane błyskawicy właściwości, jako na niczem nie oparte, pozabawione są wszelkiego znaczenia.

(*Münch. medic. Wochenschrift. Nr. 31. Juli. 1895.*)

M. Wasserman.

115. BOLLINGER. O przyczynach śmierci w zapaleniu płuc włóknikowem. W zapaleniu płuc włóknikowem, które tem się różni od innych chorób zakaźnych, że zejście śmiertelne następuje zazwyczaj między 6—8 dniem choroby, odróżniają ogólnie 4 przyczyny śmierci:

1) Niedostateczność płuc, spowodowaną przez znaczną rozległość obszaru, zajętego przez wysięk, lub—przy niewielkiem względnie ognisku zapalnym—przez obrzęk, wytwarzający się w pozostałej zdrowej tkance płucnej.

2) Ciężką postać zakażenia, zależną od wyjątkowej złośliwości pasorzytów.

3) Niedostateczność serca, która albo istniała już przed wystąpieniem zapalenia płuc (stłuszczenie serca, *myocarditis*, stwardnie nie tętnic wieńcowych i t. p.), lub zjawiła się w przebiegu zapalenia i wystąpiła przez wzmocnienie się oporu mechanicznego w płucu chorem lub przez zgubny wpływ zawartych we krwi toksyn.

4) Powikłania, jak zapalenie opon mózgowych, zapalenie osierdzia, zgorzel płuc i t. d.

Doświadczenie kliniczne i anatomiczne uczy, że wogóle zejście zapalenia płuc włóknikowego zależne jest bardzo od odporności ustroju; ludzie starzy, bezkrwiści, wyniszczeni lub dotknięci cierpieniami przewlekłemi innych narządów, oraz pijacy nałogowi, padają zwykle ofiarą tego cierpienia, podczas gdy silni, dobrze odżywiani i niezbyt starzy zwykle wychodzą ręką obronną. Gorączka nigdy prawie przyczyny śmierci nie stanowi; trwa ona zbyt krótko, aby mogła wskutek wyniszczenia położyć kres życiu; w tyfusie brzuszny gorączka jest znacznie silniejsza, a jednak śmierć następuje zwykle w 3 tygodnie dopiero.

Przyglądając się dokładnie przy stole sekcyjnym zmianom anatomicznym, towarzyszącym zapaleniu płuc włóknikowemu, zwrócił BOLLINGER uwagę na dwa zjawiska: 1) na znaczną niedokrwistość mózgu, wątroby, śledziony i nerek, oraz 2) na zupełny brak przekrwienia i obrzęku obocznego w wolnych od zapalenia częściach płuc. Sprawdziwszy na wielu przypadkach słusność swego pierwszego spostrzeżenia, zaczął autor szukać przyczyny tego dziwnego objawu; teoretycznie bowiem oczekiwaćby należało w tych narządach objawów zastoju żylnego, wskutek osłabienia czynności serca i ograniczenia czynnej powierzchni płuc,

Wobec gwałtownego przebiegu choroby, kończącej się śmiercią w końcu pierwszego tygodnia, trudno uważać istniejącą niedokrwistość za dowód wyniszczenia tkanek przez gorączkę; przyczyną jej, jakoteż i przyczyną osłabienia mięśnia sercowego i zapaści, nie może być nic innego, jak obfitość samego wysięku, powodująca nagłe zubożenie krwi w najważniejsze części składowe. Porównyując wagę chorych płuc z prawidłową wagą tego narządu, przekonał się autor o zupełnej słuszności swego przypuszczenia. W 100 zbadanych przezeń przypadkach waga wysięku wynosiła przeciętno:

I Grupa	47	przyp.	przeciętnie	1200	gr.	wysięku	przy	52	kil.	wagi	czyli	2,5%	w.	ciał.
II Grupa	39	"	"	718	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"
III	"	14	"	"	367	"	"	"	"	"	"	"	"	"

Z tablicy tej widać, że przypadki z bardzo obfitym wysiękiem stanowią niemal połowę wszystkich zejść śmiertelnych. W tych 100 przypadkach zaznaczono w protokołach sekcyjnych: znaczną i wyraźną niedokrwistość 65; zmniejszenie zawartości krwi 27; prawidłową zawartość krwi 8. Ostatnie 8 przypadków należały wszystkie do grupy III z nieznaczną ilością wysięku.

Aby zrozumieć, jakie znaczenie dla ustroju i krwi ma blisko 3 funtowy wysięk, dosyć uprzytomnić sobie, że utrata krwi w ilości, stanowiącej 3%—4% wagi ciała, szybko zabija zdrowe zwierzęta; zwykle i po mniej znacznej utracie występują groźne objawy, prowadzące ostatecznie do śmierci. Jeżeli zdrowe zwierzę nie może przyjść do siebie po utracie krwi w ilości, stanowiącej 3% wagi ciała, cóż dziwnego, że wyniszczony przez gorączkę chory umiera, skoro jego układ krwionośny pozbawiony zostaje przez wysięk zapalny, powstały wyłącznie kosztem krwi, tej samej niemal jej ilości.

Nie ulega żadnej kwestyi, że mniejsza lub większa zawartość krwi w pozostałych narządach zależy jedynie od obszaru i obfitości wysięku zapalnego w płucach. W stanie zdrowia płuca zawierają 7—9% całej ilości krwi, w ciężkich przypadkach zapalenia płuc włóknikowego znajduje się w nich 30—40% wszystkiej krwi, doliczając wysięk zapalny do prawidłowej ilości krwi. Obfity wysięk w zapaleniu płuc włóknikowym ma dla ustroju prawie takie znaczenie, jak krwotok wewnętrzny, wytwarzający się w ciągu kilku dni w warunkach niepomysłnych, jakimi są: gorączka i zakażenie. W licznych przypadkach śmierć następuje z pewnością w ten sam sposób, jak przy podwiązaniu żyły wrotnej, kiedy większa część krwi zamknięta zostaje w jej układzie. Aby zrozumieć słuszność tego porównania, należy pamiętać, że wysięk zapalny, który zresztą przy żadnej innej chorobie zakaźnej nie występuje w takiej, jak przy zapaleniu płuc włóknikowym, obfitości, powstaje jedynie i wyłącznie ze krwi i na jej koszt.

