

GAZETA LEKARSKA.

I. SZEŚĆ SPOSTRZEŻEŃ WYSYPKI OSTREJ, PRZYPOMINAJĄCEJ T. ZW. „DENGUE“.

Podał

L. Babiński.

Epidemija influenzy, która przed niedawnym czasem tak szybko przebiegła Europę, pozostawiła lekarzom w spuściznie po sobie wiele nierozstrzygniętych stanowczo kwestyj, co do natury, pochodzenia, charakteru, powikłań i t. d. Pomędzy innemi zwracano uwagę i na stosunek influenzy do t. zw. „dengue“, której samoistne występowanie w Europie zostało zakwestyjonowanem przez znane orzeczenie G. Proust'a; przyjęto bowiem jedynie, iż w niektórych przypadkach influenzy spostrzegać się dają powikłania w postaci wysypek o charakterze polimorficznym.

Okoliczności sprawiły, iż już po ustąpieniu influenzy w Warszawie miałem sposobność spostrzegać w blizkich odstępach czasu i w tej samej dzielnicy miasta kilka przypadków wysypki ostrej, przypominającej, jak to poniżej podany opis wykazać usiłuje, formy t. zw. złagodzonej dengue, jakkolwiek fakt, iż wysypkę tę spostrzegałem już pod nieobecność influenzy w mieście, staje ponieważ w sprzeczności z owem orzeczeniem Proust'a; spostrzeżenia te jednakże osmielam się przytoczyć.

Spostrzeżenie I. W dniu 15. I. r. b. wezwany zostałem do 15-letniej córki pp. B.. Dnia poprzedniego czuła się ona niedobrze; stan ten jednak o tyle nie zaniepokoił troskliwych zresztą bardzo rodziców, że chora odbyła w dniu tym zwykłą przechadzkę, po której miała się nawet chwilowo lepiej; wieczorem jednak poczęła skarżyć się na przelotne bóle, występujące naprzemian w okolicach wielkich stawów. W nocy spała źle, czuła się rozgorączkowaną; bóle w stawach, jakkolwiek chwilowe, dokuczały jej przez noc całą, wraz, jak chora oświadcza, z „uderzeniami do głowy“. Nazajutrz około godziny 10 zrana zaczęła się ukazywać na twarzy wysypka, podobna, według słów matki, do odry. Odwiedzając chorą w parę godzin później, zauważyć mogłem: budowa i odżywianie dobre, ciepłota 38,2° C., tętno 96; chora czuje się w danej chwili dobrze, chciałaby podnieść się z łóżka; bóle i uderzenia do głowy, które jej dokuczały dnia poprzedniego, ustąpiły zupełnie; skarży się jedynie na zrzadka zjawiające się łechtanie w gardle. Na twarzy — wysypka, zajmująca przeważnie czoło, szczególniejszą górną jego połowę, nos, wargi i brodę; w miejscach tych wysypka składa się przeważnie z grudek (*papulae*), wielkości ziarnka siemienia lnianego, barwy czerwonej, dość gęsto rozsypanych. Policzki, w porównaniu z powyższem, prawie wolne od

wysypki; zauważyć bowiem na każdym z nich można po kilka zaledwie plamek (*maculae*), nieco bledszych, pod uciskiem nie ustępujących, a wielkością dosięgających ziarnka grochu. Łącznica i błona śluzowa nosa nic nieprawidłowego nie przedstawiają, przy braku wszelkich podmiotowych objawów nieżyty. Błona śluzowa gardzieli zaczerwieniona, nieznacznie rozpulchniona; na lukach i podniebieniu miękkim zauważyć mogłem niewielką ilość bardziej czerwonych, ściśle ograniczonych, plamek, wielkości łebka średniej szpilki. Na części głowy uwłosionej [o ile to przy gęstych włosach było możliwem], zarówno jak i na uszach, wysypki nie zauważyłem. Na szyi i piersiach wysypka zrzadka [na jednej np. sutce 12, na drugiej 9 plamek] rozszkana: na brzuchu owych plam i grudek więcej zauważyć można. Na kończynach, zarówno dolnych jak i górnych, na obu powierzchniach wysypka ilościowo bardzo nieznaczna [na powierzchni np. lewego przedramienia — 4 plamki]; co do postaci swej również mieszana; wymiary tylko pojedynczych plam może nieco znaczniejsze, szczególnie w okolicach obu stawów kolanowych, gdzie plamy dochodzą wielkości dziesiątki nowego stempla. Na plecach i pośladkach wysypka posiada charakter nieco inny: jest ona tu bardzo gęsta, nie zlewającą się jednak, zabarwienia ciemno-czerwonego, w postaci przeważnie t. zw. *maculae elevatae*; gdzieniegdzie tylko wyróżnić można grudki; tutaj, powiedziałbym, wysypka bardzo przypomina odrę, gdyby nie zanadto ciemne zabarwienie. Dłonie i podeszwy wolne od wysypki, wilgotne; wilgotną również jest cała powierzchnia ciała.

Co do narządów wewnętrznych, to po za lekkim obłożeniem języka, badanie daje wynik ujemny [śledziona niepowiększona]. Wobec powyższych danych zająłem, co do leczenia, stanowisko wyczekujące, ograniczając się na podaniu oleju rycynowego i nieco kwasu solnego.

Wieczorem tegoż dnia ciepłota 37,5° C. przy niezmiennym charakterze wysypki.

Nazajutrz zrana ciepłota 36,9° C., język prawie czysty, wysypka na twarzy zmieniona o tyle, że zabarwienie jej stało się bledszem nieco, a przeważającą wczoraj formy grudek prawie nie ma — przeciwnie, wysypka składa się przeważnie z plamek. Na plecach wysypka straciła charakter wzniesień, natomiast zauważyć mogłem, iż gdzieniegdzie w środku plamek potworzyły się nieznaczne [wielkości łebka od szpilki] wzniesienia, koloru żółtawego, przypominające potówki (*sudamina*). Na kończynach wysypka bledsza; gardło zaczerwienione, wczorajszych jednak plamek zauważyć już nie mogłem.

Dnia 17. I., t. j. 3-go dnia choroby — wysypka, szczególnie na twarzy, znacznie bledsza; wszędzie w postaci plamek; grudek, ani też owych postaci, przypominających potówki, odnaleźć nie można.

Dnia 19. I., t. j. 5-go dnia choroby — wysypka znikła prawie zupełnie; gdzieniegdzie tylko na plecach i pośladkach przy uważnem bardzo wpatrywaniu się zauważyć mogłem blado-sinawe plamki. Chora miała się dobrze, oświadczając, iż nocy ostatniej dokuczało jej swędzenie skóry, szczególnie na twarzy i na szyi. Rano zauważyła, że skóra na twarzy nieznacznie się łuszczyła, co też i na plecach spostrzegłem. Ogólny stan chorej do obecnej chwili zupełnie jest dobrym.

Starać się o wykluczenie w danym przypadku odry, szkarlatyny, ospy, pokrzywki, lub *peliosis rheumatica* — byłoby chyba zbyt czynnem wypisywaniem objawów tych cierpień; ograniczę się więc jedynie do przytoczenia danych, nie pozwalających na rozpoznanie kuru (*roseola epid.*), cierpienia, które opisana wysypka na pierwszy rzut oka poniekąd przypomina. Za dane takie uważałbym: 1-o. Wiek chorej — na kur bowiem zapadają dzieci przeważnie pomiędzy 5 a 10 rokiem życia. 2-o. Brak stopniowego występowania wysypki od głowy

do kończyn i brak ilościowego stosunku pomiędzy wysypką na tułowi, kończynach i twarzy. 3-o. Łuszczenie się naskórka — czego nigdy w kurze nie bywa. 4-o. Stosunkowo za długi czas trwania wysypki. 5-o. Brak epidemii kuru w Warszawie podówczas i dotąd.

Spostrzeżenie II. W dniu 27. I. wezwany zostałem do 9-miesięcznego dziecka p. Z. Dziecko to, karmione przez zdrową matkę, nie przedstawiające żadnych nieprawidłowości w odżywianiu, dotąd jeszcze nie chorowało. Przez 2 ostatnie dni dziecko było niespokojne, nie sypiało w nocy; 3-go dnia wystąpiła wysypka, którą widziałem już po kilkunastogodzinnem jej trwaniu. Ciepłota 37,8° C., Tętno 108. Dziecko nie robi wrażenia ciężko chorego. Język nieco obłożony. Skóra piersi, brzucha, pleców i pośladków pokryta gęstą wysypką, przypominającą na pierwszy rzut oka potówki (*sudamina*); na kończynach i policzkach wysypka bardzo nieznaczna. Dziecko spoczone. Błona śluzowa gardzieli szczególnie w okolicach łuków zaczerwieniona i usiana drobnymi, ściśle ograniczonymi i bardziej [ciemniej] czerwonymi plamkami. Leczenie obojętne. W 3 dni później ojciec dziecka [proszony o to poprzednio] był u mnie z oznajmieniem, iż po 2 dniach wysypka, blednąc powoli, ustąpiła zupełnie, dziecko zaś przestało się pocić, miało się dobrze, chwilami tylko było niespokojne [„jak gdyby je skóra swędziała“]; zauważono również dość znaczne łuszczenie skóry. Wysypka w tym przypadku przypominała najbardziej potówki — uważać ją jednak za takie trudno, zważywszy, iż potówki w ziemie u dziecka zdrowego i staranie utrzymywanego należą do wyjątków i przebiegają zwykle bez gorączki; przytem zmiany na błonie śluzowej gardzieli stanowczo chyba mówią przeciwko potówkom. Odróżnić dany przypadek od reszty wysypek gorączkowych zbytecznem chyba będzie.

