

MEDYCYNĄ

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

Nr 9.

Warszawa d. 14 (27) 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

Geną numeru pojedynczego kop. 15.

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

Na papierze kolorowym między stronicami tekstu kop. 20.

Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracja „Medycyny“, Biuro ogłoszeń Ungra Wierzbowa 8. Dom handlowy L. i E. Metz 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 dr. Tadeusz Żeleński. (Dokończenie) — Gruźlica dziąseł. Podał dr. Maurycy Hertz. (Dokończenie). — WYKŁADY KLINICZNE — Studya etiologiczne nad zapaleniem wyrostka robaczkowego. — STRESZCZENIA i WYCIĄGI. Niektóre nowsze prace o pęknięciu macicy. 31. O guzach jelita in regione iliaca sin. 32. O skurczu głośni u dzieci. 33. O leczeniu gośćca stawowego surowicą przeciwpaciorkowcową Menzera. — ODCINEK. Z historii medycyny u żydów. Nieco o chirurgii talmudu. Podał dr. Henryk Higier. — WIADOMOŚCI BIEŻĄCE — ZMARLI. — OGŁOSZENIA.

„MEDYCYNĄ“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE

destinée aux medecins-praticiens.

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

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

„MEDYCYNĄ“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen. 1) D-r T. Żeleński — Ueber Anaemie mit Schwellung der Milz 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.

(Dokończenie. — Patrz Nr. 8).

Jakkolwiek z badania drobnowidzowego krwi możemy nieraz wyciągnąć ważne wnioski pod względem rokowania, nie znamy jednakże

histologicznego obrazu krwi, któryby można określić, jako znamienny dla tej lub innej postaci niedokrewności wieku niemowlęcego.

U dziecka w pierwszych kilkunastu miesiącach życia nie możemy z pojawienia się we krwi pewnych skądinąd charakterystycznych postaci morfologicznych wnosić o cierpieniu jakiegoś danego narządu krwiotwórczego.

Za wcześnie zatem na wprowadzenie ściślejszej klasyfikacji do grupy chorobowej, której istota przedstawia nam do dziś dnia zbyt wiele stron ciemnych. Na razie musimy poprzestać na

ogólnym kliniczno - etiologicznym podziale, nie przypisując mu jednak ostatecznego znaczenia.

Do podobnych wniosków dochodzi również PIOTROWSKI. Zdaniem jego, już sama ogromna liczba pokrewnych, a nie pokrywających się ściśle nazw, jakie dla niedokrewności wieku niemowlęcego stworzono, świadczy o braku jedności w pojęciach, dotyczących się podziału tej grupy chorobowej. Wprowadzenie nowej jeszcze jednostki, *anaem. inf. pseudoleukaemica*, w niczem sprawy nie rozjaśnia, gdyż odgraniczenie tego pojęcia choroby od innych pokrewnych postaci nie da się przeprowadzić. Nawet oddzielenie od białaczki jest, zdaniem PIOTROWSKIEGO, sztuczne. Kierujemy się tu liczbą ciałek białych; jednakże liczba ciałek białych, od której począwszy, sprawę chorobową mamy uważać za białaczkę, jest przez różnych autorów rozmaicie podawana. Wreszcie i w białaczce bywają znaczne pod tym względem wahania. Wszystkie te sprawy chorobowe łączą się ze sobą, jak gałęzie wspólnego pnia. Pewne bodźce w pewnych, nieznanym nam bliżej warunkach wywołują bujanie tkanki adenoidalnej o takiej lub innej postaci, przyczem wszystkie formy przejściowe i wszelkie kombinacje są możliwe.

Przejdźmy teraz do nowszych prób i usiłowań podziału, jakie wbrew sceptycznym konkluzjom FISCHL'a pojawiły się ostatnimi czasy w literaturze francuskiej.

Kreśląc poprzednie obrazy hematologiczne różnych typów niedokrewności niemowlęcej, nie kładłem nacisku na poszczególne odmiany ciałek białych i ich do siebie stosunek. Czyniłem to raz dlatego, aby nie obciążać szczegółami i tak już zawilego obrazu, powtóre zaś, że istotnie pierwsi autorowie, stwierdzając zwiększenie ogólnej liczby ciałek białych, mało na ich odmiany zwracają uwagi. Gdziekolwiek znajdujemy wzmianki o zwiększonym pojawianiu się tych lub owych postaci; jak wspomniałem, prawidłowe stosunki składników krwi dziecięcej i ich większe, niż we krwi dorosłego człowieka, waha-

nia nie były dostatecznie znane: ztąd nie jeden obraz, uważany początkowo za patologiczny i znamieny dla danego typu chorobowego, później tracił zupełnie na znaczeniu. Tak było np. z ciałkami eozynochłonnymi wielo- i jednojądrowymi. Więcej zajmują nas szczegóły, dotyczące jednojądrowych ciałek neutrofilowych (myelocytów). Większość doniesień, jakie z rozmaitych stron pojawiły się po ogłoszeniu prac JAKSCH'a, stwierdza ich obecność w obrazach krwi w niedokrewności niemowlęcej, nie kładąc zresztą na tę obecność szczególnego nacisku. Loos spotkał je w siedmiu badanych przypadkach niedokrewności niemowlęcej z obrzmieniem śledziony i w większości przypadków splenomegalii na tle wrodzonego przymiotu. Autor ten jednak identyfikuje je z t. zw. dużymi ciałkami jednojądrowymi (*grosse mononucle. Zellen*). Obecność myelocytów w niedokrewności niemowlęcej stwierdzili również ENGEL, GEISSLER i JAPHA, a z badaczy angielskich FOWLER i MELLAND. W ciągu ostatnich miesięcy autorowie francuscy WEIL i CLERC starają się obecność myelocytów uczynić znamieną cechą jednostki chorobowej, której dają nazwę „*Splénomégalie chronique avec anémie et myélémie*“ i przeprowadzają ciekawą analogię pomiędzy tem cierpieniem a pokrewnym obrazem chorobowym u dorosłych.

Typ chorobowy, o którym mowa, zbadany jest dotąd u osobników dorosłych bardzo niedostatecznie. WEIL i CLERC pierwsi starają się ująć w jakąś całość dwanaście spostrzeżeń (z tych dwa nieogłoszone drukiem), rozsypanych w literaturze ostatnich lat pod rozmaitemi nazwami, i próbują je wyosobnić, jako samoistną jednostkę chorobową. Przypadki te dotyczą osobników od lat 10 do 65.

Przyczyna choroby zupełnie ciemna. Główne objawy: bledność powłok, obrzmienie śledziony, nieraz krwotoki nosowe lub drobne wybroczyny na siatkówce. Krew przedstawia obraz ciężkiej niedokrewności z nieznaczną leukocytozą (przeciętnie 12—15 tys.). Dość znaczna liczba ciałek

czerwonych z jądrami (20—600 w 1 mm. sześć.; w jednym przypadku 1200), obecność megaloblastów i figur karyokinetycznych. Stała obecność myelocytów w rozmaitej liczbie; w niektórych przypadkach liczba ta wynosi 1,5%, w kilku 14—15%, w jednym 29,2%. Choroba trwa od kilku do kilkunastu miesięcy. Z 12 przypadków 9 zakończyło się śmiercią, jeden polepszeniem, dwa znikły z oczu. Badanie zwłok, dokonane w trzech przypadkach, wykazało zwyrodnienie myeloidowe szpiku kostnego i śledziony.

Ogłaszając niedawno³⁾ dwa spostrzeżenia, dotyczące niedokrewności niemowlęcej z obrzmieniem śledziony, WEIL i CLERC dowodzą identityczności tych przypadków z opisaniem powyżej cierpieniem osób dorosłych i pragną połączyć je we wspólną grupę „splénomégalie chronique avec anémie et myélémie“, zachowując jako podziały postać choroby dziecięcą i postać, spotykaną u dorosłych. Analogia niewątpliwie bardzo interesująca, jednak tak z jednej, jak i z drugiej strony oparta na zbyt szczupłej liczbie spostrzeżeń. Jakoż w niespełna dwa miesiące po ich ogłoszeniu pojawiło się w tem samym piśmie doniesienie, dotyczące przypadku (zakończonemu wyleczeniem), w którym obok kolosalnej liczby ciałek czerwonych z jądrami autorowie⁴⁾ znaleźli niespełna 1% myelocytów. Liczba ciałek czerwonych z jądrami wynosiła 40,000 w 1 mm. sześć., przewyższała zatem wezwórność cyfry, uważane dotychczas za najwyższe. Autorowie słusznie twierdzą, że przypadku tego z minimalną liczbą myelocytów nie można włączać do grupy, proponowanej przez WEIL'a i CLERC'a, w których spostrzeżeniach liczba myelocytów dochodziła do 16%. Należałoby zatem stworzyć nowy podział. Autorowie uważają przypadek, przez siebie spostrzegany, za istotną *anaemia inf. pseudoleukaemica* w znaczeniu JAKSCH'a, zaś obrazy chorobowe,

we, opisane przez WEIL'a i CLERC'a, raczej za poronne postacie białaczki o typie szpiku kostnego (myelogene Leukämie), postacie, które już DOMINICI starannie od *anaem. inf. pseudoleukaemica* odróżnia. Dodajmy jeszcze, że sam WEIL i CLERC⁵⁾ pragną wyróżnić w grupie niedokrewności niemowlęcej dwa typy: jeden, o którym mówiliśmy poprzednio, charakteryzujący się obrzmieniem śledziony, znaczną liczbą ciałek czerwonych z jądrami i obecnością myelocytów; drugi obrzmieniem śledziony i pojawieniem się znacznej liczby limfocytów przy braku postaci dla pierwszego typu charakterystycznych. Obie te postacie mają stanowić przejście do dwóch analogicznych odmian białaczki⁶⁾.

Przytoczone powyżej spostrzeżenia francuskich badaczy pod względem teoretycznym niezmiernie interesujące, użyte jednakże jako podstawa nowego podziału, wytwarzają w klinicznym pojmowaniu rzeczy prawdziwy chaos. Jak widzieliśmy, chaos ten powiększa jeszcze każda nowa garść spostrzeżeń, przynosi bowiem fakty, nie mieszczące się w poprzednie schematy. Trudno nie zgodzić się z FISCHL'em, którego sceptycyzmu nie chcą francuscy autorowie podzielać, że przedwczesne usiłowania podziału niedokrewności niemowlęcej na podstawie obrazu krwi przyczyniają się raczej — przynajmniej przy naszych obecnych wiadomościach — do zakłócania, niż do wyjaśnienia pojęć klinicznych.

Obecność myelocytów we krwi, na której wspomniani francuscy autorowie chcą oprzeć

5) Soc. de pédiatrie. Decembre. 1902.

6) Nawiasowo muszę dodać, że w r. 1904 WERNICKI wyraził zapatrywania zupełnie odmienne od utartych poglądów co do podziału białaczki. Zdaniem WERNICKIEGO, trzy wyróżniane zwykle postacie białaczki t. j. limfatyczna, mieszana i szpikowa stanowią nie odmiany tej choroby, lecz jedną chorobę w rozmaitych stadiach rozwoju. Białaczka rozpoczyna się zwykle od schorzenia gruczolów chłonnych i śledziony: ztąd wzmóżona produkcja ciałek białych, przeważnie limfocytów, we krwi i wzmóżony rozpad, którego produktów narządy wydzielnicze nie są w stanie usunąć. Produkty te, pozostając we krwi, zmieniają jej skład chemiczny, działają szkodliwie na tkanki, między innymi na szpik kostny, i wywołują odczyn zwyrodnienia szpiku kostnego — myelocytozę. Każda zatem dłużej trwająca białaczka przechodzi, zdaniem WERNICKIEGO w postać mieszaną a wreszcie szpikową.

3) Revue mensuelle des maladies de l'enfance. 1903. Styczeń

4) MAHAR, NAU i ROSE. Revue mens. des mal. de l'enf. 1903. Marzec.

zasadę swego podziału, wymaga bliższego omówienia. Zdaniem WEIL'a i CLERC'a, myelocytoza pojawia się we krwi niemowląt zupełnie wyjątkowo: spotykano ją mianowicie w odosobnionych przypadkach zapalenia płuc i ciężkiej błonicy (ENGEL); natomiast — podobnie jak u dorosłych — odczyn ten ma pojawiać się stale w przebiegu ospy i ospy wietrznej.

Ważniejsza byłaby dla nas kwestya, jak zachowuje się obecność myelocytów w rozmaitych postaciach niedokrewności niemowlęcej. Pod tym względem, jak wspomniałem, znajdujemy u rozmaitych autorów przeważnie luźne wzmianki; jednakże sam WEIL i CLERC wspomina, że LOOS znalazł myelocyty w większości przypadków niedokrewności przymiotowej. Musimy zatem zadać sobie pytanie:

Czy pojawianie się myelocytów jest właściwe pewnej dającej się wyosobnić jednostce chorobowej;

Czy też (podobnie jak pojawianie się ciałek czerwonych z jądrami) jest wyrazem pewnych zaburzeń w czynności narządów krwiotwórczych, nie będąc jednak znamieniem dla tej lub innej postaci niedokrewności.

Badając krew w szeregu przypadków niedokrewności niemowlęcych, spostrzeganych w tutejszej klinice i ambulatoryum klinicznym, zwracałem uwagę tak na obecność myelocytów, jak też i na stosunek obrazu krwi do klinicznej postaci choroby. Odróżnienie myelocytów we krwi niemowlęcej nie zawsze da się skutecznie zupełnie łatwo i pewnie.

Zdaniem PIOTROWSKIEGO główną przyczyną nieporozumień, jakie pod tym względem między autorami panują, jest wielopostaciowość ciałek szpiku kostnego, które wszystkie, ze względu na swoje pochodzenie, mogłyby się nazywać myelocytami. EHRLICH określa tą nazwą tylko komórki jednojądrowe z neutrofilną pierwszczą.

Pierwszcza ta ma jednak dość małe powinowactwo do barwników, i niekiedy ziarni-

stość jej bardzo niewyraźnie się rysuje. Tak doświadczony badacz krwi dziecięcej, jak FISCHL, przyznaje, iż w wielu przypadkach bardzo jest trudno rozstrzygnąć, czy mamy do czynienia z dużym ciałkiem jednojądrowym, czy z myelocyttem lub nawet z megaloblastem. Wogóle we krwi niemowlęcej w przypadkach ciężkiej niedokrewności spotykamy ogromne bogactwo i różnorodność form, liczne przejścia pomiędzy poszczególnymi typami ciałek, a nieraz postaci, które pod żadną z EHRLICH'owskich kategorii podciągnąć się nie dadzą.

Przypadek I. K. W. chłopiec 10-miesięczny. Dziecko miało się urodzić nieczasowo po 9 miesiącach księżycowych. Karmione piersią nieregularnie, lecz wyłącznie, później dokarmiane bułką. Dziecko nie przechodziło chorób przewodu pokarmowego, ani też żadnych innych cierpień, apetyt posiada dobry. Przed miesiącem matka zauważyła u dziecka nadmierną bladeść i osłabienie. Wywiady w kierunku przymiotu ujemne.

6 marca 1903. Dziecko silnie zbudowane ze śladem krzywicy (rózaniec). Ciemię duże otwarte, zęby 2 sieczne dolne, 4 górne. Tkanka tłuszczowa nadmiernie rozwinięta, skóra woskowa blada, twarz nalana. Przez powłoki brzuszne, pokryte nader obfitą podściółką tłuszczową, można z łatwością wyczuć śledzionę znacznych rozmiarów, zstępującą aż w zagłębienie talerza biodrowego. Wątroba macalna na 2 palce pod łukiem. Badanie stołca na pasorzyty i ich jajka ujemne.

Radanie krwi:

Hemoglobiny (GOVERS)	45%
Liczba ciałek czerwonych	3.100.000
„ „ białych	17.000
Z ciałek białych: limfocytów	52.3%
neutrofilów	31.4%
eozynochłonnych	1.5%
przejściowych	8.1%
myelocytów	3.9%
dużych jednojądr.	2.8%

ciałek czerwonych z jądrami: normablastów 2.6%, megaloblastów 3.1% ⁷⁾. Razem 5.7% = 969 w 1 mm. sześć.

Krew nieco bledsza i rzadsza; na preparacie świeżym ciała prawie zupełnie nie układają się w ruloniki, znaczne różnice w wielkości ciałek czerwonych, zwłaszcza bardzo małych postaci dużo; mierna poikilocytoza. Na preparatach barwionych znaleźć można pewną liczbę bardzo intensywnie zabarwionych wolnych jąder, ciałek czerwonych, z których niektóre stykają się z ciałkiem krawędzią. Megaloblasty o dużym jądrze dość bladym, barwiącym się pięknie seledynowo i okazującym ciemniej zabarwiony obraz karyokinezy. Dość liczne ciała czerwone z dwoma jądrami.

21 marca. Stan bez zmian. Ciałek białych 22,300, czerwonych około 3,000,000. Erytoblastów 6,7%, z tych 0,5% normo- a 6,2% megaloblastów.

26 marca. Bładość i osłabienie wzrasta. Na preparatach barwionych uderza bardzo znaczna liczba *myelocytów* (6—7%), przeważnie dobrze zabarwionych z wyraźną ziarnistością.

Dziecko to miało sposobność widywać przez pewien przeciąg czasu w ambulatoryum klinicznym. Choroba posuwała się bez przerwy naprzód, objawy osłabienia wzmagaly się, w dalszym przebiegu przyłączyła się do nich duszność i podniesienie ciepłoty. Dalszy przebieg choroby jest mi nieznany, ze względu jednak na pierwotność i ciężkość obrazu klinicznego, jak również na głębokie zmiany w składnikach krwi należy przypuszczać, że zakończył się on niepomyślnie.

Przypadek II. J. O. chłopiec, liczący 21 miesięcy. Karmiony był sztucznie, przechodził niejednokrotnie niezżyty przewodu pokarmowego. Obecnie oddano go do szpitala z powodu rosnącego wynędznienia.

