

MEDYCINA.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

Warunki przedpłaty: w Warszawie rocznie rs. 6, półrocznie rs. 3. Z przesyłką pocztową, rocznie rs. 7, półrocznie rs. 3 kop. 50. **Cena numeru pojedynczego kop. 15.** **Cena ogłoszeń:** Za wiersz jednoszpaltowy drobnym pismem lub za jego miejsce kop. 10. Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracja „Medycyny“; — W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 38.

Adres Wydawcy: Jasna Nr. 6.

Adres Redaktora Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ, PRACE ORYGINALNE. Przyczynek do postępowania akuszeryjnego przy powikłaniu ciąży rakiem odbytnicy. Podał Z. Endelman. — Przyczynek do kazuistyki urazów klatki piersiowej (ucisk klatki piersiowej — zbiór objawów Perthes'a). Podał S. Kossobudzki. (Dokończenie). — STRESZCZENIA i WYCIĄGI. 52. O aglutynacji laseczników gruźliczych i jej zużytkowaniu. 53. Rumień guzowaty u dzieci. — Sprawozdanie z XII Zjazdu chirurgów polskich w Krakowie. — ODCINEK. Kilka uwag o leczeniu przymusowem. — DROBNIEJSZE WIADOMOŚCI RÓŻNEJ TREŚCI. — OGŁOSZENIA.

„MEDYCINA“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r Z. Endelman — Comment faut-il procéder dans les cas de gravidité compliqués par des cancers du rectum? 2) D-r S. Kossobudzki — Contribution à la casuistique des lésions traumatiques du thorax. L'ensemble des symptômes de Perthes.

Redaction: Dr. M. Sadowski. Varsovie — Rue Krak-Przedm. 7.

„MEDYCINA“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r Z. Endelman — Ueber das Verhalten des Geburtshelfers bei der durch ein Rectumcarcinom complicirten Schwangerschaft. 2) D-r S. Kossobudzki — Ein Beitrag zur Kasuistik der Traumen des Brustkorbes. Das Perthes'sche Symptomenkomplex.

Redaction: Dr. M. Sadowski. Warschau — str. Krak-Przedm. 7.

Z ODDZIAŁU AKUSZERYJNEGO D-RA MED. D. JUROWSKIEGO W SZPITALU STAROZAKONNY CH
W WARSZAWIE.

PRZYCZYNEK DO POSTĘPOWANIA AKUSZERYJNEGO przy powikłaniu ciąży rakiem odbytnicy.

Podał

Z. ENDELMAN.

Przypadki ciąży, powikłanej rakiem odbytnicy, spotykają się bardzo rzadko. W całej literaturze znalazłem tylko 13 odnośnych spostrzeżeń. Objasnia się to po pierwsze tem, że rak najczęściej występuje w okresie przekwitania, powtóre zaś znanym wszystkim chirurgom faktem, że u kobiet daleko rzadziej spostrzegają się raki kiszki stolcowej, niż u mężczyzn.

Postępowanie akuszeryjne w przypadkach raka odbytnicy u ciężarnych zależy podług HOLZAPFL'a od możliwości lub niemożliwości doszczętnego usunięcia nowotworu na drodze operacyjnej, następnie od stopnia zwężenia

miednicy, wywołanego obecnością guza, wreszcie — od życia, *resp.* śmierci płodu.

W przypadkach raka nieuleczalnego winniśmy się przedewszystkiem starać o wydobywanie żywego dziecka. Ponieważ raki nieuleczalne zajmują zwykle bardzo dużo miejsca w miednicy, przeto urodzenie się żywego donoszonego dziecka na drodze naturalnej jest prawie zawsze niemożliwe. To też nic innego w tym razie nie pozostaje, jak w końcu ciąży wydobyć płód za pomocą cięcia cesarskiego. Operacja ta była dotychczas siedm razy dokonana, a mianowicie przez KALTENBACH'a, (1) POLK'a, (2) W. A. FREUND'a, (3) ZWEIFL'a, (4) JORDAN'a, (5) DUNCAN'a (6) i HOLZAPFL'a (7).

Jeżeli rak tak szybko się rozwija, że przypuszczać można *exitus letalis* przed końcem ciąży, to zdecydować się trzeba również na cięcie cesarskie lub, o ile na to pozwala stopień zwężenia miednicy, wywołać poród przedwczesny.

W razie obecności w macicy płodu martwego cięcie cesarskie przy raku nieuleczalnym powinno być dokonane li tylko wtedy, gdy jest absolutnie wskazane, t. j. w przypadkach, w których zwykle operacje akuszeryjne (kleszcze, perforacja i t. d.) z powodu zwężenia miednicy nie mogą być zastosowane. W tem miejscu zwrócić chciałbym uwagę na to, że tkanka rakowa posiada bardzo małą elastyczność, wskutek czego łatwiej ulega rozerwaniu, niż tkanka normalna. To też znane są przypadki CRUVEILHIER'a (8) i KÜRSTEINER'a (9), w których po zastosowaniu operacji akuszeryjnych (pierwszy wydobył płód w położeniu nóżkowem, drugi dokonał wymóżdżenia) miękkie części rodne, na które nowotwór z кишки przeszedł, były na dużej przestrzeni zmiażdżone, *resp.* rozerwane. Spostrzeżenia te są bardzo ważne, bo uczą nas, że w pewnych razach nawet tam, gdzie posiadamy możliwość dokonania operacji przez pochwę, łatwiej i bezpieczniej uciec się do cięcia cesarskiego.

Zupełnie odmienne jest postępowanie nasze, jeżeli mamy do czynienia z rakami, które doszczętnie usunąć można na drodze operacyjnej. Wtedy pamiętać należy o tym ogólnie przyjętym fakcie, że nowotwory złośliwe powinny być jaknajprędzej operowane, że często zwłoka kilkotygodniowa już stanowi o wyniku operacji, a nawet wogóle o możliwości zastosowania interwencji chirurgicznej. Zachodzi tylko pytanie, czy operować podczas ciąży, czy też dokonać operacji po uprzednim opróżnieniu macicy? Otóż w literaturze znalazłem jeden tylko przypadek raka odbytnicy, operowanego podczas 6 miesięcznej ciąży. Jest to przypadek PETERSEN'a (10). Operacja była dokonana podług metody KRASKE-RYDYGIER'a; kishkę stolcową wycięto na przestrzeni 14 cm.; 4 dnia po operacji nastąpiło poronienie, następnego zaś — *exitus letalis*. Nie chcę bynajmniej na podstawie jednego nieszczęśliwego przypadku wyprowadzać wniosku, że operacje raka odbytnicy podczas ciąży nie powinny być dokonywane, tembardziej, że w przypadku PETERSEN'a rana operacyjna uległa zakażeniu, które samo przez się przyczynić się mogło do przerwania ciąży. Przypuszczam nawet, że małe i nisko usadowione nowotwory można będzie zupełnie bezpiecznie usuwać podczas ciąży; atoli we wszystkich innych przypadkach bez względu na okres ciąży należy ją stosownie do rady LÖHLEIN'a przed operacją przerwać.

Postępowanie takie umotywować się daje tem, że 1) wskutek dużego przekrwienia narządów małej miednicy u ciężarnych zabieg chirurgiczny połączony być musi z daleko większą utratą krwi, niż u nieciążarnych; 2) po tak ciężkim zabiegu operacyjnym, jak wyluszczenie odbytnicy, zabiegu, dokona-

nym w pobliżu narządów płciowych, w większości przypadków ciąża zostanie przerwana, co bez wątpienia pociągnąć może za sobą maltretowanie świeżej rany (we wczesnym okresie ciąży — wskutek możliwych powikłań, wymagających stosowania pewnych rękoczynów, jak np. wskutek krwotoków, zatrzymania się resztek jaja płodowego, w późniejszym zaś — wskutek ucisku samego płodu w przejściu przez miednicę); 3) odchody połogowe, zanieczyszczając świeżą ranę, mogą ujemnie wpłynąć na przebieg pooperacyjny, zwłaszcza przy metodzie pochwowej REHN'a.

Przyjmując pod uwagę powyższe motywy, w jednym przypadku raka odbytnicy, spostrzeganym w naszym oddziale, wywołaliśmy poród przedwczesny przed operacją.

W całej literaturze europejskiej znalazłem trzy tylko analogiczne przypadki, a mianowicie LÖHLEIN'a (II), MAC VIE'go (12) i HEUSNER'a (13). Podaję je w krótkim streszczeniu.

I. Przypadek LÖHLEIN'a. 32-letnia kobieta cierpiała od $\frac{1}{2}$ roku na bolesne oddawanie stolca; od kilku tygodni kał był zmieszany z ropą i krwią. *Status gravidus VIII mensium*. Przez tylną ścianę pochwy wyczuwał się twardy, dość ruchomy guz. Przy badaniu przez kışkę stolcową można się było przekonać, że nowotwór był usadowiony głównie na przedniej ścianie odbytnicy i zajmował przestrzeń od wewnętrznego zwieracza (*m. sphincter int.*) do wzgórka kości krzyżowej. Nacieczenie nowotworowe zajmowało całą grubość przedniej ściany odbytnicy i *septi recto-vaginalis*. W obawie, aby po czasowym porodzie operacja raka nie była spóźniona, autor przystąpił do wywołania porodu przedwczesnego. Gorące irygacje, rozszerzenie szyi macicznej, gorące okłady, bougies i t. d. wpływały bardzo słabo na skurcze macicy. Dopiero po 5 dniach nastąpił poród. Waga nowonarodzonej dziewczynki — 1650 grm. Dziecko wkrótce zmarło wskutek cierpienia skóry, podobnego do róży. Na początku 4 tygodnia okresu połogowego BOSE dokonał *amputationis recti* podług metody KRASKE'go. Wycięto 12 ctm kışki. Chora wyzdrowiała.

II. Przypadek MAC VIE'go. 35-letnia *V-gravida* w 6 miesiącu ciąży. Rak odbytnicy przeszedł na tylną ścianę szyi macicznej i był zrośnięty z kością krzyżową. Z powodu nieuleczalności raka — z jednej strony i wycięczenia chorej — z drugiej zdecydowano się nie czekać do końca ciąży na *sectio caesarea*, lecz wywołać poród przedwczesny, później zaś utworzyć odbył sztuczny (*colostomia*). Po 60 godzinach od chwili wprowadzenia bougies do macicy urodziło się dziecko, które w siódmym tygodniu życia zmarło wskutek zapalenia jelit. Po porodzie przedwczesnym samoistnie wytworzyła się przetoka pochwo-o-kışkowa, przez co *colostomia* stała się zbyteczną.

III. Przypadek HEUSNER'a. 43-letnia pacjentka przybyła do szpitala 13. XI. 1899 r. Przeszła 10 porodów czasowych i jedno poronienie. Ostatnia prawidłowa miesiączka — w pierwszych dniach lutego 1899 r. W początku ciąży nie odczuwała żadnych dolegliwości, wkrótce jednak wystąpiły zaburzenia ze strony kışek, a mianowicie zaparcie naprzemian z rozwolnieniem i bóle podczas oddawania stolca. Chora prócz tego skarży się na ogólne osłabienie i chudnienie. Powyższe objawy stawia w zależności od ciąży, wskutek czego nie bardzo się niepokoi. Cztery tygodnie temu spostrzegła krew w stolcu. Zawezwany lekarz skierował ją do szpitala. Tam badanie wykazało co następuje:

Status gravidus VIII mensium. W odbytnicy na szerokość ręki powyżej otworu stolcowego wyczuwa się twardy pierścieniowaty guz, dający się od przodu przesunąć po tylnej ścianie pochwy, od tyłu zaś ściśle przylegający do kości krzyżowej. Górnego brzegu guza przez odbytnicę wyczuć nie można.

18. XI, 1899 r. w celu wywołania przedwczesnego porodu wprowadzono elastyczną świeczkę do macicy; to samo powtórzono dnia następnego z powodu słabych bólów porodowych. 20-go wieczorem przy zupełnym rozwarciu ujścia macicznego dokonano obrotu i wydobycia żywego płodu. 22-go dziecko zmarło wskutek krwotoku, powstałego z powodu rozluźnienia podwiązki, nałożonej na pępowinę. Okres połogowy miał zupełnie prawidłowy przebieg. 7. XII, t. j. w 17 dni po porodzie dokonano wycięcia kiszki podług metody krzyżowej. Pierwszego stycznia 1900 r. chora w bardzo dobrym stanie wypisała się ze szpitala.

IV. Nasz przypadek. I. R., lat 32, żona kupca, przybyła do oddziału kol. KLEINA d. 19. IV. 1901 r., skarżąc się na zaparcie stolca, bóle podczas i po wypróżnieniu i na odpływ krwi z kiszki stolcowej.

