№ 8 i 9. Warszawa, sierpień—wrzesień 1921. Rok LV.

Pięćdziesięciolecie dyugie-

Ogólnego zbioru № 2847.

GAZETA LEKARSKA

VIRI BVI SVNI TIS

·PISMO·TYGODNIOWE·

POŚWIĘCONE·WSZYSTKIM·GAŁĘZIOM·UMIEJĘTNOŚCI·LEKARSKICH·

Redaktorzy **Dr. A. Puławski i Dr. W. Starkiewicz.**
Wydawca **Dr. W. Szumlański.**

Adres Redakcji i Administracji — Marszałkowska № 73.
Telefon 26-79. Konto pocztowej Kasy Oszcz. № 982.

SANTALOL
SALOL
UROTROPINA

EUMICTINE

KAPSUŁKI
GLUTENOWE

ŚRODEK PRZECIWGONOKOKOWY

MOCZOPĘDNY — KOJĄCY — PRZECIWGNILNY

RZEŻĄCZKA

ZAPALENIE PĘCHERZA MOCZOWEGO

ZAPALENIE NEREK

ZAPALENIE MIEDNICZEK

ZAPALENIE MIEDNICZEK I NEREK

ROPOMOCZ

LABORATORYUM Dr M. LEPRINCE'A, 62 Rue de la TOUR w PARYŻU.
Sprzedaż w Polsce w aptekach i składach aptecznych.

Oddział dla Polski — Mokotowska 57 m. 6 w Warszawie.

SOCIÉTÉ CHIMIQUE des USINES du RHÔNE à PARIS

RODYNA (*Rhodine, Aspiryna francuska*).

NOWAMIDON (*Novamidon, Piramidon francuski*).

PYRAZOLINA (*Antipyrina francuska*).

KELENE (*Chlorek etylu chemicznie czysty dla anestezji*).

SALOL *Ester Salicylowy i Salicylaty.*

SCUROCAINA (*Nowokaina francuzka*).

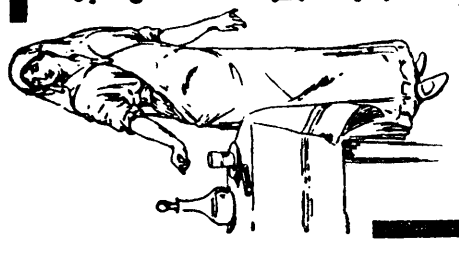
SCURENALINA (*Adrenalina syntetyczna*).

CHLOROFORM i ETER *dla anestezji.*

ROFEINA (*Rodyna i Cofeina*) 0 gr. 50 0 gr. 05.

REZORCYNA *medyczna.*

PIPERAZYNA



20 Pastylek.

www.dlibra.wum.edu.pl

Prurigol — Maść od świerzby, nie posiadająca przykrego zapachu, nie plamiąca bielizny i łatwo odmywająca się wodą ciepłą, używana dla dorosłych i dzieci tylko starszych. Słoik — około 100 grm.

Prurigol-Bebe — Maść od świerzby dla małych dzieci. Słoik — około 100 grm.

Purgenal — Tabletki regulujące sprawność kiszek, używane w nawykowem zaparciu stolca. Pudełko — 25 tabletek.

Reductosan — Marienbadenses Tabulettae. Marienbadzkie tabletki redukcyjne, używane jako środek odtłuszczający dla otyłych. Pudełko — 50 srebrzonych tabletek.

Remedium Sedativum-Haemostaticum — Extractum Viburni compositum. Srodek przeciwkrwiotoczny, stosowany zamiast Extractum hydrastis canadensis. Flakon — około 20 grm.

Rienol — Pessaria antiseptica. Płaskie czopki tłuszczowe dla kobiet o własnościach odkażających. Pudełko — 12 sztuk.

Saloben — Tabulettae antidiarrhoicae. Tabletki z salolem i benzonaftolem, używane w biegunce i czerwonce. Pudełko — 12 tabletek.

Salosant — Capsulae santalo-saloli. Kapsułki używane w rzeżączce, zapaleniu pęcherza, miedniczek nerkowych. Pudełko – 60 kapsułek.

PP. Lekarzom wysyłamy na żądanie literaturę ewentualnie próby.

Warszawskie Towarzystwo Akcyjne Handlu Towarami Aptecznemi

dawniej

„Zjednoczeni Aptekarze“ i „Ludwik Spiess i Syn“

w Warszawie ul. Daniłowiczowska 16.

www.dlibra.wum.edu.pl

Rok LV.—Serja III. Tom VI. № 8 i 9.

Gazeta Lekarska

VIRIBVS VNITIS

·Pismo·Tygodniowe·

Poświęcone·wszystkim·gałęziom·umiejętności·lekarskich·

Pięćdziesięciolecie dyugie-

Warszawa, sierpień—wrzesień 1921 roku.

Ogólnego zbioru № 2847

Rzut oka na dzieje i zadania kliniki położniczo-ginekologicznej Uniwersytetu Warszawskiego.

Przemówienie wstępne przy otwarciu tej kliniki w dniu 14 stycznia 1921 r.

Podał **Prof. Dr. Adam Czyżewicz.**

(Dokończenie).

A przyszłość? Leży przed nami otwarta, lecz ciemna jak zawsze. Nikt nie jest w stanie przewidzieć, jak się ta przyszłość ułoży, nikt dziś nie powie, czy podołamy zadaniu i czy potrafimy naukę rzeczywiście pchnąć naprzód i rozwiązać tajemnice, jakie kryje przed okiem ludzkiem. Tyle wie każdy z nas tu pracujących, że odda chętnie wszystkie siły i pracę całego życia, aby ta Klinika szła przed innemi i prawdziwej wiedzy torowała drogę. Czy to się uda nie wiemy, ale dziś już widzimy drogi, któremi iść nam należy, widzimy te furtki na granicy wiedzy, które wiodą w nieznane krainy, gdzie wszystko trzeba stwarzać, a raczej wszystko już istniejące mozolnie odnajdywać.

Takich pytań, na razie bez odpowiedzi, mamy przed sobą jeszcze bardzo wiele. Nauka nasza choć kształcona wiekami, ma daleko więcej przed sobą, niż za sobą. Boć nie jest jeszcze nauką fakt, że umiemy prowadzić ciążę i poród, że umiemy usuwać powikłania tego porodu, lub im zapobiegać, że technika położnictwa stanęła na wyżynach, a ginekologiczna, oparta przeważnie na chirurgji, wynikami konkuruje z innemi działami lecznictwa. To wszystko jest tylko mechaniczną wprawą kombinacji naszego mózgu i wykonawstwa naszej ręki, rzeczą, którą stosujemy często, nawet nie wiedząc dlaczego, li tylko ze względu, że ludziom pomaga w powrocie do zdrowia. Ale gdy sami siebie potem zapytamy, w jaki sposób działał podany środek leczniczy, lub jak to być może, że człowiek któremu usunięto cały narząd, żyje bez niego i nawet tego braku nie widać, to często stajemy wobec jednego wielkiego pytajnika i wobec zupełnego braku odpowiedzi. Wszak my przy naszej całej wprawie i przy wiedzy kształconej tysiące lat przez całe pokolenia, nie wiemy nawet, w jaki sposób przychodzi do zapłodnienia u człowieka, nie wiemy, gdzie się ono dokonywa, ani jak długo trwa ciąża, ani dlaczego występuje poród, nie wiemy jeszcze napewno, dlaczego podczas ciąży ustaje jajeczkowanie, ani dlaczego jedne osoby znoszą ciążę łatwo i dobrze, inne zaś życiem za nią płacą, sprzeczamy się o szczegóły czynności łożyska lub ciałka żółtego i o funkcje komórek jajnika, nie mamy wreszcie pojęcia, dlaczego powstają nowotwory, a wśród nich rak najgorszy. Bardzo wiele jest jeszcze kart niezapisanych i bardzo wiele pola do pracy, a najwięcej właśnie w dziale stanów pośrednich, między położnictwem i ginekologją. Praca nad rozwikłaniem tych pytań będzie pierwszem naszem dążeniem i będzie programem duchowym tej Kliniki.

Nie tu miejsce i nie czas potemu, aby przedstawiać wyniki prac dotychczasowych na polu rozwikłania powyższych zadań.

Za daleko by to doprowadzić musiało i znacznie przekroczyłoby rozmiary wykładu. Chciałbym jednak w tym wstępie do właściwej nauki w Klinice rzucić słów kilka o jednej z tych wielkich niewiadomych.

Jest rzeczą ogólnie znaną, że bardzo wiele osób ciężarnych, szczególnie w pierwszej ciąży, cierpi na rozmaite dolegliwości. Bardzo wcześnie pojawiają się nudności i wymioty, ginie apetyt, występuje wstręt do pewnych pokarmów, a pociąg do innych, zmiana usposobienia, rozmaitego stopnia rozdrażnienie nerwowe, parcie na mocz i t. d. jednem słowem objawy tak znane i tak przez wszystkich wprowadzane w związek z ciążą, że u laików bez zastanowienia wystarczają do jej rozpoznania. Po pewnym czasie objawy te ustępują. Czasem jednak nietylko że trwają dalej, ale potęgują się coraz bardziej, dominującym objawem stają się wymioty, które przychodzą coraz częściej, najpierw tylko po jedzeniu, potem po każdym kęsie pokarmów lub każdym łyku wody, wreszcie i bez tego na samą myśl tylko o jedzeniu lub piciu. Ustrój podupada coraz bardziej, względnie szybko

www.dlibra.wum.edu.pl

wykształca się obraz wymiotów niepowściągliwych, serce słabnie, pojawiają się stany podgorączkowe, w moczu znajdujemy białko, czasem wałeczki, lub wreszcie kryształy leucyny, tyrozyny i kwasów tłuszczowych, organizm marnieje w szybkim tempie i w końcu śmierć kończy męczarnie.

Lub znowu inny obraz. U osoby ciężarnej, względnie dobrze znoszącej ciążę przychodzi do ogólnych bliżej nieokreślonych dolegliwości, pojawiają się czasem bóliki w bokach brzucha czasem obrzęki nóg, a badanie wykazuje w moczu białko i typowy obraz tak zwanej nerki ciężarnych.

I znowu często ten obraz utrzymuje się przez jakiś czas bez zmiany, a potem ustępuje bez śladu, albo trwa aż do końca ciąży, albo znowu nagle przy końcu ciąży lub w początku porodu, ha nawet czasem w połogu, ilość białka gwałtownie się podnosi, dochodzi nawet wyżej 4%, w osadzie moczu pojawiają się liczne przybłonki i ciałka czerwone krwi, wałeczki rozmaitych typów i t. d. Chora traci przytomność, wypręża się na chwilę, by zaraz potem wpaść w okres szalonych drgawek i kurczów. Oddech ustaje, występuje sinica i duszność, szczękające zęby kaleczą język. I trwa to wszystko krótkich chwil parę, poczem powoli pacjentka wraca do przytomności i nie wie o niczem. Przed naszemi oczyma odegrał się napad rzucawki porodowej, która także nierzadko matkę i dziecko zabija.

Albo też taki napad występuje zupełnie niespodzianie, bez zmian w chemicznym składzie moczu, bez białka, a tylko wałeczki i ciałka czerwone krwi w osadzie świadczą o poważnych zmianach w nerkach. W innych razach znowu wystąpią wszystkie objawy rzucawki, tylko bez ich najbardziej w oczy bijącej części t. j. bez drgawek. A jednak mimo to jeden i drugi stan są temsamem i to samo mają znaczenie.

Lub znowu: W początkowych okresach ciąży przychodzi do ślinotoku, czasem w znacznych rozmiarach, bez widocznych zmian w narządach jamy ustnej, li tylko z powodu wzmożonej czynności gruczołów. Albo nagle pojawia się na różnych częściach ciała wyprysk czasem bolesny, ba nawet w formie uporczywego półpaśćca. Obie sprawy trwają czas jakiś, urągają zabiegom leczniczym i wreszcie bez widocznej przyczyny ustępują same.

Możnaby jeszcze inne podobne stany wyliczyć i rozpatrywać, sądzę jednak, że tych kilka przykładów wystarczy do ocenienia naszego tematu. Na pierwszy rzut oka wszystkie one mają cechy choroby lżejszej lub cięższej, i to choroby dotyczącej najrozmaitszych narządów. Tak je też oceniano, zajmując się niemi ze względów początkowo terapeutycznych, później ze względów naukowych. Podawano cały długi szereg wyjaśnień, opartych na spostrzeganiu najrozmaitszych zmian dających się stwierdzić badaniem lekarskiem, albo badaniem w pracowni wydzielin i wydalin osób chorych. Powstawały teorje istoty choroby i co za tem idzie przepisy do jej zapobiegania i leczenia. Lecznicze wyniki były z reguły dobre o ile dotyczyły tego samego autora i małej ilości przypadków. Gdy jednak inny badacz przyjął obce zapatrywanie i wedle niego sprobował postępować, napotykał odrazu przypadki, nie zgadzające się z opisem klinicznym wyników badania i urągające podanemu leczeniu. Zatem rozpatrywał chorobę ze swego punktu widzenia i nowe stawiał przypuszczenia. Z biegiem czasu nagromadziło się tyle tych teorji, że nie ma prawie narządu, któryby nie obwiniano o powodowanie wymiotów niepowściągliwych i rzucawki porodowej, pomijając inne drobniejsze formy chorobne.

A jednak musiało przecież zastanawiać, że wszystkie te przypadki, w szczególności ciężkie, kończące się śmiercią, nie zdarzały się nigdy u mężczyzn, ba nawet nigdy u kobiet nieciężarnych. Widocznie zatem musiały mieć jakiś związek bezpośredni ze stanem ciąży, ściśle zaś mówiąc z tem, co jest tej ciąży istotą to jest z jajem płodowem.

Dopiero ostatnie lata XIX stulecia myśl tę podjęły najpierw bardzo oględnie, jako sprzeciwiającą się zasadniczo przyjętym zapatrywaniem, później coraz głośniej i śmielej. Słyszałem je w ogólnych zarysach, jako bliżej nieokreślone przypuszczenie z ust mego Ojca w pierwszych czasach studjów Uniwersyteckich, ale i on nie odważył się wystąpić z nią na arenę publiczną. Dopiero w roku 1893., przy sposobności dyskusji w Instytucie fizjologji w Berlinie wystąpił z nią Czempin. Zastanawiając się nad budową łożyska i stwierdziwszy, że budowa ta jest bardzo zawikłana, sądził, że narząd taki musi sam wykonywać swoje czynności. Opierając się na tej zasadniczej myśli przeprowadził dalej przypuszczenie. Płód wzrastając wytwarza cały szereg trucizn, które dostawszy się do krwi matki powodują jej otrucie. Powstaje ono w początku ciąży, gdy ledwie rozwijające się łożysko nie jest jeszcze w stanie trucizn zobojętnić. Później komórki łożyska wiążą truciznę, a organizm matki wytwarza przeciwtrucizny, zobojętniające resztę, jaka się do krwi dostała. W razie nieprawidłowej czynności łożyska, trucizny wytworzone przez płód, mogą się dostać do krwi matki w zwiększonej ilości i spowodować wybuch wymiotów niepowściągliwych lub rzucawki porodowej.

Prawie równocześnie pojawiać się zaczęły nieśmiałe wzmianki anatomów o zmianach, jakie można było znaleść przy autopsji osób zmarłych na hyperemesis. W roku 1893., a więc w tym samym co Czempin, ogłosił Lindemann taki protokół, w którym zwrócił uwagę na zmiany wątroby, śledziony, nerek, występujące pod formą zwyrodnienia miąższowego i tłuszczowego i zmiany zapalne w nerwach obwodowych, wobec małego stopnia zmian świadczących o wygłodzeniu, i wyraził zapatrywanie, że powodem śmierci było jakieś zatrucie ciałami dotąd bliżej nieznanemi, gdyż wynik sekcji wykazał stan narządów charakterystyczny dla przewlekłego zatrucia.

Podstawy teorji były dane, znalazła swoich zwolenników i przeciwników, znalazła wreszcie badaczy, którzy przyjmowali wprawdzie fakt otrucia, lecz szukali trucizn poza obrębem jaja płodowego. Odtąd jednak nie zeszła już nigdy z pamięci.

Udowodnienie hypotezy było nadzwyczaj trudne. Rzadkie przypadki sekcyjne stwierdzały tylko coraz pewniej wytwarzanie się zmian charakterystycznych dla otrucia, bez dalszych szczegółów, a ponadto dotyczyły tylko ciężkich przypadków wymiotów niepowściągliwych lub rzucawki porodowej. Przypadków zwykłych dolegliwości ciążowych, tak zwanej nerki ciężarnych, ślinotoku, wyprysku i t. d. w czystej formie nie można było dostać na stół sekcyjny. I anatomja nic więcej pomóc nie była w stanie.

Badania kliniczne także nie wiele przynosiły pożytku, gdyż spostrzeganie objawów chorobnych nie dawało prawie nic nowego, ze sposobu leczenia wniosków nie można było wyciągać, a różnice w zapatrywaniach utrzymywały się ciągle. Koniecznie trzeba

www.dlibra.wum.edu.pl

było znaleść objaw wspólny dla wszystkich tych spraw chorobnych i zależny od ciąży, aby dowód teorji zatrucia ciążowego dał się przeprowadzić. Do tego celu trzeba było przedewszystkiem ścisłych badań osób ciężarnych zdrowych.

Dociekanie teoretyczne zwracało uwagę szczególnie na krew, jako jedyny ośrodek, którym trucizna ciążowa może się na cały ustrój przenosić. Badania chemiczne były odrazu wykluczone, gdyż krwi łożyskowej in viva bez przerwania ciąży dotychczasowemi sposobami nie jesteśmy w stanie uzyskać, tem bardziej w początkach tej ciąży, a krew zbierana z pępowiny po porodzie nie wykaże już składników, znajdujących się w niej w początkach rozwoju płodu. Pozostały zatem tylko badania kliniczne krwi matki.

