

# GAZETA LEKARSKA.

**Treść.** Od Redakeyi. I. J. K o l a c z e k. Torbiel-włókniak ściany brzusznej. Laparotomia z pomyslnym skutkiem.—II. W. M a c z e w s k i. Tętniak części błoniastej przegrody sercowej.—Przegląd literatury zagranicznej. Przegląd niektórych prac nowszych z dziedziny chorób organów oddechowych. Podał A. S o k o ł o w s k i. — *Dział sprawozdawczy:* — 1. Pityriasis rosea (G i b e r t); Pityriasis maculata et circinata (B a z i n). — Wiadomości bieżące. — Nadesłano do Redakeyi. — Odpowiedź. — Na pomnik Mickiewicza. — Ogłoszenia.

Warszawa, dnia 7 Stycznia 1882 r.

Rozpoczynając nowy rok wydawnictwa „Gazety Lekarskiej“, koło jej współwłaścicieli poczuwa się do obowiązku złożenia przed Czytelnikami obrachunku, ze swej czynności w ubiegłym roku. Ocena rzeczywistej wartości Gazety należy wprawdzie do Czytelnika, jak również i ostateczne rozstrzygnięcie pytania, czy program, postawiony na czele pierwszego zeszłorocznego numeru, został zadowalniająco wypełniony, czy też kierunek Gazety pozostawił dużo do życzenia? Sądzymy jednak, że wyłuszczenie zasad, któremi kierowaliśmy się dotąd i nadal kierować się zamierzamy przy układaniu numerów, jak również i wyjaśnienie głównego mechanizmu Redakcyi, będzie dla Czytelnika nietylko ciekawem ale nawet pożądanem, i że posłuży do wytłumaczenia naszego stanowiska wobec różnorodnych p o t r z e b i w y m a g a ń Czytelników.

Jako główne zadanie Gazety uznaliśmy usiłowania nad podniesieniem całego poziomu nauki lekarskiej w kraju do tej wysokości, na jakiej się ona znajduje w naukowych instytucjach na Zachodzie. Cel ten osiągnąć się daje jedynie przez zachęcenie jak największej liczby odpowiednio przygotowanych osób do rzetelnej pracy naukowej t. j. do ściśle naukowego badania lub spostrzegania i do krytycznego rozbioru tych spostrzeżeń (resp. krytycznego porównania ze spostrzeżeniami i wywodami innych badaczy) w jasno zestawionych wypracowaniach. Tym sposobem grono lekarskie krajowe przyczyni się do ustalenia faktów prawdziwych i do zwalczenia fałszywych poglądów, a zatem do wzbogacenia nauki w ogóle i do zjednania nauce krajowej poważania u narodów cywilizowanych. Z drugiej zaś strony dobrze ułożone prace oryginalne, oparte na samodzielnych badaniach, nietylko wzbudzają największy interes u współrodaków, nietylko zachęcają do naśladownictwa, ale służą jako najlepszy środek pedagogiczny dla wskazania m e t o d y pracy, dla nauczania sposobu badania i krytyki. Podręczniki dają przeważnie rezultaty gotowe, metodę badania traktują zwykle pobieżnie, a dopiero w nowszych czasach poświęcają więcej miejsca metodzie statystycznej. Prace zaś oryginalne zastępują poniekąd kliniki i pracownie uczą jak należy badać, jak zestawzić krytycznie spostrzeżenia i wyciągnąć z nich mniej lub więcej pewne wnioski.

Takie zapatrywanie się na istotne zadanie pisma naukowego zniewala nas do dawania bezwzględności pierwszeństwa naukowym rozprawom oryginalnym, sta-

wiając jednak jako warunek, ażeby ile możności odpowiadały powyższym wymaganiom, t. j. ażeby opierały się ile możności na samodzielnych spostrzeżeniach i żeby takowe rozbierały z odpowiednią jasnością i z obszernym krytycznym poglądem. Dzięki nietylko staraniom współwłaścicieli Gazety, ale łaskawemu poparciu licznych wytrawnych krzewicieli nauki lekarskiej w kraju, Redakcyja ani na chwilę nie potrzebowała się uskarżać na niedostatek materiału dla wypełnienia łamów swego pisma pracami oryginalnemi, ale nawet znajdowała się w możności uczynienia wyboru i pominięcia prac nie odpowiadających wszelkim powyższym warunkom. Mamy nadzieję, że w przyszłości będziemy mogli jeszcze bardziej obostrzyć warunki kwalifikacyi i drukować wyłącznie tylko prace, mające rzeczywistą wartość naukową, mogące współzawodniczyć z najlepszymi publikacyjami odpowiednich pism zagranicznych.

Dział sprawozdawczy zajmował w naszym piśmie dopiero drugorzędne miejsce. Okoliczność ta—być może—nie zyskała uznania ze strony niektórych Czytelników, szukających w piśmie peryjodycznem źródła wiadomości o postępie nauki wogóle. Ostatniego zadania bynajmniej nie lekceważymy; owszem—uważamy je za niezbędny środek do krzewienia zasad nauki; lecz co do wykonania, zapatrywanie nasze różni się od zapatrywania innych piśm peryjodycznych i wielu Czytelników. Prawdziwy pożytek przynieść mogą takie tylko referaty, które albo streszczają rzeczywiście dziełne prace, zwiastujące istotny, fundamentalny postęp w nauce, albo też krytycznie zestawiają i rozbierają cały szereg publikacyj, odnoszących się do tego samego przedmiotu, do jednej kwestyi, lecz obrabiających takową z różnego stanowiska lub podających sprzeczne rezultaty. Streszczenie prac różnych dążeń w różnym czasie bez porównawczego poglądu, jak również gołosłowne podawanie wiadomości o nowych środkach na pojedyncze cierpienia, opartych na najróżnorodniejszych poglądach na istotę choroby, często najzupełniej sprzecznych pomiędzy sobą w oddziaływaniu na ustrój, uważamy nie tylko za zupełnie bezużyteczne, ale nawet szkodliwe. (Jako przykład przytoczymy tylko różne zapatrywania na istotę choroby dyfterytycznej i na rozmaite środki przeciwko niej używane i w ostatnim roku zalecane, np. kuracyję olejem terpentynowym, łyżkami całemi do wewnątrz zadawanym, środki mające niby rozpuścić błony dyfterytyczne, pilokarpinę, i t. p.). Takie bezkrytycznie podawane wiadomości, takie krzyczące sprzeczności w nauce nietylko są zdolne wprowadzić w błąd lekarza praktyka mniej obeznanego z daną kwestyją, spowodzić prawdziwy zamęt pojęć, osłabić zaufanie do rzetelnych twierdzeń i teoryj, ale nawet podkopują poważanie dla samej nauki, zachęcają do skrajnego skeptycyzmu i do ograniczenia się na wiadomościach niby „praktycznych“, t. j. specyficznych dla każdej choroby środkach i receptach. Prawdziwa nauka nie leczy choroby, ale leczy ustrój chory, stara się zgłębić istotę zбочenia czynności, objawiającego się w formie symptomatów chorobowych, i usiłuje przywrócić stan prawidłowy przez usunięcie przeszkód w odbywaniu normalnych funkcyj, podnieceniu ostatnich i t. d. Nie ten jest lekarzem, kto posiada w głowie cały arsenał specyfików i recept dla każdej choroby, ale ten, co stara się zgłębić jej istotę i usunąć główne źródło cierpienia. Z tego też powodu postaramy się i nadal dawać przeważnie sprawozdania z prac. dźwiga-

jących istotnie naprzód całość nauki, albo pojedyncze jej gałęzie, albo też streszczenia zbiorowe, lub przynajmniej oparte na krytycznym wyborze i opatrzone krytycznymi uwagami. Trzymając się tych zasad może nie zdołamy zadowolnić w zupełności wszystkich Czytelników naszej Gazety. Atoli tak samo jak człowiek na publicznem stanowisku nie może zadosyćuczynić wszelkim wymaganiom, lecz w postępowaniu swoim dbać powinien tylko o opinię najzacniejszych i najdzielniejszych współrodaków, tak też pismo, przeznaczone dla pewnej gałęzi nauk, winno opierać się na zasadach uznawanych przez przodowników i głównych krzewicieli tej nauki. Medycyna zdobyła sobie w ostatnich dziesiątkach lat stanowisko prawdziwej nauki, oparta jest na coraz bardziej ustalającej się metodzie, a zatem traktować ją tylko zamierzamy jako naukę. Tylko naukowy lekarz wedle naszego przekonania jest prawdziwym lekarzem.

Co się nareszcie dotyczy kwestyi medycyny publicznej, jak również spraw odnoszących się do interesów stanu lekarskiego i t. p., to takowe w ubiegłym roku były wprawdzie kilkakrotnie rozbiegane, lecz przyznajemy, że ten dział, zyskujący coraz większą doniosłość, powinien znaleźć obszerniejsze miejsce i częstsze uwzględnienie. Postaramy się zatem w przyszłości w tym kierunku rozwinąć żywszą działalność.

Nakoniec wypada nam jeszcze powiedzieć kilka słów o udziale współwłaścicieli i członków Redakcyi w przygotowywaniu i układaniu numerów naszego pisma. Większość Czytelników zapewne przypuszcza, że udział tych czynników w wydawaniu pisma ogranicza się tylko na dostarczaniu materiału i wypełnianiu braków w jednym albo drugim dziale pisma. Zapewniamy ich jednak, że nietylko sami członkowie redakcyi, ale zawsze i znaczna część współwłaścicieli zbierała się regularnie na tygodniowych posiedzeniach redakcyjnych i przyjmowała żywy udział w ocenieniu materiału przeznaczonego na każdy numer Gazety. Każdy artykuł bez wyjątku był odczytany na tem gremijalnym zebraniu; w razach wątpliwych przeprowadzano dyskusyję i decydowano głosowaniem o przyjęciu lub zwróceniu artykułu autorowi dla przeróbki i t. p. Tym sposobem zapewniona była ile możności sprawiedliwa i bezstronna ocena artykułów, a najsurowszej krytyce ulegały przedewszystkiem płody samych współwłaścicieli. Liczba ostatnich zwiększyła się od początku tego roku przyjęciem do ich grona kilku nowych członków, którzy już dali się poznać ściśle naukowemi pracami; mamy nadzieję, że to zwiększenie koła współpracowników wpłynie na podniesienie wartości Gazety.

---

Następujący lekarze, współwłaściele „Gazety Lekarskiej“, będą stałymi jej współpracownikami: Anders Ludwik, Anders Teodor, Chelchowski Kazimierz, Chrostowski Bronisław, Dunin Teodor, Elzenberg Antoni, Gajkiewicz Władysław, Grosstern Wiktor, Hering Teodor, Hoyer Henryk, Jasiński Roman, Jawdyński Franciszek, Kamocki Walenty, Klink Edward, Kondratowicz Stanisław, Kornilowicz Edward, Kramsztyk Zygmunt, Kwietniewski Stanisław, Malinowski Alfons, Matlakowski Władysław, Mayzel Waclaw, Modrzejowski Edmund, Nencki Leon, Nussbaum Henryk, Pawiński Józef, Peszke Józef, Placzkowski Witold, Przewóski Edward, Sokołowski Alfred, Żera Teofil.

---

# I. Torbielo - włókniak ściany brzusznej.

## LAPAROTOMIA Z POMYŚLNYM SKUTKIEM.

Podał D-r **Jan Kolaczek**, docent chirurgii we Wrocławiu.

Chirurgija jamy brzusznej — dział otwarty w najnowszych dopiero czasach, szczególnie dzięki rozpowszechnieniu metody Lister'a — po dziś dzień nie przestaje zwracać na siebie uwagi lekarzy, a mimo świetnych poniekąd wyników wymaga od nich dalszego doskonalenia i uprawy. Dla tego zdaje mi się pożądanym każdy przyczynek, zmierzający do zbogacenia jej kazuistyki. Przypadek, którego opis mam na widoku, dotyczy nowotworu dużych rozmiarów powstałego w rzeczywistości w ścianie brzusznej, choć na pozór wydawało się, iż brał początek z samej jamy brzusznej, dlaczego też dał powód do laparotomii. Sposób wydobycia tegoż nowotworu i pooperacyjnego postępowania z raną zdaje mi się godnym uwagi i w podobnem położeniu, o ile wiem, jeszcze nie był użytym. Jest to więc drugi powód do ogłoszenia operacji pomienionego przypadku.

Panna K., 26 lat mająca, zauważyła przed dwoma laty w ścianie brzusznej po lewej stronie, na wysokości pępka, guz z początku powoli w ostatnim zaś roku szybko się rozwijający. Miesiączka, przed tworzeniem się guza zawsze regularna i obfita, w miarę jak guz wzrastał, zaczęła się zmniejszać, a w końcu zupełnie ustąpiła. Równocześnie pojawiły się bóle brzucha, coraz bardziej się wzmagające, które ją wreszcie nakłoniły do szukania pomocy lekarskiej.

Chora silnej budowy ciała, chociaż cokolwiek blada, brzuch rozdęty i napięty, mianowicie z lewej strony. Łatwo tutaj można namacać guz twardej, wielkości głowy ludzkiej, nie dający się przesunąć na bok i bolesny przy mocniejszym dotknięciu. Z głębi miednicy małej sięga on aż pod żebra. Macica stoi głęboko, nieco na prawo zesunięta, zresztą dość ruchoma. Lewy jajnik nie daje się wymacać, chociaż guz nie wypełnia całej małej miednicy. Nakłucie guza trójgrańcem zdaje się ze względu na jego twardość niepotrzebnem. W oddawaniu, ilości i jakości moczu nie ma zбоceń.

Na zasadzie tego wszystkiego mogła być tylko wątpliwość co do punktu wyjścia guza, a mianowicie: czy siedliskiem nowotworu jest jajnik, czy też ściana brzuszna przednia lub tylna. Skłoniłem się do drugiego przypuszczenia dla tego, że ów guz wydawał się nieruchomym, niemożność zaś przesuwania ściany brzusznej przedniej po guzie tłómaczyłem sobie więcej przyrośnięciem tegoż do ściany niż właściwem tkwieniem w niej. W każdym razie, zwłaszcza że nic nie przemawiało za złośliwością nowotworu, była wskazaną operacyja, którą wykonałem 3 Czerwca 1878 r.

Po rozcięciu ściany brzusznej w kierunku smugi białej pod pępkiem, ręką wprowadzoną do jamy brzusznej wykryłem natychmiast związek nowotworu z samą ścianą brzuszną na wielkiej przestrzeni; organa płciowe okazały się pra-

widłowemi. Powierzchnia nowotworu pokazała się gładką, bez żadnych zrostów, podstawa zaś zajmowała nieomal całą lewą część ściany brzusznej z przodu aż do linii pachwinowej. Otrzewna zdawała się bezpośrednio być przyrośniętą do nowotworu, tak, że jej oddzielenie musiało być łatwiejszem ze strony jamy brzusznej, aniżeli przez ranę zewnętrzną, którąby dopiero po zeszytciu pierwszego cięcia trzeba było utworzyć. Zdecydowałem się więc do przecięcia otrzewnej w kierunku skośnym, ale nie prędzej jak po rozdzieleniu powięzi (*fascia transversa*) doszedłem do powierzchni nowotworu samego. Wyłuszczenie tegoż poprostu palcem udało się bez większego trudu i nawet bez znacznej krwi utraty. Jedynie tylko miejsce wyjścia nowotworu z powięzi skośnej, wielkości może dłoni, nożyczkami musiałem przeciąć. Podwiązawszy naczynia krwawiące i przeciąwszy ścianę brzuszną na boku w najgłębszym punkcie rany, dla włożenia drenu, zeszyłem najprzód długą ranę otrzewnej i powięzi poprzecznej gęstemi szwami, przeciwgnilnie przygotowanym jedwabiem, i następnie także ranę ściany brzusznej. Wyplukania rany karbolem zaniechałem zupełnie, jak również i mgły karbolowej podczas operacji; bo doświadczenia moje wyrobiły we mnie przekonanie, że ów wpływ karbolu na ranę jest niepotrzebnie drażniący i przy sumiennem zastosowaniu reszty metody przeciwgnilnej w ogóle nawet niepotrzebny. Opatrunek zaś zresztą był czysto listerowski. Wyjąwszy pierwsze dwa dni, w których chora bardzo cierpiała na wymioty, nic nie przeszkodziło zrosnięciu się bezpośrednio wszystkich ran, tak, że po wyjęciu drenu na czternasty dzień chora mogła się puścić w podróż do domu.

Jak się listownie przed kilkoma dniami od niej dowiedziałem, cieszy się dotychczas dobrem zdrowiem i wyszedłszy za mąż znajduje się właśnie w szóstym miesiącu ciąży.

Nowotwór twardy i kulisty, 32 ctm. w wymiarze podłużnym mający, w środku zawiera jamę, wielkości pomarańczy, o gładkich ścianach, napełnioną przejrzystym płynem. Budowę ma włókniaka splotowego (*fibroma plexiforme*). Ubogi w naczynia krwionośne i komórki, składa się z wiązek włókien, we wszystkich kierunkach się przeplatających. Najciekawszą zaś jest owa torbiel środkowa, która się nie tak rzadko wytwarza w nowotworach włóknistych jamy brzusznej, mianowicie macicy, wskutek rozmiękczenia śluzowego,

Oddawna zjednały sobie nowotwory ścian brzusznych szczególniejsze uwzględnienie lekarzy. Dla tego też ich literatura <sup>1)</sup>, mimo dość rzadkiego zda-

<sup>1)</sup> Lisfranc. Tumeurs des parois abdominales, ouverture spontanée, guérison. Gaz. méd. de Paris. 1837. V p. 342. — Bard. Fibrome aponévrotique intrapariétal de la paroi abdominale. Lyon médical. Nr. 33. — Nicaise. Tumeur fibreuse de la paroi abdominale. Gaz. des hôp. 132. — Dewalf. Des tumeurs qui peuvent occuper la paroi abdominale antérieure. Paris 1839. — Boulenger. Tumeur fibreuse hypogastrique. Bull. de l'Académie de méd. Paris 1842. VIII. p. 650. — Paul. Fibro-plastic tumour of abdominal wall. Bull. de la société anat. de Paris. 1858. XXXIII pag. 324. — Page t. Fibro-nucelated tumour of the abdomen of fourteen years growth, removal. Lancet. Lond. 1856. I p. 625. — Hodges. Tumour of abdominal parietes; excised. Boston Med. and Surg. Journ. 1863. I. p. 231. — Draper. Fibrous tumour of abdom. par.; excision. ibid. 1869. II. p. 23. — Brown. Intra abdominal fibroid tumour attached to the rectus muscle, succesfully removed. Med. times and gaz. Lond. 1870. I. p. 31. — Cameron. Recurent fibroid tumour. Glasgow. Med. journ.

rzania się takowych, nie jest uboga. Zastanawiając się nad powodem owego uwzględnienia, zdaje mi się, że jak wszystkie zjawiska chorobowe blisko otrzewnej tak i nowotwory tamże wyrastające, ze względu na niebezpieczeństwo ich wydalenia, niebezpieczeństwo — przynajmniej podług dawniejszych pojęć — wielkie, zdawały zasługiwać na ściślejsze badanie i obeznanie się z niemi. I w samej rzeczy w czasach przed wprowadzeniem opatrunku przeciwnilnego usiłowania chirurgów w celu wyłuszczenia guzów, chociaż całkiem niezłośliwych i łatwo się dających usunąć, bardzo często wypadły niepomyślnie, bądź to, że z umysłu, bądź też, iż przypadkowo przy operacyi, jama brzuszna nieraz została otwartą. I bez takiego nawet zranienia następowało zapalenie otrzewnej i wskutek tego śmierć nienukniona. Takim sposobem umarło *Langenbeck* o wi z trzech przypadków włókniaków dużych ściany brzusznej — dwóch operowanych. *Buntzen* stracił także obudwóch chorych operowanych przez siebie z powodu włókniaków „przedotrzewnych“, mimo to, że otrzewna sama nie została nadwreżoną i tylko odsłoniętą była na małej przestrzeni. Uważa więc *Buntzen* takie głębokie wyłuszczenie za niebezpieczniejsze od właściwej laparotomii, która otwiera wprawdzie otrzewną, ale jej nie nadwreżą przy oddzieleniu (*separatio*). Z dzisiejszego stanowiska metody przeciwnilnej rozumie się, że nie można już być tego zdania, jak również niejedna operacyja, dawniej odstrasżająca, wydaje nam się dzisiaj łatwą i mało znaczącą.

Co się tyczy w szczególności włókniaków, tych najczęstszych nowotworów ścian brzusznych, to rozwój takowych, zwłaszcza w głębi jamy brzusznej, jest dowodem, że właśnie tkanka podsurowicza, tylna ściana pochewki mięśnia brzusznego prostego i poprzecznego, służą za miejsce uprzywilejowane wytwarzania się takich narośli. Z tego też powodu wydawało się operatorom przy wyłuszczeniu tychże nowotworów, jakoby były zrosnięte z samą otrzewną. Takim przynajmniej przypuszczeniem tłumaczy sobie trudność wydobycia ich bez nadwreżenia otrzewnej. Inaczej występują nowotwory z tkanki mięśniowej wyrastające, bo one zarówno na wewnątrz jak na zewnątrz rozsuwają ściany brzuszne przed sobą. Nakoniec, jeżeli ścianka przednia pochewek mięśniowych, lub powięź skośna, wytwarza takie guzy, to rozwijają się one wyłącznie pod skórą, albo przyjmują nawet kształt polipa.

Wszystkie niemal włókniaki ściany brzusznej zdarzają się u płci żeńskiej i to u kobiet, które już rodziły. Wyłącznie zaś u takowych tworzą się owe

---

1875. VII. p. 121. — *Santesson*. *Dubl. Quarterly Journ.* XX. 1855. — *Beveridge*. *Med. Times and Gaz.* 1870. IV. — *Delamary*. *Fibrome de la paroi abdom. etc. Monit. de sciences etc. Paris.* 1860. II. p. 651. — *Cornils*. *De nonnullis fibromat. etc. Diss. inaug. Kiliae.* 1865. — *Suadicani*. *Ueber Geschwülste in den Bauchdecken etc. id 1875.* — *Senftleben*. *Ueber Fibroid etc. Arch. f. klin. Chirurgie.* I. p. 105. — *Ranker*. *ibid.* XXI. p. 692. — *Wien. med. Presse.* 1867. VIII. p. 813 u. 839. — *Wien. med. Wochenschr.* 1873 i 74. — *Allg. Wien. med. Zeitung.* 1867. — *Szeparowicz*. *Przegląd lekarski.* 1867. — *Sydow*. *Et fal of en större tumor etc. Upsala. Lakare förenings Förhändlingar.* III. 6. p. 649. — *Buntzen*. *Peritoneums Vulnerabilität etc. Hospitals - Tidende* 40 u. 41. pg. 157 u. 161. — *Boyen*. *Om ete praeperitoneale Sousters etc. ibid.* 16 Aarg. p. 177. — *Graetzer*. *Die bindegew. Neubildungen der Bauchwand. Breslau, Inaug. Dissert.*

głębokie, jamę brzuszną mniej więcej wypełniające nowotwory tego rodzaju. Mniejsze zaś i powierzchowne guzy są właściwe mężczyznom, u których wielką miewają one skłonność do wyradzania się w mięsaki.

Przyczyny taki nowotworów są naturalnie ciemne. Ale zasługuje na szczególniejszą uwagę to, że ściany brzuszne i macica mają to samo usposobienie do wytwarzania podobnych do siebie nowotworów, ta ostatnia mianowicie w stanie dziewiczym. Przemawia to za jakimś związkiem fizyologicznym wspólnym obudwu części i tem samym staje się też zrozumiałym wpływ takich nowotworów, tamujący miesiączkę.

Łatwo zrozumieć, że takie guzy dość późno dopiero zwracają uwagę kobiet na siebie i że jeszcze później bywają pokazane lekarzowi. Zwykle ten ostatni miewa sposobność zobaczyć je dopiero wtedy, skoro znacznej dorosną wielkości, po kilkuletniem ich istnieniu, gdy wskutek rozepchnięcia jamy brzusznej i ucisku na trzewia i na naczynia krwionośne stawają się one coraz uciążliwszemi. (Page t widział przypadek, w którym guz ważył aż 44 funty). Prócz tego zmniejszają one miesiączkę aż do zupełnego zawieszenia jej i dokuczają bardzo, sprawiając ból, ku dołowi w kończyny się rozchodzący.

