

GAZETA LEKARSKA.

I. INFLUENZA

W SOCHACZEWIE I JEGO OKOLICY.

Podał

Julijan Serwiński,

lekarz praktykujący w Sochaczewie.

Grypa, która nawiedziła w końcu roku zeszłego całą Europę i która po dziś dzień panuje jeszcze, stanowi dla lekarzy, praktyków, niezmiernie ciekawą postać chorobową ze względu na najróżnorodniejsze objawy, jakie wywołuje w ustroju, dla bakterjologów zaś przedstawia obszerne pole do badań, w celu wykrycia nieznanego dotąd zarazka grypowego. Ponieważ dokładny obraz choroby, a następnie i odkrycie zarazka zależne są, zdaniem mojem, przede wszystkim od ścisłych spostrzeżeń lekarzy praktyków, sądzę więc, że i prowincjonalni lekarze powinni, idąc śladem warszawskich kolegów, podać do ogólnej wiadomości swoje spostrzeżenia nad przebiegiem epidemii grypy, a mogą w ten sposób się przyczynić do dołożenia choć cząsteczki do mającej się wytworzyć całości pojęcia o istocie grypy. Wskutek tego postanowiłem podać do wiadomości krótkie sprawozdanie z panującej u nas w Sochaczewie i w okolicy epidemii influenzy. Sprawozdanie moje nie będzie wyczerpującem i ścisłem, ponieważ my, prowincjonalni lekarze, znajdujemy się w tych nieszczęśliwych warunkach, w których ściśle obserwowanie chorych jest niemożliwe. Jednakże, o ile mogłem, starałem się o szczegółowe notowanie każdego oddzielnego przypadku, a niektórych szczegółów ze swej praktyki udzielił mi łaskawie kol. FERMER. Pierwsze przypadki influenzy spostrzegaliśmy w połowie Listopada r. z. w mieście, lecz wówczas nie myśleliśmy o żadnej epidemii; dopiero gdy choroba rozeszła się po okolicy i gdy coraz większa liczba jednakowo chorych poczęła się trafiać, doszliśmy do przekonania, że mamy do czynienia z epidemiją, mianowicie z grypą. Trzymając się ogólnie przyjętego podziału grypy na trzy główne formy: oskrzelową, czyli nieżytową, nerwową i gastryczną, zauważyliśmy, że najczęściej trafiała się forma oskrzelowa, rzadziej nerwowa, a najrzadziej gastryczna. Mieliśmy również kilka przypadków influenzy, która przedstawiała jedną z powyżej wymienionych postaci, lecz w przebiegu której zdarzały się pewne niezwykle objawy, o których wspomnimy poniżej. Wyrażając to, co powiedzieliśmy, mniej więcej cyframi, dojdziemy do wniosku, że z ogólnej liczby

chorych: 60% przypadało na formę nieżytową, 30% na nerwową, a tylko 10% na gastryczną. Wiek i płeć nie stanowiły żadnej przerwy: chorowały zarówno dzieci od najmłodszych lat, dorośli i starce — z tą tylko różnicą, że dzieci chorowały przeważnie na influencję oskrzelowo-gastryczną. Przebieg epidemii był wogóle bardzo łagodnym, zejść śmiertelnych zanotowaliśmy bardzo mało i to przeważnie u ssawców, lub u osób wycieńczonych, starych.

Przechodzę do krótkiego opisu każdej postaci influenzy.

I. Przy nieżytowej formie grypy głównymi objawami były: ogólne osłabienie, połączone z ciągłym ziębieniem; dreszczu wstrząsającego nigdy nie zauważyliśmy. Kaszel, uporczywy i suchy w początkach, stawał się później wilgotnym, przyczem chorzy wyrzucali znaczną ilość gęstej śluzo-ropnej płwociny. W bardzo wielu przypadkach zauważyliśmy krwioplucie, a w jednym miałem do czynienia z dość znacznym krwotokiem płucnym u osobnika, który przedtem nigdy krwotoków nie miał. Ciężota trzymała się zwykle w granicach dosyć umiarkowanych [38° — $39,5^{\circ}$ C.], tętno natomiast pomimo nieznacznej ciężoty bywało często drobne i znacznie przyspieszone [100 — 130]. Ból w boku zawsze istniał przy oskrzelowej formie influenzy, natomiast ból głowy bardzo rzadko dokuczał chorym. Objawami przedmiotowymi były tylko liczne suche rżenia. W bardzo wielu przypadkach po kilku dniach choroby przyłączało się zapalenie płuc, wtedy wszystkie powyższe objawy potęgowały się, a badanie klatki piersiowej wykazywało znaczne stępienie odgłosu wypukowego, oddech nieokreślony, lub pęcherzykowy zaostrzony i liczne drobne suche rżenia. Zapalenie płuc nosiło charakter nieżytowy (*pneum. catarrhalis lobularis*) i zajmowało przeważnie górne części płuc. Choroba po kilku dniach kończyła się zwykle dość obfitymi potami. Oprócz tego przy nieżytowej postaci influenzy mieliśmy prawie zawsze do czynienia z silnym nieżytem nosa, gardzieli, a czasem i krtani. W jednym również przypadku w przebiegu zapalenia płuc spostrzegaliśmy żółtaczkę (*pneum. biliosa*), która jednakże trzeciego dnia ustąpiła, a dziewiątego dnia chory wyzdrowiał. Po wyzdrowieniu u wszystkich chorych pozostawało zwykle dość długo trwające osłabienie.

II. Nerwowa postać grypy zdarzała się przeważnie u osób starszych, u dzieci nie zdarzyło mi się jej spostrzeć. Objawami były najrozmaitsze nerwobóle, mianowicie: nerwoból nadoczodołowy w wielu przypadkach bardzo uporczywy, nerwoból międzyzębrowy, twarzowy i kulszowy, który najczęściej bywał jednostronnym. Ja sam na sobie spostrzegałem nerwoból kulszowy, chociaż przedtem nigdy nań nie cierpiałem; ustąpił on po dziesięciu dniach, pozostawiając po sobie tylko odrętwienie skóry na tylnej powierzchni prawej dolnej kończyny, aż do pięty. Oprócz tego w bardzo wielu przypadkach występowały bóle reumatyczne stawowe i mięśniowe u osób, które przedtem nigdy na reumatyzm nie chorowały. Stawy przytem nigdy nie były obrzmiałe. W jednym przypadku u chorego, cierpiącego na nerwoból międzyzębrowy, wystąpił w całej pełni półpasiec. W kilkunastu przypadkach u ssawców, a w jednym u 9-letniej dziewczyny spostrzegałem objawy mózgowe, mianowicie: nieprzytomność, rozszerzenie źrenic, wymioty i drgawki, w kilku przypadkach z zejściem śmiertel-

nem. W tych przypadkach sprawa poczyniała się zawsze od objawów rzadziej ze strony płuc, a prawie zawsze ze strony żołądka.

III. Gastryczna forma grypy zdarzała się najrzadziej, a objawami były: brak łaknienia, bóle w dołku, wymioty i uporczywe zaparcie stolca, jakkolwiek w kilku przypadkach spostrzegaliśmy uporczywe rozwolnienie, połączone z boleściami. U ssawców bardzo często przy tej postaci grypy spostrzegaliśmy drgawki.

Nakoniec widzieliśmy jeszcze jedną postać grypy, w której oprócz objawów albo nieżytowych, albo nerwowych, albo żołądkowych, zjawiały się w przebiegu objawy niezwykłe:

1. Pan S., lat 60, zdrow zawsze i silnie zbudowany, dostał nagle dreszczyków, silnego osłabienia i łamania w kościach. Ciepłota 40° C., tętno 120. Lekki ból głowy, odbijanie, mdłości i zaparcie stolca. Kaszel znaczny, suchy. Drugiego dnia wystąpiły plamy na skórze brzucha i klatki piersiowej w niewielkiej ilości [8] podobne do tyfusowych. Czwartego dnia gorączka ustąpiła, plamy znikły, a szóstego dnia chory wstał z łóżka. Przytomność nie opuszczała chorego ani na chwilę, śledziona nie była powiększoną. W kilka dni spostrzegłem jeszcze dwóch podobnych chorych.

2. Dwoje dzieci, jedno 3, drugie 5 lat wieku mające, dostały gorączki [39,4° C.] i wymiotów. Trzeciego dnia na skórze całego tułowia i kończyn, z wyjątkiem twarzy, zjawiała się wysypka podobna do szkarlatynowej, przyczem zjawiał się suchy kaszel i uporczywe rozwolnienie. Ciepłota jednocześnie prawie opadła do stanu prawidłowego, a na piąty dzień wysypka znikła bez najmniejszego łuszczenia się. Chorzy ci mieszkali w jednej miejscowości.