Chora w dzieciństwie oprócz odry żadnych chorób nie przechodziła. Pierwsza miesiączka zjawiła się u niej w 13-ym roku życia; od tego czasu powtarzała się w prawidłowych odstępach czasu, trwając 2—3 dni. Peryodom stale towarzyszyły silne bóle w podbrzuszu. Za męża wyszła w 22-im roku życia. Do chwili obecnej odbyła trzy porody. Pierwszy poród (9 lat temu) miał zupełnie prawidłowy przebieg, lecz okres połogowy powikłany był gorączką, dreszczami i bólami w dolnej części brzucha, wskutek czego chora zmuszona była przez 3 miesiące leżeć w łóżku. Od tego czasu w ciągu następnych trzech lat czuła się cierpiącą, stale się skarżąc na bóle krzyża. Dopiero kuracya ciechocińska, zalecona przez jednego z lekarzy, znacznie poprawiła stan jej zdrowia. Po powrocie z Ciechocinka zaszła wkrótce powtórnie w ciążę (5 $\frac{1}{2}$ roku temu). Drugi poród przeszedł również bez pomocy sztuki, a okres połogowy był tym razem zupełnie prawidłowy. Trzeci poród odbył się w czerwcu 1899 r. bez żadnych powikłań.

Ostatnia prawidłowa miesiączka — w drugiej połowie września 1900 r., czyli 7 miesięcy temu; od tego czasu chora uważa się za ciężarną.

Od kilku lat cierpi na zaparcie stolca. 1 $\frac{1}{2}$ roku temu (po ostatnim porodzie) zauważyła po raz pierwszy krew w kale. Rok temu chora po raz pierwszy zasięgnęła porady lekarskiej, skarżąc się na ogólne osłabienie. Lekarz skonstatował „guz w kiszce“ i radził poddać się operacyi, lecz ona, ulegając radom znajomych, którzy za źródło krwotoków kiszkowych uważali guzy krwawnicze, nie chciała się zgodzić na zabieg chirurgiczny. Od chwili zajścia w ciążę, t. j. od 7 miesięcy, cierpienia chorej znacznie się wzmogły. Zaparcie stolca stało się bardziej uporczywe; wypróżnieniom stale towarzyszyła krew; wystąpiły prócz tego bóle głowy i nadzwyczaj dokuczliwe bóle w okolicy kości krzyżowej. Bóle te zniewoliły chorą zwrócić się powtórnie do lekarza, który skierował ją do szpitala.

Status praeseus: Chora średniego wzrostu, złego odżywiania. Błony śluzowe łącznicy oczu i dziąseł — blade. W płucach i sercu żadnych nieprawidłowości się nie znajduje. Dno macicy — na 3 palce powyżej pępka. W wejściu do miednicy wyczuwa się ruchoma główka; tony serca — po stronie lewej; drobne części — po prawej. Przy badaniu (zewnątrznem) narządów

płciowych znajdujemy *rupturam perinei inveteratam II gradus*. Badanie wewnętrzne wykazuje, co następuje. Na części pochwowej macicy znajdujemy *laceratio cervicalis duplex*. Ujście wewnętrzne zamknięte. Przoduje główka płodu. Przez tylną ścianę pochwy na 2 ctm. poniżej tylnego sklepienia wyczuwamy twardy guz wielkości dużej śliwki, mało ruchomy. Przy badaniu przez kışkę stolcową przekonywamy się, że guz ów zajmuje przednią i obie boczne ściany odbytnicy, usadowiony jest na szerokość 2-ch palców powyżej *m. sphincteris int.* i sięga w górę na wysokość około 3 ctm. *Diagnosis: carcinoma recti.*

Na naradzie z kolegami ODERFELDEM i KLEINEM postanowiliśmy przed zastosowaniem zabiegu chirurgicznego przedewszystkiem przystąpić do wywołania porodu przedwczesnego.

Po przejściu chorej do oddziału akuszeryjnego 20. IV. 1901 r. d-r JUROWSKI ściągnął za pomocą kulociągów część pochwową macicy i wprowadził do macicy świeczkę średniej grubości, pochwę zaś wytamponował gazą jodoformową.

21. IV. Bóle słabe. Po usunięciu tamponu i wyjęciu świeczki okazało się, że ujście — rozwarne na jeden palec. Wprowadzono świeżą świeczkę i znów wytamponowano pochwę. C. 36,9°; T. 84.

22. IV. C. 38°, tętno 92. Bóle zupełnie ustały. Ze względu na podwyższoną ciepłotę i brak bólów porodowych uważałem za stosowne (w zastępstwie d-ra JUROWSKIEGO) przyspieszyć sprawę i w tym celu po wyjęciu świeczki wprowadziłem do macicy przy rozwarciu ujścia na 2 palce balon CHARIPETIER de - RIBES. *) Balon wypełniłem 500 sześć. ctm. 1% lizolu i zastosowałem pociąganie za pomocą ciężaru 2-funtowego. W 3 godziny później balon wypadł z pochwy, i natychmiast potem nastąpiło wydalenie płodu płci męskiej. Długość jego wynosiła 36 ctm., waga — 7 funtów. Dziecko po kilku godzinach zmarło.

Okres połogowy przebiegał bez gorączki, ze względu jednak na obfite wydzieliny połogowe można było przystąpić do operacji raka dopiero 14. VI. 1901 r. Wykonał ją D-r ODERFELD podług metody pochwowej REHN'a, (14) przy czem po otwarciu otrzewny usunięto cały dolny odcinek odbytnicy wraz ze zwieraczem zewnętrznym. Kikut kışkowy zeszyto ze skórą po uprzednim skręceniu kışki na 180° (GERSUNY).

25 lipca 1901 r. chora wypisała się ze szpitala z nieznaczną *incontinencia alvi.*

LITERATURA.

- 1) KALTENBACH. Sectio caesarea wegen Carcinom des Rectums (Zeitschrift f. Geb. u. Gyn. 1879, Bd. IV).
- 2) Frommel's Jahresberichte. Bd. II, S. 284.
- 3) Cyt. w pracy HOLLAENDER'a „Die vom Mastdarm ausgehenden Geburtsstörungen“ (Archiv für Gynaek. Bd. 44. S. 284).
- 4) Frommel's Jahresberichte. Bd. VI, S. 372.
- 5) JORDAN. A successful case of Porro's operation for cancer of the rectum (Brit. Med. Journ. 1894, I. S. 299).
- 6) DUNCAN. Cancer of rectum; inguinal colotomy; pregnancy; caesarean section; recovery (Lancet. 1895, I. Nr. 3729, S. 405).
- 7) HOLZAPFEL. Kaiserschnitt bei Mastdarmkrebs (Beiträge z. Geb. u. Gyn. Bd. II. 1899).
- 8) Cyt. w pracy HOLLAENDER'a.
- 9) KUERSTEINER. Beitrag zur Kazuistik der

*) Metodę tę stosuję od kilku lat w prywatnej i szpitalnej praktyce z bardzo dobrymi wynikami. Omówię ją szczegółowiej w najbliższej przyszłości.

Beckengeschwülste in geb. Beziehung. Inaugural Dissertation, Zürich. 1863. 10) Cyt. w pracy K. KRAUSE'go „Mastdarm-Carcinom und Schwangerschaft“. I. D. Bonn. 1900. 11) LÖHLEIN. Carcinoma recti als Indikation für die Künstliche Frühgeburt (Zeitschrift f. Geb. u. Gyn. 1890. Bd. 18). 12) MAC VIE. Mother versus child etc. (The Transactions of the Edinb. Obstetr. Soc. 1899. XXIV. p. 123). Ref. w „Monatsschrift f. Geb. u. Gyn.“ 1899, p. 403. 13) Cyt. w dySSERTACJI KRAUSE'go. 14) W. LIERMANN. Zur vaginalen Methode bei Mastdarmoperationen. (Archiv f. Klinische Chirurgie. Bd. 58).

Z ODDZIAŁU D-RA MED. M. SADOWSKIEGO W SZPITALU DZIECIĄTKA JEZUS.

PRZYCZYNEK DO KAZUISTYKI URAZÓW KLATKI PIERSIOWEJ (ucisk klatki piersiowej — zbiór objawów Perthes'a).

Podał

Szymon Kossobudzki

Lekarz miejscowy szpitala Dzieciątka Jezus.

(Dokończenie.—Zob. N. 30).

W dostępnej mi literaturze do czasów ostatnich znalazłem jeszcze trzeci przypadek PERTHES'a (3), trzy przypadki BRAUN'a (2, 4, 7), po jednym HUETER'a i VOGT'a (2), dwa przypadki NECK'a (5), cztery przypadki VOELCKER'a (8), jeden HOPPE'go (6), jeden WEGNER'a (9) i wzmianki o dwóch V. RECKLINGHAUSEN'a i MAIEN'a (7). Razem z naszym wypada 17 przypadków.

Przypadki VOELCKER'a są podane bardzo pobieżnie i ogólnikowo w sprawozdaniu z wyników katastrofy kolejowej w Heidelbergu dnia 7 października 1900 roku.

Króciutko opisany jest też przypadek WEGNER'a.

Tak więc tylko dwanaście przypadków, szczegółowiej opisanych, wystarczyć nam musi do skreślenia obrazu klinicznego omawianych następstw ucisku klatki piersiowej, ustanowienia cech istotnych i podrzędnych, rozpatrzenia warunków oraz wyjaśnienia mechanizmu sprawy.

Czas, przez jaki trwało uciśnięcie klatki piersiowej lub brzucha, wymioty, zgięcie i t. p. czynniki, po których nastąpił zajmujący nas obraz kliniczny, był różny — od pół minuty do pół godziny. Świadczy to, że czas jest tutaj rzeczą bez znaczenia i wpływu na siłę i na samo występowanie objawów, jak to zresztą zobaczymy, rozbierając mechanizm sprawy.

Wiek chorych jak gdyby gra pewną rolę przy występowaniu interesujących nas objawów. Większość przypadków tyczyła się ludzi młodych. Tylko jeden miał 45 lat, a trzech 35—38. PERTHES może słusznie sądzi, że u ludzi starych oczekiwać należy w pierwszej linii wystąpienia uszkodzeń w naczyniach mózgu, które doprowadzą do śmierci. Zdaje mi się jednak, że jest to może więcej rzecz przypadku. W tych warunkach, które potrzebne są do wystąpienia zbioru objawów, nas obecnie obchodzących, znajdują się zazwyczaj ludzie młodzi, a mała liczba dotychczasowych spostrzeżeń nie pozwala orzekać nic stanowczego.

W większości przypadków nastąpiło uciśnięcie lub zgniecenie klatki piersiowej w kierunku poprzecznym boczny lub przedniotylny na tej lub innej wysokości (3 przypadki PERTHES'a, 1 BRAUN'a, 2 NECK'a, 4 VOELCKER'a, 1 WEGNER'a i nasz — razem 12).

Zazwyczaj części ciała, wyżej i niżej położone, były wolne. Uciskały — części maszyn, wagonów lub, jak w naszym przypadku, winda.

Do jakiego stopnia ucisk klatki piersiowej może się posunąć, daje nam wskazówki trzeci przypadek PERTHES'a, w którym odległość między uciskającymi częściami maszyny wynosiła 20—25 ctm., podczas gdy odległość pomiędzy raną na lewym barku a miejscem złamania na prawym 7 żebrze wynosiła 33 ctm. Ucisk zmienił wymiar odpowiedni o 8—13 ctm.

Że tak znaczna zmiana, świadcząca o sile działania, musi pociągnąć za sobą wielkie uszkodzenia, mówią przypadki, w których znajdujemy złamania żeber, obojczyka, barku, przedramienia (przypadki PERTHES'a 2, VOELCKER'a 4, BRAUN'a 1, WEGNER'a 1, NECK'a 2), pęknięcie podstawy czaszki i wysięk w osierdziu (WEGNER), pęknięcie błony bębenkowej (PERTHES).

W przypadkach VOGT'a, HUETER'a i pierwszym przypadku BRAUN'a mieliśmy do czynienia z uciskiem brzucha, przyczem w przypadku HUETER'a była drażąca rana brzucha.

W drugim przypadku BRAUN'a było jednoczesne uciśnięcie brzucha i piersi. Bardziej interesujące pod względem etiologii jest spostrzeżenie trzeciego BRAUN'a. Robotnikowi na kark spadła duża ilość buraków, wskutek czego został zgięty w ten sposób, że głowa znalazła się między nogami. Objawy typowe: obrzęk, sinica i wybroczyny na skórze twarzy, szyi, dołów nadobojczykowych, nadgrzebieniowych, piersi a nawet brzucha, krwawienie z uszu i nosa. Po za tem uszkodzeń żadnych. Ciekawy jest także przypadek HOPPEG'o, w którym zbiór podobnych objawów wystąpił po napadzie wymiotów, wywołanych przez podrażnienie gardzieli palcem.

Dwa ostatnie przypadki prowadzą do wniosku, że ani ucisk klatki piersiowej, ani ucisk brzucha podczas urazu nie stanowią niezbędnego warunku do wystąpienia interesującego nas obrazu klinicznego. Uraz w takich razach jest jednym z momentów, przyczyna leży gdzieindziej. Że tak jest, przekonujemy się, rozpatrując poglądy na mechanizm powstawania powyższego obrazu klinicznego.

PERTHES wyraził zdanie, że przez ucisk następuje podwyższenie ciśnienia wewnątrzpiersiowego, to zaś przenosi się na żyły głowy i sprowadza pęknięcie małych naczyń.

PERTHES stawia tutaj pytania: czy w ogóle ucisk klatki piersiowej może w takim stopniu podwyższyć ciśnienie wewnątrzpiersiowe, że to ostatnie sprowadza uszkodzenie tkanek, czy to ciśnienie może bezpośrednio przez zastawkowe urządzenia przenosić się na początkowe rozgałęzienie żył, i dla czego głównie tylko na głowie i górnej części szyi zdarzają się wynaczynienia.

