

GAZETA LEKARSKA.

I. KILKA UWAG NAD DZIAŁANIEM ORTOFORMU.

Podał

T. Heryng.

— † — † —

Ortoform wprowadzili w użycie w 1897 r. **EINHORN** i **HEINZ**, wykazawszy szeregiem doświadczeń, że posiada własności znieczulające, a co ważniejsze, że działanie jego trwa dłużej od wszelkich innych do dziś dnia znanych środków anestetycznych. Jest to eter metylowy kwasu para-amido-meta-bendzwinowego i przedstawia się jako białło-żółtawy proszek, lekki, zbijający się w większe grudki, nieco tłustawy w dotknięciu. Rozpuszcza się trudno w wodzie czystej, łatwiej w wodzie zakwaszonej kwasem solnym, w wysokoku i w glicerynie.

Oprócz ortoformu zasadowego, istnieje jeszcze połączenie z kwasem solnym, które używano do wstrzykiwań podskórnych. Są one jednak bardzo bolesne i obecnie zostały zupełnie zarzucone.

Ortoform zaraz po jego odkryciu znalazł rozległe zastosowanie zarówno przy bolesnych cierpieniach skóry, jako też przy owrzodzeniach i nadzarciach błon śluzowych.

Przy owrzodzeniach skóry, oparzeniach i bolesnych wysypkach stosowano go bądź w postaci proszku, bądź jako masę z wazeliną lub lanoliną, z bardzo dobrym, bo dłuższym czasem trwającym wynikiem. Na owrzodzoną błonę śluzową macicy i odbytu działał również wybitnie kojąco; daleko słabiej na błonę śluzową pęcherza moczowego. Pominę tutaj działanie ortoformu przy *caries* zębów i uwzględnię wyłącznie wpływ tego środka na błonę śluzową górnego odcinka dróg oddechowych, przedewszystkiem zaś na owrzodzenia gruźlicze gardzieli i krtani. Ortoform stosujemy albo w proszku, albo w formie emulsyi z gliceryną lub olejkim migdałowym. Gliceryna powinna być chemicznie czysta i wolna od potażu.

W roku 1898 **KLAUSSNER** podał nową metodę otrzymania tego preparatu i odmianę tę nazwał ortoformem nowym [*Orthoform neu*].

Jest to eter metylowy kwasu meta-amido-para-oksybendzwinowego i przedstawia się w postaci białego proszku, sypkiego, doskonale nadającego się do wdmuchiwania do gardzieli i krtani. Jest on znacznie tańszy od ortoformu

EINCHORN'a i wyrugował go zupełnie z użycia. Rozpuszcza się w alkoholu i wodzie zakwaszonej, w ogrzanej glicerynie [aa z wodą] i posiada wybitne znieczulające własności. Wdmuchnięty do gardzieli lub krtani, wywołuje u niektórych osób uczucie lekkiego pieczenia, trwające 15—20 minut; kaszlu nie spowoduje i wydzielinę zmniejsza na czas krótki. Na języku wywołuje po kilku minutach uczucie odrętwienia i znieczulenia, szczególnie jeżeli stosujemy go na powierzchnie pozbawione nabłonka.

Ortoform tworzy z oliwą emulsję [1:4], która, podług KESSEL'a, wstrzyknięta do krtani ma wywoływać długotrwałe znieczulenie.

M. FREUDENTHAL z New-Yorku podaje inny przepis na emulsję ortoformową w połączeniu z mentolem (!).

<i>Rp. Mentholi</i> 1,0—5,0—10,0	15,0
<i>Ol. amygdal. dulcium</i>	30,0
<i>Vitelli ovi</i>	25,0
<i>Orthoformi</i>	12,0
<i>Aq. destill.</i>	100,0
<i>fiat Emulsio.</i>	

O działaniu kojącem tej emulsji pomówię w innym miejscu, teraz parę słów poświęcę jej przygotowaniu i własnościom fizykalnym. Sporządził ją dla mnie p. WENDA, któremu za pomoc i wskazówki farmakologiczne szczerze winienem podziękowanie. Okazało się, że przepis, podany przez FREUDENTHAL'a, jest niepraktyczny i wymaga pewnych modyfikacji. Już sama cena preparatu jest tak wygórowana, że odstręczy każdego od zapisywania tej emulsji, gdyż 100,0 kosztuje 13 rb. Olejek migdałowy musi być kilkakrotnie sterylizowany, t. j. trzy razy przez pół godziny [z przerwami 6-godzinnymi] trzymamy w wodzie wrzącej [PALMIRSKI]. Emulsja FREUDENTHAL'a, ogrzana do 37° C., ścina się i zatyka kaniulę, tworząc w niej twardy czopek, który uniemożliwia wstrzykiwanie. Trzeba go przepychać drutem, kaniulę przemyć gorącą wodą i powtórnie sterylizować. Już ta okoliczność utrudnia bardzo użycie tego preparatu, naraża bowiem na niepotrzebną stratę czasu.

Zamiast emulsji z żółtkiem FREUDENTHAL'a, mogę polecić Sz. Kolegom emulsję z olejku migdałowego, mentolu i ortoformu podług przepisu p. WENDY.

<i>Rp. Mentholi</i> 5,0.
<i>Ol. amygdal. dulc.</i> 12,5.
<i>Orthoformi</i> 2,25.
<i>M. f. emulsio.</i>

Do wstrzykiwania płynów do krtani używałem mojej szpryki, przeznaczonej do wstrzykiwań kokainy w błonę podśluzową. Trzeba odjąć nasadę z igłą i zagiętą kaniulę ustawić tak, aby płyn ściekał po tylnej ścianie gardzieli. Szpryka moja, jako zaopatrzona w tłoczek skórzany, nie okazała się odpowiednią, gdyż sterylizacja zabiera dużo czasu. Próbowalem więc szpryki M. SCHMIDT'a, składającej się z baloniku gumowego, rurki szklanej zgiętej spiralnie i nasadzonej na nią kaniuli srebrnej. Jest ona przydatna do wstrzykiwania kokainy do krtani, lecz mniej dogodna do emulsji, gdyż dla każdego pacjenta kaniula musi być wyjąłowiana. Kazałem ją zmienić w ten sposób, że

kaniulę srebrną zastąpiono szklanemi rurkami, które łatwo zmienić, mając ich kilka w zapasie. Po użyciu trzeba je przemywać słabym roztworem sody, potem raz jeszcze alkoholem.

Chcąc się przekonać o ile emulsya FREUDENTHAL'a nie posiada skutkiem rozkładu żółtka własności trujących, prosiłem kolegę PALMIRSKIEGO o zbadanie jej pod względem bakteryologicznym. Otóż emulsya, mająca 3 tygodnie od chwili przygotowania, zbadaną została przez rozproszczenie na agarze. Wytworzyły się hodowle, zawierające drobne pałeczki, bliżej nie zbadane. Wstrzykiwania $\frac{1}{4}$ ctm. sz., robione świnkom pod skórę, wywołały stwardnienie, które przeszło bez ropienia po tygodniu. Wstrzykiwania, robione do jamy brzusznej [$\frac{1}{4}$ ctm. sz.], nie okazały ujemnego wpływu. Zwierzęta pozostały przy życiu. Dodatek mentolu zdaje się ją chronić od rozkładu, gdyż emulsya ortoformowa bez mentolu, zarobiona żółtkiem, już po 3-ch dniach mocno była cuchnąca. Koledze PALMIRSKIEMU za uprzejmą jego pomoc w zbadaniu tego preparatu serdecznie składam podziękowanie.

Technika wstrzykiwań jest następująca. Przez naciśnięcie lekkie balonu wypędzamy powietrze i zanurzwszy koniec kaniulki do naczynia z emulsią; powoli wciągamy płyn aż do wypełnienia ampułki, pomieszczonej w połowie rurki. Mieści ona około 1,5 ctm. sz. płynu. Jest to ilość dostateczna dla jednorazowego użycia. Balon należy naciskać wolno, tak aby płyn ściekał kroplami po tylnej ścianie krtani lub w razie potrzeby—po nagłośni. Płyn powinien być lekko ogrzany do 25°—26° C. Wstrzykiwanie emulsyi nie wywołuje ani kaszlu, ani krztuszenia, jeżeli jest wykonane pod lustrem w podany powyżej sposób. Można nawet użyć ilości większej t. j. 2—2,5 na raz. Chory nadmiar płynu wyrzuca przez odkasłnięcie. Ściekając po błonie śluzowej aż do strun głosowych, płyn osadza ortoform w postaci szarego proszku, szczególnie na owrzodzeniach i dłuższy czas przylega do ich powierzchni. W 3 — 5 minut zaczyna on wywierać swe kojące działanie. Podczas wstrzykiwania chory musi wymawiać ton *e*, lub *hae*, aby struny zbliżyły się do siebie.

Natychmiast po zastrzyknięciu chorzy doznają w krtani uczucia chłodu i czują smak mentolu przez 10 — 15 minut. Rzadko kiedy widziałem nieco żywszą reakcyę. Pr awie bez wyjątku wlewianie emulsyi było wybornie znoszone. Nawet silne roztwory mentolu — dwie drachmy na uncję *Ol. amygdal dulc.* — nie drażniły krtani, nie wywoływały krztuszenia lub dłuższych napadów kaszlu, chociaż nieraz część emulsyi spływała do tchawicy i do grubszych oskrzeli. Pamiętać tylko należy, aby nigdy nie używać płynów zimnych i lek wpuszczać kroplami podczas wydawania tonów.

Z dotychczasowych doświadczeń wynika, że ortoform działa silniej znieczulająco tylko wtedy, gdy styka się bezpośrednio z zakończeniami nerwów skóry lub błon śluzowych. Na tkanki pokryte nabłonkiem działa bardzo słabo. Nie mniej ortoform zdaniem LICHTWITZ'a, stosowany na błonę śluzową nosa, przy gorączce siennej (*Heufieber*) wywiera działanie bardzo pomyślne. BLONDEL zalecał go już w 1898 r. przy zwyczajnym ostrym katarze nosa. W ostatnich czasach SRIESS³potwierdził te spostrzeżenia, zauważył przytem, że ortoform działa silnie na błony śluzowe obrznięte i spłachnięte, a jeżeli na normalne.

SPIESS zaleca go przy ostrym katarze, połączonym ze znacznym zatkaniem nosa i bardzo obfitą wydzieliną. Znieczulenie nie trwa wtedy tak długo jak na błonach śluzowych, pozbawionych nabłonka, ale można ortoform kilkakrotnie stosować, a więc przedłużać okres znieczulenia. SPIESS zaleca wdmuchiwanie ortoformu, bądź czystego, bądź w połączeniu z sozodolem [2 : 10] i stosuje go kilka razy dziennie do jamy noso-gardzielowej, gdyż z powodu obrzmienia muszeli, proszku od przodu wdmuchiwać dokładnie nie można. Ortoform wstrzymuje lub zmniejsza bardzo znacznie obfity odpływ śluzu przy ostrym katarze nosa i jednocześnie usuwa tak przykre dla chorych zatknięcie. Stosowany na błony śluzowe, nie wywołuje objawów zatrucia nawet przy dłuższym jego użyciu. U niektórych osób istnieje jednak co do tego środka pewna idiosynkrazia, objawiająca się po zasypaniu czystego ortoformu pojawieniem się uczucia odrętwienia lub obcego ciała, podobnego do stanu, jaki w gardzieli i krtani wywołuje kokaina. Stan taki może trwać dość długo, podług SPIESS'a nawet kilka dni. Nie zdarzyło mi się dotąd spostrzegać podobnego objawu, pomimo tego, że stosuję ortoform od kilku lat bardzo często w gardzieli i krtani. Zauważyłem jednak, że wiele osób z owrzodzeniami gruzliczemi, po stosowaniu ortoformu EINHORN'a uciuwało palenie w gardzieli, trwające czasem godzinę i dłużej. W tych razach należy go połączyć z kokainą. Bardzo pożytecznym przy bolesnych owrzodzeniach gardzieli i krtani jest połączenie ortoformu z jodoformogenem, z dodatkiem kokainy. Zapisuję je podług następującej recepty:

Rp. Orthoformi

Jodoformogen. aa 5,0

Cocaini mur. 1,0

Magist. bismuthi 10,0

M. f. pulv subtilis. pulver.

S. Do insuflacji.

Zaletą tego proszku, pomijając jego działanie antyseptyczne, jest suchość i lekkość preparatu i szczególna własność silnego przylegania do błony śluzowej. W dwie lub trzy godziny po wdmuchnięciu można go wykryć lusterkiem na tylnej ścianie krtani, na strunach fałszywych lub w przednim kącie strun, o ile chory powstrzyma się od kaszlu i charkania.