Widziałem jeszcze jednego chorego, który po dwóch tygodniach, jak sam mówił, trwania duszności, dostał zapalenia ślinianek przyusznych (*parotitis*) i jednocześnie nabrzmiało mu lewe jądro. Chory ten w ciągu 4 dni wyzdrowiał. Co się tyczy środków lekarskich, to stosowaliśmy przy grypie chininę, antypirynę, antyfebrinę i salicylan sodu. Ze wszystkich tych środków, jak mi moje doświadczenie wykazało, najskuteczniejszym środkiem, szczególnie w początkach choroby i przy nerwowej postaci grypy, okazał się salicylan sodu, który podawałem w ilości 0,6 grm. co 2 godziny. Chinina okazywała bardzo nieznaczne działanie, a antypiryna i antyfebryna, oprócz przykrego ubocznego działania, żadnego wpływu na chorobę nie miały.

Na zakończenie niniejszego sprawozdania winien jestem dodać, że grypa daje się spostrzegać u nas w rzadkich przypadkach i w obecnej jeszcze chwili, jakkolwiek widocznym jest, że się ma ku końcowi.

II. O BĄBLOWCU SIECI Z PUNKTU CHIRURGICZNEGO, Z OPISANIEM WŁASNEGO PRZYPADKU BĄBLOWCA POJEDYNCZEGO SIECI I KRÉZKI.

Podał

Władysław Matlakowski.

[Dalszy ciąg.—Patrz Nr. 10].

R u c h o m o ś ć guza w przeważnej liczbie przypadków jest bardzo znaczną; jestto jeden z objawów, powiedzieć można, uderzających. Ktokolwiek ma większe doświadczenie we względzie guzów brzusznych, ten pomimowolnie odczuwa mniejsze nawet różnice w stopniu ruchomości guzów; przy bąbłowcach sieci wszyscy jednozgodnie stwierdzają znaczniejszą ruchomość, niż zazwyczaj napotyka się przy innych guzach brzucha; ANNANDALE i FITZ GERALD nazywają guz w swoich przypadkach bardzo ruchomym, LEGG — nadzwyczajnie ruchomym; bardzo znacznie przesuwalnym był on również w przypadku moim, SŁAWIAŃSKIEGO, REIN'a, DOHRN'a, a nawet, co ciekawsza, u chorego ALBERTA-LIHOTZKI'ego, pomimo, że istniał obszerny zrost guza z przednią ścianą brzucha. Małą ruchomość guza pomimo braku przyrostów stwierdził WITZEL u swojej chorej, co jest zupełnie zrozumiałem, zważywszy, iż guz był tak duży, że brzuch kształtem swoim przypominał ciężę *en miniature*, a nadto był u dziecka, u dzieci zaś brzuch jest wrażliwszy na badanie i ściana tężej przylega do guza. Zupełnie także jasnym jest, że nieruchomym był bąbłowiec w przypadku BOUILLY'ego [Nr. 8], ponieważ był jaknajściślej połączony z przednią ścianą brzuszną. Również znaczną ruchomością odznaczał się guz w przypadku PANAS'a, chociaż znajdował się w nadbrzuszu. Największą przesuwalność guzy przedstawiały w kierunku z boku na bok, t. j. z prawa na lewo i odwrotnie; w moim przypadku mogłem guz całkowicie przemieścić z prawej połowy brzucha w lewą i naodwrot zupełnie zepchnąć go na prawo aż do okolicy lędźwiowej; taksamo było w przypadku LEGG'a. Jeżeli guz nie jest zbyt znacznych rozmiarów, to udaje go się przesunąć z równą prawie łatwością i ku górze, to jest z podbrzusza przemieścić w nadpępkową połowę brzucha, przyczem palce swobodnie poniżej dolnej granicy guza wymacać mogą wejście do miednicy małej, niezajęte przez guz. W naszym przypadku ruchomość w tym kierunku była tak znaczną, że guz podsunąć można było górną krawędzią pod łuk żebrowy prawy. PÉAN, wychodząc z teoretycznego punktu, podaje, że ruchomość w kierunku odwrotnym, t. j. z góry ku dołowi jest żadną, lub zupełnie nieznaczną, a to mianowicie z powodu, że sieć za pośrednictwem żołądka ma stałe przyczepienie u góry, które nie pozwala na obszerniejsze przemieszczenie się guza ku dołowi. Jakkolwiek ponętne jest to tłumaczenie, mimo to nie potwierdza go klinika: i tak w moim przypadku mogłem guz znacznie zepchnąć ku dołowi tak, że go wyczuwałem przez sklepienie prawe i przednie; również REIN stwierdził ruchomość we wszystkie stro-

ny. Co do innych spostrzeżeń na nieszczęście autorowie nie zwrócili uwagi na ten ważny objaw, mający, jak to zobaczymy niżej, znaczenie rozpoznawcze dla odróżnienia od guzów jajników i macicy, lub też nie odnotowali go w swoich opisach. W jednym tylko przypadku SŁAWIAŃSKIEGO, gdy było napychać guz ku dołowi, pojawiała się naprężenie nadbrzusza i jakby wciągnięcie, lecz to tłumaczy się zrostem ze ścianą brzuszną. W każdym razie mniejsza ruchomość lub brak jej zupełny w kierunku ku dołowi, zaznaczony szczególnie przez PÉAN'a, pozostaje w swojej mocy podawnemu, lecz ograniczony przez niektóre przypadki co do swojej absolutności. W spostrzeganym przez siebie przypadku mięsaka sieci stwierdziłem w zupełności słuszność tłumaczenia PÉAN'a, gdyż tam przy znacznej ruchomości na boki i ku górze była zupełna nieprzesuwalność guza ku dołowi. Że objaw ten jednak nie może być tak absolutnym, jak go podaje PÉAN, za tem przemawiają codzienne niemal spostrzeżenia raka odźwiernika, przy którym to cierpieniu guz pomimo swojego umieszczenia w żołądku daje się przesuwac ku dołowi wyraźnie, niekiedy nawet znakomicie. Co do wpływu ruchów robaczkowych jelit i żołądka, oraz oddechowych przepony, to takowy nie był dostrzeżony przez autorów; PÉAN nadmienia, że ruchy te nie mają wpływu żadnego, lub bardzo nieznaczący. Nakoniec zmiana położenia ciała musi wpływać na położenie guza w przypadkach jego znacznej ruchomości, chociaż autorowie o tem nie wspominają; przynajmniej u naszej chorej widzieliśmy wyraźne przesunięcie się guza przy umieszczeniu chorej na lewym boku.

Liczba wyczuwanych w brzuchu guzów nie ma ważniejszego rozpoznawczego znaczenia, jeśli ją uważać w odniesieniu do wszystkich przypadków bąblowca sieci; nie gra ona też żadnej roli przy rozpoznawaniu pojedynczych bąblowców sieci. Natomiast może służyć za bardzo ważną wskazówkę w przypadkach mnogich pęcherzy, zwłaszcza jeżeli ich jest bardzo wiele i małych rozmiarów; tu nie znamy innych guzów, któreby pojawiały się w takiej liczbie przy znacznej ruchomości, gdyż guziki rakowe wtórne sieci zupełnie inaczej się przedstawiają. W wielu razach ta ważna, niemal patognomiczna cecha bąblowców mnogich nie może być ocenioną, z powodu, że jeden pęcherz rozrasta się do takich rozmiarów, że wypełnia brzuch i nie pozwala wymacać innych mniejszych pęcherzyków, któreby na naturę jego mogły rzucić pożądane światło.

Wielkość guza nie ma żadnej wagi dla rozpoznania, chociaż przeważnie bąblowce samotne bywają średnich rozmiarów w chwili, gdy chorzy przedstawiają się lekarzowi.

Forma oczywiście bywa nader różną przy bąblowcach mnogich, a inną przy bąblowcu samotnym sieci i nigdzie jaskrawiej nie przedstawia się nam niemożebność podciągnięcia wszystkich guzów sieci pod ogólny opis, o co pokusił się w mistrzowsko skreślonym dziele PÉAN, jak tutaj. Pomijamy bąblowce mnogie, przy których zależnie od liczby, od rozsiania po sieci, od długości szypuła, od rozmaitej wielkości osobnych pęcherzy, od stosunku ich do siebie, kształt guza może być pod macającymi palcami nader rozmaity i nie poddaje się uogólnieniu. Natomiast kształt bąblowców samotnych zasługuje, bądź co bądź, na uwagę. W przypadku ANNANDALE'a guz z kształtu i wielkości podobny do wołowej nerki, leżącej wpoprzek brzucha, w przypadku SŁAWIAŃSKIEGO kulisty,

w przypadku BOUILLY'ego półkulisty, w przypadku LIHOTZKI'ego jajowaty węższym końcem zwrócony ku dołowi, w przyp. REIN'a okrągły, w przypadku PANAS'a kulisty, w przypadku LEGG'a wielkości i postaci nerki, w przypadku WITZEL'a owalny, w moim okrągławo-owalny i spłaszczony. Nadto w przeważnej większości przypadków guz był gładki, bez żadnych nierówności, brzdów i wyrostków, do tego napięty i elastyczny. To, co PÉAN mówi, że najczęściej guzy sieci są nierówne, nieprawidłowego kształtu, niejednostajnej konsystencji w jednym miejscu twarde, jak drewno, w innych miękkie, lub chęłbocące, choć powiedziane w odniesieniu do wszystkich guzów sieci w ogólności, obsolutnie nie stosuje się do bąblowców wogóle, a najmniej do bąblowców samotnych, które posiadają cechy wręcz odwrotne. Ten punkt również wskazuje narówni z liczbą, że usiłowanie skreślenia cech wspólnych wszystkim guzom sieci tworzy tylko sztuczne uogólnienie, nie mające żadnego praktycznego znaczenia.

