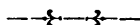


GAZETA LEKARSKA

I. PRZYCZYNEK DO LECZENIA PORONIEŃ, osnuty na tle 250 przypadków.

Podał

D-r Mikołaj Warman [Kielce].



W położnictwie mało napotykamy kwestyi tak spornych, jak traktowanie poronienia. Jedni, jak: BREUNECHE, HEINRICIUS, DUEHRSEN, upatrują w pozostawianiu w jamie macicznej zawartości jej — jaja płodowego — jawne niebezpieczeństwo dla zdrowia i życia chorej i oprócz krwotoków przewidują następce upośledzenie inwolucyi macicy; inni zaś, jak: SCHROEDER, WINCKEL, OLSHAUSEN, CHAZAN, wierzą na zasadzie danych anatomicznych i klinicznych w zupełną „*restitutio ad integrum*“. SCHROEDER (1) wprawdzie zaleca sztuczne wydzielenie jaja płodowego i pojedynczych jego części, ale tylko gdy one po całkowitem oddzieleniu się siłami natury znajdują się w szyjce macicznej, w przeciwnym razie należy pochwę tamponować gazą jodoformową, czyli trzymać się metody wyczekującej. WINCKEL (2) stanowczo odrzuca wszelkie czynne traktowanie poronienia; DUEHRSEN (3) zaś do połowy 3-go miesiąca zna tylko ostrą łyżeczkę, a KLEINWAECHTER (4), FEHLING, NIJHOFF (5), STRATZ (5), TER-GRIGORIANZ (7), KUPPENHEIN (8) hołdują wyłącznie postępowaniu czynnemu.

Znamy wiele sposobów traktowania poronienia; mamy do dyspozycyi wiele rękoczynów i środków farmakologicznych: skutkiem tego łatwiej jest w każdym pojedynczym przypadku zgubić się w tym chaosie, aniżeli racjonalnie wszystko to wyzyskać.

Okoliczność ta bardzo wiele zależy od tego, że często nie jesteśmy w stanie, a mianowicie w początkowych okresach poronienia, należycie rozpoznać całej sprawy, a jeszcze bardziej przewidzieć przebiegu jej; inaczej mówiąc, nie możemy z całą stanowczością uważać objawów, nasuwających nam myśl o poronieniu, jak: krwawienia, bólów, nawet przy względnie nieraz znacznem otwarciu zewnętrznego ujścia macicznego, za wynik poważnej przerwy w spójni, łączącej płód z organizmem matki i będącej anatomiczną podstawą poronienia.

Jeszcze trudniej jest wyrobić sobie pojęcie, w jakim stanie znajduje się płód, jak również uchwycić moment etyologiczny. Wobec tak powikłanego rozpoznania różniczkowego między poronieniem rozpoczętem a chwilowem zbo-

czeniem ciąży, nie możemy nakreślić sobie planu należytego, jak przypadek taki traktować należy, a mianowicie: czy z obawy przed możliwym obfitszym krwotokiem, lub też przez wzgląd na nieustanne bóle i wycieńczenie sił chorej przyspieszyć wydzielenie jaja płodowego, czy też trzymać się wyczekująco, albo wreszcie zaufać leczeniu zapobiegawczemu.

Przypadki podobne (*abortus imminens*), aczkolwiek rzadsze są od tych, w których rozpoznajemy poronienie w całym jego biegu i gdzie o ocaleniu ciąży i mowy już być nie może, zdarzają się jednakowoż dość często. Na 250 przypadków poronienia, zebranych przezemnie od października 1886 r. do obecnej chwili [czerwiec 1892], t. j. w niespełna 6 lat, zanotowałem je 104 razy czyli 41,06%.

Z tych 104 chorych u trzech zaledwie ciąża przetrwała do końca bez uszczerbku dla matki i płodu, a u jednej sprawa zakończyła się przez *missed labour*. Odrąciwszy od tego jeszcze 17 przypadków ciąży zaśniadowej, która, rozumie się, do końca wytrwać nie mogła, widzimy, że na 87 przypadków początkowego zboczenia ciąży w 84, co odpowiada 90%, poronienia wstrzymać nie można było.

Cyfra ta, aczkolwiek niekorzystne daje rokowanie dla ciąży, nie może dla nas stanowić wskazania do postępowania czynnego. SCHROEDER [9] sądzi, że z braku wszelkich danych, w jakim stanie znajduje się płód, należy przypadki podobne, t. j. w których objawy ograniczają się litylko na krwawieniu i bólach, traktować tak, jakbyśmy byli pewni, że płód żyje. Nie zawsze, i to nawet bardzo rzadko, udaje nam się, jak sądzić można z zebranych przezemnie danych statystycznych, dopiąć celu, *resp.* ocalić ciążę; ale chorej, jak dalej zobaczymy, zapewniamy bez kwestyi znakomite bezpieczeństwo. Wszak za jedyny moment patologiczny w poronieniu uważać możemy tylko tę chwilę, gdy skutkiem nieprzyjaznych warunków przerwana zostaje spójnia, łącząca płód z organizmem matki; dalszy przebieg poronienia nie przekracza granic prawa fizyologicznego, jakie widzimy przy porodzie, t. j. że macica przez zmiany anatomiczne, *resp.* drogą formowania się zatorów w naczyniach, powstałych między jajem płodowem a wewnętrzną powierzchnią macicy i odpowiednie ruchy — skurcze — oddziela i wydała za wartość swoją, będącą wówczas już dla niej ciałem obcem.

Odruchowa ta i zarazem bardzo systematyczna praca, jaką zadaje sobie macica, miewa miejsce nie tylko przy większej zawartości w jamie jej, jak przy pozostawianiu np. całego łożyska po porodzie, o czym przekonywają nas spostrzeżenia B. S. SCHULTZ'a (10), SCHROEDER'a (11), COHN'a (12), RUNGE'go (13), STRATZ'a, DOHRN'a (14), SCHAUTY (15) i AHLFELD'a (16), ale i przy pojedynczych częściach jaja płodowego, jak dowodzą przypadki, zebrane przez PURPE-WINTER'a (17).

Spostrzeżenia te są dla nas niezmiernie ważne i pouczające, gdyż z jednej strony ostudzić powinny zapał zwolenników polypragmazyi przy poronieniu, których ilość znakomicie wzrosła w okresie rozwoju antyseptyki, a z drugiej zaś strony — dodać odwagi lekarzowi-praktykowi, który przy niezmiernie urozmaiconem zajęciu swem nie jest w stanie specjalnie oddawać się wszystkim gałęziom medycyny, *resp.* i położnictwu, pomnożyć jego ufnosć

w siły natury, które, jak WINKEL (18) utrzymuje, przy większości poronień i porodów przedwczesnych wydala ją całe jaja płodowe lepiej, niż my to czynimy palcami lub narzędziami. Przy wyżej zatem przytoczonych objawach klinicznych nie mamy żadnego wskazania do czynnego postępowania, gdyż nigdy nie możemy wiedzieć, czy ciąża została przerwana, a gdyby nawet i to już miało miejsce, możemy bardzo wiele liczyć na siły natury. Jedyne zatem racjonalne postępowanie przy tak zw. *abortus imminens* znaleźć możemy w metodzie wyczekującej, tembardziej, że ta w wielu szczegółach swoich identyczną jest z profilaktyką poronienia.

O ile przy traktowaniu innych chorób metoda wyczekująca polega na zupełnie biernem zachowaniu się naszym, o tyle przy poronieniu wymaga ona od nas zapewnienia chorej dość sporej opieki.

Jak dawniej, tak i obecnie zalecanem bywa pozostawanie chorej w łóżku. O ile środek ten łatwo daje się zaordynować, o tyle należy uważać go pod wieloma względami za barbarzyński, gdyż bardzo prędko upośledza on ogólne odżywianie organizmu, znosi łaknienie i sen i z kobiety względnie zdrowej czyni zupełnie chorą. Gdy chora dręczoną jest przez bóle, szuka ona sama ulgi w łóżku; przy samem zaś krwawieniu, uważanem często przez chore za nieprawidłową miesiączkę, rada nasza mało znajduje poszanowania. Nie widząc żadnej poprawy, niepewna dalszego przebiegu, przeciwnie, czując się z dnia na dzień przez pozostawanie w łóżku słabszą, chora traci wszelką cierpliwość i bez naszej wiedzy używa nietylko przechadzki po pokoju, ale oddaje się zajęciom domowym. Znam chore, które w takim stanie jeździły do Krakowa i Warszawy zasięgnąć zdania powag akuszerskich, a po powrocie odbywały poronienie bez nadmiernej utraty krwi; jedna nawet odbyła bez uszczerbku dla dalszej ciąży przejażdżkę do Kijowa [od Kielc 32 godzin jazdy koleją]. Przyznam się, że, będąc przez lat kilka niezmiernie stanowczym, co do trzymmania chorych takich w łóżku, nie osiągnąłem bynajmniej przez to zbawiennego wpływu na samą ciążę; przeciwnie, stwierdzałem tylko dość szybkie przytłumienie wszelkich czynności ustroju i silne osłabienie chorych, co powodowało w następstwie znakomicie zmniejszoną odporność ustroju na powstałe zбочenie ciąży. To ostatnie przypuszczenie nasuwa mi fakt, że w czasie tym nie tylko nie udało mi się literalnie ani jednej ciąży ocalić, ale i sam przebieg wydzielania się jaja płodowego niezmiernie się przeciągał przy objawach silnego bezwładu macicy.

Nie chcę jednakże być szablonowym: nie mam na myśli żadnej stałej formuły leczniczej; ale spostrzeżenia moje przemawiają za tem, że każdy przypadek pojedynczy należy indywidualizować; nadmienię tylko, że wszelkie ruchy spokojne, jak np. przechadzka po pokoju, wywiera bardzo zbawienny wpływ na cały ustrój chorej; obawa zaś pogorszenia się sprawy, *resp.* wzmożenia się krwawienia po nich jest niezmiernie przesadzoną. Natomiast ostrzegać należy chore przed wszelkimi raptownymi ruchami, a jeszcze bardziej przed niespodziewanymi czynnikami psychicznymi, po których często powstają niezmiernie obfite krwotoki.

Oprócz zapewnienia chorej ogólnego spokoju, niezmiernie ważną gra rolę leczniczą usunięcie lub też ograniczenie wszystkich wpływów szkodliwych, które podtrzymują podrażnienie macicy i nieprawidłową jej, bo na czasie nie będącą, pracę, co, jak wiemy, stanowi istotę poronienia. Rozporządzamy wprawdzie, jak niżej zobaczymy, środkami farmakologicznymi, które bardzo szybko i znakomicie uspakajają podrażnioną macicę, ale na uwagę naszą zasługuje przede wszystkim pewna okoliczność, która dotychczas w praktyce bywa bardzo często lekceważoną, a o której znajdujemy pojedyncze głosy w literaturze z lat ostatnich zaledwie. Otóż, w historii choroby, jaką zbieramy u roniących, zbyt często wypada nam zanotować istnienie uporczywego niedowładu kiszek: u niewielu cierpienie to datuje się od chwili zajścia w ciążę; u większości zaś jest ono zastarzałe, trwające od lat kilku i więcej. Nie można, ma się rozumieć, powstałych zawałów brzusznych stawiać w jakimkolwiek związku przyczynowym z poronieniem, jednakże potwierdzić musimy szkodliwy wpływ ich na sam przebieg zбочenia ciąży, a to przez ustawiczne drażnienie, jakie wywierają one, bądź na drodze odruchowej, bądź też na czysto mechanicznej na macicę i bez tego silnie podrażnioną. Usunięcie mas kałowych znakomitą oddaje nam pomoc przy traktowaniu przewlekłej subinwolucji macicy: ma ono niezmiernie ważne znaczenie, jak sądzi DUEKRSSEN, przy zwiótczeniu macicy i powstałych na tle jego krwotoków połogowych; na zasadzie zaś własnych spostrzeżeń przywykłem na nie zwracać uwagę w każdym okresie poronienia, stwierdziwszy niejednokrotnie dość rychłe uspokojenie macicy w jego początkach i przyspieszone wydalenie jaja płodowego, gdy sprawa ta przeciąga się.