Płuca w stanie zapalnym zawierają 19,8% części stałych, krew zaś 20,7%; ponieważ wysięk zapalny wytwarza się całkowicie ze krwi, śmiało więc rzec można, że płuco w stanie zapalnym powiększa swą wagę o tyle prawie, ile krew traci płynnych i stałych części składowych. Wysięk zapalny jest dla krwi taką samą stratą, jak naprzykład krwotok do jamy opłucnej.

Stałą zmianą w sercu jest rozszerzenie i przepełnienie krwią komory prawej i przedsionka prawego. Jako dowód anatomiczny osłabienia serca, służyć może znaleziony w 11 przypadkach zakrzepuwiadowy serca, zjawisko rzadkie przy chorobie, która po tygodniu prowadzi do śmierci! Prócz niedokrwistości mięśnia sercowego, niema w sercu innych zmian, któreby tłumaczyły to znaczne osłabienie czynności serca, które stanowi ostatecznie najczęstszą przyczynę śmierci w zapaleniu płuc włóknikowym.

Od gwałtownej utraty krwi zależą i inne cechy, odróżniające zapalenie płuc włóknikowe od innych chorób zakaźnych. Waga ciała, naprzykład, zmniejsza się jeszcze przez pewien czas po ustąpieniu gorączki, kiedy przy tyfusie brzuszny oba te zjawiska jednocześnie ustępują. Chorzy po zapaleniu płuc włóknikowym potrzebują znacznie dłuższego czasu, aby przyjść do zdrowia, niż chorzy, którzy przebyli tyfus, właśnie skutkiem gwałtownej utraty najważniejszych części składowych krwi.

Jako wynik zmniejszenia ogólnej ilości krwi, ujawniającego się też i w znacznym obniżeniu jej ciśnienia, uważać należy i zmieniony jakościowo skład krwi. Liczba czerwononych ciałek i ilość hemoglobiny są bardzo zmniejszone, natomiast występuje wyraźna leukocytoza, bezporównania silniejsza, niż przy jakiegokolwiek

innej chorobie zakaźnej. Pochodzenie tej leukocytozy jest dotąd jeszcze zupełnie niewytłomaczone, należy ją jednak uważać za dowód odnawiania się krwi, za usiłowanie ustroju do przywrócenia krwi jej prawidłowego składu. Jeżeli w ciężkich przypadkach zapalenia płuc włóknikowego leukocytoza jest nieznaczna lub jeśli, co gorsza, wcale jej nie ma, świadczy to o braku żywotności ustroju, o upośledzeniu zupełnem czynników odnawiających. Leukocytoza więc ma znaczenie nietylko środka ochronnego do walki z pasorzytami, jest ona jednocześnie wyrazem dążenia ustroju do naprawienia i wyrównania szkód i strat, spowodowanych przez tworzenie się bogatego w białko i komórki wysięku.

Powiększenie śledziony, spostrzegane 70 razy, zależy zapewne więcej od odnawiania się leukocytów, niż od zakażenia.

Zmniejszona ilość moczu zależy nietylko od osłabienia czynności serca i obniżenia ciśnienia krwi, lecz i od ogólnej niedokrwistości.

Pogląd autora daje się streścić w słowach następujących.

Zapalenie płuc włóknikowe, — choroba zakaźna, przebiegająca zawsze według pewnego określonego typu, nie jest groźną a przez towarzyszącą jej gorączkę, gdyż ta rzadko bywa wysoka i trwa zbyt krótko, aby mogła zagrażać życiu.

Nieprawidłowej czynności płuc również za niebezpieczną uważać nie można, rzadko bowiem bardzo wysięk zajmuje takie obszary płuc, aby utlenianie krwi, a zatem i życie było niemożliwe. Obrzęk w pozostałych, zdrowych częściach płuc za przyczynę śmierci uważany być nie może, — nie jest on bowiem wynikiem obojętnego przekrwienia, lecz zależy jedynie od osłabienia czynności serca, towarzyszącego wszystkim przypadkom zapalenia płuc włóknikowego z zejściem śmiertelnem.

Upadek sił i zabójcze osłabienie czynności serca są jedynie wynikiem znacznej niedokrwistości, która powoduje niedostateczne odżywianie osłabionego już przez gorączkę mięśnia sercowego. Niedokrwistość ta jest wynikiem szybko się tworzącego wysięku zapalnego, który działa, jak krwotok wewnętrzny; wysięk ten to jakby upust krwi, wykonany przez pasorzyty; pozbawia on w ciągu kilku dni krew najważniejszych jej składników. Zejście śmiertelne następuje 6—8 dnia zapewne dlatego, że wówczas wysięk dosięga tak znacznych rozmiarów, iż życie z pozostałą ilością krwi staje się niemożliwe. Ze gorączka i zakażenie mają przy rokowaniu ważne znaczenie, jest oczywistem.

Ze słów powyższych widać, jak szkodliwymi były stosowane dawniej w zapaleniu płuc włóknikowem upusty krwi. Przy cierpieniu tem należy unikać wszystkiego, co ustrój osłabia; przez odpowiednie pożywienie i środki pobudzające należy się starać o utrzymanie i podniesienie siły mięśnia sercowego i o zwalczanie groźnych objawów osłabienia serca. Wobec ogólnej niedokrwistości w ciężkich przypadkach zapalenia płuc włóknikowego, należy starać się wszystkimi sposobami o dostarczanie ustrojowi płynu; wlewania podskórne roztworu fizyologicznego soli kuchennej, wykonane dosyć wcześnie, przed ostatecznym upadkiem sił, kiedy jeszcze tkanki nie utraciły zdolności wysysania, mogą w wielu przypadkach usunąć niedokrwistość i uchronić ustrój od następczego osłabienia serca t. j. od śmierci.

(*Münch. med. Wochenschrift.* 32. 1895).