Przy owrzodzeniach jamy ust i gardzieli, po operacjach na migdałkach, przy wyprysku, przy bąblicy, po silnych przyżeganiach, wywiera on swe skuteczne, kojące działanie. Insuflacye przedstawiają jeszcze i tę korzyść, że możemy łączyć ortoform z talkiem lub z krochmalem, w stosunku 10—20%, bez zmniejszenia jego znieczulających własności.

Wracając do emulsyi, podanej przez FREUDENTHAL'a, wyraża się on o jej kojącem działaniu z takim zachwytem, że zmusza niemal do wypróbowania jej przy suchotach krtani. Działanie znieczulające ma trwać od kilku godzin do kilku dni. Dzięki tej emulsyi, powiada FREUDENTHAL, leczenie suchot krtani uważam dziś za prawdziwą przyjemność, kiedy dawniej, było ono dla mnie rzeczą przykrą i niewdzięczną.

Dziwnymi wobec tego wydają się rezultaty, jakie otrzymał FREUDENTHAL, stesując emulsyę ortoformową, gdyż przyznaje sam, że nie uzyskał nawet

częściowego zablźnienia owrzodzeń i sam przyznaje, że sprawa gruźlicza krtani posuwała się naprzód.

Po przeczytaniu pracy FREUDENTHAL'a, zająłem się sprawdzeniem podanych przez niego spostrzeżeń, jakkolwiek uprzednie me doświadczenia z emulcją ortoformową KASSEL'a nie były wcale zachęcające, gdyż nie wykazały jej wyższości nad insuflacyami do krtani czystego ortoformu.

Doświadczenia przeprowadziłem na kilku chorych z owrzodzeniami gruźliczymi tylnej ściany i nasiękami, które uprzednio były usunięte podwójną kiuretą i połączonemi z dysfagią. Wstrzykiwałem tym chorym emulcję FREUDENTHAL'a pod lustrem i trzymałem ich u siebie w domu do dwóch godzin, badając co ½ godziny wygląd krtani i sprawdzając jej czułość sondą i przy połykaniu wody.

Następnie zalecałem chorym zwracać uwagę, jak długo trwało zmniejszenie bólu w krtani i zmniejszenie bolesności przy łykaniu, zarówno—na jak długo ustępował kaszel i sekrecya. Dane te notowałem na osobnych kartkach i porównywałem z działaniem insuflacji czystym ortoformem. Tylko dwa razy na 16 wstrzykiwań dysfagia zmniejszyła się przez 10—12 godzin, zwykle ulga trwała 3—4 godzin, t. j. tyle, co przy stosowaniu ortoformu w proszku. U niektórych chorych w nocy występowały napady silnego kaszlu, trwającego kilka godzin. Ilość plwociny w ogóle zmniejszała się po wstrzykiwaniu, jak sądzę z powodu silniejszego odpluwania, występującego zaraz po zastrzyknięciu.

Na stan ogólny tych chorych wstrzykiwanie nie wywierało widocznego skutku.

Wogóle, z powodu dodatku do emulsyi FREUDENTHAL'a mentolu, środka, który sam przez się zalicza się do anestetyków, trudno rostrzygnąć kwestyę o ile w tej mieszance działa mentol, o ile zaś ortoform.

Ortoform, zastosowany na błonę śluzową gardzieli, nie wywiera własności trujących, zarówno jak dawki 0,5—1,0, podane do wewnątrz. Za jego nieszkodliwością przy zastosowaniu zewnętrznem na owrzodzenia przemawiał pomiędzy innymi fakt, że u pewnej chorej, dotkniętej owrzodzeniem rakowem części pochwowej macicy, w ciągu jednego tygodnia zużyto 60,0 maści ortoformowej bez żadnych złych następstw.

Inaczej rzecz się przedstawia przy stosowaniu ortoformu na owrzodzenia skóry i przy jej wysypkach bolesnych. Podana przez EINHORN'a absolutna nieszkodliwość ortoformu była złudzeniem, rozwianem szeregiem obserwacyi o wyniku tak szkodliwym, że powinny być znane lekarzowi, aby nie narażać pacjentów na silne, dłuższy czas trwające dolegliwości.

Pierwszy zwrócił na nie uwagę CZERNOGUBOW w r. 1898 na posiedzeniu Towarzystwa dermatologicznego w Moskwie. Widział on ciężkie postaci *erythematidis bullosi* po stosowaniu ortoformu, trwające kilka tygodni. FRIEDLAENDER opisał w r. 1900 [Ther. Monatshefte № 12] przypadek zatrucia ortoformem, któremu sam podlegał, stosując z powodu *intertrigo scroti* maść 20% przez 10 dni w ilości około 25,0. Na *scrotum* i na prąciu pojawiła się *eczema humidum*, połączone z ogromnem obrzmieniem i gwałtownymi bólami części zajętych, poczem wkrótce wystąpiły pęcherze, wypełnione krwistą wydzieliną. Pęcherze te dochodziły wielkości rubla. Zajęły pośladki, skórę grzbietu, brzu-

cha i szyi. Na kończynach górnych i dolnych wystąpiła drobna, grudkowa wysypka, bardzo obfita, poczem wytworzyły się pęcherze, zlewające się z sobą, które pękały i stały się przyczyną niesłychanych cierpień. Niektóre pęcherze trzeba było wielokrotnie nacinać i wypuszczać z nich płyn surowiczokrwisty. Skóra później schodziła płatami i dopiero po 6-ciu tygodniach nastąpiło wyzdrowienie. Gorączka trwała długi czas i dochodziła do 40°.

Podane przez FRIEDLAENDER'a objawy są zupełnie zgodne ze spostrzeżeniami późniejszymi, których liczba przechodzi 60. We wszystkich występowało ogólne osłabienie, gorączka, *erythema multiforme* i drobna grudkowa wysypka na kończynach, wraz z gwałtownem obrzmieniem i nacieczeniem skóry. W 20-tu przypadkach, oprócz pęcherzy zauważono zgorzel naokoło rany, leczonej ortoformem. Utrata tkanek po oddzieleniu się części zgorzelinowych była znacznie większa od rany pierwotnej. Z początku strup był szary, przy postaciach silniejszych zielonkowo-czarny, wilgotny. Tego rodzaju spostrzeżenia ogłosił: ASAM, WUNDERLICH, MIODOWSKI, STUBENRAUCH, KLAUSNER, LEDERMAN, LASSAR, LUXENBURGER i in. POUCHET widział objawy zatrucia u dzieci, gdy u karmiących je matek z powodu pęknięcia brodawek stosowano maść ortoformową.

Do ogólnych objawów zaliczają: silne osłabienie, mdłości, wymioty, gorączkę. Występują one z początku otrucia wraz z niepewnością ruchów, kurczami, ogólnem przygnębieniem i upadkiem sił.

Widzimy więc z pracy FRIEDLAENDER'a, jak groźnym środkiem jest ortoform stosowany na rany, jak niepewnem jego ściągające i antyseptyczne działanie. Połączenia ortoformu z solami srebra należy unikać z powodu redukcji preparatów srebra na srebro metaliczne i kwas azotowy. Dawka śmiertelna dla psa wynosi podług ostatnich doświadczeń 1,0 na kilo wagi, 0,25 — przy wprowadzeniu do otrzewnej.

Z KLINIKI CHIRURGICZNEJ R. D. PROF. DRA L. RYDYGIERA WE LWOWIE.

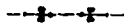
II. KILKA UWAG W SPRAWIE LECZENIA GRUŹLICY JĄDER.

[Według referatu, który miał być przedstawionym na XI Zjeździe chirurgów polskich w Krakowie].

Napisał

Dr M. W. Herman,

asystent kliniki.



[Dokończenie. — Patrz Nr. 35].

Organizm dziecka, mało odporny, łatwo uległ może ogólnej infekcyi, której zajęte jądro może być pierwszą manifestancją na zewnątrz. Więc w przypadkach zajęcia jednego jądra, po paru próbach wyleczenia sprawy miejscowej zabiegami częściowymi, przystąpić się winno do odjęcia jądra. Gły jednak

zdarzy się, że oba jądra zostaną zajęte równocześnie lub, gdy wkrótce po jednostronnej kastracyi wystąpi gruźlica w drugim jądrze, a próby wyleczenia sprawy chorobowej innymi sposobami zawiodą, naprawdę zawahać się wzdrygnąć przyjdzie przed kastracją. Mam takie uczucie, że w danym razie nie wykonałbym jej.

Natomiast te zasady oszczędnego postępowania, powinny znaleźć zastosowanie w całej rozciągłości u ludzi młodych, a więc od okresu pokwitania, aż po czwarty dziesiątek lat. Bo to jest okres, w którym wytwarzają się drugorzędne cechy płciowe, w ściślejszej zostające zależności od obecności jąder. W tym też czasie bodźce, wychodzące ze sfery płciowej, mają przeważny wpływ na działanie i na pobudzanie energii. Prawda, że pod wpływem samego procesu chorobowego, a jeszcze szybciej skutkiem zabiegów częściowych na jądrze, zanika ono w końcu zupełnie; lecz zanik ten odbywa się powoli, tak, że organizm niejako metodycznie i stopniowo odzwyczaja się od wpływów tego czynnika. W tych jednak przypadkach, w których tylko jedno jądro jest zajęte, w których leczenie zachowawcze nie prowadzi widocznie do poprawy, a chory, cierpiąc jedynie i wyłącznie z tej strony, znudzony niefortunnnymi próbami, domaga się kastracyi, nie powinniśmy jej odmawiać choremu dla wątpliwych korzyści. Na obustronne wytrzebiecie u ludzi młodych lekarz nigdy godzić się nie powinien. Stosując pilnie leczenie ogólne i miejscowe oszczędzające, zdołamy chorych takich szczęśliwie przeprowadzić poza 30-ty rok życia. A tu już nie tak bardzo mamy ręce skrępowane. Gdyż u mężczyzn lat około 40-tu wyrobiły się już wszystkie cechy, znamionujące osobnika męskiego, mężczyzna w tym wieku zajął już w społeczeństwie stanowisko, na jakie zdobyć się mógł, a gatunek „*homo sapiens*“ nie straci na tem nic, gdybyśmy, kastrując obustronnie takiego chorego, pozbawili go możności płodzenia. Gdyż taki osobnik, choćby najgenialniejszy, przekaże potomstwu swemu przede wszystkim skłonności do gruźlicy! Więc tylko w przypadkach o przebiegu bardzo łagodnym i bardzo przewlekłym opłaci się próbować leczenia zachowawczego. Pamiętać o tem jednak potrzeba, że w przeważnej liczbie przypadków doczekamy się w końcu i tak zaniku jąder, więc czyż nie lepiej wybrać drogę krótszą, która w rezultacie do tego samego celu nas doprowadzi, lecz nieporównanie prędzej i łatwiej, a więc wyjąć chore jądra? U starców, którym czasami już nad grobem i ta przykrość nie zostaje oszczędzoną, nie próbowałbym nawet innych metod, a wprost do trzebiecia namawiał. Przeciwwskazaniem, do kastracyi nie powinna być gruźlica pęcherzyków nasiennych lub gruczołu krokowego, klinicznie wykazać się już dająca, ale nie sprawiająca jeszcze choremu żadnych dolegliwości. Bo to wszystko są ogniska wtórne, które po usunięciu jąder wygoić się mogą lub przybrać bardzo przewlekły przebieg, tak jak np. goi się następcza gruźlica pęcherza po usunięciu zakażającej jednej nerki, lub też jak po usunięciu jednej nerki, bardzo już sprawą gruźliczą zmienionej, druga, jakkolwiek też tą samą sprawą zajęta, lecz w mniejszym stopniu, wygoić się może. Oczywiście, że w takich przypadkach, w których części płciowe dośrodkowo od jąder położone, będą okazywać bardzo rozległe zmiany, nie opłaci się usuwać jądra, boć zresztą chorzy wówczas uskarżają się na inne dolegliwości, a na jądra wcale uwagi nie zwracają.