17 marca 1903 r. Waga ciała 4900 grm. Dziecko lichy zbudowane i bardzo nędznie od-

⁷⁾ Liczba procentowa obliczona w stosunku do ciałek białych.

żywiane. Kościec w wysokim stopniu zniekształcony krzywicą. Gruczoły pachwinowe i pozao-trzewnowe macalne, twarde, świadczą o długotrwałych cierpieniach przewodu pokarmowego. Osłabienie bardzo znacznego stopnia, głowy dziecko nie jest w stanie samo utrzymać. Przez zwłoteżale powłoki brzuszne można wyczuć śledzionę, wyraźnie macalną, niezbyt dużą, twardą; również wyczuwalny brzeg wątroby. W płucach objawy niezytu.

Badanie krwi wykazało:

Ilość hemoglobiny (Govers)	47%		
Ciałek czerwonych	3,700,000	(w 1 mm. sześć.)	
„ białych	10,000	„ „	
Ciałek czerwonych z jądrami (liczono kilkakrotnie w pewnych odstępach czasu)			
normoblastów	1,9%	5%	2,1%
megaloblastów	2,1%	4%	0,8%
	4%	9%	2,9%

Z ciałek białych było:

jednojądrowych (limfocytów)	56,9%
wielojądrowych (nertrofilów)	31,4%
cozynochłonnych	2,5%
prześciowych	3,6%
cozynochłonnych jednojądrowych	0,6%
<i>myelocytów</i>	2,7%
dużych jednojądrowych (grosse mononuel.)	2,3%

Na preparacie świeżym makro- mikro- i poikilocytoza miernego stopnia. Dziecko zmarło dnia 4 kwietnia wskutek powikłania błonicą. Badanie zwłok nie wykazało żadnych zmian makroskopowych w wątrobie i śledzionie. Śledziona ważyła zaledwie 45 gramów (w typowej *anaem. inf. pseudoleuk.* ciężar śledziony dochodzi nieraz do kilkuset gramów).

Przypadek III. A. T. dziewczynka 10 miesięczna, karmiona przez pierwszych kilka miesięcy wyłącznie piersią, później dokarmiana. Chorób nie przechodziła, obecnie oddana do szpitala z powodu bledości i osłabienia. Matka podaje, iż kilka razy ronila (przymiot?).

4 kwietnia 1903. Dziecko o dość wątłej budowie, miernem odżywianiu i śladach krzywi-

cy. Zębów brak. Skóra woskowo blada o odcieniu żółtawym. W narządach zmian nie ma. Śledziona niemacalna, wątroba tuż pod łukiem macalna. Badanie stolca w kierunku pasorzytów i ich jajek ujemne.

Krew na preparacie świeżym nie układa się w ruloniki, ciałka leżą luźno; makro- mikro- i poikilocytoza znacznego stopnia. Dość liczne ciałka czerwone próżne (cienie).

Ilość hemoglobiny (GOVERS)	22%
Liczba ciałek czerwonych w 1 mm. sz.	3.000.000
„ „ białych „ „	8.400
Z tych było: limfocytów	55.2%
neutrofilów	34.4%
eozynochłonnych	1%
przejsciowych	4.5%
myelocytów	1.2%
dużych jednojądrowych	3.7%

ciałek czerwonych z jądrami 1.3%, z tych normoblastów 1.3%, megaloblastów 0%. Dziecko, odebrane po kilku dniach ze szpitala, oddane zostało po raz drugi w czerwcu 1903. Stan mniej więcej jednaki, osłabienie wzrasta. Badanie krwi nie wykazało zmian w obrazie hematologicznym.

Dziecko zmarło we wrześniu 1903 roku wśród objawów charłactwa, do którego przyłączyły się w ostatnim stadium uporczywe biegunki. Sekcja, poza stwierdzeniem zmian świeżych w przewodzie pokarmowym, wypadła ujemnie.

Przypadek IV. Z. W. dziewczynka 13 miesięczna. Budowa i odżywianie nędzne, gruczoły karkowe, pachowe i pachwinowe macalne, klatka piersiowa zniekształcona krzywiczo, ani jednego zęba, dziecko na nogach się nie trzyma. Matka ma pięcioro dzieci, ani razu nie roniła, inne dzieci zdrowe. Dziecko karmione było piersią.

Badaniem fizycznym stwierdzić można znaczne powiększenie śledziony, która zstępuje aż do zagłębienia talerza biodrowego. Śledziona jest bardzo twarda. Wątroba znacznie po-

większona, sięga na 1½ palca powyżej pępka. Brzuch wzdęty, bledłość powłok bardzo znaczna.

Krew dość rzadka, blada wykazuje znaczną poikilocytozę.

Stosunek ciałek białych do czerwonych = 1 : 250.

Z ciałek białych: limfocytów	52.5%
neutrofilów	33.8%
eozynochłonnych	7.2%
przejsciowych	2%
myelocytów	2.2%
dużych jednojądrowych	2.3%

Ciałka czerwone z jądrami, bardzo liczne stanowią 12.4%.

Z tych normoblastów 4.4%

megaloblastów 8%

(figury karyokinezy dość liczne).

Dalszy przebieg choroby nie znany.

Przypadek V. A. K. dziewczynka 9 miesięczna. Matka szuka dla dziecka porady z powodu kaszlu i gorączki. Choroba ma trwać od 3 dni. Dziecko było karmione sposobem mieszanym.

Badanie fizyczne stwierdziło u dziecka, licho odżywianego, ze zmianami krzywiczymi kośćca, rozległy nieżyt płuc. Ze względu na bledłość powłok i mierne powiększenie śledziony uskutecziono badanie krwi: krew na preparacie świeżym układa się w ruloniki i nie przedstawia wyraźniejszych zbieżeń.

Stosunek ciałek białych do czerwonych = 1 : 280.

Ciałek białych: limfocytów małych	6.1%
limfocytów dużych	48.1%
neutrofilów	29.7%
eozynochłonnych	2.1%
neutrofilów jednojądrowych zabarwionych prawidłowo (myelocytów)	0.9%
neutrofilów jednojądrowych zabarwionych blado identycznie z przejsciowymi	4.9%
przejsciowych	8.2

Ciałek czerwonych z jądrami 1.6%

Pomiędzy dużymi limfocytami a blademi ciałkami jednojądrowymi bardzo liczne przejścia aż do postaci, w których ziarnina zaczyna wyraźnie się zarysowywać.

Przypadek VI. Dziecko 6-tygodniowe z wybitnym obrazem przymiotu wrodzonego. Powłoki blade, obrzmienia śledziony brak. Na preparacie świeżym bardzo liczne ciałka czerwone zupełnie próżne tylko o konturze zaznaczonym (cienie).

Stosunek ciałek białych do czerwonych = 1:320.

Ciałek białych: limfocytów	68.4%
neutrofilów	14.6%
eozynochłonnych	0.8%
przejściowych	6.3%
dużych jednojądrowych	8.2%
myelocytów	1.7%

Ciałek czerwonych z jądrami = 1.7%

Przypadek VII. Również dziecko kilkotygodniowe o bardzo wybitnym obrazie przymiotu wrodzonego. Na preparacie barwionym krwi uderza bardzo znaczna liczba ciałek białych: znajdują się one w liczbie 3 — 10 na każdym prawie polu widzenia. Limfocytoza ta, tak bardzo znaczna, przedstawia typ wielojądrowy, stosunek ciałek białych jest następujący:

neutrofilów	67.9%
limfocytów	18.1%
eozynochłonnych	1.5%
myelocytów	1.5%
przejściowych	1.6%
dużych jednojądrowych	9.4%

Liczba ciałek czerwonych z jądrami nader mała: liczba normo- i megaloblastów wynosi razem 0.2%.

Uderzająca była znaczna liczba dużych ciałek jednojądrowych o bardzo rozmaitej postaci, w wielu z nich jądro było najrozmaiciej powyginaane. W niektórych znajdowały się dwa osobne jądra, nie należałoby ich zatem zaliczać do grupy jednojądrowych, z którymi pod innymi względami zachowują się zupełnie identycznie.

Przytoczone powyżej przypadki przedstawiają bardzo rozmaite typy niedokrewności niemowlęcej. Przypadek I odpowiada we wszystkich szczegółach obrazowi chorobowemu, wyobsonionemu przez JAKSCH'a, jako *anaemia infantilis pseudoleukaemica*. Do tej samej kategorii zdaje się należeć przypadek IV, jednakże brak klinicznego spostrzegania nie pozwala na stanowczą pod tym względem decyzję. W przypadku II mieliśmy do czynienia z wyniszczeniem na tle nieżyty przewodu pokarmowego i krzywicy, z następczemi zmianami krwi. Bardzo interesujący był przypadek III. Obraz ten chorobowy zbliża się bardzo do typu *anaemia peniciosa*: przemawia za tem samoistne powstanie choroby bez dającej się wykazać przyczyny, jej powolne a nieustanne posuwanie się naprzód, brak obrzmienia śledziony, brak leukocytozy, bardzo szczupła liczba ciałek czerwonych z jądrami, brak megaloblastów, ogromne zmniejszenie ilości hemoglobiny. Jedyne może zbyt małe zmniejszenie liczby ciałek czerwonych różni ten przypadek od klasycznego obrazu *anaemia pernicioosa*. W przypadku V zmiany chorobowe krwi nie były daleko posunięte i zdają się być następcze, wreszcie przypadek VI i VII stanowią obraz riedokrewności niemowlęcej na tle przymiotu wrodzonego.

Jeżeli zestawimy obrazy hematologiczne pierwszych dwu przypadków, spostrzeżemy, że są one prawie zupełnie identyczne. W obu spotykamy obecność tych samych składników patologicznych, a nawet ich stosunek procentowy nie przedstawia jakichś stałych różnic. Tymczasem, jeżeli porównamy kliniczny typ tych obrazów chorobowych, uderza nas natychmiast bardzo zasadnicza różnica. W przypadku pierwszym mamy do czynienia z dzieckiem, mającym wszelkie warunki do życia i rozwoju, na które rzuciła się jakaś złośliwa sprawa chorobowa pierwotna, a przynajmniej o zupełnie nieznannej przyczynie; w drugim widzimy jednostkę wyniszczoną długotrwałą chorobą ze zбочenia-

mi odżywczemi i następczym odczynem degeneracyjnym ze strony narządów krwiotwórczych. Przeciwny stosunek zachodzi pomiędzy przypadkiem I a III. Kliniczne podobieństwo obu tych spraw chorobowych jest bardzo wyraźne. To samo pierwotne wystąpienie choroby u zdrowego, piersią karmionego niemowlęcia; ta sama woskowa bladość przy dobrem odżywianiu, znamienna dla samoistnych cierpień krwi; ten sam powoli a nieustannie posuwający się naprzód przebieg. Natomiast ze względu na obraz hematologiczny oba te przypadki należałyby dołączyć do zupełnie różnych typów. Bardzo interesujące światło na tę sprawę rzucają przypadki VI i VII, gdyż oba należą niewątpliwie do jednego i tego samego typu niedokrewności niemowlęcej na znanem nam tle etiologicznem. Tymczasem badanie krwi wykazuje nam obrazy niezmiernie różne: podczas gdy w VI przypadku mamy liczbę ciałek białych mniej więcej prawidłową o wybitnym typie jednojądrowym, a główne zmiany dotyczą ciałek czerwonych (erythroblasty, cienie), przypadek VII przedstawia powiększenie liczby ciałek białych tak znaczne, jakie tylko spotykamy w białaczce, a leukocytoza ta ma charakter wybitnie wielojądrowy. Zmian w ciałkach czerwonych w przypadku VII prawie nie widzimy.

Gdybyśmy chcieli opierać podział wyłącznie na badaniu krwi, musielibyśmy te dwa przypadki załączyć do dwu zupełnie odmiennych grup chorobowych; chroni nas tutaj od tego znajomość momentu etiologicznego, świadcząca o niewątpliwiej tożsamości obu przypadków. Przyjmijmy natomiast, że ten moment etiologiczny jest nam nieznany, jak to ma miejsce w większości przypadków niedokrewności niemowlęcej, wówczas narażeni jesteśmy, jak wspominałem powyżej, na rozrywanie obrazów klinicznie zupełnie identycznych, a łączenie w jedną grupę bardzo różnorodnych postaci chorobowych. Ztąd w zupełności wydaje się usprawiedliwionem zdanie, że przy dzisiejszych wiadomościach hema-

tologicznych budowanie podziału niedokrewności niemowlęcych na podstawie obrazów krwi przyczynia się raczej do zawikłania, niż do uporządkowania kwestyi.

Przypadki, spostrzegane przezemnie, również bynajmniej nie przemawiają za swoim znaczeniem myelocytów, jako podstawy do podziału niedokrewności niemowlęcych.

Jakkolwiek przytoczone powyżej przypadki należały do bardzo różnych typów niedokrewności wieku niemowlęcego, obecność myelocytów pojawiała się w nich stale. Prawda, że w przypadku I, który klinicznie i hematologicznie najbardziej odpowiada obrazowi *anaemia inf. pseudoleukaemica*, liczba ta jest największa i dochodzi do 7%, jednakże ten sam przypadek dowodzi, że ilość ich procentowa może w przeciągu dni kilkunastu podlegać dość znacznym wahaniom, podobnie jak to stwierdzono dla ciałek czerwonych z jądrami. Oprócz wyszczególnionych powyżej przypadków znajdowałem myelocyty (w niewielkiej liczbie) w kilku przypadkach krzywicy z następczem obrzmieniem śledziony, i to o tyle, o ile krew wykazywała obecność ciałek czerwonych z jądrami. Wspólne pojawianie się tych obu odczynów uderza również w kilku przypadkach bez obrzmienia śledziony, a pomimo tego przedstawiających pewne zmiany w obrazie krwi. Jeden z tych przypadków dotyczył 13 miesięcznego dziecka gruźliczego z następczem wyniszczeniem i niedokrewnością; krew zawierała skąpą liczbę myelocytów obok nielicznych również normoblastów.

Wnioski, jakie z powyższych spostrzeżeń, jak również z odosobnionych wzmianek w literaturze co do obecności ciałek szpikowych wyciągnąć można, przemawiałyby raczej za tem, że odczyn szpiku kostnego nie posiada u dzieci w pierwszym okresie życia cech jakiejś swoistości, lecz podobnie do odczynu ciałek czerwonych, któremu zwykle towarzyszy, pozwala tylko wnosić wogóle o jakimś zaburzeniu w czynności narządów krwiotwórczych. Widzieliśmy

bowiem, że myelocyty pojawiać się mogą u dzieci w rozmaitych typach niedokrewności, bądź pierwotnych, bądź też następczych, połączonych z obrzmieniem śledziony; dalej w postaciach niedokrewności bez obrzmienia śledziony z czynnościami zaburzeniami narządów krwiotwórczych (których dowodem jest pojawiający się równocześnie odczyn ciałek czerwonych z jądra mi); wreszcie, jak o tem świadczą badania Loos'a i dwa powyżej przytoczone przypadki na tle wrodzonego przymiotu. Wielostronna obserwacja, kojarząca badanie krwi z klinicznym spostrzeganiem przypadków chorobowych w całej ich ciągłości, wyjaśni może w przyszłości, jakie znaczenie dla rokowania może mieć obecność i liczba tych postaci we krwi dziecięcej.

Na zakończenie niech mi będzie wolno wyrazić na tem miejscu podziękowanie memu czciogodnemu szefowi prof. d-wi JAKUBOWSKIEMU za pozwolenie korzystania z materiału tak kliniki, jak też i ambulatoryum klinicznego w szpitalu św. Ludwika.

PIŚMIENICTWO.

- 1) HAYEM. Du sang et de ses alterations anatomiques. Paris 1889.
- 2) v. JAKSCH. Ueber Leukämie und Leukocytose im Kindesalter (Wiener klin. Wochenschr. 1889 N. 22).
- 3) Weber Diagnose und Therapie der Erkrankungen des Blutes. (Prag. med. Woch. 1890).
- 4) LOOS. Die Anämie bei hereditärer Syphilis. (Wiener klin. Wochenschr. 1892 N. 20).
- 5) WEISS. Die Wechselbeziehungen des Blutes zu den Organen, untersucht an histol. Blutbefunden im frühesten Kindesalter. (Jahrbuch für Kinderheilk. 1893 Tom. 35).
- 6) GUNDOBIN. Ueber die Morphologie und Pathologie des Blutes bei Kindern. (Jahrb. für Kinderheilk 1893 tom 35).
- 7) WERNICKI. O białaczce. (Przegląd lekarski 1895 N. 3).
- 8) Loos. Ueber die Veränderungen der morphologischen Bestandtheile des Blutes bei verschiedenen Krankheiten der Kinder. (Jahrb. f. Kinderheilk 1895 t. 39).

M E D Y C Y N A. N. 9.

9) KORCZYŃSKI L. Rozwój i obecne stanowisko hematologii klinicznej. (Medycyna 1896 N. 32 — 33).

10) PIOTROWSKI. O Leukemii i sprawach pokrewnych. (Gazeta Lekarska 1898 N. 47—52).

11) FISCHL. Ueber die Anämien im frühen Kindesalter. (Jahrb. für Kinderheilk. 1899 tom 49).

12) SIEGERT. Ueber die Anämien im frühen Kindesalter. (Jahrb. für Kinderheilk 1899 tom 49).

13) AUDÉOUD. Traité des maladies de l'enfance de Grancher. T. II.

14) v. JAKSCH. Klinische Diagnostik.

15) GEISSLER und JAPHA. Anämie mit lymphämischen Blutbild. (Jahrb. für Kinderheilk 1900 t. 52).

16) CARSTANJEN. Wie verhalten sich die procentischen Verhältnisse der verschiedenen Formen der weissen Blutkörperchen etc. (Jahrb. für Kinderheilkunde 1900 t. 52).