Im rychlej lekarz ma sposobność zbadać takie nowotwory, tem łatwiejszem dlań jest rozpoznanie siedliska w ścianach brzusznych. Przeciwnie zaś, skoro rozległość ich i oparcie się ściśle o ściany miednicy, nie dozwala już wcale poruszania guza razem ze ścianami brzuszniemi (co się zdarza zwłaszcza u dziewic), w takim razie zaczynają się trudności rozpoznania. Będzie tedy chodziło tylko o stale nowotwory jajnika, macicy, ściany miednicy samej i może też nerek. Początek guza ze ściany brzusznej, jakakolwiek byłaby jego natura, nie ulega żadnej wątpliwości, jeżeli chora na zapytanie lekarza utrzymuje, iż w pierwszym okresie jego rozwoju było można poruszać go razem z samą ścianą brzuszną; wszelkie zresztą niekiedy usiłowania lekarza odróżnienia nowotworów jajnika lub ściany brzusznej, daleko posuniętych w swoim wzroście, zostaną daremnymi. Tem łatwiej wypadnie rozpoznanie nowotworów macicznych przez połączone badanie palcami ze strony pochwy lub też kiszki odchodowej, a zarazem i ponad wzgórkem łonowym. Tą samą drogą bez żadnej trudności dojdzie się do przekonania, że guz jakiś wyrósł z kości miednicowych. Nowotwory zaś wyrosłe z nerki samej lub też z tkanki łącznej okołonerkowej, które są rakami i mięśniakami, wyróżniają się przedewszystkiem szybkim bardzo rozwojem i bólami od początku, oraz zawadami w oddawaniu właściwej ilości moczu i mniej więcej niekorzystnym wpływem na ogólny stan zdrowia.

W każdym razie, jeżeli nie zdołamy wyjaśnić sprawy, jesteśmy przynajmniej z dzisiejszego stanowiska chirurgii upoważnieni do otworzenia tak zwanem cięciem próbnem jamy brzusznej i do przekonania się namacalnie o rzeczywistości. W ten sam sposób i ja postąpiłem sobie w przypadku tylko co opisanym.

Włókniaki ściany brzusznej uchodzą za nowotwory niezłośliwe, bo nie powracają po usunięciu ich. Takowe zaś wyluszczenie wykonane przy ścisłem zachowaniu warunków przeciwniejszych zupełnie nie jest niebezpiecznem, nawet mimo otwarcia jamy brzusznej. Wszakże trzeba unikać otwarcia przypadkowego,

żeby otrzewna nie została rozdarta, zamiast przecięta, bowiem w pierwszym razie utrudniłoby się bardzo nałożenie szwu, jeżeliby się całkiem go nie uniemożliwiło. W przypadkach zaś niedosyć jasnych co do położenia jakiegoś nowotworu zrobi się naturalnie operację w sposób ów przezemnie także przyjęty. Mojem zdaniem atoli, nawet w razie niewątpliwego nowotworu głębszych warstw ściany brzusznej, łatwiej jest oddzielić otrzewną ze strony jamy brzusznej bez wspomnianego nadwężenia, aniżeli operować odrazu od zewnątrz w głębi rany, do tego jeszcze zacieśnionej przez nowotwór. Prócz tego ochrania się owym sposobem mięśnie ściany brzusznej niezawodnie lepiej i zapobiega się wytwarzaniu przepuklin, wskutek powolnego świeżych blizn rozciągnięcia.

## II. TĘTNIAK CZĘŚCI BŁONIASTEJ PRZEGRODY SERCOWEJ.

(*Aneurysma partis membranaceae septi ventriculorum*).

opisał **Władysław Mączewski**.

lekarz ordynujący w oddziale dzieci w Szpitalu Dzieciątka Jezus.

Do domu podrzutek, istniejącego przy szpitalu Dzieciątka Jezus, oddana została 11 Marca r. b. Jadwiga Marczewska, mająca podówczas cztery miesiące wieku. Dziecko średnio odżywiane, skóra i błony śluzowe dostępne badaniu blade, tkanki tłuszczowej podskórnej ilość umiarkowana, mięśnie słabo rozwinięte, waga ciała wynosi 5400 grm.. Główka jest prawidłowego kształtu i wymiarów, klatka piersiowa wąska, wydłużona, przy wdechu w dolnym odcinku zapadająca się (*bródaperypneumonia*). W płucach objawy nieżyty grubszych oskrzeli, kaszel dosyć częsty. Przestrzeń zupełnej tępości serca powiększona znacznie w wymiarze poprzecznym, uderzenie wierzchołkowe nie wyczuwalne. Przy wysłuchiwanie zamiast pierwszego tonu znajdujemy szmer skurczowy, podmuchowy, znacznego natężenia, słyszalny prawie z jednakową siłą na całej powierzchni przedniej klatki piersiowej, a nawet dosyć wyraźnie go słycać i z tyłu, w okolicy lewej łopatki; drugi ton serca jest czysty, wyraźny. W miejscu wysłuchiwanie tętnicy płucnej drugi ton jest jakby nieco wzmocniony. Tętno uderza 110 do 120 na minutę, dosyć pełne; sinicy i obrzęków nie ma.

Brzuch nieco rozдутy, śledziona i wątroba nie dają się wyczuć; język zlekka obłożony, błona śluzowa jamy ustnej i gardzieli blada. Wypróżnienia częste, płynne, koloru zielonego, zawierające śluz; mocz oddaje dziecko prawidłowo. Ogólny stan bezgorączkowy, ssanie odbywa się dobrze. Na zasadzie wyżej opisanego postawiłem rozpoznanie: wada serca i nieżyt kiszek. Bliżej określić wady serca nie mogłem z tego powodu, że niepodobna było umiejscowić szmeru, gdyż z jednakową siłą słycałem go na całej przedniej powierzchni klatki piersiowej, a osobliwie po stronie lewej.

W tym stanie przetrwało dziecko mniej więcej do początku Czerwca, kiedy właśnie kaszel znacznie się powiększył, oddech stał się przyspieszonym (do 60 razy na minutę), ciepłota ciała dochodziła do 38,5° C. z rana i 39,5° wieczorem.



Badanie fizykalne klatki piersiowej wykazało oprócz opisanych wyżej objawów ze strony serca, stępienie odgłosu wypukowego z tyłu po stronie prawej, poczynając od grzebienia łopatki na dół; w tem miejscu slychać dużo rzeń trzeszczących (*crepitationes*) i oddech podobny do oskrzelowego. Objawy zapalenia płuc nieżytowego stawały się z postępem czasu coraz wyraźniejszymi i w początkach Lipca wystąpiły i w lewym płucu. Nieżyt kiszek istniał ciągle. W końcu na głowie w okolicy kości potylicowej zaczęły występować ropnie podskórne różnej wielkości. Wreszcie przy objawach znacznego wycieńczenia dziecko zmarło 27 Lipca r. b.

Ogledziny pośmiertne, dokonane przez kol. *Elsenberga* wykazały: *Aneurysma septi membranacei ventriculorum cordis, pneumonia catarrhalis bilateralis, enteritis catarrhalis chronica, obliteratio uretheris sinistri et hydronephrosis.*

Ciało dziecka dziewięciomiesięcznego, płci żeńskiej, mocno wyniszczone skóra blada, nieelastyczna, pofałdowana, tkanki podskórnej tłuszczowej prawie nie ma, mięśnie bardzo blade, słabo rozwinięte i wiotkie. Głowa w okolicy szwu łuskowego pokryta niewielką ilością cienkich włosów, 2 do 3 ctm. długości. W okolicy obu guzowatości ciemieniowych i kości potylicowej znajduje się znaczna ilość ropni podskórnych, tworzących płaskie wzniesienia, wielkości połowyziarnka grochu, do wielkości dwóch groszy miedzianych. Wypływająca z nich ropa jest płynna, szaro-czerwonawa, cuchnąca; kości i okostna w miejscach odpowiednich niezmiennione.

Po otworzeniu klatki piersiowej płuca prawie zupełnie nie opadają, brzegi ich blade, białawe, zaokrąglone, emfizematyczne; pomimo to jednak serce jest odkryte na dość znacznej przestrzeni, tak, że prawie cała przednia powierzchnia prawej komórki i połowa lewej są odkryte; prócz tego do dolnej powierzchni przylega część prawego przedsionka, uchylającego prawe płuco cokolwiek ku górze i na zewnątrz. Prawy brzeg serca leży prawie poziomo na przeponie.

Płuco lewe, w środkowej części luźno przyrośnięte za pomocą błon fałszywych, jest powiększone i w tylnej części dolnego zraza przedstawia rozlane prawie zgęszczenie, ciągnące się wzdłuż kręgosłupa; na przekroju płuco w tem miejscu ciemno-czerwone, gładkie, nie zawiera powietrza i dość łatwo się rozrywa.

Prawe płuco, o połowę prawie powiększone, przedstawia zgęszczenia w tylnych częściach płatu dolnego i części średniego; zgęszczenia są zrazikowe, na przekroju gładkie, białawe, lub blado-różowe; oskrzela w obu płucach, a mianowicie w płucach zmienionych, są napelnione gęstą śluzo-ropną wydzieliną, ich błona śluzowa blado-różowa, zgrubiała, rozpulchniona. Tętnica płucna zmian żadnych nie przedstawia.

W jamie osierdzia znajduje się około jednej uncji żółtawego, przezroczystego płynu surowiczego, osierdzie wszędzie gładkie i błyszczące. Serce ma kształt prawie kulisty, znacznie powiększone w swych wymiarach (długość od podstawy do wierzchołka wynosi 5,3 cm. szerokość przy podstawie 4,6 cm.). W prawym przedsionku, znacznie rozszerzonym, znajduje się dużo pośmiertnych skrzepów, to samo i w prawym uszku. *Foramen ovale* niecałkowicie zarośnięte.

Ścianki obu komórek zgrubiałe. Dla porównania przytaczam wymiary podług Bednara i Bizot'a.

Średnia grubość ścianek serca u noworodków podług Bednara wynosi:

komórka lewa	komórka prawa
0,44—0,68 ctm.	0,34—0,44 ctm.

podług Bizot'a.

	przy podstawie	w środku	przy wierzchołku	
do 4 roku życia u chłopców:	0,67	0,65	0,43	„
u dziewcząt:	0,57	0,63	0,46	„
W naszym przypadku:	1,00	„	0,50	0,60.

W lewej komórce, w środku części błoniastej przegrody międzykomórkowej znajduje się prawie okrągły otwór, leżący pod tylną zastawką półksiężycową aorty. Jego średnica pozioma wynosi 3 mm. pionowa zaś około 2½ mm. Otwór ten prowadzi do jamki, znajdującej się w błoniastej przegrodzie i w trzeciej części zastawki trójdzielnej. Jamce tej, w prawej komórce, odpowiada niewielkie wypuklenie osierdzia. W woreczku aneurysmatycznym znajduje się krew płynna, czerwona; ścianki woreczka są dość gładkie. Ku przodowi od opisanego większego otworu znajduje się drugi mniejszy, przepuszczający za ledwie cienki drut; otworek ten przebija przegrodę błoniastą i pojawia się w prawej komórce, pod zewnętrznym listkiem zastawki trójdzielnej, a właściwie przy zetknięciu się tego ostatniego z przednim listkiem tejże zastawki. Brzegi obu otworów są zupełnie gładkie, zaokrąglone, pokrywające je wsierdzie nie zmienione. Zastawki: dwudzielna i półksiężycowa aorty, nie przedstawiają żadnych zmian. Co się tyczy zastawki trójdzielnej, to listek jej wewnętrzny, zawierający woreczek aneurysmatyczny, jest zgrubiały, nierówny; mięsień brodawkowy, przyczepiający się do tego listka, w górnej swej połowie bliznowato przeistoczony, a jego nitki ścięgniste zrosnięte w jeden dość gruby sznurek. Na zastawkach tętnicy płucnej nie znajdujemy zmian żadnych. Tętnica płucna i aorta prawidłowo ułożone, prawidłowej szerokości, *intima* ich nie zmieniona.

Wątroba nie powiększona, nieco blada. Śledziona powiększona i twarda, ciała Malpighiego mocno rozwinięte.

Lewa nerka nie przedstawia zmian żadnych, prawa przeszło o połowę większa, istota korowa blada, zcieńczała; piramidy bardzo małe, zanikłe, kielichy i miedniczka znacznie rozszerzone i wypełnione mętnym moczem; moczowód odpowiedni w odległości 1 cm. od wnęki zarośnięty.

W kiszkiach cienkich i grubych niezbyt błony śluzowej z powiększeniem gruczołów follikularnych. Gruczoły kręzkowe obrzmiałe.

Narządy płciowe prawidłowe.

Z powyższego opisu widać, że obecność tętniaka części błoniastej przegrody międzykomórkowej i brak w tej ostatniej nie były podejrzewane podczas życia dziecka, a rozpoznanie wady serca opierało się li tylko na istnieniu powiększenia absolutnej tępości serca i przez dłuższy czas obserwowanego szmeru skurczowego, słyszalnego zamiast pierwszego tonu. Innych bowiem objawów to-

warzyszących zwykle wadom serca jak np. sinicy, utrudnionego oddechu, obrzeków i t. p. zupełnie w naszym przypadku nie było (przed wystąpieniem zapalenia płuc), co zresztą łatwo się tłumaczy dość słabo wyrażoną niedomykalnością zastawki trójdzielnej i zupełnem wyrównaniem wskutek znacznego przerostu serca.

R a u c h f u s s <sup>1)</sup> powiada również, że w tych przypadkach braków w przegrodzie międzykomórkowej, w których anamneza była pewną, w pierwszych miesiącach brakowało zwykle sinicy, duszności i t. p., które to objawy występowały dopiero wówczas, gdy wskutek różnych powikłań przeszkody dla czynności prawego serca wzrastały znacznie, lub też siła serca zmniejszała się, z drugiej zaś strony, gdy zmiany następce na otworach i zastawkach, spowodowane przez zapalenie wsierdza, zmieniały stosunki ciśnienia i krążenia krwi w sercu.

Co się tyczy pochodzenia szmeru, to w naszym przypadku zależał on niewątpliwie od tego, że część wewnętrznego listka zastawki trójdzielnej, zajęta przez woreczek tętniakowy, w skutek swojej ciężkości i zmniejszonej ruchomości wytwarzała niedomykalność zastawki trójdzielnej. Do wzmocnienia szmeru przyczyniały się bezwątpienia i nierówności na niej. Wchodzenie bowiem i wychodzenie krwi z woreczka aneurysmatycznego odbywać się musiało w nieznacznym bardzo stopniu i nie mogłoby spowodować szmeru tego natężenia, tem bardziej, że, jak utrzymuje S k o d a, szmer przy przedziurawieniu zupełnem przegrody, wcale nie zależy od tego ostatniego warunku, a od innych wikłających stosunków (*Abh. über Perc. und. Ausc. Wien, 1864*).

Przechodząc do rozwiązania pytania jakiego pochodzenia jest w naszym przypadku brak (*defectus*) w przegrodzie międzykomórkowej i woreczek aneurysmatyczny, wypada mi najpierw zwrócić uwagę na tę okoliczność, że w klasyfikacji braków w przegrodzie sercowej R o k i t a n s k y' e g o pomieszczonej w jego monografii p. t. *„Die Defecte der Scheidewände des Herzens. Wien 1875,“* nie znajdujemy odpowiedniego działu, gdziebyśmy go mogli pomieścić. R o k i t a n s k y bowiem pod *D* (jedyne dział do którego moglibyśmy nasz przypadek podciągnąć), przytacza opis następujący: „Brak w środku przegrody międzykomórkowej; aorta znajduje się na lewo za tętnicą płucną; zachowanie *isthmus aortae*, otwór owalny niezamknięty. *Intima* tętnicy płucnej na przestrzeni od jej wyjścia do podziału na gałęzie zmarszczona.“ W przypadku tym brak znajdował się w części mięśniowej przegrody, a i stosunki głównych pni tętniczych nie były zupełnie prawidłowe. Podobieństwa zatem z opisanym wyżej sercem nie ma zupełnie. Właściwie więc należałoby do schematu R o k i t a n s k y' e g o dodać jeszcze jeden dział, a mianowicie: Braki w części błoniastej przegrody międzykomórkowej. R o k i t a n s k y odrzuca możność istnienia rozwojowych braków w tej ostatniej, zwłaszcza przy prawidłowem ułożeniu i rozmiarach głównych pni naczyniowych i opisuje tylko nabyte wady tej części spowodowane sprawami zapalnymi osierdza.

Inni autorowie, jak R a u c h f u s s (*Gerh. Kind. Krank. B. IV P. 37*), utrzymują, że chociaż w większości przypadków, jak słusznie powiada R o k i-

---

<sup>1)</sup> Gerh. Kind. Krank. B. IV. P. 46.

t a n s k y, braki, uważane za braki części błoniastej przegrody międzykomórkowej, należy zaliczyć do braków w tylnej części przedniej przegrody, w niektórych jednakże przypadkach należy uznać za niewątpliwe, że zdarzają się one i w części błoniastej przegrody, mianowicie, gdy znajdują się w samym środku tej ostatniej. Inne pojmowanie możebnem jest tylko w tych przypadkach, powiada dalej R a u c h f u s s, gdy braki te znajdują się na dolnym brzegu części błoniastej, a tem samem w bliskości górnego brzegu części mięśniowej. Pogląd ten znalazł potwierdzenie w jednym preparacie (R a u c h f u s s szczegółowszej wzmianki o nim nie czyni), w którym górny brzeg szpary był oddzielonym od górnej nietkniętej części błoniastej przegrody, delikatną listewką mięśniową. Lecz i to nie dowodzi jeszcze niczego, przekonano się bowiem że włókna mięśniowe mogą się znajdować i w części błoniastej przegrody międzykomórkowej.

Już od czasów C o r v i s a r t a, L a e n n e c a i B o u i l l a u d ' a (*Gerh. K. Krank. T. IV. str. 40*) zajmowało autorów pytanie o pochodzeniu tych braków, mianowicie: czy powstają one skutkiem zatrzymania się w rozwoju, lub też skutkiem spraw zapalnych, prowadzących do przedziurawienia przegrody. I tak, L o u i s powiada, że na zasadzie tak własnych, jako też i krytycznie rozebranych obcych spostrzeżeń, doszedł do przekonania, że bywają one w ogóle wrodzone.

B o u i l l a u d przeciwnie skłania się do przypuszczenia, że są one następstwem zapalenia wsierdza i mięśnia sercowego, występującego już w późniejszym okresie życia.

R o k i t a n s k y również przytacza we wspomnianej wyżej monografii 6 przypadków braków i aneuryzmatycznych wypukleń części błoniastej przegrody międzykomórkowej. Wszystkie opisane przez niego przypadki miały miejsce u ludzi dorosłych, pomiędzy 27 i 70 rokiem życia. R o k i t a n s k y objaśnia, że powstały one wszystkie skutkiem przedziurawienia przegrody w kierunku od lewej komórki ku prawej, jako następstwo sprawy zapalnej, przy tem nadmienia, że zna tylko jeden przypadek, w którym miał miejsce odwrotny kierunek. Ten ostatni dotyczył 11-dniowego dziecka, przyczem stan taki wytworzył się podczas życia wewnątrzmacicznego, przeciwnie—w wymienionych wyżej 6 przypadkach powstał w późniejszym wieku.

R o k i t a n s k y utrzymuje zatem, że braki, pochodzące wskutek zapalenia wsierdza i mięśnia sercowego, a powstające podczas życia wewnątrzmacicznego, rozpoczynają się w prawej komórce (sercu); ponieważ zaś w naszym przypadku nietylko, że wokół otworu, prowadzącego do jamki aneuryzmatycznej, nie ma śladów zapalenia wsierdza, jak i w ogóle w lewym sercu, ale i za życia nie była zauważona żadna sprawa chorobowa, przypominająca *endocarditis* lub *myocarditis*, zatem musimy przypuścić, że wspomniany brak istniał już podczas życia wewnątrzmacicznego, przez co nie może należyć do kategorii 6 przypadków R o k i t a n s k y ' e g o. Z drugiej znowu strony, opierając się na wiadomym ogólnie fakcie, że podczas życia wewnątrzmacicznego zapalenie wsierdza zdarza się zwykle w prawym sercu, co zaznaczył R o k i t a n s k y, przychodzimy do wniosku, że otwór w przegrodzie, gdyby powstał w następstwie niszczącego zapalenia, prowadziłby z prawego ku lewemu sercu. Tymczasem w naszym przy-

padku mamy wprost przeciwny kierunek. Pozostaje zatem jedno tylko przypuszczenie, a mianowicie, że brak tutaj powstał wskutek niezupełnego wytworzenia przegrody między-komórkowej, mianowicie jej części błoniastej, przy czem niedomknięcie wsierdzia nastąpiło tylko w lewej komórce (wiadomo, że część błoniasta przegrody składa się z dwóch listków wsierdzia wzajemnie się stykających) i już następnie wskutek parcia krwi powstał woreczek aneurysmatyczny. Zapalenie zaś wsierdzia w prawem sercu było rzeczą następczą i późniejszą.

W literaturze znalazłem jeden tylko analogiczny przypadek, opisany przez *Merkel'a* (*Virchow's Archiv. T. 48. str. 488. 1869*), który w krótkości przytaczam. *Merkel* nie znalazł nigdzie opisanego podobnego przypadku. Dotyczył on 11 miesięcznej dziewczynki, u której cierpienie serca nie było zupełnie zauważonem. Oględziny pośmiertne wykazały co następuje: listek trzewiowy osierdzia przy wierzchołku serca zgrubiał i zmętniał na przestrzeni wielkości grosza. Serce powiększone, jamy w ogóle rozszerzone, ścianki zgrubiałe. Wsierdzie w lewym i prawym przedsionku zmętniał i zgrubiał, również i w lewej komórce na przegrodzie międzykomórkowej. Zastawka dwudzielna na swobodnych brzegach zgrubiała, usłana delikatnymi naroślami. Zastawki półksiężycowe aorty nie zmienione. Bezpośrednio pod zastawkami aorty na przegrodzie międzykomórkowej znajduje się brak, wielkości grochu, przez który można dosięgnąć komórki prawej. Na brzegach otworu ślady zapalenia. W prawej komórce widać wypuklenie w przednim listku zastawki trójdzielnej, a także i części przegrody pod nim się znajdującej. Na przednim listku znajduje się otworek, wielkości ziarnka konopnego, ze zgrubiałymi brzegami. Swobodne brzegi przedniego i tylnego listka zgrubiałe i usiane delikatnymi naroślami. Wewnętrzny listek również gruby i silnie skurczony. Tętnica płucna prawidłowa, jej zastawki półksiężycowe zlekka zgrubiałe. *Ductus Botalli et foramen ovale* zarosnięte. Zwężenie lewego moczowodu, i lewostronna *hydronephrosis*. Śledziona powiększona.

*Merkel* przypuszcza, że miał do czynienia z pozostałościami zapalenia wsierdzia, które miało miejsce podczas życia wewnątrzmacicznego. Lecz *Rauchfuss* słuszną robi uwagę (*Gerh. K. Kr. T. IV. str. 42*), że wargi na prawostronnym żylnym otworze (z których powstają listki zastawki trójdzielnej) w końcu 2 miesiąca życia płodowego są jeszcze tak słabo rozwinięte, że w tym czasie powstałe zapalenie wsierdzia na nich przeszkodziłoby najzupełniej wytworzeniu się listków zastawki trójdzielnej. W przypadku zaś *Merkel'a* jak to widać z opisu, są one najdoskonalej wytworzone. Daleko więc sprawiedliwszym, o ile się zdaje, będzie wniosek, że zapalenie wsierdzia wystąpiło już po wytworzeniu się wspomnianych listków i przy istniejącym braku w przegrodzie.