Pierwsze pytanie znajduje odpowiedź w tych przypadkach uszkodzenia płuc, gdzie uraz podziałał nie wprost na płuca. GOSSELIN i inni tłumaczą sobie takie przypadki wzmożeniem ciśnienia wewnątrzpiersiowego. To ostatnie w przypadkach nas obchodzących jest zupełnie możliwe, gdyż zachodzi tu najczęściej mocny uraz klatki piersiowej.

Wzmożenie ciśnienia cofa krew w żyłach, jak to widać w czasie operacji żyłaków, kiedy kaszel wywołuje zwrotne fale w żyłach nożnicowych wielkich (*saphen. maj*). Zjawisko to zależy od braku lub niewystarczalności

zastawek żylnych. Tych ostatnich niema zarówno w rozgałęzieniach żyły jarzmowej wewnętrznej (*v. jugularis inter.*), jak i w żyły bezimiennnej (*v. anonyma*), z wyjątkiem jednej pary zastawek w miejscu połączenia się żyły jarzmowej z bezimienną. Ale i te zastawki podlegają różnym zmianom. Według POIRIER'a, zastawki te są niewystarczające przy wzmożonem ciśnieniu.

Co się tyczy żyły jarzmowej zewnętrznej (*v. jugul. extern.*), to ta ma zwykle dwie zastawki niewystarczające — jedną u żyły podobojczykowej, drugą na połowie szyi. Rzadko między nimi leży trzecia.

Powyższe właściwości anatomiczne, zdaniem PERTHES'a, objaśniają nam rozległość zmian, granice sinicy i wybrczyn.

Wynacznienia podobne widzimy w mniejszych rozmiarach u osób starszych podczas napadu kaszlu, u młodych w krztuścu. Zastojem krwi objaśnia sobie STEFFEN oślepienie lub osłabienie wzroku po napadach krztuśca.

HUETER, cytowany przez BRAUN'a, przypuszczał mechaniczne rozszerzenie naczyń wskutek zastoju lub ucisku nerwu współczulnego w jamie brzusznej, który to ucisk prowadzi do rozszerzenia naczyń na przebiegu nerwu współczulnego na szyi.

Sprawy te starał się rozstrzygnąć WILLERS (2), robiąc doświadczenia na królikach. Ucisk brzucha lub mocne uderzenie sprowadzały wprawdzie wyraźne rozszerzenie naczyń ucha i powierzchni mózgu, ale bez wynacznień. Przycinanie nerwu współczulnego u żab sprowadzało rozszerzenie naczyń skóry bez wynacznień.

W obec tego WILLERS odnosi obrzęk, wynacznienia w skórze i w łącznicach oka, krwotoki z nosa i t. d. do ucisku brzucha. Brak zastawek w żyłach twarzowych wspólnych (*ven. facial. commun.*), obfitość naczyń na twarzy sprzyjają wynacznieniom.

Zestawiając swój przypadek z przypadkiem HUETER'a, VOGT'a i PERTHES'a, BRAUN wnosił, że opisane objawy sprowadza mocny ucisk brzucha, i wyraził powątpiewanie, by coś podobnego zajść mogło po ucisku klatki piersiowej, przypuszczając zawsze możliwość jednoczesnego ucisku brzucha.

W roku 1900 PERTHES opisał swój trzeci przypadek ucisku klatki piersiowej i, utrzymując w pełni poprzednie swoje twierdzenia co do mechanizmu całej sprawy, o przypadkach BRAUN'a wnosił, że ucisk brzucha wywiera taki sam wpływ na ciśnienie w układzie żylnym, jak i ucisk klatki piersiowej. Czy krew wyciśnięta kieruje się tylko w górę, czy też i na dół, na to stanowczej odpowiedzi dać nie mógł. Doświadczenia na zwierzętach dały PERTHES'owi wyniki ujemne.

Ucisk klatki piersiowej u dwóch królików sprowadzał wyraźne rozszerzenie żył uszu, sinicę pyska i powiek, ale bez żadnych wynacznień. Tylko u jednego zwierzęcia jednoczesny ucisk klatki piersiowej i brzucha, trwający $\frac{3}{4}$ minuty, wywołał nieznaczne, ale wyraźne wynacznienia w skórze pomiędzy uszami, u podstawy i na brzegach jednego ucha. Ujemny wynik doświadczeń PERTHES objaśnia obecnością zastawek w żyłach głowy u królika.

W tym samym roku BRAUN opisał drugi swój przypadek, zakończony śmiercią. Jako taki zasługuje na szczegółowe streszczenie. Rzecz dotyczyła 45-letniego robotnika, któremu maszyna ucisnęła klatkę piersiową. Wystąpiło krwawienie z nosa i utrata wzroku. Przytomność zupełnie zachowana, mocne bóle w głowie i plecach. Twarz przedstawiała się typowo; na szyi linia, ostro ograniczająca zmiany na wysokości chrząstki pierścieniowej. Obustronne wysadzenie gałek ocznych, obrzęk i podbiegnięcie krwią łącznicy

oka i powiek. Źrenice rozszerzone *ad maximum*, bez odczynu na światło; ruchy gałek ocznych zniesione. Ciepłota prawidłowa; tętno małe, bardzo osłabione, nie wyczuwalne w tętnicach promieniowych. Mocz czysty bez krwi. Na drugi dzień objawy te same. Badanie dna oka zmian żadnych nie wykryło. W 30 godzin po wypadku zmarł przy objawach upadku sił.

Badanie pośmiertne wykazało zmiany następujące. Mocne nacieczenie krwią mięśni skroniowych; cała tkanka tłuszczowa oczodołów nacieczona krwią; liczne kropkowe wybroczyny w śluzówce nosa. W okolicy ślinianki podżuchwowej krwawe nacieczenie. Nagłośnia, krtań, tchawica usiane wybroczynami. W lewej jamie opłucny około pół litra czerwonego płynu. Lewy dolny płąt, tylna i dolna część górnego płatu lewego płuca uciśnięte, bez powietrza. Na opłucnie ściennej wynacznienia i kilka pęknięć, idących równoległe do żeber. Z prawej strony nadłamanie 4—9 żeber. W tylnym śródpiersiu wzdłuż tętnicy głównej obfite nacieczenie krwią. Nacieczenie znajduje się także wzdłuż tętnic szyjowych.

Prawa część przepony ciemno czerwona, cała nacieczona krwią, w lewej otwór, przez który wepchnięta została lewa nerka do jamy piersiowej.

W jamie brzusznej małej miednicy około 100 ctm. sz. płynnej krwi. Wątroba częściowo oddarta od przepony, w jej mięszu jama wielkości orzecha laskowego, wypełniona krwią.

W prawym płacie dwa powierzchowne pęknięcia otoczki kilkocentymetrowej długości; pod otoczką GLISSON'a niewielkie wynacznienie. Nadpęknięcie śledziony. Lewa tętnica nerkowa i nadnerkowa, jako też odpowiednie żyły rozerwane. Otoczka nacieczona krwią, mięsz zmartwiał. Z lewej strony w tkance łącznej zaotrzewnowej pęknięcie i wynacznienie. Badanie kawałka skóry wykazało: nadzwyczaj mocne napełnienie żył; włósciczki nabite czerwonymi krążkami; tętnice zapełnione lub prawidłowe; liczne małe wynacznienia, które, jak i żyłne przekrwienie, najwybitniej występuje w włściwej skórze (*cutis*), mniej w brodawkach skórnych i tkance podskórnej. Polegają na mniej więcej mocnem wypełnieniu czerwonymi ciałkami przestrzeni międzywłóciennych wzdłuż przebiegu włókien łącznotkankowych. Brak odczynu zapalnego.

Na podstawie tego przypadku BRAUN uznał możliwość wystąpienia interesującego nas zbioru objawów po ucisku klatki piersiowej.

Następne dwa przypadki zostały opisane przez NECK'a, który zgadza się z BRAUN'em i z PERTHES'em co do mechanizmu sprawy. Inaczej, a zdaniem mojem, najracjonalniej zapatruje się HORPE. Zdaniem jego, po ucisku klatki piersiowej, brzucha, lub też wskutek innych nagłych przyczyn powstaje nagle podwyższenie ciśnienia wewnątrzpiersiowego. To ostatnie udziela się obu drogom krwionośnym — układowi żylnemu i tętniczemu, wywołując w nich falowanie słupa krwi. Wskutek tego, że tętnice są pod większem bocznem ciśnieniem, jako teższe i głębiej położone, że są mniej rozszerzalne, zaś żyły bardziej rozszerzalne, pod mniejszem bocznem ciśnieniem, jako powierzchowniej leżące, oraz przedstawiają przeszkody w postaci zastawki u żyły jarzmowej wspólnej, fale krwi spotykają się nie pośrodku drogi, lecz już w zakresie układu żylnego, mniej więcej w małych żyłach. Te ulegają rozszerzeniu i pękają: ztąd sinica i wynacznienia.

Oprócz ruchu falistego istnieje i ruch strumienia krwi, wypchniętej *en masse*. W tętnicach potęguje on działanie falistego ruchu krwi, w żyłach

sprowadza się do *minimum*, spotykając przeszkody w postaci krwi, dążącej do prawego przedsionka, zastawek żylnych, wielkiej rozszerzalności żył, nie zupełnego napełnienia, szerokości światła, licznych rozgałęzień i połączeń.

Większa część napowrót wypchniętej krwi rozchodzi się po dużych naczyniach, napełniając rozszerzone ich światła, mała tylko część ulega zastojowi aż do najmniejszych żył i włosniczek i wylewa się do tkanek przez ściany, rozzerwane uprzednio wskutek falowania krwi.

HOPPE odróżnia mechanizm wybroczyn w podobnych przypadkach od mechanizmu wybroczyn w właściwym znaczeniu tego słowa zastoinowych, jakie widzimy u uduszonych i przypadkowo u powieszonych. W tych bowiem razach odpływ krwi żyłnej jest mocno zmniejszony, przez tętnice zaś działa *vis a tergo*.

Niema tu nagłego falowego ruchu słupa krwi z nagłym rozciągnięciem naczyń, lecz za każdym skurczem serca wzmaga się napełnienie krwią i ciśnienie w naczyniach, z których najslabsze pękają. Wynaczynienia tu idą za sinicą jako jej najwyższy przejaw, w naszych zaś przypadkach rozciągnięcie naczyń i pęknięcie ich następuje prawie jednocześnie z wystąpieniem przeszkody w obiegu krwi, a sinica występuje dopiero, gdy krew się skupia w rozciągniętych żyłach. Zdaje mi się, że rozumowanie HOPPE'go najprędzej może wytłomaczyć nam różne objawy, spotykane w interesujących nas przypadkach.

W roku zeszłym, nie znając jeszcze artykułu HOPPE'go, który wyszedł dnia 25 lipca, przypuszczałem, że nagły ucisk klatki piersiowej, sprowadzając zastój krwi w układzie żylnym szyi i głowy i nie przeszkadzając sercu dalej pompować krwi do odpowiedniego układu tętniczego, sprzyja w ten sposób nagromadzeniu się krwi, co doprowadzić może do rozciągnięcia żył (sinica) i ich pęknięcia (wynaczynienia).

Postanowiłem przeprowadzić odpowiednie doświadczenia na zwierzętach. Że zaś poddawanie zwierząt nagłemu uciskowi w prasie, jak to robił PERTHES, wydawało mi się zabiegiem zbyt okrutnym, zamierzyłem zaciskać na mniejszy lub dłuższy przeciąg czasu żyłę próżną górną, by w ten sposób przekonać się o następstwach nagłego zupełnego zastoju krwi w układzie żylnym głowy i szyi.

Pierwsze doświadczenie (30. IV.) nie dało żadnych rezultatów, gdyż pies zdechł wskutek wadliwej techniki doświadczenia. Mianowicie, po wyjęciu w uspieniu chloroformowem chrząstek drugiego i trzeciego prawych żeber, gdym chciał oddzielić opłucną, naddarłem ją i wywołałem obustronną odmę piersiową. Pies zaczął się dusić i konać. Pochwycenie klampem żyły próżnej górnej przyspieszyło tylko śmierć, nie zaznaczywszy się niczem. Długotrwałe mięsienie serca nie zatrzymało uchodzącego życia. Dojście do żyły próżnej w ten sposób wydało mi się niedogodnem.

W następnem doświadczeniu — wybrałem inną drogę. Cięciem w linii środkowej obnażyłem dolną część szyi i górną część mostka, mięśnie, przyczepiające się do rękoności mostka nadciąłem, górną część rękoności wyciąłem, poczem udało się łatwo odsunąć ku dołowi i na boki opłucną i odsłonić naczynia.

Oddzieliwszy żyłę próżną górną, zacisnąłem ją klampem na minutę, poczem klamp zdjąłem, a po pewnym czasie zacisnąłem na dwie minuty. Pies, który do tego czasu oddychał równo i spokojnie, zaczął robić usilne ruchy oddechowe, język wysunął z pyska, który zsiniał, oczy zrobiły się większe.

Po zdjęciu klampa wszystko wracało do normy, a po nałożeniu znowu się pojawiało.