Spostrzeżenie III. F., kobieta 34-letnia, odbyła przed 4 tygodniami prawidłowy połóg, z łóżka dotąd bardzo niewiele się podnosiła; uskarża się na brak łaknienia, odbijania, ból w dołku, zaparcie stolca i t. p. objawy niestrawności, trwające od 2 przeszło tygodni; poprzedniego dnia chorą zaniepokoiły lekkie dreszcze i bóle w krzyżu, nogach i rękach, trwające i przez noc całą. Ciepłota 37,7° C., tętno 88. Badanie narządów wewnętrznych nic szczególnego, oprócz obłożonego języka i znacznych zaległości w кишkach, nie wykrywa. Skóra na plecach, pośladkach i tylnej powierzchni ud pokryta wysypką, bardzo gęstą [nie zlewającą się jednak], jasno-czerwonego koloru, w postaci plamek wzniesionych; na piersiach gdzieś, na brzuchu więcej, na szyi zaś, policzkach i kończynach — po kilkanaście zaledwie plamek zauważyć można. W gardzieli — rozlana czerwoność z ciemniejszymi, wyraźnie ograniczonymi, punktami. Cała powierzchnia skóry pokryta drobnymi kropkami potu. Ograniczywszy się do podania chorej środka przeczyszczającego, prosiłem męża o powiadomienie mnie o przebiegu cierpienia, ztąd też wiadomo mi, iż wysypka tegoż dnia jeszcze była na twarzy ciemniejszą, po 2 dniach jednak, powoli blednąc, znikła; chora skarżyła się na swędzenie twarzy i piersi. Łuszczenie, dość wyraźne zauważono. Chora ma się dobrze, poprawa ogólna dość szybko nastąpiła.

Spostrzeżenie IV. W tym samym dniu 1. II. odwiedziłem 28-letnią p. M., która przez całą poprzednią dobę doświadczała ciągłych dreszczyków i bólów, nie nader zresztą silnych, w kończynach i krzyżu; wieczorem, rozbierając się, zauważyła na piersiach i brzuchu obfitą, na nogach zaś i rękach bardzo nieliczną wysypkę w postaci plam czerwonych; na twarzy podobno plam zupełnie nie było; w nocy chora pociła się kilkakrotnie. W chwili moich odwiedzin chora ma się już lepiej: stan bezgorączkowy, bóle prawie zupełnie ustąpiły. Badanie narządów wewnętrznych nic nieprawidłowego nie wykazało. Co zaś do wysypki —

ta w postaci plam blado-różowych zajmowała przeważnie plecy i pośladki; piersi, a szczególnie brzuch również dość gęsto usiane, na twarzy [na brodzie i w okolicy szczęki dolnej] i kończynach po kilkanaście plamek, niczem, oprócz mniej żywego koloru, nie różniących się od wysypki w poprzednio przytoczonych przypadkach. Błona śluzowa gardzieli zaczerwieniona i usiana, głównie na łukach i podniebieniu miękkim, drobnymi, bardziej czerwonymi plamkami. Nazajutrz wysypka znikła, pozostawiając na pewien czas swędzenie i nieznaczne łuszczenie się skóry.

Spostrzeżenie V. Dotyczy ono 46-letniej p. B., którą widziałem dnia 17. II.. Chora skarży się na trwający od kilkunastu dni silny ból w krzyżu; chwilami równie silne bóle występowały w kolanach; bóle te podczas ostatniej nocy dosięgły tak znacznego natężenia, iż rano chora nie była w stanie podnieść się z łóżka; czuła się wtedy [w nocy] również rozgorączkowaną, miała „uderzenia do głowy“; pociła się kilkakrotnie. W chwili, kiedy chorą odwiedziłem, bóle były znacznie słabsze; ciepłota [o 3-ej po południu] 37,9° C., tętno 96. Badanie narządów wewnętrznych dało wynik ujemny. Dłonie wilgotne, skóra pokryta obfitym potem. Plecy, pośladki, brzuch, w mniejszym stopniu piersi, pokryte obficie wysypką, jasno-czerwonego koloru, w postaci drobnych plamek, wielkości ziarenka soczewicy; znacznieszych wahań w wielkości plamek nie ma. Na kończynach górnych wysypka bardzo nieliczna, na powierzchni zewnętrznej łydek nieco obfitsza. Na twarzy kilkanaście zaledwie plamek: na brodzie i na nosie. Na błonie śluzowej gardzieli — takie same, co i w poprzednich przypadkach, drobne, ciemno-czerwone punkciki na tle rozlanego zaczerwienienia w okolicy podniebienia miękkiego i łuków. Nazajutrz wysypka przy nieznacznym swędzeniu i łuszczeniu znikła, chora zaś po tygodniu zupełnie przyszła do zdrowia.

Spostrzeżenie VI. W tym samym dniu zgłosił się do mnie 16-letni uczeń fabryczny, H., zasięgając porady co do wysypki, jaką zauważył na piersiach dnia poprzedniego; w danej chwili H. czuje się zupełnie dobrze; przez parę zaś ostatnich dni dokuczał mu ból głowy, który jednak nie przeszkadzał mu pracować, jak zwykle, w fabryce. Wysypka, przypominająca plamy odry, zajmuje plecy, pośladki i brzuch, mniej piersi; na twarzy kilka zaledwie, na kończynach po kilkanaście plamek. W gardle także same, co i w poprzednich przypadkach, zmiany. Stan bezgorączkowy. Badanie narządów wewnętrznych nic szczególnego nie wykazuje. Po 2-ch dniach wysypka znikła przy nieznacznym swędzeniu i łuszczeniu. Chory nie przerywał zwykłych swych zajęć.

Wszystkie powyższe 6 przypadków spostrzegałem w okresie prawie 4-otygodniowym, a mianowicie pomiędzy 15. I. a 17. II r. b.; co zaś do wspomnianej już kwestyi dzielnicy miasta, w której spostrzeżenia czyniłem, to dodać winniem, iż 2 chore mieszkają na Nowolipkach, 1-na na Smoczej; 1-na na Miłej, 1-na na ulicy Wolność i 1-na na Ogrodowej.

Opisana ostra wysypka, różniąc się dość wybitnie od form powszechnie znanych, posiada niektóre cechy wspólne wszystkim 6 spostrzeżeniom. Za takie ośmielam się uważać:

1-o. Krótki stosunkowo okres zwiastunów, a mianowicie: 1—2; w jednym tylko przypadku kilkunastodniowy.

2-o. Jednakowy prawie [2—4 dni] okres trwania wysypki.

3-o. Łagodny przebieg choroby i szybki powrót do zdrowia.

4-o. Bóle — rozmaite, co do umiejscowienia [głównie w krzyżu i kończynach], ustępujące, niezupełnie jednak, z chwilą wystąpienia wysypki.

5-o. Charakter wysypki — w 1 przypadku polimorficzny, w reszcie jednak składający się przeważnie z plam (*maculae*).

6-o. Poty przy istniejącej jeszcze gorączce i w chwili wykwitania wysypki.

7-o. Okolice, zajęte przez wysypkę; ta bowiem występowała najobficiej na plecach i pośladkach, mniej na brzuchu i piersiach, gdzieś tam zaś tylko na twarzy i kończynach.

8-o. Zmiany na błonie śluzowej gardzieli.

Cechy powyższe, spotykane stale w kilku spostrzeżeniach, dowodzące poniekąd, iż mieliśmy do czynienia z jedną i tą samą formą wysypki ostrej, nie pozwalają jej jednak uznać za niewątpliwą dengę, przynajmniej w tej typowej postaci, jaką znamy z opisów CHRISTOPH'a [D-r PAWIŃSKI—Gazeta Lekarska N. 8]. WERNICH'a (*Real-Encyclop. EULENBURG'a*) i APERY'ego (*Therap. Monat. II. 90*); pomimo bowiem wysypki, nagłego występowania choroby i charakterystycznych bólów, brak nam poważnych zaburzeń gastrycznych, zarówno jak ciężkiego przebiegu, niezwykłego osłabienia chorych i powolnego zdrowienia, t. j. objawów, na które wzmiankowani autorowie silny bardzo nacisk kładą. Zkądinąd jednak pamiętać należy, że owe klasyczne opisy dengi, dotyczą przebiegu choroby na Południu, pytanie zaś, o ile ona w innych warunkach geograficznych w mniej burzliwej, lub wogóle innej, postaci występować może, uważałbym za rzecz, zasługującą na uwagę, już choćby ze względu na zjawianie się form wysypki, podobnych do tej, jaką powyżej przytoczyłem; tembardziej, że słyszeliśmy już głosy [CAGNIAR — w sprawozd. D-ra HERYNGA], przemawiające za współczesnym występowaniem nawet w Egipcie t. zw. „złagodzonej“ dengi.

W końcu niech mi wolno będzie powrócić jeszcze do opisanych przypadków ze względu na jeden szczegół, a mianowicie, owych zmian na błonie śluzowej podniebienia miękkiego i łuków, bez których, co prawda, opisaną wysypkę łatwiej możnaby było przy dobrych chęciach, a zwłaszcza w druku, dopasować do rozpoznania złagodzonej dengi; takich bowiem plam żaden ze wspomnianych autorów nie przytacza; wprawdzie WERNICH wspomina o zwykłym, nieżyto- wem zajęciu gardła, LIMARAKIS znów [APERY] o krwawieniach z gardzieli, dziąseł i t. d..

Wogóle jednak w dostępnych mi opisach dengi, tak niewiele o gardzieli się mówi, iż nie śmiem rozstrzygać, o ile powyższy szczegół za lub przeciw przypuszczeniu dengi świadczy.

Spostrzeżenie VII. Już po opisanu powyższych spostrzeżeń zgłosił się do mnie w d. 10. III. r. b. 35-letni garbarz, zamieszkały przy ul. Smoczej, ze skargami na ogólne osłabienie i przykry ból głowy, trwający od dnia poprzedniego. Badanie chorego wykazało przy stanie gorączkowym [ciepłota 38,3° C., tętno 96] objawy ostrego nieżytu oskrzeli. Do dnia 13. III chory pozostawał w łóżku, gorączkując [rano 37,9° C., wieczorem 38,4° C.] i doświadczając wciąż tego samego osłabienia i bólów głowy, w nieodpowiednim może stopniu do skarg, jakie przy nieżytowych cierpieniach dróg oddechowych od ludzi tej kategorii słyszeć się dają. Odwiedzając chorego w d. 12. III, nic więcej ponad szczegóły, skonstatowane przy pierwotnym badaniu, dostrzedz nie mogłem. Nazajutrz t. j. 13. III. chory poczuł się o tyle lepiej, iż stanął się w ambulatoryjum fabrycznem. Wtedy zauważyłem wysypkę [chory sam nic o niej nie wiedział], pokrywającą nader obficie i jednostajnie plecy, brzuch, piersi; zarówno jak i kończyny, w po-

staci, przypominającej odrę (*maculae elevat.*); twarz zupełnie wolna od wysypki, na szyi — kilka plamek. Błona śluzowa gardzieli jednostajnie zaczerwieniona. Stan bezgorączkowy. Kaszel znikł prawie zupełnie. Wysypka, blednąc powoli, znikła po 2-ach dniach, sprawiając nieznaczne swędzenie. Łuszczenie nader niewielkie. Chory dopiero d. 19. III. mógł powrócić do pracy, czując się wciąż jeszcze osłabionym.