S. P.

116. SEIFERT. O zwięzieniu oskrzeli (*bronchostenosis*). Przypadek zwięzienia tchawicy i oskrzeli (*tracheobronchostenosis*), który autor miał możność spostrzegania w przeciągu wielu miesięcy, dotyczy 43 letniego, bardzo wynędzniałego mężczyzny. Cierpienie polegało z początku tylko na utrudnieniu oddechu i datuje od roku. Badający go naoczas lekarze stwierdzili stłumienie na środku mostka i wypuklenie, w postaci guza, nad obojczykiem lewym, nie mogli jednak dokładnie rozpoznać choroby. Przy badaniu wstępnem S. został uderzony rozpaczliwym stanem chorego, który ani chodzić, ani leżeć nie mógł, a noce spędzać musiał siedzący. Wogóle chory skarżył się na utrudnienie wszelkiego ruchu ciała, na niemożność wykrztuszenia i duszność. Bliższy rozbiór tego przypadku dał następujące wyniki: nad obojczykiem lewym guz z odgłosem wypukowym bębnowym, bardzo wyraźny; natomiast przytępienie na mostku, o którym wspomiano wyżej, znikło prawie zupełnie; zdala słyhać szmer stenotyczny przy wdechu i wydechu; krtań, pomimo męczącego oddechu, mało ruchoma; znaczne zwolnienie oddechu; wydłużenie wdechu i wydechu, przeważnie zaś ostatniego; wciąganie wdechowe nadbrzusza i prawie ciągła beczyność oddechowa dolnego płata lewego płuca,

Badanie zapomocą wziernika krtaniowego wykazało nieznaczne zwężenie tchawicy na wysokości jej trzeciej chrząstki i drugie, daleko posunięte, tuż nad podziałem oskrzeli (*bifurcatio*). Jeszcze przez GERHARDT'a przypadek ten rozpoznany był jako *tracheobronchostenosis ex gummat. cicatr.* Zastosowano wtedy leczenie swoiste, które jednak nieznaczne tylko sprowadziło polepszenie. Wobec niewątpliwie bliźnowatego pochodzenia zwężenia, należało zwrócić się do bardziej skutecznego leczenia mechanicznego. Polegało ono na stopniowym rozszerzaniu i ostatecznym usunięciu zwężenia zapomocą zgłębników SCHROETTER'a. W przeciągu pierwszych 14 dni zgłębniki od N. 4 do N. 8 były wprowadzane tylko do tchawicy, następnie zaś i do oskrzeli. Co się tyczy utrudnienia wykrztuszania, to było ono leczone metodą GERHARDT'a [metodyczne naciskanie klatki piersiowej (*Thoraxcompression*)] i rozrzedzonym powietrzem. Guz nad obojczykiem, mający wszelkie cechy rzędymy górnego płata płuca, znikł wskutek ułatwionego przewietrzania płuc; przytępienie zaś na mostku, które zależeć mogło od nacieczenia przymiotowego śródpiersia przedniego (*mediastinum antic.*), zmniejszyło się znacznie pod wpływem leczenia swoistego.

Leczenie mechaniczne oskrzeli zawdzięcza powstanie swe LANDGRAF'owi, który w roku 1886 pierwszy wprowadził przy zwężeniu tchawicy i oskrzeli cewnik angielski i doszedł do głębokości 36 ctm. Ażeby się do lewego oskrzela dostać, trzymał się końcem cewnika lewej ściany tchawicy. Według REICHERT'a, sami chorzy dokładne mogą dawać wskazówki, do jakiego oskrzela cewnik się dostaje. Badania nad trupami doprowadziły S. do wniosku, że metoda LANDGRAF'a daje się zastosować zarówno przy wprowadzaniu zgłębnika do prawego, jak i do lewego oskrzela. Starzy anatomowie utrzymywali, że do lewego oskrzela dostać się łatwiej, gdyż na prostej z tchawicą znajduje się linia. AEBY, KOCHER i KOBLER dowiedli mylności takiego poglądu. Stać się jednak może, że ciało obce, do tchawicy wprowadzone, łatwiej do lewego, niż do prawego dostanie się oskrzela. Zależy to już od położenia w danej chwili ciała, nachylenie bowiem w stronę prawą powoduje wydłużenie osi tchawicy ku lewemu oskrzelu, i naodwrot. Tą więc okolicznością posilkować się też możemy przy nieudanych próbach cewnikowania oskrzeli metodą LANDGRAF'a. Nareszcie, w celu ułatwienia wprowadzania narzędzi, nadawać im możemy odpowiednie kształty. W celach rozpoznawczych KOCHER, CHADLE i SMITH oraz SĘDZIAK stosowali później sondowanie, lecz tylko przez otwór po tracheotomii, nie zaś, jak LANDGRAF, przez usta.

Autor, zamiast angielskich cewników (u dołu otwartych), używał zwyczajnych zgłębników z zaokrąglonymi końcami i dwoma otworami z boku. Po znieczuleniu krtani i tchawicy zapomocą kokainy, pod kierunkiem wziernika krtaniowego wprowadzał zgłębniki, poczynając od N. 9 (5½ mm. w średnicy) aż do grubości 12,5 mm. Najcieńszy zgłębnik doszedł do głębokości 47 ctm., najgrubszy zaś tylko do 32. Zgłębnik pozostawał w drogach oddechowych od 2 — 5 minut. Chory oddychał swobodnie koło rurki i przez nią, dopóki nie zatykała się śluzem. W ten sposób S. systematycznie rozciągał zwężenia bliznowe tchawicy i oskrzela (od siekaczy do podziału 28,5 ctm. podług LANDGRAF'a). Skutek takiego postępowania był świetny. Chory zwolna, ale coraz bardziej widocznie, odzyskiwał siły, tracił natomiast jedną za drugą nieprzyjemne przypadłości, jakie go od dłuższego czasu trapiły.

Na tem miejscu autor zwraca jeszcze uwagę, że przy wprowadzaniu zgłębnika dobrze jest kierować się uczuciem chorego, który nieomylnie prawie powie, gdzie może, czy narzędzie w lewym, czy też prawym oskrzelu się znajduje. W bardzo wielu bowiem razach nawet ściśle przestrzeganie sposobu postępowania LANDGRAF'a nie daje rękojmi powodzenia, gdyż najłżejszy ruch krztuszenia się powoduje zboczenie zgłębnika od pierwotnie nadanego mu kierunku, a znieczulenie kokainą nie sięga nigdy mniejszych rozgałęzień oskrzeli. Zgłębnik ma jeszcze tę dobrą stronę, że przy pomocy zwłaszcza grubych udaje się bardzo łatwo rozpoznać *aneurysma aortae*, gdyż przez rurę doskonale słycać tętno, które prawidłowo (rytmicznie) szmer wydechu przerywa. W danym przypadku sposób ten dał możliwość stanowczego wyłączenia podobnej sprawy, jako przyczyny stłumienia odgłosu wypukowego na mostku. Bezpośrednio po wprowadzeniu zgłębnika autor nieraz spostrzegł przyspieszenie tętna do 130 i więcej uderzeń. Należy wtedy chorych pozostawić na miejscu ¼—½ godziny i podawać po trochu koniaku. Powikłanie to, przynajmniej w części, przypisać można działaniu kokainy. Chory S., któremu

wstrzykiwano dziennie 0,2—0,3 kokainy, w przeciągu trzech miesięcy wyżył 30,00 do 40,00; znosił jednak dobrze to powolne zatrucie. Godnym uwagi faktem jest, że pomimo ciągłego używania, chory nie przyzwyczaił się do kokainy o tyle, by potrzebował zwiększania dawek codziennych.