Jak łatwo zrozumieć jednakże można, to spokój i opróżnienie kiszek, będąc czynnikami pośrednimi, nie przechodzą granic środków pomocniczych i dlatego też obok nich zniewoleni jesteśmy stosować środki, które wprost uspokajają macicę podrażnioną. Z tych oddawna cieszą się ogólnem uznaniem przetwory makowca w dawkach pełnych. Środek ten, zastosowany szczególnie przez odbytnicę, bądź w postaci czopków z wyciągu wodnego, bądź w ławatywce z nalewki, działa znakomicie i szybko, znosząc skurcze macicy ograniczając tym sposobem forsowne odklejanie się jaja płodowego od macicy, a zatem usuwa przyczynę powstałego krwawienia. Ale zbyt silne działanie środka tego na cały ustrój znacznie ogranicza dłuższe użycie jego i pozbawia nas możności przeprowadzenia leczenia zapobiegawczego, gdy sprawa zaburzenia ciąży przeciąga się. Lukę tę przy traktowaniu poronienia wypełnia zalecona w ostatnich czasach przez akuszerów włoskich *Asa foetida*.

Pierwszą wzmiankę o znaczeniu smrodzieńca dla profilaktyki poronienia znajdujemy u GIORDANO w 1857 r., a w ostatnich dopiero czasach ogłosili dodatnie swe wyniki CAZZANI, LAFERTA, NEGRI i TURAZZA (19). LAFERTA gorąco poleca przetwór ten przy poronieniu nawykowym, gdzie nb. wykluczyć możemy wszelkie cierpienie podstawowe, jak: przymiot, gruźlicę, choroby sfery płciowej, a w przypadkach, przez TURAZZA ogłoszonych, nawiasem mówiąc, bardzo zachęcających, wynik pomyślny miał miejsce i przy jednoczesnym katarze macicy [przypadek III].

Zebrane przezemnie i wspólnie z kol. ANDRZEJEWSKIM przypadki w ilości 6 dały wynik ujemny, gdyż poronieniu zapobiedz nam się nie udało, ale pomimo to nie mam prawa dyskredytować środka tego, gdyż u wszystkich naszych chorych *Assa foetida* zastosowaną została [w ławatywkach po 25—30 kropel 2—3 razy dziennie], gdy sprawa zakłócenia ciąży trwała już od dłuższego czasu, od 2—4 tygodni; przeciwnie, środek ten zasługuje na uwagę naszą, gdyż nie tylko niezmiernie szybko znosi skurczowe bóle macicy i nadaje się do dłuższego użycia, ale, jakem się przekonał, stosując go jednocześnie w praktyce ginekologicznej, uspokaja on rozmaite bóle, pozostające w związku z cierpieniem jajników, lub też przez zaburzoną miesiączkę spowodowane. W jednym tylko przypadku rzeżączkowego zapalenia jajowodu, obserwowanym przezemnie wspólnie z kol. LASKOWSKIM, smrodzieniec pozostał na równi z makowcem bez działania.

W tych mniej więcej zarysach przedstawia się wyczekujące, a zarazem zapobiegawcze traktowanie poronienia w początkowych jego okresach, *resp.* wtedy, gdy rokowanie nasze co do dalszego przebiegu jest niepewne. Ze względu na konieczny spokój macicy powinniśmy zaniechać wszelkiego badania przez pochwę, ze względu zaś na subiektywną aseptykę, tak słusznie nas w położnictwie obowiązującą, należy badania tego stanowczo zakazać akuszerkom.

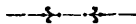
[C. d. n.]

Z ODDZIAŁU CHORÓB OCZNYCH D-RA KRAMSZTYKA W SZPITALU STAROZAKONNYCH.

II. WRZODY ŁĄCZNICY POCHODZENIA OSPOWEGO.

Podał

Leon Feinstein,
asystent oddziału.



Wrzody na łącznicy zdarzają się stosunkowo bardzo rzadko: ilość np. w szpitalu żydowskim, przy nadzwyczaj licznie uczęszczaniem ambulatoryum, nie przenosi rocznie dziesięciu. Zwykle są to wrzody natury gruźliczej albo syfilitycznej. Unikatem w literaturze jest przypadek „*ulcus venereum*“ na łącznicy. Przypadek ten opisał DESPRÉS ¹⁾. Przed dwoma laty opisał SCHIRMER ²⁾ siedem przypadków zajęcia brzegu powiekowego, spowodowanego zarażeniem ospowem. Wrzody z brzegu powiekowego przechodziły w niektórych przypadkach na skórę powiekową, bardzo rzadko na łącznicę. Na samej łącznicy widział SCHIRMER wrzodzik tylko dwa razy: jeden na dolnej fałdzie przejściowej, drugi na łącznicy gałkowej blisko brzegu rogówkowego. W obu razach wrzodzik były bardzo małe i powierzchowne i zagoiły się, nie pozostawiawszy

¹⁾ DESPRÉS. Chancre mon de la conjonctive sur une malade atteinte de plaques muqueuses multiples. Gaz. des hôpit. Nr. 11. Janv. 1866.

²⁾ SCHIRMER. Vaccinola des Lidrandes. Bericht über die 21 Versammlung der opht. Ges. Heidelberg. 1891.

na łącznicy blizny. Jak ze słów SCHIRMER'a i niżej przytoczonych spostrzeżeń wnosić można, wrzody te zajmować mogą zarówno łącznicę gałkową, jak i powiekową.

Przypadek pierwszy jest następujący. Przed trzema tygodniami zgłosił się do ambulatorium N. N. ze skargą na ból i upośledzenie wzroku oka prawego. Chory opowiada, że przed kilkoma dniami bez żadnej przyczyny zaczęły oba oczy łzawić. Ponieważ czerwoność oczu wznagała się z każdą chwilą, przeto chory spróbował zimnych okładów. Jakoś po kilku godzinach przekrwienie i łzawienie oka lewego zupełnie ustąpiły, oko prawe pozostało bez zmiany. W ciągu następnych dwu dni przyłączył się ból, który stopniowo wzrastał, wystąpił obrzęk górnej powieki i światłowstręt. Chory widział okiem prawem coraz gorzej. To skłoniło go do udania się do ambulatorium, gdzie przy badaniu znaleziono stan następujący. Nieznaczny obrzęk powieki górnej. Skóra powiekowa czerwona. Chory oko otwiera swobodnie. Łącznica powieki górnej znacznie przekrwiona. Na łącznicy gałkowej tuż nad rogówką obrzęk na znacznej przestrzeni. Przekrwienie okołorogówkowe znaczne. Na rogówce męt powierzchniowy idzie od góry na dół w kształcie dwóch stożków, stykających się wierzchołkami. Ponieważ zmiany w rogówce nie tłómaczyły dostatecznie obrzęku łącznicy gałkowej, a chory ciągle powtarzał podczas badania, że czuje jakby ciało obce pod powieką górną, zwrócono przeto uwagę baczniejszą na miejsce, przez chorego wskazane. Dopiero przy mocnem skierowaniu gałki ku dołowi i uniesieniu powieki górnej zauważono wrzód na łącznicy gałkowej, w odległości $1\frac{1}{2}$ ctm. od brzegu rogówkowego leżący. Wrzód miał około 1 ctm. długości i 3 mm. szerokości i był nieco wyniesiony nad powierzchnię łącznicy. Brzegi wrzodu nierówne, dno pokryte szaro-żółtym nalotem. Naokoło wrzodu znaczne przekrwienie, a dalej obrzęk, który ku rogówce stopniowo się powiększał. Po zdjęciu nalotu odkryto dno nierówne, nieznacznie krwawiące. Pod drobnowidzem nie znaleziono pasożytów. Nalot składał się z leukocytów i pojedynczych komórek nabłonkowych.

Przypuszczając w danym przypadku wrzód natury syfilitycznej, polecono choremu udać się do syfilidologa. Badanie dało rezultat ujemny. Chory zapisał się do oddziału chorób ocznych, gdzie mu zalecono przemywanie worka łącznicowego roztworem sublimatu 1:6000, jodoform i opaskę naciskową. Po kilku dniach chory czuł się lepiej. Siódmego dnia stan chorego następujący: wrzód zagojony, przekrwienie okołorogówkowe nieznaczne, męt na rogówce mniejszy i bardziej przezroczysty. W tym stanie chory opuścił szpital. Jeszcze dwa razy zgłaszał się chory do szpitala. W kilka dni po wypisaniu się z oddziału, chory skarżył się, że wzrok znów się pogorszył. Zalecono wkraplanie atropiny. Gdy po tygodniu chorego znowu widziałem, opowiadał mi, że widzi daleko lepiej. Górna połowa mętu prawie zupełnie znikła.

Przypadek drugi dotyczy rzemieślnika T. R., około 40 lat mającego.

Chory przybył 11 grudnia r. b., a więc w kilka dni po wypisaniu się poprzedniego chorego, do ambulatorium, skarżąc się, że od kilku dni uczuwa ból w oku lewym. Chory przypuszcza, że, wracając z cmentarza, zaproszył sobie

oko lewe i że stąd ów ból pochodzi. Nawet i obecnie, dodaje chory, czuje on, jakoby obce ciało leżało pod powieką dolną. Z opowiadania chorego dowiadujemy się, że 6 grudnia chował dziecko, które na ospę chorowało. Powróciwszy do domu, chory dostał lekkich dreszczów i bólu w lewym policzku. Sądząc ze słów chorego, przypuścić trzeba, że zajęte były gruczoły przyuszne. Następnie ból przeniósł się na ucho. Nazajutrz ból w uchu się zmniejszył, guz przed uchem po dwóch dniach ustąpił zupełnie. W trzy dni potem wystąpiło znaczne zaczerwienienie oka lewego. Skóra powiekowa mocno czerwona, powieka obrzękła i naprężona: cały obraz robił, zdaniem chorego, wrażenie róży. Ponieważ środki domowe chorego zawiodły, udał się przeto do szpitala. Tu znaleźliśmy stan następujący. Dolna powieka oka lewego obrzmiała, skóra na niej czerwona. Ujawszy w dwa palce dolną powiekę, wyczuwamy stwardnienie ograniczone, przy ucisku bolesne. Na odwróconej powiece znajduje się wrzód na fałdzie przejściowej blisko kąta wewnętrznego. Wrzód ma kształt owalny. Długość jego wynosi trochę więcej niż 1 cm., szerokość około 4 mm.. Z resztą wrzód w zupełności przypomina wyżej opisany, na łącznicy gałkowej. Nalot tylko w tym przypadku jest obfitszy i prawie czarny. Naokoło wrzodu łącznica jest obrzękła. Na łącznicy gałkowej obrzęk, jak i w poprzednim przypadku, zajmuje dużą przestrzeń i ciągnie się od fałdy przejściowej do rogówki. Rogówka czysta, siła widzenia nie zmniejszona.

W opowiadaniu chorego uderzył nas szczegół, że dziecko jego niedawno na ospę chorowało. Szczegół ten i cały obraz chorobowy przypominał kol. MUTERMILCHOWI, że identyczny prawie przypadek obserwował przed pięciu miesiącami. Chora zgłosiła się do domowego ambulatorium kol. MUTERMILCHA z objawami ostrego zapalenia łącznicy. Zalecono przemywanie worka łącznicowego sublimatem. Po kilku dniach przyszła chora z oznajmieniem, że się czuje lepiej. Pomimo to znalazł kol. MUTERMILCH na łącznicy dolnej powieki wrzód twardej konsystencji. Chora z obawy przed dezynfekcją przymusową nie chciała się przyznać, że w domu mąż jej choruje na ospę. Przypuszczając przeto w tym przypadku *ulcus primitivum*, odesłał ją kol. MUTERMILCH do syfilidologa. Dopiero po kilku dniach opowiedziała chora o swoim chorym mężu. O ile mi wiadomo, chorą następnie leczono w instytucie oftalmicznym wstrzykiwaniami podłącznicowymi sublimatu z rezultatem pomyślnym.