W tym czasie wziernikowanie oka, dokonane łaskawie przez kol. JANUSZKIEWICZA, za co mu serdecznie dziękuję, wykazało nie wielkie rozszerzenie żył. Widzialne w ranie żyły szyi nabrzmiewały.

Po zdjęciu klampu — ranę opatrzono muślinem jodoformowym. Pies przyszedł do siebie, na drugi dzień żadnych zaburzeń nie przedstawiał.

Po kilku dniach powtórzyłem doświadczenie z zupełnie podobnym wynikiem. Żadnych wynaczyń nie zauważyłem, sinica była krótkotrwała, znikająca wraz z usunięciem zaciskadła*).

W czasie drugiego seansu naddarłem opłucną i otworzyłem lewą jamę opłucny, lecz po zatamponowaniu rana zupełnie się zamknęła.

W jakiś czas potem wykonałem trzecie i ostatnie doświadczenie. Ranę rozszerzyłem, skórę odpreparowałem tak, by odsłonić wielkie pnie żyłne szyi. Nałożenie klampu na żyłę próżną górną spowodowało silne rozciągnięcie, rozdęcie tych żył. Pies został doprowadzony do śmierci przy objawach sinicy pyska, języka, lecz ani krwawień, ani wynaczyń nie było. Sekcja przekrwienia żylnego nie wykazała. W żyłach szyi znaleziono liczne zastawki.

Wynik zupełnie ujemny powstrzymał mię od robienia dalszych doświadczeń.

Przechodząc do omawiania objawów klinicznych, zacząć musimy od tych, które najbardziej rzucają się w oczy i stanowią istotne cechy, mianowicie: obrzęk twarzy i szyi, sinica skóry, plamiste wynaczyńnienia na skórze i pod łącznicami oczu oraz wysadzenie gałek ocznych.

Sinica we wszystkich przypadkach najwybitniejsza była na głowie i twarzy, słabła w miarę posuwania się ku dołowi. To samo można powiedzieć o petociowatych wynaczyńnieniach w skórze. Zazwyczaj w dużej liczbie były na twarzy i głowie, na szyi były rzadsze, a już nie we wszystkich przypadkach spostrzegano je niżej, na przykład na piersiach, barkach, przedramionach, brzuchu, plecach. Zauważono je na błonach śluzowych nosa, podniebienia, gardzieli, krtani, tchawicy i błonie bębenkowej. Obrzęk skóry i części miękkich szczególnie się zaznaczał w pewnych stałych miejscach: na powiekach, w okolicach ślinianek przyusznych, podżuchwowych, gruczołu tarczowego i wzdłuż wielkich naczyń szyi. Nadaje to chorym bardzo charakterystyczny wygląd. Ciekawa rzecz, że w przypadku naszym, gdzie chory ma dzioby na twarzy, te ostatnie nie miały sinego zabarwienia, i na nich wybroczyn znaleźć nie można było. Jest to analogiczne do zjawiska w spostrzeżeniu PERTHES'a, że część twarzy, którą chory leżał przyciśnięty do ziemi, pozostała bładą, podczas gdy reszta skóry miała wybitne sinicowe zabarwienie. W myśl HOPPE'go należy przypuszczać, że w bliznach (dzioby) naczynia są mało rozwinięte i znajdują się pod znacznem bocznem ciśnieniem bliznowatej tkanki łącznej, wskutek czego nie mogą uleść ani rozerwaniu, ani rozciągnięciu.

W niektórych przypadkach (PERTHES'a, HUETER'a, VOGL'a) obrzęk, sinica i wybroczyny były ostro ograniczone charakterystyczną linią poprze-

*) Ciekawa rzecz, że zaciskanie żyły próżnej górnej na przeciąg 2—3 minut nie spowodowało żadnych poważniejszych następstw. Nasuwa się pytanie, czy nie możnaby spróbować zaciskania żyły próżnej górnej, a może jednocześnie i dolnej w razie ran klutych prawego serea w czasie nakładania szwu, dla usunięcia fal krwi, zalewających pole operacyjne i utrudniających zaszywanie rany.

czną na szyi na wysokości chrząstki tarczowej, odpowiadającą kołnierzykom lub krawatom mniej lub więcej ciasnym. Do jakiego stopnia obwód szyi zmienić się może, świadczy przypadek PERTHES'a. Szyja w stanie zdrowia miała obwodu 31 ctm., kołnierzyk któremu odpowiadała linia, ostro odgraniczająca sinicę i obrzęk, 38,5 ctm. Obwód szyi w danym przypadku powiększył się co najmniej o $7\frac{1}{2}$ cim.

Krwotoki z nosa zanotowano w czterech przypadkach (BRAUN'a 2, HUETER'a I i nasz), krwawienie z ucha w dwóch przypadkach (BRAUN, PERTHES).

Bardzo ważnym i ciekawym objawem są zaburzenia wzroku. W przypadkach PERTHES'a 2, BRAUN'a 2, NECK'a I, i naszym nastąpiła utrata wzroku mniej lub więcej długotrwała (od kilkunastu minut do kilkunastu godzin). Badanie dna oka, wykonane w kilku przypadkach (2 przypadki BRAUN'a, I PERTHES'a, I NECK'a i nasz) zaraz po wypadku lub w jakiś czas, zazwyczaj zmian nie wykryło, i tylko w przypadku NECK'a znaleziono zmiany anatomiczne. 38 letni robotnik uległ przygnieceniu piersi; przez pół godziny nic nie widział, potem wzrok z prawej strony powrócił, z lewej znacznie później. Na piąty dzień jeszcze uskarżał się na zły wzrok z lewej strony. Wziernikowanie wykazało, że prawe oko zmian nie przedstawia, w lewym zaś były świeże, małe wynaczynienia w plamce żółtej i ciałku szklistem. W dwa miesiące później w lewym oku znaleziono tamże trójkątne wynaczynienie i białe zmiany na brzegu plamki żółtej. Siła wzroku $\frac{1}{12}$; skotomat pośrodkowy, odpowiadający wynaczynieniu. W ciałku szklistem u dołu wychodzące z siatkówki „faserige zottige Massen“. Zmiany te jeszcze obserwowano po upływie sześciu miesięcy. Podobne zaburzenia wzroku spostrzegano niekiedy po napadach kaszlu, wymiotów, np. w czasie krztuśca. Utratę wzroku w czasie krztuśca pierwszy zanotował KNAPP, a za nim ALEKSANDER (10). Podobny przypadek niedawno opisany został przez RÓZSAVÖLGYI'ego (10) (dziecko oślepiło, ogłuchło i zaniemówiło), który przypuszcza obrzęk mózgu. TALKO (11) wspomina o wybroczynach w okolicy plamki żółtej wskutek gastrycznych wymiotów.

Żrenice zachowywały się różnie: w jednych przypadkach były rozszerzone i nie oddziaływały na światło, w innych oddziaływały leniwie, w innych znowu zmian nie przedstawiały. Gałki oczne prawie we wszystkich przypadkach były wysadzone mniej lub więcej mocno i częstokroć w ruchach swych ograniczone. Wszystkie te objawy należy stawiać w związku z tem nacieczeniem tkanki łącznej oczodołu, jakie znalezione zostało na sekcji w przypadku BRAUN'a. Nacieczenie to prawdopodobnie sprowadza ucisk nerwów, a ztąd i zaburzenia, o których była mowa. Co się tyczy zaburzeń w świadomości, to we wszystkich prawie przypadkach były one minimalne. Zazwyczaj uszkodzeni zachowywali zupełną przytomność, jak w naszym przypadku, niekiedy następowała bardzo krótka utrata przytomności, spowodowana widocznie urazem samym, przestraczem i t. p., która wkrótce przechodziła bez żadnych śladów. Szum w uszach, stukanie w głowie, iskry w oczach, czerwono w oczach i t. p. objawy, jakich doświadczył nasz chory, są to zwykle następstwa chwilowego przekrwienia mózgu. Wobec tego, że naczyń mózgu znajdują się pod znacznem bocznem ciśnieniem, nic dziwnego, że rzadko kiedy ulegają dłużej trwającemu rozciągnięciu lub uszkodzeniom, któreby się dały zauważyć przez wystąpienie odpowiednich zaburzeń ogniskowych.

Oddech we wszystkich przypadkach był przyspieszony, co jest rzeczą naturalną, gdyż poprzednio był na pewien czas zniesiony lub też mocno ograniczony. Jak to zauważyłem w naszym przypadku, oddech może być bardzo powierzchowny, co tłumaczę sobie rozciągnięciem a może i na cieczeniem pewnych części przepony (trzeci przypadek BRAUN'a). Podobne uszkodzenie przepony może tłumaczyć także i te niejasne, nie dające żadnych przedmiotowych objawów bóle w boku, jakie mieliśmy u naszego chorego.

Tętno i wogóle czynność serca rozmaicie były notowane. Jedni spostrzegali tętno przyspieszone, mocne, inni słabe, małe.

W naszym przypadku mieliśmy tętno pełne, przyspieszone, ale miękkie, i ostre rozszerzenie serca. Granica prawa przekraczała za linię mostkową, górna była pod 3 żebrem; uderzenie serca w linii sutkowej lewej między 5 i 6 żebrem. Na drugi dzień granice już przedstawiały się prawidłowo.

Podobne ostre rozszerzenie serca, rozumie się, zależało od nagłego podskoczenia ciśnienia w naczyniach, któremu serce oprzeć się nie było wstanie. Notowane było niejednokrotnie po nadzwyczajnych wysiłkach fizycznych, po uciążliwym i szybkim marszu u żołnierzy i t. p.

Od jednego z kolegów słyszałem, że był raz wezwany do chorego z objawami nagłej nieomogi serca i znalazł znaczne rozszerzenie, które wystąpiło po siedmiokrotnym bez przerwy stosunku z kobietą.

Co się tyczy tętna, to różnaitość, spotykana w różnych przypadkach, zależec mogła z jednej strony od tej różnaitości uszkodzeń, jakim chorzy ulegli, z drugiej od siły urazu i wywołanego przez to odczynu nerwowego. Interesujący objaw w naszym przypadku stanowił białkomocz. Zawartość $\frac{1}{2}\%$ białka oraz niewielka ilość cylindrów moczanowych świadczy, że uraz oddziałał i na nerki. Wzmożenie ciśnienia, prawdopodobnie, nie tylko zachodziło w układzie naczyniowym powyżej miejsca ucisku, ale i poniżej *resp.* w naczyniach nerkowych i sprowadziło białkomocz. Zwiększona ilość moczu w naszym przypadku w ciągu pierwszej doby także w związku być mogła z rozciągnięciem naczyń nerkowych. Białko w moczu znalazł BRAUN u pierwszego swego chorego; znikło na 5 dzień.

W przypadku HOPPE'go wystąpiła biegunka przypuszczalnie, jako następstwo zaburzenia w krążeniu brzuszmem.

Przebieg wszystkich przypadków był mniej więcej jednakowy.

Naprzód na drugi lub trzeci dzień znika obrzęk, wysadzenie ócz, ślinianek przyusznej i podżuchwowej oraz gruczołu tarczowego, później na czwarty, piąty dzień—sinica, następnie petociowata wysypka. Najdłużej trzyma się krwawe zabarwienie spojówek, które znika dopiero po kilku tygodniach, zostawiając niekiedy na długo żółtawe zabarwienie białkówek. Śmiercią zakończył się przypadek BRAUN'a i VOELCKER'a, ale zależało to od ciężkich uszkodzeń, jakim ulegli chorzy, lub też od następnych powikłań (zapalenie płuc w przypadku VOELCKER'a). Powikłania przebiegu zależą w większości przypadków od uszkodzeń, stanowiących cechy podrzędne interesującego nas obrazu klinicznego. Jest to krócej lub dłużej przeciągające się leczenie ran, złamań kości i t. d. Tylko w pierwszym przypadku PERTHES'a na trzeci dzień ciepłota podniosła się do 38,9° i wystąpiły objawy zapalenia płuc. Chora VOELCKER'a zmarła na zapalenie płuc. Podobne zapalenie płuc zdarza się nieraz po urazach klatki piersiowej. O ile więc niema ciężkich uszkodzeń klatki piersiowej, kończyn, brzucha i t. p., a mamy do czynienia z czystym obrazem klinicznym, podobnym do naszego, możemy rokowanie robić do-

bre. Leczenie kierujemy przeciw uszkodzeniom; w razie słabego tętna, mocnego wstrząsu — zalecić trzeba środki podniecające, zaś w czystych przypadkach spokój i zachować się wyczekująco.

Na zakończenie kilka słów w sprawie nazwy.

PERTHES przyjął nazwę: „Druckstauung“ — „ciśnienie zastoinowe“, BRAUN „Stauungsblutungen“ — „krwawienia zastoinowe“, ale obie nazwy nie przedstawiają dokładnie rzeczy, bo nie mamy tu do czynienia ani z wzmożeniem ciśnienia li tylko wskutek zastoinu, ani też z krwawieniami w następstwie zastoinu. HOPPE mówi o licznych wybroczynach wskutek nagłego mocnego podwyższenia ciśnienia w odpowiednich drogach tętniczych i żylnych.

