

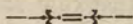
# GAZETA LEKARSKA

Z ODDZIAŁU D-RA MED. ANT. ELZENBERGA DLA CHORYCH SKÓRNYCH I WENERYCZNYCH W WARSZAWSKIM SZPITALU STAROZAKONNYCH.

## I. Z KAZUISTYKI PÓŹNEGO SYFILISU.

Podał

Wacław Sterling.



Dzięki rozpowszechnieniu się i uprzystępnieniu pomocy lekarskiej, a może i dzięki postępowi terapii syfilisu, coraz rzadziej spotykać się dają formy syfilisu zaniedbane, nieleczone zupełnie lub leczone niedostatecznie formy pod nazwą „*sypilis mutilans*“ przez dawniejszych autorów opisywane. Wobec szerzenia się cywilizacji, a wraz z nią i wyżej wspomnianych czynników od zachodu na wschód, formy te o wiele częściej zdarzają się u nas lub w Rosyi, niż np. w Niemczech lub Francyi, lecz pomimo to są one w dzisiejszych warunkach o tyle rzadkie, pomijając formy złośliwe, że choćby już z tego względu zasługują na opisanie.

Wobec tego, że zwykle okres trzeciorzędny dostarcza nam tego rodzaju materiału, nie od rzeczy byłoby rozpatrzyć stosunek, w jakim ma się on do kłykcinowego [wtórnego] okresu syfilisu. Oczywiście, iż na to pytanie jedynie statystyka jest w stanie udzielić nam jeżeli nie stanowczej odpowiedzi, to przynajmniej niektórych danych, pewne światło na tę kwestję rzucających. Z góry jednak musimy oczekiwać wyników niezadawalających, jeżeli weźmiemy pod uwagę wymagania, jakim statystyka odpowiadać powinna i trudności, z jakimi przy uwzględnianiu tych wymagań spotkać się musimy. „Pomiędzy tymi wszystkimi, których dotknął syfilis, powiada MAURIAC <sup>1)</sup>, jest względnie mała liczba takich, u których zauważyć się dają objawy okresu trzeciorzędnego. Oto wszystko, co można powiedzieć. Co do dostarczenia stosunku względnie ścisłego rzecz zdaje mi się dziś zupełnie niemożliwą“.

Aby statystyka dostarczyła pewnych wyników, powinna obejmować bardzo znaczną ilość syfilityków, mniej więcej w jednakowych warunkach co do czasu i otoczenia, śledzić ich aż do śmierci, choć i wtedy nie byłaby wolną od zarzutów, bo naprzykład w przypadkach przedwczesnej śmierci, niezależnej od syfilisu, moglibyśmy się zapytać, czy przy dłuższem życiu nie wystą-

<sup>1)</sup> Syphilis tertiaire et Syph. héréditaire, par CHARLES MAURIAC. Paris 1890, p. 100.

pilyby objawy okresu trzeciorzędnego? Dalej, ileż cierpień wewnętrznych na gruncie syfilitycznym powstałych, zostaje nierozpoznanych i *vice versa*, ile cierpień na innym gruncie przyjmujemy za syfilityczne?

Nie mogąc jednak otrzymać danych statystycznych doskonałych, bez zarzutu, musimy się zadawałać statystyką szpitalną lub z praktyki prywatnej zebraną i na takiej poprzestać.

Według MAURIAC'a ilość syfityków ze zmianami trzeciorzędnymi waha się pomiędzy 5—15%, co zależy od leczenia się mniej lub więcej racjonalnego. DIDAY <sup>1)</sup> podaje cyfrę tę w przybliżeniu na 6<sup>o</sup>/<sub>o</sub>—12<sup>o</sup>/<sub>o</sub>. ROLLET <sup>2)</sup> zaś pomiędzy leczonemi chorymi około 5<sup>o</sup>/<sub>o</sub>, pomiędzy nieleczonemi 15<sup>o</sup>/<sub>o</sub>.

VAJDA <sup>3)</sup> z pomiędzy 9739 syfityków podaje w 63<sup>2</sup> przypadkach objawy trzeciorzędne [praktyka szpitalna] co stanowi 6,8<sup>o</sup>/<sub>o</sub>. HASLUND <sup>4)</sup> z Kopenhagi na 5636 przypadków miał 618 syfilisu trzeciorzędnego, co stanowi 10,9<sup>o</sup>/<sub>o</sub>. RAFF <sup>5)</sup> na 850 przypadków — 8 z objawami trzeciorzędnymi, t. j. 9,1<sup>o</sup>/<sub>o</sub>. NEUMANN <sup>6)</sup> na 9742 syfityków, znalazł objawy trzeciorzędne w 655 przypadkach, co stanowi 6,82<sup>o</sup>/<sub>o</sub>. Z 1800 przypadków syfilisu, leczonych w naszym oddziale, mamy trzy kategorie chorych:

w okresie objawu pierwotnego	243	co stanowi około	13,5 <sup>o</sup> / <sub>o</sub> ,
w okresie kłykcinowym	746	„ „	41,5 <sup>o</sup> / <sub>o</sub> ,
w okresie trzeciorzędnym	811	„ „	45 <sup>o</sup> / <sub>o</sub>
	1800		

Zestawiwszy dane poszczególnych autorów, otrzymamy następującą tabliczkę:

VAJDA . . . . .	6,8	na	100	[9739—632]
NEUMANN . . . . .	6,8	„	„	[9742—665]
RAFF . . . . .	9,1	„	„	[850— 78]
HASLUND . . . . .	10,9	„	„	[5636—616]
DIDAY . . . . .	12	„	„	— —
MAURIAC . . . . .	15	„	„	— —
ROLLET . . . . .	15	„	„	— —
Nasz oddział . . . . .	45	„	„	[1800—811]

Z olbrzymiej ilości 26130 przypadków syfilisu, zebranych przez czterech pierwszych autorów otrzymujemy przeciętny procent 8,4 przypadków późnego syfilisu; autorowie francuscy określają ilość ich na 12—15<sup>o</sup>/<sub>o</sub>. Z pośród 1800 przypadków, zebranych z naszego oddziału, otrzymujemy względnie poważną ilość przypadków trzeciorzędnego syfilisu, mianowicie 811, co stanowi 45,0<sup>o</sup>/<sub>o</sub>.

Uderzająca ta przewaga późnych zmian syfilitycznych w naszym szpitalu daje się wytłómaczyć tem, że przedewszystkiem leczący się należą do naj-

<sup>1)</sup> L. c. p. 103.

<sup>2)</sup> L. c. p. 102.

<sup>3)</sup> Comptes rendus de Congrès International de Dermat. et syph. 1889. p. 299.

<sup>4)</sup> Verhandlungen d. X. Internat. med. Congres B. IV. Abth. XIII. Berlin. 1892, p. 64.

<sup>5)</sup> Zur Statistik d. tert. Syph. Archiv. f. Dermat. u. Syph. B. XXXVI. p. 22

<sup>6)</sup> II Internat. dermat. Congr. in Wien. 1892. p. 68.

biedniejszej warstwy ludności, nędznie się odżywiającej, nędznie mieszkającej i t. p.. Dalej, często względnie spotykają się przypadki leczone nieracjonalnie, szczególnie w obrotach, że znaczny kontyngens chorych stanowią nie warszawiacy, lecz przyjezdni z najodleglejszych okolic kraju; dla nich więc kuracja połączoną jest z takimi kosztami i niewygodami, że nie zawsze mogą sobie na nią pozwolić. Wreszcie może pewną rolę gra tu i mniejsza odporność fizyczna rasy.

Takich oto danych ilościowych co do syfilisu trzeciorzędnego dostarcza nam statystyka. Rozejrzyjmy się teraz w danych jakościowych.

JULIEN <sup>1)</sup> przytacza 237 przypadków syfilisu trzeciorzędnego, które grupuje w następujący sposób, ze względu na częstość objawów:

Zmiany skóry i tkanki podskórnej . . . . .	54,3%
Zmiany kości . . . . .	27,7%
Zmiany jąder . . . . .	11,3%
Zmiany układu nerwowego . . . . .	8,3%

Ze statystyki FOURNIER'a <sup>2)</sup>, zawierającej bardzo znaczną ilość przypadków i opracowanej klasycznie, przytoczę kilka cyfr:

Zmiany skóry i błon śluzowych . . . . .	48,8%
Zmiany kości . . . . .	12,3%
Zmiany układu nerwowego . . . . .	31,6%
Zmiany narządów wewnętrznych . . . . .	3,4%
Zmiany jąder . . . . .	4,2%
Zmiany mięśni . . . . .	0,4%

HASLUND <sup>3)</sup> przytacza takie dane:

Zmiany skóry i błon śluzowych . . . . .	56,6%
Zmiany kości . . . . .	20,1%
Zmiany układu nerwowego . . . . .	19,6%
Zmiany narządów wewnętrznych . . . . .	3,3%

Ze statystyki EHLERS'a <sup>4)</sup> widzimy:

Zmiany skóry . . . . .	29 %
Zmiany kości . . . . .	23,1%
Zmiany układu nerwowego . . . . .	20,1%

Z 811 naszych przypadków syfilisu trzeciorzędnego wybrałem 530, które co do jakości przedstawiają się w następujący sposób:

Zmiany skóry i błon śluzowych . . . . .	273 t. j.	51,5%
Zmiany kości . . . . .	209 t. j.	39,4%
Zmiany jąder . . . . .	16 t. j.	3,0%
Zmiany układu nerwowego . . . . .	17 t. j.	3,2%
Zmiany mięśni . . . . .	15 t. j.	2,9%
	<u>530.</u>	

<sup>1)</sup> Recherchas sur l'etiologie de la Syph. tertiaire.

<sup>2)</sup> Comptes rendes de Congr. internat. de Derm. et de Syph. à Paris. 1889.

<sup>3)</sup> L. c. p. 66.

<sup>4)</sup> Neue Statistik über 1501 Fälle von tert. Syph. Verhandl. d. deutsch. dermat. Gesell. IV, Congr. 1894, p. 301.

Z zestawienia danych poszczególnych autorów otrzymamy następującą tabliczkę: [tabl. I], zawierającą rezultaty badań: 237 przypadków JULLIEN'a  
 3429 „ Fournier'a  
 818 „ Haslund'a  
 1501 „ Ehlers'a  
 530 „ z naszego oddziału  
 6515 przypadków i przedsta-  
 wiającą jakość tych przypadków, zestawionych razem dla porównania i drugą, przedstawiającą to samo w cyfrach procentowych.

Tablica I.

Nazwisko autora.	Skóra i błony śluzowe.	Kości.	Nerwy.	Mięśnie.	Narządy wewnętrzne.	Jądra.
JULLIEN . . . . .	127	65	26	—	—	19
FOURNIER . . . . .	1675	523	1085	15	117	145
HASLUND . . . . .	463	165	163	—	27	—
EHLERS . . . . .	438	348	302	—	—	—
Nasz oddział . . . . .	273	209	17	15	—	16

Tablica II.

Nazwisko autora.	Skóra i błony śluzowe.	Kości.	Nerwy.	Mięśnie.	Narządy wewnętrzne.	Jądra.
JULLIEN . . . . .	54,3	27,7	8,3	—	—	11,3
FOURNIER . . . . .	48,8	12,3	31,6	0,4	3,4	4,2
HASLUND . . . . .	56,6	20,1	19,6	—	3,3	—
EHLERS . . . . .	29	23,1	20,1	—	—	—
Przeciętna . . . . .	47,2	20,8	19,9	0,4	3,35	7,7
Nasz oddział . . . . .	51,5	39,4	3,2	2,9	—	3

Porównywając dane, otrzymane z materiału naszego oddziału z innemi, widzimy, że co do częstości cierpień skóry i błon śluzowych różnicy prawie niema. Natomiast w żadnej ze statystyk, przez różnych autorów podawanych, ilość cierpień kości nie dochodzi do tak wysokiej liczby, jak to ma miejsce w naszym oddziale szpitalnym, do liczby, która w dwójnasób prawie przecho-  
 dzi przeciętną. Dziwnem to się napozór wydaje wobec np. zdania MAURIAC'a <sup>1)</sup>,

<sup>1)</sup> L. c. p. 108.

który powiada: „Przypadki trzeciorzędnych zmian syfilitycznych kości stały się o wiele rzadszemi“. Przyczyn tego szukać należy we wspomnianych na początku warunkach przy omawianiu stosunku przypadków trzeciorzędnych do ogólnej ilości przypadków syfilisu.

Dalej w statystyce naszej widzimy bardzo nieznaczną odsetką cierpień układu nerwowego. Tłumaczy się to jednak łatwo tą okolicznością, że chorzy z tego rodzaju objawami odrazu bywają kierowani do oddziału dla chorych nerwowych; to samo daje się powiedzieć i o cierpieniach przymiotowych narządów wewnętrznych, na które chorzy leczą się na salach wewnętrznych. Wreszcie gummaty mięśni zdarzają się nieco częściej, cierpienia zaś jąder rzadziej w naszym oddziale, aniżeli w oddziałach przytoczonych powyżej autorów. Tych kilka uwag, oto prawie wszystko, co udało mi się o częstości i jakości syfilisu trzeciorzędnego znaleźć. Teraz przejdę do opisanie szeregu przypadków, spostrzeganym w naszym oddziale, zasługujących na opis ze względu na rozległe i poważne zmiany już też dla ich rzadko zdarzającego się umiejscowienia.