Prawie jednakowe objawy w obu ostatnich przypadkach i opowiadania chorych pozwalały przypuszczać, że wrzód u chorych powstał wskutek zarażenia ospowego. Mimowoli nasuwała się myśl, czy i u pierwszego chorego nie mieliśmy wrzodu podobnego pochodzenia. Gdy więc chory znów do szpitala się zgłosił z powodu pozostałego mętu na rogówce, wypytałem go szczegółowo, w jakich warunkach choroba oka powstała. Opowiadanie chorego w zupełności potwierdziło przypuszczenie co do pochodzenia tych wrzodów łącznicy. Chory opowiedział, że tydzień przed początkiem cierpienia oka doglądał dziecka swego, które z powodu ciężkiej ospy, jaką przechodziło, zmarło. Zdarzało się choremu sypiać w jednym łóżku z dzieckiem. W takich warunkach o zarażenie nie trudno. W drugim wprawdzie przypadku dziecka chorego nie doglądał ojciec, który swego dziecka podczas choroby prawie nie widział; jednakże pra-

wdopodobnie zarażenie tu nastąpiło już po śmierci dziecka, co się zdarzyć może, ponieważ trupy takich chorych mogą również szerzyć zarazę. Dostatecznym jest, jeżeli do oka dostaje się naskórek w jakikolwiek sposób mechaniczny z trupa podczas spadania strupów. Za zarażeniem przemawia także i to, że wrzód leżał blisko kąta wewnętrznego, dokąd zapewne zarazek za pomocą palców przeniesiony został. Zresztą każdy inny wrzód daje się z łatwością wyłączyć. Zalecono choremu, jak poprzednio, sublimat, jodoform i opaskę. Po dwóch dniach chory ma się lepiej. Obrzęk i ból mniejsze. Owrzodzenie się goi. Następnym razem widziałem chorego w tydzień po rozpoznaniu wrzodu. Stan chorego dobry. Wrzód prawie zagojony, zlekką jeszcze wyniesiony. Oko na wygląd zupełnie zdrowe.

Jak widzimy, we wszystkich trzech przypadkach wystąpiły jednakowe prawie objawy. Ogólny obraz choroby na zasadzie powyższych spostrzeżeń nie trudno już sobie przedstawić. W jednym przypadku, jak np. w trzecim, objawy wystąpiły już w tym okresie, kiedy pacjentka doglądała swego chorego męża, w pozostałych dopiero w niejakiś czas później. Zaczyna się sprawa chorobowa od objawów ostrych. W ciągu następnych dni objawy ostre ustępują, a na łącznicy pojawia się wrzód. Towarzyszą wrzodowi: przekrwienie łącznicy, uczucie obcego ciała i charakterystyczny obrzęk łącznicy gałkowej, który trwa dość długo. Objaw ostatni występuje tak przy wrzodach łącznicy gałkowej, jak i powiekowej. Czasami zachodzą zmiany w rogówce w postaci mętu, lekką formę zapalenia miąższowego przypominającego. Na zasadzie powyższego pierwszego spostrzeżenia i analogii z opisanymi przez SCHIRMER'a wrzodami, przypuszczam, że między zmianami w łącznicy i rogówce zachodzi pewien związek. Pomimo zajęcia rogówki, cała sprawa chorobowa przebiega pomyślnie, zarówno jak i te zmiany na łącznicy, które spostrzegamy u chorych podczas przebiegu ospy. Rozwijające się wtedy na łącznicy gałkowej pęcherzyki albo ulegają wessaniu, albo tworzą się z nich wrzodziki, które i na rogówkę nieraz przechodzą. Być może, że i u naszych chorych sprawa chorobowa zaczęła się od pęcherzyków, z których jednak prędko powstały wrzody, dzięki cienkiemu nabłonkowi, łącznicę pokrywającemu.

Podam powyższe spostrzeżenia w przekonaniu, że mają wartość praktyczną; dowodzą bowiem, że wrzody łącznicy mogą być niewątpliwie pochodzenia ospowego, i że choroba ta przedstawia się, jak to wskazuje przebieg pomyślny, jako sprawa łagodna. Leczy się wrzody takie zwykłym sposobem. Najłatwiej, rozumie się, uprzedzić powstawanie wrzodów; o tem winni ci pamiętać, którzy z chorymi na ospę się stykają. Skoro jednak wrzód wystąpił, wystarczy jodoform, odpowiednia dezynfekcja worka łącznicowego i opaska.

III. O WTÓRNEM CIERPIENIU JAMY NOSOGARDZIELOWEJ U SUCHOTNIKÓW.

Podał

Zdzisław Dmochowski,
pomocnik prosektora przy Katedrze Anatomii Patologicznej.

[Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 2].

Umyślnie przytoczyłem tu wyjątki z protokółów, dotyczących przypadków ostrej prosówki, by wskazać na niektóre uderzające nas fakty, mianowicie:

1) na 8 badanych przypadków znaleziono aż w 6 gruzlicę jamy nosogardzielowej;

2) gruzlicze zmiany w jamie nosogardzielowej, co do przypuszczalnego czasu swego istnienia, wcale nie odpowiadały zmianom znajdującym się w płucach; w jamie nosogardzielowej zaledwie w dwóch przypadkach znaleziono zmiany, przemawiające za świeżością sprawy gruzliczej; w reszcie przypadków wrzody były głębokie, stare, obszerne, a w płucach tylko w 3 przypadkach znaleziono zmiany stare;

3) zmiany gruzlicze w jamie nosogardzielowej, obok jednocześnie istniejącej ostrej prosówki, widzimy przeważnie u osobników młodych i dobrze odżywianych.

Zastanawiając się nad każdym z tych punktów, widzimy, że niewątpliwie najwięcej do myślenia daje nam pierwszy. Na 8 przyp. w 6-ciu znaleziono zmiany gruzlicze w jamie nosogardzielowej. Skąd i dlaczego? Jaki związek istnieje pomiędzy temi właśnie postaciami cierpienia? Co tu jest przyczyną? Co skutkiem, co jest pierwotnem, a co wtórnem? W przypuszczeniach swoich nie chciałbym pójść za daleko, gdyż w rzeczywistości skłaniam się bardziej ku mniemaniu, któremu dane obserwacye przeczą, lecz chciałbym, o ile możliwości być bezstronnym i przedstawić całą rzecz możliwie jasno.

Wiemy o tem wszyscy, że najczęściej i najłatwiej gruzlicy podlegają płuca; dalej wiemy o tem, że samodzielną gruzlicę innych narządów spotykamy względnie rzadko, a zwykle jest ona skombinowaną z gruzlicą płuc: przyzwyczailiśmy się więc, i bardzo słusznie, do uważania gruzlicy płuc za sprawę pierwotną, a gruzlicę innych narządów za sprawę wtórną. Tą samą myślą kierować się będziemy i w danej pracy. Gruzlicę płuc uważamy za pierwotne ognisko, z którego dopiero sprawa przechodzi na błonę śluzową jamy nosogardzielowej. Dlaczego jednak spotykamy gruzlicę jamy nosogardzielowej tak często przy ostrej prosówce; dlaczego częściej, niż przy sprawach przewlekłych, a nawet tak rozległych, że zajętemi są: krtań, nos i kiszkę? Dlaczego widzimy gruzlicę w jamie nosogardzielowej wtedy nawet, kiedy żadna z innych części narządu oddechowego, prócz płuc, nie jest zajęta? Jedną na to odpowiedź znaleźć moglibyśmy, mianowicie: że przy ostrej prosówce elementy zakażające łatwiej mogą być rozniesionymi, czy to przez krew, czy też przez

limfę, niż przy sprawach przewlekłych. Lecz obserwacya za tem wcale nie przemawia. Wiemy o tem, że przy ostrej prosówce spotykamy gruźlicę kiszek i krtani rzadziej, niż przy sprawach przewlekłych w płucach. Żadnych natomiast nie mamy danych, przemawiających za tem, że pasożyty, raz dostawszy się do krwi lub limfy, łatwiej zagnieździć się mogły w jamie nosogardzielowej, niż w kiszkaach lub krtani. Moglibyśmy zatem przypuścić, że przy ostrej gruźlicy zarazki łatwiej do jamy nosogardzielowej dostać się mogą z zewnątrz, mianowicie z płwociną. Lecz i to nie, gdyż wiemy, że wypływanie w ostrej prosówce nie bywa obfitem, a kaszel bywa nie zbyt silnym.

Po tych kilku uwagach mimowoli nasuwa się nam pytanie: czy jama nosogardzielowa nie może być dotkniętą pierwotnie i czy sprawa gruźlicza stąd jakąkolwiek drogą nie może przejść na płuca? Zanim będziemy mogli, chociażby w przybliżeniu, odpowiedzieć na to pytanie, musimy rozebrać kilka następujących punktów:

1) Warunki anatomiczne lub fizyologiczne jamy nosogardzielowej, usposabiające lub ułatwiające do zakażeń z zewnątrz, pierwotnych, czy też wtórnych.

2) Możliwe drogi, któremi zarazek na błonę śluzową dostać się może przy zakażeniu przypuszczalnie pierwotnem lub wtórnem, przyczem zwrócić należy uwagę na większe lub mniejsze prawdopodobieństwo przedostania się zarazka tą lub inną drogą.

3) O ile rozpoczęta w jamie nosogardzielowej sprawa pierwotna może przerzucić się na inne narządy, *resp.* płuca.

4) Ponieważ przy ostrej gruźlicy zajęcie jamy nosogardzielowej zdarza się częściej, niż gruźlicze cierpienia innych narządów, przeto powinniśmy rozebrać, o ile błona śluzowa jamy nosogardzielowej łatwiej podlegać może wtórnemu zakażeniu, niż błona śluzowa innych jam lub narządów.

5) O ile wtórna sprawa w jamie nosogardzielowej może mieć charakter sprawy starej, przewlekłej, wobec tego, że sprawa przypuszczalnie pierwotna [w płucach] posiada wszystkie cechy sprawy ostrej.

Sądzę, że danie jakiejś kategorycznej odpowiedzi na te pytania jest dziś rzeczą prawie niemożliwą, że na wszystko można odpowiedzieć „tak“ lub „nie“, i że dopiero bliższa obserwacya i większa ilość nagromadzonego materiału potrafią tę kwestyę w tę lub ową stronę rozstrzygnąć.

Jeżeli zapytamy się, czy jama nosogardzielowa posiada jakieś anatomiczne, czy też fizyologiczne warunki, ułatwiające, a raczej usposabiające do zakażeń pierwotnych, odpowiemy, że niewątpliwie tak. By z tem się zgodzić, należy zwrócić najprzód uwagę na budowę samej tkanki limfatycznej, a raczej jej konglomeratów. Wiemy, że na stropie znajdujemy dość znaczne jej nagromadzenia, że część tę błony śluzowej nazywamy nawet gruczołem. Powierzchnia tego gruczołu wcale nie jest gładką, lecz przeciwnie pooraną brózdkami, czyli tak zwanymi kryptami. Prawda, że cała błona śluzowa jest pokryta nabłonkiem migawkowym, lecz nie jest on wszędzie takim; w kryptach widzimy często, szczególnie u osobników młodych, nabłonek płaski. Dalej nabłonek ten nie stanowi, jak to bywa gdzieindziej, ciągłej, nieprzerwanej warstwy, lecz jest w wielu miejscach już fizyologicznie nacieczonym, a prze-

rywają go tak zwane drogi Стрехк'a. Błona śluzowa jamy nosogardzielowej podlega częstym, tak zwanym zapaleniom kataralnym, które wpływają niezmiernie ujemnie na całkowitość i na żywotność nabłonka.