17) WEIL et CLERC. Splénomégalie chronique avec anémie et réaction myéloïde du sang. (Semaine médicale 1902).

18) WEIL et CLERC. Splénomégalie chronique avec anémie et myélémie (forme infantile). (Revue mens. des maladies de l'enfance 1903. Styczeń).

19) KARNICKI. Ueber das Blut gesunder Kinder. (Archiv für kinderheilkunde 1903 T. 36).

20) MAHAR, NAU et ROSE. Anémie infantile pseudoleucémique. (Revue mens. des maladies de l'enfance 1903. Marzec).

GRUŻLICA DZIAŚEL.

Podał

D-r MAURYCY HERTZ.

(Dokończenie — Patrz Nr. 8)

Przypadek nasz jest o tyle ciekawy, że rozległe zmiany gruźlicze na dziąsłach rozwinęły się u osobnika zdrowego, a przynajmniej bez widocznych zmian gruźliczych w płucach lub krtani, podczas gdy tego rodzaju duże zmiany na dziąsłach znajdujemy zwykle u suchotników

w ostatnich dniach ich życia. Wobec niezalezienia zmian w płucach możnaby przypadek ten zaliczyć do przypadków pierwotnej gruźlicy dziąseł, która w literaturze była już opisywana. Wprawdzie w naszym przypadku trochę podejrzana jest przebyta sprawa ropna w opłucnie, która mogła być na tle gruźliczem — w każdym bądź razie przypadek niezwykle ze względu na tak rozległe owrzodzenie gruźlicze dziąseł u osobnika w pełni sił, dobrze się trzymającego i w niczem nie zdradzającego gruźlicy płuc.

Gruźlica dziąseł występuje wogóle najczęściej wtórnie, przy istniejącej już gruźlicy płuc lub krtani, chociaż nie wyłączona jest możliwość pierwotnej gruźlicy dziąseł.

Przypadki pierwotnej gruźlicy dziąseł opisał MORELLI i ODENTHAL.

W przypadku MORELLI'ego u 45-letniego mężczyzny zjawilo się owrzodzenie dziąseł wokoło próchniejącego zęba mądrości, które okazało się natury gruźliczej; w pewien czas później wystąpiły dopiero objawy gruźlicy ze strony krtani i płuc.

W przypadku zaś ODENTHAL'a, dotyczącym 5-letniego chłopca dopiero w pewien czas po wystąpieniu owrzodzeń gruźliczych dziąseł i zupełnem zagojeniu ich po doszczętnem wyskrobaniu zjawilo się obrzmienie gruczołów podżuchwowych. Gruczoły te były usunięte, i przy badaniu anatomo-patologicznem znaleziono w nich zserowaciałe ogniska, a w niektórych preparatach laseczniki gruźlicze.

Przypadki te pierwotnej gruźlicy dziąseł są jednak niezmiernie rzadkie, tembardziej, że wogóle trudno z całą stanowczością powiedzieć, czy niema gdzie w organizmie jakiegoś pierwotnego ogniska gruźliczego, nie dającego się *in vivo* wykryć.

Najczęściej jednak gruźlica dziąseł występuje wtórnie w daleko posuniętej gruźlicy płuc lub też górnego odcinka dróg oddechowych.

Czynnikami, usposabiającymi do gruźlicy dziąseł, są nie czysto utrzymywane zęby, ka-

mień, osiadający na zębach i wywołujący podrażnienie dziąseł, a przede wszystkim próchnica zębów. Jamy próchniejących zębów stać się mogą zbiornikami dla laseczników gruźliczych, które dostają się ztąd do miazgi, a następnie do kości wyrostka zębodołowego.

Ze jamy w zębach zawierać mogą bakterie, dowiódł tego MILLER, który znalazł kilkanaście (25) rodzajów drobnoustrojów w zawartości jam takich. MORELLI znalazł w jamie próchniejącego zęba laseczniki gruźlicze. JARUNTOWSKI po wyrwaniu zęba mądrości znalazł na tylnej jego ścianie tuż pod koroną dość znaczną próchniejącą jamę, która zawierała ogromną liczbę laseczników gruźliczych. Wobec ogromnej liczby laseczników, jaką tylko w hodowlach lub świeżych ogniskach gruźliczych znajdujemy, nie mogło być w tym przypadku mowy o tem, że laseczniki te dostały się do zęba wraz z płwociną z płuc; laseczniki gruźlicze w tym przypadku dostały się do jamy próchniejącego zęba zzewnątrz, znalazłszy tu dobre podłoże, zaczęły się rozwijać i wytworzyły ognisko gruźlicze, a ztąd powstało zakażenie gruźlicą dziąsła.

Próchnica zębów i z tego jeszcze względu ułatwia infekcyę gruźliczą, że wywołuje ona stan zapalny dziąseł, które w tych warunkach łatwiej uleż mogą zakażeniu.

Widzimy więc, jak ważna jest higiena jamy ustnej: należy nie dopuszczać do tworzenia się kamienia przez czyszczenie zębów, plombować zęby próchniejące możliwie prędko. Naturalnie, szczególną należy zwracać uwagę na zęby u osobników gruźliczych, którzy tembardziej są narażeni na możliwość zakażenia przez wydzielaną przez nich płwocinę. Jako źródło zakażenia podają często jamę po wyjęciu zęba, chociaż w tych razach, być może, ból zęba był objawem rozwijającej się wokoło zęba gruźlicy dziąseł i dopiero po wyjęciu zęba spostrzeżono owrzodzenie.

Przypadki zakażenia dziąseł gruźlicą przy wyrwaniu zęba nieczystymi kleszczami znane są w literaturze, opisał przypadek taki BROWN. Przypadki te dowodzą, jak surowo przestrzegać należy aseptyki instrumentów przy rękoczynach w jamie ustnej; pamiętać o tem powinni dentyści przy wyjmowaniu zębów.

Mężczyźni częściej zapadają na gruźlicę dziąseł, niż kobiety: na 37 przypadków znalazł SCHLIFEROWITSCII stosunek mężczyzn do kobiet jak 5 : 1.

Gruźlica dziąseł niema określonej ściśle lokalizacji: występuje ona to na górnej szczękce, to na dolnej, często na symetrycznych miejscach obydwóch szczęk przez bezpośrednie zakażenie.

Zaczyna się sprawa najczęściej od obrzmienia dziąseł, rzadko bardzo w postaci ograniczonego guza gruźliczego. Dziąsło rozpułchnione i obrzmiałe krwawi; w niektórych miejscach widać nieraz małe gruzelki, chociaż bardzo rzadko.

Następnie w niektórych miejscach zaczyna się powierzchowny rozpad, który daje początek owrzodzeniom, najczęściej wokół próchniejącego zęba. Owrzodzenia gruźlicze na dziąsłach są blade, atoniczne, o brzegach nierównych, miejscami wyniosłych, pokryte żółto— lub brudno-szarym nalotem, mocno przylegającym do dna, przy oczyszczaniu wacikiem owrzodzenia krwawią. Pod nalotem znajdujemy brodawkowatą powierzchnię z blado-czerwonemi granulacjami. W bliskości owrzodzeń widzimy nieraz szaro-białe gruzelki, które, zlewając się z sobą i rozpadając następnie, wytwarzają rozległe owrzodzenia. Zęby, podminowane przez owrzodzenia, zaczynają się chwiać, pokrywają się brudnym, zielonym nalotem; po zmyciu nalotu widać czerwone obwódki wokół korony z powodu stanu zapalnego dziąseł. W miarę posuwania się owrzodzeń w głąb obnażają się korzenie zębów, które wypadają lub też bardzo łatwo palcami nawet dają się usunąć.

Sprawa gruźlicza przechodzi nieraz z dziąseł na kości; znaleźć wtedy możemy sekwestry. Ropienie w tych razach bywa obfite, gdy w gruźlicy dziąseł ropienie jest wogóle niewielkie.

Gruźle podżuchwowe są powiększone, ale nie zawsze, mało bolesne.

Owrzodzenia gruźlicze z dziąseł przechodzą na błonę śluzową warg, policzków, na twarde podniebienie *per continuitatem*, a nieraz, jak to miało miejsce w naszym przypadku, owrzodzenia na twardym podniebieniu lub w innych miejscach oddzielone są dużą przestrzenią zdrowej tkanki.

Objawy podmiotowe z początku są nieznaczne.

Chorzy w pierwszym okresie skarżą się na lekki ból i pieczenie tylko przy jedzeniu twardych lub ostrych pokarmów. W późniejszym okresie, naturalnie, bóle wzmagają się, czyniąc zupełnie niemożliwym jedzenie twardych pokarmów; gdy następuje rozpad, tworzą się owrzodzenia, nawet płyny wywołują ból. Dziąsła zaczynają krwawić, zjawia się obfity ślinotok, co przygnębiająco wpływa na usposobienie chorych.

Owrzodzenia gruźlicze dziąseł odróżniać należy od owrzodzeń wilkowych, które częściej były spostrzegane. Wilk najczęściej przechodzi ze skóry na wargi, dziąsła i gardziel, gruźlica — naodwrot, z błony śluzowej przechodzi na skórę. Wilk drąży głębiej w tkanki, doprowadzając do większych zniszczeń, w gardzieli np. do eliminacji języzka, podniebienia. Wilka spotykamy najczęściej u osobników zdrowych, silnych, gruźlicę — u wyniszczonych, zdeklarowanych suchotników (chociaż w naszym przypadku stan ogólny był weale niezły, i chory zupełnie nie robił wrażenia osobnika gruźliczego). Gruźlica rozwija się szybko, sprowadzając prędko śmierć przez wyniszczenie, wilk rozwija się powoli, w granulacjach wilkowych jest mało lub weale niema laseczników gruźliczych, w gruźliczych jest ich bardzo dużo.

Brak charakterystycznych blizn w gardzeli, jakichkolwiek bądź śladów przebytego przymiotu na skórze dają możność odróżnienia przymiotowych owrzodzeń dziąseł od gruźliczych.

Następnie owrzodzenia przymiotowe obficie ropieją, gruźlicze — bardzo mało, z wyjątkiem tych przypadków, gdzie sprawa przeszła na kość.

W przymiocie wydzielają się duże sekwestry, w gruźlicy tego niema. Naturalnie rozstrzyga sprawę znalezienie laseczników; ostatecznie dla rozpoznania dajemy *ex juvantibus kali jodatam*, fryckeye.

Rakowate owrzodzenia są kraterowate, sprawa zaczyna się zwykle w postaci guza, co bardzo rzadko widzimy w gruźlicy, następnie chorzy mają silne bóle nie tylko przy jedzeniu, czego w gruźlicy nie spotykamy.

Rokowanie zależy od tego, czy gruźlica dziąseł jest cierpieniem pierwotnem, czy też wtórnem. Przypadki gruźlicy dziąseł pierwotnej pod względem rokowania są niezłe; bywały nawet przypadki zupełnego i trwałego wyleczenia (przypadek ODENTHAL'a). W naszym przypadku również stan ogólny był względnie dobry; pomimo że sprawa trwała kilka miesięcy, chory nasz nie schudł, a nawet podczas leczenia trochę się poprawił.

Przypadki wtórnej gruźlicy dziąseł są rozpaczliwe: występują one najczęściej u suchotni-

ków wyniszczonych, słabych, którzy, nie mogąc z powodu bólu dziąseł odżywiać się, szybko bardzo chudną, co przyspiesza zejście śmiertelne.

Leczenie polega na wyskrobywaniu owrzodzeń ostrą lyżeczką z następczem przyżeganiem kwasem mlecznym lub trójchlorkoocetowym, najlepiej po znieczuleniu kokainą.

Stosowałem w przypadku naszym 20% roztwór wyskokowy kokainy, który znakomicie znieczulał: chory absolutnie nie czuł bólu przy lyżeczkowaniu. Można również w narkozie głębiej wyskrobać granulacye i przypalić żegadłem PAQUELIN'a.

W ostatnim okresie u suchotników wyniszczonych leczenie objawowe: płukanie *tra myrrhae + tra opii*, pendzlowanie gliceryną karboleną, mentolem.

LITERATURA.

- 1) MIKULICZ i KÜMMEL — Die Krankheiten des Mundes.
- 2) SCHLIFEROWITSCH — Ueber Tuberculose der Mundhöhle.
- 3) ZANDY — Ueber Tuberculose der Alveolarfortsätze.
- 4) F. KRAUS — Die Erkrankungen der Mundhöhle und der Speiseröhre.
- 5) SCHECH — Krankheiten der Mundhöhle.
- 6) BRESGEN — Krankheits- und Behandlungslehre der Nasen-Mund und Rachenhöhle.

WYKŁADY KLINICZNE.

HANSEMANN.

STUDYA ETIOLOGICZNE

nad zapaleniem wyrostka robaczkowego.

Poglądy na przyczyny zapalenia wyrostka robaczkowego dotychczas jeszcze znacznie się rozchodzą. Nie ulega wątpliwości, że najroz-

maitsze okoliczności prowadzić mogą do zapalenia wyrostka i otoczenia tegoż, jeśli nawet pominiemy sprawy zapalne swoiste (*tuberculosis, actinomycosis, typhus*). Obecnie panuje powszechna zgoda, że zapalenie wyrostka stanowi cierpienie bakteryjne, i że wpływ czysto mechaniczny zastoju kału lub kamieni kałowych za bezpośredni czynnik przyczynowy uważany być

nie może. Niezgodność zaczyna się dopiero z chwilą, gdy wytłumaczyć mamy, jak bakterye w czyn wstępują. Poglądy autorów w tym względzie dadzą się podzielić na 2 grupy. Jedni, jak SAHLI, NEUHAUS, ADRIAN, KLEMM, utrzymują, że rola bakteryi tu jest taka sama, jak w zapaleniu gardzieli, gdyż wyrostek robaczkowy jest również obficie zaopatrzony w torebki limfatyczne. SAHLI posuwa analogię nawet do tego stopnia, że zapalenie wyrostka chrzezi mianem *anginae proc. vermicularis*. Inni autorzy są zdania, że drobnoustroje wówczas tylko szkodliwie działają, gdy szczególne okoliczności temu sprzyjają. Do tych okoliczności zaliczają jedni (RIBBERT) zwężenie przewodu wyrostka, inni (EWALD) zastój kału z jakiegokolwiek przyczyny, inni (MIECZNIKOW, SCHILLER, OPE) obecność większych pasorzytów zwierzęcych lub ciał obcych i t. d.

Wymienione momenty usposabiające rzeczywiście stwierdzić można w pewnej części przypadków. W innych razach przypadki zapalenia wyrostka występują epidemicznie, szczególnie w związku z epidemią grypy.

Wobec tej ostatniej okoliczności przyjąć należy, że i bez miejscowo działających czynników możliwe jest zakażenie wyrostka bardzo złośliwymi bakteriami. Normalna wąskość wyrostka już sama przez się musi sprzyjać rozwojowi bakteryi, gdy te do wyrostka się przedostały, i to bez nadmiernego nagromadzenia torebek w tym narządzie. Obfitość torebek w wyrostku nie jest zresztą tak stała, jak to niektórzy podają, nawet w wieku młodzieńczym, lecz zachowuje się tak samo zmiennie, jak w innych odcinkach kiszek.

HANSEMANN głównie badał normalne stosunki, prawidłowe zachowanie się wyrostka oraz zbaczające od normy odmiany wrodzone, które za czynniki usposabiające do rozwoju zapalenia uważane być mogą. RIBBERT pierwszy opisał fizyologiczną involucję wyrostka. HANSEMANN najzupełniej zgadza się z poglądem RIBBERT'a i nie podziela zdania tych autorów, którzy w każdym przypadku zarośnięcia przewodu wyrostka chcą widzieć następstwo przebytego zapalenia.

W okresie płodowym wyrostek robaczkowy wychodzi z kiszki ślepej w kształcie lejka, który stopniowo zwęża się w kierunku do wierz-

cholka. Podobne wyrostki niekiedy spostrzeżać można i po urodzeniu, a w niektórych przypadkach w tym stanie przez całe życie pozostają. Jestto wyraz infantylizmu, któremu najczęściej towarzyszą jeszcze inne oznaki tego stanu: wąska aorta, wężkowate jajowody, niedostateczne zstępowanie jąder (*descensus testiculorum*) i t. d. Do takiego wyrostka przedstawia się naturalnie z wielką łatwością kał z kiszki ślepej, lecz zwykłej sprawy zapalnej w takim wyrostku HANSEMANN nigdy nie spostrzegł, jakkolwiek sprawy zakażne swoiste (gruźlice, tyfusowe, promienicze) zachodzić tu mogą.

Zjawisko to pozostaje w związku z tą okolicznością, że kał z taką samą łatwością opuszcza wyrostek, z jaką doń przeniknął. Podobnie jak zwierzęta, u których wyrostek dalszy ciąg kiszki ślepej stanowi i zawsze kałem jest wypełniony, ludzie z wyrostkiem lejkowatym zabezpieczeni są od *epityphlitis*.

Przeciwieństwo do kształtu lejkowatego stanowią wyrostki z nieprawidłowo wąskim wejściem. To ostatnie może zależeć od 3 przyczyn: 1) od wytworzenia zastawki GERLACH'a; 2) od położenia wyrostka; 3) od zmian zapalnych u ujścia (fizyologiczna obliteracya przewodu wyrostka zaczyna się zwykle u końca obwodowego, w znaczeniu jednak etiologicznem jest równoznaczna z zarośnięciem zapalnego pochodzenia).

