

# MEDYCYNĄ

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

Nr 8.

Warszawa d. 7 (20) Lutego 1904 r.

T. XXXII.

## WARUNKI PRZEDPŁATY

w Warszawie { rocznie . . . rb. 6 kop. — Z przesyłką { rocznie . . . rb. 7 kop. —  
                  { półrocznie . . . „ 3. „ — pocztową { półrocznie . . . „ 3 „ 50

Gena numeru pojedynczego kop. 15.

CENA OGŁOSZEŃ: Za wiersz jednoszpaltowy drobnem pismem lub za jego miejsce na okładce kop. 10.

Na papierze kolorowym między stronicami tekstu kop. 20.

Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracya „Medycyny“. Biuro ogłoszeń Ungra Wierzbowa 8. Dom handlowy L. i E. Metzł i Sp. Krakowskie Przedmieście 53. W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 38. W Berlinie Rudolf Mosse Jerusalemstrasse 19.

Adres wydawcy: Jasna Nr. 6.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE. O niedokrewności wieku niemowlęcego z obrzmieniem śledziony. Podał d-r Tadeusz Żeleński. — Gruźlica dziąseł. Podał d-r Maurycy Hertz. — STRESZCZENIA i WYCIĄGI. 21. Cukrzyca i cierpienia skóry. 22 Zapalenie kręgow pochodzenia zakaźnego (spondylitis infectiosa). 23. O pierwotnem zakażeniu gruźliczem przez kiszki. 24. Gruźlica a ciąży. 25. Pemphigus contagiosus. 26 Ostre pierwotne zapalenie miedniczek nerkowych u ssawców. 27. Przypadek raka krtani, uleczonego za pomocą promieni X. 28. Heroína jako anaphrodisiacum. 29. O działaniu fizyologicznem i stosowaniu leczniczem promieni radu. 30. O ichtalbinie. — Z TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO. Posiedzenie z dnia 19 stycznia r. b. — DROBNIEJSZE WIADOMOŚCI RÓŻNEJ TREŚCI. — OGŁOSZENIA.

### „MEDYCYNĄ“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE  
destinée aux médecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r T. Żeleński — Sur l'anémie splénomégalique chez les nourrissons. 2) D-r M. Hertz — La Tuberculose des gencives.

Redaction Dr M. Sadowski. Varsovie — Rue Krakowskie Przedmiescie 7.

### „MEDYCYNĄ“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT  
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen. 1) D-r T. Żeleński — Ueber Anaemie mit Schwellung der Miltz im Säuglingsalter 2) D-r M. Hertz — Die Tuberculose des Zahnfleisches.

Redaction: Dr. M. Sadowski Warschau — Krakowskie Przedmieście 7.

## PRACE ORYGINALNE.

Z kliniki chorób dziecięcych prof. d-ra JAKUBOWSKIEGO w Krakowie.

### O NIEDOKREWNOŚCI WIEKU NIEMOWLĘCEGO Z OBRZMIENIEM ŚLEDZIONY.

Podał

D-r TADEUSZ ŻELEŃSKI

asystent kliniki.

W szczyplych ramach niniejszej pracy nie mam bynajmniej zamiaru wyczerpująco omawiać wszystkich stron tej zajmującej, a równocześnie tak bardzo zawilej zagadki, jaką stanowi sprawa podziału niedokrewności wieku niemowlęc-

go. Usiłowaniem mojem będzie jedynie skreślić w ogólnych rysach przeobrażenia, jakie przebyły poglądy na tę kwestyę w ciągu lat ostatnich, a następnie, omawiając najnowsze w tym kierunku prace badaczów francuskich, dołączyć kilka spostrzeżeń, które miałem sposobność uczynić w klinice chorób dziecięcych prof. JAKUBOWSKIEGO.

Obraz chorobowy, często spotykany w wieku niemowlęcym, a polegający na połączeniu znacznego stopnia niedokrewności z wybitnem obrzmieniem śledziony, znany był już dawniejszym

klinicystom. Obraz ten spotykamy dość często u dzieci, pochodzących od rodziców, zakażonych przymiotem; czasem zjawia się po przebyciu jakiejś długotrwałej wyniszczającej choroby lub też towarzyszy ciężkim postaciom krzywicy, niekiedy jednak cierpienie występuje zupełnie samoistnie, bez możności wykazania jakiegokolwiek przyczyny. Wszystkie te postaci obejmowano wspólną nazwą *anaemia splenica*. Dzięki badaniom JAKSCH'a sprawa została pchnięta na nowe tory; JAKSCH<sup>1)</sup>, a prawie równocześnie z nim HAYEM i uczeń jego LURET we Francji stwierdzili, że wyżej wymienionemu obrazowi klinicznemu odpowiadają stałe i bardzo znamienne zmiany w składnikach postaciowych krwi: mianowicie, zmniejszenie liczby ciałek czerwonych, mierna leukocytoza i zjawianie się znacznej liczby ciałek czerwonych z jądrami, t. zw. normo- i megaloblastów. Spostrzeżenia JAKSCH'a zjawiły się w czasie, kiedy HAYEM, pisząc swoje wielkie dzieło „Du sang et de ses alterations anatomiques“, rozpoczął je słowami: „l'avenir appartient à l'hématologie“, i kiedy, dzięki odkryciom i metodom EHRLICH'a, każdy dzień niemal zdawał się w zakresie badania krwi człowieka otwierać nowe horyzonty. To też i *anaemia splenica*, a raczej *anaemia infantilis pseudoleukaemica*, gdyż taką nazwę nadał JAKSCH wyosobnionej przez siebie jednostce chorobowej, pozostaje odtąd prawie wyłącznie na gruncie badań krwi i staje się według wyrażenia Loos'a „das Schooskind der Hematologie“.

Sprawa jednak nie była łatwa. Składniki prawidłowej krwi dziecka w pierwszych kilkunastu miesiącach znane były bardzo niedokładnie; przeważnie dopiero w ostatnich latach stosunki, w tym okresie życia panujące, zostały nieco ściślej ustalone. Wogóle krew dziecka da-

leko większe następuje trudności dla schematycznego traktowania, niż krew dorosłego człowieka; przedstawia ona ogromną zmienność i rozmaitość składników postaciowych i brak ścisłych pomiędzy nimi rozgraniczeń. Przejście typu krwi, jaki spotykamy u płodu, w typ ostateczny odbywa się powoli i stopniowo, i już drobne momenty przyczynowe wystarczają, aby wywołać zaburzenie w tej ewolucji.

Dodajmy do tego trudności, wynikające z przyczyn zewnętrznych. Większość spostrzeżeń dokonywana bywa ambulatoryjnie, co, naturalnie, ujemnie wpływać musi na ich kliniczną dokładność. Zdarza się często, że matka, zrażona drobnymi zabiegami, dokonywanymi celem uzyskania krwi od dziecka, a równocześnie zniechęcona bezskutecznością lub powolnymi wynikami leczenia, przestaje się zgłaszać i zupełnie znika z oczu. Ubywa przez to bardzo ważny moment w ocenianiu przebiegu choroby. Z tych samych przyczyn badania zwłok w większości przypadków nie można uskutecznić. Niewielką tylko liczbę przypadków mamy sposobność śledzić w całej ciągłości przebiegu i uzupełnić kliniczne spostrzeżenia niezmiernie w tym razie ważnym badaniem na stole sekcyjnym.

Jak wspomniałem, składniki postaciowe zdrowej krwi dziecięcej i ich ilościowy stosunek zostały dopiero w ostatnich latach poddane dokładnym badaniom; tym też stosunkom pragnąłbym kilka ogólnych słów poświęcić. Cyfry, jakie poniżej przytaczam, opierają się przeważnie na gruntownych i szczegółowych badaniach CARSTANJEN'a (1900) i KARNICKIEGO (1903).

Przedewszystkiem stosunek ciałek białych jednojądrowych i wielojądrowych jest u dzieci znacznie różny, niż u dojrzałych osobników. U dorosłych ilość procentowa ciałek wielojądrowych wynosi około 70%, jednojądrowych około 23%; pozostała liczba przypada na ciała przejściowe, eozynochłonne i inne rzadsze postaci

1) Odnosna literatura znajduje się na końcu pracy.

morfotyczne. U dzieci<sup>2)</sup> stosunek ten jest niemal odwrotny: liczba limfocytów przeważa i to tem bardziej, im dziecko jest młodsze. Stopniowo dopiero stosunek ten zbliża się do cyfr, jakie spotykamy u dorosłego człowieka.

Rozmaitość kształtów ciałek białych jednojądrowych jest we krwi dziecięcej o wiele większa, niż to ma miejsce u dorosłych. Spotykamy tu postaci od bardzo małych do bardzo dużych; niektóre o rysunku jądra nieco zagłębionym zbliżają się kształtem do ciałek przejściowych, inne znowu duże o szerokim brzegu pierwszeczy stanowią przejście do t. zw. dużych ciałek jednojądrowych (grosse mononucleäre Zellen).

Ciałka przejściowe („reife Zellen“, według podziału USKOFF'a, który ciała białe wielojądrowe uważa za „überreife Zellen“) znajdują się we krwi dziecka w pierwszych kilkunastu miesiącach życia w bardzo znacznej liczbie. Badania GUNDOBIN'a, CARSTANJEN'a i KARNICKIEGO oznaczają ich liczbę na 6,4%—8,25%. Są one znacznie większe od ciała czerwonego, jądro ich barwi się słabo, ma kształt podłużny, zagłębiony, niekiedy kształt podkowy; zabarwienie pierwszeczy przybiera odcień szarawy. Niekiedy znajduje się ciało o dwóch jądrach, połączonych wąskim paskiem, mające zresztą wszystkie cechy ciała przejściowego (CARSTANJEN). Według poglądów EHRlich'a ciała przejściowe są wczesniejszym okresem rozwoju neutrofilów.

<sup>2)</sup> Mowa tu o dzieciach w pierwszych kilkunastu miesiącach życia. Według CARSTANJEN'a stosunek ten wynosi:

	6—12 mies.	1—2 lat
neutrofilów	40.84	41.99
limfocytów	49.21	47.00
przejściowych	8.25	7.52
dużych jednojądrowych	0.94	0.45
eozynochłonnych	0.76	3.04

według KARNICKIEGO:

	8—10 mies.	10—12 mies.	1—2 lat
neutrofilów	28.00	33.70	34.00
limfocytów	61.20	56.20	54.50
przejściowych	8.20	7.10	6.60
eozynochłonnych	3.40	3.00	5.00

Zdaniem KARNICKIEGO liczba ciałek eozynochłonnych zależy od indywidualnych wahań bez związku z wiekiem dziecka.

Liczba ciałek eozynochłonnych jest u dzieci bardzo zmienna, według KARNICKIEGO zależy ona jedynie od wahań indywidualnych. Podania różnych badaczy co do zawartości tych postaci we krwi zdrowych dzieci wykazują znaczne różnice. MÜLLER i RIEDER widzieli u zdrowego dziecka 21,1% ciałek eozynochłonnych. Znaczenie ich rozpoznawcze dla spraw chorobowych narządów krwiotwórczych zostało przez nowsze badania obalone.