Widzimy z tych kilku punktów, że powierzchnia gruczołu Luschki i dalej stan nabłonka dają pewne warunki, usposabiające do zakażeń. Bakterye, przyniesione chociażby z powietrzem i osiadłe w tem miejscu, łatwo mogą pozostać w którejkolwiek z krypt, i tu, znalazłszy przerwany lub patologicznie zmieniony nabłonek, dostać się mogą do samego mięszu, do właściwej tkanki limfatycznej. Tu zaś wielkiego oporu w swym rozwoju nie znajdują. Podścielisko miękkie, delikatne, mocno unaczynione, zawierające przestrzenie limfatyczne, również stworzy warunki jedynie ułatwiające rozwój zarazka. Dalej prawie w tych samych warunkach będzie się znajdowała tylna ściana jamy nosogardzielowej. Prawda, że krypty są tam tylko w górnej części, lecz za to na dole spotykamy często guziki, które mają nie jeden, lecz kilka foliкулów, układających się koło zagłębień nabłonka. I tu więc mogą one znaleźć punkty, sprzyjające ich rozwojowi. *Tonsilla tubaria* zbudowaną jest prawie identycznie z gruczołem Luschki i *tonsilla pharyngea*; i tam widzimy krypty, wysłane nacieczonym nabłonkiem.

Dosyć jest nareszcie zwrócić uwagę na umiejscowienie konglomeratów tkanki limfatycznej, by dowieść, że znajdujemy je właśnie w tych miejscach, które najbardziej i najczęściej są narażonemi z przyczyn natury czysto mechanicznej. Pierwszem miejscem, na którym spotykamy największą ilość tkanki limfatycznej, jest strop, a właściwie przejście stropu w tylną ścianę. Zwróciwszy uwagę na wpadający tu strumień powietrza, musimy się zgodzić, że ciała obce, które w niem się znajdują, a które przeszły przez nos, będą przeważnie osiadały właśnie na tem miejscu. Tu strumień powietrza zmienia swój kierunek, a zatem cząsteczki kurzu, *eo ipso* bakterye lub zarodniki siłą swego ciężaru będą padały na połączenie stropu z tylną ścianą i tu się zatrzymywać będą. Usuwanie naleciałości z tego miejsca nie jest również ułatwionem, jak np. w nosie; lecz, przeciwnie, działalność migawek odbywa się tu w bardzo niekorzystnych warunkach. Ruch migawkowy, jak wiemy, odbywa się ku nosowi, czyli: że śluz i naleciałości nie są usuwane w stronę, w którą ich ciągnie własny ciężar, lecz muszą być unoszone ku górze lub przesuwane po linii horyzontalnej, co pracę ich znacznie utrudnia. Następnie strumień powietrza, który przy oddechaniu ma przerwany kierunek, do pewnego stopnia także utrudnia pracę migawek i usuwanie naleciałości. Są to wszystko dane, które przemawiają za tem, że właśnie w tem miejscu zakażenie łatwiej nastąpić może, niż gdzieindziej. Dalej większy konglomerat tkanki limfatycznej spotykamy przy ujściu trąbki Eustachiusza. W rzeczywistości i to miejsce jest bardziej narażonem, gdyż usuwanie stąd naleciałości jest znacznie trudniejszym, niż skądinąd. Gruczoł ten, jak mówiliśmy przy opisie anatomicznym, leży pod samem ujściem trąbki Eustachiusza, pomiędzy schodzącemi się ku dołowi wargami, a raczej fałdami (*plica salpingo-pharyngea et palatina*). Śluz, który wydzielają gruczoły bocznych ścian jamy nosogardzielowej, samych warg i fałd, musi po nich spływać ku dołowi, gdyż z pomiędzy nich bywa wyci-

śniętym przy każdym przełknięciu, przy którym fałdy zbliżają się ku sobie. Spływa on zatem dwoma głównymi strumieniami, które pod ujściem trąbki i pod wzmiankowanym gruczołem zlewają się w jeden. Gruczoł (*tonsilla tubaria*) jest umieszczonym bezpośrednio nad miejscem ich połączenia, i to właśnie powoduje, że łatwiej zakażonym być może, niż gdyby znajdował się w innym miejscu. Wiadomą jest rzeczą, że jeżeli schodzą się dwa strumienie, to zaraz nad miejscem ich zetknięcia tworzy się wir, w którym płyn będzie krążył i z którego usuwaniem bywa z trudnością. By się o tem przekonać, wystarczy przerobić następujące doświadczenie, kilkakrotnie przezemnie powtarzane. Dwa naczynia z kranami wypełniłem barwnym płynem, a podstawivszy pochyłą szklaną płytkę, zgiętą pod pewnym kątem, puściłem strumienie tak, by się z sobą zlewały. Następnie w miarę wypływania barwnego płynu, dolewałem czystej wody, aż nareszcie oba strumienie stały się zupełnie bezbarwnymi. Tu dopiero naocznie przekonałem się o egzystencji podobnego wiru, gdyż miejsce nad samem połączeniem dwóch strumieni pozostawało zabarwionem.

Trójkącik, w którym leży gruczołek limfatyczny (*tonsilla tubaria*), dzięki stosunkom anatomicznym, jest właśnie miejscem, na którym zatrzymywanie się płynu, zawierającego rozmaite, często zakaźne substancje, jest prawie stałem. Ciało obce, które się tu dostało, może być usuniętem jedynie przez bardzo powoli gromadzący się wypływ z trąbki Eustachiusza. Na tem też miejscu, jak widać z protokółów, często znajdujemy sprawę gruźliczą. Jednem słowem, dochodzimy do wniosku, że z powodu samej budowy gruczołów limfatycznych i ich umiejscowienia jama noso-gardzielowa może łatwiej, niż błona śluzowa innych miejsc, podlegać zakażeniu pierwotnemu. Pomimo to jednak nie mamy żadnych pewnych dowodów, przemawiających za tem. Bakterie gruźlicze, które tu z zewnątrz dostać się mogą przez nos z powietrzem, równie dobrze dostać się mogą z gardzieli przy kaszlu, lub poprostu przy oddechaniu nosem. Spotykają one tu też same warunki, ułatwiające ich rozwój, a zakażenie będzie już wtórnem. Prawda, że będzie to droga nieco trudniejsza, gdyż przy kaszlu, przy wyrzucaniu płwociny, podniebienie miękkie zostaje przyciśniętem do tylnej ściany gardzieli i jama noso-gardzielowa od dołu się zamyka. Nie wyłącza to jednak możliwości przedostawania się cząsteczek płwociny. Wiemy o tem, że podniebienie miękkie zostaje przy kaszlu szczerzenie przyciśniętem do tylnej ściany gardzieli u ludzi zdrowych, *eo ipso* silnych; o ile ściśle odbywa się ten ruch u suchotników, ludzi chorych i wycieńczonych, sprawdzić by to należało. Zwrócić przytem należy uwagę, że oprócz zwykłego głośnego kaszlu z otwartymi ustami, są jeszcze pokasływania, raczej odchrząkiwania z ustami zamkniętymi. Zapewne siła wyrzucanego przy tem powietrza jest znacznie słabszą; lecz jeżeli przypuścimy, że cząsteczka płwociny leży na tylnej ścianie gardzieli przy samem podniebieniu miękkim, to nawet i przy takim odchrząknięciu przez tę granicę łatwo przesuniętą być może. Za możliwością takiego przedostawania się przemawia jedna moja obserwacya. Przy badaniu błon śluzowych zatok nosa u jednego suchotnika znalazłem w nosie nieco ropnego śluzu, przypominającego płwocinę. Zbada-

łem go i znalazłem w nim wielką ilość laseczników gruźliczych. Zaznaczyć muszę, że żadnych zmian gruźliczych ani na błonie śluzowej nosa, ani jamy noso-gardzielowej nie znalazłem. Nie dosyć na tem, w *antrum Highmori* znalazłem nieco śluzowo-ropnego płynu, w którym także znajdowały się laseczniki gruźlicze; błona jednak śluzowa była bładą, połyskującą i żadnych danych na przypuszczenie tu sprawy gruźliczej nie miałem. Skąd więc ten śluz i te bakterie tu dostać się mogły? Przypuszczam, że jedynie przez jamę noso-gardzielową. Najwidoczniej podniebienie miękkie u ludzi słabych, ciągle kaszlących, wyczerpanych, nie przylega tak silnie do tylnej ściany gardzieli, płwocina wpada tamtędy i zakaża błonę śluzową jamy noso-gardzielowej.

Zdaje się, że istnieją tu dwie tylko drogi, któremi zarazek z zewnątrz może się dostać na powierzchnię błony śluzowej i tu wywołać swoistą sprawę. Możliwą jest jeszcze trzecia, mianowicie: zarazek dostaje się do tkanki limfatycznej od wewnątrz poprostu ze krwi lub limfy. Jest to droga prawdopodobna, dość częsta, szczególnie w przypadkach, w których widzimy gruźlicę rozsianą po całym ustroju.

Jak widzimy z tych kilku słów, błona śluzowa jamy noso-gardzielowej zawiera bardzo wiele jedynie anatomicznych warunków, ułatwiających przyjęcie się na niej zarazka gruźliczego. Drogi, któremi te pasożyty dostać się mogą, są trojaki: najprzód przez nos z powietrzem, powtórę z gardzieli z płwociną, potrzecie przez naczynia krwionośne i limfatyczne. Wszystkie te trzy drogi, biorąc rzecz wogóle, są zupełnie możliwemi, a nawet, przyjąwszy sprawę przewlekłą w płucach, druga i trzecia mają dużo więcej szans prawdopodobieństwa, niż pierwsza. Inaczej jednak będzie się miała cała rzecz, jeżeli będziemy mieli do czynienia z ostrą prosówką (*tuberculosis miliaris acuta*). Wtedy najmniej prawdopodobną będzie ta droga, która przy sprawach chronicznych jest prawdopodobnie najczęstszą, mianowicie przez naczynia. Gdybyśmy nawet przytem przypuścili zakażenie wtórne, to wtedy nie będziemy w stanie rozstrzygnąć pytania: dlaczego zarazek umieścił się właśnie w błonie śluzowej jamy noso-gardzielowej? Gruźlica płuc przebiega ostro u osobników względnie dobrze odżywianych, młodych; zarazki krążą we krwi lub limfie; dlaczego więc nie usadowią się one w innych narządach: w kiszkiach, wątrobie, śledzionie, krtani, gardzieli, nosie, tylko właśnie tam? Odpowiedź nie trudna—*locus minoris resistentiae*. Ale co to jest właściwie to *locus*, jakie warunki je wytwarzają? Przypuśćmy, że kiszki, wątroba, śledziona, są to narządy o zupełnie innej budowie, mające inną funkcję, ale krtani, gardziel, a szczególnie gardziel? Wiemy przecież o tem, że w gardzieli są migdały, które mają zupełnie identyczną budowę z tkanką limfatyczną jamy noso-gardzielowej; dalej w błonie śluzowej całej gardzieli widzimy mnóstwo porozrzuconych guzków limatycznych; dalej na podstawie języka znów spotykamy tworzy identyczne, a jednak wszystko to pozostało zdrowem. Dlaczego? Zdaje mi się, że przypuszczenie zakażenia błony śluzowej jamy noso-gardzielowej przez krew lub limfę na to pytanie nie będzie mogło odpowiedzieć, a pozostałą nam tylko drugie dwie drogi, mianowicie: wtórne od strony gardzieli, pierwotne od strony nosa. Tu już wybór jest prawie niemożliwym. Zdaje mi

się, że możliwem jest jedno i drugie, chociaż mniej prawdopodobnem jest zakażenie od strony gardzieli. Prawda, że, jak wzmiankowałem wyżej, znalazłem w nosie w śluzie laseczniki gruźlicze, lecz było to u suchotnika przewlekłego i strasznie wychudzonego, tu zaś mieliśmy do czynienia z osobnikami młodymi, silnymi, rozwiniętymi dobrze, chorującymi krótko, przy małym kaszlu i małej ekspektoracyi. Chociaż więc, jak mówię, możliwemi są obie drogi, nie pozbawioną jednak jest pewnych cech prawdopodobieństwa pierwsza.— Słusznie zapyta mnie przytem każdy, dla czego nos, przez który najprzód przechodzi zakażone powietrze, w którym najbardziej powinno się ono oczyszczać, pozostaje jednak nietkniętym. Zdaje mi się, że przyczyną są tu znów warunki anatomiczne: anatomiczna budowa nosa. Nie mogę bliżej tego pytania tu rozbierać; nie odnosi się to do danego tematu, tembardziej, że rozbierałem go obszernie w pracy mej o wyroślach adenoidalnych.