(*München, medic. Wochenschrift*, N. 31, Juli, 1895).

H. Wasserman.

117. GALEZOWSKI. **Leczenie oderwania siatkówki zapomocą oftalmotomii.** Patogeneza oderwania siatkówki do chwili obecnej nie jest jeszcze zupełnie jasna: w zapatrywaniach na istotę i przyczyny tego cierpienia istnieją między autorami wielkie różnice. Rozdarcie siatkówki nie jest zjawiskiem stałym, ono więc za przyczynę oderwania uważane być nie może. Na 785 przypadków oderwania, zaledwie 131 razy spostrzegł autor rozdarcie siatkówki. Sprawy zanikowe w ciełe szklistem również oderwania powodować nie mogą, niepodobna bowiem zrozumieć istnienia w tej części gałki pierwotnej sprawy chorobowej. Badając ciśnienie wewnątrzgałkowe w różnych okresach oderwania siatkówki, łatwo można spostrzedz, że ulega ono znacznym wahaniom: niekiedy niema żadnej różnicy między napięciem gałki zdrowej i chorej; po jakimś czasie chora gałka staje się nadzwyczaj twardą; po kilku znów godzinach niczem się od zdrowej nie różni lub jest miękka i t. d. Te różnice w ciśnieniu wewnątrzgałkowem świadczą o wahaniami, jakim podlega odżywianie gałki ocznej. Ponieważ ciało rzęskowe jest siedliskiem czynności odżywczej i wydzielniczej, przeto, zdaniem autora, istotnej przyczyny oderwania siatkówki należy szukać w nieprawidłowo wzmożonej jego czynności. Nieprawidłowość odżywiania rozwija się stopniowo, powoli, wysięk zaś płynu między naczyniówką i siatkówką tworzy się nagle. Inni badacze starają się dowieść, że oderwanie ciała szklatego poprzedza zawsze oderwanie siatkówki; sądzą oni, że siatkówka jest dosyć ściśle zrośnięta z *membrana hyaloidea* i że odrywa się ona wtedy dopiero, kiedy, wskutek przesunięcia ciała szklatego ku przodowi, zrost obu błon zostaje rozerwany.

Znaną jest rzeczą, że jeżeli czynność wydzielającego, zajmującego znaczną powierzchnię nabłonka nieprawidłowo się wzmacnia, wówczas tworzy się wysięk, dlatego też jedynie słuszny jest pogląd, że ciało rzęskowe, jagodówka i naczyniówka przyczyniają się wyłącznie do oderwania siatkówki, zmiany zaś w ciełe szklistem wytwarzają się następnie. Jeżeli nabłonek naczyniówki wydziela nadmierną ilość płynu, wówczas tworzy się wysięk między siatkówką a naczyniówką i, jako skutek konieczny, oderwanie tej błony. Bardzo uzasadnione jest przypuszczenie, że oderwanie siatkówki jest wynikiem zmian, zachodzących w tych naczyniach chłonnych, które prawidłowo odprowadzają płyny, wydzielane w ciełe rzęskowem. Wskutek zbroceń w naczyniach chłonnych przednich, powstają zmiany w rogówce, tęczówce, komórce przedniej, oraz wtórne w nerwie wzrokowym (*glaucoma simplex*); jeśli drogi chłonne tylne działają nieprawidłowo, wówczas następuje zastój wydzielanego płynu, który wreszcie wylewa się między naczyniówkę i siatkówkę. Dlatego w początkowych okresach oderwania siatkówki płyn jest bezbarwny i przezroczysty, później dopiero staje się on cytrynowo żółty, bogaty w białko i komórki.

Przyczyny nieprawidłowej czynności naczyń chłonnych mogą być ogólne lub miejscowe. Do pierwszych należą gościec i dyateza moczowa; do ostatnich nadmierne rozciągnięcie gałki—krótkowzroczność, zbyt słabe połączenie między ciałem szklistem, siatkówką i naczyniówką oraz zmiany w ścianach naczyń włosowatych ciała rzęskowego; wreszcie i włókna mięśnia akomodacyjnego, leżące w tej okolicy, mogą przez swój skurcz tamować mniej więcej obieg krwi i wywoływać zaburzenia w czynności wydzielniczej.

Na 223,000 chorych szpitalnych i prywatnych, miał autor 1,198 przypadków oderwania siatkówki (710 mężczyzn, 488 kobiet); z tych 918 byli krótkowidzami, pozostali zaś dalekowidzami lub mieli refrakcyę prawidłową; w 732 przypadkach można było stwierdzić dyatezę moczową, w 216 uraz jako przyczynę cierpienia i t. d.

Z powyższego widać, że krótkowzroczność i dyateza moczowa grają rolę główną przy powstawaniu oderwania siatkówki.

Aby otrzymać w leczeniu pomyslnie wyniki, należy możliwie dokładnie poznać przyczyny cierpienia i do nich zastosować postępowanie. Autor stosował pierwszy zastrzykiwanie jodu między siatkówkę i naczyniówkę, nie jak SCHIELER do ciała szklatego, aby wywołać zapalenie zlepne. Sposób ten nie dawał wyników