\* \* \*

**Przypadek I-y.** *Syphilis (stadium gummatum), Gummata multiplicia cutis, gummata et hyperostoses ossium cranii, hyperostosis ossium nasi, perforatio septi narium ossis.*

L. Z., handlarz, lat 49, zapisany do szpitala d. 9. VI. 1896 r. [№ księgi głównej 2823].

Zarażenie miało miejsce około 14 lat temu. Ogniska pierwotnego choroby nie pamięta. Zaczęła się choroba od wysypki na twarzy, stopniowo rozprzestrzeniającej się po tułowi i kończynach. Leczył się w pierwszym roku choroby w naszym szpitalu. Prócz tego był dwukrotnie w Busku: po raz pierwszy—13 lat temu, po raz drugi 5 lat temu.

Stan jego obecny jest następujący: Mężczyzna małego wzrostu, bardzo dobrej budowy i odżywiania, układ kostny i mięsny dobrze rozwinięte, tkanki tłuszczowej ilość dostateczna. Skóra pokrywająca czaszkę, jest prawie cała bliznowata, przedstawiająca wzniesienia i wgłębienia, gdzieś tylko porosła kępkami ocalałych włosów. Na wierzchołku głowy i na kości ciemieniowej lewej widzimy liczne wgłębienia  $1\frac{1}{2}$  ctm. średnicy i  $\frac{3}{4}$  ctm. głębokości mające, powstałe z połączenia się kilku mniejszych. Skóra pokrywająca je, bliznowata, blado-różowa jest poprzeczynana w rozmaitych kierunkach rozszerzonymi niebieskawymi żyłkami, całkowicie jest przyrosła, nie przesuwa się i nie fałduje się. Niektóre z tych wgłębień, niedawnego pochodzenia, pokryte są ciemno-czerwoną blizną, młodą, miękką, obficie unaczynioną, czem różnią się od blizn starszych. Gdzieś pomiędzy temi wgłębieniami rozsiane są guzy [gummaty] wielkości ziarnka grochu lub nieco większe, pokryte strupkami, które zaczynają odpadać. Podobne wgłębienie starsze znajdujemy na granicy czołowo-skroniowej lewej. Reszta wolnej okolicy kości [ciemieniowych i skroniowych] obficie usiana jest guzami rozmaitej wielkości od ziarnka grochu do orzecha laskowego, to twardszej to miększej spistości.

Na granicy okolicy potylicowej i karku widzimy następujący obraz: linia graniczna, będąca zarazem granicą dolną sprawy chorobowej, przedstawia się w postaci pasa, szerokości 2—3 ctm., na którym widoczne jest przejście skóry bliznowatej okolicy potylicowej [gdzie sprawa chorobowa już wygasła] w zajęętą skórę karku. Ta ostatnia przedstawia się nam jako wzniesienie płaskie, suche, czerwone, pomarszczone, usiane gdzieniegdzie gummatami. Niektóre z tych gummatów mają w środku małe zagłębienie, na obwodzie ich zaś łuszczy się naskórek. W ugrupowaniu ich daje się zauważyć pewien porządek. Im starszą jest sprawa, t. j. im dalej od granicy potylico-karkowej rozsiane są gummaty, tem rzadsze są one, po większej części oddzielne; idąc ku dołowi widzimy, że łączą się one w mniej lub więcej liczne grupy, na samym zaś obwodzie wyżej wspomnianego pasa tworzą zupełnie prawie zwarty szereg, stanowiąc tym sposobem ostrą granicę sprawy chorobowej. Wyżej, na okolicy potylicowej, znajdujemy bliznowatą skórę, nierówną, będącą wynikiem wygasłej już tu sprawy chorobowej. Szczegółowy opis tego obrazu zasługuje na uwagę wobec tego, że prawie wszystkie zmiany chorobowe nacechowane są tym pełzającym charakterem sprawy.

Skóra okolicy czołowej, aż do łuków brwiowych, uległa również przemianie bliznowatej. Pomiędzy guzami czołowemi i na gładyszce spotykamy trzy wgłębienia o średnicy 3 ctm. i na  $\frac{1}{2}$  ctm. głębokie o dnie i ścianach nierównych, twardych. Na środkowym wgłębieniu jest duży strup, pomiędzy zaś nimi są dwa gummaty okostnej, świeże dosyć miękkie wielkości orzecha laskowego, pokryte zaczerwienioną skórą, przesuwalną, dającą się fałdować.

Prawe ucho jest znacznie zniekształcone. W górnej części muszli około czaszki, znajdujemy w chrząstce półkuliste wyżarcie, w którym swobodnie pomieścić się może mały palec. Tak zw. płatek zniszczony jest zupełnie, skrawek skręcony, zmniejszony. Na lewym uchu widzimy nadżarcie wzdłuż obrąbka i kolca obrąbkowego, którego resztki ocalałe mają postać brodawek kształtu grzybkowatego.

Mniej stosunkowo zeszpecona jest twarz, pomimo znacznych zmian ze strony nosa. Widzimy mianowicie: zgrubienie obu kości nosowych, pewną asymetryę wskutek większej grubości lewej kości nosowej, sam nos w górnej części grzbietu jest zapadły, a pokrywająca go skóra jest miejscami bliznowatą; na skórze prawej kości nosowej widzimy kilka małych zagłębień, pokrytych strupkami. Na grzbiecie nosa przez ciekłą skórę przeświecają żółtawo drobne gummaty; toż samo pod lewą kością licową. Na pozostałej części twarzy prócz licznych blizn, żadnych zmian nie znajdujemy.

Na błonie śluzowej nosa widzimy znaczne braki i nadżarcia. Badanie wykazuje przedziurawienie kostnej przegrody nosowej. Wydzielina gęsta, brudno-zielonawego koloru. Błona śluzowa jamy ustnej i gardzieli blade i mętna. Badanie laryngoskopowe wykazuje: obrzęk strun głosowych prawdziwych i fałszywych, nacieczenie błony śluzowej jamy gardzieliowej. W okolicy podgnykowej, widzimy z przodu zagłębienie, w postaci woreczka, wysłanego zaczerwienioną skórą, pokrytą skąpą wydzieliną ropną. Dno woreczka przedłuża się w kanał, przez który można przeprowadzić zgłębnik na 5 ctm.

na lewo i ku górze, lecz powierzchownie. Są to prawdopodobnie jeszcze pozostałości po przetoce, przez którą był wydalony rozpadły lub zropiały gummat, być może o wiele głębiej leżący. Po bokach szyi spotykamy małe odbarwione blizny po gummatach.

Sprawa chorobowa szerzy lub szerzyła się dalej przeważnie po tylnej powierzchni tułowia. Na całej przestrzeni, począwszy od okolicy nadłopatkowej, aż do okolicy krzyżowej widzimy jedno rozległe zbliznowacenie skóry, różniące się od tegoż innych okolic ciała tem, że skóra jest bardziej niejednostajnej grubości, więcej chropawa i usiana większymi wzniesieniami i zagłębieniami, rowkami i t. p.. Zmiany te postępowały i postępują w kierunku od góry ku dołowi.

W okolicy podłopatkowej lewej widzimy ognisko szerokie na 10 ctm. i na 20 ctm. długie, nieregularnej formy; w środku tego ogniska mamy teraz jedynie szeroką bezkształtną bliznę, obwód zaś stanowi wzniesienie czerwone, usiane gummatami i ograniczone nazewnątrz nowym szeregiem gummatów, jakby w jeden wał się zlewających.

W podobny sposób postępują zmiany chorobowe i w okolicy łędźwiowej, a na pozostałej części wyżej wspomnianej zbliznowaczonej skóry rozsiane są gdziegdzie także grupy gummatów nieregularnej formy i rozmaitej wielkości, widocznie powstałe ze zlania się pojedynczych mniejszych guzków z wyraźnym dążeniem do ośrodkowego szerzenia się. Prócz tego gdziegdzie spotykamy pojedyncze gummaty, miękkie, rozpadłe w środku, niektóre pokryte miękkimi brunatnawo-czerwonemi strupami, po zdjęciu których wydziela się nieco rozpadłej masy gummatu, niekiedy zropiałej.

Przechodząc do opisu bocznych i przedniej ścian tułowia, widzimy obraz następujący: z prawej strony bliznowata skóra dochodzi mniej lub więcej równomiernie do środkowej linii bocznej ściany, z lewej zaś zajęta jest cała boczna ściana tułowia, poczem sprawa chorobowa przechodzi na okolicę podżebrową, nadpępkową i pępkową. Charakter tych zmian jest ten sam co wyżej opisanych na skórze grzbietu i innych.

Na okolicy pośladkowej miejscami spotykamy gummaty, to pojedynczo, to po kilka, wielkość ich dochodzi do wielkości orzecha laskowego.

Kończyny. Ze strony prawej bliznowata skóra tułowia przechodzi na kończynę, zajmując ją z przodu do stawu łokciowego, z boków zaś i z tyłu jeszcze niżej. Lewa kończyna górna zajęta jest do połowy przedramienia. Sprawa chorobowa przedstawia się i tu jak powyżej.

Na prawej kończynie dolnej, począwszy od guza piszczeli aż do stopy widzimy bardzo znaczne zgrubienie i nacieczenie skóry, robiące wrażenie na pierwszy rzut oka skóry słoniowato zmienionej. Na tem tle rozsiana jest cała masa dość głębokich owrzodzeń o średnicy od 1—3½ ctm. o brzegach podminowanych, o dnie nierównem, pokrytem szaro-żółtawym nalotem i nieobfitą ropiastą wydzieliną, bądź okrągłych, bądź nieregularnej formy, wskutek zlania się kilku owrzodzeń w jedno. Naokoło niektórych owrzodzeń widzimy dość wysokie wały z nowopowstałej, wybudanej tkanki skóry, na nich zaś małe nadżarcia. Przez niektóre z owrzodzeń zgłębnik dochodzi do nieobna-

żonej kości, najgłębsze zaś, choć nie tak liczne, znajdujemy na zewnętrznej stronie prawej goleni, dochodzące też do okostnej. Pomiędzy nimi spotykamy obficie rozsiane gummaty. Od połowy piszczeli do stopy zgrubienie kości Udo, cała kończyna dolna lewa—bez zmian. Gruczoły pachwinowe prawe i pachowe prawe są powiększone, wskutek zmian na skórze.

Narządy wewnętrzne przy badaniu nie wykazują żadnych zmian. Mocz bez białka i cukru. Zmiany funkcyjne: chory uskarża się na dawny i uporczywy nieżyt nosa i na stałą chrypkę.

Po opatrunku jodoformowym, po przemywaniach sublimatowych wystąpiły zmiany, właściwe pryszczycy mokrzącej, a więc: rozlana czerwoność skóry, rozsiane pęcherzyki na obwodzie tejże, sączenie obfite płynu surowiczego, uczucie palenia i bólu. Jednocześnie owrzodzenia syfilityczne zaczęły się pokrywać znów szaro-żółtym nalotem. Wskutek tego te dwa środki opatrunkowe musieliśmy zarzucić i uciec się do obmywań rezorcynowych i zasympywnań owrzodzeń eurofenem lub airolem, pod którymi to środkami podrażnienia nie było, pryszczycy powoli ustąpiła, a owrzodzenia poczęły się pokrywać zdrową ziarniną. Chory poddany był leczeniu swoistemu mieszanemu, pod wpływem którego gummaty ulegały wessaniu, a owrzodzenia poczęły się dosyć szybko zablizniać, tak iż opuścił oddział w stanie zupełnie zadowolającym.

Nadmienić tu tylko muszę, iż z powodu tak rozległych zmian skóry o zastosowaniu choremu wcierań szaruchy nawet mowy być nie mogło, wstrzykiwano mu więc co 5—8 dni 0,08 sozodolanu rtęci rozpuszczonego w jodku potasu.

[C. d. n.]

## II. NIEZWYKŁY PRZYPADEK SKRYCIE PRZEBIEGAJĄCEJ POSOCZNICY W OKRESIE POŁOGOWYM.

Podał

**A. Troczewski,**

lekarz szpitala Ś-go Walentego w Kutnie.

— † — † —

Przypadek dotyczy p. A. C., 22-letniej mężatki, pierwszy raz rodzącej. Chora wątłej budowy, miernie odżywiona, zawsze małokrwista, kilkakrotnie w ciągu lat młodzieńczych zapadała na ciężką i uporczywą zimnicę. Miesiączkowała zawsze dość prawidłowo; wkrótce po wyjściu zamąż zaszła w ciążę, przyczem od samego początku tejże wystąpiły nieustanne nudności, wymioty, bezsenność, utrata łaknienia i nieomaganie ogólne. W drugiej połowie, a szczególnie w ostatnich miesiącach ciąży objawy powyższe znacznie się wzmogły, chora prawie nie jeść nie mogła z powodu wymiotów, nie sypiała, była zmęczona, bezsilna, jednak przez cały ten czas porady lekarskiej nie zasięgała. Pierwszy raz chorą widziałem w dzień porodu 18 lutego r. b.. Poród trwał godzin 12, był prawidłowy, bóle porodowe dość silne, dziecko urodziło się zdrowe, donoszone; podczas porodu powstały liczne, powierzchowne nadpęknięcia



na wewnętrznej powierzchni warg sromnych dużych, pęknięcia krocza nie było, łożysko wyciśnięto z macicy sposobem CREDE'go i wyjęto ręką z pochwy, cały poród prowadzony był z mojej strony ściśle aseptycznie. Pierwszy i drugi dzień po porodzie bezgorączkowy, stan ogólny niezły, trzeciego dnia lekkie dreszczyki, ciepłota ranna 37,8°, ogólne osłabienie, wieczorem ciepłota 33,8°, tętno 100, w narządach wewnętrznych zmian żadnych. Od tego czasu, codziennie stan gorączkowy, przyczem przed południem i w nocy ciepłota zupełnie lub prawie normalna, w godzinach popołudniowych [mniej więcej od 1-ej do 6—8-ej wieczorem] podniesienie ciepłoty w granicach 38,5°—39,0°, przy tętnie 90—100. Przy najszczególowszem zbadaniu chorej, prócz wspomnianych wyżej nadpęknięć na wargach sromnych, oraz nieznacznego powiększenia śledziony żadnych zmian chorobowych nie znalazłem wogóle i specjalnie w narządach rodnych; macica odpowiednio zmniejszona; zupełnie niebolesna, dobrze skurezona, wypływ z niej umiarkowany, niecuchnący, parametria wolne, w jajowodach, w jajnikach żadnych zmian, żadnych nacieków zapalnych niema. Pomimo to byłem przekonany, że mam do czynienia z zakażeniem połogowem i za źródło tegoż uważałem nadpęknięcia na wargach sromnych; zwróciłem więc na nie szczególną uwagę, traktując antyseptycznie, wkrótce też, bo po upływie dni dziesięciu, pogoili się one zupełnie, stan gorączkowy jednak trwał w dalszym ciągu. Jednocześnie zauważyłem stale i nadzwyczaj szybko wzmagające się obrzmienie śledziony we wszystkich jej wymiarach, częściej pojawiające się dreszczyki, bledź skóry i błon śluzowych.