Przy zakażeniu pierwotnem, jeżeli takie istnieje, laseczniki, raz dostawszy się do błony śluzowej jamy nosogardzielowej, doskonale mogą być wchłoniętymi i wtórnie zakazić inne narządy. Tu znów spotkamy się z pytaniem, na które odpowiedź nie będzie łatwą. Jeżeli laseczniki zostaną wesane i krążą we krwi lub limfie, dlaczego nie gnieźdzą się one w innych narządach, lecz pozostają w narządzie oddechowym, mianowicie w płucach? Odpowiedzieć musimy — *locus minoris resistentiae*; lecz w danym razie odpowiedź ta, chociaż nie może być wytlómaczoną, może być jednak popartą prawie wiekową obserwacją. Wiemy, że płuca najłatwiej podlegają gruźlicy, chociaż nie zawsze zarazek dostaje się z powietrza. Znanymi przecież są przypadki gruźlicy płuc np. przy gruźliczych cierpieniach stawów. Dlaczego tak jest, nie potrzebujemy tu zastanawiać się nad tem; jest to fakt powszechnie stwierdzony. Dalej, jeżeli przypuścimy pierwotne owrzodzenia jamy nosogardzielowej, wtedy przedostawanie się laseczników do płuc jest również możliwem drogą aspiracyi. Widzimy więc z tego, że ostra gruźlica płuc może rozwinąć się wtórnie, jako następstwo sprawy pierwotnej, umiejscowionej w jamie nosogardzielowej.

Są to dane, które do pewnego stopnia umożliwiają pierwotne cierpienie zajmujące nas okolice; lecz, jak już wspomniałem, mamy najrozmaitsze *contra*. Przed chwilą zaznaczyliśmy, że błona śluzowa jamy nosogardzielowej posiada też samą anatomiczną budowę, co gardziel, migdały i podstawa języka; wszystkie więc powinny również często podlegać gruźlicy. Byłoby to zupełną prawdą, gdybyśmy przyjęli, że laseczniki dostają się do tkanek ze krwi lub limfy, nie prawdą jednak, jeżeli będziemy przypuszczać zakażenie wtórne, t. j. z płwociny suchotnika. W tych warunkach jama nosogardzielowa łatwiej może podlegać zakażeniu, niż wspomniane okolice. Przypuśćmy, że płwocina, zawierająca laseczniki, dostaje się do gardzieli. Tu na tylnej i bocznej ścianie nie przyjmą się one tak łatwo. Błona śluzowa jest prawie zupełnie gładką, poprzębianą jedynie przewodami gruczołów śluzowych. Do nich w ostateczności mogą laseczniki się dostać, lecz rozwój ich będzie bardzo utrudnionym. Przewody są wysłane nabłonkiem całkowitym, nie tak, jak w kryptach; z przewodów wypływa ciągle śluz, który laseczniki unosić i wy-

dalić może. Zresztą dostanie się do samych przewodów nie jest tak łatwem. W gardzieli panuje ciągły ruch; ślina, pokarmy zostają przetykane i to, co osiada na jej ścianach, jest bezustannie usuwane. Łatwiej już łaseczniki mogą się dostać do migdałów i do torebek na podstawie języka; lecz i tu ciągły ruch będzie im przeszkadzał. Za to, jeżeli już raz dostaną się do jamy nosogardzielowej, nic ich rozwoju wstrzymywać nie będzie i spokoju nie naruszy. Powierzchnię zastają one nierówną, nabłonek poprzerywanym, często w stanie kataralnym, i prąd powietrza, utrudniający pracę migawek. Widzimy więc z tego, że stosunkowa częstość cierpienia gruzliczego jamy nosogardzielowej, w porównaniu z samą gardzielą, migdałami i językiem, tak dalece za pierwotnem cierpieniem nie przemawia. [C. d. n.]

Z KLINIKI CHIRURGICZNEJ PROF. KOSIŃSKIEGO W WARSZAWIE.

IV. O ROPNIACH PODPRZEPONOWYCH (*abscessus subphrenicus*).

Podał

Franciszek Kijewski,
ordynator kliniki chirurgicznej.

—✂—✂—

[Ciąg dalszy, — Patrz Nr. 1].

Spostrzeżenie IV. ¹⁾ *Abscessus subphrenicus dexter.*

Franciszka W., panna, lat 45, ze wsi Borowno, pod Częstochową, przybyła do szpitala Św. Ducha [do oddzielnych pokojów] 26 kwietnia 1893 r. Chora opowiada, że od czasu do czasu cierpiała na rozwolnienie i miewała bóle w okolicy wątroby; przed 2 laty przechodziła zapalenie płuc, skutkiem czego pozostawała w łóżku w ciągu 6 tygodni. Od tego czasu czuła się zupełnie dobrze aż do jesieni 1892 r. We wrześniu 1892 r. bez widocznej przyczyny wystąpiły zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego: chora miewała po kilka wypróżnień dziennie [3—5], z silnem parciem i bólem; gorączki wtedy nie było; wkrótce zauważyła w kale obecność krwi, której ilość, początkowo dosyć znaczna, stopniowo się zmniejszała. Stan taki trwał w ciągu kilku tygodni, niemal do połowy października; stolce zwolna się uregulowały i krew się więcej nie pokazywała. Nagle wystąpił ból nader silny w prawym boku, dreszcze i znaczna gorączka, która już nie opuszczała chorej; rozpoznawano wtedy tyfus. Chora pozostawała w łóżku w ciągu 12 tygodni i zwolna zaczęła się poprawiać, przestała gorączkować, chodziła o własnych siłach po pokoju, a nawet po ogrodzie. Od listopada jednak zauważyła obrzmienie w okolicy wątroby, niezbyt bolesne, które stopniowo się powię-

¹⁾ Spostrzeżenie to podane jest w pracy BIEGAŃSKIEGO, wywiady jednak zebrane przeze mnie różnią się cokolwiek.

kszało, skutkiem czego w czasie rekonwalescencji chora nie mogła już zapiąć sukni, jak to czyniła poprzednio przed chorobą.

W marcu 1893 r. ponownie wystąpiły niezmiernie dokuczliwe bóle w prawym boku i prawej połowie klatki piersiowej. Rozpoznawano wtedy zapalenie opłucnej. Gorączka ustawiczna, poty nader obfite i osłabienie znaczne zniewalały chorą do pozostawania w łóżku. Kiedy stan chorej ciągle się pogarszał, udała się o poradę do kol. BIEGAŃSKIEGO w Częstochowie, który rozpoznał ropień podprzeponowy z prawej strony i proponował operację.

W kilka dni potem chora przybyła do Warszawy w stanie godnym oplakania: niezmiernie wyniszczona i tak osłabiona, że o własnych siłach utrzymać się na nogach nie mogła. Z trudnością odpowiada na pytania i skarży się na brak sił, uciążliwe oddechanie, ból w prawym boku. Przy badaniu znaleźliśmy obrzmienie nieznaczne dolnej części klatki piersiowej i wypuklenie bezpośrednio pod łukiem żebrowym, które szczególnie się zaznacza pomiędzy przedłużeniem linii sutkowej i przymostkowej; wypuklenie owo przechodzi za linię środkową brzucha. Na klatce piersiowej przy opukiwaniu otrzymujemy z prawej strony na linii sutkowej stłumienie już na IV żebrze, na linii pachowej na V żebrze, a od tyłu na IX: idąc zatem od kręgosłupa do mostka, granica stłumienia kreśli wyraźny łuk. Osluchiwanie wykazuje szmer oddechowy pęcherzykowy powyżej stłumienia, na miejscu zaś samego stłumienia oddechu nie rozróżniamy. Lewa strona klatki piersiowej nie wykazuje zmian wybitnych; granice lewego płuca cokolwiek uniesione ku górze szmer oddechowy pęcherzykowy. Tony serca czyste, słabe.

Wątroba opuszczona ku dołowi, granica jej dosięga do pępka; dolny brzeg wymacać można przez powłoki brzuszne; jest on twardy, gruby. Cała okolica wątroby obrzęknięta, przy obmacywaniu znacznie bolesna. W miejscu największego wypuklenia pod łukiem żebrowym można wyczuć chęłbotanie [w pobliżu przedłużonej linii przymostkowej kol. BIEGAŃSKI zrobił przekłucie próbne i otrzymał ropę].

Brzuch cokolwiek wzdęty, niebolesny. Na kości krzyżowej znaczna odleżyna. Kaszel, gorączka. W moczu nie ma białka. W VIII międzyżebrow na linii pachowej przedniej wykonaliśmy przekłucie próbne i otrzymaliśmy szarą ropę.

Na mocy wywiadów, a głównie, opierając się na danych, zebranych przy badaniu chorej, rozpoznaliśmy ropień podprzeponowy prawy (*pyothorax subphrenicus dexter*). Można było przypuszczać, że poniżej łuku żebrowego w pobliżu linii środkowej ciała wciągnięta jest w sprawę chorobową ściana brzucha, że w tem miejscu nastąpił zrost otrzewnej.

Z tej też zasady prof. Kosiński 28. IV. 1893. przystąpił do operacji. Na miejscu największego chęłbotania, w górnej części brzucha, zrobił cięcie na linii środkowej powyżej pępka [pomiędzy wyrostkiem mieczykowatym a pępkiem]. Po otwarciu otrzewnej okazało się, że ściana brzucha jest zupełnie wolna, że sprawa dotyczy tylko do łuku żebrowego, na którym to miejscu wątroba jest przyrośnięta; na wypukleniu, widocznem powyżej wątroby, wybornie wyczuć się daje chęł-

botanie. Opróżnienie ogniska ropnego ze strony jamy brzusznej jest trudne i zbytby narażało chorą, skutkiem możliwego rozwinęcia się zapalenia otrzewnej. Ranę przeto brzucha zaszyliśmy i zaraz przystąpiliśmy do operacji ze strony klatki piersiowej. Wyresekowaliśmy część VII żebra na miejscu połączenia kości z chrząstką, jamę opłucnej otworzyliśmy i opłucną ścienną szczelnie przyszyliśmy do przepony w kształcie elipsy; następnie w środku obszytej przestrzeni wkłuliśmy dosyć gruby trójkąt przez przeponę do ogniska ropnego i starannie zakrywamy ranę, wypuściliśmy znaczną ilość szarej ropy nieuciekającej. Na pochewkę trójkątną, pozostawioną na stałe w ranie, nałożyliśmy długi dren, którego wolny koniec opuściliśmy do naczynia szklanego; tym sposobem ropa zwolna wyciekała i nie miała żadnej łączności z raną, na którą nałożyliśmy nader ścisły opatrunek, zabezpieczający od przypadkowego zaciekania ropy. Rękoczyn cały wykonaliśmy w tym celu, aby uniknąć przedostania się ropy do opłucnej pierwej, nim nastąpi zrost obszytej części. Po operacji wieczorem znaczny upadek sił, ciepłota obniżyła się do 36,0°, tętno 100, słabe. Wydzielina wycieka przez dren niezmiernie obficie.