pewnych i nie chronił od nawrotów. Zarzucił go więc autor, zarówno jak i iridektomię, której próbował, uważając oderwanie siatkówki w oku krótkowzrocznym za sprawę zbliżoną do jaskry oka prawidłowego lub dalekowzrocznego. Wyciąganie płynu wysiękowego przyrządem własnego pomysłu również przez prof. GAŁĘZOWSKIEGO zarzucone zostało; zapomocą trójkątna łatwo wyciągnąć płyn, cóż jednak, skoro zbiera się on szybko nanowo. Aby uniknąć tego, próbował autor nakładać szew katgutowy przez podniesioną część siatkówki, aby połączyć ją z naczyniówką. Sposób ten dał w 7 przypadkach wynik zupełnie pomyślny, wyleczenie zupełne. Przy badaniu wziernikowem widać było białawe smugi blizn oraz liczne rozrzucone wysepki zanikowe naczyniówki. Jeżeli pomimo to zarzucił autor tę metodę, stało się to wskutek dwóch przypadków, w których rozwinęło się silne bardzo i dla oka groźne zapalenie naczyniówki. Obecnie leczy prof. GAŁĘZOWSKI oderwanie siatkówki zapomocą przekłucia błon gałki ocznej — *ophthalmotomia posterior*; używa do tego krzywego obosiecznego nożyka, mającego kształt igły, który pozwala na zrobienie dwóch dostatecznie dużych ranek w błonach oka — wkłucie i wyklucie — i w oderwanej siatkówce. W razie potrzeby można tę operację wykonywać dwa razy na tem samym oku. Autor wykonał ją ogółem 7 razy; dwa razy z zadziwiająco pomyślnym wynikiem co do poprawy siły i rozszerzenia pola widzenia. Oderwana siatkówka zrosła się zupełnie z naczyniówką, przy badaniu wziernikowem widać było wyraźnie w siatkówce blizny; ranki zagoiły się bez odczynu zapalnego. Prof. GAŁĘZOWSKI niezmiernie jest zadowolony ze swego pomysłu i zamierza odtąd wszystkie przypadki oderwania siatkówki leczyć zapomocą tej małej, a tak skutecznej operacji.

(Wien. klin. Rundschau. N. 30. 1895).

S. P.

118. J. FABRICIUS. **O leczeniu operacyjnym przepuklin udowych.** Autor odróżnia trzy rodzaje przepuklin udowych. W pierwszej postaci, która się zdarza przy małych przepuklinach, guz występuje pod brzegiem wyrostka sierpowatego (*processus falciformis minor*) i dalej przez szparę lub otwór powięzi szerokiej. Jeżeli następuje uwięźnięcie, to przyczyna jego tkwi w ostrym brzegu wyrostka sierpowatego, a nie w więzie GIMBERNAT'a. W tych przepuklinach otwór jest bardzo wązki, wielkich naczyń udowych podczas operacji nie widać. Drugi rodzaj stanowią przepukliny udowe, w których guz mieści się w lejku naczyń udowych; uwięźnięcia zdarzają się tu rzadziej, ściany przepukliny stanowią tu oba listki powięzi szerokiej, tworzące wspólną pochwę naczyń udowych. W trzecim rodzaju wrota przepuklinowe są tak duże, że guz przepuklinowy zajmuje całą przestrzeń od wyrostka sierpowatego aż do wielkich naczyń. Po przecięciu skóry i powięzi powierzchownej widać dobrze cały pierścień przepuklinowy, nawewnątrz wyrostek sierpowaty, nazewnątrz listek powierzchowny powięzi szerokiej t. j. lejka naczyniowego, a pod nim żyłę wielką, udową; ku tyłowi mięsień grzebieniowy (*pectineus*). Trzeci rodzaj powstaje z pierwszego po rozszerzeniu się wrót przepuklinowych.

Autor przekonał się, że operacja doszczętna wtedy tylko niedawać będzie nawrotów cierpienia, zwłaszcza w przypadkach rodzaju drugiego i trzeciego, jeżeli usunie się lejek udowy i jaknajmocniej przyczepi więz POUPART'a do gałęzi poziomej kości łonowej. Aby to osiągnąć, przyszywa więz POUPART'a do wewnętrznego brzegu gałęzi poziomej kości łonowej. Jeżeli istnieją trudności z powodu napięcia więzu, u młodych osób, wówczas uacina brzeg górny wyrostka sierpowatego i włókna więzu POUPART'a u przyczepu do guzika (*tuberculum*) kości łonowej, aż póki nie przybliży się tego więzu i nie przyszyje do więzu COOPER'a, znajdującego się na wewnętrznym brzegu gałęzi poziomej kości łonowej i stanowiącego zgrubiałą brzeg powięzi mięśnia grzebieniastego (*fascia pectinea*).

Przy nakładaniu szwów, zwłaszcza pierwszego od zewnątrz, należy baczyć, by nie przekłuć igłą tętnicy lub żyły nadbrzuszej (*epigastrica infer.*); szwy nakłada F. igłą mocno zgiętą, przebijając najpierw więz COOPER'a, a na końcu więz POUPART'a; wystarcza zwykle 5—6 szwów. Sposób ten najbardziej jest podobny do sposobu BASSINI'ego, który zeszywa koniec wewnętrzny więzu POUPART'a z powięzią *cristae pectinae*, a *plica falciformis* z *fascia pectinea*.

(Wiener klin. Wochenschr. N. 31 i 32 1895).

W. S.

Z II-go zjazdu francuskiego Medycyny Wewnętrznej,

(odbytego w Bordeaux 8—14-go sierpnia r. b.).

BOUCHARD. „Terapia i współczesne teorie bakteryologiczne.“ Przedmiotem dociekań chwili bieżącej jest leczenie chorób zapomocą wprowadzania do ustroju albo samych drobnoustrojów, albo wytworów ich działalności życiowej, albo też zapomocą cieczy, pochodzących ze zwierząt, uodpornionych przeciwko danym drobnoustrojom. Jeżeli otrzymujemy wyleczenie królika, zakażonego lasecznikiem węgliką, przez zaszczerpienie mu hodowli *bac. pyocyanei*, stosujemy leczenie, które możemy nazwać leczeniem zapomocą bakterii i w którym chory ustrój żadnego nie przyjmuje udziału. Gdy w innym razie (mamy tu na myśli wyleczenie furunkulozy przez odkażenie przewodu pokarmowego w wypadku, gdy ona zależną była od przewlekłego zatrucia wytworami gnilnymi w kiszkiach) przerywamy rozwój gronkowca przez usuwanie sprzyjających jego rozwojowi jądów gnilnych, przywracając w ten sposób ustrojowi możność samoobrony, gdyż jady te utrudniają wędrowanie białych ciałek krwi, wytwarzamy wtedy terapię ustrojową (*thérapeutique naturaliste*). Jeśli wreszcie w przebiegu ciężkiego krwiopłucia powstrzymujemy krwawienie przez zastrzyknięcie 1 ctm. szcśc. przesączu wyjałowionej i chory zabawionej alkaloidów hodowli *bac. pyocyanei*, znaczy to, że zużytkujemy własność jadu, nie pozwalającą na wytworzenie się warunków, sprzyjających krwawieniu przez nienaruszone ściany naczyń, t. j. na ich rozszerzanie, i że stosujemy terapię fizyologiczną, tak dobrze, jakbyśmy użyli sporyszu, pochodzenie bowiem czynnika leczniczego jest w tym razie zupełnie obojętne.