Przechodzimy obecnie do objawów czynnościowych. Z góry już powiedzieć można, znając małą rolę, jaką odgrywa sieć w ogólnem gospodarstwie ustroju, że bąblowce sieci nie sprawiają prawie żadnych zaburzeń czynnościowych i tą ujemną cechą, nadzwyczajnie ważną dla rozpoznania różniczkowego, odróżniają się bardzo znacznie od wielu kategorii guzów brzusznych. W tym względzie nie mam nic lepszego, jak dosłownie przytoczyć obraz, skreślony przez PÉAN'a: „kiedy się czyta rzadkie obserwacje, dotyczące guzów sieci, uderza nas w istocie nieznacność (*insignifiance*) objawów czynnościowych w pierwszych okresach choroby. Pod tym względem wszystkie spostrzeżenia są do siebie podobne i zdają się skopiowane z jednego i tego samego modelu. Chory nigdy nie cierpiał, cieszył się wybornym zdrowiem, był przyzwoitej tuszy. I co jest najbardziej godnego uwagi w tej łagodności, to to, że jest ona niezależną od natury guza i że można ją widzieć nawet przy guzach złośliwych. U chorego, opisanego przez DESHAYES, gdzie był rak, guz znacznych rozmiarów nie sprawiał żadnych większych zaburzeń w stanie zdrowia, gdy pewnego dnia, bez widocznej przyczyny wystąpiły objawy ciężkiego zapalenia otrzewnej i pociągnęły śmierć w kilka dni. COLLIN przytacza przypadek chorego, u którego po śmierci znaleziono masę tkanki rdzeniakowej wyglądu i wielkości mózgu całego, wyrosłą między przednimi listkami sieci. Chory ten na piętnaście dni przed śmiercią z zapalenia otrzewnej opisany był jako budowy mocnej, dobrego odżywiania i nie doświadczający żadnych dolegliwości, prócz nieokreślonych bóleści od czasu do czasu w podżebrzu, utraty łaknienia i pewnych trudności w trawieniu. U chorego SIMON'a torbiel krwawa (*kyste hématique*), wielkości głowy dorosłego człowieka, wzięta zrazu za pęcherz rozciągnięty przez mocz, trwała 12 lat, nie sprawiając żadnych przypadłości i prawdopodobnie ten stan zadawalający trwałby i dłużej jeszcze, gdyby nie napad cholery, która zgarnęła chorego. Łatwo by nam było pomnożyć te przykłady, ponieważ, powtarzamy, prawie wszystkie ogłoszone spostrzeżenia przedstawiają z małemi odmianami tę samą cechę“. I dalej: „Guz sieci nie ma do pewnego stopnia innego wpływu, jak działanie przez swą obecność: jestto ciało obce, do którego otrzewna przyzwyczaja się i które zaczyna wpływać szkodliwie dopiero wskutek powiększania się guza, w następstwie uderzenia, wskutek nadmiernego

tarcia, nakłucia, jakiegokolwiek urazu, lub zapalenia otrzewnej, przychodzącego bez przyczyny widocznej“. Jeżeli o wszystkich guzach sieci jest to prawdziwe, to szczególnie odniesionem być może do bąblowców sieci, a zwłaszcza do samotnych. W większości, jeżeli nie we wszystkich przypadkach, przedstawiały się jako guzy obojętne, dobrotliwe, jak guzy jajnika, nie wywierając wpływu na czynności żołądka, kiszek, nerek, pęcherza, lub jajników; nie miały też żadnego wpływu na bieg ciąży [w przypadku THORNTON'a i REIN'a]. Najciekawszym, choć nie dotyczącym się sieci, jest przypadek VIRRE'ego, w którym bąblowiec, ważący 942 gramy, przetrwał 45 lat u chorego w przestrzeni pęcherzo-odbytniczej, nie sprawiając żadnych przypadłości *).

Z wyjątkiem bąblowców mnogich, których liczba pomnaża się i przez to szybciej wypełniając brzuch, snadniej i rychlej mogą one spowodować nacisk na trzewa brzuszne i przeponę, bąblowce samotne, najczęściej akefalocysty, rosną powoli i z tej strony nie zagrażają ustrojowi. To, co mówi PÉAN o częstotliwości zapalenia otrzewnej, wywołanego przez guzy sieci, nie może być odniesione do bąblowców, jeżeli przez zapalenie owo pojmować kliniczny obraz. Naodwrot, jeżeli chodzi o waskularyzację, o szybko i wczesnie wytwarzające się zrosty z otaczającymi częściami, w takim razie istotnie bąblowce sieci samotne wyróżniają się ich częstotnością, jakieśmy to widzieli, od innych podobnych do nich z punktu klinicznego guzów jajnika, lecz niestety z powodu niezwyklej ruchomości owe zrosty są zamaskowane i nie mogą posłużyć nam do rozpoznania różniczkowego, a nawet, co gorsza, nie mogą ostrzedz o trudności operacji, do której zachęca właśnie ruchomość i gładkość guza, narażając chorego i operatora na niemiłe niespodzianki.

Zapalenie otrzewnej, jak to powiedzieliśmy, nie stanowi powikłania częstego przy bąblowcu samotnym. Samoistne zapalenie przeszedł chory CIMBALI'ego po kąpieli i dopiero wtedy zauważono guz, podobnie jak w przypadku PÉAN'a. Daleko częściej może ono być następstwem nakłucia; i tak w przypadku SCHEERENBERG'a po nakłuciu przyszło zapalenie otrzewnej, od którego chory zmarł z wyniszczenia; również w przypadku ANNANDALE'a nastąpiło pogorszenie i obostrzenie objawów po nakłuciu i wypuszczeniu płynu. Natomiast przy bąblowcach mnogich częściej zdarzyć się może zapalenie otrzewnej, wystawionej na większe drażnienie przez liczne i ruchome pęcherze. Chora PÉAN'a przechodziła dwa razy bardzo ciężkie zapalenie otrzewnej, tak, że była obawa o jej życie. W przypadku SPENCER-WELLS'a powodem było zropienie i rozkład zawartości pęcherzy, które się zdradzały bolesnością całego brzucha. Również ropną zawartość znalazł w jednym pęcherzu THORNTON, guz przyrośnięty do ściany brzusznej, a chora doznawała dotkliwych boleści w brzuchu. I pod tym tedy względem widzimy różnicę między bąblowcami sieci mnogimi i pojedynczemi.

Ascites nie towarzyszy wcale guzom, o których mowa, co się zgadza z ich obojętnym dla ustroju charakterem; zapewne przy laparotomii można zauważyć pewną ilość płynu w jamie otrzewnej, lecz nie daje się ona określić za pomocą

*) Streszczenie w Ctblatt. f. Chir. 1887 str. 792.

badania klinicznego i nie odgrywa żadnej roli w obrazie choroby. Tylko w dwóch przypadkach zauważono większą ilość płynu swobodnego w jamie otrzewnej, a mianowicie u chorej SP. WELLS'a, u której po otwarciu brzucha wypłynęły wraz z płynem swobodne pęcherze, oraz w przypadku PÉAN'a, który po rozcięciu brzucha wypuścił sześć litrów cieczy ascytycznej; przypadek ten jednak pod wielu względami stanowi wyjątek i nie może służyć za przykład typowego bąblowca sieci.

Drżenie bąblowcowe, stanowiąc samo przez się niezmiernie ważny objaw rozpoznawczy, nie odgrywało dotychczas żadnej ważniejszej roli w klinicznym obrazie bąblowców sieci. W żadnym przypadku torbieli samotnej, a w większości przypadków torbieli mnogich nie dostrzeżono go, choć niektórzy autorowie [BOUILLY, DOHRN] bynajmniej o niem nie zapomnieli przed operacją. W przypadku WELLS'a stwierdzono obecność tego objawu dopiero wtedy, gdy za pomocą przekłucia rozpoznanie bąblowca już nie ulegało wątpliwości.