Wzmiankę tę ośmielam się dołączyć ze względu, iż znów w tej samej dzielnicy miasta spotkałem przypadek wysypki ostrej, o charakterze niezdecydowanym, różniącej się zarówno od form powszechnie znanych, jak i powyżej przytoczonych.

Z ODDZIAŁU CHIRURGICZNEGO D-RA WŁ. MATLAKOWSKIEGO W SZP. DZIECIĄTKA JEZUS.

II. TRZY PRZYPADKI R A K A K O Ń C Z Y N .

Podał

Hipolit Oderfold,
asystent oddziału.

Kwestyja złośliwych nowotworów, ich powstawanie, przebieg i t. p. tak dalece zajęła umysły lekarzy, że od kilku lat nie schodzi z porządku dziennego zjazdów lekarskich, specjalnie chirurgicznych. Nie posiada ona jeszcze osobnego wydawnictwa, jakim jest np. wydawnictwo VERNEUIL'a w kwestyi gruzlicy, któreby skrzętnie notowało wszystko, coby rzucić mogło nowe światło na tę ciemną, lecz ważną gałąź patologii. A jednak zarówno gruzlica jak i nowotwory złośliwe, są to choroby, tysiące ofiar corocznie ludzkości wydzierające. Nie roszcząc sobie bynajmniej pretensyi do przyczynienia się niniejszą publikacją do wyświeatlenia czegokolwiek w tej kwestyi, pragnę tylko w myśl poprzednich uwag zanotować 3 odnośne spostrzeżenia, a czynię to tem skwapliwiej, że w literaturze naszej kwestyja raków kończyn prawie zupełnie jest zaniedbaną. Nie możemy sobie z tego powodu jednak czynić wyrzutu, gdyż i literatura zagraniczna pod tym względem nie jest szczęśliwszą. Posiada ona wprawie tu i ówdzie porozrzucaane oddzielne spostrzeżenia, lecz dopiero w r. b. zebrał VOLKMANN (*junior*)¹⁾ materyjał ten w jedną całość, korzystając nadto z nieogłoszonych historyj chorób wielu klinik niemieckich.

Przypadek I. D. 29. VIII. r. z. przybył na oddział Ziel. Ant., gospodarz, lat 53. Podaje on, że od dwu lat cierpi na owrzodzenie lewej goleni, które leczył po swojemu, nie trwając się zbyt o swoją chorobę. Dopiero od roku mniej więcej zauważył, że owrzodzenie to stopniowo zmienia swój wygląd, rozszerza się, cuchnie, tak, iż nie mogąc już władać kończyną, uważał za właściwe teraz dopiero [!] szukać pomocy lekarskiej w szpitalu.

¹⁾ Sammlung klinischer Vorträge. Nr. 334, 35.

Chory prawidłowo zbudowany, licho odżywiony, przygnębiony swoim cierpieniem. Narządy wewnętrzne nie przedstawiają żadnych zbroczeń, prócz lekkiego stwardnienia tętnic; w moczu białka nie ma. Na przedniej powierzchni lewej nogi, znajduje się owrzodzenie, zajmujące prawie $\frac{3}{4}$ całej długości kości, szerokie na 12 cm., głębokie, dochodzące do kości, lecz tej ostatniej nie naruszające, pokryte szarą, brudną, silnie cuchnącą wydzieliną, o brzegach twardych, grubych. Całe owrzodzenie składa się z konglomeratu różnej wielkości guziczków, ułożonych na wzór kalafiora, przy lekkim dotknięciu krwawiących. Gruczoły pachwinowe tej samej strony powiększone, wielkości śliwki, twarde, niebolesne. Wobec rozpoznania raka nogi d. 5. IX. r. z. wykonałem w obecności i przy pomocy D-ra MATLAKOWSKIEGO amputację uda ponad stawem kolanowym. Wobec złego chloroformowania się chorego wyłuszczenie powiększonych gruczołów odłożono na czas późniejszy, co też na 10 dni przed wypisaniem się chorego wykonałem. Rana poamputacyjna zagoiła się *per primam* pod jednym opatrunkiem. Kawalki guza, zbadane przez D-ra PRZEWOSKIEGO, wykazały *carcinoma keratodes*. Chory opuścił szpital z sztuczną kończyną dnia 3 X. roku zeszłego.

W przypadku tym zasługuje na uwagę początek choroby; chory cierpiał na zwykły wrzód nogi, tak często zdarzający się wśród uboższej ludności; wrzód ten z niewiadomej przyczyny przybrał złośliwy charakter; powtórnie — powolny, niezłośliwy przebieg owrzodzenia rakowatego, bez wyniszczającego działania na ustrój, i wreszcie znacznie powiększone gruczoły limfatyczne, w których badanie następcze D-ra PRZEWOSKIEGO śladów rakowatego zwyrodnienia nie wykazało. Są to cechy bardzo charakterystyczne, na co poniżej chcę zwrócić uwagę.

Następujące 2 przypadki zawiązuję D-rowi MATLAKOWSKIEMU, który udzielił mi łaskawie swoich notatek, za co mu niniejszem składam podziękowanie.

Przypadek II. Mastal. Ant., lat 75 włościanka, przybyła na oddział d. 26. IV r. z. z następującą anamnezą: przed rokiem pojawił guziczek na grzbietowej powierzchni prawej ręki między IV i V kością śródreżca; guziczek rósł szybko, wywołując owrzodzenie i rozpad. Przed 4 miesiącami prof. Kosiński wyciął całe owrzodzenie, wkrótce jednak nastąpiła regeneracja.

Przy badaniu znaleziono: chora świetnie odżywiona i zbudowana; wysoka kobieta; posiada prawie wszystkie zęby, włosy nieposiwiałe i gęste. Na grzbiecie prawej ręki znajduje się wielkie owrzodzenie, czerwone, gruczołowatego wyglądu, z wysokimi, czerwonymi, wywinętymi brzegami. Wszystkie palce obumarłe. Ponad obojczykiem gruczoł limfatyczny twardy, płaski, wielkości orzecha; gruczołu łokciowego wymacać nie można; inne gruczoły również nie powiększone. *Lymphangitis* na przedramieniu. D. 30. IV. r. z. wykonał D-r MATLAKOWSKI amputację w górnej $\frac{1}{3}$ części przedramienia. Wyłuszczenie gruczołu. *Prima intentio* pod jednym opatrunkiem. Chora wypisała się d. 17. V. r. z. zdrową.

W powyższym przypadku wobec braku danych, czy chora miała w tem miejscu jaką brodawkę lub bliznę, należy przypuścić, że rak pierwotny rozwinął się na zdrowej skórze.

Przypadek III. Muraw. Teresa, 1. 65, wyrobница, przybyła na oddział d. 9. II. 1885 r., brak zupełny anamnezy, ponieważ chorej po udarze apoplektycznym pozostała niemota. Stwierdzono tylko rakowate owrzodzenie III, IV i V palca stopy. Wyłuszczenie za pomocą sposobu CUORART'a. Drobnowidz stwierdził *carcinoma keratodes*.

A teraz kilka słów o rakach kończyn wogóle.

Wyżej cytowany VOLKMANN, opierając się na zebranych przez siebie 223 przypadkach, dzieli raki kończyn na 3 grupy. Podział ten nie jest bynajmniej dowolnym, lecz opiera się przeważnie na etjologii, nie zaś na ich budowie anatomico-patologicznej, jak to zazwyczaj ma miejsce, gdyż ogromna większość omawianych guzów przedstawia cechy raka rogowatego. Do pierwszej grupy zalicza autor ten raki, powstałe z owrzodzeń najróżnorodniejszego pochodzenia z blizn, z przetok, z miejsc, uległych przewlekłemu zapaleniu i t. p.. Odznaczają się one wyglądem łagodnym, powolnym przebiegiem. Okoliczne gruczoły chłonne bywają zazwyczaj powiększone, lubo powiększenie to rzadko bywa rakowatej natury, a zależy od przerostu gruczołu, prawdopodobnie wskutek wessania produktów rozpadu z powierzchni owrzodzenia. Wygląd ich jest prawie typowym, podobnym do naszego pierwszego przypadku, który przedstawia się typowym tego rodzaju przypadkiem. Raki te stają się niezmiernie rzadko powodem przerzutów: na 128 przypadków widział je VOLKMANN tylko 2 razy. Odnowienie się również bywa rzadko, a jeśli się zdarza, to w pierwszym roku po operacji, nigdy zaś po dwu latach. Chorzy, dotknięci rakiem tej kategorii na kończynie, ludzie zazwyczaj pomiędzy 50—70 rokiem, jeśli nie poddali się operacji, umierają wskutek uwiadu, być może przedwczesnego lub wskutek skrobiowatego zwyrodnienia narządów wewnętrznych, jako następstwa długotrwałego ropienia. Co do leczenia, to, oczywiście, że ono może być tylko chirurgicznym: rzadko wystarcza tu wyskrobanie; częściej już wycięcie całkowite; najczęściej jednak zmuszeni jesteśmy uciec się do poświęcenia części kończyny, *resp.* odjęcia jej, lub wyluszczenia.