I oto okazało się, że u osób ciężarnych dobrze znoszących ciążę, albo niema zmian krwi, albo też są nieznaczne i wyrażają się jako zwiększenie ilości ciałek białych wielojądrzastych, obojętnochłonnych t. j. leukocytoza obojętnochłonna przyczem jednak stosunek wzajemny poszczególnych rodzajów tych ciałek także ulega zmianie, powodując stan, znany pod nazwą przesunięcia się obrazu Arnetha na lewo. Zaznaczyć tu trzeba wyraźnie, że cyfry leukocytozy tylko wyjątkowo są bezwzględne, a właściwy obraz otrzymuje się przez porównanie ilości ciałek czerwonych i białych. Są to zatem wartości względne. Stan ten określa Arneth mianem anisocytoza neutrofilna. Ilość ciałek czerwonych czasami bywa zwiększona, krzepliwość także, krew robi wrażenie gęstszej od normalnej.

Zmiany powyższe występują w prawidłowej ciąży dobrze znoszonej w bardzo małym stopniu, o ile wogóle występują i utrzymywać się mogą przez cały czas trwania ciąży.

Podczas porodu wzmagają się wyraźnie, w połogu powoli zanikają.

W przypadkach ciąży niedobrze znoszonej, gdzie występują dolegliwości ciążowe, znane pod nazwą objawów domniemanych ciąży, w przypadkach nerki ciężarnych, ślinotoku, wyprysku ciążowego i t. d. są one zawsze wyraźne i zawsze stwierdzić się dają choć w rozmaitym stopniu natężenia. W ciężkich przypadkach wymiotów niepowściągliwych lub rzucawki porodowej po prostu wybijają się na pierwszy plan i to w bardzo znacznych rozmiarach. Badań tych przeprowadzałem setki. Nie zawodziły nigdy i pozwoliły nawet na wyodrębnienie pewnej grupy hyperemesis, jako swoistej, dobrze określonej formy, polegającej na zatruciu ciążowem a nazwanej w odróżnieniu od innych hyperemesis vera. Jako przykład olbrzymiego rozwoju tych zmian przytoczę przypadek wymiotów niepowściągliwych, w którym krew zaledwie wypływała z ranki — tak była gęsta — i wykazywała ciałek czerwonych 8712500, białych 28850, zatem stosunek 1:302, 84,8% ciałek obojętnochłonnych i olbrzymie przesunięcie obrazu Arnetha na lewo.

Zmiany w układzie krwi są przeto objawem, przewijającym się przez całą ciążę tak fizjologiczną jak patologiczną i zwiększającym się ilościowo, bez jakościowej różnicy w miarę występowania coraz cięższych powikłań ciążowych. Jeżeli stosownie do teorji podanej przez Czempina zechcemy ciążę uważać za stan, w którym przychodzi do otrucia matki przez dziecko, to wzrost zmian krwi, tem otruciem wywołany zgodnie wzrastać musi w miarę wzrastania, stopnia tego otrucia. Tak się też dzieje w istocie.

Rozchodzi się jeszcze tylko o stwierdzenie, czy podane zachowanie się krwi jest objawem działania ciał trujących i czy te ciała rzeczywiście od płodu pochodzą.

Odnośnie do pierwszego pytania stwierdzić należy, że powyższy skład krwi znany jest jako patognomoniczny dla zakażeń drobnoustrojami, przedewszystkiem ropnemi, które par excelence działają na ustrój za pomocą toksyn przez siebie wytwarzanych, a niema go w przypadkach otrucia truciznami gotowemi, jak alkaloidami, środkami chemicznemi i t. d.

Ponadto także stany leukocytozy obojętnochłonnej wywoływane sztucznie za pomocą wstrzykiwań odpowiednich środków, różnią od tej leukocytozy ciążowej czy bakteryjnej. Tu brak przesunięcia obrazu Arnetha na lewo nawet mimo wysokich stanów leukocytozy, brak zatem zmiany, występującej tak charakterystycznie w tamtych schorzeniach. Jest to więc jakby odczyn organizmu na jady, w nim samym produkowane, które musi zobojętniać wytwarzaniem przeciwtrucizn. I to pojęcie zgadza się z istotą ciąży, w której także w łonie matki żyje i rozwija się płód, usuwający swoje produkta przemiany materji przez jej krew. Analogja chyba nie dająca się zaprzeczyć.

Co się tyczy drugiego pytania, to dowód wprost nie jest możliwy z przyczyn, o których powyżej wspomniałem, t. j. dlatego że nie możemy do naszych doświadczeń dostać w odpowiedniej chwili ludzkiej krwi płodu, dążącej do łożyska lub krwi matki, odpływającej z tegoż. Krwi zaś zwierzęcej użyć nie możemy, gdyż u zwierząt objawy otrucia ciążowego prawie że nie występują, jeżeli zaś są zaznaczone, to nigdy w tak wyraźnej formie, aby je można było zużyć do dociekań naukowych. Dowód więc musimy prowadzić przez wykluczenie. Przedewszystkiem należy uwzględnić fakt, że ciężkie, wyraźne formy zakażenia ciążowego nie występują ani u mężczyzn, ani u kobiet niecięźarnych, nawet i wtedy, gdy im w brzuchu rośnie guz, który czasem i po otwarciu jamy brzusznej niełatwo od ciąży odróżnić. Tu idzie o istnienie jaja płodowego, i tylko tam, gdzie rozwija się jajo płodowe, powstać mogą schorzenia, o których mowa. Że zaś schorzeń tych nie ma w przypadkach, w których po obumarciu płodu komórki łożyska często jeszcze przez długi czas żyją i pracują, nawet wydatniej, jak n. p. w przypadkach zaśniadu groniastego, albo nabłoniaka kosmówkowego, przeto tylko od płodu zależeć one mogą, boć trudno przecież myśleć o zakażeniu bakteryjnem, ropnem w każdym przypadku tak częstych schorzeń ciążowych.

Oto jeden z dowodów słuszności teorji Czempina. Zaczyna szereg dalszych, które przyjść mają, zanim teorja stanie się bezwzględnym pewnikiem i zanim potrafimy wyjaśnić dlaczego to otrucie ciążowe występuje w rozmaitem nasileniu i w tak różnych formach, choć w istocie rzeczy zawsze jest temsamem. Wniosków dalszych tak co do istoty otrucia ciążowego, jak co do jego działania i przebiegu mamy już sporo, nie czas jednak jeszcze o nich mówić, póki nie będą poparte dalszemi faktami.

Praca w tym kierunku, oto jedno z zadań, jakie sobie w tej Klinice stawiamy.

Daj Boże, aby były uwieńczone pomyślnym skutkiem.

www.dlibra.wum.edu.pl

Przypadek lewostronnego ropnia mózgu pochodzenia usznego. Operacja. Wyzdrowienie.

Podał **Aleksander Żebrowski.**

Opisany poniżej przypadek lewostronnego ropnia mózgu pochodzenia usznego jest interesujący ze względu na bardzo rzadko spostrzegany w przypadkach ropni mózgu zespół wszystkich objawów, pośród których nie brakło żadnego. Zazwyczaj nietylko w przypadkach ropni mózgu lecz i w innych powikłaniach wewnątrzczaszkowych spraw ropnych w uchu środkowem, jak ropień móżdżku, ropnica, surowicze lub ropne zapalenie opon mózgowych, nie spostrzegamy wszystkich, opisywanych jako typowe, objawów tego lub innego powikłania. Jest raczej regułą, nie wyjątkiem, że powikłania wewnątrzczaszkowe rozpoznajemy nie na zasadzie wszystkich znanych nam, jako typowe, objawów, lecz na zasadzie niewielu, częstokroć jednego tylko (naprz. rozpoznanie ropnicy na zasadzie dreszczów wstrząsających, występujących w przebiegu ostrego, lub przewlekłego ropnego zapalenia ucha środkowego).

Przypadki, w których spostrzegamy jednocześnie zespół wszystkich znanych nam objawów typowych, należą i należeć będą do rzadkości — z innej zaś strony są to przypadki, szczególniej dla szerszego koła lekarzy nie specjalistów, bardzo pouczające, jako klasyczne przykłady pewnej postaci chorobnej.

Przechodzę do szczegółowego opisu spostrzeganego przezemnie przypadku.

G. S. lat 50, kupiec z Symferopola (Krym) dnia $^{23}/_{X}$ 1917 r. zwrócił się do mnie o poradę z powodu silnych bólów w lewem uchu oraz za uchem, połączonych z ropotokiem usznym oraz gorączką. Bóle w uchu i gorączka wystąpiły nagle przed trzema dniami. Ropienie z lewego ucha rozpoczęło się przed 20 laty i trwało przez cały ten przeciąg czasu z dłuższemi przerwami, podczas których ucho było zupełnie suche. Pacjent twierdzi, że od kilku lat było zupełnie sucho, w ciągu zaś kilku ostatnich dni wydzielina z ucha jest dość obfita.

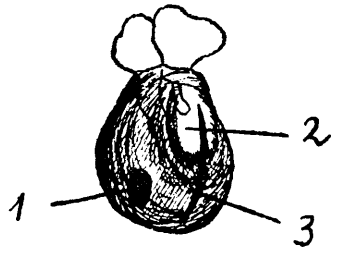
Stan obecny. Chory wysokiego wzrostu, dobrze zbudowany, w narządach wewnętrznych, płucach, w sercu oraz w jamie brzusznej zmian niema. Prawe ucho, nos, gardło i jama nosowogardłowa bez zmian. Lewe ucho wypełnione płynną, nieco cuchnącą ropą. Po usunięciu ropy i po dokładnem oczyszczeniu zewnętrznego przewodu słuchowego i błony bębenkowej z ropy i złuszczonego naskórka widzimy obraz następujący: błona bębenkowa widzialna dokładnie na całej przestrzeni. Przylegający do błony odcinek zewnętrznego przewodu słuchowego zaczerwieniony. Przed rękojeścią młotka widzimy, przy użyciu lupy, mały otwór perforacyjny umiejscowiony nieco poniżej pępa błony bębenkowej. Z otworu tego sączy się ropa. Podczas próby Valsalv'y świstu niema, lecz widać, że ropa zaczyna napływać obficiej. Tylko górny odcinek błony bębenkowej wypuklony w kształcie dość dużego woreczka. Rękojeść młotka niewidzialna, krótki wyrostek młotka widoczny jest w kształcie punktu żółtawej barwy.

Badanie słuchu: Mowa — powyżej 5 metrów. Szept — 2 mt. Weber w stronę chorego ucha. Rinné ujemny. Objaw przetokowy (Fistel-Symptom) — ujemny. Odczyn cieplikowy — normalny. Ciepłota 38°,6. Tętno — 120.

Tegoż dnia o 6-ej wieczorem choremu wykonałem przecięcie lewej błony bębenkowej. Cięcie, jak czynię to zazwyczaj, przez całą błonę bębenkową (rys.), poczem przedmuchiwanie ucha środkowego metodą Politzer'a oraz opatrunek aseptyczny.

Wieczorem ciepłota była nieco wyższa niż rano, mianowicie 38°,7 tętno 120.

Następny dzień: Temp. rano 38°,6, wieczorem 38°,0, tętno 100. Ból w uchu ustąpił niemal zupełnie, pozostał jedynie ból za uchem lecz, w stopniu znacznie mniejszym aniżeli przed przecięciem błony bębenkowej. W ciągu następnych kilku dni przy stosowaniu zwykłego w takich razach leczenia nastąpiło znaczne polepszenie stanu ogólnego oraz objawów miejscowych. Ciepłota ciała normalna, tętno również normalne. Wydzielina z lewego ucha skąpa, surowiczoropna. Wyrostek sutkowy oraz miejsce jamy sutkowej (fossa mastoidea) niebolesne. Widać nieznaczne wypuklenie w tylno górnym odcinku błony bębenkowej — przecięcie błony zarosło, wydzielina sączy się jedynie ze starego, małego otworu perforacyjnego przed rękojeścią młotka. Pacjent zamierzał powrócić do swoich zajęć, gdy nagle wystąpił 10-go dnia po przecięciu błony bębenkowej a 14-go po ukazaniu się silnych bólów w uchu, niezwykle silny ból głowy, umiejscowiony wyłącznie w okolicy ciemieniowej lewej. Jednocześnie były kilka razy mdłości a raz jeden wymioty. Ciepłota wynosiła dnia tego 38°,0, tętno 72. Po dokładnem obejrzeniu błony bębenkowej za pomocą lupy, nie znaleziono żadnych



1) stary otwór perforacyjny, 2) woreczkowate wypuklenie tylnogórnego odcinka błony bębenkowej, 3) przecięcie.

nowych zmian. Stary otwór perforacyjny tej samej wielkości co przedtem, niezbyt obfita wydzielina śluzoworopna. Przecięcie błony zabliźnione. Wyrostek sutkowy niebolesny. Słuch w lewem uchu nieco słabszy niż w prawem, Weber w stronę lewego ucha, Rinné — ujemny. Odczyn cieplikowy — normalny. Objaw przetokowy — ujemny. Podwyższenie ciepłoty ciała do 38°,0 i silne oraz uporczywe bóle głowy trwały przez dni 4. Jednocześnie zauważyłem pewne, na razie nieznaczne, zmiany w zachowaniu się chorego, mianowicie chory, przedtem dość rozmowny i chętnie opowiadający o swoich cierpieniach, nagle stał się milczącym, niechętnie odpowiadał na zadawane mu przezemnie pytania. Od czasu do czasu uskarżał się tylko na bardzo silne bóle głowy w tej samej okolicy co i przedtem, na bezsenność i zupełny brak apetytu. Wyrostek sutkowy nawet przy opukiwaniu palcem i młotkiem zubełnie niebolesny. Dnia $^{15}/_{XI}$ a więc w $3^{1}/_{2}$ tygodnia po ukazaniu się ropienia z lewego ucha, raptownie bóle głowy znikły i jednocześnie wystąpiły objawy dysartrji i afazji amnestycznej, pozatem chory z milczącego zmienił się w bardzo wielomównego gadułę, rozprawiającego obszernie o najrozmaitszych rzeczach, nie będących w żadnym związku z jego chorobą. Chory jąkał się, przekręcał do niepoznania niektóre wyrazy a jednocześnie zapomniał nazw wielu przedmiotów. Chory zupełnie nie pamiętał nazw: „chustki do nosa", „zegarka", „kluczy", „scyzoryka", pamiętał natomiast nazwy: „wody", „szklanki". Czy prócz afazji amnestycznej oraz dysartrji, u chorego była również alexia i agrafia orzec trudno, ponieważ na kilkakrotnie powtarzane prośby, aby zechciał coś przeczytać lub napisać, chory odpowiadał stale, że „czuje się zmęczonym i ani do czytania ani do pisania nie ma żadnej ochoty".

Tętno wybitnie zwolnione — 34. Ciepłota wieczorem 37°,6. Badanie dna oka, wykonane $^{16}/_{XI}$ przez okulistę (Dr. Galli), wykazało w lewem oku tarczę zastoinową, w prawem oku zlekka zatuszowane granice tarczy oraz nieznaczne przekrwienie żył siatkówki.

Dnia $^{17}/_{XI}$ Operacja doszczętna (modyfikacja Boudy'ego z pozostawieniem kostek słuchowych). Cięcie typowe. Okostna nie przyrośnięta, nie zgrubiała. Wyrostek sutkowy uległ niemal całkowitemu skostnieniu (eburneisatio, osteosclerosis processus mastoidei). Antrum normalnej wielkości z niewielką ilością ropy. Sklepienie jamy sutkowej makroskopowo zdrowe, przetoki i ziarniny niema. Zgłębnikowanie jamy bębenkowej od strony antrum wykazuje brak ziarniny i gładką normalną powierzchnię kostek słuchowych, które z tego powodu są pozostawione in situ. Tylnogórny

www.dlibra.wum.edu.pl

odcinek zewnętrznego kostnego przewodu słuchowego usunięty aż do przyczepu błony bębenkowej. Idąc ku tyłowi napotykamy już poza właściwym wyrostkiem sutkowym kilka małych komórek powietrznych, wypełnionych ropą. Komórki te znajdują się w pobliżu łuski kości skroniowej i otoczone są dokoła zbitą, twardą jak kość słoniowa tkanką kostną. Tylny dół czaszkowy otworzony, zatoka esowata obnażona na niewielkiej przestrzeni. Ściana zatoki zdrowa. Otwarcie środkowego dołu czaszkowego na dość znacznej przestrzeni przez usunięcie sklepienia jamy sutkowej (tegmentum antri) oraz części łuski kości skroniowej. Twarda opona mózgowa bez zmian. Trzy ujemne nakłucia próbne w kierunku prostym oraz ku przodowi. Następnie również ujemne przecięcie próbne do głębokości 3½ cent. wreszcie 4-te nakłucie próbne ku tyłowi w kierunku płotu potylicznego do głębokości 4 ctm. To ostatnie czwarte nakłucie dało nareszcie wynik dodatni. Otrzymano blisko 8 ctm. sześciennych ropy szarawej, bezwonnej. Następnie szerokie przecięcie ropnia, przyczym wylało się około 2-ch łyżek płynnej szarawej bezwonnej ropy. Sączek z gazy jodoformowej do jamy ropnia. Plastyka zewnętrznego przewodu słuchowego według Panse'go. Opatrunek. Badanie ropy, wziętej ze strzykawki, wykonane w pracowni d-ra philos. Wulfsohna w Symferopolu dało wynik następujący: „w nadesłanym materjale znaleziono wiele erytrocytów, wiele jednojądrowych neutrofilów i znaczną ilość limfocytów. W cieplarce otrzymano czystą hodowlę paciorkowców (streptococcus pyogenes)".

Następnego dnia po operacji chory uskarża się na ból głowy, lecz ból ten jest daleko mniejszy aniżeli był przed kilku dniami. Spał dobrze. Ciepłota $37^0,0$ — $36^0,8$. Tętno 68 — 74.

19/XI pierwsza zmiana opatrunku. Bandaże przemoczone ropą. Po usunięciu sączka i rozszerzeniu otworu w twardej oponie mózgowej z jamy ropnia wypływa pod naciśnięciem około łyżki stołowej z początku szarawej, następnie zaś żółtawo-białej ropy. Rana po operacji doszczętnej czysta. Z jamy bębenkowej nieznaczna śluzoworopna wydzielina. Następne opatrunki wykonywane były codziennie. Otwór w twardej oponie mózgowej zamknął się 16-go dnia po operacji. Zagojenie rany trwało blisko 3 miesiące, poczem pozostała jednak nieznaczna śluzoworopna wydzielina z jamy bębenkowej. Chory powrócił do zwykłych zajęć już w 4 tygodnie po dokonanej operacji.

