

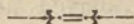
# GAZETA LEKARSKA.

Z ODDZIAŁU KOBIECEGO CHORÓB WEWNĘTRZNYCH [SALA VIII] W SZPITALU DZIECIĄTKA JEZUS.

## I. NAPADY ARTRALGII I PRZYKURCZEŃ HISTERYCZNYCH.

Podał

**A. Puławski.**



Przeszło od roku obserwuję chorą, u której od czasu do czasu występują napady bólów stawowych i przykurczeń jednej, dwóch a nawet czterech naraz kończyn. Ponieważ tak rozległe a zwłaszcza w takiej postaci występujące przykurczenia, jak się okaże, pochodzenia histerycznego, bynajmniej do częstych i banalnych przypadłości histerycznych nie należą, ośmielam się podać możliwie treściwy opis tego przypadku oraz rozbiór odnoszących się tu objawów.

Bronisława M., służąca, niezamężna, lat 32 licząca, piorąc bieliznę, dostała zawrotu w głowie, chwilowo straciła przytomność, upadła na ziemię i została odwieziona do szpitala. Tu, jak się dowiedziałem od otoczenia, natychmiast przytomność odzyskała, ale zarazem uczuła ból w obu stawach barkowych; jednocześnie prawie z bólem, zjawilo się przykurczenie obu kończyn górnych, co mogłem skonstatować, gdym chorą zobaczył nazajutrz po przywiezieniu do szpitala d. 30. I. 1896. Tego rodzaju objaw zdarza się chorej już po raz drugi w życiu. Mianowicie przed 5 laty miała bóle i, jak twierdzi, obrzmienie w jednym ze stawów barkowych, przy czem wystąpiło również przykurczenie kończyny. Rodzice chorej już nie żyją, poumierali na jakieś ostre choroby. Sama chora wychowywała się na wsi, a od 7 lat mieszka w Warszawie. We wczesnem dzieciństwie miała drgawki. W późniejszym wieku cierpiała na „zapalenie płuc“, tyfus, reumatyzm [t. j. ból o którym wyżej]; przed 6 laty urodziła dziecko, obecnie już nieżyjące. Od pewnego czasu miewa jakieś napady drgawek, które otoczenie jej uważało za „wielką chorobę“ [padaczkę]. Jak się okazało, przed 5 dniami wypisała się ze szpitala Dz. Jezus, gdzie leżała na klinice wewnętrznej. Z karty szpitalnej dowiedziałem się, iż przechodziła wówczas w domu jakąś chorobę z gorączką i dreszczami, a do szpitala przybyła bez gorączki z objawami osłabienia i niestrawności. Zanotowano powiększenie wątroby i śledziony, stępienie w prawym wierzchołku; tamże oddech nieokreślony oraz nieco suchych rzężeń.



Rozpoznanie brzmiało *dyspepsia*. Leczenie: kalomel, olej rycynowy, salicyl. Wypisała się z polepszeniem.

*Status praesens.* Chora szczupła, lichy odżywiana nie gorączkuje [ciężota  $34^{\circ}$  C., tętno 72]. W twarzy uderza pewna nieprawidłowość, mianowicie szczęka górna jest wysunięta nieco ponad dolną (*prognatismus*), podniebienie zaś twarde wąskie, wysoko sklepione i niesymetryczne: lewa połowa jest szersza i głębsza. Zęby sieczne górne i dolne posiadają dwie poprzeczne bruzdy i dolne brzegi głęboko wyszczerbione. Obie kończyny górne mocno do tułowia przylegają i zgięte są w łokciu pod kątem prostym, dłonie zaciśnięte, wielki palec przysunięty jest do dłoni i przykryty przez 4 pozostałe. Wszelkie próby wyprostowania dłoni i wyprowadzenia kończyny z powyższej pozycji wywołują nader silny ból w całej kończynie; nawet najslabiej wykonana próba wywołuje odruchowo jeszcze większe stężenie mięśni. Okolica stawów barkowych bardzo jest bolesną na ucisk. Ucisk w kierunku nerwów nie jest bolesny, o ile chora nie podejrzewa, iż mamy zamiar wyprostowywać kończyny. Chora uskarża się na ból w stawach barkowych i w łopatkach, zresztą niema żadnych parestezyi. Kręgosłup niebolesny. W narządach wewnętrznych znaleziono znaczne osłabienie oddechu w obu szczytach płuc, zwłaszcza też w prawym z tyłu; bronchofonii ani rzężeń niema; bolesność dość żywa w okolicy lewego jajnika. Chora ma brak łaknienia i nawykowe zaparcie stolca. Mocz ciężaru właściwego 1,014, białka ani cukru nie zawiera. Badanie czucia skórniego wykazuje znaczne osłabienie tegoż na dotyk i na ból w okolicy obu stawów barkowych w postaci naramiennika, którego dolna granica dość ostro jest odznaczona i dosięga  $\frac{1}{3}$  części górnej ramienia. W innych okolicach czucie jest zachowane. Znajdujemy dalej brak odruchu rogówki oraz gardzieli.

Odruchy ścięgniste kolanowe zachowane, niema objawu stopowego. Taki stan chorej trwał bez zmiany trzy dni. Bóle łagodził nieco salicylan sodu.

Dnia 2. II. obok powyższych objawów zjawia się ból w stawie biodrowym lewym oraz przykurczenie lewej kończyny dolnej, która jest zgiętą w stawie kolanowym i przybliżoną do brzucha stopa jest wyprostowaną (*pes equinus*).

D. 3. II. przybywa ból w stawie biodrowym prawym i przykurczenie kończyny zupełnie takie same, jak lewej. W ten sposób mamy w danej chwili przykurczenie wszystkich czterech kończyn, bóle w czterech głównych stawach. Obok tego wystąpił ból w karku i sztywność mięśni szyjowych, uniemożliwiająca ruchy głowy. Chora nie gorączkuje, nie ma wymiotów, ani żadnych objawów mózgowych, nie ma bolesności w kręgosłupie ani bólów opasujących (wykluczamy *meningitis cerebrospinalis*). Na drugi dzień, t. j. 4. II. zmniejsza się sztywność i ból w karku; 5. II. dolne kończyny wyprostowane ale sztywne i nie dające się zginać z powodu bólu przy wszelkich próbach w tym kierunku.

D. 6. II. kończyny dolne swobodne i bezbolesne.



D. 8. II. Prawa kończyna górna wychodzi ze stanu przykurczenia, jest swobodna i niebolesna.

D. 10. II. lewa kończyna górna powraca do normalnego stanu, lubo istnieje bolesność w stawie barkowym.

D. 11. II. wszystkie kończyny są zupełnie swobodne, pozostał jeszcze ból w okolicy stawów barkowych. Taki stan trwa dni 3.

D. 14.—16. II. zjawia się ponownie ból i przykurczenie prawej kończyny górnej, jak wyżej.

D. 17. II. drgawki, których nie widziałem. Przykurczenie ustępuje.

D. 19. II. chora dostaje drgawek podczas mojej wizyty rannej. Jest nieprzytomną, tułów naprężony, drgawki obejmują całe ciało, są szybkie, rytmiczne, drobne. Powieki drgają [mrużenie], usta się poruszają, jakby chora coś szeptała. Ucisk obu jajników prawie natychmiast przerywa napad; chora krzywi się, jakby z bólu, otwiera oczy, wzdycha i bezmyślnie się uśmiecha. Utrzymuje, że nie wie co się z nią działo. Od 19. II.—5. III. chora ma się dobrze.

D. 6. III. zjawia się *retentio urinae*. Mocz wypuszczono kateterem po 24 godzinach w ilości 1800 ctm. sz.; ciężar właściwy 1,010. W ciągu kilku dni następnych występowały naprzemian drgawki i *retentio urinae*. Od 23. — 31. III. zjawia się *haemoptoe* przy nieznacznym kaszlu. W płwocinie nie znaleziono laseczników Koch'a. Stan bezgorączkowy. Od 1—12. IV. chora ma się dobrze. W ciągu pobytu w szpitalu z początku do 1. IV. chorej ubyło na wadze 1,5 klgm. [40 kl. — 38,5]. Od 1—12. IV. waga się znacznie powiększyła, do 43 klgm., t. j. ogółem przybyło jej 3 klgm.

Po wypisaniu się ze szpitala, chora tylko 4 dni była na mieście. Wraca do szpitala z przykurczeniem obu kończyn górnych, które zjawiało się po napadzie drgawek i bólu w stawach. Tym razem przykurczenia trwały 2 dni i zostały usunięte siłą. Wieczorem były drgawki, potem *retentio urinae*, trwająca 36 godzin. Mocz wypuszczono kateterem w ilości 1750 ctm. sz. [niżej podaję rozbiór, łaskawie dokonany przez kol. MAXZLA]. Podczas kilkotygodniowego pobytu w szpitalu chora prawie codzień miewała drgawki lub *retentio urinae*.

D. 3. V. wypisała się, a we dwa tygodnie przybyła po raz 3-i z przykurczeniem kończyny górnej lewej. Drgawki były raz jeden; *retentio urinae* ani razu. Wypisała się ze szpitala d. 3. VI.

Pół roku przepędziła chora w dobrym zdrowiu, w służbie. Jak się dowiedziałem od chlebodawczyni, była pracowitą i dobrą służącą. W ciągu tego czasu miała dwa razy napad przykurczenia jednej z kończyn górnych, zawsze poprzedzony przez ból w stawie barkowym. Jeden napad trwał krótko i przeszedł prędko w domu [stawiano bańki cięte]; podczas drugiego napadu szukała pomocy w ambulatorium szpitalnem u mnie. Napad przeszedł prędko przy użyciu jakiegoś obojętnego środka.

Dopiero w końcu stycznia r. b. chora była zmuszoną znów zapisać się do szpitala z powodu przykurczenia prawej kończyny górnej z towarzyszeniem zwykłych objawów [ból, drgawki]. Po drgawkach przykurczenie zniknęło



w prawej kończynie, ale zjawilo się w lewej. Przeleżawszy miesiąc blisko w szpitalu, wypisała się, aby powrócić w kilka dni z przykurczeniem prawej kończyny górnej; wkrótce zjawilo się przykurczenie lewej kończyny górnej i lewej dolnej. Była znów chwila, gdyśmy mieli przykurczenie naraz trzech kończyn. Tym razem zastosowałem chloroform. Po uspieniu chorej, łaskawie dokonaniem przez kol. KORZENIOWSKIEGO, wszystkie przykurczenia w jednej chwili zniknęły. Można było podczas uspienia dokładniej zbadać stawy, które nic nienormalnego nie przedstawiały. Po obudzeniu chorej, przez jakiś czas istniała sztywność w mięśniach i lekkie przykurczenie w kończynie górnej lewej, które wkrótce zginęło bez śladu. Przykurczenia i drgawki zjawiały się kilka razy; chora wypisała się d. 1 maja, waży obecnie 46 klgm., t. j. w tym roku przybyło jej na wadze 3 klgm.. Chorą tę wielokrotnie i w różnych okresach miałem sposobność pokazywania w szpitalu wielu kolegom [DUNIN, JAKOWSKI, KRAJEWSKI, JANOWSKI, SADOWSKI, RAZDZIWIŁOWICZ, LANDSTEIN, ŚWIEŻYŃSKI i inni].

Zastanówmy się bliżej nad niektórymi charakterystycznymi objawami, jakie przedstawia ta z wielu względów interesująca chora.

Już z pierwszego wejrzenia uderzają w niej cechy t. zw. zwyrodnienia [prognatyzm, niesymetria w budowie podniebienia, nieprawidłowość w budowie zębów]. Umysłowy rozwój chorej jest normalny: tłumaczy się jasno i logicznie, pamięć ma dobrą, umie czytać; żadnych zбочeń w sferze moralnej zauważyć się nie daje. Po za tymi czysto fizycznymi przejawami zwyrodnienia, spotykamy tu cały szereg objawów, których historyczne pochodzenie zdaje się nie ulegać żadnej wątpliwości.

Drgawki, których wielokrotnie bywałem świadkiem, zjawiają się najczęściej niespodzianie nagle; niekiedy tylko są poprzedzone jakby przez aurę, która polega na poczynającym się bólu w jednym z głównych stawów kończyn. Podczas drgawek utrata przytomności zdaje się być zupełną, jak również jest zupełną niepamięć (*amnesia*) o napadzie. Ciało w czasie drgawek jest wyprężone, sztywne, drgawki obejmują wszystkie członki, są mało częste, prawie rytmiczne; zawsze widziałem drganie powiek, jakby mruganie i poruszanie ust, jakby chora mówiła szeptem. Ślinienia, przygryzania warg lub języka, mimowolnego oddawania moczu nigdy nie było. Napad drgawek bez interwencji trwał od 5—10 min., poczem chora przychodziła do zupełnej przytomności bardzo prędko. Najcharakterystyczniejszą cechą dla napadu drgawek tej chorej, jest fakt, że drgawki dają się przerwać prawie natychmiast przez ucisk lewego lub prawego jajnika albo też obu jajników razem.