Co się tyczy zastawki GERLACH'a, to dla nas ważna jest nie kwestya, jak często ona się zdarza, lecz jak często ona ujście wyrostka zwęża lub zamyka. Na mocy odpowiednich badań anatomicznych przyjmujemy obecnie, że zastawka na zawartość kału w wyrostku żadnego istotnego wpływu nie wywiera: jednakowo często znajdujemy kał w wyrostku, zaopatrzonym w zastawkę lub pozbawionym tejże. O domykalności zastawki przekonać się można na trupie, wpędzając wodę zabarwioną do kiszki cienkiej po uprzednim podwiązaniu kiszki grubej w odległości 30 — 40 ctm. od zastawki i odcięciu końca wyrostka. Można wówczas stwierdzić, że domykalność zastawki, zależna jest od jej wielkości oraz rozciągliwości ujścia wyrostka. Gdy zastawka dobrze funkcyonowała, HANSEMANN w zwykłych warunkach nigdy nie znajdował w wyrostku kału, jedynie tylko śluz; przeciwnie przy niedomykalności zastawki zaw-

sze można było znaleźć w wyrostku obecność kału, niekiedy wprawdzie w małych tylko śladach.

Położenie wyrostka ma ogromne znaczenie dla jego przepuszczalności. Położenie to bywa, jak wiadomo, najrozmaitsze. Wyrostek może wchodzić do małej miednicy, może leżeć poprzecznie przed kątnicą albo poza nią, być zwróconym ku górze w kierunku do wątroby i dotykać jej. Istnieje nadto szereg rzadszych odmian, np. położenie zaotrzewnowe.

Wreszcie stosunki urozmaicają się w zależności od długości *mesenteriola*, przyczem wyrostek przebiegać może wężykowato, ściśle przylegać do kiszki lub być zupełnie wolnym. Te rozmaite stosunki mogą się kombinować z rozmaitem położeniem wyrostka (w kierunku ku górze, ku dołowi, naprzód, wtył) i różnymi stopniami przepuszczalności zastawki. Wszystkie położenia wyrostka, które do załamania (Abknickung) jego ujścia prowadzą, zmniejszają jego drożność, a więc ściśle przyleganie do kątnicy, kierunek wyrostka ku dołowi, jakkolwiek mocno załamany wyrostek może jeszcze pozostawać drożnym, jeśli posiada szerokie ujście, a mało zgięty wyrostek z silnie rozwiniętą zastawką może być całkiem niedrożny. Nadto jasnym jest, że drożność upośledzona być może przez zrosty albo inwolucję fizyologiczną.

Przy wszystkich wyżej wymienionych stosunkach ważna jest nie tyle kwestya, czy kał a wraz z nim bakterye łatwo do wyrostka przenikają, ile raczej ta okoliczność, jak łatwo substancye te z przewodu wyrostka wydostać się mogą. O drożności wyrostka w odwrotnym kierunku przekonać się można, wstawiając rurkę w obwodowy nadejty koniec wyrostka i przepuszczając przez nią płyn. Unikać przytem należy zmiany położenia wyrostka, gdyż w przeciwnym razie stwarzamy zupełnie nowe warunki. Badając w ten sposób drożność wyrostka, przekonywamy się, że z wyrostka, do którego

z trudnością przedostaje się kał, tenże z trudnością wydostaje się. Stosunek ten jednak stały nie jest. Często tak bywa, że wydostawanie się jest łatwiejsze, niż przenikanie.

Przy próbowaniu przepuszczalności wyrostka ze strony kiszki pod wysokim ciśnieniem zdarza się, że położenie ruchomego wyrostka zmienia się, przez co istniejące załamania zostają wyrównane, a wyrostek naraz staje się drożny. Również skutkiem rozciągnięcia kiszki ślepej domykałość zastawki staje się niedostateczną, przez co zwiększa się drożność wyrostka, do którego wówczas kał przedostać się może. Jeżeli kiszka ślepa wtedy się opróżnia, to wyrostek wraca do swej poprzedniej pozycji, w której wydostanie się wtłoczonych tam mas kałowych może być bardzo utrudnione. Gdy jednak wyrostek jest nieruchomy, zamknięcie jego przy silnem wypełnieniu kiszki może stać się coraz większem i wreszcie zupełnem. Takie jednak napełnienie kiszki w rzeczywistości nigdy się nie zdarza, nawet w przypadkach zupełnego zamknięcia światła kiszki z zastojem mas kałowych aż do żołądka. Przez rozdymanie jednak powietrzem otrzymać można znaczne rozciągnięcie kiszki. Wzdęcie kiszki (*meteorismus*) łatwo doświadczalnie wywołać można, wlewając do kiszki nieco płynu i wpędzając następnie powietrze w rozmaitych ilościach. Takie wypełnienie kiszki powietrzem wywiera na drożność wyrostka działanie o wiele silniejsze, niż wypełnienie płynem. Działanie powietrza można jeszcze spotęgować przez mięsienie okrężnicy i inne wpływy mechaniczne. Już przy umiarkowanem napełnieniu kiszki powietrzem, występuje wówczas otwarcie ujścia wyrostka, a płyn zabarwiony przenika do wnętrza przewodu wyrostkowego aż do wierzchołka.

(D. n.).

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

GINEKOLOGIA.

Niektóre nowsze prace O PĘKNIĘCIU MACICY.

D-r BAISCH (Tubinga). **Pęknięcie macicy podczas ciąży.**

Sprzeczność poglądów, dotyczących się powstawania pęknięć macicy ciężarnej, skłoniły autora do zestawienia 78 przypadków pęknięć macicy podczas ciąży w celu ustalenia i wyjaśnienia przyczyn tego ciężkiego powikłania ciąży.

Poszukiwania drobnowidzowe, dążące do wykrycia stałych zmian w budowie tkanek macicy, usposabiających do pęknięć tego narządu, nie zostały uwieńczone dotąd dodatnimi wynikami. Zanik włókien sprężystych lub chorobowe zmiany w nich, nacieczenie drobnokomórkowe mięśnia macicznego, zwyrodnienie tłuszczowe mięśnia macicy ciężarnej, jako zjawiska stałe, spostrzegane w macicy ciężarnej, nie mogą być pożytywane za ostateczną przyczynę pęknięcia tego narządu, lecz winny być odniesione do wpływu ciąży na mięsień macicy, zgodnie z badaniem PICK'a i FRANQUÉ'a. Przypuszczenie więc niektórych autorów o istnieniu jakiegoś szczególnego usposobienia do pęknięć macicy ciężarnej nie ostaje się wobec faktów anatomicopatologicznych. Aczkolwiek istnieje niewielka, wszakże, liczba przypadków niejasnych z punktu widzenia etiologicznego, to ztąd nie wynika konieczność tłumaczenia pochodzenia pęknięcia macicy przez pusto obecnie brzmiący i pozbawiony treści wyraz: usposobienie (*praedispositio*).

Wogóle, na podstawie etiologii, pęknięcia macicy ciężarnej mogą być podzielone w sposób następujący:

I. Pęknięcia gwałtowne.

- a) przez uraz;
- b) przy poronieniu sztucznem.

II. Pęknięcia dobrowolne.

- a) skutkiem nieprawidłowego przyklejenia się jaja płodowego (*gr. interstitialis*).
- b) skutkiem nieprawidłowego rozwoju macicy (*uterus bicornis, infantilis*).
- c) z powodu wrodzonej lub nabytej cienkości ścian macicy.
- d) skutkiem spraw zapalnych (gruźlicy) i nowotworów (rak, mięśniak).
- e) z powodu blizn w ścianie macicy.
 - 1) po cięciu cesarskim;
 - 2) po obrażeniach macicy.

Wpływ wyżej wymienionych przyczyn na powstanie pęknięcia macicy nie jest jednakowy. Największe znaczenie dla omawianej sprawy posiada — uraz, który w $\frac{1}{4}$ ogólnej liczby przypadków pęknięć stale wykryć się daje. Zakres działania urazu na pęknięcie macicy nie jest jednak tak obszerny, jak chcą niektórzy autorowie, ani też uraz nie może być pożytywany jako jedyna przyczyna pęknięć, jak mniema FRANK. Macica ciężarna pęka skutkiem urazu, który podziałał pośrednią lub bezpośrednią drogą na macicę. Macica wtedy pęka albo w sposób podobny, jak napęczniały pęcherz moczowy, jeżeli wypełniająca go zawartość uderza z wielką siłą na pewną część jego ściany, albo macica, uderzając pod wpływem urazu na wystającą część kostną miednicy (wzgórek krzyżowy), zostaje uciśnięta i przedziurawiona. Oczywiście, dłuższe chodzenie, taniec, śmiech, przestrasz, parcie na stolec nie mogą być uznane jako jedyne przyczyny pęknięcia macicy, a wtedy w grę wchodzić muszą jeszcze inne czynniki, a mianowicie: zmiany w tkankach ścian macicy pod wpływem spraw chorobowych. Do kategorii tego rodzaju wpływów zaliczyć należy: ciążę śródmiaższową, kiedy jajo płodowe rozwija się wewnątrz ściany macicy na granicy między macicą a jajowodem; nieprawidłowy rozwój narządu płciowego: macicę dwurogą, macicę dziecięcą; wrodzoną cien-

kość ścian macicy lub nabytą skutkiem pewnych chorób ogólnych (gruźlica—BAYER); guzy (*myomata*), sprawy zapalne (*metr. interstitialis chr.*) macicy; nadmierne bujanie kosmków i wrastanie ich w warstwę mięśniową macicy; blizny w ścianach macicy. Pęknięcia skutkiem blizny po cięciu cesarskim nie są tak rzadkie, kiedy KRUKENBERG zdołał zebrać 21 podobnych przypadków. Wyjaśnienie związku pomiędzy blizną a pęknięciem macicy nie jest zbyt trudne, badania bowiem ASCANAZY'ego, STILLING'a, PFITZNER'a wykazały, że tkanka mięśniowa po przecięciu nie odradza się (*regeneratio*) w zupełności, lecz połączenie końców rany mięśniowej następuje za pomocą tkanki łącznej. Ponieważ tkanka łączna jest mocniejsza, aniżeli mięśniowa, ale za to rozciągliwość jej jest ograniczona, przeto skurcze mięśnia i ciśnienie wewnątrzmaciczne łatwo może spowodować pęknięcie tkanki zbliznowaciałej.

Nie tylko obszerne blizny pooperacyjne, ale i małe po przedziurawieniu macicy, a nawet nieznaczne uszkodzenie całości mięśnia macicznego lub zdarzenie niektórych jego warstw przy skrobaniu już może usposabiać do pęknięć. Nie chodzi tu wtedy o to, że warstwa mięśniowa jest cienka, albowiem jednostajne zcieńczenie mięśnia w dosyć wysokim stopniu spotykamy u wieloródek, a jednakowoż macica pęknięciu nie ulega, ale o to, że wytwarza się niestosunek pomiędzy elastycznością rozmaitych odcinków mięśnia macicznego. Blizna pozostaje zawsze bierną na ciśnienie wewnętrzne, a wtedy dla powstania pęknięcia początkowo nieznacznego wystarczają niewielki uraz lub więcej żywe i silne ruchy płodu. W otwór, powstały skutkiem pęknięcia, wstawia się pęcherz płodowy, i pod wpływem parcia zwewnątrz pęknięcie rozszerza się co raz dalej, póki nie nastąpi pęknięcie całkowite.

Jeszcze jeden moment etiologiczny zasługuje na zaznaczenie dla wyjaśnienia niektórych przypadków pęknięcia macicy, a mianowicie, utworzenie się zlepow macicy z sąsiednimi narządami.

Cienkie zrosty otrzewnowe macicy rozciągają się i rozrywają wraz z postępem ciąży, przy istnieniu jednak mocnych zlepow prawie zawsze następuje poronienie. Tego rodzaju zejście ciąży będzie pomyślne dla matki i ochroni ją od

ciężkiego powikłania, jakim jest pęknięcie macicy, ale, że nie zawsze tak bywa, wskazują przypadki BIDDER'a, DUBOIS'a, HERZFELD'a, które zakończyły się pęknięciem macicy w końcu ciąży skutkiem niepodatnych, twardych i nadzwyczaj mocnych zrostów macicy. Przyczyną pęknięcia macicy w tych przypadkach było nierównomierne rozszerzanie i rozciąganie się ścian macicy, a dzięki temu niektóre części mięśnia wydrążonego uległy nadmiernemu napięciu, co w końcu musiało spowodować pęknięcie macicy.

Objawy pęknięcia macicy ciężarnej najwięcej znamienne są: objawy krwotoku wewnętrznego (zapaść), wstrząs i podrażnienie otrzewny. Ciężarna ucuwa gwałtowny ból w brzuchu, poczem następuje zapaść i wymioty. Występują znaki zamierania płodu: zanika bicie serca i ustają ruchy. Ten ostatni objaw nie bywa stały (LEOPOLD), niekiedy bowiem łożysko pozostaje w macicy, a dziecko rozwija się dalej. Krwotok zewnętrzny bywa zwykle bardzo mały, albo go nawet może nie być. W tych przypadkach, w których krwotok jest obfity, zawsze należy podejrzewać poronienie sztuczne.

Pod względem anatomicznym, według mniemania wielu autorów, cechą pęknięcia macicy jest umiejscowienie jego w okolicy dna, BAISCH jednak na zasadzie zestawienia zebranych przez siebie przypadków wypowiada nieco odmienne zdanie, a mianowicie: miejsce pęknięcia macicy ciężarnej znajduje się w ciele macicy, w jej części umięśnionej i kurezącej się, w przeciwieństwie do pęknięć macicy podczas porodu, które powstają w szyi macicy.

Przebieg tego groźnego powikłania bywa rozmaity. W pierwszych miesiącach grozi chorym śmierć z krwotoku. W przypadkach pęknięcia macicy dwurogiej śmierć z krwotoku nastąpiła w 82% przypadków.

W drugiej połowie ciąży krwotok z powodu pęknięcia już nie jest tak groźny. Macica, po wypadnięciu jaja płodowego do jamy brzusznej, kurezy się, a krwotok ustaje po krótszym lub dłuższym czasie. Płód prawie zawsze ginie. Niebezpieczeństwo zakażenia nie jest wielkie z powodu zamknięcia szyi macicy, i w rzeczywistości przypadki śmierci z posocznicy należą do rzadkości.

W przypadkach nieoperowanych (SAENGER, BAER) płód ulega rozkładowi i gniciu, tworzą się długotrwałe przetoki brzuszne lub płód otarbia się, i dopiero rozkład gnilny płodu zmusza do zabiegu operacyjnego, t. j. usunięcia płodu od strony pochwy. Tego rodzaju przypadki należą jednak do przeszłości.

Leczenie pęknięć macicy ciężarnej może być tylko operacyjne i polegać winno na dokonaniu cięcia brzuszego. Skutkiem tego, że brzegi pęknięcia bywają postrzępione, zeszcycie rany nie zawsze jest możliwe, i zabieg operacyjny po wydobyciu płodu najczęściej kończy się musi nadpochwowem wycięciem macicy.

Zejście przypadków operowanych nie jest zbyt pomyślne: z 27 operowanych kobiet—10 zmarło, 15 wyzdrowiało, w 2 przypadkach autorzy nie podali wyniku operacji.

Co się tyczy zapobiegania temu tak ważnemu i groźnemu dla życia matki i płodu powikłaniu ciąży, to sprawa ta wiąże się z leczeniem ginekologicznem i postępowaniem akuszersyjnym. Wszelkie zabiegi na macicy ciężarnej i nieciężarnej powinny być tak dokonane, aby z powodu nich całość mięśnia macicznego nie była uszkodzona, a ściana macicy przedziurawiona.

(Beitraege zur G. und G. Bd. VII. Hft. 2).

OTTO V. FRANQUÉ. **Powstawanie i leczenie pęknięć macicy.**

Ściany macicy nieciężarnej i w pierwszych miesiącach ciąży mogą być przerwane jedynie drogą urazu zewnętrznego. Przedziurawienie następuje skutkiem nieumiejętnego użycia zgłębnika, łyżeczki, kleszczyków (korncangów) przy zabiegach leczniczych lub rękoczynach występnym (poronienie sztuczne), albo też skutkiem nadzwyczajnej kruchości i wiotkości ścian macicy, które uległy zmianom chorobowym czy to z powodu zakażenia, czy to z powodu starczego zwijania się macicy, zamknięcia światła naczyń (*obliteratio*), odżywiających tkanki macicy, i w końcu skutkiem obrzęku ścian macicy (*myometri-tis oedematosa*) przy tyłozgięciu macicy (KENTMANN).

Rokowanie w przypadkach przedziurawienia macicy przy wyżej omówionych okolicznościach bynajmniej zle nie jest, o ile jednocześnie lub poprzednio nie nastąpiło zakażenie posocznice. Postępowanie lecznicze w przypadkach przedziurawienia macicy polega na natychmia-

stowem przerwaniu zabiegu, zaniechaniu przepłukania macicy, unieruchomieniu narządu płciowego i kiszek przez ułożenie chorej w łóżku i podanie makowca. Postępując w ten sposób unikamy cięcia brzuszego lub całkowitego wyluszczenia macicy drogą pochwową; te ostatnie zabiegi będą wskazane w celu wstrzymania krwotoku lub w celu usunięcia macicy, dotkniętej zakażeniem posoczniczem lub zgorzelą.

Macica nieciężarna lub w pierwszych miesiącach ciąży może pęknąć podczas rozszerzania szyi macicy, dokonywanego zbyt gwałtownie za pomocą dylatorów, co następnie może spowodować krwotok i potrzebę poważniejszego zabiegu. Ztąd dla lekarzy-praktyków, nie posiadających właściwej pomocy przy operacjach, wynika wskazówka, aby rozszerzania macicy dokonywali za pomocą sposobów bezpieczniejszych, chociaż dłużej działających (blaszeniec, gaza jodoformowa).