29. IV. Ciepłota rano 36,8°, wieczorem 37,2°. Osłabienie znaczne, wydzielina obfita.

30. IV. Chora uskarża się na wzdęcie i bolesność brzucha, które jednak ustąpiły po zastosowaniu głębokich wlewań do kiszek. Ciepłota rano 37,6°, wieczorem 38,2°, tętno 96.

1. V. Stan bez zmiany. Ciepłota rano 37,2°, wieczorem 38,8°, tętno 90. Objawów ani ze strony otrzewnej, ani ze strony opłucnej niema.

Chora w ciągu kilku następnych dni miewała wieczorem podniesienie ciepłoty do 39°; osłabienie znaczne; wydzielina z jamy wciąż jeszcze obfita, opaska jednak nie przesiąknięta. Zmiana opatrunku dopiero 10-go dnia po operacji; szew ściany brzucha usunięto, *prima intentio*; usunęliśmy również szew, utrzymujący przeponę przy ścianie klatki piersiowej; ropienia w szwach niema. Pochewkę trójkątną z jamy wyjęliśmy, całą część przepony, widoczną przez ranę, przecięliśmy i wprowadziliśmy do dna ogniska ropnego dwa dreny, z których jeden bardzo długi ponownie opuściliśmy do naczynia szklanego. Skutkiem tego odpływ ropy był łatwiejszy, co zaraz odbiło się dodatnio na obniżeniu ciepłoty. Wydzielina z jamy ciągle obfita. Po 6-u dniach powtórna zmiana opatrunku, jamę przemyto roztworem soli kuchennej, poczem ciepłota wieczorem podniosła się do 38,4°. Po 2-ch dniach opaska przesiąkła, zaszła przeto potrzeba zmienienia jej; jamy tym razem zupełnie nie przemywaliśmy, ciepłota też nie podniosła się, a wieczorami była 37,8°. Po kilku dniach, po przemyciu jamy, znowu mieliśmy podniesienie ciepłoty, trwające kilka dni, wobec tego zupełnie zaniechaliśmy przemywania jamy. Stan chorej znacznie się poprawił, gorączka ustąpiła, siły stopniowo wracały, chora sama siadała na łóżku i domagała się jedzenia. Po 6-u tygodniach chora opuściła łóżko. Wydzielina znacznie się zmniejszyła, do rany wprowadziłem jeden tylko dren; drugi, wolny koniec jego opuściłem do butelki, którą chora nosiła w kieszeni swojej sukni. Po 3-ch tygodniach, a zatem w 9 tygodni

po operacji butelkę razem z drenem usunąłem, w jamie zaś pozostawiłem krótki sączek, wydzielina była już nader mała. Po upływie 11-u tygodni po operacji rana się zupełnie zagoiła, chora opuściła szpital w połowie lipca 1893 roku.

19. VIII. 1893 r. widziałem ponownie pacjentkę. Stan ogólny bardzo dobry, apetyt wyborny, chora śpi dobrze. Na klatce piersiowej wyraźnie słychać szmer oddechowy w miejscach poprzedniego stłumienia; wątroba cokolwiek jeszcze opuszczona, wolny brzeg jej wyczuć można na $1\frac{1}{2}$ palca powyżej pępka, bolesności nigdzie niema. Na miejscu rany po resekcji żebra niewielkie zagłębienie.

Rozpoznanie nie przedstawiało w tym przypadku zbyt uciążliwego zadania dla lekarza: objawy występowały tak wyraźnie, że dla nas trudno było je przeoczyć, lub popełnić pomyłkę, tembardziej, jeżeli chora przybyła już z gotowem rozpoznanem, a zadaniem naszym było tylko stwierdzenie tego rozpoznania. Inna zupełnie kwestya z etyologią cierpienia.

Przed kilku miesiącami chora przebywała jakieś cierpienie przewodu pokarmowego, miewała po kilka wypróżnień dziennie, z bólami i parciem; w stolcach za każdym razem była krew [dysenterya?]. Stan taki trwał kilka tygodni i bezpośrednio po nim wystąpiły objawy, upoważniające nas do wniosko-
wania, że się tworzy ropień podprzeponowy.

W braku innych danych, zniewolony jestem zatrzymać się nad owem cierpieniem przewodu pokarmowego i uważać je za przyczynę wywołującą, tembardziej, że nieraz podobne cierpienia, jak to wykazuje kazuistyka, powodowały ropnie podprzeponowe. W tem spostrzeżeniu uderzającym jest fakt, że ropień podprzeponowy istniał w ciągu kilku miesięcy i nie wywoływał zniszczenia sąsiednich narządów. Chora już w listopadzie 1892 r. zauważyła obrzmienie okolicy wątroby, a zatem od tego czasu do operacji upłynęło niemal 6 miesięcy.

Spostrzeżenie V. *Pyopneumothorax subphrenicus dexter. Fistula ani.*

M. Tomasz, wieku lat 53, właściciel domu w Warszawie, żonaty i dzietny, pochodzi z rodziny zdrowej. W 28-m roku życia przechodził zapalenie płuc, a przed 4 laty influenzę; innych chorób nie pamięta.

W końcu lipca r. b., bez usprawiedliwionej przyczyny ze strony chorego, pojawiły się zaburzenia kanału pokarmowego: chory dostał gwałtownego rozwolnienia, miewał po 30 wypróżnień dziennie, stolce były wodniste, ze śluzem, krwi jednak nigdy nie zawierały. Stan taki trwał 10 dni; po krótkiej przerwie wystąpiły w całym brzuchu bóle niezmiernie silne, upadek sił nader znaczny, niemożność w ciągu 2-ch dni oddawania moczu, a w kilka dni po uspokojeniu się bólów ponownie rozwolnienie. Wkrótce potem chory zaczął uczuwać ból w pobliżu otworu stolcowego; cała ta okolica obrzękła, stwardniała, a w ciągu 2-ch tygodni w miejscu tem powstał ropień, który sam się otworzył. Wydzieliła się wtedy wielka ilość ropy, poczem chory doznał znacznej ulgi.

Po pewnym czasie wystąpiły ponownie niezmiernie silne bóle w jamie brzusznej, wzdęcie brzucha, zaparcie stolca, wymioty. W kilka dni burzliwe te objawy cokolwiek się uspokoiły, ból ograniczył się do prawej strony jamy brzusznej, a głównie do okolicy wątroby. Chory zaczął gorączkować, nie mógł

leżeć na boku, a tylko na wznak, wytworzyło się wyraźne obrzmienie w okolicy wątroby. Ponieważ ból w prawym boku mu dokuczał, siły stopniowo się zmniejszały, łaknienie upadało, stan ogólny był coraz gorszy, przeto z namowy lekarza zgłosił się chory do kliniki chirurgicznej 4-go października 1893 roku.

Chory wzrostu średniego, budowy wątłej, odżywiany lichy. Skóra blada, tkanki tłuszczowej podskórnej mało. Na pierwszy rzut oka widoczne obrzmienie prawego boku. Opukiwanie klatki piersiowej wykazuje z prawej strony stłumienie na IV-m żebrze na linii sutkowej, na V na linii pachowej, a od tyłu stłumienie dosięga kąta łopatki: linia stłumienia tworzy wyraźny łuk. Przy opukiwaniu samego stłumienia w położeniu na wznak chorego otrzymujemy na przedniej ścianie klatki piersiowej na pewnej przestrzeni wyraźny odgłos bębnowy; jeżeli zaś chory przewróci się na lewy bok, odgłos tympanityczny występuje na miejscu poprzedniego stłumienia.

Przy wysłuchiwanie klatki piersiowej z prawej strony rozróżnić można szmery oddechowe powyżej stłumienia; na miejscu stłumienia oddechu nie słychać, gdzie zaś odgłos jest bębnowy, występuje szmer dzbanowy.

Strona lewa klatki piersiowej nie przedstawia widocznych zmian, płuco cokolwiek od tyłu podniesione ku górze, serce bez zmian.

Wątroba opuszczona ku dołowi i przesunięta ku środkowej linii ciała; brzeg jej wyczuć można na wysokości pępka. Wypukiwanie wątroby utrudnione; otrzymujemy z prawej strony odgłos tympanityczny.

Poniżej klatki piersiowej na przedłużeniu linii pachowej tylnej znajdujemy wyraźne wypuklenie, w którym z łatwością wykazać można zawartość płynną wraz z gazami; zawartość ta łatwo się daje przelewać w okolice wątroby od przodu; przy położeniu poziomem chorego płyn opada ku dołowi, a gazy unoszą się ku górze, co maskuje granice wątroby. Cała ta okolica, jak również dół biodrowy prawy, są bolesne na dotyk.

W pobliżu otworu stolcowego znajdujemy przetokę, idącą równolegle do tylnej ściany kiszki prostej; przetoka jest bardzo długa, gdyż zgłębnikiem w odległości 10-u ctm. nie dosiegamy jeszcze jej końca.

Chory uskarża się na odbijanie, czkawkę, a od czasu do czasu bywają wymioty, które w ostatnim dniu znacznie się wzmogły. Stan podgorączkowy, ciepłota wieczorna 38°, tętno 104, małe.

Biorąc pod uwagę wywiady i wszystkie powyżej przytoczone objawy, rozpoznaliśmy *pyopneumothorax subphrenicus dexter*, który zajmuje niezmiernie obszerną przestrzeń. Jaka istnieje łączność pomiędzy przetoką w okolicy stolcowej a ropniem podprzeponowym, nie wiedzieliśmy. Początek omawianego cierpienia stawialiśmy w zależności od zaburzeń przewodu pokarmowego, które wystąpiły przed 2 miesiącami.

6. X. 1893 operacja pod chloroformem. Poniżej klatki piersiowej zrobiliśmy długie cięcie równoległe do brzegu zewnętrznego *m. quadratus lumborum* w miejscu wyraźnego chęłbotania; staraliśmy się przytem trzymać na zewnątrz, aby ominąć fałdę otrzewnej i nie otworzyć jej jamy. Przez cięcie to wylała się znaczna ilość ropy, niezmiernie cuchnącej, wraz z gazami. Po wprowadzeniu ręki do rany znajdujemy jamę znacznych rozmiarów, zajmującą

przestrzeń po za otrzewną; кишки, umieszczone w worku otrzewnowym, odsunięto ku górze i na lewo; w górnej części jamy wyczuwamy wyraźnie brzeg prawego płata wątroby, która była znacznie odepchnięta ku środkowej linii ciała. Jama bezpośrednio dotyka do przepony brzusznej, która też stanowi jej górną ścianę, wewnętrzną zaś stanowi wątroba i кишки w worku otrzewnowym; od tyłu znajdujemy mięśnie: *quadratus lumborum*, *iliacus*, *psoas*, a od przodu ścianę przednią brzucha.

Po wypuszczeniu zawartości i przemyciu jamy wprowadziliśmy do niej grube sączki i paski gazy jodoformowej.

Przebieg pooperacyjny wiele przedstawiał do życzenia. Wydzielina w ciągu pierwszych dni po operacji nader obfita, cuchnąca: opaska całkowicie przesiąknięta, należało ją zmieniać codziennie. Chory nie miał podniesionej ciepłoty, wieczorami 37,4°, lecz tętno ciągle 120—130, małe; osłabienie stopniowo się powiększające. Po kilku dniach przy badaniu klatki piersiowej znaleźliśmy stłumienie prawie na tej samej wysokości, co przed operacją, od przodu na linii sutkowej dosięgało ono niemal do IV-go żebra, pomimo to, że przez dreny, umieszczone w jamie, nic już nie wypływało. Widocznie po nad wątrobą musiał się zbierać wysięk, który jednak przez ranę od tyłu nie mógł wypływać całkowicie.

Zmiana opaski codzienna, stan ogólny chorego coraz gorszy, osłabienie się powiększa; ciepłota się nie podnosi, tętno jednak dochodzi do 140, nitkowa-te; język obłożony, suchy; chory nie chce przyjmować żadnych pokarmów.

17. X. Na prawej ręce w okolicy stawu napiętkowego obrzmienie, w którym wyczuwamy chęłbotanie. Chory na wpół przytomny. Osłabienie niezmiennie.