Jeżeli ucisk jest dość mocny, chora krzywi się, wypręża się jeszcze więcej, otwiera oczy, uśmiecha się bezmyślnie i przychodzi do przytomności. Ucisk jakiej innej okolicy ciała np. ręki, nogi, tego skutku nie wywiera. Ta jedna cecha wystarcza, aby w danym przypadku można było wykluczyć padaczkę (*epilepsia*). Po napadzie najczęściej występuje zatrzymanie moczu, trwające od 24—48 godzin. Z początku mocz wypuszczałem kateterem, wkrótce jednak tego zaniechałem, gdyż widziałem, iż następowało jakby przyzwy-



czajenie do tego rękoczynu. Gdy na objaw ten nie zwracał uwagi, zwykle przechodził on prędzej a w ostatnich czasach wcale się nie zjawiał. Mocz po napadzie zwykle był dość obfity, bledy; ciężar właściwy 1,006—1,012. Rozbiór takiego moczu, wypuszczonego kateterem po 36-godzinnem zatrzymaniu, łaskawie wykonany przez kol. MAYZLA okazał co następuje: ilość 1750 ctm. sz. [do analizy posłano 1500] ciężar właściwy 1,012, mocznika 7,4<sup>0</sup>/<sub>00</sub>, chlorków 7,15, fosforanów 0,88 [z tego fosforanów ziem 0,35, fosforanów alkaliu 0,53].

Jest to mocz charakterystyczny nie dla napadu epileptycznego, lecz dla histerycznego, gdyż posiada niski ciężar właściwy, zmniejszoną ilość części stałych oraz zmieniony stosunek ilościowy fosforanów ziem do fosforanów alkaliu [stosunek ten w normalnym moczu bywa 1:3, tu zaś jest mniejszy niż 1:2].

Trzecim objawem charakterystycznym były w danym przypadku bóle w stawach [artralgie] i nieodłączne od nich przykurczenia kończyn. Zwykle sprawa rozpoczynała się od tych bólów to w jednym, to w kilku naraz stawach [barkowych lub biodrowych], bóle stopniowo wzmagaly się, najczęściej [lubo nie zawsze] zjawiał się napad drgawkowy, a po nim przykurczenie kończyn. W miarę tworzenia się przykurczeń występowało znieczulenie skóry około stawu, będącego siedliskiem artralgii. To znieczulenie obejmowało na szczycie przykurczenia jedną trzecią górną część kończyny i ustępowało razem ze znikaniem przykurczenia. Podczas trwania tegoż mięśnie oddziaływały na prąd faradyczny, t. j. pomimo silnego stężenia były jeszcze w stanie kurczyć się pod wpływem prądów średniej siły. Położenie kończyn opisaliśmy wyżej. Dłoń była zwykle zamknięta, ułożona w taki sposób, że wielki palec był przykryty przez pozostałe; niekiedy jednak palce były tylko lekko zgięte i brzuścami do siebie zbliżone [jak przy tężycze], stopa była zwykle wyprostowaną (*pes equinus*). Po uspieniu chloroformem przykurczenia zniknęły w jednej chwili. Zanim przykurczenie występowało w całej pełni, czuć się dawała wyraźna sztywność mięśni, która się zwiększała przy drażnieniu tychże czy to przez ściskanie, czy uderzanie młotkiem wypukowym, czy też przez prąd przerywany. W normalnym stanie, t. j. po zupełnym zniknięciu przykurczeń, objawu tego nie można było otrzymać. Nie wwoływało go wtedy również ściskanie siłomierza [sposób zalecony do wykrycia t. zw. dyatezy przykurczeń]. Przykurczenia najczęściej występowały po napadzie drgawkowym. Napad z drugiej strony niekiedy kładł kres przykurczeniom. Epoka miesiączkowania, które po większej części było bolesnem, zwykle bywała epoką najczęstszych napadów drgawek i przykurczeń.

Zbytecznem byłoby dowodzić, iż opisane objawy są typowe dla histeryi; zaznaczam tylko, że chora w okresach, wolnych od tych przypadłości, mało po; siadała stygmatów histerycznych; znajdowałem u niej tylko zniesienie odruchu gardzielowego i owaryalgię, nie było zmian w czuciu, zwężenia pola widzenia, chromatopsyi i t. d.. Próby hypnotyzacyi okazały się bezskuteczne, lubo co do tego wyznać należy, że warunki miejscowe [brak spokoju na sali, żarty i stłumione śmiechy innych chorych i t. p.] bardzo dla tych prób były niepomyślne, jak wogóle w naszych salach szpitalnych, gdzie niema dla po-



dobnych prób odpowiednich gabinetów. Pewna suggestyjność chorej zdradzała się w ten sposób, iż np przykurczenia trwały tem dłużej, im więcej czuła, iż jest obserwowaną, pokazywaną i t. d.

*Retentio urinae* najprędzej przechodziła, gdy się nie wypuszczało moczu i nie zwracało na ten objaw żadnej uwagi. Nie podobna było dociec bezpośredniej przyczyny każdorazowego powstawania artralgi i przykurczeń; urazu, wzruszenia i tym podobnych czynników ani razu nie można było wykazać w danym przypadku. Jak wiadomo, puktem wyjścia podobnych przypadłości bywa czasem napad histeryczny, który pozostawia po sobie ślady w postaci bezwładów, przykurczeń, afonii i t. d. Tutaj rzeczywiście przykurczenia występowały najczęściej po napadzie, ale nie zawsze tak było. Przytem napad zwykle był poprzedzany przez ból w stawie i zjawiał się nieraz w chwili najwyższego natężenia bólu.

Za czynnik, wywołujący cały obraz opisany, byłbym skłonny uważać w danym przypadku reumatyzm. Bóle zjawiały się najczęściej pod wpływem wilgoci [pranie], przechodzenia z ciepła do zimna [mycie okien, przechodzenie przez zimny korytarz w szpitalu do ustępu]; ze wszystkich środków najlepiej łagodził ból salicylan sodu [brom, opium, nawet morfina bólów nie łagodziły]. Co prawda, nigdy nie zauważyłem podczas bólów podniesienia ciepłoty ciała, ani obrzmienia stawów, nie mówiąc już o jakichkolwiek objawach patologicznych ze strony wsierdza. Mogło więc tu chodzić o reumatyzm przewlekły mięśniowy. Przypuszczenia tego nie mogę uważać za dowiedzione, tylko za możliwe. Nieznaczny stosunkowo bodziec [ból reumatyczny] na gruncie histerycznym wywoływał charakterystyczne objawy przykurczeń i znieczulenie skóry.

Przykurczenia histeryczne należą w ogóle do objawów rzadszych od bezwładów takiegoż pochodzenia. Najczęściej odnoszą się do jednej kończyny, bardzo rzadko mają postać hemiplegiczną, mniej rzadko — paraplegiczną, odznaczają się zwykle uporczywością i długim trwaniem. Osobliwość mego przypadku polega na napadowym charakterze przykurczeń i na jednoczesnym zajęciu kilku naraz kończyn. GILLES DE LA TOURETTE <sup>1)</sup> zaznacza wyraźnie, iż nie zna przykładu bezwładu lub przykurczenia, ograniczonego do obu kończyn górnych, jak również uważa bezwład lub przykurczenie wszystkich czterech kończyn za objaw nie częsty. Za najrzadszą cechę mego przypadku uważać należy charakter napadowy przykurczeń. Podobnych opisów napróżno szukałem w literaturze. Nawet w wybornej monografii PAUL RICHER'a <sup>2)</sup> niema o tem wzmianki.

W literaturze naszej posiadamy o przykurczeniach histerycznych piękną pracę JASIŃSKIEGO <sup>3)</sup> i krótką notatkę VORSTAEDTER'a <sup>4)</sup>.

<sup>1)</sup> GILLES DE LA TOURETTE. *Traité clinique de l'hystérie*. Sec. partie. T. II. str. 101 i str. 120 lub w skróceniu polskiem str. 217 i 221.

<sup>2)</sup> PAUL RICHER. *Paralysies et contractures hystériques*. Paris. 1892.

<sup>3)</sup> R. JASIŃSKI. *Przykurczenia stawów histeryczne u dzieci*. *Gaz. Lek.* 1891. Nr. 20.

<sup>4)</sup> VORSTAEDTER. *Przypadek uleczenia wpływem moralnym skurezów trzech kończyn*. *Gaz. Lek.* 1886. Nr. 51.



## II. WYNIKI LECZENIA KILKU PRZYPADKÓW WIĄDU RDZENIA KRĘGOWEGO METODĄ FRENKEL'A.

Podał

**Konstanty Strózewski,**  
asystent oddziału.

— 4 —

Od czasu, kiedy FRAENKEL w 1890 r. zaproponował nową metodę leczenia bezładu tabetycznego, ogłoszono sporo spostrzeżeń, stwierdzających istotną wartość tej metody. W pracy mej, ogłoszonej p. n.: „Leczenie wiądu rdzenia“<sup>1)</sup>, starałem się uzasadnić wartość metody FRENKEL'a, inaczej zwanej kompensacyjną lub też powtórną nauką ruchów, i zarazem przytoczyłem sposób jej stosowania. Teraz zaś chcę podać wyniki, jakie otrzymałem w kilku przypadkach bezładu tabetycznego, leczonego ową metodą.

**Spostrzeżenie I.** A. M., ślósarz, lat 51. Wiąd rdzeniowy od 5 lat; silny bezład kończyn dolnych; możność chodzenia utrudniona znacznie i tylko z pomocą laski. Po stosowaniu kompensacyjnej metody w ciągu niecałych 3 miesięcy—możność chodzenia bez laski.

Chory zapisał się na oddział dnia 15. XII. 1895 r.; z wywiadów dowiedziano się następujących danych: chory przed 12 laty chorował na szankra, nigdy nie przechodził przeciwsyfilitycznego leczenia. Żona 2 razy ronila; jedna córka żyje i cieszy się, podobno, dobrem zdrowiem. Przed 5 laty zjawiły się bóle błyskawiczne, najpierw w lewej dolnej kończynie, potem i w prawej. Przed 4 laty bez widocznej przyczyny zrobiło się owrzodzenie pod paluchem lewej nogi, które przez długi czas nie goiło się, i zniewoliło lekarza do amputowania chorego palucha.

Przed 4-ma miesiącami kończyny dolne silnie osłabły, głównie lewa, prawa znacznie osłabła dopiero w ostatnich czasach; do tego czasu chory dobrze chodził i zajmował się swem rzemiosłem.

Przy badaniu znaleziono stan następujący: źrenice wąskie, nie oddziałują na światło; wzrok nie osłabiony, badanie wziernikiem nie wykrywa zmian na dnie oka. Objawów syfilisu niema. Ruchy kończyn górnych dobre; dolnych bardzo bezładne, więcej w lewej. Siła kończyn dolnych osłabiona, lewej w wysokim stopniu. Hypotonia znaczna. Czucie na dotyk i ból osłabione na stopach i goleniach; tamże opóźnienie bólu. Zmysł mięśniowy i stawowy osłabiony w dolnych kończynach, szczególnie w stopach. Uczucie drętwienia w stopach i goleniach. Chory czuje, jak gdyby miał silnie opasane

<sup>1)</sup> Gazeta Lekarska. Nr. 5. 1897.



stopy. Bóle niekiedy bardzo silne w goleniach i stopach. Brak odruchów kolanowych. Objaw ROMBERG'a jasno wyrażony. Zaburzeń ze strony pęcherza moczowego niema. Chodzić może przy pomocy laski, patrząc uważnie na nogi.

W ciągu 3½ miesiąca chory otrzymywał jod do wewnątrz, był elektryzowany i co kilkanaście dni przypalany żegadłem PAQUELIN'a. Przez ten czas siła kończyn dolnych zmniejszyła się, bezład zwiększył się, zjawiały się kilkakrotnie zaburzenia ze strony pęcherza, które po kilku dniach trwania ustępowały.

Od kwietnia 1896 r. zacząłem stosować metodę kompensacyjną systematycznie codziennie pod osobistym kierunkiem [z początku posiedzenie trwało kwadrans, potem pół godziny i dłużej z przerwami]. W ciągu pierwszych 3 tygodni chory wykonywał ćwiczenia w pozycji leżącej i siedzącej [1-sza kategoria ćwiczeń]; a gdy robił je bez żadnego bezładu, wtedy przeszedłem do ćwiczeń w pozycji stojącej [2-ga kategoria ćwiczeń]; po miesiącu przystąpiłem do nauki chodzenia.

Chory wypisał się ze szpitala 22. VI. 1896 r. w następującym stanie: objawy ze strony źrenic i odruchów po dawnemu. Objaw ROMBERG'a cokolwiek się zmniejszył. Chory zupełnie swobodnie może stać w ciągu kilkunastu minut bez laski; swobodnie siada na krzesło i podnosi się z niego bez laski. Chodzi dość szybko bez laski, patrząc przed siebie.

**Spostrzeżenie II.** A. S., urzędnik, lat 26. Wiad rdzenia od 5 lat; znaczny bezład kończyn górnych i dolnych. Chodzić ani stać nie może. Po niecałych 3 miesiącach leczenia znaczna poprawa.

Chory zapisał się na oddział dnia 8. XII. 1895 r. Z wywiadów dowiedziano się: ojciec chorego zmarł na jakąś nerwową chorobę. Przed kilkunastu laty chory cierpiał na silne bóle głowy. Przed 8-u laty syfilis, prawie wcale nie leczony, objawów wtórnych nie było. W ciągu ostatnich 3 lat nadużycia *in Baccho*. Od 5 lat od czasu do czasu drętwienie i ból w lewej dolnej kończynie; potem bóle w lewej ręce; zez prawego oka, niekiedy podwójne widzenie. Od 8 miesięcy chory zaczął źle chodzić i tylko z pomocą osoby drugiej. Przy badaniu znaleziono: źrenice wązkie, oddziaływają na akomodację i konsensualnie, na światło zaś nie; lewa źrenica niekiedy szersza od prawej. Wzrok dobry, wziernik nie wykrywa zmian żadnych na dnie oka. Ruchy kończyn górnych wszystkie możliwe, lecz bezładne i osłabione. Objaw BIERNACKIEGO z obu stron; znieczulenie 4-go i 5-go palców lewej ręki, zmysł mięśniowy i stawowy w palcach i w dłoni lewej ręki oraz w palcach prawej ręki zniesiony. Ruchy kończyn dolnych możliwe, lecz bardzo bezładne, szczególnie lewej; lewa noga słabsza od prawej; obie osłabione. Hypotonia w wysokim stopniu. Czucie na dotyk i ból na dolnych kończynach miejscami osłabione, miejscami zniesione; ból opóźniony. Zmysł mięśniowy w dolnych kończynach zniesiony. Drętwienie i częste bóle we wszystkich 4 kończynach. Objaw WESTPHAL'a i ROMBERG'a. Chodzić i stać chory może z laską i z pomocą jednej osoby. Mocz oddaje z wielkim wysiłkiem.