Duże komórki jednojądrowe o dość dużym jądrze i szerokim brzegu nieziarnistej pierwszeczy zachowują się względem barwników podobnie, jak ciała przejściowe. CARSTANJEN podaje ich liczbę we krwi zdrowego dziecka od  $\frac{1}{2}$  do 2 lat na 0,94%—0,45%.

Z postaci patologicznych zasługują we krwi dziecka na uwagę t. zw. komórki szpiku kostnego (myelocyty, Markzellen, ciała neutrofilowe jednojądrowe). Pojawiają się one w bardzo znacznej liczbie w pewnych postaciach białaczki; w ostatnich czasach usiłowano uczynić z nich zasadniczą cechę dla podziału niedokrewności wieku niemowlęcego z obrzmieniem śledziony. Posiadają ziarnistą protoplazmę, jądro jedno, owalne, czasem z brzegu ułożone. Zwykle barwią się słabiej, niż ciała białe wielojądrowe, niekiedy bardzo blado, i wtedy mogą zachodzić duże trudności w rozróżnieniu, czy mamy do czynienia z dużą komórką jednojądrową, czy też z ciałkiem szpiku kostnego (FISCHL). LOOS, opisując obraz niedokrewności na tle przymiotu wrodzonego, indentyfikował obie te różne postaci i łączył je pod wspólną nazwą „Myeloplazen“. O postaciach tych będzie jeszcze mowa niżej.

Ważną rolę odgrywa w niedokrwistościach dziecięcych obecność ciałek czerwonych z jądrami (erytroblastów). Dzielimy je podług wielkości lub, jak chcą inni autorowie, podług zachowania się jądra na normo- megal- i gigantoblasty. Megaloblasty mogą przedstawiać obraz podziału jądra, który jednakże rzadko daje się spostrzegać; częściej spotykamy się z o-

brazem końcowym podziału: jądrem przewężonym, koniczynowatym lub dwoma jądrami. Ciałka czerwone jądrowe są prawidłowym składnikiem krwi w życiu płodowym; u dzieci do 6 miesięcy mogą pojawiać się pojedynczo (1—2 na całym preparacie); wystąpienie ich w większej liczbie, a zwłaszcza obecność megaloblastów oznacza zawsze zaburzenie w czynności narządów, wytwarzających krew u dziecka. Znaczenie jednakże tych postaci ze względu na rokowanie jest bardzo odmienne u dzieci i u dorosłych. U dorosłych pojawienie się ich we krwi daje rokowanie poważne, niemal bezwzględnie złe; u dzieci obecność tych postaci nawet w bardzo znacznej liczbie nie wyłącza możliwości powrotu do zdrowia. Liczba ich we krwi może dochodzić do kilkuset, a nawet kilku tysięcy w 1 mm. sześć. W przypadku, ogłoszonym przez MAHAR, NAU i ROSE (zakończonym wyleczeniem!), znaleziono ich 40,000 w 1 mm. sześć.; liczba ich przewyższała zatem znacznie liczbę ciałek białych. JAKSCH uczynił z tych postaci jedną z głównych cech obrazu chorobowego, który opisał pod nazwą *anaemia infantilis pseudoleukaemica*. LOOS widywał je stale w niedokrewności ssawców na tle przymiotu wrodzonego.

Po tych ogólnych uwagach spróbuję w kilku rysach zaznaczyć kliniczny i hematologiczny obraz *anaemia infantilis pseudoleukaemica* i nakreślić granice — zresztą dość niepewne — dzielące go od innych typów niedokrewności wieku niemowlęcego.

Dziecko, dotknięte tem cierpieniem, przedstawia często mniej lub więcej wyraźne zmiany krzywice w układzie kostnym. Skóra i błony śluzowe okazują wybitną błądź, podściółka tłuszczowa w wielu przypadkach bardzo dobrze rozwinięta, nieraz jednak dochodzi do wychudnięcia znacznego stopnia. Przez powłoki brzuszne wyczuwamy śledzionę, jako guz duży, twardy, dochodzący nieraz aż do talerza biodrowego. Wątroba nieco powiększona, gruczoły chłonne zwykle dają się wymacać, jednak bez znaczniejszego

przerostu. W ciężkich przypadkach może dojść do wybroczyn podskórnych. Niekiedy towarzyszy sprawie chorobowej gorączka, w większości jednak przypadków ciepłota pozostaje prawidłową. Obraz ten, rozwijając się powoli, prowadzi w końcu do zupełnego wyniszczenia; zwykle ginie dziecko wskutek jakiegoś powikłania, najczęściej ze strony płuc. Nie jest jednakże wyłączona możność zatrzymania się sprawy chorobowej i stopniowego powrotu do zdrowia.

Badanie krwi. Ilość hemoglobiny niska, wynosi zwykle 30—60% (Hemaglobinometrem GOVERSA). Liczba ciałek czerwonych zmniejszona, jednakże bardzo znaczne obniżenie liczby nie jest koniecznym warunkiem obrazu chorobowego. Krew, brana na świeży preparat, jest rzadka, wodnista, nieraz o brudnym odcieniu; pod drobnowidzem przedstawia makro- i poikilocytozę. (Zmiany te w kształtach ciałek czerwonych również nie mają u dzieci tak poważnego prognostycznego znaczenia, jakie im przypisujemy u dorosłych). Układanie się w ruloniki upośledzone. Znamienne jest obfite pojawianie się ciałek czerwonych z jądrami (normo- i megaloblastów). Liczba ciałek białych zwiększona, jednakże niezbyt znacznie; najczęściej leukocytoza waha się pomiędzy 10 a 20 tysiącami. Na poszczególne postacie ciałek białych początkowo niewiele zwracano uwagi; będą miał sposobność powrócić do tego szczegółu w dalszym ciągu.

Mamy zatem obraz chorobowy, zajmujący niejako pośrednie miejsce pomiędzy zwykłą niedokrewnością wieku niemowlęcego, tak często kojarzącą się z obrzmieniem śledziony — a rzeczywistą białaczką. Ztąd nazwa *anaemia infantilis pseudoleukaemica*; nazwa, o tyle może niezbyt szczęśliwie dobrana, że przymiotnikiem tym przywykliśmy określać sprawy chorobowe narządów krwiotwórczych, w których badanie krwi daje wynik zupełnie ujemny, co tutaj bynajmniej nie ma miejsca.

Granica pomiędzy niedokrewnością niemowlęcą z obrzmieniem śledziony — anémie avec mégalosplénie (AUDEOUD) a *anaemia inf. pseudoleukaemica* nie jest bynajmniej ściśła i wyraźna; najdobitniej występuje to w monografii AUDEOUD'a, który, chcąc zachować dawne pojęcie kliniczne, a równocześnie uwzględnić nowsze poglądy, kreśli nam po sobie dwa obrazy chorobowe pod względem klinicznym i hematologicznym niemal identyczne, różniące się jedynie stopniem ciężkości obrazu, nie zaś zasadniczą jakąś cechą. Już Loos podnosił nieścisłość podobnego rozdziału, polegającego między innymi na tak niestałym objawie, jak liczba ciałek czerwonych z jądrami. Liczba ta może podlegać dużym wahaniom, pomimo że obraz kliniczny posuwa się naprzód bez zmiany; niekiedy na krótki czas przed śmiercią dziecka może być znacznie mniejsza, niż w poprzednich okresach choroby.

Znacznie wyraźniejsza jest granica, oddzielająca *anaemia inf. pseudoleukaemica* JAKSCH'a od rzeczywistej białaczki, bardzo zresztą u dzieci rzadkiej. Tutaj, oprócz różnicy w liczbie ciałek białych, znamieny jest obraz anatomo-patologiczny. Przeobrażenie *an. inf. pseudoleukaemica* w istotną białaczkę widzieli i opisali LURET, SENATOR, MONTI, BERGGRIIN. Być może, że w przypadkach tych chodziło o sprawę już pierwotnie różną; TROJE wyraża zdanie, iż autorowie ci mieli tu początkowo do czynienia z t. zw. aleukemicznym okresem białaczki, jaki spotkać można również u dorosłych. Bardzo ciekawy przypadek opisuje SENATOR: z dwojga rodzeństwa z obrazem *an. inf. pseudoleukaemica* jedno uległo wcześniej jakiemuś powikłaniu i zmarło, zaś we krwi drugiego znaleziono w jakiś czas później typowy obraz białaczki. Wogóle cała ta kwestya daleka jest od zupełnej jasności.

*Anaemia pernicioza* nie wchodzi tutaj w rachubę z powodu niezmiernej jej rzadkości u dzieci w ogóle (w całej literaturze zebrano zaledwie kilkanaście przypadków, z tych niektóre wątpliwe), a więcej niż wyjątkowego poja-

wiania się w okresie życia niemowlęcym. Brak większej liczby ciałek czerwonych z jądrami, brak obrzmienia śledziony i leukocytozy — oto główne cechy, różniące ją od *anaemia inf. pseudoleukaemica*.

Na bardzo znaczne natrafiamy trudności, jeżeli chcemy *an. inf. pseudoleukaemica* odgraniczyć od obrazu splenomegalii, występującej nieraz w postaci krzywicy, i od niedokrewności z obrzmieniem śledziony u dzieci z przymiotem wrodzonym. Trudność ta jest tem większa, że właśnie te dwie choroby, t. j. krzywicę i przymiot, uważamy za bardzo ważne momenty przyczynowe dla *anaem. inf. pseudoleukaemica*.

Na pytanie, jak mamy sobie tłómaczyć oddziaływanie krzywicy na występowanie obrazu niedokrewności z obrzmieniem śledziony u dzieci, nie możemy do dziś dnia dać żadnej stanowczej odpowiedzi. Nie wiemy, czy krzywica wytwarza warunki, sprzyjające rozwinięciu się ciężkiej niedokrewności, czy też obie te sprawy występują jednocześnie na gruncie mało odpornego ustroju. Bez wątpienia obrzmienie śledziony, występujące w przebiegu krzywicy, ma niejednokrotnie znaczenie tylko objawowe, a krew aż do samej chwili zejścia śmiertelnego może nie wykazywać żadnych zmian swoistych. W każdym razie, opierając się na samem kryterium hematologicznem, narażeni jesteśmy niechybnie na rozrywanie obrazów klinicznie zupełnie identycznych i nanaodwrót na łączenie w jedną grupę postaci chorobowych, których różnorodność rzuca się w oczy. Dwa poniżej przytoczone przypadki chorobowe stanowią tego wyraźny dowód.

Pozostaje przymiot. U wszystkich prawie dzieci, dotkniętych przymiotem wrodzonym, rozwija się mniej lub więcej znaczny stopień niedokrewności, bardzo często połączonej z obrzmieniem śledziony. Obraz krwi jest wówczas niezmiernie zbliżony do obrazu, skreślonego dla *anaem. inf. pseudoleukaemica* przez JAKSCH'a: tak samo widzimy zmniejszenie nieraz bardzo znaczne liczby ciałek czerwonych, zmiany w ich wielkości

i kształcie, mierną leukocytozę i wreszcie pojawianie się znacznej liczby ciałek czerwonych z jądrami. Pokrewieństwo tak bliskie tych dwóch obrazów kazałoby przypuszczać, że w niedokrwoności niemowląt na tle przymiotu wrodzonego nie mamy do czynienia ze zmianami chorobowymi narządów krwiotwórczych, spowodowanymi bezpośrednio jadem przymiotowym, lecz że zmiany te rozwijają się tylko na przygotowanym przez przymiot gruncie. Niektórzy autorowie chcą je zaliczyć do zmian t. zw. parazyfilitycznych.