Przyczyną pęknięcia macicy podczas ciąży może być uraz nawet wtedy, kiedy nie było uszkodzenia ścian brzucha, a przez uraz zostały dotknięte inne części ciała np. skutkiem upadku z pewnej wysokości na barki, plecy, pośladki, kończyny dolne. W większości przypadków nie istniały nawet warunki, usposabiające do pęknięcia macicy. Z przyczyn, które w ciąży mogą spowodować pęknięcie macicy niezależnie od urazu zewnętrznego, należy wymienić zgodnie z LEOPOLD'em, JELLINGHAUS'em, ALEKSANDROFF'em zwyrodnienie mięśnia macicy, jego cienkość, zanik i zbliznowacenie. Przy istnieniu tego rodzaju zmian skurecze mięśnia macicznego w czasie ciąży wystarczają, aby nastąpiło pęknięcie macicy. Należy przy tem nadmienić, że pęknięcie macicy ciężarnej spostrzegano najczęściej w takich przypadkach, w których przy poprzednich porodach łożysko było odklejane ręcznie z powodu zbyt głębokiego wrastania kosmków w tkankę mięsną macicy przy jednoczesnym zaniku doczesnej. Zmiany więc mięśnia macicznego zależały od nadmiernego bujania kosmków, i w tym tylko sensie należy tłumaczyć związek etiologiczny między pęknięciem macicy ciężarnej a ręcznym odklejeniem łożyska.

Oprócz zmian nabytych przyczyną pęknięcia macicy ciężarnej bywa niedorozwój macicy lub nieprawidłowość w rozwoju macicy: jak np

macica dziecięca, macica o zarodkowym rogu dodatkowym.

Objawy pęknięcia macicy ciężarnej nie bywają zbyt gwałtowne. Krwotok zewnętrzny i wewnętrzny nie jest zwykle zbyt wielki, ani też zapaść, natomiast bóle często bywają długotrwałe, a często dotkliwe. Rozpoznanie bez uśpienia chorej jest trudne z powodu napięcia ścian brzusznych, po zachloroformowaniu jednak łatwo daje się wyczuć płód obok pustej macicy.

Leczenie przypadków pęknięcia macicy ciężarnej dla praktyków ogólnych jest niedostępne, ponieważ wymaga dokonania cięcia brzuszno i zeszywania rany macicy, o ile nie zajdą okoliczności, zmuszające do wyluszczenia macicy. Dla lekarza praktyka ten fakt wszakże winien być ważnym, a zarazem łagodzącym przebieg pęknięcia macicy, że w ciąży macica ulega pęknięciu prawie zawsze w okolicy dna, gdzie znajdują się tylko małe naczynia krwionośne, a dzięki temu krwotok ustaje szybko, kiedy macica skurczy się dostatecznie. Niebezpieczeństwo skutkiem pęknięcia macicy ciężarnej zmniejsza jeszcze ta okoliczność, że w tych przypadkach unikamy zakażenia z powodu zamknięcia szyi macicy. Ztąd też zejście pomyślne przypadków pęknięcia macicy jest prawie prawidłem, a co więcej chore po wyzdrowieniu zachodziły w ciążę i rodziły na czasie i prawidłowo. A zatem ciężarne z macicą pękniętą winny być przewożone natychmiast do zakładów położniczych, gdzie znajdują wszelkie warunki dla pomyślnego przebiegu cierpienia.

Nauka o pęknięciu macicy podczas porodu i obecnie związana jest z imieniem BANDL'a. Jak wiemy, macica podczas porodu dzieli się na dwie części — czynną, którą tworzy górna część, i bierną, którą tworzy t. zw. dolny odcinek macicy i szyja, innemi słowy, macica dzieli się podczas porodu na mięsień wydrążony i przewód przejściowy, przedzielone pierścieniem przewężnym w tem miejscu, gdzie otrzewna ściśle przylega do ścian macicy. Jeżeli zachodzą przeszkody porodowe dla wyrznięcia się płodu, wtedy, przy wzmagającej się pracy mięśnia wydrążonego, tenże kureczy i unosi się ku górze, przyczem coraz większa część płodu wtłacza się w przewód przejściowy, który rozciąga się przez to nadmiernie i w końcu pęka bądź dobrowolnie,

bądź skutkiem wprowadzenia ręki lub narzędzi przez akuszerza.

W ten sposób powstają pęknięcia porodowe macicy dobrowolne lub gwałtowne, i przyczem macica pęka wraz z otrzewną lub też otrzewna pozostaje nienaruszoną (pęknięcia drażące i niedrażące). Najczęstszym miejscem pęknięcia bywa dolny odcinek macicy i szyja, rzadziej sklepienia pochwowe, które pękają najczęściej przy przeszkodach nisko położonych i przy położeniach poprzecznych, kiedy barki przodujące opuściły się zbyt nisko do pochwy. Rozróżnienie pęknięcia macicy i sklepień pochwowych niema wielkiego praktycznego znaczenia, ponieważ sposób powstawania, zapobiegania, rokowania i leczenia jest jednakowe w jednym i drugim przypadku. BANDL, a za nim FREUND upatrują przyczynę częstego pęknięcia dolnego odcinka macicy i szyi we wklonowaniu się, a raczej uwięzieniu tej ostatniej między główką płodu a macicą, co ma zapobiegać szerzeniu się pęknięcia na pochwę. Co więcej, FREUND posuwa się nawet w swych twierdzeniach tak daleko, że wszystkie pęknięcia macicy przy położeniach poprzecznych zalicza do gwałtem dokonanych, przyznając możliwość dobrowolnego pęknięcia przy tych położeniach tylko pochwie.

Taki pogląd FREUND'a nie doznał ogólnego przyjęcia, ponieważ uwięzienie szyi zdarza się znacznie częściej, aniżeli pęknięcie macicy; pochwa posiada wysoki stopień rozciągliwości swych tkanek, a dolny odcinek macicy pęka pomimo braku uwięzienia jego i to dla tego, że już w końcu okresu przygotowawczego cienieje i rozciąga się, a wtedy może uleść rozdarcie pod wpływem dwóch rozbieżnie działających sił: mięśnia wydrążonego, ciągnącego dolny odcinek ku górze, i części przodującej płodu, napierającej nań ku dołowi. Do wyjaśnienia pęknięcia macicy wystarcza najzupełniej unieruchomienie macicy przez wiązadła od dołu, a jako dowód przytoczyć można dobrowolne pęknięcie macicy przy położeniach poprzecznych i przy położeniach podłużnych nawet wtedy, kiedy główka lub pośladki opuściły się do jamy miednicy małej, a części przodujące już w sromie były widoczne, jak to pouczają spostrzeżenia KOBLANK'a, FUNKE'a, KNORR'a, STRASSMANN'a, STOLZ'a. Oczywiście, przyczyną pęknięcia macicy w przy-

padkach, przez wspomnianych autorów ogłoszonych, były nadmiernie rozwinięte barki, które w każdym bądź razie do uwięźnięcia szyi i dolnego odcinka macicy doprowadzić nie mogły. Dalej, warunki mechaniczne dla pęknięcia macicy mogą istnieć jeszcze przed wstawieniem się główki do próżni miednicy, przy główce, stojącej wysoko; jeżeli bowiem powstaje niestosunek między wzmożoną pracą mięśnia macicy a postępowaniem porodu, wtedy nadmiernie rozciągnięta tkanka macicy pęka, chociażby część przodująca była wstawiona nisko, a więc niezależnie od tego czy istnieje przeszkoda w wejściu miednicy lub nie (KOBŁANK).

Ten więc ostatni fakt, dokładnie sprawdzony, ma wielkie znaczenie dla lekarzy-praktyków, którzy nie powinni zapominać, że macica pęknąć może nawet wtedy, kiedy część przodująca znajduje się nisko i prawie w wyjściu.

Z przeszkód mechanicznych, usposabiających do pęknięcia macicy, należy wymienić ogólnie znane: miednicę ścieśnioną, wodogłowie, zbyt wielki płód, położenia poprzeczne, czołowe, twarzątkowe, guzy macicy i narządów sąsiednich, blizny szyi i pochwy, stwardnienie szyi macicznej, blizny i zrasty tkanki przy- i okołomacicznej.

Oprócz wymienionych wyżej przyczyn mechanicznej natury, pęknięcie macicy nastąpić może z powodu zmian organicznych jej tkanek, które powodują usposobienie (*praedispositio*) macicy do pęknięć.

Do tego szeregu przyczyn należą: blizny skutkiem spraw zapalnych w pochwie, szyi i trzonie macicy, blizny skutkiem pęknięcia rozdarcia lub przedziurawienia ścian macicy, jej szyi i pochwy, blizny po cięciu cesarskiem, blizny po zabiegach operacyjnych na pochwie i szyi macicy, po zaszyciu przetok pęcherzowych (DITTEL, v. BRAUN, PESTALOZZA). LANGE spostrzegał pęknięcie macicy przy łożysku przodującym u wieloródki, która na rok przed porodem miała wyparzoną jamę macicy sposobem PINKUS'a. Ze spraw zapalnych, usposabiających do pęknięć macicy, należy wymienić *metritis chr.* (SCHWARG, THOMSEN, SAENGER), doprowadzające do zwyrodnienia mięśnia skutkiem rozrostu tkanki łącznej lub do przemiany szklistej lub koloidalnej komórek mięśniowych, następnie *parametritis*, dzięki któremu tkanka macicy traci swe elasty-

czne włókna, a przeto mięsień traci swą sprężystość (PICK, FRITSCH), zbyt długie rozciągnięcie mięśnia macicznego może również uspasabiać do pęknięcia macicy, i tu zaliczyć należy: ciężę bliźniaczą (v. BRAUN, HUIKLENBROICH), obfitość wód (*hydramnios*) (FREUND, ABEL), niewłaściwe użycie kolpeuryntera i metreuryntera (BOSSE, HÜBEL) skutkiem nadmiernego i zbyt gwałtownego wypełnienia płynem balonu BRAUN'a.

Z zabiegów operacyjnych, dokonywanych na macicy nieciążarnej, najwięcej kryje w sobie niebezpieczeństw w stosunku do przebiegu porodu, a względnie uspasabia do pęknięcia macicy — przyszycie macicy do ścian pochwy (*vaginofixatio*). Skutkiem mocnej blizny na przedniej ścianie macicy rozciągnięcie narządu podczas ciąży odbywa się jedynie ze strony ściany tylnej, która przytem jeszcze cienieje w czasie porodu i zostaje narażona na rozdarcie skutkiem fałszywego kierunku osi płodu, podobnie jak to bywa przy brzuchu obwisłym. Porody po waginofiksacjach kończyły się niejednokrotnie pęknięciem macicy, a dla zapobieżenia takiemu groźnemu dla rodzącej powikłaniu porodu podejmowało wielu autorów cięcie cesarskie (STRASSMANN, KALLMORGEN).

Z chorób ogólnych, jakie według niektórych autorów mogą uspasabiać do pęknięcia macicy, wymienić w końcu wypada: gruźlicę (BAYER), ostre zapalenie nerek (v. GUÉRARD), dur brzuszny (JURINKA), a to dzięki sprawom zanikowym, przez nie w mięśniu macicznym wywołanym.

Po urodzeniu się płodu ściany macicy mogą być przerwane tak w okresie łożyskowym przy zabiegach zewnętrznych, oczywiście nieumiejętnych, i przy ręcznym wydobyciu łożyska, jak i w okresie połogowym albo skutkiem zabiegów, ręcznie lub za pomocą instrumentów wewnątrz macicy dokonywanych, albo skutkiem ważkich spraw połogowych, a przede wszystkim zgorzeli macicy.

Co się tyczy objawów, opis może być opuszczony ze względu na typowość ich, zaznaczyć tylko należy pewne uchylenia od prawidła, a mianowicie, pęknięcie macicy może nie spowodować zapaści chorej, a następnie nie zawsze macica pęka po długiej pracy porodowej, albowiem spostrzegano przypadki pęknięcia macicy zdrowej już w trzy godziny po odejściu wód, aczkolwiek

dodać należy, że pęknięcie macicy wkrótce po rozpoczęciu pracy porodowej i bez zwiastunów częściej zdarzało się w przypadkach, w których przyczyny uspasabiające wykryć się dawały.

Ponieważ leczenie pęknięć macicy podczas porodu nie daje pomyślnych rezultatów (z 10 przypadków, spostrzeganych przez FRANQUÉ'go, całkowitego pęknięcia macicy ani jeden nie zakończył się pomyślnie, a z 5 przypadków niedrażącego pęknięcia trzy wyzdrowiały; w klinice SCHAUTA'y na 10 przypadków drażącego pęknięcia macicy -- 5 zejść śmiertelnych; w statystyce KOBLANK'a na 56 drażących pęknięć macicy -- 47 zejść śmiertelnych), przeto główny nacisk położony być winien na zapobieganie tak groźnemu powikłaniu porodowemu.

Z tego względu przy miednicy ścięsnionej powinien być dokonany obrót zapobiegawczy we właściwym czasie, pęcherz płodowy utrzymany możliwie długo, a w razie śmierci płodu bezzwłocznie należy przystąpić do wymóżdżenia główki, aby próżnem wyczekiwaniem nie narazić rodzącej na niebezpieczeństwo rozdarcia macicy i przetok pęcherzowo-moczowych.

Przy wodogłowiu najważniejszym środkiem zapobiegawczym będzie zawsze wczesne rozpoznanie tej nieprawidłowości, które uchroni od zakładania niebezpiecznych w tym przypadku dla rodzącej kleszczy i zbyt długiego wyczekiwania.

Przy położeniach poprzecznych nie należy przepuścić najdogodniejszego dla obrotu czasu, t. j. momentu natychmiast po całkowitem rozwarciu ujścia zewnętrznego lub odejściu wód, a w przypadkach, w których macica obkurezona jest koło płodu, obrót powinien być dokonany w głębokim uśpieniu.

Wszystkie próby odwrócenia położenia twarzączkowego w tylnoczaszkowe mogą być czynione jedynie w uśpieniu, ponieważ nawet najwięcej wyćwiczeni technicznie operatorzy nie unikali pęknięcia macicy (OPITZ), a zatem zabieg ten nie może być zalecany w praktyce ogólnej.

W ciągu całego przebiegu porodu nie należy zapominać o położeniu macicy, które może nadać niewłaściwy kierunek osi płodu i przez to doprowadzić do jednostronnego rozciągnięcia macicznego. Macica powinna zawsze leżeć nieco skośnie w stosunku do wejścia do miednicy

i być umocowana przy pomocy właściwych bandaży.

Jeżeli zwiastunne objawy pęknięcia macicy wystąpią: macica zacznie wypuklać się po przez ściany brzuszne w kształcie złowieszcejszej ósemki, pierścień przewężny przebiegać będzie tuż pod lub nad pępkiem, górny odcinek macicy będzie skurezony tężcowo, a dolny nadmiernie rozciągnięty i bolesny, więzadła obłe wyprężone na podobieństwo drutów telegraficznych, tętno przyspieszone, ciepłota podwyższona, bóle nie ustają w czasie przerwy bólowej, rodząca jest niespokojna i ma wygląd ciężko chorej, wtedy, oczywiście, dla sumiennego lekarza istnieje tylko jedno wskazanie, a mianowicie: opróżnić możliwie szybko kanał porodowy. Między 80 przypadkami pęknięcia macicy, opisanymi przez KOBLANK'a, 47 należało do gwałtem dokonanych. Dane te wykazują konieczność unikania ciężkich potrzebujących wiele miejsca zabiegów operacyjnych, a mających na celu jedynie zachowanie życia dziecka, i to dość wątpliwego, jeżeli życie matki jest zagrożone; a przeto, w ogólnej praktyce lekarz - praktyk nie powinien się namyślać, czy ma lub nie ma dokonać zabiegu rozkawalenia płodu przy objawach, zwiastujących pęknięcie macicy. Z rękoczynów położniczych, które mogą być dozwolone przy grożącym pęknięciu macicy, powinny być zatem wyłączone wysokie i tak zw. ciężkie kleszcze; co się tyczy obrotu, to o możliwości wykonania jego można decydować dopiero po uśpieniu głębokiem rodzącej. Gdyby obrót okazał się możliwym, należy zawsze sprowadzić obydwie nóżki. Rodząca nie powinna wyrabiać bólów partych, a w razie wzmożonej pracy porodowej niezbędne i wskazane będzie zawsze podanie makowca. W końcu nadmienić należy, że wykonanie zabiegu operacyjnego w wyżej wymienionych okolicznościach powinno odbyć się na miejscu, rodząca bowiem przez przewiezienie do zakładu położniczego może być narażona na pęknięcie macicy.

Wykonanie operacji wymóżdżenia lub obezgłowienia płodu wymaga ze strony akuszera zachowania wszelkiej ostrożności i oględności w wykonaniu zabiegu, aby zbyt gwałtownem wprowadzeniem haka lub perforatora nie powiększyć zbyt szybko ciśnienia wewnętrznego i przez to samo nie sprowadzić pęknięcia macicy.

Przy wykonywaniu przeto wymóżdzenia, główka winna być unieruchomiona zzewnątrz, a przy wprowadzaniu haka dla pokrycia instrumentu powinna być wprowadzona ręka, odpowiadająca główce: w ten sposób zawsze unikniemy bocznych ruchów główki.

Ze względów zapobiegawczych kobieta, która była dotknięta pęknięciem macicy, przy ciąży następnej powinna znajdować się pod stałą opieką lekarską, a rodzic, o ile to będzie możliwe, w zakładach położniczych.

Jeżeli pęknięcie macicy nastąpiło, pierwszym zabiegiem lekarza będzie opróżnienie jamy macicy drogą naturalną, o ile dziecko jest żywe, a pęknięcie macicy nastąpiło podczas operacji lub w obecności lekarza. W ten sposób, według statystyki KOBLANK'a, w 10 przypadkach pęknięcia macicy 8 razy zdołano wydobyć żywe dziecko. Sprawa przedstawia się jednak inaczej, jeżeli lekarz został wezwany z powodu pęknięcia macicy, i wtedy powstaje pytanie, kiedy chora ma być rozwiązana drogą naturalną i leczona w domu, a kiedy ma być przewieziona do zakładu leczniczego w celu wykonania cięcia brzuszego.