W szpitalu chory otrzymał 30 frykcyi półdrachmowych, prócz tego jod wewnątrz, był elektryzowany i co kilkanaście dni przypalany żegadłem PARSQUERLIN'a. Bezład i osłabienie kończyn zwiększały się tak, że chory nie mógł zupełnie nawet przy pomocy 2 osób stać lub chodzić, w ręce nie mógł utrzymać laski.

Od kwietnia 1896 r. zacząłem stosować metodą kompensacyjną. Bezład stopniowo zmniejszał się, po kilku tygodniach chory wykonywał kończynami dolnemi ruchy prawie zupełnie prawidłowo; siła w nich zwiększyła się; chory mógł stać bez niczyjej pomocy, opierając się jedną ręką o stolik, chodzić zaś mógł, trzymany za jedną ręką. Bezład kończyn górnych zmniejszył się po zastosowaniu w ciągu kilku tygodni odpowiednich ćwiczeń. Po niespełna 3 miesięcznej kuracyi chory wypisał się ze szpitala z dużą poprawą.

**Spostrzeżenie III** [z własnej praktyki]. N., elektrotechnik, lat 35. Wiąd rdzenia od 2½ roku. Nieznaczny bezład górnych kończyn i silny bezład dolnych. Chodzi z trudnością przy pomocy laski. Po 5 miesiącach leczenia znaczna poprawa—chodzi bez laski.

Z wywiadów dowiedziałem się, że chorób nerwowych w rodzinie niema; chory przed 8 laty zaraził się syfilisem, którego prawie wcale nie leczył [3 iniekcye]; objawów wtórnych nie było. Od 2½ roku bóle błyskawiczne w nogach, nieznaczne zaburzenia w oddawaniu moczu, nieznaczny bezład w dolnych kończynach. Niekiedy podwójne widzenie. Przed rokiem 36 frykcyi i kilkanaście drachm jodku potasu. We wrześniu 1896 r. nagle znaczne osłabienie kończyn dolnych, silny bezład tak, że chory zaledwie przy pomocy laski mógł z trudem chodzić.

Przy badaniu dnia 1. X. 1896 r. znalazłem: źrenice wąskie nie oddziałują na światło; siła fizyczna kończyn górnych doskonała, bezład w nich nieznaczny; siła dolnych kończyn osłabiona, prawa noga słabsza od lewej; bezład w bardzo silnym stopniu. Zmysł mięśniowy i stawowy zupełnie zniesiony w kończynach dolnych [chory przy zamkniętych oczach nie rozpoznaje takich ruchów, jak podnoszenie wysoko całej kończyny, zginanie kończyny w kolanie, chory nie czuje nóg pod kołdrą]. Znieczulenie na dotyk na całych kończynach dolnych z wyjątkiem powierzchni przedniej i wewnętrznej uda. Ukłucie miejscami czuje, jak dotyk; ból na podszwach opóźniony, Przy szybkim potarciu końcem perkusyjnego młotka wzdłuż podeszwy, chory uczuwa z początku dotyk, a potem uczucie palenia [objaw opisany przez HIRSZBERG'a]. Brak odruchów rzepkowych. Objaw ROMBERG'a. Chory chodzić może z trudnością z pomocą laski, bacznie patrząc na nogi. Oddawanie moczu cokolwiek utrudnione.

Od października 1896 r. zacząłem systematycznie stosować metodę kompensacyjną. Stopniowo zmniejszał się bezład, a siła fizyczna kończyn dolnych zwiększała się. Po 5 miesiącach leczenia chory chodził bez laski po pokoju, nie patrząc przytem na nogi; zupełnie swobodnie siadał i podnosił się z krzeselka bez laski; podejmował szybko z ziemi takie przedmioty, jak mała szpilka, dziesiątka srebrna; chory mógł przejść przez pokój, trzymając w jednej



ręce lampę, a w drugiej lusterko; z laską chodził ze zgiętymi kolanami. Objaw ROMBERG'a zmniejszył się. Czucie mięśniowe i stawowe o tyle się poprawiło, że chory pociemku przy mimowolnem zgięciu kolana doznawał uczucia czegoś zimnego w okolicy kolan i po tej sensacji poznawał, że kolano zaczyna się zginać. Przed rozpoczęciem i w początku leczenia chory często upadał na ulicy, a nawet w pokoju; od 3 miesięcy chory nie upadł. W początkach kuracji choremu ciągle zimno było w nogi pomimo ciepłych skarpetek i butów, potem nie doznawał uczucia marznięcia nawet chodząc po ulicy podczas zimy.

**Spostrzeżenie IV.** H. M., stolarz, lat 37. Wiąd rdzenia od 3½ lat; chory nie mógł ani stać, ani chodzić nawet podtrzymywany przez 2 ludzi. Po 6 miesiącach leczenia chory mógł stać o własnej sile, a chodzić o 2 laskach.

Chory zapisał się na oddział dnia 5. V. 1895 r.. Z wywiadów dowiedziono się, że chory pochodzi ze zdrowej rodziny, nigdy dotychczas nie chorował. Syfilisu nie przechodził. Nadużycia *in Baccho* były. Półtora roku przed zapisaniem się do szpitala chory miał silnie się przeziębzić; od tego czasu tępy ból w prawej goleni, potem w obu stawach skokowych; po 2 miesiącach bóle zniknęły, po miesiącu znowu się zjawily. Po roku osłabienie kończyn dolnych; chory chodził jeszcze dobrze nawet po ciemku. Od miesiąca bardzo silne bóle i osłabienie kończyn dolnych; od 5 dni chory przestał prawie całkiem chodzić.

Przy zapisywaniu się chorego na oddział znaleziono: lewa źrenica szersza od prawej; obie nie oddziałują na światło, na akkomodację dobrze. Mięśnie oczne w porządku. Kończyny górne dobre, w dolnych znaczny bezład; chodzić ani stać bez pomocy nie może. Znaczne osłabienie czucia dotykowego i bólowego na stopach, goleniach i zewnętrznej powierzchni uda, szczególnie na prawej dolnej kończynie; miejscami zupełne znieczulenie, czucie bólowe na podszwach opóźnione. Zmysł mięśniowy i stawowy na dolnych kończynach zupełnie zniesiony. Zanik mięśni kończyny dolnej prawej; objętość uda na wysokości 20 ctm. ponad rzepką; lewego 41 ctm., prawego 37 ctm.; objętość goleni na wysokości 20 ctm. poniżej rzepki; lewej 30 ctm., prawej 27 ctm.. Podczas pobytu chorego na oddziale w ciągu 2 lat spostrzegaliśmy następujące objawy: wielokrotnie powtarzające się zaburzenia ze strony pęcherza i odbytnicy, bywała zupełna *incontinentia urinae et alvi*. Zaburzenia te po kilku lub kilkunastu dniach trwania mijały; bóle i parestezye, nie pozwalające często choremu spać po całych nocach; bezład i osłabienie kończyn dolnych też ulegały częstym wahanom.

W kwietniu 1896 r., kiedy przystąpiłem do stosowania kompensacyjnej metody, chory nie był w stanie ani jednej chwili ustać, nawet podtrzymywany przez 2 ludzi; o chodzeniu mowy nie było. Po 2 miesiącach ćwiczeń bezład znacznie się zmniejszył, powróciło czucie w podszwie prawej; chory zaczął wtedy dopiero czuć podłogę tą nogą. Po 5 miesiącach ćwiczeń chory mógł stać o własnej sile, po 6 miesiącach zaczął chodzić o 2 laskach.

Chory ten ciekawym jest jeszcze z 2 względów: 1) od czasu, kiedy chory zaczął wykonywać ćwiczenia, zjawily się ruchy atetotyczne w palcach obu nóg; ruchy te trwały ciągle, zwiększając się podczas ćwiczeń. Po 4—5 mie-



siącach ruchu atetotyczne zaczęły się zmniejszać, wreszcie ustąpiły zupełnie. 2) Chory przedstawiał przykład dość często w ostatnich czasach spostrzeganego współlistnienia wiądu rdzeniowego i histeryi t. zw. *hystero-tabes*. Histerya rozwinęła się dopiero podczas pobytu chorego w szpitalu, wiądu rdzeniowy odegrał prawdopodobnie rolę *agent provocateur*. Chory miał dość częste napady niemoty histerycznej (*mutismus*), która zwykle po kilkunastugodzinnem trwaniu zniknęła. Laryngoskopowe badanie [D-r FREYDENSON] nie wykrywało wówczas zmian żadnych w krtani.

**Spostrzeżenie V.** M. A., lat 56. Wiądu rdzeniowy od 7 lat. Bez laski chodzi z trudem; po 3 miesiącach leczenia chodzi dobrze.

Zapisał się chory na oddział dnia 17. I. 1897 r.. Z wywiadów dowiedzianno się, że chory miewa od 7 lat bóle w nogach; bóle te początkowo zjawiały się rzadko i tylko nocą, od roku zaś często silniejsze. Przy badaniu znaleziono stan następujący: źrenice nierówne, lewa szersza, na światło nie oddziaływują, na akkomodację dobrze. Ruch kończyn górnych w porządku, w dolnych nieznaczny bezład. Czucie na dotyk dobre; na ból i temperaturę wysepki znieczulenia na całym ciele, więcej na dolnych kończynach. Zmysł mięśniowy upośledzony na dolnych kończynach, szczególnie w stopach. Odruchów z łącznicy, rzepkowych, ze ścięgna ACHILLES'a niema. Objaw ROMBERG'a wyraźny. Na jednej nodze chory stać nie może, z laską chodzi jako tako, bez laski chwieje się i zatacza. Nogi od czasu do czasu uginają się nagle w kolanach. Mocz oddaje z wysiłkiem. Kurację rozpocząłem od ćwiczeń w pozycji stojącej, po 3 miesiącach chory czuł dużą poprawę, chodził bez laski z łatwością przy zgiętych kolanach, lub podnosząc wysoko nogi. Siła kończyn dolnych zwiększyła się. Nogi nie podrywają się w kolanach.

Zważywszy wyniki, jakie otrzymałem w powyższych przypadkach, musimy przyjść do wniosku, że kompensacyjna metoda leczenia bezładu tabetycznego ma niezaprzeczoną wartość. Naturalnie nie możemy spodziewać się zastąpić w zupełności braku zmysłu mięśniowego i stawowego, do tego stopnia, aby powrócić choremu dawną łatwość chodzenia i stania, lecz i taka poprawa, jaką otrzymałem np. w przypadku 4-tym, gdzie chory przed kuracją nie mógł ani stać ani chodzić, nawet podtrzymywany przez 2 osoby, a po kilku miesiącach kuracyi mógł dość swobodnie chodzić o 2 laskach, taka nawet poprawa powinna nas zadowolić.

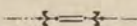
Wiemy przecież doskonale, co za nieszczęście dla człowieka w sile wieku być pozbawionym możności chodzenia i szukania pomocy nawet przy wypełnianiu fizyologicznych potrzeb, taka niemoc ciężką jest nawet dla człowieka bogatego, który może otoczyć się odpowiednim komfortem. Ale jakież jest położenie ludzi średniozamożnych lub biednych, którzy tak często dotknięci bywają wiądem rdzenia, np. położenie urzędnika, dla którego możność chodzenia do biura, choćby o 2 laskach, stanowi kwestyę bytu. Powtórna nauka ruchów daje więc pomyślne wyniki, lecz wymaga długiego czasu, wielkiej systematyczności, a prócz tego dużej pracy i cierpliwości. Tem to wytłómaczyć się daje względnie zbyt małe rozpowszechnienie tej metody. Powtórzyć muszę



tutaj to, o czem na innym miejscu już pisałem, że ćwiczenia muszą być wykonywane systematycznie kilka razy dziennie, ze szczególną uwagą chorego, by ćwiczenie każde było o ile możności dokładnem, gdyż nie ilość i szybkość wykonywanych ruchów, lecz jakość ich, t. j. brak bezładu ma znaczenie. Trzymam się następującej zasady: chory raz dziennie [w ciągu 15—45 minut z przerwami] wykonywa ćwiczenia pod moim kierunkiem, a 2 lub 3 razy dziennie sam powtarza niektóre ćwiczenia, zwracając uwagę, aby nie zmęczyć się zbytnio. Stosowanie tej metody nie wyklucza stosowania innych zabiegów leczniczych, przeciwnie wiele z nich przynosi nam prawdziwą pomoc.

Z powyżej podanych przypadków tylko w 3-im chory nie używał żadnych innych środków leczniczych, a stosowano jedynie lekkie mięsienie raz dziennie po ćwiczeniach. W innych przypadkach prócz mięsienia, posiłkowano się przypaleniami żegadłem PAQUELIN'a, elektryzacją i środkami aptekarskimi [jak jodek potasu, sporysz, *nux vomica*].