Wychođenje pęcherzy na zewnątrz. Wyżej już wspomnieliśmy, iż bąblowcowy pęcherz może pęknąć i wtórne pęcherze mogą wysypać się do jamy otrzewnej; klinicznie ta ewentualność nie zdradziła się dotychczas żadnymi objawami; że jednak coś podobnego może się przytrafić pod wpływem wstrząśnienia lub uderzenia w brzuch, świadczy przypadek BANTOCK'a, w którym przy operacji znaleziono ścianę torbieli tak kruchą, że przy ujęciu pękła, a wtórne pęcherze posypały się do jamy otrzewnej. Odchodzenie pęcherzy na zewnątrz może w znakomitym stopniu pomódz do postawienia rozpoznania, jak to było w przypadku BOUILLY'ego, w którym pęcherze odchodziły przez oskrzela; natomiast GEISSEL nie odgadł natury guza, chociaż chora od dziesięciu lat oddawała przez kışkę płyn przezroczysty, wodnisty z błonkami; owszem, rozpoznawszy torbiel wielokomorową jajnika, przystąpił do operacji z fatalnem zejściem.

Rozpoznanie guzów brzusznych należy, jak powszechnie wiadomo, do najtrudniejszych zadań w chirurgii. Dalekobym nas zaprowadziło wyliczanie możliwych i popełnianych w rzeczywistości błędów. Tak doświadczony w tej gałęzi człowiek, jak PÉAN powiada: „*Le diagnostic des tumeurs de l'abdomen, plus encore que celui des tumeurs pelviennes, est souvent entouré d'une obscurité telle que l'attention la plus réfléchie est nécessaire pour l'établir même aux praticiens les plus expérimentés*“. (Avant-propos. III).

Rozpoznanie bąblowca sieci za ledwie w rzadkich tylko przypadkach będzie mogło być postawione nawet przy najstaranniejszem zebraniu i roztrząśnięciu wszystkich objawów właściwych chorobie, bez jednoczesnej dyjagnostyki różniczkowej. Zapewne gdy odchodziły z chorego pęcherze tą lub inną drogą, gdy istnieje wyraźne drżenie, można z wielkiem prawdopodobieństwem, uwzględnwszy objawy i cechy wyżej wyliczone, rozpoznać, że dany guz jest bąblowcem i to sieci bez wykluczenia innych narządów. Widzieliśmy jednak, że w klinice te patognomoniczne objawy bąblowca spotyka się wyjątkowo, a natomiast ma się objawy guza, którego ani natury, ani siedliska same przez się nie cechują bez ścisłego rozbioru punktu wyjścia z innych narządów brzusznych. Przekłucie pęcherza w większości przypadków mogłoby oświecić odrazu co do natury ba-

danego guza, lecz z jednej strony dokonywane grubszym trójgrańcem zamienia się odrazu ze środka badawczego we wcale nieobojętną operację i może pociągnąć zropienie guza [ANNANDALE], lub niebezpieczne zapalenie otrzewnej [SCHEERENBERG], z drugiej nierzadko nie prowadzi do rozjaśnienia ciemności zagadki. Rozpoznanie za pomocą nakłucia wtedy tylko prowadzi do celu, jeżeli udało się wydobyć z płynem albo haczyki, albo charakterystyczną błonkę, złożoną z nader misterynych ostro okonturowanych słoików; już mniej pewne wyciągnąć można wnioski, gdy wydobyło się samą ciecz przezroczystą, jakby wodnistą, która nie daje odczynów na białko, a natomiast z saletrzanem srebra daje obfity biały osad [tak było w przypadku CARTER'a]. Jeżeli jednak zawartość pęcherza uległa zropieniu, zgęstnieniu i zmianom wstecznym, lub pod wpływem pęknięcia doń naczynia krwionośnego [PÉAN] zamieniła się na płyn krwisty, czekoladowy lub brudny, wtedy w braku haczyków i przekłucie nie dopomoże do odróżnienia guza od torbieli jajnika, o co najbardziej chodzi. Nakoniec zarówno gdy pęcherz macierzysty zapełniony jest wtórnymi torbielami, jak i wtedy, gdy zawartość uległa zgęstnieniu, cienką rurką można nie wydostać żadnej zawartości z guza. Czasami zawartość pęcherzy uległa tak gruntownej zmianie, że przy badaniu pośmiertnym nie można postawić właściwego rozpoznania. LABOULBÈNE ⊕) znalazł raz w krążku torbiel wielkości orzecha, zmiętoszoną, żółtawą, a w niej substancję podobną do gęstej żelatyny; dopiero gdy na ścianie dwu innych małych torbieli, siedzących w sieci, odszukał haczyki, wyjaśniła się natura skurczonego i starego bąblowca krążki. W przypadku FREMY ⊕) w krążku znaleziono guz wielkości pomarańczy, napełniony masą tłustą i śmietanową, podobną do kitu szklarskiego.

Z pomiędzy zestawionych przez nas wyżej przypadków bąblowca sieci w pięciu nakłucie próbnym pomogło do postawienia rozpoznania [WELLS, ANNANDALE, dwa razy BOUILLY, CIMBALI]. W innych nie było uskutecznione. Nie może też ono być doradzone jako środek powszechnie stosowany przy guzach jamy brzusznej bez wyboru. Nie mówię już o wypuszczeniu do otrzewnej ropy (*peritonitis saccata*), kału i gazów [guzy rakowe кишки ślepej, poprzeczniczy, i t. d.], o krwotokach, przy przekłuciu grubych naczyń, o wypuszczeniu posoki [stare worki płodowe przy ciąży zamacicznej], lecz nawet przy niewinnych torbielach jajnika, środek ten rozpoznawczy może mieć najfatalniejsze skutki. Wiadomo, jak skrajnie zapatruje się w tym względzie LAWSON TAIT, wykreślając zupełnie przekłucie przy torbielach jajnika, z powodu, że prowadzą one do zrostów. Uwzględniając to wszystko, powiedzielibyśmy, że do nakłucia wolno przystąpić dopiero wtedy, gdy zostały wykluczone za pomocą rozbioru cech klinicznych wszystkie guzy, których nakłucie mogłoby być niebezpiecznym, a gdy mimo to pozostaje wciąż natura guza zagadkową. I w tych razach nawet wolno jest robić nakłucie igłą PRAVAZ'a, lub, co najwyżej, najcieńszą igłą przyrządu POTAIN'a; gdyż wrazie użycia grubszej kaniuli przez pozostałą dziurkę mogłyby się pasorzyty przedostać do jamy otrzewnej, w której zaszczepienie nie należy do niemożliwości.

⊕) Przytoczony w rozprawie AUGAGNEUR'a, str. 48.

⊕) Przytoczony w rozprawie COLLET'a. *Essai sur les kystes du mésentère*. 1884. str. 44.

W kwestyi rozpoznawania trzeba odróżnić dwa, w części tylko identyczne, w części zupełnie różniące się punkty widzenia: naukowy i praktyczny. Podczas gdy z punktu naukowego nie ma ważnego lub mniej ważnego guza i rozpoznanie każdego jest i będzie pożądanem dla osiągnięcia w medycynie zupełnej ścisłości, właściwej naukom przyrodniczym opisowym, z punktu praktycznej chirurgii bez porównania ważniejsze są względy czysto technicznej natury. Gdy chodzi o guz w brzuchu przedewszystkiem najważniejszym dla chirurga jest określenie, czy możliwe jest i z jakim stopniem niebezpieczeństwa wydobycie jego z żywota. Chorego i operatora mniej obchodzi sama natura guza, a przynajmniej o tyle, o ile świadomość jej ze swej strony oświecić go może, również znowu co do możliwości osiągnięcia celu leczniczego. Wszak i przy innych guzach np. mięśniakach macicy, samo rozpoznanie natury guza jeszcze wcale nie przesądza drugiego pytania, ważniejszego, możliwości oswobodzenia odeń chorego. Dlatego też większa część znamion, cechujących mnogiego, lub samotnego bąblowca sieci, wystarcza aż nadto do rozstrzygnięcia sobie tego ważnego pytania. Jeśli mamy guz gładki, elastyczny, bardzo ruchomy, średniej wielkości, niesprawiający żadnych zaburzeń czynnościowych, wyrosły powoli i trwający od lat kilku, a w dodatku ściśle badanie kliniczne wykluczyło choroby najważniejszych dla chirurga narządów [nerek, serca, płuc, wątroby] i cierpień konstytucyjnych [jak niedokrwistość złośliwa, ogólna rakowatość, i t. p.], wtedy operator ma rozwiązane ręce i może działać, choć chirurg pragnąc będzie poznania natury guza. Nie głoszę tu bynajmniej teorii, żeby lekarz skoro tylko dostrzeże w brzuchu guz okrągły, gładki, ruchomy i niesprawiający zaburzeń, natychmiast na ślepo operował, lecz chciałem tylko oznaczyć stopień znaczenia praktycznego, jaki leży w roztrząsaniu i dociekaniu ścisłego rozpoznawania różniczkowego, do którego mamy przystąpić.

Zamiast kolejno porównywać cechy rozmaitych mogących się zdarzyć w brzuchu guzów z bąblowcem sieci, przebieżmy, jak w rzeczywistości postawionem było rozpoznanie w przypadkach, zestawionych w pracy niniejszej:

SCHEERENBERG — torbiel jajnika.