Porównywając przypadek *Merkel'a* z opisanym przez nas, widzimy, że różnica pomiędzy nimi polega na tem, że u *Merkel'a* wejście do woreczka aneurysmatycznego znajduje się i w prawem sercu, mianowicie na zastawce trójdzielnej. Otwór ten powstał prawdopodobnie wskutek przedziurawienia ścianki przez niszczące zapalenie wsierdzia, w naszym zaś przypadku zapalenie nie doszło do tego stopnia nateżenia. Powtórę, różnica zachodzi jeszcze i w tem,

iż u M e r k e l'a brzegi otworu ze strony lewej komórki prowadzącego do woreczka aneuryzmatycznego noszą ślady zapalenia wsierdza, w naszym zaś są zupełnie gładkie, chociaż, jak to już było powiedzianem wyżej, nie dowodzi to jeszcze, ażeby u M e r k e l'a brak w przegrodzie miał być następstwem zapalenia wsierdza. Zresztą wiadomo, że sprawy zapalne około wrodzonych braków są zjawiskiem bardzo zwyczajnem, jak to i R o k i t a n s k y zaznaczył w swej monografii na str. 128. Co się tyczy naszego przypadku, to w ogóle zapalenie wsierdza było słabiej wyrażonem, nic przeto dziwnego, że wsierdzie około braku pozostało niezmienionem.

Jednem słowem wadę znaną w naszym przypadku możemy określić w sposób następujący: W r o d z o n y b r a k w c z ę ś c i b ł o n i a s t e j p r z e c g r o d y m i ę d z y k o m ó r k o w e j, w p o łą c z e n i u z t ę t n i a k i e m t e j z e c z ę ś c i i l i s t k a w e w n ę t r z n e g o z a s t a w k i t r ó j d z i e l n e j, p r z y p r a w i d ł o w e m u ł o ż e n i u i w y m i a r a c h a o r t y i t ę t n i c y p ł u c n e j, w p o łą c z e n i u z p r z e r o s t e m s e r c a, n a s t ę p c z e m z a p a l e n i e m w s i e r d z i a n a z a s t a w c e t r ó j d z i e l n e j i j e j n i e d o m y k a l n o ś c i ą.

## PRZEGLĄD LITERATURY ZAGRANICZNEJ.

Przeгляд niektórych nowszych prac z dziedziny chorób organów oddechowych,  
podał D-r. med. Alfred Sokołowski.

I. *Curabilité et traitement de la phthisie pulmonaire. Leçons faites à la Faculté de Médecine, par S. Jaccoud, Professeur de Pathologie médicale à la Faculté de Paris etc. Paris. 1881. str. 484.*

Professor J a c c o u d, znany zaszczytnie od dawna z szeregu prac naukowych z dziedziny patologii wewnętrznej, ogłosił obecnie obszerną pracę, dotyczącą żywotnej bardzo dzisiaj kwestyi, t. j. leczenia suchot płucnych. Praca ta, jak wszystkie inne poprzedzające, odznacza się gruntowną znajomością literatury danego przedmiotu, a szczególnie niemieckiej, tak bogatej właśnie w kwestyi w mowie będącej, dalej—bogatym materiałem klinicznym, służącym jej za podstawę, oraz pięknym, potoczystym i jasnym stylem, sprawiającym, że dzieło niniejsze czyta się z prawdziwą przyjemnością. Całe dzieło rozpada się na trzynaście rozdziałów.

W dziale pierwszym autor zastanawia się nad pochodzeniem suchot płucnych. Otóż, jak to wiadomo, J a c c o u d był jednym z pierwszych, którzy wprowadzali do Francji poglądy V i r c h o w'a i R e i n h a r d t'a, dotyczące gruźlicy płucnej. J a c c o u d w swoich lekcjach klinicznych, a następnie w znanym podręczniku „Patologii szczegółowej“ wprowadził pogląd dualistyczny na suchoty płucne, starając się obalić teorię unitarną, stale we Francji od czasów L a e n n e c'a panującą. Ostatniemi jednak czasy szczególnie dzięki gruntownym pracom anatomo - patologicznym G r a n c h e r'a, T h a o n'a i C h a r c o t'a, teoria unitarna suchot płucnych znowu zaczęła brać przewagę we Francji, tembardziej, że i prace niemieckich autorów, a szczególnie wielce na tem polu zasłużonego R i n d f l e i s c h'a, również za istotą gruźliczą suchot płucnych przemawiają. J a c c o u d tedy, uznając obecnie w zupełności owe najnowsze prace, zrećźnie wycofywa się ze swoich dawnych poglą-

dów twierdząc, że jeśli z jednej strony anatomija patologiczna wykazała stanowczo unitaryzm suchot płucnych, to z drugiej strony dualizm kliniczny nie został naruszonym i autor stale przy nim pozostaje. Co się tyczy tego ostatniego dowodzenia, to sędzę, że o tem oddawna nikt bliżej pracujący nad suchotami płucnymi nie wątpił, sprawozdawca bowiem niniejszego jeszcze przed pięciu laty w pracy swej o leczeniu suchot płucnych bronił dualizmu klinicznego cierpienia, o którym mowa. W dalszym ciągu pierwszego rozdziału autor omawia możliwość wyleczenia suchot płucnych w różnych okresach, przytaczając na poparcie swoje liczne interesujące spostrzeżenia kliniczne.

W lekcyi drugiej J a c c o u d charakteryzuje pokrótce różne postacie kliniczne suchot płucnych, zastanawiając się nad tem, o ile każda z tych postaci posiada skłonność do uleczenia. Autor przychodzi tu do wniosków powszechnie znanych, że suchoty dziedziczne dają mniejsze prawdopodobieństwo uleczenia niż nabyte, że ostra gruźlica i suchoty diabetyczne są zupełnie zmiernymi postaciami itp. Sprawozdawca sędzi, że jeśli w zasadzie tego rodzaju wywody mają słuszość, to jednakże w praktyce napotyka się na liczne wyjątki od tego prawidła; wyleczenie bowiem, które, nawiasem mówiąc, jest rzeczą bardzo rzadką, zależy w wysokim stopniu od wielu innych jeszcze okoliczności, nietylko od samej postaci i spotykałoby się ono bez porównania częściej, zważywszy, że co najmniej 80% suchot płucnych jest cierpieniem nabytem.

W lekcyi trzeciej autor rozbiera pokrótce niektóre warunki, wpływające na wyleczenie suchot płucnych, właściwie mówiąc, jest to tylko rozbiór niektórych ważniejszych powikłań, np. krwotok, gorączka, objawy krtaniowe i t. p. o ile takowe wpływają na rokowanie.

Od lekcyi czwartej rozpoczyna się właściwy wykład o leczeniu suchot płucnych. Przedewszystkiem w dwóch bardzo obszernych lekcyjach autor opisuje leczenie zapobiegawcze suchot płucnych, zastanawiając się obszernie przedtem nad warunkami wywołującymi konieczność owego leczenia; między innymi autor bardzo gruntownie i obszernie rozbiera kwestyję zaraźliwości suchot płucnych, tak zwaną *ptthisis ab haemoptoe*, etc. Sam rozdział o leczeniu rozpada się na kilka części: o leczeniu powietrzem, wodą itd.; w każdej części podaje autor wskazania i przeciwwskazania, oraz opis pokrótce każdej z tych metod leczniczych. Wogóle rozdział ów jest może obrobionym najlepiej z całego dzieła.

Lekcyja szósta poświęcona jest leczeniu zwykłej postaci suchot płucnych w okresie bezgorączkowym. W dziale tym autor obszernie opisuje kuracyje mleczną, kumysową, leczenie powietrzem, tranem, gliceryną, arsenikiem itd. Rozdział następny jest przeważnie poświęcony gorączce suchotników i leczeniu tejże. Autor przedewszystkiem stara się gorączkę suchotnika podciągnąć pod pewną kategorię, dzieląc ją na trzy rodzaje, tj. na gorączkę gruźliczą (*fièvre de granulation, ou de tuberculisation*), 2) gorączkę zapalną (*fièvre d'inflammation*), 3) gorączkę zależną od owrzodzeń (*fièvre d'ulcération*). Każdą z tych gorączek autor oddzielnie charakteryzuje, pomimo jednakże dość silnej argumentacji, sprawozdawca niniejszego bynajmniej nie jest przekonany; owszem, opierając się również na obszernem pod tym względem doświadczeniu, podział ów uważa za czysto teoretyczny i nieusprawiedliwiony przez praktykę. Najczęściej bowiem mamy miejscowe przyczyny gorączki; i tak, w okresie tworzenia się jam, istniejąca gorączka, którą autor czyni zależną od wchłaniania produktów rozpadowych, najczęściej, zdaniem sprawozdawcy, jest zależną od zapalenia gruźliczego w drugim płucu lub od innych powikłań. Dalej autor bardzo obszernie zastanawia się nad leczeniem przeciwgorączkowym suchot płucnych, przedewszystkiem rekomendując użycie chininy pod postacią podskórnych zastrzykiwań bromku chininy; szczególnie ten ostatni sposób leczenia autor podnosi do znaczenia metody, z której miał otrzymywać znakomite wyniki. Sprawozdawca również, i to od lat wielu, zajmował się kwestyją leczenia przeciwgorączkowego suchot płucnych. W pracy swej

ogłoszonej już w r. 1876 w „*Zeitschrift für praktische Medicin*“ starałem się dowieść na mocy licznych spostrzeżeń, że z użycia chininy w gorączce nigdy nie otrzymujemy dodatnich rezultatów, ponieważ bardzo często przy użyciu dawek cokolwiek większych rujnujemy trawienie chorego, a tem samem przyspieszamy znacznie upadek stanu ogólnego. W następnych latach wielokrotnie znowu powracałem do użycia chininy przy gorączce i to pod postacią zastrzykiwań podskórnych *chinini muriatici*. Zastrzyknięcia te głęboko robione nigdy nie wywoływały ani znaczniejszego bólu, ani stwardnienia, ani ropni w miejscach zastrzyknięcia. Pożytek z nich jednakże również był nieznacznym; nieraz otrzymano wprawdzie obniżenie o kilka dziesiątych, zawsze jedno-dniowe; u innych osobników wpływ był żaden, lub nieraz nawet przeciwnie, nieco większe dawki wywoływały silne zawroty, szum w uszach itp. przypadłości, bardzo niepokojące chorego. Ostatecznie zarzuciłem użycie chininy zupełnie, gdyż wartość jej w porównaniu z alkoholem w połączeniu z ciepłymi okładami była niesłychanie małą. Zachęcony opisami J a c c o u d'a, chociaż bez wewnętrznego przekonania, w ostatnich czasach zacząłem u gorączkujących suchotników w moim oddziale w szpitalu Ś-go Ducha używać wstrzykiwań bromku chininy, stosując się w zupełności do jego przepisu. Przyznać muszę jednak, pomimo że zastrzykiwałem dość znaczne dawki, po granów ośm podskórnie, nie mogłem mimo szczerej chęci spostrzedz jakichkolwiek dodatnich wyników z owej metody. Zaniechałem więc ją znowu, tembardziej, że środek ów jest drogi i ostatecznie oprócz różnych trudności technicznych przy zastrzykiwaniu (ogrzewanie itp.) nie przedstawia żadnej wyższości nad chlorkiem chininy.

W dalszym ciągu autor opisuje inne metody leczenia gorączki, a więc leczenie alkoholem, kwasem salicylowym, za pomocą wziewań kwasu karbolowego i t. p. J. stara się całą rzecz ściśle systematyzować, wynajdując, a przynajmniej starając się wynaleźć, oddzielne wskazanie i przeciwwskazanie dla każdej z tych metod. Jest to, zdaniem naszym, jeszcze rzeczą przedwczesną i nie sądzę, aby praktyka usprawiedliwiała owe za zbyt teoretyczne wywody profesora J a c c o u d. W dalszym ciągu autor zastanawia się nad krwotokiem płucnym, krwiopluciem, jego znaczeniem i leczeniem. Przy obfitem krwiopluciu autor na pierwszym miejscu, i to zdaniem sprawozdawcy bardzo słusznie, stawia makowiec i jego przetwory, przy upartych i znacznych krwotokach zaleca ipekakuanę, środek ulubiony francuzki, a w wielu razach, jak to miał sposobność przekonać się sprawozdawca, istotnie rzetelne oddający usługi.

W rozdziale tym, zresztą bardzo dobrze opracowanym, uderza nas dziwne zdanie, znajdujące się na stronie 259: *Si par exception (je n'en ai vu jamais) une haemoptysie apyrétique antérieure à la période d'excavation était d'emblé assez abondante* i t. d. Miałem sposobność i to wielokrotnie widzieć tego rodzaju obfite krwotoki w okresach wczesnych suchot płucnych i sądzę, że każdy z praktyków łatwo takie przypadki sobie przypomni. Przystępując w rozdziale dziesiątym do rozbioru leczenia suchot płucnych za pomocą wód mineralnych, słusznie powiada, że chociaż nie wywierają one żadnego działania swoistego na wytwory gruźlicze, działają one jednakże na stan ogólny, na szybkość przemiany materii jednym słowem działają zasadniczo na cały ustrój, działanie bowiem owo zależy nietylko od zawartych w wodzie środków mineralnych, ale jednocześnie i od zbioru innych czynników, t. j. klimatu, warunków higienicznych i t. p. Przy opisie warunków leczniczych miejscowości kuracyjnych autor z wielką słusnością napada na istniejące dotychczas u wielu wód wziewalnie (*inhalatorium*) wspólne dla wszystkich chorych, sposób, który autor nazywa *une pratique aussi dangereuse que repugnante*. Wody mineralne, zalecane suchotnikom, dzieli J. na trzy oddzielne grupy. 1) Grupa pierwsza, do której kwalifikują się plujący krwią, suchotnicy z nadmierną wrażliwością; Ems i Soden są typami tej grupy, wpływ bardziej pobudzający posiadają Ischl i Royat. Do tejże grupy



zalicza autor również wody wapniste Lippersinge i Weissenburg w Szwajcaryi.

Do drugiej grupy wód kwalifikuje autor chorych przedstawiających nieznaczny stopień tak zwanych suchot torpidnych, bez gorączki, z nieznacznym usposobieniem krwotocznym. Do tej grupy zalicza autor wody siarczano-sodowe, słono-azotowe (*salino-azotique*) oraz arsenikalne, a więc St-Honoré, Amélie—les—Bains, Vernet, Penticosa (w Pirenejach) a wreszcie szczawy arsenikalne Bourboule i Mont-Doré. W grupie tej wód mamy również ważny czynnik t. j. wyniosłość nad poziom morza, gdyż ostatnia z tych miejscowości t. j. Mont-Doré leży przeszło 1000 metrów nad poziomem morza.

Do trzeciej grupy wreszcie autor kwalifikuje tak zwane suchoty torpidne, bezgorączkowe, bez usposobienia do krwioplucia. Do grupy tej autor zalicza wody siarczane pirenejskie, Eaux Bonnes, Luchon, Caunterets i t. p.

Podział ów Jacouda, chociaż pozornie racjonalny, jest zdaniem naszym, podziałem bardziej teoretycznym, a mało praktycznym; i tak w grupie trzeciej pomieścił on wody siarczane pirenejskie. Otóż chociaż autorowie francuzcy zajmujący się suchotami płucnymi, a szczególnie Pidoux, źródłom tym przypisują wielką wartość, sądzą jednakże, że wartość ta polega jeżeli nie jedynie to przeważnie na ich znacznym wzniesieniu ponad morze są to bowiem stacje górskie *par excellence* i ztąd ich wartość dodatnia przy leczeniu suchot płucnych. Co się tyczy wód siarczanych to nie sądziłbym, aby wpływ ich był wielce zbawiennym na suchotników; przeciwnie czytając opis działania tych wód u suchotników, podany w dziele zktąd inąd bardzo znakomitem Pidoux (*Etudes sur la phthisie*) sądziłbym, że one, wywołując silne przekrwienie płuc, prędzej ujemny aniżeli dodatni wpływ wywierają, wreszcie, że z fałszywego wyjaśnienia owego faktu autorowie francuzcy, jak to właśnie czyni Jacoud, uważają miejscowości owe jako przeciw skazane u suchotników nieco wrażliwszych lub skłonnych do krwioplucia. Zdaniem naszym, opartem na licznym pod tym względem doświadczeniu w Goerbersdorfie, oraz spostrzeżeniach w innych stacjach górskich, a szczególnie Davos, miejscowości powyższe wcale nie są przeciwskazane, lecz przeciwnie mogą wywierać istotnie rzetelną korzyść u tego rodzaju chorych, jeśli zaś co ma być u nich przeciwskazaniem, to użycie owej wody siarczanej.

Ostatni rozdział dzieła, bardzo obszerny, bo niemal czwartą część całej pracy obejmujący, poświęcony jest leczeniu klimatycznemu suchot płucnych. Autor przede wszystkim poddaje gruntownemu rozbirowi klimat górski i jego znaczenie przy leczeniu suchot płucnych, opierając się głównie na swych własnych spostrzeżeniach, robionych w Davos; klimat górski autor słusznie uważa za niemal specyficznie działający przy leczeniu suchot płucnych; pod tym względem dzisiaj, zdaje się, że zdania różnorodnych autorów mniej więcej się zgadzają; również słusznie Jacoud kładzie nacisk na długi pobyt w górach tak zwany przez niego „résidence fixe”; autor nazywa to swoją własną i nową metodą. Wydaje się nam to niezmiernie dziwnem, dość bowiem przejrzeć prace dotyczące leczenia suchot płucnych Brehmera, Diltweillera, oraz sprawozdawcy, aby się przekonać, że oddawna już z wielkim naciskiem w Niemczech zwracano na to uwagę; najlepszym tego dowodem jest zakład leczniczy Goerbersdorfski, gdzie chorzy nieraz lata całe przebywają i gdzie w istocie, jak to sprawozdawca wielokrotnie obserwował, a głównie na sobie samym doświadczył, jedynie bardzo długi pobyt jest w stanie przynieść nie chwilową a rzeczywistą i stałą poprawę cierpienia. Przy opisie stacyj górskich, autor szczególnie zaleca St. Moritz w Szwajcaryi, obserwacje robione w tej stacyi nie mogą mieć zdaniem naszym dodatniej wartości, właśnie w znaczeniu nadawanem przez Jacouda—pobyt bowiem w St. Moritz, o ile mi wiadomo, ogranicza się dotychczas na kilku miesiącach letnich. Za to Davos i Goerbersdorf jedynie dotychczas mogą służyć pod tym względem za istotny kamień probierczy, bo chociaż

z obu tych miejscowości dotychczas pracy statystycznej nie posiadamy, to jednakże istnieje liczny kazuistyczny materiał wielokrotnie ogłaszany i stwierdzający stanowczo wartość dodatnią leczniczą tych miejscowości. Przechodząc do opisu stacyj klimatycznych również z wielką słuszością krytykuje ujemne ich strony, a szczególnie Rivieri; Algier podług autora i Madera przedstawiają ze stacyj położonych na równinie najlepsze warunki. Co się tyczy tej ostatniej to J. staje w dziwnej sprzeczności z autorami angielskimi, mającymi pod tym względem dość doświadczenia, a szczególnie ze znanym specjalistą chorób piersiowych Williamsem, który za pomocą pracy statystycznej bardzo ciekawej, widocznie autorowi nieznaney (*Influence of climate in pulmonary consumption by Ch. Th. Williams. London 1877*) wartość leczniczą Madery wielce zdyskredytował.

Jedna rzecz uderza nas jeszcze w wykładzie prof. Jaccoud, oto że przy tak obszernym i gruntownym wykładzie nic nie wspomina o podróżach morskich jako środka leczniczym przy suchotach płucnych. Środek ten zasługuje w istocie na bliższą uwagę i jest szczególnie zalecanym w Anglii (począwszy od Gravesa), gdzie pod tym względem istnieje obszerna kazuistyka; nawet i we Francyi niedawno temu ogłoszona była wielce godna uwagi rozprawa Rochard'a. Sprawozdawca, mający pod tym ostatnim względem niewielkie doświadczenie, jednakże posiada kilka obserwacyj z wielką korzyścią przemawiających za tą metodą leczniczą. Godziło się więc zdaniem naszym i tę metodę poddać krytycznemu rozbirowi.

Taka jest treść najnowszej pracy prof. Jaccoud. Pomimo usterek, które staraliśmy się wykazać, pomimo zbytecznej może rozwlekłości, praca ta zasługuje na bliższą uwagę i sądzę, iż może być odczytaną przez lekarzy praktyków z wielką korzyścią i przyjemnością.

\* \* \*

*II. Zur klimatischer Behandlung der Lungenschwindsucht. Ein Vortrag von Professor Loomis in New-York übersetzt von Prof. Benecke. 1881.*

Jest to bardzo interesujący odczyt, stwierdzający wysoką doniosłość leczenia suchot płucnych klimatem górskim. Autor, po krótkim streszczeniu swych poglądów na suchoty płucne, opisuje wyniki leczenia suchotników w miejscowości zwanej Adirondack w stanie New-York. Miejscowość ta jest wzniesiona od 1500 do 2000 stóp nad poziom morza, przedstawia płaszczyznę szeroką na 100, a długą na 150 mil angielskich; na tej przestrzeni znajduje się około 2000 mil kwadratowych, porosłych lasem, głównie iglastym. Chorzy prowadzą latem życie koczujące, przebywając noce pod namiotami. Klimat w zimie jest surowy; roztopy nigdy nie występują przed Marcem, ilość dni śnieżnych i mglistych zimą przeważa nad dniami o niebie pogodnem. Autor w rezultacie zestawia ciekawą kazuistykę dwudziestu przypadków leczonych w tejże miejscowości, dokładnie obserwowanych (między innymi podaje własną swoją historję choroby). Z tych 20-stu 10-ciu wyzdrowiało. 6-ciu doznało poprawy, 2-ch nie doznało poprawy, a 2-ch zmarło. W przypadkach, w których nastąpiło wyleczenie, cierpienie było natury kataralnej, niezbyt rozległe i niedawnego pochodzenia. W rezultacie autor przychodzi do wniosku, że „większość suchotników w zimnym klimacie prędszą i skuteczniejszą poprawę osiągnąć może, aniżeli w ciepłym i że poprawa w miesiącach zimowych szybciej na jaw występuje aniżeli latem“.

(D. n.)

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

### I. *Pityriasis rosea* (Gibert); *Pityriasis maculata et circinata* (Bazin).

D-r G. Behrend na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego w Berlinie, miał interesujący wykład o mało dotychczas opisywanej i znanej chorobie skórnej — *Pityriasis rosea* — który to wykład ośmielamy się podać Czytelnikom Gazety w streszczeniu.

W r. 1860 opisał Gibert po raz pierwszy oddzielną chorobę skóry i nadał jej nazwę *Pityriasis rosea*. W r. 1868 Bazin opisał to same cierpienie skóry pod nazwiskiem: *Pityriasis rubra acuta maculata et circinata*, a Hardy nadał jej nazwę: *Pityriasis circinata*. W kilka lat później, więcej szczegółowe wzmianki o rozwoju i przebiegu tej choroby podali: Horand (1875), Metton (1878), Nicolas (1880), wszyscy autorowie francuzcy i Duhring (1880) z Filadelfii, który pewne poglądy przytoczonych autorów zmodyfikował i uzupełnił. Również wzmianki o tem cierpieniu z r. 1874 i 1876 znajdujemy u Diday'a i Doyon'a, a także u Rendu'ego. Z przytoczenia powyższego okazuje się, że dotychczas opisywali *Pityriasis rosea* tylko (z wyjątkiem Duhringa) autorowie francuzcy. Jednakże Behrend nie zgadza się ze zdaniem tych ostatnich, którzy utrzymują, że to cierpienie skóry dawniejszym lekarzom zupełnie nie było znane. I tak, zdaniem B. opisana w dziele Williana'a (1806) *Roseola annulata*, przedstawiona na odpowiedniej tablicy kolorowanej, zdaje się być niczem innym, jak tylko *Pityriasis rosea*. Również Wilson podaje opis *Roseola annulata*, opis ten zdaje się żadnej wątpliwości nie pozostawiać, że miał Wilson przed sobą *Pityriasis rosea*. Oto jego opis: „Cierpienie skóry przedstawia się pod postacią plam okrągłych, mających w średnicy około  $\frac{1}{4}$  —  $\frac{1}{2}$  cala i gdy plamy rozszerzają się na obwodzie, to w pośrodku bledną, w skutek czego powstają duże pierścienie. Pierścienie te stopniowo powiększają się i mają w średnicy około 1—2 cali, są ciemno-różowej barwy — a w skutek przemiany wstecznej przyjmują więcej zabarwienie żółto-zielonawe, jakby powstałe po uderzeniu“. Jako cechujący objaw tego cierpienia podaje Wilson, że choroba szerzy się z górnych części ciała na dolne, jak to i w przypadkach przez Behrend'a opisanych miało miejsce.