RICHEL i HÉRICOURT ogłosili 29 listopada 1888 fakt wyleczenia psa, zakażonego przez pewne gronkowce, zapomocą wstrzykiwania krwi drugiego psa, który, przebywszy także samo zakażenie, wyzdrowiał. Fakt ten, objaśniany w myśl panującej wówczas teorii fagocytarnej, został przedstawiony w innym świetle przez BOUCHARD'a, który wykazał, że w danym wypadku lecznicze działanie spoczywa nie w składnikach upostaciowanych krwi, lecz w jej osoczu, i w ten sposób stworzył pierwszą podstawę seroterapii. HANKIN, odkrywszy we krwi 12 lipca 1890 tak nazwane przez siebie proteidy ochronne (*protéides défensives*), stworzył metodę leczenia chorób zakaźnych zapomocą tych właśnie proteidów, działających zabójczo na drobnoustroje. W myśl jego teorii surowica zwierząt zakażonych, a nawet, choć w stopniu mniejszym, i zdrowych, posiada zawsze własności zabójcze dla drobnoustrojów; wprowadzona do krwi zwierzęcia zakażonego, udziela i jej także w mniejszym lub większym stopniu tych samych własności, uodparnia je, czyli że w ten sposób metodę HANKIN'a możnaby nazwać terapią antyseptyczną. Jednakże wiadomo, że składnik ten uodparniający bardzo szybko zostaje wydalony przez nerki, mimo to jednak odporność zostaje. Należy zatem przypuścić, że tkanki zwierzęce skutkiem chwilowego zetknięcia z ciałem uodparniającem ulegają pewnym zmianom, w następstwie których same już w dalszym ciągu wyrabiają toż samo ciało. Jest to zatem terapia antyseptyczna, w której ciało bakteryobójcze wyrabia nie chemik, lecz sam ustrój. Tak samo rzecz się ma z ciałami, które, nie będąc zabójczymi dla samych drobnoustrojów, niweczą działanie ich wytworów życiowych; i one także zostają wytworzone przez komórki zwierzęce, których czynność została zmienioną w pewnym kierunku przez czasowe zetknięcie się ich z ciałami uodparniającymi. BEHRING i KITASATO zapoznali nas 4 grudnia 1890 r. z doświadczeniami seroterapeutycznymi, w których surowica zwierząt szczepionych działa w tak małych dawkach, że nie może tu być mowy o jej działaniu bakteryobójczem. Działanie jej zasadza się przeto na dopomaganiu naszym komórkom nerwowym, a być bardzo może, i innym jeszcze do opierania się wpływowi jadu drobnoustrojów, porażającego posiadane przez nasz ustrój środki obrony; nie zależy zatem ono ani od jakiegoś ciała, które się dostało do krwi, ani też od zmienionego jej składu chemicznego, lecz od zdolności wprowadzania w grę wrodzonych ustrojowi narzędzi walki z jadami organicznymi. Ta zaś walka odbywa się dwiema drogami: raz przez rozkład i zmianę chemiczną składników jadowitych (wątroba, nerki), powtórnie — przez pobudzenie tych części układu nerwowego, którym zagraża porażenie ze strony tych właśnie składników.

W ustroju odbywa się ciąga przemiana ciał białkowych; w jednym z końcowych okresów tej przemiany, kiedy rozpoczyna się już rozpad ciał białkowych, a zmiany wydzielnicze jeszcze się nie zaczęły, mamy cały szereg ciał (peptony, białka, albumozy, globuliny etc.), obdarzonych potężnym działaniem fizyologicznem i własnościami w wysokim stopniu trującymi. Otóż ciała te, rozprowadzane strumieniem krwi równomiernie po całym ustroju, pobudzają działalność życio-

wą tkanki nerwowej, ta zaś kieruje sprawami życiowymi innych tkanek, które przeprowadzają ciała te w okres wydzielniczy, zamieniając je w mocznik, kwas moczowy i t. d. Działanie to wyrzucić mogą nie tylko ciała wytworzone w samym ustroju, ale także wprowadzone doń z innego osobnika tegoż, a nawet innego gatunku. Wzajemne więc działanie wytworów przemiany materii z jednej i układu nerwowego z drugiej strony stanowi o utrzymaniu w tkankach ustroju równowagi życiowej; w ustroju przeto odbywa się ciągłe trucie tkanek, utrzymywane w granicach odpowiednich do potrzeb życia, nie tylko jednak przez ciągły rozkład chemiczny składników trujących, ale nadto przez ciągłe wyrabianie odtrutek, czyli, jak je dziś nazywamy, antytoksyn. Podstawy zatem terapii współczesnej, zasadzające się na pobudzaniu do działania i wprowadzaniu w grę środków ochronnych samego ustroju, są te same, co w starej medycynie; i dziś także, zarówno jak i dawniej, dążymy do pobudzenia w chorym ustroju starej „*vis medicatrix naturae*“, inaczej tylko pojmowanej i dokładniej zbadanej.

(*La semaine médicale*, N. 40. 1895 r.).

St. Rembieliński.

List otwarty do Redakcyi Medycyny.

W artykule kolegi KRAMSZYKA pod tytułem „Kilka słów o drgawkach wskutek ząbkowania u dzieci“, drukowanym w № 30 i 32 „Medycyny“, a będącym niejako dopełnieniem dyskusyi, prowadzonej w naszym towarzystwie lekarskim nad odczytem moim „o drgawkach u dzieci pod wpływem pierwszego ząbkowania i t. d.“ spotkałem się z zarzutem mi uczynionym, na który czuję się zmuszonym kilka słów odpowiedzieć.