W ostatnich tygodniach mieliśmy np. w klinice chorego, o którym już poprzednio wspominałem [porównaj: hist. chor. № 10] z gruźlicą jądra prawego a zanikiem lewego. Ten wcale z tego powodu do kliniki się nie zgłosił, lecz z powodu trudnego i bolesnego oddawania stolca. Badanie wykazało gruczoł krokowy znacznie powiększony, a lewy jego płąt zropiały. Prof. RYDYGIER swoim sposobem wyłyżeczował prostatę i chory doznał znakomitej ulgi.

Tem mniej przeciwwskazaniem dla kastracyi są zmiany gruźlicze, klinicznie wykazać się dające w innych narządach. Wszakżeż rezekujemy staw gruźliczy mimo wyraźnych zmian w płucach i wiemy, że chorzy na tem dobrze wychodzą.

Na wybór sposobu leczenia, prócz wieku chorego, wpływa także stan miejscowy. Bezcelowem byłoby miłowanie utrzymania czasowego resztek jądra, które skutkiem daleko posuniętych zmian gruźliczych, zamienione zostało w jedną jamę, wypelnioną ropą. Pozatem postępowanie zachowawcze powinno ściśle stosować się do znalezionych zmian a wszelka z góry narzucona metoda jest nieodpowiednią. Więc przedewszystkiem zalecić się winno odpowiedni, higieniczny sposób życia i odżywiania się. Chwałą korzystny wpływ kąpeli morskich. Nie zapominać o przetworach kreozotowych, podawanych wewnątrznie. Leczenie miejscowe rozpocząćby należało od systematycznego stosowania przekrwienia biernego metodą BIER'a i wstrzykiwań mieszaneki jodoformowej. Gdy mimo takiego leczenia, zmiany gruźlicze nie okazują tendencji do gojenia się, odsłonić je należy cięciem bezpośrednio nad ogniskiem położonem, masy serowate wyskrobać, tkankę sąsiednią wyciąć, rany nie zaszywać i leczyć ją otwartą. Często wówczas zdarzy się, że w miejscu tem wytworzy się przetoka, nie okazująca wcale tendencji do gojenia, bo takie bywa często następstwo, gdy się w gruźlicy nie operuje zupełnie radykalnie. Przetokę taką, skrobiąc i lapisując, możemy w szczęśliwych wypadkach doprowadzić do zamknięcia.

W ostateczności, gdy wiek temu odpowiada i chory nalega, pozostaje nam kastracya. Operacya nie groźna, bo wszyscy niemal notują po niej 0% śmiertelności, a tem łatwiejsza do wykonania, że można ją, choćby i obustronnie, wykonać w znieczuleniu miejscowem. Kto wierzy w to, że wyrywając przewód nasienny wedle zaleceń BUENGER'a, nie przerwie go właśnie w miejscu ogniska serowatego, może i ten zabieg dodać do kastracyi. Zabiegi jeszcze bardziej radykalne zwykle nie są zalecane.

To są zdania oparte po części na doświadczeniu własnem, po części na praktyce cudzej, a w części wyrozumowane. Nie łudzę się, aby wszystkie zasady powyżej wypowiedziane, znaleźć mogły zastowanie w życiu, bez zmiany, bez modyfikacyi. Zająć mogą okoliczności, które w jakimś wypadku odegrać mogą rolę wskazań bezwzględnych i zmusić do odstąpienia od zasady. Spisałem je jednak sobie, bo w każdym przypadku wyjść się musi z jakiegoś punktu.

W końcu dziękuję szefowi memu, Rady Dworu prof. RYDYGIEROWI, za liczne a pożyteczne wskazówki i za odstąpienie mi materiału klinicznego.

Gruźlica jąder.

{Przypadki, obserwowane w klinice chirurgicznej we Lwowie od maja 1897 do lipca 1901.

L. p.	Nazwisko, chorego i jego wiek	W y w i a d y	Stan ogólny	Stan miejscowy	Leczenie i wynik bezpośredni	UWAGI
1	Leonard Żw. lat 50 Pr. kl. 121 z r. 1899/900.	Ojciec [umarł w 37-ym r. ż. — matka w starości. Rodzeństwo zdrowe. W 17-ym, 23-im, 34-ym r. ż. przebywał zapalenie płuc. W grudniu 1899 r. lekarz rozpoznał gruźlicę płuc. Jądro lewe boli go od 12-go r. ż., kiedy się w nie uderzył, wskakując na konia. Na wiosnę zeszłego roku znów potłukł to samo jądro, upadłszy okrakiem na maszynę. Jądro obrzękło, wkrótce potworzyły się przetoki, nie gojące się.	<i>Habitus phthisicus.</i> W przeczytach płuc nacieki, częściowo rozpadające się. W obu pachwinach gruczoły macalne znacznie powiększone, szczególnie w lewej.	Jądro prawe prawidłowe. Lewe w dwójnasób powiększone, głównie przyjądrze. Skóra moszen po lewej stronie zaczerwieniona. W okolicy górnego bieguna jądra 2 blizny wciągnięte — takie same blizny na powierzchni zewnętrznej lewej moszen. Z blizn przetoki sączące ropę. W jądrze z przodu chełbotanie. Prawy płat gruczołu krokowego powiększony — powyżej twarde guzki wielkości ziarnka grochu.	<i>Castratio testis sinistri.</i> W jądrze znaleziono jamę wielkości jaja gołębiego, wypełnioną ropą. Po 8-miu dniach z raną wygojoną przeniesiono chorego do kliniki wewnętrznej.	
2	Winc. Ch. lat 29. Pr. kl. 1. 158 z r. 1899/900.	Matka umarła na cholera — ojciec żyje, zdrowy. Siostra umarła na suchoty, brat żyje, zdrowy. Przebył dotychczas 3-krotnie zapalenie płuc. Prócz tego przebył tyfus i ospę. Podczas służby wojskowej miał silny krwotok płucny. W parę lat potem poraz wtórny, krwotok jeszcze gwałtowniejszy niż poprzednio. W 21-ym r. ż. miał <i>ulcus molle</i> i <i>phimosis</i> operowaną. W 24-ym r. ż. przebył trypra bez komplikacji. Przy końcu grudnia zeszłego roku na jądrze chory zauważył	W szczycie prawym przytłumienie — szmery szorstkie — rżenia.	Jądro wielkości kurzego jaja, twarde, skóra nad niem zaczerwieniona. Na tylnej ścianie przetoka, z której obficie sączy się ropa. Obmacaniem wykażać można, że powiększenie dotyczy głównie jądra, bez współudziału przyjądrza.	Na wytrzebie chory się nie godzi.	



L. p.	Nazwisko chorego i jego wiek	W y w i a d y	Stan ogólny	Stan miejscowy	Leczenie i wynik bezpośredni	UWAGI
3	Szymon Br. lat 49 Pr. kl. 185 z r. 1899/900.	<p>mały guzik, bolesny. Ten powiększał się — skóra nad nim zaczerwieniła się. W szpitalu guzik ten nakłuto i wypuszczono ropę. Od tego czasu otworzyła się przetoka, z której stale się sączy.</p> <p>Co do dziedziczności — niepewne. Z przebytych chorób nie wspomina o żadnej poważniejszej. Obecne cierpienie rozpoczęło się na początku ubiegłej zimy — zauważył powiększenie się prawej połowy moszen. Powiększenie to stale, acz nieznacznie następowało. Bólów niema.</p>	<p>Żadnych zmian chorobowych nie wykazano.</p>	<p>Prawa część moszen znacznie powiększona; odpowiednia okolica pachwinowa wypukłona. Skóra nie zmieniona. Nad całym guzem wypuk sfilumiony. Chełbotanie zupełnie wyraźne. Guz prześwieca. Z powodu napięcia jądra dokładnie wymacać nie można. Jądro lewe prawidłowe.</p>	<p>Po wypuszczeniu płynu z wodniaka, przekonano się, że jądro prawe jest znacznie zmienione — w jednym miejscu chełbotcze. Odcięto je a na rozkroju znaleziono liczne ogniska serowate, częściowo rozmiękłe.</p>	
4	Józef Buk. lat 18 Pr. kl. 21 z r. 1896/97.	<p>Ojciec umarł na zapalenie płuc. Przed 4-łaty przebył zapalenie opłucnej. W przeszłym roku zauważył obrzęknięcie lewego jądra — po pewnym czasie utworzył się na jądrze ropień, który pękł, pozostawiając przetokę. W marcu b. r. powstał drugi ropień, który również pękł — poczem obrzęknięcie znacznie się zmniejszyło. Równocześnie zaczęło obrzęknąć drugie [prawe] jądro i boleć.</p>	<p>Ponad lewem płucem wypukł mniejszy jawni, zwłaszcza u dołu. Szmery oddechowe prawidłowe, u dołu słabiej słyszalne.</p>	<p>Jądro lewe mniejsze niż prawidłowe — o konsystencji niejednostajnej, ponad niem w skórze moszen dwie przetoki w głąb wciągnięte. Jądro prawe większe, twarde, bolesne — powiększenie dotyczy wyłącznie przyjądrza</p>	<p>Wytrzebienie obustronne. Po lewej stronie ogniska serowate w jądrze i przyjądrzu, po stronie prawej tylko w przyjądrzu.</p>	
5	Hille Schif. lat 55 Pr. kl. 6 z r. 1898.	<p>Anamucza co do dziedziczności niepewna. Przebył zapalenie płuc i kilkanaście razy krwotoki płucne. W 21-ym r. ż. przebywał trypra. Choroba jądra datuje się od 8-miu miesięcy.</p>	<p>W obu szczytach nacieki — szmery oddechowe oskrzelowe. Rzężenia.</p>	<p>Jądro prawe wielkości jaja strusiego. Konsystencja niejednostajna, jużto twarda i zbita, jużto chełbotająca.</p>	<p><i>Castratio</i>. Jądro bardzo mało zajęte. <i>Hydrocele</i>. Wybitne zmiany gruzlicze w przyjądrzu.</p>	

6	Leib Feich. lat 42 Pr. kl. 74 z r. 1898.	Dwie siostry zmarły na suchoty. Obecne cierpienie rozpoczęło się przed 6-iu miesiącami bez żadnej choremu przyczyny.	W narządach wewnętrznych zmian nie znaleziono.	W prawej połowie moszen guz wielkości jaja strusiego. Z przodu wybitna fluktuacja—z tyłu opór twardy, bolesny.	<i>Castratio.</i> Jądro mało zajęte—w przyjądrzu liczne i wielkie ogniska serowate, po części rozmiękające. <i>Hydrocele.</i>
7	Marcus Fr. lat 56 Pr. kl. 54 z r. 1900/901.	Dziedzicznienie obciążony. Chory od 5-ciu miesięcy: zaczął wiele kaszlać i odpluwać, a równocześnie zauważył, że prawe jądro bez przyczyny powiększa się. Przed 4-ma tygodniami lekarz nakłuł guz w mosznach i wypuścił 1½ szklanki płynu żółtego. Guz jednak napowrót począł się powiększać.	Wypuk nad prawym szczytem przytłumiony—szmery oddechowe zaostre. Rzężenia.	Prawa połowa moszen rozmiarów jaja strusia. W niej wyczuwa się jądro znacznie powiększone a nadto stwierdza się objawy <i>hydrocele</i> .	<i>Castratio</i> — ogniska serowate rozległe w przyjądrzu, w mniejszym stopniu w jądrze rozsiane.
8	Hnat Suk. lat 20 Pr. kl. 127 z r. 1900/901.	Anamneza nie znana.	<i>Habitus phthisicus.</i> W narządach wewnętrznych zmian wykazać nie można.	Prawe przyjądrze znacznie powiększone, guzowate, twarde, bolesne. Jądro zmian nie przedstawia.	<i>Excirpatio epididymis.</i> Po operacji <i>haematoma</i> w mosznach. Wyjęto skrzepę, poczem jądro w całości uległo nekrozie i zostało wydalone. Bezpośrednio po operacji chory począł gorączkować z niewiadomej przyczyny, chudnąć, podupadać na siłach i majaczyć. Mocz mętny: badanie wykazało obecność białka w ilości 0,2%, oksyhemoglobinę. W osadzie: ciałka czerwo-