## NOTATKI LEKARSKIE.



**9 Trzydzieści trzy przypadki błonicy, leczonej surowicą** [Ciąg dalszy, patrz. Gaz. Lek. Nr. 52 z r. 1895 oraz № № 29 i 52 z r. 1896].

W dalszym ciągu stosowania surowicy przeciwbłonicy w praktyce mojej za czas od dnia 1 czerwca do dnia 31 grudnia r. 1896 spostrzegalem trzydzieści trzy nowe przypadki [15 — *anginae*, 10 — *laryngitidis*, 8 — *anginae cum laryngitide*].

W przypadkach tych wszędzie, gdzie tylko surowica wstrzyknięta została we wczesnym okresie choroby, miałem zadziwiająco szybkie polepszenie i skrócenie przebiegu choroby; działała ona wówczas, można powiedzieć, abortywnie. W trzech przypadkach ciężkiego krupu, w których surowica zastosowaną była dopiero na trzecią lub czwartą dobę objawów krupowych, wobec istniejących już wyraźnych i ciężkich objawów zaduszania i silnego osłabienia serca, surowica w zastosowanej dawce okazała się nie działającą. Wszystko troje dzieci tych należało do najbiedniejszej warstwy ludności i znajdowało się w warunkach pod każdym względem jaknajgorszych. Nędza materialna z jednej strony, a może i niedbalstwo otoczenia z drugiej, były powodem, iż tak późno w przypadkach tych zwrócono się do mnie o pomoc. W jednym przypadku na czwarty dzień po wstrzyknięciu wystąpiła pokrzywkowata wysypka w ograniczonej ilości i krótkotrwała; osobiście jej nie widziałem, polegam tylko na tem, co mi rodzice dziecka listownie donieśli.

We wszystkich przypadkach moich stosowałem surowicę warszawską lub surowicę ROUX'a. W transporcie tej ostatniej, otrzymanym przezemnie na początku października, zauważyłem na pudełkach wyraźnie wyciśniętą datę puszczenia jej w obieg, czego dawniej nie bywało.

Ogółem za czas od 1 lipca 1895 r. do 31 grudnia r. 1896 miałem 67 przypadków błonicy, leczonej surowicą. [Patrz. Gaz. Lek. № 52 r. 1895 i № № 29 i 52 r. 1896]; wśród nich było: *anginae* przypadków 28; *laryngitidis*—16 i *anginae c. laryngitide*—23. Cztery z nich zakończyły się śmiertelnie, co stanowiłoby prawie 6% ogólnej liczby; z pozostałych przy życiu 63 przypadków, dwa były powikłane wysypką posurowiczą, co stanowiłoby 3% ogólnej liczby.



W przeciągu czasu wskazanego miałem w kuracyi 56 przypadków różnych ostrych zapaleń gardła i krtani u osób różnego wieku i z rozmaitych sfer. Wśród nich rozpoznałem: 44 przypadki, jako *angina follicularis*, 2—jako *angina catarrhalis*, 2—jako *laryngitis catarrhalis acuta*, oraz pozostałe 8 jako przypadki błonicy, które dla różnych powodów nie były leczone surowicą. Wśród ostatnich były cztery przypadki lżejszej *anginae* u dzieci od lat 5 — 8; wszystkie one zakończyły się pomyślnie. Pozostałe cztery przypadki były połączone z krupem i wszystkie zakończyły się śmiertelnie.

Na zasadzie otrzymanych dotąd wyników własnych, mogę twierdzić, iż surowica jest najskuteczniejszym, jak dotąd, środkiem przeciw błonicy gardła i krtani, chorobie, która panuje w naszych okolicach endemicznie z nasileniami przeważnie jesienią, wiosną, a niekiedy i zimą, przybierającemi czasem cechę epidemiczną.

Wincenty Puławski. [Radziejów].

### 10. Pęknięcie macicy podczas porodu. Wyzdrowienie.

S. M., lat 29, żona wyrobnika we wsi Wirkowice, rodziła 2 razy szczęśliwie. Obecny poród trzeci zaczął się w nocy, a o godz. 12 w południe 14 grudnia r. 1895 bóle nagle ustały. O 6-ej wieczorem zastałem chorą z ciepłotą 38,5° C., z tętnem 100, nie skarżącą się na żaden ból; krwotoku niema, jest spokojna. Wzrost niżej średniego, budowa prawidłowa; przez cienkie powłoki brzuszne można dokładnie wyczuć części ciała dziecka i nadawać im dowolne położenie. Palec, wprowadzony do pochwy, wchodzi przez obszerne rozdarcie sklepienia bocznego lewego i połowy przedniego odrazu do jamy brzusznej, w której napotyka główkę; w miednicy jest tyle obszaru, że cztery palce mojej dłoni chwytają obwód główki i swobodnie nią poruszają. W ścianie macicy znajduje się poprzeczna szpara, nierówna, o brzegach grubych; w szparę tę można wprowadzić całą dłoń. Jama macicy pusta. Usta maciczne znajdują się bardzo wysoko i od tyłu, tak, iż bardzo trudno dojść do nich, przepuszczają dwa palce; brzegi ich grubości małego palca, cała szyja z częścią dolnego odcinka macicy trzyma się trzonu jej tylko prawą i tylną, a w części przednią połowę obwodu i cała szyja jest odsunięta ku tyłowi, na prawo i ku górze, wskutek czego szpara w macicy jest szeroko otwarta.

Ponieważ przodowała główka i była nisko, więc nałożyłem kleszcze, ale nie mogąc główki wyjąć, wykonałem bardzo łatwo obrót na nóżki i dziecko wydobyłem. Łożysko wydobyłem, idąc wzdłuż sznurka wysoko do jamy brzusznej; jednocześnie wysunęła się i pętlica grubej kiszki, którą napowrót wprowadziłem. Przestrzyknięcia nie robiłem i nie tamponowałem. Krwotoku nie było. Dno macicy stało powyżej pępka. Jak powstało pęknięcie macicy i odezwanie sklepień i skutkiem czego, nie wiem.

Chorą widziałem w 2½ tygodnia później: ciepłota 39° C., brzuch wzdęty, bolesny, stolce i oddawanie moczu bolesne, objawy zapalenia otrzewnej. Po miesiącu zobaczyłem chorą znowu; wciąż gorączkuje, ma odleżyny, wychudła, zdaje się być blizką śmierci. Zbadać się nie pozwala, do szpitala udać się nie chce.

Po roku, w grudniu 1896, zjawiła się u mnie, przeszedłszy pieszo kilka wiorst celem przedstawienia się, jako zupełnie zdrowa i czerstwa. Opowiedziała, że chorowała 5 miesięcy, poczem wstała; niezadługo pojawiła się miesiączka, która powraca jak zwykle u niej, co 4 tygodnie i trwa 3 dni. I teraz zbadać się nie pozwoliła.

M. Kronland. [Izbica].



## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

— 4 — 3 —

**78. A. Fournier. Pierwotne owrzodzenia syfilityczne, umiejscowione na częściach po za narządami płciowymi.**

Wyniki, otrzymane z 10,000 spostrzeżeń, co do częstości przedstawiają się w następujący sposób:

Owrzodzenia na narządach płciowych . . . . .	93%
„ na częściach okołopłciowych . . . . .	0,67%
„ po za narządami płciowymi . . . . .	6,33%

Cyfra ta 6—7% jest jednak nieco niższą od rzeczywistej, ponieważ część owrzodzeń pozostaje nierozpoznana, o niektórych sami chorzy nie wiedzą [dzięki niezwykłemu umiejscowieniu owrzodzeń], część wreszcie nie wchodzi do statystyki syfilitycznej [np. owrzodzenia palców, skierowywane do chirurgów], tak, że autor ilość owrzodzeń po za sferą narządów płciowych oznacza na 8—9%.

Owrzodzenia te umiejscawiają się bardzo niejednakowo, jak to poniżej widzimy:

	Prakt. pryw.	Prakt. szpit.	Razem.
Owrzodzenia okolicy głowy . . . . .	434	365	849
„ „ szyjowej . . . . .	4	10	14
„ „ tułowia . . . . .	21	11	32
„ „ piersi . . . . .	19	40	59
„ kończyn górnych . . . . .	56	22	78
„ „ dolnych . . . . .	4	10	14
„ otworu stolc. i okolicy krocza . . . . .	54	23	77
	<u>642</u>	<u>481</u>	<u>1123</u>

Owrzodzenia głowy. Jak widzimy, stanowią one  $\frac{3}{4}$  przypadków, umiejscawiają się zaś w sposób następujący:

	Prakt. pryw.	Prakt. szpit.	Razem.	
I) Usta {	Wargi . . . . .	328	239	567
	Język . . . . .	53	22	75
	Migdały . . . . .	40	29	69
	Dziąsła . . . . .	9	2	11
	Podniebienie . . . . .	4	—	4
	Błona śluzowa . . . . .	1	—	1
II) Twarz {	Podbródek . . . . .	24	30	54
	Policzki . . . . .	9	15	24
	Oko . . . . .	7	14	21
	Nos . . . . .	5	13	18
	Czoło . . . . .	2	—	2
III) Skóra, pokryta włosami . . . . .	2	1	3	
	<u>Razem . . . . .</u>	<u>484</u>	<u>365</u>	<u>849</u>

I. Owrzodzenia ust i jamy ustnej. Częstość ich widzimy z tablicy.

Etyologia. Bywają częściej u mężczyzn, niż u kobiet [353:81]. Powstają drogą zetknięcia się: 1) ust z narządami płciowymi, daleko częściej u mężczyzn; 2) ust z ustami — drogą pocałunku i wreszcie 3) pośrednio—przez używanie wspólnych nakryć stołowych, fajek, cygar i t. p., dalej, widzimy t. zw. zarażenia zawodowe—hutników, muzykantów, akuszerok, zarażających noworodków. Wreszcie, zarażenia niemowląt od matek lub odwrotnie, wskutek karmienia.



Pozostaje nam jeszcze znaczna ilość zarażeń, gdzie rolę główną gra przypadek, którego najstaranniejsze poszukiwania wykryć nie mogą.

Owrzodzenie pierwotne warg same przez się są trzy razy częstsze, niż wszystkie pozostałe owrzodzenia ust. Zwykle bywają one pojedyncze [231 na 243 spostrzeżeń, t. j. przeszło 95%]. Umiejscawiają się najczęściej na wardze dolnej [165 przyp.], rzadziej na górnej [57 przyp.], nader rzadko nad spoidłem [5 przyp.]. Mogą one zajmować wyłącznie: 1) część skórną wargi, 2) część śluzową, 3) część podśluzową (*semi-muqueuse*) i wreszcie bywa 4) podłoże mięszone, najczęstsze. Najczęściej bywają one pojedyncze [na 234—234 przyp.]; rzadko istnieją współcześnie owrzodzenia na innych częściach ciała.

Formy kliniczne. Chociaż charakterystyka ogólna owrzodzenia pierwotnego daje się i tu zastosować, owrzodzenia warg klinicznie dają się odrębnie w następujący sposób:

1) *Typus crustosus*, najczęstszy i najważniejszy ze względu na możliwe błędy rozpoznawcze, bywa na skórze wargi, czemu zawdzięcza swój strupek. Jako jedna z jego postaci, występuje owrzodzenie brudźcowe (*chancre rupial*), którego cechą jest niezwykła grubość strupa, co czyni je zupełnie podobnym do wykwitów okresu trzeciorzędnego (*syphilides tuberculo-crustaceae*). Rozpoznanie w ostatnim przypadku nie jest trudne, gdyż wywiady, zajęcie gruczołów i t. d. od błędu nas ustrzegą. Omyłka jest możliwsza dzięki niezłśliwemu wyglądowi owrzodzenia pod strupem, tak, że lekarzowi na myśl nie przyjdzie szukać stwardnienia i zajęcia gruczołów [choć z drugiej strony i jedno i drugie może być przypadkowym, nieswoistym].

2) *Typus erosivus*. Postać częsta, zwykle bywająca na części wargi, pokrytej półśluzową błoną. Jest to nadżarcie ograniczone, wielkości paznokcia małego palca, okrągławe, powierzchowne, bez brzegów, gładkie, łączące się z duem, koloru czerwono-mięsnego. Dla rozpoznania mamy następujące dane: 1) graficzny [regularny, w przeciwstawieniu do „geograficznego“, falistego] kontur obrażenia, odróżniający je od zwykłych obrażeń i od *herpes labialis*; 2) stwardnienie dna nie typowe co prawda, lecz zaledwie występujące jako stwardnienie blaszkowate i wreszcie 3) zajęcie gruczołów chłonnych.

3) *Typus papulosus*. Jest to grudka ograniczona, wznosząca się nad poziom o powierzchni nadżartej lub lekko wrzodziejącej, brunatno-czerwona, twardawa. Postać ta jest bardzo podobną do nabłoniaka (*epithelioma*).