Zdaniem mojem, próby nadania nazwy podobnemu obrazowi klinicznemu nie prowadzą do niczego. Nazwa będzie albo za wąska albo za szeroka i dokładnie rzeczy nie odtworzy. Lepiej już nazwać rzecz imieniem tego, który ją pierwszy do literatury wprowadził. Sądzę więc, że najodpowiedniej byłoby obrazowi klinicznemu, który stanowił przedmiot niniejszego artykułu, nadać nazwę „zbioru objawów PERTHES'a“.

Przy sposobności składam podziękowanie Szan. d-rowsi med. M. SADOWSKIEMU za pozwolenie zużytkowania danego przypadku.

LITERATURA.

- 1) PERTHES. Ueber ausgedehnte Blutextravasate am Kopf infolge von Compression des Thorax. Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie r. 1899, tom 50, str. 436.
- 2) BRAUN. Ueber ausgedehnte Blutextravasate am Kopfe, Halse, Nacken und linken Arme infolge von Compression des Unterleibes. Deut. Zeit. f. Chir. 1899 r. t. 51, str. 599.
- 3) PERTHES. Ueber „Druckstauung“. Deut. Zeit. f. Chirurgie, 1900 r. t. 55, str. 384.
- 4) BRAUN. Stauungsblutungen nach Rumpfc compression. Deut. Zeit. f. Chir. r. 1900; t. 56, str. 183.
- 5) NECK. Ueber „Stauungsblutungen nach Rumpfc compression“. Deut. Zeit. f. Chirurgie, 1900 r. t. 57, str. 163.
- 6) HOPPE. Ueber multiple Gesichts- und Bindehautblutungen. Deut. Medicin. Wochenschrift, 1901 r. N. 30.
- 7) BRAUN. Stauungsblutungen — przedstawienie chorego w towarzystwie lekarskiem w Getyndze na posiedzeniu dnia 6 grudnia. 1900 r. Vereins-Beilage der Deut. Medic. Wochenschrift, str. 15, N. 2. 1901 r.
- 8) VOELCKER. Vorlaeufiger Bericht ueber die Verletzungen bei der Heidelberger Eisenbahnkatastrophe vom 7 October 1900. Deut. Medic. Wochen. r. 1900 Nr. 49 i 50.
- 9) WEGNER. Ein Fall von Quetschung des Thorax mit venöser Stauung, Przedstawienie chorego w „Gesellschaft der Charitéärzte in Berlin“ na posiedzeniu dn. 13 lutego r. 1902. Vereins Beilage der Deut. Medic. Woch. Str. 76 Nr. 10 r. 1902.
- 10) ROZSAVÖLGYI. Laehmung von Sinnesorganen nach Keuchhusten. Deut. Medic. Woch. r. 1902 N. 10.
- 11) TALKO. Książka Jubileuszowa dla uczczenia 50-letniej działalności nsukowej prof. d-ra SZOKALSKIEGO st. 239 r. 1884.

STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

52 E. RUMPF i L. GUINARD. O aglutynacji laseczników gruźliczych i jej zużycowaniu. W roku 1898 prof. ARLOING ogłosił, że udało mu się otrzymać hodowlę laseczników gruźliczych, w której rosną one równomiernie na podobieństwo emulsyi, i że surowica krwi ludzi lub zwierząt chorych na gruźlicę wywołuje u takich laseczników zjawiska aglutynacji. Mianowicie, przez zmieszanie określonych ilości surowicy i hodowli otrzymujemy mętny płyn, w którym po pewnym czasie tworzy się osad, płyn zaś nad osadem staje się zupełnie klarownym; pod mikroskopem widzimy, że osad składa się z kupek pozlepianych laseczników. W ten spo-

sób powstała serodyagnostyka gruźlicy; statystyka wykazuje, że daje ona tę samą procentowość potwierdzających rozpoznanie wyników, co i zastrzykiwania tuberkuliny. Niedawno KOCH ogłosił drugi sposób aglutynacji laseczników gruźliczych. Polega on na tworzeniu się osadu po dodaniu surowicy chorego na gruźlicę do płynu, w którym za pomocą rozcierania i umiarkowanego centryfugowania zostały zawieszony pojedyncze laseczniki. Praca KOCH'a miała jeszcze inne bardzo ważne znaczenie dla praktyki: doświadczenia jego dowiodły, że stosunkowo łatwo udaje się sztucznie powiększyć zdolność aglutynacyjną *resp.* zawartość substancji ochronnych, i że za pomocą aglutynacji można kontrolować powodzenie prób uodparniania i wyrobić sobie pojęcie, w jakim stanie znajduje się organizm w walce z infekcją.

Autorowie wypróbowali metodę aglutynacyjną u 107 chorych na gruźlicę płuc w sanatorium w Friedrichshain, przyczem u dziesięciu próby były robione dwukrotnie. Z ogólnej liczby chorych 29 znajdowało się w pierwszym, 41 w drugim, a 37 w trzecim okresie gruźlicy podług podziału TURBAN'a. W 84% próba na aglutynację wypadła dodatnio, przyczem u 17 chorych tylko w rozcieńczeniu (t. j. w stosunku surowicy do płynu, zawierającego laseczniki) 1:5, a u 73 w rozcieńczeniu 1:10 lub większym. Próby robione były metodą ARLOING'a, u większej części chorych oprócz tego także metodą KOCH'a. W ogromnej większości przypadków obie metody dały dość zgodne rezultaty; w czterech tylko przypadkach wyniki były zupełnie odmienne.

Autorowie sądzą, że trudno oczekiwać zupełnej zgodności stopnia aglutynacji obu metod ze względu na to, że w rozmaity sposób traktowane laseczniki (KOCH rozciera je z roztworem kwasu karbolowego, poczem dopiero rozcieńcza fizyologicznym roztworem soli kuchennej) będą aglutynowane przez osobne przeważnie w jednej lub drugiej substancji zawierające się substancje. Co się tyczy praktyczności obu metod aglutynacyjnych, to autorowie przekładają sposób francuski, ponieważ w przypadkach wątpliwych można obserwować proces pod mikroskopem. W metodzie KOCH'a nie jest to możliwe, ponieważ w płynie jego pojedyncze laseczniki są zupełnie izolowane.

W kwestyi wczesnego rozpoznawania gruźlicy autorowie są zdania, że metoda aglutynacyjna, jak i rozmaite metody fizyczne, nie może dać pewnej odpowiedzi. Z doświadczeń ARLOING'a i KOCH'a okazało się, że chorzy, znajdujący się w trzecim okresie gruźlicy, którzy analogicznie do tyfusu i innych chorób infekcyjnych powinni wykazywać najsilniejszą reakcję, tego nie czynią. KOCH objaśnia to charakterem gruźlicy, różnym od tyfusu, cholery, dżumy i innych chorób zakaźnych. Wstąpienie w wyższy okres gruźlicy objaśnia się właśnie brakiem substancji ochronnych, w których obecności musiałaby nastąpić poprawa i wyleczenie. U badanych jednak przez autorów chorych, znajdujących się w trzecim okresie gruźlicy, w 65% przypadków próba wypadła twierdząco i to nawet w rozcieńczeniu 1:10 lub większym. Autorowie tłumaczą fakt ten wpływem doskonałych higienicznych, dyetetycznych i klimatycznych warunków, jakie chorzy znajdują w sanatorium. Zgodnie z powszechnie odserwowanym w sanatoriach faktem, że w pierwszej połowie kuracji ogólny stan chorego, jak również i sprawa miejscowa szybko się poprawia, okazało się, że zdolność aglutynacyjna surowicy jest w owym okresie największa. Zjawisko to tłumaczą autorowie kontrastem między poprzednimi niehigienicznymi warunkami, w których chory się znajdował, i tymi, które znalazł w sanatorium. Chorzy, znajdujący się w końcu pomyślniej kuracji, często nie dają wcale lub tylko bardzo nieznacznej aglutynacji. Autorowie zgadzają się tu z poglądem ROMBERG'a, podług które-

go aglutynacja nie udaje się u osób wyleczonych i tych, u których choroba szybko postępuje. Tak z 20 chorych, kończących kurację lub wypuszczonych z zakładu, ośmiu zupełnie nie aglutynowało, ośmiu bardzo nieznacznie (1:5), czterech zaś aglutynowało jeszcze w rozcieńczeniu 1:10 lub większem. Bez wątpienia, walka tu już wygasła, i wskutek tego nie tworzą się już w organizmie substancje ochronne. Dlatego nie należy wypuszczać z sanatorium chorych, których surowica posiada jeszcze silnie aglutynujące własności.

Co się tyczy pytania, czy ciężka postać lub szybki rozwój choroby mogą warunkować nieobecność odczynu aglutynacyjnego, to w czterech przedstawiających bardzo ciężkie postaci przypadkach autorowie rzeczywiście aglutynacji nie otrzymali. W jednym tylko ciężkim przypadku z gorączką, dochodzącą 40°, otrzymano bardzo wybitną aglutynację; dowodzi to silnej walki, którą toczył organizm z infekcją. Rzeczywiście po dwóch tygodniach pobytu w sanatorium chory ten poprawił się ogromnie: gorączka ustała, przybyło mu sześć funtów wagi.

Co się tyczy sztucznego zwiększania zdolności aglutynacyjnej za pomocą zastrzykiwania starej tuberkuliny Koch'a, to okazało się, że u sześciu chorych, którym w celu rozpoznawczym była trzykrotnie zastrzyknięta stara tuberkulina (w ilości $\frac{1}{2}$ do 10 mg.), aglutynacja dość znacznie się podniosła, po zaprzestaniu jednak zastrzykiwań wkrótce znów spadła. Pięciu chorym autorowie zastrzyknęli nową tuberkulinę, przyczem u wszystkich już po trzech zastrzykiwaniach stosunkowo małych dóz (0,0025; 0,05; 0,010) wystąpiło powiększenie zdolności aglutynacyjnej; u jednego chorego aglutynacja wystąpiła nawet w rozcieńczeniu nigdy dotychczas nie obserwowanem 1:100. Z tych pięciu chorych trzech znajdowało się w drugim i dwóch w trzecim okresie gruźlicy. Stan ogólny chorych po zastrzykiwaniach pozostał bez zmiany; w sprawie miejscowej również poprawy nie można było zauważyć. Czy powiększenie zdolności aglutynacyjnej zależy od istotnego zwiększenia się ilości substancji ochronnych w ciele i może prowadzić do poprawy, a wreszcie i zupełnego wyleczenia, mogą wyjaśnić tylko dalsze systematyczne badania i obserwacje. Autorowie gorąco zachęcają do dalszych prac nad aglutynacją.

(*Deutsche Medic. Wochenschrift* Nr.8. 1902) Stanisław Janczuruowicz.

53. F. PAULOUCH. **Rumień guzowaty u dzieci.** Wnioski swe o pochodzeniu rumienia guzowatego (*erythema nodosum*) autor opiera na 68 spostrzeżeniach, po części własnych, po części zaś zebranych z literatury.

Podług autora, częstość występowania omawianej sprawy jest zależna od pory roku; opierając się na danych prof. COMBY'ego i KAPOSI'ego, autor twierdzi, że w miesiącach letnich rumień guzowaty należy do wyjątków, gdy na wiosnę, w jesieni i zimie występuje względnie często.

Żaden okres dzieciństwa nie jest wolny od tej sprawy chorobowej, najczęściej jednak podlegają jej dzieci w wieku od 5 do 10 lat. Obie płcie są jednakowo uposażone, z niewielką jednak przewagą po stronie dziewcząt. Lecz wszystkie te czynniki grają rolę zaledwie usposabiającą, gdy przyczyną bezpośrednią choroby jest, podług autora, zakażenie, czego też stara się dowieść w rozdziałach następujących.

Choroba przebiega w trzech okresach. Okres zwiastunów trwa od 2 dni do 2 tygodni, wysypka zaś występuje zwykle na 7 lub 8 dzień. Zwiastuny są tak ogólnej natury, że nasuwają raczej przypuszczenie zapalenia opon lub tyfusu, występują jednak w bardziej niewinnej formie i częstokroć ograniczają się do zaburzeń przewodu pokarmowego z gorączką i bólami w członkach. Dziecko jest

apatyczne dniem, w nocy zaś podniecone, chudnie i staje się wybitnie bladym. Jednocześnie występują bóle, umiejscowione zwykle w dolnych kończynach, tak silne, że dziecko z płaczem wzbrania się stać i chodzić. Pod koniec okresu zwiastunów podnosi się ciepłota i dosięga wkrótce 38°—39°, a nawet i wyższych stopni.

Lekarz stoi wobec sfinksa; tutaj w samą porę występuje wysypka i odrazu rozwiązuje zagadkę.

Wysypka umiejscawia się ze szczególnem upodobaniem na przedniej zewnętrznej powierzchni goleni w okolicy stawów stopowego i kolanowego; ztamtąd rozprzestrzenia się często na udo, dosięga grzbietu, atakuje rękę, szczególnie tylną zewnętrzną jej powierzchnię; często sadowi się w okolicy stawu kiści i na grzbietowej powierzchni dłoni. Twarz zwykle pozostaje wolną.