SŁAWIAŃSKI — torbiel jajnika z powodu, że nie mógł wyczuć prawego jajnika, ale nie bez pewnych wątpliwości z powodu, że nie można było wyczuć szipuły mniemanej torbieli i że guz powstał w górnej części brzucha.

TRENDELENBURG-WITZEL — z początku torbiel jajnika.

ALBERT-LIHOTZKY — *sarcoma* tylnej ściany pochwy mięśnia prostego brzucha.

DICK — torbiel jajnika, lub guz sieci.

REIN — torbiel jajnika.

PANAS — NÉLATON i FERGUSSON rozpoznawali raka, PANAS rozpoznał trafnie.

LEGG — z początku nerka ruchoma, lub jej torbiel, lecz potem najprawdopodobniej bąblowiec sieci.

FITZGERALD — zrazu torbiel jajnika, potem możliwość bąblowca sieci lub wątroby.

PÉAN-ROUSSIN — torbiel jajnika.

WELLS — chora przysłana z rozpoznaniem torbieli jajnika.

DOHRN — mięśniaki podsurowicze.



THORNTON — chorą widziało wielu chirurgów i ginekologów, a w ich liczbie WELLS; wszyscy uznali za niezwykle guz jajnika.

GEISSEL — torbiel wielokomorowa jajnika.

MATLAKOWSKI — guz jajnika z pewnemi wątpliwościami.

Rozpoznali właściwie:

BOUILLY — chora oddawała pęcherze przez oskrzela, nakłucie próbne dało w płynie haczyki.

BOUILLY — nakłuciem próbnem wydostano płyn charakterystyczny.

SP. WELLS — nakłucie próbne i drżenie — znaleziono haczyki.

ANNANDALE — nakłucie próbne dwukrotne — płyn z haczykami.

Wreszcie CIMBALI — przy nakłuciu także haczyki.

W innych przypadkach w opisie rozpoznania nie oznaczono.

Widzimy tedy, że w 15 przypadkach rozpoznania właściwego nie postawiono, że guz poczytano w ośmiu z nich za torbiel jajnika, w jednym za mięśniaki podsurowicze macicy, w jednym za mięsaka ściany brzusznej. Tacy znakomici chirurdowie, jak FERGUSSON i NÉLATON, brali bąblowca za raka miękkiego. W innych przypadkach widać w opisie, że po długim wahaniu stawiano rozpoznanie niepewne. Wyznać należy, iż w wielu razach dlatego tylko nie wpadnięto na właściwy trop, że poprostu nie przyszła do głowy myśl o możliwości bąblowca i poprzestawano z niepewnością na rozpoznaniu guza jajnika, choć wiele cech nie zgadzało się z tem rozpoznanem [THORNTON, SŁAWIAŃSKI, ja]. Zobaczmyż teraz, czy możliwe jest odróżnienie tych dwu cierpień przed operacją.

Jeżeli weźmiemy typowy przypadek torbieli jajnika z jednej i bąblowca sieci samotny, tak jak przedstawiał się w przypadkach WITZEL'a, LIHOTZKI'ego, SŁAWIAŃSKIEGO, w moim i t. p., z drugiej strony, to dość łatwo zauważyć pewne, chociaż delikatne różnice, a mianowicie: guz zajmuje przeważnie i stale *mesogastrium*, z prawej lub lewej strony, jest bardziej ruchomy, najswobodniej daje się przesunąć do górnej połowy brzucha, a nawet dosunąć aż do łuku żebrowego, mniej swoboduie lub wcale nie pozwala się zepchnąć ku dołowi, ku spojeniu, a pozostawiony sobie samemu wraca napowrót w pierwotne swoje miejsce, t. j. do *mesogastrium*, będąc nieco bardziej w prawej połowie brzucha. Przy badaniu przez pochwę przy bąblowcu sieci samotnym, idealnie rzeczy biorąc, znaleźć powinniśmy macicę i jej dodatki zdrowe, wyczuć oba jajniki, a przy torbieli jajnika lub mięśniaku podsurowicznym szypułę, której przy bąblowcu samotnym nie ma. Ten ważny objaw powinien odwrócić uwagę od narządów płciowych i popchnąć myśl w innym kierunku. Oczywiście rzecz, iż u mężczyzny rozpoznanie jest łatwiejszem; sądzę, że głównie dlatego tak trafnie w dwu przypadkach postawił TILLAUX rozpoznanie na torbiel krézki, że miał do czynienia z chorymi płci męskiej. U kobiet, bądź co bądź, dla niezmiernej częstości guzów jajnika, musi przede wszystkim myśl zatrzymywać się na nich. Wracając napowrót do bąblowców sieci, przynajmniej do samotnych i przy badaniu zewnętrznem, jeżeli wiotkość i cienkość ściany brzusznej pozwala na to, uniosłszy guz do górnej połowy brzucha, można ręką swobodnie wymacać całe wejście do miednicy małej i również napewno wykluczyć punkt wyjścia guza ztamtąd. Takie jednak typowe przypadki, jakie wzięliśmy do porównania, należą zawsze do rzadkości; oto, w naszym przy-

padku były poważne zmiany perymetryczne, niepozwalające wcale na wymacanie jajników, lub dokładne zbadanie narządów miednicy; oto, SŁAWIAŃSKI nie mógł odszukać jednego jajnika, to znowu w przypadku PÉAN'a chora była bardzo otyłą, a do tego ogromny brzuch wypełniony był, prócz guza, płynem ascytycznym. Niektóre wskazówki PÉAN'a są nader prawdziwe z punktu teoretycznego, lecz zupełnie bezużyteczne w klinice; i tak powiada on słusznie, że guz sieci ma dążność, rosnać, do opuszczania się do miednicy, a guzy narządów płciowych naodwrot, rosnać, podnoszą się z niej i dążą ku górze. Jeżeli inteligentna chora zauważyła tę zmianę położenia, będzie to ważną dla nas wskazówką; nieświadomość jednak i obojętność chorych na to, co w nich się dzieje, stanowi zasadę; a gdy już chory radzi się lekarza, ten nie będzie miał zostawione sobie czekać, aż póki nie dostrzeże, w którym kierunku guz ma dążność rosnać. Dalej PÉAN powiada, że zarówno guzy sieci, jak i guzy jajnika są ruchome w kierunku poprzecznym; lecz, że jest niemożliwym przesunąć guz powstały w małej miednicy aż ku nadbrzuszu, wtedy gdy naodwrot łatwo podnieść do góry guz z sieci. Zapewne w większości przypadków jest tak, i na to należy przy rozpoznawaniu zwrócić uwagę, lecz wcale nierzadko torbiel jajnika, a nawet guz macicy można z całą swobodą przesunąć do góry do nadbrzusza. To, co mówi AUGAGNER [l. c. str. 167], że „*un néoplasme utérin ou ovarien jamais ne pourra être déplacé de bas en haut*“, polega na małej znajomości autora kliniki guzów brzucha. Zawsze tedy najważniejszym objawem wykluczającym pozostanie wykazanie braku związku między badanym guzem i narządami miednicy małej, stwierdzone przy śledzeniu oburęcznym. Jeżeli jednak brać pod uwagę możliwości rzadkie — a wszak tu w ogóle mowa idzie o rzadkich guzach, do jakich należą *par excellence* samotne bąblowce sieci — to i ten objaw nie jest absolutnie pewny, gdyż znane są przypadki torbieli jajnika, które, zadziergnawszy związek z siecią, utraciły połączenie swe pierwotne z więzłem szerokim przez ukręcenie i zaniżenie szyby.

Co się tyczy do bąblowców mnogich, ich rozpoznanie wydaje się łatwiejszem mnogość pęcherzy, ich znaczna liczba, przesuwalność po sobie i po innych trzech brzucha może je uczynić podobnymi jedynie do wyjątkowych torbieli jajnika. Nierzadkie współistnienie pasorzytów w wątrobie, w ścianie brzusznej, wydzielanie przez płuca, przez kiszkę, pęcherz, również ułatwia trudne zadanie lekarza. A szczególnie znowu ważnem jest wykazanie braku związku z narządami miednicy przy śledzeniu obu rękami. Niestety, tutaj właśnie to badanie wystawione bywa na trudności znakomite, czasami nie do ominięcia; oto, właśnie przy bąblowcach mnogich nierzadko niektóre z pęcherzy zajmują dół DOUGLAS'a, inne wyrastają z więzła szerokiego, sadowią się w tkance luźnej około kiszki prostej, pochwy, tak, że uniemożliwiają zoryjentowanie się [przypadki BANTOCK'a, THORNTON'a, DOHRN'a, SP. WELLS'a]. Oto jeszcze jeden przykład.

Przypadek DUEVELIUS'a ⊕): nie wyczuwając jajników, autor rozpoznał guzy, wychodzące z narządów miednicy; po otwarciu jamy brzusznej okazało się,

⊕) Jahresbericht VIRCHOW'a i HIRSCH'a za rok 1886 p. 607.