Na wspólnej naradzie z kol. ARNSTAJNEM, zważywszy na okoliczności powyższe, jak również mając na względzie kilkakrotne zapadanie chorej na zimnicę, uczyniliśmy przypuszczenie, czy nie mamy w danym przypadku do czynienia z zimnicą? Aby z całą pewnością utwierdzić się w tym przypuszczeniu lub móż je wykluczyć, przeprowadziliśmy w tym kierunku dość długotrwałe, energiczne i wyczerpujące leczenie [chinina w dużych dawkach wewnętrznie i podskórnie, błękit metylenowy, arsenik i t. p.], które nie dało jednak najmniejszego wyniku dodatniego, a przeciwnie bardzo ujemnie wpływało na stan narządów trawienia, na łaknienie i stan psychiczny chorej. Stan gorączkowy zachował ten sam typ przepuszczający z tą różnicą, iż nasilenia gorączkowe stawały się coraz wyższe. Chora mizerniała, traciła siły, małokrwistość była coraz wybitniejszą.

Po upływie kilku tygodni od początku choroby na naradzie z kol. GROSTER-  
NEM [z Warszawy] znaleźliśmy wielkie obrzmienie śledziony, ogólne osłabienie i objawy niedokrwistości, bardzo nieznaczne zmiany wysłuchowe w szczycie prawego płuca [oddech cokolwiek zaostrozony, nieliczne trzeszczenia], w innych narządach wewnętrznych zmian żadnych. Kol. GROSTERN najbardziej skłonny był do przypuszczenia, że w danym przypadku mamy do czynienia z porażką się skrytą postacią suchot płucnych, najmniej przypuszczał istnienie zakażenia połogowego, gdyż tak typ gorączki, jak i przebieg kliniczny niczem nie usprawiedliwiały takiego rozpoznania.

Gdy jednak znowu po upływie kilku tygodni stan ogólny chorej i przebieg choroby w niczem się nie zmienił, rzekome zmiany w płucu nie tylko nie roz-

winęły się, ale zniknęły zupełnie, obrzmienie śleplizony zwiększało się coraz bardziej, a leczenie przeciwnicze okazało się najzupełniej bezskutecznem, należało stanowczo już wyłączyć i zimnicę i sprawę gruźliczą i powrócić do pierwotnego rozpoznania — zakażenia pęcherzowego, przebiegającego skrycie, bez widocznego ogniska miejscowego.

Dnia 11 kwietnia [w 8 tygodniu choroby] na naradzie z kol. GROMADZKIM [z Warszawy] przy zbadaniu chorej znaleźliśmy macicę zupełnie prawidłową, parametrya wolne, odpływów niema żadnych, nigdzie żadnych owrzodzeń, nadzarć, słowem narządy rodne w stanie zupełnie prawidłowym; śledziona wielka, wątroba również nieznacznie powiększona, objawy atonii przewodu pokarmowego, wybitna niedokrwistość i osłabienie ogólne, w płucach, w sercu zmian żadnych niema; typ gorączki taki sam, nasilenia wieczorne dochodzą do 40° C., przy tętnie 120, dość drobnym, lecz miarowym. Postanowiliśmy, rodzajem próby, zastosować wstrzyknięcie pod skórę *ol. terebint. gall.*, co też uskuteczniłem tegoż dnia pod skórę zewnętrznąj powierzchni lewego uda. Po zastosowaniu tego środka stan choroby w niczem nie zmienił się na lepsze, ciepłota dosięgała nawet granic wyższych. Chora przez cały tydzień strasznie cierpiała z powodu bólów, bezsenności, jeszcze bardziej opadła z sił, utraciła łaknienie.

W miejscu wstrzyknięcia powstało obszerne nacieczenie z mocno zaczerwienioną, bolesną, naprężoną skórą; 6—7-go dnia w miejscu nacieczenia—chełbotanie, 8-go dnia obszerny rozlany ropień otworzyłem po uspieniu chorej chloroformem, przyczem otrzymałem gęstą, bez zapachu ropę, połączoną z licznymi strzępami zmartwiałej tkanki. Cały ten zabieg znowu pozostał bez żadnego wyniku i w niczem nie zmienił dotychczasowego przebiegu choroby. Z biegiem czasu stan ogólny chorej podupadał coraz bardziej, chora o własnej sile nie mogła już siedzieć w łóżku, znacznie wychudła, czuła się coraz bardziej zdenerwowaną, przygnębianą, zabarwienie skóry i błon śluzowych stawało się prawie białaczkowe, znacznie upośledzone trawienie i brak łaknienia nie pozwalały na odpowiednie odżywianie chorej, słowem stan ogólny wydawał się coraz bardziej groźnym i beznadziejnym; zaczęliśmy wtedy podejrzewać, iż u chorej rozwija się białaczka i uznaliśmy za konieczne zbadanie krwi. W końcu kwietnia chorą raz jeszcze poddaliśmy szczegółowemu badaniu na naradzie z kol. JAKOWSKIM i GROMADZKIM [z Warszawy], wynik badania taki sam, jak wyżej; zwróciliśmy wtedy szczególną jeszcze uwagę na stan gruczołów limfatycznych i stan kości, lecz zmian żadnych nie znaleźliśmy. Wówczas to przeprowadzone łaskawie przez kol. JAKOWSKIEGO badanie krwi wykazało co następuje: umiarkowane zwiększenie ilości białych ciałek krwi, krążki czerwone normalne, prawidłowo ułożone w rulony, żadnych tworów, wskazujących na istnienie białaczki, nie znaleziono; co się tyczy badania bakteriologicznego, to na trzy dokonane hodowle — w jednej z nich rozwinęły się nieliczne kolonie streptokoków. Tak więc ostatecznie badanie krwi rzuciło jaśniejsze światło na naturę omawianej przez nas sprawy chorobowej; wyłączało ono do pewnego stopnia nasuwające się podejrzenie na białaczkę, a natomiast prawie bezwzględnie przemawiało za istnieniem w danym przypadku zakażenia

posocznicowego, bez którego trudno by było wytlómaczyć sobie obecność we krwi streptokokków. Wobec otrzymanego wyniku badania krwi i utrwalonego przezeń rozpoznania choroby, postanowiliśmy na wspomnianej wyżej wspólnej naradzie lekarskiej zastosować jeszcze u chorej seroterapię, t. j. wstrzykiwania surowicy antystreptokokkowej.

Otrzymałszy za łaskawem pośrednictwem kol. JAKOWSKIEGO wyż wzmiankowaną surowicę, pochodzącą z instytutu PASTEUR'a, dnia 1. V. r. z. zrobiłem chorej pierwsze wstrzyknięcie 10 ctm. sześć. surowicy pod skórę brzucha. Dnia 1-go, 2-go i 3 go maja stan choroby taki sam, typ gorączki bez zmiany, ciepłota jak pierwiej, w godzinach przedpołudniowych prawie normalna, po południu dochodzi do 39,5<sup>o</sup>—40,2<sup>o</sup> C..

Dnia 3. V. zauważyłem u chorej wzdłuż bocznej powierzchni szyi ze strony lewej i pod prawą pachą wielkie guzy z gruczołów limfatycznych — wielkości dużej pięści, twarde, mało bolesne przy ucisku i mało ruchome [przedtem ani śladu powiększonych gruczołów nie było], w innych okolicach ciała gruczoły limfatyczne niepowiększone; chora czuje się bardziej osłabioną i rozdrażnioną.

Dnia 3-go maja II wstrzyknięcie 10 ctm. sześć. surowicy, 8 maja III-cie, 10 maja IV-te wstrzyknięcie; przez cały ten okres czasu guzy gruczolowe już wolniej, ale stopniowo powiększały się; prawie po każdym wstrzykiwaniu — w kilka godzin po niem, występowało u chorej silne osłabienie ogólne i wyczerpanie nerwowe, rodzaj zapaści, trwającej godzin kilka. Żadnego dodatniego wyniku po wstrzykiwaniach surowicy niezauważyłem, ciepłota nie tylko nie opadała, ale częściej nawet dosięgała stopni wyższych [40,0<sup>o</sup>—40,2<sup>o</sup> C.], tętno dochodziło do 120—125, bywało drobne, miękkie. Wobec tego, jak również wobec stanowczego oporu ze strony rodziny chorej, dalszych prób z surowicą zaniechałem. Od tego czasu chora pozostawała bez opieki lekarskiej, dalszy bieg choroby pozostawiono wyłącznie naturze. Z biegiem czasu chora zaczęła stopniowo, choć bardzo powoli, przychodzić do siebie, nasilenia gorączkowe stawały się mniejsze; w czerwcu chorą zawieziono na wieś, gdzie prawie jeszcze przez miesiąc gorączkowała, ale zaczęło zjawiać się łaknienie, a z niem możebnem się stało bardziej forsowne odżywianie, wzmiankowane wyżej guzy gruczolowe zaczęły się rozchodzić, stan sił poprawił się widocznie, wreszcie i gorączka ustąpiła zupełnie. Od tego czasu chora zaczęła podnosić się z łóżka, dużo przebywała na świeżem powietrzu, odbywała krótsze, a następnie i dłuższe przechadzki, obecnie jest prawie zdrowa zupełnie.

Tak więc mieliśmy tu niewątpliwie do czynienia ze skrycie przebiegającą postacią posocznicy; za rozpoznaniem takim stanowczo zdaje się przemawia cały przebieg i ostateczne zejście choroby, jak również znalezienie we krwi streptokokków.

Przypadek powyższy dowodzi, jak różnorodne mogą być postacie zakażenia posocznicowego, jak bardzo odbiegają one od typu powszechnie opisywanego. U naszej chorej wszystkie najwybitniejsze objawy przedmiotowe [typ gorączki przepuszczającej, stale wzmagające się obrzmienie śledziony, brak jakichkolwiek zmian w narządach rodnych, pozorne zmiany w płucach, w anamniezie—kilkakrotne zapadanie na zimnicę], zdawało się, że raczej wykluczają

aniżeli przemawiają za takim rozpoznaniem; nie przemawiały za niem również wszystkie inne spostrzegane u chorej objawy. Do takiego, a nie innego rozpoznania upoważniało nas jedynie prawie wykluczenie wszelkich innych spraw, chorobowych, a ostatecznie kwestyę rozstrzygnęło badanie bakteriologiczne krwi.

Czy w danym przypadku zakażenie posocznicowe istotnie zależnem było od *puerperium*, czy też powstało odeń niezależnie, pytanie to, zdaniem mojem, musi pozostać nierozstrzygniętem wobec braku jakichkolwiek danych, mogących tu stanowić punkt oparcia. Pozostaje do wyjaśnienia jeden jeszcze spostrzegany w danym przypadku i niezwykle objaw, mianowicie owe szybko powstałe, wielkie obrznięcia gruczołów limfatycznych na szyi i pod pachą, czyniące wrażenie wielkich limfo-sarkomatów. Mnie się zdaje, że guzy te nie miały żadnego związku przyczynowego z chorobą zasadniczą, że były one wyrazem pewnej reakcyi po wstrzykiwaniach surowicy antystreptokokkowej; do takiego mniemania upoważnia mnie to, że powstały nagle i bezpośrednio po zastosowaniu seroterapii, że po jej zaniechaniu stopniowo zaczęły się zmniejszać i zniknęły zupełnie.

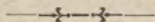
*Kutno. We wrześniu, 1896.*

## IV. W ŁOŚNICA

(*trichinosis*).

Podał

**Józef Maybaum i Seweryn Sterling** [Łódź].



[Dokończenie. — Patrz Nr. 9].

Śmiertelność waha się w bardzo szerokich granicach, w jednych epidemiach dochodzi do 30%, w innych wynosi zaledwie 5%, a np. w Weimarze [1808 przypadków] nie było ani jednego przypadku śmierci. Toż samo i w Łodzi, w której ujawnionych było przypadków 21 <sup>1)</sup>, a przypadku śmierci nie było żadnego.