Do drugiej grupy zalicza VOLKMANN raki, którym dały początek brodawki lub piętna rodzinne. Należy tu jednak mieć na względzie, czy brodawki te lub piętna, które dały początek rakowi, istniały od urodzenia, czy też powstały w późniejszym wieku. Jest to okolicznością niezmiernie ważną, gdyż od tego zależy ma postępowanie lekarskie: podczas gdy bowiem raki powstałe z tych ostatnich dają rokowanie względnie dobre, mają wszystkie własności raków pierwszej grupy, to powstałe z pierwszych należą do rzędu jaknajgorszych, przebiegających niezmiernie szybko, kończących się śmiercią nieraz już po kilku miesiącach. Przypominają one w zupełności czerniaki (*melano-sarcoma*) tego samego pochodzenia. Z tego też względu i nasze postępowanie winno być bardzo oględnym. Szczęściem, tego rodzaju raki należą do bardzo rzadkich. VOLKMANN'owi udało się zebrać wszystkiego 12 przypadków. Wreszcie objął VOLKMANN w trzeciej grupie raki, powstałe na zdrowej skórze, jak prawdopodobnie w naszym II i III-im przypadku. Mają one przebieg dość łagodny i niczem prawie nie różnią się od raków pierwszej grupy.

II. O BĄBŁOWCU SIECI Z PUNKTU CHIRURGICZNEGO, Z OPISANIEM WŁASNEGO PRZYPADKU BĄBŁOWCA POJEDYNCZEGO SIECI I KRÉZKI.

Podał

Władysław Matlakowski.

[Dokończenie. — Patrz Nr. 12].

Widzimy więc, że tu inne trudności przeszkadzają w postawieniu ścisłego rozpoznania, na którym bardzo zależy, bo w razie operacji chirurg może znaleźć się wobec nieprzewidzianych powikłań i trudności.

Streszczając wszystko, cośmy o rozróżnieniu bąbłowców sieci od guzów jajnika i macicy rzekli, widzimy, że najważniejszym pozostanie, aby chirurg przede wszystkim, stojąc wobec guza brzucha, miał w myśli wszystkie jego rodzaje, a w tej liczbie i bąbłowca, a gdy cechy, które wyżej wyliczono i rozebrano ich wartość rozpoznawczą, naprowadzają go na podejrzenie, że ma do czynienia z czemś niezwykłym, z czemś niezupełnie jasnym, powinien za pomocą nakłucia szprycą PRAVAZ'a postarać się wątpliwości jeszcze w ten sposób rozjaśnić.

Inne kategoryje guzów brzucha bez porównania rzadziej były powodem omyłki. Najprzód, co się tyczy guzów ściany brzusznej, może być jedynie wątpliwość w razie, gdy bąbłowiec jest ściśle z nią zrosnięty. Bąbłowce ruchome przedstawiają powszechnie znane cechy guzów wśród-otrzewnowych. Jeśli tedy mamy ograniczony guz w *mesogastrium*, zrosły ze ścianą brzuszną, a na mocy anamnezy wyklucziliśmy ropień zimny, to w razie niemożności stwierdzenia chęłbotania, pozostaje jedyna droga do trafnego rozpoznania w nakłuciu próbnym, które w tych razach nie zagraża żadnym niebezpieczeństwem; ono jedno potrafi wykazać naturę zawartości torbieli, z zastrzeżeniami, wyżej wymienionemi, a przeto pozwoli nam odróżnić bąbłowca od ropni, guzów stałych, a wreszcie od torbieli pomocownika (*cystides urachi*), na które baczną uwagę zwrócił ROSEK, a o których nie wspomina PÉAN i inni ginekologowie przy rozbiórce dyagnostyki guzów brzucha. Przepukliny smugi i ściany brzusznej, oraz tłuszczaki podsurowicze bardzo znacznie odskakują od rozbieranych przez nas guzów; natomiast tak ciekawe i nierzadkie u kobiet w okresie dojrzałości włókniaki ściany brzusznej szczególniej muszą być miane na uwadze przy odróżnianiu od bąbłowców samotnych, tęgich, napiętych i ze ścianą nieruchomo zrosłych. ALBERT — LIHOZKY byliby uniknęli błędu, gdyby byli uciekli się do próbnej punkcji.

Trzecią kategoryję guzów, z którymi były mieszane bąbłowce sieci samotne, stanowi nerka ruchoma i jej guzy. LÉGG istotnie zrazu brał guz za nerkę ruchomą lub jej torbiel; u mojej chorej pierwsi lekarze, którzy ją badali, rozpoznali nerkę latającą. Przy rozpoznaniu różniczkowym pierwszorzędnej doniosłości będą zaburzenia czynnościowe, możliwość odprowadzenia guza na miejsce

nerki, boczne położenie guza, niemożność przesunięcia go z jednej strony kręgosłupa na drugą, wreszcie wykazanie, że nerki w jej właściwym miejscu nie ma. Gdy PÉAN mówi o „*immobilité presque absolue*“ guzów nerki, to prawdopodobnie zapomniał o nerce ruchomej; a nawet i guzy jej mogą być niesłychanie ruchome, jak świadczy przypadek raka nerki, operowany i opisany przez ORŁOWSKIEGO (1).

Jest jeden niezawodny środek, gdyby inne przy rozprawie chirurga nie wystarczały, do odróżnienia bąblowca od pęcherza moczowego, a tem jest wprowadzenie cewnika, przeto pomijamy ten „guz“ wrzekomy, zarówno jak ciężę, pomimo, że każdy więcej zajęty chirurg miał sobie przysyłane do operacji takie chore. Zaburzenia czynnościowe, jakie sprowadzają guzy kanału pokarmowego [odźwiernika, dolnej krzywizny, poprzecznicy, kiszki ślepej], oraz ich położenie bardziej przy obwodzie brzucha, podczas gdy bąblowce samotne zawsze trzymają się jego środka, również pozwolą łatwo go od nich odróżnić.

Natomiast bliżej rozebrane być muszą bąblowce wątroby i guzy pęcherzyka żółciowego, które dotychczas mniej były uwzględnione w podręcznikach w rozdziałach o rozpoznawaniu różniczkowem. Co do pierwszego, to oczywiście może tu być jedynie mowa o bąblowcu, wyrastającym z dolnej powierzchni wątroby i trzymającym się jej dość wąską szypułą [np. przypadek KRASSOWSKIEGO]; w tych razach nieruchomość górnej części guza, obok ruchomości dolnego odcinka [ruchy bujania, wahadłowe], tępość guza nieoddzielona od tępości wątroby pasem tympanicznym, pozwolą odróżnić dwa różne umiejscowienia tej samej choroby, z wyjątkiem tych przypadków, w których szypuła jest bardzo cienka, a guz względnie duży [przypadek FITZGERALD'a], ale też przy operacji bąblowiec taki nie przyczyni kłopotu operatorowi.

W przeważnej większości guzów pęcherzyka żółciowego nie może być trudności w odróżnieniu od bąblowca sieci już przy powierzchownem nawet badaniu. Lecz mogą być przypadki zebrania się płynu w pęcherzyku żółciowym, w których bez żadnych objawów czynnościowych mamy do czynienia z guzem niesłychanie ruchomym z boku na bok, nawet przesuwalnym na drugą stronę kręgosłupa, niebolesnym, gładkim, tępym przy opukiwaniu, a przy wyciągnięciu i opuszczeniu wątroby nisko leżącym w średnim pasie brzucha, który to guz może dać poważne pole do namysłu co do swojej natury. Przypadek taki opisał BORSUK z mojego oddziału (2). W tych razach nawet ruchomością obszerniejszą ku górze, niż w odwrotnym kierunku, upodobnia się guz do bąblowca samotnego, a nawet ruchami współczesnymi ruchom przepony nie różni się od takichże ruchów, które spostrzegałem na pewnym guzie sieci. Przy pewnej jednak uwadze można dostrzedz, że najprzód ruchy guza, bądź co bądź, są wahadłowe, że przy napychaniu go ku dołowi napręża się i odporniejszym staje się pas między nim i wątrobą, że guz co najwyżej dosięga *mesogastrium*, lecz nie leży niżej, że wreszcie przy wypełnieniu okrężnicy gazem tępość guza nie oddzieloną jest od tępości wątroby.

(1) Gazeta Lekarska r. 1885 str. 331.
oraz Deutsche Zeitschrift f. Chir. XXIII. 1886.
(2) Gazeta Lekarska. 1888.

Pomijam inne rzadkie guzy brzucha [ciężę zamaciczną, *lithopaedion*, torbiele trzustki, guzy zaotrzewnowe i t. p.], jako bardzo różniące się od bąblowca sieci, a przechodzę obecnie do odróżnienia tego ostatniego od torbieli krézki, z którymi łączy go wiele cech podobieństwa. Już PORTAL w 1803 r. zaznacza trudności rozpoznawcze, gdy chodzi o odróżnienie guzów sieci od guzów krézki: praca jego nie zwróciła na się uwagi [HAHN l. c.]. Z rozpoznawaniem torbieli krézki z niewielkimi odmianami sprawa tak się ma, jak przy guzach sieci. HAHN tak je charakteryzuje: „mamy do czynienia zawsze prawie z guzem gładkim, okrągłym, napiętym, elastycznym, który przy staniu chorego leży w linii środkowej ciała nieco na prawo, między pępkiem i spojeniem, który jest tak ruchomy, że już przy badaniu zewnętrznym wyjście z macicy lub jajnika może być wykluczone, o czym przekonywa nas śledzenie przez pochwę lub kışzkę prostą“. AUGAGNEUR, który sobie zadał niewdzięczną pracę scharakteryzowania wszystkich guzów krézki jako całości, tak mówi [l. c. str. 158]: „*La multiplicité des symptômes que peuvent offrir les tumeurs du mésentère, leur banalité, qui les fait rencontrer dans la plupart des tumeurs abdominales, rend en tout très difficile le plus souvent le diagnostic d'un néoplasme mésentérique*“. TILLAUX \ominus), wychodząc z punktu teoretycznego, najzupełniej uzasadnionego, uważa za najważniejszą cechę guzów krézki interpozycję kışzki, zdradzającą się odgłosem tympanicznym przy opukiwaniu. Tymczasem AUGAGNEUR zaznacza, że klinicznie objaw ten ani razu nie był napotkany. Przytoczyliśmy wyżej przypadek CARTER'a, w którym nie było owej interpozycji jelita między guzem i ścianą brzuszłą. Rzecz szczególna, w klinicznym opisie przypadku TILLAUX ∇) nie ma wcale wzmianki, jak zachowywał się guz przy opukiwaniu. W przypadku bąblowca krézki wielkości głowy dorosłego człowieka, opisanym przez SUTHERLAND'a Δ), rozpoznano wpochwienie kışzki, tymczasem przy sekcji znaleziono jej zgorzel, lecz o interpozycji nie ma wzmianki. W przypadku HAHN'a kışzka, jak kołnierz, otaczała guz krézkowy, ale go nie pokrywała od przodu. Jeden tylko WERTH \blacktriangle) stwierdził obecność pętlki jelita przed guzem. PÉAN [l. c. str. 1105], opisując stosunek torbieli krézkowych do kışzki, wyraża się w ten sposób, że: „*une portion seulement de la surface antérieure de la tumeur est libre, bien qu'elle soit elle - même en partie masquée par les anses intestinales enclâssées dans divers sens à sa périphérie, comme si elles faisaient corps avec les faces latérales de la tumeur*“. To co wyżej powiada przy odróżnianiu guzów sieci od guzów krézki [„*tumeurs épiploïques offrent presque toujours une disposition étalée et en plaques, tandis que celles du mésentère sont mieux limitées et habituellement globuleuses et maronnées*“], nie ma żadnej wartości w odniesieniu do bąblowców sieci wogóle, a do samotnych w szczególności, które absolutnie przedstawiają się inaczej. Mimo swojego doświadczenia, PÉAN, trzy razy natrafwszy na torbiel krézki, trzy razy wziął ją za guz jajnika.