Kolega K. dziwi się, że wśród 82 przypadków drgawek u dzieci, przezemnie w ciągu 5 lat spostrzeganych, ani jednego przypadku nie odniosłem do krzywicy—tej najczęstszej przyczyny drgawek u dzieci, z czego łatwo wywnioskować można, że albo wcale nie uważam krzywicy za przyczynę drgawek u dzieci, albo że ani razu jej w przypadkach moich nie rozpoznałem. Otóż w tym względzie wyjaśnić muszę, że zgodnie z większością pedyatrowów uważam krzywicę za sprawę chorobową, w wysokim stopniu usposabiającą do drgawek u dzieci, nie wystarczającą jednak zawsze i jedynie (z wyjątkiem krzywicowych zmian kości czaszki—*craniotabes*) do objaśnienia powstawania ich u dzieci. Podając przyczyny drgawek w 82 przypadkach, przezemnie spostrzeganych, miałem na myśli tylko te momenty przyczynowe, które, że tak powiem, bezpośrednio spowodowały drgawki, czyli tak zwane przyczyny wywołujące. Nietylko nie przeczę, ale stanowczo twierdzę, że znaczna część tych dzieci była w mniejszym lub większym stopniu obciążona krzywicą, która niewątpliwie, zgodnie z poglądem Kassowitz'a i innych, stanowi jedno z najczęstszych cierpień wieku dziecięcego. Z ostatniego właśnie powodu sędzę, że gdyby krzywica sama przez się wystarczała do objaśnienia powstawania drgawek u dzieci, musielibyśmy je daleko częściej spostrzegać; tymczasem ja w ciągu 5 lat spostrzegałem wszystkiego 82 przypadki drgawek u dzieci, a kolega K. na 1126 chorych dzieci, spostrzeganych w ambulatoryum szpitalnem, tylko u 21, a przecież wśród tych dzieci musiało być niewątpliwie bardzo wiele krzywicowych.

Sędzę przeto, że krzywica stanowi tylko tło, na którym z łatwością pod wpływem przypadkowych bodźców chorobowych, jak: zakażenia, zaburzenia trawienne, urazy i t. p., najczęściej (naturalnie nie zawsze) powstają drgawki u dzieci; rzadko chyba krzywica samoistnie, bez udziału przypadkowych momentów przyczynowych spowoduje drgawki u dzieci, jak to skłonni są przypuszczać koledzy STERLING i J. KRAMSZYK.

Ciechocinek dnia 26/VIII. 95.

Feliks Arnstein.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= VIBERT na pytanie, jakie znaczenie należy przyznać gonokokom pod względem sądowo-lekarskim, — taką daje odpowiedź. Dla większości lekarzy gonokoki są dowodem niewątpliwym, że dana wydzieliną jest pochodzenia rzeżączkowego; inni zaś, do których i autor się zalicza, twierdzą, że gonokoki mogą się znajdować w wypływach, nie mających nic wspólnego z zakażeniem rzeżączkowym. V. wypowiada przekonanie, że jeszcze nie nadszedł czas zużytkowania w medycynie sądowej nowych zdobyczy z dziedziny bakteriologii. Jest to bowiem nauka młoda, ciągle się zmieniająca; drobnoustroje, które zdają się być już wyosobnione, mogą zmieniać nie tylko swoje cechy zewnętrzne, lecz nawet swoje właściwości. Kto by zatem uzasadniał swoje wnioski ostateczne, w przypadkach ekspertyzy sądowo-lekarskiej, wynikami badań bakteriologicznych, popełniałby ciężkie błędy. VIBERT i BORDAS badali pod względem bakteriologicznym wpływ z pochwy dziewczynek, które miały być zgwałcone. U $\frac{1}{5}$ z nich znaleziono gonokoki. Tymczasem między mężczyznami, o zgwałcenie ich obwinionymi, pomimo, że wielu z nich do winy się przyznało, ani jeden nie miał wpływu z cewki moczowej. Z tego należałoby wnioskować, że zarodniki gonokoków istnieją zwykle w narządzie rodnym i że rozwijają się dopiero wtedy, gdy pojawia się zapalenie.

(Ann. d'hyg. et méd. lég. Juin. 1895) J. R.

= LERMOYER i HELME zalecają łatwy sposób wyjąłowania tamponów. Wata, umocowana już na pręciku, macza się w nasycyonym roztworze alkoholowym kwasu bornego i zapala; płomień wyjąławia węg, co wykazano przy pomocy metody bakteriologicznej, a kwas borny przeszkadza zwęgleniu. Jak tylko płomień bezbarwny zaczyna się zabarwiać na zielono, można go już zgasić. W ten sposób cały zabieg trwa około pięciu sekund. (Corr. f. Schw. Aertz. 1895 № 7).

= JÄGER wykazał w 14 przypadkach zapalenia opon mózgowych nagminnego nowego diplokokka (podobnego do diplokokka, opisanego przez WEICHELBAUM'a), różniącego się od pneumokoków wzrostem na pożywkach i wpływem na zwierzęta. Nowy pasorzyt może wywoływać ogniskowe zapalenie płuc i obrzęk blaszek PEYER'a u ludzi. (Z. f. H. u. Inf.-Kr. XIX. str. 351).

= DÉJERINE zwrócił szczególną uwagę na spostrzeżenie BENEDICT'a, że utrata wzroku u chorych na wjad rdzenia kręgowego o tyle pomyślnie wpływa na przebieg tego cierpienia, że albo przebieg dalszy wstrzymuje się, albo nawet

występuje polepszenie. Według D. rzeczywistość choroba się uspakaja, zwłaszcza, gdy utrata wzroku występuje w jej początkach. Jest nawet skłonność do ustąpienia niektórych objawów, szczególnie bólów latających; w jednym przypadku spostrzeżono nawet powrót odruchu kolanowego; nadto brak w takich przypadkach objawu ROMBERG'a. W okresie bezładu utrata wzroku zdarza się rzadko i jeśli wystąpi, to poprawy w skojarzeniu ruchów nie wywołuje. D. nie objaśnia tego zjawiska, zaznacza je tylko i dodaje, że leczenie ręką nie wywiera żadnego skutku przy leczeniu przypadków z utratą wzroku. (Méd. mod. 1895. III. 20).

Ż.

= Przy daleko posuniętej moczołwce cukrowej, gdy nie pomagają żadne dyetetyczne ani lecznicze zabiegi, HIRSCHFELD podaje alkohol 30—70,0 na dobę. Nie wpływając ujemnie, w znaczeniu wzmoczonego wydzielania cukru, alkohol podnosi ogólne odżywianie i ułatwia wprowadzanie do ustroju większych ilości tłuszczu. Co do postaci, w jakiej ma być wprowadzany alkohol, HIRSCHFELD zabrania piwa, likierów i win słodkich. (Berl. kl. Woch. N. 5).