Czy możemy zatem na podstawie badania krwi dziecka orzec, z jaką jednostką chorobową mamy do czynienia? Z pytaniem tem wiąże się ściśle drugie, mianowicie, czy możemy obraz chorobowy, określony nazwą *anaemia inf. pseudoleukaemica*, uważać za samoistną jednostkę chorobową? Doświadczony badacz krwi dziecięcej FISCHL poddał w wyczerpującym referacie obie te kwestye ściśle krytycznej ocenie i doszedł do wniosków, które przytaczam w ich najogólniejszym zarysie:

(D. n.).

## GRUŻLICA DZIAŚEŁ.

Podał

D-r MAURYCY HERTZ.

Jama ustna, stanowiąc jakby passaż, przez który laseczniki gruźlicze przechodzą jak zewnątrz wraz z wdychanym powietrzem, z pokarmami, zakażonymi gruźlicą, czy też w inny jakibądź sposób, tak i zewnątrz z płwociną, wydzielaną przez ludzi, cierpiących na gruźlicę płuc lub krtani, powinna, zdawałoby się, często ulegać zakażeniu gruźliczemu. W rzeczywistości jednak fakty świadczą o względnie rzadkiem zajęciu gruźlicą jamy ustnej, a w każdym bądź razie ze wszystkich części górnego odcinka dróg oddechowych i pokarmowych

najrzadziej znajdujemy gruźlicę w jamie ustnej. I w samej jamie ustnej nie wszystkie miejsca jednakowo odpornie zachowują się względem inwazyi laseczników gruźliczych: najczęściej ulega gruźlicy język, i pierwsze spostrzeżenia gruźlicy jamy ustnej dotyczą właśnie języka, o czem wspomina już MORGAGNI, następnie znajdujemy gruźlicę na łukach, podniebieniu, tylnej ścianie gardzieli, migdałkach, najrzadziej zaś na dziąsłach — przypadki gruźlicy dziąseł, opisane w literaturze, są bardzo nieliczne.

Przyczynę odporności dziąseł względem zakażenia gruźliczego upatrują niektórzy autorowie w gładkiej powierzchni i w twardej konsystencji błony śluzowej, mocno przylegającej do okostny, inni zaś jako przyczynę tej odporności podają fakt, że dziąsła rzadko bardzo ulegają obrażeniom, które stanowią wrota dla inwazyi laseczników gruźliczych; tem, ich zdaniem, objaśnić można częstość gruźlicy języka, który ulega bardzo łatwo powierzchownym obrażeniom przez pokarmy. Bez względu na tę lub inną przyczynę odporność dziąseł względem gruźlicy, faktem, nie ulegającym żadnej wątpliwości, jest rzadkość tego cierpienia.

Do 1970 roku gruźlica dziąseł zupełnie nie była znana, a przynajmniej w literaturze nie spotykamy ani jednego opisu tej postaci gruźlicy; przypadki, opisywane w następnych latach, podawane były jako unikaty. Naturalnie wraz z udoskonaleniem metody badania, a przede wszystkim dyagnostyki gruźlicy, jako choroby zakaźnej, wywoływanej przez laseczniki gruźlicze, wzrosła liczba spostrzeganych przypadków gruźlicy dziąseł. Wszysey jednak autorowie zgadzają się na rzadkość tego cierpienia.

SCHLIFEROWITSCH na 88 przypadków gruźlicy jamy ustnej, zebranych w literaturze do r. 1835, znalazł tylko w 9-ciu gruźlicę dziąseł.

ZANDY zebrał kazuistykę niewątpliwych przypadków gruźlicy dziąseł za ostatnie 25 lat do r. 1896 — naliczył on 37 przypadków gruźlicy dziąseł, włączając w to i swój przypadek.

Z późniejszych autorów ogłosił jeszcze przypadki gruźlicy dziąseł GREVE <sup>1)</sup> i BRINDEL <sup>2)</sup>, w naszym piśmiennictwie ogłosił JARUNTOWSKI <sup>3)</sup> w r. 1894 przypadek gruźlicy dziąseł. W obszernych nawet podręcznikach zaledwie parę słów znajdujemy o gruźlicy dziąseł, niektóre zaś zupełnie nie wspominają o tej postaci chorobowej.

Przypadek, obserwowany przezemnie w ambulatoryum d-ra WRÓBLEWSKIEGO w Szpitalu Ewangelickim, dotyczy 16 - letniego chłopca F. G. z Piotrkowa, który zgłosił się w r. z. do szpitala z powodu bólu dziąseł, uniemożliwiającego przyjmowanie pokarmów, przeważnie twardech, bólu gardła i nosa.

Chłopiec pochodzi z rodziny zdrowej, nie obciążonej gruźlicą. W dzieciństwie przechodził odrę, przed 3 laty zapalenie płuc, w następstwie którego wytworzył się otok ropny prawej jamy opłucny, operowany w 4 tygodnie po zapaleniu płuc; po za tem nigdy na nie nie chorował, nie kaszlał, krwią nie pluł, wogóle był zawsze zdrowym dzieckiem, chociaż, jak twierdzi matka, fizycznie słabo rozwiniętem. W ostatnich czasach schudł trochę, gdyż z powodu bólu dziąseł źle się odżywia. Przed rokiem już leczył się z powodu owrzodzenia na podniebieniu twardem, które się szybko zagoiło, ale w ostatnich tygodniach znowu wróciło. Choroba dziąseł zaczęła się przed 3 miesiącami; z początku zjawił się ból w górnej szczęce w okolicy zębów trzonowych z prawej strony. Zaczęło go boleć dziąsło tylko przy jedzeniu twardech pokarmów; następnie bóle i obrzmienie dziąseł rozszerzyły się na całą górną szczękę i na dolną z prawej strony, ale tu tylko w okolicy ostatniego trzonowego zęba. Dolegliwości te jednak nie były bardzo silne, chory nie zwracał na to

zbytnej uwagi i leczył się jedynie płukaniem kwasem bornym. W ostatnich kilku tygodniach dziąsła zaczęły krwawić, z początku niewiele, później obficie; bóle stały się coraz silniejsze, przeważnie jednak tylko przy jedzeniu. W ostatnich trzech tygodniach zaczęło go boleć podniebienie, na którym zjawiło się na nowo owrzodzenie i przyłączył się ból nosa. Bóle dziąseł stały się co raz nieznośniejsze, tak, że nawet płyny drażniły je, jedzenie zaś twardech pokarmów stało się zupełnie niemożliwym. Chory w ostatnich czasach z powodu niemożności odżywiania się osłabł i zaczął chudnąć.

Chory średnio zbudowany, o wąskiej klatce piersiowej, średnio odżywiany, warstwa tkanki tłuszczowej umiarkowana, wychodnięcia niema. Na ciele żadnych objawów skrofulozy niema, gruczoły podżuchwowe nieznacznie powiększone, mało bolesne. Na klatce piersiowej z tyłu z prawej strony w okolicy 8 — 9 żebra bliżna po rezeceki żebra.

Przy badaniu jamy ustnej znalazłem następujące zmiany: na górnej szczęce dziąsła na przedniej powierzchni rozpulchnione, obrzmiałe, przy dotykaniu zgłębnikiem łatwo krwawią. Zęby pokryte brudno-szarym, miejscami zielonym nalotem, otoczone czerwoną obwódką; pomiędzy zębami wystaje w postaci czerwonych wałów obrzmiała błona śluzowa. Na tylnej powierzchni dziąseł górnej szczęki rozległe owrzodzenie od ostatniego trzonowego zęba z prawej strony aż do pierwszego małego trzonowego zęba z lewej strony; miejscami pośród owrzodzeń znajdujemy małe wysepki zdrowej błony śluzowej. Owrzodzenie ma brzegi wyniosłe, nierówne, z blade-czerwonymi łatwo krwawiącymi granulacjami; owrzodzenie pokryte jest szaro-żółtą, miejscami brudno szarą wydzieliną, dosyć trudno dającą się zmyć, co wywołuje obfite krwawienie. Na dolnej szczęce owrzodzenie powierzchowne wokół ostatniego zęba trzonowego, korzeń drugiego trzonowego zęba obnażony, małe owrzodzenie za siekaczami prawymi.

<sup>1)</sup> GREVE. Ref. Revue hebdomadaire de Laryngologie. 1897.

<sup>2)</sup> BRINDEL. Ref. Centralblatt für Laryngologie. 1896.

<sup>3)</sup> JARUNTOWSKI. Nowiny Lekarskie. 1894.

Wszystkie zęby górnej szczęki chwieją się, a właściwie ma się wrażenie, że cały wyrostek zębodołowy górny porusza się i jakby miał tendencję do zupełnego wyeliminowania się—sekwestrów nigdzie się nie wyczuwa. Zęby dolnej szczęki siedzą dosyć mocno. W górnej szczęce brak siekacza z prawej i kła z lewej strony, zęby te wypadły przed 3 laty. Na podniebieniu twardym, mniej więcej na środkowej linii, owrzodzenie wielkości miedzianych 5 kop., płaskie, atoniczne, pokryte szarym nalotem, w odległości 2 ctm. od tego owrzodzenia ku tyłowi drugie małe owrzodzenie. Nos obrzmiały, bolesny przy dotykaniu; na skrzydle nosa z prawej strony od wewnątrz małe owrzodzenie o brzegach nierównych. Błona śluzowa twardego i miękkiego podniebienia i gardzieli wybitnie blada, krtani bez zmian. Na skórze twarzy i nosa żadnych wyprysków ani owrzodzeń niema.

Przy wysłuchiowaniu — żadnych zmian w płucach nie znajdujemy, nieznacznie zaostrozony oddech u wierzchołka prawego płuca, rzężeń nigdzie niema — sflumienie nieznaczne u dołu z prawej strony z tyłu w okolicy blizny. Wogóle wyraźnych danych co do cierpienia płuc nie ma. Serce normalne. Stan bezgorączkowy.

Rozpoznanie wahało się pomiędzy gruźlicą a syfilisem, wilka stanowczo wyłączyliśmy wo-

bec braku jakichkolwiek bądź zmian na skórze twarzy i obrazu samych owrzodzeń, które w niczem nie przypominały wilkowych.

W wywiadach u rodziców przymiotu niema, u chłopca również żadnych objawów tegoż niema, owrzodzenia atoniczne, mało ropiejące, tak że właściwie za przymiotem nie nie przemawiało. Dla rozpoznania zeszkrobaliśmy trochę wydzieliny z owrzodzeń i przy badaniu znaleźliśmy dosyć liczne laseczniki gruźlicze; plwociny nie było wobec tego, że chory nie kaszlał. Naturalnie, znalezienie lasieczników wyjaśniło nam odrazu, z czem mamy do czynienia.