4) *Typus hypertrophicus* rzadki, robi wrażenie guza *chancre tumeur*. Składają się nań: owrzodzenie powierzchni i pod niem leżący prawdziwy guz. Owrzodzenie to około 1—3 ctm. szerokie i 3—5 ctm. długie, koloru brunatno-czerwonego, miewa czasami dno żółtawo-brudne lub żółtawo-czerwone, usiane cząstkami rozpadowemi obumarłemi. Rzadziej spotykamy strupek. Pod owrzodzeniem leży guz, powstały wskutek kilkakrotnego nieraz powiększenia się wargi, o spoistości zawsze wyraźnie twardej, czasami chrząstkowatej prawie. Można go przyjąć za nowotwór złośliwy. Dane rozpoznawcze. Do tych należą: chorożę, choć to rzecz względna; stan powierzchni obrażenia. Owrzodzenie pierwotne ma powierzchnię gładką, jednostajną, równomierną, rak ma postać owrzodzenia o dnie nierównem, zbrudżonem lub postać grzybowatego narostu ziarnistego. Owrzodzenie pierwotne, nie wystając ponad sąsiednią tkankę, brzegów właściwie nie ma; rak ma brzegi wystające, twarde, grube, czasami nawet wywrócone, czasami zaś otoczony jest nacieczeniem suchem [t. j. jeszcze nie zapalnym] w postaci pasa t. zw. obrąbka; dalej zauważyć należy skłonność raka do krwawienia przy lekkim ucisku lub pocieraniu i stan gruczołów [cecha najważniejsza]. Przy owrzodzeniu pierwotnem występuje odrazu, w drugim już tygodniu przy raku w początkach nie mamy zajęcia gruczołów, a przed 4—5 miesiącem jest ono nadzwyczaj rzadkiem. Wreszcie



z raka owrzodzonego dają się wycisnąć nitki, podobne do wyciskanych z t. zw. węgrów; główki tych nitek widać czasami przez lupę. Są to komórki zrogowaciałe i *globes epidermiques*.

Wszystkie te dane są tylko prawdopodobne. Do zupełnie zaś pewnych należą: rozwój sprawy chorobowej, miejscowo i w gruczołach, tak szybki przy owrzodzeniu pierwotnym, tak powolny przy raku skórny; występowanie objawów wtórnych przy syfilisie i badanie histologiczne.

5) *Typus ulcerosus*. Owrzodzenie pierwotne bywa albo obnażone, albo pokryte jest strupkiem grubym, przylegającym zupełnie, zbitym. Zawsze jednak rozróżniamy: dno stwardniałe, nowotworowe, tworzące pewną wypukłość, czasami nawet przerostowe, owrzodzenie na tem dnie o cechach zwykłych; mianowicie brzegi nieco wzniesione, łagodnie zlewające się z dnem; dno mniej lub więcej wyżłobione, najczęściej gładkie, rzadziej z wgłębieniami i brodaweczkami, to czerwone, koloru mięsa, jednostajnie, to upstrzone punkcikami żółtawymi lub szarawymi, rzadziej brudne, dyfteroidalne. Postać ta może być jednocześnie przerostową, t. j. łączyć się z typem, wyżej opisanym.

Owrzodzenie to trwa od 2—3 miesięcy. Sądząc ze zniszczeń, jakie tu bywają w tkance, spodziewać się moglibyśmy znacznych zmian bliznowatych następczo. W rzeczywistości jednak lepiej jest. Po owrzodzeniu na częściach warg, pokrytych skórą, otrzymujemy co prawda bliznę, lecz niegłęboką, regularną, z czasem nawet mało dostrzegalną. Na częściach zaś, pokrytych błoną śluzową, mamy prawie zupełnie *restitutio ad integrum*. Tłomaczy się to tem, że mamy tu „*autoulceratio*“, t. j. że rozpadowi ulegają pierwiastki patologiczne wrzodu, pierwiastki zaś tkanki samej, nawet sprawą dotkniętę, powracają do normalnego stanu.

6) *Typus phagadaenicus*, nader rzadki, przyczem sprawa może się zacząć albo od powierzchni, albo z głębi. W pierwszym przypadku, o wiele mniej złośliwym, mamy do czynienia z owrzodzeniem, zajmującym znaczną stosunkowo przestrzeń, lecz nie ma ono skłonności do szerzenia się w głąb. W drugim przypadku, wprost przeciwnie, sprawa chorobowa szerzy się przeważnie w głąb, doprowadzając do znacznych zniszczeń, przyczem szerzy się ona dla oka niedostrzegalnie, tkanki jak gdyby rozplywały się, co autor nazywa *l'ulceration moléculaire insensible*, albo też drogą martwicy w postaci ognisk; wtedy na powierzchni owrzodzenia spostrzegamy oddzielne ogniska, wielkości od ziarnka zboża do migdała, brunatne, później czarne, coraz liczniej i gęściej występujące.

Dane dla odróżnienia objawu pierwotnego typu wrzodziejącego i zgorzeliowego od gummatów lub następczych owrzodzeń: nieobecność objawów syfilisu przed wystąpieniem ogniska na wardze, zajęcie gruczołów o znamiennych cechach „*bubon satellite*“, występowanie objawów wtórnych i wreszcie wpływ swoistego leczenia na gummaty.

Oto są zwykłe postaci, do opisu których dodać należy jeszcze słów kilka o niektórych osobliwościach; do tych należą:

1) Owrzodzenie pierwotne w postaci szczeliny, zwykle w kąciku warg, w postaci dwu odcinków, na górnej i na dolnej wardze, rozdzielonych szczeliną w samym kącie warg. Wskutek ruchu ust, szczelina ta jest ciągle drażnioną, przez co pokrywa się strupkiem. Tę samą postać spotykamy i na innych fałdach skóry warg [szczególniej na środkowej fałdzie dolnej wargi, występującej u skrofulicznych].

2) Wrzód karłowaty wielkości ziarnka prosa, łatwo jest lekceważony dla swych nieznaczących rozmiarów.

Blizna bywa w jednym na 4—5 przypadkach. O własnościach jej wspominaliśmy.



Zajęcie gruczołów chłonnych (*adenopathie satellite*) bywa: przy owrzodzeniu pierwotnem wargi górnej — gruczołów podszczękowych, toż samo przy owrzodzeniu wargi dolnej; klinicznie zajęcie to ma cechy zwykłe, t. j. jest ono bezbolesne, mamy często gruczoły liczne, swoistej twardości. Należy jednak wziąć pod uwagę, co następuje: względnie często w dymienicy jeden lub kilka gruczołów bywa większym, niż zazwyczaj, czułym, nieco bolesnym przy dotyku; czasami widzimy t. zw. *monadenite aiguë* Ricord'a, kiedy mamy jeden duży guz, powstały ze zlania się pojedynczych gruczołów wskutek zmian zapalnych i tkanki okołogruczowej, guz twardy, bolesny samoistnie i przy dotyku, pokryty skórą nieco zapalną. Ma on jawną skłonność do ropienia, któremu można zapobiedz kataplazmami i t. d. Autor przypuszcza że ten wyjątek z ogólnego prawidła, t. j. skłonność dymienicy do ropienia, zależy od zakażenia wtórnego, mającego swe źródło w jamie ustnej.

Rozpoznanie. Dane rozpoznawcze mieliśmy wyżej. Czasami zwykłe ranki, oparzenia, wrzodziki, owrzodzenia, pochodzące z zębów mogą być przyczyną błędów. Od szaukra miękkiego możemy odróżnić zajmujące nas cierpienie, poza objawami klinicznymi, drogą samoszczepienia [autoinokalacji]. O różnicy pomiędzy wrzodem twardym i owrzodzeniem gruźliczem pomówimy później.

Leczenie. Każdy wrzód twardy, który może być obandażowany powinien być obandażowany, lecz trudno stosować ten pewnik w naszym przypadku. Wrzody twarde zewnętrzne opatrujemy maścią kalomelową lub jodoformową, lub gliceryną, albo waseliną z kwasem bornym na wacie i przytwierdzamy za pomocą cienkich pasków lepkiego plastra (*de Vigo*). W przypadkach wrzodzenia używamy stanowczo jodoformu — w proszku, w maści 10—30% z waseliną. W przypadkach ostrych, zapalnych — słaba jodoformowa maść [10%], później mocniejsza, wreszcie plaster jodoformowy.

Przypalanie pateczką azotanu srebra stosujemy tylko: gdy owrzodzenie długo się nie oczyszcza i jako środek, przyspieszający zabliznianie, przy wolno idącej sprawie lub bujaniu ziarniny. W każdym razie stosujemy to ogólnie, co jakies 3—5 dni. Oczywiście, że niezbędne są obmywania przed każdym opatrunkiem i t. p. Palenie tytoniu wzbronione.

Wrzody twarde wewnętrzne, jako nie nadające się do bandażowania, leczymy częstemi płukaniem odwarów zmiękczejących z kwasem bornym [dla odkażania], smarowaniem kilka razy na dzień za pomocą pędzelka rozczynem 4,0 *natrii borici* na 15,0 *glycerini* i ścisłą higieną jamy ustnej i zębów, azotanem srebra — lecz przy wskazaniach wyżej podanych i t. p.

Owrzodzenia pierwotne syfilityczne języka.

Co do częstości zajmują one drugie miejsce, zdarzają się częściej u mężczyzn, zawsze prawie bywają pojedyncze [52 razy na 53 przypadków]. Umiejscowiają się zwykle na przedniej  $\frac{1}{3}$  języka [52 razy na 53 przyp.], w znacznej większości przypadków na górnej powierzchni. Klinicznie przebiegają pod dwiema postaciami.

Nadżarcie błony śluzowej, powierzchowne, lecz tworzące plamkę na tle języka, wyróżniając się swym więcej czerwonym kolorem i powierzchnią gładką, śliską, bez brodawek, wielkości mniej więcej paznokcia małego palca, formy owalnej. Plamka ta nie wznosi się nad poziom, nie ma właściwie brzegów, ma tylko linię graniczną, dno jej jest gładkie, równe, zupełnie płaskie. Wreszcie, nadżarcie spoczywa na stwardnieniu swoistem, mniej lub więcej wydatnem, częściej bywa stwardnienie t. zw. pergaminowe, rzadziej w postaci blaszkowatej.

Postać wrzodziejąca różni się od powyższej jedynie tem, że rozpad idzie znacznie głębiej. Zwykle bywają te wrzody większe od poprzednich.



Wskutek głębiej idącej sprawy mają one postać kopuły lub łyżki, przedstawiając owrządzenie, którego brzegi, czasami wzniesione na kształt grzebienia, łagodnie spuszcza się ku dnu [wprost przeciwnie temu, co zwykle opisują autorzy], o dnie, jak wyżej, a stwardnieniu, silniej wyrażonem.

Odmiany: 1) Wrzód na kształt szczeliny, w postaci dwu odcinków po bokach szczelin, których jest tak wiele na górnej powierzchni języka, szczególnie u palaczy. Czasami, zależnie od konfiguracyi szczelin, ma on postać gwiazdowatą.

2) Wrzód modzelowaty bywa tylko na końcu języka lub tuż obok. Składa się nań właściwy wrzód wraz z nacieczeniem *en bloc* całego przedniego odcinka języka, tak, że sprawia wrażenie guza, tak wielkiego, że nosi on nieraz na sobie odbicia zębów.

Objawy. 1) Nadżarcie przebiega bez żadnych godnych zaznaczenia objawów, prócz lekkiej bolesności.

2) Postać wrzodziejąca, przeciwnie, jest bolesną, w objawach jej jednak żadnej osobliwości, swoistości nie spostrzegamy.

Przebieg — przy pierwszym 4—6 tygodni, przy drugim 2—3 miesięcy.

Powikłania — fagadenizm w przypadkach wyjątkowych jedynie.

Blizna. Postać pierwsza przebiega bez blizny, w drugiej widzimy powierzchnię gładką, różowawą, bez brodawek. Obrzmiewają gruczoły przednio-boczne okolicy szyjowej, gruczoły, położone około większego rożka kości gnykowej i po bokach chrząstki tarczowej. Zauważyć jeszcze należy, że: dymienica tu może być obustronną, choć wrzód jest z boku języka, i dymienica może się krzyżować z wrzodem, t. j. np. przy prawostronnym wrzodzie może być lewostronną.

Rozpoznanie. 1) Nadżarcie — dzięki swej powierzchowności, nieznacznym rozmiarom, łatwo daje powód do omyłek, szczególnie przy przeoczeniu stwardnienia i zajęcia gruczołów. Oto niektóre dane różniczkowo-rozpoznawcze:

przy wyprysku (*herpes*)—mamy zwykle liczne nadżarcia, małe, prosówkowe, o konturach „geograficznych“;

przy pleśniawkach (*aphthae*) — wyłobienie kopułowate, postać okrągła, żółty kolor dna, o odcieniu kanarkowym;

przy wysypkach pęcherzykowych (*hydroa*)—mamy jednocześnie także porażenia skóry, umiejscowienie na grzbiecie ręki i t. p.;

przy *leucoplasia*—plamy białe, mleczne, na powierzchni grzbietowej języka, podobne plamy na błonie śluzowej policzków, szczególnie około kąta ust, nąłogowe palenie i t. d.;

przy wykwitach syfilitycznych na języku w okresie wtórnym, niema stwardnienia dna, a i rozwój choroby dostarczy nam wskazówek.

2) Postać wrzodziejąca. Należy przy niej brać pod uwagę:

a) owrządzenie podjęzykowe przy krztuścu, często bardzo do wrzodu twardego podobne. Od omyłki ustrzeże nas istnienie krztuśca;

b) wykwity syfilityczne wrzodziejące, występujące w II i III okresie; nie mamy jednak stwardnienia dna, zajęcia gruczołów, mamy inne objawy syfilisu przeszłe lub istniejące;

c) prawdziwie trudno jest przeprowadzić różniczkowe badanie pomiędzy wrzodem twardym i owrządzeniem gruźliczym języka [i wogóle jamy ustnej]. Oczywiście, mowa tu jest o owrządzeniu świeżem, bo przy starszych i wygląd i przebieg choroby czyni omyłkę niemożliwą. Dane dzielą się na trzy grupy.

Pierwsza grupa — dane przypuszczalne, gdyż owrządzenie gruźlicze jest zwykle zjawiskiem następczem. Zwracamy uwagę na dziedziczność i t. p.