że to były cztery pęcherze bąblowca, wypełniające w części jamę miednicy; nadto w wątrobie znaleziono torbiel, prawdopodobnie pierwotną, z kąd wtórne dostały się do jamy otrzewnej. [D. n.]

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

6. Janowski. O przyczynach ostrego zapalenia ropnego.

Pan Władysław Janowski, student V-go kursu medycyny, ogłosił w Pamiętniku Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego pracę swą konkursową pod powyżej podanym tytułem. Wynikiem studyjów specjalnych i doświadczeń, przez młodego kolegę przedsiębranych, są wnioski następujące:

Zwykle spostrzegane u chorych ropienie powstaje wskutek działania swoistych drobnoustrojów ropotwórczych. Ustroje te dostają się do ciała ludzkiego ze świata otaczającego przez rozmaite uszkodzenia całości skóry, lub błon śluzowych. Grzybki, o których mowa, nie wywołują ropienia tam, gdzie nie ma osłabienia odporności tkanek żywych, od jakichkolwiek bądź okoliczności zależnego. Pasorzytami, wywołującymi ropienie, są: *staphylococcus pyogenes aureus*, *staph. pyogenes albus*, *staph. pyogenes citreus*, *streptococcus pyogenes*. Wątpliwem dla autora jest ropotwórcze działanie innych pasorzytów, których opisy znajdujemy u PASSET'a, HAROLD'a, ERNST'a i GRAWITZ'a oraz u DE BARY'ego. Pasorzyty ropotwórcze, dostawszy się do ustroju, wywołują: 1-o, działanie miejscowe [ropień] i 2-o, ogólne [objawy gorączki, zależne od rozległości sprawy ropnej]. Ropienie, wywołane przez koki, ma własność szerzenia się; przy coraz to nowych zakażeniach temiż drobnoustrojami wybucha wreszcie ropnica [ropnie przerzutowe]. Działanie pasorzytów ropotwórczych polega na swoistych własnościach wytworów ich przemiany. Produkty te działają w ten sposób na wysięk, że przeszkadzają jego ścinaniu się, a działanie to występuje nawet wtedy, gdy już samych koków nie ma. Terpentyna, rtęć, azotan srebra, kreolina i *oleum Sabinae* mogą „bez udziału pasorzytów“ wywołać ropienie, czego niedokona ani amonijak, ani olejek krotonowy. Tylko, że takie ropienie nie ma własności szerzenia się, a natężenie jego jest proporcjonalne do ilości środka, wprowadzonego zwierzęciu pod skórę i do jego koncentracji, bez względu na usposobienie tkanek [u tego samego gatunku zwierząt]. Nigdy też takie ropienie nie sprowadza ropnicy, ani silniejszego odczynu miejscowego: jest sprawą czysto chemiczną, a ropa, powstała wskutek wstrzykiwań powyższych związków chemicznych, zaszczepiona innemu zwierzęciu, ropienia wywołać nie może.

Kadaweryna, putrescyna, flogozyna i inne dotąd niezbadane jeszcze pod względem składu chemicznego ptomainy wywołują stale ropienie, podczas gdy neuryna, której te połączenia są derywatami, stanowczo działania tego nie wywiera.

R. J.

(Pamiętnik Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego. 1889. Z. III).

7. Kryński. O przyczynach ostrych zapaleń ropnych.

Autor pisał swą pracę jednocześnie z JANOWSKIM w pracowni anatomii patologicznej prof. BRODOWSKIEGO. Wynikiem bardzo licznych doświadczeń jego są następujące wnioski:

Ostre zapalenie ropne jest zawsze i wszędzie wynikiem chemicznego działania ciał. Ciała, wywołujące ropienie, są to: z jednej strony związku chemiczne najróżnorodniejsze, nie mające nic wspólnego z drobnoustrojami, a z drugiej strony wytwory działalności drobnoustrojów. Wśród pierwszych niezawodną własnością ropotwórczą odznaczają się: terpentyna, azotan srebra, rtęć, *oleum*

Sabinae, kreolina i nafta. Drugie, czyli ptomainy, własność ropotwórczą mają wtedy, gdy są użyte w odpowiedniej ilości i stężeniu. Ropienie nie bywa nigdy wynikiem działania wpływów mechanicznych; wywołują one zgorzel.

Drobnoustroje same przez się ropienia nie wywołują. Warunkiem koniecznym ich ropotwórczego działania jest nieprawidłowy stan tkanek, zależny od działania postronnych bodźców szkodliwych, mechanicznych, chemicznych [np. ptomainów] i t. d.. Wpływ szkodliwy drobnoustrojów ropotwórczych na tkankę zasadza się na wytwarzaniu swoistych związków chemicznych. Przy badaniu klinicznym ropy można w niej wykryć obecność pewnych postaci drobnoustrojowych: najczęściej *staphylococcus pyogenes aureus*, *albus* i *citreus*, rzadziej *streptococcus*, czasami zaś *bacillus pyogenes foetidus*. Według obrazu klinicznego nie można sądzić o rodzaju drobnoustrojów, które w danym przypadku wywołały ropienie, a żadna z wyżej wymienionych powyżej postaci drobnoustrojów nie wykazuje dotąd przy badaniu swoistych, odrębnych własności chorobotwórczych. Ropienie, wywołane działaniem badanych przez autora środków chemicznych, odróżnia się od zapalenń ropnych, zakaźnych, ściśsem ograniczeniem sprawy chorobowej i brakiem skłonności do rozprzestrzenienia się wśród tkanek. Objąśnianie zropienia wysięku peptonizacją jego części składowych nie wszędzie da się przeprowadzić. Kwestyja działania peptonizującego, przypisywanego drobnoustrojom ropotwórczym, jest jeszcze niedostatecznie rozstrzygniętą i wymaga nowych badań, równie jak cały szereg kwestyj, dotyczących samej sprawy ropienia, a mianowicie: hystogeneza ropy, fagocytoza i t. d..

(*Kronika Lekarska*. 1889 r. Nr. 9, 10 i 11).

R. J.

TOWARZYSTWO LEKARSKIE WARSZAWSKIE.

Na posiedzeniu klinicznym dnia 5 Lutego roku bież. przedstawił profesor HOYER rzadki preparat macicy w trzecim miesiącu ciąży, gdzie wszystkie błony płodowe były bardzo dobrze zachowane, wewnątrz zaś owodnej widocznym był zarodek; macica prócz tego zasługuje na uwagę jako macica przedzielona (*uterus septus*). Preparat ten zawdzięcza prof. KOSIŃKIEMU: pochodzi on z trupa młodej kobiety, która zmarła z zapalenia otrzewnej wskutek silnego poranienia w młocarni.

Potem kol. MATLAKOWSKI okazał wycięty przez się przy laparotomii preparat, zachowany w całości; operacja przedsięwziętą była wskutek rozpoznania ciąży zamaciczej jajowodowej. Lekarze, którzy widzieli przedtem chorą, zdecydowali, że jeszcze w Listopadzie, przy silnem krwawieniu i bólach odeszła błona, którą uznali za błonę doczesną; operacja dokonana była przed dwoma dniami. Po rozcięciu preparatu przez prof. HOYERA okazało się, że jest to rozszerzony jajowód, wypełniony skrzepami krwi (*haematosalpinx*). Rzecz ta w całości drukowaną będzie w naszym piśmie.

W dalszym ciągu posiedzenia dyskutowano nad przebiegiem grypy w Warszawie. Był to dalszy ciąg dyskusyi, rozpoczętej na zeszłym posiedzeniu.

Kol. SZYSZŁO, zwracając się do czasu, kiedy zaczęły się u nas zjawiać pierwsze przypadki influenzy, sądzi, że w Październiku ich jeszcze nie bywało, a były to zwykle u nas panujące w tej porze przypadki gorączek kataralno-gastrycznych. Jako główne cechy influenzy uważa mówca powiększenie wątroby i śledziony. Przy formach nerwowych miał sposobność obserwować silne nerwobóle międzyżebrowe, po których w 12 już godzin rozwijały się *pleuropneumoniae*. W jednym przypadku widział powikłanie sprawy przez *otitis media*,

z wyciekami z ucha, a w kilka dni sprawa zakończyła się śmiercią wskutek *encephalomeningitis*. Według mówcy, influenza pobudza do rozwoju inne stany chorobowe; tak miał możliwość widzieć po influenzy rozwój choroby BASEDOW'a, z obrzękami nóg; w innym znów przypadku u chorego, mającego przewlekły guz śledziony, ta ostatnia powiększyła się w czasie influenzy bardzo znacznie i sięgała aż do grzebienia biodrowego. Przytacza następnie przypadek obserwowany u 6-letniego dziecka: choroba przebiegała z zawrotami głowy, w 3 dni nastąpiło zdrowienie, poczem jednak w dni kilka wystąpiło zapalenie opon mózgowych, z czego też dziecko umarło. Kol. Sz. jest zdania, że influenza udziela się od osoby do osoby i że koleje żelazne bardzo się przyczyniły do jej szerzenia się.