L. p.	Nazwisko chorego i jego wiek	W y w i a d y	Stan ogólny	Stan miejscowy	Leczenie i wynik bezpośredni	UWAGI
9	X. Y. lat 28 [leczony ambulatoryjnie].	Anamneza nie znana.	Typowy <i>habitus phthisicus</i> . W płucach zmiany daleko posunięte; poczynające się zmiany gruczołowe w krtani.	Prawe przyjądrze i jądro w wysokim stopniu zmienione, w <i>epididymis</i> i w jądrze guziki twarde. Parę przetok na zewnątrz. Lewe jądro bez zmian, lecz w lewym sznurku nasiennym guzik twardy, wielkości ziarnka grochu. Pęcherzyki nasienne i gruczoł krokowy niezmienione.	ne krwi, ropa, prątków Koch'a nie znaleziono. W takim stanie na żądanie rodziny chorego wypisano z kliniki. Odsłonięto prawe jądro, przecięto <i>epididymis</i> , wyskrobano ogniska serowate; z przyjądrza prowadzą przetoki do jądra. za które dążąc, rozcięto jądro kilkakrotnie i w różnym kierunku, wycinając wszędzie i wyskrobując masy serowate. Późem resztki jądra złożono i zeszyto. Następnie odsłonięto guzik w sznurku lewym, wyskrobano i wycięto go dokładnie. <i>Vas deferens</i> przerwane. Obfity krwotok tętniczy.	Po kilku miesiącach stwierdzono, że przetoka nad prawym jądrzem jeszcze nie zgojona. Jądro wielkości normalnej, lecz twarde i guzowate. Jądro lewe zanikłe, wielkości małego orzecha laskowego, miękkie.
10	J. Sur. lat 50 Pr. kl. 191 z r. 1900/901.	Co do dziedziczności — niepewne. W 22-im r. ż. przebył zapalenie płuc. Obecne cierpienie rozpoczęło się przed paroma laty bólem w dole brzucha i zaparciem stolca. Sam się badał <i>per rectum</i> i przed 6-tygodniami wymacał tam guz twardy. Odtąd stolec, stale zaparty, — tylko po olejku, a oddawanie stolca bolesne. Od maja obrzękło mu prawe jądro i boli.	Budowa wątła. Nad szczytami płuc stłumienie, szmery oddechowe ostre.	Prawe jądro znacznie powiększone, a obok tego <i>hydrocele</i> . Skóra moszny zaczerwieniona. Lewe jądro zanikłe. <i>Per rectum</i> : <i>prostate</i> wielkości pięści, o powierzchni nierównej. W lewym płacie ślad fluktuacyi. Przy ucisku nań przez cewkę wylewa się ropa, w której prątków gruczołowych nie znaleziono.	Gruczoł krokowy odsłonięto cięciem podłużnym przez międzykrocze. Ropę wypuszczono, resztę tkanki gruczołowej wyskrobano. Wodniak operowano sposobem WINKELMANN'a a ogniska serowate w przyjądrzu wyskrobano. Wyleczony — znaczna poprawa w objawach.	



L I T E R A T U R A.



Piśmiennictwo uwzględnione:

- Prof. ALBERT. Gegen die Kastration bei Tuberculose des Nebenhodens [Therapie d. Gegenwart. 1900. Januar].
- Prof. dr v. BRUNS. Ueber die Endresultate der Castration bei Hodentuberculose. [Archiv. f. klin. Chirurgie T. 63, str. 1014 i n.].
- Prof. dr BAUMGARTEN. Ueber experimentelle Urogenitaltuberculose [Archiv. f. klin. Chirurgie T. 63, str. 1019 i n.].
- Dr X. DELORE [Lyon]. De l'orchidotomie. [Gaz. hebdom. de méd. et de chir. 1898 Juni].
- Discussion sur la traitement de la tuberculose testiculaire [Bull. et mém. de la soc. chir. de Paris. T. 25, str. 419 i n. Ref. w Ctrbl. f. Chir. 1900. Nr. 26].
- Doc. dr L. KRYŃSKI. W sprawie leczenia operacyjnego gruźlicy jąder [Przegląd Lekarski. 1900. Nr. 29].
- Prof. dr KOCHER. Die Krankheiten der männlichen Geschlechtsorgane. STUTTGART. 1887, str. 292 i n.
- Dr R. KOENIG. Beitrag zum Studium der Hodentuberculose [Deutsche Ztschr. f. Chir. T. 47. Str. 502].
- Doc. dr L. KORCZYŃSKI. Rozwój i obecne stanowisko organoterapii. Wstęp. Jądra. Spermina [Przegląd Lekarski. 1901. Nr. 16 i 17].
- Dr LONGCHAMPS. Demonstracya preparatu z gruźlicy jądra na pos. Sekc. lwow. z dnia 7. II. 1891 [Przegląd Lekarski. 1892. Str. 133].
- Doc. dr O. LAUZ. Kastration oder Resection des Nebenhodens bei epididymitis tbc. [Deutsche Ztschr. f. Chir. T. 55. Str. 453].
- MONOD i TERRILON. De la contusion du testes [Archiv. gener. de Méd. 1881. Oct.].
- Dr V. MOSCHKOWITZ. The radical treatment of tuberculosis of the testis. [Ref. w Ctrbl. f. Chir. 1901. Nr. 3].
- Dr MISIEWICZ. Z kazuistyki chorób narządu moczowo-płciowego. [Przegląd Lekarski. 1900. Nr. 25 do 32].
- MAUCLAIRE. Resultats éloignés du traitemet de la tuberculose epididym. etc. [Ref. w Ctrbl. f. Chir. 1901. Nr. 3].
- MALINOWSKI. Zapalenie gruźlicze jądra [Gazeta Lekarska. 1888. Nr. 3].
- Doc. dr E. PAYR. Ueber conservative Operationen am Hoden und Nebenhoden [Archiv. f. klin. Chir. T. 63, str. 1004 i n.].
- Podręczniki chirurgii ALBERT'a 1897, HUETER'a 1892, KOENIG'a 1900, TILLMANNS'a 1894.
- Prof. dr C. RIEGER. Die Castration in rechtlicher, socialer und vitaler Hinsicht. JENA. FISCHER. 1900.
- Prof. J. M. RUST. Teoretisch-practisches Handbuch der Chirurgie, art. Castration i Castratus. T. IV.
- Dr M. SIMMONDS. Ueber Meningitis tbc. bei Tuberculose des männlichen Genitalapparates [Münchener med. Wochenschr. 1901. Nr. 19].
- N. SENN. Tuberculosis of the male genital organs. [Ref. w Ctrbl. f. Chir. 1897. Nr. 51].
- Prof. dr WEHR. Przyczynek do operacyjnego leczenia gruźlicy jąder [Spraw. z IV Zjazdu chir. pol.].
- Dr H. H. YOUNG. Ueber ein neues Verfahren zur Exstirpation der Samenblasen etc. [Archiv. f. klin. Chirurgie. T. 62. Z. 3].

Lwów, 16 czerwca 1901.

Z ODDZIAŁU DRA MED. A. ELZENBERGA DLA CHORYCH SKÓRNYCH I WENERYCZNYCH PRZY
SZPITALU STAROZAKONNYCH W WARSZAWIE.

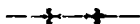
III. JESZCZE

O WIELOLICZNYCH SAMOISTNYCH MIĘSAKACH BARWNIKOWYCH SKÓRY.

Podał

Dr Robert Bernhardt,

Lekarz szpitala św. Łazarza w Warszawie.



[Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 38].

Dnia 25. X. 1900 r. B. Sz. po raz wtóry zapisał się na oddział [gł. księgi Nr. 5309]. W ciągu tych 10 miesięcy choroba zrobiła pewne postępy.

Większe guzy na stopie lewej cokolwiek urosły. Na goleni lewej powstała znaczna liczba świeżych guziczków [około 30—40], których wielkość sięga ziarna fasoli. Na skórze dolnej połowy goleni prawej widać kilka czerwonych plamek oraz kilkanaście guziczków. Skóra powierzchni grzbietowej członka trzeciego palców III, IV i V ręki lewej jest barwy ciemno-czerwonej, nieco zgrubiała i twardsza niż normalnie; w głębi skóry można wyczuć kilka guziczków wielkości łebka szpilki. Kończyna górna prawa żadnym zmianom nie uległa.

Po za tem stan pacyenta przedstawia się jak wyżej.

Podane opisy dosadnie wykazują, jak niezmiernie typowy jest obraz kliniczny omawianego cierpienia. Tembardziej więc dziwi okoliczność, iż na prowincyi, skąd pacyenci zazwyczaj pochodzą, bywa ono częstokroć mylnie rozpoznawane jako syfilis, a stosowane w tych razach leczenie swoiste bynajmniej nie wpływa dodatnio na ogólny, nieraz bardzo mierny stan chorego. A jednak zabarwienie, zgrubienie, a zwłaszcza silne napięcie skóry, następnie charakterystyczne czerwono-sine lub ciemno-stalowe guziczki stanowią tak znamienne cechy, iż rozpoznanie staje się możliwem nawet w bardzo wczesnych okresach cierpienia. Rozpoczyna się ono, wedle mego doświadczenia, niemal wyłącznie na kończynach górnych lub dolnych i to na częściach najbardziej obwodowych — na palcach. Pierwsze zmiany najczęściej występują na jednej z kończyn, rzadziej na obu jednocześnie. Żadnej prawidłowości w kolejnem występowaniu na kończynach tej sprawy patologicznej nie mogłem zauważyć. Czasem cierpienie wybucha po kolei na obu stopach, a następnie dopiero przechodzi na ręce, albo odwrotnie. Niekiedy znowu zjawia się ono najpierw na jednej stopie, po pewnym czasie na kończynach górnych, aż wreszcie, czasem

dopiero po 5 latach, zajmuje i drugą stopę. Gdziekolwiek jednak wystąpi, zawsze rozprzestrzenia się w kierunku dośrodkowym, np. z palców na stopę, potem na gołeń i t. d. Po kilku latach [5—6] mogą się utworzyć guziczki na twarzy, najczęściej na nosie lub powiekach [patrz przypadek I.], rzadziej na policzkach. Na skórze tułowia zmiany patologiczne widocznie zjawiają się bardzo rzadko, przynajmniej o ile sądzić mogę z moich przypadków i obserwowanych przez ostatnie 15 lat na oddziale. Na błonach śluzowych omawiana sprawa niekiedy występuje dosyć wcześnie, jak np. w przypadku II-gim z r. 1898 [Abraham C. . .]¹⁾, w którym już w czwartym roku cierpienia znaleziono rozległe zmiany na błonie śluzowej twardego i miękkiego podniebienia, a nawet ściany tylnej gardzieli. Co jednak najważniejsze, to możność przejścia omawianej sprawy na kości. Fakt ten został niedawno stwierdzony na klinice profesora NEISSER'a, zaś przedmiotem badań był właśnie nasz pacjent Abraham C. . .²⁾. Otóż przy prześwietleniu promieniami ROENTGEN'a prawej stopy, której skóra zmieniona była w wysokim stopniu, przekonano się, iż przepuszczalność kości dla promieni X jest bardzo znaczna. Na tej zasadzie przypuszczano istnienie zmian mięsakowych w samych kościach i zaproponowano choremu amputację stopy, na co się też zgodził. Badanie anatomiczne wykazało, że kości członków palcowych, śródnoża i dalsze [od osi ciała] kości stępu były niemal zupełnie zniszczone i przekształcone w brunatno-czerwoną gąbczastą masę. W bliższych kościach stępu, w dalszych nasadach piszczeli i strzałki znaleziono mniejsze ogniska mięsakowe. Budowa tych tworów była identyczna z budową guzików mięsakowych na skórze.

Ciekawy ten fakt sprawdzić również mogłem u 3-ego z moich pacjentów [B. Sz.]. Fotografia ROENTGEN'owska lewej stopy przekonała mię, że zajęte są kości członków palcowych. Najgłębsze zmiany zaszły w palcach II, III i IV. Przepuszczalność kości dla promieni X jest tutaj tak znaczna, iż zaledwie można dostrzedz zarysy kości. Stosunkowo mniej ucierpiał palec V, a jeszcze mniej I.

Że i w narządach wewnętrznych znajdowane były guzy mięsakowe, to fakt ogólnie znany.

Nader ciekawy jest sposób powstawania i dalsze losy tych mięsaków.