FRANQUÉ, opierając swą odpowiedź na statystykach wielkich zakładów położniczych, orzeka, że rozwiązanie powinno nastąpić zawsze drogą naturalną, o ile to tylko jest możliwe, a przytem za pomocą wymóżdzenia, jeżeli główka znajduje się w wejściu lub w górnej części miednicy małej; w niezmiernie rzadkich przypadkach, kiedy główka znajduje się w próżni, za pomocą kleszczy; zwykle jednak za pomocą obrotu, kiedy główka znajduje się nad wejściem, lub płód wypadł do jamy brzusznej. Wydobicie płodu powinno być dokonane w możliwie krótkim przeciągu czasu po pęknięciu macicy, aby uchronić rodzącą od rozkładu płodu, błon i łożyska i związanego z tem ostatniem szybkiego powstania zakażenia gnilnego i posoczniczego. Wielka część chorych z pękniętą macicą umierała skutkiem zakażenia, jak to wskazują statystyki odnośne, część jednak tych zakażeń przypisać należy niezachowaniu aseptyki i antyseptyki przy długotrwałych porodach. Nietylko więc winna być zachowana niezmierna czystość przy wykonywaniu zabiegów położniczych, ale i w czasie długotrwałych porodów pochwa winna być często odkażana.

Po wydobyciu dziecka, należy próbować zatamowania krwotoku przez proste nałożenie na brzuch bandaża uciskającego, który ułatwia zbliżenie się ku sobie brzegów rany macicy; następnie wprowadzamy w ranę sączek gumowy, aby ułatwić spływanie wydzielin nazewnątrz. Tego rodzaju postępowanie wystarcza w większości przypadków, i prawie wszyscy autorowie ostatniej doby zgadzają się, że operacja z powodu pęknięcia macicy jest niezbędna li tylko w przypadkach, w których zachodzi obawa śmierci z krwotoku; wogóle zaś, jeżeli opanujemy krwotok za pomocą ucisku, postępowanie zachowawcze daje najlepsze wyniki, tak przy drażących, jak niedrażących pęknięciach macicy.

Wobec krwotoku lekarz praktyczny bynajmniej nie zostaje bezradnym, oprócz bowiem bandaża uciskowego na brzuch może zeszyć brzegi szyi lub też wytamponować gazą wnętrze jamy macicy, oczywiście, tak, by nie powiększyć rany już istniejącej, a więc pod ścisłą kontrolą macicy zewnątrz. R. v. BRAUN radzi nawet w przypadkach groźnego krwotoku po pęknięciu macicy założenie tamponu do jamy macicy na wzór worka MIKULICZA. Tamponowanie winno być dokonane w ten sposób, że po ujęciu za pomocą kulociągów brzegów rany do jamy macicy wprowadza się worek z gazy jodoformowej, który następnie wypełnia się gazą i wyjmuje po 6 — 10 dniach. Również skuteczne przy silnym krwotoku okazuje się założenie kleszczyków (klampów) na tkaninę przymaciczną (*parametrium*) (FEHLING), które mogą być zdjęte nie wcześniej, aniżeli po 48 godzinach.

Pielęgnowanie położnic z pękniętą macicą powinno być nadzwyczaj staranne. Chora nie powinna opuszczać łóżka przed trzema tygodniami, a zalecenie bezwzględного spokoju (łód, mawkowiec) będzie najistotniejszym wymaganiem rozumnego leczenia obok założenia sączka gumowego lub z gazy jodoformowej przez ranę do otwartej jeszcze jamy brzusznej za pomocą kleszczyków.

Z zabiegów operacyjnych, podejmowanych przez rozmaitych autorów przy pękniętej macicy, FRANQUÉ oddaje pierwszeństwo cięciu brzuszemu. Najlepszym i najpewniejszym jednak sposobem postępowania leczniczego przy pęknięciu macicy pozostaje wszakże sposób omó-

wiony wyżej, a mianowicie: oględne wywiązanie płodu drogą naturalną, ucisk na brzuch, zwykły sączek gumowy lub z gazy jodoformowej.

(Wuerzburg. Abhand. aus Gesamtgebiet d. pr. Med. II. Bd. Hft. 1).

P. ZWEIFEL. **O leczeniu pęknięć macicy.**

Przed wprowadzeniem do lecznictwa antyseptyki każda kobieta, która podległa pęknięciu macicy podczas porodu, uważana była za straconą. Kiedy jednak przekonano się, że nie we wszystkich przypadkach pęknięć macicy bezpośrednią przyczyną śmierci jest krwotok, lecz i zakażenie posocznice, od chwili zastosowania w położnictwie antyseptyki wielu akaszerów poczęło szukać dróg, któremi możnaby było uchronić od śmierci położnicę, dotkniętą pęknięciem macicy.

Pierwsze próby zostały uczynione przez MARIONA SIMS'a i K. SCHRÖDER'a. SIMS zastosował sączek gumowy o kształcie litery T, SCHRÖDER zaś cięcie brzuszne, połączone z zaszcyciem rany macicy i starannem osuszeniem jamy brzusznej.

Pierwsze te próby nie zostały uwieńczone pomyślnym rezultatem: wszystkie kobiety, operowane przez SCHRÖDER'a, zmarły (7 przyp.), a z tych, którym założono sączek gumowy (3 przypadki), pozostała przy życiu jedna.

Od 8-go dziesiątka zeszłego wieku powoli zaczęły się zjawiać prace, zalecające sączkowanie pękniętej macicy, a następnie dopiero coraz częściej pisma lekarskie wypełniały się opisami pomyślnego leczenia drogą operacyjną (cięcie brzuszne, wyluszczenie doszczętne macicy, wyluszczenie macicy nadpochwowe).

Aby ocenić skuteczność tak jednego, jak drugiego postępowania leczniczego, R. KLIEN zestawił wszystkie przypadki pęknięcia macicy, znajdujące się w literaturze lekarskiej. Zestawienie to wypadło na korzyść metody zachowawczej, t. j. leczenia za pomocą sączkowania rany pękniętej macicy.

Bliższe rozejrzenie się w pracy KLIEN'a, wykazuje pewne ujemne jej strony. Autor wyliczył, że odsetka śmiertelności przy zastosowaniu najprostszej metody leczniczej, t. j. sączkowania, wynosi zaledwie 17%. Tymczasem odsetka ta staje się większą, gdy wyłączymy przypadki niedrażącego pęknięcia macicy, i dochodzi do 22,6%, a oprócz tego ze statystyki KLIEN'a

wynikać wtedy będzie, że zejście wszystkich przypadków z niedrażącym pęknięciem macicy było pomyślne, zejścia zaś śmiertelne nastąpiły jedynie przy drażącym pęknięciu macicy. Wobec tego nie będziemy mogli już mówić, że sączkowanie macicy pękniętej jest najwłaściwszem postępowaniem leczniczem, lecz że rokowanie przy niedrażącym pęknięciu macicy jest znacznie pomyślniejsze, aniżeli przy drażącym. Oczywiście, ten ostatni wniosek staje się wyraźny i jasny, gdy w statystyce uwzględniac będziemy kliniczną różnicę pomiędzy niedrażącym, a drażącym pęknięciem macicy. Przy niedrażącym pęknięciu macicy niebezpieczeństwo zakażenia nie jest większe, aniżeli przy porodzie, przebiegającym prawidłowo. Inaczej zupełnie przedstawia się sprawa przy pęknięciu drażącym, kiedy jama brzuszna jest otwarta, i po opanowaniu krwotoku w biegu pierwszego tygodnia połogu występują następczo objawy rozkładu krwi, wylanej do jamy brzusznej.

O ile zestawienie przez KLIEN'a przypadków pęknięcia macicy nie wystarcza do stanowczej oceny postępowania leczniczego przy pęknięciu macicy, przemawia jeszcze okoliczność, że przypadki, przez wymienionego autora zebrane, pochodzą z dość niepewnego źródła, t. j. literatury lekarskiej, gdzie autorzy zwykle chętniej pomieszczają doniesienia o przypadkach pomyślnie przebiegających, a o niepomyślnych zamilczeć wolą. O skuteczności tej lub innej metody postępowania leczniczego w położnictwie mogą rozstrzygać statystyki z zakładów położniczych, przytem statystyki pełne, zawierające pomyślne i niepomyślne przypadki. Taka statystyka została zebrana z klinik — SCHAUTA'y, BRAUN'a, OLSHAUSEN'a, CHROBAK'a, WINTER'a przez SCHMIT'a, który wykazał, że śmiertelność w przypadkach drażącego pęknięcia macicy, leczonych za pomocą sączkowania, wynosi 61%, t. j. 3 — 4 razy tyle, co u KLIEN'a, a 27,3% w przypadkach niedrażącego pęknięcia macicy, leczonych tą samą metodą.

Gdyby zaś ze statystyki SCHMIT'a wyłączyć przypadki drażącego pęknięcia macicy, to się okaże, że połowa przypadków, leczonych za pomocą sączkowania, zakończyła się niepomyślnie, a więc tyleż, co po zabiegach operacyjnych.

Wobec tak rozmaitych, a niepewnych wniosków ZWEIFEL podjął się wyjaśnić ciemną dotąd kwestyę postępowania przy pęknięciu macicy za pomocą własnego materiału z kliniki lipskiej.

Wszystkich przypadków pęknięć macicy w klinice ZWEIFEL'a było 29, przytem 5 było niedrażących, 24 zaś drażących. Z tych 29 przypadków zmarło 16 chorych, co odpowiada 55% śmiertelności, która dla drażących pęknięć macicy wynosi 62,5%. Z 5 przypadków niedrażącego pęknięcia macicy jeden zakończył się śmiercią z krwotoku przed przybyciem lekarza.

Droga postępowania leczniczego w 24 przypadkach pęknięcia macicy drażącego była rozmaita. W pięciu przypadkach chore zmarły z krwotoku przed zastosowaniem jakiegokolwiek postępowania leczniczego; sączek gumowy założono w trzech przypadkach, z których tylko jeden zakończył się pomyślnie; w trzech przypadkach nie stosowano żadnego leczenia, i wszystkie zakończyły się śmiercią chorych; szwy założono na macicę w jednym przypadku od strony pochwy, następnie zastosowano tampon, chora zmarła; wycięcia nadpochwowego macicy dokonano dwa razy, poczem w jednym przypadku chora wyzdrowiała; w 10 przypadkach dokonano zeszywania błony surowiczej ze strony brzusznej, a jamę brzuszną osuszono możliwie dokładnie; z tych ostatnich przypadków wyzdrowiało 8 chorych (20% śmiertelności).

Rozważne i wszechstronne roztrząsanie tak metod, stosowanych przez ZWEIFEL'a przy leczeniu pęknięcia drażącego macicy, jak wartości klinicznej każdego z opisanych przypadków, prowadzi autora do wypowiedzenia własnych poglądów co do leczenia pęknięć macicy drażących.

ZWEIFEL porzuca przedewszystkiem dawny swój pogląd co do skuteczności sączkowania, który gorąco zalecał w swoim podręczniku. Sączkowanie zawsze pozostanie pożytecznem, ale tylko w tych przypadkach, w których nie innego stosować nie będzie można ze względu na stan chorej, lub wybór postępowania leczniczego będzie ograniczony przez okoliczności zewnętrzne. Wogóle działanie drenu gumowego, wprowadzonego do jamy brzusznej, jest zbyt przeceniane. Sączek gumowy nie osusza bynajmniej jamy brzusznej nawet wtedy, gdy zakładamy najwię-

kszy jego numer. Przez sączek ścieka, jak to pouczył autora jeden przypadek sekcyjny, tylko surowica krwi, skrzepy zaś pozostają w jamie brzusznej, a co więcej sączek działa tylko w ciągu pierwszych 24 godzin, następnie bowiem skutkiem utworzenia się błon wrzekomych z górnych części jamy brzusznej żaden płyn do sączka dojść nie może.

Za najważniejsze postępowanie lecznicze należy uważać cięcie brzuszne wraz z dokładnem osuszeniem jamy brzusznej aż do ostatniej kropli krwi i zeszyciem następczem otrzewny po nad mięśniem macicy, o ile ten ostatni nie krwawi; w przeciwnym razie na broczące naczynia należy nałożyć przewiązki. Warstwy mięśniowej autor nie zeszywa, ponieważ uważa ją za zakażoną, a tkanek, dotkniętych zakażeniem, według ogólnych prawideł antyseptyki zeszywać nie należy. Jedyną wadą podobnego postępowania przy leczeniu pęknięcia macicy będzie zbyt wysoko sięgające pęknięcie EMMER'a, co może okazać się niebezpiecznem przy następnych porodach. Dla uniknięcia powtórnego pęknięcia macicy należałoby tym kobietom, któreby sobie tego życzyły, dokonać operacji sztucznego trzebieńcia przez wszycie macicznych kikutów przeciętych jajowodów w faldę otrzewny, po wypaleniu żegadłem PAQUELIN'a błony śluzowej jajowodów i przewiązaniu końców kikutów nitką jedwabną.

Co się tyczy wywiązania dziecka, autor radzi wydobywać je drogą naturalną tylko wtedy, kiedy znajduje się w macicy, w tych przypadkach atoli, kiedy płód wypadł do jamy brzusznej, zaleca jedynie drogę brzuszną, wywiązanie zaś drogą naturalną uważa za zbyt niebezpieczne ze względu na możliwość ponownego krwotoku.

Ponieważ metoda postępowania leczniczego, zalecana przez ZWEIFEL'a, może być wykonana jedynie w zakładach, odpowiednio urządzonych, przeto autor radzi każdą chorą z pękniętą macicą przewozić do właściwych klinik, instytutów, zakładów i szpitalów, i przytem jest zdania, że chore nierozwiązane lepiej znoszą podróż, aniżeli rozwiązane.

W końcu na pytanie, jak należy postępować w domu prywatnym, Z. odpowiada w następujący sposób: Po rozpoznaniu pęknięcia macicy, należy dokładnie i ściśle określić niebezpieczeństwo, jakie grozi chorej z powodu krwotoku

Gdy chora słabnie, postępowanie lekarza powinno być takie, jak przy wszelkiem grożącym niebezpieczeństwie z przyczyny krwotoku: należy wyszukać broczące naczynia i przewiązać; przy pęknięciu macicy drażącym postępowanie lekarza jest takie same, jak przy wysokiem pęknięciu szyi macicznej: na brzegi pęknięcia po obu stronach nakłada się długie kleszcze BILLROTH'a. W godzinę po opanowaniu krwotoku chorą należy przewieźć do odpowiedniego zakładu, w tych zaś przypadkach, gdzie to ostatnie jest niemożliwe, pozostaje założenie drenu gumowego.

(Beitrag z. G. G. VII. 1).

Bronisław Szymański.

H. A. von GUÉRARD. Pęknięcie macicy przy drgawkach porodowych i bliźniętach, cięcie brzuszne, wyzdrowienie.

Dobrze zbudowana 38-letnia chora, czwarty raz rodząca, dostała drgawek porodowych. Wezwany lekarz stwierdził eklampsję, położenie poprzeczne płodu z główką na prawo i plecami do przodu, rozwarcie około 3 palców, zupełną utratę przytomności, obrzęk sromu i kończyn dolnych tudzież dość znaczną zawartość białka w moczu. Ciepłota 38,5°, tętno 120. Wobec ciężkiego stanu chorej wezwano drugiego lekarza, tymczasem zaś chorą w ciągu godziny utrzymywano w lekkim uśpieniu chloroformem. Przy silnem poruszeniu się chorej nastąpiło gwałtowne odejście wód; chora uspokoiła się i niebawem wpadła w stan zupełnej zapaści. Natychmiast dokonano obrotu i wydobyto donoszone, lecz nieżywe dziecko. Wobec krwotoku postanowiono wydobyć łożysko; podczas tego zabiegu nie znaleziono go jednak w macicy. Natomiast ręka przez szczelinę w macicy weszła do bardzo dużej, zewsząd ograniczonej jamy i ztąd wydobyła łożysko, przytem zauważono, że przyczepia się doń jeszcze jedna pępowina, prowadząca do powyższej jamy, skąd też wydobyto 7 miesięczny zmacerowany płód. Za tym ostatnim pokazał się nazewnątrz znaczny kawał jakiejś tkanki, którą przyjęto za błony płodowe. Gdy umiarkowane pociąganie nie doprowadziło do ich wydobycia z dróg rodnych, postanowiono wezwać specjalistę, którym był autor; chorą zaś wobec ponowienia się drgawek znów zachloroformowano.

Po przybyciu do chorej autor stwierdził prawostronne pęknięcie części pochwy, całej

szyi i $\frac{1}{3}$ trzonu macicy. Czem była zwieszająca się z pochwy tkanka, autor na razie określić nie mógł. Chorą przeniesiono do pobliskiego szpitala w celu wykonania cięcia brzuszego. Znaleziono wtedy, że otrzewna na znacznej przestrzeni jest odluszczone od macicy i pęcherza; ten ostatni jest zupełnie oddzielony od macicy; jama zaś, w której znaleziono płód i łożysko, znajduje się między listkami więzu szerokiego, i część jej ścian stanowi odluszczone otrzewna, i że, wreszcie, część odluszczonej otrzewny wypadła nazewnątrz i tworzyła owe mniemane błony, które już od 4 godzin leżały na brudnem, zakrwawionem prześcieradle. Autor natychmiast odeciął znaczny płat otrzewny wraz z wypadniętą jej częścią, resztę przyszył do otrzewny, pozostałej na macicy i pęcherzu, i w ten sposób oddzielił okolicę pęknięcia od jamy brzusznej. Ranę macicy zaszyto, a przez pozostawioną szczelinę w szyi od dołu wprowadzono gazę jodoformową, zatamponowano nią jamę między listkami więzu szerokiego i koniec wyprowadzono przez ranę brzuszną, której górną część zaszyto. Macicy autor nie tamponował z tego względu, że krwawienia z niej nie było, i że rękoczynny operacyjne odbywały się przeważnie nie w macicy, lecz obok niej w tkance zakażonej. Wyluszczenia macicy autor zaniechał z powodu bardzo ciężkiego stanu chorej i dla tego, by nie pozabawiać chorej znacznej części otrzewny, która, według zdania FRITSCHE'a, będąc zdolna do życia, jest największym wrogiem zapalenia otrzewny.