\ominus) Collet l. c. str. 34.

∇) Ibidem l. c. str. 45.

Δ) Ibidem str. 45.

\blacktriangle) Archiv f. Gynaekologie. 1880, Str. 321.

To, co AUGAGNEUR powiada, że guz sieciowy, choć ruchomy z początku, utraci ten objaw dość prędko skutkiem szybkości, z jaką zrosty przymocują go do ściany brzusznej, nie wytrzymuje krytyki faktów, gdyż część znaczna bąblowców sieci nie przyrasta do ściany brzusznej, a nawet zrośnięcie z nią może go nie pozbawić ruchomości, czego dowodem przypadek ALBERTA — LIHO-TZKY'ego.

Po tej wycieczce w dziedzinę guzów krężki, przychodzimy z czytelnikiem, jak mniemam, do tego wniosku, że w razie umieszczenia bąblowca lub wogóle torbieli w krężce, tylko interpozycja pętlic kiszek między guzem i ścianą brzuszną, lub wyśledzenie niezbite jelita ustalonego przez zrosty po obwodzie guza, ale w każdym razie w jego granicach określonych przez macanie, jest w stanie posłużyć do odróżnienia go od bąblowca sieci. Wrazie gdy tego stosunku kiszek do badanego guza czy nie ma, czy też klinicznie wykazać nie można, mimo skierowanej na ten punkt szczególnej uwagi przy wielokrotnem badaniu, ze wstydem trzeba zgodzić się na zdanie HAHN'a, że „eine Differentialdiagnose zwischen Netz- und Mesenterialkyste sicher zu stellen, dürfte wohl kaum möglich sein“.

Nakoniec przy odróżnianiu bąblowca sieci od innych guzów sieci właściwie mieć się może na myśli tylko raki i mięsaki, które długi czas mogą zachowywać się jak niewinne guzy, nie sprawiając charłactwa, przerzutów i t. p. Gdy doszły do tego okresu łatwo je rozpoznać po wyniszczeniu, po zaburzeniach czynnościowych, po obecności *ascitidis*, lub płynu krwistego, tak charakterystycznego dla nowotworów złośliwych błon surowicznych. Bez porównania trudniejszym będzie rozpoznanie w okresie łagodnym, szczególnie jeżeli mamy do czynienia z t. zw. *epithelioma omenti* [*carcinoma coloideum* dawniejszych autorów], dla którego sieć stanowi miejsce ulubione i gdzie dorasta nieraz kolosalnych rozmiarów [do kilkudziesięciu funtów]. Zarówno ta forma, jak i rak rdzeniowaty, przedstawiając się w kształcie ognisk, rozsianych w sieci guzików, *areol*, napełnionych cieczą klejowatą, mogą przy macaniu przedstawić się podobnie jak bąblowiec mnogi. Łatwiejsza sprawa, gdy chodzi o odróżnienie od bąblowca samotnego, który swoją gładkością, okrągłością, doskonałą jednostajnością konsystencji znacznie różni się od nieregularnej postaci, niejednorodnej twardości, miejscami chełbocącej, miejscami twardości jak deska, od nierównej powierzchni, na której wyczuwa się rowki, zagłębienia i karby przy raku i mięsaku, choćby był tylko guz pojedynczy i również ruchomy, jak bywa bąblowiec.

Grzeźki sieci odgrywają rolę podrzędną w ogólnym obrazie gruzlicy otrzewnej, która w ostatnich czasach włączoną została do dziedziny chirurgii, a przeto cechy właściwe gruzlicy tej błony surowiczej wystarczą do uchronienia od pomyłki.

Leczenie operacyjne bąblowców sieci nie różniło się w ogłoszonych przypadkach niczem od znanych zabiegów operacyjnych przy innych guzach jamy brzusznej.

Przekłucie (*punctio*) zastosowane było w trzech przypadkach, z pomiędzy których w dwóch [LEGG'a i PANAS'a] nastąpiło wyleczenie, lecz właśnie dzięki

temu przypadki te nie są zupełnie pewne co do umiejscowienia bąblowca; natomiast w przypadku SCHEERENBERG'a po nakłuciu nastąpiło zapalenie otrzewnej, po którym chory zmarł, co dało możność zbadania stosunków torbieli do trzewów brzusznych. Wogóle biorąc, nakłucie powinno znaleźć bardzo ograniczone zastosowanie dla przyczyn, o których mówiliśmy już wyżej przy rozpoznawaniu, nie mówiąc o niebezpieczeństwach; nie zawsze prowadzi ono do wyleczenia, czego dowodzi przypadek ANNANDALE'a, w którym opróżniony worek nanowo zaczął się napełniać.

W kilku przypadkach, gdzie znaleziono worek zrośnięty z przednią ścianą brzucha, ograniczono się do prostego przecięcia (*incisio*) i przedrenowania jamy [SŁAWIAŃSKI]; niezupełnie zrozumieć można, dlaczego SŁAWIAŃSKIJ w swoim przypadku przyszywał brzegi torbieli do brzegów cięcia w ścianie brzusznej, podczas gdy wyraźnie wspomina o ściśnięciu jej zroście z tą ostatnią. Chociaż WITZEL sposób ten zaleca, mimo to jest on niegodziwy dlatego, że wymaga długiego czasu do zagojenia się rany [w przypadku SŁAWIAŃSKIEGO 3 miesiące] oraz, że może pozostawić niczem nie dające się powstrzymać uszkodzenie do przepukliny. Czy do tej grupy zaliczyć także przypadek BACKHOUSE'a, nie możemy stanowczo orzec dla lakoniczności notatki, z której czerpaliśmy o nim wiadomość, a w której powiedziano tylko, że bąblowiec został rozcięty i przedrenowany.

W trzech przypadkach [ANNANDALE, WITZEL-TRENDELENBURG i FETIERSTON] po otworzeniu jamy otrzewnej i znalezieniu nieprzyrośniętej do ściany brzusznej torbieli, postąpiono z nią sposobem SAENGER'a—LINDENMANN'a, który przy bąblowcach wątroby pozyskał sobie prawo obywatelstwa (t. zw. *einzeitige Incision*). Zapewne w razach, gdzie natrafia się na niepokonane zrosty, których oddzielenie narazić może życie chorego, wszycie torbieli w ranę brzuszną i opróżnienie jest sposobem łatwym i prostym, lecz narówni z poprzedzającym podpada pod zarzuty wyżej wymienione, i zawsze uważać go należy jako *malum necessarium*. Ponieważ torbiel może być zrośniętą z kiszka [jak było w moim przypadku], przeto sposób ten, wytwarzający po zagojeniu się powrózkowate połączenie jelita ze ścianą brzuszną, nosi w sobie nadto uszkodzenie do uwięzienia wewnętrznego, a do tego może skutkiem ropienia w torbieli spowodować krwotok i przedziurawienie kiszki, jak było w przypadku CIMBALI'ego, lub krwotok i zapalenie otrzewnej, jak w przypadku CARTER'a; tymczasem oba te przypadki, sądząc z opisu, w rękach doświadczeńszych operatorów prawdopodobnie mogły być uratowane przez wycięcie torbieli i zaszywanie brzucha. Sposób bowiem ten, podobnie jak dawny sposób zewnątrz-otrzewnego traktowania szypuły torbieli jajnika, nosi w sobie niebezpieczeństwo zapalenia otrzewnej. FITZGERALD, znalazłszy połączenie torbieli z prawym płatem wątroby, właśnie postąpił w ten sposób, że utworzoną szypułę utwierdził w ranie szpilkami i osiągnął wyleczenie, lecz zawsze sposób to nie do polecenia. Również wedle tej samej metody chciał postąpić PÉAN, lecz na szczęście dla chorej, a ku nauce operatora, szypuła okazała się za krótką, aby mogła być umocowana w ranie brzusznej przy bardzo grubej ścianie, przeto PÉAN zmuszony był ją wpuścić do jamy otrzewnej i dzięki temu chora wstała 12-go dnia po operacji.