Objawy dyzartrji oraz afazji amnestycznej zniknęły niemal nagle 3-go dnia po operacji. Czwartego dnia chory czytał gazety i napisał list. Zwolnienie tętna znikło natychmiast po opróżnieniu ropnia, bowiem już na stole operacyjnym tętno po opróżnieniu ropnia z 54 podskoczyło do 72 uderzeń na minutę. Ogólny stan i wygląd chorego, który przed operacją z powodu silnych bólów głowy kilka nocy spędził bezsennie i jadł bardzo mało, uległ bardzo szybkiej poprawie — choremu w ciągu trzytygodniowego pobytu w lecznicy przybyło 11 funtów. Badanie dna oka, wykonane 19/XII wykazało brak tarczy zastoinowej, jedynie pewne przekrwienie siatkówki. Chorego spostrzegałem w ciągu 6 miesięcy, do końca kwietnia 1917 r. Podczas ostatniego badania, dokonanego 29/IV okazało się, że ze starego otworu perforacyjnego w lewej błonie bębenkowej wydziela się jednak skąpa śluzoworopna wydzielina. Pozostała część błony bębenkowej jest zlekka zaczerwieniona. Za uchem niezbyt widocznie wciągnięta blizna. Słuch na lewe ucho niemal normalny - szept powyżej 5 metrów po wyłączeniu zdrowego ucha.

Przypadek opisany powyżej stanowi, jak już wspomniałem, klasyczny przykład ropnia mózgu pochodzenia usznego, który powstał jako następstwo i powikłanie obostrzonego przewlekłego ropnego zapalenia lewej jamy bębenkowej. Przypadek ten potwierdza raz jeszcze zdanie Wilde'a, że nigdy nie wiadomo, kiedy i w jaki sposób zakończy się przewlekłe ropne zapalenie ucha środkowego. W moim przypadku przewlekły ropotok uszny, trwający z przerwami 20 lat, zakończył się, przy znaczniejszem obostrzeniu niemal całkowicie wygasłej sprawy ropnej w jamie bębenkowej, wytworzeniem się ropnia mózgu, przyczem czas, potrzebny do wytworzenia się tego powikłania wewnątrzczaszkowego, w danym przypadku może być dość dokładnie określony. Czas ten był w każdym razie krótszy aniżeli 3 tygodnie, ponieważ wyraźne objawy ropnia mózgu wystąpiły już w 3 tygodnie po dokonaniu pierwszego badania a mniej niż w 4 tygodnie po wznowieniu się ropienia. Podobnie krótki przeciąg czasu potrzebny do wytworzenia się ropnia mózgu pochodzenia usznego był niejednokrotnie notowany. Naprz. Jansen[1]) w swej otjatrji przytacza przypadek prawostronnego ropnia mózgu u 69-letniej osoby, u której zejście śmiertelne z powodu pęknięcia ropnia do komory bocznej nastąpiło 14-go dnia po wystąpieniu, w przebiegu influency bólów w uchu, przedtem zupełnie zdrowem.

Zaburzenia mowy u spostrzeganego przezemnie chorego (afazja amnestyczna i dyzartrja) wystąpiły dość wcześnie i w stopniu bardzo znacznym, pomimo że, jak to wykazała operacja, ognisko ropne znajdowało się dość daleko od ośrodka mowy, było bowiem umiejscowione niewątpliwie w tylnym odcinku płatu skroniowego. Uszkodzenie ośrodka mowy wywołane zostało przez obrzęk kolateralny tkanki mózgowej i poczynający się stan zapalny mózgu, który szybko ustąpił po usunięciu ogniska ropnego z mózgu — chory już 4-go dnia po operacji mówił normalnie. Widzimy tu potwierdzenie zasady ogólnej, że objawy ogniskowe ropnia mózgu nie wskazują ściśle miejsca, w którem się ropień wytworzył — ognisko ropne znajdować się może w dość znacznej odległości od ośrodka mózgu, którego uszkodzenie wywołuje ten lub inny objaw podrażnienia lub objaw ubytkowy. W przypadku ropnia mózgu pochodzenia usznego ognisko ropne wytwarza się najczęściej w bliskiem sąsiedztwie z kością skroniową i tam go przedewszystkiem szukać należy (Körner). W spostrzeganych i opisanych przezemnie ropniach mózgu pochodzenia usznego[2]) niemal zawsze ropnie były umiejscowione w najbliższej okolicy kości skroniowej.

W spostrzeganym przezemnie przypadku badanie bakterjologiczne ropy, wziętej z jamy ropnia, wykazało czystą hodowlę paciorkowca (streptococcus pyogenes). Paciorkowiec jest najczęstszym drobnoustrojem znajdywanym w ropniach mózgu. W pracy L. Blaua[3]), w której autor zestawił 1000 przypadków powikłań wewnątrzczaszkowych ostrego i przewlekłego zapalenia ropnego ucha środkowego, zebranych z 2-ch najbardziej rozpowszechnionych czasopism otjatrycznych, a mianowicie z Archiv i Zeitschrift für Ohrenheilkunde w 218 przypadkach było wykonane badanie bakterjologiczne ropy wziętej z wyrostka sutkowego, względnie z miejsca, w którem wystąpiło powikłanie. Najczęściej znajdowano paciorkowca, mianowicie w 68 przypadkach, z tych 35 ostrych i 33 przewlekłe. Brak zakażenia mieszanego (czysta hodowla paciorkowca) w spostrzeganym przezemnie przypadku dowodzi, że ropień mózgu wytworzył się niedawno i że drobnoustroje (przeważnie saprofity) z ucha środkowego nie zdążyły przedostać się do jamy ropnia. Znany jest powszechnie fakt, że w t. zw. »sfarych« ropniach mózgu pochodzenia usznego, ropa, w następstwie zakażenia mieszanego, posiada przenikliwy, nader przykry zapach, którego w przypadku moim zupełnie nie było.

---

[1]) A. Jansen und F. Kobrak. Praktische Ohrenheilkunde für Aerzte, Berlin 1918 str. 275.

[2]) Porówn. Gaz. Lek. 1906 „Przyczynek do kazuistyki ropni mózgowia pochodzenia usznego" i Monatschr. f. Ohr. 1906 oraz Gaz. Lek. 1914 (Mon. f. Ohr. 1912) „Ropień mózgu pochodzenia usznego. Operacja. Wyzdrowienie."

[3]) „Zur Lehre von den otogenen intrakraniellen Erkrankungen". Von Geh. San. Rat. Dr. Louis Blau in Berlin. Beiträge zur Anatomie etc. des Ohres etc. 1917 str. 86.

www.dlibra.wum.edu.pl

Obraz otoskopowy w spostrzeganym przezemnie przypadku jest jedyny w swoim rodzaju, ponieważ w cytowanem powyżej zestawieniu Blaua na 1000 przypadków powikłań wewnątrzczaszkowych analogicznego przypadku nie znajdujemy. Według Blaua najczęściej powikłania wewnątrzczaszkowe spostrzegano w razie całkowitego lub prawie całkowitego zniszczenia błony bębenkowej.

Na 1000 przypadków powikłań wewnątrzczaszkowych, zebranych przez Blau'a, przypada 234 na ropnie mózgu. Z tych 234 przypadków 135 razy było badane dno oka. Tarcza zastoinowa znaleziona była zaledwie w 14% przypadków. W 46% przypadków tarcza była bez zmian, w pozostałych zaś 40% przypadków zmiany na dnie oka dotyczyły tylko naczyń lub notowano zapalenie nerwu wzrokowego bez tarczy zastoinowej. Przypadek mój potwierdza znany zresztą fakt, że, o ile istnieją zmiany na dnie oka, występują one zazwyczaj obustronnie, silniej jednak bywają zaznaczone po stronie chorego ucha.

Ciekawa jest droga, którą ropa z wyrostka sutkowego przedostała się do środkowego dołu czaszkowego. W naszym przypadku zakażenie mózgowia nastąpiło niewątpliwie wskutek zropienia nielicznych komórek powietrznych, znajdujących się już poza granicą właściwego wyrostka sutkowego tuż przy łusce kości skroniowej. Jest to zjawisko bardzo rzadkie. Blau (l. c.) na 234 przypadki ropnia mózgu, przytacza zaledwie 1 przypadek ropnia mózgu, w którym spostrzegano przejście ropy do środkowego dołu czaszkowego drogą zropienia komórek powietrznych na granicy łuski i piramidy kości skroniowej. Najczęściej, jak to jest ogólnie znane, ropa przechodzi do środkowego dołu czaszkowego przez sklepienie jamy sutkowej i bębenkowej (według Blaua w 134 na 234 przypadki ropnia mózgu, l. c. str. 118—121).

Rozpoznanie w powyżej opisanym przypadku ze względu na zespół wszystkich typowych objawów lewostronnego ropnia mózgu przy jednocześnie istniejącem obostrzonem ropnem zapaleniu lewego ucha środkowego było łatwe. Zabieg operacyjny (doszczętna operacja z pozostawieniem kostek słuchowych) z wyjątkiem chyba trudności technicznych, zależnych od znacznego skostnienia wyrostka sutkowego, jest również niezbyt ciężki i, jak dowodzi nasz przypadek, może dać wybitnie dobry wynik. Nieznaczna śluzowo-ropna wydzielina z jamy bębenkowej po dłuższem leczeniu zazwyczaj ustępuje, przez pozostawienie kostek słuchowych słuch chorego nie uległ uszkodzeniu, co miałoby napewno miejsce, gdyby dokonana została typowa operacja doszczętna z usunięciem kostek słuchowych.

Streszczenie zbiorowe.

Zmiany anatomiczne w zimnicy w obecnym stanie wiedzy.

Zestawił **Dr. Ludwik Paszkiewicz.**

(Odczytane na posiedzeniu referatowem tygodniowem Zakładu Anatomji Patologicznej Uniwersytetu Warszawskiego w dniu 25 czerwca 1921 r.)

Zimnica (*malaria*) zawdzięcza swe istnienie jako jednostka chorobna pierwotniakom — pasorzytom zimnicy, nazwanym przez Marchiafavę i Celli'ego *plasmodium malariae*. Jednym z najbardziej charakterystycznych objawów tej choroby jest dreszcz wstrząsający, poczem następuje bardzo znaczne podwyższenie ciepłoty ciała, niekiedy nawet do 42 stopni. Zimnica występuje w postaci napadów, które trwają kilka godzin. Z napadami, jest połączony cały szereg objawów subjektywnych, jak dreszcz, uczucie gorąca, pragnienie, ból głowy i wiele innych. Z objawów objektywnych najbardziej swoistym objawem jest obecność pasorzytów zimniczych we krwi chorego przed i wśród napadu. Napady zimnicze mogą występować bądź co drugi dzień, bądź co trzeci, bądź występują bardzo nieregularnie. Ta zmienność zależy od rodzaju pasorzyta. Dociekania, prowadzone w tym kierunku, wyjaśniły, że są 3 rodzaje pasorzytów zimniczych. Jeden to *plasmodium vivax*, który daje obraz trzeciaczki *(febris intermittens tertiana)*, drugi — to *plasmodium malariae*—daje obraz czwartaczki *(febris intermittens quartana)*, trzeci — to *plasmodium falciparum*, inaczej *p. praecox, p. immaculatum, p. Leverania malariae* — daje obraz zimnicy złośliwej. Ta ostatnia panuje głównie w strefie podzwrotnikowej i nosi też miano zimnicy podzwrotnikowej *(malaria perniciosa seu tropica)*. Jest to najcięższa postać zimnicy o przebiegu nieregularnym.

Po osiedleniu się przy pomocy komara widlisza w ciele ludzkiem, pasorzyty zimnicze rozmnażają się bardzo szybko, żyją na koszt gospodarza i pozostawione same sobie niszczą go. Niszczenie to ma swój wyraz morfologiczny w tkankach, resp. w narządach. Wysoce swoistym jest obraz krwi.

O ile obrazy kliniczne zimnicy, włączając w to obraz krwi, rozwój pasorzyta, życie komara, warunki zakażenia i wiele, wiele innych, zostają dość wyczerpująco uwzględniane w opisach zimnicy, o tyle zmiany anatomiczne są zestawiane dość pobieżnie. W miarę mnożenia się spostrzeżeń do znanych zmian anatomicznych wciąż przybywają nowe szczegóły, szczegóły pojedyńczo mało znaczące, w zestawieniu zaś z innemi pogłębiające nasze wiadomości o zmianach patologo-anatomicznych w zimnicy. Wykazanie tych szczegółów z piśmiennictwa wogóle i zestawienie ich w pewnym porządku jest celem notatki niniejszej.

Zmiany najtypowsze, najwybitniejsze w zimnicy spotykamy we krwi. Są one najbardziej dostępne do spostrzegania, od nich też rozpoczynamy opis.

Krew. Zmiany w morfotycznych składnikach krwi w zimnicy są bardzo znaczne. Dotyczą one przedewszystkiem krwinek czerwonych. Zmiany najwybitniejsze występują w krwinkach czerwonych w trzeciaczce. Krwinka czerwona, w której osiedli się pasorzyt zimnicy, ulega powoli w miarę rozwoju pasorzyta bardzo znacznemu powiększeniu. Niekiedy, szczególnie w zakażeniu zimniczem podwójnem, średnica krwinki czerwonej zakażonej bywa dwa razy większa od średnicy krwinki czerwonej zwykłej. Barwa krwinek zakażonych staje się coraz bledszą wskutek utraty hemoglobiny. Odbarwianie krwinek ma miejsce nawet już wówczas, gdy pasorzyt-

www.dlibra.wum.edu.pl

jest jeszcze mały. W preparatach, barwionych według metody Giemsa, krwinki czerwone z pasorzytami mają odcień jasny, żółtawy (barwa jasnego wina). W zrębie krwinek w preparatach, wysuszonych na powietrzu i utrwalonych w 1% roztworze wodnym formaliny, kiedy to hemoglobina zostaje z krwinek wymyta wodą, daje się dostrzec delikatne słabe zasadochłonne kropkowanie, umiejscowione bardo powierzchownie, ale rozmieszczone w krwince dość równomiernie. Nosi ono miano „kropkowania Schüffnera" od nazwiska badacza, który pierwszy je opisał. W miarę dojrzewania pasorzyta kropkowanie staje się coraz wyraźniejsze. Najwybitniej występuje ono w trzeciaczce. Obecność kropkowania Schüffnera łącznie ze znacznem powiększeniem krwinek czerwonych w razach wątpliwych zawsze przechyla szalę w stronę rozpoznania trzeciaczki. Według Craik'a kropkowanie Schüffnera spotyka się tylko w zupełnie dojrzałych krwinkach czerwonych z pełną ilością hemoglobiny.

W czwartaczce zmiany w krwinkach czerwonych, opisane wyżej, nie występują tak jaskrawo. Wogóle w czwartaczce krwinki czerwone nie wykazują zmian większych; objętość krwinek nie zwiększa się, kropkowanie zarysowuje się słabo.

Nieco wyraźniej występują zmiany w krwinkach czerwonych w zimnicy złośliwej, ale i tu nie dosięgają one wysokości zmian w trzeciaczce. Krwinki czerwone w zimnicy złośliwej szybko się marszczą, stają się kolczastemi, mniejszemi, ciemniejszemi i przybierają barwę starego mosiądzu. Sprawa ta jest przyczyną przedwczesnego obumierania krwinek, które przytem tracą i swoją sprężystość. Tak zmienionym krwinkom czerwonym, zawierającym w sobie pasorzyta, Marchiafava i Celli nadali nazwę krwinek mosiężnych *(globuli rossi ottonati)* z powodu barwy, przypominającej barwę mosiądzu.

Maurer zwrócił uwagę, że w zimnicy złośliwej przy mocnem barwieniu krwi według metody Romanowsky'ego w krwinkach czerwonych zjawiają się wytwory w postaci bądź kropek, bądź kółeczek, bądź niteczek, tak zwane centkowanie złośliwe (Perniciosafleckung). Zjawisko to Maurer objaśnia częściowemi ubytkami istoty krwinek czerwonych wskutek pożerania ich przez pasorzyty.

Pasorzyty zimnicze osiedlają się zwykle w krwinkach czerwonych ortochromatycznych. Spotykamy je jednak i w wielobarwnych (polichromatycznych) i w krwinkach z kropkowaniem zasadochłonnem, a w przypadkach ciężkich nawet w krwinkach czerwonych jądrzastych wielkości prawidłowej (normoblastach) i w komórkach macierzystych krwinek czerwonych (erythroblastach) — v. Schilling.

Pod wpływem jadu zimniczego w krwinkach czerwonych niezakażonych występuje kropkowanie zasadochłonne (A. Plehn, Ziemann, Grawitz i inni), co prawdopodobnie jest następstwem zaburzeń w okresie dojrzewania krwinek czerwonych (Engel). Grawitz nazywa to zwyrodnieniem ziarenkowatem krwinek czerwonych. Według P. Schmidta największą ilość krwinek z kropkowaniem zasadochłonnem spotyka się w okresie polepszenia w przebiegu zimnicy. Kropkowanie zasadochłonne krwinek czerwonych przy wybitnej jednocześnie jednojądrzastości *(mononucleosis)* krwinek białych wystarcza według v. Schillinga do rozpoznania zimnicy nawet w razie braku we krwi pasorzytów.

Obok wyżej wyszczególnionych zmian w krwinkach czerwonych we krwi zimniczych zawsze jest obecny objaw wielobarwliwości krwinek czerwonych *(polychromatophilia)*.

Kształt krwinek czerwonych też ulega zmianom. Obok krwinek wielkości prawidłowej (normocytów) spotyka się krwinki drobne (mikrocyty), krwinki olbrzymie (makrocyty) i krwinki różnokształtne (poikilocyty).

Różnokształtność krwinek czerwonych nie występuje jednak zbyt wyraźnie. We krwi zimniczych spotyka się też pośród krwinek czerwonych postacie jądrzaste, komórki macierzyste krwinek czerwonych i ciałka Jolly'ego (Rieux). Krwinki czerwone jednojądrzaste wielkości prawidłowej (normoblasty) można znaleść nawet w przypadkach lekkich. Olbrzymie krwinki czerwone jądrzaste (megaloblasty) można znaleźć tylko w przypadkach ciężkich (Marchiafava, Celli, Bignami, Dionisi).