Wysypka, poprzedzana zwykle przez dotkliwy umiejscowiony ból, występuje w postaci guzów czerwonych, zaokrąglonych i wystających, nie większych od orzecha laskowego, od 2 do 3 na każdej nodze. Gorączka trwa przez cały czas pokwitania, to znaczy 3 lub 4 dni, czasami jednak znacznie dłużej, a mianowicie wtedy, gdy wysypka występuje w kilku okresach; wtedy i gorączka opada i wznosi się kilkakrotnie przy każdym nasileniu choroby. Objawy ogólne pozostają te same, co w okresie zwiastunów, w słabszem tylko natężeniu, gdy przeciwnie guzy stają się nad wyraz bolesne. Okres ten trwa od 15 do 21 dni, a przy znikaniu wysypki widzimy grę barw typową dla wylewów krwawych.

Okres zdrowienia przychodzi niespostrzeżenie. Gorączka powoli opada, dziecko zaczyna dobrze trawić, spać po nocach, rumienie znikają; występuje łuszczenie, zbliżone do odrowego. Zdrowienie idzie zwykle szybkim krokiem naprzód, i jedynym objawem przebytej choroby pozostaje często niepomierna bledność, która zresztą również ustępuje względnie szybko.

O anatomii patologicznej autor nie rozpisuje się obszernie, gdyż sprawa sama przez się nie doprowadza do zejścia śmiertelnego. CORNIL, który badał kilka przypadków na stole sekcyjnym, opisuje przekrwienie warstwy brodawkowej skóry i obrzęk tkanki łącznej podskórnej.

W literaturze spotykamy zdania wybitnych klinicystów, którzy uważają omawianą sprawę za pokrewną gośćcowi. Autor jednak twierdzi, że argumentacja zwolenników tej teorii jest zbyt słaba. Zbiór objawów, wspólnych obu tym chorobom, jak np. gorączka, silne bóle stawowe, zmniejszenie ilości dobowej moczu, nie są dla żadnej z nich patognomoniczne, gdyż spotykamy je w przebiegu wielu chorób wysypkowych. Zaburzenia ze strony osierdzia i wsierdzia nie są wcale tak częste w przebiegu rumienia guzowatego, jak tego chcą wyznawcy gośćcowego pochodzenia sprawy (na 48 przypadków autora zaledwie dwa razy). Nakoniec salicylan sodu nie ziszczył wcale pokładanych w nim nadziei (RONDOT). Druga teoria, posiadająca prawo obywatelstwa przeważnie wśród niemieckich lekarzy, chce widzieć w rumieniu guzowatym zaburzenie naczynio-ruchowe. BATTEMAN, WILLAN i inni zaliczyli tę chorobę do rzędu czysto skórnych; tegoż zdania jest większość dermatologów.

Autor nasz trzyma się zupełnie odrębnego poglądu na tę sprawę, gdyż twierdzi, że choroba jest zaraźliwa i nagminna. Na potwierdzenie przytacza spostrzeżenia poprzedników, jak np. AMIAUD, BERGEON, Le GALL'a, PARA, TROUSSEAU i innych. Między opisanymi w literaturze przypadkami nie trudno spotkać wprost przekonywających; do takich należy opisana przez APPERT'a epidemia rodzinna, gdzie z pomiędzy 9 dzieci 7 zapadło na rumień guzowaty. A. MOUSSOUS z Bordeaux opisuje przypadek szpitalny, gdzie dziecko chore zaraziło swego

go aglutynacja nie udaje się u osób wyleczonych i tych, u których choroba szybko postępuje. Tak z 20 chorych, kończących kurację lub wypuszczonych z zakładu, ośmiu zupełnie nie aglutynowało, ośmiu bardzo nieznacznie (1:5), czterech zaś aglutynowało jeszcze w rozcieńczeniu 1:10 lub większym. Bez wątpienia, walka tu już wygasła, i wskutek tego nie tworzą się już w organizmie substancje ochronne. Dlatego nie należy wypuszczać z sanatorium chorych, których surowica posiada jeszcze silnie aglutynujące własności.

Co się tyczy pytania, czy ciężka postać lub szybki rozwój choroby mogą warunkować nieobecność odczynu aglutynacyjnego, to w czterech przedstawiających bardzo ciężkie postaci przypadkach autorowie rzeczywiście aglutynacji nie otrzymali. W jednym tylko ciężkim przypadku z gorączką, dochodzącą 40°, otrzymano bardzo wybitną aglutynację; dowodzi to silnej walki, którą toczył organizm z infekcją. Rzeczywiście po dwóch tygodniach pobytu w sanatorium chory ten poprawił się ogromnie: gorączka ustała, przybyło mu sześć funtów wagi.

Co się tyczy sztucznego zwiększania zdolności aglutynacyjnej za pomocą zastrzykiwania starej tuberkuliny Koch'a, to okazało się, że u sześciu chorych, którym w celu rozpoznawczym była trzykrotnie zastrzyknięta stara tuberkulina (w ilości $\frac{1}{2}$ do 10 mg.), aglutynacja dość znacznie się podniosła, po zaprzestaniu jednak zastrzykiwań wkrótce znów spadła. Pięciu chorym autorowie zastrzyknęli nową tuberkulinę, przyczem u wszystkich już po trzech zastrzykiwaniach stosunkowo małych dóz (0,0025; 0,05; 0,010) wystąpiło powiększenie zdolności aglutynacyjnej; u jednego chorego aglutynacja wystąpiła nawet w rozcieńczeniu nigdy dotychczas nie obserwowanem 1:100. Z tych pięciu chorych trzech znajdowało się w drugim i dwóch w trzecim okresie gruźlicy. Stan ogólny chorych po zastrzykiwaniach pozostał bez zmiany; w sprawie miejscowej również poprawy nie można było zauważyć. Czy powiększenie zdolności aglutynacyjnej zależy od istotnego zwiększenia się ilości substancji ochronnych w ciele i może prowadzić do poprawy, a wreszcie i zupełnego wyleczenia, mogą wyjaśnić tylko dalsze systematyczne badania i obserwacje. Autorowie gorąco zachęcają do dalszych prac nad aglutynacją.

(*Deutsche Medic. Wochenschrift* Nr. 8. 1902) Stanisław Janczuruwicz.

53. F. PAULOUCH. **Rumień guzowaty u dzieci.** Wnioski swe o pochodzeniu rumienia guzowatego (*erythema nodosum*) autor opiera na 68 spostrzeżeniach, po części własnych, po części zaś zebranych z literatury.

Podług autora, częstość występowania omawianej sprawy jest zależna od pory roku; opierając się na danych prof. COMBY'ego i KAPOSI'ego, autor twierdzi, że w miesiącach letnich rumień guzowaty należy do wyjątków, gdy na wiosnę, w jesieni i zimie występuje względnie często.

Żaden okres dzieciństwa nie jest wolny od tej sprawy chorobowej, najczęściej jednak podlegają jej dzieci w wieku od 5 do 10 lat. Obie płcie są jednak uposażone, z niewielką jednak przewagą po stronie dziewcząt. Lecz wszystkie te czynniki grają rolę zaledwie usposabiającą, gdy przyczyną bezpośrednią choroby jest, podług autora, zakażenie, czego też stara się dowieść w rozdziałach następujących.

Choroba przebiega w trzech okresach. Okres zwiastunów trwa od 2 dni do 2 tygodni, wysypka zaś występuje zwykle na 7 lub 8 dzień. Zwiastuny są tak ogólnej natury, że nasuwają raczej przypuszczenie zapalenia opon lub tyfusu, występują jednak w bardziej niewinnej formie i częstokroć ograniczają się do zaburzeń przewodu pokarmowego z gorączką i bólami w członkach. Dziecko jest

apatyczne dniem, w nocy zaś podniecone, chudnie i staje się wybitnie bladym. Jednocześnie występują bóle, umiejscowione zwykle w dolnych kończynach, tak silne, że dziecko z płaczem wzbrania się stać i chodzić. Pod koniec okresu zwiastunów podnosi się ciepłota i dosięga wkrótce 38° — 39° , a nawet i wyższych stopni.

Lekarz stoi wobec sfinksa; tutaj w samą porę występuje wysypka i odrazu rozwiązuje zagadkę.

Wysypka umiejscawia się ze szczególnem upodobaniem na przedniej zewnętrznej powierzchni goleni w okolicy stawów stopowego i kolanowego; ztamtąd rozprzestrzenia się często na udo, dosięga grzbietu, atakuje rękę, szczególnie tylną zewnętrzną jej powierzchnię; często sadowi się w okolicy stawu kiści i na grzbietowej powierzchni dłoni. Twarz zwykle pozostaje wolną.

Wysypka, poprzedzana zwykle przez dotkliwy umiejscowiony ból, występuje w postaci guzów czerwonych, zaokrąglonych i wystających, nie większych od orzecha laskowego, od 2 do 3 na każdej nodze. Gorączka trwa przez cały czas pokwitania, to znaczy 3 lub 4 dni, czasami jednak znacznie dłużej, a mianowicie wtedy, gdy wysypka występuje w kilku okresach; wtedy i gorączka opada i wznosi się kilkakrotnie przy każdym nasileniu choroby. Objawy ogólne pozostają te same, co w okresie zwiastunów, w słabszym tylko natężeniu, gdy przeciwnie guzy stają się nad wyraz bolesne. Okres ten trwa od 15 do 21 dni, a przy znikaniu wysypki widzimy grę barw typową dla wylewów krwawych.

Okres zdrowienia przychodzi niespostrzeżenie. Gorączka powoli opada, dziecko zaczyna dobrze trawić, spać po nocach, rumienie znikają; występuje łuszczenie, zbliżone do odrowego. Zdrowienie idzie zwykle szybkim krokiem naprzód, i jedynym objawem przebytej choroby pozostaje często niepomierna bledność, która zresztą również ustępuje względnie szybko.

O anatomii patologicznej autor nie rozpisuje się obszernie, gdyż sprawa sama przez się nie doprowadza do zejścia śmiertelnego. CORNIL, który badał kilka przypadków na stole sekcyjnym, opisuje przekrwienie warstwy brodawkowej skóry i obrzęk tkanki łącznej podskórnej.

W literaturze spotykamy zdania wybitnych klinicyстів, którzy uważają omawianą sprawę za pokrewną gośćcowi. Autor jednak twierdzi, że argumentacja zwolenników tej teorii jest zbyt słaba. Zbiór objawów, wspólnych obu tym chorobom, jak np. gorączka, silne bóle stawowe, zmniejszenie ilości dobowej moczu, nie są dla żadnej z nich patognomoniczne, gdyż spotykamy je w przebiegu wielu chorób wysypkowych. Zaburzenia ze strony osierdzia i wsierdzia nie są wcale tak częste w przebiegu rumienia guzowatego, jak tego chcą wyznawcy gośćcowego pochodzenia sprawy (na 48 przypadków autora zaledwie dwa razy). Nakoniec salicylan sodu nie ziszczył wcale pokładanych w nim nadziei (RONDOT). Druga teoria, posiadająca prawo obywatelstwa przeważnie wśród niemieckich lekarzy, chce widzieć w rumieniu guzowatym zaburzenie naczynio-ruchowe. BATTEMAN, WILLAN i inni zaliczyli tę chorobę do rzędu czysto skórnych; tegoż zdania jest większość dermatologów.

Autor nasz trzyma się zupełnie odrębnego poglądu na tę sprawę, gdyż twierdzi, że choroba jest zaraźliwa i nagminna. Na potwierdzenie przytacza spostrzeżenia poprzedników, jak np. AMIAUD, BERGEON, Le GALL'a, PARA, TROUSSEAU i innych. Między opisanymi w literaturze przypadkami nie trudno spotkać wprost przekonywających; do takich należy opisana przez APPERT'a epidemia rodzinna, gdzie z pomiędzy 9 dzieci 7 zapadło na rumień guzowaty. A. MOUSSOUS z Bordeaux opisuje przypadek szpitalny, gdzie dziecko chore zaraziło swego

najbliższego sąsiada. W przypadku autora zapadło dwoje dzieci, bezpośrednio sąsiadujących z chorem. Wobec podobnych faktów autor staje się zdecydowanym stronnikiem teorii zakaźności rumienia guzowatego, objaśniając jednocześnie względnie rzadkie występowanie tej choroby słabą żywotnością zarazka.

Badania nad drobnoustrojem (autor przypuszcza bezwarunkowo jego istnienie) nie dały dotąd dodatnich wyników; nie bacząc jednak na to, autor obstaje przy odrębności tej postaci chorobowej od podobnych wysypek skórnych. Co się tyczy powikłań w przebiegu choroby, to tutaj na pierwszym miejscu postawić należy objawy tyfusowe i oponowe, które tak często maskują prawdziwy obraz choroby, szczególnie w okresie zwiastunów. Podczas pokwitania spotykamy często bóle stawowe, którym czasami towarzyszą obrzęki; zaburzenia dróg oddechowych, prócz przemijających nieżytów oskrzeli, należą do rzadkości. AMIAUD, GUBLER, TROUSSEAU i inni notują nakoniec powikłania ze strony serca. Jedynym objawem, przeciągającym się długo po za okres zdrowienia, jest blednica, stwierdzona jednomyślnie przez wszystkich autorów.