Początkowe zmiany zazwyczaj polegają na występowaniu czerwonych lub, co rzadziej, brunatno-żółtych plam, lądząco podobnych do świeższych lub starszych wylewów krwi w skórze. W miejscach tych spoistość skóry jest nieco znaczniejsza niż w najbliższym sąsiedztwie, zaś powierzchnia plamek jest zupełnie równa i gładka. Z biegiem czasu zabarwienie stopniowo przechodzi w ciemno-czerwone, czerwono-sinawe, a jednocześnie w obrębie plam, w głębi skóry dają się wyczuć małe, dosyć ściśle odgraniczone guziczki. Te właśnie przy dalszym rozwoju poczynają się wznosić ponad powierzchnię i stopniowo powiększając się, nabierają tych cech i własności, jakimi wyżej scharak-

¹⁾ l. c. Gazeta Lekarska Nr. 19 i 20 z r. 1899.

²⁾ SCHOLTZ. Multiples idiopathisches Hautsarcom [КАПОСИ]. Archiv. f. Dermat. u. Syph. T. LI, str. 309—312.

ryzowałem guziczki mięsakowe. Na plamach guziczki siedzą pojedynczo lub grupami, a niekiedy są tak blisko siebie położone, iż tworzą rozlane, niemal jednolite nacieczenie skóry. Taki sposób powstawania mięsaków spotykamy najczęściej, a odpowiada on w zupełności, jak niżej zobaczymy, wynikiem badania drobnowidzowego. Nieco rzadziej widywałem tworzenie się guzów na skórze na pozór niezmienionej. Rozrost guzika odbywa się bardzo powoli i w przeciwieństwie do mięsaków w ścisłym tego słowa znaczeniu, nie jest nieograniczony. Przeciwnie, jedną z najcharakterystyczniejszych cech wielolicznych barwnikowych mięsaków skóry jest ich ogólnie znana skłonność do samodzielnego znikania. Na zasadzie spostrzeganego materiału odróżnić mogą dwa typy znikania mięsaków: a) przez zwykły zanik i b) przez zwyrodnienie. W przypadku pierwszym guzik po dojściu do pewnej wielkości poczyna się zwolna zmniejszać, a zwłaszcza spłaszczać, przyczem w jego części środkowej spostrzedz można niewielkie wgłębienie; pokrywający naskórek łuszczy się. Takie zanikanie mięsaka najczęściej dochodzi tylko do pewnego stopnia, na którym się też zatrzymuje; wówczas mamy prawo mówić jedynie o zmniejszeniu się guza. W niektórych jednak razach, co prawda bardzo rzadkich, zanik bywa kompletny i na miejscu mięsaka pozostaje nieco wciągnięta, mocno zabarwiona blizna.

Typ znikania guzików przez zwyrodnienie spotykamy niezbyt często. Polega on na zmniejszeniu spoistości i stopniowem rozmięczeniu mięsaka tak, że wreszcie powstaje miękki, brudno-sinawy półkulisty guziczek o zawartości płynnej, lubo dosyć gęstej. Ostateczne znikanie odbywa się drogą wchłaniania zwyrodniałej, rozmięczonej masy guza. Ten typ spostrzegłem u pacjenta M. P. [rok 1899 r.] ¹⁾. Zauważyć jednak należy, iż tendencja do znikania guzów nie w każdym przypadku jest jednakowa. Nieraz występuje wyraźnie, w innym znowu razie zanikających guziczeków prawie znaleźć nie można.

Obok skłonności do zmniejszania się, a nawet znikania, posiadają guziki mięsakowe i znaczną siłę regeneracyjną. Jak widać z opisu, guzy większe odradzają się stale; co zaś do małych, to nawet po doszczętnem wycięciu zwykle następuje regeneracja w bliźnie. Sprawę tę miałem możność niejednokrotnie obserwować przy wycinaniu guziczeków dla badania, gdy drobnowidz wykazał, iż mięsak został doszczętnie wycięty w granicach względnie zdrowej tkanki. Pierwsze, co zaraz po wycięciu, a także przez następne dni zwracało na się uwagę, to to, że brzegi rany mało się ściągały, co wskazuje na zmniejszenie się sprężystości skóry. Przez pierwsze 1—2 dni sączy się z rany surowiczokrwały płyn, atoli wkrótce zjawia się początkowo wątła, potem zdrowa ziarnina, a rana bardzo wolno się zagaja, pozostawiając prawidłową różowej barwy bliznę. Po pewnym czasie [7—8 tygodni] w bliźnie tej można spostrzedz drobne czerwone punkciki i smugi, których liczba stale się powiększa, aż wreszcie cała blizna nabiera barwy ciemno-czerwonej lub czerwono-sinej. Jedno-

¹⁾ Gaz. Lek. 1899. Nr. 19, 20.

czesnie staje się znacznie grubszą i twardszą, wypukła się—jednym słowem przekształca się w świeży guziczek mięsakowy. Czy w bliźnie, powstałej wskutek zupełnego samodzielnego zaniku guziczka, nastąpić może odrodzenie, na to twierdzącej odpowiedzi dać nie mogę. Zauważyłem jednak, że guziczki, które już były uległy częściowej inwolucyi, mogą w przyszłości znowu się powiększyć. Od czego to zależy i jak sobie fakty takie tłómaczyć, na to postaram się odpowiedzieć przy opisie wyników badania drobnowidzowego.

Łącznie z kwestyą samodzielnego znikania guziczków mięsakowych zwrócę jeszcze uwagę na wpływ róży na omawiane twory [o czym zresztą już wspominałem w innym miejscu] ¹⁾. Róża często nawiedza dotkniętych wielolicznymi samoistnymi mięsakami skóry. Nie powinno to dziwić ze względu na tę okoliczność, iż u takich chorych częstokroć spotykamy, zwłaszcza na kończynach dolnych, guziczki o powierzchni owrzodziałej, przez którą wtargnięcie odpowiedniego zarazka bardzo łatwo może nastąpić. To też róża umiejscowia się przeważnie na jednej z kończyn dolnych i to jeszcze ma za sobą, iż od czasu do czasu się powtarza. Przebieg jej, który niejednokrotnie miałem możność obserwowania podczas bytności pacjentów w szpitalu, był zawsze zupełnie typowy. A jednak jej wpływ na mięsaki był żaden: nigdy nie widziałem inwolucyi guzików ani podczas, ani po róży. Przeciwnie jeden z moich pacjentów [M. K.], człowiek dosyć inteligentny, upoczywie zwracał uwagę na to, iż wkrótce po przebytej róży na goleni prawej powstała w tem miejscu znaczna liczba świeżych guziczków mięsakowych, podczas gdy stare poczęły się energiczniej rozrastać. Czy to zwyczajny traf, czy też upatrywać w tem należy jakiś związek przyczynowy, tę kwestyę mogą rozstrzygnąć dalsze obserwacje. Ciekawem jest tylko, iż zupełnie inaczej względem róży zachowuje się *sarcomatosis cutis* typu b) Капосі'ego. Przy tej postaci pod wpływem róży nastąpić może zupełne wessanie się guzów.

Co do ogólnego stanu chorych, to należy zauważyć, iż pozostaje względnie długo prawie niezmienionym. Dotyczy to zwłaszcza pierwszych dwu, a nawet trzech lat trwania choroby. Później jednak występuje upadek odżywiania, wychudnienie, osłabienie, a jednocześnie rozwija się niedokrwistość bez powiększenia się liczby ciałek białych i bez jakościowych zmian krwi. W miarę trwania choroby niedokrwistość stopniowo się wzmacnia, jak to szczególnie uwydatnia poniżej przytoczone zestawienie:

Czas trwania choroby.	Liczba czerwonych krajków.	% hemoglobiny.
3-ci rok [B. Sz.]	4,989,800	98
5 lat [M. K.]	3,920,240	73
6 lat [G. F.]	3,260,400	63
8 lat [M. P.]	2,578,270	

¹⁾ ROBERT BERNHARDT. Wessanie tworów wilka pod wpływem ospy. *Gazeta Lekarska*, 1900. Nr. 24 i 25. *Archiv f. Dermat. u. Syph.* T. LIV.

Choroba jednak może trwać 12—15 lat, a nieraz i dłużej ¹⁾ i z tego powodu ten typ mięsaków należy uważać za względnie łagodny. Zejście bywa zawsze śmiertelne—przy objawach charłactwa.

Fatalnego zejścia leczenie arsenikiem powstrzymać nie może. I chociaż w ostatnich czasach nagromadziło się coraz więcej obserwacji, dowodzących dodatniego wpływu arszeniku na mięsaki, to jednak nie dotyczą one wielolicznych samoistnych barwnikowych mięsaków skóry typu *a)* KAPOSI'ego. Nie ulega najmniejszej wątpliwości, że samoistne mięsaki typu *b)* KAPOSI'ego mogą się wessać przy leczeniu arsenikiem; dla mięsaków jednak, o których teraz mowa—dla typu *a)*, uważam właśnie za charakterystyczne, że na arsenik nie reagują. Przynajmniej ja osobiście nie otrzymałem wyników dodatnich, choć stosowałem wytrwale ten środek w postaci wstrzykiwań podskórnych *natrii arsenicosi* [dzienna dawka 0,04] i *natrii kalcodylicii* [dzienna dawka 0,4]. Również w literaturze nieznane mi są przypadki wyleczenia tego cierpienia i tylko KOEBNER wspomina o przemijającym polepszeniu, które zdołał osiągnąć w jednym przypadku. Pomimo to zawsze bym radził przeprowadzić leczenie arsenikiem u każdego pacyenta, dotkniętego wielolicznymi samoistnymi mięsakami barwnikowymi skóry, a to z powodu dodatniego wpływu na stan ogólny, który wedle moich spostrzeżeń o wiele się poprawia. Wzmaga się łaknienie, przybywa wagi, siły powracają i, co najważniejsza, zmniejsza się niedokrwistość: stosunkowa liczba krążków czerwonych i % hemoglobiny znacznie wzrastają. W taki więc sposób, podnosząc odżywianie ogólne, stawiamy chorego organizm w warunki pomyślniejsze i wówczas możemy mieć przynajmniej to zadowolenie, iż, być może, zdołaliśmy odroczyć na pewien czas niepomyślne zejście. [D. n.]

STRESZCZENIA ZBIOROWE.

O żółzach (serophulosis).

[„Die Serophulose“ przez prof. CORNET'a w Spec. Path. u. Ther. NOTHNAGEL'a Tom. XIV cz. IV. 1900].

Stręcił

Kazimierz Rzętkowski.



[Dalszy ciąg — Patrz Nr. 38].

IV.

Przebieg skrofulozy.

W przebiegu skrofulozy odróżniamy cztery okresy:

1) okres powierzchownych cierpień skóry i błon śluzowych;

¹⁾ W przypadku G. F. JACKSON'a cierpienie trwało 27 lat, a jednak stan ogólny był zupełnie zadołalający.—[Annales de Dermat. et de Syph. T. VIII, str. 1191].

- 2) okres cierpień gruczołów;
- 3) okres cierpień kostno-stawowych;
- 4) okres zejściowy.

Przy formie ropnej obserwujemy przeważnie pierwsze trzy okresy, przy formie gruźliczej — trzy ostatnie; te naturalnie oznaczamy na zasadzie przeważających objawów, ponieważ u każdego nieledwie chorego sprawa umiejscowia się w wielu miejscach.

A. Pierwszy okres gruźliczej postaci skrofulozy nie występuje zazwyczaj jasno, ponieważ objawy ze strony *portae infectionis* są nieznaczne lub żadne. Dopiero drugi okres zaznacza się wyraźnie sprawami w gruczołach, zwłaszcza szyjowych. Przebieg tu jest powolny i skutkiem ciągłego wytwarzania się i rezorbeyi toksyn, wytwarza się zwolna charłaczy stan całego ustroju. Gruczoły mogą jednak z czasem zmniejszyć się i sprawa w nich zakończyć się wyleczeniem—jeżeli pozostaje umiejscowiona. Atoli częściej gruczoły rozpadają się, tworzą się przetoki, wrzody, laseczniki gruźlicze przenikają do tkanek sąsiednich tem łatwiej, im osobnik jest młodszy. Występują objawy ucisku pakietów gruczołów na naczynia, nerwy, przeżarcia naczyń krwionośnych z krwotokami śmiertelnymi, przeżarcia tchawicy, gruźlica płuc i t. d. Jednocześnie cierpią gruczoły krezkowe i oskrzelowe. Do tego dołączają się wkrótce objawy ze strony ogólnego stanu chorych, ogólne wyczerpanie, śmierć. Lub też masy gruźlicze mogą być w ten lub inny sposób wydalone na zewnątrz: następuje ogólna poprawa i dzieci takie mogą wyrosnąć na zdrowe, dobrze rozwinięte osobniki. Laseczniki z gruczołów mogą przeniknąć do kości; wówczas zaczyna się okres trzeci. Cierpienia kości i stawów mogą występować na pozór jako objawy pierwotne, w rzeczywistości zaś spowodowane są zwykle przez jakieś już dawniej istniejące, lecz ukryte ognisko [np. w gruczołach głębokich lub w gruczołach oskrzelowych]. Tworzą się więc trudne do wyleczenia przetoki, zimne ropnie, garby, zaburzenia ruchu i t. p. I tu może nastąpić względne wyleczenie, atoli zawsze prawie z trwałymi zaburzeniami ruchu. Czwarty okres—przedśmiertny—ujawnia się w mączkowatym zwyrodnieniu narządów miąższowych (*amyloid*). Lub też skutkiem propagacyi laseczników drogą naczyń krwionośnych, lub *per continuitatem* śmierć następuje skutkiem gruźlicy prosówkowej rozsianej, zapalna opon mózgowych, ropnicy. Najczęściej atoli kres cierpieniom kładzie gruźlica płuc, spowodowana przez nowe zakażenie lub też powstająca z ognisk już istniejących [gruczoły oskrzelowe].