Rozpoznanie. W pierwszych latach po poznaniu włośnicy rozpoznanie polegać musiało wyłącznie na wykazaniu pasorzytów. Uczynić to można: 1) w resztkach spożytego mięsa, 2) w mięśniach chorego, 3) w jego wypróżnieniach. W mięsie, rzecz prosta, poszukiwać można, jeżeli się udaje dokładnie sprawdzić, że dostarczone do zbadania mięso z tej samej pochodzi sztuki, co i części spożyte. [Naturalnie podczas endemii możnaby pasorzyty znaleźć i w innych sztukach, o ileby poszukiwania odnośne nie zbyt późno rozpoczęte zostały]. Poszukiwanie włośni w mięśniach chorego za życia nader rzadko do

---

<sup>1)</sup> Tyle przypadków znamy dzięki uprzejmości kolegi M. COHNA, JONCHERA, JOKIELA i ŁASKIEGO, którzy sami lub wspólnie z nami obserwacje przeprowadzili. Przypuszczamy jednak, że przypadków włośnicy było więcej, ponieważ niektórzy chorzy opowiadali, że z podobnemi objawami chorują ich krewni lub znajomi w Łodzi, lub okolicy zamieszkali.

celu prowadzi, dlatego, zdaniem naszym, zwłaszcza w praktyce prywatnej, nakłaniać chorego do poddania się zabiegowi temu, nie podobna.

W wypróżnieniach możemy liczyć na znalezienie tylko bardzo nielicznych włosni i tylko w pierwszych dniach choroby, badania bowiem lat ostatnich [ASKANAZY, CERFONTAINE] wykazały, że jedynie samce, które giną już w pierwszych dniach choroby, pozostają w świetle kiszek i z wypróżnieniami wydzielane na zewnątrz bywają. Zapłodnione zaś samice osiedlają się w ścianach kiszek i kosmkach i stąd już niepowracają do światła kiszek.

Liczba samców stosunkowo nie jest wielka i znaleźć je można w wypróżnieniach bardzo rzadko.

Prof. PEIPER, zapytywany przez nas w kwestyi badania mięśni i wypróżnień, odpowiedział zgodnie z tem, co w dziele swem pisze, że 1-o przy poszukiwaniu włosni w wypróżnieniach zgoła na wynik dodatni liczyć nie można, że 2-o nieznanie włosni nawet w kilku kawałkach mięśnia przeciwko włosnicy nie świadczy, bo mięśnie już bardzo „usiane“ być muszą, by właśnie w każdym odcinku włosnie znajdować się miały. Wogóle rozpoznanie włosnicy w teraźniejszym stanie wiedzy nie zasada się wcale na odnalezieniu włosni.

Już zresztą w r. 1866 wypowiedział LEUCKARDT o metodzie KUCHENMEISTER'a wycinania lub wrywania kawałków mięśnia w celach rozpoznawczych następujące zdanie: „sposobem tym trzeba było wówczas włosnicę rozpoznawać kiedy jeszcze obraz chorobowy nie był znany“. Dzisiaj objawy kliniczne włosnicy znamy tak dokładnie, że wystarczają nam one dla rozpoznania tego cierpienia zupełnie. Wszak przy tylu zakaźnych chorobach rozpoznawanie tylko na zasadzie objawów klinicznych stawiamy.

Niewątpliwie, pojedynczy przypadek włosnicy, dorywczo lub tylko w okresie początkowym obserwowany, bardzo trudno rozpoznaniu się poddaje. Ale jednoczesne wystąpienie oddzielnych przypadków w jednym mieście, lub co ważniejsze, wystąpienie kilku przypadków w jednej rodzinie, lub u kilku osób, które albo wspólnie jadają, albo choć raz wspólnie wyroby z mięsa wieprzowego spożyły<sup>1)</sup>, daje nam odpowiednie wskazówki. Przywołani do chorego w okresie zaburzeń żołądka i nieokreślonych bólów ogólnych, jedynie wtedy możemy domniemywać o włosnicy wypowiedzieć, gdy, prócz zasłabnięcia kilku osób, dostrzegamy takie objawy, jak obrzęk twarzy, wynaczynienia pod łącznicę i t. p.. W przeciwnym razie musimy podejrzewać tak zwyczajnie ostre zapalenie przewodu pokarmowego dyspeptyczne, jak i zatrucie jadami mięsa, kiełbasy, lub trucizną metaliczną. W takich przypadkach wywiady odnośne [sposób życia, żywienie się chorego w ostatnich czasach i t. d.], rewizja naczyń, z których chory jadł, oraz obserwacja dalszego przebiegu o rozpoznaniu decydują.

W przypadkach, których historie choroby przytoczyliśmy, a pierwszych spostrzeganych w Łodzi, objawy były tak wybitne, żeśmy już przy pierwszym widzeniu chorych rozpoznanie włosnicy postawili.

---

<sup>1)</sup> Dwie damy S. i P. raz wspólnie zjadły kolację [wieprzowina w postaci wędliny], potem S. wyjechała z Łodzi. Po kilku tygodniach obie leżały ciężko chore na włosnicę.

W przypadkach tych zastaliśmy rozpoczynające się objawy okresu drugiego przy trwających jeszcze objawach okresu pierwszego. W takim okresie choroby rozpoznanie opiera się na obecności bólów i obrzmieniu mięśni, twardości niektórych z nich, gorączki tygodnie trwającej, potów, obrzęków, chrypki, bezgłosu, duszności, czkawki, bezsenności i innych wyżej wyliczonych objawów. Naturalnie, że znalezienie włośni w wypróżnieniach chorego lub mięśniach jest pożądanem bardzo potwierdzeniem rozpoznania, ale dla wymienionych powodów rzadko się udaje. Co się tyczy badania mięsa wieprzowego, to w nader nielicznych przypadkach dostarczają nam materiału, a badanie mięsa wziętego z masarni z różnych części wieprza, dokonać tylko można przy pomocy organów władzy, co nie leży zazwyczaj w mocy lekarza-praktyka.

Różniczkowo mają znaczenie przy rozpoznaniu włośnicy cierpienia następujące:

W okresie pierwszym choroby odróżnić należy obraz włośnicy od ostrego nieżytu żołądka i kiszki a nawet od cholery. Decyduje na korzyść włośnicy obecność objawów ze strony mięśni, obrzęków i innych, które bądź już istnieją, bądź w dalszym przebiegu występują. Przy zachorowaniu kilku osob jednocześnie powstać może również podejrzenie zatrucia jadami, kiełbasianym, rybim i t. p., napotykamy jednak wtedy prócz objawów żołądkowo-kiszkowych, depresję układu nerwowego, zwolnione tętno, zabarwienie żółtaczkowe, suchość skóry. Brak zaś objawów, towarzyszących zaburzeniom kiszki w okresie I-ym włośnicy.

Bóle mięśniowe, ogólne niedomaganie, gorączka stopniowo wznosząca się, mogą w pierwszym tygodniu choroby naprowadzić na mylne rozpoznanie tyfusu brzuszego, szczególnie, gdy brak lub są słabo wyrażone takie objawy, jak obrzęki, wynacznienia i t. p.. W okresie drugim przypadków umiarkowanego natężenia włośnicy, mylnie gościec mięśniowy rozpoznawano, ale objawy żołądkowe I-go okresu, obrzęki, duszność i inne objawy wyliczone na właściwą drogę naprowadzały. Prócz gościeca w błąd nas wprowadzić może t. zw. *polymyositis resp. dermatomyositis acuta progressiva* <sup>1)</sup>, tembardziej, że widziano raz nawet endemię rodzinną [3 osoby] tego cierpienia. Mamy tu do czynienia z cierpieniem zupełnie od włośnicy różnem, lecz w przebiegu bardzo podobnem, bo z zapaleniem licznych mięśni przebiegającym. To też tylko uwzględnienie wszystkich objawów pozwala ze ścisłością odróżnić włośnicę od rozsianego, postępowego zapalenia mięśni i skóry. Cierpienie to charakteryzuje wysoka gorączka, silnie wyrażona sprawa zapalna mięśni, szczególne umiejscowienie tegoż w mięśniach kończyn, zajęcie w dalszym przebiegu mięśni połykowych i oddechowych, oszczędzenie mięśni oka, serca, języka i przepony, wystąpienie wysypek pod postacią rumienia, pokrzywki lub

---

<sup>1)</sup> HEPP [Berl. klin. Wochenschr. 1887. Nr. 17—18] nazwał chorobę tę „*pseudotrachinosi*“. O nazwie tej powiada UNVERRICHT [EULENBURG'S Encycl. Jahrb. 1895. S. 440], że wyrażenie takie zadowolnić może tylko powierzchownie sprawy te pojmującego“. Tembardziej wydaje nam się nazwa ta nieodpowiednią, że używana była oddawna przez weterynarzy na oznaczenie zupełnie innej sprawy, mianowicie obecności w mięśniach zwierzęcych innych pasożytów (*gregarinae*), nie zaś włośni, [EDELMAUNN].

róży, obrzęki nad zajętymi mięśniami, obrzmienie śledziony, przeważnie śmierć przy napadach duszności i objawach płucnych [UNVERRICHT]<sup>1)</sup>. Prócz tego do objawów mniej częstych *polymyositis* należy: zanik mięśni, *stomatitis*, *angina*, *nephritis haemorrhagica*, zatory żyłowe, obrzęki i bolesność stawów. Różni się zatem *dermatomyositis* od *trichinosis* brakiem całego kompleksu objawów ze strony przewodu pokarmowego, innym umiejscowieniem sprawy w mięśniach, powiększoną śledzioną, symetrycznymi obrzękami, brakiem wynaczynień pod łącznicę, wreszcie, co najważniejsze, udziałem skóry nad zajęty mięśniami leżącej, zaczerwienieniem jej i wystąpieniem wysypek różnego rodzaju i różnej wielkości; te ostatnie objawy ze strony skóry mogą nasunąć podejrzenie plamicy WERLHOF'a, jakie przy włośnicy powstać wogóle nie może.

Pod koniec okresu drugiego szczególnie, kiedy wycieńczony chory leży nieruchomo ze zgiętymi kolanami, na każde dotknięcie wrażliwy, można jedną jeszcze chorobę podejrzewać, mianowicie pierwotne rozlane zapalenie nerwów (*neuritis multiplex progressiva*, japońskie *Beri-Beri*). Mamy tu do czynienia z niewątpliwie zakaźnym cierpieniem, przebiegającym przy wysokiej ciepłocie, ogólnym osłabieniu, bólu głowy. Z objawów, przypominających włośnicę mamy wtedy jeszcze i bóle w krzyżu i kończynach tak samoistne, jak i przy ucisku na nerwy, porażenie kończyn, głównie dolnych, utrudnione oddechanie, zmniejszenie odruchów kolanowych, nadczułość skóry, poty, czasem obrzmienia kończyn. Nie mamy tu wszakże ani epidemii [jakkolwiek są okresy czasu, w których częściej, niż zwykle występuje], ani tych danych w wywiadach, jakie na włośnicę wskazują, nie mamy też ani obrzęków niesymetrycznych, ani wynaczynień pod łącznicę, natomiast można do pewnego stopnia prześledzić związek miejsc zbolałych z kierunkiem przebiegu wielkich pni nerwowych.

Obrzęki na twarzy i kończynach z konieczności każą nam pamiętać o zapaleniu nerek, które jednak łatwo wyłączyć na zasadzie braku białka [*resp.* przemijające jego ślady] i braku cylindrów nerkowych w moczu.

Rokowanie przy włośnicy zależy od ciężkości zarażenia i od umiejscowienia się włośni. Przy wielkiej ilości pasożytów spożytych już pierwszy okres przebiega w postaci groźnej choroby, a wysoka ciepłota, poty zlewne, bredzenie w okresie drugim złe dają rokowanie. Umiejscowienie się włośni w mięśniach oddechowych w ilości nadmiernej stanowi również poważny objaw, ponieważ jedną z najczęstszych przyczyn śmierci przy włośnicy są zaburzenia płucne. Rzecz prosta, że małe natężenie wszystkich wyliczonych objawów daje rokowanie lepsze. W każdym razie, nawet zejście pomyślne włośnicy prowadzi przez długotrwałe zdrowienie. Przebycie ósmego tygodnia choroby

---

<sup>1)</sup> W literaturze polskiej mamy opis przypadku, który z wielkim prawdopodobieństwem zaliczyć należy do grupy *dermatomyositis progressiva acuta*. Mamy tu na myśli pracę KLINKA p. t.: „Ostre, ogólne zapalenie mięśni. Podejrzenie zakażenia trychinami. Śmierć”. *Medycyna* z r. 1875. III. 241. — W pracy tej KLINKA na 12 lat przed HEPP'em i UNVERRICHT'em świadomie wydzielił obraz choroby, w mowie będącej.

pozwała rokować pomyślnie. Dzieci, jak wspomnieliśmy, mają dobrze znosić włośnicę.

Co się tyczy leczenia, to jedynie w pierwszych dniach choroby można liczyć na to, że środkami farmaceutycznymi zdołamy bądź usunąć włośnię z kiszek, bądź zatruc pasażerów; w okresie tym stosujemy środki przeczyszczające: senes, rycynę, kalomel. Stosowanie w późniejszych okresach środków takich jak: gliceryna, benzyna, santonina, które zalecają podręczniki, do żadnego skutku pożądanego nie doprowadzają, ponieważ samce już i tak nie żyją, a samice i potomstwa ich w świetle kiszek niema. To też stoimy wtedy zupełnie bezsilni wobec przyczyny choroby i uciekamy się do leczenia objawowego.