Dalszy przebieg choroby był pomyślny pomimo kilkakrotnych podniesień ciepłoty. Szóstego dnia wyjęto połowę gazy, a dziesiątego — resztę. Mocz stopniowo przychodził do stanu prawidłowego, i chora po 5 tygodniach wypisała się ze szpitala — zdrowa.

Autor przypuszcza, że w tym przypadku 8 godzin trwająca mocznica sprzyjała pęknięciu macicy, jako cierpienie, naruszające spoiłość mięśni wogóle, w danym przypadku wpłynęła na osłabienie tkanki mięśniowej macicy.

(Deutsche med. Wochensch. N. 38. 1901).

W. N. ORŁOW. O pęknięciach macicy w czasie porodu i o ich leczeniu.

Autor podaje 2 przypadki niedrażących i 4 przypadki drażących pęknięć macicy u wieloródek przy ściśnionej miednicy.

W przypadku pierwszym przy zapuszczo-
nem położeniu poprzecznem dokonano obez-
głowania płodu. Podczas wydobywania łożyska zau-
ważono pęknięcie prawego sklepienia i szyi ma-
ciocy, prowadzące do jamy między listkami wię-
zu szerokiego, skąd też wydobyto łożysko. Krwa-
wienia nie było. Podano sporysz, położono lód
na brzuch i zalecono przemywanie pochwy dwa
razy dziennie. Dalszy przebieg choroby był go-
rączkowy z powodu ropienia w prawym wię-
zie szerokim. Po pęknięciu ropnia do pochwy chora
wkrótce wyzdrowiała.

W drugim przypadku, przy położeniu czolo-
wem martwego płodu, nagłe ustanie bólów, za-
paś i krwawienie dały możliwość rozpoznania pę-
knięcia macicy. Dokonano obrotu i następnie
wymóżdzenia główki. Po odejściu łożyska zna-
leżono pęknięcie macicy od ujścia zewnętrznego
do więzu szerokiego. Krwawienie ustało po
zastrzyknięciu ergotyny. Położono lód na brzuch,
zalecono gorące natryski z roztworu kreoliny
dwa razy dziennie i przemywania pochwy. Po-
mimo stanu gorączkowego chora wyzdrowiała.

W trzecim przypadku tuż pod ścianą brzu-
szną znajdujące się części płodu i brak bólów
wskazały na pęknięcie macicy. Przez szczelinę
w jej lewej ścianie wprowadzono rękę do jamy
brzuszej, napotkano nóżkę i za nią wyciągnięto
płód, a następnie wydobyto łożysko. Wobec
ciężkiego stanu chorej, braku krwawienia i do-
brze skurezonej macicy, postanowiono zagojenie
się rany pozostawić własnemu losowi. 6 dnia
chora zmarła przy objawach ogólnego zapalenia
otrzewny.

W czwartym przypadku brak bólów i płód,
wyczuwany tuż pod powłoką brzuszną, również
jak w trzecim przypadku wskazały na pęknięcie
macicy. Wykonano cięcie brzuszne, przyczem
znaleziono pęknięcie z lewej strony macicy od
jajowodu na dół aż do nasady więzu szerokiego.
Po wyjęciu płodu i łożyska ranę macicy zaszyto
i nałożono zwykły opatrunek. Chora wyzdrow-
wała.

W piątym przypadku było zaniedbane po-
łożenie poprzeczne z wypadniętą rączką, a wody
odeszły przed 11 godzinami. Dokonano obrotu,
i płód wyjęto, w czasie operacji zjawilo się
krwawienie, które nie ustało po wydobyciu łoż-
yska. Ponowne badanie wykazało pęknięcie
szyi macicznej, wiodące do jamy brzusznej. Po-

nieważ zatykadło z gazy jodoformowej nie usu-
nęło krwotoku, przystąpiono do cięcia brzu-
sznego, przyczem zauważono pęknięcie tętnicy
macicznej prawej i prawego więzu szerokiego,
tudzież oddzielenie pęcherza od macicy. Nało-
żono szwy na pęknięte naczynia i na ranę maci-
cy; pod skórę wstrzyknięto 600 etm. sz. roztwo-
ru fizyologicznego soli. W dwa dni potem chora
zmarła przy objawach zapalenia otrzewny.

W szóstym wreszcie przypadku przy czas-
kowem położeniu martwego płodu przy krwa-
wieniu i ciężkim stanie ogólnym chorej zrobiono
wymóżdzenie i wydobyte płodu. Wobec nieu-
stającego krwawienia ponownie zbadano chorą
i znaleziono oderwanie przedniego i prawego
sklepienia i pękniętą otrzewną. Dokonano cięcia
brzusznego i zaszyto ranę. Chora wyzdrowiała.

Przytoczywszy niektóre dane ze statystyki
pęknięć macicy KLIEN'a i zestawivszy ze swemi
przypadkami, autor przychodzi do wniosku, że
w warunkach, sprzyjających operacyi (aseptyka),
należy drogą operacyjną przywrócić całość ma-
ciocy; przy niedogodnych zaś warunkach należy
ograniczyć się na leczeniu zachowawczem. Oczy-
wiście, w przypadkach, w których płód wypadł
do jamy brzusznej i wydobyć go ztamtąd nie
można, lub jeżeli powstał krwotok, którego nie
udaje się zatamować drogą pochwową, cięcie
brzuszne jest wskazane.

(Wręcz N. 27. 1901).

R. Szerypo.

31. C. A. EWALD. O guzach jelita in re- gione iliaca sin.

Guzy w lewej dolnej części brzucha bardzo
często przedstawiają duże trudności rozpoznaw-
cze. Pomijając inne możliwe w tej okolicy gu-
zy prawdziwe oraz fałszywe (np. wysięk, ropień),
EWALD rozpatruje tylko guzy odcinka esowate-
go, głównie te, które, leżąc wzdłuż *m. psoas* i *ili-
acus*, dają się wyczuwać jako cylindryczne lub
kłębowate twory. Wystrzegać się należy na-
stępujących pomyłek: nie uważać za zgrubia-
łą kiszki brzegu *m-i ilicopsos*, następnie nie
brać za guz кишки w stanie skurezu (u osób
szczupłych lub z wiotkimi powłokami brzusz-
nymi), który to skurez znika pod wpływem okła-
du ciepłego, kąpieli, wreszcie czopka z bella-
donny i makowa.

Najczęściej znajdujemy guzy, powstałe wskutek długotrwałej koprostazy, w której często dopiero wygarnięcie mas fekalnych palcami i następcze wlewania wysokie uwalniają kışzkę od tego balastu i naprowadzają przez to lekarza na właściwą drogę. To samo mniej więcej bywa przy guzach, które okazują się później uwięzłym w odcinku esowatym kamieniem żółciowym, polkniętem ciałem obcym lub zlepek włosów (? refer.). W tych razach duże znaczenie rozpoznawcze mają dokładne wywiady.

Ostre obrzęki z wytworzeniem się bolesnego wałka *in flexura sigmoidea* najczęściej łatwo rozpoznać dzięki obecności objawów zapalenia ostrego (gorączka, wypróżnienia śluzowe, ropne lub krwawe, bóle w odpowiednim miejscu, wydymanie przy braku zmian w prostnicy).

O wiele trudniejszym staje się rozpoznanie przy długotrwałej obecności guzów. Tu należy rozróżnić guzy wewnątrz oraz zewnątrz jelita. Te ostatnie wychodzą albo z miednicy, albo z narządów moczopłciowych i najczęściej przechodzą na otrzewną. Mamy w tych razach do czynienia albo z guzami solidnymi, *respective* z torbielami, albo też z obrzmieniem zapalnym i ropniem *resp.* wysiękiem.

Śród guzów, wychodzących ze ściany i rosnących do wnętrza kışzki, najczęstszy jest rak twardy. Rak ten daje sporo objawów: jakieś przykre uczucie w okolicy krzyża albo miednicy, zaburzenia w trawieniu, defekacyi (zaparcie, zaparcie naprzemian z wypróżnieniami wodnistymi lub śluzowymi, wydymanie), ogólne wycieńczenie. Rzecz charakterystyczna dla zaburzeń tych — środki ściągające oraz przetwory makowca nie mogą ich zwalczyć. Stolec nie mają jakiegoś szczególnego wyglądu, ale często zawierają krew, a przy raku rozpadającym się — bardzo dużo krwi.

Rak twardy odcinka esowatego, rosnąc do wewnątrz, daje objawy zwężenia światła kışzki; zwężenie podobne może przejść w nagłe zamknięcie zupełne światła, np. wskutek zatkania i tak wąskiego kanału stężyną kałową. Ale zamknięcie to nie daje objawów groźnych i po dobrej ławatywie oraz środku czyszczącym przechodzi szybko. Czasami kanał wdłuż wrastającego w światło kışzki guza opasującego ma przebieg spiralny, jest on wtedy drożny dla wiatrów, gdy kału nie przepuszcza.

Przy rozpoznaniu różniczkowem należy pamiętać o skurczu jelita grubego, który, powstawszy wskutek polipa np. albo niewielkiego owrzodzenia, może trwać nieraz bardzo długo i wraz z innymi objawami, jak bóle, zaburzenia gastryczne i stolec, wychudnięcie, może naprowadzić na myśl o nowotworze złośliwym. Następnie sprawy gruźlicze oraz dyzenteryczne również wywołują omyłki rozpoznawcze. Bywa i tak, że przy zajęciu wyżej leżącego odcinka jelita grubego, np. *flexurae hepaticae*, następuje odruchowo skurcz długotrwały *flexurae sigmoideae*. Przypadek podobny obserwował EWALD. Wreszcie należy pamiętać i o tem, że ograniczone zapalenia otrzewny wywołują sklejanie się kışzek, co też daje czasami objawy (fizyczne) guza.

(Berliner Klinische Wochenschrift. N. 48 i 49, r. 1903).

J. Lipształ.

32. A. JAPHA. O skurczu głośni u dzieci.

Upatrując pewien związek pomiędzy kurezem głośni a drgawkami ogólnymi oraz t. z. objawami ukrytymi tetanii [1) objaw CHWOSTEK'a czyli objaw twarzowy; 2) objaw TROUSSEAU — „ręka akuszerka“ przy ucisku na *subscap. int.*; 3) objaw ERB'a — nadmierna pobudliwość elektryczna nerwów], które to objawy pozwalają mówić o specjalnej tetanii u dzieci, autor zbadał szczegółowo 500 dzieci i znalazł, że u dzieci, cierpiących na kureze głośni, najczęściej z objawów ukrytych występuje objaw twarzowy, bardzo często (w 71%) objaw ERB'a, najrzadziej (tylko w 44%) objaw TROUSSEAU. Ostatecznie autor streszcza, jak następuje:

Kurez głośni u dzieci w połączeniu z pewnym rodzajem drgawek ogólnych i pewnymi miejscowymi objawami kurezowymi, tworzy odrębny obraz chorobowy, który się charakteryzuje wzmoczoną wrażliwością układu nerwowego na podniety wszelkiego rodzaju. Analogicznie do podobnych stanów u dorosłych można mówić o tetanii u dzieci, nie twierdząc przez to bynajmniej, iż przyczyna zaburzeń w obu razach jest ta sama.

Przyczyny tej choroby wieku dziecięcego nie są nam dokładnie znane. Pora zimowa wpływa na wybuch tego cierpienia, być może wskutek szkodliwości, wypływających z pobytu ciągłego w mieszkaniu i nawiedzających mieszka-

nia o tym czasie, największej jednak wagi są szkodliwości pokarmowe, głównie zaś mleko krowie wywołać może objawy tej choroby, gdy tymczasem wraz z usunięciem mleka często objawy te ustępują na czas dłuższy. Wpływ pożywienia występuje, zdaniem autora, wtórnie, jako skutek pewnego istniejącego już zaburzenia funkcjonalnego narządów.

(Berl. Klin. Wochenschrift N. 49 r. 1903.

J. Lipsztat.

33. Ad. SCHMIDT. **O leczeniu goścca stawowego surowicą przeciwpaciorkowcą Menzer'a.**

Autor wnioski swe opiera na 15 przypadkach, w których, po bezskutecznem wypróbowaniu najrozmaitszych dotychczas znanych środków i zabiegów leczniczych zastrzykiwał wreszcie surowicę MENZER'a. Były to poważnie przypadki goścca podostrego. Zastrzykiwano od 5 do 20 ctm. sz. na raz, pacjentowi

jednemu robiono od 1 do 8 zastrzykiwań, powtarzano je dopiero po zniknięciu reakcyi po zastrzyknięciu uprzedniem, miejsce do zastrzykiwań brano jaknajbliżej zajętego stawu. Reakcyja występowała różnie: u 7 pacjentów jako wysoka gorączka i silne objawy miejscowe, u 5 były tylko objawy miejscowe, a u 3 wcale jej nie było.

Specyficznej reakcyi ze strony stawów chorych autor wogóle nie widział, to też na mocy danych klinicznych odmawia surowicy MENZER'a działania swoistego. Nie zaprzecza SCHMIDT jednak, że w niektórych postaciach podostrych *resp.* podchronicznych, surowica ta ma pewne działanie dodatnie. Wobec tego, gdy inne środki zawodzą, można jej użyć, ale tylko jako *ultimum refugium* i tylko w postaciach podostrych.

(Berliner Klinische Wochenschrift. N. 44, r. 1903).

J. Lipsztat.

O D C I N E K.

Z HISTORII MEDYCYNY U ŻYDÓW.

NIECO O CHIRURGII TALMUDU.

Podał

D-r Med HENRYK HIGIER.

W Nr. 1 „Krytyki Lekarskiej“ r. b. kol. A. GRÜNBAUM poruszył bardzo ciekawy temat pod tytułem: „Czy nasza nowoczesna chirurgia istotnie jest nową w ścisłym tego słowa znaczeniu?“? Opierając się na danych z Talmudu, dowodzi, że chirurgia przed laty wśród żydów kwitła, i że żydzi ówczesni z przed 2000 lat, którzy stali w stosunkach handlowych i kulturalnych z egipcyanami i grekami, nie mogli się takich rękoczynów, jak laparotomii i cięcia cesarskiego, czyli wogóle operacyi brzusznych, o których wspomina Talmud babiloński, nauczyć u tych narodów, gdyż w pozostałych po nich księgach wzmianki o tych operacyach nigdzie nie ma.

Pod pewnymi względami, o których niżej pomówię, nie zupełnie zgadzając się z wywodami kol. G., chciałbym skorzystać ze sposobności i, nawiązując do tematu o chirurgii u żydów starożytnych, wspomnieć w kilku słowach i naszkicować w głównych zarysach stan t. zw. „chirurgii mniejszej“ u nich, do której mniej lub więcej słusznie zaliczało się w czasach owych działy i rękoczyny w rodzaju: masażu, kosmetyki, ortopedii, dentystryki, obrzezania rytualnego, krwioupustu, stawiania baniek, pijawek i t. p.

* * *

Mówiąc o historii medycyny żydowskiej, należy zwrócić przedewszystkiem uwagę, że Izraelici starożytni nie zostawili nam ani jednej księgi *par excellence* lekarskiej, traktującej o rozpoznawaniu lub leczeniu chorób, w rodzaju np. ksiąg Hippokrates'a, Galen'a, Celsus'a. Talmudyści byli przedewszystkiem moralistami, tłumaczami i komentatorami biblii: w dyskusjach

swoich, bardzo licznych i częstych, nie byli i nie starali się być medykami. Dotyczy to zarówno Tannaitów, twórców podstawowej części Talmudu, — Miszny — zakończonej już w 2 stuleciu, jak Amorejczyków, twórców drugiej, obszernej jego części — Gemary —, zakończonej dopiero w 4 stuleciu ery chrześcijańskiej. Talmud przeto — mówię o ocalonej i doszłej do nas drobnej części jego — nie rości sobie pretensyi, również jak stary i nowy zakon, do miana fachowo-naukowej księgi w sprawach lekarskich i nie może też dać nam wiernego i ścisłego obrazu pojęć, któremi się kierowali lekarze ówczesni. To tylko zdaje się nie ulegać wątpliwości, że pewna część przepisów talmudycznych treści prawnej i lekarskiej ma swe źródło nie zawsze w rozumowaniach i wnioskach natury *κατ'εξοχήν* jurydycznej lub higienicznej, lecz często w zwyczajach i obyczajach, w tradycjach religijno-kulturalnych i przesądach owych czasów, kiedy, sądząc choćby z Ewangelii, w tejże epoce i w temże środowisku powstałej, bujnie kwitła na Wschodzie wiara w magię, nekromancyę, czary, demonów, dyabłów i duchy.

Obecnie lekarz-historyk musi sobie zadać trochę trudu wydostania z łupiny mistycznej pojedynczych zdrowych ziarenek. Przy historyczno-porównawczej metodzie badania łatwiej można plewy oddzielić od ziaren, przesadzić te ostatnie na grunt odpowiedni ściśle naukowy, i na nim dalej je hodować i rozwijać.

* * *

Pojedyncze ustępy, dotyczące medycyny wogóle, a w szczególności chirurgii, rozsiane są po całym talmudzie, po tej skarbnicy, w której prawodawca utkał, nie zawsze misterną i subtelną dłońią, jakieś dziwne na nasze czasy i obecne warunki *mixtum compositum* z medycyny, religii, prawa, higieny życia prywatnego i publicznego.

Zaczynam od cierpienia powszedniego, codziennego, od leczenia ran.

W traktacie Sabbath XIV, 2, fol. 109a zgadają się w dyskusyi uczeni na to, że rany i wrzody na nogach najracjonalniej zmywać octem lub winem. Że wśród ludu musiały być w użyciu i środki bardziej pierwotne, przypomi-

nające *medicinam stercoralem* z początków ubiegłego stulecia, widzimy z Tanith III, 1, fol. 21a.