18. X. Śmierć przy objawach zapaści 12-go dnia po operacji.

Badanie pośmiertne w tym przypadku było niezmiernie ciekawe.

Po otwarciu jamy brzusznej, która w danym razie przedstawia dla nas największy interes, wolnego wysięku nie znaleźliśmy; кишки tylko w dole pachwinowym prawym posklejane są pomiędzy sobą za pomocą niezbyt silnych zrostów, skutkiem czego dosyć łatwo udało się porozklejać oddzielne ich pętlice. Okazało się wtedy, że wyrostek robaczkowy uległ zniszczeniu, literalnie jest przedzielony na dwie części; w świetle jednej z nich tkwi kamyk kałowy, wielkości ziarnka grochu polnego.

Pod kiszka ślepą znajdujemy obszerną jamę ropną, z którą kiszka komunikowała za pośrednictwem 2-ch małych otworów w tylnej jej ścianie. Jama ta głównie rozpościera się ku górze, idzie po za otrzewną; jest to właściwie ognisko, które otworzyliśmy podczas operacji; mięśnie tylnej ściany brzucha zniszczone; głównie ucierpiały: *m. iliacus* i *quadratus lumborum*. Jama ta dosięga do przepony, jak to już pierwszej podczas operacji stwierdziliśmy, a zawartość jej odpychała wątrobę do środkowej linii brzucha. Na wysokości górnego brzegu nerki prawej znajdujemy w ścianie wewnętrznej niewielki otwór [można przez niego wprowadzić dwa palce] w otrzewnej, przez który wnikiemy do jamy otrzewnej pomiędzy wątrobą i przeponą. Jest to zatem drugie ognisko ropne, zajmujące całą przestrzeń nad prawym płatem wątroby, którego

dolną ścianę stanowi wątroba, boczną wewnętrzną *lig. suspensorium hepatis*, górną przepona mocno wypukłona ku górze i sięgająca do IV-go żebra, boczną zewnętrzną przepona przylegająca do klatki piersiowej, a przednią—po części ściana brzuszna, a po części klatka piersiowa. Pozostała część jamy otrzewnej była ściśle oddzielona od tego ogniska ropnego za pomocą zrostów wątroby ze ścianą brzucha i kiszki.

Flexura sigmoidea opatrzona była w krezkę niezmiernie długą, skutkiem czego z łatwością dała się przesunąć na znacznej przestrzeni. Otóż, znajdujemy zrost tej części kiszki grubej z kiszka ślepą w ten sposób, że *S-romanum* przesunięte jest nad małą miednicą na prawo, po drodze jednak sklezione jest z pęcherzem moczowym.

Po ostrożnem oddzieleniu pętlic znajdujemy w krezce *flexurae sigmoideae* cztery otwory, powstałe skutkiem rozpadu tkanki. Od otworów tych pomiędzy listkami otrzewnej idą zacieki ropne, dosięgające do kości krzyżowej (*os sacrum*) i stąd opuszczające się pomiędzy tylną ścianą kiszki prostej i kością ku dołowi, tworząc obszerną jamę, do której z zewnątrz dostać się możemy przez otwór przetoki w okolicy stolcowej. Z kiszka stolcową ognisko to zupełnie się nie łączy. Oprócz tego, znajdujemy jeszcze jedno ognisko ropne w krezce kiszek cienkich, zupełnie oddzielone i przykryte pętlcami kiszek.

Błona śluzowa tak cienkich, jak i grubych kiszek, przedstawia zmiany właściwe przewlekłemu niezbytowi; ani owrzodzeń, ani blizn na nich niema. Pozostałe narządy nie przedstawiają nic nadzwyczajnego: śledziona i nerki blade, serce bez zmian, w prawem płucu ślady starego zapalenia, w jamie opłucnej wysięku niema.

Sekcyja zatem wyjaśniła nam wiele kwestyi niezrozumiałych w przebiegu cierpienia.

Przed kilku miesiącami chory miał jakieś cierpienie kanału pokarmowego [ostry niezbyt kiszek lub obostrzenie przewlekłego], cechujące się niezmiernie licznymi wypróżnieniami. Przy zwiększonym ruchu kiszek dostał się do wyrostka robaczkowego [albo nawet i znacznie pierwej] kamyk kałowy, co spowodowało zapalenie wyrostka kiszki ślepej i tkanki naokoło niej, zakończone przedziurawieniem wyrostka, oraz kiszki i wytworzeniem obszernego ropnia z gazami po za otrzewną.

Sprawa ta ujawniała się niezmiernie silnymi bólami w całym brzuchu, nadmiernym upadkiem sił i t. d..

Jednocześnie niemal zniszczenie szerzyło się dalej w dwóch kierunkach: ku górze do przepony brzusznej i ku dołowi przez *mesocolon flexurae sigmoideae* do *mesorectum*. Wtedy to w pobliżu otworu stolcowego utworzył się w ciągu 2-eh tygodni ropień, który sam pękł, wylała się znaczna ilość ropy, a chory uczył ulgę.

Po pewnym czasie wystąpiły ponownie objawy otrzewnowe z wyraźnem zaznaczeniem okolicy wątroby, co odpowiada przedostaniu się ropy z ogniska pozaotrzewnowego do jamy otrzewnej pomiędzy wątrobą i przeponą brzuszną.

Mamy zatem w tym przypadku kombinacyę ropnia z gazami pozaotrzew-

nowego z ropniem wewnątrz jamy otrzewnej—*pyopneumothorax subphrenicus intraperitonealis et retroperitonealis*.

Po otwarciu ogniska pozaotrzewnowego i opróżnieniu go, kiszki i wątroba cofnęły się ku górze; część zawartości pomiędzy przeponą i wątrobą wylała się przez ów mały otwór; kiedy zaś wątroba wraz z kiszkami zamknęły otwór wprost przez ucisk, zawartość nie mogła się dostatecznie wydalać. Stąd też po kilku dniach przy badaniu znaleźliśmy stępienie na przedniej ścianie klatki piersiowej, sięgające do IV-go żebra na linii sutkowej.

[C. d. n.]

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.



3. Maksymilian Sternberg. Odruchy ścięgniste i ich znaczenie dla patologii układu nerwowego. [Lipsk i Wiedeń. 1893].

[Dokończenie. — Patrz Nr. 2].

Dla objaśnienia wpływu zwyrodnienia dróg piramidalnych na odruchy istnieją cztery hipotezy: 1) sprawa degeneracyjna wywiera wpływ drażniący na ośrodek odruchowy, stąd odruchy są wzmożone, 2) w dolnym końcu drogi piramidalnej istnieją aparaty hamujące dla odruchów, które ulegają zwyrodnieniu przy zstępującej degeneracji, 3) zstępującemu zwyrodnieniu towarzyszy cierpienie naczyń, powodujące chroniczne przekrwienie rdzenia, a tem samem i zwiększoną pobudliwość rdzenia, 4) zwyrodnienie dróg piramidalnych znosi przewodnictwo wpływów hamujących kory. Ze wszystkich tych hipotez autor przyjmuje ostatnią. Dowodem jej słuszności jest fakt, iż w przypadkach agenezy dróg piramidalnych [przy *anencephalia* lub *microcephalia*, gdy dróg tych niema wcale, albo są słabo rozwinięte] odruchy ścięgniste są tak samo wzmożone, jak przy degeneracji zstępującej.

Co się tyczy pośrednich wpływów rdzeniowych, to pod tym względem zanotować wypada podwójną kategorię faktów. *Primo*. Wpływ ze strony nerwów obwodowych: wzmożone odruchy zauważono przy *scabies*, *pediculi capitis*, *prurigo*, *eczema*. *Secundo*. Wpływ na odruchy rozmaitych supracentralnych [nad ośrodkiem odruchowym] cierpień. Te działać mogą ułatwiająco i hamująco. Wpływ ułatwiający zauważyć się daje przy *myelitis* [notabene, gdy niema zstępującego zwyrodnienia, któreby mogło takie zjawisko tłómaczyć]. Bywa również i hamujące działanie cierpień rdzeniowych, które może dawać osłabienie odruchów nawet wówczas, gdy jednocześnie istnieje zstępujące zwyrodnienie. Wskutek zstępującego zwyrodnienia odruchy winne by uległy wzmożeniu, gdyż zwyrodnienie to tamuje przewodnictwo wpływów hamujących. Jeżeli jednak mimo to są osłabione, to powstaje to prawdopodobnie stąd, iż nie wszystkie włókna ulegają zwyrodnieniu i że po włóknach nieuszkodzonych przenosi się na ośrodek odruchowy wpływ hamujący nadośrodkowej części rdzenia, wpływ tak silny, iż paraliżuje działanie przeciwne przerwy przewodnictwa.

Co do wpływów korowych, to autor odróżnia pod tym względem wpływy niewątpliwie korowe i takie, o których nie można z całą stanowczością powiedzieć, do jakich należą: korowych, czy podkorowych? Co do pierwszych, to najprzód wspomnieć należy o wpływach, o których mówiliśmy poprzednio, a mianowicie o tych, które zależą od zwyrodnienia dróg piramidalnych przy rozmaitych cierpieniach mózgowych; następnie o tych, które mają miejsce przy cierpieniach zlokalizowanych w korze i przebiegających bez zajęcia dróg piramidalnych, np. powierzchowne rozmiękczenia kory (*plaques jaunes*), zanik starczy kory, zanik kory przy przewlekłym alkoholizmie i inne. Zarówno w tych, jak i tamtych przypadkach odruchy są wzmożone.

Co do drugiej kategorii wpływów, to mowa tu o owych przypadkach grubych zmian mózgowych [nowotwory, ropnie], w których niemożliwym jest oddzielić wpływ korowy od podkorowego. Autor przyjmuje cztery kategorie tego rodzaju wpływów; cierpienie działa: 1) przerywająco: efekt—odcięcie hamowania mózgowego=wzmoczenie, 2) umiarkowanie drażniąco: efekt—pobudzenie wpływu ułatwiającego ze strony mózgu=wzmoczenie, 3) silnie drażniąco: efekt—pobudzenie wpływu hamującego ze strony mózgu—osłabienie: 4) znosząc całą czynność mózgową: efekt—odcięcie wszystkich wpływów mózgowych—wzmoczenie.

Pierwsza ewentualność zachodzi przy ropniach i guzach, gdy są umiejscowione w drogach piramidalnych. Drugą przyjmuje autor w przypadkach, w których występuje szybko nader silne wzmożenie odruchów, znacznie silniejsze, niż to jakie się widzi przy wypadnięciu wpływów hamujących mózgu [np. niekiedy przy złamaniach czaszki z uciskiem na korę i inne]. Trzecią wówczas, gdy zwykłej hemiplegii towarzyszą nie wzmożone, lecz osłabione, odruchy. Autor utrzymuje, iż jeżeli w literaturze tak rzadko bywają notowane przypadki osłabionych odruchów przy hemiplegii, to nie zależy to bynajmniej od rzadkości samego faktu, ale od tego, iż fakt ten znajduje się w sprzeczności z ogólnie przyjętą teorią o wypadaniu powściągu mózgowego przy cierpieniach półkul. Co do wpływu ostrych, ogniskowych cierpień mózgu na odruchy, to zachodzą pod tym względem zawiłe stosunki. Zazwyczaj po napadach apoplektycznych występuje z początku osłabienie odruchów [przy cięższych postaciach odruchy słabną nie tylko po chorej, ale i po zdrowej stronie]. Czasami jednak, choć rzadko, występuje od razu wzmożenie odruchów po stronie sparaliżowanej; prawem jednak jest, iż w pierwszych godzinach po napadzie odruchy są zniesione, a potem występuje wzmożenie. Jeżeli ognisko jest umiejscowione w drodze ruchowej, co pociąga za sobą zwyrodnienie piramidalne i wypadnięcie hamującego wpływu, to wzmożenie odruchów ustala się, jeżeli tylko zanik mięśni nie zmniejsza go znowu. Jeżeli zaś droga ruchowa nie ulega uszkodzeniu, to wzmożenie odruchów przechodzi.