Czy włośnica, o której tak rzadko u nas się słyszy, rzeczywiście wyjątkowo zdarza się w Polsce? Wobec braku danych dostatecznych w literaturze lekarskiej, odpowiedzieć na pytanie to można z pewnym prawdopodobieństwem jedynie na zasadzie wykazów weterynaryjnych, które wykazują częstość występowania tej choroby wśród trzody chlewnej u nas. Cyfry odnośnie, kraju całego dotyczące, są bardzo skąpe, bo nawet Warszawa i Łódź kontroli nad ubojem nie mają. To też jedyne cyfry, jakie w tej kwestyi otrzymać zdołaliśmy, dotyczą miasta Kalisza. Zawdzięczamy je kol. FEDECKIEMU <sup>1)</sup>, weterynarzowi miasta Kalisza, który od r 1887-go kontrolę taką prowadzi. Oto dane przez kontrolę tę zdotype:

Rok.	Ogólna liczba uboju.	Liczba wykrytych z włośniami.	Stosunek włośniowych do zdrowych.	
1887	Głów 4638	6	1:773	} Prze- ciętnie 1:647
1888	" 4524	4	1:1131	
1889	" 5316	6	1:886	
1890	" 5242	10	1:524,2	
1891	" 4295	13	1:330,38	
1892	" 3915	5	1:783	
1893	" 5419	10	1:541,5	
1894	" 6116	7	1:873,7	
1895	" 6458	9	1:717,5	

Gdy porównamy przeciętną u nas znaną <sup>2)</sup>, z przeciętnymi np. Prus [między 1:2934 a 1:1632], natenczas zrodzić się musi podejrzenie, że włośnica u ludzi częściej się u nas zdarzać musi, niż o tem wiemy. U zwierząt bowiem jest dosyć częstą.

<sup>1)</sup> Niech nam wolno będzie na tem miejscu serdecznie podziękować kol. B. WOJCIECHOWSKIEMU, lekarzowi w Kaliszu, i kol. FEDECKIEMU, za liczne informacye w obchodzącej nas kwestyi, łaskawie nam udzielane.

<sup>2)</sup> NB. Przypuszczamy, że w całym kraju tenże stosunek panuje co i w Kaliszu. Prawdopodobnem nawet jest, że włośnica jest tam częstszą, gdzie żadnej kontroli nad ubojem niema.





## ODCINEK.

### KILKA SŁÓW Z POWODU SPRAWOZDANIA CZASOPISMA

„*France médicale*“

### O ŁAMANIU GARBÓW.

przez D-r Calot.

*La France médicale* z 25-go grudnia 1896 r. przyniosła nam wiadomość niezwykłą, wiadomość tak dziwną i niesłychaną, że istotnie w pierwszej chwili przypuszczaliśmy niemal jakąś mistyfikację umyślną, obrachowaną na chwilowe choćby powodzenie materyjalne autora. Dziś, a więc w dwa miesiące po ogłoszeniu faktu, nie jesteśmy już w stanie pominąć tej sprawy milczeniem, gdyż czasopisma naukowe oraz belletrystyczno-polityczne na wszystkie cztery strony świata rozgłosiły nową metodę leczenia „garbów“. Skutkiem rozejścia się tej stugębnej famy, widzimy konieczność poinformowania czytelników naszych o tej niesłychanej reformie w chirurgii kręgosłupa, tembardziej że stoimy pod pozornie słusznym zarzutem czyto ignorancyi czy niedoświadczenia naszego w spełnianiu przedsięwziętej roboty. Uważamy za odpowiednie w chwili obecnej usprawiedliwić dotychczasowe milczenie nasze w tem przekonaniu, że czynimy dobrze.

Na posiedzeniu Akademii z dnia 22 grudnia 1896 roku D-r CALOT [z Berck] miał odczyt, dotyczący: 1-o środków poprawienia istniejącego już garbu (*la bosse déjà produite*) oraz 2-o środków zapobiegnać mogących tworzeniu się garbu w chwili, gdy się on jeszcze nie ukazał, lub gdy tylko co powstał. D-r CALOT tedy opowiada o trzydziestu siedmiu (37) dzieciach z garbami, trwającymi od 4, 5, 6, 7-iu lat, u których uzyskał dobre wyniki, przy zastosowaniu środków napozór bardzo niebezpiecznych. Środki te w rękach jego zdradziły podobno bezpodstawność tych obaw, które zmuszały dotąd wszystkich znawców tego przedmiotu do uznania owych środków za rękoźny bezpośrednio wywołujące jeśli nie śmierć chorego, to przynajmniej nadzwyczaj ciężkie powikłania choroby.

Tylko najupartsze przypadki (*les cas exceptionnellement rebelles*) leczy CALOT za pomocą operacji krwawej. Operacya ta wygląda jak następuje:

CALOT usuwa kostną tylną (*cale postérieure*), która nie pozwala na odprostowanie zgiętego pod kątem kręgosłupa. Wycina więc klin z tyłu, po za mleczem pacierzowym, oraz przecina słup kostny wadliwie zrośnięty, położony od przodu, rozdzielając w ten sposób na dwa odcinki kręgosłup i te dwa odcinki tak wtedy ustawia, że całość kolumny sprostuje. Brzmi to w sprawozdaniu *France médicale* tak:

*Un coin osseux enlevé derrière la moelle épinière, il sectionne la colonne osseuse vicieusement soudée située en avant pour la diviser en deux segments qu'on fait pivoter l'un sur l'autre jusqu'à ce que la colonne vertébrale soit droite. A ce moment la bosse est effacée“.*

Zapytujemy najpierw, co to jest kostnina tylna (*cale osseuse postérieure*) w garbie kątowatym? Czy kto widział kiedy kostną jakąkolwiek któraby się wytworzyła na wypukłości garbu. Wszak wyniosłość tylna utworzona jest przez wyrostki cierniste i łuki kręgowo przemieszczone kątowato jedynie i wyłącznie dla tego, że przedni odcinek jednego lub kilku kręgow uległ

zniszczeniu i zapadł się pod wpływem ciężaru spoczywającej na nim całej kolumny kręgow, oraz narządów do kręgosłupa przytwierdzonych. Jeżeli garb się zwiększa, to dla tego, że trzony kręgowe, leżące nad trzonem zbezkształconym, spoczywają już nie na cylindrycznej lecz na klinowatej teraz podstawie, rosną więc u osobnika rosnącego, pod wpływem nienormalnych warunków statycznych, a zatem przyjmują też mniej więcej klinowatą a nie cylindryczną postać i t. d.. Kostnina zaś, jeżeli o niej może być wogóle mowa, wytwarza się nie na grzbietowej, lecz na brzusznej a więc przedniej [nie tylnej] powierzchni kręgow. Za kostninę (*callus*) uważać możemy li tylko tę kostniejącą bliznę, która w postaci grubych nieraz stalaktyków i stalagmitów pojawia się na powierzchni więzu podłużnego przedniego i reperuje popsutą strukturę słupa, dźwigającego ciężar tułowia.

Przypuszczam więc, że to sprawozdawca a nie autor użył tu niewłaściwego wyrażenia do określenia istoty tej części kośćca, którą CALOT jako klin wycina. Zastanówmy się z czego ten klin ma być utworzony, aby wycięcie jego mogło uwarunkować możliwość zupełnej korekcyi garbu? Musi ten klin składać się wtedy z całego wyrostka ciernistego wraz z jego podstawą oraz z łuków; wycięcie więc takiego klina musi być połączone z otwarciem przewodu kręgowego, mieszczącego w sobie mlecz i z odsłonięciem tegoż mlecza. Jest to więc laminektomia zupełna. Przypuszczać należy, że w ten sposób okaże się konieczność wyrąbania co najmniej 4-ch lub 5-iu łuków kręgowych. I cóż dalej?

CALOT przecina w poprzek trzon kręgowy w zupełności tak, że ciągłość kręgosłupa zachowuje się jedynie wskutek nie przecinania wyrostków wstępujących i zstępujących stawowych oraz ich najbliższego otoczenia. A więc oprócz laminektomii musi zaraz potem wykonać drugą operację, polegającą na krwawem utorowaniu sobie drogi i dostępu do trzonu kręgowego, z prawej i z lewej strony, czego bez resekcji żeber nie zrobi [chyba w części lędźwiowej]. Jeżeli garb zdarzy się przypuśćmy na wysokości części grzbietowej kręgosłupa, to CALOT musi zrobić dwie „*mediastinotomia posterior*“, zanim zacznie przepiłowywać trzon. A cóż sąsiedztwo naczyń i narządów leżących bezpośrednio przed trzonem? A gdzie wskazówki, które zatrzymają w porę rękę pilującą, zanim wpuści ona pilę w dziury międzykręgowe, lub w same opony mlecza? A jakież będzie los korzeni nerwowych wobec przewidywanych raptownych zmian w samych dziurach międzykręgowych? Jeżeli trzonu nie dopituje do końca, to resztę musi złamać; gdzież wtedy wbić się mają odłamy lub odszcypy tkanki kostnej, która może w danym razie mieć wszystkie cechy charakterystyczne eburneowanej kości, otaczającej jamę gruzliczą kostną?

Na 37 przypadków garbu, CALOT wykonał tę krwawą operację w dwóch. W obu razach miał wynik zadawalający. Przedstawia on na wspomnianem posiedzeniu Akademii jedno z tych dzieci, [drugie dopiero 25 dni przed owem pamiętnem posiedzeniem było operowane].

W 35 pozostałych przypadkach CALOT dał sobie radę za pomocą rękoczynów niekrwawych, kombinując je czasami z prostem wycięciem wystających wyrostków ciernistych. Jaką drogą? jakim sposobem? pytamy zdziwieni, [choć teraz właściwie już nic nas zdziwić nie powinno].

Czterech pomocników ciągnie chorego za cztery kończyny, w celu rozciągnięcia kręgosłupa wzdłuż, a sam CALOT wywiera potężny ucisk wprost na punkt najwięcej wystający, a więc na garb. Następuje teraz coś niesłychanego, a mianowicie rozczłonkowanie się zamków, wiążących kręgi:

„*Bientôt les deux segments de la colonne vertébrale se désengrènent et se relèvent complètement, la bosse a disparu*“.

Pokazuje się z tego, że jest rzeczą możliwą i wykonalną złamanie kręgosłupa, rozerwanie skurzonego, pozrastanego, skostniałego nieraz więzu

podłużnego przedtrzonowego i to nie w innym, nieprzewidzianem miejscu i kierunku, lecz właśnie w tym punkcie i w tym stopniu, w jakim tego pragnie silny operator. Rzecz dzieje się pod chloroformem, a kończy nałożeniem gipsowego opatrunku, leczenie zaś trwa 5 do 10-ku miesięcy. CALOT przedstawił pięciu [z 35-ku] chorych, leczonych w ten sposób z powodu garbu, trwającego od 6-ku miesięcy do 6-ku lat; u chorych tych zaledwie ślady wypukłości dostrzedz się dają obecnie.

A teraz wnioski:

Ponieważ tego rodzaju chorych lekarz bardzo często widzi w samym początku powstawania garbu, przeto można będzie wyleczyć wszystkie dzieci z chorobą POTT'a, nie dopuszczając do rozwinięcia się garbu. Pięć do dziesięciu miesięcy trwać będzie leczenie tej choroby, zamiast dwóch lub trzech lat, koniecznych przy stosowaniu metod dawnych.

„*C'est le traitement qui est le plus facile à observer, celui qui sauvegarde le mieux en même temps que l'intégrité des fonctions respiratoires et digestives, la santé générale de l'enfant.*“ „Jest to leczenie najłatwiejsze do przeprowadzenia (?), leczenie które daje najlepszą rękojmię nienaruszalności spraw oddechania i trawienia, oraz ogólnego zdrowia dziecka“.

Umyślnie podaję tekst francuski, żeby każdy czytelnik mógł orzec, czy ja się czasem nie mylę w tłumaczeniu sprawozdania (*La France médicale*, 1896. Nr. 52. str. 840). Oóż my możemy mówić o takim pomysle, skoro jak twierdzi *France médicale* wykład CALOT'a w Akademii medycznej poparty był przedstawieniem chorych. Powinniśmy milczeć aż do czasu, w którym rzecz cała wyjaśni się na drodze naocznego przekonania się o wykonalności i nieszkodliwości tych preraźliwych zabiegów. Przerwaliśmy to milczenie dla tego, że nas zasypują pytaniami ze wszech stron: lekarze, chorzy, dziennikarze i czytelnicy, oraz że nam rodzice chorych naszych zaczynają robić wprost wyrzuty, iż nie umiemy dzieci ich odpowiednio i skutecznie leczyć.

Widać z tego, że dzięki prasie peryodycznej, coraz częściej pojawiają się w umysłach ludzkich epidemie ostrych niestrawności, spowodowane pożarciem niedopieczonej, prawie surowej strawy. Dziwna też bardzo jest rzecz, że namiętny opiekun społeczeństwa zwany dziennikarzem, ślepy na zjawiska pracy uczciwej ludzi miejscowych, zawsze rysim popisze się wzrokiem, gdy za granicą gdziekolwiek efekt jaskrawy zabłyśnie. Ta hemeralopia dziennikarska niejedną piękną myśl pogrzebała, obwożąc za to z hałasem po świecie nowonarodzone, od piersi przedwcześnie oderwane pomysły ludzkie.

To co powyżej mówimy, niechże znów źle nie będzie pojęte. Nie mieliśmy bynajmniej zamiaru głosić, że pomysł CALOT'a żadnej niema wartości; chcieliśmy tylko zaznaczyć, że w tej postaci, w jakiej podaje go nam sprawozdawca [zawsze zresztą sumienny i wytrawny] z *France médicale*, cała ta metoda wydaje się „nieprawdopodobną, niewykonalną, lub co najmniej niepomiernie niebezpieczną“.