Leczenie polegało na wyskrobywaniu owrzodzeń ostrą łyżeczką i wcieraniu kwasu trójchlorooctowego, który dawał mi w leczeniu owrzodzeń gruźliczych dobre wyniki. Owrzodzenie na podniebieniu szybko się zagoiło, na dziąsłach sprawa jednak nie wiele się poprawiła; zaproponowaliśmy choremu głębokie wyskrobanie owrzodzeń z następczem przypaleniem żegadłem FAQUELIN'a pod chloroformem. Chory jednak nie zgodził się i wyjechał. Co się z nim stało, nie wiemy, stan ogólny chorego podczas kilkotygodniowej obserwacji poprawił się, gdyż bóle w dziąsłach znacznie się zmniejszyły, i chory mógł się względnie dobrze odżywiać, krwawienia jednak z dziąsłał nie ustały.

(D. n.).

## STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

### 21 E. SAALFELD. Cukrzyca i cierpienia skóry.

Wpływ cukrzycy na powstawanie i przebieg niektórych cierpień skóry jest tak wielki, że o fakcie tym winien ciągle pamiętać zarówno dermatolog, jak i terapeuta, gdyż nieraz może mu to do racjonalnego, a więc skuteczne-

go leczenia. Cierpienia skórnych, któreby wyłącznie zależały od cukrzycy, znamy mało. Należy tu przedewszystkiem *xanthoma diabeticum*. Jestto cierpienie rzadkie, występujące po większej części ostro i polegające na wytwarzaniu małych guziczków, oddzielnie stojących lub zlewających się, spistości twardej, barwy czer-



wonawej z żółtym środkiem. Wykwity zjawiają się głównie na przedramionach, kolanach, pośladkach i ztąd rozprzestrzeniają się na sąsiednie okolice, wywołując często uczucie gorąca, pieczenia i swędzenia. Wysypka trzyma się często miesiącami i latami, znika już to dobrowolnie, już też po polepszeniu cierpienia podstawowego, t. j. cukrzyce, lecz okazuje skłonność do nawrotów. Następnie wymieni tu należy t. zw. cukrzycę brązową (*diabète bronzé*), po raz pierwszy opisaną przez HANOT'a i CHAUFFARD'a. Mamy tu ciemne zabarwienie twarzy, kończyn oraz części pleiowych. Zgorzel cukrzycowa (*gangraena diabetica*) odróżnia się od starszej czyli uwiądowej tem, że po większej części napastuje nie obwodowe części palców u nóg, lecz inne punkty stopy.

KAPOSI opisał szczególną formę zgorzeli cukrzycowej, t. zw. *gangraena diabetica bullosa serpiginosa*. W przypadku KAPOSI'ego wystąpiły na lewej nodze rozsiane pęcherze na zapalnie zajętej skórze, pęcherze wkrótce zamieniały się na strupy, przyczem sprawa rozszerzała się coraz dalej i zakończyła się śmiercią chorego. KAPOSI również pierwszy opisał w przebiegu cukrzyce szczególną formę zapalenia skóry pod nazwą *dermatitis diabetica papillomatosa*. Choroba ta polega na występowaniu na skórze, dotkniętej zapaleniem, narostów, które częściowo przechodzą w owrzodzenie.

W przeciwstawieniu do wymienionych dopiero co chorób skóry, które występują wyłącznie w przebiegu cukrzyce, rozmaite inne cierpienia skórne pozostają tylko w luźnym związku z cukrzycą. Ta jednak wywiera ogromny wpływ na przebieg tych cierpień, które przy współistnieniu cukrzyce stają się nadzwyczaj uporezywe i nie okazują dążności do wyleczenia. Podobnie jak rany u dyabetyków z trudnością się goją, tak samo rzecz się ma z rozmaitemi cierpieniami skóry, jak czyraki, *anthrax*, które okazują dążność do postępującej martwicy, *acne necrotisans* BOECK (przypadek autora), *syccosis vulgaris*, *paronychia*. Wszystkie te cierpienia po usunięciu lub zmniejszeniu cukromoczu goją się o wiele lepiej. Uporeczywość pryszczycy także często uwarunkowana jest współlistniejącą cukrzycą, i z poprawą stanu ogólnego, *resp.* cukrzyce, przebieg pryszczycy staje się o wiele krótszy. Takie samo spostrzeżenie zrobił autor nad *acne rosacea*,

*ulcus cruris*, *ulcus molle*. Znana jest dalej uporeczywość nerwobólów z półpaścem lub bez tegoż w przebiegu cukrzyce. Do nerwowych powikłań cukrzyce należy także swędzenie (*pruritus*) ogólne lub miejscowe: to ostatnie ogranicza się często do części pleiowych i swe powstawanie zawdzięcza rozkładowi moczu, obfitującego w cukier. Przy *balanitis*, *pruritus et eczema scroti*, *vulvae* nigdy nie należy zapomnieć o zbadaniu moczu na cukier. W związku z cukrzycą pozostają także często *anidrosis* i *asteatosis*, rzadziej *hyperidrosis*, a ze zmian naczynioruchowych skóry pokrzywka (*urticaria*) oraz rozmaite postaci rumieni (*erythema*). Co się tyczy łuszczycy (*psoriasis*), to na wiele spostrzeganych przez siebie przypadków autor ani razu nie stwierdził cukromoczu, co nie zupełnie zgadza się ze spostrzeżeniami innych autorów.

Ważna w znaczeniu praktycznym jest ta okoliczność, że choroby skóry mogą na kilka lat wyprzedzić cukromocz. Dla ilustracyi tego faktu autor przytacza 2 przypadki: jeden dotyczył *acne necrotisans*, drugi — *pruritus scroti*. Wynika ztąd, że nie należy ograniczyć się na jednokrotnym zbadaniu moczu, lecz wykonywać je w różnych odstępach czasu.

Przymiot i cukrzyca mogą współlistnieć bez wzajemnego związku przyczynowego, albo też cukrzyca stanowi bezpośrednio następstwo przymiotu. Jako dowód zależności przyczynowej cukrzyce od przymiotu w takich przypadkach służyć może jednoczesne występowanie obu cierpień u chorego, który poprzednio nigdy nie cierpiał na cukrzycę, dalej znikanie cukrzyce pod wpływem leczenia przeciwprzymiotowego bez stosowania diety przeciwcukrzycowej, wreszcie ta okoliczność, że przy każdym nawrocie przymiotu cukromocz na nowo się zjawia. Od wzmiankowanych przypadków odróżnić należy takie, w których cukromocz występuje w przebiegu i na skutek leczenia rzęcią, a z ustaniem leczenia znika. Mamy tu do czynienia z postacią cukrzyce, wywołaną przez toksyczne działanie rzęci, podobnie jak i inne trucizny ten sam skutek spowodować mogą. Nie zawsze jednak cukrzyca zależna od leczenia rzęcią znika z zaprzestaniem stosowania rzęci, gdyż nie zawsze *cessante causa cessat effectus*. Jako dowód posłużyć może przypadek, przytoczony przez autora. Jeśli rzęć wywołuje niekiedy *diabetes mellitus*, to z drugiej

strony okazać może dobroczynne działanie na przebieg *diabetes insipidi*, jak to widać z 2 przytoczonych przez autora przypadków.

(Deutsche med. Wochenschr. Nr. 30. 1903).

S. Pechleranc.

22. H. QUINCKE. Zapalenie kręgow pochodzenia zakaźnego (*spondylitis infectiosa*).

Wiadomości nasze o przyrodzie i przebiegu zapalenia kręgow są uboższe, niż wiadomości, dotyczące zapalenia innych kości. Przyczyna tego tkwi po pierwsze w rzadszem cierpieniu kręgow, powtóre w tem, że kręgi mniej są dostępne zabiegom operacyjnym, a więc rzadziej dają sposobność do poszukiwań anatomicznych we wszystkich okresach sprawy zapalnej, niż inne kości. Stosunkowo najlepiej znane jest zapalenie gruźlicze kręgow, rozwijające się zazwyczaj zwolna, skrycie. Ostre zapalenie szpiku znane jest dopiero od niedawna; powstaje ono w kręgach 12 razy rzadziej, niż w długich kościach rurkowych i prowadzi do wytwarzania ropnia. Sprawcami tego zapalenia są, według HENLE'go, najczęściej gronkowice złociste i białe. QUINCKE przytacza 3 spostrzeżenia, z których w pierwszym zapalenie kręgow wystąpiło po przebyciu zapalenia płuc o średnio ciężkim przebiegu, w drugim—po ropnem zapaleniu opłucny, w trzecim—po tyfusie brzuszny. W pierwszym przypadku zapalenie dotyczyło górnych kręgow lędźwiowych, miało początek ostry, lecz bezgorączkowy i po 5 miesięcznem trwaniu uległo znacznej poprawie. Lekkie wystawanie 2 i 3 wyrostka ciernistego przemawiało za utratą substancji trzonów kręgowych, a natężenie i umiejscowienie bolesności pozwalało przypuszczać, że i wyrostki poprzeczne oraz okostna brały także udział w sprawie zapalnej. Gruźlicę można było wyłączyć z wielkiem prawdopodobieństwem na mocy braku gorączki, ujemnych wyników badania płuc, dobrego stanu ogólnego oraz braku obarczenia dziedzicznego. Związek w czasie z występowaniem zapalenia płuc świadczy o pochodzeniu pneumokokowym zapalenia. Żadnych innych momentów przyczynowych i specjalnie urazu nie było. W 2-im przypadku stwierdzono w wysięku ropnym opłucny prócz koków i laseczników rozmaitych gatunków także gronkowce i głównie łańcuszkowce. Po wyleczeniu operacyjnem zapalenia opłucny rozwinęły się w 3 miesiące od początku choroby ob-

jawy zapalenia kręgow grzbietowych. Rozwój był także dość ostry, lecz bezgorączkowy. Cierpienie i w tym przypadku nie oszczędziło bocznych części kręgosłupa, wywołało obrzmienie, choć, zdaje się, do ropienia nie doszło. Po upływie kilku miesięcy nastąpiło wyzdrowienie. W 3-im przypadku zapalenie kręgow było pochodzenia tyfusowego i zakończyło się zupełnem wyzdrowieniem. Przed kilku laty QUINCKE opisał pierwszy tego rodzaju przypadek. Od tego czasu zanotowano około 10 odnośnych spostrzeżeń.