Krwinki czerwone ulegają powoli zniszczeniu. Zniszczenie krwinek pociąga za sobą niedokrwistość ogólną. Zależy ona jednak nie tylko od zniszczenia bezpośredniego krwinek czerwonych przez pasorzyty. Krwinki niezakażone pod wpływem jadu zimniczego też ulegają uszkodzeniu. Ilość pasorzytów we krwi jest olbrzymia. Türck w 1 mm krwi znalazł 11,800 pasorzytów. Poech — 9,500. W przypadku Poecha w przeciągu 3 dni zginął 1 miljon krwinek czerwonych.

Na niedokrwistość zimniczą składa się nie tylko niedostatek krwinek czerwonych (oligocythaemia), ale też i blednica (oligochromaemia). W zimnicy przewlekłej ilość krwinek czerwonych w 1 mm krwi może spaść do 3—2 miljonów (Da Costa, Zeri, Schwindler). Ilość hemoglobiny zaś zmniejsza się znaczniej, niż ilość krwinek, i wynosi 40—50%. Wskaźnik ilości hemoglobiny w pojedyńczej krwince jest zawsze niżej 1,0, naogół jednak zmniejsza się niezbyt znacznie. Niedokrwistość w zimnicy jest tem większa, im dłużej trwają napady. Skóra zimniczych obok bladości, właściwej stanom niedokrwistym, przybiera powoli odcień żółtawy, t. zw. zabarwienie podżółtaczkowe, co zależy prawdopodobnie od zmienionej hemoglobiny i barwnika zimniczego, krążących we krwi.

Innem jeszcze zjawiskiem charakterystycznem dla zimnicy przewlekłej jest tak zwana czernica (melanaemia), a jej następstwem czerniaczka narządów wewnętrznych *(melanosis organorum)*, zależna od odkładania się barwnika zimniczego w narządach, głównie w śledzionie, wątrobie i w korze mózgowej.

Nazwy czernica i czerniaczka w zastosowaniu do zimnicy nie są ścisłe. Barwik zimniczy nie jest identyczny z melaniną. Ażeby zaznaczać stale tę różnicę, należałoby używać określeń — czernica wrzekoma, czerniaczka wrzekoma *(pseudomelanaemia, pseudomelanosis)*, albo też w celu podkreślenia, że barwnik zimniczy pochodzi ze krwi możnaby używać nazw łacińskich—*haemomelanaemia, haemomelanosis.*

Zmiany we krwi, spostrzegane w zimnicy, dotyczą też i krwinek białych. Krwinki białe zarówno pod względem ilości, jak i pod względem jakości postaci ulegają wahaniom i podczas samego napadu i wogóle podczas trwania zimnicy. Pojęcie przybliżone o stanie

www.dlibra.wum.edu.pl

i zachowaniu się krwinek białych można sobie wyrobić jedynie przez bardzo częste badanie krwi. Podczas napadu należy badać krew co godzinę, również często wkrótce po napadzie i dość często w przerwach. Ponieważ nie wszyscy badacze trzymają się jednakowych przepisów, powstaje przeto duża rozbieżność w poglądach. Z mnogich badań w tym kierunku wynika, że krwinki białe w zimnicy przy małej ilości pasorzytów wykazują obraz właściwy chorobom zakaźnym wogóle. Ilość krwinek białych jest naogół mniejsza. W początkach napadu ilość krwinek jest najmniejsza, dopiero później występuje przejściowe zwiększenie ilości (*leukocytosis*), które następnie przechodzi w niedostatek krwinek białych (*leukopenia*). To zachowanie się krwinek białych tłómaczy się tem, że przed i wśród napadu gromadzą się one w narządach wewnętrznych, gdzie przeważnie odbywa się tworzenie zarodników (Rencki).

Zwiększona ilość krwinek białych rzadko przekracza 10,000 (Rieux). Dość prędko wogóle zjawia się pewna skłonność do zmniejszenia ilości krwinek białych obojętnochłonnych z jądrami wielopłatowemi, przy równoczesnem zwiększeniu ilości limfocytów i dużych jednojądrzastych (mononuklearów). Każdy następny napad zimnicy powoduje przejściowe zwiększenie ilości krwinek obojętnochłonnych z wyraźnie występującemi młodemi postaciami jąder (przesunięcie obrazu krwi według Arnetha na lewo) przez zjawienie się młodych postaci krwinek obojętnochłonnych lub metamyelocytów. Komórki szpikowe (myelocyty) spotyka się rzadko. Naegeli określa ilość komórek szpikowych na 1—3% Wkrótce po napadzie ilość krwinek obojętnochonnych spada znacznie poniżej normy, obraz zaś ich (przesunięcie na lewo) w przerwie pomiędzy napadami pozostaje bez zmiany (Gotheim, v. Schilling, Scheerschmidt). Ilość limfocytów wśród napadu jest względna, ilość dużych komórek jądrzastych jest jednak zwiększona i według Venzy dosięga 20—51%. Przesunięcie obrazu krwi na lewo pociąga za sobą zwiększenie ilości krwinek jednojądrzastych, przesunięcie na prawo—zmniejszenie ich. Venza uważa występowanie krwinek dużych jednojądrzastych za odczyn ze strony szpiku kostnego na zarazek zimniczy. Zwiększenie ilości krwinek jednojądrzastych według Venzy ma większe znaczenie rozpoznawcze, niż przesunięcie Arnetha. Samopoczucie chorych z wyraźną jednojądrzastością wśród napadu jest znacznie lepsze.

W przerwach pomiędzy napadami i w okresie zdrowienia przeważają limfocyty.

Krwinki białe eozynochłonne zachowują się w zimnicy tak, jak w większości chorób zakaźnych: wśród napadu ilość ich zmniejsza się lub nawet znikają one zupełnie, w przerwach ilość ich cokolwiek wzrasta, w okresie zaś zdrowienia daje się zauważyć lekki stopień zwiększenia ilości (eozynofilia).

Niekiedy we krwi można znaleźć nieznaczną ilość komórek plazmatycznych (Rieux).

Krwinka czerwona, w której osiedli się pasorzyt zimnicy ginie (według spostrzeżeń Dąbrowskiego pasorzyt zimnicy znajduje się nie wewnątrz lecz na powierzchni krwinki). Hemoglobina ulega przemianie w hematynę (barwnik zimniczy według Browna). Nowsze badania widmowe (Schumm i Hegle) i zauważone zwiększenie oporu zmienionych krwinek czerwonych przy próbie rozpuszczania krwinek w wodzie, każą przypuszczać, że częściowo wytwarza się przytem też i methemoglobina.

Barwnik zimniczy jest wytworem przemiany materji pasorzyta zimnicy, wytworem trawienia hemoglobiny przez pasorzyta. Aczkolwiek pochodzi on z hemoglobiny, nie zawiera jednak żelaza

Najnowsze (1921 r.) badania chemiczne barwnika zimniczego, wykonane przez Seyfartha, wykazały również, że barwnik zimnicy znajduje się w bliskiem pokrewieństwie z hematyną. Prawdopodobnie jest on równoznaczny z ciałem, które chemicy fizjologiczni zwą hematyną trawienną (Verdaungshämatin). Seyfarthowi jakoby udało się przez wprowadzenie nieznacznej zmiany w zwykłym sposobie wykrycia żelaza wydzielić żelazo z barwnika zimniczego. Jest to dotychczas spostrzeżenie odosobnione i musi być wobec tego sprawdzone. Seyfarth podaje w pracy swej inne jeszcze własności barwnika zimniczego, a mianowicie: barwnik zimnicy nie rozpuszcza się w wodnych roztworach kwasów, w wyskoku, w eterze, w chloroformie, rozpuszcza się w wyskokowych roztworach kwasów, we wszystkich zasadach, zarówno w roztworach wodnych jak i wyskokowych, w węglanie litu, w amoniaku, w siarczku amonu. W wodzie utlenionej barwnik zimniczy wyjaśnia się, w 30% roztworze wody utlenionej rozpuszcza się częściowo. Zserowacenia gruźlicze i sprawy ropne nie niszczą barwnika.

Barwnik pozostaje wewnątrz ciała pasorzyta do chwili podziału tegoż, poczem zostaje wydalony nazewnątrz i krąży we krwi, skąd wyłapują go krwinki białe, głównie duże jednojądrzaste (komórki żerne —*pigmentophagi seu melaniferes*), komórki śródbłonka naczyń, śródbłonki śledziony, komórki gwiaździste wątroby, komórki szpiku kostnego, nabłonki nerkowe i t. p.

Obok wspomnianego barwnika przy rozpadzie krwinek czerwonych wytwarza się też hemosyderyna, niekiedy nawet w ilości znacznej. Przy zastosowaniu odpowiednich metod barwienia (karmin litowy i żelazosinek potasowy) można bardzo łatwo w skrawkach z narządów, zmarłego na zimnicę, uwidocznić oba rodzaje barwników. Widzimy wtedy obok brunatnych ziarenek barwnika zimniczego niebieskawe ziarenka hemosyderyny.

Jednocześnie z wydalaniem przez pasorzyty barwnika do osocza krwi zjawiają się olbrzymie jednojądrzaste komórki żerne *(makrophagocyty)*. Jest to zjawisko wspólne dla wszystkich chorób, wywołanych przez pierwotniaki. W przypadkach świeżych żerność komórkowa *(phagocytosis)* dosięga wysokich stopni— powyżej 30%.

We krwi w zimnicy zwiększa się też ilość bilirubiny i dochodzi do 1, 3—4 jednostek, podczas kiedy u osobników zdrowych ilość ta waha się od 0 do 1,5 jednostek (Botzian).

Na sekcji w sercu i w naczyniach zmarłych na zimnicę znajdujemy często krew płynną (Dürck). Niekiedy nawet w przypadkach późnego badania sekcyjnego nie znajduje się w sercu i w naczyniach najmniejszego skrzepu. Zjawiska tego nie można jednak uważać za regułę, gdyż zdarzają się przypadki zupełnie jednakowe co do rodzaju zakażenia zimniczego i czasu trwania, w których na stole sekcyjnym znajdujemy krew skrzepłą, szczególniej w prawej połowie serca. Barwa krwi zimniczych na sekcji nie odbiega zbyt od barwy krwi zwykłej.

Śledziona. Po krwi największe zmiany w zimnicy znajdujemy w śledzionie. Śledziona w zimnicy w stosunku do krwi odgrywa taką samą rolę, jaką

www.dlibra.wum.edu.pl

Magistrat m. st. Warszawy ogłasza konkurs na stanowisko

Lekarza naczelnego szpitala św. Jana Bożego

(dla chorych umysłowo) w Warszawie.

Do posady tej przywiązane są następujące pobory miesięczne: 1) pensja zasadnicza 1,900 Mk. dodatek drożyźniany 11,970 Mk., dodatek wyrównawczy 7,413 Mk., dodatek familijny (2.100, 3.675, 5.250 Mk.) zależy od stanu rodzinnego oraz mieszkanie w naturze.

Ubiegający się o powyższą posadę winni wykazać iż: 1) są obywatelami Państwa Polskiego, 2) posiadają prawo praktyki lekarskiej w Państwie Polskiem, 3) są specjalistami w zakresie chorób umysłowych, w tym celu należy przedstawić prace naukowe.

Termin składania podań upływa w dniu 10 września 1921 roku.

Podania należycie udokumentowane w zapieczętowanych kopertach z napisem „Oferta do konkursu na stanowisko lekarza naczelnego" należy wnosić do tego terminu do Wydziału Szpitalnictwa Magistratu m. st. Warszawy (ul. Jasna Nr. 1).

KONKURS.

Magistrat m. st. Warszawy ogłasza na podstawie przepisów obowiązujących konkurs na stanowisko **ordynatora chorób wewnętrznych** w szpitalu Wolskim (dla chorób zakaźnych).

Ubiegający się o to stanowisko winni wykazać, iż są obywatelami Państwa Polskiego i posiadają prawo praktyki lekarskiej w Państwie Polskiem, oraz w terminie, określonym przez Magistrat m. st. Warszawy winni stanąć do konkursu publicznego zgodnie z przepisami, obowiązującemi przy obsadzaniu stanowisk ordynatorów szpitali cywilnych Warszawskich.

O terminie konkursu ubiegających się powiadomi biuro Wydziału Szpitalnictwa.

Podania z wyżej wzmiankowanemi dokumentami—curriculum vitae i wykazem prac—wnosić należy do dnia 15 września 1921 r. w kopercie zapieczętowanej z napisem „Oferta do konkursu na stanowisko ordynatora szpitala Wolskiego" do biura Wydziału Szpitalnictwa Magistratu m. st. Warszawy (ul. Jasna Nr. 1).

Warsz. Tow. Akc. **„MOTOR"** niniejszem zawiadamia WW. PP. Doktorów, iż

„MOTOFER"

jest zmienioną nazwą dla wyrabianego przez nas od wielu lat, a cieszącego się wielkiem uznaniem pp. lekarzy i publiczności preparatu pod nazwą:

Tinctura Ferri comp. modo Athenstaedti „Motor"

Zmieniliśmy nazwę dla odróżnienia od pojawiających się na rynku konkurencyjnych preparatów.

Wyrabiamy: MOTOFER i MOTOFER c. ARSENO.

Nazwa przedstawiona do zatwierdzenia.

Mikroskopy

z immersją i bez, zwyczajne i polaryzacyjne.

Mikrotomy

Oddzielnie okulary i objektywy, lusterka płaskowklęsłe, szkiełka przedmiotowe i przykrywkowe.

Wagi osobowe

typu Fairbanks, wzrostomierze i siłomierze.

Latarnie czarnoksięzkie

z oświetleniem elektrycznem i karbidowem.

Przezrocza

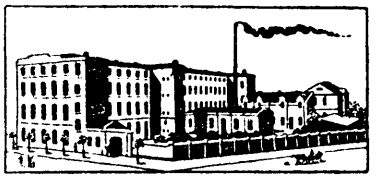
ze wszelkich dziedzin nauki i sztuki poleca

„POMOC SZKOLNA"

Sp. z ogr. odp.

Warszawa, Nowogrodzka 19, tel. 202-29.

www.dlibra.wum.edu.pl



TOWARZYSTWO PRZEMYSŁU
CHEMICZNO-FARMACEUTYCZNEGO
d. MAGISTER KLAWE, S. A.,
22/24, UL. KAROLKOWA, WARSZAWA.

Chlorocalcol Klawe 10%

sol. sterilis. pro inject.

INTRAVENOSA.

Rozczyn wodny 10% chlorku wapniowego w zastrzykiwaniu dożylnem jest, jak dowiodły badania kliniczne ostatnich czasów, niemal najlepszym lekiem, powstrzymującym krwotoki wszelkiego rodzaju, a przedewszystkiem płucne, kiszkowe i maciczne.

Oddaje również znakomite usługi w czerwonce i biegunkach ostrych.

Rozczyn ten przyrządzony jest w laboratorjach Towarzystwa Przemysłu Chemiczno-Farmaceutycznego dawniej Mag. Klawe, z najczystszego krystalicznego chlorku wapniowego i wyjałowiony w 120° C. w ampułkach po 5 i 10 ctm³.

Zwraca się uwagę na konieczność zastrzykiwania leku **wyłącznie do żył,** gdyż zastrzykiwanie podskórne sprowadza niepożądane zaburzenia miejscowe i bóle.

Dawki: 1—3 razy dziennie **dożylnie** 5—10 ctm³.

Opakowanie: pudełka po 6 ampułek, pojemności każda 5 lub 10 ctm³.

www.dlibra.wum.edu.pl

odgrywa przy zakażeniu miejscowem najbliższy gruczoł chłonny (Helly). Obraz anatomiczny śledziony zależy od okresu w jakim śledzionę badamy. Śledziona w zimnicy jest zawsze powiększona. Już w pierwszym napadzie obrzmiewa ona dość znacznie wskutek przekrwienia. Przy każdym następnym obrzmienie to stale się powiększa, a po paru napadach śledziona staje się twardszą i już z łatwością można ją wyczuć przez powłoki brzuszne.

W przypadkach świeżych, t. j. kiedy śmierć nastąpi zaledwie po paru napadach zimnicy, śledziona jest bardzo duża, nadzwyczaj miękа, niekiedy do tego stopnia, że rozpływa się prawie. Zabarwienie śledziony jest szare, aż do czarniawego. Najwięcej przypomina ono gąszcz czekoladowy. Torebka śledziony jest napięta, cienka. Przekrój jest bardzo soczysty, mazisty. Miąższ prawie rozpływa się po powierzchni a na nożu pozostaje w znacznej ilości. Śledziona zimnicza różni się od śledziony w innych chorobach zakaźnych, jak np. dur brzuszny, tem, że nad zabarwieniem, zależnem od samej krwi, góruje zabarwienie, zależne od barwnika zimniczego, który nie utlenia się pod wpływem powietrza (*pseudomelanosis lienis*). Badanie mikroskopowe wykazuje skupienie w śledzionie olbrzymiej ilości krwinek czerwonych, rozlany rozrost miąższu i obfite złogi brunatnawego barwnika zimniczego. Barwnik umiejscawia się przedewszystkiem w komórkach śródbłonka, następnie w miąższu i dookoła mieszków chłonnych. Askanazy opisuje znaczne odkładanie się barwnika w komórkach siatki śledziony w zimnicy podzwrotnikowej.

W przypadkach nieco starszych daje się zauważyć w śledzionie obok znacznego powiększenia narządu zgrubienie torebki z miejscowym rozrostem tkanki łącznej bądź w postaci pasm ścięgnistych, bądź w postaci strzępków łącznotkankowych. Spoistość śledziony odpowiada bądź spoistości śledziony zwykłej, bądź też śledziona staje się wyraźnie twardszą. Zabarwienie narządu jest wyraźnie ciemnobrunatne. Przekrój jest dość gładki, równy, nawet nieco lustrzany. Miąższ makroskopowy wykazuje utkanie bardziej zbite. Mieszki chłonne zyrysowują się mniej lub więcej wyraźnie; niekiedy znajdują się one w stanie przerostu. Badanie mikroskopowe obok znacznej ilości krwinek czerwonych wykazuje zgrubienie beleczek i siatki, zwiększenie ilości pierwiastków limfocytarnych i nagromadzenie się barwnika. Barwnik spotyka się przeważnie nazewnątrz naczyń włosowatych w komórkach siatki (*reticulum*), w mniejszej ilości w śródbłonkach zatok (Helly). Według Helly'ego barwnik zimniczy z czasem, po wyleczeniu z zimnicy, może ulec rozpadowi. Badacz ten utrzymuje nawet, że możliwe jest zupełne odbarwienie narządu. Seyfarth twierdzi, że złogi barwnika zimniczego w śledzionie i w wątrobie ulegają przeróbce: część zostaje zuytkowana na wyrównanie ilości żelaza w organizmie, część wydalona na zewnątrz. Tem tłómaczy się prawdopodobnie zwiększona ilość luźno związanego żelaza w moczu i w kale chorych zimniczych.