W dalszym ciągu swej pracy autor rozbiera kwestję kontraktur i ich stosunku do odruchów.

Ogólnie przyjętym jest pogląd, iż stosunek cierpień układu nerwowego do drogi piramidalnej jest miarodajny dla odruchów ścięgniastych i kontraktur.

Jeżeli cierpiącą jest kora albo droga piramidalna, to powstaje „mózgordzeniowy bezwład spastyczny“ ze wzmożonymi odruchami i kontrakturami, jeżeli zaś cierpieniu ulega droga od przednich rogów aż do mięśni, to rozwija się „rdzeniowo-obwodowy bezwład miękki“. Nie ulega wątpliwości, twierdzi autor, iż ogromna ilość spostrzeganych codzień przypadków zgadza się z tą teorią. Wszalako nie zawsze tak bywa. Niejednokrotnie zdarza się, iż cierpienie mózgowe przebiega z kontrakturami, ale bez wzmożonych odruchów.

Co do stosunku odruchów do kontraktur, to autor przyjmuje trzy zdarzające się ewentualności: 1) istnieją kontraktury, związane nierozłącznie za wzmożonymi odruchami [autor nazywa je „*reflexophile*“], 2) istnieją kontraktury, które ze względu na sposób powstawania, związane są niemięknieniem z osłabionymi odruchami (*reflexodepressorische*), 3) bywają kontraktury, pozostające bez wpływu na odruchy („*reflexoneglectorische*“). Przejrzymy rozmaite stany chorobowe, przy których bywają kontraktury:

a) Kontraktury pochodzenia mięśniowego (*myogene*); tutaj odruchy zachowują się rozmaicie: 1) jeżeli przykurcz zależy od uszkodzenia kurczliwej substancji mięśniowej [np. przy nowotworze mięśni, sklerozie mięśni i innych], to odruchy nieodmiennie słabną, 2) jeżeli zaś powstaje skutek nutrytywnego skrócenia mięśnia [przy długotrwałem znajdowaniu się kończyny w tem samym położeniu, przy przewadze antagonistów nad bezwładnymi mięśniami i t. p.], to odruchy pozostają bez zmiany.

b) Kontraktury wskutek cierpienia czuciowych zakończeń łuku odruchowego; tutaj należą przypadki kontraktur, zdarzające się przy ostrym i przewlekłym gościeu stawowym, przy *arthritis deformans*, przy gruzliczych cierpieniach stawów. W tych razach kontrakturom towarzyszą wzmożone odruchy; jedno i drugie jest zależne od podrażnienia czuciowych zakończeń łuku.

c) Nadzwyczaj rzadko zdarzające się kontraktury przy cierpieniach nerwów obwodowych i korzeni; powstają zapewne wskutek podrażnienia włókien czuciowych [odruchy wzmożone].

d) Kontraktury wskutek cierpienia jądra ruchowego nerwu; odruchy zniesione [przy porażeniu jądra *n. trigemini* szczególności bez „objawu dolnej szczęki“].

e) Kontraktury przy cierpieniach rdzeniowych nadośrodkowych; odruchy zachowują się rozmaicie. 1) Niekiedy cierpienie rdzeniowe wywiera wpływ ułatwiający na przykurcz [przypadki ostrego *myelitidis*, gdy przykurcz występuje odrazu razem z bezwładem]; odruchy wtedy wzmożone. 2) Innym razem znów cierpienie rdzeniowe powoduje przykurcz, ale jednocześnie wywiera wpływ hamujący na odruch. 3) Bywają jeszcze kontraktury pochodzenia rdzeniowego, przy których odruchy zachowują się obojętnie.

f) To samo da się powiedzieć o kontrakturach, powstających przy cierpieniach mózgowych; i te bywają: „*reflexophile*“, „*reflexodepressorische*“ i „*reflexoneglectorische*“.

Pozostaje kilka słów powiedzieć o zachowywaniu się odruchów przy nerwicach. Histerya: odruchy bywają zarówno wzmożone, jak i osłabione.

Neurastenia: zazwyczaj wzmożone, niekiedy osłabione. P a d a c z k a: w napadzie zarówno wzmożone, jak i osłabione; w przerwie między napadami—wzmożone. P ł a s a w i c a: nie pewnego nie da się powiedzieć. To samo stosuje się do *paralysis agitans*.

W końcu pracy swej autor omawia kwestyę stosunku odruchów ścięgni-
stych do mechanicznej pobudliwości mięśni i do ataksyi i wyraża myśl, iż mię-
dzy zjawiskami temi a odruchami niema żadnego bezpośrednie-
go przyczynowego związku. Adam Wizerl.

4. Kuźmin [Moskwa]. Przy adek przepukliny zawierającej wątrobę.

Autor opisuje przypadek uwięzionej przepukliny ściennej, zawierającej
część przewężoną zrazu wątroby (*Schnürlappen*) u 28-letniej kobiety, która
przed rokiem zauważyła wypuklenie się ściany brzusznej wielkości orzecha
włoskiego na przestrzeni między dołkiem i pępkiem. Guz powoli się powięk-
szał i doszedł wreszcie do wielkości jaja kurzego. Czasami powiększał się
nagle, dosiegając rozmiarów dwóch pięści dorosłego człowieka; bywał wtedy
bolesny, jednak nie trwało to długo, i guz powracał do poprzedniej wielkości. Raz
podczas wysiłku chorej wystąpił nagle bardzo bolesny, jajowatego kształtu,
guz, usadowiony nieco na prawo od linii środkowej brzucha i ze skórą nie zro-
śnięty; wypróżnienia powstrzymane, ciepłota prawidłowa. K. po przecięciu
wszystkich warstw nad przepukliną przedostał się do jamy, zawierającej pół
szklanki płynu przezroczystego i część lewego zrazu wątroby w stanie prze-
krwienia i z małemi wyboczynami. Rozszerzywszy pierścień zaciskający,
a utworzony przez rozejście się włókien mięśnia prostego, łatwo mógł wyma-
cać znaczne zagłębienie na części wątroby uwięzionej. Po odprowadzeniu prze-
pukliny wątroba z częścią uwięzioną uniosła się natychmiast ku górze. Pa-
cyentka wyzdrowiała.

(Berl. klin. Woch. Nr. 44. 1893).

W eisblat.

Wiadomości bieżące.

— HILDEBRANDT w 1892 ogłosił przypadek, w którym u dwunasto-letniego
chłopca wyjęto z obu szczęk od 150—200 zębów. W 1½ roku później, górna szczęka
z prawej strony i cała dolna znów mocno zgrubiały. Po przeprowadzeniu powierzch-
ownego cięcia wyjęto około 150 zbitych w kępki zębów, przyczem wyskrobano
pomiędzy nimi miękką tkanę, pośród której znaleziono wielką ilość zarodków zę-
bowych. D.

— HABERERA ogłasza przypadek, w którym u 54-letniego mężczyzny w 9 mie-
sięcy po złamaniu i zagojeniu się ramienia z kostnej blizny powstał szybko rosnący
guz (*chondro sarcoma*). Nowotwór obrósł całą kość i wnikał pomiędzy mięśnie.
W literaturze jest dopiero 16 podobnych przypadków ogłoszonych, przyczem guzy
sposstrzegano rozmaite (*sarcomata, osteomata, enchondromata*). D.

— RİS, badając ściany torbieli, wyciętej z sieci, dokonał ciekawego spostrzeże-
nia. Pośród tkanki łącznej, składającej się z komórek wrzecionowatych, znalazł on
komórki olbrzymie, wewnątrz których były charakterystyczne gwiaździste twory.
Twory te zupełnie przypominały niedorozwinięte części grzybów pleśniowych. Autor
przypuszcza, że pierwotnie miał do czynienia z grzybicą kiszek, która doprowadziła do

przedziurawienia ściany i wywołała ograniczone ognisko zapalne. Ognisko zostało otorbionem, a grzybki, zamknięte pośród tkanki granulacyjnej, tak oryginalnie się ułożyły. *D.*

— JASSERAND i ROUX zaszczepili trochę krwi, wziętej od 19-letniej dziewczyny, chorej na *endocarditis ulcerosa acuta*, na agar-agar. Rozpoznanie było sprawdzone na sekcji. Pasożyty, które się rozwinęły, zaszczepiono królikowi do żyły. Po czterech tygodniach królik zdechł. Na sekcji znaleziono: *endocarditis aortae et valv. mitralis*. Pasożyt podobnym był do *staphylococcus citreus*. Potem dwukrotnie jeszcze szczepiono krew chorej na agarze, lecz bez rezultatów. *D.*

— Du CAZAL ogłasza przypadek, który klinicznie przebiegał jak typowy tyfus brzuszny. Chory zmarł wskutek przyłączenia się ostrego zapalenia płuc. Na sekcji w kiszkiach nie znaleziono żadnych zmian; w śledzionie znaleziono czystą hodowlę lasecznika tyfusowego. Autor przypuszcza, że i zapalenie płuc powstało tu pod wpływem tegoż pasożyta. Na potwierdzenie podaje przypadek, w którym z płuc przy ostrym ich zapaleniu, po tyfusie powstałym, wyhodowano jedynie lasecznika tyfusowego. *D.*

— W tych dniach wyszedł z druku zeszyt 59 i 60 „Odczytów klinicznych“, zawierający pracę LEVISON'a, „O dyatezie moczanowej (*diathesis uratica*)“. Praca ta obejmuje: powstawanie *arthritis urticae*, kamieni nerkowych i t. p. i oparta jest na najnowszych badaniach. Dotychczas w języku naszym nie posiadaliśmy żadnej pracy, traktującej o tym tak ważnym przedmiocie. Opóźnienie w wydaniu tych zeszytów wynikało z powodów od Redakcji niezależnych. Zeszyt styczniowy za r. b. wyjdzie we właściwym czasie.

— Kol. ŚWIGICKI z Poznania, współpracownik roczników *Frommel'a für Geburtshilfe und Gynaekologie*, uprasza niniejszem kolegów, piszących w tej dziedzinie po polsku, a pragnących, aby prace ich były w rocznikach uwzględnione, o przysyłanie mu swych prac.

— Na styczniowym posiedzeniu wydziału Lekarskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Poznaniu wybrano na przyszłe trzylecie na prezesa D-ra WICKERKIEWICZA, a na sekretarza D-ra T. DEMBIŃSKIEGO.

— Profesor okulistyki w Insbruku D-r BORYSIKIEWICZ został powołany na takąż katedrę do Gracu.

— W Krakowie zmarł profesor akuszerii wszechnicy Jagiellońskiej D-r MADUOWICZ.

— W Warszawie zmarł JERZY ALEKSANDROWICZ, były profesor botaniki w Szkole Głównej, a następnie w Uniwersytecie Warszawskim.

— IV kongres niemieckiego Towarzystwa dermatologicznego odbędzie się w r. b. 14—16 maja w Wrocławiu. Główne temata do dyskusji są: „*Ueber die moderne Systematisierungsversuche in der Dermatologie*“ [ref. prof. KAPOS] i „*Ueber den gegenwärtigen Stand der Lehre von den Dermatomycosen*“ [ref. prof. PICK].

— Redaktorami „*Deutsche med. Wochenschr.*“ po śmierci D-ra GUTMANN'a zostali prof. EULENBURG i D-r SCHWALBE.

— Na dyrektora kliniki chorób dziecięcych w Berlinie po HENOC'H'u powołany został prof. HEUBNER z Lipska.

— V kongres francuskich psychiatrów i neurologów odbędzie się w Clermont-Ferrand między 6—11 sierpnia r. b..

— E. GOLDE, studentka med. z Paryża, przyjmuje do tłumaczenia na język francuski artykuły naukowe lekarskie. Adres: 49 Królewska, m. 37.