Podczas gdy we Francyi *Roseola annulata* zupełnie podobnie opisaną była przez Cazenave'a i Schedel'a (1838), Rayer (1837), który nie uznawał różyczki (*roseola*) za oddzielną formę chorobową, ale uważał ją jako pewną odmianę rumienia (*erythema*), przyjął, że i *Roseola annulata*, powinna być uważaną jako *Erythema annulatum*, a więc jako jedna z pierwszych okresów rozwoju *Erythematis exudativi multiformis*. Hebra, który opierał się na opisie Rayer'a, poparł to zdanie, w skutek czego we wszystkich prawie dziełach angielskich i amerykańskich *Roseola annulata* Williana'a została wyłączoną. Również nie znajdujemy opisu tej choroby u autorów niemieckich i to nietylko w podręcznikach o chorobach skórnych, ale także w najnowszej literaturze dzienników i archiwów. Ztąd to pochodzi, że Gibert, Bazin i Hardy sądzili, iż mają przed sobą nie opisaną dotychczas chorobę skóry, a właściwie mówiąc nadali poprzednio opisaną tylko nową nazwę.

Behrend, który za różyczką (*roseola*) uznaje tylko wysypki zapalne (*roseola syphilitica*, *r. typhosa*), a plamy pojedyncze, z przekrwienia powstałe, zalicza do rumienia (*erythema*) — radzi *Pityriasis rosea* nazywać *Roseola furfuracea herpetiformis*.

Zanim przytoczymy ogólne uwagi, odnoszące do *Pityriasis rosea*, pozwalamy sobie podać w streszczeniu opis 5 przypadków tego cierpienia, spostrzeganych przez Behrend'a, a to żeby ułatwić Czytelnikowi zrozumienie całego procesu

na skórze się odbywającego i poczynić wnioski, jakie przytoczone poniżej przypadki nastąpić mogą.

**S p o s t r z e ż e n i e I.** NN, 22 lat licząca, zupełnie zdrowa, była po raz pierwszy badana przez B. d. 9 Marca z. r.. Przed 8 dniami na skórze poniżej prawego obojczyka, ebora zauważyła mocno swędzącą plamę. Po dwóch dniach plama w środku zbladła wskutek czego przyjęła kształt pierścienia, który szybko się rozszerzał i po 8 dniach znikł dobrowolnie, pozostawiwszy tylko na skórze lekkie brunatne zabarwienie. W kilka dni po powstaniu pierwszej plamy na rozmaitych miejscach ciała wystąpiły nowe liczne plamy, które nieco swędzenia spowodowały i jak się zdaje, plamy te wystąpiły bez gorączki. Przy badaniu znaleziono na szyi, tułowiu i na kończynach liczne ostro odgraniczone plamy, od wielkości soczewicy do wielkości bobu dochodzące, już to zupełnie okrągłe, już też podługowate, czerwono-różowej barwy, nieco wyniesione ponad powierzchnię skóry i pokryte nader drobnymi szarymi, łuskami naskórka, które dosyć mocno się trzymały, a przy przeciąganiu palcami dawały uczucie pewnej szorstkości. Najliczniej plamy były rozrzucone na szyi i na tylnych powierzchniach obu ud, od fałdy pośladkowej aż do dołu podkolanowego, w których to miejscach położone były jedna obok drugiej, dotykają się brzegami nie straciły jednak formy plam.

Oprócz tego znajdowały się bardzo liczne plamy rozrzucone na skórze okolic nadobojczykowych, piersiowych, na łopatkach i między łopatkami; na pozostałej części tułowia i na kończynach górnych, tylko pojedyncze dawały się spostrzegać plamy; twarz, ręce i nogi, a także skóra głowy, pokryta włosami, wolną była od wysypki, w obu dołach pachowych pomiędzy włosami znajdowały się dosyć duże plamy.

Przy badaniu mikroskopowym łusek żadnych grzybków nie znaleziono. Leczenie zasadzało się na pędzlowaniu plam słabym roztworem sublimatu w alkoholu i glicerynie.

W tydzień po takim leczeniu w bardzo wielu miejscach plamy poznikwały, a w innych zaś pobladły po środku. Na miejscach nie leczonych również zauważono poblednięcie wysypki, plamy jednak się powiększyły, a przez przemianę wsteczną, która odbywała się w pośrodku plamy, zamieniły się na pierścienie. Jeszcze w 8 dni później — plamy na miejscach leczonych prawie zupełnie znikły, na miejscach nieleczonych zmieniły barwę z ciemno-różowej na blado-żółto-czerwoną, przyczem prawie wszędzie można było zauważyć rozprzestrzenienie się plam na obwodzie dawnych, z przemianą wsteczną, po środku plamy zachodząca.

**S p o s t r z e ż e n i e II.** Ośmioletnia córka nauczyciela gimnazjum, przy lekkich objawach gorączkowych, spostrzegła na szyi, tułowiu, kończynach dolnych i górnych, wysypkę plamistą; gorączka po wystąpieniu wysypki ustąpiła. Plamy były barwy ciemno-czerwonej, po kilku dniach wystąpiły ponad skórę i pokryły się drobnymi łuszczykami, dosyć mocno się trzymającymi, które jednak paznogciem zeskrobać się dawały bez wywołania krwawienia. W pierwszej chwili część wysypki przedstawiała wiele podobieństwa do wysypki odrowej, ale brak wszelkich innych objawów pozwolił na wyłączenie odry. Po kilku dniach w pośrodku plam rozwinęła się przemiana wsteczna, wskutek czego przyjęły one postać pierścieni. Wysypka nie rozprzestrzeniała się i przy umywanu spirytusem mydlanym szybko ustąpiła.

**S p o s t r z e ż e n i e III.** Czeladnik kuśnierski, 18 lat liczący, dotknięty został wysypką plamistą, która przyjętą została za odrę, ponieważ w domu gdzie zamieszkiwał u majstra, wszystkie dzieci chorowały na odrę. Wysypka nie swędziała i wystąpiła bez gorączki. Plamy były bardzo liczne, blado-różowej barwy, bardzo nieznacznie ponad powierzchnię skóry wyniesione i skąpo

łuskami pokryte; były one rozrzucone przeważnie na szyi, tułowiu, w mniejszej ilości na powierzchniach zgięcia kończyn górnych. Brak gorączki, objawów nieżytu oskrzeli i łącznicy, wygląd wysypki, pozwalały wyłączyć odrę. Łatwiej można było pomyśleć, że ma się do czynienia z wysypką różyczkową przymiotową, w danym jednak przypadku brak było wszelkich objawów (pierwotne stwardnienie, *angina*, obrzmienie gruczołów, wypadanie włosów) uzasadniających to przypuszczenie. Również nie można było przyjąć wysypki za wywołaną środkami lekarskimi, ponieważ występuje ona zawsze z mniejszą lub większą gorączką, a co ważniejsze w danym przypadku, żadnych leków chory nie używał. W kilka dni później powstawały w posrodku plam, mianowicie na skórze brzucha umiejscowionych, wsteczne przemiany, przez co utworzyła się wysypka pierścieniowata. Przy wcieraniach mydła szarego wysypka wkrótce ustąpiła.

**S p o s t r z e ż e n i e IV.** Kobieta, lat 32 licząca, dotknięta została wysypką mocno swędzącą i umiejscowioną na szyi. Były to plamy czerwono-różowe, wystające, drobnymi łuskami pokryte, od wielkości grochu do bobu; były one głównie rozprzestrzenione na karku na granicy włosów i w okolicy nadobojczykowej. Również na szyi spostrzedz można było kilka oddzielnych wyrzutów pod postacią pierścieni. Zalecono wcierania spirytusu mydlanego. Po kilku dniach wystąpiły świeże plamy, przeważnie rozrzucone na skórze grzbietu, a mianowicie między łopatkami, od wielkości prosa do soczewicy, bardzo słabo różowego koloru; nieco większe plamy okazały się na piersiach poniżej obojczyków i w okolicach obu piersi. Pojedyncze plamy rozrzucone były: w dołach pachowych gdzie zauważono kilka większych wykwitów pod postacią pierścieni.

W rozłożeniu wysypki w niektórych miejscach można było spostrzedz pewną symetryczność. Przy poszukiwaniach mikroskopowych łusek nigdzie nie znaleziono grzybków. Po wcieraniach spirytusu mydlanego nastąpiło obfite łuszczenie, pomimo jednak przedłużonego przemywania występowały świeże plamy po 2—3 dniach i pokrywały się drobnymi łuszczkami. Niektóre plamy zupełnie znikły, inne ulegały przemianom wstecznym tworząc pierścienie.

Brak zupełny wszelkich tworów grzybkowych nie pozwalał na przyjęcie rozpoznania choroby jako *herpes tonsurans*. Niektóre wykwitki pozbawione łuski pozwalały na przypuszczenie że mamy do czynienia z wysypką różyczkową przymiotową, w danym jednak przypadku sam przebieg pojedynczych wykwitów i brak innych objawów przymiotu, rozpoznania tego nie potwierdzał.

**S p o s t r z e ż e n i e V.** Siedmioletni chłopiec zachorował około 10 Marca na wysypkę, która wystąpiła na plecach. Ogólny stan chorego był bardzo dobry, żadnej gorączki przy wystąpieniu wysypki nie zauważono. Wysypka przedstawiała się pod postacią plam, przeważnie i najliczniej na plecach i na łopatkach umiejscowionych. W mniejszej ilości była wysypka na piersiach i brzuchu. Na lewej łopacie spostrzedz się dawał pierścień czerwony w średnicy około 3—5 ctm. mający, w posrodku na ciemno zabarwiony; w kilka dni (4) pierścień ten znikł. Powstawały jednak liczne nowe pierścienie, mianowicie na skórze między łopatkami, mające średnicy 1,5 do 3,5 ctm.; były one nieco ponad powierzchnię skóry wyniesione. Około 3 Kwietnia poprzednia wysypka pierścieniowata znikła, pozostawiając niekiedy na skórze zabarwienie czerwono-żółtawe. Spostrzegano też wysypkę, która po 8 dniach nie ulegała jeszcze żadnej zmianie; w innych zaś miejscach pierścienie wysypki zlewały się z sąsiednimi pierścieniami, wskutek czego powstawały na skórze gzygzakowate figury. Wysypce towarzyszyło swędzenie. Przy badaniu mikroskopowym zeskrobanych łusek nie znaleziono grzybków. Jeżeli teraz zestawimy powyżej podane szczegóły, to dojść musimy do wniosku, że *pityriasis rosea* jest cierpieniem skóry nie pasorzytowego pochodzenia, charakteryzującym się przez wystąpienie wykwitów od wielkości lepka od szpilki do wielkości

grochu lub bobu, formy okrągłej albo podługowatej, czerwono-różowej barwy, wyniesionych nieco ponad powierzchnię skóry i pokrytych mocno trzymającymi się łuskami; tak w pierwszej chwili powstawania, jakoteż w okresie rozwoju połączona bywa z dosyć mocnym swędzeniem.

Zwykle przy wystąpieniu wysypki i podczas samego jej trwania nie istnieje ani stan gorączkowy, ani jakiegokolwiek ogólne zaburzenie organizmu.

Najobficiej rozrzucona jest wysypka na szyi, w okolicy podobojczykowej, na łopatkach, daleko zaś w mniejszej ilości znajduje się zwykle na pozostałej części tułowia i na kończynach; twarz, skóra głowy pokryta włosami, jako też ręce i nogi prawie zawsze są wolne od wysypki.

Wkrótce po wystąpieniu wysypki daje się zauważyć na pojedynczych plamach dwojaka przemiana: albo cała plama blednie równocześnie i przyjmuje odcień ciemno-żółtawy, pojedyncze plamy zanikają i przestają wystawać ponad powierzchnię skóry, a na miejscu tych plam powstaje drobne łuszczenie się naskórka, albo powstaje przemiana wsteczna tylko w połowie plamy i szerzy się coraz bardziej ku obwodowi, wskutek czego tworzy się z istniejącej plamy rodzaj pierścieni i kół, które w środku mają skórę albo barwy zwykłej lub lekko zabarwioną, wysypka zaś rośnie ku obwodowi i po pewnym czasie sama zanika. I wtedy jednak widzimy zwykle miejsce słabo zabarwione, otoczone wałem nieco ciemniejszego koloru, możemy więc jeszcze wtedy rozróżnić czy mieliśmy tylko wysypkę plamistą, czy też pierścieniową.

Jeżeli kilka pierścieni spotyka się ze sobą, wówczas powstają nieregularne figury, często napotykanne w łuszczycy, lub *erythema multiforme* i w niektórych przypadkach wysypki przymiotowej. Zwykle u jednego chorego napotykamy wszystkie powyżej opisane postacie wysypek w najrozmaitszych okresach przemian wstecznych.

B e h r e n d powiada, że zanim dokonał poszukiwań mikroskopowych, sądził, że ma do czynienia z *herpes tonsurans maculosus* i dlatego bardzo prawdopodobnem jest, że bardzo wiele przypadków uznawanych za *herpes tonsurans* okazałoby się po bliższem badaniu tylko wysypką, należącą do *pityriasis rosea*. I że rzeczywiście niejednokrotnie omyłka w rozpoznaniu miała miejsce, dowodzą tego liczne przypadki B e h r e n d'a, które pierwotnie uznane były za *herpes tonsurans*; a dopiero pewna nieprawidłowość w przebiegu choroby (np. gdy skóra powierzchni grzbietowej rąk, twarzy i skóra głowy pokryta włosami była wolną od wysypki) zwróciła szczególną uwagę autora, bo wiadomem było, że grzybek *trichophyton tonsurans* najlepiej się rozwija w tych miejscach.

W spostrzeżeniu 4-em można było widzieć wysypkę na granicy włosów — a cierpienia włosów wcale nie było. Kiedy przeciwnie przy *herpes tonsurans* włosy najczęściej cierpią. Oprócz tego w takich przypadkach, gdzie rozpoznano *herpes tonsurans maculosus* uderzało, że choroba nie przenosi się na drugie indywiduum, jak to zwykle ma miejsce, więc i wtedy niewątpliwie była *pityriasis rosea*.

B e h r e n d zwraca uwagę na nadzwyczaj szybkie rozprzestrzenianie się w danej miejscowości *herpetis tonsurantis*, tak, że np. jedno dziecko w szkole dotknięte tą chorobą szybko udziela jej znacznej liczbie innych dzieci, tymczasem w przypadku piątym chłopczyk żył w pośród licznej rodziny, spał razem z ojcem podczas całego przebiegu choroby, a pomimo tego u nikogo nie dało się odkryć najmniejszych śladów choroby *pityriasis rosea*.

Wreszcie wysypka przy *herpes tonsurans maculosus* szerzy się ciągle, zaś przy *pityriasis rosea* dobrowolnie bez leczenia ginąć może.

B e h r e n d przypuszcza, że pomimo, iż mu się nie udało odkryć grzybków w łuskach zdjętych z wysypki *pityriasis rosea*, to jednak wyznać musi, że choroba ta czyni wrażenie choroby paserczytnej, a mianowicie sposób szerzenia się wysypki z miejsc wyższych na niższe, rozszerzanie się obwodowe plam

i pierścieni. Behrend jednak otwarcie wyznaje, że poszukiwania jego nie są skończone i powiada, że gdyby istotnie udało mu się wykryć obecność grzybków, przybyłaby nam forma choroby skórnej pasorzytnej — w dotychczas jednak spostrzeganych przypadkach zdaje się nie ulegać wątpliwości, że choroba w spostrzeżeniach pojedynczych opisana niemoże być uznana za identyczną z *herpes tonsurans* i że raczej autor miał do czynienia z samodzielną chorobą skórną, która wcale do chorób rzadkich nie należy.

Wykwity pojedyncze zwykle trwają od 8—10 dni, lecz nowa wysypka jednocześnie powstająca przedłuża cały przebieg choroby od 4—8 tygodni; *pityriasis rosea* zniknąć może dobrowolnie, jak tylko przestaną się okazywać świeże wykwity, taki przebieg opisany jest w spostrzeżeniu 5.

Nie ulega bowiem wątpliwości, że zapomocą pewnych leków (roztwór alkoholiczny sublimatu) przyspieszyć można zniknięcie wysypki.

Co się tyczy przyczyn powstawania tej choroby, to dziś nic stanowczego nie da się powiedzieć.

Ale z powyższymi poszukiwaniami Behrenda stoją w sprzeczności poszukiwania Metton'a, który utrzymuje, że w badanych łuskach naskórka znaleziono bardzo znaczną ilość zarodników (*spora*), jednak bez grzybni (*mycelium*). Były to zarodniki, jakie spostrzegał Metton i na łuskach zwykłej pryszczycy i innych chorób skórnych, zdaniem jednak Behrenda są one raczej zupełnie przypadkowe i nie mogą być uznawane za będące w jakimkolwiek związku z procesem chorobowym nas zajmującym.

Przytacza też Behrend badania D-ra Beśnier z Paryża, który przy poszukiwaniach dokonanych nad wysypką *pityriasis rosea*, miał znaleźć zarodniki; znajdowały się one w głębi naskórka. Zarodniki co do wielkości odpowiadały zarodnikom *microsporon furfur*: leżą one jednak porozsypywane, a nie jak te ostatnie w gromadę zebrane, podczas gdy grzybnie (*mycelium*) były w małej ilości, zwykle dosyć grube i tylko w wyjątkowych przypadkach były cienkie jak przy *eczema marginatum*.

Ze względu na te poszukiwania należałoby przyjąć, że mamy do czynienia z nową formą choroby skórnej pasorzytnej pochodzenia, która zdaje się bardziej zbliżać do *pityriasis versicolor* aniżeli do *herpes tonsurans*.

Jakkolwiek przyjąć musimy, że *pityriasis rosea* należy do chorób z łagodnym przebiegiem i że bez leczenia zniknąć może, to niejednokrotnie atoli następuje pewne trudności w rozpoznaniu. Jaka zachodzi różnica pomiędzy *herpes tonsurans* a *pityriasis rosea* dostatecznie już powyżej wykazano.

Z innych chorób skórnych wątpliwość może zachodzić jeszcze co do różyczki przymiotowej i łuszczycy.

Różyczka przymiotowa różni się od wysypki *pityriasis rosea* tem, że barwa jej jest ciemno-czerwona, nie towarzyszy jej swędzenie, nie jest pokryta łuskami, zwykle i najobficiej rozrzucona jest na skórze brzucha i piersi, gdy tymczasem wysypka *pityriasis roseae* poczyna się najczęściej na szyi i najwięcej miesi się na łopatkach i poniżej obu obojczyków, barwy różowej, towarzyszy jej swędzenie i pokryta jest łuskami.

Prócz tego chorobie przymiotowej towarzyszą zwykle jednocześnie inne jeszcze objawy, których brak przy *pityriasis rosea*.

Niekiedy również napotyka się trudności w odróżnieniu *pityriasis roseae* od łuszczycy, mianowicie gdy ta ostatnia ma przebieg ostry zwykle połączony z gorączką, w których to przypadkach wysypka łuszczycy najczęściej jest drobna, dochodząca do wielkości soczewicy i połączona ze swędzeniem. Ale w takich przypadkach wysypka zwykle rozrzucona jest po całym ciele, a prawie nigdy na szyi i górnej części piersi. Łuski naskórkowe przy łuszczycy są grubsze, łatwo

się paznogciem zeskrobać dają, po którym pozostaje miejsce krwawiące, czego nie spostrzegamy przy *pityriasis rosea*.

W tym okresie choroby *pityriasis rosea*, gdy wskutek przemian wstecznych wykwity przyjmują żółtawo-czerwonawe zabarwienie, łatwo wysypka może być przyjęta za *pityriasis versicolor*. W takich jednak przypadkach należy się uciec do badania mikroskopowego, które ostatecznie rzecz rozstrzyga z c z e m mamy do czynienia.

(*Berliner klinische Wochenschrift* 1881, Nr. 38 i 39).

E. Klink.

## Wiadomości bieżące.

— *Warszawa*. W r. b. liczbę współwłaścicieli naszej Gazety i stałych jej współpracowników zwiększyli kolledzy: Ma y z e l, Ma l i n o w s k i, Ch e ł e h o w s k i i K a m o c k i.

— Na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego odbytem w d. 3 Stycznia r. b. wybrani zostali na rok 1882: na prezesa O r ł o w s k i Władysław, na wice-prezesa G e p n e r Boleśław, na sekretarza dorocznego J a s i ń s k i Roman.

— Na temże posiedzeniu wybrano, przy odgłosie hucznych oklasków, przez aklamacyję na członka honorowego Towarzystwa prof. Szokalskiego, dla ucezenia zasług Jego, położonych dla dobra Towarzystwa przez przeciąg 25 lat pełnienia obowiązków Sekretarza stałego. Professor S. i nadal pozostaje Sekretarzem stałym.

— Dla niewiadomych powodów, konkurs zapowiedziany na d. 3 Stycznia r. b. na posadę ordynatora w szpitalu starozakonnych w Warszawie, nie przyszedł do skutku. Podobno termin ma być odroczonym.

— Z listy studentów Cesarskiego Warszawskiego Uniwersytetu, dowiadujemy się: że w roku bieżącym na wszystkich wydziałach znajduje się 1006 słuchaczy, z których 599 przypada na wydział lekarski. Obliczając podług kursów znajduje się na kursie I-ym 193, na II-im 115, na III-im 66 na IV-ym 69 i na V-ym 36.

— Szpital dla chorych gorączkowych zaraźliwych, (głównie wysypkowych), o którym tak wiele pisano i dla którego nawet wybrano miejsce w dawnych budynkach ogrodu Ohma, nie będzie jeszcze, tak przedko otwartym, a natomiast — jak nam wiadomo z pewnego źródła, powiększoną zostaje na czas miesięcy zimowych ilość łóżek w Szpitalu Domu Przytulku i Tracy za Wolskimi rogatkami z 80-ciu do 120-stu. Zapewne, że ze zwiększoną ilością łóżek, powiększony także odpowiednio zostanie i personel lekarski.

— Posada ordynatora i zarazem miejscowego lekarza przy szpitalu Pragskim, którą zajmował dotąd kolega Antoni Ch e ł m i ń s k i, z powodu wyjazdu tegoż na stałe miejsce do Soczewki opróżnioną zostaje.

— *Praga*. W. W e i s s mianowany został professorem zwyczajnym kliniki chirurgicznej z wykładem czeskim, w tutejszym uniwersytecie.

## NADESŁANO DO REDAKCYI:

S a w i ń s k i-B u n g e. Ukazatel ruskiej literatury po matematyce czystym i przykładowym jestestwiennym naukam, za 1889 g. Kijow. 1881.

## O D P O W I E D Ź.

*D-rowsi Cz. w Orszy*. Z przysłanych nam rs. 14 — na Gazetę na 1-sze półroczcie zapisaaliśmy rs. 3.—Oczko i Słownik w oprawie — wraz z przesyłką kosztują rs. 19 kop. 50. Pozostaje więc jeszcze kop. 50.

**Na pomnik Mickiewicza** złożyli: D-r Ludkiewicz, z Poniewieża, gub. Kowieńskiej. rs. 1. D-r Pawłowicz, z Elizawetgradu, gub. Chersońskiej, rs. 3 kop. 50. — Razem z poprzednio zebranemi **Rs. 735 kop. 56 i 10 franków w złocie.**

Wydawca Dr. St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny Dr. Wł. Gajkiewicz.

Дозволено Цензурою. Варшава 24 Декабря 1881 г. Друк К. Ковалевського, Крólewska Nr. 23.