II) Inne cechy, jako to: 1) umiejscowienie na dolnej powierzchni języka przemawia za gruzlicą; 2) liczne obrażenia—toż samo; 3) jeżeli obrażenie zajmuje znaczną przestrzeń—toż samo; 4) obrażenie wyżłobione, głębokie, dochodzące do warstwy mięśniowej, przemawia za gruzlicą, gdyż wrzód twardy jest bardziej powierzchowny, nie przekracza nigdy błony śluzowej, nawet w postaci owrzadzającej.

Druga grupa—dane prawdopodobne na korzyść gruzliczego owrzodzenia:

1) Nieregularne, niejednakowe, nietypowe zarysy.  
2) Brzegi nacinane, karbowane, tworzące krawędź.  
3) Dno z jednej strony nierówne, zbrudzone, z drugiej zaś—koloru żółtego, przypominającego kolor pleśniawek lub wrzodu miękkiego [co też czasami daje powód do omyłek]. Natomiast przy wrzodzie twardym dno jest równe, gładkie, jakby „wyverniskowane“, a w zabarwieniu przeważają tony czerwono-mięsne, z odcieniem szarawym, opalowym lub dyfteroidnym.

4) Podłoże owrzodzenia miękkie, a przynajmniej pozbawione twardości, Ta cecha, jako dana różniczkowa, byłaby zupełnie wystarczającą, gdyby nie to, że czasami owrzodzenie gruzlicze miewa dno twarde, występujące bądź pierwotnie, samoistnie, bądź też wskutek powikłań następczych. Przedewszystkiem, częściej niż się zdaje, owrzodzenie gruzlicze spoczywa na prawdziwym podłożu z tkanek nacieczonych, które nie posiada wprawdzie jasnej i suchej twardości nowotworu syfilitycznego, może jednak wzbudzić pewne podejrzenia. Dalej, owrzodzenie gruzlicze może stwardnieć, a to na skutek ciągłych lub lub częstych podrażnień, np. pod wpływem przypałań, przez sąsiedztwo z wyszczerbionym zębem i t. p.

5) Wreszcie — ostatnia cecha prawdopodobna na korzyść owrzodzenia gruzliczego, zaburzenia funkcyonalne. Mamy więc bóle przy wszystkich ruchach języka, pewne krępowanie tych ruchów, bóle przy przyjmowaniu ostrych pokarmów, nadmierne wydzielanie śliny i t. d.. Jeżeli przy wrzodzie twardym mają miejsce tego rodzaju objawy, są one zawsze bardzo nieznaczne.

Grupa trzecia—dane pewne; tu należą:

I) Guziczki FÉRÉOL'a i żółte punkciki TRÉLAT'a. Guziczki FÉRÉOL'a, rozsiane w sąsiedztwie owrzodzenia gruzliczego, pełne, kuliste, zagłębione w błonę śluzową, wynurzają się one nieco swym odcinkiem i zupełnie przypominają guziczki wilka [a też i są nimi?]. Wielkości główki od szpilki, twarde przy dotyku, mają one zabarwienie różowe, czerwone lub fioletowe, o ile są pokryte jeszcze zdrową błoną śluzową. Ilość ich jest zmienną, od 2—8 i więcej.

Żółte punkciki TRÉLAT'a, które tak często utożsamiają z guziczkami FÉRÉOL'a, różnią się jednak od nich, pomimo jednego i tego samego pochodzenia i natury, pod trzema względami:

- 1) są one mniejsze, od  $\frac{1}{2}$ —1 milim. średnicy, występują nie jako guziki, lecz wprost jako plamki, punkciki;
- 2) nie są one wypukłe, lecz zupełnie płaskie;
- 3) są one żółte, często ładnego złoto-żółtego koloru.

Oba te objawy są zupełnie pewne, jako twory swoiste, gruzlicze, niestety jednak występują rzadko.

II) Badanie drobnowidzowe na laseczniki Koch'a. Lecz wszak wiemy, że owrzodzenie niewątpliwie gruzlicze może nie dać nam laseczników Koch'a. Znajdziemy je przy wrzodzie grzybowatym, bujającym, przy obfitym wysięku na powierzchni i t. d., nie znajdziemy ich przy odwrotnych warunkach. Wobec tego, jeżeli nie znajdziemy laseczników Koch'a, nie mamy jeszcze prawa odrzucić gruzlicy; za to obecność ich daje nam pewność bawzwiądną.



III. Wreszcie ostatnią ucieczką mamy w drodze doświadczalnej, mianowicie szczepienia zwierzęcia; przyjęcie się cierpienia gruźliczego da nam pożądaną odpowiedź. Jednak korzystać z tej drogi możemy rzadko; przede wszystkim jest to zabieg laboratoryjny, następnie zabieg ten jest powolny, gdyż dla otrzymania wyników trzeba przynajmniej około sześciu tygodni, co czasem jest niemożliwym, a prócz tego, czas ten wystarcza w zupełności, żeby syfilis, o ile jest, wystąpił w całej pełni.

Wobec tego w takich przypadkach, w praktyce czekamy na rozwój choroby; wystąpienie lub nie wystąpienie objawów okresu wtórnego najlepiej sprawę wyświetli.

Zestawmy teraz dane różniczkowe obu cierpień:

	Cechy przypuszczalne.	Cechy prawdziwe.	Postać wrzodziejąca.
Cechy przypuszczalne.	I. Przeszłość lub pewne objawy gruźlicy [płuc, skóry, gardzieli, gruczołów, jąder kości i t. d.].		I. Brak tych danych [za wyjątkiem współzrędnego istnienia].
	II. Zwykle umiejscowienie na dolnej powierzchni języka.		II. Wyjątkowo rzadkie takie umiejscowienie.
	III. Możliwa liczność obrażeń.		III. Wrzód twardy prawie zawsze jest pojedynczy.
	IV. Rozprzestrzenienie się często bardzo znaczne.		IV. Owrzodzenie prawie zawsze niewielkie.
	V. Owrzodzenie często wyżerające, aż do obnażenia tkanki mięśniowej.		V. Owrzodzenie, nie przechodzące granice błony śluzowej.
Cechy prawdziwe.	I. Rysunek konturów często nieregularny, nietypowy.		I. Rysunek konturów regularny, często geometrycznie okrągły lub owalny.
	II. Brzegi wogóle wzniesione, tworzące krawędź, czasem nacinane.		II. Nigdy niema brzegów wzniesionych.
	III. Dno { często nierówne zbrudzone, koloru żółtawego lub żółtego.		III. Dno { równe, jednostajne, gładkie, czerwone lub szarawe.
	IV. Podłoże miękkie [najczęściej].		IV. Podłoże stwardniałe.
	V. Zaburzenia czynnościowe to w słabszym, to w silniejszym stopniu.		V. Niema albo prawie niema tych objawów.
Cechy pewne.	I. Objaw TRÉLAT'a. Objaw FERÉOL'a.		—
	II. Obecność laseczników KOCH'a.		—
	III. Dodatni wynik szczepień na zwierzętach.		—
	IV. Wystąpienie lub brak objawów wtórnych.		—

3) Wrzody ze stwardnieniem znacznym lub rozlanem mogą być łatwo wzięte za złośliwe guzy języka, *glossitis sclerosa tertiaria* i t. p.



I. Często wrzód twardy języka bywa brany za raka, co daje powód do niewczesnej interwencji chirurgicznej. Dane różniczkowe mamy przytoczone w rozdziale o typie przerostowym wrzodu warg.

II. Dane dla odróżnienia wrzodu twardego od *glos. scler. tertiara*.

#### Wrzód języka.

1) Zajęcie gruczołów stałe, często licznych, bezbolesne, niezapalne, swoistej twardości.

2) Obrażenie w postaci nadżarcia lub owrzodzenia nie tworzące bruzd.

3) Obrażenia ograniczone, niewielkie.

4) Co do czasu wystąpienia, objaw pierwotny.

#### *Glossit. tertiaria syphil.*

1) Niema zajęcia gruczołów.

2) Język jakby posiekany głębokimi bruzdami, zrazowaty.

3) Obrażenia rozlane, zajmujące czasami połowę a nawet  $\frac{2}{3}$  języka.

4) Obrażenie następcze, okresu trzeciorzędowego.

4) Wreszcie pozostaje nam jeszcze *glossitis dentaria* czyli owrzodzenie języka wskutek zęba; jest ono małe, ograniczone, o stwardnieniu węzełkowatym, jest ono twarde przy dotyku, różowe lub szarawe. Należy wziąć pod uwagę stan zębów, brak dymienicy [choć i tu gruczoły mogą być zajęte].

#### Pierwotne owrzodzenia syfilityczne dziąseł.

Wrzód dziąseł, wogóle rzadki, zawsze bywa pojedynczy, umiejscawia się zawsze [według spostrzeżeń autora] na zewnętrznej powierzchni tak górnego jak dolnego dziąsła, najczęściej na poziomie szyjki zęba. Klinicznie cierpienie to przebiega pod dwiema postaciami: typową i nietypową.

I. Postać pierwsza jest to typowy wrzód, taki jaki bywa na narządach płciowych, w formie nadżarcia. Ze szczegółów, zauważymy, że jest on zwykle wielkości paznogcia, najczęściej formy półksiężyca, obejmującego dwa, trzy sąsiednie zęby. Jestto owrzodzenie lub obrażenie powierzchowne, ograniczone, nie wychodzące ponad poziom tkanek sąsiednich, niemające brzegów [w znaczeniu krawędzi, rowka] gładkie i jednostajne, koloru mięsno-czerwonego. Stwardnienie podłoża wyczuć się nie daje, ponieważ podłoże zlewa się z tkankami kostnymi.

Odmiany. 1) Czasami nadżarcie bywa koloru szarego, szarawego, jest jakby pokryte fałszywą błoną.

2) Czasami wrzód bywa wzniesiony, tworząc postać grudkowatą, mniej lub więcej wydatną.

Zaburzenia czynności są nader nieznaczne

II. Zupełnie inną jest postać druga, znacznie odbiegająca od zwykłego typu. Wprawdzie i tu mamy obrażenie ograniczone, w postaci nadżarcia, a częściej postaci wrzodziejącej, lecz nie mamy tu półksiężycowej formy, gładkości dna i t. d. Jest to poprostu obrażenie „banalne“, nie mające żadnych pozorów swoistości, niczem nie przypominające wrzodu twardego. Przedstawia się jako owrzodzenie, położone na brzegu dziąsła, obejmujące szyjki 2—3 zębów, o konturach nieregularnych, o dnie nierównem, zbruzdżonem, miejscami nawet bujającym czasami, o dnie wzniesionem i grudkowatym, o zabarwieniu różnobarwnem. Do tego dołączają się objawy ropnego zapalenia okostnej zębodołów, jak naprz. obrzmienie dziąseł na poziomie obrażenia, obnażenie szyjek zębów, błona śluzowa bywa owrzodzona, pokryta ropą i t. d., bóle. Słowem całokształt objawów zupełnie nie odpowiada naszym pojęciom o wrzodzie twardym. Należy więc wziąć pod uwagę niektóre dane, dla uniknięcia pomyłki:



- 1-o Czasami szczególną twardość dna,
- 2-o częściej widoczne ograniczenie obrażenia,
- 3-o szybkość, gwałtowność powstania obrażenia,
- 4-o obrzmienie i twardość gruczołów chłonnych.

Pierwotne owrzodzenia syfilityczne podniebienia twardego i miękkiego, łuków, błony śluzowej policzków i t. d. Należą one do nader rzadkich, ponieważ nie odznaczają się one niczem szczególnem, aby uniknąć powtarzań, pominiemy je milczeniem. Widzimy tu tylko, że mogą one umiejscawiać się wszędzie. Zwrócić należy uwagę na to jedynie, że owrzodzenie wskutek zęba może być równie łatwo na błonie śluzowej języka, jak i policzka i warg, co łatwo może być powodem omyłki.

Pierwotne owrzodzenie syfilityczne migdałków bywa znacznie częstsze od poprzednich, co się tłumaczy tem, że przy połykaniu zakażonej śliny zarazek znajduje w nierównościach migdałka doskonale miejsce do swego rozwoju. Zawsze prawie bywa ono pojedyncze. Zajmując najczęściej całą wolną powierzchnię migdałka, zachodzi ono czasami na tkanki sąsiednie. Wielkość jego waha się w granicach od 5—6 milim. do 3½ ctm., forma najczęściej owalna, czasem nieregularna, co zależy zresztą od formy migdałka.

Przebiega ono pod kilkoma postaciami, zaczyna się jednak zawsze od bólu gardła, szybko się wzmagającego i charakteryzującego się tem, że:

- 1) bywa na jednym migdałku,
- 2) jest stałym, trwa bowiem co najmniej kilka tygodni.

Klinicznie rozróżniamy następujące postacie:

I. Owrzodzenie w postaci nadżarcia, postać najczęstsza i najłagodniejsza. Z jednej strony powoduje ona nieznaczne zaburzenia, lekki ból gardła, z drugiej zaś przedstawia ona mało znaczące objawy miejscowe, małe opuchnięcie miejscowe, małe zaczerwienienie; na powierzchni migdałka mamy nadżarcie małe, powierzchowne, to szarawe, to czerwone, to miejscami szarawe, to miejscami czerwone, o dnie równem, jednostajnem, nierównem czasami wskutek nierówności samego migdałka jedynie. Można by nie zwrócić uwagi nań, gdyby nie dymienica i nie stwardnienie.