W przypadkach długotrwałych z częstemi nawrotami zmiany w śledzionie odpowiadają zmianom, jakie spotykamy zwykle w obrzmieniu śledziony przewlekłem (*tumor lienis chronicus*). Zrąb śledziony i siatka ulegają znacznemu przerostowi. Wielkość śledziony dochodzi do rozmiarów bardzo znacznych. Śledziona może sięgać aż do miednicy. Według Dürcka wymiary śledziony zimniczej wahają się w granicach: długość od 20 do 23 cm., szerokość od 11 do 20 cm., grubość od 5 do 6 cm. Wymiary zaś śledziony w warunkach zwykłych według Raubera wynoszą: długość—10 do 12, szerokość—6 do 8, grubość 3 do 4 cm. Waga śledziony może dojść do 750—800 grm., a nawet do 1000 grm.. Wskutek ciężkości śledziona opuszcza się, względnie zmienia miejsce, wędruje. Seyfarth spostrzegał w śledzionie opuszczonej zakrzepy w żyłach i skręcenie szypuły (*Stieldrehung*). Torebka śledziony wykazuje znaczne zgrubienie, często nawet zrasta się z otoczeniem. Zabarwienie śledziony staje się bardzo ciemne prawie czarne (*milza nera*—autorów włoskich). W zabarwieniu tem przebija odcień lekko brunatny. Spoistość śledziony jest bardzo twarda. Na przekroju dość gładkim i równym wyraźnie występują beleczki w postaci szarych pasm, pośród których znajduje się dość spoisty czarniawy miąższ. Mieszki chłonne uwydatniają się bardzo mało. Badanie mikroskopowe wykazuje bardzo znaczne zgrubienie beleczek i siatki. Zatoki żylne są zwężone. Pierwiastków komórkowych spotyka się naogół mało. W przypadkach daleko posuniętych w skrawkach śledziony widać zbitą tkankę łączną z nikłą ilością pierwiastków limfocytarnych. Ilość i wielkość mieszków chłonnych ulega bardzo znacznemu zmniejszeniu. To stwardnienie łącznotkankowe śledziony jest niewątpliwie następstwem przerostu przewlekłego.

W przypadkach długotrwałych, kiedy występuje charłactwo zimnicze, można spotkać w śledzionie zwyrodnienie amyloidowe. W r. b. badacz rumuński Popper ogłosił nowy przypadek zwyrodnienia amyloidowego narządów. U chorego, który przed dwoma miesiącami przez 14 dni miał ciężką zimnicę, rozwinęło się szybko charłactwo, niedokrwistość i przesięki w jamach opłucnych i w otrzewnej. W moczu znajdowano znaczne ilości białka. Stan bezgorączkowy. Śmierć nastąpiła w skutek róży, trwającej kilka dni. Na sekcji Popper znalazł zwyrodnienie amyloidowe wszystkich narządów, szczególnie wątroby, śledziony i nerek. Obok tego w wątrobie i w śledzionie były obfite złogi barwnika zimniczego.

Zasługuje na uwagę, że obrzmienie śledziony (*tumor lienis*) w zimnicy występuje w każdym wieku nie tylko jako cierpienie nabyte. Znane są przypadki obrzmienia śledziony wrodzonego u noworodków, których matki podczas ciąży chorowały na zimnicę. Z tego wynika, że przyczyny, wywołujące obrzmienie śledziony, przechodzą do krwi płodu przez łożysko (Orth). Ostatnio (r. 1921) Pennato opisał przypadek odkładania się barwnika zimniczego w śledzionie u prawie donoszonego płodu, którego matka chorowała na ciężką zimnicę.

Pod wpływem leczenia chininą obrzmienie śledziony zimniczej może się zmniejszyć i to nawet bardzo znacznie. Zmniejsza się śledziona wskutek zmniejszenia się ilości pierwiastków komórkowych. Tkanka łączna zgrubiała pozostaje jednak nadal. Śledziona staje się nawet twardszą. Pozostaje również w śledzionie barwnik.

Oprócz zmian wyżej opisanych we wszystkich okresach zimnicy możemy spotkać w śledzionie ogniska martwicowe lub blizny barwne po nich. Ogniska te mają postać stożkowatą i wyglądem swoim przypominają zawały niedokrwiste. Powstają one z rozpadu tkanki wskutek zaburzeń w odżywianiu lub krążeniu. Ogniska martwicowe mogą ulegać rozmiękaniu zwykłemu lub ropnemu. Początkowo przypuszczano, że powstają one wskutek zatorów tętniczek śledziony. Badania późniejsze wykazały, że ogniska

www.dlibra.wum.edu.pl

martwicowe mogą powstać bądź wskutek zakrzepu w żyle (Ponfick), bądź wskutek zwyrodnienia szklistego tętniczki, bądź wskutek zatkania światła drobniutkich naczyń przez pasorzyty.

Śledziona zimnicza szczególniej w stanie obrzmienia ostrego bardzo łatwo pęka samorodnie. Pęknięcie śledziony może wywołać kaszel, wymioty, nagłe poruszenie w łóżku i t. p., nie mówiąc już o urazach z zewnątrz. Następstwa pęknięcia śledziony są te same, co w każdym innym przypadku, innym w znaczeniu etjologicznem. Zjawiają się nagle bóle w brzuchu, umiejscowione w lewem podżebrzu, zwiększa się stłumienie okolicy śledziony, a do jamy brzusznej następuje krwotok. Ilość krwi w jamie otrzewnej może wynosić 2 do 4 litrów (Dürck). Zejście pęknięcia — śmierć wskutek upływu krwi. W razach wyjątkowych, kiedy pęknięcie jest bardzo powierzchowne i mało rozległe, może nastąpić zagojenie. Śledziona pęka zwykle na powierzchni wklęsłej. Pęknięcie wychodzi często z szypuły naczyniowej (Gefässstiel). Pęknięcie śledziony na małej przestrzeni może dać tak zwaną przepuklinę śledziony.

Jutaka Kon podaje, że chińczycy na Formozie mają zwyczaj w bójce uderzać przeciwnika w okolicę śledziony i w ten sposób obezwładniają go. Uderzenie wywołuje pęknięcie śledziony. Obrzmienie zimnicze śledziony na Formozie nie należy do rzadkości, gdyż zimnica jest tam chorobą miejscową. Kon w przeciągu 1½ roku wykonał 9 sekcji, na których znalazł pęknięcie śledziony pozimniczej, jako następstwo wspomnianego wyżej uderzenia. O takichże pęknięciach śledziony urazowych wspomina Löhlein. W jednym przypadku pęknięcia śledziony wspomniany badacz znalazł w skrawkach śledziony gamety trzeciaczki i figury podziału.

Osobnego omówienia wymaga zachowanie się pasorzytów zimniczych w śledzionie. Wedlug badań Helly'ego (r. 1918) w przypadkach świeżych zimnicy pasorzyty są rozsiane dość równomiernie w t. zw. miąższu czerwonym. W mieszkach chłonnych i w pochewkach naczyniowych z tkanki limfatycznej we wszystkich okresach można spotkać zawsze tylko nieliczne pasorzyty i to jedynie tylko wewnątrz naczyń włosowatych i w najbliższem ich otoczeniu. Pasorzyty umiejscawiają się częściowo w krwinkach czerwonych, częściowo w komórkach siatki. Można też znaleźć je pomiędzy komórkami. Postać posorzytów, jaką spotykamy w skrawkach śledziony, jest okrągła. Wewnątrz pasorzytów widać skupione ziarenka barwnika, wyglądające jak jądro komórkowe. W miąższu czerwonym można znaleźć pasorzyty wewnątrz zatoczystych naczyń włosowatych krwi, przeważnie jednak pasorzyty znajdują się nazewnątrz nich w tkance łącznej pomiędzy zatokami. W przypadkach, w których pasorzyty w chwili śmierci osobnika krążyły we krwi na obwodzie, bez trudu można znaleźć je zarówno wewnątrz jak i zewnątrz naczyń śledziony. Znajdujemy je bądź leżące wolno, bądź wewnątrz krwinek czerwonych — pasorzyty wewnątrzciałkowe (*parasitus intraglobularis*), bądź wewnątrz komórek śledziony — pasorzyty wewnątrzkomórkowe (*parasitus intracellularis*). Z naczyń do tkanki śródmiąższowej pasorzyty wolne i wewnątrzciałkowe przechodzą bezpośrednio pomiędzy komórkami śródbłonka. Pasorzyty wewnątrzkomórkowe znajdują się w małej ilości w śródbłonku zatok, częściej spotyka się je w komórkach śródmiąższowych z dużą zarodzią i z bladem jądrem. Komórki te są niewątpliwie komórkami siatki.

W przypadkach długotrwałych obok dobrze zachowanych pasorzytów widać zamierające. Pierwszym objawem zamierania jest skupianie się barwnika w ciele pasorzyta. Następnie zaczyna się kurczyć zaródź, aż wreszcie zupełnie zanika. Ponieważ komórki tkankowe zawierają w sobie po kilka pasorzytów, barwnik wyswobodzający się z nich, skupia się w coraz to większe bryłki, które z czasem wypełniają komórkę do tego stopnia, że nie dostrzega się w niej już ani jądra, ani granic zarodzi.

Omawiając zmiany w śledzionie zimniczej, nie można pominąć świeżych (r. 1921) badań badaczy włoskich Ferrata i Negreiros-Rinaldi'ego. Już wcześniej Ferrata i Francow wykazali w białaczce we krwi krążącej „haemohistioblasty" (monocyty Aschoffa) i ich pochodne. Większość badaczy uważa te komórki, pochodzące z tkanki łącznej, za komórki obojętne zarodkowe. Omawiane komórki przy barwieniu przyżyciowem karminem litowym wykazują ziarenkowatość chromochłonną. Ponieważ w zimnicy spotyka się stale jednojądrzastość, w celu bliższego poznania komórek jednojądrzastych w śledzionie Ferrata i Negreiros wykonali 60 nakłuć śledziony. W wyniku swych badań autorowie dzielą spostrzegane przez siebie haemohistioblasty o znamionach komórek żernych olbrzymich z wypustkami (makrophagi) na 4 grupy. I. Komórki grupy pierwszej są to komórki 3 — 4 razy większe od komórek jednojądrzastych zwykłych, krążących we krwi. Mają one jedno jądro z dwoma jąderkami, zaródź zasadochłonną, tu i owdzie ziarenka fioletowe (przy barwieniu według May-Giemsy). Kształt tych komórek jest bardzo różnorodny. Komórki posiadają niby nóżki. W wielu razach zawierają one w sobie krwinki czerwone, barwnik i pasorzyty. II. Komórki grupy drugiej są podobne do komórek grupy pierwszej. Wielkość ich jednak odpowiada wielkości krwinek białych jednojądrzastych zwykłych. III. Komórki grupy trzeciej są to duże komórki okrągłe z zarodzią słabo zasadochłonną. W zarodzi ich spotyka się takież twory, jak w komórkach grupy pierwszej. IV. Komórki grupy czwartej są podobne do komórek grupy trzeciej, różnią się tylko od nich tem, że nie są większe, niż komórki jednojądrzaste zwykłe. Spotyka się też i postacie przejściowe. Jądra wszystkich tych komórek są bardzo podobne do siebie. Mają one po 1—2 jąderka i barwią się według metody Giemsy na szaroniebiesko. Wspomniane komórki — haemohistioblasty, sądząc z ich budowy ogólnej, pochodzą bądź z komórek śródbłonka, bądź z komórek siatki śledziony. Wiemy, że te obadwa rodzaje komórek utrzymują swe zdolności żerne, jeżeli są zmobilizowane. Z tych to komórek śródbłonkowych żernych olbrzymich (makrophagi) pochodzą komórki jednojądrzaste, które spotykamy we krwi zimnicy.

Szpik kostny. Szpik kostny w zimnicy wykazuje bardzo ożywioną działalność w kierunku odradzania krwi. Wskutek tego szpik tłuszczowy przechodzi w szpik czerwony. Zabarwienie szpiku kostnego zależnie od czasu trwania zimnicy staje się coraz ciemniejsze i może dojść prawie aż do czarnego. Ta zmiana barwy szpiku jest tak uderzająca, że nawet oko niewprawne zwraca na nią uwagę. Ze względu na ten charakterystyczny wygląd szpiku Dürck radzi we wszystkich przypadkach śmierci nagłej z przyczyny niewiadomej w okresie panowania zimnicy badać szpik kości udowej, by tem łatwiej postawić rozpoznanie właściwe.

www.dlibra.wum.edu.pl

Spoistość szpiku stopniowo się zwiększa z jednej strony wskutek wzmożonej czynności, t. j. odradzania krwi, z drugiej strony wskutek rozrostu zrębu łącznotkankowego.

Tu i owdzie w szpiku kostnym można spotkać niekiedy wynaczynienia.

Badanie mikroskopowe wykazuje między innemi w szpiku ogniska zwyrodnienia niedokrwistego i obecność w nich erythrogonji.

Ogniskami zwyrodnienia niedokrwistego w szpiku Helly nazywa ogniska komórek macierzystych krwinek czerwonych (erythroblastów), w których jądra znajdują się w stanie rozpadu (*karyorrhexis*). Rozpadają się one na 2 i więcej części, bądź leżące obok siebie oddzielnie, bądź jeszcze łączące się z sobą. Ogniska te spotyka się w szpiku zwykle wtedy, kiedy obraz krwi wykazuje jednocześnie znamiona niedokrwistości. Stąd nazwa zwyrodnienie niedokrwiste.

Erythrogonjami Helly nazywa komórki szpiku kostnego, z których pochodzą komórki macierzyste krwinek czerwonych. Erythrogonje spotyka się w szpiku kostnym zwykle przy zjawieniu się w nim ognisk zwyrodnienia niedokrwistego. Podobnie jak zwyrodniałe komórki macierzyste krwinek czerwonych, erythrogonje występują w postaci ognisk. Erythrogonje są to komórki z zarodzią zasadochłonną w postaci delikatnej siateczki. Mają one jasne jądro z wyraźną błoną i jąderkiem. W zarodzi ich brak zupełny ziarenkowatości. Zaródź nie zawiera również hemoglobiny.

W szpiku kostnym obok pasorzytów można też znaleźć barwnik zimniczy. Szczególniej dużo barwnika spotyka się w szpiku w zimnicy podzwrotnikowej (Askanazy).

W walce z pasorzytami zimniczemi szpik kostny bierze udział względnie mały.

Wątroba. Wątroba w zimnicy jest zwykle powiększona, obrzmiała. Przy badaniu przyżyciowem można często wątrobę wymacać, przyczem stwierdzamy zwykle wrażliwość jej na ucisk. W przypadkach świeżych obrzmienie wątroby zależy głównie od przekrwienia. Na sekcji obok obrzmienia wątroby, ścieńczenia i napięcia torebki Glissona, daje się zauważyć zmiana w zabarwieniu wątroby, polegająca na tem, że w przypadkach świeżych wątroba wygląda jakby posypana zlekka popiołem. Szczególnie wyraźnie widać to na przekroju. W przypadkach starszych zabarwienie wątroby zbliża się wyglądem do zabarwienia gąszczu czekoladowego—czerniaczka wątroby wrzekoma (*pseudomelanosis hepatis*). Spoistość wątroby jest ciastowata, jak przy obrzmieniu miąższowem. Na przekroju tuż przy torebce miąższ „wywija się w postaci wargi". Miąższ wątroby rwie się łatwo, jest kruchy.

Badanie mikroskopowe wykazuje znaczny stopień przekrwienia, skupienia komórkowe w naczyniach włosowatych krwionośnych i zmiany w śródbłonkach naczyń włosowatych. Zmiany w śródbłonkach dotyczą głównie komórek gwiaździstych Kupffera, które, jak wiadomo, zwykle chciwie pochłaniają szczątki krwinek czerwonych oraz wogóle ciała obce. Obok innych zmian komórki gwiaździste wyraźnie wykazują rozmnażanie się. W zimnicy odgrywają one tę samą rolę, co komórki śledziony. Znadujemy je w postaci trójkąta lub gwiazdy z wypustkami, obładowane pasorzytami, barwnikiem i szczątkami rozpadłych krwinek czerwonych. To obładowanie, względnie przeładowanie, barwnikiem krwi w stanach przewlekłych widać już przy małem powiększeniu: naczynia włosowate zarysowują się w postaci czarnych linji. Barwnik skupia się szczególnie w częściach środkowych zraziков a to wskutek osłabienia sprawności serca w ostatnich chwilach przed śmiercią i zależnego od tego zastoju krwi w wątrobie.

Guarnieri spostrzegał w wątrobie miejscową martwicę, zależną od zupełnego zatkania naczyń przez pasorzyty.

Dürck w przypadkach ostrych znajdywał znaczne nacieczenie całej torebki Glissona przez drobne komórki limfocytarne, które układały się już w głębi wątroby w rzędy dookoła przewodów żółciowych i pni naczyniowych, a w wielu miejscach skupiały się i wyglądem swym przypominały grudki chłonne.

Wytwarzanie żółci w zimnicy jest też znacznie większe, niż w warunkach zwykłych. W przypadkach ciężkich z dużą gorączką możemy spotkać znaczną żółtaczkę i wymioty żółciowe, zależne od zastoju żółci (*febris biliosa*). Żółtaczkę lekką, tak zwane zabarwienie podżółtaczkowe, spotykamy dość często wkrótce po napadzie. Ilość bilirubiny we krwi zwiększa się (patrz krew).

Według Jebensa w wielu przypadkach zimnicy utajonej po umyślnem wywołaniu napadu występuje natychmiast i trwa do 14 dni wydzielanie w moczu urobilinogenu, względnie urobiliny. Zależy to od uszkodzenia wątroby przez jad zimniczy i od zaburzeń w krążeniu wskutek mechanicznego zatkania naczyń włosowatych. W zimnicy utajonej wątroba może wykazywać bujanie tkanki łącznej dookoła żyły wrotnej i zwiększenie komórek miąższu, później—zmiany wsteczne i zanik niedokrwisty, a być może nawet przejście w marskość.