# GAZETA LEKARSKA.

**Treść.** Od Redakeyi. I. J. K o l a c z e k. Torbiel-włókniak ściany brzusznej. Laparotomia z pomyslnym skutkiem.—II. W. M a c z e w s k i. Tętniak części błoniastej przegrody sercowej.—Przegląd literatury zagranicznej. Przegląd niektórych prac nowszych z dziedziny chorób organów oddechowych. Podał A. S o k o ł o w s k i. — *Dział sprawozdawczy:* — 1. Pityriasis rosea (G i b e r t); Pityriasis maculata et circinata (B a z i n). — Wiadomości bieżące. — Nadesłano do Redakeyi. — Odpowiedź. — Na pomnik Mickiewicza. — Ogłoszenia.

Warszawa, dnia 7 Stycznia 1882 r.

Rozpoczynając nowy rok wydawnictwa „Gazety Lekarskiej“, koło jej współwłaścicieli poczuwa się do obowiązku złożenia przed Czytelnikami obrachunku, ze swej czynności w ubiegłym roku. Ocena rzeczywistej wartości Gazety należy wprawdzie do Czytelnika, jak również i ostateczne rozstrzygnięcie pytania, czy program, postawiony na czele pierwszego zeszłorocznego numeru, został zadowalniająco wypełniony, czy też kierunek Gazety pozostawił dużo do życzenia? Sądzymy jednak, że wyłuszczenie zasad, któremi kierowaliśmy się dotąd i nadal kierować się zamierzamy przy układaniu numerów, jak również i wyjaśnienie głównego mechanizmu Redakcyi, będzie dla Czytelnika nietylko ciekawem ale nawet pożądanem, i że posłuży do wytłumaczenia naszego stanowiska wobec różnorodnych potrzeb i wymagań Czytelników.

Jako główne zadanie Gazety uznaliśmy usiłowania nad podniesieniem całego poziomu nauki lekarskiej w kraju do tej wysokości, na jakiej się ona znajduje w naukowych instytucjach na Zachodzie. Cel ten osiągnąć się daje jedynie przez zachęcenie jak największej liczby odpowiednio przygotowanych osób do rzetelnej pracy naukowej t. j. do ściśle naukowego badania lub spostrzegania i do krytycznego rozbioru tych spostrzeżeń (resp. krytycznego porównania ze spostrzeżeniami i wywodami innych badaczy) w jasno zestawionych wypracowaniach. Tym sposobem grono lekarskie krajowe przyczyni się do ustalenia faktów prawdziwych i do zwalczania fałszywych poglądów, a zatem do wzbogacenia nauki w ogóle i do zjednania nauce krajowej poważania u narodów cywilizowanych. Z drugiej zaś strony dobrze ułożone prace oryginalne, oparte na samodzielnych badaniach, nietylko wzbudzają największy interes u współrodaków, nietylko zachęcają do naśladownictwa, ale służą jako najlepszy środek pedagogiczny dla wskazania metody pracy, dla nauczania sposobu badania i krytyki. Podręczniki dają przeważnie rezultaty gotowe, metodę badania traktują zwykle pobieżnie, a dopiero w nowszych czasach poświęcają więcej miejsca metodzie statystycznej. Prace zaś oryginalne zastępują poniekąd kliniki i pracownie uczą jak należy badać, jak zestawzić krytycznie spostrzeżenia i wyciągnąć z nich mniej lub więcej pewne wnioski.

Takie zapatrywanie się na istotne zadanie pisma naukowego zniewala nas do dawania bezwzględności pierwszeństwa naukowym rozprawom oryginalnym, sta-

wiając jednak jako warunek, ażeby ile możności odpowiadały powyższym wymaganiom, t. j. ażeby opierały się ile możności na samodzielnych spostrzeżeniach i żeby takowe rozbierały z odpowiednią jasnością i z obszernym krytycznym poglądem. Dzięki nietylko staraniom współwłaścicieli Gazety, ale łaskawemu poparciu licznych wytrawnych krzewicieli nauki lekarskiej w kraju, Redakcyja ani na chwilę nie potrzebowała się uskarżać na niedostatek materiału dla wypełnienia łamów swego pisma pracami oryginalnemi, ale nawet znajdowała się w możności uczynienia wyboru i pominięcia prac nie odpowiadających wszelkim powyższym warunkom. Mamy nadzieję, że w przyszłości będziemy mogli jeszcze bardziej obostrzyć warunki kwalifikacyi i drukować wyłącznie tylko prace, mające rzeczywistą wartość naukową, mogące współzawodniczyć z najlepszymi publikacyjami odpowiednich pism zagranicznych.

Dział sprawozdawczy zajmował w naszym piśmie dopiero drugorzędne miejsce. Okoliczność ta—być może—nie zyskała uznania ze strony niektórych Czytelników, szukających w piśmie peryjodycznem źródła wiadomości o postępie nauki wogóle. Ostatniego zadania bynajmniej nie lekceważymy; owszem—uważamy je za niezbędny środek do krzewienia zasad nauki; lecz co do wykonania, zapatrywanie nasze różni się od zapatrywania innych pism peryjodycznych i wielu Czytelników. Prawdziwy pożytek przynieść mogą takie tylko referaty, które albo streszczają rzeczywiście dziełne prace, zwiastujące istotny, fundamentalny postęp w nauce, albo też krytycznie zestawiają i rozbierają cały szereg publikacyj, odnoszących się do tego samego przedmiotu, do jednej kwestyi, lecz obrabiających takową z różnego stanowiska lub podających sprzeczne rezultaty. Streszczenie prac różnych dążeń w różnym czasie bez porównawczego poglądu, jak również gołosłowne podawanie wiadomości o nowych środkach na pojedyncze cierpienia, opartych na najróżnorodniejszych poglądach na istotę choroby, często najzupełniej sprzecznych pomiędzy sobą w oddziaływaniu na ustrój, uważamy nie tylko za zupełnie bezużyteczne, ale nawet szkodliwe. (Jako przykład przytoczymy tylko różne zapatrywania na istotę choroby dyfterytycznej i na rozmaite środki przeciwko niej używane i w ostatnim roku zalecane, np. kuracyję olejem terpentynowym, łyżkami całemi do wewnątrz zadawanym, środki mające niby rozpuścić błony dyfterytyczne, pilokarpinę, i t. p.). Takie bezkrytycznie podawane wiadomości, takie krzyczące sprzeczności w nauce nietylko są zdolne wprowadzić w błąd lekarza praktyka mniej obeznanego z daną kwestyją, spowodzić prawdziwy zamęt pojęć, osłabić zaufanie do rzetelnych twierdzeń i teoryj, ale nawet podkopują poważanie dla samej nauki, zachęcają do skrajnego skeptycyzmu i do ograniczenia się na wiadomościach niby „praktycznych“, t. j. specyficznych dla każdej choroby środkach i receptach. Prawdziwa nauka nie leczy choroby, ale leczy ustrój chory, stara się zgłębić istotę zбочenia czynności, objawiającego się w formie symptomatów chorobowych, i usiłuje przywrócić stan prawidłowy przez usunięcie przeszkód w odbywaniu normalnych funkcyj, podnieceniu ostatnich i t. d. Nie ten jest lekarzem, kto posiada w głowie cały arsenał specyfików i recept dla każdej choroby, ale ten, co stara się zgłębić jej istotę i usunąć główne źródło cierpienia. Z tego też powodu postaramy się i nadal dawać przeważnie sprawozdania z prac. dźwiga-

jących istotnie naprzód całość nauki, albo pojedyncze jej gałęzie, albo też streszczenia zbiorowe, lub przynajmniej oparte na krytycznym wyborze i opatrzone krytycznymi uwagami. Trzymając się tych zasad może nie zdołamy zadowolnić w zupełności wszystkich Czytelników naszej Gazety. Atoli tak samo jak człowiek na publicznem stanowisku nie może zadosyćuczynić wszelkim wymaganiom, lecz w postępowaniu swoim dbać powinien tylko o opinię najzacniejszych i najdzielniejszych współrodaków, tak też pismo, przeznaczone dla pewnej gałęzi nauk, winno opierać się na zasadach uznawanych przez przodowników i głównych krzewicieli tej nauki. Medycyna zdobyła sobie w ostatnich dziesiątkach lat stanowisko prawdziwej nauki, oparta jest na coraz bardziej ustalającej się metodzie, a zatem traktować ją tylko zamierzamy jako naukę. Tylko naukowy lekarz wedle naszego przekonania jest prawdziwym lekarzem.

Co się nareszcie dotyczy kwestyi medycyny publicznej, jak również spraw odnoszących się do interesów stanu lekarskiego i t. p., to takowe w ubiegłym roku były wprawdzie kilkakrotnie rozbiegane, lecz przyznajemy, że ten dział, zyskujący coraz większą doniosłość, powinien znaleźć obszerniejsze miejsce i częstsze uwzględnienie. Postaramy się zatem w przyszłości w tym kierunku rozwinąć żywszą działalność.

Nakoniec wypada nam jeszcze powiedzieć kilka słów o udziale współwłaścicieli i członków Redakcyi w przygotowywaniu i układaniu numerów naszego pisma. Większość Czytelników zapewne przypuszcza, że udział tych czynników w wydawaniu pisma ogranicza się tylko na dostarczaniu materiału i wypełnianiu braków w jednym albo drugim dziale pisma. Zapewniamy ich jednak, że nietylko sami członkowie redakcyi, ale zawsze i znaczna część współwłaścicieli zbierała się regularnie na tygodniowych posiedzeniach redakcyjnych i przyjmowała żywy udział w ocenieniu materiału przeznaczonego na każdy numer Gazety. Każdy artykuł bez wyjątku był odczytany na tem gremijalnym zebraniu; w razach wątpliwych przeprowadzano dyskusyję i decydowano głosowaniem o przyjęciu lub zwróceniu artykułu autorowi dla przeróbki i t. p. Tym sposobem zapewniona była ile możności sprawiedliwa i bezstronna ocena artykułów, a najsurowszej krytyce ulegały przedewszystkiem płody samych współwłaścicieli. Liczba ostatnich zwiększyła się od początku tego roku przyjęciem do ich grona kilku nowych członków, którzy już dali się poznać ściśle naukowemi pracami; mamy nadzieję, że to zwiększenie koła współpracowników wpłynie na podniesienie wartości Gazety.

---

Następujący lekarze, współwłaściele „Gazety Lekarskiej“, będą stałymi jej współpracownikami: Anders Ludwik, Anders Teodor, Chelchowski Kazimierz, Chrostowski Bronisław, Dunin Teodor, Elzenberg Antoni, Gajkiewicz Władysław, Grosstern Wiktor, Hering Teodor, Hoyer Henryk, Jasiński Roman, Jawdyński Franciszek, Kamocki Walenty, Klink Edward, Kondratowicz Stanisław, Kornilowicz Edward, Kramsztyk Zygmunt, Kwietniewski Stanisław, Malinowski Alfons, Matlakowski Władysław, Mayzel Waclaw, Modrzejowski Edmund, Nencki Leon, Nussbaum Henryk, Pawiński Józef, Peszke Józef, Placzkowski Witold, Przewóski Edward, Sokołowski Alfred, Żera Teofil.

---

# I. Torbielo - włókniak ściany brzusznej.

## LAPAROTOMIA Z POMYŚLNYM SKUTKIEM.

Podał D-r **Jan Kolaczek**, docent chirurgii we Wrocławiu.

Chirurgija jamy brzusznej — dział otwarty w najnowszych dopiero czasach, szczególnie dzięki rozpowszechnieniu metody Lister'a — po dziś dzień nie przestaje zwracać na siebie uwagi lekarzy, a mimo świetnych poniekąd wyników wymaga od nich dalszego doskonalenia i uprawy. Dla tego zdaje mi się pożądanym każdy przyczynek, zmierzający do zbogacenia jej kazuistyki. Przypadek, którego opis mam na widoku, dotyczy nowotworu dużych rozmiarów powstałego w rzeczywistości w ścianie brzusznej, choć na pozór wydawało się, iż brał początek z samej jamy brzusznej, dlaczego też dał powód do laparotomii. Sposób wydobycia tegoż nowotworu i pooperacyjnego postępowania z raną zdaje mi się godnym uwagi i w podobnem położeniu, o ile wiem, jeszcze nie był użytym. Jest to więc drugi powód do ogłoszenia operacji pomienionego przypadku.

Panna K., 26 lat mająca, zauważyła przed dwoma laty w ścianie brzusznej po lewej stronie, na wysokości pępka, guz z początku powoli w ostatnim zaś roku szybko się rozwijający. Miesiączka, przed tworzeniem się guza zawsze regularna i obfita, w miarę jak guz wzrastał, zaczęła się zmniejszać, a w końcu zupełnie ustąpiła. Równocześnie pojawiły się bóle brzucha, coraz bardziej się wzmagające, które ją wreszcie nakłoniły do szukania pomocy lekarskiej.

Chora silnej budowy ciała, chociaż cokolwiek blada, brzuch rozdęty i napięty, mianowicie z lewej strony. Łatwo tutaj można namacać guz twardej, wielkości głowy ludzkiej, nie dający się przesunąć na bok i bolesny przy mocniejszym dotknięciu. Z głębi miednicy małej sięga on aż pod żebra. Macica stoi głęboko, nieco na prawo zesunięta, zresztą dość ruchoma. Lewy jajnik nie daje się wymacać, chociaż guz nie wypełnia całej małej miednicy. Nakłucie guza trójgrańcem zdaje się ze względu na jego twardość niepotrzebnem. W oddawaniu, ilości i jakości moczu nie ma zbożeń.

Na zasadzie tego wszystkiego mogła być tylko wątpliwość co do punktu wyjścia guza, a mianowicie: czy siedliskiem nowotworu jest jajnik, czy też ściana brzuszna przednia lub tylna. Skłoniłem się do drugiego przypuszczenia dla tego, że ów guz wydawał się nieruchomym, niemożność zaś przesuwania ściany brzusznej przedniej po guzie tłómaczyłem sobie więcej przyrośnięciem tegoż do ściany niż właściwem tkwieniem w niej. W każdym razie, zwłaszcza że nic nie przemawiało za złośliwością nowotworu, była wskazaną operacyja, którą wykonałem 3 Czerwca 1878 r.

Po rozcięciu ściany brzusznej w kierunku smugi białej pod pępkiem, ręką wprowadzoną do jamy brzusznej wykryłem natychmiast związek nowotworu z samą ścianą brzuszną na wielkiej przestrzeni; organa płciowe okazały się pra-

widłowemi. Powierzchnia nowotworu pokazała się gładką, bez żadnych zrostów, podstawa zaś zajmowała nieomal całą lewą część ściany brzusznej z przodu aż do linii pachwinowej. Otrzewna zdawała się bezpośrednio być przyrośniętą do nowotworu, tak, że jej oddzielenie musiało być łatwiejszem ze strony jamy brzusznej, aniżeli przez ranę zewnętrzną, którąby dopiero po zeszytciu pierwszego cięcia trzeba było utworzyć. Zdecydowałem się więc do przecięcia otrzewnej w kierunku skośnym, ale nie prędzej jak po rozdzieleniu powięzi (*fascia transversa*) doszedłem do powierzchni nowotworu samego. Wyłuszczenie tegoż poprostu palcem udało się bez większego trudu i nawet bez znacznej krwi utraty. Jedynie tylko miejsce wyjścia nowotworu z powięzi skośnej, wielkości może dłoni, nożyczkami musiałem przeciąć. Podwiązawszy naczynia krwawiące i przeciąwszy ścianę brzuszną na boku w najgłębszym punkcie rany, dla włożenia drenu, zeszyłem najprzód długą ranę otrzewnej i powięzi poprzecznej gęstemi szwami, przeciwgnilnie przygotowanym jedwabiem, i następnie także ranę ściany brzusznej. Wypłukania rany karbolem zaniechałem zupełnie, jak również i mgły karbolowej podczas operacji; bo doświadczenia moje wyrobiły we mnie przekonanie, że ów wpływ karbolu na ranę jest niepotrzebnie drażniący i przy sumiennem zastosowaniu reszty metody przeciwgnilnej w ogóle nawet niepotrzebny. Opatrunek zaś zresztą był czysto listerowski. Wyjąwszy pierwsze dwa dni, w których chora bardzo cierpiała na wymioty, nic nie przeszkodziło zrosnięciu się bezpośrednio wszystkich ran, tak, że po wyjęciu drenu na czternasty dzień chora mogła się puścić w podróż do domu.

Jak się listownie przed kilkoma dniami od niej dowiedziałem, cieszy się dotychczas dobrem zdrowiem i wyszedłszy za mąż znajduje się właśnie w szóstym miesiącu ciąży.

Nowotwór twardy i kulisty, 32 ctm. w wymiarze podłużnym mający, w środku zawiera jamę, wielkości pomarańczy, o gładkich ścianach, napełnioną przejrzystym płynem. Budowę ma włókniaka splotowego (*fibroma plexiforme*). Ubogi w naczynia krwionośne i komórki, składa się z wiązek włókien, we wszystkich kierunkach się przeplatających. Najciekawszą zaś jest owa torbiel środkowa, która się nie tak rzadko wytwarza w nowotworach włóknistych jamy brzusznej, mianowicie macicy, wskutek rozmiękczenia śluzowego,

Oddawna zjednały sobie nowotwory ścian brzusznych szczególniejsze uwzględnienie lekarzy. Dla tego też ich literatura <sup>1)</sup>, mimo dość rzadkiego zda-

<sup>1)</sup> Lisfranc. Tumeurs des parois abdominales, ouverture spontanée, guérison. Gaz. méd. de Paris. 1837. V p. 342. — Bard. Fibrome aponévrotique intrapariétal de la paroi abdominale. Lyon médical. Nr. 33. — Nicaise. Tumeur fibreuse de la paroi abdominale. Gaz. des hôp. 132. — Dewalf. Des tumeurs qui peuvent occuper la paroi abdominale antérieure. Paris 1839. — Bouleuger. Tumeur fibreuse hypogastrique. Bull. de l'Académie de méd. Paris 1842. VIII. p. 650. — Paul. Fibro-plastic tumour of abdominal wall. Bull. de la société anat. de Paris. 1858. XXXIII pag. 324. — Page t. Fibro-nucelated tumour of the abdomen of fourteen years growth, removal. Lancet. Lond. 1856. I p. 625. — Hodges. Tumour of abdominal parietes; excised. Boston Med. and Surg. Journ. 1863. I. p. 231. — Draper. Fibrous tumour of abdom. par.; excision. ibid. 1869. II. p. 23. — Brown. Intra abdominal fibroid tumour attached to the rectus muscle, succesfully removed. Med. times and gaz. Lond. 1870. I. p. 31. — Cameron. Recurent fibroid tumour. Glasgow. Med. journ.

rzania się takowych, nie jest uboga. Zastanawiając się nad powodem owego uwzględnienia, zdaje mi się, że jak wszystkie zjawiska chorobowe blisko otrzewnej tak i nowotwory tamże wyrastające, ze względu na niebezpieczeństwo ich wydalenia, niebezpieczeństwo — przynajmniej podług dawniejszych pojęć — wielkie, zdawały zasługiwać na ściślejsze badanie i obeznanie się z niemi. I w samej rzeczy w czasach przed wprowadzeniem opatrunku przeciwnilnego usiłowania chirurgów w celu wyłuszczenia guzów, chociaż całkiem niezłośliwych i łatwo się dających usunąć, bardzo często wypadaly niepomyślnie, bądź to, że z umysłu, bądź też, iż przypadkowo przy operacyi, jama brzuszna nieraz została otwartą. I bez takiego nawet zranienia następowało zapalenie otrzewnej i wskutek tego śmierć niunikniona. Takim sposobem umarło *Langenbeck* o wi z trzech przypadków włókniaków dużych ściany brzusznej — dwóch operowanych. *Buntzen* stracił także obudwóch chorych operowanych przez siebie z powodu włókniaków „przedotrzewnych“, mimo to, że otrzewna sama nie została nadwerezona i tylko odsłoniętą była na małej przestrzeni. Uważa więc *Buntzen* takie głębokie wyłuszczenie za niebezpieczniejsze od właściwej laparotomii, która otwiera wprawdzie otrzewną, ale jej nie nadwerezę przy oddzieleniu (*separatio*). Z dzisiejszego stanowiska metody przeciwnilnej rozumie się, że nie można już być tego zdania, jak również niejedna operacyja, dawniej odstrasżająca, wydaje nam się dzisiaj łatwą i mało znaczącą.

Co się tyczy w szczególności włókniaków, tych najczęstszych nowotworów ścian brzusznych, to rozwój takowych, zwłaszcza w głębi jamy brzusznej, jest dowodem, że właśnie tkanka podsurowicza, tylna ściana pochewki mięśnia brzusznego prostego i poprzecznego, służą za miejsce uprzywilejowane wytwarzania się takich narośli. Z tego też powodu wydawało się operatorom przy wyłuszczeniu tychże nowotworów, jakoby były zrosnięte z samą otrzewną. Takim przynajmniej przypuszczeniem tłumaczą sobie trudność wydobycia ich bez nadwerezienia otrzewnej. Inaczej występują nowotwory z tkanki mięśniowej wyrastające, bo one zarówno na wewnątrz jak na zewnątrz rozsuwają ściany brzuszne przed sobą. Nakoniec, jeżeli ścianka przednia pochewek mięśniowych, lub powięź skośna, wytwarza takie guzy, to rozwijają się one wyłącznie pod skórą, albo przyjmują nawet kształt polipa.

Wszystkie niemal włókniaki ściany brzusznej zdarzają się u płci żeńskiej i to u kobiet, które już rodziły. Wyłącznie zaś u takowych tworzą się owe

---

1875. VII. p. 121. — *Santesson*. *Dubl. Quarterly Journ.* XX. 1855. — *Beveridge*. *Med. Times and Gaz.* 1870. IV. — *Delamary*. *Fibrome de la paroi abdom. etc. Monit. de sciences etc. Paris.* 1860. II. p. 651. — *Cornils*. *De nonnullis fibromat. etc. Diss. inaug. Kiliae.* 1865. — *Suadicani*. *Ueber Geschwülste in den Bauchdecken etc. id 1875.* — *Senftleben*. *Ueber Fibroid etc. Arch. f. klin. Chirurgie.* I. p. 105. — *Ranker*. *ibid.* XXI. p. 692. — *Wien. med. Presse.* 1867. VIII. p. 813 u. 839. — *Wien. med. Wochenschr.* 1873 i 74. — *Allg. Wien. med. Zeitung.* 1867. — *Szeparowicz*. *Przegląd lekarski.* 1867. — *Sydow*. *Et fal of en större tumor etc. Upsala. Lakare förenings Förhändlingar.* III. 6. p. 649. — *Buntzen*. *Peritoneums Vulnerabilität etc. Hospitals - Tidende* 40 u. 41. pg. 157 u. 161. — *Boyen*. *Om ete praeperitoneale Sousters etc. ibid.* 16 Aarg. p. 177. — *Graetzer*. *Die bindegew. Neubildungen der Bauchwand. Breslau, Inaug. Dissert.*

głębokie, jamę brzuszną mniej więcej wypełniające nowotwory tego rodzaju. Mniejsze zaś i powierzchowne guzy są właściwe mężczyznom, u których wielką miewają one skłonność do wyradzania się w mięsaki.

Przyczyny taki nowotworów są naturalnie ciemne. Ale zasługuje na szczególniejszą uwagę to, że ściany brzuszne i macica mają to samo usposobienie do wytwarzania podobnych do siebie nowotworów, ta ostatnia mianowicie w stanie dziewiczym. Przemawia to za jakimś związkiem fizyologicznym wspólnym obudwu części i tem samym staje się też zrozumiałym wpływ takich nowotworów, tamujący miesiączkę.

Łatwo zrozumieć, że takie guzy dość późno dopiero zwracają uwagę kobiet na siebie i że jeszcze później bywają pokazane lekarzowi. Zwykle ten ostatni miewa sposobność zobaczyć je dopiero wtedy, skoro znacznej dorosną wielkości, po kilkuletniem ich istnieniu, gdy wskutek rozepchnięcia jamy brzusznej i ucisku na trzewia i na naczynia krwionośne stawają się one coraz uciążliwszemi. (Page t widział przypadek, w którym guz ważył aż 44 funty). Prócz tego zmniejszają one miesiączkę aż do zupełnego zawieszenia jej i dokuczają bardzo, sprawiając ból, ku dołowi w kończyny się rozchodzący.