A teraz prosimy Szanownych Czytelników naszych o cierpliwość. Może po jakimś czasie zdanie nasze zmienimy zupełnie, jeżeli osobiste studia dostarczą nam danych odpowiednich. Sądzę, że czytelnicy nasi zrozumieją aż nadto dobrze, iż zmiana zdania w takich razach jest tylko dowodem sumiennego opracowania przedmiotu w świetle surowej krytyki własnych wrażeń i poglądów.

D-r R. Jasiński.

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

### 23. Max Jordan. Spostrzeżenie ciąży pozamacicznej jajowodowej w przepuklinie pachwinowej.

37-letnia pacjentka w roku 1887 wyszła za mąż, w roku 1888 urodziła dziecko, które jednak wkrótce zmarło. Od roku 1889 bóle w podbrzuszu; lekarz rozpoznał *pyosalpinx* prawostronną. Nareszcie ropa wylała się pomiędzy listki więzu szerokiego a następnie wytworzył się ropień po nad więzem POU-  
PART'a. Ropień ten na wiosnę 1890 otworzono dwoma cięciami; dużą o mnogich zatokach jamę trzeba było kilka razy wyskrobać, zanim nareszcie zanikła. W grudniu 1892-go roku po daremnie nakładaniu wysokiego kleszczy urodziło się siłami natury drugie dziecko. Pomimo bezgorączkowego położu powstała zgorzel ściany pochwy, tak, iż wytworzyła się przetoka pęcherzowo-pochwowa. Z powodu bliznowatego zwężenia pochwy i blizn w prawem *parametrium*, przetoka okazała się bezpośrednio niedostępną dla operacji, przystąpiono więc do zeszywania jej sposobem TRENDLENBURG'a od strony pęcherza po dokonaniu *sectionis altae*. Przetokę, pośrodku pomiędzy otworami moczowodów leżącą, zaszyto 3-ma szwami jedwabnymi i ranę pęcherzową górną zaszyto. Operacja nie powiodła się. Następnie do września 1893 trzykrotnie próbowano daremnie zeszywania przetoki od strony pochwy, nareszcie CZERNY dokonał operacji i przetokę zaszył skutecznie; przetoka była więc zeszywaną 5 razy, zanim zdołano ją zamknąć. Wtenczas to, w maju 1894, na podbrzuszu widoczne były 2 blizny wciągnięte. Jedna z nich rozciągnięta znacznie, leżała w okolicy prawego kanału pachwinowego i przebiegała skośnie ku przodowi i ku wewnątrz; przez jamę wielkości talara w tej bliźnie udało się wtłoczyć palec przez powłokę skórną do jamy brzusznej. Druga blizna leżała w poprzek po nad spojeniem łonowem i była znacznie rozciągniętą w części, odpowiadającej lewej obrączce pachwinowej; obrączka przypuszczała 2 palce. Częste zaparcia stolca, latem 1896 wzmogły się do tego stopnia, że powstały silne kolki koprostacyjne, a nawet w lipcu przez kilka dni niedrożność, usunięta energicznie wlewaniem. Od 17 czerwca miesiączki już nie było, ostatnia zaś była nader skąpą, a więc 3-go sierpnia pacjentka zgłosiła się do kliniki w celu jej zbadania. Radzono jej zgłosić się ponownie za kilka miesięcy, lecz tegoż dnia po południu w hotelu nagle tak ciężko zachorowała na kolki i wymioty, że przywieziono ją do kliniki. Silna niedokrwistość przy tętnie 120, wystraszony wyraz twarzy. Brzuch wzdęty, bolesny wszędzie na dotyk. W prawem podbrzuszu wyczuwać się dawał guz wielkości małej pięści, jakby zrosnięty ze ścianą brzuszną i wytłaczający się na zewnątrz. Tępy odgłos wypukowy na guzie. Guz ten leżał tuż powyżej blizny, w samej bliźnie otwór przepuklinowy wpuszczający palec, tuż poniżej blizny guz wielkości gołębiego jaja, do jamy brzusznej nie odprowadzalny. W zewnętrznej połowie lewostronnej blizny poprzecznej, odpowiadając zewnętrznemu otworowi pachwinowemu, leżała miękka przepuklina wielkości jabłka, nieodprowadzalna i bolesna na dotyk. Mocz wykazywał wyraźny odczyn na indykan.

Dnia 4. VIII. Pomimo środków czyszczących i ławatyw zaparcie stolca, wymioty.

Dnia 5. VIII. Wymioty kałowe, bezskuteczne wlewania oliwy. *Rectum* próżne, dno macicy nie wymacalne, szyja za spojeniem łonowem po prawej stronie. *Ileus*. Cięcie skośne nad przepukliną lewostronną obnaża grubościenny worek; wewnątrz worka skrzepy czerniałej krwi, przy wydobywaniu tych skrzepów wydziela się świeża krew tętnicza, a więc dla lepszego rozpatrzenia się powiększono cięcie aż na 19 ctm. długości. Teraz w głębi worka znaleziono płód oraz jego przydatki, pomiędzy pętłami kiszki leżące. Wydobyto na

zewnątrz przydatki macicy, podwiązano je i ucięto poniżej jajnika. Następnie oczyszczono ranę ze skrzepów i skonstatowano przyrost *coli* do worka przepuklinowego. Po gruntownej toalecie zatoki DOUGLAS'a wsunięto 3 tampony z gazy do jamy brzusznej w różnych kierunkach i ranę częściowo zaszyto.

Płód męzki 7½ ctm. długości odpowiadał 11 do 12 tygodniom, świeży, dobrze zachowany. Worek płodowy powstał ze średniego odcinka jajowodu, znaleziono na końcu jego zewnętrznym odśrodkowy koniec jajowodu oraz *fimbrias*. W jajniku świeże ciało żółte.

*Collapsus*; wstrzyknięto eter, kałowe wymioty trwają. Dnia 6. VIII rano o 5½ śmierć. Sekcja. Guz prawostronny składa się ze sklejonych ze sobą pętli kiszek cienkich. Guz poniżej prawostronnej bliźny zawiera część sieci i pętli poprzeczniczy w worku przepuklinowym. Po lewej stronie liczne zrosty kiszek wytworzyły cały szereg zwożeń ich światła, zagięcia i t. d. Macica powiększona, zawiera *deciduum*. Koniec prawego jajowodu zrosnięty z pętlą kiszek cienkiej. *Hydronephrosis* i *nephritis intestinalis* obustronna.

Przyczyną śmierci były liczne zwożenia, przegięcia i zrosty kiszek, powstałe wskutek dawnej sprawy zapalnej ropnej prawego jajowodu, jakoteż po licznych operacjach. Oznaczenie ściśle miejsca niedrożności było niemożliwym, a J. operował po stronie przepukliny lewostronnej, głównie z powodu znacznej jej bolesności. Cięża nie podejrzewano ani też wylewu krwi, zupełnie przypadkowo więc znaleziono ową ciężą pozamaciczną w worku przepuklinowym. Po usunięciu worka płodowego skonstatowano przyczynę *ilei*: szeroki przyrost *coli* do worka przepuklinowego i t. d.; z powodu licznych zrostów i *herniae* wypadało operować i prawostronną przepuklinę, lecz stan chorej na to już nie pozwalał. Cięża spowodowała pęknięcie jajowodu w 3-im miesiącu. Przepuklina wytworzyła się w bliźnie pooperacyjnej, jajowód zaś wstąpił czyli był wciągnięty do przepukliny wskutek dawnych zrostów. Przemieszczenie przydatków macicznych objaśnia powstanie ciąży pozamacicznej; albo pęknięcie jajowodu nastąpiło skutkiem wymiotów (*ileus*), lub też przeciwnie, pęknięcie i wylew krwi, ucisk na kiszki wywarły, wywołały niedrożność kiszek i tak już zwożonej.

Za takim pochodzeniem przemawia spostrzeżenie MALHERBE'a: („*Grossesse tubaire rompue dans le péritoine venant faire saillie au niveau du canal inguinal et présentant tous les signes d'une hernie inguinale étranglée etc.*“). Soc. Anat. de Paris. Séance de 11. I. 1895).

34-letnia, kobieta, od chwili prawidłowego porodu, 8 lat temu, dotknięta została przepukliną pachwinową łatwo odprowadzalną. Nagle w tydzień po miesiączkowaniu dostała bólów brzucha i nudności. Przepuklina twardnieje, bolesna, wymioty, przez 4 dni nie ma stolca. Daremne usiłowania odprowadzenia przepukliny, przytem chora zemdląła. Przywieziono chorą do kliniki z tętnem już niedającym się zliczyć, język był suchy, twarz blada, brzuch miękki, nie bolesny, lecz przepuklina nader twarda i bolesna. Rozpoznano: *herniam incarceratam*. Przy operacji znaleziono worek przepuklinowy krwią napełniony, z otworu kanału pachwinowego krwawiło. Rozcięto kanał i wydobyto lewostronne przydatki maciczne; jajowód był do wielkości orzecha rozszerzony i na tylnej powierzchni pęknięty. Adneksa lewostronna usunięto po podwiązaniu, zatokę DOUGLAS'a oczyszczono i ranę zaszyto. Operowana po 2 tygodniach zdrowa opuściła klinikę. Wszelkie dane przemawiały za rozpoznaniem *herniae incarceratae*, a jednak operacja wykazała tylko wylew krwi do próżnego worka przepuklinowego przy pęknięciu ciężarnego jajowodu.

(*Münchener med. Woch.* 1897. Nr. 1).

Fr. Neugebauer.

#### 24. Kurt [z kliniki RIEGEL'a]. O odżywianiu przewłóknieniem sernika.

W poszukiwaniach sztucznych środków odżywczych ROEMMANN i SALKOWSKI zwrócili jednocześnie uwagę na sernik. Ma on te zalety, że otrzymać go łatwo w większej ilości, dalej że łącząc się chętnie z alkaliami, może być zamieniony na preparat, łatwo rozpuszczalny w wodzie. Preparat taki, *Kazeinnatrium* albo *Nutroza*, dostarczono klinice RIEGEL'a, a zbadaniem tegoż zajął się autor, stawiając na pierwszym planie kwestyę wpływu preparatu na trawienie. Doświadczeń dokonywano nad osobnikiem z trawieniem mniej więcej normalnem. Podawano naczczo 10,0 gr. nutrozy, rozpuszczonej w  $\frac{1}{2}$  litrze wody i wydobywano zawartość po  $\frac{1}{2}$ ,  $\frac{3}{4}$  i 1 godzinie. Podawano także tę samą ilość nutrozy wraz z bułką. Dla kontroli badano także zawartość żołądkową u tegoż osobnika po próbnem śniadaniu Boas'a, po roztworze białka z jednego jajka w  $\frac{1}{2}$  litrze wody. Znalaziono co następuje: sernik zachowuje się w żołądku tak, jak roztwór białka. Drażniące działanie na błonę śluzową jest tak nieznaczne, że nigdy nie udało się skonstatować wolnego kwasu solnego. Nawet dodanie bułki obecności wolnego kwasu solnego nie spowodowało. Rezultaty te zachęcać by powinny do stosowania preparatu tego w przypadkach, w których chodzi specjalnie o jaknajmniejsze drażnienie błony śluzowej żołądka. Próby jednak w tym kierunku, dokonane u chorego na sokotok, nie dały żadnego rezultatu. Preparat ten może mieć praktyczne zastosowanie gdy idzie o jaknajwiększe dostarczenie ustrojowi białka, a jednocześnie o jak najmniejsze obciążenie i drażnienie żołądka [w pierwszych tygodniach okrągłego wrzodu żołądka, u chorych na serce lub nerki]. Dodawać można nutrozę do mleka, rosółu, przyczem smak tych pokarmów zmienia się bardzo nieznacznie.

Prócz wspomnianych badań wprowadzał autor nutrozę w ławatywach odżywczych do kiszki i doszedł do wniosku, że do tego rodzaju odżywiania sernik bynajmniej się nie nadaje. Aczkolwiek błony śluzowej nie drażni, ale wchłanianym bywa w mniejszym o wiele stopniu, aniżeli białko jaja kurzego.

(*Deutsches Archiv für klinische Medicin.* 58 Band. 1896 r.)

Józef Świeżyński.

#### 25. Kronacher [Monachium]. Przyczynę do leczenia operacyjnego hypospadii pierwszego stopnia u mężczyzn.

Hypospadię pierwszego stopnia, inaczej *hypospadiu glandis*, nazywamy tę postać zбочenia rozwojowego, gdy ujście cewki leży jeszcze w obrębie żołądki lub tuż za nią. Kiedy dwa inne stopnie *hypospadiæ* (*h. penis* i *h. perinealis*) leczą się stale na drodze operacyjnej, a technika samych operacyj jest ustalona, postać pierwsza, jako najlżejsza, bywała pomijaną i traktowaną po macoszemu.

Autor, omówiwszy stosunki anatomiczne hypospadii I, zaburzenia czynnościowe, towarzyszące jej oraz dotychczasowe sposoby usuwania tego zбочenia drogą krwawą, podaje własny sposób, podstawą którego jest zużytkowanie napletka. Z uwagi nato, że tkanka, z którą się ma do czynienia, mianowicie napletek, ulega niezwykle łatwo obrzmieniom, przy małych nawet obrażeniach jego, nadto, że płaty napletkowe mogą nie tylko obrzmiewać, lecz i ulegać przerostowi, a niekiedy i zgorzeli, radzi autor operować bardzo ostrożnie: na kilku posiedzeniach.