O możliwości powstawania marskości wątroby po zimnicy mówi wielu autorów, szczególniej francuskich, a odradzanie się wątroby w zimnicy widział Caminiti. Zapalenie śródmiąższowe wątroby ze znacznym zastojem krwi i żółci u prawie donoszonego płodu, którego matka chorowała na zimnicę, opisał Pennato (patrz śledziona). Z autorów polskich Latkowski spostrzegał marskość wątroby przerostową pochodzenia zimniczego u 14 letniego chłopca. O zwyrodnieniu amyloidowem wątroby po zimnicy patrz w rozdziale o śledzionie.

Trzustka. Zmiany w trzustce w zimnicy, według spostrzeżeń dotychczasowych, polegają na zmianie zabarwienia narządu. Trzustka staje się więcej szarą—czernica trzustki wrzekoma (*pseudomelanosis pancreatis*). Jebens, Korzon i inni spostrzegali cukromocz.

Przewód pokarmowy. Przewód pokarmowy bierze żywy udział w przebiegu zimnicy (ostatnio w r. b. Roccavilla). W przypadkach świeżych spotyka się często na wargach opryszczki. Klinika notuje: brak łaknienia, przykry zapach z jamy ustnej, język obłożony, odbijania, wymioty, bóle żołądka i brzucha. W górnych odcinkach przewodu pokarmowego dają się spostrzegać objawy nieżytu.

Błona śluzowa jelit wykazuje czasami rozlane lub ograniczone szyfrowe lub czarniawe zabarwienie, szczególnie w tych razach, kiedy barwnik zimniczy odkłada się w większej ilości w śródbłonkach naczyń kosmków jelitowych.

Spostrzegano często biegunki, zaciemniające niekiedy znacznie cierpienie właściwe—zimnicę. Do tych należy czerwonka, wywołana jakoby przez pasorzyty zimnicze. W kale chorych znajdywano w tych razach pasorzyty zimnicze. Mollow znajdował

www.dlibra.wum.edu.pl

w okrężnicy i esicy liczne małe owrzodzenia. Badanie mikroskopowe owrzodzeń wykazywało w okolicy ich zaczopowanie naczyń złogami barwnika zimniczego. Dürck nigdy nie widział ubytków śluzówki jelit i sądzi, że nie można owrzodzeń jelit uzależniać od zimnicy.

Nerki. W nerkach spotyka się naogół zmian mało. Do najstalszych należy odkładanie się barwnika zimniczego w nabłonkach kanalików a obok niego ziarenek hemosyderyny. Barwa nerek szczególnie istoty korowej staje się ciemniejszą, szyfrową—czerniaczka nerek wrzekoma (*pseudomelanosis renum*). Niekiedy tylko można spotkać zmiany głębsze. Tak Mannaberg opisuje ciężkie ostre krwotoczne zapalenie nerek, wskutek złej czynności gruczołów potowych. Dürck spostrzegał zapalenie krwotoczne nerek (*glomerulonephritis*) w kilku przypadkach ostrej zimnicy złośliwej, a Askanazy wydzielanie się hemoglobiny w zimnicy podzwrotnikowej.

Stale notują mniej lub więcej znaczne wydzielanie z moczem urobiliny (Jebens, Sörensen) i barwnika zimniczego. A według Batesa w ostrym napadzie w 42% przypadków zjawia się lekki białkomocz. Ciężar właściwy moczu w napadzie jest wysoki, ilość soli i azotu znaczna. Często po napadzie spotyka się w moczu znaczną ilość żelaza (Schwyzer). W okresie zdrowienia spostrzegano nadmierne moczenie (*polyuria*).

Z autorów polskich Wojnicz opisuje przypadki zimnicy, które oznaczały się białkomoczem i obrzękami.

O zwyrodnieniu amyloidowem nerek po zimnicy patrz w rozdziale o śledzionie.

Nadnercza. Paisseau i Lemaire w 3 przypadkach zimnicy złośliwej znaleźli zmiany w nadnerczach w postaci zwyrodnienia i martwicy; w torebce nadnerczy—wynaczynienia i zakrzepy w tętniczkach. Roccavilla spostrzegał klinicznie osłabienie mięśni, słabe odruchy ścięgniste, zmniejszenie napięcia naczyniowego i słabe brunatnawe zabarwienie skóry, co uzależnia od schorzeń nadnerczy.

Płuca. W płucach w zimnicy daje się spostrzegać dość często przejściowe podrażnienie oskrzeli, przejawiające się wśród życia jako suchy kaszel, duszność, rzężenia trzeszczące (w przebiegu ostrego napadu), niekiedy nawet zjawia się krwawa plwocina (Mannaberg, Dunin, Hewelke, Sokołowski). To ostatnie wraz z licznemi rzężeniami może często nasuwać na razie klinicznie rozpoznanie gruźlicy. Na rozpoznanie właściwe naprowadza dopiero badanie krwi. Naogół jednak krwawienia w płucach i w opłucnej występują dość rzadko (Dürck). Scheube i Sokołowski wskazują, że w zimnicy może rozwinąć się typowe zapalenie płuc zimnicze. Dürck znajdywał prawie w połowie spostrzeganych przypadków mniej lub więcej rozległe ogniska zapalenia płuc nieżytowego, umiejscowione głównie w dolnych tylnych odcinkach płuc. Ogniska te łączą się wyraźnie z tkanką łączną okołooskrzelową, co widać nawet gołem okiem. Oskrzela wypełnia lepka zielonkawa gęsta treść. Wspomniane ogniska niekiedy zlewają się i dają obraz wrzekomo płatowego zapalenia płuc. Złudzenie to powiększa jeszcze ta okoliczność, że zwykle występuje odczyn ze strony opłucnej—nalot włóknikowy. Zapalenie nieżytowe płuc, zapalenie nieżytowe oskrzeli i tkanki okołooskrzelowej, według Dürcka, spotyka się w przypadkach zimnicy ze znacznem schorzeniem układu nerwowego ośrodkowego. Usposabia do tego osłabienie działalności serca, co pociąga za sobą często dość znaczny obrzęk płuc. W płucu obrzękłem ogniska nieżytowego zapalenia płuc występują jaskrawiej.

Przy badaniu płuc mikroskopowem możemy znaleźć w naczyniach krwionośnych zakrzepy i przekrwienia ograniczone, a obok tego objawy zapalne ze strony pęcherzyków płucnych i oskrzeli.

Ponieważ jednak pasorzyty zimnicy w przeciwieństwie do innych chorób zakaźnych nie wywołują żadnych spraw nieżytowych, byłoby, zdaje się, właściwiej wymienione wyżej sprawy chorobne płuc uważać za powikłania, wywołane przez inne bodźce. Zatrucie zimnicze może tylko okazywać wpływ wybitny na ich przebieg, o ile wypadkiem wikła się z niemi.

Serce i naczynia. W sercu można nie znaleźć albo nic szczególnego, albo można spotkać bardzo znaczne rozszerzenie obydwóch komór i zwyrodnienie mięśnia, jako skutek niedokrwistości. Dürck spotykał pod wsierdziem u podstawy mięśni brodawkowatych i na przegrodzie szczególnie od strony komory lewej wynaczynionki. Takież wynaczynionki D. widywał w komorze prawej w okolicy stożka tętnicy płucnej lub bezpośrednio pod nim. Wynaczynień do mięśnia sercowego Dürck nie spotykał ani razu.

Zmiany, powstające w naczyniach włosowatych pod wpływem jadu zimniczego, należą do rzędu zaburzeń zapalno-odżywczych w komórkach śródbłonka naczyń, a mianowicie polegają na zmętnieniu miąższowem oraz bujaniu komórek, albo też na zwyrodnieniu tłuszczowem oraz zniszczeniu komórek, co oczywiście stanowi ostatni okres sprawy zapalnej (Winogradow). Na zwyrodnienie tłuszczowe śródbłonków naczyń oraz drobnych tętniczek zwracał już przed Winogradowem uwagę Grohe. Zwyrodnienie tłuszczowe i zniszczenie śródbłonków naczyń włosowatych, powodujące łamliwość ich ścian, a zarazem stanowiące niezbędny warunek do powstawania krwawień per rhexin, zajmuje w stopniu bardzo nierównomiernym różne obszary anatomiczne, nawet różne miejsca jednego obszaru anatomicznego, przyczem jednakże może nie być krwawień i wylewów krwawych nawet w takiej okolicy, w której podług wyrażenia Winogradowa „zamiast komórek śródbłonka spotyka się tylko jednolite drobnoziarniste masy tłuszczowe".

Zwyrodnienie naczyń stanowi tylko przyczynę usposabiającą do często spotykanych krwawień zimniczych per rhexin. Do powstawania krwotoków konieczną jest jeszcze druga przyczyna decydująca, zależna od warunków mechanicznych krwiobiegu—od wahań parcia wewnątrznaczyniowego (Andrzejewski)

Zaburzenia odżywcze w ścianach naczyń włosowatych w razie zatrucia zimniczego długotrwałego są zjawiskiem mniej lub więcej ogólnem w ustroju. Spotykamy je w narządach i tkankach najrozmaitszej budowy i czynności: w układzie nerwowym ośrodkowym, w wątrobie, śledzionie, nerkach, w przewodzie pokarmowym, w skórze i t. p. (Winogradow).

Zaburzenia odżywcze w ścianach naczyń włosowatych, powstające pod wpływem jadu zimniczego, są pochodzenia ośrodkowego (Andrzejewski).

Mózg. Wiadomości nasze o zmianach anatomicznych w mózgach zimniczych zostały znacznie wzbogacone przez badania Dürcka, ogłoszone w roku bieżącym. Według tych badań opony miękie w większości przypadków są dość suche, gładkie, mało nastrzyknięte, przeświecają. Czasami wzdłuż żył opony naczyniowej (*pia*) można dostrzec żółtawozielonkawe pasma, jak w ostrem zapaleniu ropnem opon. Badanie mikroskopowe rzeczywiście wykazuje nacieki wyłącznie z limfocytów.

www.dlibra.wum.edu.pl

Graham spostrzegał po zimnicy zakrzep zatok żylnych opon (*thrombus maranticus*),

Mózg jest zwykle duży. Spoistość mózgu zwiększona. Zwoje ściśle przylegają do siebie. Barwa kory mózgu jest znacznie ciemniejsza, niż zwykle, szyfrowa. Takież zabarwienie wykazuje istota szara w dużych zwojach podstawowych. Oznaką znamienną mózgów zimniczych są wynaczynionki punkcikowate. Mózg wygląda jak ścięty przez pchły. Wynaczynionki spotyka się bądź rozsiane po całym mózgu, bądź umiejscowione tylko w pewnych odcinkach. Najczęściej spotyka się je w ośrodku jajowatem (*centrum semiovale*), najrzadziej w korze. W móżdżku stosunek jest odwrotny: wynaczynionki spotyka się częściej w korze. Obok wynaczynionek można znaleźć ogniska udarowe (Dürck, Korzon, Weingartner).

Badanie mikroskopowe wykazuje zmiany w śródbłonku naczyń, polegające na stłuszczeniu (przeważnie lipoidy) i zwiększeniu żerności śródbłonków. Pasorzyty zimnicze widać nie tylko w komórkach śródbłonka, ale i wewnątrz naczyń. Czasami zjawiają się one w takiej ilości, że zupełnie zamykają światło naczynia. Obok pasorzytów widać w śródbłonku obficie ziarenka barwnika zimniczego. Złogi barwnika mogą się również zjawiać czasami w takiej ilości, że mogą zamknąć światło naczynia. Jeżeli w śródbłonku naczyń odłoży się znaczna ilość barwnika, to przy oglądaniu skrawków mózgu pod małem powiększeniem naczynia wyglądają jak nastrzyknięte masą. Spotyka się też zwapnienia ściany drobnych naczyń.

Dookoła naczyń i komórek zwojowych występuje obfite bujanie gleju, często w postaci ognisk. Po przekształceniu komórek gleju w komórki kratkowe powstają w tych miejscach małe ogniska rozmiękczenia. Stale spotyka się bujanie trabantów. W móżdżku obok neuronophagji komórek Purkinje'go widać krzaczaste (*strauchartige*) bujanie komórek glejowych (Spielmeyer), które prowadzi do stwardnienia warstwy powierzchownej kory móżdżku. Oznaką najbardziej znamienną dla mózgu zimniczego jest ograniczone guzkowate bujanie gleju dookoła naczyń włosowatych, wypełnionych przez pasorzyty. Komórki gleju w guzku wykazują skłonność do ustawienia promienistego, co nadaje guzkom wygląd rozetki. Dürck nazywa je „*Gänseblümchenfigur*". Środek guzka ulega w większym lub mniejszym stopniu martwicy. Guzki glejowe są odczynem ze strony istoty mózgowej na podrażnienie zimnicze. Guzki zimnicze ziarniniaki zimnicze—na podobieństwo gruzełków i kilaków—są urządzeniami ochronnemi, mającemi na celu odgraniczenie działania jadu na tkankę. Być może, że guzki te są przyczyną objawów stwardnienia mózgu wieloogniskowego i stwardnienia wrzekomego, spostrzeganych jako następstwo zimnicy złośliwej. Przypuszczenie takie staje się tem więcej prawdopodobnem, jeżeli zważymy, że już wcześniej Marchiafava znalazł w naczyniach ognisk stwardniałych pasorzyty zimnicy.

Nerwy obwodowe. Zmiany ze strony nerwów obwodowych występują w postaci zapalenia (*neuritis*) i zapalenia wielu nerwów (*polyneuritis*). O zapaleniu nerwów śródmiąższowem krwotocznem pisali Eichorst, Sacquepee i Dopter. Jajardo i Canto spostrzegali zapalenie nerwów „miąższowe". Luzzato w zapaleniu wielu nerwów pochodzenia zimniczego znalazł rozklejenie (*fragmentatio*) osłonek rdzeniowych w postaci dość równomiernych odcinków, czasami spostrzegał obrzmienie ograniczone, a w okresach późniejszych rozpad myeliny. Włókienka osiowe były częściowo obrzmiałe, porozpadane, częściowo w stanie zupełnego zaniku, częściowo dobrze zachowane. Zmian śródmiąższowych, ognisk drobnokomórkowych, złogów barwnika i zwiększenia ilości jąder owłókni nerwowej środkowej Luzzato nie widział.

Skóra. Skóra zimniczych jest blada. Dość często zabarwienie skóry przybiera odcień żółtawy (podżółtaczkowe zabarwienie). Na skórze spostrzegano wynaczynionki petociowe (Korzon i inni), pokrzywkę, rumień, półpasiec (*pseudomelanodermia*). Z autorów polskich Wojnicz opisał rumień guzowaty.

Oczy. Ze strony oczu spotykano: zapalenie spojówki, zapalenie rogówki, zapalenie nerwu wzrokowego i wynaczynionki z przeróżnem umiejscowieniem. Ze względów praktycznych zasługują na uwagę wynaczynionki w siatkówce w okolicy plamki żółtej (Werner). Korzon widział zator tętnicy środkowej siatkówki.

Jądro. W jądrach Dürck spostrzegał znaczne odkładanie się barwnika, co nadaje jądrom ciemniejsze zabarwienie.

Z przeglądu zmian anatomicznych w zimnicy widzimy, że zmiany najwybitniejsze dotyczą krwi, następnie największe zmiany spotykamy w śledzionie, w wątrobie, w szpiku kostnym, wreszcie w mózgu. Zmiany w mózgu w przypadkach zimnicy, szczególniej złośliwej, z objawami mózgowymi mają wielce swoisty wyraz anatomiczny, występują bowiem w postaci ziarniniaków zimniczych.

Spostrzenia nad zmianami anatomicznemi w zimnicy poczyniono głównie na materjale zimnicy złośliwej.

Przegląd bibljograficzny.

Dr. Med. Aleksander Żebrowski. Zarys otjatrji.
Ze 109 ilustracjami. Warszawa 1921.

Opracowanie podręcznika specjalnej gałęzi wiedzy lekarskiej nie należy u nas do faktów codziennych; to też zarówno ogół lekarzy jak i studenci medycyny będą autorowi wdzięczni za napisanie „Zarysu otjatrji", którego wydanie, wobec niesłychanie trudnych warunków wydawniczych, nie należało do zadań zbyt łatwych. Nie można się dziwić, że autor, wobec wielkich postępów jakie w ostatnich czasach zrobiła otjatrja odnośnie chirurgicznego leczenia spraw ropnych wszystkich odcinków narządu słuchowego, nie wyłączając błędnika, położył główny nacisk na chirurgję ucha. To też zarówno sprawy ropne wyrostka sutkowego i błędnika metody badania i ich operacyjnego leczenia,a w szczególności powikłania wewnątrzczaszkowe bardzo wyczerpująco i doskonale przez autora zostały opracowane. Ponieważ jednak lekarze-praktycy tych wielkich i trudnych operacji chyba rzadko się będą podejmowali, a celem „Zarysu otjatrji", jak to autor we wstępie zaznacza, jest „pomódz lekarzowi-praktykowi w rozpoznawaniu i leczeniu chorób narządu słuchowego", przeto należałoby cele te w podręczniku obszerniej uwydatnić. W książce autora są w tym względzie pewne braki, na które pragnąłbym zwrócić

www.dlibra.wum.edu.pl

uwagę. Nie zgodziłbym się z twierdzeniem autora, że opis szczegółów anatomicznych w omawianiu patologji poszczególnych odcinków narządu słuchowego ułatwi czytelnikowi zapamiętanie anatomji ucha. Sądzę, że zanim się przystępuje do badania jakiego narządu należy przedtem nauczyć się anatomji i fizjologji tegoż narządu. Wogóle podział, przyjęty przez autora, jest zbyt dowolny i nieusystematyzowany, przez co zmusza autora do częstego powtarzania jednych i tych samych faktów. W opisie badania narządu słuchowego autor nie wspomina o możliwości badania reflektorem ręcznym i przy świetle dziennem, co jak wiadomo łatwiej może być uskutecznione przez początkujących niż zapomocą reflektora, umieszczonego na czole lub trzymanego w zębach. Otoskopja błony bębenkowej bez podziału na ćwiartki, wbrew twierdzeniu Passow'a, utrudnia orjentowanie się odnośnie umiejscowienia zmian chorobnych, na błonie spostrzeganych. Najlepszym tego dowodem jest cytata podana przez autora na str. 447 a głosząca, „że według Passow'a przednio-dolny odcinek błony jest miejscem, w którem najczęściej spostrzegano przedziurawienia i pęknięcia urazowe.“ Prócz sposobu kateteryzacji metodą Bonafont'a i Kramera istnieje daleko łatwiejsza dawniejsza metoda Franka ponownie wprowadzona przez Löwenberga.