Im rychlej lekarz ma sposobność zbadać takie nowotwory, tem łatwiejszem dlań jest rozpoznanie siedliska w ścianach brzusznych. Przeciwnie zaś, skoro rozległość ich i oparcie się ściśle o ściany miednicy, nie dozwala już wcale poruszania guza razem ze ścianami brzuszniemi (co się zdarza zwłaszcza u dziewic), w takim razie zaczynają się trudności rozpoznania. Będzie tedy chodziło tylko o stale nowotwory jajnika, macicy, ściany miednicy samej i może też nerek. Początek guza ze ściany brzusznej, jakakolwiek byłaby jego natura, nie ulega żadnej wątpliwości, jeżeli chora na zapytanie lekarza utrzymuje, iż w pierwszym okresie jego rozwoju było można poruszać go razem z samą ścianą brzuszną; wszelkie zresztą niekiedy usiłowania lekarza odróżnienia nowotworów jajnika lub ściany brzusznej, daleko posuniętych w swoim wzroście, zostaną daremnymi. Tem łatwiej wypadnie rozpoznanie nowotworów macicznych przez połączone badanie palcami ze strony pochwy lub też kiszki odchodowej, a zarazem i ponad wzgórkem łonowym. Tą samą drogą bez żadnej trudności dojdzie się do przekonania, że guz jakiś wyrósł z kości miednicowych. Nowotwory zaś wyrosłe z nerki samej lub też z tkanki łącznej okołonerkowej, które są rakami i mięśniakami, wyróżniają się przedewszystkiem szybkim bardzo rozwojem i bólami od początku, oraz zawadami w oddawaniu właściwej ilości moczu i mniej więcej niekorzystnym wpływem na ogólny stan zdrowia.

W każdym razie, jeżeli nie zdołamy wyjaśnić sprawy, jesteśmy przynajmniej z dzisiejszego stanowiska chirurgii upoważnieni do otworzenia tak zwanem cięciem próbnem jamy brzusznej i do przekonania się namacalnie o rzeczywistości. W ten sam sposób i ja postąpiłem sobie w przypadku tylko co opisanym.

Włókniaki ściany brzusznej uchodzą za nowotwory niezłośliwe, bo nie powracają po usunięciu ich. Takowe zaś wyluszczenie wykonane przy ścisłem zachowaniu warunków przeciwniejszych zupełnie nie jest niebezpiecznem, nawet mimo otwarcia jamy brzusznej. Wszakże trzeba unikać otwarcia przypadkowego,

żeby otrzewna nie została rozdarta, zamiast przecięta, bowiem w pierwszym razie utrudniłoby się bardzo nałożenie szwu, jeżeliby się całkiem go nie uniemożliwiło. W przypadkach zaś niedosyć jasnych co do położenia jakiegoś nowotworu zrobi się naturalnie operację w sposób ów przezemnie także przyjęty. Mojem zdaniem atoli, nawet w razie niewątpliwego nowotworu głębszych warstw ściany brzusznej, łatwiej jest oddzielić otrzewną ze strony jamy brzusznej bez wspomnianego nadwężenia, aniżeli operować odrazu od zewnątrz w głębi rany, do tego jeszcze zacieśnionej przez nowotwór. Prócz tego ochrania się owym sposobem mięśnie ściany brzusznej niezawodnie lepiej i zapobiega się wytwarzaniu przepuklin, wskutek powolnego świeżych blizn rozciągnięcia.

## II. TĘTNIAK CZĘŚCI BŁONIASTEJ PRZEGRODY SERCOWEJ.

(*Aneurysma partis membranaceae septi ventriculorum*).

opisał **Władysław Mączewski**.

lekarz ordynujący w oddziale dzieci w Szpitalu Dzieciątka Jezus.

Do domu podrzutek, istniejącego przy szpitalu Dzieciątka Jezus, oddana została 11 Marca r. b. Jadwiga Marczewska, mająca podówczas cztery miesiące wieku. Dziecko średnio odżywiane, skóra i błony śluzowe dostępne badaniu blade, tkanki tłuszczowej podskórnej ilość umiarkowana, mięśnie słabo rozwinięte, waga ciała wynosi 5400 grm.. Główka jest prawidłowego kształtu i wymiarów, klatka piersiowa wąska, wydłużona, przy wdechu w dolnym odcinku zapadająca się (*bródaperypneumonia*). W płucach objawy nieżyty grubszych oskrzeli, kaszel dosyć częsty. Przestrzeń zupełnej tępości serca powiększona znacznie w wymiarze poprzecznym, uderzenie wierzchołkowe nie wyczuwalne. Przy wysłuchiowaniu zamiast pierwszego tonu znajdujemy szmer skurczowy, podmuchowy, znacznego natężenia, słyszalny prawie z jednakową siłą na całej powierzchni przedniej klatki piersiowej, a nawet dosyć wyraźnie go słycać i z tyłu, w okolicy lewej łopatki; drugi ton serca jest czysty, wyraźny. W miejscu wysłuchiwania tętnicy płucnej drugi ton jest jakby nieco wzmocniony. Tętno uderza 110 do 120 na minutę, dosyć pełne; sinicy i obrzęków nie ma.

Brzuch nieco rozдутy, śledziona i wątroba nie dają się wyczuć; język zlekka obłożony, błona śluzowa jamy ustnej i gardzieli blada. Wypróżnienia częste, płynne, koloru zielonego, zawierające śluz; mocz oddaje dziecko prawidłowo. Ogólny stan bezgorączkowy, ssanie odbywa się dobrze. Na zasadzie wyżej opisanego postawiłem rozpoznanie: wada serca i nieżyt kiszek. Bliżej określić wady serca nie mogłem z tego powodu, że niepodobna było umiejscowić szmeru, gdyż z jednakową siłą słycałem go na całej przedniej powierzchni klatki piersiowej, a osobliwie po stronie lewej.

W tym stanie przetrwało dziecko mniej więcej do początku Czerwca, kiedy właśnie kaszel znacznie się powiększył, oddech stał się przyspieszonym (do 60 razy na minutę), ciepłota ciała dochodziła do 38,5° C. z rana i 39,5° wieczorem.



Badanie fizykalne klatki piersiowej wykazało oprócz opisanych wyżej objawów ze strony serca, stopienie odgłosu wypukowego z tyłu po stronie prawej, poczynając od grzebienia łopatki na dół; w tem miejscu slychać dużo rzeń trzeszczących (*crepitationes*) i oddech podobny do oskrzelowego. Objawy zapalenia płuc nieżytowego stawały się z postępem czasu coraz wyraźniejszymi i w początkach Lipca wystąpiły i w lewym płucu. Nieżyt kiszek istniał ciągle. W końcu na głowie w okolicy kości potylicowej zaczęły występować ropnie podskórne różnej wielkości. Wreszcie przy objawach znacznego wycieńczenia dziecko zmarło 27 Lipca r. b.

Ogledziny pośmiertne, dokonane przez kol. *Elsenberga* wykazały: *Aneurysma septi membranacei ventriculorum cordis, pneumonia catarrhalis bilateralis, enteritis catarrhalis chronica, obliteratio uretheris sinistri et hydronephrosis.*

Ciało dziecka dziewięciomiesięcznego, płci żeńskiej, mocno wyniszczone skóra blada, nieelastyczna, pofałdowana, tkanki podskórnej tłuszczowej prawie nie ma, mięśnie bardzo blade, słabo rozwinięte i wiotkie. Głowa w okolicy szwu łuskowego pokryta niewielką ilością cienkich włosów, 2 do 3 ctm. długości. W okolicy obu guzowatości ciemieniowych i kości potylicowej znajduje się znaczna ilość ropni podskórnych, tworzących płaskie wzniesienia, wielkości połowyziarnka grochu, do wielkości dwóch groszy miedzianych. Wypływająca z nich ropa jest płynna, szaro-czerwonawa, cuchnąca; kości i okostna w miejscach odpowiednich niezmiennione.

Po otworzeniu klatki piersiowej płuca prawie zupełnie nie opadają, brzegi ich blade, białawe, zaokrąglone, emfizematyczne; pomimo to jednak serce jest odkryte na dość znacznej przestrzeni, tak, że prawie cała przednia powierzchnia prawej komórki i połowa lewej są odkryte; prócz tego do dolnej powierzchni przylega część prawego przedsionka, uchylającego prawe płuco cokolwiek ku górze i na zewnątrz. Prawy brzeg serca leży prawie poziomo na przeponie.

Płuco lewe, w środkowej części luźno przyrośnięte za pomocą błon fałszywych, jest powiększone i w tylnej części dolnego zraza przedstawia rozlane prawie zgęszczenie, ciągnące się wzdłuż kręgosłupa; na przekroju płuco w tem miejscu ciemno-czerwone, gładkie, nie zawiera powietrza i dość łatwo się rozrywa.

Prawe płuco, o połowę prawie powiększone, przedstawia zgęszczenia w tylnych częściach płatu dolnego i części średniego; zgęszczenia są zrazikowe, na przekroju gładkie, białawe, lub blado-różowe; oskrzela w obu płucach, a mianowicie w płucach zmienionych, są napelnione gęstą śluzo-ropną wydzieliną, ich błona śluzowa blado-różowa, zgrubiała, rozpulchniona. Tętnica płucna zmian żadnych nie przedstawia.

W jamie osierdzia znajduje się około jednej uncyi żółtawego, przezroczystego płynu surowiczego, osierdzie wszędzie gładkie i błyszczące. Serce ma kształt prawie kulisty, znacznie powiększone w swych wymiarach (długość od podstawy do wierzchołka wynosi 5,3 cm. szerokość przy podstawie 4,6 cm.). W prawym przedsionku, znacznie rozszerzonym, znajduje się dużo pośmiertnych skrzepów, to samo i w prawym uszku. *Foramen ovale* niecałkowicie zarośnięte.

Ścianki obu komórek zgrubiałe. Dla porównania przytaczam wymiary podług Bednara i Bizot'a.

Średnia grubość ścianek serca u noworodków podług Bednara wynosi:

komórka lewa	komórka prawa
0,44—0,68 ctm.	0,34—0,44 ctm.

podług Bizot'a.

	przy podstawie	w środku	przy wierzchołku	
do 4 roku życia u chłopców:	0,67	0,65	0,43	„
u dziewcząt:	0,57	0,63	0,46	„
W naszym przypadku:	1,00	„	0,50	0,60.

W lewej komórce, w środku części błoniastej przegrody międzykomórkowej znajduje się prawie okrągły otwór, leżący pod tylną zastawką półksiężycową aorty. Jego średnica pozioma wynosi 3 mm. pionowa zaś około 2½ mm. Otwór ten prowadzi do jamki, znajdującej się w błoniastej przegrodzie i w trzeciej części zastawki trójdzielnej. Jamce tej, w prawej komórce, odpowiada niewielkie wypuklenie osierdzia. W woreczku aneurysmatycznym znajduje się krew płynna, czerwona; ścianki woreczka są dość gładkie. Ku przodowi od opisanego większego otworu znajduje się drugi mniejszy, przepuszczający za ledwie cienki drut; otvorek ten przebija przegrodę błoniastą i pojawia się w prawej komórce, pod zewnętrznym listkiem zastawki trójdzielnej, a właściwie przy zetknięciu się tego ostatniego z przednim listkiem tejże zastawki. Brzegi obu otworów są zupełnie gładkie, zaokrąglone, pokrywające je wsierdzie nie zmienione. Zastawki: dwudzielna i półksiężycowa aorty, nie przedstawiają żadnych zmian. Co się tyczy zastawki trójdzielnej, to listek jej wewnętrzny, zawierający woreczek aneurysmatyczny, jest zgrubiały, nierówny; mięsień brodawkowy, przyczepiający się do tego listka, w górnej swej połowie bliznowato przeistoczony, a jego nitki ścięgniste zrosnięte w jeden dość gruby sznurek. Na zastawkach tętnicy płucnej nie znajdujemy zmian żadnych. Tętnica płucna i aorta prawidłowo ułożone, prawidłowej szerokości, *intima* ich nie zmieniona.

Wątroba nie powiększona, nieco blada. Śledziona powiększona i twarda, ciała Malpighiego mocno rozwinięte.

Lewa nerka nie przedstawia zmian żadnych, prawa przeszło o połowę większa, istota korowa blada, zcieńczała; piramidy bardzo małe, zanikłe, kieliuchy i miedniczka znacznie rozszerzone i wypełnione mętnym moczem; moczowód odpowiedni w odległości 1 cm. od wnęki zarośnięty.

W kiszkiach cienkich i grubych niezbyt błony śluzowej z powiększeniem gruczołów follikularnych. Gruczoły kręzkowe obrzmiałe.

Narządy płciowe prawidłowe.

Z powyższego opisu widać, że obecność tętniaka części błoniastej przegrody międzykomórkowej i brak w tej ostatniej nie były podejrzewane podczas życia dziecka, a rozpoznanie wady serca opierało się li tylko na istnieniu powiększenia absolutnej tępości serca i przez dłuższy czas obserwowanego szmeru skurczowego, słyszalnego zamiast pierwszego tonu. Innych bowiem objawów to-

warzyszących zwykle wadom serca jak np. sinicy, utrudnionego oddechu, obrzeków i t. p. zupełnie w naszym przypadku nie było (przed wystąpieniem zapalenia płuc), co zresztą łatwo się tłumaczy dość słabo wyrażoną niedomykalnością zastawki trójdzielnej i zupełnem wyrównaniem wskutek znacznego przerostu serca.

R a u c h f u s s <sup>1)</sup> powiada również, że w tych przypadkach braków w przegrodzie międzykomórkowej, w których anamneza była pewną, w pierwszych miesiącach brakowało zwykle sinicy, duszności i t. p., które to objawy występowały dopiero wówczas, gdy wskutek różnych powikłań przeszkody dla czynności prawego serca wzrastały znacznie, lub też siła serca zmniejszała się, z drugiej zaś strony, gdy zmiany następcze na otworach i zastawkach, spowodowane przez zapalenie wsierdza, zmieniały stosunki ciśnienia i krążenia krwi w sercu.

Co się tyczy pochodzenia szmeru, to w naszym przypadku zależał on niewątpliwie od tego, że część wewnętrznego listka zastawki trójdzielnej, zajęta przez woreczek tętniakowy, w skutek swojej ciężkości i zmniejszonej ruchomości wytwarzała niedomykalność zastawki trójdzielnej. Do wzmocnienia szmeru przyczyniały się bezwątpienia i nierówności na niej. Wchodzenie bowiem i wychodzenie krwi z woreczka aneurysmatycznego odbywać się musiało w nieznacznym bardzo stopniu i nie mogłoby spowodować szmeru tego natężenia, tem bardziej, że, jak utrzymuje S k o d a, szmer przy przedziurawieniu zupełnem przegrody, wcale nie zależy od tego ostatniego warunku, a od innych wikłających stosunków (*Abh. über Perc. und. Ausc. Wien, 1864*).

Przechodząc do rozwiązania pytania jakiego pochodzenia jest w naszym przypadku brak (*defectus*) w przegrodzie międzykomórkowej i woreczek aneurysmatyczny, wypada mi najpierw zwrócić uwagę na tę okoliczność, że w klasyfikacji braków w przegrodzie sercowej R o k i t a n s k y' e g o pomieszczonej w jego monografii p. t. *„Die Defecte der Scheidewände des Herzens. Wien 1875,“* nie znajdujemy odpowiedniego działu, gdziebyśmy go mogli pomieścić. R o k i t a n s k y bowiem pod *D* (jedyne do którego moglibyśmy nasz przypadek podciągnąć), przytacza opis następujący: „Brak w środku przegrody międzykomórkowej; aorta znajduje się na lewo za tętnicą płucną; zachowanie *isthmus aortae*, otwór owalny niezamknięty. *Intima* tętnicy płucnej na przestrzeni od jej wyjścia do podziału na gałęzie zmarszczona.“ W przypadku tym brak znajdował się w części mięśniowej przegrody, a i stosunki głównych pni tętniczych nie były zupełnie prawidłowe. Podobieństwa zatem z opisanym wyżej sercem nie ma zupełnie. Właściwie więc należałoby do schematu R o k i t a n s k y' e g o dodać jeszcze jeden dział, a mianowicie: Braki w części błoniastej przegrody międzykomórkowej. R o k i t a n s k y odrzuca możność istnienia rozwojowych braków w tej ostatniej, zwłaszcza przy prawidłowem ułożeniu i rozmiarach głównych pni naczyniowych i opisuje tylko nabyte wady tej części spowodowane sprawami zapalnymi osierdza.

Inni autorowie, jak R a u c h f u s s (*Gerh. Kind. Krank. B. IV P. 37*), utrzymują, że chociaż w większości przypadków, jak słusznie powiada R o k i-

---

<sup>1)</sup> Gerh. Kind. Krank. B. IV. P. 46.

t a n s k y, braki, uważane za braki części błoniastej przegrody międzykomórkowej, należy zaliczyć do braków w tylnej części przedniej przegrody, w niektórych jednakże przypadkach należy uznać za niewątpliwe, że zdarzają się one i w części błoniastej przegrody, mianowicie, gdy znajdują się w samym środku tej ostatniej. Inne pojmowanie możebnem jest tylko w tych przypadkach, powiada dalej R a u c h f u s s, gdy braki te znajdują się na dolnym brzegu części błoniastej, a tem samem w bliskości górnego brzegu części mięśniowej. Pogląd ten znalazł potwierdzenie w jednym preparacie (R a u c h f u s s szczegółowszej wzmianki o nim nie czyni), w którym górny brzeg szpary był oddzielonym od górnej nietkniętej części błoniastej przegrody, delikatną listewką mięśniową. Lecz i to nie dowodzi jeszcze niczego, przekonano się bowiem że włókna mięśniowe mogą się znajdować i w części błoniastej przegrody międzykomórkowej.

Już od czasów C o r v i s a r t a, L a e n n e c a i B o u i l l a u d'a (*Gerh. K. Krank. T. IV. str. 40*) zajmowało autorów pytanie o pochodzeniu tych braków, mianowicie: czy powstają one skutkiem zatrzymania się w rozwoju, lub też skutkiem spraw zapalnych, prowadzących do przedziurawienia przegrody. I tak, L o u i s powiada, że na zasadzie tak własnych, jako też i krytycznie rozebranych obcych spostrzeżeń, doszedł do przekonania, że bywają one w ogóle wrodzone.

B o u i l l a u d przeciwnie skłania się do przypuszczenia, że są one następstwem zapalenia wsierdza i mięśnia sercowego, występującego już w późniejszym okresie życia.

R o k i t a n s k y również przytacza we wspomnianej wyżej monografii 6 przypadków braków i aneuryzmatycznych wypukleń części błoniastej przegrody międzykomórkowej. Wszystkie opisane przez niego przypadki miały miejsce u ludzi dorosłych, pomiędzy 27 i 70 rokiem życia. R o k i t a n s k y objaśnia, że powstały one wszystkie skutkiem przedziurawienia przegrody w kierunku od lewej komórki ku prawej, jako następstwo sprawy zapalnej, przy tem nadmieniam, że zna tylko jeden przypadek, w którym miał miejsce odwrotny kierunek. Ten ostatni dotyczył 11-dniowego dziecka, przyczem stan taki wytworzył się podczas życia wewnątrzmacicznego, przeciwnie—w wymienionych wyżej 6 przypadkach powstał w późniejszym wieku.

R o k i t a n s k y utrzymuje zatem, że braki, pochodzące wskutek zapalenia wsierdza i mięśnia sercowego, a powstające podczas życia wewnątrzmacicznego, rozpoczynają się w prawej komórce (sercu); ponieważ zaś w naszym przypadku nietylko, że wokół otworu, prowadzącego do jamki aneuryzmatycznej, nie ma śladów zapalenia wsierdza, jak i w ogóle w lewym sercu, ale i za życia nie była zauważona żadna sprawa chorobowa, przypominająca *endocarditis* lub *myocarditis*, zatem musimy przypuścić, że wspomniany brak istniał już podczas życia wewnątrzmacicznego, przez co nie może należeć do kategorii 6 przypadków R o k i t a n s k y'ego. Z drugiej znowu strony, opierając się na wiadomym ogólnie fakcie, że podczas życia wewnątrzmacicznego zapalenie wsierdza zdarza się zwykle w prawym sercu, co zaznaczył R o k i t a n s k y, przychodzimy do wniosku, że otwór w przegrodzie, gdyby powstał w następstwie niszczącego zapalenia, prowadziłby z prawego ku lewemu sercu. Tymczasem w naszym przy-

padku mamy wprost przeciwny kierunek. Pozostaje zatem jedno tylko przypuszczenie, a mianowicie, że brak tutaj powstał wskutek niezupełnego wytworzenia przegrody między-komórkowej, mianowicie jej części błoniastej, przy czem niedomknięcie wsierdzia nastąpiło tylko w lewej komórce (wiadomo, że część błoniasta przegrody składa się z dwóch listków wsierdzia wzajemnie się stykających) i już następnie wskutek parcia krwi powstał woreczek aneuryzmatyczny. Zapalenie zaś wsierdzia w prawem sercu było rzeczą następczą i późniejszą.

W literaturze znalazłem jeden tylko analogiczny przypadek, opisany przez *Merkel'a* (*Virchow's Archiv. T. 48. str. 488. 1869*), który w krótkości przytaczam. *Merkel* nie znalazł nigdzie opisanego podobnego przypadku. Dotyczył on 11 miesięcznej dziewczynki, u której cierpienie serca nie było zupełnie zauważonem. Oględziny pośmiertne wykazały co następuje: listek trzewiowy osierdzia przy wierzchołku serca zgrubiał i zmętniał na przestrzeni wielkości grosza. Serce powiększone, jamy w ogóle rozszerzone, ścianki zgrubiałe. Wsierdzie w lewym i prawym przedsionku zmętniał i zgrubiał, również i w lewej komórce na przegrodzie międzykomórkowej. Zastawka dwudzielna na swobodnych brzegach zgrubiała, usłana delikatnymi naroślami. Zastawki półksiężycowe aorty nie zmienione. Bezpośrednio pod zastawkami aorty na przegrodzie międzykomórkowej znajduje się brak, wielkości grochu, przez który można dosięgnąć komórki prawej. Na brzegach otworu ślady zapalenia. W prawej komórce widać wypuklenie w przednim listku zastawki trójdzielnej, a także i części przegrody pod nim się znajdującej. Na przednim listku znajduje się otworek, wielkości ziarnka konopnego, ze zgrubiałymi brzegami. Swobodne brzegi przedniego i tylnego listka zgrubiałe i usiane delikatnymi naroślami. Wewnętrzny listek również gruby i silnie skurczony. Tętnica płucna prawidłowa, jej zastawki półksiężycowe zlekka zgrubiałe. *Ductus Botalli et foramen ovale* zarosnięte. Zwężenie lewego moczowodu, i lewostronna *hydronephrosis*. Śledziona powiększona.

*Merkel* przypuszcza, że miał do czynienia z pozostałościami zapalenia wsierdzia, które miało miejsce podczas życia wewnątrzmacicznego. Lecz *Rauchfuss* słuszną robi uwagę (*Gerh. K. Kr. T. IV. str. 42*), że wargi na prawostronnym żylnym otworze (z których powstają listki zastawki trójdzielnej) w końcu 2 miesiąca życia płodowego są jeszcze tak słabo rozwinięte, że w tym czasie powstałe zapalenie wsierdzia na nich przeszkodziłoby najzupełniej wytworzeniu się listków zastawki trójdzielnej. W przypadku zaś *Merkel'a* jak to widać z opisu, są one najdoskonalej wytworzone. Daleko więc sprawiedliwszym, o ile się zdaje, będzie wniosek, że zapalenie wsierdzia wystąpiło już po wytworzeniu się wspomnianych listków i przy istniejącym braku w przegrodzie.