W pozostałych przypadkach [5 bąblowca samotnego: BOUILLY, DICK, ALBERT-LIHOTZKY, REIN, MATLAKOWSKI, oraz w 15 bąblowca mnogiego WELLS'a 2, PÉAN, THORNTON, BOUILLY, BANTOCK, ROWAN, DOHRN, RINGS, GEISSEL] po zrobionej laparotomii starano się usunąć bąblowca w całości. Sposób ten jest jedyny do zalecenia jako najpewniejszy, prowadzący do wyleczenia w najkrótszym czasie i nie pozostawiający usposobienia do przepukliny, do zamknięcia kieszek i t. p. Zarzut, jaki mu czyni WITZEL, że w pozostawiony defekt po wycięciu guza może dostać się kiszka i spowodować uwężenie wewnętrzne, łatwy jest do odparcia, gdyż dziurę w sieci zaszyć można bez trudności, a pozostawienie w brzuchu masy materyjału do podwiązania i szycia nie pociąga za sobą żadnych następstw, jak tego dowodzą wycięcia odźwiernika, kiszki, guzów jajnika i macicy, byle tylko materyjał używany do szycia i wiązania był absolutnie pewny pod względem aseptycznym. Sposób ten w razach, gdzie bąblowiec jest samotny i zrosnięty tylko z siecią, może być niezmiernie łatwy [przypadek DICK'a]; w innych, w których istnieją liczne zrosty ze ścianą brzuszną, z kręzką, a zwłaszcza z kiszka, jest bardzo mozolnym, zawsze jednak przy starannej dysekcji uda się guz zpośród trzew usunąć. Natomiast przy bąblowcach mnogich sieci wypadnie za przykładem THORNTON'a, PÉAN'a, BOUILLY'ego, podzielić sieć na szypuły i nie tracąc czasu na wyłuszczenie z niej oddzielnych pęcherzy, obciąć ją ponad miejscem ich przytwierdzenia. Jeżeli przytem istnieją jednocześnie bąblowce w jamie miednicy małej, w dole DOUGLAS'a, w wątrobie, operacja może być bardzo zmuDNA, długa, a nawet w pewnych razach niezupełną. Tak w przypadku RINGS'a nie udało się wydostać wszystkich pęcherzy; BANTOCK pozostawił nietkniętymi pęcherze wyrastające z wątroby; podobnie postępował SPENCER WELLS w dwóch niezmiernie trudnych i powikłanych przypadkach. Samo się przez się rozumie, że w miarę liczby pęcherzy, rozrzuconych po różnych narządach jamy brzusznej, a zwłaszcza w narządach miednicy małej, w miarę liczby i obszerności zrostów, kruchości ścian worków, w miarę zmian zawartości pęcherzy ich zropienia, gnicia i t. p. trudności piętrzą się nie do pokonania, operacja staje się niebezpieczną i kończy się śmiercią. Takie zejście było w przypadku RINGS'a, GEISSEL'a i SPENCER-WELLS'a. Jeżeli do tych dodamy przypadek SCHEERENBERG'a, to razem otrzymamy 4 zejścia śmiertelne na 21 przypadków operowanych wogóle; co się zaś tyczy bąblowca samotnego, to na 10 operowanych było tylko jedno zejście śmiertelne po nakłuciu.

NOTATKI LEKARSKIE.

2. Leczenie przewlekłej gruźlicy płucnej za pomocą gorącego powietrza.

Na początku roku przeszłego często spotykaliśmy się z ogłoszeniami o nowym, dość oryginalnym sposobie leczenia gruźlicy. Wiadomo, że laseczniki Kocir'a na sztucznej glebie dobrze rozmnażać się mogą jedynie przy ciepłocie 37,5° C., że już przy 38,5° C. rozmnażają się powoli, a przy 42° C. rozmnażać się przestają. Fakty te, zdobyte w laboratorium, pobudziły D-r L. WEIGER-

r'a ¹⁾ do powzięcia śmiałej myśli niweczenia laseczników gruźliczych, gnieźdzących się w płucach, za pomocą powietrza o wysokiej ciepłocie. W tym celu sporządził autor przyrząd, składający się z dwóch blaszanych dzwonów nierównej wielkości: mniejszy znajduje się wewnątrz większego, a górne ich ściany łączą się za pomocą dwóch rur otwartych. Pod mniejszym dzwonem umieszczamy płomień gazowy lub naftowy, który ogrzewa jego ścianę. *resp.* powietrze, zawarte między tą ostatnią, a ścianą dzwonu zewnętrznego. Powietrze to doprowadza do ust chorego rura, wychodząca z górnej ściany dzwonu zewnętrznego. Dwie rury, wspomniane wyżej, stanowią drogę, przez którą gazy, tworzące się w palenisku, wydostają się nazewnątrz. Ciepłotę powietrza, przeznaczonego do oddechania, wskazuje termometr, umieszczony w rurze doprowadzającej. Tak się przedstawia przyrząd W. w ogólnym zarysie ²⁾.

Autor metody doprowadza ciepłotę powietrza wdychanego od 150° C. do 180° C., a niekiedy nawet do 200° — 250° C..

Powietrze wydechane ma mieć wtedy, jak utrzymuje W., około 45° C., czyli ciepłota powietrza w płucach musi być wyższa nad 45° C.. Według zalecenia W., chory oddecha gorącym powietrzem dwa razy dziennie z początku po $\frac{1}{2}$ — północy po 2 godziny. O wynikach leczenia, otrzymanych omawianą metodą, opowiada W. w sposób następujący: duszność i kaszel znikają; ilość plwociny w ciągu kilku pierwszych dni powiększa się, potem się zmniejsza, w końcu plwocina przestaje się wydzielać; gorączka ustępuje; łaknienie wzrasta; sił przybywa; sprawa w płucach gaśnie [objawy nieżyty gina, jamy się zablizniają i t. d.]; waga powiększa się [zwykle dopiero w końcu leczenia]; znikają włókna sprężyste z plwociny; znikają wreszcie i laseczniki Koch'a. Czegóż jeszcze więcej żądać można?

Metodę WEIGERT'a, w zasadzie mało obiecującą, z góry dyskredytowały szumne ogłoszenia w gazetach ³⁾. Nie mniej jednak ze względu na przedmiot tak ważny, jakim jest leczenie gruźlicy należało proponowaną metodę sprawdzić i wydać o niej wyrok ostateczny. To też dziś metoda ta posiada już swoją literaturę. Jedni, jak prof. KOHLSCHUETTER ⁴⁾, BOWIE ⁵⁾, de RENZI ⁶⁾, wyrażają się o niej dość pochlebnie; inni, a do tych należą: TRUDEAU ⁷⁾, ROSENFELD ⁸⁾, KORKUNOW ⁹⁾, MOESER ¹⁰⁾ — albo nie widzieli przy stosowaniu metody W. żadnej poprawy, albo też zauważyli tak niewielką różnicę w stanie zdrowia swoich chorych, że ta nie może być uważaną za dowód skuteczności leczenia.

UGOLINO MOSSO i ALIPPIO RONDELLI ¹¹⁾, oraz di VESTEVA ¹²⁾ usiłują rozstrzygnąć zasadniczo kwestyję użyteczności omawianej metody. Dwaj pierwsi autorowie przekonali się na zwierzętach, że nie może być mowy o tak wysokiej ciepłocie w płucach, jak to sobie obiecuje WEIGERT [45° C.], skoro na przykład ciepłota, mierzona w tchawicy psa, oddechającego powietrzem, ogrzanem do 160° C., wynosi 37,8° — 39,3° C.. Di VESTEVA ¹³⁾ wykazał doświadczalnie, że po-

¹⁾ Przyrząd WEIGERT'a, sprowadzony od Windlera z Berlina, kosztuje 130 marek.

²⁾ „Heilung der bacillären Phtisie“ i t. d. [Berl. klin. Woch.].

³⁾ Die Schwindsuch u. dereu Heilung. In populär gemeinverständlicher Darstellung. 1889. Berlin.

⁴⁾ Intern. klin. Rundschau. Nr. 51. 1888.

⁵⁾ Intern. klin. Rundschau. 1889. 11 März.

⁶⁾ Münch. med. Woch. 1889. 17 Sept. [ref.].

⁷⁾ Ctblat. f. klin. Med. 1889. Nr. 43 [ref.].

⁸⁾ The Medic. Record. 1889. 28 Sept. [ref.]

⁹⁾ Allg. med. Cent. Zeit. 25 Sept.

¹⁰⁾ Wracz. 1889. Nr. 43.

¹¹⁾ Berl. klin. Woch. Nr. 52.

¹²⁾ Riv. gen. italian. di clin. Med. 27 Marca. 1889. [ref.].

¹³⁾ La Riforma Med. z Lipca; 1884 [ref.].

wietrze gorące, po odbyciu drogi tak długiej, jak od ust do pęcherzyków płucnych, przy stykaniu się z wilgotną powierzchnią dróg oddechowych ostygnąć musi: ciepłota w płucach wynosiła 40° C. wtedy, kiedy chory oddechał powietrzem o ciepłocie 200° C..

Nasze spostrzeżenia obejmują 6 przypadków przewlekłej gruźlicy płucnej, leczonych metodą WERTGERT'a w klinice dyagnostycznej w ciągu 1—2 miesięcy. Z tych 3, jako ściślej spostrzegane, pozwolę sobie tu przytoczyć.

I. W. 32 lat wieku, były telegrafista. Rozpoczęto leczenie d. 26. X. 89. Budowa średnia; wychudnienie, ciepłota waha się przed rozpoczęciem leczenia od 37°—37,5° C. rano, do 38°—39,3° C. wieczorem; tętno 90; oddechów 21; wzrost 180 ctm; waga 57,5 klgrm. [przed miesiącem waga 60 klgrm.]. Skargi: kaszel, ból w piersiach, osłabienie; nad ranem obfite poty. W. jest chory od lat 10; kilkakrotnie zdarzało się krwioplucie; po raz ostatni przed 1½ miesiącem; objawy gorączkowe trwają kilka miesięcy; przed 3-ma laty przechodził przymiot; ostatnimi czasy dopuszczał się nadużyć płciowych i w napojach; jednocześnie miał złe warunki życia [głód]; ojciec kaszle. Przy badaniu poszczególnych narządów znaleziono: klatka piersiowa wązka, objawy zgęszczenia u szczytu prawego płuca wraz z poczynającym się rozpadem [stępienie, oddech oskrzelowy, głos bardzo wydatny, trzeszczenia]; kaszel częsty; plwocina nieznaczna [44 ctm.] zawiera t. zw. komórki z pęcherzyków płucnych i laseczniki KOCH'a drobne, bez zarodników, niebardzo liczne; łaknienie dobre; wypróżnienia prawidłowe. D. 5. XI. *Gingivitis*. Przerwano leczenie. D. 9. XI. *gingivitis* ustąpiło — rozpoczęto na nowo leczenie. D. 26. XI. t. j. po miesiącu leczenia stan chorego W. przedstawiał się, jak następuje: wychudnienie bardzo znaczne — większe, niż przed miesiącem; waga 56 klgrm. — mniejsza o 1,5 klgrm.; kaszel, poty — jak przed leczeniem; ilość plwociny potroiła się [150 ctm]; morfologiczne jej składniki pozostały te same; ciepłota 5-go dnia leczenia podniosła się do 40,8° C., następnie przedstawiała te same wahania, jak przed leczeniem; sprawa miejscowa w płucach pozostała bez zmiany.