O ostatnim akcie po kateteryzacji, a mianowicie o sposobie i kierunku, w jakim kateter powinien być z nosa usuwany, należałoby wspomnieć. O badaniu i leczeniu zwężenia trąbki Eustachjusza za pomocą wprowadzania przez kateter świeczek, autor zupełnie nie wspomina. W rozdziale o badaniu słuchu autor pominął zupełnie badanie zegarkiem, czyżby sam nigdy nie uciekał się do takiego badania? Określenie wyników badania sposobem Webera znakiem + lub — jest nieuzasadnione, może być mowa tylko o lateralizacji dźwięku na prawo lub na lewo.

Na str. 44 autor twierdzi, że perichondritis, występujące po operacji doszczętnej, wywołane bywa przez bakterje ropotwórcze, gdy tymczasem, jak to wykazały najnowsze badania, wywołuje ją lasecznik zielonej ropy. Na str. 54 autor, wyliczając rzadsze postacie chorobne przewodu zewnętrznego, nie wspomina zupełnie o krupowem zapaleniu przewodu słuchowego. Sprawozdawca cierpienie to szczegółowo opisał w swoim czasie i pierwszy wykazał, że wywołuje je lasecznik zielonej ropy, co później potwierdzone zostało przez Helmana i Ruprechta. O badaniach naszych, to jest moich i Helmana, jest wzmianka w podręczniku V. Urbantschitscha, a szczegółowy opis podali Hantaut i Otto Voss w pracach swych o laseczniku zielonej ropy w chorobach ucha. Na str. 96 autor wspomina o autofonji, lecz błędnie ją tłomaczy; objaw ten t. j. wzmocniony rezonans własnego głosu zależy od ułatwionego wpadania głosu do jamy bębenkowej w razie niedomykania się otworu gardlanego trąbki Eustachjusza, wywołanego np. w *salpingitis* i wadliwem zamykaniu trąbki przez zanikanie tkanki tłuszczowej (Ostman). Są osobnicy, którzy dowolnie umieją otwierać trąbkę Eustachjusza i wywoływać autofonję, do takich np. należał Mikulicz. Na str. 97 obraz otoskopy w nieżycie ostrym ucha środkowego, opisany przez autora, chyba odnosi się do obrazu otoskopowego w przewlekłym nieżycie. Na str. 112 autor twierdzi, że przedziurawienie błony samoistne umiejscawia się najczęściej ku tyłowi od rękojeści młotka w środkowym odcinku błony, co się nie zgadza ze spostrzeżeniami większości autorów, gdyż widujemy przedziurawienia takie najczęściej w przednim dolnym odcinku. Przedmuchiwanie ucha metodą Politzera po przecięciu błony w ostrych ropnych zapaleniach ucha, zalecane przez autora, jest dotąd kwestją sporną, i nie powinno być w podręczniku tak kategorycznie zalecane. Na str. 182 autor pisze, że nie stosował aspiracji ropy w ropnych sprawach ucha środkowego, a szkoda, gdyż przekonałby się, że jest to metoda doskonała i daje znakomite wyniki i często skraca czas trwania ropienia.

Na str. 177 autor, omawiając rzadkie objawy, występujące w przebiegu ostrych spraw ropnych wyrostka sutkowego wspomina o porażeniach i niedowładach nerwu twarzowego i odwodzącego oka. Porażenia te mogą występować w ostrych ropnych zapaleniach ucha środkowego, nie powikłanych zajęciem wyrostka sutkowego (Baurowicz ogłosił bardzo pouczający pod tym względem przypadek). Należałoby przy tej sposobności wspomnieć o zespole Gradenigo. W rozdziale VIII opisuje autor nieropne choroby błędnika. Opis tych postaci jest bardzo pobieżny, a szczególnie t. z. choroby Meniera. Autor zajmuje się tylko apoplektyczną postacią choroby Meniera, bardzo zaś wiele spraw, w których występują objawy Meniera, nie zostało zupełnie uwzględnionych a o postaciach wyodrębnionych przez *v. Franke-Hochwart'a* a mianowicie t. z. *formes frustes* i *polyneuritis cerebralis menieriformis* niema wzmianki. — Opisując głuchoniemotę (str. 336 — 338) autor podaje statystykę głuchoniemych w Szwajcarji, w Stanach Zjednoczonych, w Belgji i Holandji a nie wspomina o statystyce głuchoniemych w Polsce, zebranej i ogłoszonej przez Modrzejewskiego. („Rys statystyczno-lekarski głuchoniemych w Królestwie Polskiem oraz wynik badań narządów słuchowych u 400 głuchoniemych“ w Pamiętn. Tow. Lek. 1893 i w Księdze pamiątkowej prof. Hoyer'a).

Prócz operacji na błędniku Jansena, Hinsberga i Neumana opisane zostały w ostatnich czasach daleko radykalniejsze metody endokranialne przez Bourgneta i Uffenorde.

W sprawie badania słuchu i narządu słuchowego u dzieci szkolnych należałoby zaznaczyć, że Spira na IX Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie w 1900 r. odczytał referat o badaniu narządu słuchowego u dzieci szkolnych i zaproponował odpowiednie warunki, które przez Zjazd zostały uchwalone.

„Zarys otjatrji“ napisany jest poprawnym językiem, niepotrzebnie tylko autor wielokrotnie powtarza obok nazwy polskiej, nazwę łacińską np. woszczek *(cerumen)*, błona wiotka *(memb flaccida Schrapneli)*, zapalenie wyrostka *(mastoiditis)* i t. p. a już wprost razi czytelnika dodatek do niemieckiego tłomaczenia, jeszcze — „niemieckich autorów“ np. tarcza zastoinowa (*Staungspapille* niemieckich autorów), krzesło obrotowe (*Drehstuhl* niemieckich autorów), zropienie guza perlistego *(das vereiterte Cholesteatom* niemieckich autorów.)

Autor w podręczniku polskim prawie nie uwzględnił piśmiennictwa polskiego, a chociaż prace naszych autorów nie pochodzą z pod pióra autorytetów niemieckich to jednak należało o nich wspomnieć. Jeżeli chcemy aby obcy nasze prace uwzględniali, to nie lekceważmy prac własnych.

Uwagi powyższe nie ujmują bynajmniej wartości „Zarysu otjatrji“; stanowi on pożyteczny nabytek dla studentów medycyny i lekarzy praktyków a i niejeden z lekarzy specjalistów znajdzie w podręczniku tym wiele ciakawych i pouczających spostrzeżeń i opisów operacji, dokonanych przez autora.

Dr. L. Guranowski.

www.dlibra.wum.edu.pl

Streszczenia i wyciągi.

11. Haberer. Przyczynek do laminektomji w sprawach gruźliczych kręgosłupa.

Początkowe okresy gruźlicy kręgów — bez obszernych ropni — bezsprzecznie nadają się do zabiegu operacyjnego według Albee'go. W dalszych okresach cierpienia, gdzie występują na pierwszy plan objawy ucisku rdzenia masami gruźliczemi, należy nie zwlekać z wykonaniem laminektomji i usunięciem mas gruźliczych. Autor przytacza historje chorób 7 przypadków, z których w dwóch dała ta operacja wynik ujemny, w reszcie był on dodatni.

Jahrbüch f. Psych. u. Neurologie Bd. 40, H. 2 u. 3.

Messing.

12. M-me Dejerine et M. Regnard. Zaburzenia wzrokowe i źrenicowe w uszkodzeniach wojennych rdzenia grzbietowo-lędźwiowego i ogona końskiego.

Autorowie obserwowali u rannych z postrzałami rdzenia zaburzenia wzrokowe, a mianowicie łatwe męczenie się wzroku, mgłę przed oczyma, zmniejszenie bystrości widzenia. U większości rannych wspomniane zaburzenia były charakteru przejściowego, u niewielu natomiast były stałe, nawet następowało z czasem pogorszenie, dołączał się objaw Argyll-Robertsona: zwężenie pola widzenia, zanik brodawki. Autorowie przytaczają trzy przypadki zupełnego przerwania rdzenia; w pierwszym — uszkodzenie ogona końskiego, w drugim — części lędźwiowej, w trzecim — dolnej części grzbietowej. We wszystkich przytoczonych przypadkach miały miejsce wyżej opisane zaburzenia wzrokowo-źrenicowe. Autorowie tłomaczą je bądź uszkodzeniem w samym rdzeniu ośrodka włókien naczynioruchowych rdzenia, bądź uszkodzeniem ich już po wyjściu z rdzenia przez zapalenie opon miękich.

La Presse médicale. 1920 Nr. 69, p. 673.

Messing.

13. R. Leriche. Leczenie pewnych samoistnych owrzodzeń kikutów pooperacyjnych za pomocą wycinania nerwu współczulnego naokoło tętnic.

Autor zwraca uwagę na charakterystyczne cechy kikutów, na których zwykły się tworzyć samoistnie trudno gojące się owrzodzenia. Takie kikuty są zwykle zimne, zwykły na nich występować nagle obrzęki, które również nagle po kilku dniach znikają. Wychodząc z założenia, że wspomniane zaburzenia zależą od nerwu współczulnego, operował autor z dodatnim wynikiem jeden taki przypadek, mianowicie usunął nerw współczulny z otoczki tętnicy udowej, osiągnął poprawę stanu.

La Presse médicale 1920. Nr. 78, p. 765.

Messing.

14. Loevy G. Leczenie wewnętrzne wrzodu żołądka i dwunastnicy metodą Sippy'ego.

Ta głośna obecnie w Stanach Zjednoczonych metoda zyskała z pewnemi zastrzeżeniami uznanie dwóch najznakomitszych chirurgów-gastrologów — Moynihana i Karola Mayo. Podajemy krótki jej opis według obszernego sprawozdania Loevy'ego, który ją wystudjował na oddziale Sippy'ego w szpitalu Presbyterjańskim w Chicago. Sippy wychodzi z zasady, że we wrzodzie żołądka lub dwunastnicy pewna ograniczona część błony śluzowej tych narządów, wskutek złego odżywiania lub martwicy, zatraca normalną odporność na czynność trawienną soku żołądkowego i sama ulega strawieniu. Zależy to od własności pepsyny rozpuszczania istot białkowych, przepojonych wolnym kwasem solnym. Pepsyna sama przez się jest nieczynna (*inerte*) w środowisku zasadniczem lub obojętnem, jak również w obecności kwasów związanych (*combinés*). Leczenie zatem wrzodu okrągłego w gruncie rzeczy powinno polegać na stałem zobojętnianiu treści żołądkowej przez cały czas trawienia, na zmniejszaniu sekrecji żołądkowej przy dostatecznem odżywianiu chorego. O ile kontroluje się kwasotę treści żołądkowej, zbędnym jest w tej metodzie tak przykry dla chorego okres wstępny głodzenia, będący punktem wyjścia metody Leubego i Lendhartza. Zobojętnienie treści żołądkowej osiąga Sippy przez częste podawanie pokarmów, stałe użycie alkalji i zmniejszanie do minimum sakrecji żołądkowej, co musi być stale kontrolowane. Przed rozpoczęciem leczenia należy w każdym przypadku wykluczyć istnienie raka zwłaszcza jego okresu początkowego (przeistoczenie wrzodu w raka, jak to się często zdarza). Chorego kładziemy do łóżka na 3 tygodnie. Co godzina od 7 rano do 7 wieczorem dajemy pożywienie, składające się 50 grm. mleka i 50 grm. śmietanki. W odstępach między pożywieniem (a więc od $7^1/_2$ r. do $8^1/_2$ w.) chory dostaje na przemian następujące proszki w $^1/_2$ szklance wody: 1) magnezję paloną i dwuwęglan sody po 0,5 2) węglan wapna (*calcium carb.*) po 0,5 i dwuwęglan sody 1,5 gr. Po ostatniej porcji pożywienia należy co $^1/_2$ godziny dawać wyżej podane proszki (4 dawki). W $^1/_2$ godziny po ostatniej dawce (godz. $9^1/_2$) usuwa się treść żołądkową i kontroluje kwasotę. Po 2 dniach takiego ścisłego regime'u dodaje się jedno jajko na miękko, grzankę lub kawałek chleba z masłem (zamiast jednej porcji mleka ze śmietanką) po południu można dodać 100 gr. ryżu dobrze wygotowanego, owsianki, przetartej jarzyny. Stopniowo powiększa się ilość jajek i mącznych pokarmów, tak że w końcu 1-go tygodnia, chory otrzymuje oprócz 12 porcji mleka ze śmietanką — 2 lub 3 jajka (jedno na raz), 200—300 gr. mięsnych potraw (po 100 gr. na raz). Jedno z dań można zastąpić przez purée z ziemniaków lub marmeladę z jabłek. Żywiąc w ten sposób chorego można otrzymać podniesienie wagi o 2—3 funty na tydzień. Kontrola treści powinna się odbywać co najmniej w ciągu tygodnia 2 razy po obiedzie i 3 razy na noc. Jeżeli kontrola wykazuje istnienie wolnego kwasu, należy do każdej dawki alkalji dodawać 0,3 węglanu wapna aż do zobojętnienia treści. Na początku 4-go

www.dlibra.wum.edu.pl

tygodnia chory przyzwyczai się i zrozumie istotę leczenia i może je prowadzić somodzielnie, wracając całkowicie lub częściowo do zwykłych zajęć. Zezwala się na 3 posiłki dziennie z zastrzeżeniem, ażeby każdy posiłek nie przekraczał 300 400 grm. ściśle zważonych. Nie wchodzi w to woda, kawa, lekkie zupy. Pokarmy powinny być pożywne, smaczne, ale płynne lub miękie. Podstawą musi być mleko, śmietanka, jajka, mąka, masło, purée z kartofli i jarzyn, gotowane owoce. Po każdym posiłku należy zażyć dawkę alkalji (4--5 dziennie). Jeżeli w 1/2 godziny po ostatniej dawce alkalji żołądek jest pusty, można zaprzestać zgłębnikowania (koniec 4-go tygodnia). Po 10 tygodniach takiego leczenia Sippy odstawia alkalje na 5 dni, poczem znowu je zaleca w ciągu 5—6 tygodni z pauzą 5-o dniową. Leczenie trwa rok cały. „Na pierwszy rzut oka, powiada Sippy, wydaje się wielkim kłopot (*tracas*) takiego leczenia, ale chorzy, mając w pamięci dokuczliwe bóle i grozę operacji, chętnie mu się poddają po wyjściu ze szpitala." W przypadkach wrzodu, połączonego z zatrzymywaniem treści (*retention)*, należy albo usunąć przyczynę zwężenia odźwiernika (*gastroenterostomia*), albo, o ile zwężenie jest pochodzenia spastycznego lub zależy od obrzęku zapalnego, dodawać większe dawki alkalji (do każdej dawki dodawać 0,3 węglanu wapna) i opróżniać żołądek codzień wieczorem (zgłębnikiem).

Leczenie krwotoków polega na tejże samej zasadzie — neutralizowanie kwasu solnego (Caillot). Krwotok zależy od strawienia zakrzepu, który się wytworzył. Należy więc postawić zakrzep w tych warunkach, aby się mógł zorganizować t. j. uwolnić go od wpływu wolnego kwasu solnego, a więc alkalizować treść żołądkową. Unikać alkalji, wytwarzających gaz, a więc dawać magnezję paloną. Chory powinien się znajdować w absolutnym spokoju ogólnym i żołądkowym (zastrzykiwanie morfiny i atropiny), dawać mu w 1/4 szklanki wody magnezję paloną (3—5 gr.) i węglan wapna (1,50 gr.) W 1/2 godz. dawkę powtórzyć, w następne 1/2 godz. dać magnezji palonej i węglanu wapna po 2 grm. Dalej w ciągu 10—12 godzin zażywać po 2 gr. węglanu wapna. Po upływie tego czasu dawać co godzinę (nie co 1/2 godz., aby nie przerywać snu) 4 grm. węglanu wapna. Dnia następnego dawać we dnie co 1/2 godz. 1 grm. węglanu wapna, w nocy co godzinę 2 grm. Dla gaszenia pragnienia ssanie lodu lub pomarańczę albo płukanie ust.

Trzeciego dnia rozpocząć odżywianie, dając co godzina 30 grm. mleka i tyleż śmietanki, a w odstępach - alkalja. Nie kontrolować treści zgłębnikiem przed upływem 10 dni. Dawki alkalji będą następujące: 1) magnezja palona, węglan wapna, dwuwęglan sody po 0,5, 2) węglan wapna 1 gr. i dwuwęglan sody 1.50 gr. Dawki te należy stosować naprzemian między posiłkami, a po ostatnim posiłku co 1/2 godz. do godz. 9 wiecz., następnie co 40 min. aż do północy. W nocy co godzina węglan wapna po 2,50 gr. aż do rana. O ile po tygodniu nie znajdzie się śladu utajonego krwawienia, można rozpocząć zwykłą metodę leczenia wrzodu.

Jakież są wyniki leczenia metodą Sippy'ego?

1. Bóle według Sippy'ego, ustępują pierwszego, rzadko drugiego lub trzeciego dnia, w tymże czasie znika wolny kwas solny z treści żołądkowej.

2. W przypadkach zwężenia odźwiernika pochodzenia spastycznego lub zapalnego, leczenie usuwa zatrzymywanie pokarmów z równym skutkiem jak wykonana skutecznie gastroenterostomja. Zwężenie odźwiernika znika w końcu trzeciego tygodnia. W klinice Mayo Ensterman widział ustąpienie bólów i hypersekercji w ciągu tygodnia; normalna pojemność żołądka ustaliła się po trzech tygodniach.

3. Krwotoki ustępują. Zakrzep się organizuje, zabezpieczony od działania trawiennego soku żołądkowego. Ze stolców znikają cechy utajonego krwawienia.