Porównywając przypadek *Merkel'a* z opisanym przez nas, widzimy, że różnica pomiędzy nimi polega na tem, że u *Merkel'a* wejście do woreczka aneuryzmatycznego znajduje się i w prawem sercu, mianowicie na zastawce trójdzielnej. Otwór ten powstał prawdopodobnie wskutek przedziurawienia ścianki przez niszczące zapalenie wsierdzia, w naszym zaś przypadku zapalenie nie doszło do tego stopnia nateżenia. Powtórę, różnica zachodzi jeszcze i w tem,

iż u M e r k e l'a brzegi otworu ze strony lewej komórki prowadzącego do woreczka aneuryzmatycznego noszą ślady zapalenia wsierdza, w naszym zaś są zupełnie gładkie, chociaż, jak to już było powiedzianem wyżej, nie dowodzi to jeszcze, ażeby u M e r k e l'a brak w przegrodzie miał być następstwem zapalenia wsierdza. Zresztą wiadomo, że sprawy zapalne około wrodzonych braków są zjawiskiem bardzo zwyczajnem, jak to i R o k i t a n s k y zaznaczył w swej monografii na str. 128. Co się tyczy naszego przypadku, to w ogóle zapalenie wsierdza było słabiej wyrażonem, nic przeto dziwnego, że wsierdzie około braku pozostało niezmiennem.

Jednem słowem wadę znaną w naszym przypadku możemy określić w sposób następujący: W r o d z o n y b r a k w c z ę ś c i b ł o n i a s t e j p r z e c g r o d y m i ę d z y k o m 6 r k o w e j, w p o ł ą c z e n i u z t ę t n i a k i e m t e j z e c z ę ś c i i l i s t k a w e w n ę t r z n e g o z a s t a w k i t r 6 j d z i e l n e j, p r z y p r a w i d ł o w e m u ł o ż e n i u i w y m i a r a c h a o r t y i t ę t n i c y p ł u c n e j, w p o ł ą c z e n i u z p r z e r o s t e m s e r c a, n a s t ę p c z e m z a p a l e n i e m w s i e r d z i a n a z a s t a w c e t r 6 j d z i e l n e j i j e j n i e d o m y k a l n o ś c i ą.

## PRZEGLĄD LITERATURY ZAGRANICZNEJ.

Przeгляд niektórych nowszych prac z dziedziny chor6b organ6w oddechowych,

podał D-r. med. Alfred S o k o ł o w s k i.

I. *Curabilit6 et traitement de la phthisie pulmonaire. Leçons faites à la Faculté de Médecine, par S. Jaccoud, Professeur de Pathologie médicale à la Faculté de Paris etc. Paris. 1881. str. 484.*

Professor J a c c o u d, znany zaszczytnie od dawna z szeregu prac naukowych z dziedziny patologii wewnętrznej, ogłosił obecnie obszerną pracę, dotyczącą żywotnej bardzo dzisiaj kwestyi, t. j. leczenia suchot płucnych. Praca ta, jak wszystkie inne poprzedzające, odznacza się gruntowną znajomością literatury danego przedmiotu, a szczególnie niemieckiej, tak bogatej właśnie w kwestyi w mowie będącej, dalej—bogatym materiałem klinicznym, służącym jej za podstawę, oraz pięknym, potoczystym i jasnym stylem, sprawiającym, że dzieło niniejsze czyta się z prawdziwą przyjemnością. Całe dzieło rozpada się na trzynaście rozdział6w.

W dziale pierwszym autor zastanawia się nad pochodzeniem suchot płucnych. Ot6ż, jak to wiadomo, J a c c o u d był jednym z pierwszych, którzy wprowadzali do Francyi poglady V i r c h o w'a i R e i n h a r d t'a, dotyczące gruźlicy płucnej. J a c c o u d w swoich lekcjach klinicznych, a następnie w znanym podr6czniku „Patologii szczegółowej“ wprowadził pogląd dualistyczny na suchoty płucne, starając się obalić teorię unitarną, stale we Francyi od czas6w L ă e n n e c'a panującą. Ostatniemi jednak czasy szczególnie dzięki gruntownym pracom anatomo - patologicznym G r a n c h e r'a, T h a o n'a i C h a r c o t'a, teoria unitarna suchot płucnych znowu zaczęła brać przewagę we Francyi, tembardziej, że i prace niemieckich autor6w, a szczególnie wielce na tem polu zasłuźonego R i n d f l e i s c h'a, równieź za istotą gruźliczą suchot płucnych przemawiają. J a c c o u d tedy, uznając obecnie w zupełności owe najnowsze prace, zrzęcznie wycofywa się ze swoich dawnych pogląd6w.

dów twierdząc, że jeśli z jednej strony anatomija patologiczna wykazała stanowczo unitaryzm suchot płucnych, to z drugiej strony dualizm kliniczny nie został naruszonym i autor stale przy nim pozostaje. Co się tyczy tego ostatniego dowodzenia, to sędzę, że o tem oddawna nikt bliżej pracujący nad suchotami płucnymi nie wątpił, sprawozdawca bowiem niniejszego jeszcze przed pięciu laty w pracy swej o leczeniu suchot płucnych bronił dualizmu klinicznego cierpienia, o którym mowa. W dalszym ciągu pierwszego rozdziału autor omawia możliwość wyleczenia suchot płucnych w różnych okresach, przytaczając na poparcie swoje liczne interesujące spostrzeżenia kliniczne.

W lekcyi drugiej J a c c o u d charakteryzuje pokrótce różne postacie kliniczne suchot płucnych, zastanawiając się nad tem, o ile każda z tych postaci posiada skłonność do uleczenia. Autor przychodzi tu do wniosków powszechnie znanych, że suchoty dziedziczne dają mniejsze prawdopodobieństwo uleczenia niż nabyte, że ostra gruźlica i suchoty diabetyczne są zupełnie zmiernymi postaciami itp. Sprawozdawca sędzi, że jeśli w zasadzie tego rodzaju wywody mają słuszość, to jednakże w praktyce napotyka się na liczne wyjątki od tego prawidła; wyleczenie bowiem, które, nawiasem mówiąc, jest rzeczą bardzo rzadką, zależy w wysokim stopniu od wielu innych jeszcze okoliczności, nietylko od samej postaci i spotykałoby się ono bez porównania częściej, zważywszy, że co najmniej 80% suchot płucnych jest cierpieniem nabytem.

W lekcyi trzeciej autor rozbiera pokrótce niektóre warunki, wpływające na wyleczenie suchot płucnych, właściwie mówiąc, jest to tylko rozbiór niektórych ważniejszych powikłań, np. krwotok, gorączka, objawy krtaniowe i t. p. o ile takowe wpływają na rokowanie.

Od lekcyi czwartej rozpoczyna się właściwy wykład o leczeniu suchot płucnych. Przedewszystkiem w dwóch bardzo obszernych lekcyjach autor opisuje leczenie zapobiegawcze suchot płucnych, zastanawiając się obszernie przedtem nad warunkami wywołującymi konieczność owego leczenia; między innymi autor bardzo gruntownie i obszernie rozbiera kwestyję zaraźliwości suchot płucnych, tak zwaną *ptthisis ab haemoptoe*, etc. Sam rozdział o leczeniu rozpada się na kilka części: o leczeniu powietrzem, wodą itd.; w każdej części podaje autor wskazania i przeciwwskazania, oraz opis pokrótce każdej z tych metod leczniczych. Wogóle rozdział ów jest może obrobionym najlepiej z całego dzieła.

Lekcyja szósta poświęcona jest leczeniu zwykłej postaci suchot płucnych w okresie bezgorączkowym. W dziale tym autor obszernie opisuje kuracyje mleczną, kumysową, leczenie powietrzem, tranem, gliceryną, arsenikiem itd. Rozdział następny jest przeważnie poświęcony gorączce suchotników i leczeniu tejże. Autor przedewszystkiem stara się gorączkę suchotnika podciągnąć pod pewną kategorię, dzieląc ją na trzy rodzaje, tj. na gorączkę gruźliczą (*fièvre de granulation, ou de tuberculisation*), 2) gorączkę zapalną (*fièvre d'inflammation*), 3) gorączkę zależną od owrzodzeń (*fièvre d'ulcération*). Każdą z tych gorączek autor oddzielnie charakteryzuje, pomimo jednakże dość silnej argumentacji, sprawozdawca niniejszego bynajmniej nie jest przekonany; owszem, opierając się również na obszernem pod tym względem doświadczeniu, podział ów uważa za czysto teoretyczny i nieusprawiedliwiony przez praktykę. Najczęściej bowiem mamy miejscowe przyczyny gorączki; i tak, w okresie tworzenia się jam, istniejąca gorączka, którą autor czyni zależną od wchłaniania produktów rozpadowych, najczęściej, zdaniem sprawozdawcy, jest zależną od zapalenia gruźliczego w drugim płucu lub od innych powikłań. Dalej autor bardzo obszernie zastanawia się nad leczeniem przeciwgorączkowym suchot płucnych, przedewszystkiem rekomendując użycie chininy pod postacią podskórnych zastrzykiwań bromku chininy; szczególniej ten ostatni sposób leczenia autor podnosi do znaczenia metody, z której miał otrzymywać znakomite wyniki. Sprawozdawca również, i to od lat wielu, zajmował się kwestyją leczenia przeciwgorączkowego suchot płucnych. W pracy swej

ogłoszonej już w r. 1876 w „*Zeitschrift für praktische Medicin*“ starałem się dowieść na mocy licznych spostrzeżeń, że z użycia chininy w gorączce nigdy nie otrzymujemy dodatnich rezultatów, ponieważ bardzo często przy użyciu dawek cokolwiek większych rujnujemy trawienie chorego, a tem samem przyspieszamy znacznie upadek stanu ogólnego. W następnych latach wielokrotnie znowu powracałem do użycia chininy przy gorączce i to pod postacią zastrzykiwań podskórnych *chinini muriatici*. Zastrzyknięcia te głęboko robione nigdy nie wywoływały ani znacniejszego bólu, ani stwardnienia, ani ropni w miejscach zastrzyknięcia. Pożytek z nich jednakże również był nieznacznym; nieraz otrzymano wprawdzie obniżenie o kilka dziesiątych, zawsze jedno-dniowe; u innych osobników wpływ był żaden, lub nieraz nawet przeciwnie, nieco większe dawki wywoływały silne zawroty, szum w uszach itp. przypadłości, bardzo niepokojące chorego. Ostatecznie zarzuciłem użycie chininy zupełnie, gdyż wartość jej w porównaniu z alkoholem w połączeniu z ciepłymi okładami była niesłychanie małą. Zachęcony opisami J a c c o u d'a, chociaż bez wewnętrznego przekonania, w ostatnich czasach zacząłem u gorączkujących suchotników w moim oddziale w szpitalu Ś-go Ducha używać wstrzykiwań bromku chininy, stosując się w zupełności do jego przepisu. Przyznać muszę jednak, pomimo że zastrzykiwałem dość znaczne dawki, po granów ośm podskórnie, nie mogłem mimo szczerej chęci spostrzedz jakichkolwiek dodatnich wyników z owej metody. Zaniechałem więc ją znowu, tembardziej, że środek ów jest drogi i ostatecznie oprócz różnych trudności technicznych przy zastrzykiwaniu (ogrzewanie itp.) nie przedstawia żadnej wyższości nad chlorkiem chininy.

W dalszym ciągu autor opisuje inne metody leczenia gorączki, a więc leczenie alkoholem, kwasem salicylowym, za pomocą wziewań kwasu karbolowego i t. p. J. stara się całą rzecz ściśle systematyzować, wynajdując, a przynajmniej starając się wynaleźć, oddzielne wskazanie i przeciwwskazanie dla każdej z tych metod. Jest to, zdaniem naszym, jeszcze rzeczą przedwczesną i nie sądzę, aby praktyka usprawiedliwiała owe za zbyt teoretyczne wywody profesora J a c c o u d'a. W dalszym ciągu autor zastanawia się nad krwotokiem płucnym, krwiopluciem, jego znaczeniem i leczeniem. Przy obfitem krwiopluciu autor na pierwszym miejscu, i to zdaniem sprawozdawcy bardzo słusznie, stawia makowiec i jego przetwory, przy upartych i znacznych krwotokach zaleca ipekakuanę, środek ulubiony francuzki, a w wielu razach, jak to miał sposobność przekonać się sprawozdawca, istotnie rzetelne oddający usługi.

W rozdziale tym, zresztą bardzo dobrze opracowanym, uderza nas dziwne zdanie, znajdujące się na stronie 259: *Si par exception (je n'en ai vu jamais) une haemoptysie apyrétique antérieure à la période d'excavation était d'emblé assez abondante* i t. d. Miałem sposobność i to wielokrotnie widzieć tego rodzaju obfite krwotoki w okresach wczesnych suchot płucnych i sądzę, że każdy z praktyków łatwo takie przypadki sobie przypomni. Przystępując w rozdziale dziesiątym do rozbioru leczenia suchot płucnych za pomocą wód mineralnych, słusznie powiada, że chociaż nie wywierają one żadnego działania swoistego na wytwory gruźlicze, działają one jednakże na stan ogólny, na szybkość przemiany materii jednym słowem działają zasadniczo na cały ustrój, działanie bowiem owo zależy nietylko od zawartych w wodzie środków mineralnych, ale jednocześnie i od zbioru innych czynników, t. j. klimatu, warunków higienicznych i t. p. Przy opisie warunków leczniczych miejscowości kuracyjnych autor z wielką słusnością napada na istniejące dotychczas u wielu wód wziewalnie (*inhalatorium*) wspólne dla wszystkich chorych, sposób, który autor nazywa *une pratique aussi dangereuse que repugnante*. Wody mineralne, zalecane suchotnikom, dzieli J. na trzy oddzielne grupy. 1) Grupa pierwsza, do której kwalifikują się plujący krwią, suchotnicy z nadmierną wrażliwością; Ems i Soden są typami tej grupy, wpływ bardziej pobudzający posiadają Ischl i Royat. Do tejże grupy



zalicza autor również wody wapniste Lippersinge i Weissenburg w Szwajcaryi.

Do drugiej grupy wód kwalifikuje autor chorych przedstawiających nieznaczny stopień tak zwanych suchot torpidnych, bez gorączki, z nieznacznym usposobieniem krwotocznym. Do tej grupy zalicza autor wody siarczano-sodowe, słono-azotowe (*salino-azotique*) oraz arsenikalne, a więc St-Honoré, Amélie—les—Bains, Vernet, Penticosa (w Pirenejach) a wreszcie szczawy arsenikalne Bourboule i Mont-Doré. W grupie tej wód mamy również ważny czynnik t. j. wyniosłość nad poziom morza, gdyż ostatnia z tych miejscowości t. j. Mont-Doré leży przeszło 1000 metrów nad poziomem morza.

Do trzeciej grupy wreszcie autor kwalifikuje tak zwane suchoty torpidne, bezgorączkowe, bez usposobienia do krwioplucia. Do grupy tej autor zalicza wody siarczane pirenejskie, Eaux Bonnes, Luchon, Caunterets i t. p.

Podział ów J a c o u d'a, chociaż pozornie racjonalny, jest zdaniem naszym, podziałem bardziej teoretycznym, a mało praktycznym; i tak w grupie trzeciej pomieścił on wody siarczane pirenejskie. Otóż chociaż autorowie francuzcy zajmujący się suchotami płucnymi, a szczególnie P i d o u x, źródłom tym przypisują wielką wartość, sądzę jednakże, że wartość ta polega jeżeli nie jedynie to przeważnie na ich znacznym wzniesieniu ponad morze są to bowiem stacje górskie *par excellence* i ztąd ich wartość dodatnia przy leczeniu suchot płucnych. Co się tyczy wód siarczanych to nie sądziłbym, aby wpływ ich był wielce zbawiennym na suchotników; przeciwnie czytając opis działania tych wód u suchotników, podany w dziele z kąd inąd bardzo znakomitem P i d o u x (*Etudes sur la phthisie*) sądziłbym, że one, wywołując silne przekrwienie płuc, prędsiej ujemny aniżeli dodatni wpływ wywierają, wreszcie, że z fałszywego wyjaśnienia owego faktu autorowie francuzcy, jak to właśnie czyni J a c c o u d, uważają miejscowości owe jako przeciw skazane u suchotników nieco wrażliwszych lub skłonnych do krwioplucia. Zdaniem naszym, opartem na licznym pod tym względem doświadczeniu w Goerbersdorfie, oraz spostrzeżeniach w innych stacjach górskich, a szczególnie Davos, miejscowości powyższe wcale nie są przeciwskazane, lecz przeciwnie mogą wywierać istotnie rzetelną korzyść u tego rodzaju chorych, jeśli zaś co ma być u nich przeciwskazaniem, to użycie owej wody siarczanej.

Ostatni rozdział dzieła, bardzo obszerny, bo niemal czwartą część całej pracy obejmujący, poświęcony jest leczeniu klimatycznemu suchot płucnych. Autor przede wszystkim poddaje gruntownemu rozbirowi klimat górski i jego znaczenie przy leczeniu suchot płucnych, opierając się głównie na swych własnych spostrzeżeniach, robionych w D a v o s; klimat górski autor słusznie uważa za niemal specyficznie działający przy leczeniu suchot płucnych; pod tym względem dzisiaj, zdaje się, że zdania różnorodnych autorów mniej więcej się zgadzają; również słusznie J a c c o u d kładzie nacisk na długi pobyt w górach tak zwany przez niego „résidence fixe”; autor nazywa to swoją własną i nową metodą. Wydaje się nam to niezmiernie dziwnem, dość bowiem przejrzeć prace dotyczące leczenia suchot płucnych B r e h m e r'a, D i l t w e i l l e r'a, oraz sprawozdawcy, aby się przekonać, że oddawna już z wielkim naciskiem w Niemczech zwracano na to uwagę; najlepszym tego dowodem jest zakład leczniczy Goerbersdorfski, gdzie chorzy nieraz lata całe przebywają i gdzie w istocie, jak to sprawozdawca wielokrotnie obserwował, a głównie na sobie samym doświadczył, jedynie bardzo długi pobyt jest w stanie przynieść nie chwilową a rzeczywistą i stałą poprawę cierpienia. Przy opisie stacyj górskich, autor szczególnie zaleca St. Moritz w Szwajcaryi, obserwacje robione w tej stacji nie mogą mieć zdaniem naszym dodatniej wartości, właśnie w znaczeniu nadawanem przez J a c c o u d'a—pobyt bowiem w St. Moritz, o ile mi wiadomo, ogranicza się dotychczas na kilku miesiącach letnich. Za to Davos i Goerbersdorf jedynie dotychczas mogą służyć pod tym względem za istotny kamień probierczy, bo chociaż

z obu tych miejscowości dotychczas pracy statystycznej nie posiadamy, to jednakże istnieje liczny kazuistyczny materiał wielokrotnie ogłaszany i stwierdzający stanowczo wartość dodatnią leczniczą tych miejscowości. Przechodząc do opisu stacyj klimatycznych również z wielką słusnością krytykuje ujemne ich strony, a szczególnie Rivieri; Algier podług autora i Madera przedstawiają ze stacyj położonych na równinie najlepsze warunki. Co się tyczy tej ostatniej to J. staje w dziwnej sprzeczności z autorami angielskimi, mającymi pod tym względem dość doświadczenia, a szczególnie ze znanym specjalistą chorób piersiowych Williamsem, który za pomocą pracy statystycznej bardzo ciekawej, widocznie autorowi nieznaney (*Influence of climate in pulmonary consumption by Ch. Th. Williams. London 1877*) wartość leczniczą Madery wielce zdyskretyował.

Jedna rzecz uderza nas jeszcze w wykładzie prof. Jaccoud, oto że przy tak obszernym i gruntownym wykładzie nic nie wspomina o podróżach morskich jako środka leczniczym przy suchotach płucnych. Środek ten zasługuje w istocie na bliższą uwagę i jest szczególnie zalecanym w Anglii (począwszy od Gravesa), gdzie pod tym względem istnieje obszerna kazuistyka; nawet i we Francyi niedawno temu ogłoszona była wielce godna uwagi rozprawa Rochard'a. Sprawozdawca, mający pod tym ostatnim względem niewielkie doświadczenie, jednakże posiada kilka obserwacyj z wielką korzyścią przemawiających za tą metodą leczniczą. Godziło się więc zdaniem naszym i tę metodę poddać krytycznemu rozbirowi.

Taka jest treść najnowszej pracy prof. Jaccoud. Pomimo usterek, które staraliśmy się wykazać, pomimo zbytecznej może rozwlekłości, praca ta zasługuje na bliższą uwagę i sądzę, iż może być odczytaną przez lekarzy praktyków z wielką korzyścią i przyjemnością.

\* \* \*

*II. Zur klimatischer Behandlung der Lungenschwindsucht. Ein Vortrag von Professor Loomis in New-York übersetzt von Prof. Benecke. 1881.*

Jest to bardzo interesujący odczyt, stwierdzający wysoką doniosłość leczenia suchot płucnych klimatem górskim. Autor, po krótkim streszczeniu swych poglądów na suchoty płucne, opisuje wyniki leczenia suchotników w miejscowości zwanej Adirondack w stanie New-York. Miejscowość ta jest wzniesiona od 1500 do 2000 stóp nad poziom morza, przedstawia płaszczyznę szeroką na 100, a długą na 150 mil angielskich; na tej przestrzeni znajduje się około 2000 mil kwadratowych, porosłych lasem, głównie iglastym. Chorzy prowadzą latem życie koczujące, przebywając noce pod namiotami. Klimat w zimie jest surowy; roztopy nigdy nie występują przed Marcem, ilość dni śnieżnych i mglistych zimą przeważa nad dniami o niebie pogodnem. Autor w rezultacie zestawia ciekawą kazuistykę dwudziestu przypadków leczonych w tejże miejscowości, dokładnie obserwowanych (między innymi podaje własną swoją historję choroby). Z tych 20-stu 10-ciu wyzdrowiało. 6-ciu doznało poprawy, 2-ch nie doznało poprawy, a 2-ch zmarło. W przypadkach, w których nastąpiło wyleczenie, cierpienie było natury kataralnej, niezbyt rozległe i niedawnego pochodzenia. W rezultacie autor przychodzi do wniosku, że „większość suchotników w zimnym klimacie prędszą i skuteczniejszą poprawę osiągnąć może, aniżeli w ciepłym i że poprawa w miesiącach zimowych szybciej na jaw występuje aniżeli latem“.

(D. n.)

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

### I. *Pityriasis rosea* (Gibert); *Pityriasis maculata et circinata* (Bazin).

D-r G. Behrend na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego w Berlinie, miał interesujący wykład o mało dotychczas opisywanej i znanej chorobie skórnej — *Pityriasis rosea* — który to wykład ośmielamy się podać Czytelnikom Gazety w streszczeniu.

W r. 1860 opisał Gibert po raz pierwszy oddzielną chorobę skóry i nadał jej nazwę *Pityriasis rosea*. W r. 1868 Bazin opisał to same cierpienie skóry pod nazwiskiem: *Pityriasis rubra acuta maculata et circinata*, a Hardy nadał jej nazwę: *Pityriasis circinata*. W kilka lat później, więcej szczegółowe wzmianki o rozwoju i przebiegu tej choroby podali: Horand (1875), Metton (1878), Nicolas (1880), wszyscy autorowie francuzcy i Duhring (1880) z Filadelfii, który pewne poglądy przytoczonych autorów zmodyfikował i uzupełnił. Również wzmianki o tem cierpieniu z r. 1874 i 1876 znajdujemy u Diday'a i Doyon'a, a także u Rendu'ego. Z przytoczenia powyższego okazuje się, że dotychczas opisywali *Pityriasis rosea* tylko (z wyjątkiem Duhringa) autorowie francuzcy. Jednakże Behrend nie zgadza się ze zdaniem tych ostatnich, którzy utrzymują, że to cierpienie skóry dawniejszym lekarzom zupełnie nie było znane. I tak, zdaniem B. opisana w dziele Willan'a (1806) *Roseola annulata*, przedstawiona na odpowiedniej tablicy kolorowanej, zdaje się być niczem innym, jak tylko *Pityriasis rosea*. Również Wilson podaje opis *Roseola annulata*, opis ten zdaje się żadnej wątpliwości nie pozostawiać, że miał Wilson przed sobą *Pityriasis rosea*. Oto jego opis: „Cierpienie skóry przedstawia się pod postacią plam okrągłych, mających w średnicy około  $\frac{1}{4}$  —  $\frac{1}{2}$  cala i gdy plamy rozszerzają się na obwodzie, to w pośrodku bledną, w skutek czego powstają duże pierścienie. Pierścienie te stopniowo powiększają się i mają w średnicy około 1—2 cali, są ciemno-różowej barwy — a w skutek przemiany wstecznej przyjmują więcej zabarwienie żółto-zielonawe, jakby powstałe po uderzeniu“. Jako cechujący objaw tego cierpienia podaje Wilson, że choroba szerzy się z górnych części ciała na dolne, jak to i w przypadkach przez Behrend'a opisanych miało miejsce.