B. W ropnej postaci skrofulozy okres pierwszy — sprawy na skórze i błonach śluzowych—występuje zazwyczaj jasno od razu. Gruczoły cierpią wtórnie skutkiem podrażnienia toksynami, jakie wchłoną się z powierzchni ciała. Wówczas w krótkim czasie — po przejściu sprawy na obwodzie — powiększone gruczoły zmniejszają się i cała sprawa przemija (*scr. fugax*). Jeżeli zaś do gruczołów dostaną się nie toksyny już, ale bakterye same, wówczas nawet po przejściu sprawy na obwodzie, sprawa w gruczole posuwa się czasem naprzód, dojść może do ropienia, do utworzenia się przetoki i t. p. Atoli zarazki ropne znajdują trudniejszą do przebycia przeszkodę niż zarazki gruźlicze. To też sprawa rzadziej przechodzi poza układ limfatyczny, np. do kości. Trzeci zatem okres w ropnej postaci skrofulozy należy do rzadkości. Ze strony stanu ogólnego rzadko konstatujemy zaburzenia znaczniejsze. To też ta postać skrofulozy zupełnie słusznie uważana jest za sprawę łagodną.

C. Obraz mieszananej postaci skrofulozy zbliża się do tej lub owej postaci, zależnie od przewagi w działaniu ropnych lub gruźliczych zarazków. Zakażenie ropnemi kokami gruczolu zserowaciałego i będącego na drodze do otorbienia, może spowodować zropienie gruczolu i uruchomienie la-

seczników gruczliczych ze wszelkimi następstwami tego dla ustroju. W innych razach zakażenie ropne wzmaga zapalny odczyn tkanek lub też obostrza sprawę w gruczole i, prowadząc do wytworzenia się pękającego na zewnątrz ropnia, otwiera ukryte ognisko z pożytkiem dla chorego.

Co się tyczy t r w a n i a skrofulozy, to już z powyższych uwag wynika, że trwanie to jest bardzo długie. Postać grzlicza trwa znacznie dłużej i przekracza nieraz lata dojrzałości pciowej, postać ropna zaś trwa krócej i znika z nastąpieniem dojrzałości.

V.

R o k o w a n i e.

Postać ropna daje zawyczaj rokowanie *quo ad vitam* pomyślne. Pociąga jednak za sobą rozmaite szkodliwe pośrednio dla zdrowia następstwa, jak np. cierpienia oczów, uszów lub niebezpieczeństwo zakażenia dróg oddechowych skutkiem spraw, utrudniających oddychanie nosem [np. wyrosła adenoidalne]. Jeżeli jednak żadna z tych szkodliwości nie nastąpi, to z wiekiem przepuszczalność powłok zewnętrznych zmniejsza niebezpieczeństwo zakażeń, objawy znikają i dziecko wyrasta na kwitnącego zdrowiem człowieka. W grzliczej postaci rokowanie nie jest tak pomyślne i—co gorsza—zawyczaj dosyć trudne, ponieważ nie zawsze możemy tu zdać sobie sprawę z rozległości sprawy.

Grzlicze cierpienia skórne niepowikłane pozwalają nam stawiać *quo ad vitam* rozpoznanie pomyślne. Co się tyczy gruczolów, to im więcej ich choruje, tem poważniej zarysowyywa się przyszłość pacyenta. Sprawy kostne zmuszają nas do rokowania bardzo poważnego. Chory „stoi tu jakby na wulkanie“, ponieważ w każdej chwili musi być przygotowany na rozpowszechnienie się sprawy grzliczej. Rokowanie zależy także i od wieku chorego: im pacyent jest starszy, tem trudniej uogólnia się sprawa grzlicza. Położenie społeczno-ekonomiczne chorego, wartość warunków higienicznych w jakich żyje, mają również bardzo poważny wpływ na rokowanie.

VI.

R o z p o z n a n i e.

Rozpoznanie, zwłaszcza w początku choroby, nie zawsze bywa łatwe. W postaci grzliczej skrofulozy już wywiady dają pewne wskazówki. Zwłaszcza skonstatowanie grzlicy w rodzinie ważnem jest, nie z punktu widzenia przejmowanej dawniej dziedziczności, ale wprost—jako ułatwienie infekcyi. Z tego samego względu mogą dać cenne wskazówki wywiady, dotyczące osób, stykających się z dzieckiem. Skrofulozę grzliczą charakteryzuje uporczywość objawów w głębi ciała, ropną—mnogosć objawów na powłokach zewnętrznych. Specyficzne cierpienia skóry [wilk, *scrophuloderma*] rozstrzygają sprawę. Inne objawy, jak *eczema*, *impetigo*, katar, wyrosła adenoidalne tworzą raczej objawy dodatkowe, spowodowane zakażeniem mieszanem. Niebolesne sprawy w uchu, którym towarzyszą sprawy rozpadowe kości, powinny budzić podejrzenie w kierunku grzlicy. Czy nabrzmienie gruczolów samo przez się jest grzlicze, czy nie,—na to bywa czasem bardzo trudna odpowiedź. Badanie ich zawartości na laseczniki grzlicze, zewnętrzny wygląd wydzieliny [płynny wysięk z twarogowatymi grudkami], tworzenie się przetok, które goją się bardzo trudno—wszystko to przemawia za sprawą grzliczą. Objawy ze strony nabrzmiiałych gruczolów oskrzelowych [zwykle grzlicza!] rozpatrzyliśmy już powyżej. Trzeci okres skrofulozy grzliczej [sprawy kostne] zawyczaj nie nastęrcza wątpliwości, chociaż czasem daje po-

wód do omyłek rozpoznawczych [np. bóle w kolanie zdrowem przy *coxitis*]. W wątpliwych przypadkach wogóle próbne wstrzykiwania tuberkuliny, przedsiębrane atoli z wielką ostrożnością, mogą ujawnić naturę cierpienia.

Ropna postać skrofulozy nastrocza nieraz poważne trudności rozpoznawcze przy jednorazowym badaniu. Jej objawy — pojedynczo wzięte (*eczema, impetigo, rhinitides, otorrhoea, vegetat. adenoid.*)—mogą istnieć i u dzieci skądinąd zdrowych. Różnica jednak polega na tem, że objawy przy ropnej formie skrofulozy odznaczają się skłonnością do nawrotów, uporczywością i mnogością (*recidivitas, pertinacitas, multiplicitas*). Zwłaszcza mnogość objawów na różnych miejscach, nie połączonych z sobą lub częste nawroty stwierdzają, że mamy tu do czynienia ze skrofulozą. Co się tyczy gruczołów, to naturalnie pojedynczy gruczoł—tu i owdzie wyczuwany—nie rozstrzyga jeszcze sprawy na korzyść skrofulozy. Ostre lub nawet przewlekłe nabrzmienia gruczołów—bolesne nieco—zależą od sprawy, na obwodzie w obszarze tych gruczołów rozwijającej się. Skoro jednak ta sprawa przeminie, gruczoły powracają do normy.

Co się tyczy różniczkowej dyagnostyki nabrzmienia gruczołów skrofulicznego od innych, to w tym kierunku powinniśmy pamiętać co następuje:

L e u k a e m i a: znacznie powiększone gruczoły całego ciała, niezrośnięte ze skórą; wynik badania krwi.

P s e u d o l e u k a e m i a: to samo—ale wynik badania krwi negatywny. Autorowie opisują kombinacye pseudoleukemii z gruźlicą gruczołów. Co się tyczy różniczkowania od syfilisu, to objawy ogólne, wywiady, w ostatecznym razie wnioski (*ex juvantibus*) dają nam dostateczne wskazówki. Obie te choroby spotykają się czasem razem.

VII.

Zapobieganie.

Zapobieganie powinno zaczynać się już przed urodzeniem się dziecka, które, jako płód, narażone bywa już na rozmaite szkodliwości, wynikające z nieracjonalnego zachowania się matki. Po urodzeniu się dziecka całe zapobieganie sprowadza się do dostarczania mu powietrza, światła, prawidłowego pożywienia i do dbałości o czystość. Powietrze, światło i czystość mają na celu usunięcie z otoczenia dziecka zarazków, prawidłowe zaś pożywienie wzmacnia odporność jego organizmu. Kąpiele, usuwanie pasożytów, dostarczanie czystej bieleziny, czystość w pokojach dzieciennych, częste obmywanie rąk i twarzy, zasklepienie ranek i zadrapań na skórze *colloidio* po przemyciu ich środkiem odkażającym, używanie podtrzymujących aparatów, które chronią od upadku dziecko, uczące się chodzić i t. p.—oto środki chroniące dziecko od zakażenia. Co się tyczy odżywiania, to matka nie powinna karmić sama dziecka tylko w tych razach, kiedy stan zdrowia niepozwała jej na to [wycieńcze ogólne, ciężka bezkrwistość, gruźlica, *lues*]. W tych razach matkę zastąpi mamka—zdrowa, wszechstronnie zbadana przedtem przez lekarza. W ostateczności musimy się uciec do odżywiania sztucznego odpowiednio rozcieńczonym mlekiem krowiem, sztucznymi przetworami mleka, mączkami. Z odstawianiem dzieci, podejrzanych o skrofulozę, nie należy się śpieszyć. W okresie po odstawieniu nie należy podawać dzieciom większych ilości pokarmów skrobiowych (*amylacea*). Podawanie nadmiernych ilości pokarmów jest szkodliwe, ponieważ dziecko nie może sobie dać rady z nadmiarem pokarmów: resztki pokarmowe pozostają w kiszkach, drażnią je, rozkładają się i t. p., osłabiając błonę śluzową kiszki. W tym kierunku najgorszą sławą cieszą się właśnie *amylacea*. Racionalne hartowanie ma na celu wzmoczenie odporności dziecka na wpływy ciepłoty oraz wzmoczenie działalności skóry [zimne nacierania 24°—18° R., odpo-

wiednia odzież i t. p.] Jeżeli ktoś w rodzinie dziecka choruje na gruźlicę, to należy przedsięwziąć wszelkie ostrożności przeciw wysychaniu płwociny. Podobne ostrożności warto zachowywać w razie istniejących w rodzinie przypadków ropienia, katarów, przy których wysięki zawierają nieraz zarazki ropne i t. p. Zwracać należy baczną uwagę na zdrowie nianiek, zabraniać wstrętnego zwyczaju obcałowywania dzieci i t. p. Zwłaszcza powinniśmy zachowywać te i tym podobne ostrożności po przebyciu przez dziecko jakiejś choroby zakaźnej [odra, szkarlatyna, koklusz]. U dzieci, skłonnych do skrofulozy, trzeba ochraniać troskliwie ranę po szczepieniu ospy od zanieczyszczeń. Naturalnie taka profilaktyka nie zawsze udaje się przeprowadzić z całą ścisłością. Z jednej strony znajdujemy przy tem przeszkody ze strony ciemnoty lub fałszywych pojęć o higienie u rodziców lub wychowawców, z drugiej zaś — ze strony warunków ekonomiczno-społecznych. Konieczność dostarczenia ubogim i źle mieszkającym dzieciom świeżego powietrza i światła, pobudziła do zakładania ogródków dziecięcych. W tych ogródkach dzieci przebywają od 7-ej zrana do 4—6 po poł. pod nadzorem specjalnych dozorczyń. Otrzymują tam odpowiednie pożywienie, bawią się na czystym powietrzu, przyzwyczajają się do czystości i wynoszą, prócz zdrowia, pewne zasady higieniczne. Atoli liczba tych ogródków jest bardzo niedostateczna [w Berlinie; u nas niema ich wcale!! *przypp. spr.*], ponieważ na 164 tys. dzieci ubogich znajduje w nich miejsce tylko 5 — 6000; reszta dzieci pada ofiarą nędzy, głodu, wilgoci. Prywatna dobroczynność nie jest w stanie odpowiedzieć wszystkim potrzebom; tu powinno rozwinąć energiczną działalność państwo, które ponosi duże straty ekonomiczno-społeczne przez śmierć dzieci i ich choroby długotrwałe. Dalej CORNER omawia w krótkości warunki zapobiegania skrofulozie w szkole; te sprowadza do następujących punktów: 1) dostateczne wietrzenie izb szkolnych; 2) oczyszczanie klas [na mokro] nie rano przed lekcyami, ale zarazach po lekcyach; 3) zwracanie uwagi na trzymanie ciała w należytej pozycji; 4) nie przeciążanie dzieci pracą, zwłaszcza w domu na niekorzyść snu i spacerów; 5) zwracanie bacznej uwagi na gimnastykę i sporty — jako przedmioty obowiązkowe; świąteczne wycieczki i gry; 6) kąpiele szkolne, które są jednym z najlepszych środków zapobiegających skrofulozie u dzieci, mieszkających w wadliwych i pozbawionych kąpeli mieszkaniach. [D. n.]