Wszystkie opisane przypadki mają dość podobny przebieg, choć zakończenie niejednakowe: w niektórych pozostało zesztynienie zajętego odcinka kręgosłupa, w innych nawet zniekształcenie. Ropienie zaś lub zejście śmiertelne dotąd nie były spostrzegane. Z tego powodu bardzo ciekawe są poszukiwania anatomiczne E. FRÄNKEL'a, dotyczące nie tylko zmarłych na tyfus brzuszny, lecz i na inne choroby zakaźne. FRÄNKEL stwierdził w przypadkach tyfusu stałe występowanie laseczników EBERTH'a w czerwonym szpiku kostnym i znajdował je w szpiku trzonów kręgowych w większej liczbie, aniżeli QUINCKE w badanym przez się szpiku żeber. Dalej FRÄNKEL znajdował *diplococcum lanceolatum* w zapaleniu płuc, łańcuszkowce w róży, ropniu płucnym, błonicy, gronkowce w zapaleniu tkanki łącznej i innych sprawach ropnych. FRÄNKEL wykazywał obecność wzmiankowanych drobnoustrojów zarówno za pomocą hodowli, jako też pod drobnowidzem, a w sąsiedztwie ognisk drobnoustrojów znajdował zmiany histologiczne w tkankach szpiku: wyboczyny, ogniska zgorzelinowe, rozmnożenie komórek olbrzymich oraz ogniska limfocytowe. Z badań FRÄNKEL'a wynika, że szpik kostny bierze bardzo czynny udział w rozmaitych sprawach pochodzenia drobnoustrojowego i pod tym względem zachowuje się analogicznie ze śledzioną. Ogniska chorobowe, rozwijające się w tych narządach, ulegają oczywiście bardzo często wessaniu, mając przebieg zupełnie skryty. Lecz tak bywa nie zawsze, jak tego dowodzą między innymi spostrzeżenia QUINCKE'go. Podobne przypadki określić można, jako *spondylitis infectiosa*.

Dla leczenia osobników, zdrowiejących z chorób zakaźnych, przytoczone wyżej dane kli-

niczne i anatomiczne dostarczają pewnych wskazówek, mianowicie: unikać należy w okresie zdrowienia wszelkich urazów i przeciążenia kolumny kręgosłupa.

(Mitteil. a. d. Grenzgebieten der Medizin u. Chirurgie. Tom XI. Zeszyt 5. 1903 r.).

*S. Pechkranc.*

### 23. HELLER i WAGENER. O pierwotnem zakażeniu gruźliczem przez kiszki.

Kwestya częstości pierwotnej gruźlicy kiszek ważna jest szczególnie ze względu na to, że KOCH, opierając się na danych większości patologów, pierwotne cierpienie gruźlicze kiszek uważał za coś bardzo rzadkiego, i okoliczność tę między innymi przedstawił jako dowód przeciw tożsamości gruźlicy u bydła i ludzi. Przeciwnie prawie ogólnie przyjętemu pogładowi na pierwotną gruźlicę jelit, jako na cierpienie bardzo rzadkie, powstał w Niemczech (Kiel) HALLER. Autor ten stwierdził na 714 zmarłych na błonicę dzieci, między którymi 140 dotkniętych było gruźlicą, 53 przypadki pierwotnej gruźlicy narządów trawiennych, a więc 37,8% przypadków poczynającej się gruźlicy.

Z temi danymi w przybliżeniu zgadzają się cyfry niektórych autorów angielskich i amerykańskich, gdy inni badacze podają o wiele niższe cyfry. Tak np. VIRCHOW widywał co rok wszystkiego 3 — 4 przypadki pierwotnej gruźlicy kiszek, HANSEMANN wśród równie dużego materiału sekeyjnego (8000 — 10000 sekeyi) mógł stwierdzić zaledwie 25 podobnych przypadków, BAGINSKY na 5448 sekeyi z 1468 przypadkami gruźlicy znalazł wszystkiego 14 przypadków pierwotnej gruźlicy kiszek. Przyczyny tych ogromnych różnic w zdaniach są wielorakie. Autor zwraca uwagę tylko na 2 ważne punkty. Po pierwsze, materiał sekeyjny nie jest jednakowy: gdy u innych autorów (np. HANSEMANN'a) materiał ten składał się przeważnie z ludzi starszych nad 15 lat, u HELLER'a i WAGENER'a były to przeważnie dzieci (poniżej lat 15), u których najczęściej tego rodzaju cierpienia się zdarzają. Powtórnie, ogromne znaczenie ma rodzaj techniki sekeyjnej, czego wymownym dowodem może być jeden z przypadków autora. Zdawało się, że w tym przypadku istnieje tylko drobny wrzodzik blisko miejsca przyczepu krezki. Dopiero bardzo staranne preparowanie ujawniło w odpo-

wiadającej wrzodzikowi części krezki bardzo mały gruczoł, który na powierzchni przekroju w środku okazał się serowato zwyrodniałym. Gdyby kiszka, podług techniki VIRCHOW'a, od krezki odcięta została, zgola niemożliwym byłoby ów mały gruczoł znaleźć. Wprawdzie badanie drobnowidzowe mogłoby w tym przypadku gruźliczą naturę owrzodzenia ujawnić, lecz często niemożliwym jest przy dużym materiale sekeyjnym wszystkie podejrzane miejsca w kiszce poddać badaniu drobnowidzowemu. Często też poprzestać wypada na badaniu makroskopowem, które wykonane będzie z tem większą dokładnością, im lepiej zachowany będzie związek oddzielnych części trzew. Wobec tego najpewniejsze wyniki da stosowana w instytucie patologicznym w Kielu technika sekeyjna, przy której zachowany zostaje związek między kiszkami a krezką.

W obecnej pracy WAGENER podaje wyniki pierwszych 600 sekeyi, wykonanych w r. 1903. Z pomiędzy nich autor zebrał 28 przypadków pierwotnej gruźlicy kiszek. W 15 przypadkach znaleziono w serowato zwyrodniałych gruczołach krezkowych laseczniki gruźlicze, w pozostałych zaś 13 okazało się to skutkiem znacznego zwapnienia gruczołów niemożliwym. Że przypadki tej 2-iej kategorii odpowiadały zresztą wszystkim wymaganiom, stawianym zwykle pierwotnej gruźlicy kiszek, o tem przekonały bardzo staranne badania każdego przypadku sekeyjnego przez HELLER'a i WAGENER'a. Ponieważ w każdym z tych przypadków wyjęte zostały wszystkie narządy szyjowe, tak że zbadane być mogły miękkie podniebienie, migdały i gruczoły chłonne szyjowe, więc i z tej strony autorom żadnego zarzutu zrobić nie można.

Jak się rzekło, obecność pierwotnej gruźlicy kiszek w 15 przypadkach wątpliwości nie ulega. Pozostałych 13 przypadków, w których wskutek silnego zwapnienia gruczołów krezkowych badania bakteriologiczne były bardzo utrudnione, a laseczników gruźliczych odnaleźć się nie udało, autor (WAGENER) nie zalicza do pewnych przypadków pierwotnej gruźlicy kiszek, jakkolwiek zresztą czynią zadość surowym wymaganiom stosowanej w podobnych przypadkach krytyki. Zwapniałe gruczoły krezkowe uważać można najsluszniej za pozostałości wyleczonej pierwotnej gruźlicy kiszek. Czy tyfus

lub inne cierpienia zakaźne pozostawić mogą po sobie gruczoly zwapniałe, jest wątpliwem, a w każdym razie dotąd zupełnie niewiadomem; zresztą przy badaniach sekeyjnych W.iH. szczególnie uwagę zwracali na dawniejsze zmiany w kiszkiach, któreby za przebyciem tyfusem świadczyć mogły,

Przytoczone przez autorów spostrzeżenia dowodzą, że pierwotna gruźlica kiszki często zostaje umiejscowioną, niekiedy zaś, nie przynosząc choremu większych szkód, przechodzi w wyleczenie. W innych przypadkach natomiast dalsze szerzenie się laseczników gruźliczych wywołuje w ustroju daleko sięgające zmiany.

S. P.

#### 24. W. HAHN. Gruźlica a ciąża.

Autor, członek „Stowarzyszenia, pomagającego chorym piersiowym w Austrii“, stawia na zasadzie licznych badań następujące wnioski:

1) Ciąża stanowi poważne powikłanie gruźlicy, tem cięższe, im częściej się powtarza.

2) W walce z gruźlicą, jako chorobą nagminną, trzeba koniecznie starać się o zapobieganie zajściu w ciążę kobiet gruźliczych.

3) W razie zajścia w ciążę kobieta gruźlicza powinna być pod ciągłym nadzorem lekarskim. W razie pogorszenia się jej stanu, trzeba wykonać poronienie sztuczne w asystencji drugiego lekarza i po spisaniu odpowiedniego protokołu. Naturalnie odbyć się to może tylko za zgodą chorej kobiety. Życie matki, wedle już dawniej wypowiedzianych przez LEXDEN'a słów, ważniejsze jest od życia dziecka.

4) Poronienie powinno być wywołane we wczesnych miesiącach, wtedy bowiem mniej jest szkodliwe dla zdrowia ciężarnej.

5) Ponieważ ciąża sama przez się stanowi bardzo ważny okres w życiu kobiety, tembardziej przeto kobiety gruźlicze i jednocześnie ciężarne zasługują na staranną opiekę ze strony społeczeństwa i wspomnianego powyżej stowarzyszenia.

6) O zasadniczem przerywaniu ciąży u każdej kobiety gruźliczej, jak tego wymagali MARAGLIANO i HAMBURGER, nie może być mowy.

(Berl. klin. Woch. 1903. Nr. 52).

L. W.

#### 25. E. HAGENBACH-BURCKHARDT. Pemphigus contagiosus.

W Bazylejskim szpitalu dla dzieci spostrzegł autor małą epidemię, złożoną z 7 przypadków wymienionej choroby, której objawy i przebieg zmieniają pod pewnymi względami dotychczasowe o niej poglądy, zarówno co do strony klinicznej, jak i przyczynowej.

Utrzymują powszechnie, że *Pemph. contagiosus* zdarza się tylko u noworodków; epidemia zaś, opisywana przez autora, przeczy temu, choroba udzielała się bowiem nie tylko starszym dzieciom, lecz nawet — przy ściślejszej łączności — osobom dorosłym. Wobec tego, idąc za zdaniem ESCHERICH'a, radzi autor chorobę tę zwać nie *P. neonatorum*, lecz *infantum*. Dalej utrzymują powszechnie, że w *P. contagiosus neonat.* pęcherzyki nie występują na dłoniach i podszwach, co stanowi znamioną a nawet różniczkową cechą pomiędzy tą postacią a *P. syphiliticus*. Epidemia HAGENBACH'a przeczy i temu, jak to zaraz zobaczymy, a wobec zdania SZUKOWSKIEGO, że w niektórych przypadkach *P. syphil.* pęcherze nie były umiejscowione na dłoniach i stopach, lecz w innych miejscach skóry, objaw ten traci swą bezwzględną wartość różniczkowo-rozpoznawczą.