Plan operacji jest następujący:

Posiedzenie I. Rozszczepienie wylotu cewki, idące w tył na  $\frac{1}{2}$  ctm.; rozszczepienie żołądki cięciem dolnem, zagłębiającem się do połowy grubości tej ostatniej; rana żołądki biegnie od przodu do rozszerzonego ujścia (*orificium*). Krwawiącą powierzchnię przyżęga się termokauterem. W 3—4 tygodnie rówek utworzony na dolnej powierzchni żołądki zabliznia się całkowicie.

Posiedzenie II. Przecięcie napletka po środku lub nieco z boku linii środkowej, sięgające przyczepu tegoż napletka do żołądździ. Potem można przystąpić do dalszego momentu operacyjnego, lub też lepiej odłożyć go na następne posiedzenie z uwagi na możliwy obrzęk tkanek i na stosunki cyrkulacyjne, które po niejakiś czasie wyrównują się.

Posiedzenie III. Jeden z płatów napletkowych, zwykle większy, np. prawy odcina się od żołądździ z pozostawieniem mostka na spodzie, mającego 5 milimetrów szerokości; następnie płat przekręca się [prawy w lewą stronę] tak, ażeby powierzchnia jego, pokryta błoną śluzową, była zwrócona do rowka żołądździ; wreszcie okrwawiony brzeg płata napletkowego [prawego] oraz brzeg [lewy jak również tylną część] rowka żołądździowego, zeszywamy je 3-ma głębokimi i 3-ma powierzchownymi szwami. Opatrunek wilgotny i cewnik na stałe. Zmiana opatrunku musi być częsta i bardzo dokładna. Jeśli brzegi były szeroko okrwawione i szczelnie spojone, zrost wytwarza się w 8 dni, a w 14 można szwy usunąć.

Posiedzenie IV. W trzy tygodnie po ostatnim zabiegu można przystąpić do ukończenia operacji. Wówczas przecina się mostek łączący płat napletkowy z żołądździą i zeszywa się tenże płat z brzegiem [prawym] rowka żołądździowego, rozumie się, dokładnie poprzednio okrwawionych. Opatrunek wilgotny, jak wyżej, oraz cewnik na stałe. Ranka na prąciu po przecięciu mostka, jak również ranka po odcięciu pozostałego [lewego] płata napletkowego zaszywają się doszczętnie.

Trzeba zawsze pamiętać o tem, żeby płat napletkowy, przeszczepiany w celu utworzenia tylnej ściany kanału cewkowego, był dostatecznie wysunięty naprzód, bowiem w przyszłości kurczy się on i strumień moczu może spływać na dół. Na miejscach szwów, zwłaszcza głębokich, powstają niekiedy przetoki moczowe, które należy traktować lapisem. Jeśli wskutek jakich-bądź przyczyn jeden i drugi płat napletkowy nieprzyjmie się, a ulegnie zgorzeli, lub przerostowi ze stwardnieniem, można jeszcze spożytkować w celu plastycznym skórę moszny.

Autor wykonał zarówno jedną, jak i drugą operację w kilku przypadkach u dzieci i otrzymał dodatnie wyniki.

(*Deut. Zeit. f. Chir. T. 43, Z. 1 i 2.*)

W. Żurakowski.

## 26. D-r Reineboth. Rozpoznanie raka żołądka na podstawie wypłuczyn i wymiocin.

Autor jest zdania, że oddzielne komórki nabłonkowe, a nawet koncentrycznie ułożone konglomeraty tychże, znalezione w zawartości żołądkowej, w wypłuczynach lub wymiocinach nie upoważniają nas do rozpoznania raka. Odróżnienie komórki rakowatej od komórki nabłonkowej jest tak samo niemożliwe, jak odróżnienie gniazda rakowatego od konglomeratu komórek cylindrycznych czy kubicznych, tak samo ułożonych. Według R. jedynie znalezienie cząsteczek nowotworu może rozstrzygać o obecności tegoż. Autor zauważył, że u chorych na raka w wypłuczynach lub masach wymiotowanych często widzieć można skrzepy krwi. W skrzepach tych często bardzo znajdujemy cząsteczki [całe] nowotworu. R. radzi by skrzepy takie skrzętnie zbierać, wkładać do alkoholu i robiąc liczne preparaty, dokładnie badać. W przypadkach, dla rozpoznania wątpliwych, znalezienie cząsteczki nowotworu kwestyę rozstrzyga.

(*Deutsches Archiv für klinische Medicin. Band. 58, 1896 r.*)

Józef Świeżyński.

## TOWARZYSTWO LEKARSKIE WARSZAWSKIE

Posiedzenie z dnia 3 lutego 1897 r.

1) JASIŃSKI wypowiedział odczyt p. n. „Przyczynek do chirurgii moczowodów. Transplantacja moczowodów do kiszki prostej z powodu wrodzonego wynicowania pęcherza moczowego“. Odczyt ten w całości będzie drukowany w Gazecie.

W dyskusyi STANKIEWICZ wyraża obawę, że gnicie moczu w kiszce prostej, gdzie tyle się znajduje drobnostrojów, wywołać może *proctitis*. Bądź co bądź operacja MAYDL'a stanowi wielki postęp w chirurgii pęcherza. Przypomina dalej ST., że BOARI do łączenia moczowodów z kiszką prostą używał przyrządu, podobnego do guziczka MURPHY'ego.

KRAJEWSKI wie o przypadku MIKULICZA, gdzie w 5 miesięcy po operacyi MAYDL'a chory zmarł wskutek zapalenia ropnego miedniczek nerkowych.

JASIŃSKI zaznacza, że o nieogłoszonym przypadku MIKULICZA nie wiedział; dowodzi on, że operacya MAYDL'a nie zabezpiecza od przedostania się pasorzytów do miedniczek, co miało być najbardziej dodatnią jej stroną. U dziewcząt operowanych grozić może jedna jeszcze ewentualność: zwiększająca się podczas ciąży macica ucisnąć może moczowody, tem więcej, że są one jakby przymocowane za pomocą zbitej tkanki łącznej do kości łonowych.

SAWICKI wspomina o przypadku, operowanym przez siebie według metody MAYDL'a, dotyczącym dziecka, a zakończonym śmiercią wskutek zapalenia otrzewnej.

GROGLIK zapytuje, w jaki czas po operacyi pacjent J. zaczął oddawać moczu, spostrzegano bowiem u podobnych chorych znaczne zmniejszenie się ilości moczu po operacyi, co nasuwało obawę moczniczy.

JASIŃSKI odpowiada, że już w kilka godzin po operacyi przez rurkę, włożoną do odbytnicy, zaczął się wydzielać moczu, początkowo w ilości nieznacznej i z dużą ilością białka.

2) MARKUSFELD mówił „O przyczynie guziczkowatego rozszepu włosów (*Trichorrhæxis nodosa*)“. Powstawanie powyższego cierpienia włosów przypisują autorowie najrozmaitszym przyczynom. M. za taką przyczynę uważa rozwój grzybka swoistego, którego czystą hodowlę otrzymał w sposób następujący: włosy z rozszczepem guziczkowatym, traktowane w ciągu 24—72 godzin wyskokiem bezwodnym, rozcierał M. w moździerzu z pumeksem, a otrzymany tą drogą proszek przenosił do próbek z bulionem, z kąd brał pewne ilości do hodowli płytkowych. Cechy charakterystyczne otrzymanego tą drogą pasorzyta są następujące: jest to laseczka prosta, długości 1,25—2  $\mu$ , szerokości 0,2—0,3  $\mu$ , z zaokrąglonemi końcami, układająca się niekiedy w dość długie nici; w środku laseczki często zauważyć można zarodnik; barwią laseczkę barwniki anilinowe zasadnicze; odbarwienia metodą GRAM'a otrzymać niemożna; pasorzyt rośnie lepiej w termostacie, niż przy ciepłocie pokojowej i odznacza się anaerobią fakultatywną. Jest on identyczny z nieopisanym lasecznikiem SPIEGLER'a, jak się o tem mógł M. przekonać, porównyując swoje hodowle z nadesłanemi mu przez SPIEGLER'a. Szczepień dokonywał prelegent w ten sposób, że pewną ilość pasorzytów z powierzchni 2-dniowej hodowli agarowej mieszał z bulionem, w którym trzymał następnie pęczek obciętych zdrowych włosów kobiecych w ciągu 5 minut, poczem włosy te umieszczał w termostacie; po upływie 6—7 tygodni nosiły one cechy *trichorrhæcos nodosae*, a drobnowidz wykazywał w guziczkach tego samego pasorzyta, którym zostały zarażone. Tego ostatniego z włosów podobnych znowu można było wyhodować.

W dyskusyi KRYSIŃSKI wyraża wątpliwość co do dokładności podanych przez M. wymiarów lasecznika,



KOZERSKI zapytuje, czy M. znajdował laseczniki i w cebulkach włosowych, gdzie SPIEGLER spotykał swoje pasorzyty. Fakt ten wpływałby musiał na terapię omawianego cierpienia.

MARKUSFELD odpowiada, że pasorzyty spotykał tylko w rozstrzępieniach włosów, a nigdy w cebulkach.

ELZENBERG zapytuje, czy lasecznik M. jest rzeczywiście tak odporny na dłuższe działanie wysokiego bezwodnego. Zwraca dalej uwagę na to, że na starych szczotkach, penszlach i t. p. widzieć można rozszczep włosów zależny tylko od wpływów mechanicznych.

MARKUSFELD odpowiada, że wysok bezwodny zabija niekiedy wszystkie pasorzyty, znajdujące się we włosie, a jeżeli laseczniki *trichorrhizeos* niezawście przytem giną, to zależnie to może od zawartości we włosach tłuszczu, dzięki czemu alkohol do warstw głębszych nie dochodzi, lub może od tego, że laseczniki posiadają zarodniki. Rozszczep włosów na szczotkach przedstawia się pod drobnowidzem zupełnie inaczej, niż *trichorrhaxis nodosa*.

ELZENBERG uważa proces, spotykany na włosach penszli za identyczny z *trichorrhaxis* ludzi. BRUNS, badając 30 przypadków tego ostatniego cierpienia ani razu pasorzytów nie znalazł.

Posiedzenie z dnia 16 lutego 1897 r.

1) STANKIEWICZ przedstawia nerkę z nowotworem złośliwym, usuniętą u dwudziestokilkolletniego mężczyzny, który miewał od czasu do czasu krwimocz przy braku wszelkich innych objawów. Przy badaniu podmiotowem znajdowano w lewym podżebrzu bardzo wysoko ledwie wyczuwalne stwardnienie; objawu GUYON'a (*ballotement*) nie było.

2) BIERNACKI przedstawia preparaty rdzenia kręgowego, pochodzące od zmarłych wskutek choroby ostrej, nazwanej przez prelegenta *myelopathia endoarteriitica acuta*. B. spostrzegł 3 przypadki cierpienia: pierwszy dotyczył mężczyzny 50-letniego, który będąc zawsze zupełnie zdrowym, zaczął nagle bez widocznej przyczyny doznawać drętwienia kończyn dolnych i zaburzeń w czynności pęcherza. W szpitalu przy stanie bezgorączkowym znaleziono parę kończyn dolnych, brak odruchów, porażenie zwieraczy pęcherza i odbytnicy, znieczulenie skóry, sięgające do pasa. Wkrótce zjawiała się odleżyna zgorzelinowa i chory zmarł wśród objawów posocznico-ropnicowych. Na sekcji znaleziono tylko przekrwienie rdzenia bez innych zmian makroskopowych; drobnowidz wykazał w pęczkach bocznych rdzenia, między 6 i 8 korzeniem nerwowym, ognisko klinowate, podstawą ku obwodowi zwrócone, a składające się z napęczniałych cylindrów osiowych; objawów zapalnych nie znaleziono. W naczyniach opon, szczególnie między 5 a 9 kręgiem grzbietowym *intima* wybujała do tego stopnia, że w niektórych naczyniach zamknęła zupełnie światło.

W drugim przypadku mężczyzna dwudziestokilkolletni, który przed 1½ rokiem przechodził syfilis i był dokładnie leczony, a przed 6 tygodniami powtórzył kurację specyficzną, dostał nagle objawów podobnych, jak chory poprzedni; po 20 dniach zmarł, również wskutek posocznico-ropnicy. W rdzeniu znaleziono prócz przekrwienia [żadnych objawów zapalnych nie było]—wtórne zwyrodnienie wstępujące i zstępujące, a zresztą takie same zmiany w substancji białej i oponach, jak w pierwszym przypadku, umiejscowione tylko nieco wyżej. U trzeciego chorego, mężczyzny 60-letniego, wystąpiła nagle amnezja, objaw ROBERTSON'a i zaburzenia psychiczne, a w jakiś czas potem niedowład kończyn dolnych, zaburzenia ze strony pęcherza i odbytnicy; wkrótce potem wystąpiła odleżyna zgorzelinowa i śmierć. Na sekcji prócz *encyphalitis chron.* i *hydrocephalus chron.* znaleziono znaczne zwężenie *a. spinalis ant.* na całym przebiegu, zależne od bujania *intimae*. Wobec braku wybitnych zmian w rdzeniu, prócz zwężenia naczyń w oponach, objawy chorobowe u swoich pacyentów

tów objaśnia B. „nekróżą funkcyjną rdzenia, zależną od upośledzonego odżywiania tego narządu“.

W dyskusji prof. BRODOWSKI nie uważa nazwy *myelopathia* za stosowną. Zmiany, znalezione na sekcji, są objawami degeneracyjnymi, zależnymi od anemii miejscowej; procesy podobne w mózgowiu noszą nazwę *encephalomalacia*, w przypadkach B. cierpienie rdzenia możnaby więc nazwać *myelomalacia*. Sprawa powstawać musi na tle syfilitycznym, na co wskazuje *endoarteriitis obliterans*. Trudno sobie tylko wytłomaczyć tak szybkie występowanie objawów.