Podczas gdy we Francyi *Roseola annulata* zupełnie podobnie opisaną była przez Cazenave'a i Schedel'a (1838), Rayer (1837), który nie uznawał różyczki (*roseola*) za oddzielną formę chorobową, ale uważał ją jako pewną odmianę rumienia (*erythema*), przyjął, że i *Roseola annulata*, powinna być uważaną jako *Erythema annulatum*, a więc jako jedna z pierwszych okresów rozwoju *Erythematis exudativi multiformis*. Hebra, który opierał się na opisie Rayer'a, poparł to zdanie, w skutek czego we wszystkich prawie dziełach angielskich i amerykańskich *Roseola annulata* Willan'a została wyłączoną. Również nie znajdujemy opisu tej choroby u autorów niemieckich i to nietylko w podręcznikach o chorobach skórnych, ale także w najnowszej literaturze dzienników i archiwów. Ztąd to pochodzi, że Gibert, Bazin i Hardy sądzili, iż mają przed sobą nie opisaną dotychczas chorobę skóry, a właściwie mówiąc nadali poprzednio opisanej tylko nową nazwę.

Behrend, który za różyczką (*roseola*) uznaje tylko wysypki zapalne (*roseola syphilitica*, *r. typhosa*), a plamy pojedyncze, z przekrwienia powstałe, zalicza do rumienia (*erythema*) — radzi *Pityriasis rosea* nazywać *Roseola furfuracea herpetiformis*.

Zanim przytoczymy ogólne uwagi, odnoszące do *Pityriasis rosea*, pozwalamy sobie podać w streszczeniu opis 5 przypadków tego cierpienia, spostrzeganych przez Behrend'a, a to żeby ułatwić Czytelnikowi zrozumienie całego procesu

na skórze się odbywającego i poczynić wnioski, jakie przytoczone poniżej przypadki nastąpić mogą.

**S p o s t r z e ż e n i e I.** NN, 22 lat licząca, zupełnie zdrowa, była po raz pierwszy badana przez B. d. 9 Marca z. r.. Przed 8 dniami na skórze poniżej prawego obojczyka, ebora zauważyła mocno swędzącą plamę. Po dwóch dniach plama w środku zbladła wskutek czego przyjęła kształt pierścienia, który szybko się rozszerzał i po 8 dniach znikł dobrowolnie, pozostawiwszy tylko na skórze lekkie brunatne zabarwienie. W kilka dni po powstaniu pierwszej plamy na rozmaitych miejscach ciała wystąpiły nowe liczne plamy, które nieco swędzenia spowodowały i jak się zdaje, plamy te wystąpiły bez gorączki. Przy badaniu znaleziono na szyi, tułowiu i na kończynach liczne ostro odgraniczone plamy, od wielkości soczewicy do wielkości bobu dochodzące, już to zupełnie okrągłe, już też podługowate, czerwono-różowej barwy, nieco wyniesione ponad powierzchnię skóry i pokryte nader drobnymi szarymi, łuskami naskórka, które dosyć mocno się trzymały, a przy przeciąganiu palcami dawały uczucie pewnej szorstkości. Najliczniej plamy były rozrzucone na szyi i na tylnych powierzchniach obu ud, od fałdy pośladkowej aż do dołu podkolanowego, w których to miejscach położone były jedna obok drugiej, dotykają się brzegami nie straciły jednak formy plam.

Oprócz tego znajdowały się bardzo liczne plamy rozrzucone na skórze okolic nadobojczykowych, piersiowych, na łopatkach i między łopatkami; na pozostałej części tułowia i na kończynach górnych, tylko pojedyncze dawały się spostrzegać plamy; twarz, ręce i nogi, a także skóra głowy, pokryta włosami, wolną była od wysypki, w obu dołach pachowych pomiędzy włosami znajdowały się dosyć duże plamy.

Przy badaniu mikroskopowym łusek żadnych grzybków nie znaleziono. Leczenie zasadzało się na pędzlowaniu plam słabym roztworem sublimatu w alkoholu i glicerynie.

W tydzień po takim leczeniu w bardzo wielu miejscach plamy poznikwały, a w innych zaś pobladły po środku. Na miejscach nie leczonych również zauważono poblednięcie wysypki, plamy jednak się powiększyły, a przez przemianę wsteczną, która odbywała się w pośrodku plamy, zamieniły się na pierścienie. Jeszcze w 8 dni później — plamy na miejscach leczonych prawie zupełnie znikły, na miejscach nieleczonych zmieniły barwę z ciemno-różowej na blado-żółto-czerwoną, przyczem prawie wszędzie można było zauważyć rozprzestrzenienie się plam na obwodzie dawnych, z przemianą wsteczną, po środku plamy zachodząca.

**S p o s t r z e ż e n i e II.** Ośmioletnia córka nauczyciela gimnazjum, przy lekkich objawach gorączkowych, spostrzegła na szyi, tułowiu, kończynach dolnych i górnych, wysypkę plamistą; gorączka po wystąpieniu wysypki ustąpiła. Plamy były barwy ciemno-czerwonej, po kilku dniach wystąpiły ponad skórę i pokryły się drobnymi łuszczykami, dosyć mocno się trzymającymi, które jednak paznogciem zeskrobać się dawały bez wywołania krwawienia. W pierwszej chwili część wysypki przedstawiała wiele podobieństwa do wysypki odrowej, ale brak wszelkich innych objawów pozwolił na wyłączenie odry. Po kilku dniach w pośrodku plam rozwinęła się przemiana wsteczna, wskutek czego przyjęły one postać pierścieni. Wysypka nie rozprzestrzeniała się i przy umywanu spirytusem mydlanym szybko ustąpiła.

**S p o s t r z e ż e n i e III.** Czeladnik kuśnierski, 18 lat liczący, dotknięty został wysypką plamistą, która przyjętą została za odrę, ponieważ w domu gdzie zamieszkiwał u majstra, wszystkie dzieci chorowały na odrę. Wysypka nie swędziała i wystąpiła bez gorączki. Plamy były bardzo liczne, blado-różowej barwy, bardzo nieznacznie ponad powierzchnię skóry wyniesione i skąpo

łuskami pokryte; były one rozrzucone przeważnie na szyi, tułowiu, w mniejszej ilości na powierzchniach zgięcia kończyn górnych. Brak gorączki, objawów nieżytu oskrzeli i łącznicy, wygląd wysypki, pozwalały wyłączyć odrę. Łatwiej można było pomyśleć, że ma się do czynienia z wysypką różyczkową przymiotową, w danym jednak przypadku brak było wszelkich objawów (pierwotne stwardnienie, *angina*, obrzmienie gruczołów, wypadanie włosów) uzasadniających to przypuszczenie. Również nie można było przyjąć wysypki za wywołaną środkami lekarskimi, ponieważ występuje ona zawsze z mniejszą lub większą gorączką, a co ważniejsze w danym przypadku, żadnych leków chory nie używał. W kilka dni później powstawały w posrodku plam, mianowicie na skórze brzucha umiejscowionych, wsteczne przemiany, przez co utworzyła się wysypka pierścieniowata. Przy wcieraniach mydła szarego wysypka wkrótce ustąpiła.

**S p o s t r z e ż e n i e IV.** Kobieta, lat 32 licząca, dotknięta została wysypką mocno swędzącą i umiejscowioną na szyi. Były to plamy czerwono-różowe, wystające, drobnymi łuskami pokryte, od wielkości grochu do bobu; były one głównie rozprzestrzenione na karku na granicy włosów i w okolicy nadobojczykowej. Również na szyi spostrzedz można było kilka oddzielnych wyrzutów pod postacią pierścieni. Zalecono wcierania spirytusu mydlanego. Po kilku dniach wystąpiły świeże plamy, przeważnie rozrzucone na skórze grzbietu, a mianowicie między łopatkami, od wielkości prosa do soczewicy, bardzo słabo różowego koloru; nieco większe plamy okazały się na piersiach poniżej obojczyków i w okolicach obu piersi. Pojedyncze plamy rozrzucone były: w dołach pachowych gdzie zauważono kilka większych wykwitów pod postacią pierścieni.

W rozłożeniu wysypki w niektórych miejscach można było spostrzedz pewną symetryczność. Przy poszukiwaniach mikroskopowych łusek nigdzie nie znaleziono grzybków. Po wcieraniach spirytusu mydlanego nastąpiło obfite łuszczenie, pomimo jednak przedłużonego przemywania występowały świeże plamy po 2—3 dniach i pokrywały się drobnymi łuszczkami. Niektóre plamy zupełnie znikły, inne ulegały przemianom wstecznym tworząc pierścienie.

Brak zupełny wszelkich tworów grzybkowych nie pozwalał na przyjęcie rozpoznania choroby jako *herpes tonsurans*. Niektóre wykwitki pozbawione łuski pozwalały na przypuszczenie że mamy do czynienia z wysypką różyczkową przymiotową, w danym jednak przypadku sam przebieg pojedynczych wykwitów i brak innych objawów przymiotu, rozpoznania tego nie potwierdzał.

**S p o s t r z e ż e n i e V.** Siedmioletni chłopiec zachorował około 10 Marca na wysypkę, która wystąpiła na plecach. Ogólny stan chorego był bardzo dobry, żadnej gorączki przy wystąpieniu wysypki nie zauważono. Wysypka przedstawiała się pod postacią plam, przeważnie i najliczniej na plecach i na łopatkach umiejscowionych. W mniejszej ilości była wysypka na piersiach i brzuchu. Na lewej łopatkce spostrzedz się dawał pierścień czerwony w średnicy około 3—5 ctm. mający, w posrodku na ciemno zabarwiony; w kilka dni (4) pierścień ten znikł. Powstawały jednak liczne nowe pierścienie, mianowicie na skórze między łopatkami, mające średnicy 1,5 do 3,5 ctm.; były one nieco ponad powierzchnię skóry wyniesione. Około 3 Kwietnia poprzednia wysypka pierścieniowata znikła, pozostawiając niekiedy na skórze zabarwienie czerwono-żółtawe. Spostrzegano też wysypkę, która po 8 dniach nie ulegała jeszcze żadnej zmianie; w innych zaś miejscach pierścienie wysypki zlewały się z sąsiednimi pierścieniami, wskutek czego powstawały na skórze gzygzakowate figury. Wysypce towarzyszyło swędzenie. Przy badaniu mikroskopowym zeskrobanych łusek nie znaleziono grzybków. Jeżeli teraz zestawimy powyżej podane szczegóły, to dojść musimy do wniosku, że *pityriasis rosea* jest cierpieniem skóry nie pasorzytnego pochodzenia, charakteryzującym się przez wystąpienie wykwitów od wielkości lepka od szpilki do wielkości

grochu lub bobu, formy okrągłej albo podługowatej, czerwono-różowej barwy, wyniesionych nieco ponad powierzchnię skóry i pokrytych mocno trzymającymi się łuskami; tak w pierwszej chwili powstawania, jakoteż w okresie rozwoju połączona bywa z dosyć mocnym swędzeniem.

Zwykle przy wystąpieniu wysypki i podczas samego jej trwania nie istnieje ani stan gorączkowy, ani jakiegokolwiek ogólne zaburzenie organizmu.

Najobficiej rozrzucona jest wysypka na szyi, w okolicy podobojczykowej, na łopatkach, daleko zaś w mniejszej ilości znajduje się zwykle na pozostałej części tułowia i na kończynach; twarz, skóra głowy pokryta włosami, jako też ręce i nogi prawie zawsze są wolne od wysypki.

Wkrótce po wystąpieniu wysypki daje się zauważyć na pojedynczych plamach dwojaka przemiana: albo cała plama błędnie równocześnie i przyjmuje odcień ciemno-żółtawy, pojedyncze plamy zanikają i przestają wystawać ponad powierzchnię skóry, a na miejscu tych plam powstaje drobne łuszczenie się naskórka, albo powstaje przemiana wsteczna tylko w połowie plamy i szerzy się coraz bardziej ku obwodowi, wskutek czego tworzy się z istniejącej plamy rodzaj pierścieni i kół, które w środku mają skórę albo barwy zwykłej lub lekko zabarwioną, wysypka zaś rośnie ku obwodowi i po pewnym czasie sama zanika. I wtedy jednak widzimy zwykle miejsce słabo zabarwione, otoczone wałem nieco ciemniejszego koloru, możemy więc jeszcze wtedy rozróżnić czy mieliśmy tylko wysypkę plamistą, czy też pierścieniową.

Jeżeli kilka pierścieni spotyka się ze sobą, wówczas powstają nieregularne figury, często napotymane w łuszczycy, lub *erythema multiforme* i w niektórych przypadkach wysypki przymiotowej. Zwykle u jednego chorego napotykamy wszystkie powyżej opisane postacie wysypek w najrozmaitszych okresach przemian wstecznych.

B e h r e n d powiada, że zanim dokonał poszukiwań mikroskopowych, sądził, że ma do czynienia z *herpes tonsurans maculosus* i dlatego bardzo prawdopodobnem jest, że bardzo wiele przypadków uznawanych za *herpes tonsurans* okazałoby się po bliższem badaniu tylko wysypką, należącą do *pityriasis rosea*. I że rzeczywiście niejednokrotnie omyłka w rozpoznaniu miała miejsce, dowodzą tego liczne przypadki B e h r e n d'a, które pierwotnie uznane były za *herpes tonsurans*; a dopiero pewna nieprawidłowość w przebiegu choroby (np. gdy skóra powierzchni grzbietowej rąk, twarzy i skóra głowy pokryta włosami była wolną od wysypki) zwróciła szczególną uwagę autora, bo wiadomem było, że grzybek *trichophyton tonsurans* najlepiej się rozwija w tych miejscach.

W spostrzeżeniu 4-em można było widzieć wysypkę na granicy włosów — a cierpienia włosów wcale nie było. Kiedy przeciwnie przy *herpes tonsurans* włosy najczęściej cierpią. Oprócz tego w takich przypadkach, gdzie rozpoznano *herpes tonsurans maculosus* uderzało, że choroba nie przenosi się na drugie indywiduum, jak to zwykle ma miejsce, więc i wtedy niewątpliwie była *pityriasis rosea*.

B e h r e n d zwraca uwagę na nadzwyczaj szybkie rozprzestrzenianie się w danej miejscowości *herpetis tonsurantis*, tak, że np. jedno dziecko w szkole dotknięte tą chorobą szybko udziela jej znacznej liczbie innych dzieci, tymczasem w przypadku piątym chłopczyk żył w pośród licznej rodziny, spał razem z ojcem podczas całego przebiegu choroby, a pomimo tego u nikogo nie dało się odkryć najmniejszych śladów choroby *pityriasis rosea*.

Wreszcie wysypka przy *herpes tonsurans maculosus* szerzy się ciągle, zaś przy *pityriasis rosea* dobrowolnie bez leczenia ginąć może.

B e h r e n d przypuszcza, że pomimo, iż mu się nie udało odkryć grzybków w łuskach zdjętych z wysypki *pityriasis rosea*, to jednak wyznać musi, że choroba ta czyni wrażenie choroby paserzytnej, a mianowicie sposób szerzenia się wysypki z miejsc wyższych na niższe, rozszerzanie się obwodowe plam

i pierścieni. Behrend jednak otwarcie wyznaje, że poszukiwania jego nie są skończone i powiada, że gdyby istotnie udało mu się wykryć obecność grzybków, przybyłaby nam forma choroby skórnej pasorzytnej — w dotychczas jednak spostrzeganych przypadkach zdaje się nie ulegać wątpliwości, że choroba w spostrzeżeniach pojedynczych opisana niemoże być uznana za identyczną z *herpes tonsurans* i że raczej autor miał do czynienia z samodzielną chorobą skórną, która wcale do chorób rzadkich nie należy.

Wykwity pojedyncze zwykle trwają od 8—10 dni, lecz nowa wysypka jednocześnie powstająca przedłuża cały przebieg choroby od 4—8 tygodni; *pityriasis rosea* zniknąć może dobrowolnie, jak tylko przestaną się okazywać świeże wykwity, taki przebieg opisany jest w spostrzeżeniu 5.

Nie ulega bowiem wątpliwości, że zapomocą pewnych leków (roztwór alkoholiczny sublimatu) przyspieszyć można zniknięcie wysypki.

Co się tyczy przyczyn powstawania tej choroby, to dziś nic stanowczego nie da się powiedzieć.

Ale z powyższymi poszukiwaniami Behrenda stoją w sprzeczności poszukiwania Metton'a, który utrzymuje, że w badanych łuskach naskórka znaleziono bardzo znaczną ilość zarodników (*spora*), jednak bez grzybni (*mycelium*). Były to zarodniki, jakie spostrzegał Metton i na łuskach zwykłej pryszczycy i innych chorób skórnych, zdaniem jednak Behrenda są one raczej zupełnie przypadkowe i nie mogą być uznawane za będące w jakimkolwiek związku z procesem chorobowym nas zajmującym.

Przytacza też Behrend badania D-ra Beśnier z Paryża, który przy poszukiwaniach dokonanych nad wysypką *pityriasis rosea*, miał znaleźć zarodniki; znajdowały się one w głębi naskórka. Zarodniki co do wielkości odpowiadały zarodnikom *microsporon furfur*: leżą one jednak porozsypywane, a nie jak te ostatnie w gromadę zebrane, podczas gdy grzybnie (*mycelium*) były w małej ilości, zwykle dosyć grube i tylko w wyjątkowych przypadkach były cienkie jak przy *eczema marginatum*.

Ze względu na te poszukiwania należałoby przyjąć, że mamy do czynienia z nową formą choroby skórnej pasorzytnej pochodzenia, która zdaje się bardziej zbliżać do *pityriasis versicolor* aniżeli do *herpes tonsurans*.

Jakkolwiek przyjąć musimy, że *pityriasis rosea* należy do chorób z łagodnym przebiegiem i że bez leczenia zniknąć może, to niejednokrotnie atoli następuje pewne trudności w rozpoznaniu. Jaka zachodzi różnica pomiędzy *herpes tonsurans* a *pityriasis rosea* dostatecznie już powyżej wykazano.

Z innych chorób skórnych wątpliwość może zachodzić jeszcze co do różyczki przymiotowej i łuszczycy.

Różyczka przymiotowa różni się od wysypki *pityriasis rosea* tem, że barwa jej jest ciemno-czerwona, nie towarzyszy jej swędzenie, nie jest pokryta łuskami, zwykle i najobficiej rozrzucona jest na skórze brzucha i piersi, gdy tymczasem wysypka *pityriasis roseae* poczyna się najczęściej na szyi i najwięcej miesci się na łopatkach i poniżej obu obojczyków, barwy różowej, towarzyszy jej swędzenie i pokryta jest łuskami.

Prócz tego chorobie przymiotowej towarzyszą zwykle jednocześnie inne jeszcze objawy, których brak przy *pityriasis rosea*.

Niekiedy również napotyka się trudności w odróżnieniu *pityriasis roseae* od łuszczycy, mianowicie gdy ta ostatnia ma przebieg ostry zwykle połączony z gorączką, w których to przypadkach wysypka łuszczycy najczęściej jest drobna, dochodząca do wielkości soczewicy i połączona ze swędzeniem. Ale w takich przypadkach wysypka zwykle rozrzucona jest po całym ciele, a prawie nigdy na szyi i górnej części piersi. Łuski naskórkowe przy łuszczycy są grubsze, łatwo

się paznogciem zeskrobać dają, po którym pozostaje miejsce krwawiące, czego nie spostrzegamy przy *pityriasis rosea*.

W tym okresie choroby *pityriasis rosea*, gdy wskutek przemian wstecznych wykwity przyjmują żółtawo-czerwonawe zabarwienie, łatwo wysypka może być przyjęta za *pityriasis versicolor*. W takich jednak przypadkach należy się uciec do badania mikroskopowego, które ostatecznie rzecz rozstrzyga z c z e m mamy do czynienia.

(*Berliner klinische Wochenschrift 1881, Nr. 38 i 39*).

*E. Klink.*

## Wiadomości bieżące.

— *Warszawa.* W r. b. liczbę współwłaścicieli naszej Gazety i stałych jej współpracowników zwiększyli kolledzy: *Ma y z e l, M a l i n o w s k i, C h e ł e h o w s k i i K a m o c k i.*

— Na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego odbytem w d. 3 Stycznia r. b. wybrani zostali na rok 1882: na prezesa *O r ł o w s k i Władysław*, na wice-prezesa *G e p n e r Boleśław*, na sekretarza dorocznego *J a s i ń s k i Roman*.

— Na temże posiedzeniu wybrano, przy odgłosie hucznych oklasków, przez akłamaacyję na członka honorowego Towarzystwa prof. Szokalskiego, dla uczczenia zasług Jego, położonych dla dobra Towarzystwa przez przeciąg 25 lat pełnienia obowiązków Sekretarza stałego. Professor S. i nadal pozostaje Sekretarzem stałym.

— Dla niewiadomych powodów, konkurs zapowiedziany na d. 3 Stycznia r. b. na posadę ordynatora w szpitalu starozakonnych w Warszawie, nie przyszedł do skutku. Podobno termin ma być odroczonym.

— Z listy studentów Cesarskiego Warszawskiego Uniwersytetu, dowiadujemy się: że w roku bieżącym na wszystkich wydziałach znajduje się 1006 słuchaczy, z których 599 przypada na wydział lekarski. Obliczając podług kursów znajduje się na kursie I-ym 193, na II-im 115, na III-im 66 na IV-ym 69 i na V-ym 36.

— Szpital dla chorych gorączkowych zaraźliwych, (głównie wysypkowych), o którym tak wiele pisano i dla którego nawet wybrano miejsce w dawnych budynkach ogrodu Ohma, nie będzie jeszcze, tak przedko otwartym, a natomiast — jak nam wiadomo z pewnego źródła, powiększoną zostaje na czas miesięcy zimowych ilość łóżek w Szpitalu Domu Przytulku i Tracy za Wolskimi rogatkami z 80-ciu do 120-stu. Zapewne, że ze zwiększoną ilością łóżek, powiększony także odpowiednio zostanie i personel lekarski.

— Posada ordynatora i zarazem miejscowego lekarza przy szpitalu Pragskim, którą zajmował dotąd kolega *Antoni Ch e ł m i ń s k i*, z powodu wyjazdu tegoż na stałe miejsce do Soczewki opróżnioną zostaje.

— *Praga.* *W. W e i s s* mianowany został professorem zwyczajnym kliniki chirurgicznej z wykładem czeskim, w tutejszym uniwersytecie.

## NADEŚLANO DO REDAKCYI:

*S a w i ń s k i-B u n g e.* Ukazatel ruskiej literatury po matematyce czystym i przykładowym jestestwiennym naukam, za 1889 g. Kijow. 1881.

## O D P O W I E D Ź.

*D-r o w i C z. w O r s z y.* Z przysłanych nam rs. 14 — na Gazetę na 1-sze półroczcie zapisaaliśmy rs. 3.—Oczko i Słownik w oprawie — wraz z przesyłką kosztują rs. 19 kop. 50. Pozostaje więc jeszcze kop. 50.

**Na pomnik Mickiewicza** złożyli: *D-r Ludkiewicz*, z Poniewieża, gub. Kowieńskiej, rs. 1. *D-r Pawłowicz*, z Elizawetgradu, gub. Chersońskiej, rs. 3 kop. 50. — Razem z poprzednio zebranemi **Rs. 735 kop. 56 i 10 franków w złocie.**

Wydawca **Dr. St. Kondratowicz.**

Redaktor odpowiedzialny **Dr. Wł. Gajkiewicz.**

Дозволено Цензурою. Варшава 24 Декабря 1881 г. Друк К. Ковалевського, Крólewska Nr. 23.