Pierwszy przypadek opisywanej przez H. epidemii dotyczył 12-dniowego dziecka, które przybyło 20 lutego 1902 r. do szpitala, pokryte na całym ciele zaschniętymi pęcherzami, wielkości soczewicy do rubla srebrnego, umiejscowionymi najliczniej wokoło ust, na policzkach, na piersiach, a także na obu powierzchniach rąk i stóp. Ponieważ jednocześnie zauważono pęknięcia dokoła odbytu dziecka i dowiedziano się, że ojciec jego miał przed 4 laty pęcherzyki ropne na prąciu, rozpoznano przeto *P. syphiliticus* i leczono je kąpielami sublimatowemi. Szybka poprawa utwierdziła autora w trafności rozpoznania. W płynie, wypuszczonym z pęcherzyków, znaleziono gronkowce białe. Po trzech tygodniach zginęły wszystkie pęcherze i dziecko zostało wypisane. W czasie trwania choroby dowiedział się autor, że oboje rodzice dziecka jednocześnie z niem cierpieli na podobne pęcherzyki, które oczywiście przeniosły się drogą pocałunków. Spostrzeżenie to, jak również udzielanie się tej choroby od danego dziecka innym towarzyszom szpitalnym, przekonało

autora, że nie z syfilityczną, lecz ze zwykłą zakaźną pęcherzyką miał do czynienia. Drugim pacjentem było roczne dziecko, chore na przewlekłe zapalenie płuc; sąsiadowało ono z łóżkiem pierwszego chorego. Pęcherzyki wystąpiły u niego na plecach, lecz były znacznie mniejsze, niż u pierwszego. Następnie w tymże samym pokoju zachorowało jeszcze pięcioro innych dzieci w wieku od 8 do 15 miesięcy. Okres wylegania trwał 8—16 dni, trwanie choroby od 4 dni do miesiąca (w dwóch przypadkach). Przebieg zawsze pomyślny, choć na razie przyłączenie się wysypki do zasadniczej choroby (krzywica, pryszczycza, zapalenie płuc) źle oddziaływało na pacjentów.

Starsze dzieci, które były w zetknięciu z chorem, nie uległy zakażeniu.

Badania bakteryologiczne wykazały we wszystkich przypadkach obecność gronkowca białego.

Z epidemii tej wnioskuje autor, że *Pemphigus neonatorum non syphiliticus* może umiejscawiać się także na dłoniach i stopach, lecz wtedy tylko, gdy wysypka silnie jest rozprzestrzeniona; w 1-yim przypadku miało to miejsce, w sześciu zaś następnych — nie. Z samego jednak umiejscowienia pęcherzyków w danych miejscach nie wolno rozpoznawać przymiotu dziedzicznego.

Nadto epidemia ta dowodzi, że i dorośli ulegać mogą zakażeniu (oboje rodzice pierwszego dziecka), jakoteż dzieci do 15 miesiąca, a nie tylko noworodki.

Celem zwalczania epidemii szpitalnej zabronił autor umieszczania małych dzieci, niżej roku, na sali zakażonej.

Co do sposobu przenoszenia zarazki, przypuszcza on, że posługaczki są głównymi pośredniczkami. Cała epidemia trwała około trzech miesięcy.

(Jahrb. f. Kinderheilkunde. 1903. T. 7. Zeszyt 5).

L. Wolberg.

### 26 M. HARTWIG. Ostre pierwotne zapalenie miedniczek nerkowych u ssawców.

W literaturze lekarskiej ani słowa nie ma o wzmiankowanym powyżej cierpieniu zapewne dlatego, że u ssawców niepodobna zebrać moczu, a bez badania tegoż żaden objaw nie zwraca uwagi lekarza na nerki. Autor spostrzegł 3 tego rodzaju przypadki, z których tylko

ostatni dokładnie był przez niego zbadany. Obraz chorobowy najbardziej podobny jest do duru. Dopiero po dwóch tygodniach w pierwszym, a po tygodniu w 2-im i 3-im przypadku udało mu się zrobić rozpoznanie. Obraz choroby jest bardzo prosty: z początku lekka gorączka, coraz bardziej pogarszająca się, spadająca po lekarstwach (chinina, fenacetyna), to znów podwyższająca się; śledziona prawie nie powiększona, odczynu WIDAL'a nie ma. Podejrzanie zapalenia mózgu, jednak żadnych objawów właściwych. W płucach nie, mocz mętny, pełen bakterii i ciałek ropnych. Waleczków nie ma, białko odpowiada ropie. W 1-yim przypadku gorączka ustąpiła dopiero po 6 tygodniach. Miesiąc po tem wtórny ropień pod żuchwą. Przecięcie, dreny, wyzdrowienie. W 2-im i 3-im przypadku leki przeciwgorączkowe i przetwory bromu, by zapobiedz drgawkom. W 3-im przypadku prócz tego urotropina i terpentyna. W 2-im przypadku wyzdrowienie po trzech tygodniach, w 4-yim po czterech. Wszystkie dzieci pochodziły od zdrowych rodziców. Pierwsze dziecko było płci męskiej, dwoje drugich żeńskiej. Co do bakterii, to d-r CARPENTER znalazł ich aż 10 gatunków, a przeważnie *b. coli communis*. Z badań ROVSING'a wiemy, że bakterie, krążące we krwi, osiedlać się mogą niekiedy w miedniczkach nerkowych. Skąd wychodziły bakterie w danych przypadkach, nie wiadomo, może z przewodu pokarmowego, chociaż objawów niestrawności nie było. W pierwszym przypadku istniało może pierwotne zapalenie migdałka, gdyż ropień rozwinął się później. Bądź jak bądź, we wszystkich podejrzanych przypadkach gorączki u małych dzieci należy w cieśnię badać mocz, a wówczas pierwotne zapalenie miedniczek u ssawców okaże się mniej rzadkiem, niż dotychczas, cierpieniem. Jako leki, zaleca autor urotropinę i terpentynę. Pierwszą po 0,06 — 0,1, drugą zaś po dwie krople.

(Berl. klin. Woch. 1903. N. 48).

L. Wolberg.

### 27. SCHEPPEGRELL. Przypadek raka krtańi, uleczonego za pomocą promieni X.

Wspomniawszy we wstępie o dodatnim działaniu promieni ROENTGEN'a na powierzchowne guzy złośliwe, autor zaznacza, że głębiej leżące nowotwory dotychczas nie poddawały się tym promieniom.

W kwietniu roku zeszłego S. spostrzegł przypadek raka krtani u 57-letniego adwokata: lewa połowa krtani była przekrwiona i pokryta nowotworem koloru brudno-szarawego, który obejmował i strunę głosową; staw obrączkowo-nalewkowy był też zajęty. Gruczoły szyjowe nie były powiększone. Chory doznawał lekkiego bólu jedynie przy naciskaniu krtani; duszności nie miał.

Pacjent zjawił się po raz wtóry dopiero we dwa miesiące już z dusznością i odorem specyficznym z ust. S. przekonał się, że nowotwór znacznie się powiększył i na powierzchni owrzodził. Chory na zaproponowaną mu operację w żaden sposób się nie zgadzał, lecz na rentgenizację chętnie przystał.

Po odpowiednim codziennym stosowaniu w ciągu dni 20 promieni X, gdy poprawy nie zauważono, odesłano chorego do domu. Tu nastąpiło pogorszenie, połączone z gorączką, silnymi bólami w okolicy krtani i pojawieniem się skrzepów krwi w płwocinie. 10 jednak dnia, ku zdziwieniu autora, chory się znacznie poprawił, a badanie krtani wykazało, że masa nowotworowa, która ongi krtani zatykała, całkiem znikła. Oddech zupełnie był wolny. Pozostało tylko owrzodzenie w krtani i od czasu do czasu ślady krwi w płwocinie. Zaczęto na nowo stosować promienie X, pod których wpływem owrzodzenie zablizniło się. Już w październiku tegoż roku chory wrócił do zwykłych swych zajęć.

Autor mniema, że, skoro promienie X zdołały przez skórę, powięź, mięśnie i chrząstki zniszczyć nowotwór, to dadzą się one ze skutkiem zastosować i przy głębiej leżących guzach złośliwych.

(Journal of Laryngologie 1903. Nr. 2).

J. S.

28. F. BECKER. **Heroina jako anaphrodisiacum** (z kliniki prof. LASSAR'a).

Przed 1½ rokiem d-r HEINS z Paryża zalecił heroinę, jako środek, obniżający pobudzenie płciowe u mężczyzn. Chorzy, cierpiący na choroby płuc, przyjmowali przez dłuższy czas heroinę, która działa łagodnie kojąco, nie przewyższając jednak pod tym względem ani morfiny, ani heroiny. Otóż chorzy po kilkodniowym (od 2 — 12 dni) używaniu heroiny przybywali doń oburzeni, gdyż, jak sam się wyraża: „Ces

malades, tousjours des hommes, qui malgré leur affection bronchique ou autre, ne refusaient rien à Venus, venaient se plaindre d'une impuissance inaccoutumée, s'étonnant, que leur maladie leur soit à ce point funeste et nous demandant, si les médicaments n'y étaient pour rien: Cessant l'Héroïne, Don Juan renaissait“.

HEINS zaleca ten środek, dając mu pierwszeństwo przed lupuliną, kamforą i bromem, w nast. razach: 1) przy bolesnych naprężeniach prącia podczas rzeżączki; heroina wtedy zapobiega samej erekcji, nie usuwa zaś bolesności; 2) przy chorobliwie wzmożonym pobudzeniu płciowym; 3) po rękoczynach chirurgicznych na prąciu celem zapobieżenia rannej erekcji; 4) przy zbyt częstych zmazaniach (to ostatnie wskazanie podał STRAUSS, a przytwarza mu BECKER).

Ten ostatni stosował heroinę w klinice LASSAR'a często, nie przekraczając dawki 0,01 *pro dosi*, a 0,03 *pro die*. W bardzo drobnych dawkach heroina nie działa jako *anaphrodisiacum*, ten jej wpływ przejawia się dopiero przy wyższych dawkach, wkrótce jednak następuje przyzwyczajenie, przetwór działać przestaje; jedno-dwudniowy wypoczynek, t. j. nie podawanie heroiny ponownie budzą w pacyencie wrażliwość na kojące działanie przetworu. Szkodliwych następstw autor, podobnie jak HEINS i STRAUSS (to cała literatura w tej sprawie), nie widział nigdy, raz jeden tylko typowa pokrzywka wystąpiła wskutek heroiny i ustąpiła wnet — po odstawieniu leku.

Heroina nie ma smaku, ni woni, czem korzystnie odróżnia się od lupuliny. Na skuteczność działania jej żadnego nie wywiera wpływu sposób podawania, bądź w proszkach, bądź w czopkach, lub w pigułkach. W tej ostatniej postaci podawali heroinę HEINS i BECKER. Ten ostatni, chcąc rozszerzyć zakres wskazań, stosował heroinę także w bolesnych niezbytach pęcherza, w ostrem zapaleniu gruczołu przyprątnego, przy bólach w przyjądrzach i w sznurkach nasiennych, lecz bez wyraźnego wpływu; w tych cierpieniach heroina nie może mierzyć się z morfiną.

(Berl. Klin. Woch. 1903. N. 47).