II. A. 26 lat wieku, malarz pokojowy; leczenie rozpoczęto d. 39. X. 89. Budowa średnia, wzrost 147 ctm.; waga 66,2 klgrm. [przed miesiącem 26,7 klgr.]; ciepłota waha się przed rozpoczęciem leczenia od 37 — 37,2° C. rano, od 37 do 38° wieczorem. Skargi: kaszel, duszność, ból w piersiach, dreszcze wieczorami, obfite poty po śnie; choruje drugi rok; objawy gorączkowe zaczęły się 1½ roku temu; w ciągu ostatnich 6 miesięcy kilkakrotnie krwioplucie; przed tą chorobą na zdrowiu nie zapadał; *excessus in Baccho et in Venere*; matka umarła na suchoty; warunki życia niezłe.

Klatka piersiowa długa, międzyżebra szerokie, doły nadobojczykowe zapadnięte. Objawy zgęszczenia i rozpadu w obu szczytach płucnych [stłumienie, oddech nieokreślony, głos bardzo dobitny, *subcrepitationo consonans*], oraz poczynającego się rozpadu w całym lewym płucu (*crepitationo*); kaszel męczący; plwocina w ilości 225 ctm. z obfitym osadem zawiera t. z. komórki z pęcherzyków płucnych i nieliczne laseczniki gruźlicze; łaknienie niezłe; wypróżnienia prawidłowe.

D. 26. XI. 1889. A. podczas oddechania gorącym powietrzem doznał nagłe zawrotu głowy, uczucia gorąca w całym ciele, głuchoty, niemożności mówienia, w końcu drgawek. Po obejrzeniu przyrządu okazało się, że dzwon wewnętrzny przepalił się w jednym miejscu, i że wskutek tego chory zatruł się produktami, powstałymi przy paleniu się gazu, ogrzewającego przyrząd. Objawy otrucia po 3 godzinach przeszły. D. 28. XI, t. j. w miesiąc po rozpoczęciu leczenia, stan chorego w porównaniu ze stanem z d. 30. X. niewątpliwie pogorszył się: wychudnienie większe, waga o 4,7 klgrm. mniejsza, ilość plwociny podwoiła się [450 ctm.], inne objawy pozostały bez zmiany.

III. S. 19 lat wieku, terminator szewcki; rozpoczęto leczenie d. 25. X. 1889. Budowa bardzo wątła; wielkie wychudnienie; tętno 102; oddechów 18;

ciepłota rano 37,2—37,7° C., wieczorem 38,3 — 38,5° C.; wzrost 165 cm.; waga 49,5 kgm. [na miesiąc przedtem 49,8 kgm.]. Skargi: mocny kaszel; brak sił; choroba rozpoczęła się $\frac{1}{2}$ roku temu; w ciągu tego czasu powtarzało się kilka razy krwioplucie; przed 8 czy 9-iu laty przechodził zimnicę, rok trwającą. Ojciec i siostra zmarli na kaszel. Dwa lata terminuje w Warszawie; przez ten czas sypiał pod schodami [klatką schodową], gdzie było duszno, zimno i wilgotno.

Klatka piersiowa bardzo wązka, okolica nad i podobojczykowa prawa zapadnięta; łopatki mocno odstające (*sc. alatae*); objawy zęszczenia górnego płatu prawego płuca i wielkiej jamy pod prawym obojczykiem [odgłos tępy, pod obojczykiem *bruit de pot felé*, zmiana odgłosu WINTRICH'a i GERHARDT'a; oddech oskrzelowy, przelewanie i t. d.; zrost opłucnej z obu stron, płwocina w ilości 63 cm. składa się ze zbitych kłębow (*sp. globosum*) i zawiera włókna sprężyste, złuszczone nabłonki płucne i wielką ilość drobnych gruzliczych laseczników.

25. XI. t. j. po miesiącu leczenia wychudnienie bardzo znaczne, [większe, niż przed rozpoczęciem leczenia]; waga 46,7 kgm., t. j. w ciągu miesiąca zmniejszyła się o 2,8 kgm. Ciepłota 5-go dnia leczenia podniosła się do 39,6° C., zresztą były wahania, jak przed rozpoczęciem leczenia. Sprawa w płucach bez widocznej zmiany; kaszel. Ilość płwociny potroiła się; w płwocinie znajdują się laseczki gruzlicze w ilości bardzo znacznej.

W pozostałych 3 przypadkach niewątpliwej gruzlicy dłużej leczonych [po 2 miesiącach], lecz mniej ściśle obserwowanych, nie udało mi się zauważyć żadnej poprawy.

Zestawiając nasze, acz nieliczne spostrzeżenia, z wynikami, osiągniętymi przez innych, przychodzimy do wniosku, że metoda WEIGERT'a nie daje wyników, któreby upoważniały do przedsięwzięcia dalszych prób.

A. Chęłmoński.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

8. Huchard. O nowym objawie embryjokardji, jego znaczeniu pod względem rozpoznania, rokowania i leczenia.

Embryjokardją autor nazwał nowy, pierwszy raz przez się spostrzegany objaw, towarzyszący wielu chorobom ostrym i zakaźnym, mający szczególnie ważne znaczenie dyagnostyczne i prognostyczne i pozwalający dosyć wczesnie zrobić rokowanie prawie zawsze niepomyślne.

W stanie prawidłowym pierwszy ton serca jest przytłumiony, przedłużony jakby głęboki; drugi zaś krótki, jasny, jakby powierzchowny. Między obu tonami ma miejsce krótka, po drugim zaś tonie długa pauza. Gdy uderzenia serca są tylko przyspieszone, t. j., gdy mamy do czynienia z tachykardją, wtedy dźwięk i natężenie obu tonów pozostają niezmienione, tylko tak krótka jak i długa pauza krócej trwają. Przy tachykardji przyspieszenie tętna jest do wysokiego stopnia posunięte; embryjokardja zaś może mieć miejsce bez zbyt znacznego przyspieszenia uderzeń serca. Charakterystycznymi objawami embryjokardji są: 1) przyspieszone uderzenie serca, 2) podobieństwo dźwięku i natężenia obu tonów serca, 3) równe trwanie obu wyżej wymienionych pauz.

Co się tyczy przyspieszenia uderzeń serca, *resp.* tętna, to wiadomo, że ono ma oddawna ważne znaczenie prognostyczne szczególnie przy tyfusie, przy której to chorobie, jak to zauważył jeszcze ANDRAL, przyspieszenie tętna nie jest w prostym stosunku do podniesienia ciepłoty ciała: często przy ciepłocie nawet 41° C. mamy zaledwie 70 uderzeń tętna. Przy embryjokardji uderzenia serca są zwykle bardzo częste 140, 160 i więcej uderzeń na minutę; tętno jest

słabem, falistym, drżącym, niemiarowym, przepuszczającym; później staje się nitkowatym, niewyczuwalnym. Należy jednak przy ocenianiu częstości tętna, *resp.* uderzeń serca, być ostrożnym; łatwo bowiem popaść można w błąd: tętno może uderzać 60 do 80 razy na minutę, gdy serce uderza 140 lub 160. Na niezgodność, w mowie będącą, autor zwrócił uwagę przed 18 laty w przypadku zapalenia mięśnia sercowego przy ospie i tłómaczył ją tem, że serce nie jest w stanie przy wszystkich swych skurczach przepchnąć krew do tętnic obwodowych.

Ważniejszymi od przyśpieszenia uderzeń serca przy embryjokardji są 2 inne wyżej wspomniane objawy, t. j. podobieństwo dźwięku i natężenia obu tonów serca, szczególnie zaś zupełnie równe trwanie wielkiej i małej pauzy, co czyni tony serca podobnymi do tik - tak zegarka, a jeszcze bardziej do uderzenia serca u płodu (*caractère foetal — rythme foetal*). Charakter ten tonów serca był objawem dotąd mało znanym, choć posiada on ważne znaczenie dyagnostyczne i prognostyczne; wskazuje on na istnienie zapalnego stanu mięśnia serca i nadmierne obniżenie ciśnienia w tętnicach, a z drugiej strony pozwala najczęściej przepowiedzieć śmierć.

Współcześnie z wyżej wspomnianymi objawami embryjokardji zauważyć można zastoje krwi w trzewiach i na obwodzie, nawały krwi do płuc, wątroby, bialkomocz i t. p. I na skórze mają miejsce zastoje: twarz staje się siną, kończyny zimne, ciepłota pod pachą spada, choć wewnętrzna jest bardzo wysoka. Przy dalszem trwaniu embryjokardji uderzenia serca stają się coraz bardziej niemiarowymi, natężenie tonów zmniejsza się coraz bardziej, aż do zniknięcia i chory umiera szybko przy objawach uduszenia (*collapsus cardiaque rapide*), lub też wolno skutkiem stopniowego ustania krążenia krwi w sercu i naczyniach (*collapsus cardiaque lent*).

Embryjokardja może być chwilową, co wskazuje na rokowanie ciężkie, lecz nie zawsze śmiertelne, lub stałą (*permanent*), wiele dni trwającą i kończącą się zawsze śmiercią. Embryjokardja nie jest swoistą dla tyfusu: występuje ona przy wielu innych chorobach, jak przy zapaleniu płuc, zapaleniu błon mózgowych, gruźlicy płuc i w ostatnim okresie różnych charłactw. Występuje ona najczęściej w przebiegu choroby [tyfusu], dosyć często wcześniej; może jednak pojawić się choć rzadko w okresie wyzdrowiania, jakto autor miał sposobność widzieć w przypadku tyfusu, zakończonym w okresie wyzdrowiania śmiercią przy objawach uduszenia.