Kol. SOKOŁOWSKI odpowiada, że już w połowie Października miał w leczeniu pierwszy przypadek influenzy i że potem widział u innych chorych w tym samym domu, o różnym nawet typie w przebiegu. Co do nerwobólów międzyżebrowych, do których się następnie dołączać miało zapalenie płuc i opłucnej, sądzi, że w podobnych przypadkach już od początku na to się zanosić mogło.

Kol. KRYSIŃSKI komunikuje, że miał sposobność obserwowania, iż podczas influenzy rozwijało się pewne usposobienie krwotoczne, np. u kobiet, dotkniętych przewlekłym zapaleniem macicy. Wspomina również o chłopcu 16-letnim, który po influenzy dostał moczenia krwawego, a w następstwie tego rozwinęło się zapalenie błony śluzowej pęcherza moczowego.

Kol. J. KRAMSZTYK uważa za mylne zdanie, podawane przez różnych autorów, że dzieci mało ulegają influenzy. U nas między dziećmi występowała ona bardzo często. Postać przebiegu zawsze była typowo nerwową; zazwyczaj przebieg trwał 1—3 dni, a wyjątkowo 10—12 dni. Spostrzegał zwykle u dzieci silne wypieki na twarzy. Bywały dość często drgawki [w 180 przypadkach widział je 14 razy], nieżyty nosa nie spostrzegał, wysypka była niekiedy, zazwyczaj podobna do wysypki pokrzywkowej, lub szkarlatynowej. Chorób następczych widział mało, a zwłaszcza bardzo mało zapaleń opon mózgowych. W szpitalu miał sposobność widzieć tylko 2 przypadki.

Kol. SZUMLAŃSKI dodaje do opisywanych objawów nadmierną wrażliwość skóry brzucha, nie tylko u kobiet ciężarnych, na co zwrócił uwagę kol. MALINOWSKI, lecz i u nieciężarnych; widział również nadmierną drażliwość skóry na plecach. Co do typu choroby u wielu osób w jednym domu, to ten zawsze powtarzał się jednostajnie.

Kol. CHROSTOWSKI podaje, że pierwszy przypadek widział na Pradze w początkach Listopada. Z objawów najrzadziej widywał zajęcie przewodu pokarmowego; co zaś do chorób następczych, to w 2 przypadkach spostrzegał po influenzy *nephritis*, a w 1 ostrej gościec stawowy, do którego dołączyły się *endocarditis*, *pericarditis*, *pneumonia*, z czego chory umarł. Wreszcie widział również napady *asthma nervosum*, z napadami powtarzającymi się co dni kilka.

Kol. PAWIŃSKI zwraca się w swem przemówieniu do wpływu influenzy na drogę krążenia. Kol. P. widywał u osób, dotkniętych wadami serca, obostrzenie sprawy na wsierdzu. Co do wpływu na sam mięsień serca, miał kol. P. sposobność widzieć powstający pod wpływem influenzy niedoskurcz i napady stenokardyczne. Dwa takie przypadki zakończyły się śmiercią, a w jednym z nich chory jeszcze na dwa tygodnie przed influenzą mógł robić przechadzki parowiorstowe, i wada serca była bardzo dobrze kompensowana. W jednym przypadku, u 18-letniego chłopca wystąpiły po influenzy napady ciężkiej stenokardii; u chorego tego znalazł kol. P. niedorozwój naczyń, tętnice były małe przy bardzo znacznym ich wypełnieniu. Kol. P. jest zdania, że wpływ swoisty zarazka influenzy na serce był bardzo znaczny.

Kol. JAKOWSKI dodaje do poprzednich przemówień, że zdarzało mu się widzieć w jednej rodzinie, mieszkającej razem, po kilka przypadków grypy o typie rozmaitym. Co do wieku chorych, to raz miał sposobność widzieć grypy u 5-miesięcznego dziecka, które zaraziło się od swej mamki. Wreszcie komunikuje, że badając pod względem bakteryjologicznym płyn z opłucnej i płuc, w 3 przypadkach zapalenia opłucnej z wysiękiem surowiczym i zapalenia płuc i opłucnej, które rozwinęły się po grypie, wyhodował we wszystkich 3 razach typowe pneumokoki FRAENKEL'a, co potwierdzonem zostało przez wynik szczepienia wyhodowanych bakterij myszom [w XII. 1889].

Kol. DUNIN twierdzi, że przypadki grypy zdarzać się zaczęły około połowy X, od początku XI było już ich więcej, a najwięcej od połowy tego miesiąca do połowy XII; i obecnie zdarzają się jeszcze, lecz sporadycznie. Kol. D. jest zdania, że nie można szematycznie rozróżniać na zasadzie objawów 3 oddzielnych postaci, są tylko objawy stałe i niestałe. Według mówcy za typowy obraz można uważać to, co nazywają grypą nerwową. Zwraca uwagę na jeden ważny szczegół, t. j. na brak powiększenia śledziony i stanowczo przeczy, aby kiedykolwiek w grypie była powiększoną. Co do chorób następczych, to zapalenie nerek, moczenie krwawe, były to tylko wyjątkowe przejawy; co do powikłań grypy przez zapalenie wsierdzia, to tych nie widywaliśmy tak bardzo dużo; główne powikłania zdarzały się w drogach oddechowych, a zwłaszcza początkowe zmiany w suchotach płucnych bardzo szybko się powiększały i wpływ grypy na przebieg gruźlicy płuc bywał bardzo niekorzystny. Różne są zdania co do związku i wpływu grypy na zapalenie płuc; u nas trudno to ocenić, gdyż grypa przypadała w okresie, gdy zazwyczaj są te zapalenia, które nawet w roku zeszłym nie bywały zbyt ciężkie. Wogóle kol. DUNIN jest zdania, że trzeba być krytyczniejszym w ocenie i wiązaniu różnych spraw chorobowych, przyjmowanych jako powikłanie grypy.

Kol. SZYSZŁO, zwracając się do ilości przypadków grypy w Warszawie zaznacza, że liczbę ich ściśle trudno byłoby oznaczyć, lecz można przyjąć, że prawie połowa ludności uległa epidemii. Nie zgadza się z poprzednim mówcą, aby nie można było przyjąć podziału na 3 oddzielne postaci grypy, gdyż każda z nich, zarówno nerwowa, jak i inne, mają swe cechy wybitne, nie zgadza się również, aby powiększenia śledziony nie bywało wcale i dodaje, że lekarze francuzcy przypisują właśnie wielką wagę jej powiększeniu.

Kol. FABIAN nie sądzi, aby liczba mogła być podaną, gdyż wielu chorych wcale się prawdopodobnie nie radziło lekarzy. Kol. F. jest zdania, że różność objawów i powikłań, podawana tutaj, zależy najprawdopodobniej od tego, że każdy ze specjalistów miał sposobność spostrzegać powikłania, wchodzące w zakres ich specjalności. Zgadza się z kol. DUNINEM, że istniała jedna tylko postać t. zw. nerwowa z różnymi modyfikacjami, sądzi jednak, że śledziona bywała powiększoną, czemu nie ma się co dziwić ze względu na charakter zakaźny cierpienia. Ciekawem jest, że spostrzegano po grypie *morbus Basedowii* mimo tylko pewności, czy była to czysta choroba BASEDOW'a, czy też tylko naśladowająca ją *tachycardia*. Co do poszukiwań bakteryjologicznych, podawanych przez kol. JAKOWSKIEGO, przypomina, że jeszcze przed 8 laty SEIFERT znajdował w płwocinie chorych na grypę koki, bliżej nie określone.

Kol. GURANOWSKI komunikuje, że widział 12 przypadków powikłań usznych po grypie, z których jeden śmiertelny, wszystko u dorosłych. Przeważała forma zapalenia niezłotowego średniego ucha, z przedziurawieniem błony bębenkowej, następującem na drugi lub trzeci dzień. Wysięk bywał przeważnie surowiczy, u 3 chorych z początku krwawy, w 2 tylko przypadkach ropny. Przebieg następczy zapalenia bywał pomyślny. Zapaleniom tym towarzyszył ból bardzo znaczny.

Kol. FREUDENSOHN widział 4 przypadki influenzy ciężkie; 3 zakończyły się śmiercią, dotyczyły one osób ciężko chorych, dołączało się zapalenie płuc i chorzy kończyli życie wśród objawów wyczerpania serca, były to wszystko osobniki, dotknięte gruźlicą płuc, a jeden i gruźlicą krtani. W jednym przypadku chory, człowiek silny, po influenzy zapadł na ostre gruźlicze nacieczenie w płucach, sprawa jednak uległa rezolucji i obecnie zdrow jest zupełnie. Kol. FR. miał sposobność spostrzegać przypadki ciężkie z lekką gorączką i natomiast lekkie z ciepłotą, sięgającą do 40° C.. Stosował przeważnie w leczeniu metodę napotną.