L. W.

### 29. SCHOLTZ. O działaniu fizyologicznem i stosowaniu leczniczem promieni radu.

Rad został odkryty przez małżonków CURIE, którzy otrzymali to ciało z czarnego uratu. Rad bez przerwy wysyła od siebie promienie i wydziela ciepło, pomimo to z czasem wcale nie traci ani na energii, ani na wadze. Zachowuje on również swoje własności bez względu na to, czy doprowadzimy go do bardzo wysokiej lub niskiej temperatury (— 252). Pod względem fizyologicznego działania promienie radu podobne są do promieni ROENTGEN'a, mianowicie: przy krótkotrwałem działaniu promieni radu (4—5 minut dziennie) na skórę w ciągu 2—3 tygodni — wypadają włosy, przy dłuższem działaniu (10—15 m. dz.) promieni w ciągu tego samego czasu występuje zapalenie skóry, a przy jeszcze dłuższem działaniu (20—30 m. dz.) owrzodzenie głębokich warstw tkanki łącznej. I pod względem histologicznem znajdujemy te same zmiany przy działaniu promieni radu, co i przy działaniu promieni ROENTGEN'a, mianowicie swoiste zmiany w komórkach sieci MALPIGNI'ego, w komórkach naczyń i tkanki łącznej, polegające na ich wakuolizacyi. Przy dłuższem działaniu promieni występuje zupełny rozpad komórek. Promienie radu różnią się jednak od promieni ROENTGEN'a tem, iż daleko szybciej działają. Prócz tego posiadają w znacznym stopniu działanie bakteryobójcze, czego promienie ROENTGEN'a prawie wcale nie posiadają. Powyższe działanie promieni radu znajduje się w zależności od przestrzeni, dzielącej hodowlę od radu: w doświadczeniach autora przy 2 mm. odległości radu od płytki agarowej z hodowlą tyfusową laseczki ginęły już po 3 godzinach; przy odległości 3—4 mm. dopiero po 5—6 godz.

Następnie, jak doświadczenia autora wykazały, promienie radu wywierają silne działanie i na cały ustrój: myszy, poddawane w ciągu kilku dni działaniu promieni radu, stawały się apatyczne, nie przyjmowały pokarmów, nie reagowały na zewnętrzne bodźce i ginęły przy objawach ogólnego wyczerpania. Oględziny pośmiertne wykazały przekrwienie opon mózgowych. Autor nie ograniczył się doświadczeniem na zwierzętach, lecz zastosował promienie radu w rozmaitych cierpieniach skóry, przyczem naj-

lepsze względnie wyniki otrzymywał w raku i wilku skóry.

(Deut. Medicinische Wochenschrift. N. 3. 1904).  
*Springer.*

### 30. J. MARCUSE (z Mannheimu). O ichtalbinie.

Ichtalbina, stanowiąca połączenie białka z ichtiolem, wprowadzona została w roku 1897 przez chemiczną fabrykę KNOLL'a i C., a to dzięki pomysłowi SACH'a i VIETH'a, którzy pragnęli otrzymać przetwór ichtioliu, podobny do tannalbiny z tego głównie, by, nie rozkładając się w żołądku, w kiszkiach dopiero ulegał rozłożeniu i objawiał tam swe lecznicze działanie. ZUELLER w swoim czasie wykazał doświadczalnie, że ichtiol nadzwyczajnie sprzyja wytwarzaniu się białkowatych składników ciała naszego, a zarazem ogranicza ich rozkład. ROLLY i JAAM wykonali podobnie ściśle badania nad przemianą materii pod wpływem ichtalbiny i przekonali się o doskonałym wpływie jej na odżywianie. Podczas okresu ichtalbinowego wprowadzone do organizmu białko znakomicie bywało wyzyskane, tak iż ichtalbinę uznać można jako kapitalny środek, oszczędzający białko. W dalszych swych doświadczeniach usiłowali oni zbadać miejscowe działanie ichtalbiny na błonę śluzową kiszki. Okazało się, że środek ten znakomicie powstrzymuje gnicie w kiszkiach, podobnym będąc pod tym względem do kalomelu w większych dawkach. Łączne zalety ichtalbiny i powstrzymanie gnicia w kiszkiach, jakoteż pobudzenie łaknienia i odżywiania w zupełności objaśniają pomyślnie skutki tego leku, zachwalanego przez HOMBURGER'a, NEUMANN'a, VIERORDT'a i innych.

Wskazania wypływają z powyższych własności: w przewlekłych niezżytach kiszki, w dermatozach odruchowego i troficznego charakteru, lecz przebiegających wraz z zaburzeniami kiszki, ichtalbina dobrze działać będzie, jako środek odkażający, w wyniszczających zaś chorobach o długotrwałym przebiegu — gruźlicy, zółtach, przewlekłych zapaleniach płuc i t. p. — występują na jaw krzepiące własności ichtalbiny i oszczędzające rozkład białka. Pomyślnie wyniki leczenia tym środkiem w jednym i w drugim szeregu chorób otrzymano zarówno w Berlinie w NEUMANN'a poliklinice dla chorób

dziecięcych, jako też w Heidelberskiej poliklinice VIERODT'a i w wielu innych. Lek ten zupełnie jest nieszkodliwy, chorzy chętnie go przyjmują, łaknienie i waga ciała wzmagają się pod wpływem ichtalbin, a przewlekłe nieżyty kiszek ustępują.

Sam autor w ostatnich latach systematycznie badał działanie tego leku u suchotników, zolżowatych i małokrwistych dzieci a także w kilku przypadkach przewlekłych zapaleń kiszek. U 8 gruźliczych już po kilku dawkach (trzy razy dziennie na końcu noża) proszku wzmagalo się łaknienie, stan ogólny poprawiał się, a waga ciała wzrastała (1½—2 kilogramy w ciągu 4 tygodni). Toż samo zauważono w 4 przypadkach zolżów u wynędzniałych dzieci, które nie były w stanie przyjmować tranu z powodu niezwalczonej idiosynkrazy. Działanie ichtalbin objawiło się poprawą stanu ogólnego, przybytkiem na wadze o 950—1000 g. w ciągu 4 tygodni; w jednym przypadku przybyło dziecku aż 1500 g. Przybytek ten na wadze zależał, o ile się zdaje, bardziej od wzmożonego łaknienia i obfitszego jedzenia, niż od oszczędzania rozkładu białka, lecz łaknienie owo było wszak bezpośrednim skutkiem ichtalbin.

Dla dorosłych dawka wynosić powinna 0,5—1,0 trzy razy dziennie, najlepiej tuż przed jedzeniem; u ssawców wystarczy 0,1—0,3 w zupie kleistej.

Dzieciom najlepiej podawać ichtalbinę wraz z czekoladą; w tym celu 1/8 funta czekolady w ta-

bliczce rozcieramy na tarce i mieszamy z 15 g. ichtalbin. Z tego dajemy dzieciom trzy razy dziennie po łyżeczce (bez czuba); w ciągu 8—10 dni powyższa ilość zostaje zużyta, a dzieci zazwyczaj same proszą o dalsze podawanie im tej czekolady.

10 gramów ichtalbin kosztuje w Niemczech markę i 20 fenigów (54 kopiejki, licząc 45 kop. za markę).

Włoski lekarz PORCELLI badał fizjologiczne i lecznicze działanie ichtalbin w przewlekłych nieżytych kiszek. Okazało się, że lek ten znakomicie oszczędza rozkład białka, pomyślnie wpływa na czynności przewodzenia pokarmowego, nie wywołuje żadnych szkodliwych następstw i doskonale nadaje się do poprawy stanu ogólnego suchotników. PORCELLI stosował ichtalbinę (po 0,3—0,4 na dawkę) w zwykłych przewlekłych nieżytych jakoteż w gruźliczych — pierwotnego i wtórnego charakteru; wyniki otrzymał zadawalające. Potwierdził on również regulujący wpływ ichtalbin na wypróżnienia stolcowe, o czem wspominali: MARCUSE, SCHAEFER, SACK i inni. Ponieważ ichtalbina rozkłada się dopiero w soku kiszkiowym, przeto nie powoduje zaburzeń żołądkowych, jak to widzimy przy czystym ichtyolu.

(Reichs-Medicinal Anzeiger. 1903. N. 17).

L. Wolberg.

## Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z dnia 19 stycznia 1904 r.

TREŚĆ: 1) St. MUTERMILCH — Demonstracja preparatów plwociny, zawierających laseczniki pseudogruźlicze 2) W. STANKIEWICZ — „Jaka jest granica doszczętnego leczenia przepuklin“.

1) Kol. MUTERMILCH pokazał preparaty plwociny, pochodzącej od chorego, który cierpiał na pierwotną ozaenę tchawicy. W plwocinie, barwionej metodą ZIEHL-NIELSSEN'a i GABBET'a, widać laseczki zupełnie podobne do gruźliczych.

Te same preparaty, barwione w inny sposób, a mianowicie: z początku fuksyną karbolową, a potem po obmyciu wodą odbarwione za pomocą 3% roztworu kwasu solnego w absolutnym wysoku (sposób HONSELL'a) i podbarwione wodnym roztworem błękitu metylowego, nie wykazują obecności laseczników, zabarwionych na czerwono, i to właśnie pozwala je uznać za laseczniki pseudogruźlicze. Kol. MUTERMILCH uwa-



za za konieczne, aby w razie znalezienia w płocinie laseczników gruźliczych przy zwykłym barwieniu metodą ZIEHL-NIELSEN'a stosować zawsze kontrolę za pomocą przytoczonego powyżej sposobu.

2) Kol. W. STANKIEWICZ wygłosił odczyt p. t. „Jaka jest granica doszczętnego leczenia przepuklin“. Po określeniu pojęcia przepukliny i częstości jej występowania, prelegent przytoczył krótki rys historyczny, jak kształtowały się pojęcia lekarzy co do etiologii, anatomii i leczenia przepuklin. Omówił sposoby leczenia w czasach, poprzedzających antyseptykę — podał wskazania, przeciwwskazania i główne zasady leczenia operacyjnego przepuklin. Wykazał krytycznie zalety i niedokładność metod operacyjnych CZERNY'ego, KÜSTER'a, LUCAS-CHAMPIONNIÈRE'a, MAC - EWEN'a, BASSINI'ego i KOCHER'a i przeszedł do powiłań ogólnych i miejscowych, przy leczeniu operacyjnym przepuklin występujących. Podał również dane statystyczne co do śmiertelności, jak również i trwałego wyleczenia.

W zakończeniu przytoczył prelegent przypadek z własnej praktyki, gdzie wykonał operację doszczętną olbrzymich dwóch przepuklin, mieszczących w sobie niemal połowę jelit (*eventratio*). Chory zupełnie wyleczony z paskiem rupturowym opuścił szpital. Załączone fotografie przedstawiały stan chorego przed i po operacji.

W dyskusji KRYŃSKI, wyraziwszy wdzięczność prelegentowi za poruszenie ważnej sprawy przepuklin, wyraża zdanie, że samo istnienie przepukliny jest u ludzi dorosłych już stanowczym wskazaniem do operacji, o ile nie stoi na przeszkodzie stan ogólny chorego. Przeciwwskazania ze strony stanu ogólnego zmniejszyły się znacznie wskutek zastosowania znieczulenia miejscowego. W postępowaniu operacyjnym uważa mówca za niezbędne zawsze otwarcie worka przepuklinowego. W celu zapobieżenia nawrotom cierpienia KRYŃSKI operuje zwykle według rady POSTEMPSKI'ego, t. j. pozostały po podwiązaniu worka kikut otrzewny oddziela wraz z otaczającą otrzewną od tylnej powierzchni ściany brzusznej, unosi ku górze i w tem nowem miejscu przymocowuje, przesywając tę ścianę od wewnątrz ku zewnątrz dwiema niemi, które wiąże na powięzi zewnętrznej. Trudno orzec,

która z najwięcej obecnie używanych metod jest najlepsza. Zdaniem K., w rękach każdego chirurga najlepsze wyniki daje ten sposób, który stosuje on najczęściej i którego technikę doprowadził do pewnej doskonałości. Jedynym pewnym sprawdzianem jest tu zawsze wynik ostateczny po dłuższym czasie obserwacji chorego, t. j. brak nawrotu cierpienia.