TOWARZYSTWO LEKARSKIE WARSZAWSKIE.



Posiedzenie z dnia 25. VI. 1901 r.

1) KOELICHEN przedstawił chorobę, dotkniętą syringomyelią, z objawami następującymi: niedowład mięśni przedramienia, przeważnie wyprostnych; zupełne porażenie drobnych mięśni na dłoni wraz z zanikiem i odczynem zwyrodnienia; wzmożenie odruchów ścięgowych, osłabienie skórnych; zaburzenia czucia w postaci termoanestezji — na kończynach górnych; zaburzenia odżywcze na skórze pod postacią *penphigus*; zaburzenia w oddawaniu moczu, zwężenie prawej szpary ocznej i prawej źrenicy, jako objaw zajęcia *centri cilio-spinalis*; nieznaczna *kyphosis* w obrębie górnych kręgów grzbietowych; zaburzenia ze strony nerwów czaszkowych pod postacią osłabienia słuchu, wężu i wzroku. Prócz tego chora miała od czasu do czasu napady, podobne do epileptycznych, oraz napady silnego bólu i zawrotu głowy w połączeniu z wymiotami. Choroba zaczęła się przed 7-iu laty od zmian odżywczych na skórze.



2) BRUDZIŃSKI wygłosił rzecz p. t. „O odczynie UMIKOWA w mleku kobiecym i jego znaczeniu dla oznaczenia wieku pokarmu“. Reakcja UMIKOWA polega na otrzymaniu zabarwienia fioletowo-różowego po dodaniu do 5 ctm. sz. mleka 2½ ctm. sz. 10% amoniaku przy ogrzewaniu do 60° C. Wyniki, do jakich prelegent doszedł przy badaniach swych nad tą reakcją, są następujące: 1) w mleku krowim reakcja powyższa nie występuje; 2) w mleku kobiecym występuje najczęściej pomiędzy 4-ym a 8-ym miesiącem laktacji; u mamek z młodym pokarmem natężenie tej reakcji bywa silniejsze, aniżeli u starszych [UMIKOW twierdzi przeciwnie]; 3) u niektórych mamek mleko przed karmieniem nie dawało reakcji lub nader słabą, po karmieniu zaś dawało reakcję bardzo wyraźną; 4) natężenie reakcji u jednych i tych samych mamek zmieniało się nie tylko z miesiąca na miesiąc, lecz z tygodnia na tydzień; 5) reakcja UMIKOWA nie pozwala określić z pewną dokładnością wieku pokarmu.

W dyskusji POLIKIER zaznacza, że na podstawie własnych badań przekonał się również, że związek między natężeniem reakcji UMIKOWA a okresem laktacji stwierdzić się nie daje.

MIKŁASZEWSKI zaznacza, że przy ocenianiu wartości reakcji UMIKOWA należy uwzględnić bardzo wiele czynników, a między innymi zwracać należy uwagę na ilość wyssanego mleka, gdyż w świecie zwierzęcym znane już jest zjawisko, że t. zw. niedodojanie i wydojanie wpływa na zmianę składu mleka. Mamki w domu wychowawczym, które karmią zazwyczaj dwoje i więcej dzieci, nie nadają się do omawianych badań. Wobec nieustalonych dotychczas wyników, otrzymywanych z reakcją UMIKOWA, należy uważać za daleko poważniejszy sposób określenia wieku pokarmu na zasadzie ilości tłuszczu, cukru i wielkości kulek tłuszczowych.

KORYBUT-DASZKIEWICZ sądzi, że ilość tłuszczu w mleku kobiecym zależy więcej od indywidualnych właściwości karmicielki, aniżeli od wieku pokarmu. Wnioski prelegenta D. całkowicie podziela.

ROSZKOWSKI podnosi stronę techniczną badania omawianego odczynu i powołuje się na swe doświadczenia, ogłoszone obecnie drukiem w „Kronice Lekarskiej“.

BRUDZIŃSKI w odpowiedzi zaznacza, że określanie ilości tłuszczu pod drobnowidzem nie daje prawa na wyprowadzenie wniosków co do wieku mleka. Przyczyna, dla czego wnioski ROSZKOWSKIEGO różnią się do wniosków jego, polega głównie na tem, że R., będąc zależnym od materiału, nie mógł dowolnie układać doświadczeń i najczęściej u danej karmicielki wykonywał badania tylko po raz jeden, B. zaś był w stanie dla porównania natężenia reakcji, urządzać najrozmaitsze kombinacje co do wieku pokarmu.

XI Zjazd chirurgów polskich w Krakowie.



[Dokończenie — Patrz Nr. 38].

Kol. SŁĘK [Lwów] w odczycie p. t. „O leczeniu operacyjnem choroby GLÉNARD'a“ opisuje przebieg operacji, dokouanej przez prof. RYDYGIERA na klinice lwowskiej w dwu przypadkach, cechujących się wybitnem charłactwem w następstwie opadnięcia trzew. Wykonano przyszywanie żołądka, tworząc z sieci mniejszej zdwojenie i przyszywając ją do trzustki; u drugiej chorej nadto przyszyto macicę i wątrobę. W celu unieruchomienia wątroby, po otwo-

rzeniu jamy brzusznej przez cięcie, równoległe do łuku żeberowego prawego długości około 10 ctm., prof. R. oddzielił otrzewną ścienną i przyszywając szwem katgutowym ciągłym do górnej powierzchni wątroby górny listek, do dolnej zaś dolny, utworzył torbę, w którą wsunięty został prawy płat wątroby; wiąz okrągły wszyto w górny kąt jamy brzusznej. Po trzech miesiącach po operacji stan obu chorych był zupełnie pomyślny.

Kol. JASIŃSKI [Lwów] przedstawił chorego po wycięciu śledziony, znacznie powiększonej w następstwie zakażenia zimniczego. Operacja, dokonana przez prof. RYDYGIERA, była bardzo trudna z powodu rozległych zrostów z tkankami otaczającymi. Po wyjęciu śledziona ważyła 2650 grm., w torebce stwierdzono *perisplenitis fibro-cartilaginosa*. Przed operacją w krwi wykryto w niewielkim stopniu leukocytozę, w ciągu pierwszych dni po operacji zwiększyła się liczba tak czerwonych, jak i białych ciałek krwi, a w 6 tygodni liczba ciałek czerwonych wynosiła 3500000, białych 23000.

Kol. KLĘSK [Kraków] opisuje przypadek splenektomii, operowany na klinice krakowskiej i podaje pewne szczegóły, dotyczące czynności śledziony oraz techniki operacyjnej.

Doc. BARĄCZ mówił „O przepuklinie lędźwiowej“.

Do niedawna uważano jako punkt wyjścia przepuklin lędźwiowych trójkąt PETIT'a, t. j. miejsce ograniczone w dolnym odcinku okolicy lędźwiowej, zawarte pomiędzy mięśniami: szerokim grzbietu, skośnym brzucha zewnętrznym a grzebieniem kości biodrowej. W r. 1866 GRYNFELT, a wkrótce potem LESSHAFT zwrócili uwagę na inne, daleko częściej napotykaane, słabsze miejsce w górnej części okolicy lędźwiowej, na t. zw. *trigonum lumbale superior s. rhombus lumbalis*. Granice tego trójkąta stanowią: na zewnątrz tylny brzeg mięśnia *obliq. abdom. ext.*, u góry dolny brzeg mięśnia *serratus post. inf.* i szczyt XII żebra, ku tyłowi zewnętrzny brzeg pochwy mięśnia *erector trunci*, ku dołowi zaś mięsień *obliq. abdom. int.* I. WOLFF i H. BRAUN powątpiewają o istnieniu przepuklin w trójkącie LESSHAFT'a.

Pierwszy przypadek podobnej przepukliny obserwował KAROL BAYER z Pragi w r. 1888. Kol. B. przytacza 4 przypadki własne przepuklin lędźwiowych, w których brama przepuklinowa dawała się wykazać w trójkącie LESSHAFT'a. W 2-ch przypadkach dawał się równocześnie wykazać garb (*spondylitis*), w jednym boczne skrzywienie kręgosłupa (*scoliosis*); zmiany anatomiczne w kręgach usposabiają prawdopodobnie do tej przepukliny. Badania anatomiczne w tym kierunku przedsięwziął kol. BURZYŃSKI w zakładzie anatomicznym lwowskim i te są jeszcze w toku (*autoreferat*).

Doc. BOSSOWSKI: „O zabiegach chirurgicznych w przypadkach t. zw. *megacolon congenitum*“. Ze względu na to, że we wrodzonym tem cierpieniu całkowite wycięcie rozszerzonego jelita u dzieci wycieńczonych jest zabiegiem zbyt ciężkim, B. proponuje w tych razach połączenie jelita biodrowego z pętlą esowatą lub odbytnicą (*ileo-rectostomia*). Taką operację wykonał B. przed kilku miesiącami na dziecku dwuletnim; po tym zabiegu odżywianie dziecka znacznie się poprawiło, stolce były, wbrew oczekiwaniu, sformowane.

Prof. KADER: „O jejunostomii“. Po wytworzeniu przetoki żołądkowo-jelitowej lub też po wycięciu odźwiernika, w celu forsownego karmienia chorych K. dokonywa jejunostomii w ten sposób, że jelito nacina poprzecznie, wkłada gruby dren i obok niego unosi dwie fałdy poprzecznie.

Prof. WEHR przedstawia preparat wgłobionego i uległego zgorzeli jelita cienkiego, pochodzący od dziecka w drugim dniu choroby.

Prof. RYDYGIER przedstawił chorą, u której dokonał częściowego wycięcia ścian pęcherza moczowego, zajętych przez owrzodzenie dziurawicę, prawdopodobnie natury gruzliczej, nadto prof. R. opisał dwa przypa lki grzniczy

gruczolu krokowego, operowane własnym sposobem, które udowadniają, że technika jest łatwa a leczenie pooperacyjne proste.

Doc. CHLUMSKY [Kraków] opisał przypadek uwięźniętej przepukliny pachwinowej, w którym wobec niemożności rezekcyi kiszki z powodu znacznego osłabienia chorego, dokonał operacyi własnym sposobem, przy użyciu guzika magnezowego, z wynikiem pomyślnym. Następnie Ch. przedstawił chorobę z wrodzonym zwichnieniem stawu biodrowego lewego, u której udało się odprowadzić zwichnienie na drodze bezkrwawej, pomimo, że pacjentka przekroczyła 6-ty rok życia.

Kol. CZAPLICKI [Lwów] mówił „O działaniu atropiny w pewnych przypadkach niedrożności jelit“. Doświadczenia, przeprowadzone na zwierzętach, wykazały, że po wstrzyknięciu atropiny następuje silny skurcz mięśni okrężnych kiszki, czasami tylko słaby ruch robaczkowy. Z badań klinicznych C. dochodzi do wniosku, że atropina wskazana jest w *ileus dynamicus* i *obturatorius*.