Zobaczmy teraz, jaki jest sposób powstania i co stanowi istotę embryjokardji. BERNHEIM ¹⁾, który w r. 1882 opisał tak zwaną postać sercową (*forme cardiaque*) tyfusu i który w pracy swego ucznia WILLEAUME'a ²⁾ istnienie tej postaci stwierdza, odnosi pewne objawy właściwe dla tej postaci do działania jadu tyfusowego na nerwy serca. Teoryja ta wyłącznie nerwowa jest niezadawalającą.

HUCHARD czyni zależnymi objawy embryjokardji z jednej strony od osłabienia serca, spowodowanego zmianami w mięśniu sercowym, a z drugiej od nadmiernego obniżenia ciśnienia w tętnicach, spowodowanego zmianami w narządzie tętnicznym.

Co się tyczy zmian w mięśniu sercowym, to one mają miejsce nie tylko przy tyfusie, lecz i przy innych chorobach gorączkowych; autor wraz z D-rem DESNOR'em jeszcze w r. 1882 opisał zapalenie mięśnia sercowego przy ospie (*myocardite variolique*).

Niebezpieczeństwem jednak nie leży wyłącznie w sercu, lecz i w naczyniach, a głównie w nadmiernym obniżeniu napięcia w tętnicach, spowodowanem zmianami w naczyniach. Zmiany te przy tyfusie zostały jeszcze w r. 1869 opisane

¹⁾ Congrès pour l'avancement des sciences. 1882.

²⁾ Sur la forme cardiaque de la fièvre typhoïde. Thèse. 1887.

przez HAYEM'a, a następnie przez BARIE'go, MARTIN'a, LAUDOUZY'ego i SIREDEY'a. W jednym przypadku tyfusu brzuszego spostrzeganym przez autora, a zakończonym śmiercią przy objawach embryjokardji M. WEBER, asystent autora przy szczegółowem badaniu drobnowidzowem, znalazł niewielkie zmiany w mięśniu sercowym, lecz za to zapalenie znacznego natężenia w tętnicach serca.

Ze wszystkich chorób, tyfus ma największą tendencyję do obniżenia ciśnienia w tętnicach. POTAIN wykazał to za pomocą sfigmomanometru; wykazują to zresztą: osłabienie tonu rozkurczowego w aorcie, przyspieszone i dwubitne tętno i rytm płodowy uderzeń serca.

Dla łatwiejszego zrozumienia, że embryjokardja jest zarazem objawem sercowym i naczyniowym, należy sobie tylko przypomnieć, co oznaczają oba tony serca: siła pierwszego tonu zależy od siły skurczów serca, siła drugiego tonu od napięcia w tętnicach, z czego wynika, że osłabienie obu tonów serca oznacza zmniejszenie siły skurczowej serca i zmniejszenie ciśnienia krwi w tętnicach. Za pomocą zatem klinicznej obserwacji przychodzimy do przekonania, że przy embryjokardji tak serce jak i naczynia uległy poważnym zmianom czynnościowym, a anatomija patologiczna wykazuje w sposób niewątpliwy patologiczne zmiany w mięśniu sercowym i mniej lub więcej rozprzestrzenione zapalenie tętnic.

Sposób powstania i istota embryjokardji naucza nas, jakie wskazanie lecznicze mamy do wypełnienia przy embryjokardji.

Niebezpieczeństwo jest współcześnie w sercu i w naczyniach; należy zatem podnieść energiję serca i napięcie w tętnicach za pomocą dwóch środków: kofeiny, działającej na serce i ergotyny, działającej na naczynia.

Najlepiej stosować oba te środki w postaci wstrzykiwań podskórnych.

Naparstnica okazała się nietylko bez wpływu, lecz szkodliwą przy embryjokardji, co zależy, zdaniem autora, od wysokiego stopnia zwyrodnienia mięśnia serca przy embryjokardji, przy którym to zwyrodnieniu naparstnica zawsze jest szkodliwą. Gdyby zresztą nawet nie była ona szkodliwą, to na działanie jej zbyt długo należałoby czekać w przypadkach embryjokardji, wymagających szybkiej pomocy.

Feliks Arnstein [Kutno].

(Wyjątek z obszernego dzieła: „Leçons de therapeutique et de clinique medicales de l'hôpital Bichat.—Maladie du coeur et des vaisseaux“. Paris, 1889, str. 917).

TOWARZYSTWO LEKARSKIE WARSZAWSKIE.

[Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 12].

Początek posiedzenia z dnia 17. II. zajęła demonstracyja kol. M. BRUNERA i część dyskusji, dalszy ciąg której zajął całe posiedzenie następnego dnia 25. II. r. b.. Przypadek ten dotyczył chorego, liczącego lat 38, oficjalisty zakładu gazowego, który przed 4 miesiącami został uderzony w głowę szyną żelazną, ważącą 16 pudów. Chory przedtem alkoholu nie nadużywał, a przymiotu nie przechodził. Po uderzeniu 2 dni był nieprzytomny, a 5 dyi bez mowy. Stopniowo występowały coraz to cięższe objawy. W kilka dni po wypadku przybył do szpitala Dzieciątka Jezus z bólem krzyża, osłabieniem kończyn dolnych i przytępieniem czucia skórnegó, lecz bez ataksji, z głuchotą ucha prawego i podwojnem widzeniem. W 3 dni później występuje porażenie prawej strony twarzy i rozszerzenie źrenic ze słabem oddziaływaniem, zawroty głowy. Dziesiątego dnia po wypadku prawa źrenica znacznie się rozszerzyła, 18-go zjawił się silny ból w czole i zupełna utrata czucia lewej ręki i nogi, w 24 dni daltonizm. W 3 tygodnie chory przeszedł do szpitala wolskiego, gdzie zauważono silne wzmoże-

nie odruchów ścięgniętych, chód spazmodyczny i zniesienie czucia mięśniowego [padanie przy zamknięciu oczów]; ból głowy ciągle się wzmaczał i zajął stopniowo prawie całą prawą połowę. W 3½ miesiąca po uderzeniu, po którym pozostała bolesna blizna na *sutura lambdoidea* po stronie prawej, przybył chory do szpitala ewangelickiego z ptozą na obu oczach, z utrudnionemi i bardzo ograniczonymi ruchami gałek ocznych, ze skotomatem ośrodkowym prawego oka, lekkiem lecz wyraźnem porażeniem lewej połowy ciała; źrenice były już wyrównane, śladu porażenia prawej strony twarzy nie znalezione; natomiast zauważono anestezję nietylko lewej połowy ciała lecz i prawej strony twarzy oraz wielką trudność mówienia. W kilka dni, według słów kol. BRUNERA, dołączyła się p a d a c z k a JACKSON'a, która stopniowo staje się coraz cięższą. Stan umysłu zawsze jest trzeźwy. Za dotknięciem do blizny wywołać zawsze można napady padaczki korowej. Zestawiając cały przebieg choroby ze stanem obecnym chorego, istotę cierpienia przypisuje kol. BRUNER z jednej strony większym lub mniejszym wylewom krwawym, które po części uległy wessaniu, po części zaś spowodowały lub powodują coraz to inne ogniska rozmiękczenia, z drugiej zaś strony możliwemu wstrząśnieniu ośrodków całej grupy nerwów na podstawie czaszki leżących (*par contre-coup*). Co do umiejscowienia, przypuszcza mianowicie uszkodzenie z podrażnieniem najwyżej leżącej części obu z a w o j ó w o ś r o d k o w y c h p r a w y c h, obejmujących rowek ROLAND'a, uszkodzenie tylnej części *capsulae internae*, uszkodzenie jądra nerwu podjęzykowego, zrazu potylicowego prawego i wzgóřka wzrokowego prawego.

W dyskusyi kol. MATLAKOWSKI zaznaczył, iż rozpoznanie ściśle jest tu bardzo trudnem ze względu na mnogość i różnorodność objawów. Sądzi, że bezwątpienia muszą tu zachodzić zmiany materyjalne, gdyż rzecz rozwinęła się po obrażeniu, a zbiór objawów chorobowych ciągle się rozwija i powiększa. Sądziłby, że może dałaby się tu zastosować interwencyja chirurgiczna. Nadmieniam, że miał sposobność operowania w jednym przypadku, gdzie padaczka JACKSON'a zależała od rozrośniętych ziarnin PACHION'a; wyciął je przed i po za rowkiem ROLAND'a; chory zmarł po operacyi wskutek wylewu krwistego do zawoju BROCA.

Kol. Z. KRAMSZTYK sądzi, że w przypadku kol. BRUNER'a zaburzenia wzrokowe zależeć mogą tylko od zaburzeń ośrodkowych, a mianowicie na korze mózgowej. Wypowiada również przypuszczenie, czy interwencyja chirurgiczna nie mogłaby tu być korzystną.

Kol. SZTEYNER nie sądzi natomiast, aby przypadek ten nadawał się do interwencyi chirurgicznej. Wobec tak skomplikowanych objawów ruchowych, czuciowych i ze strony zmysłów można chyba przypuścić, że mamy tu do czynienia z neurozą traumatyczną.

Kol. ROTHE sądzi, że pierwotne zmiany, bez wątpienia materyjalne, nastąpiły najprawdopodobniej w okolicy *gyrus praecentralis*, uszkodzenia odrazu musiały być większe. Czy nie można tu przypuścić, że nastąpiło pierwotnie pęknięcie lub np. odluszczenie małej blaszki kostnej, i że ta wywołała zmiany w istocie korowej. Biorąc pod uwagę teorię MEINERT'a o włóknach assocyjacyjnych w mózgu, wychodzących z uszkodzonego miejsca i idących przez czepiec i drogę pęczków piramidalnych, mogliśmy może wytłómaczyć sobie taką wielką różnorodność objawów.

[D. n.]

Do dzisiejszego N-ru Gaz. Lek. dołącza się bezpłatnie dla wszystkich prenumeratorów „Katalog dzieł nowych“ księgarni E. Wende i S-ka za miesiąc Luty, oraz „Katalog nowych książek“ za Styczeń, Luty i Marzec księgarni T. Paprockiego.