Kol. SOKOŁOWSKI, zwracając stę do przemówienia kol. DUNINA, nie może się zgodzić, aby nie można było odróżniać 3 odrębnych form influenzy; cechy ich były bardzo od siebie różne. Że śledziona bywała powiększoną, dowodem służyć może przypadek sekcyjny, komunikowany przez mówcę na zeszłym posiedzeniu. Wreszcie co do zapaleń płuc i związku ich z epidemią influenzy, nie można tak zupełnie związku tego odrzucać, gdyż uderzała niezwykła częstość i ciężkość ich podczas panowania influenzy. Te same fakty podają w danych ogłoszonych z Moabitu i ze szpitali francuzkich.

Kol. BRUNER MIKOŁAJ zakomunikował, że pierwszy przypadek influenzy widział w początkach XI, był to przypadek zapalenia płuc z ciepłotą sięgającą 40° C., z powiększeniem śledziony. Zgadza się ze zdaniem kol. DUNINA, że mielibyśmy do czynienia z jedną tylko postacią influenzy, z pewną przewagą różnych objawów. Zwraca uwagę na zdarzające się suche zajęcie nosa, krtani i gardzieli, przy czym błona śluzowa była mocno zaczerwienioną i obrzękłą. Kol. KORNIŁOWICZ miał sposobność widzieć po influenzy przypadki nerwobólu: *supra-orbitalis* i *ischias*.

Kol. MAYZEL podaje, że w przypadku moczenia krwawego, wspomnianym przez kol. KRYSIŃSKIEGO, badając mocz, znajdował w świeżym moczu liczne koki, których bliżej określić nie może.

Wreszcie kol. PAWIŃSKI, odpowiadając na przemówienie kol. DUNINA, zaznaczył, że nie widzi żadnej dobrej racji, dlaczegoby trzeba było przeczyć możności powstawania zapalenia wsierdza pod wpływem zarazka influenzy; że zdarzały się one — nie ulega to dla mówcy żadnej wątpliwości, a ważności tego dowodzą i próby badań bakteryjologicznych, podawane przez kol. JAKOWSKIEGO i MAYZLA, gdyż wiadomem jest, że zapalenia wsierdza powstawać mogą pod wpływem działania takich bakteryj, jak *pneumokoki* FRAENKEL'a i inne.

Sprawozdanie z posiedzeń klinicznych w dniach 18 i 25 Lutego r. b. połączonych w jedno ze względu na to, że przeważną ich część zajęło przedstawienie jednego chorego przez kol. M. BRUNERA i dyskusja jaka się z tego wywiązała, co przytoczymy poniżej.

Prócz wzmiankowanego przypadku, mówił jeszcze [17. II] kol. STANKIEWICZ: „O trudnościach, napotykanych przy wydobywaniu większych kamieni z pęcherza moczowego za pomocą cięcia“. Kol. Sr. przedstawił trzy spostrzeżenia. Pierwsze dotyczyło 73-letniego mężczyzny, u którego przy bardzo znacznym wycięczeniu dokonał wyjęcia 7 kamieni małych, jeden zaś duży skruszył przed wydobyciem [ważył on 7 uncyj]; w 3 miesiące rana się zagoiła, chory jednak zmarł w 4 miesiące potem wskutek wycięczenia, spowodowanego cierpieniem nerek. Drugie spostrzeżenie dotyczyło 74-letniego lekarza; z powodu dużej warstwy tłuszczu były wielkie trudności z wydobyciem po cięciu kamieni, który bardzo szczelnie obciążony był przez pęcherz i ważył 6 uncyj; był przed wydobyciem również skruszony. Trzeci przypadek, był to chory lat 30, z przetoką moczową na granicy uda prawego i krocza; znaleziono kamień w szuj-

ce pęcherza; kol. Str. dokonał *lithotomiam medianam*, po uprzednim dokonaniu *brissement forcé* prawego uda tuż około samej miednicy, gdyż udo, będąc w stanie *ankylosis osseae* z kością biodrową [wskutek przebytych w dzieciństwie spraw ropnych w kościach] przeszkodziło dostępowi do krocza; kamień skruszono i wydobyto częściowo. Prócz tego kol. Str. przedstawił guz wielkości jaja kurzego, pokryty tłuszczem, zawierający wewnątrz kamień czarny, mający kształt miedniczki nerkowej; guz znajdował się w okolicy nerki lewej, uważany był za złośliwy, rozwinięty w tkance otaczającej nerkę i prawdopodobnie z nią zlany, chociaż nie było nigdy żadnych objawów cierpienia nerki, ani żadnego krwawienia. Guz ten usunął za pomocą cięcia lędźwiowego; łączył się on z otrzewną za pomocą tkanki tłuszczowej, a z nerką zrośnięty był szczelnie [z przednią powierzchnią dolnej części nerki]; miejsce zrośnięcia przedstawiało tkankę wyraźną, bliznowatą, a sama nerka była cokolwiek więcej zbitą i płaską. Do ostatniego spostrzeżenia dodaje kol. PRZEWÓSKI wynik badania drobnowidzowego owego guza. Okazało się, że części, otaczające kamień, mają jeszcze zachowaną budowę nerki, zachowane kształty kanalików, niektóre z cyliudrami moczowemi, w niektórych znajdowały się cysty; *glomerulae* nie były zachowane. Można sobie tłumaczyć rozwój tego guza dwójako. Albo pewna część nerki uległa wskutek obecności kamienia w miedniczce zmianom wstecznym i uległa w części wyrodnieniu tłuszczowemu; albo też, co może jest prawdopodobniejszem, po stronie lewej istniały dwie nerki [wskutek przemieszczenia prawej na lewą stronę] z oddzielnymi miedniczkami, lecz wspólnym moczowodem, a dolna uległa właśnie opisanym zmianom, t. j. wytworzeniu t. zw. zastępczego tłuszczaka.

Kol. MATLAKOWSKI w dyskusyi przypuszcza, że u chorego z ankylozą kostną, o którym wspominał kol. STANKIEWICZ, istniało rozrzucone ogniskowe zapalenie szpiku kostnego i że blizny głębokie, spostrzegane u tego chorego, były pozostałościami po takiej mianowicie sprawie. Co do owego guza kol M. sądzi, że prawdopodobniejszem jest, iż powstał z oddzielnej nadliczbowej nerki po stronie lewej, za czem przemawiałyby i objawy kliniczne, jak brak w moczu krwi i ropy. Kol. JAWDYŃSKI przechylił się do pierwszego tłumaczenia, t. j., że jest to część zmienionej i oddzielonej nerki, za czem przemawiałyby kształt pozostałej części zdrowej, t. j. że była ona więcej zbitą i spłaszczoną.

[D. n.]

Sprostowanie. W N-rze 9 Gazety Lekarskiej na str. 170 wiersz 11 od dołu, po wyrazach: „przy odległości cewek =“ opuszczono: „około 13 ctm. w przypadkach, w których opona twarda była zachowana w całości, i przy odległości cewek = około“.

Str. 172 wiersz 4 od góry po: „15 ctm.“ opuszczono: „15,2 ctm.“.

W N-rze 10 Gaz. Lek. str. 193 w tablicy wiersz 7 w kolumnie 2-ej zamiast „8“ powinno być: „6“ — wiersz 16 od dołu po wyrazie: „minutach“ opuszczono: „spokoju“.

Str. 194 wiersz 11 od dołu po wyrazach: „ku końcowi pierwszej minuty“ opuszczono: „przy odległości cewek = 14,5 ctm.“. Po przerwaniu dalszego podrażnienia nerwu najmniejszy odczyn otrzymałem: po 1-ej minucie przy odległości cewek = 14 ctm., po 2-eh minutach“.

Str. 196 wiersz 18 od góry, zamiast: „21,5 ctm“ powinno być: „12,5“.

Str. 197 wiersz ostatni, powinno być „doświadczenia moje będą więc mogły znaleźć większe praktyczne zastosowanie“ [resztę opuścić].

W N-rze 11, str. 223 w uwagach powinno być „MAGALHAÉS“.

Str. 226 wiersz 20 od góry. Po wyrazach „przy odległości cewek =“ opuszczono [NB. w rękopiśmie]: „21,5 ctm., po 45 sekundach przy odległości cewek = 21,2, po 1 minucie i 30 sekundach przy odległości cewek = 19,5 ctm., po 2 minutach przy odległości cewek = 19,3, po 5-iu minutach przy odległości cewek = 19,3 ctm., po 8-iu minntach przy odległości cewek = 19,3 ctm., Po przerwaniu drażnienia: po upływie 30 sekund odczyn następuje przy odległości cewek =“.

Str. 226 wiersz 7 od dołu. Zamiast [NB. jak w rękopiśmie]: „sfery ruchowej“, powinno być: „osrodków mózgowych“.