Prof. KOSIŃSKIEMU wydaje się mało uzasadnionem przypuszczenie, by zwężenie naczyń opon rdzeniowych a nawet zupełne zatkanie niektórych z nich sprowadzać miało tak znaczne upośledzenie odżywiania rdzenia.

KAMOCKI zaznacza, że przy ogólnej arteryosklerozie, rozszerzającej się na naczynia siatkówki, spostrzegano napady ślepoty, zależne od chwilowego skurczu naczyń siatkówki.

RYCHLIŃSKI wyraża zdanie, że objawy chorobowe, ze strony rdzenia, niezawsze objaśnić można zmianami w tym narządzie. Dowodem tego dwa spostrzeżenia jego: oba dotyczyły alkoholików w wieku około 50 lat; w obu razach wystąpiło nagle porażenie kończyn dolnych oraz zwieraczy odbytnicy i pęcherza; prócz tego u obu chorych znaleziono powiększenie wątroby, plamy na całym ciele, odleżyny; chorzy ci bredzili, a zmarli przy stanie bezgłębokim. Na sekcji znaleziono w rdzeniu tylko rozrost neuroglii, zwyrodnienie barwnikowe i wakuolizację jąder komórek.

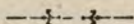
GAJKIEWICZ nazwałby przypadki B. poprostu *endoarteriitis* z następstwami w rdzeniu. Odnośnie tego, co mówił prof. KOSIŃSKI, to przypomina, że objawy kliniczne nie zawsze idą w parze ze zmianami w układzie nerwowym, przy porażeniach nerwu twarzowego nie znajdowano np. zmian w nerwie, a z drugiej strony tak wielkie zmiany w rdzeniu, jak przy gruźlicy mogą nie powodować żadnych objawów. Zmiany w przypadkach RYCHLIŃSKIEGO, tembardziej należałoby uwzględnić dla przypadków BIERNACKIEGO, że w ostatnich czasach znajdowano zmiany w komórkach nerwowych (*chromatolysis*) przy tężcu, wścieklicznie, mocznicy, a szczególnie przy niedokrwistości.

Zdaniem KRYSIŃSKIEGO objawy w przypadkach prelegenta zależec mogły raczej od samozatrucia, niż od upośledzenia odżywiania rdzenia. Co innego jest siatkówka, która odżywia się przez jedną tylko *art. centralis retinae*, a co innego rdzeń, który otrzymuje krew za pośrednictwem wielu tętnic; zupełne nawet zatkanie niektórych z nich powodowałoby mogło co najwyżej ischemię.

TRZCIŃSKI mniema, że przy zatruciu należałoby oczekiwać zmian w całym ustroju. Opis przypadków B. kwadruje bardzo ze sprawami przymiotowemi.

CIĄGLIŃSKI zgadza się ze zdaniem KRYSIŃSKIEGO. Przy zatruciu ustroju nie wszystkie narządy bywają zajęte, czego dowodem choćby drgawki połowiczne przy mocznicy. Odgrywa tu zapewne rolę mniejsza odporność niektórych części układu nerwowego, np. w omawianych przypadkach dolnej części rdzenia, wskutek zwężenia naczyń tego odcinka.

## Wiadomości drobne.



— EREUTHOPHOBIA. Obawa rumienienia się. Dość często spostrzeganą bywa u niektórych osób niezwykła łatwość rumienienia się; jednakże to nie sprawia im niepokoju, nie przedstawiając tym sposobem nic patologicznego. Taki stopień rumienienia się PITRES i RÉGIS nazwali „*ereuthose simple*“. Wyższy stopień (*ereuthose émotive*) przedstawiają przypadki, w których rumienienie się wywołuje uczucie przykre

gniewu, zaambarasowania, lecz tylko na krótką chwilę; spotrzegamy to najczęściej u młodych osób w okresie dojrzewania płciowego, u dziewcząt, dotkniętych błędnicą z zaburzeniami w miesiączkowaniu, u osób obarczonych dziedzicznie. Najwyższy stopień rumienienia się PITRES i RÉGIS opisują pod nazwą „*ereutophobie*“ [odróżnić należy od *erytrophobii* — obawy przed kolorem czerwonym]. Ereutofobię autorzy spotykali w 8 przypadkach [u 7 mężczyzn i u 1 kobiety, w wieku od 20 do 30 roku]. Wszyscy byli obarczeni dziedzicznie, u wszystkich stwierdzono objawy neurastenii ciężkiej, u niektórych oznaki zwyrodnienia. U wszystkich własność rumienienia się wystąpiła już w najmłodszych latach, lecz dopiero od czasu dojrzewania płciowego przyłączyła się natrętna myśl, obawa, aby nie zarumienić się wobec innych. Obawa ta, nadzwyczaj przykra, poprzedza zawsze wystąpienie rumieńców na twarzy; chorzy starają się przemódz tę obawę, lecz udaje się im to bardzo rzadko; występuje ona napadami najczęściej wobec ludzi, a więc w restauracyi, w towarzystwie, na ulicy, w sklepie. W samotności lub pociemku ludzie tacy zwykle czują się doskonale, mogą wesoło i swobodnie rozmawiać. Dobrze się czują podczas upałów lub suchego zima, kiedy występują naturalne rumieńce na twarzy. Dla ukrycia zarumienienia się używają rozmaitych wybiegów: podczas napadu zasłaniają chustką twarz, udając ból zębów; nachylają się, szukając czegośkolwiek na ziemi; niektórzy oddają się nadużyciom napojów wysokokowych w celu wywołania stałych rumieńców. Obawa rumienienia się do takiego stopnia władnie umysłem chorych, że zrywają wszelkie stosunki towarzyskie, stając się mizantropami, hypochondrykami; w jednym z opisanych przypadków chory zakończył życie samobójstwem. Prof. BECHTEREW opisał 2 przypadki cierpienia, które możemy podciągnąć pod kategorię ereutofobii. I w tych przypadkach cierpienie dotyczyło mężczyzn. Leczenie nie dało żadnego dodatniego wyniku. Rachować można na sugestyę; hypnotyzm nie działał skutecznie. BECHTEREW jako przyczynę cierpienia przypiszcza niezwykłą pobudliwość ośrodków nerwów, rozszerzających naczynia (*vasodilatatores*); ośrodki te, jak wykazały badania BECHTEREWA i MŚCISŁAWSKIEGO, znajdują się w *gyrus sigmoideus*.

(Arch. de neur. Nr. 13. 1897. — Obow. newr. psych. i eksp. psych. N. 12. 1866).  
K. Stróżewski.

— UNVERRICHT powstaje przeciwko metodzie leczenia [FRAENTZEL'a, LIEBERMEISTER'a i innych] *pneumothoracis tuberc.* za pomocą częstego nakłuwania, zarówno jak przeciwko propozycyi POTAIN'a, by leczyć *pyopneumothorax* za pomocą wypuszczenia wysięku, a wpuszczenia natomiast powietrza. UNVERRICHT uznaje za jedynie racjonalną metodę, otwarcie szerokie klatki piersiowej i wprowadzenie sączka na stałe; wyjątek stanowią mają tylko te przypadki, w których płuco na tyle jest uciśnięte i utraciło swoją elastyczność, że o rozszerzeniu jego mowy być nie może. Powyższy sposób postępowania daje możliwość, by przetoka płucna, mniej narażona na poruszenia, tem łatwiej i prędzej zasklepiała się; warunkiem jednak niezbędnym do tego, jest łatwa komunikacya przetoki na klatce piersiowej z powietrzem atmosfery, gdyż tylko wówczas przy wdechach powietrze będzie dostawało się do jamy opłucnej przez otwór w klatce piersiowej, a nie przez przetokę płucną. Wszelkie więc opatrunki, zakrywające ranę klatki piersiowej, winny być usunięte.

(Deut. med. Woch. 1896. Nr. 22).

W. Ż.

— Prof. HEIDENHAIN spotrzegal dwa przypadki wybitnego porażenia [bezwładu] kiszek po uwięźnięciu ich; oba przypadki były operowane i zakończyły się wyzdrowieniem chorych. Utwierdziły one jeszcze bardziej autora w tem przekonaniu, że takie bezwładki kiszek zależą najczęściej od zaburzeń w krążeniu, a nie od zapalenia otrzewnej, powtórze, że bardzo często ratujemy życie chorym, u których operacya odprowadzenia uwięźniętej kiszki (*volvulus, invaginatio etc.*) została szczęśliwie dokonana, lecz u których na 2—3-ci dzień po operacyi zjawiają się oznaki zapalenia otrzewnej [brzuch wzdęty, bolesność brzucha, wymioty, tętno częste i t. p.], ratujemy, powtarzam, chorym życie, zalecając ławatywy obfite i olej rycynowy lub inny środek przeczyszczający. Natomiast, stosowanie w tych razach po laparotomii mako-

wiec do wewnątrz zasługuje na jaknajsurowszą naganę. W rzadkich przypadkach, kiedy i środki czyszczące nie skutkują, należy uciec się [przypadki REHN'a i ISRAEL'a] do powtórnego otwarcia brzucha i przecięcia kiszki (*enterostomia*) w celu opróżnienia ostatniej z kału.

(*Deut. Zeit. f. Chir. T. 43. Z. 3.*)

W. Ż.

— DUMSTREY z Lipska spostrzegł przypadek marskości wątroby u 17-letniej dziewczyny, zasługującej na uwagę ze względu na przebieg kliniczny i zejście. U chorej podejrzewano bąblowca wątroby i wykonano laparotomię. Znalaziono tylko olbrzymi przerost wątroby. Ponieważ okazało się, że ojciec chorej miał syfisy, którego objawy chora zdradzała w dzieciństwie, jako *ultimum remedium* zalecono wcierania szaruchy i jodek potasu w dawkach umiarkowanych. Pomimo rozpaczliwego stanu chorej, stan jej poprawił się znacznie już po dwutygodniowym leczeniu. Po 10 tygodniach można ją było uważać prawie za wyleczoną.

(*Deut. med. Woch. 1897. Nr. 2.*)

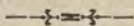
A. P.

— G. DIEBALLA. Przyczynek do leczenia niedokrwistości złośliwej postępującej. W ostatnich czasach przekonano się, że etiologii niedokrwistości złośliwej należy upatrywać nie w szpiku kostnym, który może przedstawiać zmiany wtórne, lecz w nieznanem zakażeniu, którego siedliskiem jest przewód pokarmowy. Stąd wypływa wniosek, że i leczenie należałoby skierować na odkażenie tegoż przewodu. Autor opisuje przypadek niewątpliwej niedokrwistości złośliwej pierwotnej [dane kliniczne i hematologiczne], w którym bezskutecznie w ciągu 5-u miesięcy były podawane zwykle środki: żelazo, arsen, szpik kostny, wzięwania tlenu. Dopiero podawanie salolu [5 grm. *pro die*] w ciągu kilku miesięcy sprowadziło zupełne wyleczenie bez recydywy. Patogeneza niektórych przypadków niedokrwistości złośliwej, według autora, jest następująca: drobnoustroje przewodu pokarmowego działają zgnębnie na krew. Jeżeli narządy krwiotwórcze działają dobrze, to występują tylko zaburzenia trawienia, a zaburzenia we krwi wyrównują się, jeżeli te narządy działają źle lub niedostatecznie, zjawia się niedokrwistość, przybierająca cechy niedokrwistości złośliwej. Od przewagi tego lub owego czynnika zależy obraz choroby, a zarazem i jej leczenie. Warto by na większej liczbie przypadków sprawdzić leczenie proponowane przez autora.

(*Zeit. f. klin. Med. 1896. Bd. 30. 1—2 Hft.*)

S. Pechkranz.

## Wiadomości bieżące.



— D-r SANARELLI, uczeń BEHRING'a i ROUX, dyrektor instytutu higienicznego w Montevideo, miał odkryć mikroba powodującego żółtą febrę.

— Z okazji zbliżającego się jubileuszu królowej Anglii Wiktoryi, ks. Walii zaproponował składanie na korzyść szpitali Londyńskich po 1 i więcej szylingów; sumę w ten sposób zebraną oceniają na 100—150000 funtów sterlingów.

— Dochodzi nas z Krakowa smutna wiadomość, iż 28. II. r. b. zmarł tamże po długiej chorobie, w 59 r. życia LEON HALBAN [BLUMENSTOK], b. prof. medycyny sądowej, b. redaktor „Przeglądu Lekarskiego“. Obszerniejsze wspomnienie o zmarłym naszym uczonym podamy w N-rze następnym.

— Wyszedł z druku w osobnej odbitce „Wykaz oryginalnych prac lekarskich polskich za czas od r. 1831 do 1890 włącznie“. Dzieło to ogromne bo przeszło 1000 str. druku mające, będące odbitką z Pamiętnika Tow. Lek. Warsz., zostało nagrodzone z zapisu KOCZOROWSKIEGO. Przynosi ono zaszczyt benedyktyńskiej pracy redaktorowi dzieła kol. CHEŁCHOWSKIEMU i współpracownikom: B. SAWICKIEMU, E. ZIELIŃSKIEMU, PUŁAWSKIEMU, ZWIEGBAUMOWI, BIERNACKIEMU, DZIERŻAWSKIEMU, GĄBSZEWICZOWI, JAKOWSKIEMU, PRUSZYŃSKIEMU, ŚWIĄTECKIEMU, WINIARSKIEMU, WOLFRAMOWI, KAMOCKIEMU i SZUMLAŃSKIEMU. Cena dzieła rs. 3.

Wydawca, D-r St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny, D-r Wł. Gajkiewicz.