Rozpoznanie, jak było powiedziane wyżej, jest trudne tylko w okresie zwiastunów; z chwilą zjawienia się wysypki staje się wyjątkowo łatwym, pod warunkiem jednak, że chorego przy badaniu rozbierzemy do naga. Pomyłka rozpoznawcza może się wydarzyć pomiędzy omawianem przez nas cierpieniem i gruzłami skrofulicznymi i przymiotowymi w pierwszych okresach, a także niektórymi formami *urticariae*. Wysypki, towarzyszące przewlekłemu zatruciu bromkiem i jodkiem potasu, zawsze są rozsiane po całym ciele, nigdy zaś umiejscowione ściśle na dolnych kończynach.

Przechodzimy do leczenia. Tutaj autor nie uznaje żadnych zabiegów lekarskich prócz diety, spoczynku w łóżku i owijania zboliałych miejsc wata; w razie zaburzeń przewodu pokarmowego proponuje olejek rącznikowy lub inny niewinny środek przeczyszczający. Wszystkim innym zabiegom, uważanym za właściwe dla danej choroby, autor odmawia prawa obywatelstwa, tembardziej, że sprawa przemija bez żadnych powikłań; na owijanie jednak wata kładzie szczególny nacisk, gdyż na podstawie własnych spostrzeżeń twierdzi, że zabieg ten znakomicie zmniejsza bóle, a nawet zapobiega powstawaniu przerzutów.

Ostateczne wnioski są następujące. Rumień guzowaty jest chorobą swoistą, przyczyną zaś chorobotwórczą jest drobnoustrój, obdarzony słabym stopniem zakaźności. Jak we wszystkich chorobach zakaźnych, tak i tutaj spotykamy okres zwiastunów, wysypki i zdrowienia. Rozpoznanie staje się dostępnem dopiero w okresie pokwitania; rokowanie jest bezwzględnie pomyślne, a wobec tego i leczenie powinno być jaknajprostsze, a czasami nawet wprost objawowe. (*Archives de Médecine des Enfants. Octobre 1901 pp. 590—613*).

Henryk Goldberg.

SPRAWOZDANIE Z XII ZJAZDU CHIRURGÓW POLSKICH W KRAKOWIE.

(Ciąg dalszy — Zob. Nr. 30).

Z kolei doc. SOŁOWIŃ ze Lwowa miał wykład: w sprawie leczenia operacyjnego raka macicy. Po wstępie historycznym, zatrzymuje się referent szczególnie nad terazniejszymi zabiegami doszczętnymi przy raku macicy: *hysterectomia vaginalis* i *operatio radicalis abdominalis*. Pierwsza z nich daje około 5% śmiertelno-

ści, a trwałych wyleczeń około 39% (OLSHAUSEN); ostatnią cyfrę S. obniża na 20—25%. Wobec wielkiej liczby nawrotów powstała dążność do bardziej doszczętnego zabiegu przez cięcie brzuszne, aby umożliwić usunięcie zajętych gruczolów chłonnych w małej miednicy. Operacja ta jednak sama przez się, pomijając już to, że gruczoly często i w ten sposób usunąć się nie dają, tak dużą wykazała odsetkę śmiertelności (WINTER 24%, WERTHEIM 38%), że ogólnego prawa obywatelstwa sobie nie uzyskała. Jako zabieg typowy pozostaje więc usunięcie macicy przez pochwę, i dążyć należy, aby możliwie poprawić wyniki tej operacji. Jest to możliwe drogą ulepszonych przygotowania pola operacji, uprzedniego opróżnienia przewodu kiskowego. Prócz tego zaleca autor nie zaciskać naczyń klamrami, lecz podwiązywać je starannie, końce kikutow wszywać w ranę, brzegi otrzewny zszywać z końcami ścian pochwy. Rokowanie może być polepszone na drodze wczesnego rozpoznania choroby i wczesnej operacji. Stwierdzając, iż czasem początki choroby zupełnie dla chorej są niedostrzegalne, widzi autor jednak główną przyczynę operacji spóźnionych w fałszywym wstydzie chorych i ciemności, które wszelkimi sposobami zwalczać należy. Gdy rak wykroczy po za macicę i przejdzie na tkanki otaczające, jedynym postępowaniem racjonalnym jest staranne stosowanie paliatyw: a więc łyżeczkowanie, żegadło PAQUELIN'a, antyseptyka — są czasem, w formach raka twardych, w stanie przedłużyć życie chorych o 2—3 lata. Ostateczne swe wnioski autor streszcza w sposób następujący: 1) Dążyć należy do najwcześniejszego rozpoznania choroby i najwcześniejszego operowania z zachowaniem omawianych szczegółów technicznych i po najstarszym przygotowaniu chorej i pola operacyjnego. 2) Laparotomię dopuszcza tylko w przypadkach macicy bardzo powiększonej. 3) Przy istnieniu zrostów z otoczeniem — leczenie wyłącznie zachowawcze.

W dyskusji prof. RYDYGIER zgadza się z wnioskami autora, prof. KRYŃSKI ostrzega przed podłużnym rozcięciem macicy rakowatej przy jej usuwaniu, gdyż umożliwia to przeszczepienie nowotworu do rany. Prof. ZIEMBICKI — nawet przy bardzo powiększonej macicy doradza operację *per vaginam*, choćby wypadło uciec się do morcellement. Ucisk naczyń klamrami, bez podwiązek, uznaje, gdyż krwotoki bywają potem niezmiernie rzadko (1 na tysiące), a podwiązki często jest bardzo trudno nałożyć. SAWICKI — przemawia za podwiązkami. Po angiostribach widział 2 poważne krwotoki.

BOGDANIK w odczycie: „O urazowym pęknięciu kiszki grubej“ opisuje przypadek pęknięcia *colon descendens* w pobliżu *S romanum*, powstały po tępym urazie brzucha i zakończony śmiercią w 14 godzin po wypadku. Rany ściany brzusznej nie było, i stan ogólny chorego po uderzeniu był względnie niezły. Zaznacza trudność rozpoznania w podobnych razach i wspomina, że BERG za objaw patognostyczny uważa częste wymioty kałowo-żółciowe (w opisanym przypadku nie było). Przypadki nieoperowane giną wszystkie, natychmiastowa laparotomia znacznie poprawia rokowanie.

Prof. ZIEMBICKI po za peritonizmem ogólnym ogromne znaczenie rozpoznawcze przypisuje silnemu twardemu napięciu mięśni przednich ścian brzusznej w razie pęknięcia kiszki. ZAWADZKI zwraca uwagę na zuiknięcie w razie perforacji stłumienia na wątrobie.

Prof. RYDYGIER duże znaczenie rozpoznawcze nadaje przyspieszeniu tętna. W przypadkach wątpliwych zawsze należy operować, gdyż laparotomia rozpoznawcza szkody nie przyniesie, a niejednego uratować może.

Prof. TRZEBICKY w krótkości podaje wyniki leczenia gruczlicy jąder na podstawie 50 przypadków, spostrzeganych w ciągu ostatnich lat 25 przez niego i je

go poprzednika. Przedstawia odpowiednią tablicę statystyczną z wynikami bezpośrednimi i dalszymi i na jej podstawie przemawia za operacją doszczętną, o ile to jest możliwe, i przeciw leczeniu zachowawczemu.

Prof. KRYŃSKI — zaznacza, że między zwolennikami leczenia operacyjnego jedni są za radykalizmem (kastracya z ewentualnem wyrwaniem przewodu nasiennego), drudzy za usuwaniem z jądra zajętego tylko części schorzałych, t. j. za operacją zachowawczą; ci ostatni mają na względzie z jednej strony t. zw. *secretion interne* jąder, mającą duży wpływ na cały ustroj, z drugiej zaś strony to, że gruźlica jąder jest najczęściej wyrazem *tuberculosis descendens*: z nerek do pęcherza, do gruczołu krokowego, do przewodu nasiennego, pęcherzyków nasennych, przyjądrza i jądra. W tych razach operowanie doszczętne jest naturalnie złudzeniem. Obok gruźlicy jąder często jest gruźlica płuc (RÉCLUS na 30 przypadków w 18-tu). Wobec tych danych jest zwolennikiem usuwania z jąder gruźliczych tylko części chorych.

PRUSZYŃSKI przy sekcyach chorych na gruźlicę jąder w płucach znajdował ją zawsze. Byłby za operowaniem doszczętnem, aby choć co się da chorego z ustroju usunąć.

Prof. RYDYGIER, uważając doszczętne operowanie za iluzję, a uznając duże znaczenie *secretion interne*, jest zwolennikiem operacji objawowej, usuwającej części schorzałe. Z kolei prof. RYDYGIER pokazywał ciekawe preparaty jako przyczynek do chorób dróg moczowych: 1) Ogromny nowotwór złośliwy nerki, usunięty przez cięcie lędźwiowe przy znieczuleniu płynem SCHLEICH'a. 2) Kamienie dróg moczowych jednego chorego: kamień z miedniczki nerkowej, kamień z odpowiedniego moczowodu i kamień z końca moczowodu, z części jego, przebiegającej w ścianie pęcherza. 3) 2 kamienie z jądrem z włosów, jeden z pęcherza, drugi z cewki moczowej. Powstanie tych kamieni chory zawdzięcza temu, iż przetokę moczową na kroczu usiłowano zamknąć plastycznie, przyczem płat skórny z krocza wszyto do rany powierzchnią uwłosioną do wnętrza.

Następnie prof. RYDYGIER zalecał w chorobach dróg moczowych wodę mineralną z Truskawca (źródło Naftusi). Jako wskazania wymienił piasek nerkowy, zapalenia miedniczek, katar pęcherza (po litotrypsyi), dalej wysięki w chorobach kobiecych, wysięki w stawach. Źródło o lekkim smaku nafty ma działanie wybitnie moczopędne i prócz tego prawdopodobnie wpływa na rozpuszczenie śluzu, zlepiającego grudki piasku nerkowego. Bliższy skład chemiczny jest nieznan, działanie ustalono empirycznie. Zbadaniu chemicznemu na przeszkodzie stoi ogromna niestałość składu i trwałość wody daje się osiągnąć przez nasycanie CO₂, na co początkujący Zarząd nie ma jeszcze środków.

D-r PRUSZYŃSKI przemawia przeciw zalecaniu wody o składzie bliżej nieznanym.

Prof. ZIEMBICKI i d-r KOZŁOWSKI gorąco przyłączają się do słów prof. RYDYGIER'a i na podstawie bogatych spostrzeżeń najusilniej źródło Naftusi polecają.

(C. d. n.).

Z. Radliński.

ODCINEK.

KILKA UWAG O LECZENIU PRZYMUSOWEM.

Z powodu broszurki d-ra med. BREGMANA „Leczenie pijaków i walka z alkoholizmem“. Warszawa 1902.

Na medycynie (a prawdopodobnie i nauce wogóle) w wysokim stopniu odbijają się ogólne prądy społeczne. Nie trudno jest o fakty, ilustrujące ten postulat. Zasada swobody, wygłoszona w końcu wieku XVIII, w dziedzinie lecznictwa znalazła swój wyraz w zdjęciu kajdanów z obłąkanych. Demokratyzacja społeczeństw obecnych urzeczywistniła się w nauce naszej w przeniesieniu punktu ciężkości z leczenia osobniczego na lecznictwo zapobiegawcze, którego najważniejszym przedmiotem są choroby masowe, społeczne. Wreszcie coraz bardziej obecnie potężniejąca zasada interwencji państwowej we wszelkie strony życia społecznego wywołuje równolegle w medycynie zasadę leczenia przymusowego. O tej zasadzie wogóle, a o przymusowym leczeniu alkoholików w szczególności pragnę tu kilka uwag wypowiedzieć z powodu pracy d-ra BREGMANA, zwolennika przymusowego leczenia tych chorych.

Opiera się ta zasada na szkodzie, wyrządzanej społeczeństwu przez różne choroby. Tak np. alkoholik rujnuje swoją rodzinę, wytwarza zwyrodniałe potomstwo, jest skłonny do przestępstw i często nawet je popełnia. Najprostsza logika wskazuje, iż zastosowanie jej jest jednak znacznie szersze i nie ogranicza się bynajmniej do alkoholików. Syfilityk, epileptyk, każdy neuropata, suchotnik, a może i rakowaty dają również życie potomstwu zwyrodniałemu, dziedzicznie obciążonemu, liczba zaś suchotników i epileptyków jest zapewne nie o wiele mniejsza, niż alkoholików przewlekłych, o których autor wyłącznie mówi, a zatem i doniosłość sprawy równie wielka. Epileptycy i inni neuropaci również nieraz rozmijają się z kodeksem, a może i syfilitycy, u których rozwinęła się psychoza na tle cierpienia zasadniczego. Rodziny cierpią zarówno od alkoholików, jak i od innych wyliczonych chorych, a przytem niektórzy z nich, mianowicie syfilitycy przedstawiają i to niebezpieczeństwo dla bliższego i dalszego otoczenia, iż choroba ich pozostaje ukrytą dla cudzego oka, i dzięki temu sieją oni bezkarnie zakażenie. Przy dobrych chęciach znalazłyby się może ugruntowane podstawy do zastosowania tej zasady względem wszystkich chorych, a przynajmniej wielu jeszcze innych kategorii, że wskażę choćby chorych na jaglicę i inne cierpienia zakaźne. Niestety, niemożliwość wykonania staje na przeszkodzie tej *reductio ad absurdum*.