4. Typ drążący (*pénétrant)* wrzodu poprawia się szybko. Badania pośmiertne osób, zmarłych w ciągu leczenia wskutek przyczyn ubocznych, wykazały, że wrzód się zabliźniał.

5. Wrzody, nie gojące się po dokonaniu gastroenterostomji, ulegają znacznej poprawie po zastosowaniu leczenia.

Metoda Sippy'ego, lubo przyjęta przychylnie, uległa pewnej krytyce. Moynihan przypomina, że cechą charakterystyczną wrzodu żołądka i dwunastnicy jest napadowość objawów, które po pewnym czasie ustępują, aby się zjawić na nowo. Trudno orzec, czy dobre wyniki metody Sippy'ego uważać za wyleczenie, czy też za okres ulgi, o jakim mowa. Mayo zarzuca metodzie Sippy'ego, iż jest zbyt trudna do przeprowadzenia w praktyce u ludzi niezamożnych lub zanadto zajętych. Warunki leczenia szpitalnego na to nie pozwalają. (A cóż dopiero u nas! Przyp. sprawozd.) Sippy odpowiada na zarzut pierwszy, iż dłuższa obserwacja chorych, leczonych jego metodą, pozwala mu twierdzić, iż osiąga przez nią nie tylko chwilową ulgę lecz rzeczywiste wyleczenie. Co się tyczy drugiego zarzutu, to trudności, z jakiemi jest związany jego sposób leczenia, dają się nie tak trudno przezwyciężyć. Zresztą wszak i chorzy operowani muszą przez długi czas przestrzegać djetę mniej więcej taką samą, jaką zaleca Sippy. Jedyny, zarzut, jaki można zrobić każdej metodzie leczenia wrzodu żołądka i dwunastnicy, zwłaszcza u ludzi po 40 latach, jest ten, że możemy mieć do czynienia (nieświadomie) nie z wrzodem lecz z początkowym okresem raka. Jeżeli ani klinika, ani pracownia, ani Roentgen nie są w stanie usunąć tej wątpliwości, Sippy używa swej metody jako kamienia probierczego (*pierre de touche)*. Nie widząc poprawy, zaleca próbną laparatomję. W chwili obecnej, powiada autor tego artykułu, gdy wszystkie usiłowania idą w kierunku jaknajwcześniejszego rozpoznania raka, byłoby niebezpiecznem propagowanie zbyt długiego leczenia wrzodu żołądka i dwunastnicy, ale metoda, proponowana przez Sippy'ego, wydaje się tak logiczną i posiadającą niezaprzeczone dowody faktyczne, że jest wskazana w pierwszych okresach (*les premieres crises*) wrzodu żołądka, a zwłaszcza dwunastnicy, jak również jako dalszy ciąg leczenia po dokonaniu operacji.

A. Puławski.

La Presse méd. 1921. 7. V. Nr. 37.

www.dlibra.wum.edu.pl

15. W. A. Bloedorn i E. Houghton, Krętkowe zapalenie oskrzeli. (Bronchial Spelrochetosis).

Autorzy opisują szczegółowo 3 przypadki krętkowego zapalenia oskrzeli, spostrzegane w szpitalu morskim w Annapolis. U trzech mężczyzn w wieku od lat 18 do 20, trwający od kilku dni nieżyt oskrzeli z powodu krwioplucia i stanu gorączkowego budził podejrzenie gruźlicy. T° o typie zwalniającym 100° — 103 F°, w jednym przypadku 104.8°, tętno 80 — 96, oddech — 20. Chorzy skarżyli się na ból głowy, bóle mięśniowe, osłabienie ogólne, brak łaknienia, w nocy b. silne poty. Kaszel niezbyt mocny, plwocina śluzoworopna z żyłkami krwi. W okresie gorączkowym, podczas kilkutygodniowej obserwacji, zmniejszenie wagi o 10 do 20 funtów. W płucach nieco rzężeń wilgotnych u podstawy, odgłos opukowy zupełnie prawidłowy. W innych narządach zmian żadnych. Najrozmaitsze badania kliniczne i laboratoryjne nakazywały wyłączyć gruźlicę oraz inne znane ogólnie zakażenia. Dopiero wielokrotne badanie plwociny, przedsiębrane po dokładnem oczyszczeniu zębów i przepłukaniu jamy ustnej płynem antyseptycznym, stwierdziło obfitą ilość krętków, przypuszczalnie typu Spirohema. Po kilku śródżyłnych wstrzyknięciach neo arsphenaminu w dawkach 0,45 — 0,9 chorzy wyzdrowieli i krętki zginęły zupełnie. Przed wypisaniem chorych ze szpitala próba tuberkulinowa w 2 przypadkach dała wynik ujemny. Krętki odznaczały się żywym ruchem i skłonnością do zmiany postaci. Długość ich na preparatach barwionych 6 — 28 mikronów, szerokości 0,3 m. Ilość skrętów (undulations) od 3 do 14. Długość poszczególnego skrętu 1 — 1,8 mikronu. Krętki są gramoujemne, barwią się najlepiej sposobem Fontana. Posiewy oraz szczepienia krętków świnkom morskim i szczurom nie dały dodatnich wyników. Rozpoznanie powinno opierać się na dosyć charakterystycznym obrazie klinicznym i stwierdzeniu krętków. Przy różniczkowaniu trzeba wyłączyć gruźlicę pluc, grzybicę i zimnicę. Można przypuszczać, że istnieją nosiciele krętków oskrzelowych bez wyraźnych objawów choroby.

Pierwsza część pracy poświęcona jest przeglądowi piśmiennictwa. Od czasu Castellaniego, który w r. 1906 pierwszy opisał krętkowe zakażenie oskrzeli u tubylców Cejlonu, przypuszczano, że choroba ta występuje tylko w krajach zwrotnikowych. Jednakże w latach następnych spostrzegano cały szereg przypadków w różnych miejscowościach pasa umiarkowanego, między innemi, w Stanach Zjednoczonych i niektórych krajach Europy. Na wzmiankę zasługuje wyczerpująca praca Fanthama (1915) oraz prace kliniczne i doświadczalne Chalmersa i O'Farrell'a, którym udało się wywołać zakażenie oskrzeli u małpy, naskutek wstrzykiwania krętków do tchawicy.

(The Journal of the American Assaciation Nr. 23 June 4, 1921. str. 1559.)

K. Rozenfeld.

16. William D. Reid (Boston). **Tony przedsionkowe serca.**

Przy prawidłowej czynności serca nie słychać nigdy tonów przedsionkowych. Stają się one dostępne dla ucha w niektórych przypadkach bloku serca, kiedy komory kurczą się powoli podług własnego rytmu, przedsionki zaś szybciej, zachowując rytm prawidłowy. Lewis sądzi, że brak tonów przedsionkowych w sercu prawidłowem jest wynikiem blizkiej styczności w czasie skurczu przedsionków i komór. Autor nie zgadza się z tym poglądem i, powołując się na doskonałe diagramy Lewisa oraz na opinję Burton-Opitz'a i Bridgemana, dowodzi, że przerwa międzyskurczowa, aczkolwiek mała — 0,03 0,055 sek., mogłaby być przez ucho odczuta. Rozważając warunki powstawania tonów przedsionkowych w świetle analogji z tonami, powstającemi podczas skurczu komór, autor dochodzi do następujących wniosków. Tony przedsionkowe są słabe i dlatego są najczęściej nieuchwytne dla ucha. Skurcz przedsionków charakteryzują 2 tony, będące w związku z jego początkiem i końcem. Ponieważ w przeciwieństwie do skurczu komór skurcz przedsionków ustępuje natychmiast po osiągnięciu maksymalnego napięcia, drugi ton przedsionkowy następuje prawie bezpośrednio po pierwszym. Zależąc od skurczu przedsionka i raptownego zamknięcia zastawek przedsionkowokomorowych, drugi ton wypełnia właściwie przerwę międzyskurczową (okres między skurczem przedsionka i komory). Oczywiście w tych przypadkach bloku serca, w których skurcze przedsionków są oddzielone od skurczów komór, tony przedsionkowe mogą być najlepiej słyszalne. (The Journal of the American Medical Association. Nr. 14, April 2, 1921, str. 929).

K. Rozenfeld.

Wiadomości bieżące.

— Na zjazd chirurgów polskich (w dniu 3, 4 i 5 października) zgłoszono w dalszym ciągu prace następujące: Sabat. 1. O ropieniach przewlekłych kości z punktu widzenia rentgenologicznego. 2. O najnowszych zdobyczach technik rentgenologicznej (lampy Coolidge'a i Lilienfelda). 3. O naświetlaniach leczniczych promieniami X i ultrafioletowemi

www.dlibra.wum.edu.pl

w chirurgji wojennej. 4. Pokazy rentgenogramów. Dziembowski. O stosowaniu białka parenteralnem w chorobach chirurgicznych. Hellin D. Pokaz doświadczenia z odmą piersiową dwustronną. Stabholz. 1. Leczenie operacyjne porażeń kończyn charakteru skurczowego w następstwie uszkodzeń środkowych. 2. W sprawie leczenia uszkodzeń postrzałowych nerek. Prof. Jurasz. 1. O wrzodzie żołądka i dwunastnicy. 2. Nowe dążenia w chirurgji narządów żółciowych. 3. Leczenie chirurgiczne padaczki urazowej. 4. Demonstracje przypadków pooperacyjnych. Ogółem do chwili obecnej zgłoszono 39 prac.

Dla chorych, przeznaczonych do demonstracji, będzie przygotowane pomieszczenie i utrzymanie bezpłatne w ciągu 5, 4 i 5 października w klinice chirurgicznej № 1 przy Szpit. Dzieciątka Jezus w Warszawie.

Sekretarjat Zjazdu prosi Kolegów o przygotowanie zawczasu na piśmie (czytelnie!) prac do wygłoszenia przeznaczonych, i składanie ich sekretarzowi **zaraz po wygłoszeniu.**

Uczestnicy Zjazdu pragnący otrzymać dla siebie pomieszczenie zechcą zwrócić się **przed 15-ym września** do kolegi Orle (Warszawa, Widok 23 — Stowarzyszenie Lekarzy Polskich).

Kolegów warszawskich (nie tylko chirurgów) uprasza się niniejszem o udzielenie gościny członkom Zjazdu na trzy dni zjazdowe; w tym celu Prezydjum Zjazdu prosi o niezwłoczne zgłaszanie ofert (z podaniem adresu, № telefonu i ewentualnej liczby mogących znaleźć pomieszczenie gości) pod adresem: Widok 23 — Stowarzyszenie Lekarzy Polskich koledze Orłowi.

NADESŁANE.

1. Tadeusz Jaroszyński. Higjena wychowawcza. 2. L. Zembrzuski. Służba zdrowia w wojsku polskiem w epoce Napoleońskiej. 3. G. Szulc. Zimnica a wojna. 4. Rozenfeld. Stan podgorączkowy a ciepłota ciała. 5. Procedings of the pathological Sociéty of Philadelphia. Tom XVI nowej serji.

SPROSTOWANIE.

W № 7 należy sprostować:

Str. 85 szp. 1-sza w. 22 od góry zamiast: dla nas i świeżo ma być: dla nas świeżo.

„ 85 „ 2-a „ 9 od góry po wyrazie: zaczerpnął — dodać należy: i z dzieł odpowiednich przytoczył.

„ 85 „ 2-a „ 13 od góry zamiast: pochodzić — ma być: pochodzi.

TREŚĆ NUMERU.

strona

Prof. Adam Czyżewicz. Rzut oka na dzieje i zadania kliniki położniczo-ginekologicznej Uniwersytetu Warszawskiego. (Dokończenie). 87

Aleksander Żebrowski. Przypadek lewostronnego ropnia mózgu pochodzenia usznego. Operacja. Wyzdrowienie 90

Dr. Ludwik Paszkiewicz. Streszczenie zbiorowe. Zmiany anatomiczne w zimnicy w obecnym stanie wiedzy 92

Przegląd bibljograficzny. Dr. med. Aleksander Żebrowski. Zarys otjatrji oc. d. Guranowski . . 99

Streszczenia i wyciągi.

11. Haberer. Przyczynek do laminektomji w sprawach gruźliczych kręgosłupa 101

12. Dejerine i Regnard. Zaburzenia wzrokowe i źrenicowe w uszkodzeniach wojennych rdzenia grzbietowo-lędźwiowego i ogona końskiego . . 101

13. Leriche. Leczenie pewnych samoistnych owrzodzeń kikutów pooperacyjnych za pomocą wycinania nerwu współczulego naokoło tętnic 101

14. Loevy. Leczenie wewnętrzne wrzodu żołądka i dwunastnicy metodą Sippy'ego 101

15. Bloedorn i Honghton. Krętkowe zapalenie oskrzeli 103

16. William D. Reid. Tony przedsionkowe serca 103

Wiadomości bieżące 103

Redaktorzy: Dr. A. Puławski i Dr. W. Starkiewicz. Wydawca Dr. W. Szumlański.

Autorzy i sprawozdawcy proszeni są o nadsyłanie rękopisów czytelnych, pisanych bądź ręcznie, bądź na maszynie po jednej stronie papieru z pozostawieniem marginesu.

Adres Redakcji i Administracji: Marszałkowska 73. Telefon 26-79.
Administracja otwarta w dni powszednie od 5 do 7-ej.

WARUNKI PRENUMERATY „GAZETY LEKARSKIEJ" razem z „Tygodnikiem Lekarskim" i „Przeglądem Lekarskim" w Warszawie i na prowincji kwartalnie Mk. 200. Cena pojedyńczego numeru 50 m.

Cena ogłoszeń za wiersz dwuszpaltowy, drobnem pismem na stronie pierwszej, w tekście i na ostatniej Mk. 50, na pozostałych Mk. 40
Ogłoszenia przyjmują: Administracja Gazety Lekarskiej, Biuro Ungra, Senatorska 12. Biuro Reklamy Polskiej — Jasna № 10. Dom Handlowy L. i E. Metzl i S-ka, Marszałkowska 130. Rudolf Mosse — Marszałkowska 124. W Krakowie H. Fallek — Bonerowska 11. Na Francję wyłącznie M-r. Gray de Gourcy, Paris—Le Vesinet 19 Route de la Plaine.

www.dlibra.wum.edu.pl

BUSKO **Dr. Br. Pelfyn**
Willa „SŁOWACKI“

Dr. med. M. Dunin-Karwicka
powróciła.
ANALIZY: moczu, kału, plwociny etc. etc.
Badania anatomo-patologiczne.
Wspólna 35. **Telefon 229-96.**

Hipolit Amber
Skład narzędzi chirurgicznych
Warszawa, Marszałkowska 139, wprost bramy, I-sze piętro. Telef. 230-23
poleca po cenach przystępnych:
wszelkie narzędzia lekarskie, strzykawki, igły do strzykawek i chirurg., termometry i t. p.
Reperacja i odnawianie tychże.
Naprawa strzykawek Rekord.
Reprezentacja na Król. Polskie fabryki artykułów dla celów med. R. Graf & Co. Norymberga.
Katgut z najlepszych i zdrowych kiszek w motkach i kłębkach.

Aparaty lekarskie:
Roentgena (dla terapji zaskórnej), do wytwarzania sztucznych promieni słonecznych. Multostat i t. p. wraz z bardzo rozległą praktyką dermatologiczną — natychmiast
do sprzedania.
Łaskawe oferty pod „Dr. X. Y. Z.“ do Tow Akc. „Reklama Polska“. Poznań, Aleje Marc. 6.

SILV-OZON „MOTOR“
w płynie i w proszku
do przygotowania kąpieli balsamicznych
poleca własnego wyrobu
Warsz. Tow. Akc. „MOTOR“
Marszałkowska 23.

SALMET „MOTOR“
(Balsam Methylii Salicylici comp.)
Używa się w artrytyzmie, reumatyzmie i nerwobólach
poleca własnego wyrobu
Warsz. Tow. Akc. „MOTOR“

ZAKŁAD WODOLECZNICZY i SANATORJUM
Dra KUPCZYKA
spec. chorób nerwowych
Kraków, Szujskiego l. 9.
Wskazania: Chor. nerwowe, żołądka i jelit, niedokrwistość, podagra, cukrzyca, otyłość, choroby serca.

Ampulae sterilis. vitr.
Jnj. FERROFAG I, II, III Gessner
(żelazo, arsen, fosfor)
POLECA
Apteka Mag. Farm. Jana Gessnera
dawniej E. GESSNER
w WARSZAWIE
ALEJE JEROZOLIMSKIE 25.
UWAGA. Literatura na żądanie — gratis i franco

www.dlibra.wum.edu.pl

TRUSKAWIEC

Dr. TADEUSZ PRASCHIL ze Lwowa
ordynuje od lat 22 w chorobach serca i przemiany materji od 1 maja do 30 września. Willa Marjówka.

Dr. Xawery Gorski ordynuje jako lekarz zakładowy **w Krynicy** willa pod „Koroną"

Rosyjskie książki lekarskie

kupuje

Nowy Świat 72 — Księgarnia S. Strakuna — Nowy Świat 72

Firma egzystuje od 1819 r. **Alfons Mann** **Firma egzystuje od 1819 r.**

FABRYKA NARZĘDZI CHIRURGICZNYCH

Warszawa — Plac Małachowskiego 2 (róg Traugutta).

Poleca: wszelkie narzędzia chirurgiczne i ginekologiczne, przybory i aparaty lekarskie i pomoce lecznicze

Wykonywa zamówienia podług modeli i rysunków.

Lipojodyna „Ciba"

(Ester dijodbrasydyn-etylowy, zawierający 41 proc. jodu).

Przetwór jodowy neuro-lipo, a zatem politropowy,

odpowiadający wszelkim nowoczesnym wymaganiom farmakologji i kliniki doświadczalnej.

Nie drażni przewodu kiszkowego. W dawkach leczniczych nie powoduje jodzicy. Oddaje znakomite usługi kliniczne.

Dawkowanie: 1—3 tabliczek dziennie po obiedzie i po kolacji.

Zwracamy uwagę na przyjemny smak tabliczek **Lipojodyny,** które zalecamy żuć starannie.

Pabjanickie Towarzystwo Akcyjne Przemysłu Chemicznego
w Pabjanicach, ziemi Piotrkowskiej.

Zakłady Graficzne B. Kotkowski i S-ka w Łodzi, Piotrkowska 91.

www.dlibra.wum.edu.pl