II. Postać wrzodziejąca. Bóle przy niej są znacznie większe, sam migdał powiększony, na powierzchni zaś migdała widzimy obrażenie rzeczywiście wrzodziejące wżerające się w mięsz narządu; nasuwa ono nam myśl o wrzodzie twardym dzięki objętości swej, mniej więcej odpowiadającej wielkości paznokcia; dzięki wyglądowi bywa koloru czerwono-brunatnego, z odcieniem szarawym, żółtawym, brudnym, a najczęściej różnobarwnym i dzięki stwardnieniu narządu w danem miejscu.

III. Wrzód pierwotny z towarzyszącym mu zapaleniem migdałka (*chancre de forme angineuse*) znacznie jest rzadszy, lecz daje powód do błędów rozpoznawczych. Daje się scharakteryzować jako wrzód na tle zapalnie zmienionego migdałka, ze zwykłymi objawami miejscowymi i ogólnymi.

Zwrócić należy uwagę, że często objawy ze strony migdałka usuwają owrzodzenie na drugi plan.

Odmiany nader rzadko wogóle spostrzegane są:

1) Odmiana dyfteroidalna; błona wrzekoma pokrywa bądź całym, bądź częściowo owrzodzenie, daje się ona zdjąć trudno, jest szarawa, popielata lub brudno-biała, sadłowata. Zmiany te łatwo mogą nas naprowadzić na myśl o błonicy gardzieli szczególnie, jeżeli dodamy do tego jeszcze zajęcie gruczołów i objawy ogólne, bardzo często tego rodzaju owrzodzeniem towarzyszące.



2) Odmiana zgorzelinowa, kiedy na powierzchni owrzodzenia widzimy wysepki zgorzeli, z towarzyszeniem odpowiednich zaburzeń miejscowych i ogólnych.

Dymienice bywają zwykle na bocznej powierzchni szyi, na wysokości większego rożka kości gnykowej i po bokach gruczołu tarczowego. Zwrócić uwagę należy na znaczne ich rozmiary i na objawy zapalne, niekiedy je cechujące, jako to bolesność i t. p..

Rozpoznanie. I. Rozpoznanie owrzodzenia migdałkowego nie jest trudne, jeżeli tylko przychodzi ono nam na myśl. Zwracamy uwagę na obrzmienie gruczołów, którego nieobecność owrzodzenie wyklucza [lecz obecność nie zawsze je stwierdza], i na stwardnienie, które, o ile istnieje, stanowi dowód prawie nieomyślny; dlatego też należy zawsze badać obrażenie palcem.

[D. c. n.].

### 79 A. Schmidt. O śluzie w wypróżnieniach.

Zdaniem wszystkich autorów, którzy zajmowali się badaniem wypróżnień, widoczna dla gołego oka obecność śluzu w stolcach stanowi zjawisko chorobowe, a zatem posiada dla klinicysty ważne znaczenie. Za zjawisko przejściowe między stanem fizyologicznym a patologicznym uważa NOTHNAGEL występowanie cienkiej warstwy śluzu lub pojedynczych kłaczek śluzowych na dużych i twardych wałkach stolcowych. Stan ten spotykamy u osób, które zwykły się wypróżniać tylko co 2 - 3 dni. Mniej jasne są poglądy na śluz, znajdujący się w wypróżnieniach w stanie rozpuszczonym. W tym względzie panuje jeszcze zdanie HOPPE-SEYLER'a, że główną składową część wypróżnień, nawet normalnych, stanowi mucyna. Wobec zmian, zaszłych, dzięki pracom głównie KOSSEL'a i HAMMARSTEN'a, w pojęciu chemicznym o mucynie, poglądy te wymagają sprawdzenia. Jeżeli, podług HOPPE-SEYLER'a, do słabo zasadowego wyciągu z wypróżnień dodać kwasu octowego, to występuje obfity osad. Aby móżdż zaliczyć osad ten do ciał mucynowych, należy przedewszystkiem wykazać, że nie zawiera on, po kilkakrotnem strąceniu, fosforu i że następnie przy gotowaniu z rozcieńczonymi kwasami odszczepia ciało, łatwo redukujące tlenek miedzi. Własności tych nie posiada osad, otrzymywany według metody HOPPE-SEYLER'a; badania autora wykazują w nim, nawet po wielokrotnem strąceniu, obecność fosforu; nie można go więc uważać za mucynę.

W warunkach patologicznych napotykaną w wypróżnieniach śluz występuje w najrozmaitszych postaciach, najczęściej w postaci nieprawidłowego kształtu kłaczek. Między nimi a błonami, sznurami, odlewami rurkowatymi, występującymi przy *enteritis membranacea* i składającymi się również ze śluzu, istnieją najrozmaitsze przejścia. U jednego i tego samego chorego śluz może występować już to w jednej, już to w drugiej postaci, tak, że jeśli uwzględnić z pierwszej linii wygląd stolców, skłonni będziemy zupełnie wykreślić z nozografii zapalenie jelit błoniaste (*enteritis membranacea*), jako oddzielną postać chorobową. Tylko przez NOTHNAGEL'a opisane napadowe występowanie kolki kiszkiowej ze śluzowymi wypróżnieniami, przy zresztą zupełnie niezmiennym przewodzie kiszkiowym, upoważnia do ustalenia oddzielnej postaci nozologicznej, której analogię znajdujemy, w sferze narządów oddechowych, w postaci nerwowej dychawicy oskrzelowej. Proponowana dla tej choroby przez NOTHNAGEL'a nazwa *colica mucosa*, powinna wyrugować nazwę *enteritis membranacea*, która często daje powód do fałszywych pojęć o tej chorobie. Bardzo rozpowszechnionym jest pogląd, że błony, przy tej chorobie napotykaną, zawierają prócz innych składników także włóknik. Na drodze chemicznej dojść tu do jakichkolwiek wyników nie podobna. Za jedyną drogę autor



uważa badanie drobnowidzowe z barwieniem skrawków po uprzednim ich stwardnieniu. Mieszanina EHRLECH'a [triacyd] barwi włóknik, *resp.* włókna tkanki łącznej na czerwono, śluz zaś na zielono. Od tioniny śluz przyjmuje zabarwienie fioletowe, a fibryna i tkanka łączna niebieskie. Posługując się temi metodami, autor ani razu nie był w stanie wykryć w stolcach przy *enteritis membranacea* włóknika. We wszystkich tych przypadkach, w których preparat pod drobnowidzem okazywał budowę włókienkową, miało się do czynienia z resztkami łącznotkankowymi z pokarmu [obecność naczyń, włókien sprężystych].

Co się tyczy miejsca, w którym tworzy się ten śluz, to najczęściej za siedlisko jego uważać należy kışkę grubą. Według NOTHNAGEL'a, śluz, oddzielnie odchodzący lub znajdujący się na powierzchni kałowych wałków, wskazuje na zajęcie dolnego odcinka kışki grubej, widoczne zaś gołem okiem kłaczki śluzowe, znajdujące się wewnątrz kału, dowodzą cierpienia górnego odcinka kışki grubej, nawet gdy stolce, jak to zwykle przytem bywa, są rzadkie. Pochodzenie z kışek cienkich przypisuje NOTHNAGEL tylko najdrobniejszym cząstkom śluzu, które gołem okiem albo wcale nie są dostrzegalne albo zaledwie. NOTHNAGEL odróżnia tu dwie postacie: 1) „żółte ziarna śluzowe“ (*gelbe Schleimkörner*), wielkości ziarnka maku i miękkie, jak masło i 2) zupełnie drobne, widoczne tylko pod drobnowidzem, białoszaraawe „szkliste wysepki śluzowe“ (*hyaline Schleiminseln*).

Pierwsze pochodzą podług NOTHNAGEL'a, z kışek cienkich, drugie — z cienkich albo z grubej. Chociaż dane te przez żadnego z późniejszych autorów nie zostały potwierdzone, tem nie mniej ciągle przytaczane bywają w podręcznikach. Autor, który wielokrotnie obserwował pod drobnowidzem wzmiankowane wysepki szkliste, doszedł do przekonania, że nie mają one nic wspólnego ze śluzem. Wysepki szkliste przedstawiają się pod drobnowidzem, jako twory zupełnie jednorodne, matowe, wielkości jaja askarydy, o konturach nieprawidłowych, lecz ostrych. Cząstki śluzu różnią się od nich tem, że są przezroczyste, nie są jednorodne [fałdy, włókna...], zawierają często jakieś elementy upostaciowane [komórki, jądra, drobnoustroje] i nie mają wyraźnych konturów. Nadto zauważyć należy, że od kwasu octowego wysepki NOTHNAGEL'a nie ulegają zmianie, podczas gdy w śluzie zjawia się osad w postaci nittek. O ich przyrodzie i pochodzeniu nie można obecnie jeszcze nic stanowczego powiedzieć. Być może, są to obumarłe ameby. Co się tyczy „żółtych ziaren śluzowych“ NOTHNAGEL'a, to pod drobnowidzem składają się one z drobnych bryłek, które leżą gęsto obok siebie, będąc oddzielone tylko pojedynczymi szczelinami. Nigdy twory te nie zawierają elementów morfotycznych [nabłonek, komórki okrągłe]. Nie barwią się ani jodem ani jodem z kwasem siarczanym, ani kwasem nadosmowym, nie rozpuszczają się w wodzie, ani w eterze. Ogrzewane z wodą i ługiem potażowym rozpuszczają się. Jeśli do roztworu tego dodać kwasu octowego, to powstaje kłaczkowaty osad, który w nadmiarze tego kwasu nie rozpuszcza się. Wygląd drobnowidzowy ziaren żółtych silnie przemawia, zdaniem autora, przeciw ich śluzowej naturze; przytoczone przez NOTHNAGEL'a odczyny chemiczne mają mało siły przekonywającej. NOTHNAGEL przytem nie podaje, czy odczyny chemiczne wykonane były w probówce, czy pod drobnowidzem, gdzie czasem dają zupełnie inne wyniki. Przy ogrzewaniu zakwaszonego preparatu drobnowidzowego, autor spostrzegał obfite występowanie kropel tłuszczowych, wskutek czego mniema, że cząsteczki mydła, zabarwione barwnikiem żółciowym, lub kłaczki białkowe, napojone ciętłami tłuszczowemi, mogą dawać powód do omyłek. W powstawaniu tych ziaren w kışkach cienkich, autor zupełnie uwierzyć nie chce. Nie podobna, aby tak małe cząsteczki śluzowe mogły bez zmiany przejść przez całą długość kışki grubej, zwłaszcza jeśli przytem niema rozwolnienia, jak chce NOTHNAGEL.



Jeśli postawić rzadkie stolce, zawierające kłaczkę śluzu, na kilka godzin do termostatu, to śluz szybko rozpuszcza się i zmienia.

Wracając do składu chemicznego mas, wydzielanych przy *enteritis membranacea (colica mucosa)*, autor z badań swoich poprzedników [NOTHNAGEL, KRYSIŃSKI, KITAGAWA, AXERLUND] wyciąga wniosek, że masy te zawierają śluz [mucynę] i ciała białkowe w rozmaitych stosunkach ilościowych. Czy oba te ciała rzeczywiście stanowią główny skład chemiczny błon, czy nie zawierają one prócz jeszcze tego innych ciał w większej ilości, w tej kwestyi zdania autorów rozchodzą się, gdyż badanie chemiczne błon przedstawia często niezwykle trudności.

Przy licznych podobnych badaniach autorowi tylko 2 razy udało się, przez wyciąganie za pomocą słabego [0,4%] roztworu ługu sodowego przy zwykłej ciepłocie, otrzymać więcej, niż ślady śluzu w roztworze. Na pytanie, dlaczego śluz zazwyczaj nie przechodzi do roztworu, autor odpowiada, że śluz w wydzielinach kiszek jest zwykle ściśle zmieszany z ciałami tłuszczowemi. Przy działaniu sztucznego soku żołądkowego autor zawsze spostrzegał po 24—48 godz. rozpuszczenie *resp.* strawienie błon. W roztworach trypsyny trawienie śluzu jeszcze o wiele szybciej dochodzi do skutku, co nam objaśnia, że śluz kiszek cienkich tylko w bardzo rzadkich przypadkach może w stanie nierozpuszczonym osiągnąć кишки grubej [patrz wyżej].

Przy próbach z trawieniem śluzu można zauważyć zwłaszcza u powierzchni płynu zmętnienie, które, jak wykazuje badanie drobnowidzowe, składa się z bardzo drobnych kropelek tłuszczu. Określając zawartość tłuszczu w masach, wydzielonych przy *enteritis membranacea, resp. colica mucosa* [3 przypadki], autor znalazł w jednym przypadku 19,07% tłuszczu, w drugim 9,5%, w 3-im—2% [w stosunku do ilości suchej substancji].

W 2 pierwszych przypadkach przeszło połowa tłuszczu składała się z mydeł. Dane te objaśniają nam zarówno trudną rozpuszczalność śluzu pochodzącego z kiszek, jak i trudne poddawanie się działaniu odczynników chemicznych. Niestety nie posiadamy metody, któraby nam pozwalała usunąć tłuszcz z błon bez jednoczesnego zniszczenia lub zmiany mucyny. Lecz mikrochemiczne oraz barwnikowe własności błon dostatecznie dowodzą istnienia w nich mucyny. W celu uzupełnienia badania drobnowidzowego i dla pierwszego orientowania się bardzo właściwem jest makroskopowe barwienie śluzu kiszkiowego [zarówno jak płwociny] w próbówce. Kłasek wymytego śluzu kłócimy w alkoholu sublimatowym [ewentualnie za pomocą pałeczki szklanej], zastępujemy alkohol wodą przekroploną i dodajemy kilka kropeł triacydu: jeśli w płynie przeważa śluz, kłaczkę zabarwiają się na zielono; przy przewadze elementów komórkowych lub innych ciał białkowych — na czerwono.