Jak jednak cenili czystość w tych razach, dowodzi aforyzm talmudyczny: lepsza kropla wody zimnej zrana i kąpiel ciepła wieczorem od najlepszej maści na świecie (Sabbat XIV, 2, fol. 109a).

Przygotowanie kąpeli ciepłej, w owych czasach dosyć uciążliwe, pozwala talmud dla chorego, zwłaszcza rannego, nawet w dzień sobotni. (Mischna Joma. VII, 5).

Nie obcy był żydom sposób zapobiegania zakażeniu ogólnemu przez wyssanie świeżej rany, jak o tem świadczy ustęp, przytoczony przez Bacher'a, że Abahu został ocalony dzięki swoim przyjaciółom Ammi i Assi, którzy „niebezpieczną ranę jadowitą uda“ wyssali.

Wrzody natury trędowatej (biblijne Zarat-lepra) wymagają już zgodnie z przepisami Mojżesza (Levit. 13) bardzo dokładnego badania chorego, odzieży i mieszkania oraz stosownie do wyników oględzin pewnych ściśle określonych procedur policyjno-lekarskich.

Talmud w wielu miejscach (Joma, Megilla, Makkoth, Synhedrin, Katuboth, Sabbath, Chullin), zwłaszcza w 14 rozdziałach traktatu Negaim (nie posiadającego swojej Gemary) rozwodzi się nad trędem w higienie życia prywatnego i higienie połowej. Zalecano wobec zaraźliwości choroby ścisłą izolacyę chorych, pranie lub spalanie odzieży, kilkakrotne mycie i kąpanie ciała, zeskrobywanie ścian, świeże tynkowanie pokoi mieszkalnych, rozpalanie do czerwoności używanych przez chorego naczyń metalowych i t. p. Wycinanie płam i ran trędowatych odradza talmud (Makkoth III, 7, fol. 22a), zaleca natomiast częste modlitwy i składanie ofiar, nie wspominając wprawdzie na wzór Ewangelii o licznej rzeszy tą drogą wyleczonych (*ἀνὴρ πλήρης λέπρας* — Matth 8. 2. Mark 1, 40; *δέκα λεπροὶ ἄνδρες* — Luk. 1. 29), których Chrystus żegna po wyleczeniu słowami: „idźcie, pokażcie się kapłanom i złożcie im ofiarę, przez Mojżesza przepisaną (Matth. 8. 4).

Przy ranach, powstałych od pokąsania przez psa wściekłego, należy podawać choremu do zjedzenia wątrobę tegoż psa, i to pozwala się robić zdaniem Ismaela b. Jose i Mathia b. Heres nawet w sobotę (Joma VIII, 8, fol. 83b). Dosyć zagadkowa terapia ta staje się tem ciekawszą,

że, jak już w innym miejscu zwróciłem uwagę¹⁾, badania niektórych nowoczesnych uczonych uważają wątrobę jako siedlisko, w którym antytoksyny *lyssae* najenergiczniej się wytwarzają.

Przy bólach stawów, krzyża lub brzucha zaleca się mocne wcieranie oliwy, masaż codzienny (Sabbat XIV, 4) i stosowanie ciepłych kąpiei mineralnych (Sabbat XXII, 5, fol. 147b)²⁾.

O układaniu kości przy złamaniu i wprawianiu stawów zwichniętych wspomina talmud w kilku miejscach (Abada Zara 28b, Sabbat XXII, 5, fol. 147a), omawiając głównie stronę obrzędową, rytualną, czy, kiedy i jak wolno wykonywać rękoczyny odnośne w dni sobotnie i świąteczne.

Że musiały istnieć przyrządy ortopedyczne dla kalek i ułomnych, dowodzi rozprawa na ten temat, o ile wolno nosić w tych lub owych warunkach kule, szcudła, drążki i podpórki podszwowe. Talmud wspomina też o „fotelu porodowym“, o „nodze sztucznej“, zaopatrzonej u góry w zagłębienie dla poduszeczki, o nakładaniu peloty w postaci „soczewki okrągłej“ przy *hernia umbiliculis*.

W sprawie obrzezania rytualnego, bardzo obszernie traktowanej w Misznie i Gemarze, ciekawe jest między innymi opowiadanie o rodzinie żydowskiej, w której 4 braci urodziło się z napletkiem obrzezanym. Byłby to jeden z najstarszych przyczynków do sprawy dotychczas w darwinizmie zasadniczej i spornej, sprawy dziedziczenia cech nabytych w rodzaju padaczki, sztucznie u psa wywołanej, a przez potomstwo odziedziczonej. LEVY (Archiv Virchow'a. T. 116) zwraca uwagę na logiczne, zupełnie w duchu nowoczesnej teorii Lamare-Darwin'a brzmiące tłumaczenie tego rzadkiego zjawiska przez talmud, uważający obrzezanie jako poprawkę, która usuwa resztki napletka, nie potrzebnego ludziom na wyższym szczeblu kultury sto-

jącym. Główny cel *praepulii*, jako części ochronnej organu płciowego, stał się problematycznym wobec wierzchniej odzieży, od wielu tysięcy lat używanej.

O sposobie wykonywania operacyi wspomina szczegółowo talmud babiloński (Sabbat XIX, 2, fol. 133a). Plaster, nakładany po oczyszczeniu rany napletka ze krwi, zawiera według Abbaje 7 części łożu i 1 wosku, według Raby zaś tylko wosk i żywicę.

Obrzezanie, wykonywane zazwyczaj w 8 dniu życia, odkładać wolno u noworodków gorączkujących, żółtaczkowych (*icterus neonatorum?*) i zbyt czerwonnych. Po przejściu gorączki należy jeszcze czekać tydzień cały.

O zniekształceniu operacyjnym członka męskiego, względnie *wrethrae*, oraz o próbie, wprawdzie dość naiwnej, zamknięcia *fistulae penis* jest obszernie mowa w talmudzie (Synhedrin II, 4, fol. 21b).

Stawianie baniek, pijawek i puszczenie krwi, o czem żadnej niema wzmianki w Biblii, w czasach talmudycznych należało do codziennych czynności lekarzy i t. zw. łaźnienników (fel-czerów?).

Wspólny los z krwiupustem dzielą: podróż, stosunek płciowy, bogactwo, praca, wino, sen, ciepło. W miarę używane, są przyjemne i pożyteczne, w nadmiarze — szkodliwe (Gittin fol. 70a).

Raptowne wstawanie i zmiana położenia są niepożądane po jedzeniu, piciu, spaniu, spółkowaniu i krwi puszczeniu (Sabbat XVIII, 3, fol. 129 b). Po krwiopuście radzą powszechnie zostać w ciepłym pokoju, obficie zjeść i dużo płynów pić.

Jeden z uczonych twierdzi, że w dniu tym należy zażywać zupy, z śledziony przyrządzonej, drugi radzi pić tyle wody, ażeby śledziona nabrzmiała (Sabbat XVIII, 3, fol. 129a). Trudno na zasadzie tych reminiscencyi przypuszczać, że talmudyści intuicyjnie przeczuwali krwiotwórczą własność śledziony.

Obmacywanie rany *post venae sectionem* było ze względów zdrowotnych niedozwolone.

(D. n.)

¹⁾ H. HIGIER. Podstawy organoterapii i leczenia antytoksycznego u starożytnych greków. Medycyna 1903, Deut. Aerzt Zeitung. 1904.

H. HIGIER. Pathogenese der Hysterie und Neurosthenie und ihre Stellung zu Stoffwechselanomalien. Historische Skizze. Heilkunde 1900. Krytyka Lekarska. 1899.

²⁾ Józef Flawiusz, znakomity ówczesny historyk żydowski opisuje w swojej „Historji wojny żydowskiej“ (T. II. 76) źródło mineralne obok miasta Machairus: ze skały wytryskuje w postaci dwu piersi kobiecych woda gorąca i zimna, woda z obu źródeł zmieszana dostarcza najprzyjemniejszej kąpiei, pomagającej przy różnorodnych cierpieniach, zwłaszcza przy osłabieniu nerwów.

Wiadomości bieżące.

— Wyszedł z druku VI zeszyt dzieła „Nauka o chorobach wewnętrznych“, wydawanego przez prof. W. JAWORSKIEGO. Zeszyt ten zawiera „Choroby płuc“ przez docenta d-ra L. KORCZYŃSKIEGO i „Choroby serca“ przez prof. d-ra A. GLUZIŃSKIEGO. Cena zeszytu 3 korony.

— D-r M. HERMAN mianowany został docentem Uniwersytetu Lwowskiego na katedrze chirurgii.

— III zjazd niemieckiego Towarzystwa chirurgii ortopedycznej rozpocznie się w Berlinie d. 5 kwietnia r. b. Zbiorowy referat p. t. „Patologia i terapia przykurczeń stawowych“ mają wygłosić profesorowie: MIKULICZ, LUDLOFF i GOCHT.

— Na posadę po zmarłym znanym psychiatrze JOLLY'm mianowany został prof. ZIEHEN.

— Nakładem firmy Urban i Schwarcenberg w Berlinie zaczęło wychodzić nowe czasopismo p. t. „Centralblatt für normale u. path. Anatomie mit Einschluss der Mikrotechnik“ pod redakcją prof. KRAUSE'go i d-ra MOSSE.

— 3 lutego odbyło się w Berlinie pierwsze posiedzenie Towarzystwa, które urządza wielkie

sanatorium dla chorych płuc na Madrze. Na sekretarza Towarzystwa wybrany został prof. PANWITZ.

— Towarzystwo walki z alkoholizmem urządza wykłady naukowe o alkoholizmie w Berlinie między 5—9 kwietnia r. b.

— ZMARLI. W Żytomierzu w dniu 29 listopada r. z. zmarł ś. p. d-r Władysław KUNICKI w wieku lat 69. Po ukończeniu Uniwersytetu Kijowskiego w roku 1858 stale zamieszkiwał w Żytomierzu, uzyskawszy zasłużoną opinię biegłego i bezinteresownego lekarza.

— W Warszawie zmarł d-r Bernard SZANCER w wieku lat 65.

— W Cieszynie zmarł d-r Wincenty hr. TYSZKIEWICZ. Przed kilku laty stale praktykował w Zakopanem, a w ostatnich czasach w Cieszynie.

— W Tepliku gub. Podolskiej w 49 roku życia zmarł d-r Ignacy MACIEWICZ.

Odpowiedzi Redakcyi.

Kol. „Lekarzowi“ z gub. lubelskiej. Pogłoski, o które Sz. Kolega zapytuje, istotnie się sprawdziły. Lekarze zapisani do zapasu armii posiadają odpowiednie książeczki, w których znajdują się wszystkie przepisy, ich w każdym razie obowiązujące. Lekarze, nie zapisani do zapasu, podlegają ogólnym prawidłom o powinności wojskowej. Bliższe szczegóły Sz. Kolega znajdzie w IV tomie „Zbioru Praw“. Książkę tę można dostać w większych księgarniach.

Do dzisiejszego numeru dołącza się prospekt czasopisma „Ginekologia“ i prospekt „atlasu botanicznego lekarsko-farmaceutycznego B. A. Bukatego“.

Bardzo pożyteczny produkt z
Cascara Sagrada.



CASCARINE
 $C^{12}H^{10}O^5$ **LEPRINCE**
 (Kaskarin Leprens)

Akademia Medyczna 12 Czerwca 1892 roku
 Akademia Umiejętności 1 Kwietnia 1892
 roku i 3 Lipca 1899 r.

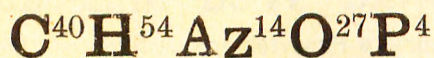
WSKAZANIA: stałe zatwardzenia, choroby
 wątrobiane: jako środek antyseptyczny dla
 organów trawienia; przy atonii organów tra-
 wienia; przy zatwardzeniu w okresie ciąży
 i karmienia; przeciw kamieniom żółciowym.
 Zażywa się zwykle w pigułkach: 2 pigułki p
 jedzeniu lub przed udaniem się na spoczynek.
 Skład główny: 62, rue de la Tour Paris (16).
 Składy we wszystkich aptekach i składach ma-
 teryałów aptecznych.

Racyonalne leczenie fosforem

R H O M N O L

(PIGUŁKI DOZOWANE PO 5 CENTIGR.)

na zasadzie czystego Kwasu Nukleinowego,
 przygotowanego przez D-ra Leprince



Wskazania: Fosfaturia—Neurastenia—Krzywica—
 Anemia—Uwiad starczy.

Dawka: 4—10 pigulek dziennie po jedzeniu.

D-r LEPRINCE, 62, rue de la Tour, Paris (16).

DO NABYCIA WE WSZYSTKICH LEPSZYCH APTEKACH.

ADRENALINA

(Takamina). Chemicznie otrzymana w postaci krystalicznej, działająca czynnik gruczołów nadnerkowych, środek pobudzający działalność serca, wstrzymujący krwawienie i anemizujący; pozwala wykonywać niewielkie operacje szczególnie w jamach: oka, gardła i nosa, bezkrawowo. Preparat powyższy względnie mało dotąd zbadany, obiecuje wywołać radykalny przewrót w medycynie.

W handlu pojawiły się naśladowania i podrabiania naszego prepa. "adrenalinu", noszące podobne nazwy wszystkie zaś pochlebne wzmianki dotąd ogłoszone stosują się do oryginalnego preparatu Takaminy.

ACETOZON

($C_6H_5CO \cdot O \cdot O \cdot COCH_3$. Benzoyl acetyl-Hydroxyd). Nowy środek przeciw-pasoryzyczny, 1000 krotnie przewyższający wodę utlenioną i 30-krotnie chlorek rtęci, jest więc tym sposobem najsilniejszym ze wszystkich dotąd znanych środków przeciwniebezpiecznych. Szczególnie znakomite wyniki otrzymano przy leczeniu tyfusy brzusznej. Stosuje się z dobrym wynikiem przy przebiegach chorób oczu: cholery, dysenterji, rozvolnieniach u dzieci sprawach ropnych poporodowych i t. d.

CHLORETON

(chemiczny związek w formie z acetonem) środek miejscowo i ogólnie znieczulający i nasenny; znajduje znakomite zastosowanie jako środek kojący w chorobach żołądka, nudnościach, astmie, padaczkach i t. d. Ma tę wyższość nad kokainą, że nie jest trujący i nieszkodliwy przy stosowaniu na błonach śluzowych.

TAKA-D. ASTATA

Parke, Davis'a. Środek przeciwko zaburzeniom trawienia. Zamienna na cukier w ciągu 10 minut ilość krochmalu 100 razy przewyższająca jego wagę, gdy najlepszy ekstrakt słodowy nie jest w stanie zamienić dwudziestą część tej ilości.

CASCARA-EWAKUANT

Lek tonicznie przeczyszczający przygotowany według zupełnie nowego sposobu z niegorzkiego glukozydu kory rośliny Rhamnus Purshiana. Posiada wszystkie własności naszego ekstraktu Cascara-Sagrada, za wyjątkiem właściwego temu ostatniemu gorzkiego smaku.

CASCARA SAGRADA EXTR.

w tabletkach w obwol. czekolad po 1, 2, 3 i 5 gr., w opakowaniu po 25, 100, 500 i 1000 tabletek.

W Warszawie posiadają na składzie: Towarz. Akcyjne „Motor“ i Henryk Welt.

MAJN EKSP. W SWIETCIE
LABORATORIUM
w Detroit (S. Z. P. A.)

PARKE, DAVIS & CO.

BIURO:
St.-Petersh., Zamiatań. 4.
Adres dla telegr. —
CASOBA — ST.-PETERSBURG.

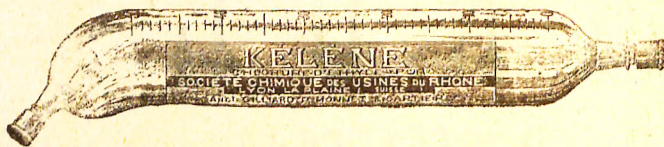
Literaturę i cenniki wysyła się bezpłatnie na żądanie pp. lekarzy i farmaceutów.

Société Chimique des Usines du Rhône dawniej Gillard, P. Monnet & Cartier.

Towarzystwo anonimowe z kapitałem 3,000,000 franków. Biuro centralne St. Fons, Lyon.

KELENE, CHLOREK ETYLU CZYSTY

Produkty farmaceutyczne



Kwasy: karbolowy syntetyczny, salicylowy. Salol. Salicylaty: sodu, metylu, amylu. Pyrazolina, Metylen-Blau med. Rezoreyna med. Hydrochinon. Formaldehyd. Trioxymetylen etc.

Sprzedż w rurkach szklan. i metal. i w rurkach z porcelanką. (Liter. na żądanie gratis i franco.)

do USYPIANIA i znieczulania miejscowego

Apteka, Główny Skład Wód Mineralnych Naturalnych

oraz Fabryka Pastylek ogzystująca od 1855 r.

EDWARDA TREUTLERA

w Warszawie, Nowy-Swiat Nr. 60.

poleca

Tablettaa Extr. Cascar. sagr. fl. a 1,0
" Colae a 0,3
" Ferratini a 0,5
" Haematogeni a 0,5
" Haemoglobini a 0,3
" Haemogalloli a 0,25

Tablettaa Haemoli a 0,25
" Nitroglicerini a 1/100 grm.
" Ovariini a 0,3 i 0,5
" Saccharini a 0,05
" Styptleini a 0,05
" Thyroidini a 0,06-0,1 i 0,50

Tablettaa Chinosoli a 1,0, Hydrarg. corrosiv. a 0,5 i 1,0. Johimbini hydr. Spiegel a 0,005. Extr. Cascar. Sagr. sicc. a 0,5
Obduc. cacao Extr. Hydrast. Canad. sicc. a 0,25 Obduc. cacao Ferratini 0,1g. Fowleri Sol. Gtt. i Obduc. cacao.