Bądź co bądź, zasada przymusu w leczeniu została zastosowana dotychczas, o ile mi wiadomo, tylko względem dwóch rodzajów chorych, a mianowicie: prostytutek i alkoholików. *Sub rosa* tylko słyszeliśmy podobne dezyderaty względem innych chorób, np. żądanie zakazu epileptykom i suchotnikom wstępowania w związku małżeńskie.

Przymusowe leczenie prostytutek wykazało chyba dostatecznie całą swą bezsilność w walce z chorobami wenerycznymi, co nie przeszkadza d-rowi BREGMANOWI wślad za wielu innymi domagać się rozciągnięcia tej zasady na alkoholików. Wiemy, iż weszła ona nawet do prawodawstwa anglików, narodu, najwyżej może ze wszystkich ceniącego swobodę osobistą, nie będą więc narażał się na

zarzut, iż jestem plus royaliste, que le roi même, i nie będę roztrząsał sprawy, o ile wogóle właściwe jest stosowanie przymusu do sprawy leczenia.

W walce z chorobami wenerycznymi, łatwiejszemi niewątpliwie do leczenia, niż alkoholizm, jest ono zupełnie bezskuteczne, wartości zaś jego w leczeniu pijaków nie można jeszcze ocenić liczbowo ze względu na krótkość czasu od wprowadzenia tej próby. Zdaje mi się jednak, iż, nie wyczekując rezultatów tej próby, możemy z góry być pewni, iż na tem polu okaże się ona nie mniej, a chyba bardziej jeszcze bezskuteczną, co też postaram się poniżej udowodnić.

Zobaczmy przedewszystkiem, kto stanie się ofiarą tej zasady? Będą to, rozumie się, ludzie, zmuszeni do tego przez przepis prawny, a mianowicie według autora: 1) osoby, zatrzymane kilkakrotnie z powodu pijaństwa publicznego, 2) pijacy, dotknięci obłąkaniem, po ustąpieniu objawów choroby umysłowej, 3) pijacy nieobłąkani, lecz szkodliwi dla otoczenia bliższego i dalszego, 4) pijacy, którzy popełnili przestępstwo pod wpływem swej choroby. Zauważymy przedewszystkiem, iż pierwsza i czwarta kategoria w praktyce (nie lekarskiej, lecz prawnej, która tutaj ma głos decydujący) są identyczne w gruncie rzeczy. Przestępca wobec prawa będzie zarówno osobnik pijany, leżący nieprzytomnie na ulicy lub też w tym stanie potrącający przechodniów, śpiewający na ulicy i czyniący burdy, jak i osobnik, który pod wpływem alkoholizmu przewlekłego ¹⁾ podpalił, zabił i t. p. Różnica między nimi jest tylko ilościowa, określana różnym wymiarem kary ²⁾. W każdym razie, do kategorii pierwszej: osób „zatrzymanych kilkakrotnie z powodu pijaństwa publicznego“, zalicza zapewne autor tych wszystkich, którzy zostaną aresztowani wskutek wymienionych przekroczeń mniej ważnych, a których kara w dotychczasowej praktyce administracyjnej ograniczała się zwykle do wytrzeźwienia w cyrkułe. Zamiast tego według ścisłego brzmienia nowego prawa powinni oni zostać oddani pod sąd i po kilkakrotnej recydywie internowani w zakładzie. Nie ulega wątpliwości, iż, jeśli prawo będzie ściśle przestrzegane, to zbraknie nie kandydatów do zakładów, lecz miejsc do ulokowania ich. Czy nie będzie jednak okrucieństwem zamiast co najwyżej krótkiego aresztu skazywanie wszystkich tych ludzi na kilkumiesięczne, a nawet, jak w Anglii, do trzech lat przebywanie w zakładzie? Pozostawiam sąd o tem czytelnikowi. Co prawda, w praktyce napewno ta grupa przestępców kary i leczenia uniknie. Sędzia, od którego wyroku ostatecznie zależeć będzie nakaz leczenia, niewątpliwie tylko w wyjątkowych wypadkach zdecyduje się na wydanie tego wyroku, gdy będzie miał przed sobą zdeklarowanego opoja, zatrzymanego nie za samo tylko upicie się, leżenie na ulicy, drobną awanturę i t. p., lecz za przestępstwo poważniejsze. W ten sposób alkoholicy w okresach początkowych, bardziej podatnych do leczenia, nadal, jak i dotychczas, będą pozostawali na swobodzie i powoli ulegali coraz głębszej intoksykacji. Cały ciężar tego prawa spadnie przytem niewątpliwie na warstwy najuboższe, albowiem i robotnik nieco lepiej postawiony potrafi zapewne uniknąć pokazywania się w stanie pijanym w miejscach publicznych. A wszak ludzie, kilka razy do roku (przy święcie i temu podobnych okazyach) zataczający się i awanturujący na ulicy, mogą pomimo to na drugi dzień być zdolni do pracy i utrzymywania siebie i swych rodzin. Zwykła ludzkość nakazuje do żądania przymusowego leczenia (nb. przez lata całe!) dołączyć w tym wypadku żądanie ubezpieczenia na czas ten bytu ich rodzin. Nie twierdzę, aby

1) O przestępstwach, popełnianych pod wpływem otrucia ostrego, autor nie wspomina. A wszak i one niewątpliwie zdarzają się, zwłaszcza u osobników neuropatycznych.

2) Przynajmniej do takiej interpretacji upoważnia tekst prawa angielskiego, przytoczony w czasopiśmie „Der Alkoholismus“, 1900 Nr. 3, str. 324, 325.

to było niemożliwe do skutecznienia środkami państwowymi, i wzmiankę o tem jedynie dla tego, iż d-r BREGMAN zapomniał to uczynić. Rozumie się, ani na chwilę nie mam zamiaru zaprzeczać, iż zarówno ci lżejsi alkoholicy, jak i wymienieni w punkcie 2, 3, i 4-ym potrzebują leczenia, ale sędzę tylko, że drogą prawną, przymusową nie uda się go urzeczywistnić, a, jak dalej postaram się wykazać, leczenie w tych warunkach będzie też bezskuteczne. W rezultacie stosowanie prawa będzie albo nader pobłażliwe, albo też, o ile będzie ono ściśle (*fiat justitia-pereat mundus!*), to zdyskredytuje sprawę leczenia pijaństwa, zwłaszcza pierwszych jego okresów, w oczach warstw, najmocniej w sprawie tej zainteresowanych.

(D. n.).

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= ACHARD i LAUBRY obserwowali przypadek marskości zanikowej wątroby, w którym robiono 8 razy *punctio abdominis* w ciągu 3 miesięcy. Płyn otrzewnowy z początku był klarowny, potem opalizujący, potem mleczny, przyczem zawiesina składała się z tłuszczu i ciał białkowych. W przebiegu sprawy wystąpiło zapalenie prawej opłucny z wysiękiem również opalizującym, wprawdzie nie w tym stopniu, co wysięk otrzewnowy: widocznie niewielka ilość płynu ascytycznego dostała się do jamy opłucny po przez drogi limfatyczne. (Soc. med. des Hôpit. 14. III. 1902)

= DUFOUR w przebiegu żółtaczki nieżytowej 2 razy spotkał obok zwolnienia tętna *pulsus bigeminus*. Autor twierdzi, że żółć silniej działa na mięsień sercowy, niż na elementy nerwowe serca. (Gaz. hebdom. de méd. et de chir. 86. 1901).

= BABILAUX i NICOLAS, badając mocz zwierząt wściekłych, znajdowali w nim bardzo często cukier. Tym sposobem w przypadkach podejrzanym cukromocz przemawia za rozpoznaniem wścieklizny. Jeżeli przysłano nam do badania trupa zabitego zwierzęcia, należy zanalizować na obecność cukru mocz, znajdujący się w pęcherzu. (Journ. de Phys. et de Pathol. génér. Nr. 1).

= CAVERZERANI zestawia wyniki leczenia 12 przypadków tężca. W 6 przy-

padkach autor stosował injekcje kwasu karbolowego według BACCELLI'ego: wszyscy ci chorzy umarli. W 4 przypadkach wstrzykiwano surowicę TIZZONI'ego, w 2 — surowicę ROUX'a i VAILLARD'a. Już po pierwszej iniekcji surowicy, czasami dopiero po drugiej lub trzeciej następowało polepszenie. We wszystkich 6 przypadkach, leczonych surowicą — wyzdrowienie. (Gaz. d. Ospedali. 10. 1902).

= REMLINGER widywał często u chorych na dyzenteryę chroniczną i u rekonwalescentów po dyzenteryi ostrej — rozlany obrzęk całej skóry, występujący jednocześnie z przesiekami w jamach surowicznych. Przytem mocz nie zawiera białka, ale: ilość dobowa mocznika i wogóle stałych części w moczu była zmniejszona, i dawała się zauważyć pewna nieprawidłowość w wydzielaniu błękitu metylowego z moczem. (Gaz. méd. d'Orient. 15. II. 1902).

= SYERS opisuje przypadek znacznego „idiopatycznego“ rozciągnięcia kiszczy grubej z zejściem śmiertelnem. Zaznaczyć trzeba znaczne wzdęcie brzucha, częste nawpół płynne stolce, brak bólów i wymiotów. Dopiero na krótko przed śmiercią zjawily się wymioty kałowe. Momentem przyczynowym był zapewne zanik splotu trzewiowego, (*plexus solaris*), skonstatowany na sekcji. (The Lancet 4. I. 1902).

Ż.

HEMATOGEN D^{-ra} HOMMELA

Oczyszczona skoncentrowana Hemoglobina (Niem. pat. pań. 81391) 70,0;
chemicznie czysta glicerina 20,0; dodatki aromatyczne i dla smaku 10,0;
(alkohol 2^o).

Własnościami swemi krwiotwórczemi, zawartością organicznych związków żelaza i jako dyetetyczny, odżywczy i wzmacniający środek dla dzieci i dorosłych w przypadkach ogólnego osłabienia przewyższa wszystkie podobne preparaty.

Szczególniej nie da się niczem zastąpić w praktyce dziecięcej.

Hematogen Hommela zawiera prócz absolutnie czystej hemoglobiny sterylizowanej t. j. wolnej od krążących we krwi bakteryi, wszystkie sole świeżej krwi, szczególnie nadzwyczaj ważne sole fosforanów (sodu i potasu) jakoteż i nie mniej niezbędne ciała białkowe surowicy krwi w stanie skoncentrowanym, oczyszczonym i nierozłożonym (tj.—nieprzetworzone!) Sztuczne trawienie, bądź zapomocą kwasu i pepsyny, bądź przy wysokich ciepłotach, znacznie się różni od naturalnego trawienia. Peptony, albumozy i peptonizowane preparaty—jak tego dowiedli: Voit w Monachium, Neumeister w Jenie, Cahn w Strasburgu—wogóle nie bywają wessane bezpośrednio; liczni autorzy dowiedli działania przeczyszczającego. Przy sztucznem trawieniu bezsprzecznie rozkłada się wiele ciał, bardzo ważnych przy tworzeniu się nowych komórek w ustroju. Niewątpliwie potwierdzają to doskonałe wyniki otrzymywane przy stosowaniu Hematogenu Hommela w tych przypadkach krzywicy, zółżów, wrodzonej atrofii u dzieci i t. p. w których dotąd stosowano zupełnie bez skutku peptonizowane preparaty, jako to: tran, jodek żelaza i t. p.

Hematogen Hommela może być ciągle przyjmowany, przez całe lata, jako środek dyetetyczny i dopełniający codzienne pożywienie. Ponieważ jestto naturalny produkt organiczny, przeto nie występują po nim szkodliwe następstwa, szczególnie zaś nie bywa przy nim nigdy organizmu, występującego zawsze przy dłuższem używaniu sztucznych preparatów żelaza.

Wystrzegać się zafałszowań! Ostrzegamy przed licznymi zafałszowaniami naszego preparatu, szczególnie prosimy wystrzegać się takowych z przymieszką eteru. Wszystkie są to po prostu najzwyczajniejsze mieszanki. Hemoglobina znajduje się w nich nie w postaci czystej, lecz z przymieszką produktów wydzielniczych (kwas hipurowy, mocznik, lotne kwasy tłuszczowe, gazy i t. d.) a zatem w postaci nieoczyszczonej. Upraszamy zatem panów lekarzy przepisywać i żądać za każdym razem specjalnie naszego preparatu—prawdziwego Hematogenu Hommela.

Próby: darmo i franko do usług panów lekarzy, życzących sobie własnem doświadczeniem stwierdzić własności naszego preparatu i opinie o nim. Zapotrzebowania upraszamy przysyłać do naszego składu ekspedycyi: **APTEKA NA BOLSZOJ OCHTIE W S. PETERBURG.** Dawki na jedną dobę: Dla Ssawców—2 łyżeczki od herbaty z mlekiem (temperatura zwykłego napoju!), Dla dzieci—1—2 łyżek deserowych (bez dodatków); Dla dorosłych—1—2 łyżek stołowych codziennie przed obiadem, wobec specjalnie pobudzającego działania preparatu na apetyt.

Sprzedaż we wszystkich aptekach. Cena butelki (8¹/₂ uncji) 1 r. 60 k.

Nikolai i K-o w Zurichu (Szwajcarya).