W 13, badanych w ten sposób wypróżnieniach, otrzymał autor 10 razy niebiesko zielone i zielone zabarwienie. W 3 przypadkach barwa otrzymana była fioletowa lub czerwona i w tych właśnie przypadkach główna masa składała się, jak to wykazało badanie drobnowidzowe, z komórek *resp.* krwi. Inni autorzy [PARISER, KAUFMANN] otrzymali tym sposobem również bardzo zadawalające wyniki. Prócz śluzu błony zawierają, jak już o tem była mowa, ciała białkowe, które pochodzą najgłówniej z protoplazmy zawartych w błonach komórek. Wyżej była również mowa o tem, że wypróżnienia przy *enteritis membranacea, resp. colica mucosa* nie zawierają włóknika.

Badanie drobnowidzowe wydzielanego ze stolcem śluzu wykazuje w tym ostatnim obecność większej lub mniejszej ilości komórek, przeważnie cylindrycznego nabłonka błony śluzowej kiszek oraz leukocytów. W przeciwstawieniu do płwociny i do większej części innych wydzielin śluzowych, mają tu przewagę liczebną komórki nabłonkowe, nawet przy dłużej trwających sprawach nieżytych. Komórki te rzadko są niezmięcone i dobrze zachowane,



niekiedy zawierają kropelki tłuszczu. Najczęściej przedstawiają one swoistą zmianę, której NOTHNAGEL nadał nazwę *Verschollung*. Stan ten polega na tem, że komórki są zniekształcone, zmarszczone, mają wygląd jednorodny, matowy, woskowy, przytem jądra komórek stają się niewyraźne lub nawet zupełnie niewidoczne. Niekiedy widzimy grupami w jednym polu drobnowidzowem owe bryłki obok zupełnie normalnych komórek. Ten swoisty stan komórek, który dotąd spostrzegany był widocznie na złuszczonej nabłonku kiszki, zwrócił na siebie uwagę wszystkich autorów, zajmujących się badaniami śluzu wypróżnień. O naturze i przyczynie tej zmiany autorzy ci wyrazili najrozmaitsze przypuszczenia. NOTHNAGEL przypisuje tę zmianę utracie wody i upatruje w niej zjawisko pośmiertne. KITAGAWA znajdował te zmienione komórki także w wodnistych wypróżnieniach i kilka razy konstatował ich obecność przy badaniu pośmiertnem w samej błonie śluzowej kiszki, gdzie one, podług NOTHNAGEL'a nie występują. KITAGAWA widzi tu sprawę degeneracyjną, podobną do zwyrodnienia szklistego RECKLINGHAUSEN'a lub do koagulacyjnej nekrozy WEIGER'a. Autor odrzuca oba te poglądy i dowodzi, że ma się tu do czynienia poprostu ze swoistem przepojeniem zarodki komórek kwasami tłuszczowymi, *resp.* mydlami tłuszczowemi.

Przeciw zdaniu NOTHNAGEL'a przemawia, prócz zarzutów KITAGAWA'y; także ta okoliczność, że komórki te nawet po kilkodziowym pobyciu w wodzie nie pęcznieją. Nadto niezrozumiałem jest, dlaczego i w innych zgęszczonych wydzielinach, np. w płwocinie przy dychawicy, nie znajdujemy podobnych tworów lub dlaczego te ostatnie nie występują przy wysychaniu śluzu bogatego w komórki na powietrzu, dlaczego w tej szmej cząsteczce śluzu spotykamy te matowe bryłki obok niezmienionych komórek nabłonkowych. Przeciw możności nekrozy koagulacyjnej przemawia ta okoliczność, że za pomocą barwników anilinowych można uwidocznic w tych bryłkach dobrze zachowane jądro i że zaróżdzi nawet małych bejjądrowych wrzecionowatych tworów barwi się po stwardnieniu łatwo i silnie.

Ta ostatnia okoliczność wyklucza również myśl o zwyrodnieniu szklistem. Jeśli do świeżego preparatu drobnowidzowego ostrożnie dodawać ługu, to bryłki te prześwietlają się i jądra stają się wyraźniejsze. Dodatek kwasu nie wywołuje żadnej zmiany. Jeśli po zmieszaniu śluzu z kwasem [oalowym lub solnym] ostrożnie ogrzać preparat nad płomieniem, to zauważymy, że z bryłek występują drobne kropelki tłuszczu, które przy dalszem ogrzewaniu zlewają się w większe krople. Jednocześnie protoplazma komórek prześwietla się i niewyraźne przedtem jądra ostro zarysowują się, przy czem cały preparat, który przedtem był białawo mętny, staje się jasny i przezroczysty. Wytworzone przy ogrzewaniu preparatu krople rozpuszczają się łatwo w eterze i barwią się kwasem nadosmowym na czarno. Nie ulega więc wątpliwości, że jest to tłuszcz.

Tak więc opisana przez NOTHNAGEL'a zmiana komórek (*Verschollung*) sprowadza się do nasiąkania mydłem (*Verseifung*). Autor zgadza się z NOTHNAGEL'em w tym względzie, że opisana przez niego zmiana jest zjawiskiem pośmiertnem, czemu bynajmniej nie przeczą fakty, znalezione przez KITAGAWA'ę [patrz wyżej]. Zmianę taką samą przedstawiają bardzo często także leukocyty śluzu kiszkiowego. W jednym przypadku ropnego zapalenia łącznicy oka autor znalazł podobnie zmienionemi wszystkie komórki ropne [leukocyty] i nie wątpi, że uda się także w wydzielinie innych błon śluzowych skonstatować opisaną zmianę. Większość autorów utrzymuje, że leukocyty występują w śluzie kiszkiowym w małej ilości. Autor nie zgadza się z tem. W barwionych skrawkach znajdujemy je w znacznie większej ilości, niż się tego możnaby spodziewać przy oglądaniu świeżego preparatu. Autor sądzi, że różnica ta pochodzi ztąd, że leukocyty, podobnie jak komórki nabłonkowe, rzadko bywa-



ją tu dobrze zachowane i wskutek tego należycie rozpoznane. Ulegają one często zmianie opisanej przez NOTHNAGEL'a i w skutek tego trudno je odróżnić od komórek nabłonkowych. Na preparatach barwionych można je często łatwo rozpoznać po budowie jądra. W śluzie kiszkowym autor często spostrzegł także komórki eozynofilowe. Często cytowane zdanie NOTHNAGEL'a, że przy nieżytowych zapaleniach kiszek wypróżnienia zawierają zawsze tylko skąpe komórki okrągłe i że obecność cząstek ropnych, t. j. zwiększona ilość komórek okrągłych, wskazuje na sprawy wrzodziejące кишки grubej, autor uzupełnia, dodając, że nieobecność mucyny, której przy stanach nieżytowych nigdy nie brak, ma doniosłe znaczenie dla rozpoznawania spraw wrzodziejących w kiszkach.

Stanisław Pechkranc.

(*Zeitschrift f. klin. Med. B. XXXII. H. 3 u. 4. 1897.*)

## TOWARZYSTWO LEKARSKIE WARSZAWSKIE.

Posiedzenie z dnia 22. VI. 1897.

1) BĄCZKIEWICZ przedstawia niezwykle otyłe dziecko 8-miesięczne ważące 11 kłgr. Mleko matki posiada bardzo białą barwę i konsystencję śmietanki; zawiera ono aż 8,112% tłuszczu; dziecko zatem utuczyło się na bardzo tłustem mleku.

2) STANKIEWICZ przedstawia preparat gruczolaka sutki wielkości głowy dziecka.

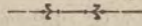
3) BORYSSOWICZ wypowiedział rzecz p. n. „O plastycznym rozszerzeniu zwężonego kanału szyi i ujścia wewnętrznego macicy“. Pomysł do powyższej metody operacyjnej powziął B. po przeczytaniu prac ROSNERA i MARSA, drukowanych w „Przeglądzie Lekarskim“ na początku r. b., a podających nową metodę plastycznego rozszerzenia zwężonego ujścia zewnętrznego macicy. Chcąc rozszerzyć ujście wewnętrzne i kanał szyi macicznej, B. wyciąłby [mówca operacji tej na chorych jeszcze nie wykonywał] dwa płaty z obu boków części pochwowej, od jej szczytu do podstawy, t. j. do sklepień pochwy; następnie, po przepołowieniu części pochwowej aż do jej podstawy i obustronnem podłużnem przecięciu błony śluzowej części nadpochwowej kanału szyi wraz z częścią jej mięszu, B. wprowadziłby do rozszerzonego w ten sposób kanału szyi oba wycięte na początku operacji płaty, które powinny pokryć cięcia w kanale szyi macicznej. Płaty te należałoby przytwierdzić za pomocą pomyslanego przez prelegenta szwu (*sutura internodosa*), który wykonywa się w sposób następujący: dużą igłą HAGEDORN'a z nitką katgutową, z obu końcami związanymi razem na supeł, przekłuwa B. wierzchołek płata od strony jego błony śluzowej, poczem wkłwa igłę na końcu górnym nadcięcia bocznego w kanale szyi i wkłwa ją w odpowiedniem bocznem sklepieniu pochwy, gdzie się znajduje podstawa płata; teraz przecina podwójną nitkę i oba końce przecięte wiąże na pasku gazy jodoformowej. Do kanału szyi wprowadzić należy następnie pasek gazy jodoformowej takiej grubości, aby wywierać mógł ucisk na oba płaty i utrzymywać je w ten sposób w dokładnem zetknięciu z raną boczną kanału szyi. Jeżeli znaczna długość kanału szyi nie pozwala na przyszyście płatów, B. radzi przeciągnąć nitkę przez wierzchołki obu płatów i na końcach jej zawiązać węzłki, tak, aby część nitki między obu wierzchołkami płatów równała się 4—5 ctm., następnie zaś płaty wraz z nitką wprowadzić do kanału szyi za pomocą odpowiednio grubego paska gazy. Na kąty ran u nasady płatów nałożyć należy 4 szwy węzłkowe.



W dyskusji ZWEIGBAUM wyraża przekonanie, że zwężenia ujścia wewnętrznego kanału szyi macicznej w ścisłym znaczeniu tego wyrazu niema: zgłębnik napotyka w tem miejscu przeszkodę tylko w przypadkach bardzo znacznego i stałego przodozgięcia macicy. Operacyjne rozszerzanie ujścia zewnętrznego w przypadkach niepłodności również zdaniem Z. nie zawsze jest usprawiedliwione, prawdziwe bowiem zwężenie ust zewnętrznych napotyka się nader rzadko. Dobry skutek operacji BORYSSOWICZA jest dla Z. wątpliwym; przeciwnie płaty, wprowadzone do kanału szyi, mogą go zwęzić jeszcze bardziej.

Z tem ostatniem przypuszczeniem nie zgadza się BORYSSOWICZ, utrzymując, że wewnętrzna powierzchnia kanału szyi po operacji będzie szerszą o całą szerokość obu płatów, a więc i światło kanału będzie większe. Zwężenia ujścia zewnętrznego macicy widywał B. dość często.

## Wiadomości bieżące.



— Jak doniosły tutejsze pisma polityczne codzienne, w dniu 22 lipca r. b. nastąpiło otwarcie pogotowia ratunkowego. Bliższych wiadomości o tej instytucji, która odda niewątpliwie Warszawie ogromne usługi, nie możemy podać czytelnikom, gdyż zarząd pogotowia nie zaprosił redakcyi naszego czasopisma na otwarcie.

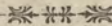
— D-r S. S. ZALESKI b. profesor chemii w Tomsku, został mianowany profesorem chemii w szkole lekarskiej dla kobiet w Petersburgu.

— Na przyszłoroczny IV kongres dla badania gruźlicy, który odbędzie się w Paryżu w końcu lipca 1898 postawiono do dyskusyi 4 następujące pytania: 1) Uzdrowiska [sanatoria] jako środki profilaktyczne i leczenie gruźlicy. [Referenci: LE GENDRE, NETTER i THOINOT]. 2) Surowica i toksyny w leczeniu gruźlicy [LANDOUZY i MARAGLIANO]. 3) X promienie w rozpoznaniu [BOUCHARD, CLAUDE i TEISSIER] i leczeniu gruźlicy [LOISET]. 4) Zwalczanie gruźlicy u zwierząt za pomocą profilaktyki [NOCARD i BLANC].

— **Zmarli:** w Warszawie, D-r ZDZISŁAW NIESZKOWSKI, doktor uniwersytetów: Paryskiego, Krakowskiego i Warszawskiego, b. lekarz zdrojowy w Szczawnicy;

w Wiesbaden, D-r W. PREYER, b. prof. fizjologii w Jenie, znany najwięcej jako popularyzator hipnotyzmu;

w Monachium, D-r ORTEL, prof. laryngologii tamże, znany twórca metody gimnastyczno-hygienicznej leczenia chorób serca.



**Sprostowanie.** W N-rze 29 Gaz. Lek. w pracy D-ra ŁAPIŃSKIEGO: na str. 769 wiersz 6 od góry zamiast „przyczynowego“, powinno być: „przyczyn owego“; na str. 799 wiersz 21 od góry zamiast „częstem“, powinno być: „czystem“; na str. 801 na początku wiersza 14 od dołu zamiast: „W odczycie“, powinno być: „4-o W odczycie“.

Wydawca, D-r St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny, D-r Wł. Gajkiewicz.

Довзголено Цензурою, Варшава 17 Юля 1897. Druk Kowalewskiego, Warszawa, Mazowiecka 8.