Na XI Zjeździe wygłoszono 40 odczytów. Jak to się okazuje ze sprawozdania, nad wieloma odczytami z powodu braku czasu do dyskusyi nie doszło. Na przyszłość postanowiono z góry wybierać referentów do tematów ogólnych. W roku przyszłym mają być szczegółowo rozbiegane: sprawa chirurgii wątroby i dróg żółciowych [sprawozdawcy prof. KADER i kol. PRUSZYŃSKI] oraz leczenie gruczolaków żołądkowych [sprawozdawca prof. TRZEBICKY].

Pruszyński.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

100. Maragliano. [Genua]. Doświadczenia nad toksynami gruźliczemi.

Patologia gruźlicy uprawnia do przyjęcia obecności toksyn gruźliczych. U chorych gruźliczych daje się zauważyć cały szereg objawów, których nie można objaśniać tylko obecnością ogniska gruźliczego jako takiego i które należy przypisać intoksykacyi całego ustroju. Do tych objawów należą: gorączka, anemia, kacheksja, objawy nerwowe. Zależność tych objawów odległych, których pochodzenie było jednak jasnym, nie była dotychczas dowiedziona drogą eksperymentalną.

Autor wykazał, że w krwi i w moczu chorych gruźliczych znajdują się toksyny, które charakteryzują się: 1) przez wywoływane przez nie zmiany anatomiczno-patologiczne, polegające na silnych przekrwieniach wewnętrznych, 2) przez znaczne, ciepłotę podnoszące własności, 3) przez własności neutralizowania się za pomocą specjalnej surowicy, otrzymywanej ze zwierząt, którym stopniowo zastrzykiwano jady gruźlicze.

Badanie krwi na jady gruźlicze wykonano w trzech kierunkach. Po pierwsze: zastrzykiwano myszom i świnkom morskim świeżą krew chorych gruźliczych; 20-u myszom zastrzyknięto po 1 cm. sz. krwi: 5-iu podskórnice, a 15-u do jamy otrzewnej. Z pierwszych 5-u jedna szybko zdechła, cztery pozostałe traciły szybko na wadze. Z 15-u myszy, którym zastrzyknięto krew do jamy otrzewnej, 10 zdechło, straciwszy około $\frac{1}{4}$ wagi ciała, 5 przeżyło, atoli straciły około $\frac{1}{3}$ poprzedniej swej wagi. 9-iu świnkom morskich zastrzyknięto po 1 cm. sz. krwi na hektogram wagi. 5 pomiędzy niemi było zdrowych, 4 zarażone gruźlicą. Wszystkie zdechły po ubływie 3—5 dni, przy objawach zatrucia tuberkuliną. 12-u innym świnkom zastrzyknięto również w podobny sposób krew chorych gruźliczych, wziętą atoli od chorych, którzy, pomimo obecności laseczników w płwocinie, żadnych odległych objawów nie przedstawiali: krew tych chorych nie wywarła szkodliwego wpływu na zwierzęta.

W wypadkach, w których injekowano krew jednocześnie z surowicą przeciwgruźliczą, zwierzęta nie ucierpiały wcale.

Wyciąg glicerynowy krwi gruźliczej był przygotowany w ten sposób, że krew, otrzymaną z żyły, pozostawiano dla wytworzenia się skrzepu, — następnie dodawano 3% na wagę gliceryny i wody, rozcierano skrzep i trzymano przy 80 stopniach, przez 2—3 godziny, następnie filtrowano, skrzep wyciskano, otrzymany płyn dodawano do poprzednio otrzymanego filtratu, rozlewano do epruwetek i sterylizowano.

W powyższy sposób otrzymywany płyn zastrzykiwano chorym i zdrowym świnkom morskim.

Świnki zdrowe reagowały przez przemijające podwyższenie ciepłoty, niektóre natomiast zdychały w przeciągu dwu dni przy znacznie podwyższonej ciepłocie.

Gruźlicze świnki również częściowo zdychały, częściowo natomiast reagowały tylko znaczniejszem podniesieniem ciepłoty. Przy sekcji tych zwierząt znajdowano objawy identyczne do zatrucia tuberkuliną.

Doświadczenia z glicerynowym ekstraktem krwi zdrowych dały zupełnie ujemny wynik; czasami tylko można było stwierdzić nieznaczne, przemijające podniesienie ciepłoty.

Jednocześnie robiono podobne doświadczenia nad temi samymi zwierzętami w ten sposób, że tym samym świnkom zastrzykiwano z początku wyciąg glicerynowy krwi zdrowych, a następnie wyciąg krwi suchotników, z tym samym, jak wyżej podano, rezultatem.

Robiono również doświadczenia z surowicą chorych na suchoty.

Z pomiędzy 10-iu królików, którym zastrzyknięto ową surowicę w ilości 1,6—6,8 ctm. sz. na kilo wagi — 10 zdechło.

Króliki, którym zastrzykiwano mniejsze ilości surowicy, reagowały albo śmiercią, albo znaczną stratą wagi (około $\frac{1}{3}$ początkowej wagi).

Szkodliwe działanie surowicy gruźliczej dało się zupełnie zneutralizować za pomocą surowicy MARAGLIANO.

Doświadczenia z moczem chorych na gruźlicę wykazały również znaczną specyficzną toksyczność jego.

Mocz traktowano kilkakrotnie wysokiemi; część, która się w nim nie rozpuszczała, rozpuszczano w wodzie i zastrzykiwano królikom; 0,1 pozostałych części stałych wystarczało, by zabić królika w przeciągu 20—30 dni. Zwierzęta wykazywały znaczną stratę wagi: do $\frac{1}{4}$ pierwotnej swej wagi.

Mocz zdrowych osobników, traktowany w podobny sposób, nie wywierał żadnych szkodliwych skutków na króliki.

Tak samo bez skutku pozostało użycie moczu chorego na tyfus.

Jednoczesne użycie przeciwgruźliczej surowicy MARAGLIANO zobojętniało w zupełności toksyczne działanie moczu gruźliczego.

(*Zeitschrift für Tuberculose und Heilstättenwesen*).

H. Cybulski [Gürbersdorf].

Wiadomości bieżące.

-- Kwestyonaryusz w sprawie epidemiologii malaryi w naszym kraju z uwzględnieniem nowej teoryi o szerzeniu się jej przez ukąszenie komarów, opracowany przez Wydział biologiczny W. T. H.

1) Warunki klimatyczne danej umiejscowności [ilość wód bieżących, stojących, bagien i t. p.] niskie, wysokie położenie miejscowości.



2) Czy w danej miejscowości zdarzają się przypadki malaryi, jak często i o jakim typie.

3) W którym miesiącu są one najczęstsze.

4) W jaki sposób stwierdzane bywa rozpoznanie malaryi [badanie krwi, chinina, typowy przebieg].

5) Jakie bywa zejście przypadków malaryi [wyleczenie, cbarlactwo i t. p.].

6) W jakim wieku ludzie zapadają najczęściej w danej miejscowości na malaryę.

7) Zajęcie pacjentów, czy pozostają na powietru po zachodzie słońca, w nocy lub przed wschodem słońca.

8) Czy w danej miejscowości bywa wiele komarów i w jakich miesiącach pojawiają się one w ilościach większych.

9) Czy daje się anamnestycznie wykazać związek pomiędzy zachorowaniem na malaryę a ukąszeniem przez komary [okres wylęgania malaryi trwa 2—3 tygodni]. Uprasza się o dołączenie do pozyskanych informacji szkiełek z preparatami krwi chorych malarycznych, oraz słoika z okazami komarów danej miejscowości.

Uwaga I. Co do chwytania komarów: 1) Komary najlepiej chwytac po zachodzie słońca w miejscowościach bagnistych, wilgotnych, ocienionych. 2) Łapanie najlepiej skutecznicac za pomocą siatek muślinowych, lub pozwalając komarom siadać na ubraniu lub na rękach. 3) Komary, łapano na powierzchni ciała, mogą być bezpośrednio zamykane do słoików postawionych dnem do góry ponad komarem; wówczas komar ulatuje ku górze, a otwór słoika zasłania się kartą. 4) Komary z siatek należy przemieszczać z największymi ostrożnościami do słoików, bacząc, aby nie uszkodzić skrzydeł, nóg i uzbrojenia gęby owadów. 5) Słoiki do przechowywania komarów powinny być najdokładniej wysuszone. 6) Zabijanie komarów w słoikach najlepiej skutecznicac za pomocą pary benzyny: korek, który ma zatykać słoik, owija się w tym celu flanelą zmoczoną w benzynie, poczem dopiero zatyka się słoik i stawia się w suchym miejscu. Skrapiac benzyną komarów nie należy. 7) Ponieważ komary po pewnym czasie rozkładają się, przeto należy je odsyłać do badania możliwie niedługo po schwytaniu.

Uwaga II. Co do robienia preparatów krwi: 1) Szkiełka przykrywkowe powinny być zupełnie czyste, wymyte wodą, alkoholem i eterem, absolutnie suche. Chuchania na szkiełka należy unikać. 2) Krew można brać z palca lub z ucha, oczyszcwszy przedtem dokładnie powierzchnię uklucia wodą z mydłem, spirytusem, eterem. 3) Klucik trzeba cienką igłą, uprzednio przepaloną. 4) Kropla krwi powinna być bardzo mała; do niej lekko dotykamy środkiem szkiełka, na którym zostanie nieco krwi. To szkiełko kładziemy wówczas na drugie i nie uciskając, rozsuwamy. Krew się rozłoży cienką warstwą na obu szkiełkach. Suszymy szkiełka na powietru w słonecznym miejscu, bacząc, aby nie zostały zanieczyszczone, co najlepiej skutecznicac pokrywając szkiełka kloszem, szklanką i t. p. Takie przedwstępne suszenie trwa 15—30 minut, poczem należy włożyć szkiełka do pudeleczka z watą i w niem wysłać do ostatecznego zbadania. Do preparatów krwi należy dodawać kartkę z napisem, czy chory od którego pochodzi dana krew chorował na malaryę o typie trzeciaczkowym, czwartaczkowym, lub nieregularnym. Krew należy brać od chorych, którym nie dawano chininy i jej przetworów.

Odpowiedzi na powyższy kwestyonaryusz oraz posyłki Rada T. H. uprasza o nadsyłanie do kancelaryi Towarzystwa Hygienicznego ul. Krakowskie-Przedmieście № 66 w Warszawie.

Sprostowanie. W № 38, na str. 950 w wierszu 3 z dołu zamiast: *Hystopatologie* ma być: *Histopathologie*.

Wydawca, Dr Jan Pruszyński.

Redaktor odpowiedzialny, Dr Wł. Gajkiewicz.

Доводено Цензурою, Варшава 14 Сентября 1901. Друк Ковалевського, Warszawa, Mazowiecka 8.

5 godz. od Warszawy,
godzina od Lublina,
5 wiorat od stacyi kolei
Nadwiślańskiej.

NAŁĘCZÓW

Poczta i telegraf
na miejscu. Powozy na
zamówienie.
W lecie omnibus.

*Zdrojowisko szczawj żelazistej do picia i do kąpiel. Kąpiele błotne.
Hydroterapia.*

Zakład leczniczy cały rok otwarty ze ścisłym internatem i własną kuchnią dyetetyczną. Masaż. Gimnastyka. Elektroterapia. Obok zakładu 40 willi, wygodnie urządzonych na pobyt letni. Dwóch stałych lekarzy i dozorczyńi chorych. W lecie konsultanci i asystenci.

0-14 Dyrektor D-r A. PUŁAWSKI, b. ordynator Szpit. D. Jezus.

NATURALNA

Maryenbadzka sól zdrojowa

w butelkach po 125 i 250 gr. i w paczkach po 5 gr.

WSKAZANIA:

Zastępować może źródło maryenbadzkie we wszystkich przypadkach, w których chorzy nie mogą udać się osobiście do Maryenbadu. W przypadkach tych naturalna sól maryenbadzka jest nie tylko najtańszym, lecz i najlepszym środkiem przy ogólnem otluszczeniu, otluszczeniu wątroby serca, zaparciu stolca i pletorze.

Nabywać można we wszystkich aptekach, składach materiałów aptecznych i wód mineralnych oraz bezpośrednio w ekspedycyi głównej w Maryenbadzie (Czechy). 12-8

Wody mineralne, pochodzące ze źródła de l'ÉTAT

VICHY CÉLESTINS
GRANDE-GRILLE, HOPITAL

Uprasza się o wymienianie źródła.