= Mięśnie pęcherza, jak wiadomo, otrzymują gałązki nerwowe ze spłotu krzyżowego i nerwów podbrzusnych z *ganglion mesent. inferius*. COURTADE i GUYON wykryli, że pierwsze gałązki unerwiają pokład mięśniowy podłużny, drugie —poprzeczny. Pierwsze więc mają znaczenie przy wydzielaniu moczu, drugie przy zamykaniu szyi pęcherza. Doświadczenia były robione na psach. (La semaine méd. N. 38).

= Napadom padaczki towarzyszą niewątpliwe objawy samozatrucia ustroju. Wychodząc z tej zasady, VOISIN w czasie zwiastunów napadu podaje chorym olej rącznikowy. Środek ten, wcześniej podany, zapobiedz może napadowi. Na początku napadu, oprócz oleju podaje natto lub betol 0,5—1,0 na dawkę i moczopędny środek według następującego przepisu: *Rp. Lactosae* 100,0; *Ac. lactici* 15,0; *Aq. destill.* 500,0; M. D. S. Podawać choremu jak najczęściej. (La semaine méd. N. 38).

= PYLE opisuje chorobę, zwaną „ainhum“; polega ona na obrzęku, zwykle małych palców u nóg, i kończy się ich odpadnięciem. Mężczyźni chorują znacznie częściej, niż kobiety, murzyni znacznie częściej, niż osobniki innych ras. Choroba ta przeniosła się już z Brazylii do innych krajów. Najczęściej porażone bywają małe palce nóg, ale dotknięte mogą być i inne palce, a nawet palce rąk; niekiedy porażenie bywa obustronne. Chorować mogą nawet dzieci, najczęściej zaś zdarza się choroba

między 30—40 rokiem życia. Przebiega przewlekłe, 2—4 lat. Przyczyny jej są zupełnie nieznanne. Pod względem patologicznym zalicza ją autor do rzędu nerwic troficznych.

(Med. News, 1895 № 4) *Z.*

== Do najczęstszych powikłań, spostrzeganych u nas przy leczeniu błonicy gardzieli za pomocą surowicy, d-r KORAL zalicza białkomocz (Medycyna № 29 str. 607) bez innych klinicznych objawów zapalenia nerek. Białkomocz występuje zazwyczaj w 2—3 dni po zastrzyknięciu. Według spostrzeżeń d-rów GUINON i ROUFFLANGE w tych przypadkach błonicy, gdzie toksyny laseczników swoistych lub paciorkowców wywołały pewne zaburzenia czynnościowe nerek, zastrzykiwania surowicy, oprócz białkomoczu, mogą wywołać bezmocz zupełny i śmierć przy objawach mocznicy. W przypadku, przytoczonym przez wzmiankowanych lekarzy, białkomocz, a potem obrzęki powiek i bezmocz, występowały tego samego lub następnego dnia po zastrzyknięciu, zmniejszały się i znikwały przy użyciu odpowiednich środków i znowu wracały po następnym zastrzyknięciu. Po-

dobnie i THIBIERGE ogłosił przypadek białkomoczu, bezmoczu i zapaści skutkiem zastrzykiwań surowicy. Jako stały objaw zatrucia toksynami surowicy wzmiankowani autorowie uważają pokrzywkę lub wysypkę na tułowiu i kończynach, zbliżoną do wysypki przy płonicy. (Revue mens. des maladies de l'enfance, mars et mai 1895). *L. K.*

== LANNOIS zachwala działanie *hyoscini hydrochlor.* przy nerwobólach, *tics convulsifs.* Środek ten autor zastrzykiwał pod skórę w miejsce bolesne po 0,2—0,3 miligrama na dawkę w ciągu 3 dni, potem robił jednodniową przerwę i znowu zastrzykiwał w tym samym porządku. Środek ten znosił przykurczenia, bóle, a MAGNAN używał go z powodzeniem przy płasawicy, atetozie. (Lyon médicale № 28. 1895). *L. K.*

== BINZ w ciężkich przypadkach porażenia słonecznego radzi zastrzykiwać pod skórę chininę według następującej recepty. *Rp. Chinini bichlorati* 10,0; *Aq. dest.* 32,0; *Misce et filtra.* D. S. strzykawkę PRAVAZ'a wstrzyknąć pod skórę. (La semaine médicale № 35 1895).

Wiadomości bieżące.

-- Na zjeździe stowarzyszenia lekarzy W. Brytańskich, St. CLAIR THOMSON i HEWLETT podali, że według ich obliczenia każdy mieszkaniec Londynu wdycha w ciągu godziny do 14,000 drobnoustrojów. Wszystkie one zostają w ciele ludzkim, gdyż powietrze wydychane mikro-bów nie zawiera. Na szczęście cała ta armia nieprzyjacielska ginie w walce ze zdrowym ustrojem ludzkim.

-- Prof. histologii DOGIEL przeniesiony zostaje z Tomską do Petersburga.

-- Dyrektorem Instytutu Lekarskiego dla kobiet w Petersburgu mianowany został prof. ANREP.

-- Wiedeńskie stowarzyszenie psychiatrów i neurologów zbierze się w r. b. 4 i 5 października w Pradze. Celem zebrania ma być: wpłynąć na zbliżenie się i utrwalenie stosunku między psychiatryą a medycyną ogólną. Prezesami sto-

warzyszenia są: KRAFFT - EBING i OBERSTEINER.

-- Na posiedzeniu dorocznym stowarzyszenia lekarzy angielskich w roku bieżącym podczas dyskusji o błonicy Biggs z New-Yorku podał ciekawe dane co do działania zapobiegawczego surowicy przeciwbłoniczej. W przytulku dziecięcym, w którym panowała epidemia błonicy, zastrzyknięto wszystkim dzieciom zdrowym 100—200 jednostek BEHRING'a, poczem w ciągu 30 dni nie pojawił się w zakładzie ani jeden nowy przypadek choroby. Nie zależało to jednak od wygaśnięcia epidemii, albowiem kilkoro dzieci, które w tym czasie zostały przyjęte, a nie szczepione, zapadło na błonicę wkrótce po wstąpieniu do przytulku. MARNABY z tego wnosi, że po zastrzyknięciu surowicy występuje 30-dniowa odporność. Z pośród 800 dzieci uodpornionych, u żadnego nie wystąpiły jakiegokolwiek objawy chorobowe.