SZTEYNER widzi wskazania do doszczętnego operacji w przepuklinach średniej wielkości u mężczyzn, a u kobiet starych nawet w małych przepuklinach udowych, t. j. wogóle tam, gdzie najczęściej zdarzają się uwięźnięcia. Przeciwwskazania istnieją u ludzi starych, dużo i mocno kaszlących, dotkniętych przewlekłymi nieżytami oskrzeli i rozedmą, a także przy bardzo wielkich ewentracjach. S. stosuje prawie wyłącznie sposób operowania KOCHER'a z modyfikacją POSTEMPSKI'ego. Wyniki ma pomyślne.

ODERFELD przytacza przypadek przez siebie operowany wskutek ewentracji. Przedstawia fotografie z okresu przed- i pooperacyjnego.

DUNIN zapytuje, czy każda przepuklina powinna być operowana, a to na zasadzie tego, co mówią o wskazaniach prelegent i przyjmujący udział w dyskusji. Przepukliny spotyka się prawie co u 5—6 chorego, czy więc każdemu należy radzić, aby poddał się operacji?

CIECHOMSKI przy leczeniu doszczętnym przepuklin pachwinowych u mężczyzn, zwłaszcza w przypadkach zastarzałych, najchętniej operuje sposobem BASSINI'ego. Sposób KOCHER'a stosuje w przepuklinach świeższych, gdzie worek jest cienki, a wrota niewielkie. Trwałość zabiegu operacyjnego stawia w zależności wyłącznie i jedynie od dokładnego zeszywania wrót. Wydzielanie się głębokich podwiązek po operacji doszczętniej zależy, zdaniem C., najczęściej od zbyt mocnego zaciskania szwów głębokich. Do szwów głębokich mówca stosuje zwykle jedwab', a powłoki zewnętrzne najczęściej zeszywa drutem. Wymioty wskutek narkozy, jak również kaszel u dotkniętych rozedmą płuc z przewlekłym nieżytem oskrzeli, C. uważa jako czynnik hamujący gojenie się doraźne i sprzyjający wydzielaniu się podwiązek. Wiek podeszły chorego nie odstrasza C. od operacji doszczętniej, o ile serce i nerki spełniają swą czynność należycie.

KIJEWSKI nie podziela zdania, aby każdy przypadek przepukliny nadawał się do operacji doszczętniej. Przeciwwskazanie stanowią: zbyt podeszły wiek chorego, daleko posunięte cierpienia narządów wewnętrznych i nadmierne rozmiary przepukliny, szczególnie u ludzi starych. We wszystkich innych przypadkach, zwłaszcza u ludzi, pracujących ciężko fizycznie, operację należy wykonać. U małych dzieci K. operuje przepukliny niechętnie, a to ze względu na trudność w zachowaniu potrzebnej czystości, a od tego zależy przecież rychłozrost. K. stosuje przeważnie metodę BASSINI'ego. Przy postępowaniu według MAC-EWEN'a K. widział często zgorzel worka. K. otwiera worek przepuklinowy przy wielkich przepuklinach, otrzewną w pobliżu szyi przecina poprzecznie do sznurka nasiennego, oddziela ją starannie od części otaczających i podwiązuje. Pozostałej części worka nie wycina, lecz pozostawia w mosznie. Postępowanie takie skraca czas operacji, nie naraża jądra na uraz i zabezpiecza od krwawień tak podczas operacji, jak i następczych. W małych przepuklinach K. wyseparowuje cały worek. Przy operacji przepuklin K. najczęściej posilkuje się zastrzyknięciem dosyć znacznej dawki morfiny i miejscowym znieczuleniem metodą SCHLEICH'a.

K. podziela zdanie CIĘCHOMSKIEGO co do zbyt mocnego zaciskania głębokich szwów.

Bron. SAWICKI zaznacza: 1) operowania podług MAC-EWEN'a zaniechano zagranicą i u nas ze względu na zdarzającą się często następczą zgorzel worka przepuklinowego; 2) u dzieci w pierwszych latach życia przy małych wrotach przepuklinowych leczenie należy rozpocząć od paska. Tylko przy szerokich wrotach, jeżeli pasek nie zapobiega wypadaniu trzew, należy operować. Ponieważ w ostatnich czasach dla zamknięcia kanału pachwinowego znowu ograniczają się li tylko do zeszywania odnóg rozciągniętego mięśnia skośnego zewnętrznego, to, zwłaszcza przy szerokich wrotach, S. uważa za najlepszy sposób BASSINI'ego. Pomimo trudności w postępowaniu aseptycznym u dzieci — gojenie zwykle idzie łatwo. 3) U starców ze znacznymi przepuklinami wskazania operacyjne należy bardzo ostrożnie stawiać. Odprowadzenie trzew bywa nieraz bardzo trudne — a nieraz przy od-

prowadzeniu trzew do jamy brzusznej i odepnięciu przepony do góry występuje tak znaczne utrudnienie oddychania, że chory może wprost udusić się.

GROSGLIK zwraca uwagę, że wielkie przepukliny, nie dające się odprowadzić, stanowią czasem przeszkodę, powodującą *impotentiam coëundi*. Przypadek taki przytacza mówca z własnej praktyki. Ponieważ chory dotknięty był wrodzoną wadą serca, a mocz jego zawierał białko i cylindry, przeto G. wykonał operację doszczętną pod znieczuleniem miejscowym sposobem SCHLEICH'a. Od operacji upłynęło już 3 lata, nawrotu cierpienia niema, chory po operacji wstąpił w związki małżeńskie. Znieczulenie miejscowe mówca radzi stosować szczególnie przy operowaniu przepuklin niewielkich, nabytych — gdzie zabieg może być ukończony w jakieś pół godziny.

KRAUZE, zgadzając się w zasadzie z prelegentem co do wskazań do operacji przepuklin, robi zastrzeżenie jednak, że wielkie przepukliny (*eventratio*) i zły stan ogólny chorego zmuszają do wielkiej wstrzeźliwości w tym względzie. K. przytacza opis przypadku, przez siebie operowanego, gdzie zawartość przepukliny stanowiły кишки cienkie, kieszka ślepa, poprzecznicę z siecią i część zgięcia esowatego. Przypadek ten nastęrczał duże trudności techniczne z powodu dużej liczby naczyń, które trzeba było podwiązywać, i z powodu znacznego przyrośnięcia sieci do dna moszny. Chory przez kilka dni po operacji był w ciężkim stanie, ale ostatecznie wyzdrowiał. Chory nie usłuchał rady co do noszenia paska i doczekał się nawrotu cierpienia. K. jest zdania, że wnioski o skuteczności metod doszczętnego operowania przepuklin trudno wyprowadzać wskutek tego, że nie zawsze można mieć wiadomości o późniejszym stanie chorych operowanych. Worek przepuklinowy K. radzi zawsze otwierać. Na pytanie Prezesa K. odpowiada, że przepukliny należy operować zawsze, jeżeli niema poważnych przeciwwskazań. Stosowanie pasków rupturowych K. uważa za niewystarczające — dobrych pasków wogóle u nas niema, jeżeli są, to bardzo drogie. Chorzy częstokroć nie umieją należycie obchodzić się z paskiem.

Tadeusz Korzon.

## Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= POWELL zaleca stosowanie formaliny w niedających się operować nowotworach złośliwych. W ciągu 3—7 dni masy rakowe zaczynają oddzielać się na podobieństwo zmartwiałych przez zgorzel tkanek z utworzeniem linii demarkacyjnej; woń wstrętna ustaje po 24—48 godzinach; stan chorych poprawia się. Zazwyczaj bierze się roztwór 1½—2%, na nowotwór nakłada się przepojony roztworem kawałek muślinu i watę. Opatrunek zmieniać trzeba co 6 godzin. Autor objaśnia pomyślnie działanie formaliny własnością jej osuszania i stwardniania tkanek nowotworów, bardziej kruchych. Również mają znaczenie własności odkażające formaliny. (Brit. med. Jour. 30.V. 1903).

= S. J. KUSMIN („*Echinococcus uteri*“). 5tygodni po przedwczesnym porodzie *per vaginam* usunięto polipa macicy; później chora zgłosiła się wskutek guza, sięgającego prawie aż do pępka. Przy cięciu brzuszkiem usunięto guz z tylnej ściany macicy, na razie wzięty za włókniak. Na każdym jajniku znaleziono kilka drobnych torbieli. *Corpus uteri* amputowano. Wyzdrowienie. Przy przecięciu guza niespodziewanie wylało się z niego około 30 pęcherzyków bąblowca różnej wielkości. W innych miejscach podczas operacji bąblowców nie zauważono. (Piśmiennictwo polskie posiada tylko jedno spostrzeżenie bąblowca macicy u 12-letniej pani, opisane przez SZANCERA. Ref.). (Chirurgia. VI. 1903).

= Stężenie pośmiertne rozpoczyna się — podług prawa NYSTEN'a — w 3 do 6 godzin po śmierci w muskulaturze karku, następnie schodzi coraz niżej po całym ciele i u-

staje po 3—4 dniach w tym samym porządku, w jakim powstało. Co do serca, wiadomo, że ono zawsze prawie ustaje w rozkurczu. Stężenie mięśni gładkich (pęcherza i żołądka) znane jest również. PLACZEK badał głównie na kotach analogiczne sprawy w gładkiej muskulaturze tęczy i spostrzegał szczególne zmiany. Znalazł on, że, niezależnie od gatunku zwierzęcia i od wielkości źrenicy w chwili śmierci, źrenice już w pierwszych 2 godzinach po śmierci zaczynają się zwężać; dopiero po 24 godzinach zaczyna się rozszerzenie, które osiąga szczytu po 48 godzinach. Kształt źrenicy bywa przytem nieprawidłowy. W 30 spostrzeżeniach na ludziach, najwcześniej w 2 godziny po śmierci dokonanych, znalazł autor, że źrenice zaczynały się zwężać dopiero w 10 godzin po śmierci, osiągając 1/3 dawnych wymiarów. Autor objaśnia to tem, że napięcie mięśnia rozszerzacza ustępuje wcześniej, niż zwieracza tęczy. Źrenice, zwężone za pomocą wkraplania ezeryny, zachowywały się analogicznie, ponieważ po śmierci wpływ ezeryny na *nn. ciliares breves* w zwieraczu ustaje. Również środki, rozszerzające źrenicę (kokaina, atropina), nie zmieniały powyższych danych, gdyż rozszerzenie źrenicy nie utrzymywało się nadal po śmierci. Że stężenie pośmiertne źrenicy jest przejawem mięśniowym, dowodzi i to, że np. adrenalina, działając na rozszerzacza tęczy, powyżej opisane zjawisko opóźnia o kilka godzin. Jak długo trwa zwężenie i następne rozszerzenie źrenicy u ludzi, autor stwierdzić nie zdołał.

(Virch. Arch. T. 173).

P.